



# JAAERVERSLAG 2018

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 Kerngegevens	9
1.3 Samenwerkingsrelaties	10
<b>2   Bestuur, toezicht en medezeggenschap</b>	<b>11</b>
2.1 Raad van Bestuur	11
2.2 Bestuursverslag	12
2.3 Raad van Toezicht	15
2.4 Cliëntenraad	17
2.5 Ondernemingsraad	18
<b>3   Financieel jaarverslag</b>	<b>19</b>
<b>4   Sociaal jaarverslag</b>	<b>21</b>

## DEEL 2a | GEORGANISEERDE EERSTE LIJN

Geïntegreerde Eerstelijnszorg | GEZ

<b>5   Versterking eerste lijn</b>	<b>25</b>
5.1 Waarborgen van continuïteit en beschikbaarheid	25
5.2 Samenwerking eerstelijnszorg in de wijk	27
5.3 Welzijn op recept	27
<b>6   Geneesmiddelen</b>	<b>30</b>
6.1 Doelmatige geneesmiddelenvoorziening	30
6.2 Medicatieveiligheid	33
<b>7   Eerstelijnsdiagnostiek en DTO</b>	<b>34</b>
7.1 Laboratoriumonderzoek	34
7.2 Functieonderzoek	35
7.3 Beeldvormende diagnostiek	36
<b>8   Bijdragen aan zinnige en zuinige (medisch specialistische) zorg</b>	<b>37</b>
8.1 Zinnige en zuinige zorg	37
8.2 Kosten van medisch specialistische zorg	38
8.3 Verwijzingen van huisartsen	40
8.4 Substitutie van zorg	43
8.5 Diepe veneuze trombose en longembolie	43
8.6 Kleine chirurgische ingrepen	44
8.7 Zorg op de juiste plek (ZOJP)	44

## Colofon

### Uitgave

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

### Samenstelling en teksten

Centraal Bureau SGZ

### Fotografie

Emmy de Graaf  
www.emmydefotograaf.nl

### Vormgeving en drukwerk

Drukkerij Zoeterhage, Zoetermeer

© SGZ, Zoetermeer, mei 2019



<b>9   E-health</b>	<b>46</b>
9.1 MijnGezondheid.net	46
9.2 E-health eerstelijns GGZ	47
9.3 Inspectiebezoek in het kader van het toezicht op e-health	48
<b>10   Zorgprogramma's</b>	<b>49</b>
10.1 Complexe ouderenzorg	49
10.1.1 Zorgprogramma kwetsbare ouderen (in ontwikkeling)	49
10.1.2 Zorgprogramma dementie	51
10.1.3 Ouderen in woonzorgcentra	53
10.1.4 S3 prestatie ouderenzorg	54
10.1.5 Tijdelijk verblijf in de eerste lijn	57
10.2 Zorgprogramma's GGZ	59
10.3 Zorgprogramma palliatieve zorg	60
10.4 Zorgprogramma CVA	61
10.5 Zorgprogramma hartfalen	62
10.6 Zorgprogramma kwetsbare zwangeren	62
10.7 Praktijkondersteuning jeugd	63
<b>11   Zorgvernieuwing</b>	<b>65</b>
11.1 Positieve gezondheid	65
11.2 Hotspotters	66
11.3 Complexe zorgvragen	67
<b>12   Organisatie en infrastructuur</b>	<b>68</b>
12.1 Multidisciplinaire bedrijfsvoering	68
12.2 Zorgmanagement	69
12.3 Multidisciplinaire ICT	69
12.4 Privacy en informatiebeveiliging	70
12.5 Medische gegevens elektronisch delen	71
12.6 Multidisciplinaire huisvesting	72
<b>DEEL 2b   GEORGANISEERDE EERSTE LIJN</b>	
<b>DBC ketenzorg</b>	
<b>13   DBC Ketenzorg</b>	<b>75</b>
13.1 De ketenzorg	75
13.2 De patiënten	75
13.3 Meer in de eerste lijn behandelen	78
13.4 Uitkomsten	78
13.5 Leefstijl	78
<b>14   DBC Astma</b>	<b>81</b>
14.1 Indicatoren	81
14.2 Behandelaren	83
14.3 Ketenactiviteiten	84
<b>15   DBC COPD</b>	<b>85</b>
15.1 Indicatoren	86
15.2 Behandelaren	86
15.3 Ketenactiviteiten	87



<b>16   DBC Verhoogd vasculair risico (VVR)</b>	<b>88</b>
16.1 Indicatoren	89
16.2 Behandelaren	89
16.3 Ketenactiviteiten	90
<b>17   DBC Hart- en vaatziekten (HVZ)</b>	<b>91</b>
17.1 Indicatoren	92
17.2 Behandelaren	92
17.3 Ketenactiviteiten	94
<b>18   DBC Diabetes</b>	<b>95</b>
18.1 Indicatoren	96
18.2 Behandelaren	97
18.3 Ketenactiviteiten	97

## DEEL 2c | GEORGANISEERDE EERSTE LIJN

Regionale Ondersteuningsstructuur | ROS

<b>19   Regionale ondersteuningsstructuur</b>	<b>101</b>
---	------------

## DEEL 3 | MONODISCIPLINAIR ZORGAANBOD EERSTE LIJN

<b>20   Monodisciplinair zorgaanbod eerste lijn</b>	<b>105</b>
20.1 Huisartsenpraktijken	105
20.1.1 Praktijkondersteuners somatiek	108
20.1.2 Praktijkondersteuners GGZ	108
20.1.3 Praktijkondersteuners jeugd	110
20.1.4 Praktijkverpleegkundigen	113
20.2 Huisartsenpost	115
20.3 Apotheken	117
20.4 Dienstapotheek	119
20.5 Overige disciplines	120

## DEEL 4 | KWALITEITSBEVORDERING

<b>21   Deskundigheidsbevordering</b>	<b>123</b>
<b>22   Certificering en accreditering</b>	<b>126</b>
<b>23   Klachten, calamiteiten en VIM-meldingen</b>	<b>128</b>
23.1 Klachten	128
23.1.1 Klachtenregeling huisartsenzorg	128
23.1.2 Klachten huisartsenpraktijken	129
23.1.3 Klachten huisartsenpost	130
23.1.4 Klachten apotheken	130
23.2 Calamiteiten	131
23.2.1 Calamiteiten huisartsenpost	131
23.2.2 Overige calamiteiten	131
23.3 VIM meldingen	132
23.3.1 Algemeen	132
23.3.2 VIM meldingen huisartsenpost	132



## VOORWOORD

In dit jaarverslag laat de SGZ de activiteiten van 2018 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 meer dan vijftig overeenkomsten op diverse vlakken heeft gesloten. In deze overeenkomsten zijn 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 2017 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 ruim 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 2018. 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, dan wel waaraan de SGZ ondersteuning biedt. Op het vlak van de acute zorg betreft het de Huisartsenpost Zoetermeer en de Dienstapothek Zoetermeer. Daarnaast betreft het de zorg geleverd door huisartsenpraktijken, apotheken, verloskundigen, diëtisten, eerstelijns psychologen en fysiotherapiepraktijken. De SGZ heeft tevens voor alle huisartsen in het werkgebied de praktijkondersteuning GGZ en jeugd gecontracteerd en de ondersteuning door praktijkverpleegkundigen ouderenzorg. Voor deze ondersteuners vervult de SGZ de functie van werkgever.

### *Deel 4 | Kwaliteitsbevordering*

Deel 4 bevat informatie over deskundigheidsbevordering, certificering en accreditering. In dit deel is ook de afhandeling van klachten beschreven.

Veel cijfers in dit jaarverslag zijn door de SGZ uit het eigen managementinformatiesysteem gehaald. Doordat de SGZ op een nieuwe applicatie is overgegaan, zijn cijfers over 2018 niet altijd vergelijkbaar met cijfers gepubliceerd in voorgaande jaarverslagen. Waar in het huidige jaarverslag cijfers over meerdere jaren zijn getoond, betreft het wel altijd onderling vergelijkbare cijfers.





# 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 Kernegegevens	9
1.3 Samenwerkingsrelaties	10
<b>2   Bestuur, toezicht en medezeggenschap</b>	<b>11</b>
2.1 Raad van Bestuur	11
2.2 Bestuursverslag	12
2.3 Raad van Toezicht	15
2.4 Cliëntenraad	17
2.5 Ondernemingsraad	18
<b>3   Financieel jaarverslag</b>	<b>19</b>
<b>4   Sociaal jaarverslag</b>	<b>21</b>



# 1 | PROFIEL VAN DE ORGANISATIE



De Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer (SGZ) is een lokale eerstelijnszorgorganisatie van, voor en door huisartsen, apothekers en andere professionele hulpverleners in Zoetermeer en Benthuisen. Versterking van de kwaliteit en de samenhang van de eerstelijnszorg in Zoetermeer en Benthuisen: dat is de missie van de SGZ. De SGZ is ervan overtuigd dat alleen een sterke en samenhangende eerstelijnszorg de gevolgen van de vergrijzing en de toename van chronisch zieken 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 eerstelijnszorgaanbieders. 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 voor de samenwerking en samenhang binnen dat zorgaanbod 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 dienstapothek en de fysiotherapie.





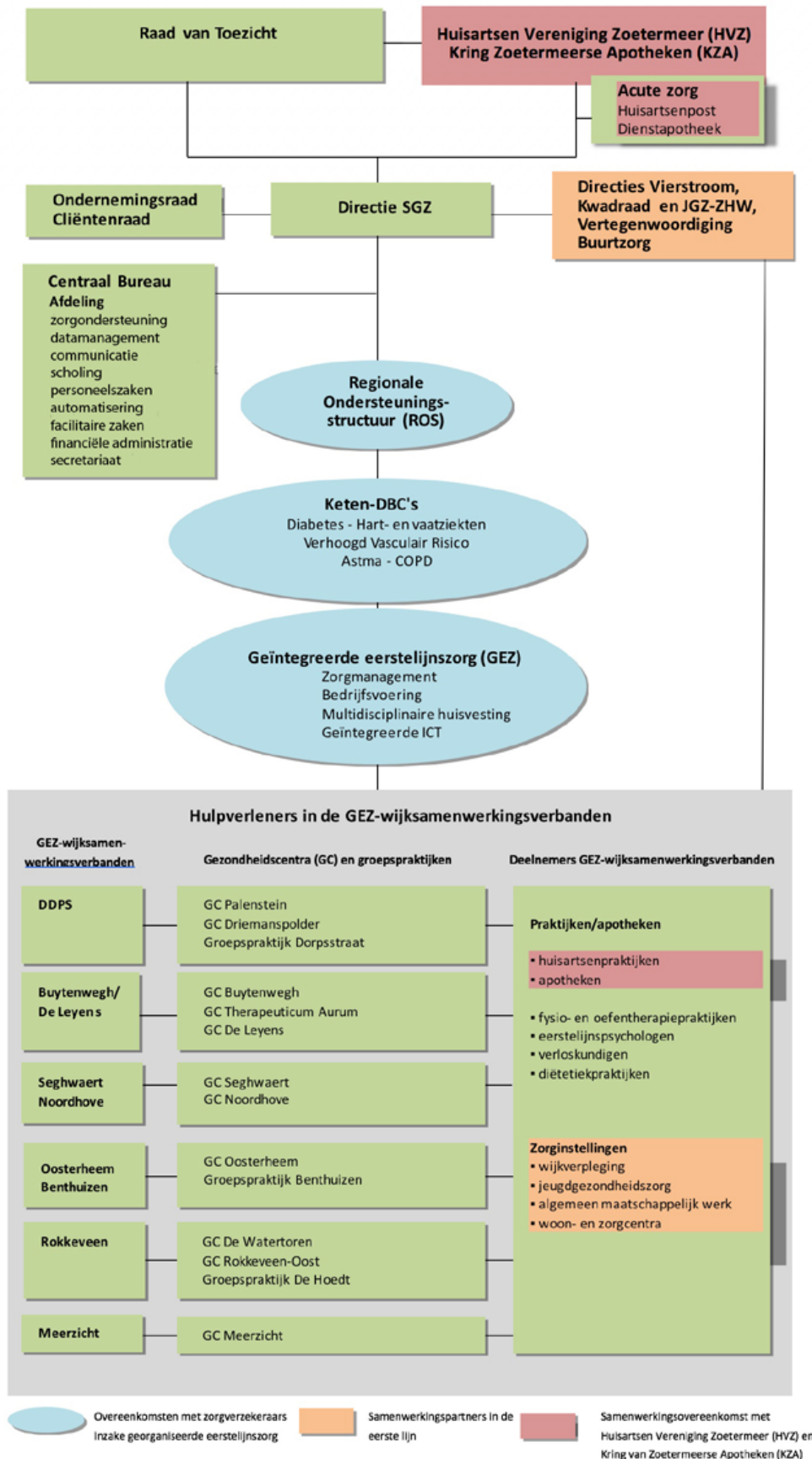


Het centraal bureau van de SGZ bestaat uit de afdelingen zorgondersteuning, datamanagement, communicatie, scholing, personeelszaken, automatisering, facilitaire zaken, financiële administratie, en secretariaat. Zij ondersteunen de hulpverlenende teams van de SGZ zelf, maar ook de zelfstandige beroepsbeoefenaren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

De directie vervult de formele werkgeversrol voor huisartsen en apothekers in dienst van de SGZ en geeft rechtstreeks leiding aan: 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 commissie Melding Incidenten Patiëntenzorg (MIP) en de commissie meldingen Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

## ORGANIGRAM SGZ



## 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.

Daarnaast is de SGZ beherend rechtspersoon voor de Huisartsenpost, de Dienstapotheek, en een aantal huisartsenpraktijken, fysio- en oefentherapiepraktijken en apotheken. De

SGZ treedt op als hoofdaannemer van een aantal segment 1- en segment 3 prestaties van huisartsenzorg, waaronder praktijkondersteuning GGZ, complexe ouderenzorg, hartfalen en palliatieve thuiszorg. Met de gemeente en zorgverzekeraars kent de SGZ een overeenkomst voor POH-jeugd.. Meer over dit aanbod is te vinden in het onderdeel 'Monodisciplinair zorgaanbod' (hoofdstuk 20) van dit jaarverslag.

De SGZ biedt facilitaire ondersteuning aan alle eerstelijns-hulpverleners die deel uitmaken van de wijksamenwerkingsverbanden. 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 2018. Patiënten kunnen bij meerdere onderdelen meetellen**

Discipline			
	GEZ	DBC-ketenzorg	SGZ als beherend rechtspersoon
Huisartsenpraktijken	127.662	21.734 <sup>1</sup>	37.320
Apotheken	127.067 <sup>2</sup>		55.293 <sup>2</sup>
Huisartsenpost			128.235 <sup>3</sup>
Dienstapotheek			128.235 <sup>3</sup>
POH-GGZ			4.978
DBC-ketenzorg			
DBC-ketenzorg astma		3.267	
DBC-ketenzorg COPD		1.123	
DBC-ketenzorg VVR		9.503	
DBC-ketenzorg HVZ		3.138	
DBC-ketenzorg DM2		6.994	
Zorgprogramma's			
Zorgprogramma CVA	1.892		
Zorgprogramma hartfalen	72		
Dementie	659		
S3 Prestatie Ouderenzorg	1.768		
Huisartsenzorg bij eerstelijnsverblijf ouderen	79		
Overige zorgprogramma's	Geen registratie op patiëntniveau. Zie hoofdstuk 10.		

<sup>1</sup> Sommige patiënten maken gebruik van meerdere keten-DBC's.

<sup>2</sup> Patiënten ingeschreven bij de apotheek die tevens bij een Zoetermeerse huisartspraktijk staan ingeschreven

<sup>3</sup> Het aantal patiënten van de Huisartsenpost en de Dienstapotheek 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 2018 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 1 en segment 3 prestaties van huisartsenzorg, waaronder praktijkondersteuning GGZ, complexe ouderenzorg, hartfalen en palliatieve thuiszorg, Dienstapothek en Huisartsenpost. In totaal gaat het om meer dan 50 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.

De SGZ onderhoudt vooral een intensieve relatie met de zorgverzekeraars CZ en Menzis. CZ is formeel de preferente zorgverzekeraar in Zoetermeer.

### 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), Jeugd-

gezondheidszorg Zuid-Holland West (voor de functies consultatiebureau en jeugdarts/jeugdverpleegkundige), en een groot aantal individuele, vrijgevestigde hulpverleners en organisaties.

### Samenwerking met de tweede lijn

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

Ten behoeve van de uitvoering van de landelijke bestuurlijke akkoorden voor Medisch Specialistische zorg, Wijkverpleging, en Huisartsen en Multidisciplinaire zorg in Zoetermeer is vanaf september 2018 het samenwerkingsverband 'Zorg Op de Juiste Plaats' ingesteld. Hieraan nemen naast de SGZ het LangeLand Ziekenhuis, de Reinier Haga Groep (waartoe het LangeLand behoort) en Fundis deel. Fundis is de overkoepelende organisatie over een groot aantal Verplegings- en Verzorgings- (V&V)-bedrijven die onder andere in Zoetermeer actief zijn. De deelnemers streven naar toetreding van de GGZ-organisaties Rivierduinen en Parnassia, om ook het vierde landelijke bestuurlijke akkoord voor de GGZ bij de beleidsvoering te betrekken.

Op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg functioneert daarnaast een niet-geformaliseerd afstemmingsoverleg tussen GGZ en eerste lijn, met als deelnemers: Parnassia Groep Zoetermeer, GGZ Rivierduinen Zoetermeer, Huisartsen Vereniging Zoetermeer (HVZ), Kwadraad, GZ-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. De SGZ heeft met de gemeente een overeenkomst voor de POH-jeugd en ontvangt van de gemeente een subsidie voor het project kwetsbare zwangeren.

### 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 directie kent een directiereglement.

#### Nevenfuncties

De heer A. Louwen had in 2018 één gehonoreerde nevenfunctie als lid van het bestuur van InEen. De heer H. van den Hoeven had in 2018 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.



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





## 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 wijksamenwerkingsverbanden, 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 eerstelijnszorgverleners in Zoetermeer en Benthuizen. De belangrijkste pijlers hiervan zijn multidisciplinaire huisvesting in de wijk en geïntegreerde ICT (met één huisartseninformatiesysteem en één apothekersinformatiesysteem voor alle huisartsen en apothekers).

Het beleid van de SGZ kan onderverdeeld worden aan de hand van drie werkterreinen, die elk hun eigen bekostiging hebben:

- monodisciplinair zorgaanbod (reguliere zorg overdag en acute zorg op ANW-tijden),
- multidisciplinair zorgaanbod (wijkgerichte, samenhangende eerstelijnszorg en ketenzorg), en
- ondersteuning & infrastructuur (bestuur en management, bedrijfsvoering en P&O, huisvesting en ICT).

- 12** De SGZ wil op deze werkterreinen 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.

De kracht van de SGZ is dat zij huisartsen, apothekers en andere eerstelijnszorgverleners 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.

### Ontwikkelingen

Het jaar 2018 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 was 'meer tijd voor de patiënt'. Er is in 2018 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.

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

1. Het inzetten van meer medewerkers in de huisartspraktijk, 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 van het werkgeverschap, zoals ziekte en disfunctioneren. 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 maximaal ontzorgd wordt op facilitair vlak en dat hij de uitvoering van bepaalde zorgactiviteiten ook aan andere medewerkers kan uitbesteden.

4. Verschuiving van de zorgvraag, bijvoorbeeld in de sfeer van e-health 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.
6. Uitbreiding huisartsformatie: in 2018 zijn voorbereidingen getroffen voor het realiseren van twee extra huisartspraktijken in de wijken Meerzicht en Oosterheem.

#### *Substitutie*

Substitutie van zorg in de tweede lijn naar zorg in de eerste lijn heeft vorm gekregen op het vlak van hartfalen, oogheelkunde, orthopedie en hotspotters. Hotspotters zijn patiënten die één of meerdere kenmerken of aandoeningen hebben die leiden tot een groot beroep op zorg en daarmee tot hoge zorgkosten (zie paragraaf 11.2). Voor deze onderwerpen gingen projecten van start of zijn projecten voorbereid die in 2019 uitvoering krijgen. Een triple aim visiedocument in de samenwerkingsrelatie met gemeente, ziekenhuis en thuiszorg is bestuurlijk geaccordeerd.



### 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 jeugdhulpverlenings-trajecten terechtkomen. Eind 2018 is gerealiseerd dat alle huisartsen gebruik kunnen maken van de hulp van een gespecialiseerde praktijkondersteuner jeugd (zie paragraaf 10.7 en paragraaf 20.1.3).

### Continuïteit

De SGZ heeft voorzien in de continuïteit van één huisartspraktijk waar de praktijkhouder met pensioen ging en geen opvolger had. De SGZ heeft de praktijk tijdelijk overgenomen en in goed overleg met de hagro besloten deze te verhuizen naar het gezondheidscentrum in de wijk.

### Goedkeuring IGJ elektronische gegevensuitwisseling

Bij een bezoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd is beoordeeld in hoeverre de elektronische gegevensuitwisseling tussen huisartsen en Huisartsenpost en apotheken en Dienstapothek op basis van het zogenaamde geen-bezwaar-systeem in overeenstemming was met de wet. De Inspectie kwam tot de conclusie dat het in Zoetermeer gaat om het gebruik van een systeem voor het bijhouden van elektronische dossiers binnen één zorgaanbieder. Dat betekent dat er naar het oordeel van de Inspectie geen sprake is van het beschikbaar stellen van gegevens via een elektronisch uitwisselings-systeem als bedoeld in de Wet Aanvullende Bepalingen Verwerking Persoonsgegevens in de Zorg. Voorafgaande toestemming van de patiënt voor gebruik van zijn gege-

vens door een waarnemer is dus niet vereist.

Aanvullend merkt de inspectie op “dat het beroepsgeheim niet geldt ten aanzien van personen die rechtstreeks betrokken zijn bij de hulpverlening. Sterker nog: een goede hulpverlening aan de patiënt is ermee gediend dat de uitwisseling van de noodzakelijke gegevens tussen de behandelaren onderling niet aan beperkingen onderhevig is. Degene die als vervanger van de hulpverlener optreedt tijdens diens afwezigheid, kan worden geïnformeerd zonder toestemming van de patiënt.

Daarbij geldt dat de gegevensverstrekking aan de betrokken andere hulpverlener niet verder mag gaan dan noodzakelijk is voor de te verrichten werkzaamheden of te geven consulten. (...) Voorts dient de gegevensverstrekking op een veilige manier te gebeuren. De inspectie ziet geen redenen om te twijfelen dat aan deze vereisten wordt voldaan bij de gegevensuitwisseling binnen de SGZ, op grond van de uitvoerige uitleg in uw brieven aan de inspectie.” (Uit: Rapport naar aanleiding van een e-health toezichtbezoek aan de SGZ, 14-12-2018)

### Bestuurlijke beoordeling

Het bestuur is buitengewoon content met de beoordeling van de Inspectie. Een belangrijke pijler van kwaliteit en patiëntveiligheid voor de Zoetermeerse eerste lijn - de volledige beschikbaarheid van medische dossiers in de waarneming - is hiermee fier overeind gebleven.

Het bestuur is tevreden met de in 2018 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 bescheiden positief resultaat is wenselijk uit oogpunt van continuïteit van de organisatie en het maatschappelijk vertrouwen dat de organisatie nodig heeft. Het resultaat bedroeg in 2018 0,4% van de bruto omzet (zie hoofdstuk 3).

Ten slotte is het bestuur blij met het bestendigde vertrouwen van hulpverleners en zorgverzekeraars, hetgeen onder meer tot uiting kwam in het voor het eerst afsluiten van een tweejarig in plaats van een eenjarig contract.

## Uitdagingen

### Arbeidsmarkt

De SGZ heeft al 44 jaar dezelfde uitdaging: in de praktijk brengen en laten zien dat een sterke eerste lijn (en een sterke eerstelijnsorganisatie) toegevoegde waarde biedt. Maar de urgentie om deze toegevoegde waarde te bieden, is 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. Tegelijkertijd stelt de steeds krappere arbeidsmarkt beperkingen aan personele uitbreiding als oplossing voor de toenemende zorgvraag. De SGZ zal samen optrekken met andere zorgaanbieders in de regio om tot een adequaat arbeidsmarktbeleid te komen.

### Huisvesting

De voorziene personele uitbreidingen op het vlak van praktijkondersteuning (POH) Ouderenzorg, Jeugd en GGZ, zijn in 2018 in belangrijke mate gerealiseerd. In 2019 zal dit verder



zijn beslag krijgen. Een belangrijke uitdaging blijft om voor dit nieuwe personeel ook adequate werkplekken te bieden die bij voorkeur zijn ingebed in de huisartsenpraktijken en gezondheidscentra of die tenminste dichtbij de huisartsenpraktijken liggen.

#### ICT

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,
3. volledige, veilige en efficiënte communicatie en gegevensuitwisseling bieden met ziekenhuizen, wijkverpleging en andere belangrijke zorgaanbieders,
4. over een adequaat patiëntenportaal en innovatie op het vlak van e-healthtoepassingen beschikken, en
5. een adequate informatievoorziening en een adequate beslissingsondersteuning bieden, die doelmatige zorg bevorderen.

#### Vrije tarieven

De grootste bezorgdheid van het bestuur betreft het fundament van het hedendaagse zorgstelsel in Nederland, namelijk de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars op inkoopkosten. Die bezorgdheid geldt niet in de eerste plaats de sectoren waar Hoofdlijnenakkoorden zijn gesloten, zoals de huisartsenzorg en wijkverpleging, hoewel ook in die sectoren zichtbaar is dat knelpunten

minder voortvarend worden opgepakt dan nodig is door een te weinig doortastende en te veel divergerende aanpak door zorgverzekeraars. De zorgen zijn wel levensgroot voor de farmacie en de fysiotherapie. Voor de fysiotherapie geldt dat uit de tarieven van zorgverzekeraars onmogelijk de kosten van de CAO Gezondheidscentra betaald kunnen worden.

Noodgedwongen hebben de werkgevers daarom de CAO opgezegd. Niet onterecht hebben de vakbonden geklaagd dat het toch onbestaanbaar is dat de zuinigheid van zorgverzekeraars een normale en echt niet goudgerande CAO voor hulpverleners doet sneuvelen. Voor de farmacie geldt dat zich daar een "race to the bottom" aftekent. Het knijpende inkoopbeleid van zorgverzekeraars heeft tal van repercussies voor zowel patiënten als medewerkers, en leidt tot veel onvrede. Het bestuur heeft daarom het initiatief van de Kring van Zoetermeerse Apotheken om een petitie aan de minister aan te bieden via de website [www.steunuwapotheek.nl](http://www.steunuwapotheek.nl) van harte ondersteund.

