



# JAAERVERSLAG 2017

STICHTING GEORGANISEERDE EERSTELIJNSZORG ZOETERMEER



# INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	4
Leeswijzer	4

## DEEL I | SGZ ALS ORGANISATIE

<b>1   Profiel van de organisatie</b>	<b>7</b>
1.1 Structuur en organisatie	7
1.2 Kernegevens	9
1.3 Samenwerkingsrelaties	10
<b>2   Bestuur, toezicht en medezeggenschap</b>	
2.1 Raad van Bestuur	11
2.2 Bestuursverslag	12
2.3 Raad van Toezicht	14
2.4 Cliëntenraad	16
2.5 Ondernemingsraad	17
2.6 Calamiteiten, klachten en MIP-meldingen	18
<b>3   Financieel jaarverslag</b>	<b>20</b>
<b>4   Sociaal jaarverslag</b>	<b>22</b>

## DEEL 2a | GEORGANISEERDE EERSTE LIJN

Geïntegreerde Eerstelijnszorg | GEZ

<b>5   Versterking eerste lijn</b>	<b>27</b>
5.1 Waarborgen van continuïteit en beschikbaarheid	27
5.2 Samenwerking eerstelijnszorg in de wijk	29
<b>6   Geneesmiddelen</b>	<b>32</b>
6.1 Doelmatige geneesmiddelenvoorziening	32
6.2 Medicatieveiligheid	35
<b>7   Eerstelijnsdiagnostiek en DTO</b>	<b>36</b>
7.1 Laboratoriumonderzoek	36
7.2 Functie-onderzoek	37
7.3 Beeldvormende diagnostiek	38
<b>8   Verwijzing en substitutie van zorg</b>	<b>39</b>
8.1 Kosten van medisch specialistische zorg	39
8.2 Substitutie van zorg	42
8.3 Benchmark verwijzen	42
8.4 Diepe veneuze trombose en longembolie	44
8.5 Kleine chirurgische ingrepen	45
<b>9   E-health</b>	<b>46</b>
9.1 MijnGezondheid.net	46
9.2 E-health eerstelijns GGZ	47

## Colofon

### Uitgave

Stichting Georganiseerde  
eerstelijnszorg Zoetermeer (SGZ)  
Croesinckplein 24-26,  
2722 EA Zoetermeer  
Telefoon (079) 320 86 86  
Zoetermeergezond.nl

### Samenstelling en teksten

Centraal Bureau SGZ

### Coördinatie, eindredactie en beeldbewerking

Kees Dijkman | Communicatie

### Fotografie

iStockphoto, SGZ

### Vormgeving en drukwerk

Drukkerij Zoeterhage, Zoetermeer

© SGZ, Zoetermeer, mei 2018



<b>10   Zorgprogramma's</b>	<b>48</b>
10.1 Complexe ouderenzorg	48
10.1.1 Kwetsbare ouderen	48
10.1.2 Dementie	50
10.1.3 Ouderen in woonzorgcentra	52
10.1.4 S3 prestatie ouderenzorg	52
10.1.5 Eerstelijns verpleegkundige	54
10.1.6 Eerstelijns verblijf	56
10.2 GGZ	57
10.3 Palliatieve zorg	58
10.4 CVA	59
10.5 Hartfalen	60
10.6 Kwetsbare zwangeren	60
<b>11   Zorgvernieuwing</b>	<b>61</b>
11.1 Positieve gezondheid	61
11.2 Welzijn op recept	62
11.3 Hotspotters	62
11.4 Complexe zorgvragen	63
11.5 POH-Jeugd	63
<b>12   Service aan patiënten</b>	<b>65</b>
12.1 Telefonische bereikbaarheid	65
12.2 Wachttijden apotheken	66
12.3 Publieksinformatie	67
12.4 Medische gegevens elektronisch delen	67
<b>13   Organisatie en infrastructuur</b>	<b>69</b>
13.1 Multidisciplinaire bedrijfsvoering	69
13.2 Zorgmanagement	70
13.3 Multidisciplinaire ICT	70
13.4 Informatiebeveiliging	71
13.5 Multidisciplinaire huisvesting	72
<b>DEEL 2b   GEORGANISEERDE EERSTE LIJN</b>	
<b>DBC ketenzorg</b>	
<b>14   DBC Ketenzorg</b>	<b>75</b>
14.1 De ketenzorg	75
14.2 De patiënten	76
14.3 Meer in de eerste lijn behandelen	78
14.4 Uitkomsten	78
14.5 Leefstijl	78
<b>15   DBC Astma</b>	<b>81</b>
15.1 Indicatoren	82
15.2 Behandelaren	83
15.3 Ketenactiviteiten	84



<b>16   DBC COPD</b>	<b>85</b>
16.1 Indicatoren	86
16.2 Behandelaren	87
16.3 Ketenactiviteiten	87
<b>17   DBC Verhoogd vasculair risico</b>	<b>88</b>
17.1 Indicatoren	89
17.2 Behandelaren	90
17.3 Ketenactiviteiten	90
<b>18   DBC Hart- en vaatziekten</b>	<b>91</b>
18.1 Indicatoren	92
18.2 Behandelaren	93
18.3 Ketenactiviteiten	94
<b>19   DBC Diabetes</b>	<b>95</b>
19.1 Indicatoren	96
19.2 Behandelaren	97
19.3 Ketenactiviteiten	97
<b>DEEL 2c   GEORGANISEERDE EERSTE LIJN</b>	
Regionale Ondersteuningsstructuur   ROS	
<b>20   Regionale Ondersteuningsstructuur</b>	<b>101</b>
<b>DEEL 3   MONODISCIPLINAIR ZORGAANBOD SGZ</b>	
<b>21   Monodisciplinair zorgaanbod SGZ</b>	<b>109</b>
21.1 Huisartsenpost	109
21.2 Dienstapotheek	112
21.3 Huisartsenpraktijken	113
21.4 Praktijkondersteuners GGZ	115
21.5 Apotheken	117
21.6 Fysiotherapiepraktijken	119
<b>DEEL 4   KWALITEITSBEVORDERING</b>	
<b>22   Deskundigheidsbevordering</b>	<b>123</b>
<b>23   Certificering en accreditering</b>	<b>126</b>



## VOORWOORD

In dit jaarverslag laat de SGZ de activiteiten van 2017 zien aan samenwerkingspartners, patiënten, huidige en toekomstige medewerkers, en andere belangstellenden. Daarnaast vormt dit jaarverslag de verantwoording van die activiteiten aan de diverse zorgverzekeraars waarmee de SGZ in totaal 51 overeenkomsten heeft gesloten. In deze overeenkomsten is een groot aantal afspraken over het zorgaanbod vastgelegd die verantwoording en rapportage behoeven.

Met dit jaarverslag voldoet de SGZ aan de relevante wetgeving, zoals de Kwaliteitswet en de Wet Klachtrecht. Het jaarverslag is opgesteld volgens de richtlijnen van de Zorgbrede Governancecode 2010 van de Brancheorganisaties Zorg (BOZ).

Het werkgebied van de SGZ omvat de gemeente Zoetermeer en de woonkern Benthuizen die valt onder de gemeente Alphen aan den Rijn. Het aantal inwoners van het werkgebied bedraagt bijna 128.000. Uitgebreide informatie over de eerstelijnsgezondheidszorg in Zoetermeer en Benthuizen is te vinden op de SGZ-website ZoetermeerGezond.nl.

## LEESWIJZER

### *Deel 1 | Profiel van de organisatie*

Deel 1 schetst een profiel van de organisatie. In dit deel geven het bestuur (directie), de Raad van Toezicht, de cliëntenraad en de ondernemingsraad een terugblik op 2017. Ook is de afhandeling van de klachten beschreven. Het financieel jaarverslag en het sociaal jaarverslag sluiten dit deel af.

### *Deel 2 | Georganiseerde eerstelijnszorg*

Deel 2 beschrijft de activiteiten op het vlak van de georganiseerde eerstelijnszorg. Ten behoeve van de georganiseerde eerstelijnszorg heeft de SGZ drie verschillende overeenkomsten afgesloten met zorgverzekeraars.

- De overeenkomst geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ). In deze overeenkomst zijn de NZa-prestaties Organisatie en Infrastructuur (O&I) Wijkmanagement en O&I Regiomanagement opgenomen.
- De overeenkomst DBC-ketenzorg bij vijf chronische aandoeningen: astma, COPD, verhoogd vasculair risico (VVR), hart- en vaatziekten (HVZ) en diabetes mellitus type 2 (DM2).
- De overeenkomst Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS).

De SGZ gebruikt de bestaande infrastructuur van veertien gezondheidscentra en groepspraktijken, en zes wijksamenwerkingsverbanden voor de uitvoering van al deze overeenkomsten, met ondersteuning van het centraal bureau. De participerende hulpverleners in de wijksamenwerkingsverbanden zijn voor het grootste deel gevestigd in de gezondheidscentra.

### *Deel 3 | Monodisciplinaire zorg*

Deel 3 bevat rapportages over de monodisciplinaire zorg waarvoor de SGZ overeenkomsten heeft gesloten met zorgverzekeraars en waarvoor de SGZ als zorgaanbieder verantwoordelijk is. Op het vlak van de acute zorg betreft het de Huisartsenpost Zoetermeer en de Dienstapothek Zoetermeer. Daarnaast betreft het de zorg geleverd door 15 (van de 52) huisartsenpraktijken, vier apotheken en vier fysiotherapiepraktijken. De SGZ heeft tevens voor alle huisartsen in het werkgebied de praktijkondersteuning GGZ gecontracteerd. Voor deze praktijkondersteuners vervult de SGZ de functie van werkgever.

### *Deel 4 | Kwaliteitsbevordering*

Deel 4 bevat informatie over deskundigheidsbevordering, certificering en accreditering.





# DEEL 1

# SGZ ALS ORGANISATIE

## DEEL I | SGZ ALS ORGANISATIE

<b>1   Profiel van de organisatie</b>	<b>7</b>
1.1 Structuur en organisatie	7
1.2 Kerngegevens	9
1.3 Samenwerkingsrelaties	10
<b>2   Bestuur, toezicht en medezeggenschap</b>	
2.1 Raad van Bestuur	11
2.2 Bestuursverslag	12
2.3 Raad van Toezicht	14
2.4 Cliëntenraad	16
2.5 Ondernemingsraad	17
2.6 Calamiteiten, klachten en MIP-meldingen	18
<b>3   Financieel jaarverslag</b>	<b>20</b>
3.1 Algemeen beeld	20
3.2 Staat van baten, lasten en balans	21
<b>4   Sociaal jaarverslag</b>	<b>22</b>





# 1 | PROFIEL VAN DE ORGANISATIE



De SGZ is een lokale eerstelijns zorgorganisatie van, voor en door huisartsen, apothekers en andere professionele hulpverleners in Zoetermeer en Benthuizen. Versterking van de kwaliteit en de organisatie van de eerstelijnszorg in Zoetermeer en Benthuizen: dat is de missie van de Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer (SGZ). De SGZ is ervan overtuigd dat alleen een sterke en samenhangende eerstelijnszorg de gevolgen van de vergrijzing en de toename van chronische morbiditeit kan opvangen op een medisch adequate en patiëntvriendelijke manier, tegen aanvaardbare kosten. Aanspreekbaarheid, betrouwbaarheid, samenwerking, transparantie en maatschappelijk verantwoord ondernemen zijn kernwaarden voor de SGZ.

## 1.1 STRUCTUUR EN ORGANISATIE

De SGZ is te typeren als een netwerkorganisatie van eerstelijns zorgaanbieders. De juridische structuur is die van een stichting. De statutaire doelstelling is het bieden van een geïntegreerd aanbod van georganiseerde eerstelijnszorg vanuit gezondheidscentra en samenwerkingsverbanden, en het scheppen van voorwaarden hiervoor.

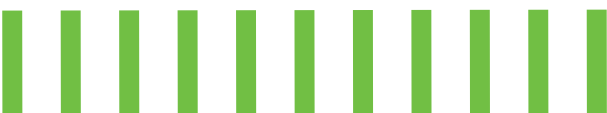
Het zorgaanbod wordt grotendeels geleverd door zelfstandige beroepsbeoefenaren en voor een kleiner deel door hulpverleners in dienst bij de SGZ of bij andere zorgaanbieders. De juridische grondslag daarvoor is een samenwerkingsovereenkomst tussen partijen. Hierin is geregeld dat de SGZ namens partijen optreedt als contractant van geïntegreerde eerstelijnszorg en DBC-ketenzorg, en dat het zorgaanbod wijkgericht wordt georganiseerd.

De directie van de SGZ fungeert als Raad van Bestuur en staat onder toezicht van een Raad van Toezicht. De SGZ is een toegelaten instelling krachtens de Wet Toelating

Zorginstellingen (WTZI) en voldoet aan de eisen van good governance die in de Zorgbrede Governancecode zijn beschreven.

De SGZ kent hulpverlenende teams en facilitaire afdelingen. De hulpverlenende teams opereren grotendeels zelfstandig, op basis van professionele autonomie. De SGZ gaat daarbij uit van het subsidiariteitsbeginsel: wat hulpverleners zelf kunnen en willen regelen, dat regelen ze zelf. Er is geen centrummanagement of disciplinemanagement, behalve bij de huisartsenpost, de dienstapotheek en de fysiotherapie.

Het centraal bureau van de SGZ bestaat uit de afdelingen zorgondersteuning, personeelszaken, automatisering, facilitaire zaken, financiële administratie en secretariaat. Zij ondersteunen de hulpverlenende teams van de SGZ zelf, maar ook de zelfstandige beroepsbeoefenaren die bij de samenwerkingsverbanden van de SGZ zijn aangesloten.

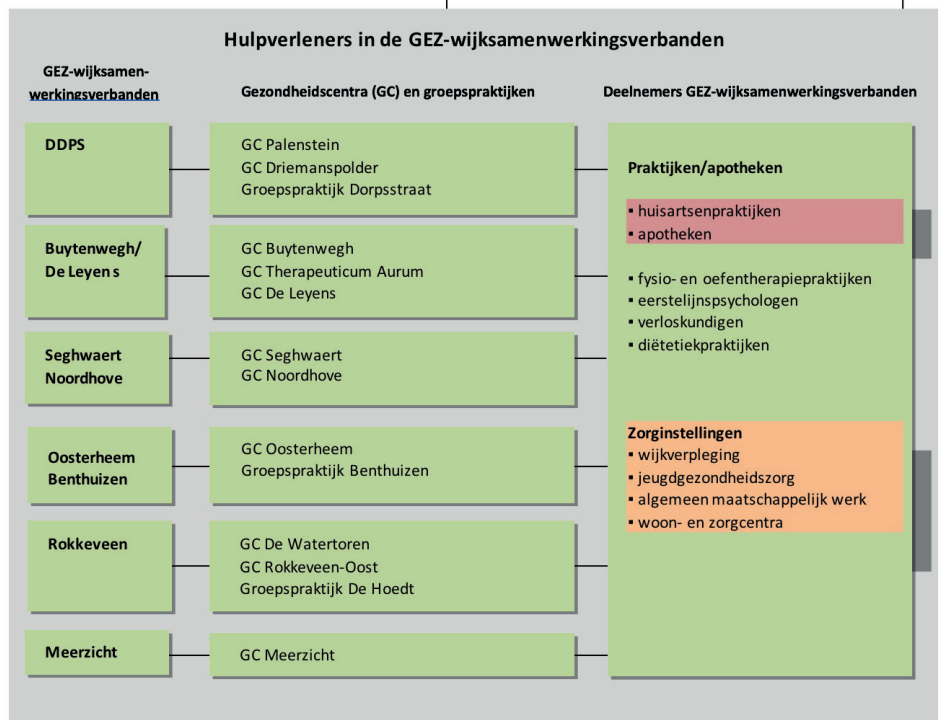
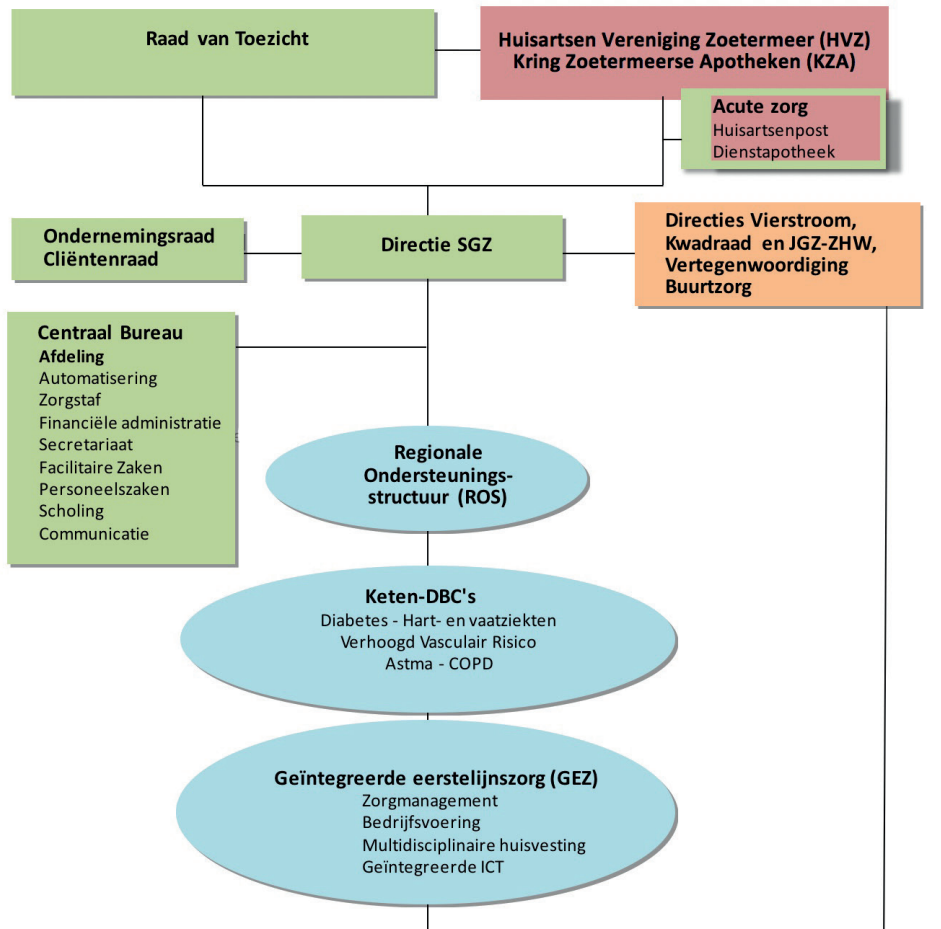




De directie geeft leiding aan huisartsen, apothekers, leidinggevenden van teams van hulpverleners (FysioExperts, de Huisartsenpost en de Dienstapotheek), leidinggevenden van facilitaire afdelingen (personeelszaken, secretariaat en administratie) en teams van medewerkers van afdelingen (zorgondersteuning en facilitaire zaken).

De medezeggenschap voor cliënten wordt uitgeoefend door de cliëntenraad. De medezeggenschap voor het personeel wordt uitgeoefend door de ondernemingsraad. Commissies zijn: de klachtencommissie, de commissie Melding Incidenten Patiëntenzorg (MIP) en de commissie meldingen Inspectie Gezondheidszorg (IGZ).

## ORGANIGRAM SGZ



○ Overeenkomsten met zorgverzekeraars inzake georganiseerde eerstelijnszorg
 □ Samenwerkingspartners in de eerste lijn
 □ Samenwerkingsovereenkomst met Huisartsen Vereniging Zoetermeer (HVZ) en Kring van Zoetermeerse Apotheken (KZA)



## 1.2 KERNGEGEVENS

De SGZ is op grond van overeenkomsten met zorgverzekeraars rechtspersoon van de volgende vormen van georganiseerde eerstelijnszorg en de ondersteuning daarvan.

- Geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ), vormgegeven vanuit multidisciplinaire wijksamenwerkingsverbanden en gefinancierd door een tarief GEZ.
- Ketenzorg bij astma, COPD, verhoogd vasculair risico (VVR), hart- en vaatziekten (HVZ) en diabetes mellitus type 2 (DM2), gefinancierd in de vorm van keten-DBC's.
- Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS), gefinancierd door een tarief ROS.

De SGZ exploiteert daarnaast huisartsenpraktijken, fysio- en oefentherapiepraktijken en apotheken. De SGZ treedt op als hoofdaannemer van een aantal segment 3 prestaties

van huisartsenzorg, waaronder praktijkondersteuning GGZ, complexe ouderenzorg, hartfalen en palliatieve thuiszorg. Voor de Huisartsenpost en de Dienstapothek is de SGZ beherend rechtspersoon. Meer over dit aanbod is te vinden in het onderdeel 'Monodisciplinair zorgaanbod' (hoofdstuk 21) van dit jaarverslag.

De SGZ biedt facilitaire ondersteuning aan zowel hulpverleners in loondienst als aan vrijgevestigde hulpverleners. Het betreft huisvesting (gezondheidscentra, HOED), ICT (elektronisch patiëntendossier), declaratieondersteuning, ondersteuning op het vlak van kwaliteit, doelmatigheid, contractering en service, en personele ondersteuning.

**Tabel 1.2 | Aantal patiënten in zorg bij de diverse onderdelen van de SGZ, peiljaar 2017. Patiënten kunnen bij meerdere onderdelen meetellen**

Discipline			
	GEZ	DBC-ketenzorg	SGZ als werkgever en hoofdaannemer
Huisartsenpraktijken	127.844	22.581 <sup>1</sup>	37.115
Apotheken	137.280		59.060
Huisartsenpost			127.844 <sup>2</sup>
Dienstapothek			127.844 <sup>2</sup>
POH-GGZ			4.647
DBC-ketenzorg			
DBC-ketenzorg astma		3.303	
DBC-ketenzorg COPD		1.147	
DBC-ketenzorg VVR		9.784	
DBC-ketenzorg HVZ		2.951	
DBC-ketenzorg DM2		6.848	
Zorgprogramma's			
Zorgprogramma CVA	1.849		
Zorgprogramma hartfalen	62		
Casemanagement dementie	341		
S3 Prestatie Ouderenzorg	1.501		
Huisartsenzorg bij eerstelijns verblijf ouderen	73		
Overige zorgprogramma's	Geen registratie op patiëntniveau. Zie hoofdstuk 10.		

1 Sommige patiënten maken gebruik van meerdere DBC-ketenzorgprogramma's.

2 Het aantal patiënten van de huisartsenpost en de dienstapothek is gelijk aan het aantal inwoners in het verzorgingsgebied.



## 1.3 SAMENWERKINGSRELATIES

Als netwerkorganisatie en als zorgaanbieder werkt de SGZ intensief samen met een groot aantal partners.

### Zorgverzekeraars

De SGZ heeft in 2017 met alle zorgverzekeraars overeenkomsten afgesloten voor het leveren van geïntegreerde eerstelijnszorg, DBC-ketenzorg, Regionale Ondersteunings Structuur (ROS), huisartsenzorg, fysiotherapie, oefentherapie, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, diverse segment 3 prestaties van huisartsenzorg, waaronder praktijkondersteuning GGZ, complexe ouderenzorg, hartfalen en palliatieve thuiszorg, Dienstapothek en Huisartsenpost. In totaal gaat het om 51 overeenkomsten. Het afsluiten, beheren, uitvoeren en verantwoorden van al deze – veelal eenjarige - overeenkomsten vraagt een aanzienlijke inspanning, zowel van hulpverleners als van de ondersteunende diensten.

Daarnaast onderhoudt de SGZ een intensieve relatie met de preferente zorgverzekeraars CZ en Menzis.

### Eerste lijn

De SGZ heeft de samenwerking binnen de eerstelijnszorg in Zoetermeer juridisch vormgegeven in een Samenwerkingsovereenkomst Geïntegreerde eerstelijnszorg Zoetermeer en Benthuizen (2011). Partijen bij de overeenkomst zijn de SGZ, de Huisartsen Vereniging Zoetermeer e.o. (HVZ), de Kring Zoetermeerse Apotheken (KZA), Vierstroom Zorg Thuis en Buurtzorg Nederland (beide voor de functie wijkverpleging), Kwadraad (voor de functie maatschappelijk werk, wijkcoach en gezinscoach), Jeugdgezondheidszorg Zuid-Holland West (voor de functies consultatiebureau en jeugdarts/jeugdverpleegkundige), en een groot aantal individuele,

vrijgevestigde hulpverleners en organisaties.

### Samenwerking met de tweede lijn

De SGZ werkt in het samenwerkingsverband Zorghart samen met de Huisartsen Vereniging Zoetermeer (HVZ), het LangeLand Ziekenhuis, Vierstroom Zorg Thuis, In Beweging, WelThuis, Gouden Hart, Woon-Zorgcentra Haaglanden Oosterheem, GGZ Rivierduinen Zoetermeer, Parnassia Groep Zoetermeer, Sofia Revalidatie Zoetermeer en Palet Welzijn. Dit samenwerkingsverband is niet geformaliseerd. Voor drie zorgprogramma's zijn samenwerkingsovereenkomsten opgesteld: CVA, palliatieve zorg en dementie (zie hoofdstuk 10).

De SGZ werkt intensief samen met het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer, onderdeel van de Reinier Haga Groep. In de samenwerking met het ziekenhuis gaat de SGZ uit van een sterke eerste lijn die bereid is actief samen te werken op basis van een gedeelde substitutieagenda met als motto: 'In het ziekenhuis wat moet, in de eerste lijn wat kan.'

Op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg functioneert een niet geformaliseerd afstemmingsoverleg tussen GGZ en eerste lijn, met als deelnemers: Parnassia Groep Zoetermeer, GGZ Rivierduinen Zoetermeer, Huisartsen Vereniging Zoetermeer (HVZ), Kwadraad, GGZ-psychologen in de eerste lijn en de SGZ. De SGZ treedt op als voorzitter.

### Gemeente Zoetermeer

De SGZ neemt deel aan periodiek overleg met de Zoetermeerse

wethouder die gezondheidszorg in portefeuille heeft, zowel binnen Zorghart als in tripartite overleg tussen de gemeente Zoetermeer, de huisartsenvereniging (HVZ) en de SGZ. Daarnaast participeert de SGZ in het partneroverleg Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), in het kernteam van Meerpunt (Centrum voor Jeugd en Gezin) en in het lokaal beleidsoverleg en uitvoeringsoverleg Preventie Zoetermeer.

### Kapitaalverschaffers

Er is geen sprake van kapitaalverschaffers. Het eigen vermogen van de organisatie is gevormd door positieve resultaten in het verleden.



## 2 | BESTUUR, TOEZICHT, MEDEZEGGENSCHAP

### 2.1 RAAD VAN BESTUUR

De directie van de SGZ fungeert als Raad van Bestuur en bestaat uit de volgende twee personen.



De heer mr. A.A. Louwen (directeur algemeen)



De heer drs. H.A. van den Hoeven (directeur zorg)

De directie kent een directiereglement.

#### Nevenfuncties

De heer A. Louwen had in 2017 één gehonoreerde nevenfunctie als lid van het bestuur van InEen. De heer H. van den Hoeven had in 2017 als niet-gehonoreerde nevenfunctie het voorzitterschap van de Raad van Toezicht van Gezondheidscentrum Lombok in Utrecht.

#### Bezoldiging

De bezoldiging van de leden van de Raad van Bestuur is in overeenstemming met de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector en de op die wet gebaseerde Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg- en welzijnssector. Er is geen vertrekregeling overeengekomen.

#### Bestuursoverleg en bestuursbesluiten

De Raad van Bestuur heeft ten minste twee keer per week bestuursoverleg. Belangrijke besluiten worden steeds schriftelijk vastgelegd en gecommuniceerd met hulpverleners en interne organen.





## 2.2 BESTUURSVERSLAG

### Beleid en toegevoegde waarde SGZ

Elke zorgorganisatie, ook de SGZ, heeft als doel toegevoegde waarde te bieden aan de gezondheid van patiënten. Het unieke van de SGZ in Nederland is dat in één organisatie de krachten gebundeld zijn van de (1) wijkgerichte zorg vanuit wijk Samenwerkingsverbanden, met daarbinnen gezondheidscentra en groepspraktijken, (2) de stedelijke chronische en complexe zorg, als zorggroep en (3) de acute zorg vanuit de huisartsenpost en de dienstapotheek. De SGZ fungeert bovendien als breed facilitair bedrijf voor alle eerstelijns hulpverleners in Zoetermeer en Benthuizen. De belangrijkste pijlers hiervan zijn multidisciplinaire huisvesting in de wijk en geïntegreerde ICT (met één huisartsen informatiesysteem en apothekers informatiesysteem voor alle huisartsen en apothekers).

De kracht van de SGZ is dat zij huisartsen, apothekers en andere eerstelijns hulpverleners in staat stelt zich als een betrouwbare en aanspreekbare samenwerkingspartner op te stellen voor zorgverzekeraars, thuiszorg, ziekenhuis en gemeente. Dit jaarverslag geeft daarvan een overzicht.

Het beleid van de SGZ kan onderverdeeld worden aan de hand van vijf werkerreinen, die elk hun eigen bekostiging hebben: (1) wijkgerichte, samenhangende eerstelijnszorg, (2) ketenzorg, (3) acute zorg, (4) monodisciplinair zorgaanbod en (5) ondersteuning en infrastructuur.

De SGZ wil op deze werkerreinen toegevoegde waarde bieden op zes aspecten van kwaliteit: (1) continuïteit en capaciteit, (2) kwaliteit van zorg en zorgprogramma's, (3) substitutie

en doelmatigheid, (4) patiënttevredenheid en service, (5) hulpverlenerstevredenheid en ondersteuning en (6) innovatie.

### Ontwikkelingen

Het jaar 2017 stond in het teken van de realisering van de doelstellingen van het beleidsplan 2016-2018 van de SGZ 'Geïntegreerde eerstelijnszorg waar zowel patiënten als hulpverleners beter van worden in Zoetermeer en Benthuizen'.

#### *Meer tijd voor de patiënt*

Een belangrijke doelstelling in dit beleidsplan: meer tijd voor de patiënt. Er is in 2017 zonder twijfel meer tijd voor de patiënt gecreëerd. De vraag is of de hoeveelheid extra tijd ook gelijke tred heeft gehouden met de stijgende zorgvraag als gevolg van vergrijzing, toenemende morbiditeit, extramuralisering, technologische ontwikkelingen en toegenomen mondigheid van de patiënt. Dat is vermoedelijk niet het geval.

Er is op de volgende manieren voorzien in meer tijd voor de patiënt.

1. Het inzetten van meer medewerkers naast de huisarts zoals de praktijkverpleegkundige ouderenzorg en de praktijkondersteuner jeugd.
2. Het inzetten van financiële prikkels om te bevorderen dat huisartsen meer tijd aan patiënten besteden. Binnen de begroting is ruimte gemaakt voor bepaalde declaraties zoals Positieve Gezondheidsgesprekken.
3. Ontzorging. De SGZ biedt zekerheid door de praktijkondersteuners (POH) GGZ en Jeugd, en de praktijkverpleegkundigen in dienst te nemen en daarmee het risico te dragen. Dezelfde uitbreiding van formatie was niet gerealiseerd als huisartsen zelf de verpleegkundigen in dienst

hadden moeten nemen. Meer in het algemeen gaat het er hierbij om de gehele ondersteuning zo in te richten dat de huisarts de uitvoering van bepaalde activiteiten ook aan andere medewerkers kan uitbesteden. Er is voor het eerst sprake van een flinke personele uitbreiding op het centraal bureau van de SGZ, voor de volledige ondersteuning van de POH-Jeugd en de praktijkverpleegkundigen, ter ontlasting van de hulpverleners.

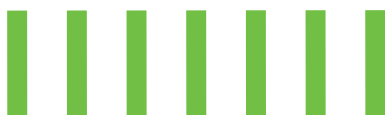
4. Verschuiving van de zorgvraag, bijvoorbeeld in de sfeer van eHealth en zelfmanagement. Het gebruik van [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) wordt sterk gepromoot.
5. Verbetering van de samenhang en coördinatie. Met de aanstelling van de praktijkverpleegkundige ouderenzorg is een verbinding tot stand gebracht tussen de huisartsenpraktijk en de organisaties die zich met ouderen bezighouden.

#### *Astma en Verhoogd Vasculair Risicomanagement*

In 2017 is gestart met twee nieuwe DBC-ketenzorgprogramma's: astma en Verhoogd Vasculair Risico. Dat betekent dat het aantal patiënten dat programmatische zorg krijgt op basis van een DBC-tarief toegenomen is van circa 10.500 naar 22.600 (zie tabel 1.2).

#### *Substitutie*

Er is veel inzet geweest om de substitutie van zorg in de tweede lijn naar zorg in de eerste lijn te bevorderen. Verwijscijfers zijn geanalyseerd en besproken in de wijk Samenwerkingsverbanden. Een triple aim visiedocument is voorbereid in de samenwerkingsrelatie met gemeente, ziekenhuis en thuiszorg. Projecten zijn voorbereid of gestart op het vlak van hartfalen, oogheelkunde, orthopedie en hotspots.



### Jeugd

Met de gemeente Zoetermeer en de zorgverzekeraars heeft de SGZ eind 2017 voor de jaren 2018-2020 een driejarige overeenkomst gesloten over de inzet van de POH Jeugd in de huisartspraktijk. Doel is te voorkomen dat kinderen onnodig en te snel in langdurige jeugdhulpverleningstrajecten terechtkomen. Het streven is dat eind 2018 alle huisartsen gebruik kunnen maken van de hulp van een gespecialiseerde praktijkondersteuner jeugd.

### Continuïteit

Twee huisartspraktijken kregen een nieuwe eigenaar of praktijkhouder. Een daarvan was een van de drie nog in Zoetermeer resterende solo-huisartspraktijken. Deze is in 2017 verhuisd naar het gezondheidscentrum Buytenwegh. Een langslpend conflict binnen een fysiotherapiepraktijk in het gezondheidscentrum Driemanspolder is opgelost.

### Bestuurlijke beoordeling

Het bestuur is tevreden met de in 2017 geboekte resultaten op de brede agenda van de multidisciplinaire eerstelijnszorg. Ook het bedrijfsresultaat stemt het bestuur tevreden. De SGZ is een publiek georiënteerde non-profit organisatie. Daarbij past geen hoge winst. Een positief resultaat tussen de 1% en 3% van de omzet is wenselijk uit oogpunt van continuïteit van de organisatie en het maatschappelijk vertrouwen dat de organisatie nodig heeft. Het resultaat bedroeg in 2017 1,9% van de omzet (zie hoofdstuk 3).

### Uitdagingen

De SGZ heeft al 44 jaar dezelfde uitdaging: in de praktijk brengen en laten zien dat een sterke eerste lijn (en een sterke eerstelijns organisatie) toegevoegde waarde biedt. De urgentie om deze toegevoegde waarde te bieden is echter enorm

toegenomen. De effecten van de dubbele vergrijzing, de toename van chronische ziekten, de reductie van intramurale capaciteit, de noodzaak van kostenbeheersing in de tweede lijn, de wens van de patiënt om langer thuis te wonen – het slaat allemaal neer in de eerste lijn, in de spreekkamer van de huisarts. Als gevolg van bovenstaande ontwikkelingen blijft het aantal hulpverleners dat werkzaam is in de eerste lijn stijgen. Dit stelt hogere eisen aan de coördinatie en organisatiegraad in de eerste lijn. De SGZ voorziet hierin en ontlast daarmee de individuele praktijken. Tegelijkertijd stelt de steeds krappere arbeidsmarkt beperkingen aan personele uitbreiding als oplossing voor de toenemende zorgvraag.

De voorziene personele uitbreiding op het vlak van praktijkondersteuning (POH) Ouderenzorg, Jeugd en GGZ, zijn in 2017 gedeeltelijk gerealiseerd. In 2018 en 2019 zal dit verder zijn beslag krijgen. Een belangrijke uitdaging is om voor dit nieuwe personeel ook adequate werkplekken te bieden die bij voorkeur zijn ingebed in de huisartsenpraktijken of tenminste een ruimtelijke relatie met korte looplijnen naar de huisartsenpraktijken hebben.

Om de noodzakelijke toegevoegde waarde te bieden in de patiëntenzorg, kent de SGZ aan ICT een zeer belangrijke plaats toe. De uitdaging is de bestaande ICT-structuur uit te bouwen en te versterken, zodat huisartsen en apothekers in Zoetermeer over informatiesystemen beschikken die (1) alle functionaliteit bieden die zij nodig hebben voor de patiëntenzorg, (2) snel, betrouwbaar en gebruiksvriendelijk zijn, (2) volledige, veilige en efficiënte communicatie en gegevensuitwisseling bieden met ziekenhuizen, wijkverpleging en andere belangrijke

zorgaanbieders, (3) over een adequaat patiëntenportaal en innovatie op het vlak van E-health toepassingen beschikken, en (4) een adequate informatievoorziening en een adequate beslissingsondersteuning bieden, die doelmatige zorg bevordert.

Vanaf 2019 zullen zorgverzekeraars de functie Ondersteuning & Infrastructuur (voorheen GEZ: Geïntegreerde Eerstelijns Zorg in combinatie met de overhead-component in de DBC-tarieven) inkopen via de betaaltitels Regiomanagement, Keten-zorgmanagement en Wijkmanagement. Als technische exercitie is deze omzetting niet ingewikkeld. De uitdaging voor de SGZ is om zorgverzekeraars te blijven overtuigen dat een sterke O&I op een breed vlak een grote toegevoegde waarde heeft. Het bestuur zal zorgverzekeraars voorstellen doen om een meerjarige overeenkomst aan te gaan, omdat de prestaties die de SGZ levert een planmatige aanpak en een langere adem vergen. Door een meerjarige overeenkomst kan de SGZ effectiever opereren op de arbeidsmarkt doordat de spanning vermindert tussen structurele kosten en baten die formeel maar voor één jaar vaststaan. De SGZ kan bij een meerjarige overeenkomst ook scherper exploiteren door meer middelen in te zetten ten laste van resultaat en reserves.





## 2.3 RAAD VAN TOEZICHT

De Raad van Toezicht ziet erop toe dat de directie van de SGZ adequaat en binnen de bestaande wet- en regelgeving opereert. De Raad heeft, mede op basis van het accountantsverslag en de goedkeurende accountantsverklaring, vastgesteld dat er door de directie van de SGZ in 2017 een verantwoord beheer is uitgevoerd.

De Raad van Toezicht bestaat uit zes leden met kennis en ervaring op bestuurlijk, organisatorisch, financieel en zorginhoudelijk gebied. Alle leden zijn onafhankelijk en functioneren zonder last of ruggespraak. Vier leden worden benoemd op voordracht van respectievelijk de Huisartsen Vereniging Zoetermeer, de Kring Zoetermeerse Apotheken, de cliëntenraad en de ondernemingsraad. Twee leden (de voorzitter en een financieel deskundige) worden openbaar geworven. Benoeming en ontslag van de leden van de Raad van Toezicht geschiedt volgens een door de Raad van Toezicht vastgestelde procedure.

De Raad van Toezicht bestond op 31 december 2017 uit de volgende personen.



Mw. M.A. Bäcker | voorzitter



Dhr. R.P. Visser | vicevoorzitter, op voordracht van de Huisartsen Vereniging Zoetermeer



Dhr. W. Dijkmans | lid, financieel deskundige



Mw. S.L. Sumter | lid, op voordracht van de Kring Zoetermeerse Apotheken



Dhr. P. M.C. Schneider | lid, op voordracht van de cliëntenraad



Dhr. A. Louisse | lid, op voordracht van de ondernemingsraad

De heren Schneider en Louisse worden in 2018 opgevolgd vanwege het bereiken van de maximale zittingstermijn van twee keer vier jaar.

### Werkwijze

De Raad van Toezicht vergadert ten minste vier keer per jaar. De directie is daarbij aanwezig. De hoofdonderwerpen zijn: ontwikkelingen op de korte en lange termijn, risicomanagement, financiële ontwikkelingen en de voortgang bij de uitvoering van het beleidsplan en het werkplan. De Zorgbrede Governancecode van de Brancheorganisaties Zorg (BOZ) geldt hierbij als leidraad. Jaarlijks wordt de accountant uitgenodigd de jaarrekening en de management-

letter toe te lichten. De voorzitter van de Raad heeft aanvullend ten minste vier keer per jaar overleg met de directie ter voorbereiding van de vergaderingen van de Raad en over operationele zaken.

De Raad voert jaarlijks een zelf-evaluatie uit. Om de persoonlijke deskundigheid up-to-date te houden, kunnen de leden gebruik maken van een specifiek opleidingsaanbod. De werkwijze van de Raad is vastgelegd in een Reglement van Orde.

- De Raad van Toezicht vervult de werkgeversrol voor de directieleden. De Commissie Arbeidsvoorwaarden Directie adviseert over deze arbeidsvoorwaarden

en voert jaarlijks functioneringsgesprekken of beoordelingsgesprekken.

- De Auditcommissie Financiën adviseert inzake de jaarrekening, de begroting en andere financiële aspecten van de bedrijfsvoering.
- De Commissie Interne Oriëntatie adviseert inzake zelfevaluatie en interne aangelegenheden.
- De Commissie Externe Oriëntatie adviseert inzake externe aangelegenheden.

### Honoraria en vergoedingen

De grondslag voor het bruto honorarium van de leden van de Raad van Toezicht is het WNT-bezoldigingsmaximum voor de Raad van Bestuur.





Dit bedrag in 2017 € 146.000. De voorzitter ontvangt een honorarium van 7,5% daarvan, de leden 5%. Dit is de helft van het maximum dat de WNT voor leden van de Raad van Toezicht bepaalt. De vergoeding voor reiskosten met de eigen auto bedroeg bruto € 0,32 per km.

### Activiteiten

- Vier vergaderingen.
- Vier voorbesprekingen met de directie.
- Een bijeenkomst van de Raad van Toezicht, de cliëntenraad en de directie over de governancecode en toezichthouden, onder leiding van dhr. Marius Buiting.
- Vier vergaderingen van de Audit-commissie Financiën.
- Eén vergadering van de Commissie Arbeidsvoorwaarden Directie.

### Besluiten en bespreekpunten

- Onderzoek naar medewerkers-tevredenheid.
- Onderzoek naar tevredenheid hulpverleners over dienstverlening.
- Zelfevaluatie Raad van Toezicht.
- Toetsingskader Raad van Toezicht.
- Procedure beoordeling Raad van Bestuur.
- Beoordeling en beleid inzake eigen vermogen van de SGZ.
- Informatiebeveiliging.
- Scholing Raad van Toezicht.
- De cyclus jaarverslag 2016, rapportages 2017 en werkplan en begroting 2018.

### Toetsingskader

Het doel van de SGZ is het creëren van optimale randvoorwaarden voor hulpverleners om kwalitatief hoogwaardige eerstelijnszorg te bieden. Omdat de SGZ een organisatie is met geringe doorzettingsmacht, gaat dat vooral via het verwerven van draagvlak en vertrouwen. De kernwaarden van de organisatie zijn daarom: aanspreekbaarheid, betrouwbaarheid, samenwerking, transparantie en maatschappelijk verantwoord ondernemen.

In 2017 heeft de Raad van Toezicht intensief nagedacht over het kader voor de toetsing van de verantwoording door de Raad van Bestuur over het gevoerde beleid en de bereikte resultaten, en over het functioneren van de Raad van Bestuur. Het vaststellen van ijkpunten geeft houvast bij deze toetsing.

In het vastgestelde Toetsingskader zijn vier hoofdlijnen vastgelegd. Al deze punten komen evenwichtig aan bod bij de toetsing.

1. Externe omgeving: draagvlak van de activiteiten van de SGZ bij stakeholders. Of dit draagvlak er is, kan bijvoorbeeld blijken uit klachten en perikelen, maar evengoed uit het grote aantal contracten dat met samenwerkingspartners wordt afgesloten. Zo nodig gaat de Raad van Toezicht zelf in gesprek met die partners.
2. Interne omgeving: medewerkerstevredenheid. Niet alleen van medewerkers in loondienst bij de SGZ zelf, ook bij zorgprofessionals die gebruik maken van de diensten van de SGZ. Het onderzoek in 2017 liet zien dat professionals in de eerste lijn in Zoetermeer en Benthuisen significant tevredener zijn over hun werk dan hun collega's landelijk.
3. Kwaliteit van de organisatie: realisatie van beleid en goed beheer. Dat kan blijken uit de goede resultaten, het voldoen aan de geldende wet- en regelgeving, adequaat risicomanagement en doelmatig en maatschappelijk verantwoord gebruik van middelen.
4. Kwaliteit van het bestuur: werkwijze en opstelling van de directie. Die moeten stroken met de kernwaarden van de SGZ.