De vraag is of zorgverzekeraars enig verwijt treft, of dat het een rechtstreeks en gedwongen gevolg is van het stelsel. Geen zorgverzekeraar kan het zich immers permitteren duurder in te kopen dan de concurrent, en dus lokt elke besparing de andere besparing uit. Dit fenomeen kan de arbeidsmarktpositie van zorgaanbieders uithollen. De gewenste organisatiekracht van de eerstelijnszorg blijft hierdoor mogelijk onvoldoende in stand of komt onvoldoende tot stand. De SGZ zal niettemin graag de hand blijven uitsteken naar zorgverzekeraars om in gezamenlijkheid en goed partnerschap naar oplossingen te zoeken. Wellicht is het ook voor zorgverzekeraars een begaanbare weg om de

balans in de komende jaren te verschuiven naar meer gereguleerde tarieven en minder vrije tarieven.



## 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 2018 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 2018 uit de volgende personen:



Mw. M.A. Bäckes | 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



Mw. J.N. Belo | lid, op voordracht van de Ondernemingsraad



Mw. W.L. de Ru | lid, op voordracht van de cliëntenraad

### 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 managementletter 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 gebruikmaken 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 een functioneringsgesprek of beoordelingsgesprek.
- 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 bedroeg in 2018 € 151.000. 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;
- Vier vergaderingen van de Audit-commissie Financiën;
- Eén vergadering van de Commissie Arbeidsvoorwaarden Directie;
- Externe oriëntatiebijeenkomst.

### Besluiten en bespreekpunten

- Zelfevaluatie Raad van Toezicht;
- Toetsingskader Raad van Toezicht;
- De cyclus jaarverslag 2017, rapportages 2018 en werkplan en begroting 2019;
- Nieuw beleidsplan 2019- 2022 (zie kader);
- Gegevensuitwisseling binnen ICT-cluster huisartsen en apotheken (zie kader);
- Meer tijd voor de patiënt (zie kader);
- Overname huisartspraktijk en verplaatsing naar gezondheidscentrum;
- Onderzoek naar medewerkerstevredenheid;
- Onderzoek naar tevredenheid hulpverleners over dienstverlening;
- Wachttijden apotheken;
- De samenwerkingsovereenkomst tussen SGZ en gemeente inzake POH Jeugd;
- Implementatie AVG;
- Crisiscommunicatie.

### Meer tijd voor de patiënt

Halverwege 2018 is de formatie praktijkverpleging en praktijkondersteuning uitgebreid met bijna 10 fte ten opzichte van het jaar ervoor. Overeenstemming is bereikt met twee hagro's om een nieuwe huisartspraktijk te realiseren, één in Oosterheem en één in Meerzicht.

### Gegevensuitwisseling binnen ICT-cluster huisartsen en apotheken

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft onderzocht of de gegevensuitwisseling tussen huisartsen en Huisartsenpost en apotheken en Dienstapothek, in overeenstemming was met wetgeving op het vlak van privacy. De Zoetermeerse manier van werken op basis van geen bezwaar is cruciaal voor kwaliteit en patiëntveiligheid. De Raad van Toezicht is verheugd dat de Inspectie heeft geoordeeld dat de Zoetermeerse werkwijze in overeenstemming is met de wet.

### Nieuw vierjarig beleidsplan

Er ligt weer een mooi nieuw en ambitieus vierjarig beleidsplan met de titel 'Enthousiasme voor de eerstelijnszorg in Zoetermeer en Benthuizen'. Met een mission statement, het model Zoetermeer en kwaliteit voorop, en met vier prioriteiten:

1. Meer tijd voor de patiënt;
2. Verbetering van de zorg voor kwetsbare ouderen;
3. Zinnige en zuinige zorg in de relatie ziekenhuis – eerstelijns en
4. E-health toepassingen en online toegankelijk maken van patiëntendossier.



## 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 2018 uit de volgende leden:

- Dhr. F.A. de Neyn van Hoogwerff, voorzitter
- Mw. S. Verburg-Willemsse
- Dhr. M. Toetenel
- Mw. E.M. Eveleens
- Dhr. R. Zinck

Leden van de cliëntenraad kunnen maximaal twee zittings-termijnen van vier jaar lid zijn van de raad. De heer U. van Busschbach trad daarom af in april 2018 vanwege het bereiken van de maximale zittingstermijn van acht jaren. Ook mevrouw W. de Ru trad in april 2018 af, zij was een jaar lid van de cliëntenraad. Mevrouw de Ru is benoemd als lid van de Raad van Toezicht. Twee nieuwe leden werden in maart 2018 benoemd: mw. E.M. Eveleens en dhr. R. Zinck.

De cliëntenraad en de directie van de SGZ overlegden in 2018 vier keer met elkaar. Elk overleg met de directie werd door de cliëntenraad voorbereid tijdens een informeel overleg.

Het overleg met de directie gaat vooral over onderwerpen waarbij de kwaliteit van de zorgverlening in relatie tot het belang van de cliënten centraal staat. In 2018 sprak en adviseerde de cliëntenraad onder andere over:

- Substitutieprojecten orthopedie en oogheelkunde en adviseerde positief;
- Voortgang LSP-toestemmingen: over de voorlichting en communicatie naar cliënten is uitgebreid geadviseerd;
- Patiëntenportalen en de persoonlijke gezondheidsomgeving: over het wel of niet starten van het uitgebreide traject is door de raad positief geadviseerd, waarbij de privacy van cliënten uitgebreid aan de orde is geweest. Vanwege het grote cliëntbelang zal een cliëntenraadslid aan het project deelnemen;

- De AVG: dit onderwerp is een aantal keren besproken en er is positief geadviseerd, o.a. over de inhoud van privacyverklaring voor cliënten;
- Beleidsplan SGZ 2019-2022 en het bestuurlijk werkplan 2018 zijn uitgebreid besproken;
- De Wet Medezeggenschap Cliëntenraden in de Zorg.

Daarnaast vonden er twee themabijeenkomsten plaats:

- Voorafgaand aan de advisering heeft de cliëntenraad een uitgebreide thema-avond inclusief presentatie gehad over de aanpak en uitwerking van de AVG binnen de SGZ.
- De gecombineerde leefstijlinterventie: de cliëntenraad heeft ook over dit onderwerp een uitgebreide presentatie gehad. Het belang van deze interventie en de pilootaanpak van de SGZ wordt door de raad onderschreven, het onderwerp krijgt in 2019 nog een vervolg.

Onderwerpen die daarnaast regelmatig terugkomen in het overleg met de directie zijn:

- Wachttijden, werkdruk en bezetting op de huisartsenpost;
- Wachttijden apotheken;
- Polyfarmacie;
- Ketenzorg;
- Zelfzorg;
- Jeugdzorg/POH-jeugd;
- Project hotspotters en
- Telefonische bereikbaarheid huisartsen.





## 2.5 ONDERNEMINGSRAAD

“Wij dragen als OR bij aan de verbindingskracht van de SGZ”, zo luidt de missie van de ondernemingsraad (OR) van de SGZ.

De SGZ heeft een 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.

In 2018 vergaderde de OR vijfmaal zonder en viermaal met de directie. Hiermee hield de OR zicht op goede voorzieningen en behoud van werk. De SGZ is een gezonde organisatie met hardwerkende en betrokken medewerkers, die kwalitatief hoogwaardige zorg aanbiedt. De OR streeft ernaar om het belang van de medewerkers te vertegenwoordigen en de zorg te bewaken in samenwerking met de directie en de organisatie.

Met ingang van 1 augustus heeft mevr. H. Wolvekamp vanwege drukke werkzaamheden afscheid genomen van de OR. Wij danken haar hartelijk voor haar jarenlange inzet als lid en secretaris. Na een wervingsactie verwelkomden wij twee nieuwe leden: mevrouw C. de Graaf en mevrouw A. Woltjer.

### Samenstelling per 31-12-18

De OR bestond op 31 december 2018 uit de volgende leden:

- Mevrouw I. Woerlee (fysiotherapeut De Watertoren), voorzitter;
- Mevrouw M. Hakkeling (huisarts Noordhove), vicevoorzitter;
- De heer C. Verweij (apotheker Oosterheem), algemeen lid;
- Mevrouw C. de Graaf (coördinator en triagist HAP), algemeen lid en
- Mevrouw A. Woltjer (adviseur zorgstaf), algemeen lid.

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

- Mevrouw Woerlee vertegenwoordigde de OR in 2018 in het Arboteam, het structurele overleg over de arbeidsomstandigheden met personeelszaken en de preventie-medewerker.
- Mevrouw Woerlee, mevrouw De Graaf en mevrouw Woltjer nemen de vakbladen door en halen daar belangrijke zaken uit.
- Mevrouw Hakkeling en mevrouw Woltjer verzorgen de OR-nieuwsbrief die minstens vier keer per jaar wordt verspreid onder de SGZ-medewerkers.
- Mevrouw Hakkeling en de heer Verweij houden zich bezig met de financiën van de SGZ, zoals de financiële verslagen en de begroting.
- De heer Verweij 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

- Overname van de huisartsenpraktijk van de heer W. Adam;
- Verzuimpreventie en
- AVG toepassen voor medewerkers.

### Instemming

- Regeling communicatiefaciliteiten.

Verder besteedde de OR in 2018 aandacht aan de volgende onderwerpen:

- De bijeenkomsten voor nieuwe medewerkers;
- Voordracht van mevr. J.N. Belo als kandidaat namens de OR voor de Raad van Toezicht (RvT);

Mevrouw Belo is per 1 maart 2018 toegetreden tot de RvT;

- Werving van nieuwe leden;
- Communicatie met de achterban;
- Ontmanteling van de CAO gezondheidscentrum per 1 maart 2019;
- De OR heeft contact met de OR van Gezondheidscentrum Lunetten, Utrecht. We streven ernaar eens per jaar een overleg te plannen met een vertegenwoordiging van beide OR's.

In 2019 zal de OR zich intensief gaan bezighouden met de ontmanteling van de CAO en meedenken over goede arbeidsvoorwaarden voor alle medewerkers. Daarnaast zal de OR het thema 'Zorg voor de medewerkers' vanuit meerdere gezichtspunten gaan belichten.



## 3 | FINANCIËEL JAARVERSLAG



### 3.1 ALGEMEEN BEELD

De SGZ heeft in 2018 een positief resultaat behaald van circa € 143.000 voor belastingen. Dat is circa 0,4% 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 2018 met 4,3% gestegen naar € 35,3 miljoen. De lasten stegen met 5,6% naar € 35,4 miljoen. De resultaten van de diverse disciplines en bedrijfsonderdelen van de SGZ vertonen een stabiel beeld. De solvabiliteit van de SGZ is gestegen naar 39,5% en blijft op een zeer solide peil. De liquiditeitspositie is met € 1,6 gedaald, voornamelijk door versneld aflossen op langlopende leningen. De current ratio is gedaald en bedraagt nu 1,03.





## 3.2 STAAT VAN BATEN, LASTEN EN BALANS

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

	Exploitatie 2017	Exploitatie 2018
Subsidies en tarief geïntegreerde eerstelijnszorg	3.756	3.833
Ketenzorg	4.866	4.986
Hulpverlening	22.084	22.613
Verhuur	1.825	1.937
Overige baten uit dienstverlening	1.315	1.949
<b>Totaal baten</b>	<b>33.846</b>	<b>35.317</b>
Kostprijs geneesmiddelen	-/- 7.553	-/- 7.418
<b>Bruto marge</b>	<b>26.293</b>	<b>27.899</b>
Personeel	19.305	20.415
Afschrijvingen	1.087	1.578
Huisvesting	2.223	2.075
Praktijkkosten	355	360
Organisatie	2.983	3.548
<b>Totaal lasten</b>	<b>25.953</b>	<b>27.976</b>
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering, voor belastingen	340	-76
Financiële baten en lasten *)	-306	-219
<b>Resultaat voor belastingen</b>	<b>646</b>	<b>143</b>
Belastingen	46	92
<b>Resultaat na belastingen</b>	<b>600</b>	<b>51</b>

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

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

	Per 31-12-2017	Per 31-12-2018
<b>Activa</b>		
Vaste activa	7.213	6.905
Financiële vaste activa	1.431	1.311
Voorraden	539	503
Debiteuren en vorderingen	2.594	2.352
Liquide middelen	6.103	4.534
<b>Totaal activa</b>	<b>17.880</b>	<b>15.605</b>
<b>Passiva</b>		
Groepsvermogen en voorzieningen	7.761	7.798
Langlopende schulden	1.535	625
Kortlopende schulden	8.584	7.182
<b>Totaal passiva</b>	<b>17.880</b>	<b>15.605</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 2018 gedaald naar 17,4% (in 2017 was dit 18,0%).
- Solvabiliteit is het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal. De solvabiliteit van de SGZ komt uit op 39,5% (in 2017 was dit 34,2%).



## 4 | SOCIAAL JAARVERSLAG



Het personeelsbeleid van de SGZ heeft de volgende primaire doelstellingen:

1. Zorgdragen 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 Personeel & Organisatie, zoals ondersteuning bij werving en selectie, de personeelsadministratie, het opstellen van rapportages en advisering, heeft 2018 op personeel vlak vooral in het teken gestaan van het arbeidsvoorwaardenbeleid.

### Arbeidsvoorwaardenbeleid

In 2018 is besloten om na meer dan 20 jaar de CAO gezondheidscentra per 1 maart 2019 te beëindigen. Dit betekent dat de CAO Huisartsenzorg gaat gelden voor medewerkers van de huisartspraktijken, huisartsenpost

en het centraal bureau. De CAO Apotheken gaat gelden voor de medewerkers van de apotheken. Een adviesregeling van InEen gaat gelden voor de overige medewerkers, om zodoende tot harmonisatie van arbeidsvoorwaarden te komen.



## Kengetallen

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

	2016	2017	2018
<b>Aantal formatieplaatsen</b>	<b>176,2</b>	<b>186</b>	<b>196</b>
Aantal medewerkers	280	301	325
Instroom/uitstroom in 2018	58/53	69/59	92/68
Vrouwen	241 (86,1%)	263 (87,4%)	281 (86,5%)
Mannen	39 (13,9%)	38 (12,6%)	44 (13,5%)
Leeftijd 15-24 jaar	14 (5,0%)	21 (6,9%)	19 (5,8%)
Leeftijd 25-34 jaar	59 (21,1%)	58 (19,3%)	70 (21,5%)
Leeftijd 35-44 jaar	52 (18,6%)	57 (18,9%)	59 (18,2%)
Leeftijd 45-54 jaar	93 (33,2%)	98 (32,6%)	108 (33,2%)
Leeftijd 55-en ouder	62 (22,1%)	67 (22,3%)	69 (21,3%)
Contract voor bepaalde tijd	55 (12,9%)	53 (17,6%)	58 (17,8%)
Contract voor onbepaalde tijd	225 (68,2%)	248 (82,4%)	267 (82,2%)

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

	2016	2017	2018
<b>Totaal</b>	<b>4,99%</b>	<b>4,5%</b>	<b>5,7%</b>
Meldingsfrequentie	0,80	0,81	0,89
Loonschade door ziekteverzuim			
• Als absoluut bedrag	€ 311.944	€ 292.578	€ 352.430
• Als percentage van de loonsom	4,4%	4,1%	4,4%

**Tabel 4c | Uitgaven deskundigheidsbevordering SGZ-medewerkers**

	2016	2017	2018
Nascholing	€ 229.937	€ 188.226	217.439
Oriëntering	€ 124.958	€ 134.292	120.912
Totale uitgaven	€ 354.895	€ 322.518	338.351
<b>Percentage van de bruto loonsom</b>	<b>4,1%</b>	<b>3,4%</b>	<b>3,3%</b>



# DEEL 2A

# GEORGANISEERDE EERSTE LIJN

## GEÏNTEGREERDE EERSTELIJNSZORG | GEZ

### DEEL 2a | GEORGANISEERDE EERSTE LIJN

Geïntegreerde Eerstelijnszorg | GEZ

<b>5   Versterking eerste lijn</b>	<b>25</b>
5.1 Waarborgen van continuïteit en beschikbaarheid	25
5.2 Samenwerking eerstelijnszorg in de wijk	27
5.3 Welzijn op recept	27
<b>6   Geneesmiddelen</b>	<b>30</b>
6.1 Doelmatige geneesmiddelenvoorziening	30
6.2 Medicatieveiligheid	33
<b>7   Eerstelijnsdiagnostiek en DTO</b>	<b>34</b>
7.1 Laboratoriumonderzoek	34
7.2 Functieonderzoek	35
7.3 Beeldvormende diagnostiek	36
<b>8   Bijdragen aan zinnige en zuinige (medisch specialistische) zorg</b>	<b>37</b>
8.1 Zinnige en zuinige zorg	37
8.2 Kosten van medisch specialistische zorg	38
8.3 Verwijzingen van huisartsen	40
8.4 Substitutie van zorg	43
8.5 Diepe veneuze trombose en longembolie	43
8.6 Kleine chirurgische ingrepen	44
8.7 Zorg op de juiste plek (ZOJP)	44





<b>9   E-health</b>	<b>46</b>
9.1 MijnGezondheid.net	46
9.2 E-health eerstelijns GGZ	47
9.3 Inspectiebezoek in het kader van het toezicht op e-health	48
<b>10   Zorgprogramma's</b>	<b>49</b>
10.1 Complexe ouderenzorg	49
10.1.1 Zorgprogramma kwetsbare ouderen (in ontwikkeling)	49
10.1.2 Zorgprogramma dementie	51
10.1.3 Ouderen in woonzorgcentra	53
10.1.4 S3 prestatie ouderenzorg	54
10.1.5 Tijdelijk verblijf in de eerste lijn	57
10.2 Zorgprogramma's GGZ	59
10.3 Zorgprogramma palliatieve zorg	60
10.4 Zorgprogramma CVA	61
10.5 Zorgprogramma hartfalen	62
10.6 Zorgprogramma kwetsbare zwangeren	62
10.7 Praktijkondersteuning jeugd	63
<b>11   Zorgvernieuwing</b>	<b>65</b>
11.1 Positieve gezondheid	65
11.2 Hotspotters	66
11.3 Complexe zorgvragen	67
<b>12   Organisatie en infrastructuur</b>	<b>68</b>
12.1 Multidisciplinaire bedrijfsvoering	68
12.2 Zorgmanagement	69
12.3 Multidisciplinaire ICT	69
12.4 Privacy en informatiebeveiliging	70
12.5 Medische gegevens elektronisch delen	71
12.6 Multidisciplinaire huisvesting	72

## 5 | VERSTERKING EERSTE LIJN



### 5.1 WAARBORGEN VAN CONTINUÏTEIT EN BESCHIKBAARHEID

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

De uitdagingen die op de eerstelijnszorg afkomen – als gevolg van vergrijzing, toename van chronische morbiditeit, vermindering van intramurale capaciteit en dus meer complexe patiënten in de thuissituatie tegenover een slechts beperkte groei van budgetten en toenemende schaarste op de arbeidsmarkt – werpen hun schaduw vooruit op deze kerntaak.

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 de beschikbare capaciteit zo veel mogelijk in lijn te houden met de benodigde zorg. Dat kan door het realiseren van een over de volle breedte op elkaar afgestemd zorgaanbod, door het bundelen van management en organisatiekracht en inzet van moderne ICT-toepassingen. Niet alleen binnen de eerstelijnszorg, maar ook door afstemming en samenwerking in de acute zorg, ouderenzorg, ketenzorg, geestelijke gezondheidszorg, geneesmiddelenvoorziening, regionale transmurale afspraken, eerstelijns-

diagnostiek, jeugdzorg, wijkteams, zelfmanagement en de toepassing van e-health.

De beschikbaarheid van de eerstelijnszorg stond in het verslagjaar onder grote druk van toenemende personeelstekorten en onvervulbare vacatures.

#### Personeelstekorten wijkverpleging

Binnen de eerste lijn was het voor de wijkverpleging het meest problematisch om vacatures te vervullen. De beide aanbieders waarmee de SGZ een samenwerkingsovereenkomst heeft 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. Hierdoor neemt de druk op de V&V-teams toe met als gevolg dat medewerkers (dreigen) uit (te) vallen. Het resultaat is dat verzoeken om inzet van wijkverpleging door Vierstroom, Buurtzorg en Privazorg regelmatig afgewezen worden. Dit raakt met name cliënten die een intensieve zorgvraag hebben, zoals palliatieve zorg. De patiënt, mantelzorger 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 2018 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 gebrekiger 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 is in 2018 stedelijk overleg georganiseerd waarvoor alle V&V-organisaties die in Zoetermeer en Benthuzen actief zijn, en een aantal huisartsen zijn uitgenodigd. Het doel van dit overleg is om vanuit een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid, gezamenlijk te verkennen welke oplossingen denkbaar zijn. Op

grond hiervan zijn drie werkgroepen aan de slag gegaan met de thema's 'Probleeminventarisatie', 'Samenwerken/Virtueel team' en 'Centraal triagepunt'. Dit overleg krijgt in 2019 een vervolg.

### Huisartsenpraktijken

In de huisartsenpraktijken in Zoetermeer is het probleem van onvervulbare huisartsvacatures zoals dat op diverse plaatsen in Nederland speelt, niet aanwezig.

Wel zijn er toenemende problemen bij het vervullen van vacatures voor doktersassistenten en consulterende specialisten ouderengeneeskunde.

De SGZ spant zich op een aantal vlakken in, waaronder de organisatie van een pool van doktersassistenten en de oriëntatie op het aantrekken van zelfstandige (vrij)gevestigde specialisten ouderengeneeskunde (zie hoofdstuk 10.1).

### Huisartsenpost

Op de huisartsenpost is het 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 2018 vaak onmogelijk of alleen mogelijk tegen exorbitante waarnemertarieven.

### Apotheken

In de apotheken is een tekort aan apothekersassistenten steeds voelbaarder. De SGZ organiseert een pool van assistentes en bevordert de instroom van stagiaires en medewerkers via de beroepsbegeleidende leerweg.

### Eerstelijnspsychologen

Met de pensionering van één van de GZ-psychologen in de eerste lijn en het vertrek van een andere naar het buitenland, zijn de wachttijden voor de psychologen toegenomen. De gezamenlijke psychologen en de SGZ hebben zich ingezet om GZ-psychologen te interesseren in vestiging in Zoetermeer. Daartoe biedt de SGZ facilitaire ondersteuning aan: een Elektronisch Patiëntendossier (Medicore), declaratieondersteuning en huisvesting in gezondheidscentra. Inmiddels hebben zich twee psychologen gevestigd. De SGZ streeft naar verdere uitbreiding.



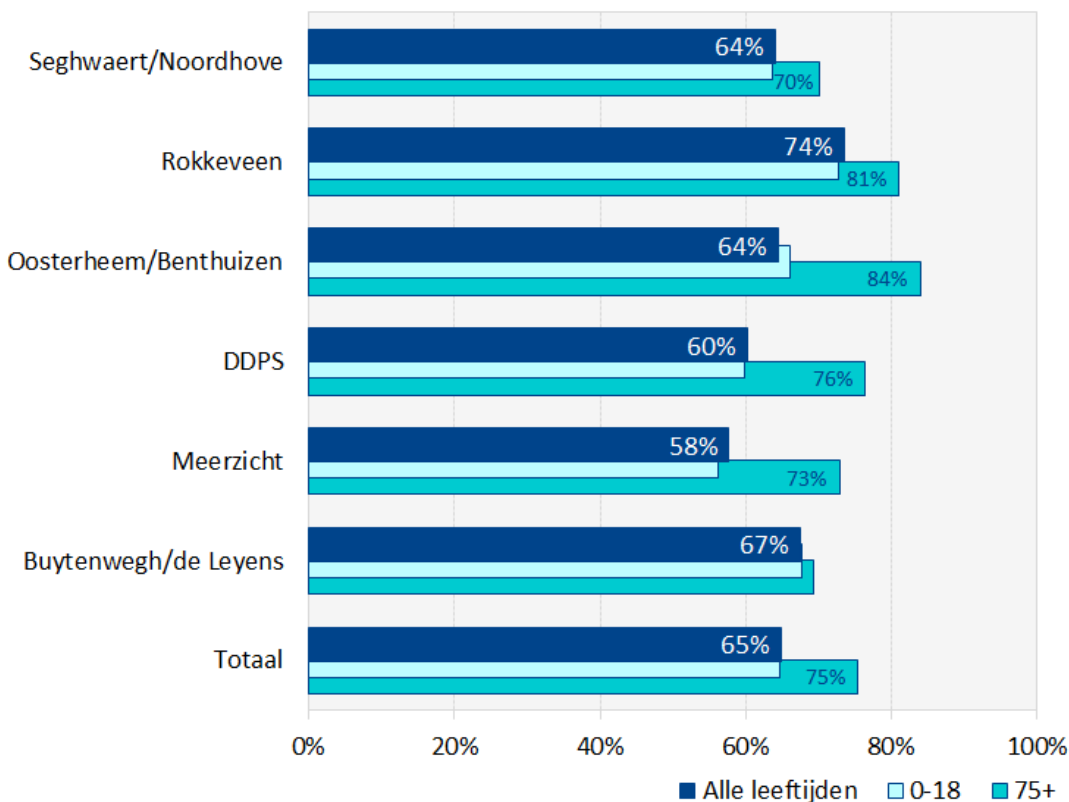
## 5.2 SAMENWERKING EERSTELIJNSZORG IN DE WIJK

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 de 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. Zoals uit onderstaande grafiek blijkt, wordt dit percentage in alle wijken wel gehaald voor ouderen, maar niet in alle wijken voor de gehele wijkbevolking.

Grafiek 5.2 | Percentage inwoners met een huisarts in de eigen wijk (2018)



## Interdisciplinaire samenwerking

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 en omstreken en de aanbieders van wijkverpleging (Vierstroom Zorg Thuis en Buurtzorg), zijn in 2018 de volgende afspraken gemaakt:

- Het project NCare (zie paragraaf 6.2) 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 WelThuis) hebben NCare als ondersteuning van de eigen werkprocessen positief beoordeeld. Dit heeft ertoe geleid dat de vier deelnemende organisaties – de Kring Zoetermeerse Apotheken, Vierstroom Zorg Thuis, Buurtzorg Zoetermeer en WelThuis – akkoord zijn gegaan met de structurele inbedding van NCare in het proces medicatieveiligheid. 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 paragraaf 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*

De samenwerking tussen huisartsen en de Zoetermeerse verloskundigenpraktijken is vastgelegd in diverse werkafspraken:

- Werkafpraak berichtgeving verloskundige-huisarts-apotheek;
- Werkafpraak huisarts-verloskundige voor de Huisartsenpost;
- Werkafpraak anticonceptie;
- Werkafpraak incontinentie en bekkenbodemdysfuncties;
- Werkafpraak miskraam;
- Werkafpraak tetanusprofyaxe.