## 2.4 CLIËNTENRAAD

De SGZ en de bij haar aangesloten gestructureerde multidisciplinaire wijksamenwerkingsverbanden kennen sinds geruime tijd een cliëntenraad, met vijf onafhankelijke leden. De cliëntenraad komt geregeld bijeen en brengt gevraagd en ongevraagd advies uit aan de directie van de SGZ. De cliëntenraad ontvangt de goedgekeurde verslagen van de Raad van Toezicht. De leden van de cliëntenraad ontvangen geen vergoeding voor hun werkzaamheden.

De cliëntenraad bestond op 31 december 2017 uit de volgende leden.

- Dhr. F.A. de Neyn van Hoogwerff, voorzitter
- Dhr. U. van Busschbach, waarnemend voorzitter
- Mw. S. Verburg-Willemse, lid
- Mw. W. de Ru, lid
- Dhr. M. Toetenel, lid

De heer Van Eijck heeft, na acht jaar lid geweest van de cliëntenraad, afscheid genomen van de raad. Men kan maximaal twee zittingstermijnen van vier jaar lid zijn. Omdat er al sprake van een vacature was, is de werving in gang gezet voor twee nieuwe leden, hetgeen resulteerde in de benoeming van mevrouw De Ru en de heer Toetenel.

In 2017 heeft de cliëntenraad viermaal met de directie van SGZ overlegd en zijn er ter voorbereiding hiervan vier informele vergaderingen van de raad gehouden. De inhoud van het overleg met de directie is vooral gericht op het adviseren over onderwerpen waarin de kwaliteit van de zorgverlening in relatie tot het belang van de cliënten centraal staat. In deze overleggen heeft de cliëntenraad onder andere meegedacht en geadviseerd over de volgende onderwerpen.

- Het Bestuurlijk Werkplan van de SGZ voor 2018.
- POH-jeugd. De cliëntenraad heeft de SGZ positief geadviseerd met betrekking tot de wijze waarop zij de wijzigingen in de verwijzingsrelatie tussen huisarts en gemeente vormgeeft. Tevens is onderwerp van gesprek geweest op welke wijze het cliëntervaringsonderzoek richting gemeente vorm zou kunnen krijgen.
- De substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Er zijn projecten die inmiddels aan alle voorwaarden voldoen. Met name is relevant of dit ook daadwerkelijk leidt tot extra ruimte bij de huisartsenzorg door overheveling van de bijbehorende financiële middelen van de tweede naar de eerste lijn of dat dit alleen leidt tot verhoging van de toch al enorme werkdruk van de huisarts.
- De raad is uitgebreid betrokken geweest bij de informatieverstrekking aan patiënten over het verlenen van

toestemming aan de huisarts voor het uitwisselen van gegevens uit het huisartsendossier via het Landelijk Schakelpunt (LSP).

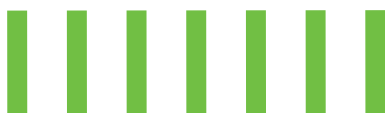
- Ouderenzorg, met name de toenemende vergrijzing in relatie tot sluiting van voorzieningen, het langer zelfstandig moeten wonen en problematiek die dit oplevert voor de eerste lijn.
- Problematiek op de huisartsenpost met betrekking tot bezetting, wachttijden en werkdruk.

Daarnaast hebben de volgende bijeenkomsten plaatsgevonden.

- Contractering zorgverzekeraars. Gezien het grote aantal contracten dat de SGZ afsluit met verzekeraars en de preferente rol van CZ in de regio, heeft de raad onderzocht op welk moment in de cyclus van de contractering het zinnig is om met de SGZ in gesprek te gaan om voor de raad wezenlijke onderwerpen in te brengen. Naast uitgebreide informatie van de SGZ hieromtrent was CZ bereid om een presentatie te geven over het contracteringsproces gezien van de kant van de verzekeraar en hoe patiëntenparticipatie vorm kan krijgen in thema's rond medische en chronische zorg.
- Op 8 maart heeft er een interne oriëntatiebijeenkomst plaats gevonden met de Raad van Toezicht, de directie en de cliëntenraad met als thema 'De veranderingen in de samenleving en de gevolgen daarvan voor de toekomst', onder leiding van Marius Buiting, directeur van het NVTZ.
- Ontwikkelingen rond e-health.

De volgende onderwerpen keren regelmatig terug in het overleg met de directie.

- Wachttijden, werkdruk en bezetting op de huisartsenpost.
- Wachttijden apotheken.
- Telefonische bereikbaarheid huisartsen.
- Informatiebeveiliging.
- Polyfarmacie.
- Ketenzorg.
- Zelfzorg.



## 2.5 ONDERNEMINGSRAAD

De SGZ heeft een ondernemingsraad (OR) met taken en bevoegdheden volgend uit de Wet op de ondernemingsraden. De OR streeft ernaar van elke discipline en elke kiesgroep een vertegenwoordiger in de raad op te nemen. Zesmaal per jaar vergadert de OR zonder en viermaal per jaar met de directie. Zou houdt de OR zicht op goede voorzieningen en behoud van werk. Daarnaast organiseert de OR twee keer per jaar een sessie om te brainstormen over diverse onderwerpen.

### Samenstelling

De Ondernemingsraad bestond op 31 december 2017 uit de volgende leden.

- Mevr. I. Woerlee (fysiotherapeut GC Watertoren), voorzitter
- Mevr. M. Hakkeling (huisarts Noordhove), vicevoorzitter
- Mevr. H. Wolvekamp (POH somatiek GC Seghwaert), secretaris
- De Heer C. Verwey (apotheker GC Oosterheem), algemeen lid

Alle leden van de OR nemen deel aan één of meerdere werkgroepen.

- Mevr. Woerlee en mevr. Wolvekamp vertegenwoordigden de OR in 2017 in het Arboteam, het structurele overleg over de arbeidsomstandigheden met personeelszaken en de preventiemedewerker.
- Mevr. Woerlee neemt de vakbladen door en haalt daar belangrijke zaken uit. Deze zaken worden naast andere onderwerpen door mevr. Wolvekamp verwerkt in de nieuwsbrief. De nieuwsbrief wordt vier keer per jaar verspreid onder de SGZ-medewerkers.
- Mevr. Hakkeling en dhr. Verwey houden zich bezig met de financiën van de SGZ zoals de financiële verslagen en de begroting.
- Dhr. Verwey houdt zich bezig met de arbeidsvoorwaarden.

De OR ontvangt de goedgekeurde verslagen van de vergaderingen van de directie met de Raad van Toezicht, waardoor ze ook inzicht krijgt in het beleid op lange termijn en de strategische keuzes van de SGZ.

### Adviezen

Een aantal jaren geleden heeft de OR ingestemd met cameratoezicht in bepaalde gevallen. In 2017 is op advies van de OR een reglement opgesteld waarin beschreven wordt onder welke voorwaarden cameratoezicht geoorloofd is als instrument voor toetsing achteraf.

### Instemming

De OR heeft ingestemd met het voorgenomen besluit betreffende het aanstellen van mevrouw D. Akkermans als preventiemedewerker.

Verder heeft de OR in 2017 aandacht besteed aan de volgende onderwerpen.

- De bijeenkomsten voor nieuwe medewerkers.
- Het medewerkerstevredenheidsonderzoek.
- De vernieuwde Arbowet.
- De werkdruk en de werksfeer op de Huisartsenpost Zoetermeer.
- Een nieuw reglement voor de OR. De directie heeft daarin toegestemd. De aanstelling is veranderd van 3 naar 4 jaar en is ingegaan op 1 november 2017.
- Werving van nieuwe leden.





## 2.6 KLACHTEN, CALAMITEITEN EN MIP-MELDINGEN

### Klachten

Schriftelijke, mondelinge en telefonische klachten over de dienstverlening van hulpverleners in loondienst bij de SGZ worden afgehandeld volgens de Procedure Klachtenafhandeling SGZ.

De hoofdregel is dat klagers en degene tegen wie de klacht gericht is, eerst proberen om met elkaar in gesprek te gaan om samen tot een oplossing te komen. Om deze bemiddeling te faciliteren, beschikt de SGZ over een klachtenfunctionaris, die alle klachten in eerste instantie behandelt.

- Bij klachten over hulpverleners in dienst van de SGZ treedt de directie op als klachtenfunctionaris.
- Bij klachten over de zorgverlening bij de Huisartsenpost Zoetermeer treden de manager en de portefeuillehouder klachten van het bestuur van de Huisartsenpost op als klachtenfunctionaris.
- Bij klachten over de directie van de SGZ treedt de Raad van Toezicht op als klachtenfunctionaris.

De procedure voor het indienen en afhandelen van een klacht door de klachtenfunctionaris wordt aan de patiënten kenbaar gemaakt via de folder 'Een klacht over onze zorg? Blijf er niet mee lopen.' In eerste instantie wordt de klacht voorgelegd aan de betreffende hulpverlener, vervolgens wordt (indien nodig) contact opgenomen met de klager, waarna wordt getracht een oplossing voor de klacht te vinden waarmee klager kan instemmen. Deze oplossing wordt schriftelijk vastgelegd.

In de meeste gevallen is de klager tevreden met de inzet van de klachtenfunctionaris. De zaak is uitgezocht, zo nodig zijn er excuses gemaakt of het optreden van de medewerker is verduidelijkt aan de klager. Is dat naar het oordeel van de klager onvoldoende, dan kan hij een klacht indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE) waar de SGZ bij is aangesloten, zowel voor klachten over huisartsen als over apotheken, fysiotherapeuten en andere onderdelen van de organisatie. De SKGE beschikt over een klachtenreglement.

In 2017 zijn 26 klachten binnengekomen. Zij worden inhoudelijk beschreven in het verslag van de betreffende disciplines in deel 3.

**Tabel 2.6 | Klachtenoverzicht SGZ**

	2015	2016	2017
Huisartsen	4	4	10
Apotheken	2	1	4
Dienstapothek	0	1	2
Fysiotherapie	0	0	0
Organisatie	0	0	0
Huisartsenpost	5	8	10
<b>Totaal</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>26</b>



## Calamiteiten

De SGZ heeft in 2017 geen calamiteiten gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Twee calamiteitenmeldingen uit 2016 zijn in 2017 afgerond.

Verondersteld wordt dat het geringe aantal calamiteiten samenhangt met de beschikbaarheid van het integrale huisartsendossier van nagenoeg alle Zoetermeerse patiënten op de huisartsenpost. Voor de waarneming tussen huisartsen onderling en tussen huisartsenpost en huisartsen, gebruiken de hulpverleners in Zoetermeer het dossier van de eigen huisarts van de patiënt. Dit geeft meer informatie dan het LSP, dat alleen inzage biedt in een professionele samenvatting. Patiënten zijn hierover uitvoerig geïnformeerd, kunnen daar bezwaar tegen maken, waarbij het technisch mogelijk is gemaakt om dan hun gegevensuitwisseling te blokkeren. Slechts een zeer beperkt aantal Zoetermeeders heeft bezwaar aangetekend tegen inzage binnen het besloten netwerk van de Zoetermeerse huisartsen. Door de beschikbaarheid van alle medische en farmaceutische gegevens gedurende de waarneming wordt de patiëntveiligheid aanzienlijk bevorderd, en neemt het risico op calamiteiten af.

In hoofdstuk 12.4 wordt verder ingegaan op de inzage via de lokale waarneming huisartsen, en de inzage via het Landelijk Schakelpunt (LSP).

## Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP)

Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) geldt voor alle hulpverlenerspraktijken en apotheken sinds 1 juli 2016 een informatieplicht aan patiënten over incidenten die hebben plaatsgevonden door toedoen van een hulpverlener. Tevens geldt de verplichting om een interne procedure in te voeren voor het veilig melden van incidenten.

In de Zoetermeerse eerstelijnszorg kennen de huisartsenpraktijken, apotheken, fysiotherapiepraktijken en andere hulpverlenerspraktijken die gecertificeerd of geaccrediteerd zijn (waaronder de praktijken die de SGZ exploiteert) reeds een eigen, interne MIP-regeling. Incidenten worden hier in de eigen praktijk of apotheek vastgelegd en besproken.

De huisartsenpost kent een eigen MIP-regeling met een MIP-commissie die de meldingen bespreekt en analyseert. In hoofdstuk 21.1 wordt hiervan verslag gedaan.





## 3 | FINANCIËEL JAARVERSLAG



### 3.1 ALGEMEEN BEELD

De SGZ heeft in 2017 een positief resultaat behaald van circa € 646.000 voor belastingen. Dat is circa 1,9% van de bruto omzet. Het positieve resultaat wordt deels toegevoegd aan de reserves van de diverse afdelingen, maar grotendeels toegevoegd aan de algemene reserve.

De omzet van de SGZ is in 2017 met 5,6% gestegen naar € 33,8 miljoen. De lasten stegen met 5,3% naar € 33,5 miljoen. De resultaten van de diverse disciplines en bedrijfsonderdelen van de SGZ vertonen een stabiel beeld. De solvabiliteit van de SGZ is gestegen naar 34,2% en blijft op een zeer solide peil. De liquiditeitspositie is in belangrijke mate verbeterd, namelijk met € 0,6 miljoen. De current ratio is gedaald en bedraagt nu 1,08.



## 3.2 STAAT VAN BATEN, LASTEN EN BALANS

Tabel 3.2a | Samengevoegde staat van baten en lasten SGZ (x € 1.000)

	Exploitatie 2016	Exploitatie 2017
Subsidies en tarief geïntegreerde eerstelijnszorg	3.730	3.756
Ketenzorg	3.129	4.866
Hulpverlening	22.100	22.084
Verhuur	1.774	1.825
Overige baten uit dienstverlening	1.303	1.315
<b>Totaal baten</b>	<b>32.037</b>	<b>33.846</b>
Kostprijs geneesmiddelen	-/- 7.778	-/- 7.553
<b>Bruto marge</b>	<b>24.259</b>	<b>26.293</b>
Personeel	17.306	19.305
Afschrijvingen	1.883	1.087
Huisvesting	2.066	2.223
Praktijkkosten	389	355
Organisatie	2.384	2.983
<b>Totaal lasten</b>	<b>24.028</b>	<b>25.953</b>
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering, voor belastingen	231	340
Financiële baten en lasten *)	-126	-306
<b>Resultaat voor belastingen</b>	<b>357</b>	<b>646</b>
Belastingen *)	-217	46
<b>Resultaat na belastingen</b>	<b>574</b>	<b>600</b>

\*) Financiële baten en lasten en belastingen worden in deze tabel weergegeven als kosten. Negatieve bedragen tellen daardoor op bij het resultaat.

Tabel 3.2a | Samengevoegde balans SGZ (x € 1.000)

	Per 31-12-2016	Per 31-12-2017
<b>Activa</b>		
Vaste activa	8.056	7.213
Financiële vaste activa	1.333	1.431
Voorraden	536	539
Debiteuren en vorderingen	2.208	2.594
Liquide middelen	5.526	6.103
<b>Totaal activa</b>	<b>17.659</b>	<b>17.880</b>
<b>Passiva</b>		
Groepsvermogen en voorzieningen	6.878	7.761
Langlopende schulden	3.737	1.535
Kortlopende schulden	7.044	8.584
<b>Totaal passiva</b>	<b>17.659</b>	<b>17.880</b>

De in de gezondheidszorg meest gebruikelijke kengetallen zijn weerstandsvermogen en solvabiliteit.

- Weerstandsvermogen is eigen vermogen gedeeld door bruto omzet. Het weerstandsvermogen van de SGZ is in 2017 gestegen naar 18,0% (in 2016 was dit 17,2%).
- Solvabiliteit is het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal. De solvabiliteit van de SGZ komt uit op 34,2% (in 2016 was dit 31,2%).



## 4 | SOCIAAL JAARVERSLAG



Het personeelsbeleid van de SGZ heeft de volgende primaire doelstellingen.

1. Zorg dragen voor een adequate personele bezetting van de verschillende afdelingen.
2. Bevorderen dat de SGZ een aantrekkelijke werkomgeving biedt voor de hulpverleners, met (a) ondersteuning en facilitering van samenwerking met andere eerstelijns-hulpverleners, (b) zo veel mogelijk regelruimte en bevoegdheden voor de eigen praktijkvoering en (c) maximale ontlasting van niet-zorggerelateerde taken.
3. Goed werkgeverschap.

Naast de reguliere werkzaamheden van de afdeling personeelszaken, zoals ondersteuning bij werving en selectie, de personeelsadministratie, de verwerking van de salarismutaties, het opstellen van rapportages en advisering, heeft 2017 op personeel vlak in het teken gestaan van onderstaande onderwerpen.

### MTO

In 2017 is een medewerkerste-vredenheidsonderzoek (MTO) uitgevoerd door onderzoeksbureau Effectory. Voor het eerst hebben niet alleen de medewerkers die in loondienst zijn bij de SGZ aan het onderzoek deelgenomen, maar ook medewerkers van een aantal zelfstandige praktijken. Het onderzoek is verspreid onder 457 medewerkers. Uiteindelijk hebben 337 medewerkers

het onderzoek ingevuld en teruggestuurd. Aan het onderzoek hebben deelgenomen: de medewerkers van de huisartsenpost, de dienst-apotheek, het Centraal Bureau van de SGZ, 3 zelfstandige fysiotherapiepraktijken, 4 SGZ-fysiotherapiepraktijken, 4 zelfstandige apotheken, 4 SGZ-apotheken, 17 zelfstandige huisartsenpraktijken en 15 SGZ-huisartsenpraktijken.





Tabel 4a Medewerkerstevredenheidsonderzoek 2017

	SGZ 2013	SGZ 2017	Zelfstandige praktijken 2017	Benchmark Zorg
<b>Algemene tevredenheid</b>	<b>7,1</b>	<b>7,9</b>	<b>8,2</b>	<b>7,3</b>
Werkzaamheden	6,9	7,9	8,2	7,5
Plezier in het werk	7,2	8,0	8,4	7,9
Zinvol werk	8,1	8,7	9,0	8,4
Voldoende tijd	4,7	5,7	6,2	5,4
Leidinggevende	6,5	7,4	7,6	7,3

De voornaamste resultaten van het MTO 2017 zijn:

- De tevredenheid van medewerkers is ten opzichte van 2013 met 11% toegenomen.
- De medewerkerstevredenheid is in de hele organisatie toegenomen, met uitzondering van de huisartsenpost.
- De 'zorgenkindjes' van het vorige MTO, fysiotherapie en dienst-apotheek, scores respectievelijk 38% en 54% verbetering van de tevredenheid.
- In vergelijking met de zelfstandige praktijken is de tevredenheid van de medewerkers in dienst van de SGZ 4% lager.
- Werkdruk of voldoende tijd hebben is wel flink verbeterd, maar blijft het minst gunstig scorende aspect van de tevredenheid van medewerkers.
- Zowel de SGZ als de zelfstandige praktijken scoren op alle punten boven de landelijke benchmark. Onderzoeksbureau Effectory kent op grond hiervan het keurmerk 'Beste Werkgever' toe.

De SGZ trekt uit de uitkomsten vier conclusies voor het te voeren beleid.

1. De SGZ slaagt erin medewerkers het gevoel te geven dat de SGZ een organisatie van hen is. Een organisatie van, voor en door hulpverleners. Dat moeten we proberen vast te houden.

2. Het beleid om huisartsen en apothekers een vergelijkbare positie, beloning en zeggenschap (regelvrijheid) binnen de SGZ te geven als zelfstandige collega's in hun eigen praktijk hebben, is succesvol en zal – ook gelet op de iets hogere tevredenheid bij de zelfstandige praktijken – worden voortgezet en uitgebouwd.
3. Voor fysiotherapie, huisartsenpost en dienstapotheek zijn vooral externe oorzaken in de sfeer van bekostiging en regeldruk oorzaak van mindere tevredenheid. De directie zal zich inspannen om gehoor te vinden bij zorgverzoekers en overheid om die externe oorzaken te verlichten.
4. De behoefte van professionals is ontlast te worden van regeltaken. De werkdruk blijft hoog en geeft alle aanleiding om de ondersteuning op peil te houden of te versterken. Het opdrachtgeverschap van hulpverleners voor de facilitaire afdelingen blijft daarvoor uitgangspunt. De te verwachten toenemende krapte op de arbeidsmarkt rechtvaardigt versterking van de capaciteit van de afdeling Personeelszaken.

### Personeels- en salarissysteem

In 2017 is het nieuwe personeels- en salarissysteem, Loket, in gebruik genomen. Met de komst van dit

nieuwe systeem is de papierenloonstrook verdwenen en vervangen door de digitale loonstrook. Medewerkers hebben toegang tot hun eigen personeels- en salarisinformatie. De professionals en leidinggevenden kunnen beschikken over de personeels- en salarisinformatie van hun medewerkers op het moment dat het hen uitkomt.

### Arbeidsvoorwaardenbeleid

In 2017 is een start gemaakt met de onderhandelingen voor de nieuwe CAO Gezondheidscentra, aangezien de huidige CAO een looptijd heeft tot 31 december 2017. Inzet van onderhandeling is de overheveling van medewerkers van de huisartspraktijken en de huisartsenpost naar de CAO Huisartsenzorg, en die van de apotheken naar de CAO Apotheken om zodoende tot harmonisatie van arbeidsvoorwaarden te komen in beide branches. Voor het overige personeel is de inzet om te komen tot een adviesregeling op hoofdlijnen, met veel lokale regelruimte.





## Kengetallen

**Tabel 4b | Kenmerken SGZ-medewerkers**

	2015	2016	2017
<b>Aantal formatieplaatsen</b>	<b>169,4</b>	<b>176,2</b>	<b>186</b>
Aantal medewerkers	272	280	301
Instroom/uitstroom in 2017	55/51	58/53	69/59
Vrouwen	228 (83,8%)	241 (86,1%)	263 (87,4%)
Mannen	44 (16,2%)	39 (13,9%)	38 (12,6%)
Leeftijd 15-24 jaar	17 (6,3%)	14 (5,0%)	21 (6,9%)
Leeftijd 25-34 jaar	42 (15,4%)	59 (21,1%)	58 (19,3%)
Leeftijd 35-44 jaar	60 (22,1%)	52 (18,6%)	57 (18,9%)
Leeftijd 45-54 jaar	98 (36,0%)	93 (33,2%)	98 (32,6%)
Leeftijd 55-en ouder	55 (20,2%)	62 (22,1%)	67 (22,3%)
Contract voor bepaalde tijd	90 (21,7%)	55 (12,9%)	53 (17,6%)
Contract voor onbepaalde tijd	182 (54,8%)	225 (68,2%)	248 (82,4%)

**Tabel 4c | Ziekteverzuim SGZ-medewerkers**

	2015	2016	2017
<b>Totaal</b>	<b>4,0%</b>	<b>4,99%</b>	<b>4,5%</b>
Meldingsfrequentie	1,11	0,80	0,81
Loonschade door ziekteverzuim			
• Als absoluut bedrag	€ 371.187	€ 311.944	€ 292.578
• Als percentage van de loonsom	5,3%	4,4%	4,1%

**Tabel 4.1c | Uitgaven deskundigheidsbevordering SGZ-medewerkers**

	2015	2016	2017
Nascholing	€ 155.519	€ 229.937	€ 188.226
Oriëntering	€ 137.625	€ 124.958	€ 134.292
Totale uitgaven	€ 293.144	€ 354.895	€ 322.518
<b>Percentage van de bruto loonsom</b>	<b>3,5%</b>	<b>4,1%</b>	<b>3,4%</b>

# DEEL 2A GEORGANISEERDE EERSTE LIJN

## GEÏNTEGREERDE EERSTELIJNSZORG | GEZ

### DEEL 2a | GEORGANISEERDE EERSTE LIJN

Geïntegreerde Eerstelijnszorg | GEZ

<b>5   Versterking eerste lijn</b>	<b>27</b>
5.1 Waarborgen van continuïteit en beschikbaarheid	27
5.2 Samenwerking eerstelijnszorg in de wijk	29
<b>6   Geneesmiddelen</b>	<b>32</b>
6.1 Doelmatige geneesmiddelenvoorziening	32
6.2 Medicatieveiligheid	35
<b>7   Eerstelijnsdiagnostiek en DTO</b>	<b>36</b>
7.1 Laboratoriumonderzoek	36
7.2 Functie-onderzoek	37
7.3 Beeldvormende diagnostiek	38
<b>8   Verwijzing en substitutie van zorg</b>	<b>39</b>
8.1 Kosten van medisch specialistische zorg	39
8.2 Substitutie van zorg	42
8.3 Benchmark verwijzen	42
8.4 Diepe veneuze trombose en longembolie	44
8.5 Kleine chirurgische ingrepen	45
<b>9   E-health</b>	<b>46</b>
9.1 MijnGezondheid.net	46
9.2 E-health eerstelijns GGZ	47



<b>10   Zorgprogramma's</b>	<b>48</b>
10.1 Complexe ouderenzorg	48
10.1.1 Kwetsbare ouderen	48
10.1.2 Dementie	50
10.1.3 Ouderen in woonzorgcentra	52
10.1.4 S3 prestatie ouderenzorg	52
10.1.5 Eerstelijns verpleegkundige	54
10.1.6 Eerstelijns verblijf	56
10.2 GGZ	57
10.3 Palliatieve zorg	58
10.4 CVA	59
10.5 Hartfalen	60
10.6 Kwetsbare zwangeren	60
<b>11   Zorgvernieuwing</b>	<b>61</b>
11.1 Positieve gezondheid	61
11.2 Welzijn op recept	62
11.3 Hotspotters	62
11.4 Complexe zorgvragen	63
11.5 POH-Jeugd	63
<b>12   Service aan patiënten</b>	<b>65</b>
12.1 Telefonische bereikbaarheid	65
12.2 Wachttijden apotheken	66
12.3 Publieksinformatie	67
12.4 Medische gegevens elektronisch delen	67
<b>13   Organisatie en infrastructuur</b>	<b>69</b>
13.1 Multidisciplinaire bedrijfsvoering	69
13.2 Zorgmanagement	70
13.3 Multidisciplinaire ICT	70
13.4 Informatiebeveiliging	71
13.5 Multidisciplinaire huisvesting	72

## 5 | VERSTERKING EERSTE LIJN



### 5.1 WAARBORGEN VAN CONTINUÏTEIT EN BESCHIKBAARHEID

Kerntaak van de Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer (SGZ) is het waarborgen van de continuïteit en beschikbaarheid van de eerstelijnszorg in het werkgebied.

Overal in de zorg vindt een verschuiving plaats van curatie naar preventie, van professionele zorg naar zelfzorg en mantelzorg, van specialistische en intramurale zorg naar generalistische en extramurale zorg, van de tweede lijn naar de eerste lijn. Het is de overtuiging van de SGZ, dat een zo veel mogelijk integrale vormgeving van de eerstelijnszorg noodzakelijk is om deze uitdaging aan te kunnen. Dat kan door het bundelen van management

en organisatiekracht, én door het realiseren van een over de volle breedte op elkaar afgestemd zorgaanbod. Niet alleen binnen de gezondheidscentra en (groeps)praktijken van de SGZ zelf, maar ook door afstemming en samenwerking in de acute zorg, ouderenzorg, ketenzorg, geestelijke gezondheidszorg, geneesmiddelenvoorziening, regionale transmurale afspraken, eerstelijnsdiagnostiek, jeugdzorg, wijkteams, zelfmanagement en de toepassing van e-health.





## Nijpend tekort wijkverpleegkundigen

Begin 2018 luiden onder andere zorgaanbieders en de Tweede Kamer de noodklok over de toenemende personeelstekorten in de zorg. Volgens het UWV moeten in 2018 tussen de 120.000 en 130.000 vacatures worden opgevuld in Nederland.

In de eerstelijnszorg van Zoetermeer is het personeelsprobleem goed merkbaar bij de huisartsenpost. Het is al vanaf 2016 lastig om vacatures voor triagisten te vervullen. De Huisartsenpost Zoetermeer is gestart met de opleiding van junior triagisten en het aannemen van medisch studenten, die na een korte inwerkperiode het tekort helpen opvangen. Het vinden van waarnemers voor huisartsen die zelf de nachtdiensten niet kunnen of willen uitvoeren, bleek in 2017 vaak onmogelijk, of alleen tegen exorbitante waarneemtarieven.

Een heel groot probleem vormt het tekort aan personeel bij de wijkverpleging. De beide aanbieders waarmee een samenwerkingsovereenkomst is gesloten, Vierstroom Zorg Thuis en Buurtzorg, hebben een relatief groot aantal onvervulde vacatures. Ook Privazorg, waarmee wordt samengewerkt specifiek voor palliatieve en terminale zorg, kampt met tekorten. Gevolg is dat verzoeken om wijkverpleging door Vierstroom, Buurtzorg en Privazorg regelmatig afgewezen worden. Dit raakt met name cliënten die een intensieve zorgvraag hebben, zoals palliatieve zorg. De patiënt, mantelzorg of de huisarts moet op zoek naar andere aanbieders van wijkverpleging die wel patiënten aannemen of ze moeten een beroep doen op de Zorgverzekeraar om vanuit diens zorgplicht wijkverpleging te regelen. In 2017 is dit in een klein aantal gevallen niet gelukt en moesten andere oplossingen worden gevonden, zoals opname in een hospice. Als een andere aanbieder van wijkverpleging werd ingezet, leidde dat over het algemeen tot gebrekkiger afstemming met huisartsen (door het ontbreken van werkafspraken en korte lijnen) en in een aantal gevallen tot inzet van – in de ogen van de huisarts – minder gekwalificeerd personeel.

De inzet is om samen met de partners van de wijkverpleging de instroom van wijkverpleegkundigen te bevorderen door het aanbieden van stageplaatsen, het verminderen van de registratielast, meer bij- en nascholing van bestaand personeel en verbetering van arbeidsvoorwaarden. Daarnaast verzorgt de SGZ voor met name huisartsen op het SGZ-intranet een actueel overzicht van beschikbare zorg, zodat verwijzende huisartsen direct kunnen zien hoeveel ruimte er is bij welk team. Daartoe melden Vierstroom, Buurtzorg en Privazorg aan de SGZ eventuele selectieve instroom van patiënten per team.



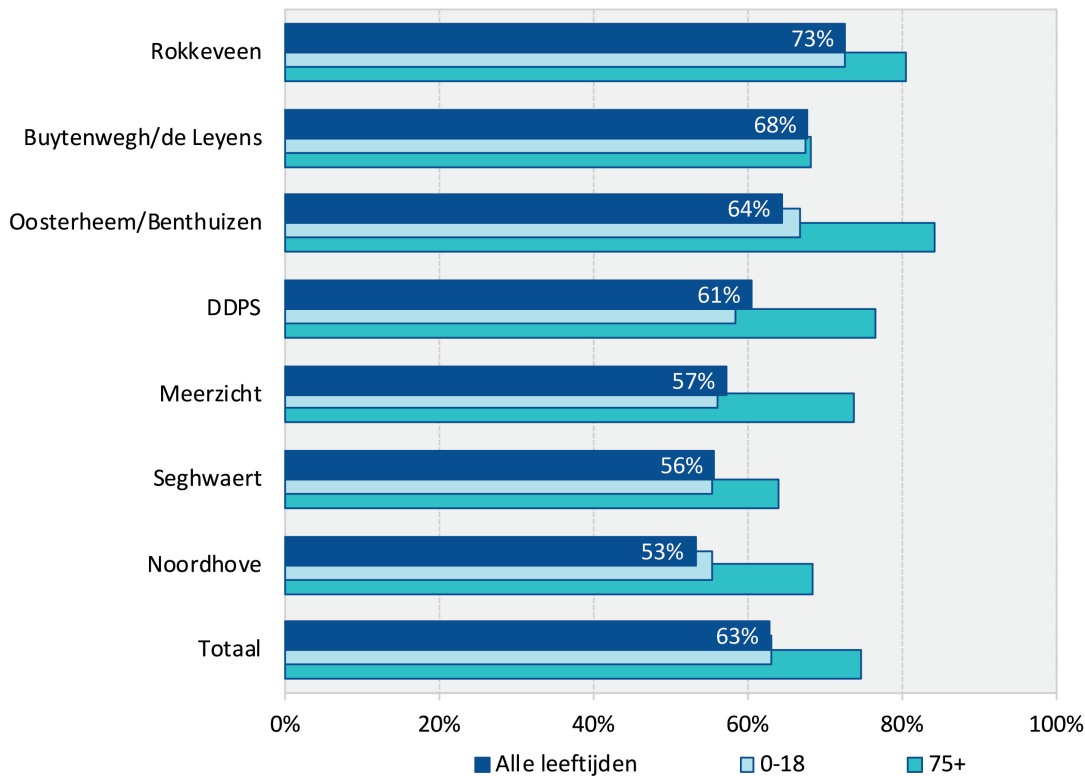
## 5.2 SAMENWERKING EERSTELIJNSZORG IN DE WIJK

Huisartsenpraktijken (met huisartsen, praktijkondersteuners en doktersassistenten) werken intensief samen met andere sterk wijkgebonden disciplines: apothekers, wijkverpleegkundigen, thuiszorg, jeugdgezondheidszorg en de gemeentelijke wijkzorgnetwerken. De SGZ maakt afspraken over deze samenwerking en draagt zorg voor implementatie ervan via de wijksamenwerkingsverbanden.

### Patiëntenoverlap

Om die samenwerking in de wijken goed vorm te kunnen geven, is het belangrijk om te weten welk percentage van de inwoners van een bepaalde wijk ingeschreven staat bij een huisartsenpraktijk in die wijk zelf. Hoe hoger dit percentage, hoe groter de patiëntenoverlap tussen de huisartsenpraktijken en de andere sterk wijkgebonden disciplines. In de visie van de SGZ zou voor een optimale samenwerking op wijkniveau het aandeel inwoners met een huisarts in de eigen wijk ten minste twee derde (66%) moeten zijn.

Grafiek 5.2 | Percentage inwoners met een huisarts in de eigen wijk (2017)



## Basiszorg in de wijk

Naast de wijksamenwerkingsverbanden geeft de SGZ vorm aan de interdisciplinaire samenwerking in Zoetermeer en Benthuizen.

### *Huisarts en wijkverpleging*

In overleg tussen de SGZ, de Huisartsen Vereniging Zoetermeer e.o. en de thuiszorgorganisaties Vierstroom Zorg Thuis en Buurtzorg zijn in 2017 de volgende afspraken gemaakt.

- Overeenkomst met PrivaZorg in het kader van palliatieve zorg, met ingang van 1 januari 2017 (zie hoofdstuk 10.3).
- Pilots eerstelijnsverpleegkunde (zie hoofdstuk 10.1).
- Pilot samenwerking huisartsenpraktijken en thuiszorgorganisatie Buurtzorg in gezondheidscentrum Noordhove. Doel is een intensievere samenwerking tussen huisarts, praktijkondersteuners somatiek en wijkverpleegkundigen.
- Het project NCare dat in 2016 is gestart om de medicatieveiligheid van patiënten met geïndiceerde wijkverpleging te optimaliseren is in het najaar van 2017 geëvalueerd. Alle betrokkenen (wijkapothekers, V&V-teams van Buurtzorg Zoetermeer en van Vierstroom Zorg Thuis en de woonzorgcentra van Wel Thuis) hebben NCare als ondersteuning van de eigen werkprocessen positief beoordeeld. Door de implementatie van NCare is ook een forse impuls gegeven aan de onderlinge samenwerking tussen de apotheken en wijkverpleging. Meer informatie over NCare staat in hoofdstuk 6.2.
- Het project verbetering digitale communicatie tussen huisartspraktijken en wijkverpleging van Vierstroom Zorg Thuis en Buurtzorg. Het project bestaat uit twee delen: (1) het beter benutten van de bestaande mogelijkheden voor berichtenuitwisseling middels ZorgDomein en ZorgMail EDI en (2) het in kaart brengen welke behoefte aan informatie-uitwisseling er nog is als de bestaande mogelijkheden voor berichtenuitwisseling optimaal worden benut.

### *Huisarts en verloskunde*

In het samenwerkingsoverleg tussen de SGZ en de Zoetermeerse verloskundigenpraktijken zijn in samenspraak met huisartsen in 2017 diverse werkafspraken ontwikkeld, dan wel geactualiseerd.

- Werkafspraken huisarts-verloskunde voor de Huisartsenpost
- Werkafspraken anticonceptie
- Werkafspraken incontinentie en bekkenbodemdysfuncties
- Werkafspraken miskraam
- Werkafspraken tetanusprofylaxe

De eerstelijns verloskundigen zijn daarnaast ondersteund bij de overgang naar integrale geboortezorg, zowel op het vlak van visieontwikkeling als bij de inhoudelijke invulling van diverse protocollen.

30

De SGZ heeft in 2017 van de gemeente Zoetermeer een aanvullende subsidie gekregen voor het project ter ondersteuning van kwetsbare zwangeren: 'Gezond ouder worden begint in de baarmoeder'. De subsidie is mede aangevraagd door het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) Zoetermeer, de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en een sterk bij de geboortezorg betrokken huisarts. Meer hierover is te lezen in hoofdstuk 10.6.





*Huisarts, POH-GGZ, GZ-psychologen in de eerste lijn, algemeen maatschappelijk werk en tweedelijns-GGZ*

In 2017 is in alle wijksamenwerkingsverbanden de samenwerking geëvalueerd tussen deze disciplines. Daarnaast zijn de onderstaande, nieuwe afspraken geïntroduceerd, besproken en geaccordeerd.

- De introductie en het gebruik van e-mental health in de huisartsenpraktijk (Mind District), en het gebruik van e-health door Kwadraad en door de eerstelijns-psychologen.
- De introductie en het gebruik van een beslissingsondersteunend instrument in de huisartsenpraktijk (Transparant Next).
- Nieuwe ketenafspraken over verwijzen, wachttijden, verantwoordelijkheidsverdeling en overbruggingszorg gedurende de wachttijd, voorschrijven van medicatie gedurende de wachttijd tot behandeling, rapportage aan de huisarts, consultatie door een GZ-psycholoog of psychiater. De afspraken betreffen de huisartsen, de GZ-psychologen in de eerste lijn, Parnassia Groep Zoetermeer en GGZ Rivierduinen Zoetermeer.
- Nieuwe ketenafspraken over de behandeling en begeleiding van thuiswonende chronisch psychiatrische patiënten, en de rol van de huisartsenpraktijk.

*Huisarts en fysio- en oefentherapie, podotherapie en ergotherapie*

De SGZ heeft in 2017 in de diverse wijksamenwerkingsverbanden de samenwerking geëvalueerd aan de hand van de 'Algemene samenwerkingsafspraken huisartsen – fysiotherapeuten Zoetermeer'. Centraal stond het volgen en uitvoeren van de afspraken over afwachtend beleid, over de inhoud van verwijsbrief, het screeningsformulier (bij directe toegankelijkheid fysiotherapie) en het eindverslag. Daarnaast zijn de verwijsmogelijkheden geëxpliciteerd op het gebied van claudicatio, CMC-I artrose, en andere specifieke doelgroepen.

In een aantal wijksamenwerkingsverbanden zijn samenwerkingsafspraken gemaakt over de behandeling van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en over de multidisciplinaire aanpak bij oncologie.

In de meeste wijksamenwerkingsverbanden is bovendien het aanbod van beweegprogramma's voor mensen met diabetes, COPD, astma, of hart- en vaatziekten in kaart gebracht.

De rol van de kinderysiotherapeut is in een aantal wijksamenwerkingsverbanden toegelicht, en meer in het bijzonder van de kinderbekkenfysiotherapeut en kindermindfulness.

Tenslotte was er aandacht voor de rol van de fysiotherapeut bij valpreventie, van de podoloog bij hielpijn/hielspoor en van de ergotherapeut.

## 6 | GENEESMIDDELEN



De SGZ zet zich in voor een doelmatige geneesmiddelenvoorziening in het werkgebied. Sinds 2008 ondersteunt de SGZ het Farmaco Therapeutisch Overleg (FTO) intensief. In 2014 is ook het Farmaco Therapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO) opnieuw opgepakt. Ook heeft de SGZ nadrukkelijk aandacht voor de medicatieveiligheid.

### 6.1 DOELMATIGE GENEESMIDDELENVOORZIENING

Het stedelijk FTO wordt in Zoetermeer in vijf groepen op dezelfde manier uitgevoerd. De groepen functioneren op FTO-niveau 4. Dat betekent dat zij SMART doelstellingen formuleren en die een jaar later evalueren. De resultaten van de deelnemende artsen worden in het FTO op naam getoond, afgezet tegen het gemiddelde van Zoetermeer.

32

Inmiddels zijn er op de volgende gebieden FTO-afspraken opgesteld in de vorm van een Zoetermeers formularium: bijwerkingen, vitaminen, polyfarmacie, palliatieve zorg, pijnbestrijding, maagmiddelen, hypertensie, cholesterolverlagers, NOAC's, atriumfibrilleren, hartfalen, osteoporose, reuma, migraine, depressie, delier, ADHD, lagere

luchtweginfecties, hooikoorts, astma en COPD, dermatica, psoriasis, orale antidiabetica, schildklierandoeningen, anticonceptie, spruw, urineweginfecties, nierfunctiestoornissen en mictieklachten.

In 2017 zijn in FTO's de volgende onderwerpen besproken.

- Nieuwe Orale Anti Coagulantia (NOAC)
- Medisch Farmaceutische Beslisregels (MFB's)
- Cannabis

De NOAC's mogen tegenwoordig door huisartsen worden voorgeschreven en worden door de NHG als gelijkwaardig alternatief voor de oude antitrombotica beschouwd. In

het FTO zijn afspraken gemaakt over voorkeursmiddelen (Dabigatran, en Apixaban bij veneuze trombo-embolie). Ook zijn afspraken gemaakt over de controle van de nierfunctie en de therapietrouw.

Voorafgaand aan de bespreking van de nieuwe onderwerpen, wordt steeds het onderwerp van een jaar ervoor geëvalueerd. In 2017 betrof dat medicatiegebruik bij astma/COPD en pijnmedicatie bij 75-plussers.

Het FTTO is eenmaal bij elkaar geweest, waarbij lopende zaken besproken zijn. Er zijn hier geen nieuwe ontwikkelingen.

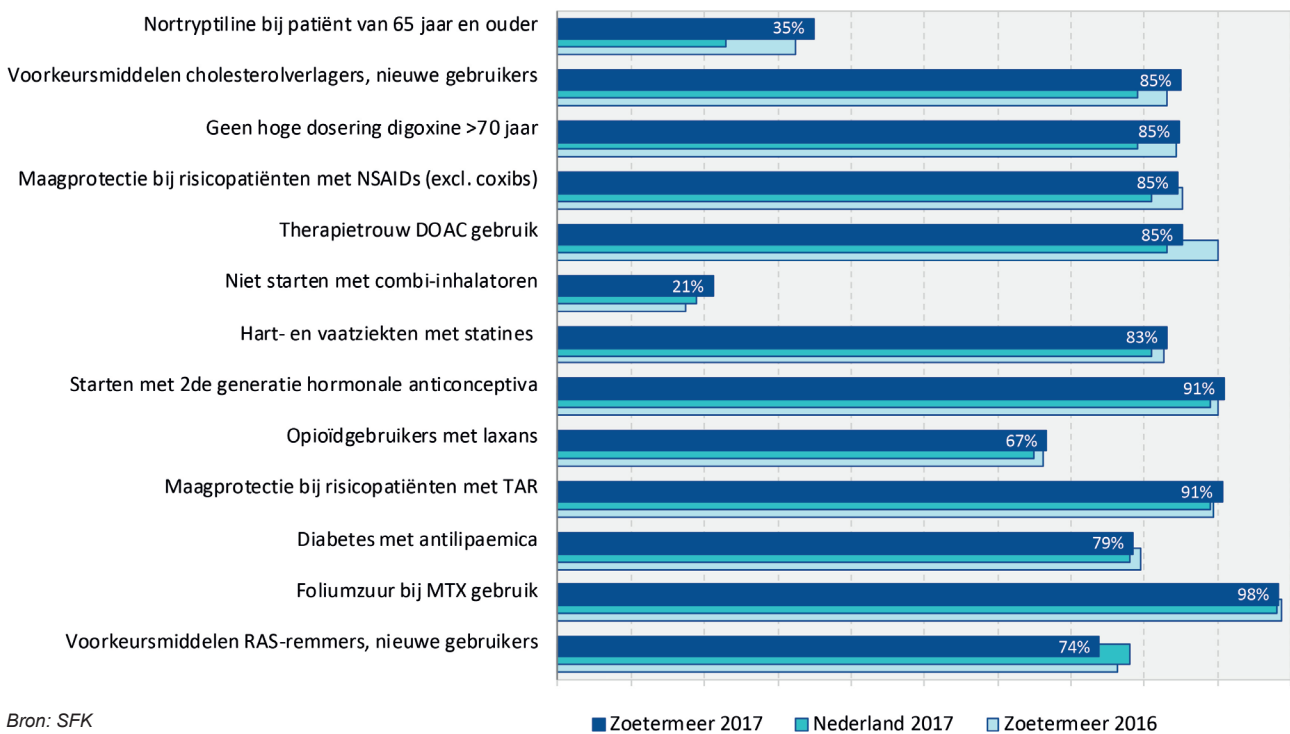


## Belonen op uitkomsten

### Apotheken

Apotheken kunnen in hun contracten met verzekeraars extra inkomsten verwerven door systematisch te werken aan goed medicijngebruik door hun patiënten. Onder andere door het toepassen van de Medisch Farmaceutische Beslisregels (MFB's) laten de apotheken in het werkgebied van de SGZ op vrijwel alle indicatoren een iets beter beeld zien op gewenst medicijngebruik dan het gemiddelde in Nederland. Hieronder de resultaten op de Basisset indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Kwaliteitshandboek Farmacie).

**Grafiek 6.1a | IGZ-indicatoren apotheken in het werkgebied van de SGZ**



Zilveren Kruis hanteert bijvoorbeeld de 'Module uitkomsten van zorg' waarbij apotheken die op drie van de vijf aangewezen indicatoren bovengemiddeld scoren beloond worden. De samenwerkende huisartsen en apotheken van Zoetermeer als geheel scoorden in 2017 op alle vijf indicatoren bovengemiddeld.

### Huisartsen

Voor huisartsen geldt sinds 2015 een soortgelijke beloning, in segment 3. Op basis van onder andere de Monitor Voorschrijven Huisartsen (MVH) kunnen verzekeraars bepaalde indicatoren selecteren om huisartsen extra te belonen. Verzekeraar CZ heeft vier indicatoren geselecteerd, waarvan drie uit de MVH (voorkeursmiddelen statines, All-antagonisten en ppi). In de Zoetermeerse FTO's zijn deze onderwerpen de afgelopen jaren besproken.

De vierde indicator van CZ in segment 3 is de generieke indicator 'Doelmatig voorschrijven totaal DDD'. Deze indicator betreft het voorschrijven van generieke middelen wanneer die beschikbaar zijn, in plaats van overeenkomstige of therapeutisch gelijkwaardige merkmiddelen. Over de prestaties op deze indicator heeft de SGZ geen gegevens beschikbaar. Wel van een soortgelijke indicator van

Multizorg: de Substitutiemonitor Multi Source. Het Zoetermeers aandeel generieke voorschriften van middelen waarvan een generieke variant beschikbaar is, staat in tabel 6.1b.

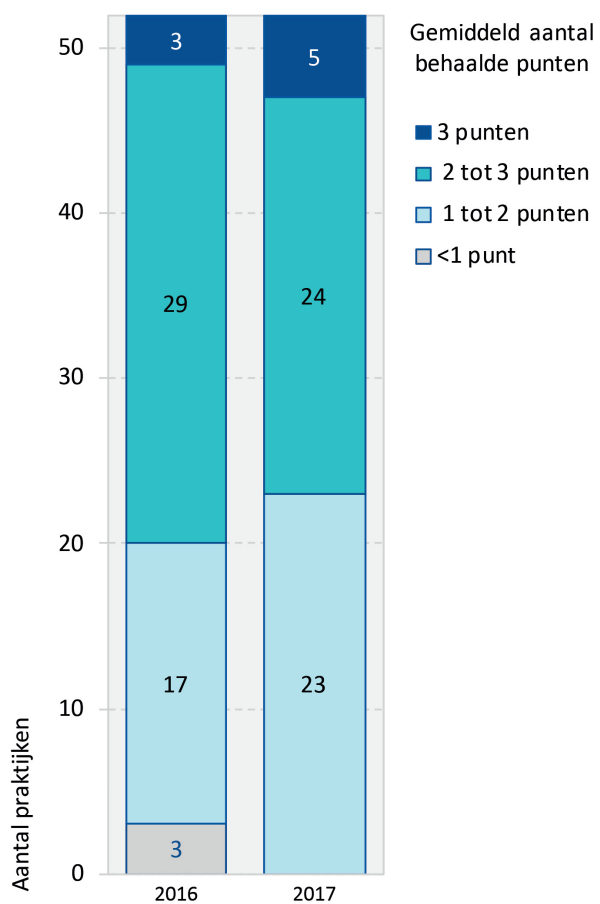
**Tabel 6.1b | Substitutiemonitor Multi Source**

	2015	2016	2017
Percentage generiek	96,9%	97,0%	97,4%

Bron: SFK

De berekening en betaling van de huisartsbeloning ‘doelmatig voorschrijven’ over het jaar 2016 heeft in 2017 plaatsgehad. Praktijken konden per indicator 0, 1, 2 of 3 punten krijgen. Grafiek 6.1c geeft weer hoeveel punten praktijken gemiddeld op de vier indicatoren hebben behaald.

**Grafiek 6.1c | Beloning van huisartspraktijken op doelmatigheidsindicatoren**



Gemiddelde score van huisartspraktijken op grond waarvan in het genoemde jaar is uitbetaald (uitbetaling vindt plaats op basis van de behaalde score in het kalenderjaar ervoor).



## 6.2 MEDICATIEVEILIGHEID

Medicatieveiligheid is een breed begrip dat zowel betrekking heeft op geneesmiddelen als op het farmaceutisch zorgproces. Medicatieveiligheid is een onderdeel van patiëntveiligheid, een belangrijk thema in de zorg en bij de overheid. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) schrijft op haar site dat patiëntveiligheid betekent dat de patiënt geen kans loopt om onbedoeld schade op te lopen wanneer hij zorg krijgt in of door een zorginstelling. Medicatieveiligheid wordt gedefinieerd als 'alle activiteiten die zijn gericht op het juist voorschrijven en afleveren en het juiste gebruik van geneesmiddelen'.

Om de medicatieveiligheid te vergroten heeft de SGZ in samenwerking met andere organisaties in 2017 de volgende activiteiten uitgevoerd.

- In 2015 is een Procedure medicatieoverdracht bij opname, ontslag en polikliniekbezoek bij het Langeland Ziekenhuis opgesteld. In overleg met de ziekhuisapotheker, openbare apothekers en de SGZ is de samenwerking geëvalueerd, zijn vervolgacties vastgesteld en is afgesproken wie er verantwoordelijk voor het in gang zetten van die acties. In 2017 is meerdere keren overleg gevoerd om de procedure aan te scherpen en te actualiseren.
- SGZ en de Kring Zoetermeerse Apotheken (KZA) hebben in samenwerking met thuiszorgorganisatie Buurtzorg Zoetermeer, thuiszorgorganisatie Vierstroom Zorg Thuis en verzorging- en verpleegorganisatie Wel Thuis het initiatief genomen om in de vorm van een pilot te onderzoeken of de medicatieveiligheid ten behoeve van cliënten in Zoetermeer geoptimaliseerd kan worden door inzet van Ncare (voorheen OVIS).

### NCare

NCare is een webapplicatie met een digitaal voorschrijf- en toedienregistratiesysteem en hieraan gerelateerde functionaliteiten. In NCare zijn alle stappen van het medicatieproces conform de richtlijn 'Veilige principes in de medicatieketen' ingericht. Dus op basis van wet- en regelgeving, inclusief de eisen van de IGJ.

NCare is gericht op patiënten die zelf de regie niet meer kunnen voeren over het gebruik van de medicatie die zij nodig hebben. Die taak wordt bij hen overgenomen door de wijkverpleging. Wijkverpleging en apothekers blijken geen zicht te hebben op gemeenschappelijke patiënten, wat het delen van informatie belemmert. Daarnaast is het tijdig aanleveren van actuele papieren toedienlijsten een omslachtig en tijdrovend proces. NCare biedt oplossingen voor deze knelpunten.

Kort samengevat is de verwachting dat de implementatie van NCare de volgende structurele voordelen oplevert.

- Apotheken weten op elk moment welke patiënten in zorg zijn bij Buurtzorg Zoetermeer, Vierstroom Zorg Thuis en WelThuis.
- Apotheken worden door medewerkers van Vierstroom ZorgThuis, Buurtzorg Zoetermeer of WelThuis geïnformeerd over de cliënten bij wie zij het medicatieproces deels of geheel hebben overgenomen. Deze cliënten worden door de zorgorganisaties, in het kader van privacywetgeving, geïnformeerd over de werkwijze en gevraagd akkoord te gaan met dit digitale communicatieproces tussen de zorgorganisatie en apotheek.
- Wijzigingen in medicatie worden door de apotheek in NCare verwerkt en daarmee kenbaar gemaakt aan de verpleging en verzorging. Dit actualisatieproces wordt dagelijks door de apotheek uitgevoerd voor alle patiënten die in zorg zijn, maar kan indien nodig ook per individuele patiënt worden uitgevoerd.
- Verplegers en verzorgers beschikken over actuele digitale toedienlijsten en worden via het systeem automatisch geattendeerd op taken in het medicatieproces of op afwijkend handelen.
- De apotheek heeft inzage in toedieningen, toedientijden en therapietrouw.
- Als medicatie dubbele controle vereist, kan de verpleging en verzorging dit in NCare digitaal organiseren.
- NCare biedt de wijkverpleging de mogelijkheid om artikelen die niet in de Baxter zitten en die al via kwartaalautorisatielijsten door de huisarts zijn gefiatteerd, rechtstreeks te bestellen bij de apotheek.



## 7 | EERSTELIJNSDIAGNOSTIEK EN DTO



Bij eerstelijnsdiagnostiek door of onder regie van de huisarts gaat het om (1) laboratoriumonderzoek, (2) functieonderzoek en (3) beeldvormend onderzoek.

### 7.1 LABORATORIUMONDERZOEK

Laboratoriumonderzoek – met name bloed- en urineonderzoek – gebeurt in vier procent van alle huisartsencontacten. Meestal betreft dit aangevraagd onderzoek uitgevoerd in en door het laboratorium. De huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuizen maken gebruik van de huisartsenlaboratoria van het Langeland Ziekenhuis en van het Reinier Medisch Diagnostisch Centrum. Er zijn prikpunten in gezondheidscentra en groepspraktijken en op diverse plekken in de wijk.

Het aantal testen dat in de leef- en/of zorgomgeving van de patiënt wordt uitgevoerd, stijgt. Point of care testing (POCT) is het proces van indiceren,

uitvoeren, verwerken, interpreteren, communiceren, vastleggen en opvolgen van een laboratoriumtest door een doktersassistent van de huisartsenpraktijk tijdens de zorgverlening aan en in de nabijheid van de patiënt (zonder tussenkomst van een huisartsenlab). Urinestriponderzoek, Hb- en glucosebepaling na een vingerprik zijn bekende, klassieke voorbeelden van POCT.

D-dimeer- en C-reactieproteïnebepalingen (CRP) na een vingerprik zijn voorbeelden van nieuwe POCT die door de Zoetermeerse huisartsen worden uitgevoerd.

- De D-dimeertest voor het uitsluiten van diep veneuze trombose (DVT) en longembolie. Het aantal

D-dimeertests is in 2016 sterk gedaald, doordat de bestaande test al sinds juni 2015 niet meer leverbaar is. Een nieuwe kwalitatieve POC D-dimeertest wordt onderzocht door UMC Utrecht. Het zal zeker tot medio of eind 2018 duren voordat er weer een in de Nederlandse eerste lijn gevalideerde test beschikbaar is.

- De CRP-sneltest voor het vaststellen van longontsteking, buikontsteking, COPD-exacerbaties en de ernst hiervan.



**Tabel 7.1 | Laboratoriumonderzoek in de huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuisen**

	2015	2016	2017
CRP-sneltesten	5.460	6.294	6.304
D-dimeertesten	294	80	122

## 7.2 FUNCTIE-ONDERZOEK

Huisartsen voeren veelvuldig functie-onderzoeken uit.

- Alle huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuisen beschikken over ECG-apparatuur die geschikt is voor het voorleggen van een tele-ECG aan de cardioloog, via ZorgDomein.
- Huisartsen kunnen zelf vaatvernauwingen opsporen door het meten van de enkel-arm index met behulp van Dopplerapparatuur of met geavanceerde bloeddrukmeters. De eerstgenoemde metingen worden wel als zodanig geregistreerd, de tweede niet.
- Voor de thuisbloeddrukmeting zijn door de Zoetermeerse huisartsen gezamenlijk voor iedere praktijk meters aangeschaft die de patiënt kan lenen om thuis regelmatig de bloeddruk op te nemen.
- Zijn er indicaties dat een meer uitgebreidere bloeddrukmeting nodig is, dan bestaat de mogelijkheid van een 24-uurs bloeddrukmeting. De patiënt krijgt dan een bloeddrukmeter mee die hij enige tijd continu draagt.
- Spirometrieën (longfunctiemetingen) worden in de huisartsenpraktijken uitgevoerd bij patiënten die deelnemen in de DBC-ketenzorg COPD en in de DBC-ketenzorg astma. Huisartsen kunnen via ZorgDomein een spirometrie aan de longarts voorleggen.
- Gehooronderzoek wordt door een beperkt aantal praktijken in eigen beheer uitgevoerd. Het betreft audiometrie (het objectiveren van subjectief verminderd gehoor) en tympanometrie (het meten van de beweeglijkheid van het trommelvlies).

**Tabel 7.2 | Functieonderzoek in de huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuisen**

	2015	2016	2017
ECG's	2.918	2.968	2.535
• Waarvan tele-ECG's (zowel binnen als buiten de DBC-ketenzorg)	132	148	200
Thuisbloeddrukmetingen	1.469	1.788	2.281
Enkel-arm index meting met behulp van Dopplerapparatuur	596	449	356
Spirometrieën			
• Buiten DBC-ketenzorg	2.302	2.429	1.360
• Binnen DBC-ketenzorg astma			1.568
• Binnen DBC-ketenzorg COPD	825	730	631
Gehooronderzoeken			
• Audiometrie (in 22 huisartsenpraktijken)	247	228	203
• Tympanometrie (in 9 huisartsenpraktijken)	173	115	44

### Diagnostisch Toets Overleg

In juni 2017 is voor de tweede keer een cyclus Diagnostisch Toets Overleg (DTO) gehouden in vijf DTO-groepen, voorbereid en verzorgd door twee klinisch chemici van het LangeLand Ziekenhuis, in afstemming met een Zoetermeerse huisarts. Het onderwerp was dit jaar leveraandoeningen, en dan met name hepatitis. Diagnostiek, de zin van laboratoriumonderzoek, behandelmogelijkheden en risicovolle medicatie kwamen uitgebreid aan de orde. Er werden ruim 100 dragers van het hepatitisvirus geïdentificeerd die voorheen onbehandelbaar waren, maar bij wie tegenwoordig ernstige leverziekten mogelijk te voorkomen zijn. Er zijn daarnaast afspraken gemaakt over screening bij risicopatiënten en het actualiseren van de contra-indicaties voor medicatie.





## 7.3 BEELDVORMENDE DIAGNOSTIEK

Huisartsen in Zoetermeer en Benthuizen kunnen bij het Langeland Ziekenhuis botdichtheidsmetingen (dexametrie) aanvragen zonder specialistische verwijzing. Er zijn over 2017 geen aantallen bekend.

Een aantal optometristen voert fundusfotografie uit in het kader van de DBC-ketenzorg bij diabetes mellitus type 2.

**Tabel 7.3 | Beeldvormende diagnostiek in de eerste lijn in Zoetermeer en Benthuizen**

	2015	2016	2017
Fundusfotografie (alleen binnen de DBC-ketenzorg DM2)	3.602	3.497	3.203





## 8 | VERWIJZING EN SUBSTITUTIE VAN ZORG



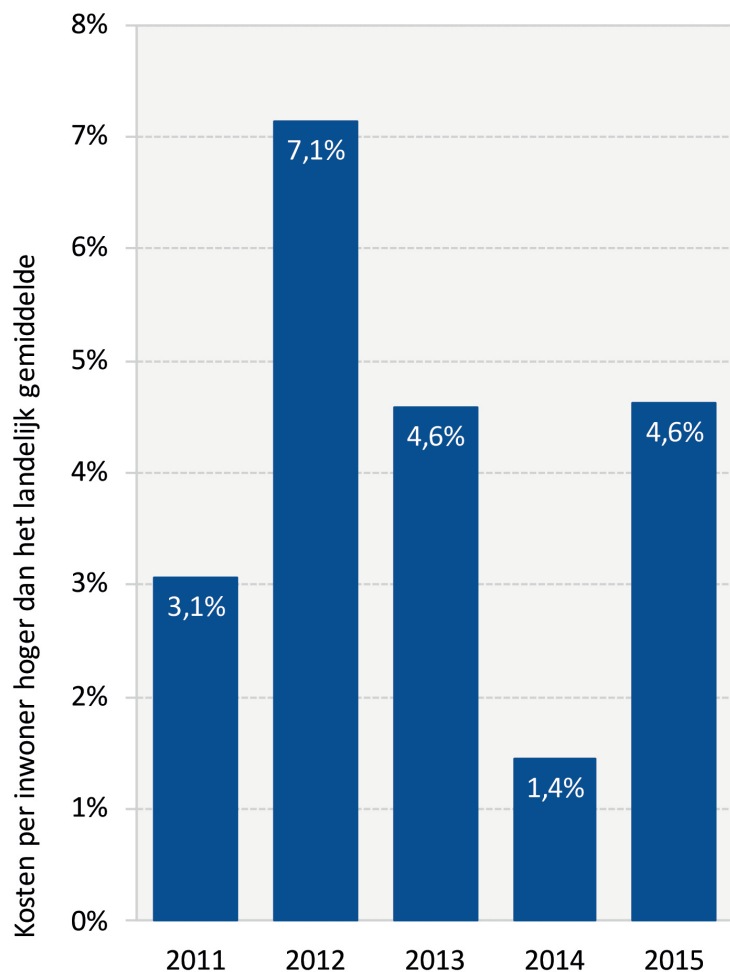
De SGZ staat voor een sterke eerste lijn die bereid is actief met het ziekenhuis samen te werken op basis van een gedeelde substitutie-agenda met als motto: 'In het ziekenhuis wat moet, in de eerste lijn wat kan.'

### 8.1 KOSTEN VAN MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Op de site [Zorgprismapubliek.nl](http://Zorgprismapubliek.nl) publiceert Vektis (een uitvoeringsorganisatie van de zorgverzekeraars in Nederland) onder andere diverse cijfers over de kosten van medisch specialistische zorg. Uit die cijfers blijkt dat de kosten van medisch specialistische zorg in Zoetermeer per inwoner – ongecorrigeerd voor kenmerken van de populatie – hoger liggen dan het landelijke gemiddelde.



**Grafiek 8.1a | Percentage meerkosten medisch specialistische zorg in Zoetermeer ten opzichte van het landelijk gemiddelde**



Bron: Vektis open data

Vektis verzorgt tevens voor huisartsenpraktijken overzichten van de kosten van medisch specialistische zorg (MSZ) van de bij de huisarts ingeschreven patiënten; de zogenoemde praktijkspiegel. Daaruit blijkt dat Zoetermeerse patiënten over het algemeen meer kosten voor MSZ maken dan op grond van de praktijkpopulatie verwacht mag worden.

Uit nader onderzoek van de SGZ blijkt dat het aantal patiënten dat in het ziekenhuis (of zelfstandige behandelcentra) is behandeld in Zoetermeer, hoger is dan gemiddeld. Zowel het aantal nieuwe behandelingen als het aantal vervolgbehandelingen is relatief hoog. Ook het aantal specialismen waarbij patiënten in een kalenderjaar onder behandeling staan is relatief hoger. De kosten binnen het kalenderjaar per behandelde patiënt waren daarentegen relatief laag.

**40**

De SGZ heeft een aantal analyses verricht naar de samenhang van de kosten van MSZ met andere factoren.

*Populatie factoren*

De bevolkingssamenstelling van Zoetermeer – in termen van leeftijdsopbouw, inkomen en gezondheidsverschillen - biedt geen verklaring voor de hogere kosten dan gemiddeld. In stedelijke gebieden zoals Zoetermeer is het beroep dat mensen doen op medisch specialistische zorg in het algemeen hoger dan op het platteland. Zoetermeer is bovendien een ‘slaapstad’ uit de jaren zeventig, waarin de sociale



samenhang lager is dan in andere steden (bron: Atlas Nieuwe Steden). In dergelijke steden is het gemiddelde beroep op medisch specialistische zorg ook wat hoger.

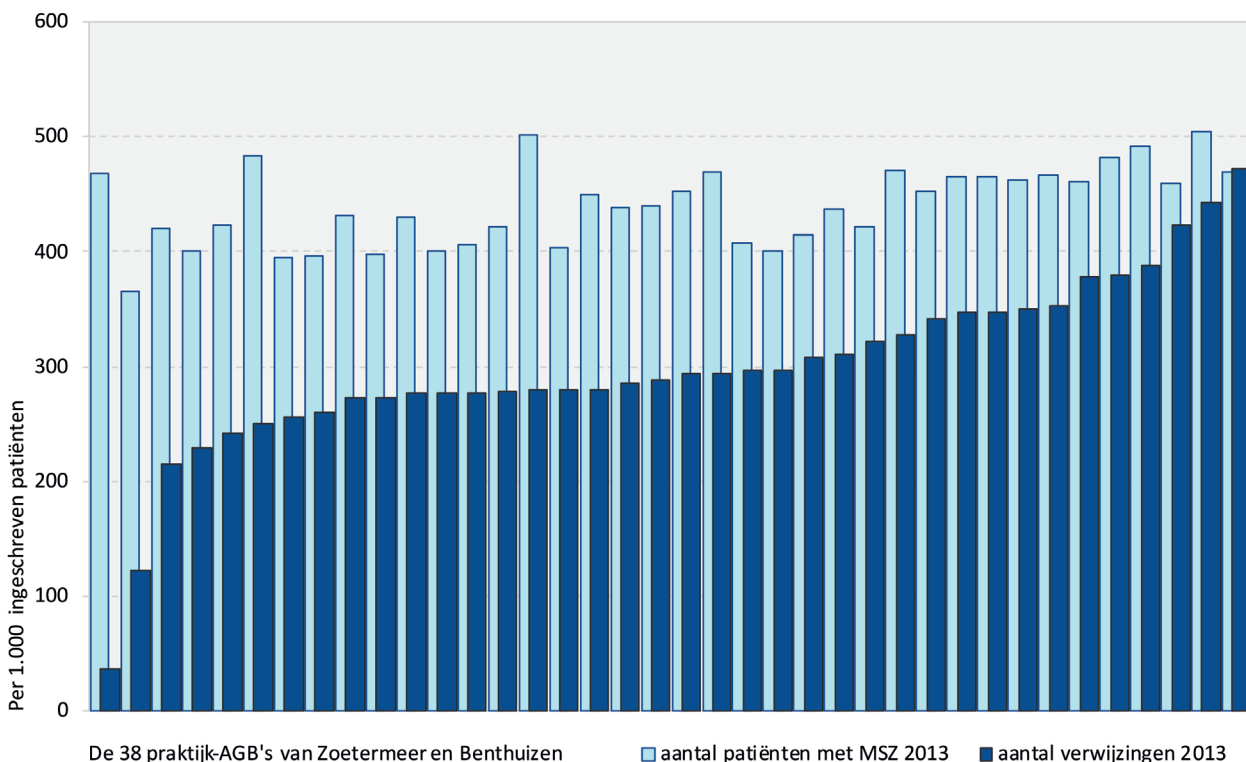
*Ziekenhuis factoren*

De nabijheid van medisch specialistisch zorgaanbod lijkt een rol te spelen. In de tarieven van het LangeLand Ziekenhuis is geen reden te vinden voor hogere kosten: de tarieven van dit ziekenhuis zijn relatief laag. De samenstelling van de geleverde producten (DOT's) die in het LangeLand Ziekenhuis worden verstrekt is niet zwaarder dan elders. Welke rol historische budgetten, de systematiek van budgetplafonds in ziekenhuizen en het onderling verwijzen tussen ziekenhuizen in de kosten spelen, is voor de SGZ niet goed te overzien.

*Huisarts factoren*

In de studie 'Substitutiepotentieel tussen eerste- en tweedelijns zorg' (2016) concludeert het NIVEL dat de huisarts in Nederland slechts beperkt invloed heeft op de tweedelijns zorgconsumptie. Er zijn ook in Zoetermeer geen aanwijzingen dat het verwijsgedrag van de huisartsen van invloed is op de hogere kosten voor medisch specialistische zorg. Zo blijkt dat 63% van de behandelingen in het ziekenhuis in Nederland wordt uitgevoerd op basis van een verwijzing door de eerste lijn. In het LangeLand Ziekenhuis is dat 59%. Er blijkt een zeer geringe samenhang te zijn tussen het verwijsgedrag van huisartsen en het gebruik van medisch specialistische zorg door hun patiënten (zie grafiek 8.1b).

**Grafiek 8.1b | Samenhang tussen verwijzen en gebruik van medisch specialistische zorg (MSZ), 2013**



Bron: praktijkspiegels Vektis en verwijscijfers SGZ. Aangezien Vektis cijfers genereert per AGB-praktijkcode (waaronder soms meerdere huisartspraktijken vallen), bevat deze grafiek minder staafjes (38) dan het totaal aantal huisartsenpraktijken (52).

De erg lage verwijscijfers van de twee meest linkse huisartsen in de grafiek worden verklaard doordat er nog deels werd verwezen met handgeschreven verwijsbrieven. Die konden niet meegeteld worden.



## 8.2 SUBSTITUTIE VAN ZORG

Substitutie van zorg is een van de speerpunten om de kosten van medisch specialistische zorg – in het licht van een sterke vergrijzing in Zoetermeer - niet meer te laten stijgen dan nodig en betaalbaar is. Het krijgt vorm in de samenwerking van de SGZ met het LangeLand ziekenhuis, en de zorgverzekeraars CZ en Menzis.

Het ging in 2017 om de volgende substitutie-afspraken.

- De afspraken over verwijzen en terugverwijzen in de vorm van de Regionale Transmurale Afspraken met het LangeLand ziekenhuis voor diabetes, astma, COPD en coronairsclerose (zie Deel 2b van dit Jaarverslag).
- De afspraken over diepe veneuze trombose en longembolie (zie hoofdstuk 8.4).
- Het zorgprogramma hartfalen (zie hoofdstuk 10.5).

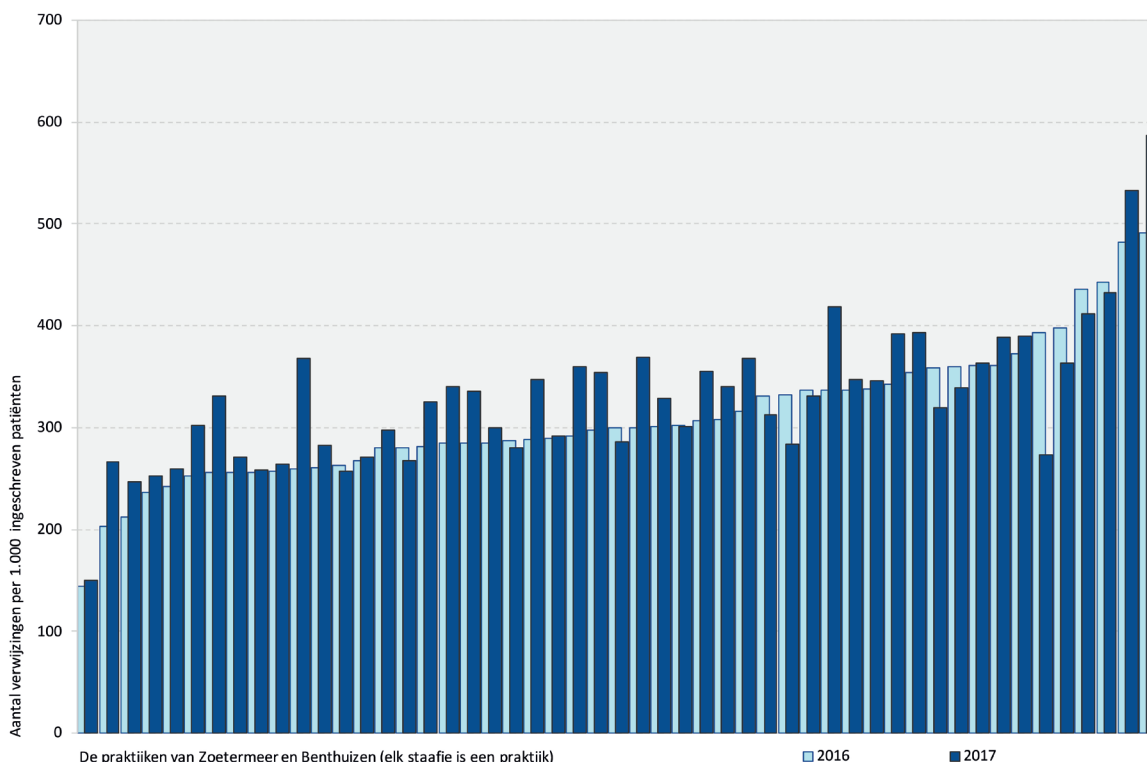
In 2017 zijn twee substitutietrajecten voorbereid.

- Orthopedie: voorbereiding van een substitutietraject op basis van de inzet van een kaderhuisarts bewegingsapparaat.
- Oogheelkunde: voorbereiding voor een substitutieproject met optometristen in de eerste lijn.

## 8.3 BENCHMARK VERWIJZEN

Sinds 2011 koppelt de SGZ jaarlijks cijfers aan de huisartsen terug over hun aantallen verwijzingen. Die cijfers worden besproken in de wijksamenwerkingsverbanden. De eerste jaren hebben vooral in het teken gestaan van het steeds betrouwbaarder registreren en extraheren van verwijzingen. Vanaf 2014 zijn de registraties en extracties dusdanig betrouwbaar dat sprake is van reële vergelijking tussen praktijken.

**Grafiek 8.3 | Aantal verwijzingen naar het ziekenhuis (poortspecialismen) per 1.000 patiënten, 2017**



Uit de feedbackbesprekingen in de wijksamenwerkingsverbanden blijkt dat het effect van de bespreking op de praktijkvariatie moeilijk te duiden is. In de eerste periode leek de spreiding duidelijk af te nemen, dan weer was er geen merkbaar effect, en vervolgens nam de spreiding toch weer opnieuw af. Het laatste jaar is de variatie tussen de praktijk toegenomen en terug op het niveau van 2015.

In de kennisvraag 'Ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg' (2013) geeft het NIVEL aan dat er de tussen huisartsenpraktijken in haar onderzoeksgroep ook een variatie is in het aantal verwijzingen naar de tweede lijn. De methodiek van het vastleggen van verwijzingen is niet vergelijkbaar tussen Zoetermeer en de onderzoeksgroep van het NIVEL. De praktijkvariatie is derhalve niet vergelijkbaar. Ook de absolute verwijscijfers zijn niet vergelijkbaar.

Om de verschillen in verwijscijfers tussen huisartsenpraktijken te kunnen verklaren, heeft het NIVEL een aantal mogelijke verklarende factoren uitgesloten. De verschillen worden volgens het NIVEL niet verklaard door de volgende factoren.

- Het verschil in patiëntenpopulatie. Vrouwen, ouderen en patiënten met een chronische aandoening worden vaker verwezen. Deze patiëntkenmerken hebben een grote invloed op het al dan niet worden verwezen, maar patiëntkenmerken verklaren de variatie in verwijscijfers tussen huisartsenpraktijken niet. Gecorrigeerd voor de case-mix van de patiëntenpopulatie worden de verschillen groter in plaats van kleiner.
- Een 'pull' factor vanuit de tweede lijn, bijvoorbeeld door nieuwe gestarte poliklinieken of zelfstandige behandelcentra.

- De hoeveelheid M&I-verrichtingen door huisartsen - extra verrichtingen die niet tot het basistakenpakket van de huisarts worden gerekend.
- De mate waarin een huisarts meer of minder volgens de richtlijnen werkt. Praktijken die de richtlijnen over verwijzingen meer volgen verwijzen minder. Vrijwel alle huisartsenpraktijken (89,7%) blijken echter volgens de richtlijnen te verwijzen.
- Het verschil in werkdruk, uitgedrukt in aantal patiëntcontacten per patiënt per jaar.

Het NIVEL geeft aan dat de organisatievorm van de huisarts wel een verklarende factor voor de praktijkvariatie is. Huisartsen in duopraktijken verwezen minder dan huisartsen in solopraktijken. Voor groepspraktijken werd een niet significante associatie in dezelfde richting gevonden. Het NIVEL geeft als verklaring aan dat huisartsen in duo en groepspraktijken kunnen overleggen over beslissingen. Solopraktijken komen landelijk steeds minder voor (van 25,7% in 2005 naar 17,8% in 2016). In Zoetermeer zijn er echter geen solopraktijken naar de definitie van het NIVEL.

De vraag is hoeveel doelmatigheids-winst nog te bereiken is met beleid om irrationele praktijkvariatie qua verwijzen terug te dringen. Dit zal een voortdurende zoektocht zijn. De poortwachtersfunctie van de huisarts bestaat uit een continue afweging om een patiënt te verwijzen, afwachend beleid te voeren of zelf te behandelen. Gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en huisarts over het al dan niet verwijzen staan daarbij centraal. Uit de analyse van calamiteiten die de SGZ de afgelopen jaren aan de Inspectie (IGJ) heeft gemeld, blijkt dat calamiteiten soms het gevolg zijn van het achterwege blijven van een verwijzing of te laat verwijzen. Zorgvuldig-

heid in de afweging om al dan niet te verwijzen is van het grootste belang.

Om huisartsen te ondersteunen bij het zorgvuldig verwijzen zet de SGZ de komende jaren in op de volgende acties.

1. Onderzoek naar de mogelijkheden van consultatie door specialisten in verschillende vormen.
  - Groepsgewijze consultatie door patiëntbesprekingen met een specialist in gezondheidscentra en groepspraktijken, of in hagroverband (zoals in 2017 de besprekingen met een internist van het LangeLand Ziekenhuis over patiënten met diabetes in diverse hagro's).
  - Individuele consultatie van een specialist door middel van een daartoe aan te schaffen applicatie.
  - Benutting van de mogelijkheid om een patiënt in te sturen met het verzoek om een eenmalige beoordeling en advies, zonder de behandelverantwoordelijkheid over te dragen.
  - Afspraken over een kortdurende beoordeling door een specialist waarvan een geruststellende werking uitgaat bij een afgedwongen verwijzing.
2. Het implementeren van de Regionale Transmurale Afspraken (RTA's) diabetes, COPD, astma, coronairsclerose en hartfalen, en het monitoren van het effect van deze afspraken. Waar wenselijk en zinvol opstellen van nieuwe RTA's aan de hand van Landelijke Transmurale Afspraken.
3. Mogelijk maken dat huisartsen meer tijd voor de patiënt krijgen in consulten, waarin een eventuele verwijzing aan de orde kan komen.
  - Keuzeconsulten bij de afweging van behandelopties.





- Consulten gepast gebruik bij een verzoek om een verwijzing.
  - Advanced care planning en consulten voor complexe zorg rondom ouderen.
4. Het stimuleren van intern patiëntenoverleg tussen huisartsen binnen gezondheidscentra en groepspraktijken.

### Afspraken over applicaties voor verwijzen en terugrapporteren

De SGZ heeft beleid opgesteld ten behoeve van de communicatie van

huisartsen met andere disciplines. Conform dit beleid verwijzen de huisartsen bij voorkeur via ZorgDomein. Alleen als dat niet lukt, kan men verwijzen via een standaard verwijsbrief uit Medicom, bij voorkeur elektronisch, zo nodig uitgeprint. Uit de registraties van de huisartsen en ZorgDomein blijkt dat inmiddels 95% van de verwijzingen van de huisartsen in Zoetermeer en Benthuizen naar poortspecialisten van alle ziekenhuizen via ZorgDomein loopt. Dit betreft nagenoeg alle verwijzingen naar ziekenhuizen die op ZorgDomein zijn aangesloten. De rest betreft zieken-

huizen en zelfstandige behandelcentra die niet op ZorgDomein te vinden zijn. Met betrekking tot terugrapportage aan huisartsen heeft de SGZ met het LangeLand Ziekenhuis afspraken gemaakt over berichtgeving conform de 'Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen' (HASP) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). De berichten worden via beveiligde Zorg-Mail EDI elektronisch aan de huisarts verzonden.

## 8.4 DIEPE VENEUZE TROMBOSE EN LONGEMBOLIE

In 2014 heeft de SGZ een protocol opgesteld voor de diagnostiek en behandeling van diepe veneuze trombose (DVT) in de eerste lijn. Ook voor de diagnostiek van longembolie middels D-dimeer is een protocol opgesteld. De werkwijze is gebaseerd op de NHG standaard Diepe veneuze trombose en longembolie.

De eerste diagnostiek kan in de eerste lijn worden gedaan, middels een beslissingregel en een D-dimeertest. Vaak kan in de eerste lijn DVT en longembolie dan al worden uitgesloten, wat de patiënt een spoedverwijzing naar de eerste hulp bespaart. Wanneer er geen zekerheid is, wordt de patiënt alsnog voor een eerstelijns echo in het ziekenhuis verwezen. Er zijn afspraken met het LangeLand Ziekenhuis gemaakt over de beschikbaarheid van deze echo's, ook in het weekend. Patiënten met een vermoeden van DVT worden op basis van de uitslag van de echo in de eerste lijn behandeld. Wordt een vermoeden op longembolie in het ziekenhuis bevestigd, dan volgt behandeling in de tweede lijn.

Helaas is de enige gevalideerde POCT-test momenteel niet meer verkrijgbaar, waardoor er een gewijzigde werkwijze is afgesproken. In plaats van de POCT-test wordt nu een CITO-laboratoriumaanvraag gedaan. Dit kost de patiënt meer tijd dan in de oude situatie. De behandeling van een vastgestelde trombose in het been vindt plaats in de eerste lijn. In 2017 is DVT/LE 122 keer gedeclareerd (in 2016: 80 keer).

### 44

Voor herstel van de beginsituatie is het van belang dat er een nieuwe gevalideerde POCT-test voor de D-dimeerbepaling wordt gevonden. De EVA-studie van het Julius Centrum (Utrecht) heeft als doel bestaande POCT-testen te valideren. De huisartsen uit Zoetermeer en Benthuizen nemen, evenals het laboratorium, deel aan dit onderzoek.



## 8.5 KLEINE CHIRURGISCHE INGREPEN

Huisartsen kunnen zelf kleine chirurgische ingrepen uitvoeren, zoals het verwijderen van moedervlekken, dermatofibroom, talgkliercysten of het (gedeeltelijk) verwijderen van een ingegroeide teennagel. Als het nodig is, wordt het verwijderde deel opgestuurd naar het laboratorium voor onderzoek naar de aard ervan.

**Tabel 8.5 | Kleine chirurgische ingrepen in de huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuizen**

	2015	2016	2017
Aantal kleine chirurgische ingrepen	2.617	2.929	3.205



## 9 | E-HEALTH



### 9.1 MIJNGEZONDHEID.NET

Het merendeel van de huisartsenpraktijken in Zoetermeer gebruikt het patiëntenportaal MijnGezondheid.net (MGn). Patiënten kunnen hier via een beveiligde verbinding onder andere herhaalmedicatie aanvragen, een afspraak plannen, inzage krijgen in laboratoriumuitslagen en online hun huisarts consulteren. MGn is gekoppeld aan het elektronische patiëntendossier bij de huisarts. De huisarts heeft een belangrijke rol bij het gebruik van MGn door patiënten. In 2017 is het aantal praktijken dat gebruik maakt van MGn opnieuw sterk gegroeid. Een deel van de aangesloten praktijken de volledige functionaliteit van MGn, een ander deel alleen de functionaliteit om online afspraken te laten maken.

**Tabel 9.1 Gebruik MGn in de huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuizen**

	2015	2016	2017
Aantal aangesloten huisartsenpraktijken	15	22	37
Aantal patiënten dat toegang had tot MGn	2.437	12.605	20.338
Online aanvragen herhaalmedicatie	1.559	2.498	3.727
Online afspraken (e-afspraak)	430	821	1.884
Elektronisch consult (e-consult)	384	542	1.062
Inzage laboratoriumuitslagen	802	1.317	2.241



## 9.2 E-HEALTH IN DE EERSTELIJNS GGZ

De eerstelijns GGZ gebruikt drie vormen van e-health: online zelfhulptrainingen, blended e-health en online screening en monitoring. In 2017 heeft de SGZ hiervoor twee nieuwe instrumenten aangeschaft: de GGZ-module van VitalHealth en online modules van Minddistrict. Deze instrumenten zijn via een beveiligde verbinding aan Medicom gekoppeld.

### Online zelfhulptrainingen

Huisartsen, praktijkondersteuners, GZ-psychologen in de eerste lijn en anderen verwijzen naar vertrouwde websites en e-health programma's die mensen zelfstandig kunnen gebruiken. Ter ondersteuning heeft de SGZ een selectie gemaakt van programma's die hiervoor ingezet kunnen worden. Ook op Zoetermeer-Gezond.nl wordt naar deze programma's verwezen.

### Blended e-health

Blended e-health is een combinatie van face-to-face en online hulpverlening. De Praktijkondersteuners GGZ maken sinds mei 2017 gebruik van online modules van Minddistrict. 511 patiënten hebben gebruikt gemaakt van deze modules. Dat is 11% van de patiënten die contact hadden met een POH-GGZ. De meest gebruikte modules zijn: Minder Piekeren, Mindfulness, Burnout en Zelfbeeld.

### Online screening en monitoring

Sinds mei 2017 hebben de huisartsen en de praktijkondersteuners GGZ de beschikking over een Beslisondersteunend Instrument (BOI): de Transparant Next Screener. Dit is een online vragenlijst, die patiënten thuis kunnen invullen in een beveiligde omgeving. De uitkomst ondersteunt de huisarts en de praktijkondersteuner bij de probleeminventarisatie en verwijzing. De BOI is in 2017 128 keer gebruikt. Dat is 2,8% van de patiënten die contact hadden met een POH-GGZ. De BOI is beschikbaar via de GGZ-module in VitalHealth. Hierin zijn ook een aantal extra ondersteunende vragenlijsten voor de POH-GGZ beschikbaar.

Voor de GZ-psychologen in de eerste lijn heeft de SGZ een overeenkomst met Telepsy voor het online afnemen van Routine Outcome Monitors (ROM's). Cliënten loggen in een beveiligde omgeving in en vullen daar zowel voor als na de behandeling een of meer vragenlijsten of testen in.

**Tabel 9.2 Gebruik online monitoring in de eerstelijns GGZ**

	2015	2016	2017
Percentage cliënten dat vooraf én achteraf de online monitor (ROM) invult	45%	50%	43%

De ROM's worden doorgeleverd aan de Stichting Benchmark GGZ ten behoeve van de benchmark van de behandelresultaten in de GGZ. Voor deze doorlevering is toestemming van de cliënt nodig.