De SGZ heeft 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 en de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Meer hierover is te lezen in paragraaf 10.6.

### *GGZ basiszorg*

De GGZ basiszorg bestaat in Zoetermeer uit de zorg door de huisartsenpraktijk (huisarts, POH-GGZ), de GZ-psychologen in de eerste lijn en het algemeen maatschappelijk werk. De samenwerking in de GGZ basiszorg is vastgelegd in werkafspraken over verwijzing, tussentijdse rapportage en verslaglegging. Bij alle disciplines stond in het verslagjaar het gebruik van e-mental health centraal: in de huisartsenpraktijk betreft dit de applicaties van Mind District en een beslissingsondersteunend instrument Transparant Next.



De samenwerking tussen POH-GGZ en de medewerkers in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) is in het verslagjaar geïntensiveerd. De gemeente Zoetermeer koopt OGGZ in bij de wijk SPV-ers en ervaringsdeskundigen GGZ van Rivierduinen. Daarnaast organiseert de gemeente de wijkzorgnetwerken in het sociaal domein. Hieraan zijn aanvoerders en procescoördinatoren verbonden. De praktijkondersteuners GGZ hebben in meerdere bijeenkomsten kennisgemaakt met deze functionarissen en hebben praktische samenwerkingsafspraken gemaakt. Naar aanleiding van de kennismakingsbijeenkomsten gingen de kaderhuisarts GGZ en enkele POH's GGZ een dagdeel meelopen met de wijk SPV-ers en de aanvoerders van de gemeente.

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

De samenwerking tussen huisartsen en de Zoetermeerse fysio- en oefentherapiepraktijken is vastgelegd in de 'Algemene samenwerkingsafspraken huisartsen – fysiotherapeuten Zoetermeer'. Centraal daarin staat het volgen en uitvoeren van de afspraken over afwachtend beleid, over de inhoud van verwijfsbrief, het screeningsformulier (bij directe toegankelijkheid fysiotherapie) en het eindverslag. In diverse bijeenkomsten van wijksamenwerkingsverbanden is de samenwerking uitgewerkt:

- De verwijfsmogelijkheden zijn geëxpliciteerd op het gebied van o.a. claudicatio, artrose, somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en de multidisciplinaire aanpak bij oncologie.
- In de meeste wijksamenwerkingsverbanden is bovendien het aanbod van beweegprogramma's aan de orde geweest voor mensen met diabetes, COPD, astma, of hart- en vaatziekten.

## 5.3 WELZIJN OP RECEPT

Patiënten met psychosociale problemen, kunnen veel hinder ondervinden van bijvoorbeeld afwezigheid van een zinvolle dagbesteding, het ontbreken van betekenisvolle contacten of het gebrek aan bewegen.

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

in juni 2017 met "Welzijn op recept" gestart. 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 2018 verwezen zorgverleners 109 keer naar een sociaal makelaar (2017: 40 verwijzingen). De voornaamste verwijzers zijn: praktijk- of wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners en huisartsen. De samenwerkingsafspraken zijn in 2018 geëvalueerd (onder andere in de wijksamenwerkingsverbanden) en waar nodig aangepast.

## 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. Vanaf 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 zes groepen op dezelfde manier uitgevoerd. De groepen functioneren op FTO-niveau 4. Dat betekent dat zij SMART doelstellingen formuleren en de FTO-afspraken een jaar later evalueren met cijfers. De resultaten van de deelnemende artsen worden in het FTO op naam getoond, afgezet tegen het gemiddelde van Zoetermeer.

Inmiddels zijn er op de volgende gebieden FTO-afspraken opgesteld in de vorm van een Zoetermeers formulier: bijwerkingen, vitamines, polyfarmacie, palliatieve zorg, pijnbestrijding, maagmiddelen, hypertensie, cholesterolverlagers, NOAC's, atriumfibrilleren, hartfalen, osteoporose,

reuma, migraine, depressie, delier, parkinson, duizeligheid, ADHD, lagere luchtweginfecties, hooikoorts, astma en COPD, dermatica, psoriasis, orale antidiabetica, schildklieraandoeningen, anticonceptie, spruw, overgangsklachten, urineweginfecties, nierfunctiestoornissen en mictieklachten.

In 2018 zijn in de FTO's de volgende onderwerpen besproken:

- Parkinson;
- Duizeligheid;
- Overgangsklachten;
- Vitaminen.

In het FTO Parkinson is voorlichting gegeven over de tweedelijnsbehandeling, de (bij-)effecten waar men

in de eerste lijn alert op moet zijn, onder andere bij de behandeling van comorbiditeit, en de therapietrouw.

In het FTO Duizeligheid is afgesproken geen betahistine meer voor te schrijven bij duizeligheidsklachten, maar de patiënten niet-medamenteuze adviezen te geven. Bij bestaande gebruikers van duizeligheidsmedicatie wordt gestreefd naar vermindering van het gebruik.

De afspraken in het FTO Overgangsklachten waren gericht op het terugdringen van anticonceptiegebruik bij overgangsklachten, en het voorkomen van langdurig gebruik van overgangsmedicatie.



Na tien jaar stedelijke FTO's is de structuur geëvalueerd, wat onder meer heeft geresulteerd in aparte feedbackbesprekingen. Eenmaal per jaar worden in een extra bijeenkomst per wijk de resultaten van de afspraken uit het jaar ervoor teruggekoppeld, waardoor hier meer ruimte voor is dan zoals voorheen in het FTO zelf. In 2018 zijn in deze extra bijeenkomst tevens de belangrijkste afspraken van de afgelopen tien jaar in quizvorm (Kahoot!) de revue gepasseerd. Om de kwaliteit van de presentaties nog verder te verhogen, geven de EKC-ers (Erkend Kwaliteits Consulent) bij elk nieuw ontwikkeld FTO advies.

In de feedbackbijeenkomst van 2018 is uitgebreid aandacht besteed aan het FTO NOAC's uit 2017. Het aantal therapie-ontrouwe patiënten (risicovol bij NOAC-gebruik) lijkt iets toegenomen te zijn, zowel landelijk als in Zoetermeer. Mogelijk is dat toe te schrijven aan het toegenomen gebruik van dit type medicatie. De therapietrouw is in Zoetermeer nog altijd boven landelijk niveau. Een andere FTO-afpraak gold de jaarlijkse controle van de nierfunctie bij gebruikers. Bij terugkoppeling bleek dat nog bij 14% van de patiënten die na het FTO een NOAC voorgeschreven hadden gekregen geen eGFR in het diagnostisch

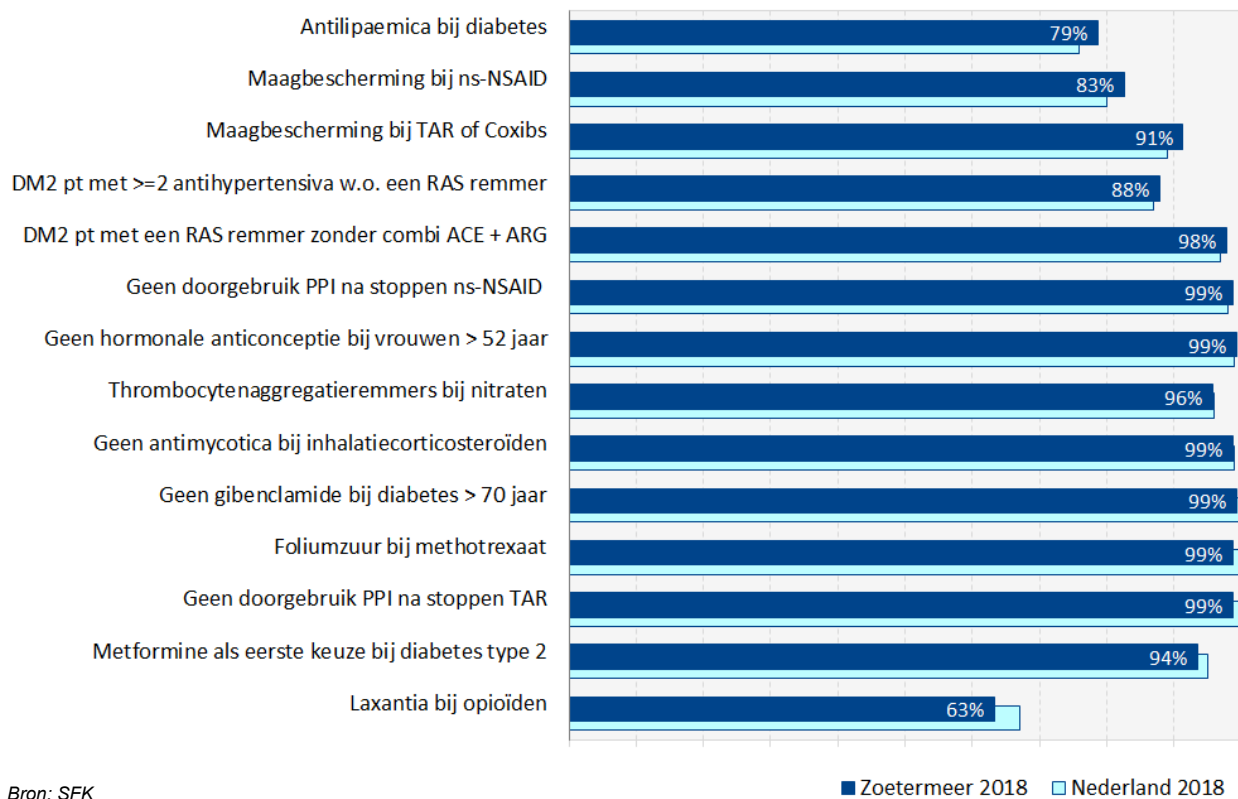
dossier was vastgelegd sinds een jaar voor het FTO. Deels bleek de nierfunctie wel (vanuit de tweede lijn) bekend te zijn, maar niet juist ingevoerd. Er zijn nu afspraken gemaakt om bij alle gebruikers een signaal op te nemen dat bij volgende uitgifte van de medicatie gecontroleerd moet worden of een recente nierfunctie vastgelegd is.

### Belonen op uitkomsten

#### Apotheken

Apotheken kunnen in hun contracten met verzekeraars extra inkomsten verwerven door systematisch te werken aan goed medicijngebruik door hun patiënten. De apotheken in het werkgebied van de SGZ gebruiken daartoe onder andere Medisch Farmaceutische Beslisregels (MFB's). Deze MFB's komen ook terug in de indicatoren van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (Kwaliteitshandboek Farmacie). Na jarenlange sturing op kwaliteitsindicatoren heeft heel Nederland een zeer hoog niveau op deze indicatoren bereikt; men concludeert dat het plafond wel bereikt lijkt te zijn. Ook bij de Zoetermeerse apotheken is dit te zien. Hieronder de resultaten op de indicatoren van Zoetermeer en Nederland.

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



Bron: SFK





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 2018 op vier van deze 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. Zorgverzekeraar 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.

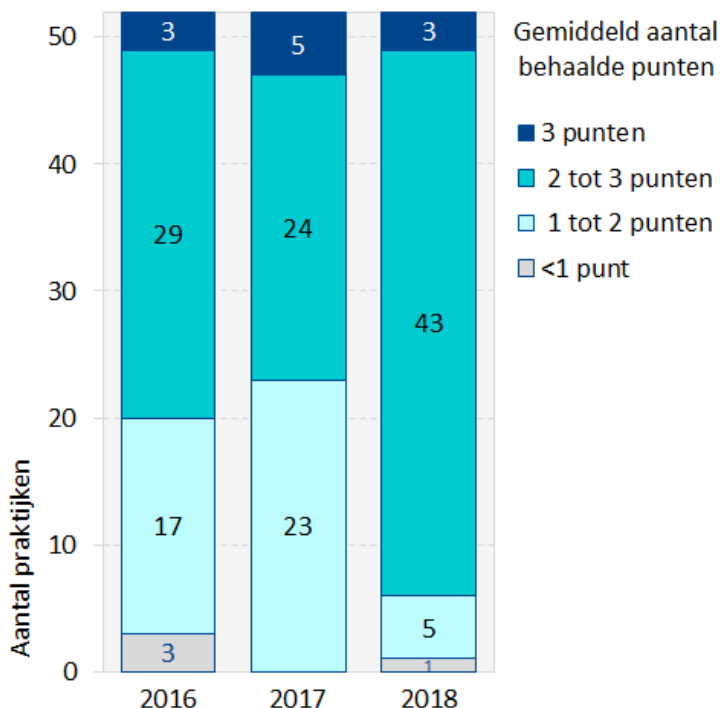
**Tabel 6.1b | Substitutiemonitor Multi Source**

	2016	2017	2018
Percentage generiek	97,0%	97,4%	97,1%

Bron: SFK

De berekening en betaling van de huisartsbeloning ‘doelmatig voorschrijven’ over het jaar 2017 heeft in 2018 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 huisartsenpraktijken 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)

Vanaf 2019 wordt de beloning doelmatig voorschrijven voor de huisartsen gebaseerd op ‘formulariumgericht voorschrijven’. In 2018 konden huisartspraktijken zelf kiezen daar al aan mee te doen. Tien Zoetermeerse huisartspraktijken hebben zich op die nieuwe manier laten toetsen.



## 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 op onbedoelde schade 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 de zorgverleners in Zoetermeer en andere organisaties de volgende activiteiten uitgevoerd:

- In 2015 is een Procedure medicatieoverdracht bij opname, ontslag en polikliniekbezoek bij het LangeLand Ziekenhuis opgesteld. In overleg met de ziekenhuisapotheker, openbare apothekers en de SGZ is de samenwerking geëvalueerd, zijn vervolgacties vastgesteld en is afgesproken wie er verantwoordelijk is voor het in gang zetten van die acties. In 2018 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). Na een succesvolle pilot hebben betrokken organisaties in 2018 besloten om NCare Zoetermeer breed uit te rollen. Alle Zoetermeerse apotheken en de twee grootste aanbieders van wijkverpleging gebruiken NCare. Als er in Zoetermeer nieuwe aanbieders van wijkverpleging komen te werken, dan vraagt SGZ deze nieuwe aanbieders om ook NCare te gaan gebruiken.

### 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 deze patiënten 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 (organisatie van woon- en zorgcentra).
- Apotheken worden door medewerkers van Vierstroom Zorg Thuis, 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, kunnen 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 Benthuisen maken gebruik van de huisartsenlaboratoria van het LangeLand Ziekenhuis en van het Reinier Haga 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:

- Een gevalideerde D-dimeertest voor het uitsluiten van diep veneuze trombose (DVT) en

longembolie is sinds 2015 niet meer beschikbaar. Zoetermeerse huisartsen werken mee aan de validering van een nieuwe test (zie paragraaf 8.5).

- 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 Benthuizen**

	2016	2017	2018
CRP-sneltesten	6.294	6.304	7.266
D-dimeertesten	80	122	95

## 7.2 FUNCTIE-ONDERZOEK

Huisartsen voeren veelvuldig functieonderzoeken uit:

- Alle huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuizen 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-armindex 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 uitgebreide 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 aan de DBC-ketenzorg COPD en aan 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 Benthuizen**

	2017	2018
ECG's		
• Buiten de DBC ketenzorg hart- en vaatziekten	2.535	2.661
• Binnen de DBC ketenzorg HVZ	196	230
• Binnen de DBC ketenzorg VVR	306	340
• Tele ECG's (zowel binnen als buiten de keten-DBC's) bron: zorgdomein	200	258
Thuisbloeddrukmetingen	2.548	2.534
Enkel-arm index meting met behulp van dopplerapparatuur	356	345
Spirometrieën		
• Buiten DBC-ketenzorg	1.360	1.291
• Binnen DBC-ketenzorg COPD	662	738
• Binnen DBC-ketenzorg astma	1.666	1.824
Gehooronderzoeken		
• Audiometrie (in 16 huisartsenpraktijken)	203	173
• Tympanometrie (in 3 huisartsenpraktijken)	44	38

### Diagnostisch Toets Overleg

In 2018 is voor de derde keer een cyclus Diagnostisch Toets Overleg (DTO) gehouden in drie DTO-groepen, voorbereid en verzorgd door de klinisch chemicus van het LangeLand Ziekenhuis, in afstemming met een Zoetermeerse huisarts en apotheker. Het onderwerp was dit jaar vitaminen. Doel was het zinvol aanvragen van laboratoriumdiagnostiek en het gericht voorschrijven van supplementie. Er werden cijfers getoond over de praktijkvariatie van aanvragen. Zichtbaar was dat nog te vaak metingen herhaald worden, wat niet zinvol is wanneer er al gesuppleerd wordt. Ook heeft een bepaling minder zin als de patiënt al recht heeft op supplementie (leeftijd, afkomst). Bij een vermoeden van B12-tekort kan uitgebreid laboratoriumonderzoek helemaal achterwege blijven, een proefsuppletie is dan zinvoller. Over vitamine D worden er afspraken gemaakt tussen huisarts en apotheek over wie het gebruik navraagt en de supplementie tot stand brengt.





## 7.3 BEELDVORMENDE DIAGNOSTIEK

Huisartsen in Zoetermeer en Benthuisen kunnen bij het Langeland Ziekenhuis botdichtheidsmetingen (dexametrie) aanvragen zonder specialistische verwijzing. Er zijn over 2018 geen aantallen bekend.

Een aantal optometristen voert in opdracht van de SGZ fundusfotografie uit in het kader van de DBC-ketenzorg bij diabetes mellitus type 2 (zie hoofdstuk 18).

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

	2017	2018
Fundusfotografie (alleen binnen de DBC-ketenzorg DM2)	3.297	2.941



## 8 | BIJDRAGEN AAN ZINNIGE EN ZUINIGE (MEDISCH SPECIALISTISCHE) ZORG



### 8.1 ZINNIGE EN ZUINIGE ZORG

De huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners in Zoetermeer, ondersteund door de SGZ, wensen bij te dragen aan zinnige en zuinige zorg in relatie tot de medisch specialistische zorg. Daarbij staat de SGZ voor een sterke eerste lijn die bereid is actief met het ziekenhuis samen te werken op basis van een gedeelde agenda met als motto: 'In het ziekenhuis wat moet, in de eerste lijn wat kan.' Dit sluit aan op de beleidsagenda van de Rijksoverheid en van de landelijke koepelorganisaties inzake Zorg op de Juiste Plaats.

De kosten van medisch specialistische zorg in Zoetermeer zijn (iets) hoger dan gemiddeld in Nederland (zie paragraaf 8.2). De analyse is dat het verwijsgedrag van de huisartsen maar in beperkte mate van invloed is op de kosten voor medisch specialistische zorg (zie cijfers en analyse in het SGZ jaarverslag van 2017). Van belang is vooral het gegeven dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen budgettaire afspraken maken die het effect van meer of minder verwijzen door huisartsen of meer of minder behandelen in de eerste lijn in belangrijke mate absorberen.

Om die reden is een tripartite aanpak (zorgverzekeraar-ziekenhuis-eerste lijn) noodzakelijk.

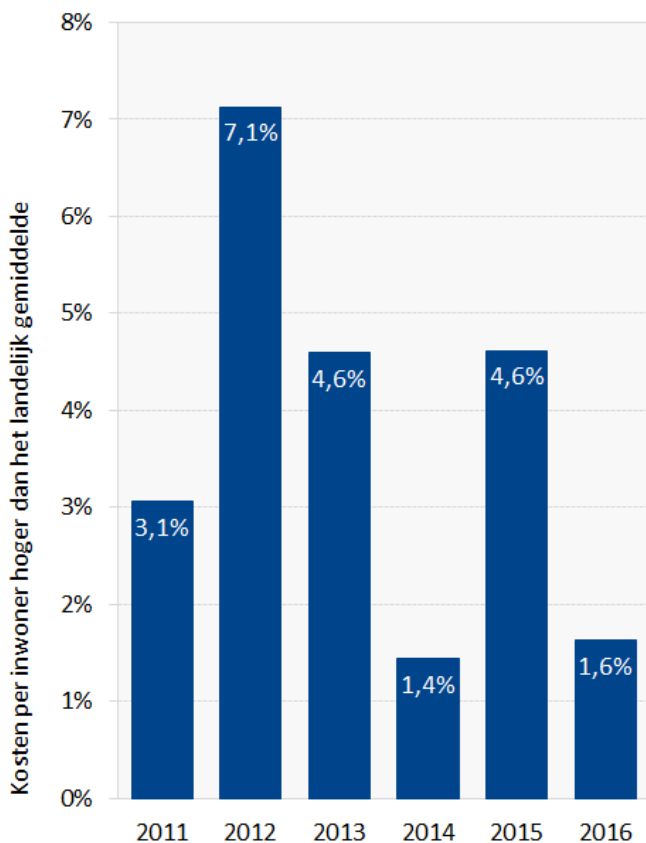
De SGZ richt zich dan ook in den brede op de samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn, en meer in het bijzonder tussen specialisten en huisartsen:

- Afspraken over verwijzen, doorverwijzen en terugverwijzen (zie paragraaf 8.3);
- Substitutie van ziekenhuiszorg naar de eerste lijn vormt daarbij een van de speerpunten (zie paragraaf 8.4);
- Regionale Transmurale Afspraken met verwijs- en terugverwijsafspraken dragen hieraan tevens bij (zie paragraaf 13.3);
- Ook in zorgprogramma's zoals dementie (paragraaf 10.1), palliatieve zorg (paragraaf 10.3), CVA (paragraaf 10.4) en in de zorgpaden voor kwetsbare zwangeren (paragraaf 10.6) vormt zinnige en zuinige zorg een van de uitgangspunten.

## 8.2 KOSTEN VAN MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Op de site Vektis Intelligence 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 8.2a | Percentage meerkosten medisch specialistische zorg in Zoetermeer ten opzichte van het landelijk gemiddelde**



Bron: Vektis open data. Over de jaren 2017 en 2018 zijn nog geen cijfers gepubliceerd.

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 (d.w.z. gecorrigeerd voor kenmerken van hun populatie).

**38** 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 hoger dan het landelijk gemiddelde. De kosten binnen het kalenderjaar per behandelde patiënt waren daarentegen relatief laag.



De SGZ heeft in de voorgaande jaren een aantal analyses verricht naar de samenhang van de kosten van MSZ met andere factoren. Geen van de onderzochte factoren levert een duidelijke verklaring op:

### 1. Huisartsfactoren

Uit eerder onderzoek van de SGZ (zie jaarverslag 2016) blijken er geen aanwijzingen te zijn dat het verwijsgedrag van de huisartsen van invloed is op de hogere kosten voor medisch specialistische zorg. Er bleek een zeer geringe samenhang te zijn tussen het verwijsgedrag van huisartsen en het gebruik van medisch specialistische zorg door hun patiënten. Het aandeel van de behandelingen die in het ziekenhuis worden uitgevoerd op basis van een verwijzing door de huisarts was in het LangeLand Ziekenhuis iets lager dan in Nederland: 59% versus 63%.

Ook het NIVEL concludeert in de studie 'Substitutiepotentieel tussen eerste- en tweedelijns zorg' (2016) dat de huisarts in Nederland slechts beperkt invloed heeft op de tweedelijnszorgconsumptie. De uitdaging is niettemin om voor de invloed die er wel is het optimum te vinden tussen medisch verantwoorde zorg en het voorkomen van onnodige zorg.

### 2. Ziekenhuisfactoren

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. De nabijheid van medisch specialistisch zorgaanbod speelt wel een rol in de consumptie van medisch specialistische zorg (aangetoond door onder meer NIVEL). Ook historische budgetten, de systematiek van budgetplafonds in ziekenhuizen en het onderling verwijzen tussen ziekenhuizen spelen een rol in de kosten.

### 3. Populatiefactoren

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





## 8.3 VERWIJZINGEN DOOR HUISARTSEN

### Actieplan doelmatig verwijzen

Het rapport 'Een sterke eerste lijn voor betere zorg en beheersbare zorgkosten' (2016) van Edwin Velzel heeft de basis gevormd voor de huidige financiering van de Organisatie en Infrastructuur van de eerste lijn. Velzel constateert daarin onder andere dat de spreiding in verwijsgedrag van huisartsen groot is. Hij baseert zich daarbij op een studie van het NIVEL<sup>1</sup>. Velzel beschrijft: "de spreiding in verwijsgedrag van huisartsen naar de tweede lijn is een factor 3. Sommige huisartsen verwijzen dus 3 keer zoveel als andere huisartsen naar het ziekenhuis. Deze cijfers zijn gecorrigeerd voor verschillen in patiëntkenmerken en deze variatie doet zich voor bij alle ziekenhuisspecialismen. Dit roept vragen op waarom deze spreiding zo groot is. Veel verwijzingen zullen naar verwachting leiden tot hogere tweedelijnskosten. De manier waarop de huisarts georganiseerd is (solo-praktijk, duopraktijk, groepspraktijk of gezondheidscentrum) lijkt een factor die hier van significante invloed is: solo-praktijken verwijzen significant meer door naar de tweede lijn".

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

- Het verschil in patiëntenpopulatie;
- 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 rondom geneesmiddelen werkt;
- Het verschil in werkdruk, uitgedrukt in aantal patiëntcontacten per patiënt per jaar.

Verklarende factoren zijn volgens het NIVEL wel:

- Huisartsen die de richtlijnen over verwijzen volgen, verwijzen minder;
- Huisartsen in duo- en groepspraktijken verwijzen minder.

Op zijn website InzichtinZorg heeft Velzel in het najaar van 2018 vier columns geplaatst over substitutie. In de column over verwijzen door huisartsen stelt hij een actieplan doelmatig verwijzen voor: "Door gericht in te zetten op het voorkomen van onnodige verwijzingen naar de tweede lijn, kunnen huisartsen, eerstelijnsorganisaties, zorggroepen en zorgverzekeraars een flinke stap zetten in substitutie van eenvoudige zorg naar de eerste lijn. Partijen kunnen per regio een actieplan maken, met daarin de volgende speerpunten:

1. Waar nodig verder implementeren van de **richtlijnen** voor verwijzingen;
2. **Spiegelinformatie** verzamelen en verstrekken aan de huisartsen over het aantal en het soort verwijzingen ten opzichte van hun collega's in de regio en ten opzichte van landelijke gemiddelden;
3. Deze spiegelinformatie periodiek bespreken en op grond hiervan gerichte **verbeteracties** uitvoeren;
4. De **schaalvergroting** van solo-praktijken naar duo-praktijken en groepspraktijken stimuleren. De zorgverzekeraar kan een belangrijke rol spelen bij het faciliteren van deze ontwikkeling, bijvoorbeeld door financiële ruimte te bieden voor praktijkmanagement;

<sup>1</sup> Ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg, NIVEL 2013.



5. Huisartsen in segment 3 gericht **belonen** voor 'doelmatig verwijzen' als het aantal verwijzingen aantoonbaar doelmatiger wordt. Hierbij moet natuurlijk gewaakt worden voor een perverse prikkel waardoor de huisarts te weinig gaat verwijzen;
6. **Monitoren** hoe de verwijzingen in de regio zich ontwikkelen en op grond daarvan het actieplan bijsturen".

De SGZ heeft vanaf 2011 een groot deel van dit actieplan uitgevoerd:

1. **Richtlijnen** voor verwijzingen zijn vastgelegd in diverse Regionale Transmurale Afspraken.
2. **Spiegelinformatie**: de SGZ heeft de afgelopen jaren geïnvesteerd in het zichtbaar maken van de praktijkvariatie tussen huisartsenpraktijken in het aantal verwijzingen per 1.000 patiënten, gecorrigeerd voor leeftijd (Zie grafiek 8.3). De cijfers zijn voor de feedback aan huisartsen uitgesplitst naar de verschillende poortspecialismen.
3. **Bespreken en verbeteracties**: sinds 2011 koppelt de SGZ jaarlijks deze cijfers aan de huisartsen terug. De cijfers worden door de huisartsen besproken in de wijk Samenwerkingsverbanden. 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. In de feedbackbesprekingen van de afgelopen jaren hebben de huisartsen stilgestaan bij de vraag of de cijfers voor hen aanleiding vormden om hun verwijsbeleid aan te passen, dan wel deskundigheidsbevordering te volgen als er het beeld was dat dit kon bijdragen aan reductie van verwijzingen naar een of meer specifieke specialismen.

4. De **schaalvergroting** van solo-praktijken naar duopraktijken en groepspraktijken is afgerond. In Zoetermeer zijn er geen solo-praktijken meer naar de definitie van het NIVEL.
5. **Belonen** voor 'doelmatig verwijzen': Het is onwenselijk om niet-medisch gefundeerde druk uit te oefenen op huisartsen om het aantal verwijzingen naar beneden te brengen. Zorgvuldigheid in de afweging om al dan niet te verwijzen is van het grootste belang, getuige de ervaringen van huisartsen die geconfronteerd worden met een calamiteit die mogelijk samenhangt met het achterwege blijven van een verwijzing of met laat verwijzen. Daarom heeft de SGZ gekozen voor het belonen van extra tijdsbesteding die gericht is op het voorkomen van een verwijzing.
6. **Monitoren** hoe de verwijzingen in de regio zich ontwikkelen en op grond daarvan het actieplan bijsturen: de feedbackbesprekingen in de voorgaande jaren hebben in de eerste jaren een zeker effect gehad bij het terugdringen van praktijkvariatie in het aantal verwijzingen, maar sorteerden na verloop van tijd geen aanvullend effect meer. De praktijkvariatie bedroeg in 2017 voor het totaal aan verwijzingen (minus 3 uitbijters) 1: 1,6. Het effect van het actieplan is slechts gedeeltelijk vast te stellen:
  - Er zijn geen betrouwbare landelijke cijfers beschikbaar, waardoor de trend in het aantal verwijzingen en de praktijkvariatie in Zoetermeer niet te vergelijken zijn met een landelijke trend;
  - De spreiding tussen praktijken is in eerste instantie afgenomen, maar gaat in de jaren daarna op en neer. De invloed van de feedbackbesprekingen

zoals ze tot nu toe gehouden zijn op de spreiding lijkt uitgewerkt;

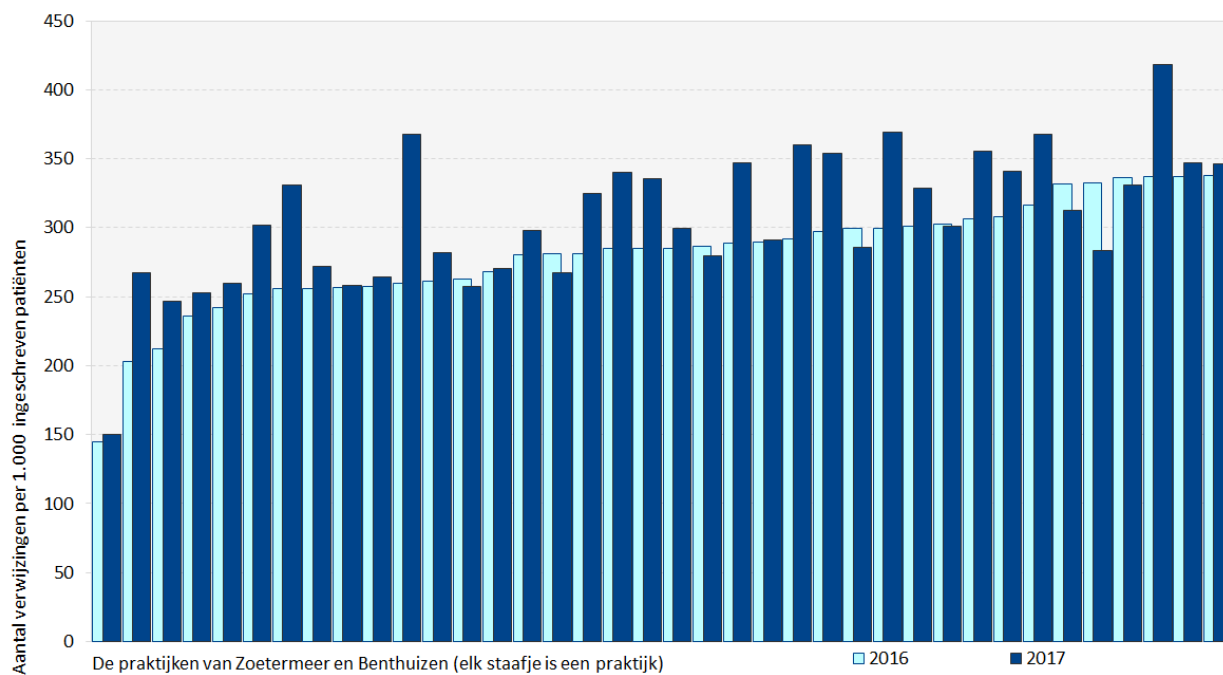
- De SGZ heeft op basis van intern onderzoek vastgesteld dat er in Zoetermeer geen statistisch significante relatie is met praktijkgrootte;
- De SGZ is voornemens onderzoek te doen naar de relatie tussen verwijzen en ervaring van de huisarts (startend versus langdurig gevestigd) en het zijn van opleidingspraktijk of niet;
- De praktijkvariatie is vermoedelijk grotendeels terug te voeren op hoe artsen de noodzaak van verwijzen beoordelen (NIVEL, SGZ). Artsen zelf zien over het algemeen die noodzaak als onontkoombaar. De poortwachtersfunctie van de huisarts bestaat uit een continue afweging om een patiënt te verwijzen, afwachtend beleid te voeren of zelf te behandelen. Gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en huisarts over het al dan niet verwijzen staat daarbij centraal.

Vooralsnog is de conclusie van de SGZ dat de praktijkvariatie in het aantal verwijzingen met 1:1,6 gering is (behoudens drie uitbijters). Het terugdringen van praktijkvariatie heeft in de eerste jaren effect gehad. Na verloop van tijd sorteerde het geen aanvullend effect meer. Met de Huisartsenvereniging wordt besproken tot welke vervolgacties deze conclusie moet leiden. Nader intern onderzoek naar de relatie van praktijkkenmerken met verwijzen is al voorgenomen. Het verzorgen van kwantitatieve feedbackinformatie over verwijsgedrag, voorzien van een kwalitatieve analyse, die zich zowel richt op historische ontwikkeling als waar mogelijk op een landelijke benchmark, blijft een van de prioriteiten van het doelmatigheidsbeleid.





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



NB I.v.m. wijzigingen in het management informatiesysteem zijn de cijfers van eerdere jaren niet vergelijkbaar met de jaren 2016 en 2017. De cijfers over 2018 zijn nog niet gereed

### Afspraken over verwijzen, doorverwijzen en terugverwijzen

Met het LangeLand Ziekenhuis zijn o.a. de onderstaande afspraken gemaakt:

- De huisartsen verwijzen minimaal 90% van alle verwijzingen naar deelnemende specialismen van het LangeLand Ziekenhuis via Zorgdomein (2018: 96%), exclusief de spoedverwijzingen (deze worden telefonisch aangemeld);
- De huisartsen verrichten bij alle verwijzingen de in de verwijsafspraken overeengekomen voorbereidingen zoals het aanvragen van diagnostiek en/of het meegeven van voorlichtingsmateriaal;
- De medische staf en het ziekenhuis dragen er zorg voor dat de gepubliceerde informatie over de verwijsmogelijkheden van het specialisme en de bijhorende toegangstijden betrouwbaar is;
- Doorverwijsafpraak: de specialist verwijst patiënten terug naar de huisarts voor problematiek die niet gerelateerd is aan het probleem of de vraagstelling waarmee een patiënt door de huisarts is verwezen. Interne doorverwijzing bij niet-gerelateerde problematiek vindt alleen plaats bij urgente problematiek;
- Schriftelijke rapportage aan de huisarts binnen 4 weken bij ontslag vanaf de polikliniek of kliniek, stellen van een diagnose en/of starten van een behandeltraject;
- Schriftelijke rapportage aan de huisarts binnen 2 weken bij ontslag van een patiënt waarbij de huisarts binnen afzienbare tijd op huisbezoek gaat of een patiënt waarvan redelijkerwijs verwacht kan worden dat deze binnen de gestelde termijn van 4 weken een afspraak zal maken bij de huisarts;
- Diverse afspraken over ontslag van patiënten met palliatieve zorg, waaronder mondelinge overleg specialist - huisarts voorafgaand aan het ontslag van palliatieve patiënten;
- Telefonische bereikbaarheid: de huisartsen zijn voor specialisten bereikbaar op hun geheime nummers. De specialisten zijn voor huisartsen bereikbaar via de huisartsenlijn.



## 8.4 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 2018 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 paragraaf 8.5);
- Het zorgprogramma hartfalen (zie paragraaf 10.5).

In 2018 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.

## 8.5 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 beslissereguleer en een D-dimeertest. Vaak kan zo in de eerste lijn DVT en longembolie 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 naar 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 2018 is DVT/LE 95 keer gedeclareerd (in 2017: 122 keer). Dit is een afname ten opzichte van het jaar ervoor. Deze afname hangt mogelijk samen met de afwezigheid van een POCT-test, waardoor sneller wordt verwezen naar de tweede lijn.

Om de afgesproken werkwijze weer te kunnen oppakken, 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 hebben, evenals het laboratorium, een belangrijk aandeel in dit onderzoek.





## 8.6 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. Ook dit jaar is het aantal kleine chirurgische ingrepen in de huisartsenpraktijken weer gestegen. Hiermee worden verwijzingen naar het ziekenhuis voorkomen.

**Tabel 8.6 | Kleine chirurgische ingrepen in de huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuzen**

	2016	2017	2018
Aantal kleine chirurgische ingrepen	2.929	3.205	3.474

## 8.7 ZORG OP DE JUISTE PLEK (ZOJP)

Voor de komende beleidsperiode is in de bestuurlijke akkoorden een nul-groei voor de ziekenhuizen afgesproken. Hierdoor zal een dynamiek ontstaan die naar verwachting de groei van de kosten MSZ zal drukken, maar die gezien de te verwachten demografische druk bij ongewijzigd beleid tot wachtlijsten zal leiden. De SGZ wil als partner in het overleg met onder andere het ziekenhuis en de zorgverzekeraars streven naar een verantwoorde vermindering van de instroom vanuit de eerste lijn. Daar waar de uitstroom uit het ziekenhuis op verantwoorde wijze toe kan nemen, zal de SGZ in gesprek gaan of dit in de eerste lijn op te vangen is.

### Regiovisie o.b.v. van de vier hoofdlijnenakkoorden

Naast het bestuurlijk akkoord huisartsen- en multidisciplinaire zorg zijn er drie andere hoofdlijnenakkoorden: Medisch Specialistische Zorg (MSZ), Wijkverpleging en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). In elk van deze akkoorden wordt bij de contractering zorgaanbieder – zorgverzekeraar een belangrijke rol toegekend aan een gedeelde regiovisie: 'een feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en van de opgave in een regio, gemeente of wijk'. In een regiovisie moeten de hoofdthema's worden geadresseerd: het voorkomen van dure zorg, het verplaatsen van zorg naar de patiënt in zijn omgeving en het vervangen van zorg door e-health.

Het LangeLand Ziekenhuis, Fundis/Vierstroom en de Huisartsen Vereniging Zoetermeer (HVZ) / Kring van Zoetermeerse Apotheken (KZA) / SGZ hebben in september 2018 de onderstaande hoofdthema's vastgesteld voor de regiovisie Zoetermeer:

44

#### *Thema 1: Ketenzorg voor kwetsbare ouderen*

Speerpunten zijn advance care planning, een duurzame inrichting van de spoedzorg voor ouderen, en verbetering van de transmurale zorg (opname en ontslag ziekenhuis, ontslag geriatrische revalidatie).

#### *Thema 2: Actueel Medicatie Overzicht*

Het betreft een Actueel Medicatie Overzicht voor de patiënt en voor alle betrokken hulpverleners in de keten: o.a. online raadpleging medicatie, medicatieverificatie, elektronisch recept, dashboard patiënten.



*Thema 3: Regionale organisatie van leefstijlbegeleiding, preventie, zelfzorg- en mantelzorgondersteuning*

Het betreft gezamenlijke voorlichting over de ondersteuningsmogelijkheden aan Zoetermeerse inwoners: verwijsmogelijkheden voor o.a. huisartsen en specialisten bij chronische, oncologische en geboortezorg. Onderdelen zijn: multidisciplinaire aanpak in de eerste lijn (praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en andere paramedici, diëtisten e.a.), ondersteuning in het sociaal domein (bijv. welzijn op recept) en diverse programma's als Gecombineerde Leefstijl Interventie, zelfmanagement voor chronische aandoeningen.

*Thema 4: Benutting van e-health en ICT-oplossingen voor communicatie tussen patiënt/mantelzorg en hulpverleners en tussen hulpverleners onderling*

Het betreft een voorlopersrol voor de elektronische communicatie tussen hulpverleners (inzage in bronbestanden bij andere hulpverleners, elektronische communicatie), en een voorlopersrol voor communicatie tussen hulpverleners en patiënten op basis van MedMij standaarden (experiment met een Persoonlijke Gezondheids Omgeving in intensieve samenwerking met de leveranciers Chipsoft van het ziekenhuis, Nedap van de wijkverpleging en PharmaPartners van de huisarts en apotheek). Het sluit aan op landelijke subsidieprogramma's (VIPP voor ziekenhuizen en OPEN voor de eerste lijn).



## 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 2018 is het aantal praktijken dat gebruik maakt van MGn gegroeid met twee praktijken. Een deel van de aangesloten praktijken gebruikt de volledige functionaliteit van MGn, een ander deel alleen de functionaliteit om online afspraken te maken. De SGZ stimuleert het aanbieden van MGn aan patiënten door o.a. huisartsen te scholen, te ondersteunen bij implementatie en door patiëntenvoorlichting. Het gebruik van MGn voor aanvragen herhaalmedicatie, online afspraken maken, elektronische consulten en inzage in laboratoriumuitslagen is flink gestegen.

Voor 2019 staat verdere uitrol van MGn gepland voor de (nog) niet deelnemende praktijken.

46

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

	2016	2017	2018
Aantal aangesloten huisartsenpraktijken	22	37	39
Aantal patiënten dat gebruik maakt van MGn	onbekend	onbekend	5.737
Online aanvragen herhaalmedicatie	2.498	3.727	6.497
Online afspraken (e-afspraak)	821	1.884	4.317
Elektronisch consult (e-consult)	542	1.062	1.829
Inzage laboratoriumuitslagen	1.317	2.241	3.851

## 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 modules 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. Op ZoetermeerGezond.nl wordt naar deze programma's verwezen.

Op uitnodiging van de huisarts of een praktijkondersteuner kan vanuit Minddistrict ook een aantal modules worden aangeboden die patiënten zelfstandig kunnen volgen. Deze modules volgen patiënten dan zonder verdere tussenkomst van de huisarts of praktijkondersteuner.

### Blended e-health

Blended e-health is een combinatie van face-to-face en online hulpverlening. De praktijkondersteuners GGZ maken hiervoor sinds mei 2017 gebruik van online modules van Minddistrict (vanuit een beveiligde omgeving). Vanaf 2018 heeft Minddistrict de modules die tot dat moment voor patiënten alleen te gebruiken waren met behulp van een PC ook toegankelijk gemaakt voor gebruik in een app.

In 2018 zijn er 696 nieuwe patiëntenaccounts aangemaakt. Er werd in 2018 726 keer feedback gegeven via Minddistrict. De top 5 van de meest ingezette modules van Minddistrict in 2018 was: (1) Basiszorg Mindfulness (2) Basiszorg Minder piekeren, (3) Burnout 'Opstarten', (4) Basiszorg zelfbeeld en (5) Paniek. Regelmatig worden er meerdere modules per patiënt ingezet. Aan de andere kant zijn er ook mensen die de module niet afmaken of die na aanmelding voor Minddistrict er alsnog geen gebruik van maken. Exacte gegevens hierover zijn niet beschikbaar. In het najaar van 2018 gaf Minddistrict twee trainingen (basis en verdieping) aan de POH-GGZ en POH-jeugd. Doel hiervan was om het gebruik van e-health in de dagelijkse praktijkvoering te stimuleren, ervaringen met elkaar te delen en informatie te krijgen over nieuwe ontwikkelingen. De verdiepingstraining Minddistrict zal jaarlijks opnieuw worden aangeboden.

### Online screening en monitoring

#### *Digitale vragenlijsten*

Patiënten onder behandeling van een POH-GGZ, kunnen vanuit Vital Health worden uitgenodigd voor het invullen van digitale vragenlijsten. Een aantal vragenlijsten kunnen meerdere keren bij een patiënt worden afgenomen voor het monitoren van het verloop van de klachten. De meest gebruikte vragenlijsten zijn: de 4DKL, BDII-nl, ADHD-lijst en CDI. In totaal zijn er dit jaar 77 vragenlijsten uitgezet.

#### *Transparant Next (screeningsinstrument)*

Transparant Next is een beslissingsondersteunend instrument (BOI) dat de POH-GGZ kan inzetten voor een echelonkeuze op basis van DSM-vermoeden, ernst, risico en complexiteit/comorbiditeit.

Het is een online vragenlijst die patiënten thuis kunnen invullen in een beveiligde online omgeving. In 2018 is Transparant Next 322 keer ingezet. Vergeleken met andere zorggroepen die deze screener gebruiken, is dit bovengemiddeld.

Om beter inzicht te krijgen in zinvol gebruik van de BOI, is er in 2018 een enquête gehouden onder de POH-GGZ en heeft er een evaluatiegesprek plaatsgevonden vanuit de SGZ met de ontwikkelaar van Transparant Next. In het vervolg hierop worden de huidige afspraken aangescherpt om zinvol gebruik te stimuleren.

Bij doorverwijzing naar de basis generalistische of specialistische GGZ kunnen BOI- en andere vragenlijsten worden meegestuurd in de digitale verwijsapplicatie Zorgdomein als pdf-bestand.





## 9.3 INSPECTIEBEZOEK IN HET KADER VAN HET TOEZICHT OP E-HEALTH

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft op 12 juli 2018 een semi-onaangekondigd bezoek (dat wil zeggen: een aangekondigd bezoek met onaangekondigde elementen) gebracht aan de SGZ. Hierbij keek de Inspectie naar de inzet van informatie- en communicatietechnologie in de zorg (ook wel 'e-health' of 'digitale zorg'). Het doel van het bezoek was om te beoordelen of de SGZ daarbij zorgt voor de juiste randvoorwaarden voor goede en veilige zorg.

In het rapport dat de Inspectie op 28 september 2018 aan de SGZ heeft aangeboden, concludeert ze dat dit grotendeels het geval is. Op het punt van informatiebeveiliging is verdere borging van het managementsysteem nodig.

Op het vlak van e-health komt de Inspectie tot de volgende deelconclusies:

- De SGZ heeft een heldere, gedragen ICT-visie die richting geeft aan de ICT-ontwikkelingen;
- De SGZ pakt selectie en implementatie van e-health-toepassingen zorgvuldig aan; risicoanalyses verdienen daarbij meer aandacht;
- Patiënten hebben inspraak in het ICT-beleid, maar gebruikersondersteuning is beperkt;
- De SGZ bevordert de informatieoverdracht bij waarneming door samenwerking binnen één zorgnetwerk en gezamenlijke informatiesystemen;
- De SGZ gaat zorgvuldig om met gegevensuitwisseling;
- De informatiebeveiliging is grotendeels ingericht maar nog niet voldoende geborgd.

De Inspectie geeft de volgende verbeterpunten aan:

- Richt de PDCA-cyclus voor informatiebeveiliging nader in;
- Ontwikkel een systematiek voor risicoanalyses bij implementaties van e-health.

De SGZ heeft beide verbeterpunten inmiddels in gang gezet.



## 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 (Uit: 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. Deze uitdaging vergt:

- Intensieve samenwerking in de eerste lijn, met name van huisarts, praktijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, casemanager dementie en wijkverpleegkundige;
- Voldoende capaciteit praktijkverpleegkundigen ouderen in de huisartspraktijk;
- Voldoende capaciteit van zorgprofessionals in de eerste lijn die zich met name focussen op kwetsbare ouderen (zoals hiervoor benoemd);
- Geoordeelde middelen voor de preventieve wijkgerichte functie (onderdeel van financiering wijkverpleging);
- Een gemeentelijk vangnet voor kwetsbare ouderen die zorg missen (wijkzorgnetwerk en wijksignaleringsoverleg);
- Een netwerk van te consulteren specialisten: geriater, specialist ouderengeneeskunde, kaderhuisarts ouderenzorg, gespecialiseerd 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), crisisbedden Wlz, herstellzorg, respijtzorg, observatie en zogenaamde 'labelloze' bedden omdat blijkt dat er een groep kwetsbare ouderen is die bij een behoefte aan tijdelijke opname niet voldoet aan de opnamecriteria van bestaande faciliteiten en financieringsbronnen;
- 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.

Hierbij wordt gebruik gemaakt 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 2018

Het zorgprogramma kwetsbare ouderen kende in 2018 een aantal belangrijke speerpunten:

- Ondersteuning van de start van **praktijkverpleegkundigen ouderen** in de huisartspraktijken en gezondheidscentra (zie paragraaf 20.1.4).
- Sinds het najaar 2017 zijn zes **specialisten ouderengeneeskunde** (SO) extramuraal in Zoetermeer aan de slag gegaan. Deze specialisten ouderengeneeskunde zijn in dienst bij Goudenhart, WZH en Saffier Zorggroep. Zij zijn voor

een aantal uren per week gekoppeld aan gezondheidscentra en huisartspraktijken. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen kunnen de specialist ouderengeneeskunde consulteren op basis van de subsidieregeling Extramuraal Behandeling. Door het vertrek van de specialist ouderengeneeskunde bij Saffier Zorggroep is een vacature ontstaan. Daarnaast is duidelijk dat na een eerste periode van gewinning, huisartsen en praktijkverpleegkundigen een groter beroep willen doen op de specialist ouderengeneeskunde dan de vijf extramuraal beschikbare SO's nu aankunnen. Ook in Zoetermeer is het landelijke tekort aan SO's dus voelbaar en dat scheidt een groot probleem door de almaar groter wordende groep kwetsbare ouderen met multiproblematiek die thuis wonen of in een kleinschalige woonvorm. In 2019 zal bekeken worden of samenwerking met een netwerk van zelfstandig werkzame SO's uitkomst biedt.

- **Het project Acute zorg.** In samenwerking met de 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. Hierbij was het uitgangspunt dat het voor de verwijzer niet uit moest maken of het gaat om een opname in het kader van ELV, GRZ, Wlz of respijtzorg. Doel van het project was om gedurende een aantal maanden in 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. Eind 2018 loopt het project in een enigszins aangepaste vorm nog door. Zo is op basis van ervaringen de bereikbaarheid van het centrale telefoonnummer beperkt tot de uren tussen 7.00 uur 's ochtends en 23.00 uur 's avonds. Daarnaast heeft WelThuis (Fundis) zich in de loop van 2018 in het kader van het crisisdienstrooster Wlz Haaglanden losgemaakt van ZorgScala. Met toestemming van het CZ Zorgkantoor verzorgt WelThuis nu geheel zelfstandig de crisisopnamen Wlz voor wat betreft crisisbedden en triage voor Zoetermeer. Om het triageproces goed te kunnen implementeren, vindt WelThuis het noodzakelijk om zicht te krijgen op eventueel op te lossen knelpunten. Daarom heeft WelThuis zich voor dit moment losgekoppeld van het centrale telefoonnummer. Verwijzers in Zoetermeer hopen dat WelThuis op enig moment weer deelneemt aan dit ene telefoonnummer voor acute zorg.

- De opening halverwege 2018 van het **Buurtzorgpension Zoetermeer** met 23 bedden voor tijdelijke opname.
- **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 2018 nagenoeg volledig in concept uitgewerkt. Besluitvorming kan in de loop van 2019 plaatsvinden.



## 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 beled 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 2018 is een start gemaakt met de verdere implementatie van deze landelijke Zorgstandaard in Zoetermeer.

## Regie en deelnemers

Het zorgprogramma dementie is een samenwerkingsverband van de SGZ, Vierstroom Zorg Thuis, Woonzorg Haaglanden, GGZ-Rivierduinen, Parnassia, het LangeLand Ziekenhuis en Palet Welzijn. In de praktische uitvoering van het zorgprogramma nemen ook ZoSamen, Goudenhart, gemeente Zoetermeer, een afvaardiging van het regionale bestuur van Alzheimer Nederland, Buurtzorg en WelThuis deel. Vierstroom Zorg Thuis voert de ketenregie. In 2018 is door de regiegroep van de keten dementie Zoetermeer het besluit genomen om verder te gaan als zelfstandige keten, dus losgekoppeld van Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken. Dit is verder uitgewerkt en heeft geresulteerd in deelname vanuit de gemeente Zoetermeer (beleidsmedewerker) en vertegenwoordiging vanuit het regionale bestuur van Alzheimer Nederland aan de kerngroep keten dementie.