Er was in Nederland in 2017 veel discussie over de vraag of de huidige methodologie van ROM-metingen vergelijking van de kwaliteit van instellingen en behandelaars mogelijk maakt. Zo meet de huidige ROM het resultaat direct na een behandeltraject, en blijft het herstel op de lange termijn buiten beschouwing. Ook het gegeven dat niet van alle patiënten ROM-metingen worden doorgeleverd, roept de vraag op of de selectie van patiënten niet bijvoorbeeld alleen de patiënten met goede behandelresultaten betreft. Beroepsorganisaties van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen benadrukken daarentegen, dat ROM-metingen niet gezien moeten worden als wetenschappelijk onderzoek, maar als leermiddel in intervisie en supervisie op basis van ervaringen van cliënten. De SGZ schat in dat de discussie over de zinvolheid van het afnemen en doorleveren van ROM's debet is aan de afname van het aantal ROM's in 2017.



## 10 | ZORGPROGRAMMA'S



### 10.1 COMPLEXE OUDERENZORG

#### 10.1.1 ZORGPROGRAMMA KWETSBARE OUDEREN (in ontwikkeling)

'Ouderen hebben meer chronische ziekten en meer hulpvragen per contact. Juist deze groep loopt een groot risico op verslechtering van de gezondheid (medische en verzorgingscomplicaties, achteruitgang van zelfredzaamheid). Veelvoorkomende problemen bij deze groep zijn negatieve gevolgen van polyfarmacie, verhoogd risico op vallen, eenzaamheid en depressie, verlies van de cognitieve functie en verminderende ADL-functies. De mate van complexe problematiek kan overigens toe- of afnemen, bijvoorbeeld door (levens)gebeurtenissen,' zo schrijven NHG, LHV, InEen en Laego (Visie huisartsenzorg voor ouderen: Samen werken aan Persoonsgerichte zorg, 2017).

Niet alleen door de vergrijzing, ook door overheidsbeleid dat erop gericht is om ouderen langer zelfstandig thuis te laten wonen, groeit het

percentage kwetsbare ouderen in de eerstelijnszorg gestaag. De eerstelijnszorg ziet zich hierdoor voor een enorme uitdaging gesteld. De SGZ vindt dat de eerste lijn deze uitdaging slechts onder de volgende voorwaarden verantwoord aankan.

- Intensieve samenwerking in de eerste lijn, met name huisarts en wijkverpleegkundige.
- Voldoende capaciteit praktijkverpleegkundigen in de huisartspraktijk.
- Voldoende wijkverpleegkundigen.
- Geoordeelde middelen voor de preventieve wijkgerichte functie (S1-wijkverpleging).
- Een gemeentelijk vangnet voor kwetsbare ouderen die zorg mijden (wijkzorgnetwerken).
- Een netwerk van te consulteren specialisten: geriater, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts ouderenzorg, gespecialiseerde verpleegkundige, GZ-psycholoog in de eerste lijn, psychiater.

- Afspraken over het aanbieden van geclusterd en beschermd wonen, door verdere uitwerking van de huidige woonzorg servicezones door de gemeente, woningbouwverenigingen en zorgaanbieders.
- Meer mogelijkheden voor tijdelijke opname: huisartsenbedden (ELV), herstellzorg, respijtzorg en observatie.
- Meer mogelijkheden voor permanent verblijf (Wlz).
- Het meer en beter benutten van domotica.

#### Het zorgprogramma

Het zorgprogramma kwetsbare ouderen bestaat uit een aantal bouwstenen die in de komende jaren tot een breed gedragen, integraal zorgprogramma leiden. Het doel van het zorgprogramma kwetsbare ouderen is ouderen te ondersteunen in hun wens om op een verantwoorde manier zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Dit kan alleen door het



realiseren van optimale zorg, door het coördineren en op elkaar afstemmen van alle vormen van zorg en welzijn waar deze ouderen gebruik van maken. De overdracht tussen de verschillende hulpverleners moet zowel voor de ouderen en hun mantelzorgers als voor de betrokken professionals zo vloeiend mogelijk verlopen.

De SGZ maakt hierbij gebruik van het stappenplan, ontwikkeld door het landelijke ROS-netwerk Ouderenzorg: (1) inventarisatie van de doelgroep door casefinding, (2) in kaart brengen van de kwetsbaarheid (screeningsinstrument, huisbezoek), (3) opstellen van een individueel multidisciplinair zorgplan en indien nodig bepalen wie de centrale zorgverlener is, (4) zorgverlening door een multidisciplinair team volgens het individueel zorgplan en (5) evaluatie.

## Speerpunten in 2017

Het zorgprogramma kwetsbare ouderen kende in 2017 een aantal belangrijke speerpunten.

- Het project Transmurale Zorg. Doel van dit project is om de zorg te optimaliseren wanneer kwetsbare ouderen te maken krijgen met een overgang tussen de eerste en de tweede lijn. Hiertoe zijn werkafspraken gemaakt die op twee situaties betrekking hebben: (1) een overgang thuis – ziekenhuis – thuis en (2) een overgang thuis – ziekenhuis – tijdelijk verblijf (ELV/GRZ) – thuis. Beide projectonderdelen zijn eind 2017 conceptueel nagenoeg volledig uitgewerkt, zodat begin 2018 besluitvorming kan plaatsvinden.
- In het najaar 2017 zijn zes specialisten ouderengeneeskunde, in dienst bij Goudenhart, WZH en Saffier Zorggroep, extramuraal in Zoetermeer aan de slag gegaan. Zij zijn voor een aantal uren per week gekoppeld aan gezond-

heidscentra en huisartspraktijken. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen kunnen de specialist ouderengeneeskunde consulteren op basis van de subsidieregeling Extramuraal Behandeling.

- Evaluatie van de pilots eerstelijns verpleegkundigen en de werving van praktijkverpleegkundigen ten behoeve van de huisartsenpraktijken (zie hoofdstuk 10.1.5).
- Het project Acute zorg. In samenwerking met gemeente Zoetermeer, de Zoetermeerse kaderhuisarts Ouderengeneeskunde, de SEH van het LangeLand Ziekenhuis, de Huisartsenpost en Fundis zijn eind 2017 voorbereidingen getroffen voor de tijdelijke inrichting van een centraal telefoonnummer dat 24/7 door zorgverleners in de eerste en tweede lijn gebeld kan worden wanneer er sprake is van een acute opnamenoodzaak. Het maakt hierbij niet uit of het gaat om een opname in het kader van ELV, GRZ, Wlz of respijtzorg. Doel van het project is om gedurende de eerste vier maanden van 2018 na te gaan welke casuïstiek zich op welke momenten voordoet en aan welke voorwaarden een centraal loket moet voldoen om effectief en efficiënt voor patiënten en zorgverleners een acute opname te kunnen regelen.

## Regie en deelnemers

De ketenregie van het Zoetermeerse zorgprogramma kwetsbare ouderen ligt bij Vierstroom Zorg Thuis en de SGZ. Een regiegroep bepaalt de beleidsmatige ontwikkeling. In die regiegroep participeren de volgende organisaties.

- De SGZ als vertegenwoordiger van de eerste lijn.
- Diverse onderdelen van Fundis: Vierstroom Zorg Thuis (wijkverpleging), WelThuis (woonzorgcentra), In Beweging (revalidatie), Goudenhart (expertisecentrum),

Verpleeg Thuis en Zorgpension Zoetermeer (eerstelijns verblijf).

- Het LangeLand Ziekenhuis.
- WoonZorg Haaglanden (verpleging en verzorging).
- Parnassia Groep Zoetermeer.
- GZZ Rivierduinen Zoetermeer.
- Palet Welzijn.

Operationalisering en implementatie zijn belegd bij specifieke werkgroepen. Daarin participeren ook het Overkoepelend Samenwerkingsverband Ouderen (OSO) en Zorgbelang Zuid-Holland





## 10.1.2 ZORGPROGRAMMA DEMENTIE

Het zorgprogramma dementie sluit aan op de indeling in de Landelijke Zorgstandaard Dementie, opgesteld door Vilans en Alzheimer Nederland (2013). In het zorgprogramma is ook een crisisprotocol opgenomen.

### Regie en deelnemers

Het zorgprogramma dementie is een samenwerkingsverband van de SGZ, Vierstroom Zorg Thuis, Woonzorg Haaglanden, GGZ-Rivierduinen, het LangeLand Ziekenhuis, Parnassia en Palet Welzijn. In de praktische uitvoering van het zorgprogramma nemen ook ZoSamen, Goudenhart en WelThuis deel. Vierstroom Zorg Thuis voert de ketenregie. In de persoon van de ketenregisseur neemt het zorgprogramma deel in het netwerk van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken.

### Doelgroep

**Tabel 10.1.2a | Patiënten met dementie in Zoetermeer en Benthuzen**

	2015	2016	2017
Aantal patiënten met dementie, met de huisarts als behandelend arts	527	552	622
Patiënten met dementie als percentage van het aantal bij de huisarts ingeschreven patiënten	0,40%	0,42%	0,47%

*Noot bij de tabel: bewoners van verpleeghuizen en bewoners van woonzorgcentra waar de specialist ouderengeneeskunde de behandelend arts is, zijn niet in de cijfers opgenomen.*

De toename in 2017 is veel groter dan de jaren ervoor (en staat niet in verhouding tot de vergrijzing van Zoetermeer). De sluiting van 't Seghe Waert kan hier een rol in spelen. Het beleid is dat meer patiënten thuis blijven wonen. Dit wordt ook gesignaleerd door Verpleeg Thuis, die patiënten begeleidt met een VPT-indicatie. In 2017 hadden zij al 25 patiënten méér dan in 2016. Ook worden veel patiënten die geen VPT-indicatie aan willen vragen door de wijkverpleging begeleid.

### Resultaten

Het zorgprogramma dementie omvat vijf fasen van zorg: (1) tijdige onderkenning en preventie, (2) diagnostiek, (3) casemanagement, (4) behandeling, begeleiding en steun en (5) levering van zorg en diensten.

#### 1. Tijdige onderkenning en preventie

Vanuit het zorgprogramma dementie wordt elke maand het Alzheimer Café Zoetermeer georganiseerd in woonzorgcentrum de Morgenster, waar medische en praktische informatie wordt gegeven, en waar mensen ervaringen kunnen uitwisselen. Daarnaast worden presentaties gegeven aan professionals en aan vrijwilligers over vroegsignalering en het ziekteproces bij dementie.

50

#### 2. Diagnostiek

In het zorgprogramma dementie is een verwijfsprotocol opgenomen naar de Geheugenpoli in het LangeLand Ziekenhuis of naar Parnassia (GGZ). De huisarts kan de diagnose ook zelf stellen onder andere op basis van een cognitieve functietest (MMSE). Vooral voor patiënten die niet te motiveren zijn om door Parnassia of de geheugenpoli onderzocht te worden, is deze werkwijze van belang. Het aantal afgenomen MMSE's is in 2017 aanzienlijk sterker toegenomen dan in de jaren ervoor.



**Tabel 10.1.2b | Aantal cognitieve functietesten (MMSE) door huisartsen in Zoetermeer en Benthuizen**

	2015	2016	2017
Aantal MMSE	289	298	394
MMSE per 1.000 patiënten	2,2	2,3	3,0

### 3. Casemanagement

Casemanagement dementie is beschikbaar voor mensen bij wie de diagnose dementie is gesteld, ongeacht of ze thuis wonen of in een woonzorgcentrum. Twee keer per jaar worden de cliënten besproken in een multidisciplinair overleg. De specialist ouderengeneeskunde is hier standaard bij aanwezig. De uitkomsten van dit overleg worden teruggekoppeld naar de cliënt, mantelzorgers en de betrokken hulpverleners.

In 2017 was er sprake van een wachtlijst voor casemanagement dementie. De wachtlijst werd veroorzaakt door krapte op de arbeidsmarkt. De instroom is daardoor noodgedwongen kleiner dan voorgaande jaren.

**Tabel 10.1.2c | Instroom en uitstroom casemanagement dementie Coördinatiepunt Zorg**

	2015	2016	2017
Instroom (inclusief vroeg-signalering)	279	194	160
Uitstroom	186	189	149
Aantal op 31 december	325	330	341

Bron: Coördinatiepunt Zorg

### 4. Behandeling, begeleiding en steun

De specialist ouderengeneeskunde heeft een consulterende en adviserende rol naar de huisarts. De huisarts blijft eindverantwoordelijk voor de medische zorg. Er is een meldcode 'huiselijk geweld' waar ook ouderenmishandeling onder valt. Twee casemanagers dementie zijn aanspreekpunt bij vermoedens van ouderenmishandeling.

### 5. Levering van zorg en diensten

Vanuit het zorgprogramma dementie wordt intensief samengewerkt met alle zorgaanbieders en de welzijnsdiensten. Zolang dat mogelijk is, wordt gebruik gemaakt van reguliere recreatieve voorzieningen, voordat mensen doorstromen naar een op hen afgestemde dagbesteding zoals het ontmoetingscentrum Carpe Diem. In het ontmoetingscentrum is onder meer een Kopgroep. Een Kopgroep is een plek om met elkaar je 'kopzorgen', maar ook je ervaringen en tips te delen. De inzet van vrijwilligers wordt gestimuleerd. Probleem is dat er meer vraag is dan aanbod van vrijwilligers. Als oplossing wordt verkend om respijtzorg flexibeler in te zetten, bijvoorbeeld ten behoeve van een vakantieopname of nachtvoorziening. Het blijft belangrijk om als hulpverlener alert te zijn op de belasting van de mantelzorg tijdens dit intensieve ziekteproces.

Verder zijn vanuit het zorgprogramma dementie en de gemeente de eerste stappen gezet op weg naar een dementievriendelijk Zoetermeer.

## Jonge mensen met dementie

In 2017 zijn verschillende activiteiten georganiseerd rondom Wereld Alzheimer Dag. Vanuit het zorgprogramma dementie is de Werkgroep mensen met dementie op jonge leeftijd samengesteld. Reden: steeds meer mensen jonger dan 65 jaar krijgen de diagnose dementie. Bij deze doelgroep spelen andere problemen dan bij ouderen. Denk aan werk, jonge kinderen, inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid en relatieproblemen. Vanuit deze werkgroep wordt met deze doelgroep en hun naasten gekeken welke problematiek speelt en hoe we als keten hier mee om kunnen gaan.





### 10.1.3 OUDEREN IN WOONZORGCENTRA

In Zoetermeer zijn twee woonzorgcentra, die beide geëxploiteerd worden door WelThuis. Het gaat om de centra Buytenhaghe en De Morgenster.

De samenwerking tussen huisarts, apotheek en woonzorgcentra is uitgewerkt in een samenwerkingsovereenkomst en een daarvan afgeleide werkafspraken. Deze werkafspraken gaat onder andere in op de koppeling van een huisartsengroep aan elk woonzorgcentrum en de samenwerking met de wijkapotheken ten behoeve van de medicatievoorziening (met name baxtermedicatie).

Ontwikkelingen in de afgelopen jaren hebben het nodig gemaakt om zowel deze overeenkomst als de afgeleide werkafspraken te herzien. De belangrijkste aanleidingen vormen de afbouw van de functie van assistent medische contacten in de woonzorgcentra en het feit dat door de teruggang van drie naar twee woonzorgcentra de overlap tussen bewoners en de gekoppelde huisartsengroep uit de wijk waarin het woonzorgcentrum is gevestigd op dit moment zo klein is geworden, dat deze niet langer in stand is te houden.

In 2017 is op basis van overleg met de betrokken huisartsen, apothekers en medewerkers van Buytenhaghe, met De Morgenster gewerkt aan de implementatie van nieuwe werkafspraken.

- Uitgangspunt blijft de mogelijkheid dat ouderen die vanuit Zoetermeer inhuizen hun eigen huisarts behouden. Op basis hiervan zijn in 2017 aangepaste afspraken rond de afstemming huisarts – woonzorgcentrum (met een centrale rol voor de woonzorgbegeleiders niveau 4) en rond de onderlinge communicatie. Voor dit laatste is een stroomschema en een triagekaart gemaakt voor consultvragen door huisartsen. Verder zijn er afspraken gemaakt over de betrokkenheid van huisartsen bij MDO's en is er een stroomschema ontwikkeld voor wondzorg.
- De betrokkenheid van specialisten ouderengeneeskunde ter ondersteuning van de medische zorg wordt verkend.
- Ten behoeve van de afstemming van de medicatie middels Baxterrollen vindt er een pilot plaats met Ncare (zie hoofdstuk 6.2).

Uiteindelijk resultaat van de hiervoor beschreven inspanningen is een aangepaste samenwerkingsovereenkomst en een daaruit voortvloeiende samenwerkingsafspraken.

### 10.1.4 S3 PRESTATIE OUDERENZORG

In 2017 hebben 47 van de 52 huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuisen de S3 Prestatie Ouderenzorg gecontracteerd, zoals die beschreven is door de preferente zorgverzekeraar CZ. De SGZ legt verantwoording af namens de deelnemende praktijken aan CZ op grond van de voorwaarden van de S3 Prestatie Ouderenzorg.

52

De module is bedoeld voor kwetsbare ouderen van 75 jaar of ouder, inclusief ouderen met dementie en ouderen die in woonzorgcentra wonen. De deelnemende praktijken hebben op grond van casefinding (signalen op het spreekuur, bij visites of van andere disciplines) bij 1.880 patiënten van 75 jaar of ouder in kaart gebracht of zij kwetsbaar zijn. Dat bleek bij 1501 van hen het geval.

- Van deze 1.501 kwetsbare ouderen wonen er 180 in een woonzorgcentrum.
- Van deze 1.501 kwetsbare ouderen hebben er 225 dementie.
- Van deze 1.501 kwetsbare ouderen zijn er 42 die dementie hebben én in een woonzorgcentrum wonen.



De kwetsbaarheid van ouderen wordt vastgesteld middels een gevalideerd meetinstrument. De SGZ heeft gekozen voor het meetinstrument TraZAG. Bij het signaleren van kwetsbaarheid en complexiteit wordt de zorgvraag integraal in kaart gebracht. Er wordt een individueel zorgplan opgesteld dat tevens beschikbaar is in de huisartsenpraktijk en dat zo nodig wordt afgestemd met de wijkverpleegkundige. Bij ouderen met polyfarmacie wordt een medicatiereview uitgevoerd.

De SGZ is met CZ overeengekomen dat de overlegstructuur in de Zoetermeerse eerste lijn van toepassing is op het multidisciplinair overleg in het kader van de S3 Prestatie Ouderenzorg. Die overlegstructuur bestaat uit de vier onderdelen.

1. Ad hoc overleg in de gezondheidscentra.
2. Eens per kwartaal (of zo nodig ad hoc) patiëntenoverleg tussen huisarts en thuiszorg.
3. Een beperkt aantal overleggen ten behoeve van ouderen met hoog complexe zorg. Aan dit overleg nemen verschillende disciplines deel. Ook de mantelzorg en zo mogelijk de oudere zelf schuiven aan. Dit overleg wordt georganiseerd en voorgezeten door het Coördinatiepunt Zorg.
4. Een speciaal multidisciplinair overleg voor ouderen met dementie. Aan dit overleg nemen onder andere de casemanagers en de consulterend specialist ouderengeneeskunde deel.

**Tabel 10.1.4 | Procesindicatoren en resultaten S3 Prestatie Ouderenzorg in de 47 deelnemende huisartsenpraktijken (peildatum 31 december 2017)**

1. Aantal ingeschreven patiënten in huisartsenpraktijken die de module gecontracteerd hebben	113.290
2. Percentage ouderen 75+ • Aantal ouderen 75+	6,7% 7.620
3. Percentage ouderen 75+ bij wie de kwetsbaarheid is geïnventariseerd • Aantal ouderen 75+ bij wie de kwetsbaarheid is geïnventariseerd	24,7% 1.880
4. Percentage ouderen 75+, geïncludeerd in de prestatie • Aantal kwetsbare ouderen 75+, geïncludeerd in de prestatie	19,7% 1.501
5. Percentage kwetsbare ouderen 75+ met een individueel zorgplan • Aantal kwetsbare ouderen 75+ met een individueel zorgplan	69,6% 1.044
6. Percentage kwetsbare ouderen 75+ met een coördinator/casemanager	100%
7. Aantal MDO-bijeenkomsten in meetperiode	Circa 300
8. Percentage kwetsbare ouderen 75+ besproken in de MDO-bijeenkomsten	80 - 90%
9. Percentage kwetsbare ouderen 75+ bij wie medicatiereview heeft plaatsgevonden. • Aantal kwetsbare ouderen 75+ bij wie medicatiereview heeft plaatsgevonden.	63,9% 959
10. Percentage kwetsbare ouderen 75+ met polyfarmacie bij wie nierfunctie is bepaald • Aantal kwetsbare ouderen 75+ met polyfarmacie bij wie nierfunctie is bepaald • Aantal kwetsbare ouderen 75+ met polyfarmacie	99,2% 1.090 1.099



## Analyse

In tabel 10.1.4 staan telkens de gemiddelde percentages van alle deelnemende huisartsenpraktijken. De variatie tussen de deelnemende praktijken is niet zichtbaar in de tabel, maar is in de praktijk erg groot. Dat heeft vooral te maken met de grote variatie in de populatie bij de huisartsenpraktijken: sommige praktijken hebben veel meer ouderen als patiënt dan anderen.

Rij 2 in de tabel geeft een gemiddelde van 6,7% 75+ers voor alle praktijken samen. Dat percentage varieert per praktijk echter van 2,3% tot 16,6%. Bij praktijken met veel kwetsbare ouderen kost het meer tijd en energie om de doelstellingen van de module te halen.

Er zijn met CZ geen normen overeengekomen waaraan de in tabel 10.1.4 weergegeven indicatoren kunnen worden gespiegeld. Als referentie kan een richtlijn uit 2015 gelden voor drie indicatoren.

- 80% voor het individueel zorgplan (Zoetermeer 2017: 69,6%).
- 90% voor het MDO (Zoetermeer 2017: 80-90%).
- 90% voor de bepaling van de nierfunctie (Zoetermeer 2017: 99,2%).

Een belangrijk knelpunt in de zorg aan kwetsbare ouderen is het tekort aan voorzieningen voor (tijdelijk) verblijf. Door dit tekort moesten medewerkers van de huisartsenpraktijken relatief veel tijd besteden aan het zoeken naar beschikbare voorzieningen (ook buiten de regio), of in gesprekken met mantelzorgers over de (on)mogelijkheden voor verantwoorde zorg thuis.

In 2017 bedroeg het percentage medicatiereviews bij ouderen met polyfarmacie (gebruik van 5 of meer medicijnen) 87,2%. Dit cijfer wordt negatief beïnvloed door dat ouderen soms afzien van een review, omdat voor het apotheekdeel van deze review bij een aantal zorgverzekeraars het eigen risico wordt aangesproken.

Van de 1.501 kwetsbare ouderen maakte 48% gebruik van een Baxterrol, een distributievorm waarbij geneesmiddelen worden verpakt in doorzichtige plastic zakjes op een rol. Omdat veel zorgverzekeraars een beperkte vergoeding kennen voor reviews bij patiënten die gebruik maken van baxteren, is de review voor deze patiënten weliswaar frequenter, maar minder intensief.

### 10.1.5 EERSTELIJNS VERPLEEGKUNDIGE

In Zoetermeer hebben de afgelopen jaren vijf pilots gelopen ten behoeve van de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleging in eerstelijns verpleegkundige praktijken: drie pilots in de wijk Rokkeveen, één in de wijk Seghwaert en één in de wijk Meerzicht.

Er waren verschillende aanleidingen voor de SGZ, Plicare en Vierstroom Zorg Thuis om deze pilots uit te voeren.

- Wet langdurige zorg (Wlz): toename van moeilijk te realiseren (spoed)opnames en toename complexiteit zorg thuis.
- Zorgverzekeringswet (Zvw): inkoop van zorgcoördinatie voor kwetsbare ouderen bij zowel huisarts als wijkverpleging (zie kader Vergoeding zorgcoördinatie).
- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015): toenemend beroep van ouderen op de Wmo.
- Toenemende noodzaak tot zelfredzaamheid en een beroep op mantelzorg.



- Toename van het afzien van noodzakelijke zorg in verband met eigen risico en eigen bijdrage.
- Forse toename van de behoefte aan zorgcoördinatie en casemanagement als gevolg van de complexiteit van aanvraagprocedures van zorg en welzijn ten laste van zowel de Wmo, de Zvw als de Wlz, en de complexiteit van de sociale kaart voor ouderen.

Het doel van de pilots was de versterking van de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleging en het sociale domein ten behoeve van thuiswonende kwetsbare ouderen en ouderen of chronisch zieken met complexe problemen, waaronder dementie.

De verschillende functies op het vlak van begeleiding, ondersteuning, regelwerk, zorgcoördinatie en casemanagement uit de zorgverzekeringswet werden - in verschillende combinaties - door één eerstelijns verpleegkundige aangeboden: de functie van onafhankelijke S-1 wijkverpleegkundige, de functie van casemanager dementie, en de functie van praktijkondersteuner ouderen. De eerstelijns verpleegkundige werkte in de gezondheidscentra en registreerde in het informatiesysteem van de huisartsen.

In 2017 zijn de pilots eerstelijns verpleegkundige geëvalueerd door adviesbureau Common Eye. De onderzoeksvraag was tweeledig.

1. Wat is het effect op samenhangende zorg voor kwetsbare ouderen in de wijk?
2. Wat is het effect op 'triple aim' doelstellingen voor de populatie kwetsbare ouderen?

De evaluatie heeft een aantal belangrijke conclusies opgeleverd. Uit de resultaten blijkt dat het inzetten van eerstelijns verpleegkundigen effectief is als het gaat om het verbeteren van samenhangende zorg, het structureel in kaart brengen van kwetsbare ouderen, het beter in beeld krijgen van de 'lichtere' zorgmijders, en het bijdragen aan de opbouw van formele en informele netwerken in de wijk en van kennis van de sociale kaart.

In relatie tot de 'triple aim' doelstellingen blijkt dat de eerstelijns verpleegkundige eveneens effectief is bij het verbeteren van de ervaren kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen. In mindere mate is ook te zien dat ze bijdraagt aan het verbeteren van de gezondheid van kwetsbare ouderen. Doordat patiënten met hulp van de eerstelijns verpleegkundige zelfredzamer worden, wordt gezien dat hun gezondheid vaak stabiel blijft of zelfs verbetert.

De eerstelijns verpleegkunde levert bovendien een bijdrage aan meer effectieve en beter afgestemde hulp door met name de huisarts, maar ook door de specialist ouderengeneeskunde en de geriater. Het aantal verwijzingen naar de SEH en poortspecialismen in huisartsenpraktijken met een eerstelijns verpleegkundige is lager dan in huisartsenpraktijken zonder. Ook is het aantal verwijzingen naar de geriater in huisartsenpraktijken met een eerstelijns verpleegkundige hoger dan in andere praktijken.

Uit de resultaten blijkt dat drie elementen cruciaal zijn in het succes en de meerwaarde van de eerstelijns verpleegkundige: (1) de tijd en ruimte om aandacht te besteden aan kwetsbare ouderen en hun specifieke netwerk, (2) hun verpleegkundige competenties (niveau 5) en hun brede kennis van het medische en sociale domein, en (3) hun positie nabij de huisarts.

## Vergoeding zorgcoördinatie

Zorgverzekeraars vergoeden vanaf 2016 de zorgcoördinatie ten behoeve van kwetsbare ouderen op drie manieren.

- De module ouderenzorg in de huisartsenzorg.
- Segment 1 (S-1) wijkverpleegkundige (voorheen 'zichtbare schakel'), met name voor zorgmijdende ouderen of ouderen met een acute zorgvraag, in wijken met veel ouderen met een lage sociaaleconomische status. Zorgverzekeraars hebben deze zorg gecontracteerd bij Plicare.
- Casemanagement dementie in segment 2 (S-2) wijkverpleging. De meeste zorgverzekeraars hebben deze zorg gecontracteerd bij Vierstroom Zorg Thuis (Coördinatiepunt Zorg). Bij Buurtzorg Zoetermeer is casemanagement dementie sinds 2016 aandachtsgebied van een of twee verpleegkundigen in elk team.





## Koerswijziging

Ondanks de positieve resultaten die uit de evaluatie naar voren zijn gekomen, is in de loop van 2017 min of meer noodgedwongen besloten om het concept eerstelijns verpleegkundigen in een aangepaste vorm te continueren. Een belangrijke reden voor deze aanpassing was de onduidelijkheid over het voortbestaan van casemanagement dementie als geormerkte prestatie in de financiering van de wijkverpleging (S2). Deze onzekerheid, in combinatie met de in de pilot opgedane ervaring dat in de bundeling van de diverse functies in de eerstelijns verpleegkundige, casemanagement dementie een dominante focus krijgt ('minuten-verantwoording') en individuele en wijkgerichte preventie dreigt onder te sneeuwen, zijn aanleiding geweest voor een koerswijziging.

## Praktijkverpleegkundige

In overleg met Plicare is besloten om de overstap naar de functie praktijkverpleegkundige te maken. Eind 2017 zijn 14 praktijkverpleegkundigen geworven (waaronder eerstelijns verpleegkundigen uit de pilot) die vanaf januari 2018 werkzaam zijn in bijna alle huisartspraktijken in Zoetermeer en Benthuizen. Negen van deze praktijkverpleegkundigen zullen niet alleen taken uitvoeren die voortvloeien uit de S3-presatie Ouderenzorg en CVA (Huisartsenzorg), maar ook de wijkgerichte preventieve functie van Plicare. De gemeente Zoetermeer, die Plicare voor een deel co-financiert, juicht deze verbinding in de persoon van de praktijkverpleegkundige toe.

### 10.1.6 EERSTELIJNS VERBLIJF

In Zoetermeer biedt het Zorgpension in 't Seghe Waert de mogelijkheid voor Eerstelijnsverblijf (Zvw) en respijtzorg (Wmo). Indien nodig kan ook opname plaatsvinden in het kader van geriatrische revalidatiezorg ter overbrugging van een verblijf bij In Beweging (GRZ) en terugkeer naar de thuissituatie. Hoewel het Zorgpension niet bedoeld is voor tijdelijke opname van een patiënt met (uitzicht op) een Wlz-indicatie, kan hier bij hoge uitzondering toch toe worden overgegaan als plaatsing elders niet mogelijk blijkt. Gestart met 12 bedden is het aantal begin 2017 uitgebreid naar 28 bedden.

Eind 2017 blijkt dit aantal regelmatig te beperkt om de behoefte aan te kunnen ondanks de sterke sturing op een zo kort mogelijke verblijfsduur. In onderstaande tabel zijn enkele gegevens betreffende het Zorgpension in 2017 weergegeven.

#### Zoetermeer en Benthuizen

	ELV	GRZ	Wlz	Respijtzorg
Aantal opnames				
• Vanuit 2e lijn	107	4	5	
• Vanuit 1e lijn	109		6	15
Gemiddelde verblijfsduur (in dagen)	26	30	24	31,5
Uitstroom				
• Naar huis			193	14
• Naar het ziekenhuis			24	
• Naar zorg met verblijf			19	1
• Overleden			6	
• Anders			3	



## 10.2 ZORGPROGRAMMA'S GGZ

De SGZ kent een aantal samenwerkingsafspraken en ketenafspraken op het vlak van de GGZ.

1. Het zorgprogramma depressie.
2. Ketenafspraken eerstelijns GGZ met tweedelijns GGZ.
3. Ketenafspraken thuiswonende chronisch psychiatrische patiënten.

### Zorgprogramma depressie

Het zorgprogramma depressie van de SGZ beschrijft de vroege onderkenning van de eerste klachten, preventie van depressieve episodes, diagnostiek, de behandeling en begeleiding en het beleid bij depressieve klachten. Het primaire doel is het vroegtijdig herkennen van klachten, voorkomen van terugval of recidief en het tegengaan van overbehandeling met antidepressiva bij niet ernstige depressies. Het zorgprogramma is gebaseerd op NHG-standaard Depressie (2011) en gaat uit van de 'stepped care' gedachte: laagdrempelige zorg als het kan en generalistische of specialistische zorg als dit moet.

De betrokkenen bij het zorgprogramma zijn de huisartsen, praktijkondersteuners GGZ, algemeen maatschappelijk werk, psychosomatische en haptonomische fysiotherapeuten, GZ-psychologen en psychiater(s) bij GGZ Rivierduinen Zoetermeer of de Parnassia Groep Zoetermeer.

In 2017 zijn de voornaamste aanpassingen in het zorgprogramma depressie een gevolg van het introduceren van e-health als interventiemogelijkheid bij begeleiding van patiënten door de praktijkondersteuner GGZ (blended-care).

- De introductie van een digitaal beslissingsondersteunend instrument (BOI), zie hoofdstukken 9.2 en 21.4.
- De introductie van e-mental health, zie hoofdstukken 9.2 en 21.4.
- Om te voorkomen dat een patiënt te lang bij de praktijkondersteuner onder behandeling blijft, is na 13 weken een structureel evaluatiemoment ingebouwd in het behandelproces. Zijn de resultaten van behandeling niet voldoende dan wordt er doorverwezen naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. Voor verwijzing binnen Zoetermeer heeft de SGZ een actuele sociale kaart van Zoetermeer beschikbaar.

### Ketenafspraken huisartsenpraktijk – GZ-psycholoog in de eerste - tweedelijns-GGZ

De ketenafspraken zijn in 2017 vastgelegd en overeengekomen, en betreffen afspraken over verwijzen, wachttijden, verantwoordelijkheidsverdeling en overbruggingszorg gedurende de wachttijd, voorschrijven van medicatie gedurende de wachttijd tot behandeling, rapportage aan de huisarts, en consultatie door een GZ-psycholoog of psychiater. De betrokkenen bij de ketenafspraken zijn de huisartsenpraktijken, de eerstelijns psychologen, Parnassia Groep Zoetermeer en GGZ Rivierduinen Zoetermeer.

### Ketenafspraken thuiswonende chronisch psychiatrische patiënten

Ook deze ketenafspraken zijn in 2017 vastgelegd en overeengekomen. Het betreft de behandeling en begeleiding van thuiswonende chronisch psychiatrische patiënten, en de rol van de huisartsenpraktijk. De betrokkenen bij de ketenafspraken zijn de huisartsenpraktijken, Parnassia Groep Zoetermeer en GGZ Rivierduinen Zoetermeer.





## 10.3 ZORGPROGRAMMA PALLIATIEVE ZORG

Het zorgprogramma palliatieve (terminale) zorg is gericht op de patiënten die thuis overlijden en bij wie de huisarts eindverantwoordelijke is voor de zorg aan de patiënt en diens naasten. De samenwerking met andere professionals en organisaties is bij palliatieve zorg van wezenlijk belang om de kwaliteit van leven in de laatste levensfase te waarborgen.

Er overlijden in Zoetermeer en Benthuisen jaarlijks circa 800 mensen. Ongeveer 80% van de overlijdens komt voor de arts niet onverwacht. Daarbij is het aannemelijk dat zij voorafgaand aan het overlijden enige vorm van palliatieve zorg hebben gekregen. Van hen overlijdt 53% thuis of in het verzorgingshuis en is de huisarts verantwoordelijk voor de medische zorg in de palliatieve fase. Deze fase start bij een levensverwachting van ongeveer nog een jaar. Palliatieve zorg is maatwerk. De patiënt en diens naasten voeren hierin de regie, daarbij ondersteund door professionals.

De samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd in de Overeenkomst Palliatieve Zorg Zoetermeer. Het zorgprogramma is de praktische uitwerking van deze samenwerkingsafspraken.

Het zorgprogramma palliatieve zorg wordt aangestuurd door een bestuurlijke regiegroep en een beherende kerngroep onder voorzitterschap van de SGZ. De SGZ levert ook de ketenregisseur. Deelnemers in de keten zijn onder andere huisartsen, thuiszorg (Vierstroom Zorg Thuis en Buurtzorg Zoetermeer, met PrivaZorg vanaf eind december 2016), apotheken, Bijna Thuis Huis Zoetermeer (hospice), woonzorgcentra (met de palliatieve unit Irishof in Vivaldi vanaf eind december 2016) en het Langeland Ziekenhuis. Ook wordt samengewerkt met fysiotherapeuten, psychologen, diëtisten, geestelijk verzorgers en andere hulpverleners die palliatieve zorg als aandachtsveld hebben.

### Zorgpad Stervensfase

Bij drie instellingen in de keten is het Zorgpad Stervensfase gestart: in een thuiszorgteam van Buurtzorg Zoetermeer, in een team van Vierstroom Zorg Thuis en in het Langeland Ziekenhuis op de afdeling interne- en longgeneeskunde. Doel van het Zorgpad is het bevorderen van samenwerking en overleg rond symptoomverlichting, verzorging en begeleiding van patiënten in de laatste paar dagen van hun leven. Om dit doel te bereiken wordt een gestructureerde checklist ingezet die zowel gebruikt wordt door huisarts en wijkverpleging in de thuissituatie als door medisch specialisten en afdelingsverpleegkundigen in het ziekenhuis. Bij evaluatie is gebleken dat inzet van het Zorgpad Stervensfase in het ziekenhuis goed aanslaat en in de thuissituatie nog wat aanpassingen behoeft om makkelijker te kunnen worden gebruikt. De pilot zal in de huidige wijken en afdelingen blijven bestaan en op termijn opgenomen worden in de PaTz.

### Palliatieve Thuiszorg

Palliatieve Thuiszorg (PaTz) is een landelijk initiatief van de gelijknamige stichting en heeft het doel de samenwerking tussen huisartsen en (wijk)verpleegkundigen te bevorderen en hun deskundigheid te verhogen, zodat tijdig geanticipeerd wordt op problemen en zorgbehoeften, die in de palliatieve fase kunnen ontstaan. Onder begeleiding van een consulent palliatieve zorg bespreken zij zesmaal per jaar patiënten, waarvan men verwacht dat zij binnen een jaar gaan overlijden. PaTz staat voor: vroegtijdig identificeren en proactief plannen van zorg. In 2016 waren al PaTz-groepen gestart in de wijken Seghwaert en Dorp Driemanspolder Palenstein Stadscentrum (DDPS). In 2017 zijn PaTz-groepen gestart in de wijken Rokkeveen en Meerzicht. Ervaringen in alle groepen zijn zeer positief. Naar verwachting zullen in 2018 meer wijken volgen.



## 10.4 ZORGPROGRAMMA CVA

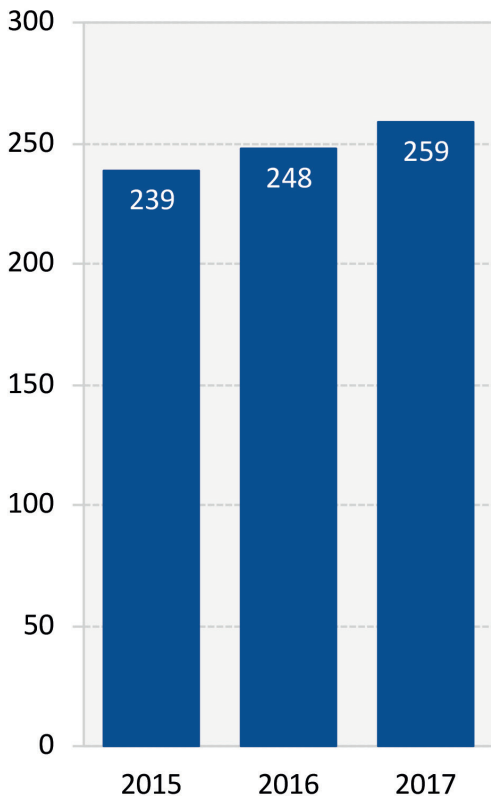
Het zorgprogramma CVA beschrijft de samenwerking in de keten vanaf het verwijlsbeleid van de huisarts en de instructie voor de CPA (ambulance) bij een vermoeden van een CVA, de opname in het ziekenhuis, de revalidatie in het verpleeghuis of revalidatiekliniek tot de nazorg in de thuissituatie in de vorm van ondersteuning en begeleiding van cliënt en mantelzorgers in de post-acute en chronische fase. Hierbij zijn de Zorgstandaard CVA/TIA en de aanbevelingen uit de leidraad 'Uitbehandeld! Hoezo?' van het Kennisnetwerk CVA Nederland leidend. Deelnemers in de keten zijn het LangeLand Ziekenhuis, In Beweging geriatrische revalidatie, Sophia revalidatie, Vierstroom Zorg Thuis, Buurtzorg, de Huisartsen Vereniging Zoetermeer en de SGZ.

### Insturen van patiënten met een vermoeden van een CVA

Patiënten met een acute beroerte uit de regio van het LangeLand Ziekenhuis werden tot december 2017 ingestuurd naar en behandeld in het MCH Westeinde. Sinds december heeft 't LangeLand Ziekenhuis weer een eigen stroke-unit en zijn er nieuwe afspraken gemaakt over de CVA-zorg die leiden tot een Regionale Transmurale Afspraak CVA. In 2017 is bij 259 mensen CVA vastgesteld. Daarmee wordt de licht stijgende trend in het aantal nieuwe gevallen per jaar in Zoetermeer en Benthuizen voortgezet.

Na opname op de stroke-unit komen CVA-patiënten onder controle bij de polikliniek van het LangeLand Ziekenhuis. De patiënt wordt na negen maanden tot een jaar opgeroepen voor nacontrole op de poli of de patiënt revalideert bij In Beweging geriatrische revalidatie of bij Sophia revalidatie en kan daarna naar huis.

**Grafiek 10.4 | Incidentie (nieuwe gevallen) van CVA in Zoetermeer en Benthuizen**



### Module

Voor patiënten die naar huis zijn ontslagen, wordt het huisartsendeel van het zorgprogramma CVA gefinancierd uit twee onderdelen.

1. Cardiovasculaire controles in het kader van de DBC-ketenzorg bij hart- en vaatziekten door de praktijkondersteuner somatiek (zie hoofdstuk 18). Hier hebben 1.849 patiënten gebruik van gemaakt.
2. Begeleiding op zich later openbarende, bijkomende belemmeringen in het functioneren van CVA-patiënten, gefinancierd uit een Segment 1 prestatie POH-CVA, die in 2017 door 37 (van de 52) huisartsenpraktijken gecontracteerd was. De begeleiding kwam voort uit een analyse aan de hand van het (verkorte) ACAS-model (Assessment tool for long-term Consequences After Stroke). In dat model zijn twaalf gebieden beschreven waarop een CVA-patiënt kwetsbaar kan zijn. Denk aan algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), cognitie en vermoeidheid. Voor elk van deze gebieden is een zorgmodule beschreven.



## 10.5 ZORGPROGRAMMA HARTFALEN

Hartfalen is een ernstige aandoening waarbij de pompfunctie van het hart afneemt. De diagnose wordt in veel gevallen door de cardioloog bevestigd middels een echocardiografie, tenzij de patiënt hiervoor te kwetsbaar is.

Het zorgprogramma hartfalen is opgezet door de cardiologen van het LangeLand Ziekenhuis en de huisartsen en gebaseerd op het model van NVVC Connect hartfalen (huisartsen en cardiologen). Dit heeft geleid tot wederzijdse afstemming en afspraken over de patiënt met hartfalen, die zijn beschreven in de RTA Hartfalen. Patiënten met hartfalen die stabiel zijn (categorieën NYHA 1 en 2) kunnen in de huisartsenpraktijk programmatisch worden begeleid in plaats van door het ziekenhuis. Daarnaast zijn er specifieke afspraken gemaakt over patiënten in de palliatieve fase, die in principe niet meer in het ziekenhuis worden opgenomen.

Na een lange voorbereidingstijd, waarin huisartsen, praktijkondersteuners en assistentes zijn geïnformeerd en geschoold op het gebied van hartfalen en afspraken met zorgverzekeraar CZ zijn gemaakt, worden patiënten met stabiel hartfalen vanaf het vierde kwartaal 2017 ook in de huisartsenpraktijk begeleid. Eind 2017 maakten 62 mensen met hartfalen gebruik van dit zorgprogramma.