## Doelgroep

Tabel 10.1.2a | Patiënten met dementie in Zoetermeer en Benthuzen

	2017	2018
Aantal patiënten met dementie, met de huisarts als behandelend arts	608	659
Patiënten met dementie als percentage van het aantal bij de huisarts ingeschreven patiënten	0,46%	0,50%

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.

## 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 biedt elke bij de keten betrokken organisatie de professionals en vrijwilligers een eigen scholingsprogramma aan, onder andere over vroegsignalering en het ziekteproces bij dementie, maar ook over onderwerpen die spelen in de andere fasen van het zorgprogramma.

### 2. Diagnostiek

In het zorgprogramma dementie is een verwijsprotocol 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). Sinds 2018 worden in Zoetermeer praktijkverpleegkundigen en specialisten ouderengeneeskunde ingezet, die samen ook de diagnose kunnen stellen. Dit verklaart mogelijk de verdere toename van het aantal MMSE in 2018. Vooral voor patiënten die niet te motiveren zijn om door Parnassia of de geheugenpoli onderzocht te worden, is deze werkwijze van belang. Het aantal MMSE's is in 2018 minder sterk toegenomen dan in het voorgaande jaar.

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

	2016	2017	2018
Aantal MMSE	298	394	428
MMSE per 1.000 patiënten	2,3	3,0	3,3

### 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.

Ook in 2018 was er sprake van een wachtlijst. De instroom is weliswaar hoger maar ook de uitstroom is hoger. Het aantal casemanagers is toegenomen en het aantal cliënten is gegroeid.

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

	2016	2017	2018
Instroom (inclusief vroegsignalering)	194	160	181
Uitstroom	189	149	193
Aantal op 31 december	330	341	378

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. Een casemanager dementie is aanspreekpunt bij vermoedens van ouderenmishandeling. Het thema ouderenmishandeling is in scholing voor zorgprofessionals aan de orde geweest.



### 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 naar dan aanbod van vrijwilligers. Als oplossing wordt verkend of respijtzorg flexibeler ingezet kan worden, bijvoorbeeld in de vorm van een vakantieopname of nachtvoorziening. Het blijft belangrijk om als hulpverlener alert te zijn op de belasting van de mantelzorger(s) tijdens dit intensieve ziekteproces.

### Overige activiteiten

In 2018 is een meerjarenplan 2019-2020 geschreven voor de keten dementie. Doel van dit plan is om de dementiezorg verder te verbeteren. Het meerjarenplan beschrijft daartoe verschillende acties. In 2019 is er bijvoorbeeld extra aandacht voor dementie bij mensen met een niet-westerse achtergrond.

Verder ging in 2018 de pilot 'Dementie en dan' van start. Reden voor deze pilot is de wachtlijst voor het casemanagement dementie. Doel van de pilot is dat mensen die recent de diagnose dementie hebben gekregen met hun naasten deel kunnen nemen aan een informatieavond/-middag. Onderwerpen die tijdens zo'n bijeenkomst aan bod komen, zijn:

- De impact van de diagnose;
- Dementie en beperkingen;
- Bejegening en veranderingen in relaties;
- Waar kunnen patiënten en hun naasten terecht?

## 10.1.3 OUDEREN IN WOONZORGCENTRA

In Zoetermeer zijn twee woonzorgcentra, die beide geëxploiteerd worden door WelThuis. Het gaat om de centra Buytenhaghe (ca. 180 plaatsen) en De Morgenster (ca. 60 plaatsen). WelThuis voert in Buytenhaghe een geleidelijke overgang door van de traditionele verzorgingshuiszorg naar verpleeghuiszorg. Het derde woonzorgcentrum van WelThuis - 't Seghe Waert dat grotendeels als verzorgingshuis functioneerde - is onlangs als woonzorgvoorziening voor ouderen gesloten.

In de woonzorgcentra Buytenhaghe en De Morgenster is momenteel voor het grootste deel van de bewoners verblijf zonder behandeling ingekocht door het Zorgkantoor. Dit betekent dat de huisarts en apotheek verantwoordelijk zijn voor de medische en farmaceutische zorg.

## Jonge mensen met dementie

De werkgroep mensen met dementie op jonge leeftijd is ingesteld, omdat steeds meer mensen jonger dan 65 jaar de diagnose dementie krijgen. Bij deze doelgroep spelen andere problemen dan bij ouderen. Denk aan werk, jonge kinderen, inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid en relatieproblemen. Vanuit de werkgroep wordt met deze doelgroep en hun naasten gekeken welke problematiek speelt en hoe we als keten hiermee om kunnen gaan. Ook in 2018 zijn er verschillende activiteiten georganiseerd rondom Wereld Alzheimer Dag. Het Alzheimer Café kende door het jaar heen een hoog aantal bezoekers. De werkgroep mensen met dementie op jonge leeftijd ontwikkelde een flyer en poster waaraan in 2018 aandacht is besteed. Verzending van deze middelen vindt plaats in 2019.

De samenwerking tussen huisarts, apotheek en deze woonzorgcentra was tot 2017 uitgewerkt in een samenwerkingsovereenkomst en een daarvan afgeleide werkafspraken. Deze werkafspraken gingen onder andere in op de koppeling van een huisartsgroep aan elk woonzorgcentrum en de samenwerking met de wijkapotheken voor de medicatievoorziening (met name baxtermedicatie).

Ontwikkelingen in de afgelopen jaren hebben het nodig gemaakt om zowel deze overeenkomst als de afgeleide werkafspraken te heroverwegen. De belangrijkste aanleidingen vormden 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 huisartsgroep uit de wijk waarin het woonzorgcentrum is gevestigd zo klein was geworden, dat deze niet langer in stand was te houden.



In 2018 is op basis van overleg met de betrokken huisartsen, apothekers en medewerkers van Buytenhaghe en 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 aangepaste afspraken gemaakt 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 aard van de betrokkenheid van specialisten ouderengeneeskunde ter ondersteuning van de medische zorg wordt geëvalueerd.
- WelThuis heeft in een pilot ervaring opgedaan met het gebruik van NCare ter vervanging van papieren medicatielijsten. Dit heeft ertoe geleid dat NCare een structurele plaats heeft gekregen in de samenwerking tussen woonzorgcentra en Zoetermeerse wijkapotheken.

Nu de bewoners in de woonzorgcentra voor wat betreft de zorgvraag steeds meer gaan lijken op de bewoners in een verpleeghuis, is de vraag aan de orde of, en zo ja, onder welke voorwaarden, de huisarts de rol van medisch hoofdbehandelaar verantwoord in kan blijven vullen. De Huisartsen Vereniging Zoetermeer en de SGZ hebben hierover overleg met WelThuis en het CZ Zorgkantoor, waarbij twee landelijke ontwikkelingen de achtergrond vormen. Ten eerste is van belang het advies van het Zorginstituut Nederland, dat het verschil tussen verblijf met en zonder behandeling in de Wlz moet verdwijnen. In de woonzorgcentra Buytenhaghe en De Morgenster is momenteel voor het grootste deel van de bewoners verblijf zonder behandeling ingekocht. Hierdoor komen bepaalde delen van de zorg, zoals bijvoorbeeld de huisartsen-, farmaceutische- en paramedische zorg, maar ook hulpmiddelen, ten laste van andere domeinen dan de Wlz (Zvw of Wmo). Het Zorginstituut is van mening dat cliënten met een gelijke zorgbehoefte niet altijd dezelfde zorg krijgen, en ook niet altijd de zorg die zij nodig hebben ontvangen. Daarnaast heeft de LHV eind 2018 een leidraad 'Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen' gepubliceerd. In deze leidraad zijn randvoorwaarden vastgesteld waaraan moet worden voldaan wil de huisarts qua kennis en expertise in staat zijn om huisartsgeneeskundige zorg te bieden. In de komende jaren zullen in dit licht nieuwe afspraken worden ontwikkeld voor de medische en farmaceutische zorg in de woonzorgcentra.

#### 10.1.4 SEGMENT 3 PRESTATIE OUDERENZORG

In 2018 hebben alle 52 huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuisen de Segment 3 (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.

De module is bedoeld voor kwetsbare ouderen van 75 jaar of ouder, inclusief ouderen met dementie en ouderen die in woonzorgcentra wonen. De praktijken hebben op grond van casefinding (signalen op het spreekuur, bij visites of van andere disciplines) bij 2.372 patiënten van 75 jaar of ouder in kaart gebracht of zij kwetsbaar zijn. Dat bleek bij 1.768 van hen het geval.

- Van deze 1.768 kwetsbare ouderen wonen er 171 in een woonzorgcentrum.
- Van deze 1.768 kwetsbare ouderen hebben er 267 dementie.
- Van deze 1.768 kwetsbare ouderen zijn er 52 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.

Met de komst van de praktijkverpleegkundigen (PVH) in 2018 is het aantal bilaterale overleggen tussen de PVH en andere disciplines toegenomen. Deze overleggen worden ook als een MDO gezien.







**Tabel 10.1.4 | Procesindicatoren en resultaten S3 Prestatie Ouderenzorg in de deelnemende huisartsenpraktijken (peildata 31 december 2016, 2017, 2018)**

	2016	2017	2018
Aantal deelnemende praktijken	46	47	52
1. Aantal ingeschreven patiënten in huisartsenpraktijken die de module gecontracteerd hebben	109.945	113.290	127.675
2. Percentage ouderen 75+ • Aantal ouderen 75+	6,5% 7.183	6,7% 7.620	6,6% 8.397
3. Percentage ouderen 75+ bij wie de kwetsbaarheid is geïnventariseerd • Aantal ouderen 75+ bij wie de kwetsbaarheid is geïnventariseerd	25% 1.792	24,7% 1.880	28,2% 2.372
4. Percentage ouderen 75+, geïnccludeerd in de prestatie • Aantal kwetsbare ouderen 75+, geïnccludeerd in de prestatie	21% 1.523	19,7% 1.501	21,1% 1.768
5. Percentage kwetsbare ouderen 75+ met een individueel zorgplan • Aantal kwetsbare ouderen 75+ met een individueel zorgplan	79% 1.196	69,6% 1.044	76,2% 1.347
6. Percentage kwetsbare ouderen 75+ met een coördinator/casemanager	100%	100%	100%
7. Aantal MDO-bijeenkomsten in meetperiode	Ca. 300	Ca. 300	Ca. 400
8. Percentage kwetsbare ouderen 75+ besproken in de MDO-bijeenkomsten	80-90%	80-90%	90%
9. Percentage kwetsbare ouderen 75+ bij wie medicatiereview heeft plaatsgevonden. • Aantal kwetsbare ouderen 75+ bij wie medicatiereview heeft plaatsgevonden.	59% 893	63,9% 959	63,4% 1.121
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	95% 1.022 1.076	99,2% 1.090 1.099	99,5% 1.293 1.300

## Analyse

- Ten opzichte van 2016 en 2017 is in absoluut aantal de omvang van de groep ouderen van 75 jaar en ouder die gescreend is op kwetsbaarheid fors toegenomen. Dit is mede een gevolg van de stijging van 47 naar 52 deelnemende huisartspraktijken.
- Ruim 20% van de gescreende ouderen is kwetsbaar en dit percentage is over de jaren heen vrij stabiel.
- Van deze 20% hebben 1347 kwetsbare ouderen een zorgplan (ruim 76%), procentueel vergelijkbaar met 2016 en ten opzichte van 2017 een duidelijke verbetering. Absoluut gezien hebben elk jaar meer kwetsbare ouderen van 75 jaar en ouder een zorgplan.
- Over de jaren heen is het percentage kwetsbare ouderen met een medicatiereview relatief stabiel te noemen.
- Voor bijna 100% van alle kwetsbare ouderen met polyfarmacie is in 2018 de nierfunctie bepaald.

Een belangrijk knelpunt in de zorg aan kwetsbare ouderen is het tekort aan voorzieningen voor (tijdelijk) verblijf voor cliënten met specifieke problematiek, zoals cognitieve stoornissen in combinatie met dwaalgedrag of comorbiditeit met GGZ problematiek. 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 2018 bedroeg het percentage medicatiereviews bij kwetsbare ouderen met polyfarmacie (gebruik van 5 of meer medicijnen) 86,2%. Dit cijfer wordt negatief beïnvloed doordat ouderen soms afzien van een review, omdat voor het apotheekdeel van deze review bij een aantal zorgverzekeraars het eigen risico wordt aangesproken.

Van de 1.768 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.

### Vergoeding zorgcoördinatie

Zorgverzekeraars vergoeden in 2018 de zorgcoördinatie ten behoeve van kwetsbare ouderen op drie manieren:

- De Segment 3 Prestatie Ouderenzorg in de huisartsenzorg (zie paragraaf 10.1.4).
- Ten aanzien van de niet-toewijsbare zorg zijn zorgverzekeraars van mening dat iedere wijkverpleegkundige ruimte moet hebben om wijkgerichte taken op te pakken, zoals preventie, en de verbinding met het sociale domein. Vanaf 2018 wordt het beschikbare budget hiervoor verwerkt als een tariefsopslag bij alle gecontracteerde aanbieders en vervalt Segment 1 wijkverpleging. Plicare (Fundis) stelt een deel van de gecontracteerde gelden uit S2 wijkverpleging beschikbaar voor co-financiering van de praktijkverpleegkundige ouderen in Zoetermeer, met name voor zorgmijdende ouderen met een acute zorgvraag in wijken met veel ouderen met een lage sociaaleconomische status.
- Casemanagement dementie in segment 2 (S2) wijkverpleging. De meeste zorgverzekeraars hebben deze zorg voor Zoetermeer gecontracteerd bij Vierstroom Zorg Thuis (Coördinatiepunt Zorg). Bij Buurtzorg Zoetermeer is casemanagement dementie sinds 2016 aandachtsgebied van een of twee verpleegkundigen in elk team.

### 10.1.5 TIJDELIJK VERBLIJF IN DE EERSTE LIJN

In Zoetermeer kunnen mensen in de eerste lijn tijdelijk worden opgenomen in het Zorgpension en sinds halverwege 2018 ook in het Buurtzorgpension. Op beide locaties neemt de huisarts de medische zorg op zich, ofwel voor zijn/haar eigen patiënt die tijdelijk is opgenomen, ofwel voor een passant (een patiënt met een huisarts buiten Zoetermeer of Benthuisen).

Het Zorgpension in 't Seghe Waert biedt 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. 't Seghe Waert startte met 12 bedden, begin 2017 was het aantal uitgebreid naar 28 bedden. Eind 2018 blijkt dit aantal regelmatig te beperkt om de vraag aan te kunnen, ondanks de sterke sturing op een zo kort mogelijke verblijfsduur. In onderstaande tabel zijn enkele gegevens over de in totaal 274 opnamen in het Zorgpension in 2018 weergegeven. 234 keer betrof het een 'eigen' patiënt en 40 keer een passant.



**Tabel 10.1.5a | Opnames, verblijfsduur en uitstroom Zorgpension (2018)**

	ELV	GRZ	Wlz	Respijtzorg
Aantal opnames				
• Vanuit 2e lijn	156	3	1	
• Vanuit 1e lijn	104			11
Gemiddelde verblijfsduur (in dagen)	27	31	26	22
Uitstroom				
• Naar huis				201
• Naar het ziekenhuis				47
• Naar zorg met verblijf				10
• Overleden				2
• Anders				2

Medio 2018 is het Buurtzorgpension Zoetermeer geopend met 23 bedden voor tijdelijke opvang. Bron van financiering is de Zvw-prestatie wijkverpleging naast eigen bijdragen van patiënten. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van of de patiënt bij opname al dan niet over een indicatie Wlz of PGB beschikt. Bij opname zet het Buurtzorgpension een eventueel al bestaande indicatie voor verpleging en verzorging (Zvw) tijdelijk stop.

In onderstaande tabel zijn enkele gegevens over de in totaal 120 opnamen in het Buurtzorgpension gedurende de 6 maanden sinds de opening in 2018 weergegeven. 75 keer betrof het een 'eigen' patiënt en 45 keer een passant.

**Tabel 10.1.5b | Opnames, verblijfsduur en uitstroom Buurtzorgpension (vanaf juli 2018)**

	2018
Aantal opnames	
• Vanuit 2e lijn	41
• Vanuit 1e lijn	79
Gemiddelde verblijfsduur (in dagen)	24
Uitstroom	
• Naar huis	100
• Naar het ziekenhuis	14
• Naar zorg met verblijf	5
• Overleden	1
• Anders	0



## 10.2 ZORGPROGRAMMA'S GGZ

De Zoetermeerse eerstelijnszorg heeft een aantal samenwerkingsafspraken en ketenafspraken op het vlak van de GGZ:

1. Het zorgprogramma depressie;
2. Ketenaafspraken huisartsenpraktijk – GZ-psycholoog in de eerste lijn - tweedelijns-GGZ;
3. Ketenaafspraken over behandeling en begeleiding van thuiswonende chronisch psychiatrische patiënten.

### Zorgprogramma depressie

Het zorgprogramma depressie 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 en het tegengaan van overbehandeling met antidepressiva bij niet ernstige depressies. Het zorgprogramma is gebaseerd op de NHG-standaard Depressie (2011) en gaat uit van de stepped care gedachte: laagdrempelige basiszorg als het kan, stapsgewijs meer specialistische zorg als dit nodig is.

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 2018 zijn er geen aanpassingen in het zorgprogramma gedaan. Dit in afwachting van de herziening van de NHG-standaard Depressie en Angst in 2019.

### Ketenaafspraken huisartsenpraktijk – GZ-psycholoog in de eerste lijn - tweedelijns-GGZ

De onderlinge samenwerking tussen deze disciplines is vastgelegd in multidisciplinaire ketenafspraken. Deze afspraken gaan over niet-acute GGZ, zoals 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. De ketenafspraken zijn in 2018 bijgesteld en besproken met huisartsen, POH-GGZ, GZ-psychologen en maatschappelijk werkers in de wijk-samenwerkingsverbanden.

### Ketenaafspraken thuiswonende chronisch psychiatrische patiënten

Deze ketenafspraken zijn in 2017 vastgelegd en overeengekomen. Ze gaan over de behandeling en begeleiding van thuiswonende chronisch psychiatrische patiënten met complexe problematiek en/of gebruik van psychofarmaca en de rol die de huisartsenpraktijk hierin heeft. De betrokkenen bij de ketenafspraken zijn de huisartsenpraktijken, Parnassia Groep Zoetermeer en GGZ Rivierduinen Zoetermeer.

Ter ondersteuning van de implementatie van de ketenafspraken en werkafspraken chronische GGZ-patiënten is aan alle betrokken samen-

werkingspartners en zorgverleners gevraagd om voorkomende incidenten te melden. Dit heeft geleid tot 12 incidentmeldingen in de periode april – december 2018. Acht incidenten betroffen de acute GGZ, vier de niet-acute GGZ. De vier meldingen over niet-acute GGZ zijn met de samenwerkingspartners besproken. Begin 2019 wordt er een themabijeenkomst georganiseerd over de samenwerking bij Acute GGZ-zorg met alle betrokken partners GGZ, de Huisartsenpost en de Crisisdiensten van de Parnassia Groep en GGZ Rivierduinen.



## 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 aanmerkelijk 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 palliatieve 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 voor de palliatieve fase zijn vastgelegd in het zorgprogramma Palliatieve Zorg Zoetermeer. Het zorgprogramma 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, wijkverpleging (Vierstroom Zorg Thuis, Buurtzorg Zoetermeer en PrivaZorg), apotheken, Bijna Thuis Huis Zoetermeer (hospice), woonzorgcentra (met de palliatieve unit Irishof in Vivaldi sinds 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.

### 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 huisartsen en (wijk)verpleegkundigen 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. De ervaringen in alle groepen zijn zeer positief. Naar verwachting gaan in 2019 PaTz-groepen van start in de wijken Buytenwegh-De Leyens en in Oosterheem. Belangrijke voorwaarde hiervoor is dat er voldoende capaciteit van palliatief consulenten beschikbaar is.

### Zorgbijlage ter gelegenheid van Internationale dag palliatieve zorg

*“Ze maken je niet beter, maar ze gaan er wel voor om het zo prettig mogelijk voor je te maken, zonder pijn.”*

De SGZ maakte in opdracht van de kerngroep palliatieve zorg ter gelegenheid van de Internationale dag van de palliatieve zorg een zorgbijlage bij het huis-aan-huisblad De Postiljon. Met deze themabijlage wilde de kerngroep het onderwerp palliatieve zorg bekend en bespreekbaar maken bij de inwoners van Zoetermeer en Benthuisen. Verschillende hulpverleners, patiënten en andere betrokkenen kwamen in de bijlage aan het woord. Door middel van persoonlijke verhalen kregen de lezers een beeld van wat palliatieve zorg inhoudt en hoe waardevol het is voor patiënten en hun naasten.

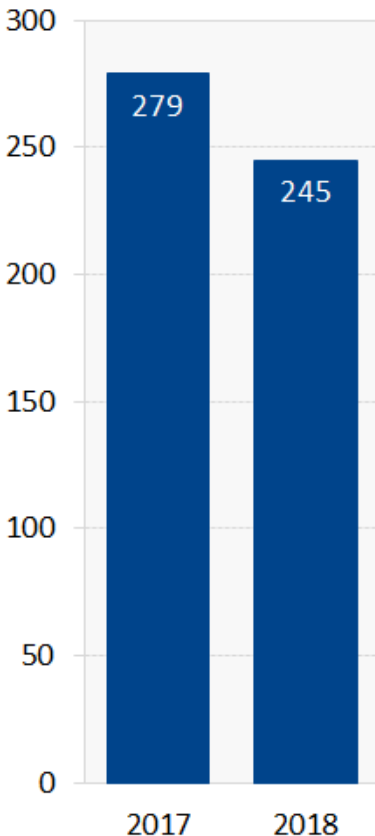
## 10.4 ZORGPROGRAMMA CVA

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, via 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. Leidend hierbij zijn de Zorgstandaard CVA/TIA en de aanbevelingen uit de leidraad 'Uitbehandeld! Hoezo?' van het Kennisnetwerk CVA Nederland. 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

Sinds december 2017 heeft het LangeLand Ziekenhuis weer een eigen stroke-unit en zijn er afspraken gemaakt over de CVA-zorg die leiden tot een Regionale Transmurale Afspraak (RTA) CVA. Tot en met 2017 was er een licht stijgende trend in het aantal gevallen CVA. In 2018 is er voor het eerst sinds jaren sprake van een daling in het aantal nieuwe CVA-patiënten. Hiervoor is geen verklaring gevonden. Na opname op de stroke-unit komen CVA-patiënten onder controle bij de polikliniek van het LangeLand Ziekenhuis. De patiënt (1) wordt na negen maanden tot een jaar opgeroepen voor nacontrole op de poli of (2) 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 CVA

Voor patiënten die naar huis zijn ontslagen, kan het huisartsendeel van het zorgprogramma CVA op twee manieren vorm krijgen en gefinancierd worden:

1. Cardiovasculaire controles in het kader van de DBC-ketenzorg bij hart- en vaatziekten door de praktijkondersteuner somatiek (zie hoofdstuk 17). Dit gaat om ketenzorg zoals die aan patiënten met verhoogd vasculair risico wordt gegeven. De praktijkondersteuner heeft bij deze categorie patiënten een signalerende rol ten aanzien van late gevolgen van de CVA.
2. Begeleiding bij het functioneren van CVA-patiënten die te maken krijgen met zich later openbarende en bijkomende belemmeringen door CVA. Deze wordt gefinancierd uit een segment 1 prestatie POH-CVA. In 2018 contracteerden 51 (van de 52) huisartsenpraktijken deze segment 1 prestatie. De begeleiding wordt gebaseerd op 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. Het is 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 Zoetermeerse 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.

In het vierde kwartaal 2017 is het zorgprogramma hartfalen van start gegaan. Patiënten met stabiel hartfalen worden sindsdien in de huisartsenpraktijk begeleid. Gemiddeld maakten in 2018 op enig moment 72 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 was 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. Uit onderzoek is gebleken dat stress tijdens de zwangerschap, vooral ten gevolge van sociaal-maatschappelijke risico's, hier invloed op heeft.

Het doel van het zorgprogramma is om deze problematiek vroegtijdig op te sporen door gebruik te maken van een risicosignaleringslijst (de R4U) en door niet-medische zorgpaden in te zetten. De vragenlijst wordt door gynaecologen en verloskundigen met elke vrouw die langer dan 10 weken zwanger is, doorgenomen. Afhankelijk van de score en de vastgestelde problematiek, wordt het gezin aan de hand van elf ontwikkelde zorgpaden geleid naar ondersteuning vanuit het Sociaal Domein.

**62**

De 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.

In 2018 heeft het project een vervolg gekregen met als doel de nieuwe werkwijze en het gebruik van de zorgpaden te evalueren.



Hiertoe is als vervolg op de 0-meting die bij de start is uitgevoerd een 1-metingvragenlijst ingezet. Daarnaast zijn er focusgroepen samengesteld met zorgverleners uit het verloskundig, jeugd- en sociaal domein. Zij zijn bevestigd over de ervaringen met het gebruik van de zorgpaden en de samenwerking onderling. De ervaringen bleken zeer positief te zijn, iedere zorgverlener ervaart betere samenwerking doordat men weet hoe men elkaar kan bereiken en doordat men de inhoud van elkaars expertise beter kent. Begin 2019 worden het onderhoud en de borging van de zorgpaden overgedragen aan de jeugdgezondheidszorg.

Bij de gemeente is op dit moment een pilot met betrekking tot zorgcoördinatie/procescoördinatie belegd. Deze pilot sluit goed aan bij de verankering en de afspraken die binnen het project 'Ondersteuning van kwetsbare zwangeren' zijn gemaakt.

Begin 2019 werd het project 'Ondersteuning kwetsbare zwangeren' met een feestelijke eindbijeenkomst afgesloten. Hierbij waren alle betrokken professionals uit de geboortezorgketen en het sociaal domein aanwezig. De wethouder jeugd heeft tijdens deze bijeenkomst de intentie uitgesproken graag een vervolg te willen geven aan het project, waarin de basis is neergezet voor de samenwerking tussen medisch, verloskundig en sociaal domein. Het programma van de rijksoverheid 'de eerste 1000 dagen', sluit hier erg mooi op aan. Doel van de gemeente is om het project 'Ondersteuning kwetsbare zwangeren' de basis te laten vormen voor de start van 'de eerste 1000 dagen' in Zoetermeer.