## 10.6 ZORGPROGRAMMA KWETSBARE ZWANGEREN

Het zorgprogramma kwetsbare zwangeren is voortgekomen uit het project 'Ondersteuning kwetsbare Zwangeren', een samenwerkingsproject van het Verloskundig Samenwerkings Verband (VSV) Zoetermeer, Jeugdgezondheidszorg Zuid-Holland West (JGZ-ZHW) en de SGZ. De Gemeente Zoetermeer heeft hiertoe voor het jaar 2016 een innovatiebudget toegekend en een vervolgsubsidie voor 2017 en 2018. Het project is gericht op de niet-medische risicofactoren bij zwangeren.

In Zoetermeer heeft één op de zes baby's een suboptimale start, vooral door vroeggeboorte en een te laag geboortegewicht. Vermoedelijk heeft stress tijdens de zwangerschap, vooral ten gevolge van sociaal maatschappelijke risico's, hier invloed op. Het doel van het zorgprogramma is om deze problematiek vroegtijdig op te sporen door middel van het in gebruik nemen van een risicosignaleringslijst (de R4U) en het hanteren

van niet-medische zorgpaden. De vragenlijst wordt door gynaecologen en verloskundigen bij een zwangerschap van langer dan 10 weken met elke zwangere doorgenomen. Afhankelijk van de score en de problematiek wordt het gezin aan de hand van elf ontwikkelde zorgpaden toegeleid naar ondersteuning vanuit het Sociaal Domein.

Deze elf zorgpaden zijn: 'Zwangerschap en ...': (1) schulden, (2) jonge moeders, (3) arbeidsomstandigheden, (4) relatieproblemen en/of huiselijk geweld, (5) roken, (6) middelenmisbruik, (7) huisvesting, (8) taalbarrière en laaggeletterdheid, (9) gezond BMI en voeding, (10) onverzekerd zijn, (11) psychosociale of psychiatrische problematiek.

Begin 2018 worden de zorgpaden geëvalueerd samen met de zorgverleners uit het Sociaal Domein. Daarbij brengen we de belemmeringen in kaart bij de inzet van ondersteuning

zoals vastgelegd in de zorgpaden. Samen met de Gemeente Zoetermeer en de jeugdgezondheidszorg (JGZ) is een start gemaakt met plannen hoe deze zorg structureel georganiseerd en geborgd kan worden. Daarnaast is bij een stapeling van problematiek belangrijk om zicht te hebben wie de zorg rondom dit gezin coördineert. Door middel van ervaringen in de zogenoemde 'learning labs' die in 2017 zijn georganiseerd, formuleert de gemeente beleid over de vraag waar de zorgcoördinatie bij complexe problematiek zal worden belegd.



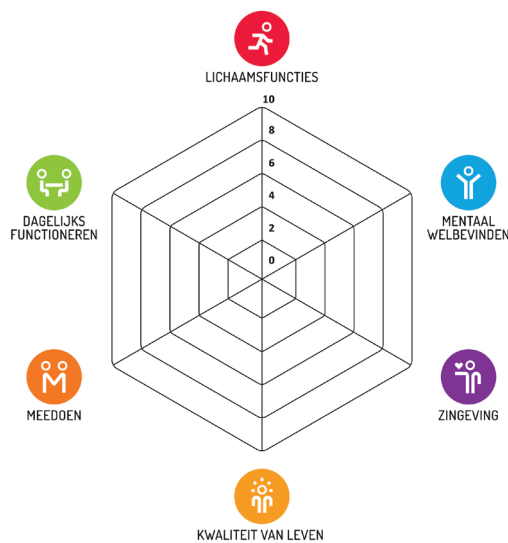
## 11 | ZORGVERNIEUWING



De zorgvraag neemt toe, net als de zorgkosten. De zorgvragen worden complexer. Dat vraagt om meer tijd en om een andere aanpak, vanuit een bredere kijk op gezondheid. Steeds meer patiënten komen in de huisartsenpraktijk met psychosociale problemen, waarbij de oplossing niet ligt in het medische domein, maar meer in het sociale domein of het jeugd domein. De verbinding tussen deze domeinen is nog beperkt. Al deze ontwikkelingen maken zorgvernieuwing noodzakelijk. De SGZ heeft daar in 2017 op verschillende manieren aan gewerkt.

### 11.1 POSITIEVE GEZONDHEID

Positieve Gezondheid is ontwikkeld door het Institute for Positive Health (IPH) als een bredere kijk op gezondheid. Vaak is in de zorg de aandacht gericht op ziekte en beperkingen. Bij Positieve Gezondheid ligt het accent op mensen zelf, hun veerkracht en wat hun leven betekenisvol maakt. Het concept Positieve Gezondheid is uitgewerkt in zes dimensies, het 'spinnenweb'. Dit is bruikbaar als gespreksdocument voor zorgverleners in gesprek met patiënten.



Spinnenweb met de zes dimensies van positieve gezondheid





Naast een andere houding van patiënten, vraagt deze kijk op gezondheid ook een andere houding van zorgverleners: focus op wat er goed gaat, meedenken en de patiënt helpen eigen oplossingen te vinden. De SGZ stimuleert het werken vanuit deze brede visie op gezondheid en het gebruik van dit gespreksinstrument. Eind 2016 heeft SGZ een scholing Positieve Gezondheid georganiseerd, waar 20 huisartsen aan deelnamen. Elf huisartsen hebben in 2017 actief gebruik gemaakt van dit instrument bij 53 patiënten in 99 consulten.

## 11.2 WELZIJN OP RECEPT

Bij patiënten met psychosociale problemen, kunnen afwezigheid van een zinvolle dagbesteding, betekenisvolle contacten of gebrek aan bewegen een grote rol spelen. De oplossing van dit soort problemen ligt niet in de zorg, maar in het sociale domein. Om de verbinding vanuit zorg naar welzijn te stimuleren is SGZ in juni 2017 gestart met Welzijn op recept. Zorgverleners kunnen patiënten (al dan niet na een consult in het kader van Positieve Gezondheid) verwijzen naar een sociaal makelaar. De sociaal makelaar heeft een breed netwerk in de wijk en stimuleert en begeleidt patiënten naar activiteiten en een zinvolle dagbesteding. Per wijk is één sociaal makelaar vanuit Palet Welzijn beschikbaar.

In 2017 hebben 40 van deze verwijzingen plaatsgevonden. Voornaamste verwijzers: huisarts, praktijkondersteuner en wijkverpleegkundige. Verder is er een website [Welzijnopreceptzoetermeer.nl](http://Welzijnopreceptzoetermeer.nl) ontwikkeld en zijn er samenwerkingsafspraken gemaakt.

## 11.3 HOTSPOTTERS

Hotspotters zijn patiënten die één of meerdere kenmerken of aandoeningen hebben, waarmee zeer hoge zorgkosten gemoeid zijn. Per huisartsenpraktijk gaat het om ongeveer 40 patiënten met een zorggebruik van gemiddeld € 42.000 per jaar. Het gaat vooral om kosten in de tweede lijn (bron: SGZ en Vektis). Voor ongeveer een kwart van deze patiënten is deze zorg niet in die mate nodig; zij kunnen baat hebben bij een andere aanpak vanuit eerstelijns zorg of zelfs vanuit de 'nulde lijn', door mantelzorgers of vrijwilligers (bron: Jan van Es Instituut).

In Zoetermeer is in 2017 een pilot gestart vanuit vier huisartsenpraktijken, waarin onderstaand stappenplan wordt doorlopen. Doelstelling is dat én de door de patiënt ervaren gezondheid verbetert én dat er minder zorgkosten gemaakt worden.

1. Identificatie en selectie van de circa 40 hotspotters.
2. Selectie van tien patiënten voor een consult Positieve Gezondheid.
3. Op basis van deze consulten terugverwijzen van vijf patiënten naar een zorgtraject in de eerste of nulde lijn.
4. Monitoring van de resultaten.

Het project wordt vervolgd in 2018.





## 11.4 COMPLEXE ZORGVRAGEN

Om zicht te krijgen op een deel van de complexe zorgvragen in de huisartsenpraktijk, die veelal meer tijd van de huisarts vragen (meer dan 30 minuten), heeft de SGZ huisartsen gevraagd dit op een eenvoudige wijze bij te houden. Kader hierbij was consulten over: gepast gebruik, afwegen van behandelopties, uitgebreide begeleiding bij psychosociale problematiek en advanced careplanning. Uit deze registratie blijkt dat er in 2017 1.078 langere consulten over complexe zorgvragen door huisartsen zijn gevoerd. Huisartsen geven aan dat de beschreven kaders van deze uitgebreide consulten kloppen en dat zij de indruk hebben dat deze consulten vaak zorgen dat er elders in het zorgproces zorgkosten worden bespaard.

## 11.5 PRAKTIJKONDERSTEUNING JEUGD

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de jeugdhulp in de volle breedte, van lichte vormen van (preventieve) opvoedondersteuning tot de zwaarste vormen van hulp via de gecertificeerde instellingen voor jeugdbescherming en jeugdreclassering. De gemeente Zoetermeer kent al jaren een relatief hoog jeugdhulpgebruik en stijgende kosten. In 2017 ontstond een financieel tekort van 7 miljoen euro en werd een Actieplan kostenbeheersing opgesteld om het tij te keren. Bijna 16% van de jongeren in stad krijgt een vorm van jeugdhulp, onder andere verklaard door een hoger percentage alleenstaande ouders en meer dan gemiddelde schuldenproblematiek. Ook de laagdrempelige toegang leek echter een rol te spelen, naast de indruk dat er veel kinderen doorstromen naar zwaardere (en dus duurdere) vormen van jeugdhulp, waar ook lichtere vormen beschikbaar zijn.

Medio juli 2017 besloot de gemeente de 50 uur vrij toegankelijke jeugdhulp (zonder verwijzing) af te schaffen en de toegang anders in te richten, met als ingangsdatum 1 januari 2018. Op grond van goede ervaringen in andere regio's heeft de gemeente Zoetermeer de SGZ en de HVZ daarop gevraagd samen te starten met een initiatief om Praktijkondersteuners GGZ met aandachtsveld Jeugd (kortweg POH-Jeugd) in de huisartsenpraktijk aan te stellen. Vanaf mei 2017 is dit vormgegeven in een gezamenlijk project waarvoor een externe projectleider namens de Huisartsen Vereniging Zoetermeer (HVZ) en de SGZ is aangesteld.

### De POH-Jeugd

In de periode september 2017 – januari 2018 is een pré-pilot gestart met drie POH's Jeugd in 20 huisartsenpraktijken in Zoetermeer. De POH-Jeugd kent de sociale kaart, onderhoudt de contacten met het netwerk (scholen, maatschappelijk werk, JGH, zorgaanbieders) en kan ook (kortdurende) behandeling en begeleiding inzetten. Daarnaast adviseert en ondersteunt de POH-Jeugd de huisarts om tot een passende verwijzing te komen naar preventieve hulp of de GGZ.

In 2016 kregen in Zoetermeer circa 3.750 kinderen en jongeren ambulante jeugdhulp. Van hen werden een kleine 2.000 kinderen verwezen door huisartsen. De huisartsen verwezen hoofdzakelijk naar de jeugd-GGZ.

Doel van de inzet van de POH-Jeugd, náást een groot aantal andere aanpassingen in de toegang tot jeugdhulp, is het verminderen van het aantal verwijzingen naar (met name gespecialiseerde) GGZ. Gezinsgericht werken, een heldere probleeminventarisatie en focus op het eigen aanbod van de POH en het laagdrempelige aanbod in de preventieve sfeer moet verwijzingen naar de GGZ voorkomen. Dit is vooral ook goed voor het kind en de ouders, maar zorgt ook voor een verlaging van de kosten.





## Financiering en personeel

Met de Gemeente Zoetermeer heeft de SGZ namens de Huisartsen Vereniging Zoetermeer een driejarig contract (2018-2020) voor de financiering van POH's Jeugd afgesloten na de succesvolle pilot eind 2017.

Er is veel geïnvesteerd in het creëren van draagvlak binnen de huisartsengroep voor deze nieuwe functionaris die toch ook weer een schaarse plek in het gezondheidscentrum inneemt. In 2018 starten 48 van de 52 huisartsenpraktijken met een POH Jeugd. Deze worden voor 75% gefinancierd door de Gemeente Zoetermeer en voor 25% gefinancierd door de zorgverzekeraars via de reguliere financieringsregeling voor de POH-GGZ. Er is ruimte om te groeien tot 10 fte voor heel Zoetermeer. Eind 2017 bedroeg de inzet 1,3 fte. Eind 2017 is de werving gestart voor uitbreiding van het aantal POH's Jeugd. In overleg met de gemeente en de zorgverzekeraars is hiervoor een profiel vastgesteld.

Met de gemeente zijn afspraken gemaakt over het registreren en rapporteren over de inzet van de praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijken en de gevolgen voor het aantal verwijzingen.

## Uniforme aanpak toegang

Samen met de andere partners in de toegang (de Jeugdgezondheidszorg, het Schoolmaatschappelijk werk, Jeugd & Gezinshulp van de gemeente) is toegewerkt naar afspraken om tot een sluitende zorgstructuur te komen met een identieke aanpak. Deze aanpak komt in de plaats van het 'spoorboekje' vanuit Meerpunt zoals dit de afgelopen jaren gold. Sleutelfiguren uit de toegang hebben elkaar leren kennen en weten elkaar te vinden. De POH-Jeugd onderhoudt namens de huisartsen de contacten met het complexe veld van de jeugdhulp, waarbij Meerpunt Inlooppunt en het team Consultatie & Advies belangrijke vraagbakens zijn. Zo is er eenduidigheid in de wijze van probleeminventarisatie (volgens de GIZ-methode), het gebruik van de verwijfsindex Haaglanden en de meldcode kindermishandeling, de afspraak wie gemandateerd is voor welke vormen van hulp en hoe wordt overlegd met elkaar en het gebruik van dezelfde standaarden en protocollen.

Er is gewerkt aan een zorgpad voor ADHD om ook hier meer volgens het stepped care principe (licht inzetten als het kan en pas zwaar als het moet, met tussenschappen) te gaan werken. Dit zorgpad is begin 2018 gereed. In de SGZ-verwijfsindex Jeugd & gezin op intranet verandert het nodige op basis van de nieuwe toegangsregels. Deze aanpassingen worden begin 2018 doorgevoerd.

## Informatie-uitwisseling

In 2016 is in het kader van een innovatietraject een richtlijn tot stand gekomen, waarin beschreven staat welke informatie zowel huisarts als jeugdhulpaanbieders nodig hebben om hun rollen goed te kunnen vervullen. Als de huisarts samen met de praktijkondersteuner meer als poortwachter gaat fungeren is een tijdige uitwisseling van informatie (na einde behandeling en minimaal jaarlijks tussentijds) van groot belang. Dit is nog niet gerealiseerd zoals beschreven in de richtlijn, maar het wordt in het kader van de nieuwe toegang per 1 januari 2018 door de gemeente richting zorgaanbieders wel al benadrukt. De standaardverwijsbrief voor jeugd is op grond van de eisen in de richtlijn wél aangepast in 2017. Implementatie loopt door in 2018 om ervoor te zorgen dat alle huisartsen digitaal verwijzen naar jeugdhulpaanbieders.



## 12 | SERVICE AAN PATIËNTEN



### 12.1 TELEFONISCHE BEREIKBAARHEID

De huisartsen in Zoetermeer en Benthuisen streven naar een hoog serviceniveau voor patiënten als het gaat om telefonische bereikbaarheid. Een patiënt die met een huisartsenpraktijk belt, wil dat er snel en adequaat door de praktijk wordt opgenomen, zonder bezettonen of meldteksten die aangeven dat de praktijk onbereikbaar is. De afgelopen jaren heeft de SGZ intensief gewerkt aan het verbeteren van de telefonische bereikbaarheid. Inmiddels wordt bij 33 (van de 52) huisartsenpraktijken de bereikbaarheid continu gemeten met behulp van Advicalls. Advicalls registreert alle metadata over het telefoonverkeer in een database. In 2017 is met name gewerkt aan het betrouwbaar krijgen van de inhoud van de bereikbaarheidsrapporten. Die rapporten geven de huisartsenpraktijken direct inzicht in het werkelijke aantal telefoontjes dat de praktijk verwerkt, in het aantal keren dat een beller bezettonen krijgt, in geannuleerde gesprekken en in de telefonische wachttijden. Knelpunten worden hierdoor direct zichtbaar, zodat er snel oplossingen op maat gevonden kunnen worden om de bereikbaarheid te verbeteren.



## 12.2 WACHTTIJDEN APOTHEKEN

De SGZ heeft in 2015 met de Kring Zoetermeerse Apotheken (KZA) afspraken gemaakt over een project Bevordering Verkorting Wachttijden Zoetermeerse Apotheken. Alle Zoetermeerse apotheken hebben zich bereid verklaard deel te nemen aan het project. Doel van het project is de wachttijden zo veel mogelijk te bekorten met behoud van kwaliteit van farmaceutische zorg.

Concrete acties in het kader van dit project zijn: (1) op basis van vertrouwelijkheid in kaart brengen

van wachttijden in de verschillende apotheken, (2) binnen de KZA overeenstemming bereiken over streefdoelen wat betreft wachttijden, (3) bevorderen dat de leden van de KZA een Plan van Aanpak opstellen om deze streefdoelen te halen en uitwisselen van leerervaringen en (4) apothekers in staat stellen om hun klanten te informeren over de wachttijden in de eigen apotheek.

Het project heeft tot een flinke verkorting van wachttijden geleid. In 2017 is besloten om de werkwijze van het

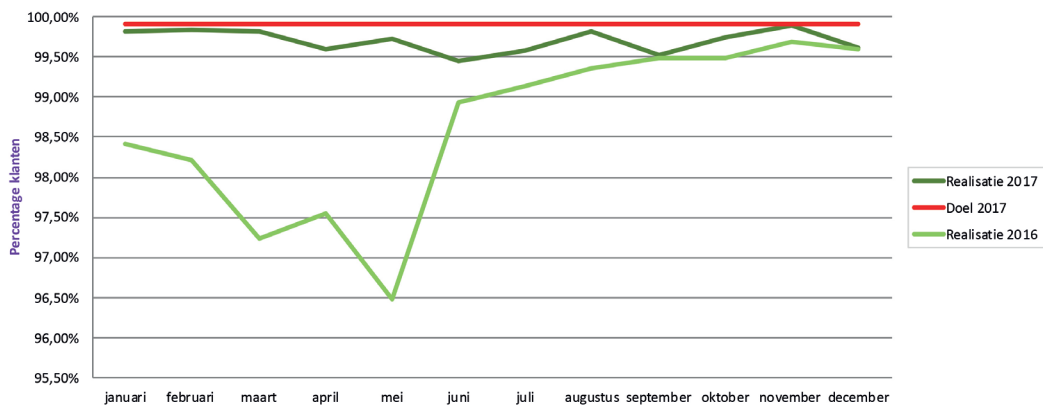
project structureel voort te zetten en jaarlijks met de KZA overeen te komen welke middelen daarvoor beschikbaar worden gesteld.

De doelstellingen voor 2017 voor verkorting van de wachttijden zijn per apotheek flink aangescherpt ten opzichte van 2016. Gemiddeld betekende dit een doelstelling om 94% van de klanten van de apotheken binnen 10 minuten te helpen. Dat doel is vrijwel gehaald. Slechts 0,3% van de klanten hoefde langer te wachten dan 20 minuten.

**Grafiek 12.2a | Klanten geholpen bij Zoetermeerse apotheken in 0 – 10 minuten (2017)**



**Grafiek 12.2b | Klanten geholpen bij Zoetermeerse apotheken in 0 – 20 minuten (2017)**



## 12.3 PUBLIEKSINFORMATIE

De SGZ geeft op verschillende manieren algemene publieksinformatie, gericht op een breed publiek van patiënten, belangstellenden en professionals. De belangrijkste kanalen zijn de patiëntenfolders en de website Zoetermeer-Gezond.nl. De site geeft niet alleen een overzicht van alle samenwerkende eerstelijns hulpverleners in Zoetermeer en Benthuisen (met adressen, bereikbaarheid, werkwijze, openstelling voor nieuwe patiënten, enzovoorts), maar informeert patiënten ook over zorgprogramma's, een gezonde leefstijl, online zelfhulp en waar op internet betrouwbare medische informatie te vinden is.

In alle informatie legt de SGZ de nadruk op de samenwerkingsrelatie tussen patiënt en zorgverlener, en - waar dat past - op de zelfwerkzaamheid en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en diens omgeving. Tekst en beeld sluiten zo goed mogelijk aan op de belevingswereld van de patiënten.

De SGZ voldoet hiermee aan de eisen van de NZa Regeling multidisciplinaire zorg (met name artikel 7, Transparantievoorschriften), die zorgaanbieders verplicht om niet alleen via een website, maar ook zichtbaar in de wachtruimte publieksinformatie te verstrekken over de DBC ketenzorg.

## 12.4 MEDISCHE GEGEVENS ELEKTRONISCH DELEN

Alle huisartsen en apotheken in Zoetermeer en Benthuisen, de Huisartsenpost en de Dienstapothek gebruiken voor de ondersteuning van hun dagelijkse (zorg) processen het gemeenschappelijk informatiesysteem Zorgcluster Zoetermeer. In dit systeem worden patiëntendossiers bij de huisartsen en de medicatiedossiers bij de apotheken vastgelegd. Vanuit het Zorgcluster kunnen ook gegevens uitgewisseld worden met andere zorgverleners, waaronder specialisten, ziekenhuis, laboratorium, GGZ-instellingen, verloskundigen, psychologen, diëtisten en fysiotherapeuten.

### Communicatie huisarts-wijkverpleging

Voor de uitwisseling van informatie tussen wijkverpleging en huisartsen is in 2017, onder coördinatie van de SGZ, een pilot uitgevoerd, waarbij de onderlinge communicatie op basis van Edifact-berichten geschiedt. Deelnemers waren Zoetermeerse huisartsen, Vierstroom Zorg Thuis en Buurtzorg. Bij Vierstroom is gebruik gemaakt van de verwijsapplicatie Zorgdomein. Bij Buurtzorg worden de edifactberichten rechtstreeks vanuit het eigen systeem aangemaakt.

De berichten zijn o.a. een verwijzing, een uitvoeringsverzoek, een verklaring palliatieve zorg en een (terug)rapportage aan het eind van een behandeling. De SGZ hoopt dat de pilot kan uitmonden in reguliere afspraken over elektronische communicatie.

### LSP medicatie-uitwisseling

Ten behoeve van de communicatie over medicijngebruik van patiënten met andere zorgverleners die geen onderdeel uitmaken van het Zorgcluster, wordt er gebruik gemaakt van het Landelijk Schakelpunt (LSP). Dit kan echter alleen met de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt (opt-in) aan de apotheek. Eind 2017 was toestemming verkregen van zo'n 88% van de patiënten met actieve medicatie.

### LSP huisartsenpraktijken

In 2017 hebben alle huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuisen zich aangesloten bij het Landelijk Schakelpunt (LSP) voor de uitwisseling van gegevens uit het huisartsendossier, ten behoeve van de waarneming op de huisartsenpost en in andere regio's. De SGZ heeft een externe projectleider aangetrokken om alle stappen in dit complexe en tijdrovende proces goed te doorlopen. Ook is er extra capaciteit op het centraal bureau van de SGZ beschikbaar gesteld om het project te ondersteunen.

### Grote overlap

Van de patiënten die zijn ingeschreven bij een apotheek in Zoetermeer of Benthuisen was in 2017 92% patiënt bij een huisarts uit het werkgebied van de SGZ. Omgekeerd geldt dat 97% van de patiënten met een huisarts uit Zoetermeer of Benthuisen ook staat ingeschreven bij een apotheek in het werkgebied. Kortom, het overgrote deel van de patiënten in Zoetermeer en Benthuisen heeft een huisarts en een apotheek die via Zorgcluster hetzelfde medicatiebestand delen. Dat kan veel fouten voorkomen.



- Op de achtergrond moesten bij een groot aantal praktijken de ICT-voorzieningen op peil worden gebracht. Op alle werkplekken zijn kaartlezers voor UZI-passen geïnstalleerd. Waar nodig zijn de abonneeregistraties (URA) van de huisartsenpraktijken bij het UZI-register geactualiseerd. Bij de SGZ-huisartsenpraktijken zijn nieuwe URA's aangevraagd en doorgevoerd, op het laagst haalbare niveau, namelijk per gezondheidscentrum. Alle medewerkers bij alle huisartsenpraktijken zijn van UZI-passen voorzien, nodig om na activering van de LSP-aansluiting in de huisartseninformatiesystemen Medicom (voor de dagpraktijken) en Hapicom (voor de huisartsenpost) te kunnen werken. Zo nodig zijn nieuwe UZI-servercertificaten aangevraagd en geïmplementeerd.
- Alle praktijken zijn door de SGZ intensief begeleid bij het aansluitproces en alle procedurele stappen die doorlopen moesten worden bij het UZI-register, de VZVZ (de organisatie die het LSP beheert) en bij de ICT-leverancier Pharmaparners.
- Alle medewerkers van de huisartsenpraktijken zijn geïnformeerd en waar nodig getraind in het omgaan met het LSP en het vragen van toestemming aan patiënten. Huisartsen zijn bijgepraat tijdens bijeenkomsten van de Huisartsen Vereniging Zoetermeer (HVZ) en tijdens de Wijksamenwerkingsverbanden. Praktijkondersteuners zijn geïnformeerd tijdens een stedelijke bijeenkomst. Doktersassistenten zijn in kleine groepen intensief getraind in het voorlichten van patiënten over het LSP en het vragen van toestemming voor het delen van gegevens.
- Elke patiënt van 16 jaar of ouder, in totaal ruim 104.000 mensen, hebben een persoonlijke brief van hun huisarts thuisgestuurd gekregen, met de vraag om toestemming voor het delen van gegevens via het LSP. Dat kon via het bijgevoegde toestemmingsformulier van de VZVZ. Dit formulier kon zonder postzegel teruggestuurd worden aan de SGZ. Voor het verzorgen van deze mailing en het verwerken van de teruggestuurde toestemmingen, is samengewerkt met een plaatselijk direct marketing bureau DM+. De respons was overweldigend. Ruim 40% van de patiënten stuurde het formulier ingevuld terug. Vele duizenden kwamen het formulier zelfs langsbrengen op de praktijken. Ook tijdens de grieprik campagne in oktober en november is in een aantal praktijken aan de patiënten om toestemming gevraagd. Dat leverde opnieuw veel toestemmingen op. De regio Zoetermeer is daardoor in één keer een van de regio's in Nederland met het hoogste percentage toestemmingen voor het LSP. De verwachting is dat het percentage nog verder toeneemt, door blijvende aandacht in de huisartsenpraktijken.
- Door technische problemen bleek het niet mogelijk om al eind 2017 de LSP-aansluitingen bij de huisartsenpraktijken daadwerkelijk te activeren en in gebruik te nemen. Dat gebeurt in de loop van 2018.



## 13 | ORGANISATIE EN INFRASTRUCTUUR



Voor een multidisciplinaire eerstelijnsorganisatie als de SGZ is integrale ondersteuning en infrastructuur onmisbaar. De hulpverleners kunnen zich daardoor concentreren op hun zorginhoudelijke taken. Over de aard, de mate en kosten ervan maakt de SGZ afspraken met zowel de hulpverleners als de zorgverzekeraars. De ondersteuning wordt geleverd door de afdelingen van het centraal bureau van de SGZ. Het gaat om (1) multidisciplinaire bedrijfsvoering, (2) zorgmanagement, (3) multidisciplinaire ICT en (4) multidisciplinaire huisvesting.

### 13.1 MULTIDISCIPLINAIRE BEDRIJFSVOERING

Multidisciplinaire bedrijfsvoering richt zich op 'good governance', continuïteit, capaciteit en kwaliteit van de afzonderlijke soorten van hulpverlening.

De afdeling Personeelszaken is belast met de zorg voor de continuïteit en voldoende capaciteit van de hulpverlening. De afdeling ondersteunt de werving en selectie, en beheert de pool van dokters- en apothekassistenten voor alle huisartsen en apotheken. Andere ondersteuningstaken op het vlak van continuïteit en capaciteit zijn ondersteuning bij de contractering, conflictoplossing en begeleiding bij opvolging.

Het centraal bureau van de SGZ verzorgt de administratie en de declaraties voor alle hulpverlening waarvoor de SGZ zelf contracteert als werkgever, exploitant of hoofdaannemer, en daarnaast (middels de Stichting Dertengelden SGZ) de declaraties voor 35 zelfstandige huisartsenpraktijken en 8 zelfstandige GZ-psychologen in de eerste lijn.





## 13.2 ZORGMANAGEMENT

Bij de SGZ is het zorgmanagement met name gericht op het verbeteren van de professionele samenwerking in het primaire proces in de gezondheidscentra en wijksamenwerkingsverbanden, en op sturing in de vorm van werkafspraken, zorgprogramma's en DBC-ketenzorg. Andere functies zijn uniform registreren, het opstellen van sociale kaarten en het organiseren van fysieke ontmoetingen. De SGZ organiseert zorgmanagement deels centraal (door adviseurs voor regievoering die op het centraal bureau werken), deels decentraal (door kaderhuisartsen en andere

hulpverleners die gedeeltelijk zijn vrijgesteld van uitvoerende zorgtaken).

De SGZ kent geen centrummanagement of discipline-management, met uitzondering van de huisartsenpost, de dienstapothek en de fysiotherapeuten. Het zorgmanagement binnen de centra en praktijken wordt door de hulpverleners zelf uitgevoerd. In de gezondheidscentra gebeurt dat onder regie van de in het centrum aanwezige huisartsenpraktijken.

## 13.3 MULTIDISCIPLINAIRE ICT

Ondersteuning op het vlak van multidisciplinaire ICT is gericht op adequate dossiervoering, goede communicatie tussen hulpverleners, business intelligence, transparantie en verantwoording. De ondersteuning omvat systeembeheer, applicatiebeheer, managementinformatie en informatiebeveiliging.

### Systeembeheer

De facilitaire ondersteuning op het vlak van ICT bestaat uit drie onderdelen.

- Systeem- en netwerkbeheer in samenwerking met PharmaPartners. De SGZ houdt 24/7 de stedelijke infrastructuur in stand waar de eerstelijns hulpverleners op zijn aangesloten.
- Systeem-, netwerk- en werkplekbeheer ten behoeve van de kantoorautomatisering van SGZ-medewerkers op het centraal bureau en SGZ-hulpverleners in de diverse centra.
- Applicatiebeheer voor de ondersteuning van hulpverleners bij het gebruik van hun zorginformatiesystemen.

### Managementinformatie

Managementinformatie dient zowel voor de interne sturing (systematische feedback) als voor de externe verantwoording aan patiënten, zorgverzekeraars en inspectie. Het belang van managementinformatie ten behoeve van verantwoording aan verzekeraars neemt snel toe, doordat het beheer van de verschillende soorten overeenkomsten met zorgverzekeraars steeds complexer wordt.

Voor huisartsen, apotheken, geïntegreerde eerstelijnszorg en DBC-ketenzorg maakte de SGZ in 2017 voor het laatst gebruik van de applicatie Centrale Management Informatie Zorggroepen (CMIZ). PharmaPartners, leverancier van CMIZ, heeft aangekondigd te stoppen met deze applicatie. SGZ heeft daarom in 2017 een verkenning uitgevoerd naar een vervangend systeem, dat zowel in de eenvoudige als ook complexere managementinformatiebehoefte van de organisatie voorziet. De verkenning vond plaats in de vorm van een pilotproject, waarbij is gekeken naar

een vervangend systeem (Eridani-SGZ-database), eveneens van PharmaPartners, en de te gebruiken BI-tooling om de data te kunnen analyseren. Dit heeft geresulteerd in een positief oordeel. In 2018 zal SGZ volledig overstappen op de Eridani-SGZ-database.

Naar verwachting zullen zorgverzekeraars steeds meer feedback en benchmarkoverzichten aanleveren op basis van de declaratiegegevens. Het door zorgverzekeraars onderhouden Vektis zal een belangrijke bron zijn. De SGZ zal actief met verzekeraars en collega-instellingen de mogelijkheden onderzoeken om op basis van de Vektis-gegevens te benchmarken.





## 13.4 INFORMATIEBEVEILIGING

Iedere organisatie die werkt met persoonsgegevens van anderen dient zich te houden aan de privacywetgeving.

### Komst van de AVG

De huidige Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp) wordt vanaf 25 mei 2018 vervangen door de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). De SGZ bereidt zich voor op de invoering van de AVG en ontwikkelt een ondersteuningsaanbod voor de hulpverleners die gebruikmaken van een door de SGZ gecontracteerde en beheerde elektronische gegevensverwerking, te weten huisartsenpraktijken, huisartsenpost, apotheken, fysiotherapeuten in dienst bij de SGZ en GZ-psychologen in de eerste lijn.

### Wet datalekken

De SGZ heeft reeds begin 2016 de consequenties van de nieuwe meldplicht datalekken uitgewerkt in interne procedures en afspraken. Er hebben zich in 2017 twee datalekken voorgedaan, die conform de Wet Meldplicht Datalekken zijn gemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) en voor één van de datalekken ook bij de betreffende betrokkene (patiënt).

Periode datalek	Aard van het datalek	Gemeld bij AP en/of betrokkenen
Juni 2017	Vertrouwelijkheid van informatie	Gemeld bij AP, betrokkene is geïnformeerd
November 2017	Verwijdering van informatie	Gemeld bij AP, geen nadelige gevolgen voor betrokkenen, derhalve niet geïnformeerd

### Informatiebeveiliging

Voor de informatiebeveiliging geldt in de zorg de norm NEN 7510/7511. De SGZ heeft, uitgaande van deze norm, in 2017 verschillende activiteiten uitgevoerd op het gebied van informatiebeveiliging, waaronder de borging op controle van toegangsbevoegdheden tot informatiesystemen, de uitvoering van technische securityaudits op infrastructuur en informatiesystemen, het borgen van beveiligingsafspraken met derden (leveranciers), de voorbereiding op invoering van tweefactor-authenticatie en het verhogen van de interne bewustwording rond informatiebeveiliging. In 2018 zal verdere uitvoering van verbeteractiviteiten op het gebied van informatiebeveiliging plaatsvinden in combinatie met de invoering van de AVG.





## Bewerkersovereenkomsten

Een bewerkersovereenkomst is een begrip uit de privacyregelgeving. Daarin zijn de begrippen 'verantwoordelijke' en 'bewerker' van belang. De verantwoordelijke is degene die het doel van en de middelen voor de verwerking van persoonsgegevens vaststelt. De bewerker is degene die ten behoeve van de verantwoordelijke persoonsgegevens verwerkt, zonder aan zijn rechtstreeks gezag te zijn onderworpen. De bewerkersovereenkomst is de overeenkomst tussen verantwoordelijke en bewerker, waarin wordt vastgelegd hoe de bewerker met de persoonsgegevens moet omgaan. In 2017 is binnen de SGZ uitgebreid aandacht besteed aan bewerkersovereenkomsten, zowel in de relatie tussen de SGZ naar de hulpverleners waarvoor de SGZ optreedt als bewerker, als in de relatie tussen de SGZ en ICT-leveranciers of dienstverleners waarbij de SGZ als verantwoordelijke afspraken heeft gemaakt met externe bewerkers. De SGZ zal deze bewerkersovereenkomsten in 2018 verder toetsen en daar waar nodig aanpassen aan de nieuwe regelgeving.

## 13.5 MULTIDISCIPLINAIRE HUISVESTING

De SGZ beheert en onderhoudt vijftien locaties: tien gezondheidscentra, drie huisartsen(groeps)praktijken, de huisartsenpost/dienstapotheek en het centraal bureau van de organisatie. Dat beheer omvat ook de administratie inzake huur, verhuur en servicekosten. Het beheer van de locaties omvat niet alleen services, techniek en onderhoud, maar ook de administratie inzake huur, verhuur en servicekosten.

- In totaal beheert de SGZ een oppervlakte van 14.215 m<sup>2</sup> aan multidisciplinaire huisvesting. Dat is evenveel als in 2016.
- Door de facilitaire dienst werden in 2017 in totaal 826 onderhoudsmeldingen afgehandeld.
- Door het huisvesten van nieuwe huurders en de uitbreidingen van de praktijkondersteuning jeugd en praktijkverpleegkundige ouderen is de bezettingsgraad gestegen van 98,2% naar 99,2%.
- De SGZ hecht aan de duurzaamheid van haar huisvesting en streeft naar een energiezuinige exploitatie, bijvoorbeeld door toepassing van LED-verlichting. Op drie panden die in eigendom zijn van de SGZ, zijn in 2017 zonnepanelen geplaatst. In 2018 volgen nog vier locaties. Er liggen dan in totaal 686 zonnepanelen op de daken, die samen naar schatting 40-45% van de stroombehoefte van deze locaties opwekken.





# DEEL 2B GEORGANISEERDE EERSTE LIJN

## DBC-KETENZORG

### DEEL 2b | GEORGANISEERDE EERSTE LIJN

#### DBC ketenzorg

<b>14   DBC Ketenzorg</b>	<b>75</b>
14.1 De ketenzorg	75
14.2 De patiënten	76
14.3 Meer in de eerste lijn behandelen	78
14.4 Uitkomsten	78
<b>15   DBC Astma</b>	<b>81</b>
15.1 Indicatoren	82
15.2 Behandelaren	83
15.3 Ketenactiviteiten	84
<b>16   DBC COPD</b>	<b>85</b>
16.1 Indicatoren	86
16.2 Behandelaren	87
16.3 Ketenactiviteiten	87
<b>17   DBC Verhoogd vasculair risico</b>	<b>89</b>
17.1 Indicatoren	89
17.2 Behandelaren	90
17.3 Ketenactiviteiten	90



<b>18   DBC Hart- en vaatziekten</b>	<b>91</b>
18.1 Indicatoren	92
18.2 Behandelaren	93
18.3 Ketenactiviteiten	94
<b>19   DBC Diabetes</b>	<b>95</b>
19.1 Indicatoren	96
19.2 Behandelaren	97
19.3 Ketenactiviteiten	97



## 14 | DBC-KETENZORG



De SGZ levert niet alleen DBC-ketenzorg, maar zet zich ook in voor preventie, voor het versterken van de eerstelijnszorg voor deze patiënten en voor efficiënte samenwerking en afstemming met de medisch specialistische zorg in de tweede lijn.

### 14.1 DE KETENZORG

De SGZ heeft voor 2017 met alle zorgverzekeraars overeenkomsten afgesloten voor het leveren van DBC-ketenzorg aan patiënten met astma, COPD, verhoogd vasculair risico (VVR), hart- en vaatziekten (HVZ) en diabetes mellitus type 2 (DM2). Aan de DBC-ketenzorg bij astma namen 47 huisartsenpraktijken deel, aan de andere DBC-ketenzorg alle 52 huisartsenpraktijken.

DBC-ketenzorg financiering houdt in dat de SGZ jaarlijks een vast bedrag krijgt voor elke patiënt die gebruik maakt van de DBC-ketenzorg voor de betreffende chronische aandoening. Dit geldt voor patiënten die bekend zijn met de diagnose, bij wie de huisarts de hoofdbehandelaar is en voor wie gestructureerde zorg een meerwaarde heeft. Uit dit bedrag worden alle onderdelen van de DBC-ketenzorg betaald.

Voor meer informatie over de inhoud van de DBC-ketenzorg, zie de hoofdstukken 15 - 19 van dit jaarverslag.

Om deze zorg te kunnen leveren, heeft de SGZ in 2017 overeenkomsten van onderaanneming afgesloten met de volgende zorgverleners.

- Alle huisartsenpraktijken uit Zoetermeer en Benthuisen. Zij leveren zorg door huisartsen, praktijkondersteuners somatiek en diabetesverpleegkundigen. Daarnaast leveren zij in een aantal gevallen diagnostiek: spirometrie en ECG.
- Zeven diëtietiekpraktijken, verspreid over de verschillende gezondheidscentra en wijken.
- Internisten, oogartsen, longartsen en cardiologen van het LangeLand Ziekenhuis voor consultatie.
- Vier optometristen, met vestigingen in vier wijken.
- Drie praktijken voor podotherapie en (via hen) 27 medisch pedicures, verspreid over alle wijken.

Eind 2017 is de SGZ overgestapt op een andere wijze van registratie ten behoeve van het identificeren van patiënten met DBC-ketenzorg: het nieuwe landelijke registratie-item 'deelname ketenzorg'. Vanaf 1 januari 2018 wordt de DBC-





ketenzorg op basis van dit registratie-item gedeclareerd. Gedurende het jaar is veel aandacht besteed aan betrouwbare registratie en de voorbereiding van dit registratie-item. Het huisartseninformatiesysteem Medicom signaleert wanneer de registratie van 'deelname ketenzorg' strijdig lijkt met andere registratie-items (zoals diagnose, hoofdbehandelaar en medicatiegebruik). Tijdens het consult is op de voorpagina van het dossier direct zichtbaar of de patiënt aan DBC-ketenzorg deelneemt. Dit ondersteunt de correcte registratie.

Verder is in 2017 een oproepsysteem geïntroduceerd waarmee maandelijks brieven verstuurd kunnen worden om

patiënten in DBC-ketenzorg uit te nodigen. De praktijkondersteuners hebben hier behalve een handleiding ook een scholing over gekregen.

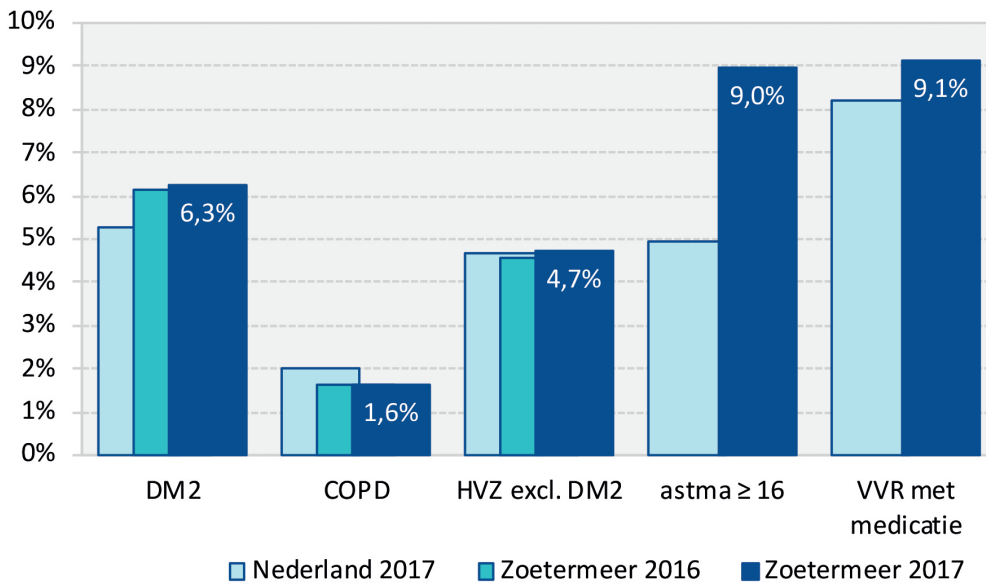
De SGZ heeft in 2017 de landelijke benchmark op prestatie-indicatoren van Meetpunt Kwaliteit gecontracteerd en voor de huisartsenpraktijken deze benchmark geïntroduceerd. Hiermee kunnen de huisartsenpraktijken de resultaten van hun eigen praktijk op de verschillende indicatoren maandelijks volgen en vergelijken met het gemiddelde in Zoetermeer.

## 14.2 DE PATIËNTEN

### Prevalentie

Astma, COPD, VVR, HVZ, en DM2 behoren tot de chronische ziekten die relatief veel voorkomen onder de bevolking. In grafiek 14.2a is de prevalentie weergegeven als percentage van de bevolking.

**Grafiek 14.2a | Aandeel patiënten met DM2, COPD, HVZ, astma en VVR (prevalentie) in Zoetermeer en Benthuisen in 2017**



Bron: trendrapportages Transparante Ketenzorg

### 76

De prevalentie bij DM2 en HVZ vertoont in 2017 een lichte stijging ten opzichte van 2016. De prevalentie bij COPD is gelijk gebleven. In vergelijking met het landelijk beeld valt op dat de prevalentie van diabetes in Zoetermeer hoger is en die van COPD lager. In 2017 is uitgezocht welke verklaring er te geven is voor de hogere prevalentie van diabetes: die is vooral toe te schrijven aan de bevolkingskenmerken in Zoetermeer.

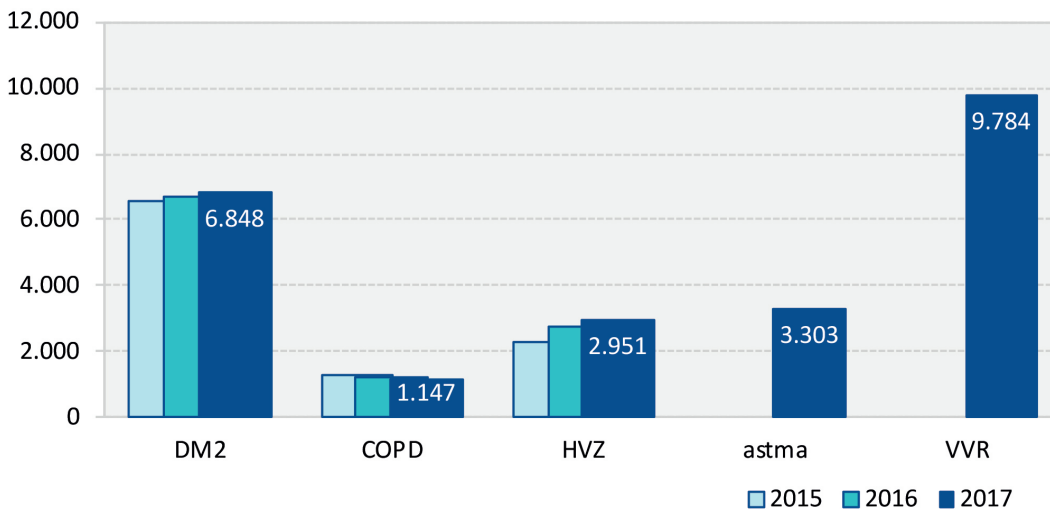


In Zoetermeer is de prevalentie van astma hoger dan het landelijk gemiddelde. De landelijke prevalentiecijfers van astma kunnen echter volgens de Transparante ketenzorrapportage 2016 nog niet als representatief worden beschouwd, omdat de spreiding van de prevalenties tussen zorggroepen groot is. Ook landelijk is astma nog een relatief nieuw DBC-ketenzorgprogramma. De prevalentie bij astma is gebaseerd op alle patiënten met de diagnose astma boven de 16 jaar. Het beeld is hier vertroebeld, doordat er veel patiënten buiten de DBC zijn, bij wie de diagnose lang geleden gesteld is, en die mogelijk geen astma meer hebben. Bij inclusie in de DBC-ketenzorg astma wordt de diagnose geverifieerd. De prevalentie bij verhoogd vasculair risico (VVR) gaat over patiënten met de diagnose hypertensie en hypercholesterolemie en met (een indicatie voor) medicatie, exclusief patiënten met hart- en vaatziekten of diabetes. Deze prevalentie is in Zoetermeer hoger dan het landelijk gemiddelde. De reden hiervan is onduidelijk. Mogelijk hangt het samen met de bevolkingskenmerken van Zoetermeer, zoals die ook bij diabetes een verklarend karakter hebben.

### Aantal patiënten

Patiënten zijn onder behandeling van de huisarts of van de specialist. Alleen als de huisarts hoofdbehandelaar is, kunnen patiënten gebruik maken van de DBC-ketenzorg in de eerste lijn. In de onderstaande grafiek 14.2b is het gemiddeld aantal patiënten weergegeven dat in 2017 gebruik maakte van DBC-ketenzorg.

**Grafiek 14.2b | Gemiddeld aantal patiënten per DBC-ketenzorg per jaar**



Bron: SGZ

### Geen programmatische zorg

Niet alle patiënten met de huisarts als hoofdbehandelaar nemen deel aan de DBC-ketenzorg. Soms vindt de huisarts dit niet langer zinvol, bijvoorbeeld in de palliatieve fase. Maar het gebeurt vaker dat de patiënt afziet van DBC-ketenzorg of zich aan programmatische zorg onttrekt. Bij astma is het aantal patiënten in DBC-ketenzorg relatief laag, omdat veel van hen op grond van de inclusiecriteria niet in aanmerking komen voor DBC-ketenzorg.



## 14.3 MEER IN DE EERSTE LIJN BEHANDELEN

De SGZ wil de zorg waar mogelijk dicht bij huis organiseren: in de eerste lijn. Juist ook als het gaat om de DBC-keten-zorg. De SGZ hecht daarom aan goede afspraken tussen huisartsen en medisch specialisten over doelmatig verwijzen, doorverwijzen en terugverwijzen.

In dat kader heeft de SGZ Regionale Transmurale Afspraken (RTA's) afgesloten met de internisten en oogartsen

(diabetes), de longartsen (COPD, astma is in ontwikkeling) en de cardiologen (coronairsclerose) van het LangeLand Ziekenhuis. Deze afspraken worden regelmatig geëvalueerd en zo nodig aangevuld of bijgesteld. Ook zijn de afspraken regelmatig onderwerp van gesprek in uitwisselingen tussen huisartsen en specialisten en in de wijksamenwerkingsverbanden van de SGZ.

## 14.4 UITKOMSTEN

De uitkomsten van de DBC-keten-zorg worden in kaart gebracht op grond van prestatie-indicatoren die door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en InEen (de koepelorganisatie van de georganiseerde eerste lijn) zijn vastgesteld. Deze indicatoren maken deel uit van de overeenkomsten voor de DBC-ketenzorg.

### Prestatie-indicatoren

Er zijn twee soorten prestatie-indicatoren.

- Procesindicatoren. Deze indicatoren geven aan of een bepaalde waarde is gemeten en geregi-

streerd. De procesindicatoren zeggen iets over de stappen die de zorgverlener zet in het zorgproces.

- Uitkomstindicatoren. Deze indicatoren geven aan wat de meetwaarde was. De uitkomstindicatoren geven inhoudelijke informatie over de patiëntenpopulatie.

In de hoofdstukken 15 tot en met 19 wordt telkens per DBC in één grafiek gerapporteerd over zowel de procesindicatoren als de uitkomstindicatoren. De indicatoren zijn berekend door Meetpunt Kwaliteit, een

gecertificeerd datacentrum, op basis van de definities van ZN en InEen (2017). Door deze samenwerking is de SGZ in staat de indicatoren exact volgens de gestelde definities in de benchmark van ZN en InEen aan te leveren.

Nieuw in 2017 is een online dashboard met actueel inzicht in de prestatie-indicatoren voor de huisartsenpraktijken. Dit dashboard wordt eveneens geleverd door Meetpunt Kwaliteit. Hiermee kunnen zorgverleners hun eigen prestaties zelf monitoren en hun handelen aanpassen.

## 14.5 LEEFSTIJL

Mensen die roken, overmatig alcohol gebruiken, ongezond eten en onvoldoende bewegen, hebben meer kans op chronische ziekten. In gesprekken tussen zorgverleners en patiënten spelen deze leefstijlthema's een zeer belangrijke rol. Om praktijkondersteuners hierin verder te scholen is in 2017 een nieuwe training 'gespreksvoering en reflectie' georganiseerd, waar 45% van de praktijkondersteuners aan heeft deelgenomen.

In 2017 zijn de NHG-Zorgmodules Leefstijl beschreven voor Zoetermeer en beschikbaar gesteld voor zorgverleners. Ze bestaan onder andere uit een sociale kaart voor het preventieaanbod. In het beleidsoverleg preventie van de gemeente Zoetermeer werkt de SGZ daarnaast met een groot aantal organisaties samen aan universele preventie (bijvoorbeeld anti-rookbeleid gericht op de gehele bevolking of op een specifieke groep, zoals kinderen), selectieve preventie (gericht op risicogroepen, zoals mensen die te weinig bewegen), geïndiceerde preventie (gericht op mensen die niet ziek zijn, maar wel een verhoogd risico lopen) en zorg gerelateerde preventie (voor mensen die al chronisch ziek zijn, met als doelen: zoveel mogelijk voorkomen dat de ziekte erger wordt en verbetering van de kwaliteit van leven).

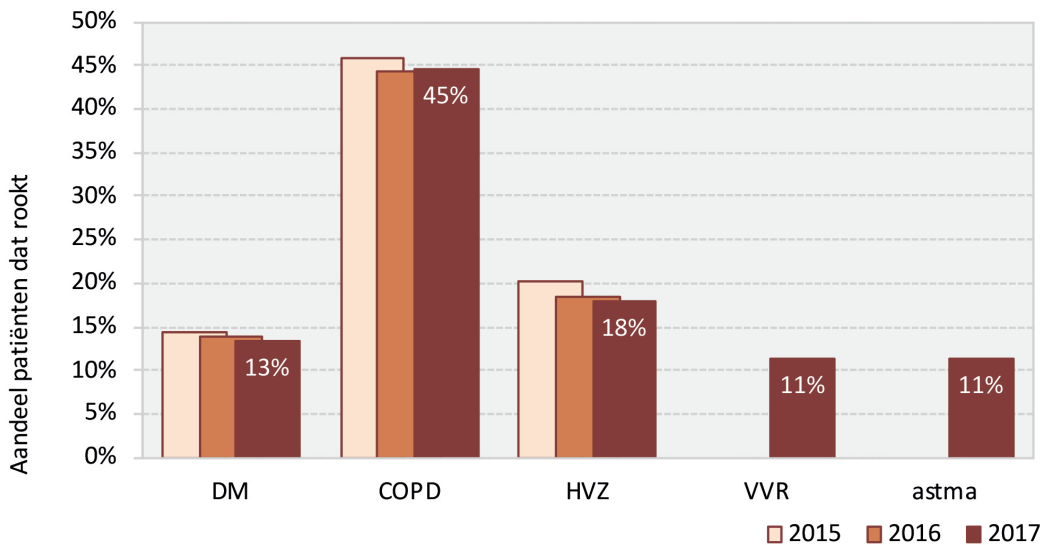




## Stoppen met roken

De SGZ biedt in de DBC-ketenzorg een groepsaanbod stoppen met roken (SMR) van SineFuma aan, naast individuele begeleiding in de huisartsenpraktijk.

**Grafiek 14.5a | Percentage van de patiënten in DBC-ketenzorg dat rookt**



Bron: trendrapportages Transparante Ketenzorg

Het aandeel patiënten in DBC-ketenzorg dat rookt neemt af bij de ketens DM en HVZ. Bij COPD is dit aandeel het laatste jaar ongeveer gelijk gebleven.

Zorgverleners hebben diverse inspanningen geleverd om patiënten te ondersteunen bij het stoppen met roken. Vanuit zeven huisartsenpraktijken zijn brieven op naam verstuurd naar rokers om hen uit te nodigen voor een SMR-groepstraining. In onderstaande tabel staan het aantal SMR-trajecten, aangeboden vanuit de eerstelijnszorg.

Binnen de DBC-ketenzorg hebben 186 patiënten een SMR-traject gevolgd. Op ongeveer 4.000 rokers binnen DBC-ketenzorg betekent dit dat ongeveer vijf procent van de rokers een SMR-traject heeft gevolgd. Het blijft lastig om het rookgedrag van patiënten te beïnvloeden én het heeft zin om hier blijvend aandacht aan te besteden. Immers: iedere roker die stopt is er één.

**Tabel 14.5b Aantal patiënten met SMR-traject in 2017, aangeboden vanuit de eerstelijnszorg**

	DBC-ketenzorg	Geen DBC-ketenzorg
Individuele begeleiding in de huisartsenpraktijk	169	158
SMR-groepstraining Sinefuma	17	20
<b>Totaal</b>	<b>186</b>	<b>178</b>





## Gezonde voeding

Binnen alle DBC-ketens is in de consulten aandacht voor gezonde voeding en het effect op de aandoening. Binnen de DBC-ketenzorg bij DM2, COPD, HVZ en VVR kan de patiënt verwezen worden naar een diëtist. Daarnaast wordt in het groepsaanbod PRISMA (voor diabetespatiënten) veel aandacht besteed aan het thema voeding. PRISMA wordt begeleid door een diëtist en een praktijkondersteuner somatiek (POH-S) uit de huisartsenpraktijk.

## Voldoende beweging

Binnen alle DBC-ketenzorg is in de consulten aandacht voor het belang van voldoende beweging. Patiënten worden verwezen naar het laagdrempelige wijkgerichte beweegaanbod. Zo nodig kan verwezen worden naar het specifieke aanbod bij verschillende fysiotherapiepraktijken en sportaanbieders.

## Omgaan met stress

De praktijkondersteuners binnen de DBC-ketenzorg zijn extra alert bij patiënten met chronische aandoeningen op psychische problemen, zoals stress of depressieve klachten. Zo nodig worden zij verwezen naar de POH-GGZ in de eigen huisartsenpraktijk of naar de basis GGZ.

## Beperking alcoholgebruik

Binnen alle DBC-ketenzorg is in de consulten aandacht voor het effect van alcoholgebruik op de aandoening. Zo nodig kunnen POH's GGZ de patiënten begeleiden bij het minderen van hun alcoholgebruik. Mensen met zwaar, problematisch alcoholgebruik worden gestimuleerd om meer gespecialiseerde begeleiding te accepteren.

## Therapietrouw geneesmiddelengebruik

In de begeleiding door de huisarts en POH-S wordt steeds aandacht besteed aan het belang van goed geneesmiddelengebruik. Therapietrouw is een standaard onderdeel van de medicatiereviews die worden aangeboden aan patiënten met polyfarmacie.



## 15 | DBC-KETENZORG ASTMA



Na een grondige voorbereiding zijn op 1 januari 2017 47 huisartsenpraktijken gestart met de DBC-ketenzorg bij astma. Deze ketenzorg is gebaseerd op de NHG-standaard Astma (2015) en de zorgstandaard Astma van de Longalliantie Nederland (2012).

Centrale doelstelling is dat de patiënt zelf goed om leert gaan met zijn aandoening. Dat vraagt om maatwerk in de vorm van een individueel zorgplan, waarin samen met de patiënt het behandeldoel concreet wordt gemaakt en waarbij leefstijl een belangrijke plek inneemt. Per patiënt kan de frequentie van het spirometrisch onderzoek en de controlefrequentie verschillen. Dit vereist van alle zorgdisciplines de nodige flexibiliteit.

De DBC-ketenzorg voor patiënten met astma omvat de volgende onderdelen:

- Programmatische zorg door de huisarts en praktijkondersteuner somatiek
- Stoppen met roken begeleiding door de huisartsenpraktijk of door deelname aan de cursus Rookvrij! Ook jij?

Om deel te nemen in de DBC-ketenzorg bij astma, moeten patiënten voldoen aan de volgende voorwaarden.

- Leeftijd 16 jaar of ouder.
- Diagnose astma is (her)bevestigd middels spirometrie.
- Inhalatiecorticosteroïden gebruiken of hiervoor volgens de NHG-standaard een indicatie hebben.
- Huisarts als hoofdbehandelaar.
- Patiënt is akkoord met deelname.

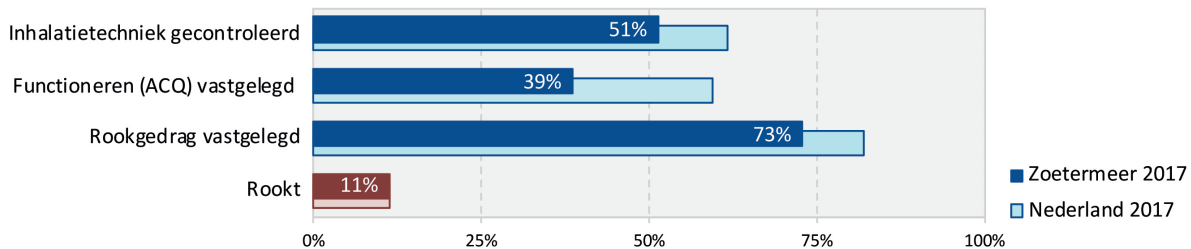




## 15.1 INDICATOREN

De onderstaande indicatoren hebben betrekking op de 47 huisartsenpraktijken die het hele jaar 2017 deelnamen aan de DBC-ketenzorg astma.

**Grafiek 15.1 | Indicatoren DBC-ketenzorg astma 2017**



Bron: trendrapportage Transparante Ketenzorg

### Analyse

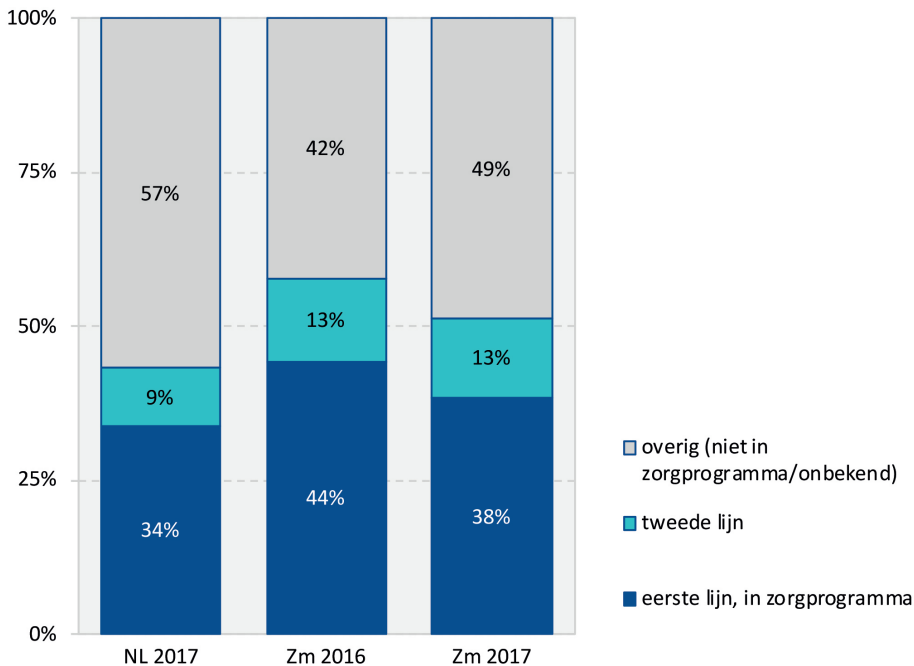
- Aangezien astma een nieuw DBC-ketenzorgprogramma is, zijn er alleen referentiecijfers van Nederland en niet van Zoetermeer in eerdere jaren.
- De eerste drie prestatie-indicatoren zijn in Zoetermeer minder hoog dan gemiddeld in Nederland. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het eerste jaar, waarin in Zoetermeer deze zorg op programmatische wijze wordt verleend. Een goede registratie moet nog op gang komen. Dit vraagt extra aandacht in 2018.
- De procesindicator 'Inhalatietechniek gecontroleerd' is voor een benchmark met landelijke cijfers minder geschikt, omdat in Zoetermeer de apotheek ook de inhalatietechniek controleert. Per wijksamenwerkingsverband zijn er specifieke afspraken over de taakverdeling met de praktijkondersteuner. Het is onbekend hoe dit bij andere zorggroepen is geregeld.
- Bij de indicator 'functioneren vastgelegd' blijken fouten gemaakt te zijn in het gebruik van de vragenlijst. Voor astma wordt deze indicator bepaald door de vragenlijst ACQ, voor COPD wordt deze indicator bepaald door de vragenlijst MRC/CCQ. Bij astma zijn deels ook COPD-vragenlijsten ingevuld. Als naast de astma-vragenlijst ook de COPD-vragenlijst wordt meegeteld, is het aandeel patiënten waarbij de indicator 'functioneren vastgelegd' is geregistreerd ongeveer 54%. Dit komt dicht in de buurt van de landelijke cijfers.
- Het percentage rokers is in Zoetermeer nagenoeg vergelijkbaar met gemiddeld in Nederland.



## 15.2 BEHANDELAREN

Niet alle patiënten met astma maken gebruik van DBC-ketenzorg in de eerste lijn. Grafiek 15.2 geeft een beeld van de verdeling van patiënten onder de verschillende behandelaren.

**Grafiek 15.2 | Verdeling van patiënten met astma over zorg in de eerste lijn, de tweede lijn en overige patiënten (zonder programmatische zorg of niet vastgelegd wie de zorg levert)**



Bronnen: trendrapportages Transparante Ketenzorg, SGZ, Meetpunt kwaliteit.

### Analyse

- In bovenstaande grafiek is de verdeling aangegeven van alle patiënten met astma van 16 jaar en ouder, inclusief de groep zonder (een indicatie voor) medicatie (conform de specificaties van de landelijke benchmark 2017 van InEen, ten behoeve van de rapportage Transparante Ketenzorg). De SGZ acht deze groep te breed gedefinieerd, omdat alleen patiënten met astma en (een indicatie voor) medicatie geïncludeerd worden in DBC-ketenzorg, en de rapportage ook de vrij grote groep patiënten zonder (een indicatie voor) medicatie betreft. De SGZ heeft er in het landelijk overleg voor gepleit om de groep te beperken tot de patiënten die voor DBC-ketenzorg in aanmerking komen, maar hieraan is geen gehoor gegeven (mogelijk omdat dit op basis van wat in het HIS wordt vastgelegd niet scherp af te bakenen is). De grote groep 'overig' is daarom weinigzeggend. Grotendeels gaat het om patiënten die niet voor DBC-ketenzorg in aanmerking komen, een kleiner deel betreft patiënten die om diverse redenen (nog) niet aan ketenzorg deelnemen. Het onderscheid hier tussen in de registratie is onbetrouwbaar, daarom zijn die twee categorieën hier samengevoegd.

- Het aandeel patiënten in zorg in de eerste lijn is in Zoetermeer in 2017 afgenomen. Met de start van het nieuwe DBC-ketenzorgprogramma astma zijn de inclusiecriteria aangescherpt. Hierdoor komen er minder patiënten in aanmerking voor de DBC-ketenzorg en verschuift een deel van de patiënten van de categorie 'eerste lijn, in zorg' naar 'overig'.
- Het hoger aandeel patiënten in de tweede lijn in Zoetermeer is niet helemaal betrouwbaar. Uit een kleine steekproef onder praktijkondersteuners blijkt de registratie van hoofdbehandelaar specialist nog niet overal te kloppen: ongeveer een derde van de patiënten met registratie 'hoofdbehandelaar specialist' blijkt inmiddels de huisarts als hoofdbehandelaar te hebben.
- Het aandeel patiënten in de categorie 'overig' is landelijk hoger dan in Zoetermeer. Zoals al in het eerste punt aangegeven is deze categorie weinigzeggend. Hierin zitten vooral patiënten die niet in aanmerking komen voor ketenzorg. Bij deze patiënten kan nog een verouderde diagnose in het dossier voorkomen (bij ketenzorgpatiënten wordt de diagnose altijd geverifieerd). De grote spreiding tussen zorggroepen wijst ook op de onbetrouwbaarheid van deze telling.



## 15.3 KETENACTIVITEITEN

In 2017 stond de implementatie van het nieuwe DBC-ketenzorgprogramma astma centraal. Met patiënten die op het spreekuur verschenen werd op maat gekeken of DBC-ketenzorg astma meerwaarde zou hebben. Naast inclusie zijn er daarom ook weer patiënten uit de DBC-ketenzorg geëxcludeerd.

De werkgroep Chronische obstructieve longziekten is in 2017 actief bezig geweest met het opstellen van een Regionale Transmurale Afspraak (RTA) astma, in combinatie met het actualiseren van de RTA COPD. Beide concepten moeten nog worden geaccordeerd in 2018.

In 2017 is geregeld gebruik gemaakt van consultatiemogelijkheden van de longartsen met betrekking tot spirometrieën (64 keer) en telefonische/e-mailconsultatie (77 keer) met onder andere vraagstukken over overlap tussen astma en COPD.

Er zijn zeven Longpuntbijeenkomsten gehouden met gemiddeld 23 bezoekers per keer (van wie gemiddeld vijf zorgverleners). De Longpuntbijeenkomsten zijn ook interessant en toegankelijk voor mensen met astma. Thema's waren onder andere: ontwikkelingen in de longgeneeskunde, inhaleren en medicatiegebruik. Zorgverleners uit de werkgroep hebben inhoudelijke bijgedragen geleverd.



## 16 | DBC-KETENZORG COPD



De DBC-ketenzorg COPD is gebaseerd op de Zorgstandaard COPD (Long Alliantie Nederland, 2016) en de NHG-standaard COPD M26 (2015). Patiënten worden opgenomen in de ketenzorg als de diagnose COPD is gesteld (op basis van anamnese en spirometrisch onderzoek) en de huisarts hoofdbehandelaar is.

Samen met de patiënt worden de gemaakte afspraken vastgelegd in een individueel zorgplan.

De DBC-ketenzorg voor patiënten met COPD omvat de volgende zorg door de huisarts en de praktijkondersteuner somatiek (POH-S).

- Een keer per jaar (of vaker, afhankelijk van de ziektelast) een jaarcontrole.
- Controle spirometrie, in een frequentie conform de NHG-standaard (afhankelijk van de ziektelast: 1 keer per jaar tot 1 keer per 3 jaar).
- Het geven van informatie, voorlichting en educatie ter ondersteuning van zelfmanagement en leefstijl.
- Minimaal jaarlijks inhalatie-instructie bij medicamenteuze behandeling.
- Bespreekbaar maken van de kwaliteit van leven, functionele beperking (monitoring op basis van MRC en CCQ), comorbiditeit, sociaal functioneren en psychisch welbevinden (angstklachten, hyperventilatie, depressieve gevoelens).
- Jaarlijkse uitnodiging voor de griepvaccinatie.

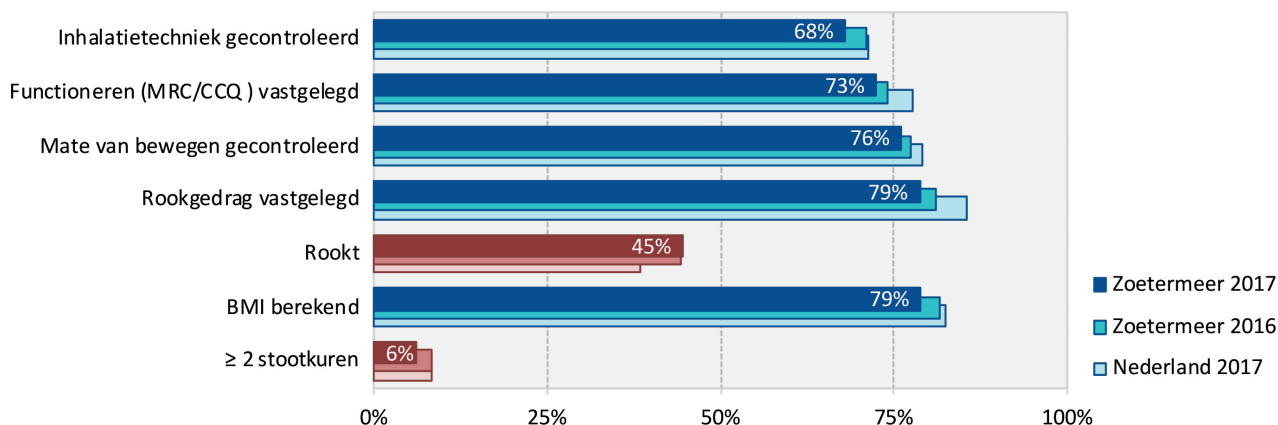
Daarnaast is de inzet op maat mogelijk van de volgende interventies.

- Maximaal eenmaal per jaar intensieve begeleiding bij stoppen met roken door POH somatiek of door deelname aan de groepscursus Rookvrij! Ook jij? van Sinefuma.
- Voedingsadvies en begeleiding door een diëtist.



## 16.1 INDICATOREN

Grafiek 16.1 | Indicatoren DBC-ketenzorg COPD



Bron: trendrapportage Transparante Ketenzorg

### Analyse

- Bij de meeste prestatie-indicatoren is een lichte daling waarneembaar ten opzichte van 2016. Daarbij scoort Zoetermeer nu veelal onder landelijk niveau. Een mogelijke verklaring is het opstarten in Zoetermeer van twee nieuwe DBC-ketenzorgprogramma's tegelijk: astma en VVR. Een deel van de tijd en aandacht van huisartsen en praktijkondersteuners werd door deze nieuwe programma's opgeëist.
- Het percentage rokers blijft stabiel. Toch ligt dit percentage, ondanks alle inspanningen in Zoetermeer nog altijd hoger dan gemiddeld in Nederland.
- De prestatie-indicator aantal patiënten met twee of meer stootkuren is een maat voor het aantal exacerbaties. Positief is dat dit aantal is in 2017 lager dan in 2016 en ook lager dan gemiddeld in Nederland.

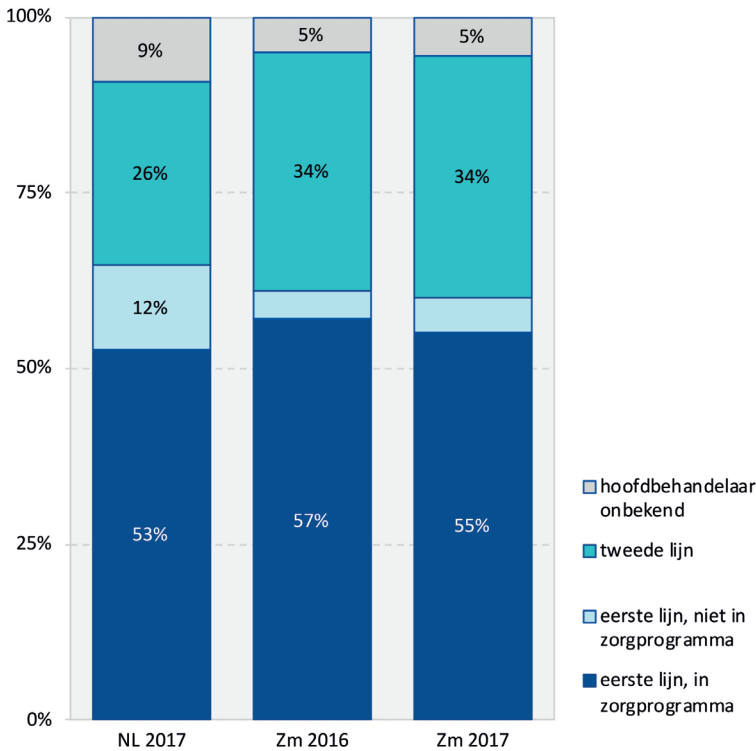




## 16.2 BEHANDELAREN

Niet alle patiënten met COPD maken gebruik van DBC-ketenzorg in de eerste lijn. Grafiek 16.2 geeft een beeld van de verdeling van patiënten onder de verschillende behandelaren.

**Grafiek 16.2 | Verdeling van patiënten met COPD over zorg in de eerste lijn, in de tweede lijn en overige patiënten (zonder programmatische zorg of niet vastgelegd wie de zorg levert)**



Bronnen: trendrapportages Transparante Ketenzorg, SGZ

### Analyse

- Het aandeel patiënten in de 'eerste lijn, niet in zorgprogramma' is kleiner dan gemiddeld in Nederland. In Zoetermeer slagen we er blijkbaar beter in deze toch wat moeilijker te motiveren patiëntengroep binnen de eerste lijn programmatische zorg te bieden.
- Het aandeel patiënten in de tweede lijn is in Zoetermeer hoger dan gemiddeld in Nederland. Dit is waarschijnlijk deels te verklaren door de kleinere groep 'hoofdbehandelaar onbekend'. In Zoetermeer is bij meer patiënten in beeld wie de hoofdbehandelaar is. Er is al jaren veel aandacht voor het registreren van de hoofdbehandelaar.

## 16.3 KETENACTIVITEITEN

Er heeft afstemming plaatsgevonden tussen de werkgroep Chronische Obstructieve Longziekten en de werkgroep palliatieve zorg over het thema COPD in de palliatieve fase. Samenwerkingsafspraken over dit thema zijn in ontwikkeling.

De werkgroep Chronische obstructieve longziekten is in 2017 actief bezig geweest met het opstellen van een Regionale Transmurale Afspraak (RTA) astma, in combinatie met het actualiseren van de RTA COPD. Beide concepten moeten nog worden

geaccordeerd in 2018.

In 2017 is geregeld gebruik gemaakt van consultatiemogelijkheden van de longartsen met betrekking tot spirometrieën (23 keer) en telefonische/emailconsultatie (27 keer) met onder andere vraagstukken over overlap tussen astma en COPD.

Er zijn zeven Longpuntbijeenkomsten gehouden met gemiddeld 23 bezoekers per keer (van wie gemiddeld vijf zorgverleners). De Longpuntbijeenkomsten zijn ook interessant en toegankelijk voor mensen met COPD.

Thema's waren onder andere: ontwikkelingen in de longgeneeskunde, inhaleren en medicatiegebruik. Zorgverleners uit de werkgroep hebben inhoudelijke bijdragen geleverd.

## 17 | DBC-KETENZORG VERHOOGD VASCULAIR RISICO



De DBC-ketenzorg verhoogd vasculair risico (VVR) is gericht op de begeleiding en behandeling van patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. In Zoetermeer en Benthuizen namen alle huisartsenpraktijken deel aan deze DBC.

De huisarts is primair verantwoordelijk voor het verrichten van onderzoek, diagnostiek en medicamenteuze behandeling. De praktijkondersteuner somatiek (POH-S) is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de geprotocolleerde controles. De POH-S geeft voorlichting, informatie, leefstijladvies en coacht zo nodig bij stoppen met roken, gezonde voeding, het aanpakken van overgewicht (eventueel met doorverwijzing naar een diëtist) en voldoende dagelijkse beweging. Het beweegadvies varieert van wandelen, fietsen en dergelijke tot een passend aanbod van reguliere sportactiviteiten of zo nodig doorverwijzing naar de fysiotherapeut.

Dit is het eerste jaar waarin de zorg voor patiënten met VVR op programmatische wijze wordt verleend. De patiëntengroep is vastgesteld op basis van de landelijk overeengekomen inclusiecriteria.

Om deel te nemen in de DBC-ketenzorg VVR gelden voor patiënten de volgende criteria.

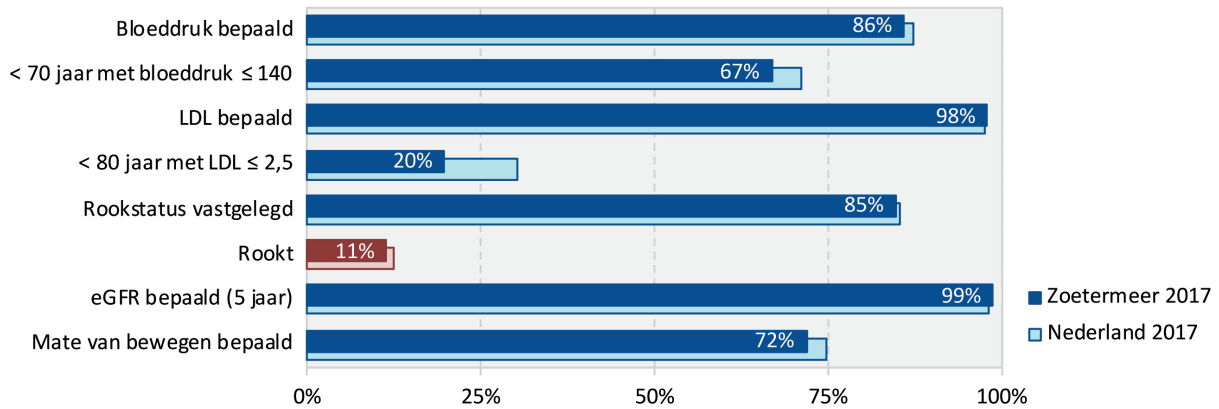
- Leeftijd 18 jaar of ouder.
- Hypertensie in combinatie met (een indicatie voor) medicamenteuze behandeling.
- Hypercholesterolemie in combinatie met (een indicatie voor) medicamenteuze behandeling.
- Huisarts als hoofdbehandelaar.
- Patiënt is akkoord met deelname.

Patiënten die al deelnemen in de DBC-ketenzorg HVZ (zie hoofdstuk 18) of in de DBC-ketenzorg DM2 (zie hoofdstuk 19) worden niet opgenomen in het zorgprogramma VVR. Het gaat dus uitsluitend om mensen met een verhoogd risico, ter voorkoming van een hart- en vaatziekte. Het zorgprogramma valt daarmee onder de primaire preventie.



## 17.1 INDICATOREN

Grafiek 17.1 | Indicatoren DBC-ketenzorg VVR voor de deelnemende praktijken



Bron: trendrapportage Transparante Ketenzorg

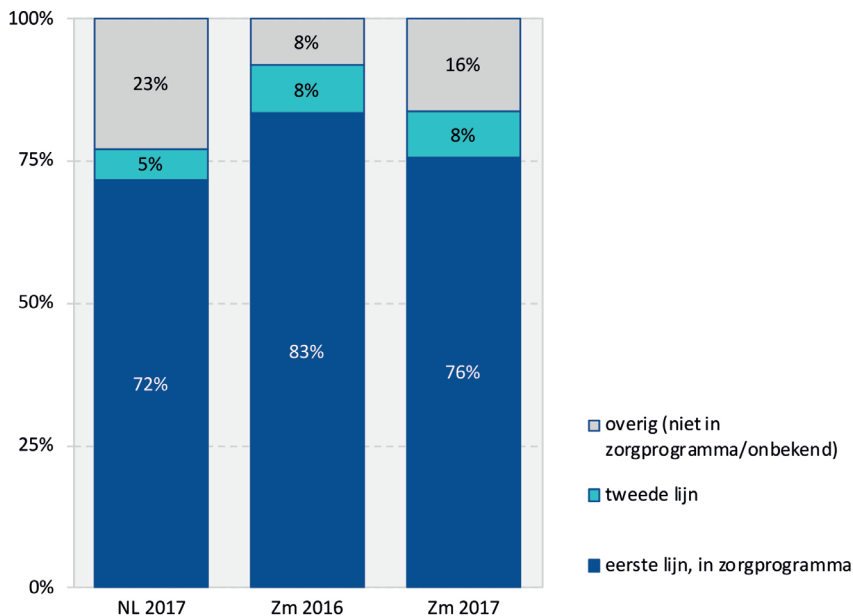
### Analyse

- De VVR-indicatoren in Zoetermeer zijn voor de meeste procesindicatoren (bloeddruk bepaald, LDL bepaald, rookstatus vastgelegd, eGFR en mate van bewegen bepaald) ongeveer gelijk aan de Nederlandse benchmark en liggen tussen de 72% en 98%.
- De uitkomstindicatoren voor bloeddruk en LDL liggen onder het Nederlands gemiddelde. Een verklaring zou kunnen zijn dat dit het eerste jaar is waarin in heel Zoetermeer deze zorg op programmatische wijze wordt verleend of dat de populatiekenmerken hierin bijdragen.

## 17.2 BEHANDELAREN

Niet alle patiënten met een verhoogd vasculair risico maken gebruik van DBC-ketenzorg in de eerste lijn. Grafiek 17.2 geeft een beeld van de verdeling van patiënten onder de verschillende behandelaren.

**Grafiek 17.2 | Verdeling van VVR-patiënten over zorg in de eerste lijn, de tweede lijn en overige patiënten (zonder programmatische zorg of niet vastgelegd wie de zorg levert)**



Bronnen: trendrapportages Transparante Ketenzorg, SGZ, Meetpunt kwaliteit

## 17.3 KETENACTIVITEITEN

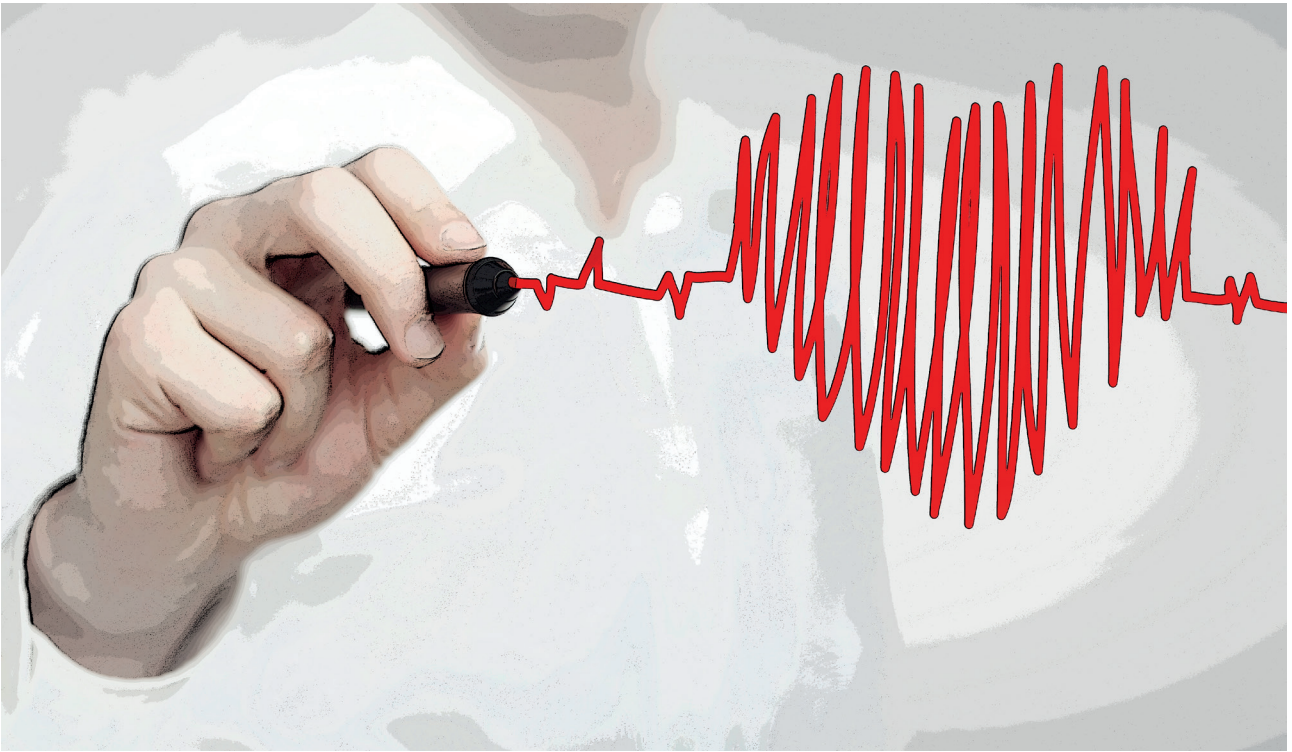
In het begin van 2017 stond de implementatie van het nieuwe DBC-ketenzorgprogramma centraal. Daarbij is veel aandacht besteed aan het informeren van de POH's S over het juist toepassen van de gewijzigde inclusiecriteria. Het criterium 'een indicatie voor medicatie' had verheldering nodig.

Lopende het jaar is de aandacht verlegd naar kritische beoordeling van de geïncludeerde patiënten met betrekking tot nut, noodzaak en wens van de patiënt. Dit speelde in het licht van de landelijke discussie over vastgestelde inclusiecriteria en de wens tot normering van het inclusiepercentage door zorgverzekeraar VGZ. Dit heeft ertoe geleid dat er ook patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria, in overleg tussen patiënt en huisarts of praktijkondersteuner zijn geëxcludeerd uit het ketenzorgprogramma. Deze werkwijze vormt een trendbreuk: eerder werden patiënten die aan de inclusiecriteria voldoen zo veel mogelijk gestimuleerd om wél deel te nemen aan het ketenzorgprogramma.