## 10.7 PRAKTIJKONDERSTEUNING JEUGD

### De POH-Jeugd

Na de succesvolle pilot met praktijkondersteuners jeugd (POH jeugd) sloot de SGZ mede namens de Huisartsen Vereniging Zoetermeer eind 2017 een driejarig contract af met de gemeente Zoetermeer (2018-2020) voor de financiering van POH's jeugd.

De SGZ startte eind 2017 de werving van POH's jeugd om invulling te kunnen geven aan de afspraken in het contract. In 2018 startten drie POH's jeugd in 20 huisartsenpraktijken in Zoetermeer. Gedurende het jaar is het aantal POH's jeugd uitgebreid tot 9. Gezamenlijk bedienen zij alle huisartsenpraktijken (52) in Zoetermeer.

### Streven naar doelmatige inzet van jeugdhulp

Doel van de inzet van de POH jeugd is het doelmatig verwijzen naar diverse vormen van jeugdzorg, en waar verantwoord 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, moeten niet noodzakelijke verwijzingen naar de GGZ voorkomen. Dit is in de eerste plaats goed voor het kind en de ouders, maar zorgt ook voor een verlaging van de kosten.

Daar waar de huisarts gemiddeld 10 minuten heeft om het probleem of de problemen van een jeugdige te achterhalen, kan de POH jeugd in één à twee sessies van 45 minuten het probleem van de jeugdige verhelderen. De POH jeugd kent de sociale kaart, onderhoudt contacten met het netwerk (scholen, maatschappelijk werk, JGH, JGZ, zorgaanbieders) en kan ook (kortdurende) behandeling en begeleiding inzetten. Daarnaast adviseert en ondersteunt de POH jeugd de huisarts om als dat nodig is tot een passende verwijzing te komen naar preventieve hulp of de GGZ.







## Samenwerking met andere toegangspartners

In de werkgroep en stuurgroep toegang werken alle toegangspartners samen aan een sluitende zorgstructuur en identieke aanpak voor jeugdigen die in Zoetermeer wonen. Alle toegangsm medewerkers werken met de GIZ (Gezamenlijke Inventarisatie Zorgbehoefte). De POH's jeugd hebben in 2018 allemaal de GIZ training gevolgd. In de werkgroep en stuurgroep toegang participeren naast de SGZ: het schoolmaatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg, de gemeente Zoetermeer en Jeugd- en Gezinshulp. In 2018 zijn afspraken gemaakt of bestaande afspraken vernieuwd over welke toegangspartner welke casuïstiek/jeugdige in behandeling neemt. Ook is besproken hoe de toegangspartners op een veilige manier - die voldoet aan de AVG - informatie met elkaar kunnen uitwisselen over jeugdigen.

## Verwijzen naar en terugkoppeling van jeugdhulpaanbieders

In de zomer van 2018 heeft de SGZ alle jeugdhulpaanbieders geïnformeerd over de manier waarop huisartsen naar hen verwijzen. In dezelfde brief heeft de SGZ de jeugdhulpaanbieders gevraagd om de huisarts periodiek, doch minimaal jaarlijks een voortgangsbericht te sturen over de jeugdigen die zij naar hen hebben verwezen.

Op verzoek van de gemeente Zoetermeer en na overleg met de HVZ ontvangen huisartsen vanaf oktober 2018 verlengingsverzoeken voor jeugdigen waarvoor het hulptraject verlengd moet worden. De POH jeugd beoordeelt het verlengingsverzoek en beslist na overleg met de huisarts welke stap volgt: het hulptraject verlengen of bij inhoudelijke twijfel over het verlengingsvoorstel de casus overdragen aan jeugd- en gezinshulp van de gemeente.

## Ontwikkelen zorgpad ADHD

Onder leiding van de SGZ hebben de toegangspartners in 2018 het zorgpad ADHD ontwikkeld. Het zorgpad gaat uit van het principe van stepped care (laagdrempelige zorg inzetten als het kan, stapsgewijs meer specialistische zorg als het nodig is). De SGZ heeft het zorgpad ADHD verspreid onder alle huisartsen en POH's jeugd en zorgt ervoor dat het zorgpad actueel blijft.

## Verwijsindex Haaglanden

De SGZ heeft zich met het ondertekenen van de samenwerkingsovereenkomst POH jeugd 2018-2020 geëngageerd aan het gebruik van de Verwijsindex Haaglanden. De POH's jeugd zijn geregistreerd bij deze Verwijsindex.

De Verwijsindex is een digitaal programma waarin professionals (begeleiders, leerkrachten, hulpverleners) een signaal kunnen afgeven voor een jeugdige (0-23 jaar) waar zij bij betrokken zijn. De Verwijsindex zorgt ervoor dat alle betrokken professionals zichtbaar zijn voor elkaar. Daardoor kunnen zij goed samenwerken en krijgt de jeugdige de begeleiding die hij of zij nodig heeft.

64

Op deze manier kunnen eventuele problemen vroegtijdig gesignaleerd worden, zodat tijdige, effectieve en gecoördineerde hulp geboden kan worden. Huisartsen en POH's jeugd dragen zo bij aan een sluitende aanpak voor jeugdigen door samenwerking te realiseren tussen alle betrokken organisaties/professionals in de jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg, onderwijs en justitiële organisaties. Met de Huisartsen Vereniging Zoetermeer heeft de SGZ afgesproken dat de POH jeugd een signaal afgeeft in deze Verwijsindex als de situatie daarom vraagt en er afstemming is geweest met de huisarts. De SGZ onderzoekt welke invloed het signaleren heeft op de relatie tussen de patiënt en de hulpverlener.



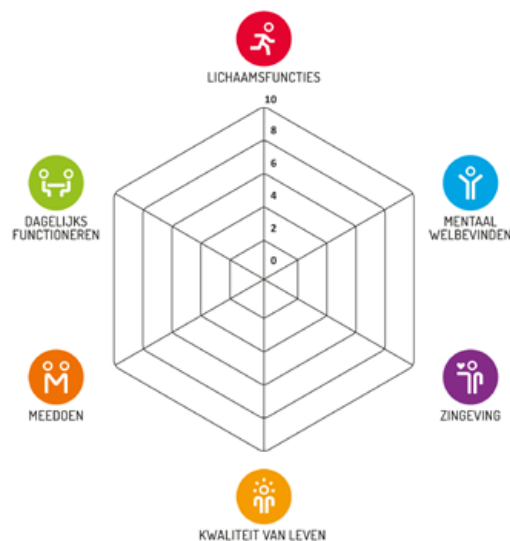
## 11 | ZORGVERNIEUWING



De zorgvraag neemt toe, net als de zorgkosten. De zorgvragen worden daarnaast complexer. Dat vraagt om meer tijd en om een andere aanpak, vanuit een bredere kijk op gezondheid. De SGZ heeft in 2018 op verschillende manieren verder gewerkt aan zorgvernieuwing vanuit een andere aanpak.

### 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 gespreksinstrument 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.

Activiteiten in 2018:

- In het kader van het project Hotspotters (zie 11.2) heeft de SGZ in 2018 een scholing positieve gezondheid door de grondlegger Machteld Huber georganiseerd. Hierbij waren 38 zorgverleners aanwezig.
- Twaalf huisartspraktijken hebben in 2018 actief gebruik gemaakt van het 'spinnenweb' bij 59 patiënten in 72 consulten.
- De praktijkverpleegkundigen hebben het screeningsinstrument voor kwetsbare ouderen (Trazag) in een breder perspectief van positieve gezondheid geplaatst. Hierdoor worden ouderen niet alleen bevraagd op hun eventuele kwetsbaarheid, maar ook op voor hen belangrijke waarden en doelen in het leven.

## 11.2 HOTSPOTTERS

Hotspotters zijn patiënten die één of meerdere kenmerken of aandoeningen hebben die leiden tot een groot beroep op zorg en daarmee tot hoge zorgkosten. In Zoetermeer gaat het per huisartsenpraktijk om ongeveer 40 patiënten met zorgkosten ter grootte 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 een andere aanpak vanuit eerstelijnszorg of vanuit de 'nulde lijn' beter passend (bron: Jan van Es Instituut).

In Zoetermeer is een project ontwikkeld om deze doelgroep die meer heeft aan een andere aanpak, te identificeren en een aanbod te doen voor zo'n andere aanpak. Hierbij is onderstaand stappenplan doorlopen:

1. Identificatie en selectie van de circa 40 hotspotters per deelnemende praktijk;
2. selectie van tien patiënten voor een consult positieve gezondheid per deelnemende praktijk;
3. op basis van deze consulten terugverwijzen van vijf patiënten naar een zorgtraject in de eerste of nulde lijn;
4. monitoring van de resultaten.

Een eerste pilot in Zoetermeer, die in 2017 van start ging, laat veelbelovende resultaten zien. Bij deze pilot waren vier huisartsenpraktijken betrokken en zijn in totaal 25 patiënten geïncludeerd. De resultaten van deze pilot waren:

- bij 13 van de 25 patiënten nam het aantal ziekenhuisopnames af met gemiddeld 1,4;
- de positieve gezondheidsscore (op basis van de vragenlijst positieve gezondheid, die de beleefde gezondheid in beeld brengt) steeg bij alle patiënten significant van gemiddeld 5,5 naar 6,7.

In 2018 ging een tweede pilot van start, waarbij in totaal 10 huisartsenpraktijken zijn betrokken. De aanpak is grotendeels gelijk aan de aanpak van de eerste pilot. Nieuw is dat meerdere disciplines in de huisartsenpraktijk betrokken zijn, dus ook de praktijkverpleegkundige, POH-s en POH GGZ. Om de effectiviteit van de aanpak aan te tonen, dienden we in 2018 samen met onder andere het LUMC een subsidieaanvraag in voor het uitvoeren van een doelmatigheidsonderzoek. In 2019 wordt duidelijk of deze subsidie wordt toegekend.



## 11.3 COMPLEXE ZORGVRAGEN

Een belangrijke doelstelling in het SGZ beleidsplan 2016-2018 was 'meer tijd voor de patiënt'. De SGZ heeft in 2018 onder andere financiële prikkels ingezet om te bevorderen dat huisartsen meer tijd aan patiënten besteden. Binnen de begroting is ruimte gemaakt voor bepaalde declaraties, zoals de in hoofdstuk 11.1 beschreven positievegezondheidsgesprekken en gesprekken bij patiënten met complexe zorgvragen waarbij de huisarts en de patiënt gepast gebruik bespreken, behandelopties afwegen, of waarbij sprake is van uitgebreide begeleiding bij psychosociale problematiek en van advanced careplanning.

Uit de registratie van deze gesprekken blijkt dat er in 2018 door huisartsen 1.297 langere consulten over complexe zorgvragen zijn gevoerd. Huisartsen geven aan dat zij de indruk hebben dat deze consulten er vaak voor zorgen dat er elders in het zorgproces zorgkosten worden bespaard.





## 12 | 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.

### 12.1 MULTIDISCIPLINAIRE BEDRIJFSVOERING

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

De afdeling Personeel & Organisatie van de SGZ 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 apotheekassistenten voor alle huisartsen en apotheken. Andere ondersteuningstaken op het vlak van continuïteit en capaciteit zijn: ondersteuning bij de contractering, conflictoplossing en begeleiding bij opvolging.

68

De afdeling Administratie van de SGZ verzorgt de administratie en de declaraties voor alle hulpverlening waarvoor de SGZ zelf contracteert als beherend rechtspersoon. Daarnaast verzorgt deze afdeling (middels de Stichting Derdengelden SGZ) de declaraties voor 35 zelfstandige huisartsenpraktijken en 8 zelfstandige GZ-psychologen in de eerste lijn.



## 12.2 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 disciplinemanagement, 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.

## 12.3 MULTIDISCIPLINAIRE ICT

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

### ICT-applicaties

De SGZ contracteert en ondersteunt de volgende applicaties voor patiënten-zorg in Zoetermeer en Benthuizen:

- Medicom van PharmaPartners: het elektronisch patiëntendossier (EPD) voor alle huisartsen;
- Pharmacom van PharmaPartners: het EPD voor alle apotheken;
- Hapicom van PharmaPartners: het EPD van de huisartsenpost;
- Vital Health van Philips Vital Health: het EPD van de praktijkondersteuners GGZ en jeugd;
- Medicare: het EPD van een aantal GZ-psychologen in de eerste lijn;
- Minddistrict: voor het e-mental health aanbod van praktijkondersteuners GGZ en jeugd;
- Transparant Next: beslissingsondersteunend instrument in de huisartsenpraktijk voor de GGZ;
- Telepsy: voor vragenlijsten en ROM-gegevens van de GZ-psychologen in de eerste lijn;
- Intramed: het EPD voor de fysio-

en oefentherapeuten van de door de SGZ geëxploiteerde praktijken (FysioExperts).

De SGZ is contractant van deze applicaties, en berekent de kosten ervan door aan de betreffende hulpverleners. Ten behoeve van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de vrijgevestigd hulpverlener als verantwoordelijke van de patiëntenregistratie en de SGZ als verwerker zijn verwerkersovereenkomsten opgesteld en ondertekend.

### Facilitaire ondersteuning op het vlak van ICT

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 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 voor verantwoording aan verzekeraars neemt snel toe, doordat het beheer van de verschillende soorten overeenkomsten met zorgverzekeraars steeds complexer wordt.

In 2017 stapte de SGZ over van de applicatie Centrale Management Informatie Zorggroepen (CMIZ) naar de Eridani-SGZ-database, beide van PharmaPartners. Hierin worden de HIS-gegevens van de huisartsen middels een maandelijkse extractie ingelezen op clusterniveau. Met BI-tooling worden de gegevens vervolgens geanalyseerd. Daarnaast verwerkt de SGZ managementinformatie uit de applicatie Vital Health, waarin de POH-GGZ en POH jeugd registreren.

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



## 12.4 PRIVACY EN INFORMATIEBEVEILIGING

Iedere organisatie die werkt met persoonsgegevens van anderen moet zich houden aan de privacywetgeving en adequate maatregelen treffen om informatie te beveiligen.

### Invoering van de AVG

Op 25 mei 2018 is de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) in werking getreden, ter vervanging van de Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp). De SGZ heeft zowel voor de eigen organisatie als voor de hulpverleners die gebruikmaken van een door de SGZ gecontracteerde en beheerde elektronische gegevensverwerking, verschillende maatregelen getroffen. Deze bestonden onder andere uit het opstellen en publiceren van privacyverklaringen, het uitwerken van registers van gegevensverwerkingen, het afsluiten van verwerkersovereenkomsten met derden en het bijstellen van procedures met betrekking tot de privacyrechten van patiënten. Daarnaast heeft de SGZ een Functionaris Gegevensbescherming (FG) aangesteld. Deze FG werkt ook voor alle Zoetermeerse apotheken, zodat de apotheken voldoen aan hun verplichting om een FG aan te stellen.

### Meldplicht datalekken

Begin 2016 al heeft de SGZ de consequenties van de nieuwe meldplicht datalekken uitgewerkt in interne procedures en afspraken. Ten gevolge van de invoering van de AVG zijn deze procedures opnieuw extra onder de aandacht gebracht bij medewerkers en hulpverleners.

In 2018 waren er vijf datalekken, die conform de AVG zijn gemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP). Bij vier van de betreffende datalekken was ook sprake van een verplichte melding bij de betrokkene (patiënt).

**Tabel 12.4 Datalekken 2018**

Periode datalek	Aard van het datalek	Gemeld bij AP en/of betrokkene(n)
Mei 2018	Bezorging van verbandmiddelen aan verkeerd geadresseerde	Gemeld bij AP, betrokkene is geïnformeerd
Juni 2018	Verzending van factuur aan verkeerd geadresseerde	Gemeld bij AP, geen nadelige gevolgen voor betrokkene, derhalve niet geïnformeerd
Juli 2018	Bezorging van medicatie aan verkeerd geadresseerde	Gemeld bij AP, betrokkene is geïnformeerd
September 2018	Bezorging van medicatie aan verkeerd geadresseerde	Gemeld bij AP, betrokkene is geïnformeerd
Oktober 2018	Bijsluiters van medicatie verstrekt aan verkeerd geadresseerde	Gemeld bij AP, betrokkene is geïnformeerd

### Informatiebeveiliging

De SGZ heeft in 2018 verdere verbeteringen uitgevoerd op het gebied van informatiebeveiliging in combinatie met de invoering van de AVG. Vanwege de invoering van de AVG is daarbij ook extra aandacht gegeven aan bewustwording bij medewerkers en hulpverleners over hoe veilig om te gaan met (medische) persoonsgegevens. In onder andere voorlichtings- en nascholingsbijeenkomsten kwamen aandachtspunten voortkomend uit de AVG aan de orde. Daarnaast werd in die bijeenkomsten in het bijzonder ingegaan op praktische beveiligingsmaatregelen die in de dagelijkse praktijk toegepast kunnen worden bij de omgang met (gevoelige) persoonsinformatie.

Voor de informatiebeveiliging geldt in de zorg de norm NEN 7510. De SGZ hanteert deze norm bij het bepalen en verbeteren van de informatiebeveiliging. In het kader van de continue toetsing en verbetering startte de SGZ eind 2018 met het uitvoeren van een interne audit, waarbij op basis van een risicoanalyse wordt bepaald welke verdere verbetermaatregelen nodig zijn. De resultaten van deze audit zullen vanaf 2019 als leidraad gebruikt worden voor de verdere implementatie of verbetering van informatiebeveiligingsmaatregelen.



## 12.5 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 huisartsenpost 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. Het betreft verwijzingen van huisartsen naar deze disciplines en retourinformatie van hen aan de huisartsen.

### LSP medicatie-uitwisseling

In 2018 hebben de apotheken en SGZ veel energie gestoken in het verkrijgen van LSP-toestemmingen. De focus is halverwege het jaar verschoven van de ingeschreven patiënten naar de actieve patiënten. Het is immers vooral van belang dat het medicatieoverzicht van patiënten die geregeld medicatie gebruiken door betrokken zorgverleners geraadpleegd kan worden.

In oktober heeft de SGZ een mailing uitgestuurd naar alle actieve patiënten in Zoetermeer waarvan nog geen LSP-toestemming geregistreerd was. Deze mailing is gestuurd naar 34.000 mensen en had een response van 32.4%. De acties in de apotheken en de mailing hebben geresulteerd in een toename van het gemiddelde LSP-toestemmingspercentage van 57,9 in juni 2018 tot 66,7 in december 2018, gemeten over alle apotheken in Zoetermeer.

### LSP uitwisseling huisartswaarneemgegevens

In 2018 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 huisartsenposten in andere regio's. Voor deze LSP-aansluitingen zijn alle medewerkers bij alle huisartsenpraktijken van UZI-passen voorzien. Deze pas hebben medewerkers nodig om na activering van de LSP-aansluiting in het huisartseninformatiesystemen Medicom (voor de dagpraktijken) en Hapicom (voor de huisartsenpost) te kunnen werken. Eind 2018 had ruim 50% van de bij Zoetermeerse huisartsenpraktijken ingeschreven patiënten toestemming gegeven (opt-in) voor uitwisseling van huisartswaarneemgegevens via het LSP.

Door technische problemen bleek het niet mogelijk om in 2018 de LSP-aansluiting bij de huisartsenpost daadwerkelijk te activeren en in gebruik te nemen; deze aansluiting is uiteindelijk in het 1e kwartaal van 2019 gerealiseerd.

### Elektronische uitwisseling huisartswaarneemgegevens binnen Zoetermeer

Bij het in paragraaf 9.3 beschreven toetsingsbezoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd is beoordeeld in hoeverre de elektronische gegevensuitwisseling tussen huisartsen en huisartsenpost op basis van het zogenaamde geen-bezwaar-systeem in overeenstemming is met de wet. De Inspectie kwam tot de conclusie dat het in Zoetermeer gaat om het gebruik van een systeem voor het bijhouden van elektronische dossiers binnen één zorgaanbieder. Dat betekent dat er naar het oordeel van de Inspectie geen sprake is van het beschikbaar stellen van gegevens via een elektronisch uitwisselingssysteem als bedoeld in Wet Aanvullende Bepalin-

#### Grote overlap

Van de patiënten die zijn ingeschreven bij een huisarts in Zoetermeer of Benthuisen, was in 2018 97% als patiënt bij een apotheek uit het werkgebied van de SGZ ingeschreven. Kortom, het overgrote deel van de patiënten in Zoetermeer en Benthuisen heeft een huisarts en een apotheek die via het zorgcluster hetzelfde medicatiebestand delen. Dit kan veel fouten voorkomen.





gen Verwerking Persoonsgegevens in de Zorg. Voorafgaande toestemming van de patiënt voor gebruik van zijn gegevens door een waarnemer is dus niet vereist.

### Beveiligde e-mail

Als primair uitgangspunt wordt gehanteerd dat voor de uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverleners, zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van berichtuitwisseling die direct van en naar de betreffende informatiesystemen van hulpverleners kan worden verzonden en ontvangen.

Wanneer dit niet mogelijk is, bestaan er alternatieven om via beveiligde e-mail gegevens uit te wisselen. In 2018 is verkend of beveiligde e-mail voor de communicatie naar en van huisartsen gewenst is en zijn de ontwikkelingen in de regio bij andere zorgpartners geïnventariseerd. Op basis van deze verkenning is besloten om het gebruik van beveiligde e-mail nog niet voor alle Zoetermeerse huisartsenpraktijken te gaan gebruiken. Wel hebben de Zoetermeerse apotheken in 2018 beveiligde e-mail van Zorgmail in gebruik genomen, onder andere voor de communicatie met hulpverleners buiten Zoetermeer.

## 12.6 MULTIDISCIPLINAIRE HUISVESTING

De SGZ beheert en onderhoudt vijftien locaties: tien gezondheidscentra, drie huisartsen(groeps)praktijken, de huisartsenpost/dienstapothek en het centraal bureau van de organisatie. 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 vierkante meter aan multidisciplinaire huisvesting. Dat is evenveel als in 2017.
- Door de facilitaire dienst werden in 2018 in totaal 881 onderhoudsmeldingen afgehandeld. Dat is 6,5% meer dan in 2017.
- Door het huisvesten van nieuwe huurders en de uitbreidingen van de praktijkondersteuning jeugd en praktijkverpleegkundigen 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. In totaal zijn er nu zonnepanelen geplaatst op zeven locaties. Er liggen nu 686 zonnepanelen op de daken, die samen gemiddeld 30% van de stroombehoefte van deze locaties opwekken (205,73 mWh). Sinds de plaatsing van de zonnepanelen is 111.710 kg CO<sub>2</sub>-uitstoot bespaard.





# DEEL 2B GEORGANISEERDE EERSTE LIJN

## DBC-KETENZORG

### DEEL 2b | GEORGANISEERDE EERSTE LIJN

#### DBC ketenzorg

<b>13   DBC Ketenzorg</b>	<b>75</b>
13.1 De ketenzorg	75
13.2 De patiënten	75
13.3 Meer in de eerste lijn behandelen	78
13.4 Uitkomsten	78
13.5 Leefstijl	78
<b>14   DBC Astma</b>	<b>81</b>
14.1 Indicatoren	81
14.2 Behandelaren	83
14.3 Ketenactiviteiten	84
<b>15   DBC COPD</b>	<b>85</b>
15.1 Indicatoren	86
15.2 Behandelaren	86
15.3 Ketenactiviteiten	87
<b>16   DBC Verhoogd vasculair risico (VVR)</b>	<b>88</b>
16.1 Indicatoren	89
16.2 Behandelaren	89
16.3 Ketenactiviteiten	90



<b>17   DBC Hart- en vaatziekten (HVZ)</b>	<b>91</b>
17.1 Indicatoren	92
17.2 Behandelaren	92
17.3 Ketenactiviteiten	94
<b>18   DBC Diabetes</b>	<b>95</b>
18.1 Indicatoren	96
18.2 Behandelaren	97
18.3 Ketenactiviteiten	97



## 13 | DBC-KETENZORG



De SGZ levert niet alleen DBC-ketenzorg, maar zet zich ook in voor verbetering van de leefstijl van patiënten (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.

### 13.1 DE KETENZORG

Voor 2018 sloot de SGZ met alle zorgverzekeraars overeenkomsten af 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). Alle 52 huisartsenpraktijken leveren zorg binnen alle vijf de DBC-ketenzorgprogramma's.

DBC-ketenzorgfinanciering 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 14 - 18 van dit jaarverslag.

Om ketenzorg te kunnen leveren, heeft de SGZ voor 2018 overeenkomsten van onderaanneming gesloten met de volgende zorgverleners:

- Alle huisartsenpraktijken uit Zoetermeer en Benthuizen. 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.

Huisartsenpraktijken hebben verschillende instrumenten ter beschikking die ondersteunen bij het registreren, include-





ren en uitnodigen van patiënten en bij het monitoren van resultaten.

Vanaf 1 januari 2018 wordt de DBC-ketenzorg op basis van het nieuwe landelijke registratie-item 'deelname ketenzorg' gedeclareerd. 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 correcte registratie.

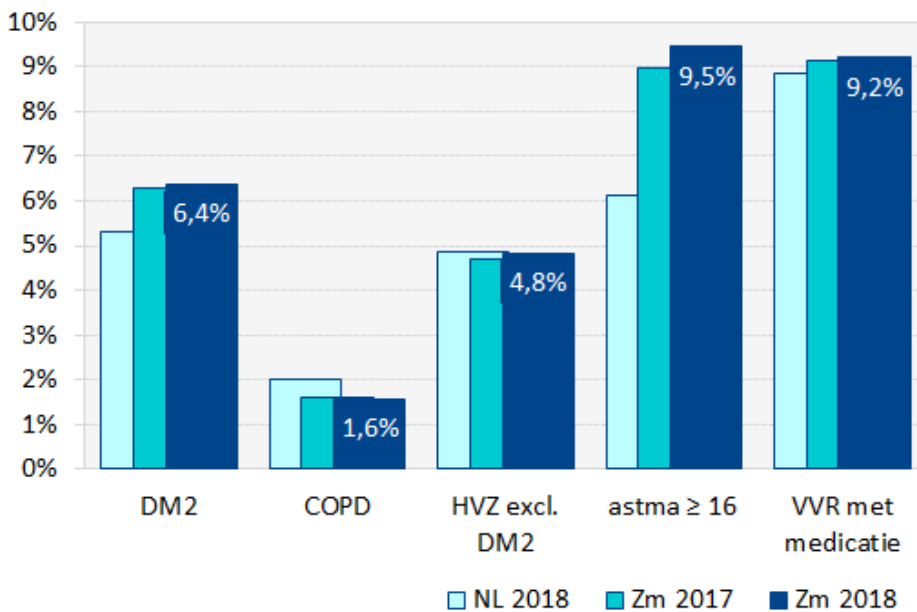
De landelijke benchmark op prestatie-indicatoren van Meetpunt Kwaliteit (INSZO) biedt huisartsenpraktijken de mogelijkheid de resultaten van hun eigen praktijk ten aanzien van de verschillende indicatoren maandelijks te volgen en te vergelijken met het gemiddelde in Zoetermeer.