### Analyse

- Het percentage VVR-patiënten dat onder behandeling is in het ziekenhuis is in Zoetermeer hoger dan gemiddeld in Nederland. Mogelijk zitten in de groep 'overig' landelijk gezien ook patiënten die in het ziekenhuis worden behandeld. Anderzijds is ook de registratie in Zoetermeer mogelijk niet geheel betrouwbaar, doordat het een relatief nieuw zorgprogramma betreft.
- Voor 2017 zijn de inclusiecriteria voor DBC-ketenzorg bij VVR aangescherpt. In vergelijking met 2016 is het percentage patiënten met een hoofdbehandelaar in de eerste lijn afgenomen en het percentage 'niet in zorgprogramma/onbekend' toegenomen. Dit is het gevolg van het toepassen van de nieuwe inclusiecriteria, en van het bespreken met VVR-patiënten of zij baat zouden kunnen hebben bij DBC-ketenzorg en of zij hierin willen deelnemen.

## 18 | DBC-KETENZORG HART- EN VAATZIEKTEN



De DBC-ketenzorg bij hart- en vaatziekten (HVZ) is gebaseerd op de NHG-standaard CVRM (2012) en de Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (2013) van het platform Vitale Vaten. Alle 52 huisartsenpraktijken in het werkgebied van de SGZ leveren DBC-ketenzorg HVZ. Patiënten met zowel de diagnose HVZ als de diagnose DM2 worden niet opgenomen in de DBC-ketenzorg bij HVZ. De cardiovasculaire controle vindt bij hen plaats in de DBC-ketenzorg bij DM2.

De DBC-ketenzorg voor patiënten met HVZ omvat de volgende onderdelen.

- Programmatische zorg door de huisarts en de praktijkondersteuner somatiek (POH-S).
- Voedingsadvies en begeleiding door een diëtist tot een maximum van 2 tot 3,5 uur per jaar.
- Stop met roken begeleiding door de huisartsenpraktijk of door deelname aan de cursus Rookvrij! Ook jij?

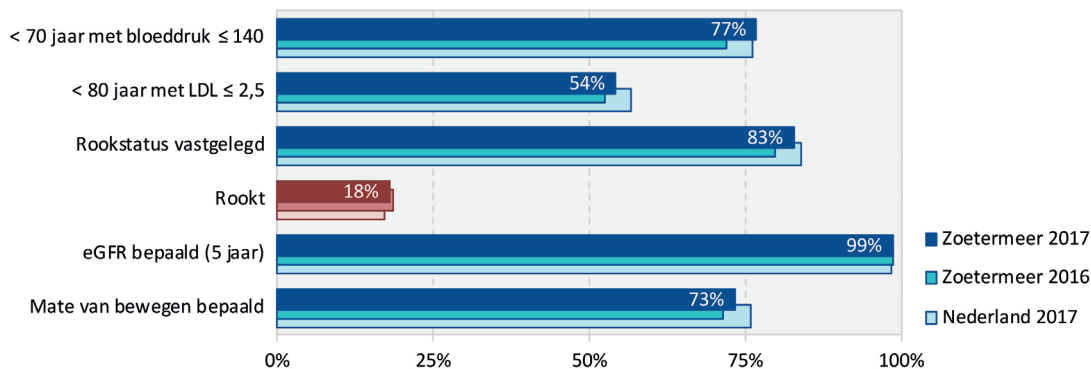




## 18.1 INDICATOREN

De zes indicatoren voor DBC-ketenzorg HVZ, vastgesteld door InEen en Zorgverzekeraars Nederland (2017), geven het volgende beeld.

**Grafiek 18.1 | indicatoren DBC-ketenzorg HVZ**



Bron: trendrapportage Transparante Ketenzorg

### Analyse

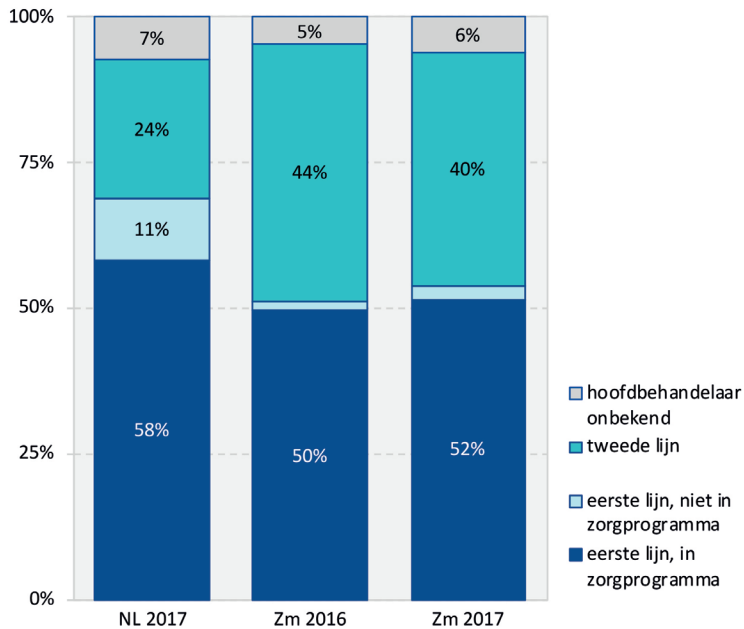
- Op alle indicatoren is een verbetering zichtbaar ten opzichte van 2016. Hieruit blijkt dat het optimum nog niet is bereikt en er in dit ketenzorgprogramma nog verbeteringen mogelijk zijn.
- De uitkomstindicatoren voor bloeddruk en LDL kruipen steeds dichterbij het Nederlandse gemiddelde. InEen geeft in haar trendrapportage 2016 weer, dat de percentages voor LDL landelijk lijken te stabiliseren, maar dat er naar verwachting nog verbetering mogelijk is gezien de spreiding van de cijfers. Dit is anders bij de percentages voor de uitkomstindicator bloeddruk, waarbij InEen aangeeft dat dit waarschijnlijk de maximaal haalbare score betreft.



## 18.2 BEHANDELAREN

Niet alle patiënten met HVZ maken gebruik van DBC-ketenzorg in de eerste lijn. Grafiek 18.2 geeft een beeld van de verdeling van patiënten over de verschillende behandelaren.

**Grafiek 18.2 | Verdeling van HVZ-patiënten over zorg in de eerste lijn, de tweede lijn en overige patiënten (zonder programmatische zorg of niet vastgelegd wie de zorg levert)**



Bronnen: trendrapportages Transparante Ketenzorg, SGZ

### Analyse

- In Zoetermeer heeft een kleiner aandeel HVZ-patiënten een hoofdbehandelaar in de eerste lijn dan gemiddeld in Nederland.
- Vergeleken met 2016 heeft er een lichte verschuiving plaatsgevonden een hoofdbehandelaar in de eerste lijn. In het tripartite overleg tussen het Lange-Land Ziekenhuis, zorgverzekeraar CZ/Menzis en de SGZ is in het verleden afgesproken om het aandeel van patiënten in de tweede lijn terug te brengen. Eind 2016 zijn de huisartsen en cardiologen een nieuwe RTA overeengekomen, met daarin de afspraak over sneller terugverwijzen naar de eerste lijn, waardoor de afname in de tweede lijn is te verklaren.
- Het aantal HVZ-patiënten in de tweede lijn neemt in Zoetermeer af, maar is vergeleken met het landelijke cijfer nog altijd hoog.
- De groep HVZ-patiënten met een hoofdbehandelaar in de eerste lijn die niet in programmatische zorg zijn, komt in Zoetermeer minder voor dan landelijk. De praktijkondersteuners hebben de afgelopen jaren veel energie gestoken om deze groep patiënten programmatisch te begeleiden om recidieven te voorkomen.





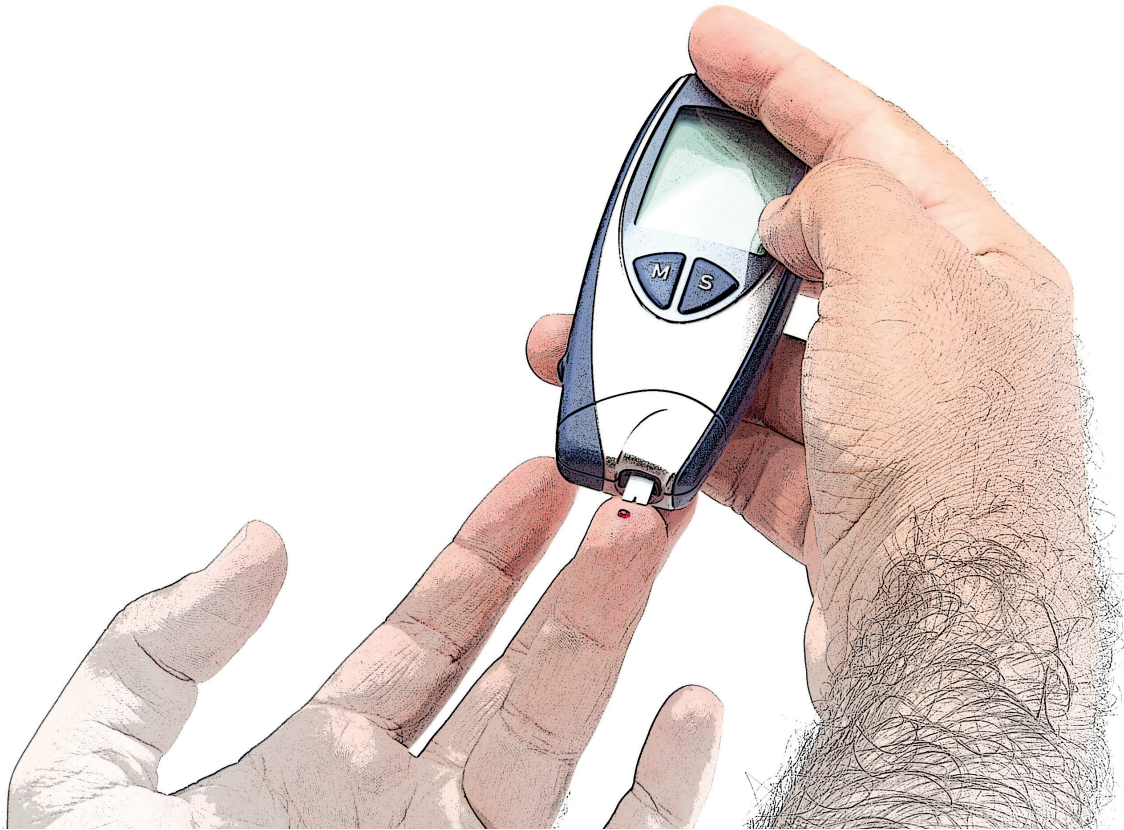
## 18.3 KETENACTIVITEITEN

- De kaderhuisarts HVZ is als adviseur beschikbaar voor de huisartsen en praktijkondersteuners, voor vragen over beoordeling van ECG's en de inhoud van de DBC-ketenzorg.
- In de RTA coronairsclerose is de afspraak gemaakt dat de patiënt een jaar na het incident wordt terugverwezen naar de eerste lijn. In specifieke gevallen is hierover overleg geweest tussen de kaderhuisarts en de cardioloog.
- Via ZorgDomein zijn door de huisartsenpraktijken 200 tele-ECG's aangevraagd in het kader van de DBC-ketenzorg bij HVZ en VVR.





## 19 | DBC-KETENZORG DIABETES



De DBC-ketenzorg bij diabetes mellitus type 2 (DM2) is gebaseerd op de NHG-standaard Diabetes Mellitus type 2 (derde herziening) en de Zorgstandaard Diabetes van de Nederlandse Diabetes Federatie. Patiënten worden opgenomen in de DBC-ketenzorg als DM2 is vastgesteld en de huisarts hoofdbehandelaar is. Alle 52 huisartsenpraktijken in het werkgebied van de SGZ leverden in 2017 DBC-ketenzorg bij DM2.

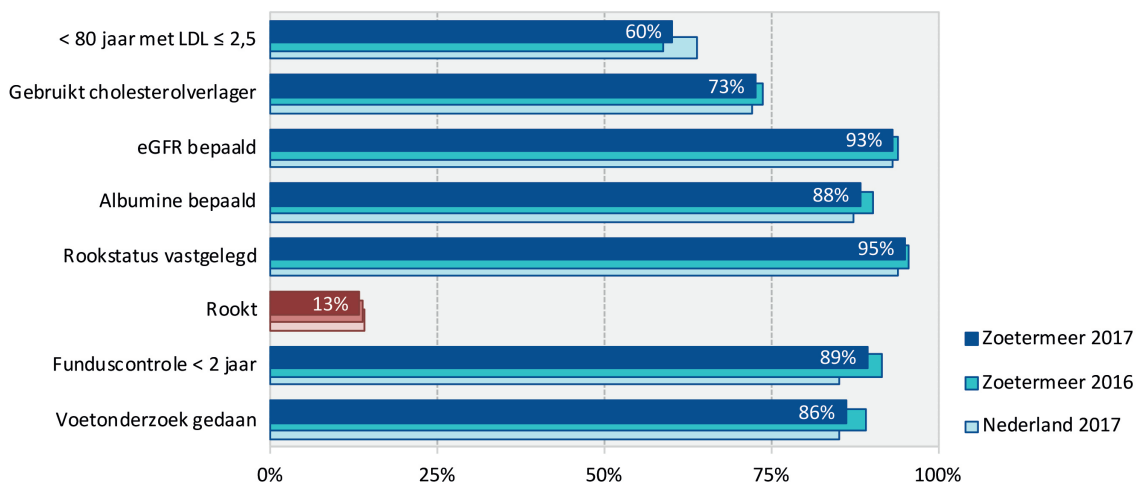
De DBC-ketenzorg bij DM2 bestaat uit de volgende onderdelen.

- Zorg door de huisarts, de praktijkondersteuner somatiek (POH-S) of diabetesverpleegkundige, waaronder in principe vier controles per jaar. Het daadwerkelijke aantal controles wordt met de patiënt afgesproken in het individuele zorgplan. Secundaire preventie door het benadrukken van een gezonde leefstijl is hierbij een belangrijk onderwerp van gesprek.
- Jaarlijks laboratoriumonderzoek op bloedwaarden.
- Consult bij een diëtist bij de start van de ketenzorg. Vervolgconsulten tot een maximum van 4 tot 6 uur per jaar op basis van indicatie.
- Tweejaarlijkse fundusscopie bij een optometrist.
- Tenminste een keer per jaar een uitgebreide voetcontrole bij de podotherapeut bij een zorgprofiel van 2 of hoger. Op basis daarvan instrumentele behandelingen, doorgaans uitgevoerd door de medisch pedicure onder verantwoordelijkheid van de podotherapeut.
- Tenminste één keer per jaar een uitgebreide voetcontrole bij de medisch pedicure bij zorgprofiel 1.
- Eenmalige deelname aan het groepsprogramma PRISMA (Pro-actieve Interdisciplinaire Self-MANagement).
- Maximaal eenmaal per jaar deelname aan de cursus Rookvrij! Ook jij? van Sinefuma.





Grafiek 19.1 | Indicatoren DBC-ketenzorg DM2



Bron: trendrapportage Transparante Ketenzorg

### Analyse

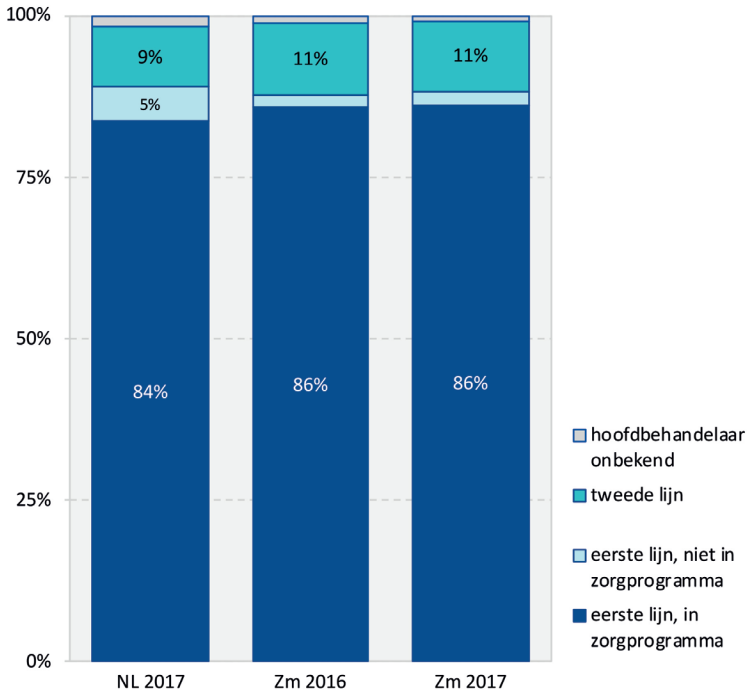
- De indicatoren voor het werkgebied van de SGZ wijken niet significant af van de landelijke gemiddelden. De DBC-ketenzorg bij DM2 bestaat het langste van alle ketenzorgprogramma's. De indicatoren komen in de loop der jaren steeds dichterbij de optimale waarden. De procesindicatoren liggen tussen 86% en 93% en voldoen daarmee aan de verwachting van InEen.
- De indicatoren zijn in de vergelijking met voorgaande jaren niet veel, maar toch iets achteruitgegaan. De verklaring hiervoor ligt mogelijk in een deel van de aandacht en tijd van de praktijkondersteuner is komen te liggen bij de uitvoering van de twee nieuw op te zetten zorgprogramma's (astma en VVR).



## 19.2 BEHANDELAREN

Niet alle patiënten met DM2 maken gebruik van DBC-ketenzorg in de eerste lijn. Grafiek 19.2 geeft een beeld van de verdeling van patiënten onder de verschillende behandelaren.

**Grafiek 19.2 | Verdeling van DM2-patiënten over zorg in de eerste lijn, de tweede lijn en overige patiënten (zonder programmatische zorg of niet vastgelegd wie de zorg levert)**



Bronnen: trendrapportages Transparante Ketenzorg, SGZ

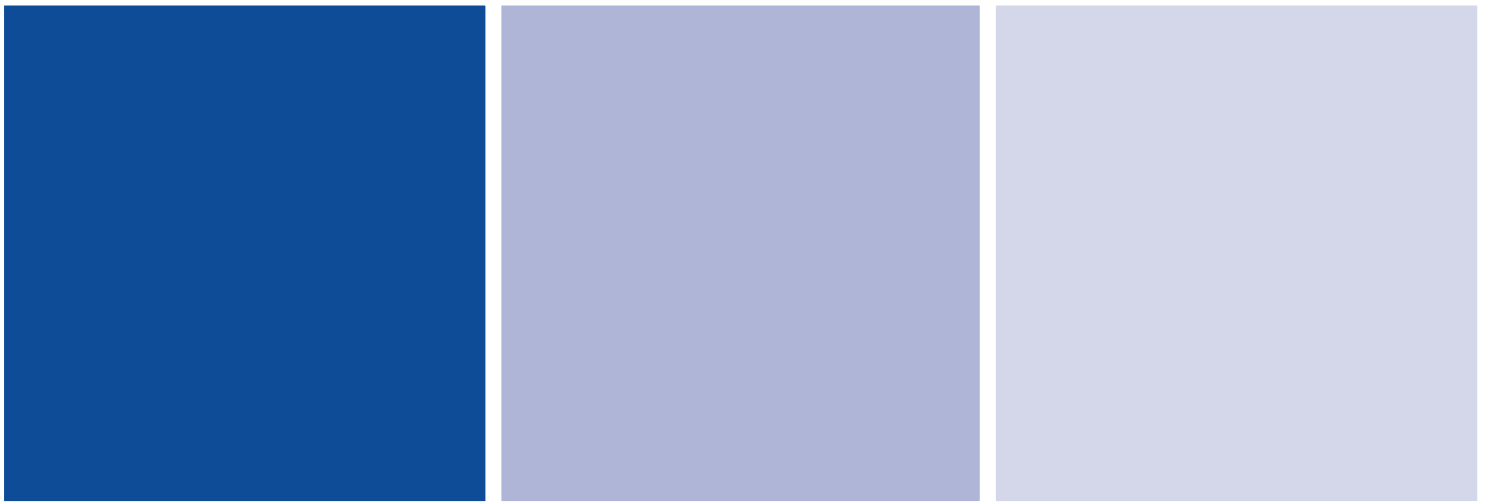
### Analyse

- In vergelijking met het Nederlandse gemiddelde heeft in Zoetermeer een even groot deel van de DM2-patiënten een behandelaar in de eerste lijn. In Zoetermeer is het gelukt een groter percentage van deze patiënten in DBC-ketenzorg te krijgen.
- In Zoetermeer zijn de DM2-patiënten goed in beeld bij de huisarts. Er zijn relatief weinig patiënten waarvan de hoofdbehandelaar onbekend is.

## 19.3 KETENACTIVITEITEN

- De multidisciplinaire besprekingen in verschillende gezondheidscentra over diabetespatiënten met complexe problematiek zijn dit jaar ook weer gehouden door de internist van het LangeLand Ziekenhuis. Daarin wordt aan de hand van casuïstiek de kennis vergroot van huisartsen en POH's S over complexe problematiek die voorkomt bij diabetespatiënten.
- De multidisciplinaire Werkgroep DM2 is in 2017 drie keer bijeengekomen en heeft de volgende onderwerpen besproken: het exclusiecriteria: vijf jaar stabiel zonder medicatie, zwangerschapsdiabetes, diabetes en podotherapie, het koolhydraatpercentage in de verschillende voedingsrichtlijnen, diabetesmedicatie waaronder GLP-1 en zelfmanagement.
- Er is een onderzoek gedaan naar de hoge prevalentie van DM2 in Zoetermeer, waaruit bleek dat dit voornamelijk is toe te schrijven aan bevolkingskenmerken.
- Er is in het najaar een nascholing gegeven voor huisartsen en praktijkondersteuners door een internist over achtergronden bij medicatie op basis van casuïstiek. Daarnaast kon advies aan de internist worden gevraagd via de e-mail.
- Er zijn in 2017 vier Prismatrainingen gegeven voor patiënten.





# DEEL 2C GEORGANISEERDE EERSTE LIJN

## REGIONALE ONDERSTEUNINGSSTRUCTUUR | ROS

**DEEL 2c | GEORGANISEERDE EERSTE LIJN**

Regionale Ondersteuningsstructuur | ROS

20 | Regionale Ondersteuningsstructuur





## 20 | REGIONALE ONDERSTEUNINGSSTRUCTUUR (ROS)



De missie van de SGZ-ROS is de samenwerking in de eerstelijnszorg te versterken en te ondersteunen. De adviseurs van de SGZ-ROS werken aan samenhangende zorg in de buurt, met lokale kennis van zorgvraag, zorgaanbod, mensen en middelen. Ze informeren, delen kennis, adviseren en begeleiden projecten. Daarbij is de lokale behoefte leidend.

De doelgroepen waarop de SGZ-ROS zich richt, zijn landelijk vastgelegd.

- Huisartsen, praktijkondersteuners en doktersassistenten
- Verloskundigen
- Fysio- en oefentherapeuten
- Logopedisten
- GZ-psychologen in de eerste lijn
- Diëtisten
- Apotheken

De financiering van de ROS'en is vastgelegd in de beleidsregel 'Module regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling' (NZa, 2014). In het kader van die beleidsregel heeft de SGZ-ROS met de preferente zorgverzekeraar CZ (die optreedt namens alle zorgverzekeraars) een overeenkomst gesloten voor de ROS-middelen voor de regio Zoetermeer en Benthuisen. De ondersteuningsgelden worden ingezet voor activiteiten ter ondersteuning van de eerste lijn die niet uit andere middelen gefinancierd kunnen worden.

**Tabel 20.1 | Tarieven en subsidies ROS**

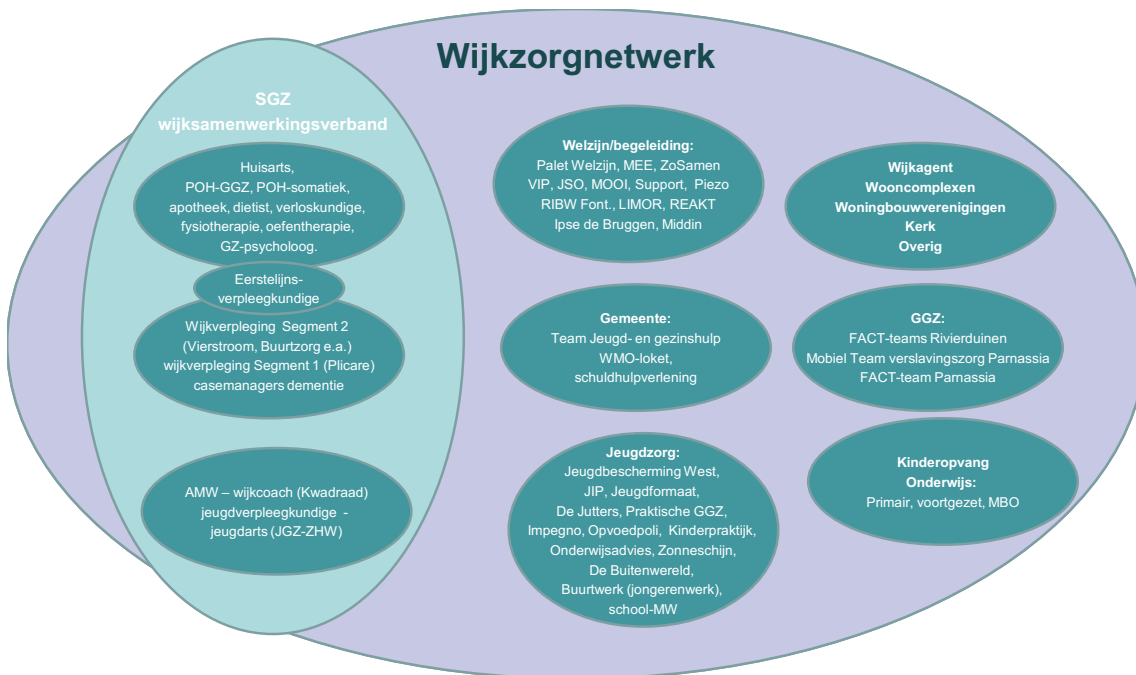
	2015	2016	2017
Tarieven en subsidies ROS Zoetermeer en Benthuisen	€ 208.589	€ 190.627	€ 197.157

## Wijkzorgnetwerken en SGZ-wijksamenwerkingsverbanden in de eerste lijn

De gemeente heeft in 2016 een eerder ingezette lijn van sociale wijkteams omgezet naar een benadering met wijkzorgnetwerken: verzamelingen van alle organisaties in de wijk die ondersteuning bieden op het gebied van zorg en welzijn voor inwoners van alle leeftijden. Dit betreft organisaties op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, wonen, onderwijs, veiligheid, werk en inkomen, zorg en welzijn. Zij dragen allemaal, op hun eigen terrein en op hun eigen manier, bij aan het versterken van de eigen kracht van mensen. Daarnaast vervullen deze organisaties een signaalfunctie in de wijk, bieden ze (kortdurende) ondersteuning en kennen zij de weg naar extra zorg en ondersteuning als iemand die nodig heeft. Vanuit de visie van de gemeente en de partners in het sociale domein op onderlinge samenwerking, zijn de wijkzorgnetwerken breed opgezet. In learning labs en door middel van innovaties worden de wijkzorgnetwerken verder ontwikkeld en versterkt. De wijkzorgnetwerken hebben aanvoerders, die verantwoordelijk zijn voor het organiseren van activiteiten en aanspreekbaar zijn als doorzettingsmacht in individuele cliëntsituaties gewenst is.

Figuur 20.2 geeft een schematische weergave van de verhouding tussen de SGZ-wijksamenwerkingsverbanden (zie de hoofdstukken 1.3 en 5.2 van dit jaarverslag) en de wijkzorgnetwerken van de gemeente Zoetermeer. In de SGZ-wijksamenwerkingsverbanden nemen voornamelijk disciplines deel die uit de Zorgverzekeringswet worden gefinancierd: huisartsen, apothekers, wijkverpleging, fysio- en oefentherapeuten, verloskundigen en GZ-psychologen. Twee deelnemende organisaties worden door de gemeente gefinancierd: Kwadraad met het AMW en de wijkcoaches, en JGZ-ZHW met de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen.

**Figuur 20.2 | SGZ-wijksamenwerkingsverbanden en de wijkzorgnetwerken van de Gemeente Zoetermeer**



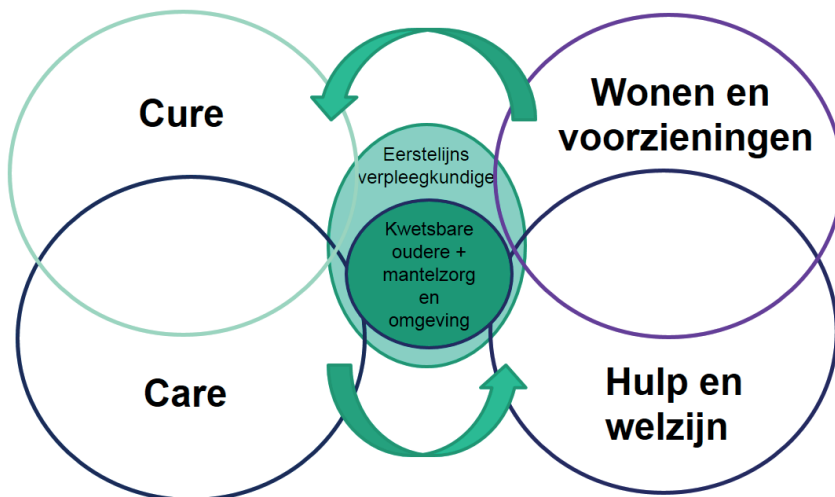


De Gemeente Zoetermeer heeft niet gekozen voor het model van (kleine) sociale wijkteams. Daardoor ziet de SGZ zich voor de uitdaging gesteld, om de samenwerking tussen de hulpverleners in de SGZ-wijksamenwerkingsverbanden aan de ene kant (cure en care), en de medewerkers in het sociale domein en het jeugd-domein aan de andere kant optimaal vorm te geven. In de SGZ-wijksamenwerkingsverbanden functioneren, afhankelijk van de omvang van de wijk, tussen de 100 en 200 medewerkers (inclusief ondersteunende medewerkers als doktersassistenten en praktijkondersteuners). Ook in het sociale domein en het jeugd-domein is in alle wijken sprake van meer dan 100 medewerkers. Het organiseren van samenwerking tussen deze grote aantallen hulpverleners en medewerkers heeft de SGZ in het verslagjaar vormgegeven door middel van de zes onderstaande samenwerkingsvormen en instrumenten.

#### 1. Afstemming volgens het vlindermodel

Het vlindermodel houdt in dat een centrale hulpverlener als direct aanspreekpunt functioneert, zowel voor de cliënt als voor de mantelzorg. Deze hulpverlener is bovendien de verbindende schakel met de zorgverleners in de eerste en de tweede lijn, en met de medewerkers in het sociale domein en het jeugd-domein. De SGZ acht het vlindermodel het meest kansrijk als het gaat om het vorm geven aan samenwerking tussen grote groepen hulpverleners. Het vlindermodel is afkomstig van de Landelijke Adviesgroep Eerstelijns Geneeskunde voor Ouderen (Laego) en beschrijft het afstemmingsoverleg rond de zorg en hulp aan kwetsbare ouderen. In de visie van de SGZ leent het model zich ook goed voor andere doelgroepen.

**Figuur 20.3| Afstemming volgens het vlindermodel: eerstelijns verpleegkundige**



Gebaseerd op: LAEGO/Mart Stel, 2013

Uit een inventarisatie onder Zoetermeerse huisartsen kwam naar voren, dat samenwerking tussen huisartsen en hulpverleners in het sociaal domein het best van de grond komt als de betrokkenen korte lijnen hebben, elkaar kennen, elkaar gemakkelijk kunnen bereiken en snel kunnen overleggen. Van de kant van huisartsen is er behoefte om bij samenwerkingsvraagstukken waar afstemming en overleg gewenst is, korte lijnen te creëren op basis van een beperkt aantal contactpersonen per huisartsengroep (hagro, van 8-12 artsen) of per wijk.





In 2017 is het vlindermodel voor meerdere doelgroepen vormgegeven.

- Voor de rol van de eerstelijns verpleegkundige (Plicare) voor kwetsbare ouderen (zie hoofdstuk 10.1.5).
- Voor de rol van de sociaal makelaar bij Welzijn op Recept (zie hoofdstuk 11.2).
- Voor de POH-Jeugd voor de verbinding met jeugd domein en de scholen (zie hoofdstuk 11.5).

Daarnaast hebben de wijkcoaches van Kwadraad een belangrijke rol bij zorgmijders.

In de drie beschreven gevallen is sprake van een duale financiering. Zowel bij de eerstelijns verpleegkundige als bij de POH-Jeugd is sprake van financiering door de zorgverzekeraars én door de gemeente. De sociaal makelaar wordt bekostigd door de gemeente, en de inspanningen voor Welzijn op Recept door de zorgverzekeraars.

De SGZ ziet voor de komende jaren een belangrijke uitdaging om de taken van de centrale hulpverleners nader uit te werken en af te bakenen, en om de onderlinge samenwerking als onderdeel van het wijkzorgnetwerk verder uit te werken.

## 2. Zorgcoördinatie en casemanagement

Ook bij zorgcoördinatie en casemanagement is sprake van een centrale hulpverlener als verbindende schakel tussen de cliënt en de mantelzorg, en de verschillende betrokken hulpverleners. In dit geval heeft die verbinding een meer permanent karakter dan in het vlindermodel. Zorgcoördinatoren en casemanagers werken volgens het principe 'één gezin, één plan, één regisseur'.

Voorbeelden in 2017 van zorgcoördinatie en casemanagement waren de casemanager dementie (zie hoofdstuk 10.1.2), de eerstelijns verpleegkundige, onderdeel praktijkverpleegkundige (zie hoofdstuk 10.1.5) en de zorgcoördinatie voor jongeren en gezinnen op basis van de afspraken in Meerpunt-verband (zie hoofdstuk 11.5).

## 3. Samenwerken op basis van zorgpaden

De methodiek van samenwerken middels zorgpaden tussen de eerste- en tweedelijnszorg en het sociale domein is in 2017 vormgegeven in een door de gemeente gesubsidieerd project kwetsbare zwangeren, onder de naam 'Gezond ouder worden begint in de baarmoeder'. De kracht van dergelijke zorgpaden is de concreetheid van de te zetten stappen en verwijzingen. Daar staat tegenover dat zorgpaden veel onderhoud vergen, met name bij verandering van personen, telefoonnummers, werkwijzen en dergelijke. Uitgebreide informatie over de zorgpaden is te vinden in hoofdstuk 10.6.

**4. Verwijsafspraken en afspraken over informatie-uitwisseling**  
Verwijsafspraken en afspraken over informatie-uitwisseling zijn binnen de eerstelijnszorg en tussen de eerste- en tweedelijnszorg gemeengoed. Veelal zijn ze afgeleid van landelijke standaarden over informatie-uitwisseling en richtlijnen van zorgverzekeraars en landelijke beroepsorganisaties. Ze kennen de vorm van verwijsafspraken per specialisme of per (medische) indicatie, afspraken over inhoud en moment van terugrapportage en lokale transmurale afspraken.

Landelijke verwijsafspraken en afspraken over informatie-uitwisseling tussen de eerste lijn en het sociale domein zijn nog nauwelijks ontwikkeld. In Zoetermeer is in 2016 met subsidie van de gemeente aan Stichting Jeugdformaat in samenwerking met de Huisartsen Vereniging Zoetermeer, de SGZ, Jeugd- en Gezinshulp, De Jutters, Impegno en Jeugdbescherming West een project afgerond waarin richtlijnen zijn beschreven voor de informatie-uitwisseling tussen huisartsen en jeugdhulpaanbieders. Aan de implementatie hiervan is in 2017 met beperkt succes gewerkt. Alleen met jeugdhulpaanbieders die de in de zorg gebruikelijke communicatiestandaarden (zoals Edifact) en applicaties (zoals Zorg-Domein) hanteren, verloopt de communicatie elektronisch.

## 5. Ondersteuning vanuit een deskundigennetwerk

In de eerste- en tweedelijnszorg is ondersteuning vanuit een deskundigennetwerk een gebruikelijke samenwerkingsmethodiek (zoals het Parkinsonnetwerk en het netwerk van palliatieve consulenten), soms gekoppeld aan een regionaal expertisecentrum. Ook in het onderwijs functioneren regionale expertisecentra, zoals voor kinderen met een handicap of chronische ziekte, of voor kinderen met psychische aandoeningen of gedragsstoornissen. In de samenwerking tussen scholen, JGZ en alle jeugdhulpaanbieders experimenteert de SGZ met een deskundigennetwerk eetstoornissen (zie verderop in dit hoofdstuk).

## Wijkgezondheidsprofielen

Om inzicht te krijgen in de bevolkingssamenstelling, de belangrijkste gezondheidsproblemen, de verwachte ontwikkeling van de zorgvraag en het benodigde zorgaanbod, kent de SGZ voor elke wijk een wijkgezondheidsprofiel. Het wijkgezondheidsprofiel biedt inzicht in de wijk (vergrijzing, verjonging, sociaaleconomische status, ziektebeelden), toont welke zorg aanwezig is en biedt aanknopingspunten voor de planning van zorg op korte en langere termijn.

## Afstemming medisch specialistische zorg

Met ROS-middelen financiert de SGZ de aanwezigheid van een huisarts voor een dag per week in het LangeLand Ziekenhuis. Deze huisarts zorgt voor structurele afstemming en ontwikkelt specifieke activiteiten. De huisarts is contactpersoon namens de Zoetermeerse huisartsen en de SGZ



voor de ziekenhuisdirectie en vertegenwoordigers van de medische staf. Hij is voorzitter van de Ziekenhuiscommissie van de Huisartsen Vereniging Zoetermeer (HVZ), hij woont diverse overleggen bij namens de HVZ en de SGZ rond de samenwerking tussen ziekenhuis en huisartsen (waaronder het FTTO en het kwartaaloverleg tussen vertegenwoordigers van maatschappen en huisartsengroepen) en hij levert een structurele bijdrage aan de kerngroep Dementie. In 2017 heeft deze huisarts bijgedragen aan de diverse trajecten rond verwijzing en substitutie van zorg, beschreven in hoofdstuk 8.

### Afstemming GGZ

Met ROS-middelen ondersteunt de SGZ het platform GGZ – eerste lijn. Deelnemers zijn: huisartsen, AMW (Kwadraad), GZ-psychologen in de eerste lijn, Parnassia Groep Zoetermeer, en GGZ Rivierduinen Zoetermeer. Het doel is uitwisseling van beleid en ervaringen, en het maken van niet-concurrentiegevoelige samenwerkingsafspraken. In 2017 zijn in het platform afspraken gemaakt over verwijzen, afstemming rond het gebruik van beslissingsondersteunende instrumenten, wachttijden, verantwoordelijkheidsverdeling en overbruggingszorg gedurende de wachttijd, voorschrijven van medicatie gedurende de wachttijd tot behandeling, rapportage aan de huisarts, consultatie door een GZ-psycholoog of psychiater, en ketenafspraken over de behandeling en begeleiding van chronisch psychiatrische patiënten.

### Jeugdzorg

Met ROS-middelen ondersteunt de SGZ de samenwerking van de eerstelijnszorg met de jeugdzorg. De directie van de SGZ neemt namens de eerste lijn deel in de kerngroep Meerpunt (de Zoetermeerse samenwerkingsstructuur voor jeugd en gezin). Voor meer informatie, zie hoofdstuk 11.5 van dit jaarverslag.

### Ouderenzorg

De activiteiten van de SGZ ten behoeve van kwetsbare ouderen en de pilots met de eerstelijns verpleegkundige praktijken zijn beschreven in hoofdstuk 10.1 van dit jaarverslag. Met ROS-middelen heeft de SGZ de integratie ondersteund van de wijkverpleegkundigen in segment 1 die door Plicare zijn gecontracteerd bij de zorgverzekeraars. De SGZ ziet als uitdaging om de wijkverpleegkundige enerzijds intensief te laten samenwerken met de huisartsenpraktijk en anderzijds in het wijkzorgnetwerk.

De mogelijkheden voor tijdelijke opname voor ouderen zijn in Zoetermeer veel te beperkt. De SGZ heeft in 2017 bijgedragen aan een aanzienlijke uitbreiding van het aantal beschikbare bedden voor eerstelijns verblijf (zie hoofdstuk 10.1.6).

### Welzijn op Recept

Met ROS-middelen heeft de SGZ de implementatie van Welzijn op Recept in Zoetermeer ondersteund (zie hoofdstuk 11.2).

### Geboortezorg

De SGZ-ROS ondersteunt de drie verloskundigenpraktijken in Zoetermeer in het kader van de samenwerking met huisartsen, en de samenwerking in het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) van gynaecologen, verloskundigen en kraamzorg.

In samenspraak met de huisartsen zijn diverse werkafspraken ontwikkeld en geactualiseerd, waaronder anticonceptie, incontinentie en bekkenbodemdysfuncties, klieven tongriempje, miskraam en tetanusprofylaxe (zie ook hoofdstuk 5.2).

De ondersteuning van de samenwerking in het Verloskundig Samenwerkingsverband is gericht geweest op de analyse van casuïstiek van perinatale mortaliteit in het kader van het gezamenlijke kwaliteitsbeleid.

De SGZ heeft in 2017 van de gemeente Zoetermeer een aanvullende subsidie gekregen voor het project ter ondersteuning van kwetsbare zwangeren: 'Gezond ouder worden begint in de baarmoeder'. De subsidie is mede aangevraagd door het VSV, de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en een sterk bij de geboortezorg betrokken huisarts (zie hoofdstuk 10.6).

### Deskundigennetwerk Eetstoornissen

De SGZ-ROS neemt samen met het Centrum Eetstoornissen Ursula (CEU) van GGZ Rivierduinen deel in het Deskundigennetwerk Eetstoornissen Zoetermeer. Het project werd gesubsidieerd door de gemeente Zoetermeer, met financiële bijdragen van CEU en de SGZ.

Het deskundigennetwerk verbetert de vroege detectie van eetstoornissen en de toeleiding naar passende zorg. Het helpt cliënten, ouders, familie en vrienden én betrokken professionals om eetstoornissen in een vroegtijdig stadium op te sporen en tijdig passende hulp te organiseren.

Het team van deskundigen bestaat uit een diëtist, een huisarts, een GZ-psycholoog, een jeugdarts, een schoolmaatschappelijk werker, een medewerker van het jeugd- en gezinsteam en een ervaringsdeskundige. Het netwerk is in 2017 een aantal keer geconsulteerd, zowel door professionals als door ouders.







# DEEL 3

## MONODISCIPLINAIR ZORGAANBOD SGZ

### MONODISCIPLINAIR ZORGAANBOD SGZ

#### DEEL 3 | MONODISCIPLINAIR ZORGAANBOD SGZ

<b>21   Monodisciplinair zorgaanbod SGZ</b>	<b>109</b>
21.1 Huisartsenpost	109
21.2 Dienstapotheek	112
21.3 Huisartsenpraktijken	113
21.4 Praktijkondersteuners GGZ	115
21.5 Apotheken	117
21.6 Fysiotherapiepraktijken	119





## 21 | MONODISCIPLINAIR ZORGAANBOD



De SGZ exploiteert 15 huisartsenpraktijken, 8 fysio- en oefentherapiepraktijken en 4 apotheken. De SGZ treedt op als hoofdaannemer voor de praktijkondersteuners GGZ en de praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijken. Voor de huisartsenpost en de dienstapothek is de SGZ beherend rechtspersoon.

### 21.1 HUISARTSENPOST

Spoedeisende huisartsenzorg buiten de reguliere kantoortijden wordt in Zoetermeer en Benthuizen geleverd vanuit de Huisartsenpost Zoetermeer. De SGZ is beherend rechtspersoon van deze huisartsenpost. Alle huisartsen in het werkgebied van de SGZ hebben met de SGZ een deelnemersovereenkomst gesloten en doen diensten in de huisartsenpost. De manager, de managementassistente en de triage-assistenten zijn in dienst van de SGZ.