## 13.2 DE PATIËNTEN

### Prevalentie

Astma, COPD, VVR, HVZ en DM2 behoren tot de chronische ziekten die relatief veel voorkomen onder de bevolking. In grafiek 13.2a is de prevalentie weergegeven als percentage van de bevolking.

**Grafiek 13.2a | Aandeel patiënten met DM2, COPD, HVZ, astma en VVR (prevalentie) in Zoetermeer en Benthuizen in 2018**



Bron: trendrapportages Transparante Ketenzorg

De prevalenties bij DM2, HVZ, Astma en VVR vertonen in 2018 een lichte stijging ten opzichte van 2017. Dit is in lijn met de landelijke prognose dat het aandeel mensen met een chronische aandoening in de toekomst een stijgende lijn vertoont. De prevalentie bij COPD is gelijk gebleven.

76

In vergelijking met het landelijk beeld valt op dat de prevalenties van DM2, astma en VVR in Zoetermeer hoger zijn en die van COPD lager is. In 2017 is uitgezocht welke verklaring er te geven is voor de hogere prevalentie van DM2: die is vooral toe te schrijven aan de bevolkingskenmerken in Zoetermeer.

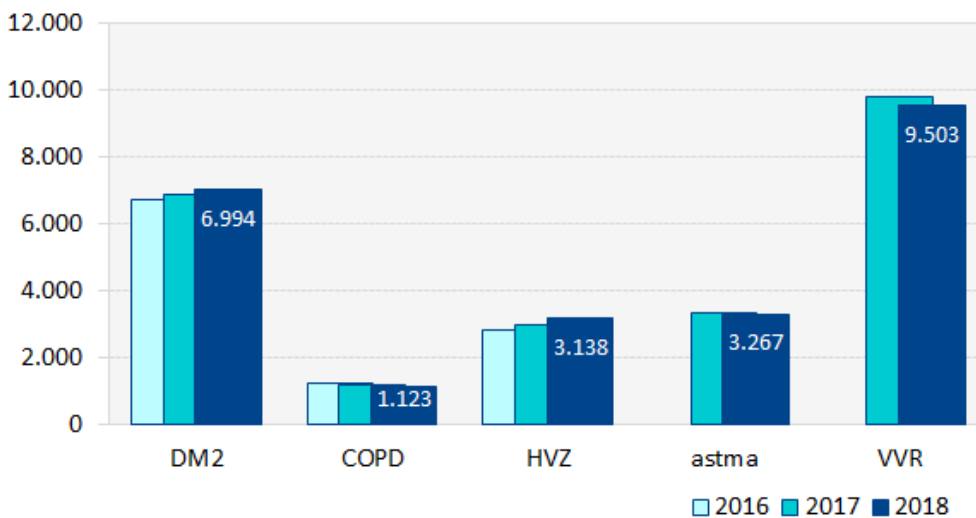


De prevalentie van astma is hoger dan het landelijk gemiddelde. De landelijke prevalentiecijfers van astma kunnen echter volgens de Transparante ketenzorg-rapportage 2017 nog niet als representatief worden beschouwd. Ook landelijk is astma nog een relatief nieuw DBC-ketenzorgprogramma. De prevalentie 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.

### Aantal patiënten

Patiënten met een chronische aandoening zijn onder behandeling van de huisarts of van de specialist. Alleen als de huisarts hoofdbehandelaar is, kunnen patiënten gebruikmaken van de DBC-ketenzorg in de eerste lijn. In onderstaande grafiek 13.2b is het gemiddeld aantal patiënten weergegeven dat in 2018 gebruikmaakte van DBC-ketenzorg.

Grafiek 13.2b | Gemiddeld aantal patiënten per DBC-ketenzorg per jaar



Uit bovenstaande grafiek blijkt dat het gemiddeld aantal patiënten in de keten stijgt bij DM2 en HVZ. Dit is in lijn met de landelijke stijgende trend van meer chronisch zieken in deze groepen ketenzorg en dus ook in de keten. Er is een afname zichtbaar in de keten VVR. De verklaring hiervoor is gelegen in het feit dat deze zorgketen nog maar twee jaar georganiseerd is. Na twee jaar wordt steeds duidelijker welke patiënten deze zorgvorm wensen en er baat bij hebben. Dit argument geldt ook voor het gelijk blijven van het aantal mensen in de keten astma. Het gemiddeld aantal patiënten met COPD blijft eveneens nagenoeg gelijk.

### 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. Vaker ziet de patiënt zelf af van DBC-ketenzorg of onttrekt hij zich aan programmatische zorg.



## 13.3 MEER IN DE EERSTE LIJN BEHANDELEN

De SGZ wil de zorg waar mogelijk dicht bij huis organiseren: in de eerste lijn. Dit geldt zeker voor de DBC-ketenzorg. Daarom vindt de SGZ het belangrijk dat er goede afspraken zijn tussen huisartsen en medisch specialisten over doelmatig verwijzen, doorverwijzen en terugverwijzen.

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

(diabetes), de longartsen (COPD, astma) 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.

## 13.4 UITKOMSTEN

De uitkomsten van de DBC-ketenzorg worden onder meer 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 geven aan of een bepaalde waarde is

gemeten en geregistreerd. De procesindicatoren zeggen iets over de stappen die de zorgverlener zet in het zorgproces.

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

In de hoofdstukken 14 tot en met 18 wordt telkens per DBC in één grafiek gerapporteerd over zowel de procesindicatoren als de uitkomstindicatoren. De indicatoren zijn berekend door Meetpunt Kwaliteit (INSZO), een

gecertificeerd datacentrum, op basis van de definities van ZN en InEen (2018). 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.

Een online dashboard biedt de huisartsenpraktijken een actueel inzicht in de prestatie-indicatoren. Zo kunnen zorgverleners hun eigen prestaties zelf monitoren en hun handelen aanpassen. Dit dashboard wordt eveneens geleverd door Meetpunt Kwaliteit (INSZO).

## 13.5 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 hierbij te ondersteunen, biedt SGZ naast zorginhoudelijke scholing ook scholing op het gebied van gespreksvoering en reflectie. In 2018 heeft 39% van de praktijkondersteuners hieraan deelgenomen. Leefstijl is regelmatig onderwerp van gesprek in bijeenkomsten met zorgverleners, zoals het overleg met alle praktijkondersteuners. Nieuwe ontwikkelingen op dit vlak worden op de voet gevolgd. In maart 2018 was er een bijeenkomst waar Hanno Pijl (internist LUMC en oprichter 'keer diabetes om') zijn visie op diabetes type 2 en de rol van leefstijl daarbij heeft toegelicht. Naast huisartsen en praktijkondersteuners waren ook de diëtisten die een rol spelen binnen de ketenzorg hierbij aanwezig.

Voor elk ketenzorgprogramma zijn leefstijlthema's (op basis van de NHG-Zorgmodules Leefstijl) beschreven voor Zoetermeer en beschikbaar gesteld aan 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

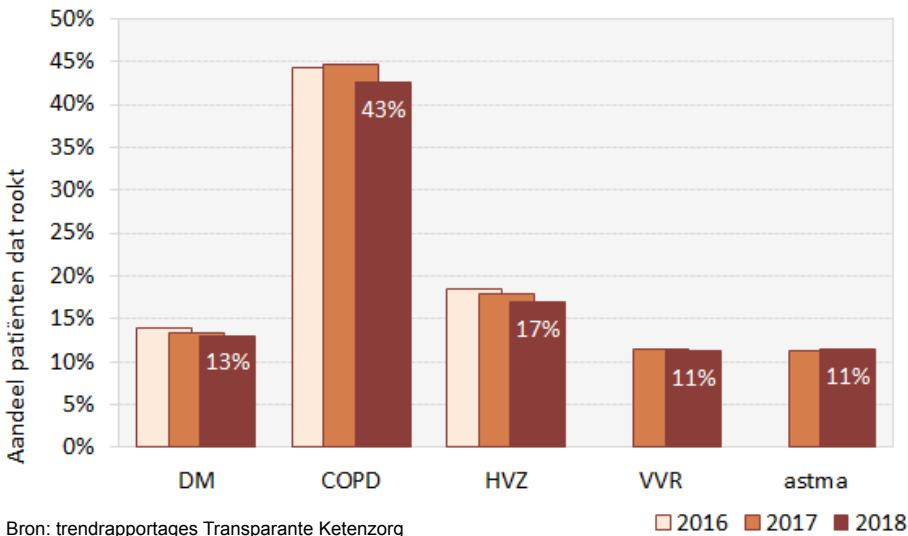


anti-rookbeleid gericht op de gehele bevolking of op een specifieke groep, zoals kinderen), selectieve preventie (gericht op risicogroepen, zoals mensen die te weinig bewegen), geïndiceerde preventie (gericht op mensen die niet ziek zijn, maar wel een verhoogd risico lopen) en zorggerelateerde preventie (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. Patiënten in alle ketens kunnen gebruik maken van dit aanbod.

**Grafiek 13.5a | 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 DM2, COPD, HVZ en VVR. Bij astma is dit aandeel het laatste jaar licht toegenomen.

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 totaal zijn circa 450 brieven verstuurd en dit leverde 45 deelnemers op aan het groepsprogramma stoppen met roken. Deze 10% deelname is in lijn met eerdere ervaringen.

In onderstaande tabel staat het aantal SMR-trajecten, aangeboden vanuit de eerstelijnszorg. Op ruim 3.500 bij de huisarts geregistreerde rokers betekent dit dat ongeveer tien procent een (bij ons bekend) SMR-traject heeft gevolgd. Het blijft moeilijk 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 13.5b Aantal patiënten met SMR-traject in 2018, aangeboden vanuit de eerstelijnszorg**

	DBC-ketenzorg	Geen DBC-ketenzorg
Individuele begeleiding in de huisartsenpraktijk	155	150
SMR-groepstraining Sinefuma	14	31
<b>Totaal</b>	<b>169</b>	<b>181</b>







Rokers hebben vaak meerdere pogingen nodig voordat het lukt om definitief te stoppen. Van de ruim 3.500 bij de huisarts geregistreerde rokers uit 2017 rookte 8% in 2018 niet meer. Bij driekwart van hen is de stopdatum vastgelegd. Gemiddeld hebben zij dan een half jaar niet meer gerookt. Bijna de helft heeft minimaal 6 maanden niet gerookt, volgens onderzoek hebben zij 50% kans om toch weer te gaan roken. Elf procent heeft minimaal een jaar niet gerookt, de kans dat zij nog weer zullen gaan roken is gedaald tot 10%.

### Gezonde voeding

Binnen alle DBC-ketens is er in de consulten aandacht voor gezonde voeding en het effect daarvan 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 er in de consulten aandacht voor het belang van voldoende beweging. Patiënten worden verwezen naar het laagdrempelige wijkgerichte beweegaanbod, waaronder diverse wandelgroepen. Zo nodig kan verwezen worden naar het specifieke aanbod bij verschillende fysiotherapiepraktijken en sportaanbieders.

### Omgaan met stress

De praktijkondersteuners binnen de DBC-ketenzorg zijn bij patiënten met chronische aandoeningen extra alert 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

Bij alle DBC-ketenzorg is er 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 genesmiddelengebruik

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



## 14 | DBC-KETENZORG ASTMA



In 2018 namen alle 52 huisartsenpraktijken deel aan de DBC-ketenzorg bij astma (in 2017 waren dit er 47). 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 leert omgaan 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.

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

- Programmatische zorg door de huisarts en praktijkondersteuner somatiek;
- Begeleiding bij het stoppen met roken door de huisartsenpraktijk of door deelname aan de groepscursus 'Rookvrij! Ook jij?' van SineFuma.

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

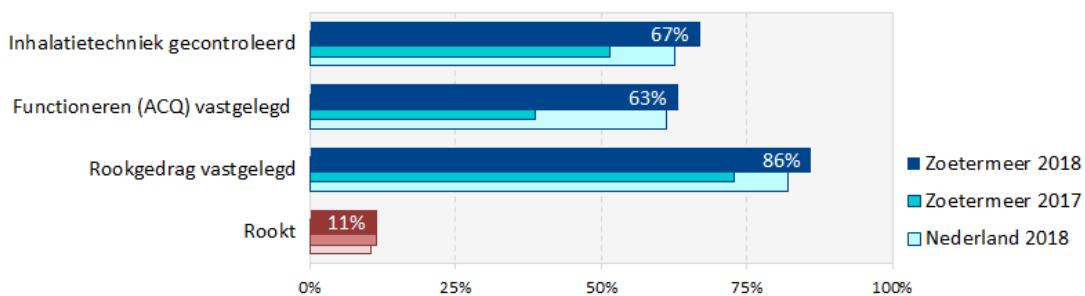
- Leeftijd 16 jaar of ouder;
- Diagnose astma is (her)bevestigd middels spirometrie;
- Inhalatiecorticosteroïden gebruiken of hiervoor volgens de NHG-standaard een indicatie hebben;
- Huisarts als hoofdbehandelaar;
- Patiënt is akkoord met deelname.





## 14.1 INDICATOREN

Grafiek 14.1 | Indicatoren DBC-ketenzorg astma 2018



Bron: trendrapportage Transparante Ketenzorg

### Analyse

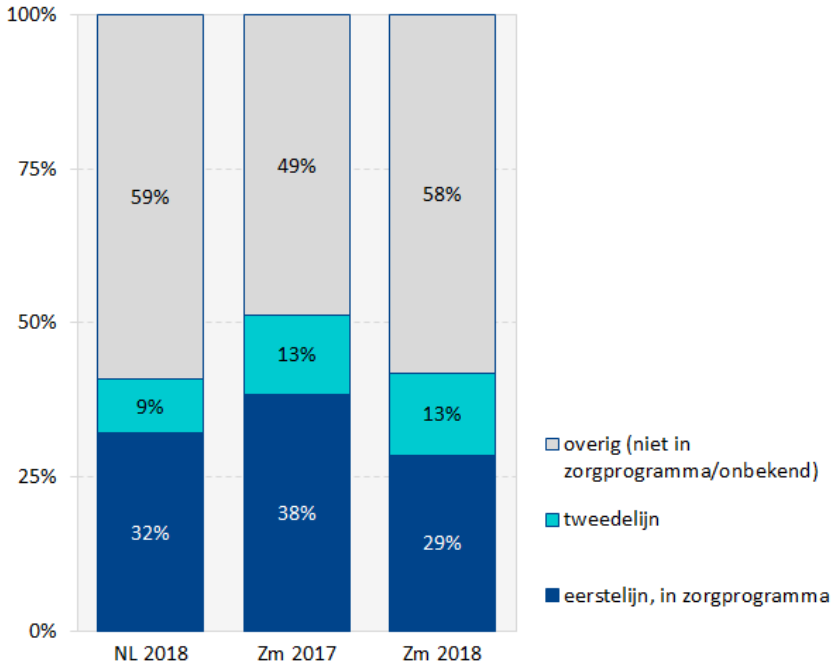
- Na het startjaar 2017 zijn, zoals verwacht, de procesindicatoren in 2018 in Zoetermeer fors verbeterd en hoger dan het gemiddelde in Nederland. Reden voor de verhoging is onder andere een betere registratie. Uitzondering hierop is het percentage rokers, dat is in Zoetermeer gelijk aan 2017 en iets hoger dan het gemiddelde in Nederland.
- De procesindicator 'Inhalatietechniek gecontroleerd' is niet geheel betrouwbaar. In Zoetermeer controleert de apotheek ook de inhalatietechniek. Per wijk-samenwerkingsverband zijn er specifieke afspraken over de taakverdeling met de praktijkondersteuner.
- De procesindicator 'functioneren vastgelegd' is onder meer verbeterd, omdat dit jaar de juiste vragenlijst (ACQ) is gebruikt (in 2017 werd door onbekendheid soms de COPD-vragenlijst gebruikt).



## 14.2 BEHANDELAREN

Niet alle patiënten met astma maken gebruik van DBC-ketenzorg in de eerste lijn. Grafiek 14.2 geeft een beeld van de verdeling van patiënten over de verschillende behandelaren.

**Grafiek 14.2 | Verdeling van patiënten met astma over zorg in het eerstelijns zorgprogramma en in de tweede lijn (en overige patiënten buiten zorgprogramma)**



Bronnen: trendrapportages Transparante Ketenzorg

### 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. Dit is conform de specificaties van de landelijke benchmark 2018 van InEen, ten behoeve van de rapportage Transparante Ketenzorg. De SGZ vindt deze groep te breed gedefinieerd, omdat alleen patiënten met astma en (een indicatie voor) medicatie geïnccludeerd worden in DBC-ketenzorg, terwijl 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 hiertussen in de registratie is onbetrouwbaar, daarom zijn die twee categorieën hier samengevoegd.

- In vergelijking met 2017 is het percentage patiënten 'eerste lijn, in zorgprogramma' afgenomen en het percentage 'overig' toegenomen. In 2018, het tweede jaar voor DBC-ketenzorg astma, is veel aandacht besteed aan de juiste patiënt in de astmaketen. Dit aandeel is meer op orde.
- Het hoger aandeel patiënten in de tweede lijn in Zoutermeer ten opzichte van Nederland is niet helemaal betrouwbaar vanwege onjuiste registratie. Uit een kleine steekproef onder praktijkondersteuners blijkt de registratie van 'hoofdbehandelaar specialist' niet overal te kloppen.



## 14.3 KETENACTIVITEITEN

In 2018, het tweede jaar van het DBC-ketenzorgprogramma astma, stond verdere verbetering van de implementatie van het relatief nieuwe ketenzorgprogramma centraal.

De multidisciplinaire werkgroep Chronische obstructieve longziekten is in 2018 twee keer bijeengekomen. Deze groep is actief bezig geweest met het opstellen van een Regionale Transmurale Afspraak (RTA) astma, in combinatie met het actualiseren van de RTA COPD. Beide RTA's zijn geaccordeerd in 2018. Daarnaast stond het thema 'stoppen met roken' op de agenda, waarbij de begeleiding door de diverse zorgverleners in beeld is gebracht evenals verbetering van (toeleiding naar) dit aanbod.

Naast de CASPIR (cursus spirometrie bij volwassenen) is er nascholing geweest op het gebied van begeleiding bij stoppen met roken.

In 2018 is geregeld gebruik gemaakt van de mogelijkheden om de longartsen te consulteren over spirometrieën (30 keer) en telefonische/e-mailconsultatie (77 keer) met onder andere vragen over overlap tussen astma en COPD.

Er zijn acht Longpuntbijeenkomsten gehouden met gemiddeld 27 bezoekers per keer (van wie gemiddeld 5 zorgverleners/sprekers). De Longpuntbijeenkomsten zijn ook interessant en toegankelijk voor mensen met astma. Thema's waren onder andere: logopedie bij longziekten, longaanval voorkomen, (bij)werkingen van longmedicijnen en leren van lotgenoten. Zorgverleners uit de werkgroep hebben inhoudelijke bijgedragen geleverd.



## 15 | 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), de huisarts hoofdbehandelaar is en de patiënt akkoord gaat met deelname aan de ketenzorg.

Centraal staat dat de patiënt zelf goed leert omgaan met zijn aandoening en zijn leefstijl optimaliseert. Samen met de patiënt worden de gemaakte afspraken vastgelegd in een individueel zorgplan.

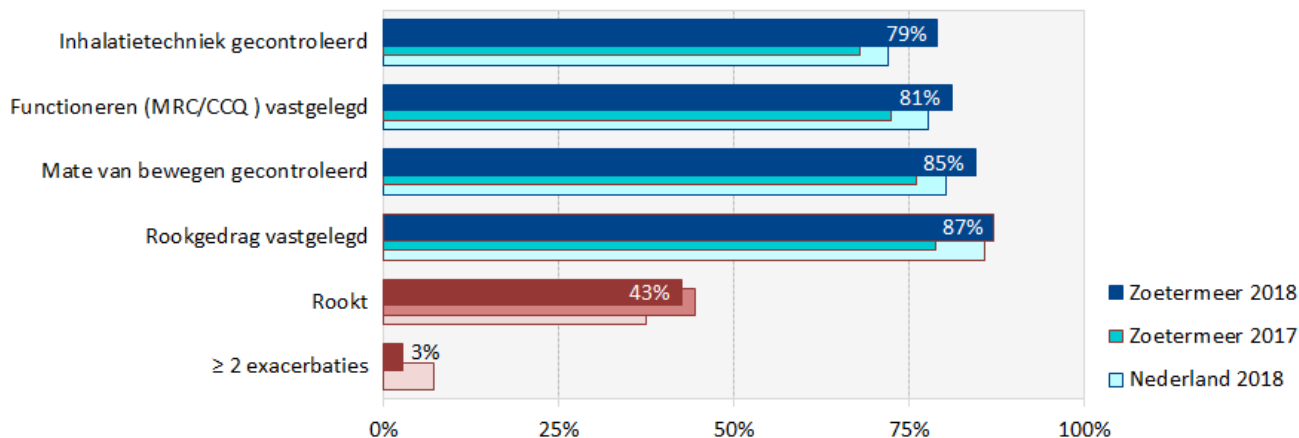
De DBC-ketenzorg voor patiënten met COPD omvat de volgende onderdelen:

- programmatische zorg door de huisarts en de praktijkondersteuner somatiek (POH-S);
- begeleiding bij stoppen met roken door de huisartsenpraktijk of door deelname aan de groepscursus 'Rookvrij! Ook jij?' van SineFuma;
- voedingsadvies en begeleiding door een diëtist.



## 15.1 INDICATOREN

Grafiek 15.1 | Indicatoren DBC-ketenzorg COPD



Bron: trendrapportage Transparante Ketenzorg

### Analyse

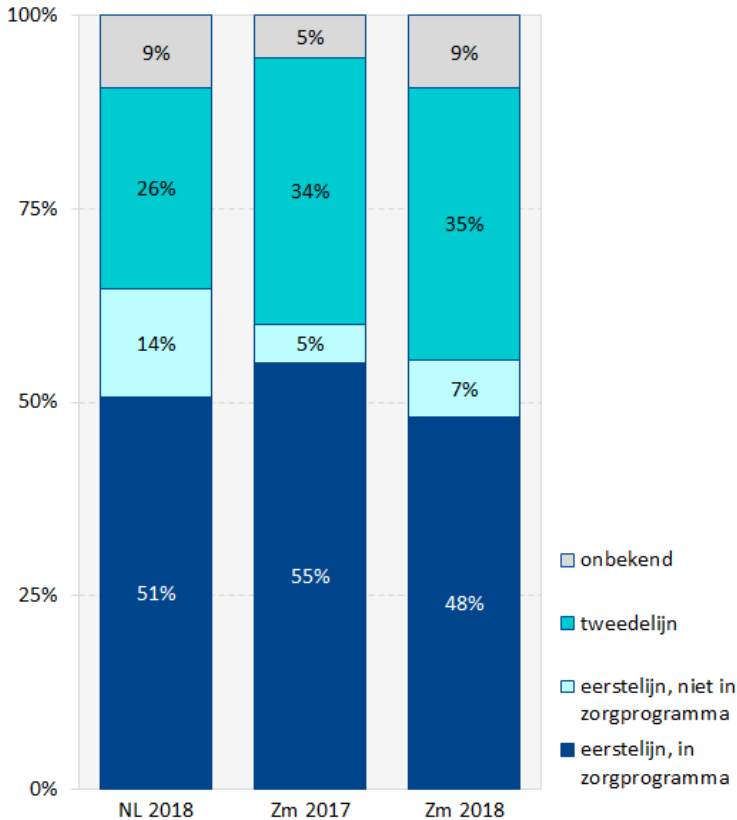
- Bij alle prestatie-indicatoren is een aanzienlijke verbetering zichtbaar ten opzichte van 2017. Na de start van twee nieuwe zorgprogramma's in 2017 was er in 2018 weer meer ruimte voor verbetering van de zorg voor mensen met COPD, wat zichtbaar is in de indicatoren. Alle proces-indicatoren zijn hoger dan het gemiddelde in Nederland.
- Positief is dat het percentage rokers afneemt. Al blijft dit, ondanks alle inspanningen in Zoetermeer, nog altijd hoger dan gemiddeld in Nederland.
- De prestatie-indicator aantal patiënten met twee of meer exacerbaties is nieuw dit jaar. Er zijn dan ook geen referenties van eerdere jaren. Doordat de registratie nieuw is, is het de vraag of de vergelijking met het landelijk percentage al betrouwbaar is.



## 15.2 BEHANDELAREN

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

**Grafiek 15.2 | Verdeling van patiënten met COPD over zorg in de eerste lijn binnen en buiten zorgprogramma, in de tweede lijn en overige patiënten (niet vastgelegd wie de zorg levert)**



Bronnen: trendrapportages Transparante Ketenzorg, SGZ

### Analyse

- Het aandeel patiënten met COPD in de tweede lijn in Zoetermeer is vergelijkbaar met vorig jaar; het is hoger dan gemiddeld in Nederland. Hiervoor is geen verklaring beschikbaar.
- Het aandeel 'onbekend' is voor alle DBC-ketenzorgprogramma's in Zoetermeer toegenomen als gevolg van de strikte hantering in Zoetermeer van het registratie-item 'deelname ketenzorg' (uitsluitend patiënten met 'deelname ketenzorg ja' vallen nog onder de categorie 'eerste lijn, in zorgprogramma'; patiënten met hoofdbehandelaar huisarts waar 'deelname ketenzorg' niet is ingevuld, vallen onder de categorie 'onbekend' (waar deze in Nederland - en voorheen in Zoetermeer - onder de categorie 'eerste lijn in zorgprogramma' vallen). Dit is een verklaring voor de toename van de categorie 'onbekend' bij COPD en waarschijnlijk ook een verklaring van de afname 'eerste lijn in zorgprogramma'.

## 15.3 KETENACTIVITEITEN

De multidisciplinaire werkgroep Chronische obstructieve longziekten is in 2018 twee keer bijeengekomen. Deze groep is actief bezig geweest met het actualiseren van de Regionale Transmurale Afspraak (RTA) COPD, in combinatie met het opstellen van een RTA astma. Beide RTA's zijn geaccordeerd in 2018.