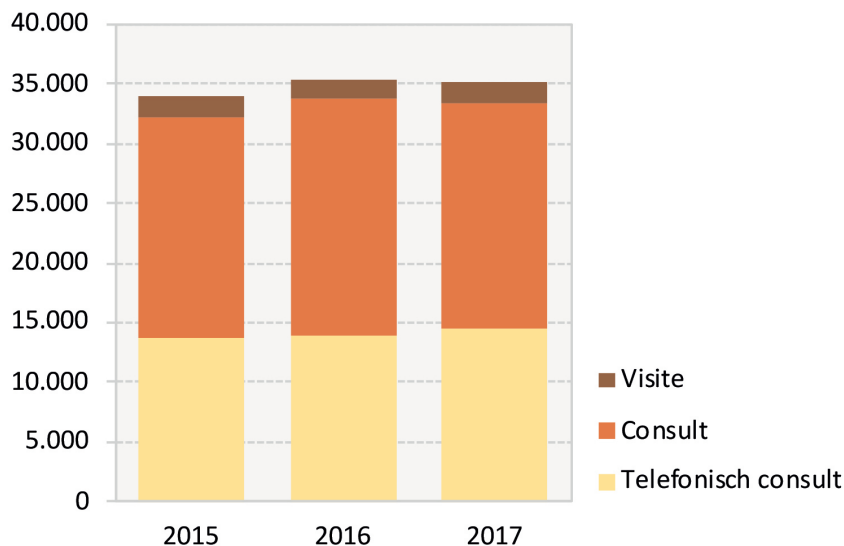
#### Kengetallen

Tabel 21.1a | Omzet en verrichtingen Huisartsenpost Zoetermeer

	2015	2016	2017
Omzet (inclusief 'overige baten') Bedragen x € 1.000	2.002 (2.048)	2.046 (2.092)	2.189 (2.252)
Verrichtingen totaal	34.197	35.528	35.114



Grafiek 21.1b | Verrichtingen Huisartsenpost Zoetermeer



### Snel reageren op telefonische oproepen

Als een patiënt een huisartsenpost belt, moet er snel opgenomen worden. Zeker als het gaat om de spoedtelefoon. De norm van de brancheorganisatie InEen ligt bij spoedoproepen op 98% binnen 30 seconden. Bij algemene oproepen ligt de norm op 75% opgenomen binnen 2 minuten.

Tabel 21.1c | Snelheid van reageren op telefonische oproepen bij de Huisartsenpost Zoetermeer

	2015	2016	2017
Spoedtelefoon opgenomen binnen 30 seconden	99%	94%	jan-juli: 90,5% aug-dec: 94%
Algemene oproepen opgenomen binnen 2 minuten	71%	63%	jan-jul: 66% aug-dec: 69%

De gemiddelde wachttijd van spoedgesprekken (U1) bij de Huisartsenpost Zoetermeer is 12 seconden. Dat is ruim binnen de norm. Echter, in het eerste half jaar hadden we nog te maken met een krap personeelsbestand, veel kandidaat triagisten die ingewerkt werden en een relatief groot aantal zieken, waardoor veel diensten matig opgelost konden worden en er een kwantitatieve onderbezetting ontstond. Door een gerichte wervingsactie en goede coaching van de kandidaat-triagisten kunnen we een opgaande lijn laten zien.

### Klachten

Op de Huisartsenpost Zoetermeer zijn in het verslagjaar veertien klachten binnengekomen, waarvan er tien in behandeling zijn genomen. Vier klachten konden niet in behandeling worden genomen. Deze klagers stuurden een klacht via e-mail, zonder verdere toelichting. Op de vraag om meer informatie of om toestemming om deze informatie uit het informatiesysteem Hapicom te halen, hebben zij niet gereageerd. Evidente verbeterpunten uit deze klachten zijn wél meegenomen. Die gingen over de communicatie over de wachttijden, vooral het wachten met kinderen.

- Twee klachten gingen over een factuur. Deze klachten waren onterecht. Na uitleg door de manager hebben de klagers betaald.

- Drie klachten gingen over de bejegening door de arts of het gevoel niet serieus te zijn genomen in de zorgvraag. In alle gevallen was een gesprek tussen de klager en de betrokken huisarts voldoende om de klacht naar tevredenheid af te sluiten.
- Twee klagers voelden zich onheus bejegend door de triagist. Eén patiënt (iemand van buiten Zoetermeer, die zonder telefonisch overleg kwam binnenlopen) vond de nadruk op de administratieve zaken te groot. Een andere patiënt (een inwoner van Zoetermeer met een huisarts in een andere regio) voelde zich niet welkom op de Huisartsenpost Zoetermeer. Van beide casussen zijn de bandopnames teruggeluisterd door de betrokken triagisten en hun coach. Op basis daarvan is onder andere het 'warm'





doorverbinden naar een andere huisartsenpost onder de aandacht van de triagisten gebracht. Dit is teruggekoppeld aan de klagers, die aangaven daarmee tevreden te zijn.

- Drie klachten hadden betrekking op de samenwerking met ketenpartners.
  - (a) De eerste klacht werd veroorzaakt door een slechte bereikbaarheid van de dienstdoende tandarts, in combinatie met een gebrekkige verwijzing. De patiënt werd eerst van de huisartsenpost naar de spoedeisende hulp van het LangeLand Ziekenhuis verwezen en daarna weer terug naar de huisartsenpost. De patiënt moest daardoor lang wachten op behandeling. Deze casus is besproken met de tandartsen en de spoedeisende hulp. Slechte bereikbaarheid van de dienstdoende tandarts is een terugkerend probleem. Inmiddels is er zicht op een Zoetermeerse tandartsenpost voor 7x24 uurs zorg, zodat de dagpraktijken geen spoedzorg meer hoeven te leveren en er altijd een tandarts in de buurt van de huisartsenpost is.
  - (b) De tweede klacht betrof de lange responstijd van het thuiszorgteam, waarop de Huisartsenpost Zoetermeer onvoldoende controle had uitgeoefend. De grote regio van het team (tot achter Gouda), maakte de aanrijtijd lang. Binnen de huisartsenpost is afgesproken dat triagisten explicieter vragen naar de verwachte aanrijtijd en een vangnet inbouwen richting de patiënt.
  - (c) De derde klacht had betrekking op een telefonisch contact rond een acute situatie in het verzorgingshuis. Hoewel de familie geen klacht wilde indienen, is het gesprek teruggeluisterd en zijn aanvullende afspraken gemaakt over de rol van de verzorgende in acute situaties en de gesprekstechniek van de triagist in een reanimatiesetting.

Alle klagers konden zich vinden in de genomen maatregelen en waren tevreden over de terugkoppeling. Er zijn geen klachten doorgestuurd naar de klachtencommissie.

Vanaf juni 2017 worden de strekking en leerpunten van alle klachten besproken in het werkoverleg met de triagisten. Als de klager daar toestemming voor geeft, kunnen de telefoongesprekken ook in dit werkoverleg worden teruggeluisterd, zodat triagisten ook van elkaar kunnen leren. Waar nodig vindt aanpassing van de protocollen plaats.

### Calamiteiten

De Huisartsenpost Zoetermeer heeft in 2017 geen calamiteiten gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De twee calamiteiten uit 2016 zijn in 2017 afgerond.

- Bij de eerste melding concludeerde de calamiteitencommissie op grond van haar onderzoek dat er géén sprake was van een calamiteit. De medewerkers van de

Huisartsenpost Zoetermeer hadden juist gehandeld en van de arts kon niet verwacht worden dat hij op grond van de presentatie van de klachten de (naar later bleek) hersenstambloeding kon vermoeden. De inspectie deelde de mening van de commissie en sloot de melding af. Wel is de casus gebruikt om verbeterpunten onder de aandacht te brengen op het vlak van de gesprekstechniek van triagisten (uitvraag, luisteren) en de communicatie tussen hulpverleners (over aanpassing urgentiecodes). Deze aspecten zijn meegenomen in de nascholingen van triagisten en artsen in 2017.

- De tweede melding werd wel door de IGJ als calamiteit beoordeeld en afgesloten op grond van de rapportage van voorgenomen verbetermaatregelen. De casus betrof een 70-jarige patiënt die in de avond de huisartsenpost bezocht met griepachtige verschijnselen. Enkele uren later kreeg de patiënt thuis een hartstilstand en enkele dagen later is de patiënt overleden. Uit deze casus en het onderzoek zijn de volgende leerpunten naar voren gekomen.
  - (a) Bij een overheersende en sturende presentatie van mantelzorgers is het belangrijk de regie te pakken in het gesprek en de focus te houden op de klachten en het verhaal van de patiënt zelf. Zeker wanneer deze een stille en bagatelliserende houding aanneemt.
  - (b) Waak voor tunnelvisie wanneer patiënt, mantelzorg of triagist te snel in een bepaalde diagnostische richting denken en praten. Blijf openstaan voor signalen die op een andere diagnose kunnen wijzen. Tijdens griepperiodes is extra waakzaamheid geboden, zeker bij relatief onbekende patiënten.
  - (c) Open altijd het dossier van de patiënt en verricht het noodzakelijk (lichamelijk) onderzoek conform de NHG-standaard. Vraag ook de (op dat moment wellicht) minder voor de hand liggende risicofactoren uit conform de standaard.
  - (d) Neem na de calamiteit contact op met de familie om het gebeurde te bespreken. Dat is overigens ook belangrijk voor de verwerking ervan door de hulpverlener zelf. Deze moet de eigen rol bespreken met collega's of professionele hulp zoeken.
  - (e) Voor triagisten geldt dat zij niet-pluis-gevoelens altijd moeten doorgeven aan de huisarts. Huisartsen moeten deze signalen serieus nemen en ook terugkoppelen aan de triagisten of dit signaal terecht of onterecht was, zodat ervan geleerd kan worden.

De conclusies van het calamiteitenonderzoek en de verbeterpunten zijn teruggekoppeld aan alle huisartsen en besproken in het triagisten-werkoverleg en de ledenraad. In het opleidingsprogramma voor huisartsen en triagisten krijgen het niet-pluis-gevoel en de regievoering in het gesprek extra aandacht.



## MIP-meldingen

In 2017 zijn 41 Meldingen Incidenten Patiënten (MIP) gedaan. Dat is fors meer dan voorgaande jaren, omdat er uit kwaliteitsoverwegingen meer aandacht is besteed aan het melden van incidenten en er snellere actie en terugkoppeling wordt verzorgd. De achterstanden van terugkoppeling van meldingen uit 2016 zijn ingelopen. De MIP-commissie komt eens per zes tot acht weken bijeen of zoveel vaker als nodig.

Wat opvalt is dat relatief veel meldingen (45%) gaan over niet handelen conform protocol, het niet goed raadplegen van het dossier of het niet goed registreren. Hierdoor wordt informatie gemist, zijn gegevens verwisseld, worden let-op-regels gemist

of rijdt men visite naar een verkeerd adres of naar een patiënt die buiten het verzorgingsgebied woont. Daarnaast is goed te merken dat de keten van acute zorg onder druk staat: 30% van de meldingen heeft betrekking op de samenwerking met de crisisdienst GGZ (2 meldingen), de spoedeisende hulp in het ziekenhuis (1 melding), de meldkamer van de ambulance (4 meldingen), de thuiszorg (1 melding) of andere huisartsenposten (3 meldingen). Het gaat dan vaak om niet nageleefde afspraken uit protocollen over het overnemen van patiënten, bereikbaarheid of problemen in de communicatie over urgentie of overdracht. Met ieder van deze partijen heeft overleg plaats gevonden om deze punten opnieuw onder de aan-

dacht te brengen en de samenwerking op de werkvloer te verbeteren. Vijf meldingen (12%) betroffen bijna incidenten door professioneel handelen van arts of triagist, waaronder een medicatiefout en een verkeerd toegepaste injectietechniek.

Alle MIP-meldingen worden vanaf half 2017 besproken in het werkoverleg van triagisten. Daarnaast worden elke twee tot drie maanden alle leerpunten uit klachten, calamiteiten en MIP-meldingen in één document verzameld en teruggekoppeld aan alle medewerkers van de huisartsenpost. Waar nodig worden meldingen besproken met individuele betrokkenen of voor trainingsdoeleinden gebruikt.

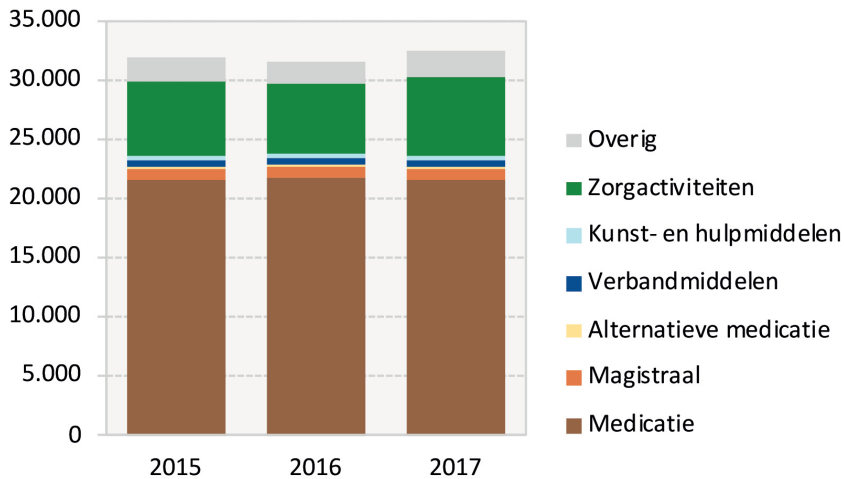
## 21.2 DIENSTAPOTHEEK

Spoedeisende medicatiezorg in de avonduren, in de weekenden en tijdens feestdagen wordt in Zoetermeer en Benthuisen geleverd vanuit de Dienstapothek Zoetermeer. 's Nachts van 00.00 - 8.00 uur is de dienstapothek weliswaar gesloten voor bezoekers, maar er is wel steeds een medewerker oproepbaar. Voor spoedeisende geneesmiddelen, die niet kunnen wachten tot de volgende dag, kan men telefonisch contact opnemen met de huisartsenpost. De dienstdoende huisarts bepaalt of de behoefte aan medicijnen spoedeisend is. Is dat het geval, dan wordt de dienstdoende medewerker van de dienstapothek opgeroepen om de medicijnen te verstrekken. Dit duurt circa 45 minuten. De patiënt kan hierop wachten of de medicijnen thuis laten bezorgen. Bezorgen duurt ongeveer een uur extra.

De SGZ is beherend rechtspersoon van de Dienstapothek Zoetermeer. Het team van de dienstapothek telt een beherend apotheker, apothekersassistenten en een secretariael medewerker. De totale formatie bedraagt 2.71 fte. De Dienstapothek Zoetermeer is HKZ-gecertificeerd.

**Tabel 21.2a | Omzet en verstrekkingen Dienstapothek Zoetermeer**

	2015	2016	2017
Omzet (x € 1.000)	515	599	605
Verstrekkingen	31.951	31.517	32.427

**Grafiek 21.2b | Verstrekkingen Dienstapotheek Zoetermeer**

### Analyse

Het aantal verstrekkingen in 2017 is ongeveer gelijk gebleven ten opzichte van 2016.

### Klachten

Er zijn in het jaar 2017 twee klachten gemeld van patiënten. Eén klacht ging over de kosten van het diensttarief. De andere klacht betrof een recept dat was uitgeschreven op een verkeerde naam. De klachten zijn met de patiënt besproken en naar tevredenheid opgelost.

### MIP-meldingen

In 2017 zijn er 13 Meldingen Incidenten Patiënten (MIP) geregistreerd. Uit analyse blijkt dat de meldingen binnen 24 uur zijn afgehandeld en gecorrigeerd.

## 21.3 HUISARTSENPRAKTIJKEN

In Zoetermeer en Benthuizen zijn in totaal 52 huisartsenpraktijken gevestigd. Een praktijk wordt uitgeoefend door één huisarts of door twee parttime werkende huisartsen in de vorm van een duopraktijk. Er zijn 42 praktijken gevestigd in een gezondheidscentrum. Daarnaast zijn acht huisartsenpraktijken gevestigd in twee groepspraktijken. Twee huisartsenpraktijken werken buiten een gezondheidscentrum of groepspraktijk.

Alle huisartsenpraktijken hebben praktijkondersteuning somatiek (POH-S). De POH-S heeft als hoofdtak het geven van geprotocolleerde zorg aan patiënten in DBC-ketenzorg. Daarnaast zijn in het kader van de POH-S modules in 2017 zorgtaken uitgevoerd voor complexe ouderenzorg (zie hoofdstuk 10.1), CVA (zie hoofdstuk 10.4) en hartfalen (zie hoofdstuk 10.5).

Van de 52 huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuizen worden er 15 geëxploiteerd door de SGZ. Die praktijken zijn gevestigd in de gezondheidscentra Rokkeveen-Oost, De Watertoren, Noordhove, Seghwaert, Driemanspolder, Palenstein en Oosterheem. Er werken in deze praktijken 26 huisartsen. Dit hoofdstuk gaat verder alleen over deze huisartsenpraktijken.

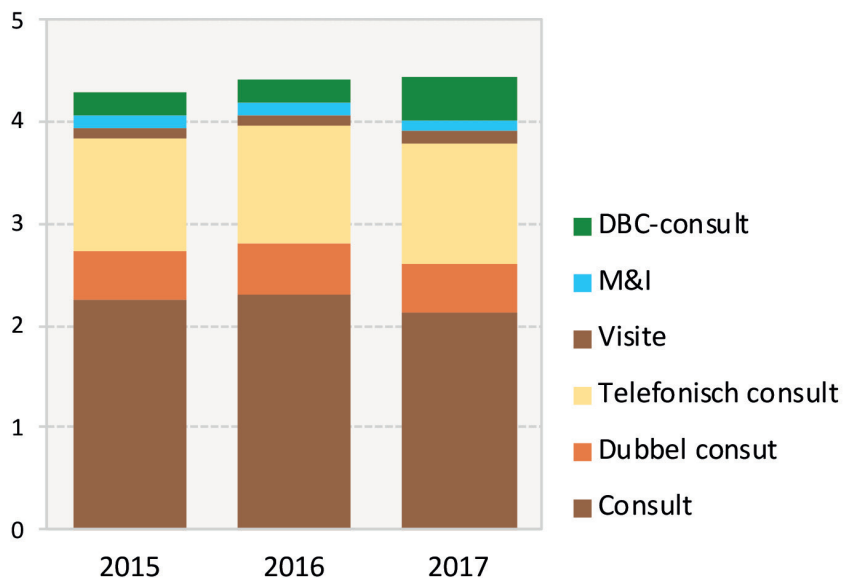
### Kengetallen

**Tabel 21.3a | Patiënten, verrichtingen en omzet SGZ-huisartsenpraktijken**

	2015	2016	2017
Ingeschreven patiënten	37.060	36.977	37.115
Verrichtingen	158.733	162.656	164.794
Gemiddeld aantal verrichtingen per patiënt	4,3	4,4	4,4
Omzet (x € 1.000)	4.324	4.506	4.221



**Grafiek 21.3b | Aantal verrichtingen huisarts per patiënt, verdeeld naar soort contact**



De toename van het aantal DBC-contacten is met name toe te schrijven aan de nieuwe ketens VVR en (in mindere mate) astma. De afname van het aantal gewone consulten lijkt hiermee samen te hangen.

### Beschikbaarheid en bereikbaarheid

De SGZ-huisartsenpraktijken zijn op werkdagen gedurende negen uur geopend en gedurende acht uur telefonisch bereikbaar. Een deel van de praktijken is een middag per week gesloten voor patiëntenzorg: er wordt dan voor elkaar waargenomen. Buiten kantoor tijden wordt de zorgverlening aan patiënten met acute klachten verzorgd door de Huisartsenpost Zoetermeer.

### Kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid van de SGZ-huisartsenpraktijken is beschreven in elf doelstellingen: (1) relatie met de patiënt, (2) volgen van SGZ programma's en werkafspraken, (3) doelmatig voorschrijven van medicijnen conform NHG-standaarden en FTO-afspraken, (4 en 5) deelname aan verschillende samenwerkingsverbanden, zowel intern als extern, (6) normen voor registratie, (7 en 8) beschikbaarheid spreekuurtijd voor spoed (dezelfde dag nog) en geen spoed (Treknorm), (9) acht uur per dag bereikbaarheid zonder antwoordapparaat, (10) in

80% van de gevallen binnen twee minuten een doktersassistent aan de telefoon en (11) aanwezigheid en opnemen spoedlijn binnen 30 seconden.

Van de 15 SGZ-huisartsenpraktijken beschikken er 14 over NHG-Praktijkaccreditering.

### Klachten

In 2017 zijn 10 klachten binnengekomen over SGZ-huisartsenpraktijken. Eén van deze klachten heeft geleid tot een procedure bij de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE) waar de SGZ bij is aangesloten.

- Eén klacht ging over het niet functioneren van de module voor herhaalrecepten op Zoetermeer-gezond.nl. Het bleek om een technisch probleem te gaan. Dit probleem is opgelost.
- Vier klachten gingen over de bejegening door de huisarts, praktijkondersteuner of doktersassistent. Drie van deze klachten zijn opgelost door een gesprek tussen de betrokken hulpverlener en de klager. Eén klacht is door de klager

opgelost door van huisarts te veranderen. Deze klager had geen behoefte aan verder contact met de oude huisarts. Wel is er contact geweest tussen deze klager en de directie van de SGZ. Voor de klager was hiermee voldoende aan zijn klacht tegemoetgekomen.

- Drie klachten gingen over praktische problemen, namelijk het verkeerd schrijven van de naam van de patiënt op een brief (is rechtgezet), lang wachten in de wachtkamer door uitloop van het spreekuur (is uitgelegd) en problemen met het maken van een afspraak (is alsnog gemaakt). Deze klachten zijn opgelost door contact tussen huisarts en patiënt.
- Twee klachten gingen over de kwaliteit van de zorg, die naar het oordeel van de klagers onder de maat was. Eén van deze klachten is opgelost in een gesprek tussen huisarts en klager, waarna de kou uit de lucht was. De andere klacht heeft geleid tot een procedure bij de SKGE. Deze klacht is begin 2018 nog niet afgerond.

## 21.4 PRAKTIJKONDERSTEUNING GGZ

Alle 52 huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuisen beschikken over praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ). De functionele aansturing op praktijkniveau valt onder de verantwoording van de huisartsen.

In totaal werkten er eind 2017 19 praktijkondersteuners GGZ (12,3 fte). De SGZ contracteert en levert deze zorg. Het werkgeverschap voor de praktijkondersteuners ligt bij de SGZ. Inmiddels zijn 15 medewerkers in dienst van de SGZ. In 2017 waren nog vier medewerkers gedetacheerd via GGZ Rivierduinen Zoetermeer en Indigo. Op basis van de wachttijd bij een aantal praktijken (structureel langer dan twee weken) is de formatie praktijkondersteuning GGZ in 2017 uitgebreid met drie praktijkondersteuners (1,5 fte).

De POH-GGZ richt zich in principe op volwassenen vanaf 18 jaar. Er zijn drie praktijkondersteuners POH-Jeugd. Eén van hen richt zich alleen op jeugdigen, de andere twee zowel op jeugdigen als op volwassenen. Inzet voor jeugdigen is in de loop van 2017 uitgebreid van 26 uur naar 64 uur per week (1,7 fte) in 19 praktijken (zie hoofdstuk 11.5).

De taken van de POH-GGZ zijn onder andere: probleemverheldering en inventarisatie, advisering en ondersteuning van de huisarts (consultatiefunctie), kortdurende behandeling en begeleiding. Daarnaast biedt de POH-GGZ begeleide zelfhulp bij depressie, angst en stress op het werk. Voor consultatie door huisartsen of POH's GGZ zijn afspraken gemaakt met psychiater(s) van GGZ Zoetermeer en met de GZ-psychologen in de eerste lijn.

Het grootste deel van de patiënten dat bij de POH-GGZ komt, wordt kortdurend behandeld. In een klein aantal gevallen neemt de POH-GGZ ook casemanagementtaken op zich. Het gaat dan om patiënten die zijn terugverwezen naar de huisarts, omdat zij in de specialistische GGZ uitbehandeld zijn of op basis van de herstructureringsregels (uit 2014) niet meer in de tweede lijn thuishoren omdat ze geen DSM-diagnose hebben. In 2016 is intensief gesproken over de voorwaarden voor terugverwijzing van stabiele GGZ-patiënten naar de huisartsenpraktijk, inclusief de bijbehorende vangnetconstructie voor geval het niet goed gaat. Deze werkafspraken zijn vanaf mei 2017 geïmplementeerd. Er is een speciaal e-mailadres in het leven geroepen voor het melden van gesignaleerde problemen in de samenwerking.

Na bestuurlijke goedkeuring door de Huisartsenvereniging Zoetermeer, is er veel tijd geïnvesteerd in de voorbereiding op het inzetten van e-mental health in de huisartsenpraktijk. Na een zorgvuldige selectieprocedure waarbij huisartsen en POH's GGZ direct betrokken waren, is er in gezamenlijkheid gekozen voor Vital Health.

Vital Health wordt ingezet ter ondersteuning van de praktijkondersteuner bij (1) de registratie (verslaglegging, maken van een plan van aanpak of het maken van een conceptverwijsbrief), (2) het inzetten van digitale vragenlijsten met onder andere Transparant Next als beslissingsondersteunend instrument (BOI) ten behoeve van de echelonkeuze en (3) het inzetten van de e-health modules van Minddistrict als onderdeel van de behandeling. Alle POH's GGZ zijn hierop geschoold.





### Vital Health

In totaal zijn er 1.917 patiënten geïncludeerd in Vital Health in de periode mei 2017 - 8 januari 2018. In totaal zijn er 4.958 contacten geweest, waarvan 4.238 face-to-face. Vanaf sept 2017 is afgesproken dat de POH's GGZ volledig gaan registreren in Vital Health en dus niet meer in Medicom. Dit ongeacht of de BOI of Minddistrict wordt ingezet.

### Transparant Next

De BOI is in acht maanden 147 keer ingezet door negen praktijkondersteuners GGZ en twee huisartsen. Dit betekent dat het gebruik van de BOI sterk achterblijft bij de verwachtingen. Hulpverleners geven als voornaamste reden om de BOI niet in te zetten, dat deze screener bij mono-problematiek met lage complexiteit een veel te zwaar instrument is. Daarnaast geeft de BOI met name bij persoonlijkheidsproblematiek te snel het advies om door te verwijzen naar de specialistische GGZ. Dat kan voor de patiënt erg confronterend zijn. Om beter inzicht te krijgen waarom het gebruik van de BOI achterblijft, worden concrete afspraken gemaakt over het inzetten van de BOI. Ter verantwoording aan zorgverzekeraars wordt in de loop van 2018 een enquête gehouden onder de POH's GGZ over het gebruik.

### Minddistrict

Vanaf mei 2017 zijn 505 patiëntenaccounts aangemaakt voor begeleiding via Minddistrict modules. Er is 672 keer feedback gegeven via Minddistrict. De top 5 van de meest ingezette modules van Minddistrict in 2017: (1) Basiszorg Minder piekeren, (2) Basiszorg Mindfulness, (3) Burnout 'Opstarten', (4) Burnout 'Anders denken' en (5) Basiszorg zelfbeeld. Er worden regelmatig meerdere modules per patiënt ingezet.

## Kengetallen

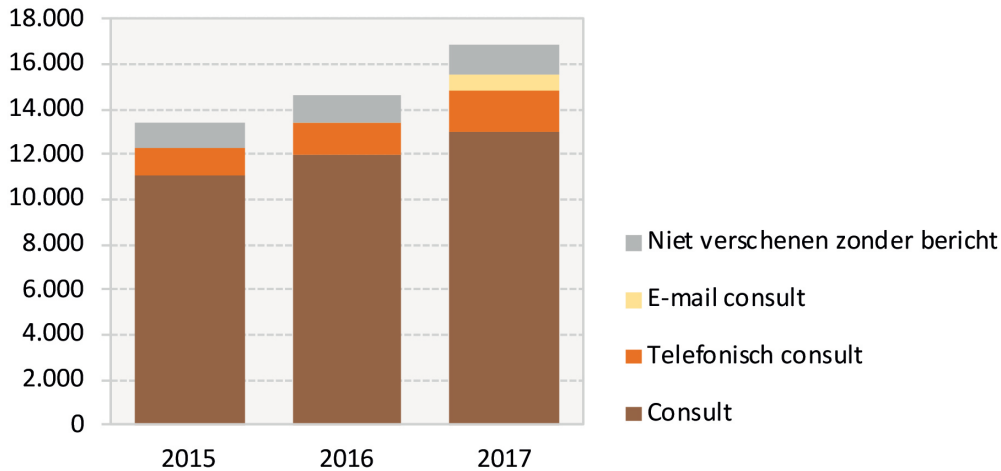
### 16.4a | Patiënten, omzet en verrichtingen POH-GGZ

	2015	2016	2017
Aantal patiënten	3.951	4.247	4.647
Aantal verrichtingen	12.354	13.474	15.546
Gemiddeld aantal verrichtingen per patiënt	3,13	3,17	3,35
Omzet (x € 1.000)	982	1.035	1.252

*Het aantal verrichtingen (contacten) per patiënt betreft aantal verrichtingen dat in 2017 heeft plaatsgevonden (ook bij behandelingen die over de jaargrens heenliepen) per unieke patiënt.*



Grafiek 21.4b | Verrichtingen door de POH's GGZ



### Analyse

Er is nog steeds een stijgende lijn in het aantal patiënten dat wordt doorverwezen naar de praktijkondersteuner GGZ. In 2017 ging het om 9,4% méér patiënten (15% méér verrichtingen). Het is niet bekend of als gevolg van deze toename van het aantal verwijzingen naar de POH-GGZ minder patiënten zijn doorverwezen naar de basis GGZ of gespecialiseerde GGZ.

Het gemiddeld aantal verrichtingen per patiënt is nagenoeg gelijk gebleven. Wel is er een relatief sterke toename van het aantal telefonische consulten: 33% meer dan in 2016. Het aantal e-mail consulten is gegroeid van 0,3 % naar 4,2% van de verrichtingen. Dat is te verklaren door het aantal feedbacks dat bij de modules van Minddistrict is gegeven.

*Niet verschenen zonder bericht*  
Ondanks alle inspanningen om het aantal niet-verschenen-zonder-bericht te verlagen is het juist toegenomen, naar 9,2% van het aantal ingeplande consulten. Er zijn grote verschillen tussen de POH-GGZ en POH-Jeugd. Die zijn gedeeltelijk te verklaren door verschillen in praktijkpopulatie en een andere manier van registreren. Bij een deel van dit percentage wordt het ingeplande face-to-face gesprek telefonisch gevoerd.

## 21.5 APOTHEKEN

De SGZ exploiteert vier apotheken (in de gezondheidscentra Rokkeveen-Oost, De Watertoren, Noordhove en Oosterheem) en een apotheek-servicepunt (in Benthuisen). Deze apotheken worden elk door twee apothekers geleid. De apotheken voeren gezamenlijk beleid en hebben een onderlinge taakverdeling met betrekking tot baxteren, centrale bereidingen, herhaalservice, medicatiereviews, 'central filling' en 'multisite' certificering.

### Kengetallen

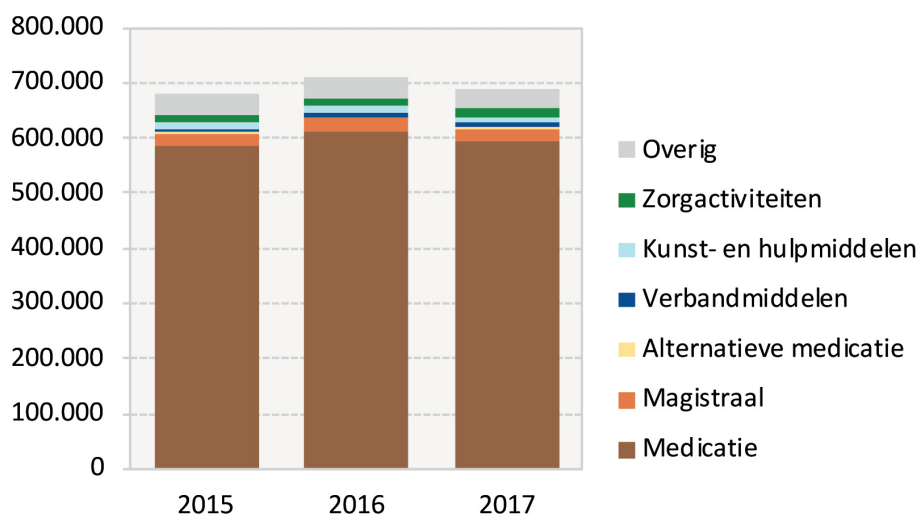
Tabel 21.5a | Aantal patiënten, verstrekkingen en omzet SGZ-apotheken

Aantal	2015	2016	2017
Ingeschreven patiënten (op 31 december)	64.455	66.116	59.060
Verstrekkingen	680.537	711.943	689.866
Gemiddeld aantal verstrekkingen per patiënt	10,6	10,8	11,7
Omzet totaal (x € 1.000)	11.726	11.740	11.617





Grafiek 21.5b | Verstrekkingen SGZ-apotheken



De afvlakking van het aantal medicatie verstrekkingen wordt veroorzaakt door een wijziging in de frequentie van uitgifte van zogenoemde Baxterrollen. De frequentie is voor veel patiënten van wekelijks naar tweewekelijks teruggebracht.

### Geneesmiddeltekort

De Zoetermeerse apotheken ondervinden veel last van geneesmiddeltekorten. Zij hebben hierdoor dagelijks te maken met terecht ontevreden patiënten en een grotere werkdruk. De apotheken hebben soms grote moeite om dit probleem voor de patiënt op te lossen.

### Klachten

In 2017 zijn vier klachten ingediend die gerelateerd zijn aan zorg geleverd door een van de SGZ-apotheken. Na ontvangst van de klacht is contact gezocht met de klager. Twee keer is de klacht naar tevredenheid van de klager besproken. Voor de overige twee klachten geldt dat het niet gelukt is de klager mondeling te woord te staan. De apotheek heeft per mail gereageerd op de klachten. Er zijn geen reacties op de mails ontvangen. Ook deze klachten worden als afgehandeld beschouwd.





## 21.6 FYSIOTHERAPIEPRAKTIJKEN

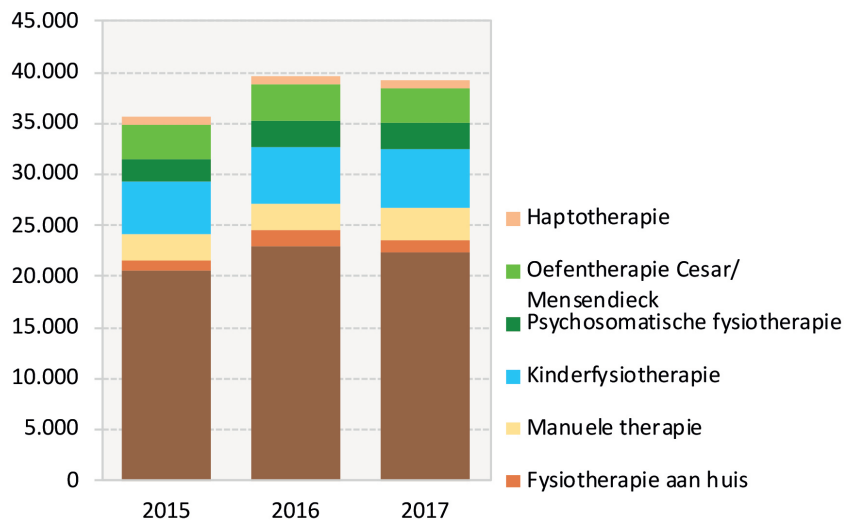
Onder de naam FysioExperts exploiteert de SGZ vier praktijken voor fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck & Cesar, in de gezondheidscentra Oosterheem, Noordhove, de Watertoren en Rokkeveen-Oost. Daarnaast is de SGZ voor 50% eigenaar van VOF Joined Care, een samenwerkingsverband tussen Paramedisch Centrum Impact en FysioExperts Oosterheem. Joined Care exploiteert een medisch trainingscentrum met een uitgebreid en hoogwaardig aanbod aan fysio- en oefentherapeutische zorg, zowel individueel als in groepen.

### Kengetallen

Tabel 21.6a | Patiënten, verrichtingen en omzet FysioExperts

	2015	2016	2017
Aantal patiënten	4.234	4.666	4.665
Aantal zittingen	35.866	39.641	39.480
Gemiddeld aantal zittingen per patiënt	8,5	8,5	8,5
Omzet (x € 1.000)	1.284	1.460	1.460

Grafiek 21.6b | Aantal en soort verrichtingen FysioExperts



Tabel 21.6c | Patiënten, verrichtingen en omzet Joined Care

	2015	2016	2017
Aantal patiënten	150	151	140
Aantal zittingen	3.908	3.964	3.537
Gemiddeld aantal zittingen per patiënt	26,1	26,3	25,5
Omzet (x € 1.000)	123	128	118

### Analyse

In 2016 was de groei in aantallen verrichtingen van FysioExperts groot: in totaal met 11% ten opzichte van 2015. In 2017 is dit stabiel gebleven.

### Klachten

Er zijn door patiënten in 2017 geen klachten ingediend over de fysiotherapiepraktijken van de SGZ.

### MIP-meldingen

Er zijn in 2017 twee meldingen van een fout of bijna-ongeval gedaan. Het betrof in alle gevallen een klein ongeval en geen fout van structurele aard. De incidenten zijn intern besproken.







# DEEL 4

# KWALITEITSBEVORDERING

## DEEL 4 | KWALITEITSBEVORDERING

22   Deskundigheidsbevordering	123
23   Certificering en accreditering	126





## 22 | DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING



De SGZ biedt jaarlijks een scholingsprogramma aan hulpverleners. De SGZ is gemachtigd door het Accreditatie Bureau Cluster 1 om scholingen voor huisartsen in eigen beheer te accrediteren. De SGZ heeft daartoe de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH) in het leven geroepen. De scholingen verlopen volgens het Organisatie- en kwaliteitshandboek dat deze werkgroep heeft samengesteld. De werkgroep overlegt over het scholingsprogramma met het LangeLand Ziekenhuis en met de SGZ in de Scholingsraad Zoetermeer. Bij elke scholing is bovendien een door het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) erkende kwaliteitsconsulent (EKC) betrokken.

**Tabel 22 | Scholingscurriculum SGZ/WDH Zoetermeer, 2017**

Thema Diabetes		
Onderdeel	Doelgroep	Aantal deelnemers
Langerhans	Huisartsen	13
	POH-S	23
Thema Hart- en vaatziekten		
Onderdeel	Doelgroep	Aantal deelnemers
Hartfalen	POH-S	66
	Huisartsen	48
ECG casuïstiek	Huisartsen	5





<b>Thema COPD</b>		
<b>Onderdeel</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
Basiscursus Caspir	Huisartsen	10
	POH-S	5
Herhalingscursus Caspir	Huisartsen	19
	POH-S	23
Inhalatie-instructie	POH-S	9
<b>Zoetermeerse WDH huisartsenschooling</b>		
<b>Onderdeel</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
Voorjaars eendaagse, met als thema's: Infectieziekten Tropen en Palliatieve Spoedgevallen	Huisartsen	37
Herfst eendaagse, met als thema's zoönosen en timemanagement	Huisartsen	33
<b>Zoetermeerse assistentencarroussel</b>		
<b>Onderdeel</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
Werkdruk de baas	Doktersassistenten	18
Diabetes en psychiatrische ziektebeelden	Doktersassistenten	19
Bekkenbodem / Inwendig Onderzoek	Doktersassistenten	18
<b>Schooling ten behoeve van de erkend kwaliteitsconsulent (EKC-er)</b>		
<b>Onderdeel</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
Instructie invoer PE-online	Huisartsen	10
Interactieve werkvormen	Huisartsen	6
	Apothekers	1
	Overigen	1
<b>Ontmoeting specialist – huisarts</b>		
<b>Onderdeel</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
LangeLand Ontmoeting: Kinderge-neeskunde / Chirurgie / Urologie	Huisartsen	42
	Specialisten	9
LangeLand Dag: Eten en Weten	Huisartsen	28
	Specialisten	0



Overige scholingen		
Onderdeel	Doelgroep	Aantal deelnemers
Reanimatie en AED	Huisartsen	50
	POH-S	26
	Apothekers	1
	Fysiotherapeuten	23
	Overig	59
Palliatief - PaTz-bijeenkomsten (5-6 per jaar per wijk)	Huisartsen	8-10
	Thuiszorgmedewerker	3-5
	Overig	1-2
Palliatief - Casuïstiekbespreking	Huisartsen	5
LEAN workshop	Huisartsen	6
	POH-S	3
	Overig	6
Landelijk Schakel Punt (LSP)	Doktersassistenten	80
Stoppen met Roken	POH-S	15
Gespreksvaardigheden en reflectie	POH-S	26
Op de Sofa	POH-GGZ	13
Instructie Oproepmodule	POH-S	39
Kwetsbare Ouderen	Huisartsen	25
	POH-S	15
	Eerstelijns verpleegkundigen	15
	Overig	10
Werkdruk de Baas	POH-S	15
	Eerstelijns verpleegkundigen	2

### LEAN organisatieontwikkeling in de huisartsenpraktijk

LEAN is een managementfilosofie en een werkmethode, gericht op het creëren van een maximaal serviceniveau voor patiënten en het opsporen en uitbannen van verspilling. Bij LEAN gaat het om een continue verbetercultuur, waar de hele organisatie bij betrokken is. LEAN zorgt voor een betere service voor patiënten en het levert geld, tijdwinst en meer werkplezier op.

Om bij te dragen aan een hoger niveau van productie, veiligheid, kwaliteit en betrouwbaarheid van de dienstverlening, biedt de SGZ aan huisartsenpraktijken een begeleidingstraject om de principes van LEAN te implementeren. Dit traject bestaat uit het spelen van een simulatiespel (waarbij de deelnemers flow ervaren) en het ondersteunen van de praktijk bij de implementatie. In 2017 zijn 19 huisartsenpraktijken gestart met het werken volgens de principes van LEAN.





## 23 | CERTIFICERING EN ACCREDITERING



### NHG-Praktijkaccreditering

In 2017 hebben 40 (van de 52) huisartsenpraktijken intensief gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit in het kader van de NHG-Praktijkaccreditering (NPA). Jaarlijks krijgen de deelnemende huisartsenpraktijken bezoek van een auditor van NPA. Deze auditor toetst of de praktijk voldoet aan de 23 kwaliteitsnormen van de NPA en bespreekt met de praktijk mogelijke verbetertrajecten. Praktijken die voldoen aan de normen mogen het kwaliteitskeurmerk van NPA voeren. Dit is het geval bij al deze 40 huisartsenpraktijken.

De SGZ begeleidt en ondersteunt de huisartsenpraktijken die dat willen bij het accrediteringstraject. Begeleiding vindt plaats door een geregistreerde praktijkconsulent verbonden aan de SGZ. Daarnaast kunnen alle huisartsen gebruik maken van de ondersteunende materialen die op het SGZ-intranet staan. Het betreft hier voorbeeldprotocollen en verplichte documenten. De SGZ heeft met NPA aanvullende afspraken gemaakt over een aantal praktische zaken waar de individuele huisarts profijt van heeft. Zo krijgt een auditor tijdelijk toegang tot het intranet om de ondersteunende materialen in te zien, zodat de huisartspraktijk deze niet hoeft te uploaden bij de NPA.

### Certificering fysiotherapeuten

De SGZ stimuleert de fysiotherapie- en oefenpraktijken die deelnemen aan de wijsamenwerkingsverbanden om zich gaandeweg te ontwikkelen tot Pluspraktijken, maar heeft daarvoor geen middelen beschikbaar. Het Pluscertificaat is al in 2015 door de vier FysioExperts praktijken behaald. Daarnaast is het aantal andere praktijken in de Zoetermeerse wijsamenwerkingsverbanden met dit certificaat toegenomen van zes in 2016 naar acht in 2017.

### Certificering apotheken

Alle apotheken in Zoetermeer beschikken over het HKZ-certificaat.







Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer  
Croesinckplein 24-26  
2722 EA Zoetermeer  
079 3208686

Stichting **Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer**  
zoetermeergezond.nl