In de werkgroep is het nieuwe multidisciplinaire zorgpad COPD besproken en is input gegeven voor verbetering van de communicatie

en afstemming tussen betrokken zorgverleners. Daarnaast stond het thema 'stoppen met roken' op de agenda, waarbij de begeleiding door de diverse zorgverleners in beeld is gebracht evenals verbetering van (toeleiding naar) dit aanbod.

Naast de CASPIR is er nascholing geweest op het gebied van begeleiding bij stoppen met roken.

In 2018 is geregeld gebruikgemaakt van de mogelijkheden om de longartsen te consulteren over spirometrieën

(44 keer) en telefonische/e-mailconsultatie (27 keer).

Er zijn acht Longpuntbijekomsten gehouden met gemiddeld 27 bezoekers per keer (van wie gemiddeld 5 zorgverleners/sprekers). De Longpuntbijekomsten zijn interessant en toegankelijk voor mensen met COPD. Thema's waren onder andere: logopedie bij longziekten, longaanval voorkomen, (bij)werkingen van longmedicijnen en leren van lotgenoten. Zorgverleners uit de werkgroep hebben inhoudelijke bijdragen geleverd.



## 16 | 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. Alle huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuisen namen 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 tweede jaar waarin de zorg voor patiënten met VVR op programmatistische wijze wordt aangeboden. De patiëntengroep is vastgesteld op basis van de landelijk overeengekomen inclusiecriteria.

Om deel te nemen aan de DBC-ketenzorg VVR gelden voor patiënten de volgende criteria:

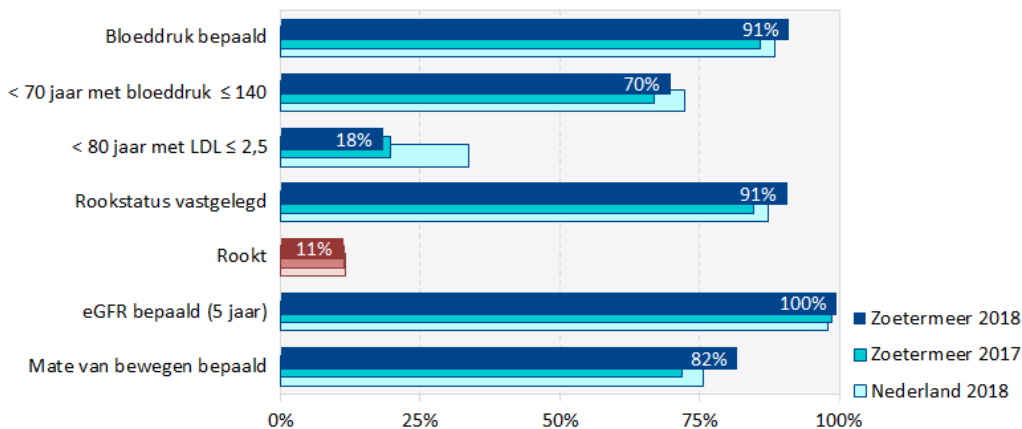
- Leeftijd 18 jaar of ouder;
- Hypertensie in combinatie met (een indicatie voor) medicamenteuze behandeling;
- Hypercholesterolemie in combinatie met (een indicatie voor) medicamenteuze behandeling;
- Huisarts als hoofdbehandelaar;
- Patiënt is akkoord met deelname.

Patiënten die al deelnemen in de DBC-ketenzorg HVZ (zie hoofdstuk 17) of in de DBC-ketenzorg DM2 (zie hoofdstuk 18), 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.



## 16.1 INDICATOREN

Grafiek 16.1 | Indicatoren DBC-ketenzorg VVR



Bron: trendrapportage Transparante Ketenzorg

### Analyse

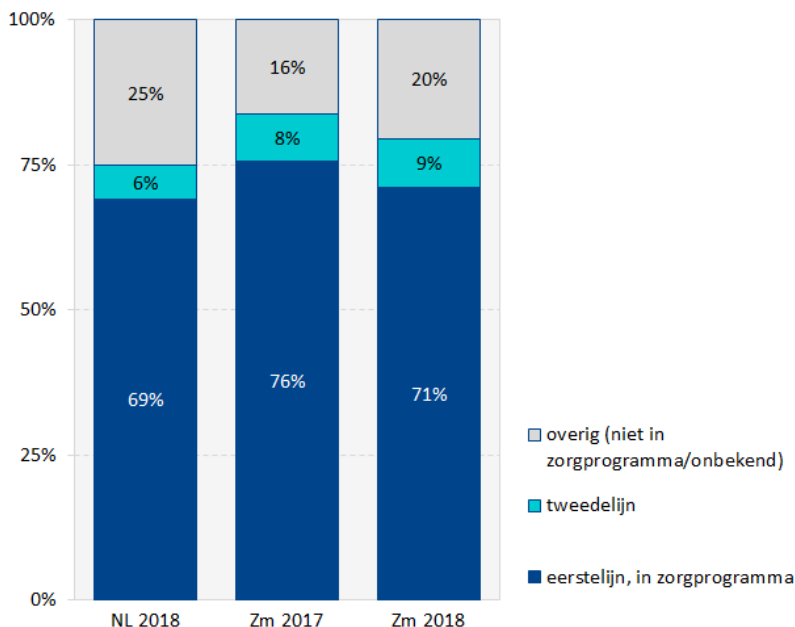
- De VVR-indicatoren in Zoetermeer zijn voor alle procesindicatoren (bloeddruk bepaald, rookstatus vastgelegd, eGFR bepaald en mate van bewegen bepaald) beter dan de Nederlandse benchmark en liggen tussen de 82% en 100%; alle zijn verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Dit betekent dat er een verbetering is in de registratie van de indicatoren.
- De uitkomstindicatoren voor bloeddruk en LDL liggen onder het Nederlandse gemiddelde, waarbij het percentage met een gezonde bloeddruk is verbeterd ten opzichte van vorig jaar en het percentage < 80 jaar met LDL < 2,5 licht achteruit is gegaan.



## 16.2 BEHANDELAREN

Niet alle patiënten met een verhoogd vasculair risico maken gebruik van DBC-ketenzorg in de eerste lijn. Grafiek 16.2 geeft een beeld van de verdeling van patiënten over de verschillende behandelaren.

**Grafiek 16.2 | Verdeling van VVR-patiënten over zorg in het eerstelijns zorgprogramma en in de tweede lijn (en overige patiënten buiten zorgprogramma)**



Bronnen: trendrapportages Transparante Ketenzorg

## 16.3 KETENACTIVITEITEN

Na de introductie van het ketenzorgprogramma VVR in alle huisartspraktijken in 2017 was het doel voor 2018 om deze nieuwe keten goed op orde te krijgen en de juiste mensen in de keten te hebben: zij die voldoen aan de inclusiecriteria, waarvoor programmatische zorg zinvol is en die zelf willen deelnemen aan deze programmatische zorgvorm.

### Analyse

- Het percentage VVR-patiënten dat onder behandeling is in het ziekenhuis is in Zoetermeer hoger dan gemiddeld in Nederland. Via een steekproef is nagegaan waarvoor deze VVR-patiënten in de tweede lijn onder behandeling zijn. Het betreft naast patiënten die vanwege hun VVR door de specialist gezien worden, ook patiënten die voor andere aandoeningen (zoals atrium fibrilleren en nierfalen) in de tweede lijn onder behandeling zijn. Omdat in het dossier van deze patiënten óók hypertensie staat (en/of andere criteria voor de VVR-populatie), worden zij volgens de landelijke telwijze als “VVR in de tweede lijn” meegeteld. Andere zorggroepen (met name als ze met een KIS werken) zullen bij deze patiënten -als ze geen VVR-ketenzorg krijgen- wellicht geen hoofdbehandelaar invullen, waardoor de patiënten in de telling in de groep ‘overig’ terechtkomen. De groep VVR-patiënten met ketenzorg is in Zoetermeer ongeveer gelijk aan het landelijk gemiddelde.
- In vergelijking met 2017 is het percentage patiënten in ketenzorg afgenomen en het percentage ‘niet in zorgprogramma/onbekend’ toegenomen. In 2018 is veel aandacht besteed aan de juiste patiënt in de VVR-keten. Het is het tweede jaar dat de zorg voor deze categorie patiënten in een programmatische keten door alle huisartsen wordt aangeboden en het doel was om de keten eind 2018 goed op orde te hebben.

## 17 | 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;
- Begeleiding bij stoppen met roken door de huisartsenpraktijk of door deelname aan de cursus 'Rookvrij! Ook jij?' van SineFuma.

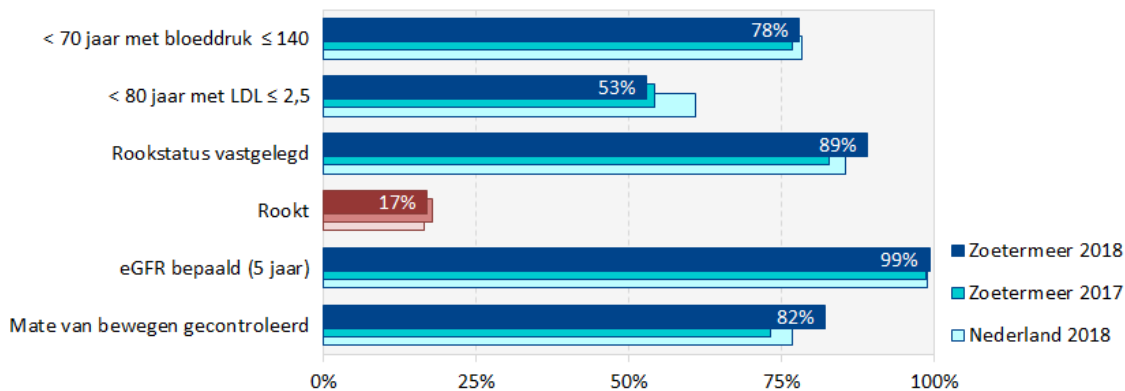




## 17.1 INDICATOREN

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

**Grafiek 17.1 | Indicatoren DBC-ketenzorg HVZ**



Bron: trendrapportage Transparante Ketenzorg

### Analyse

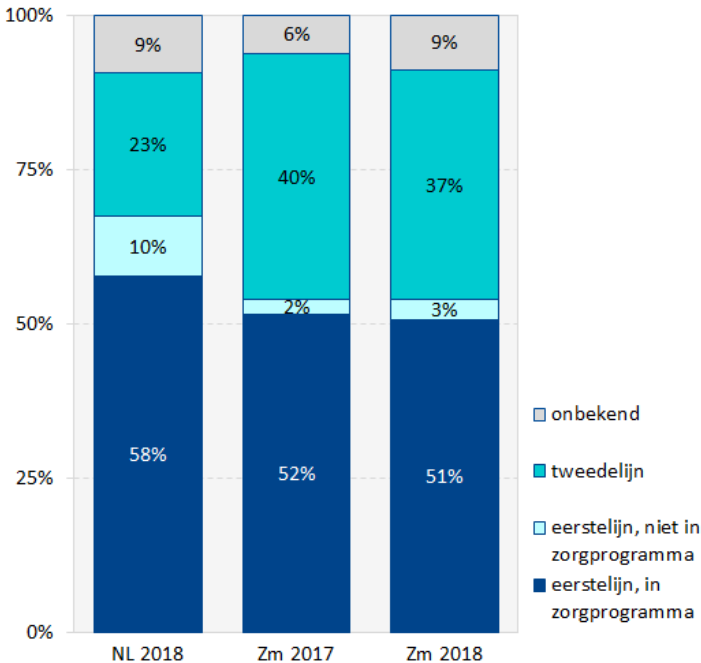
- Op alle indicatoren is een verbetering zichtbaar ten opzichte van 2017, met uitzondering van de uitkomstindicator < 80 jaar met LDL < 2,5. Bij de laatstgenoemde is, evenals bij deze indicator bij VVR, voor het eerst een zeer lichte achteruitgang te zien. Het is al langer zo dat de uitkomstindicator LDL lager uitvalt in Zoetermeer dan het landelijk gemiddelde. Hiervoor is geen passende verklaring gevonden.
- De uitkomstindicator voor bloeddruk kruipt steeds dichterbij het Nederlandse gemiddelde. InEen geeft in haar Transparante Ketenzorg Rapportage 2017 aan, dat een percentage van ruim 75% van de patiënten met een bloeddruk op streefwaarde een mooie score is en waarschijnlijk het maximaal haalbare.
- In de Transparante Ketenzorg Rapportage 2017 wordt aangegeven dat het aantal niet-rokers stabiliseert rond de 82%. Hoewel er nog een lichte verbetering is opgetreden ten opzichte van vorig jaar, is dit in lijn met de praktijk in Zoetermeer (83%).



## 17.2 BEHANDELAREN

Niet alle patiënten met HVZ maken gebruik van DBC-ketenzorg in de eerste lijn. Grafiek 17.2 geeft een beeld van de verdeling van patiënten over de verschillende behandelaren.

**Grafiek 17.2 | Verdeling van HVZ-patiënten over zorg in de eerste lijn binnen en buiten zorgprogramma, in de tweede lijn en overige patiënten (niet vastgelegd wie de zorg levert)**



Bronnen: trendrapportages Transparante Ketenzorg, SGZ

### Analyse

- Vergeleken met 2017 is de opbouw van de verdeling over de eerste en tweede lijn vrijwel gelijk gebleven.
- Het percentage patiënten in het zorgprogramma is vrijwel gelijk gebleven en vergeleken met het landelijke cijfer ook in 2018 lager dan het landelijke percentage. Ondanks verwijs- en terugverwijsafspraken met de tweede lijn slagen we er met elkaar niet in om meer HVZ-patiënten in de eerste lijn te controleren.
- De groep HVZ-patiënten met een hoofdbehandelaar in de eerste lijn die niet in programmatische zorg zijn, is in Zoetermeer vrijwel gelijk gebleven (licht toegenomen met 1%). Deze groep komt in Zoetermeer aanzienlijk minder voor dan landelijk. Een reden hiervoor kan zijn dat de praktijkondersteuners de afgelopen jaren veel energie hebben gestoken in de programmatische begeleiding van deze groep patiënten ter voorkoming van recidieven.
- Het aandeel 'onbekend' is voor alle DBC-ketenzorgprogramma's in Zoetermeer toegenomen als gevolg van de strikte hantering in Zoetermeer van het registratie-item 'deelname ketenzorg'. Uitsluitend patiënten met 'deelname ketenzorg ja' vallen nog onder de categorie 'eerste lijn, in zorgprogramma'; patiënten met hoofdbehandelaar huisarts waar 'deelname ketenzorg' niet is ingevuld, vallen onder de categorie 'onbekend' (waar deze in Nederland - en voorheen ook in Zoetermeer - onder de categorie 'eerste lijn in zorgprogramma' vallen). Dit is een verklaring voor de lichte toename van de categorie 'onbekend' bij HVZ.





## 17.3 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.
- De RTA coronairsclerose is in 2018 opnieuw bevestigd.
- 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.
- De POH's somatiek zijn, vooruitlopend op de gewijzigde NHG-standaard CVRM, in een POH-overleg door de kaderhuisarts hart- en vaatziekten meegenomen in de gewijzigde standaard voor chronische nierschade.
- Via ZorgDomein zijn door de huisartsenpraktijken 258 tele-ECG's aangevraagd in het kader van de DBC-ketenzorg bij HVZ en VVR.



## 18 | 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 2018 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 één 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.

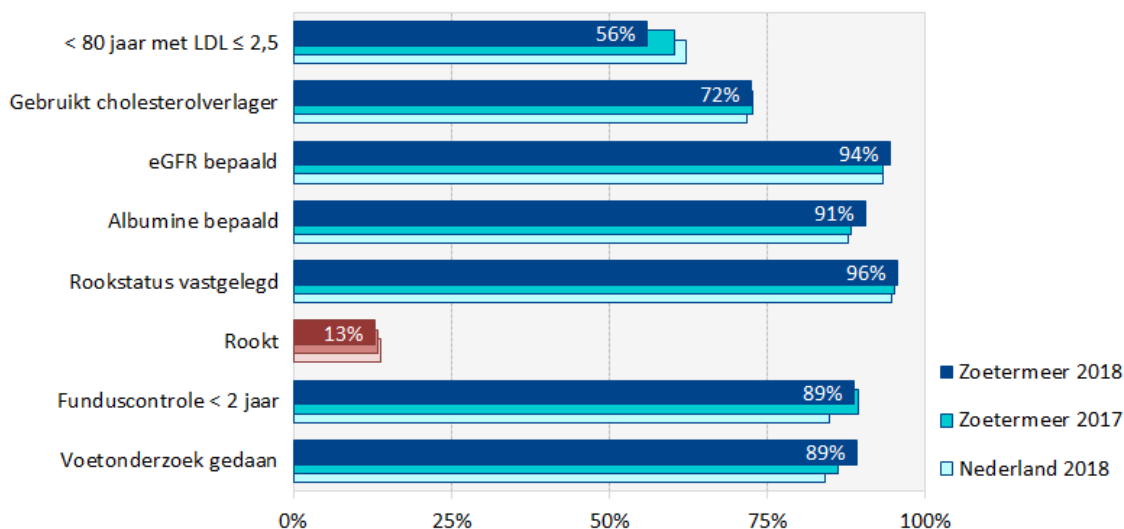






## 18.1 INDICATOREN

Grafiek 18.1 | Indicatoren DBC-ketenzorg DM2



Bron: trendrapportage Transparante Ketenzorg

### Analyse

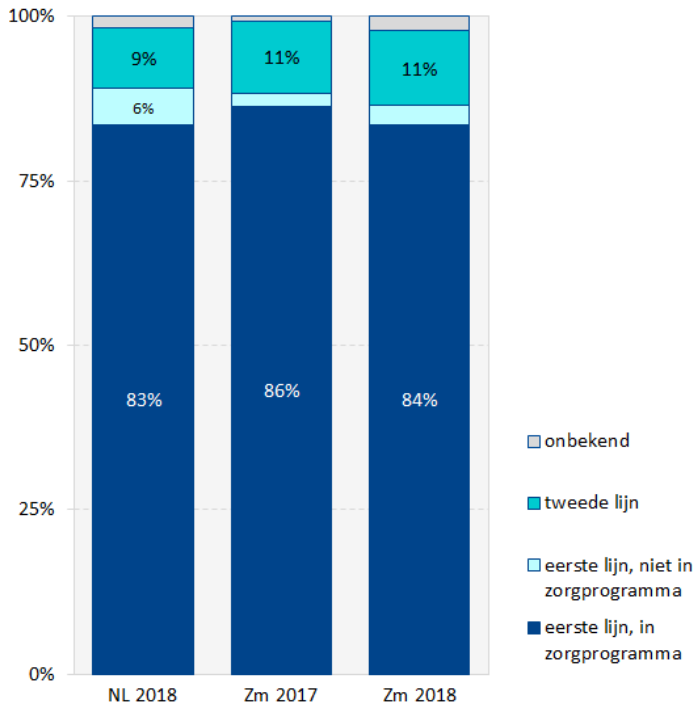
- De DBC-ketenzorg bij DM2 bestaat het langste van alle ketenzorgprogramma's. De indicatoren komen in de loop der jaren steeds dichterbij de optimale waarden. De procesindicatoren liggen tussen 89% en 96% en bewegen zich daarmee binnen de door InEen aangegeven bandbreedte voor procesindicatoren. Volgens de Transparante Ketenzorg is de zorg voor DM2 patiënten de afgelopen jaren enorm verbeterd met minder complicaties als resultaat.
- De indicatoren voor DM2 zijn gelijk gebleven of verbeterd ten opzichte van 2017. Uitzondering is de uitkomstindicator LDL. Deze is afgenomen ten opzichte van vorig jaar en ligt ruim onder het landelijk gemiddelde, ondanks een minstens even hoge mate van voorschrijven van cholesterolverlagers. Er is geen informatie over mogelijke verklaringen.
- Het percentage rokers is licht afgenomen in 2018 en bedraagt 13%. Dit is in lijn met het landelijk gemiddelde, waarbij de variatie groot is (tussen 10 en 20%) volgens Transparante Ketenzorg Rapportage 2017.



## 18.2 BEHANDELAREN

Niet alle patiënten met DM2 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 DM2-patiënten over zorg in de eerste lijn binnen en buiten zorgprogramma, in de tweede lijn en overige patiënten (niet vastgelegd wie de zorg levert)**



Bronnen: trendrapportages Transparante Ketenzorg, SGZ

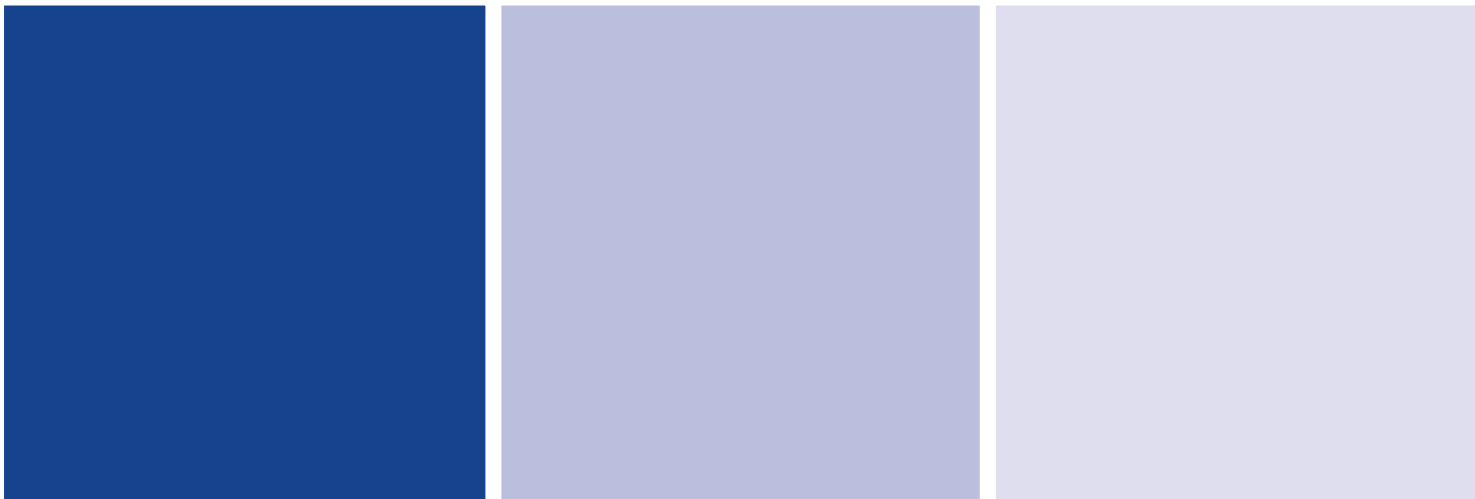
### Analyse

- Het beeld bij de verdeling van DM2-ketenzorg over de eerste en tweede lijn is vrij stabiel. Dit is conform verwachting bij een langlopend ketenzorgprogramma, waarbij er geen sterke fluctuaties meer zijn te verwachten.
- In Zoetermeer is het gelukt het percentage DM2-patiënten die zorg in de eerste lijn ontvangen, maar niet in een zorgprogramma zitten, laag te houden.
- In Zoetermeer zijn de DM2-patiënten goed in beeld bij de huisarts. Er zijn relatief weinig patiënten waarvan de hoofdbehandelaar of deelname ketenzorg onbekend is.

## 18.3 KETENACTIVITEITEN

- Ook dit jaar hield de internist van het LangeLand ziekenhuis multidisciplinaire besprekingen over diabetespatiënten met complexe problematiek in verschillende gezondheidscentra. Deze besprekingen zijn gericht op het vergroten van de kennis van huisartsen en POH's over complexe problematiek die voorkomt bij diabetespatiënten. Dit gebeurt aan de hand van casuïstiek.
- De multidisciplinaire werkgroep DM2 is in 2018 drie keer bijeengekomen en heeft de volgende onderwerpen besproken: instellen op GLP1, 'Keer DM om', herziening RTA, DM2 en medicatie, machtigingen voor medicatie, voetzorg, Diabetescafé, zelfmanagement en leefstijl.
- In samenwerking met de Stichting gezond natuurwandelen is deelgenomen aan de Nationale Diabetes Challenge 2018 voor DM2-patiënten. Verschillende zorgverleners waren bereid mee te wandelen met de doelgroep.
- In 2018 ging het Diabetescafé Zoetermeer van start. Er waren vier bijeenkomsten, met de volgende thema's: bewegen, voeding, voetzorg en hart- en vaatziekten.
- In het najaar is de nieuwe NHG-richtlijn in een scholing aan huisartsen en POH-S uitgelegd door de kaderhuisarts en de internist uit Zoetermeer.
- Er zijn in 2018 acht Prismagroepstrainingen gegeven voor circa 90 patiënten.





# DEEL 2C GEORGANISEERDE EERSTE LIJN

## REGIONALE ONDERSTEUNINGSSTRUCTUUR | ROS

### DEEL 2c | GEORGANISEERDE EERSTE LIJN

Regionale Ondersteuningsstructuur | ROS

19 | Regionale ondersteuningsstructuur

101





## 19 | 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. Voor zover activiteiten zowel aan de prestatie 'Organisatie en Infrastructuur' als aan de ROS kunnen worden toegerekend, is in dit hoofdstuk een verwijzing naar andere hoofdstukken opgenomen.



De SGZ sluit aan op de actuele thema's die het ROS-netwerk in Nederland heeft vastgesteld:

1. Programmamanagement (zie hoofdstukken 5.2, 5.3, 10 en 13);
2. Substitutie en zorg op de juiste plaats (zie hoofdstukken 8.4 en 8.7);
3. Triple Aim (zie hoofdstuk 8.3);
4. Ouderenzorg (zie hoofdstuk 10.1);
5. GGZ (zie hoofdstuk 10.2);
6. Geboortezorg (zie hoofdstuk 10.6);
7. Positieve Gezondheid (zie hoofdstuk 11.1);
8. Data-dialoog-doen (zie hoofdstuk 12.3 over managementinformatie);
9. Persoonsgerichte zorg en zelfmanagement (zie hoofdstuk 13);
10. Gebiedsgericht werken.

## Gebiedsgericht werken

De SGZ richt zich wat betreft gebiedsgericht werken op de samenwerking tussen de eerstelijnszorg (vanuit de SGZ-wijksamenwerkingsverbanden) en het sociaal domein. In het sociaal domein zijn wijkzorgnetwerken actief: 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. De wijkzorgnetwerken hebben aanvoerders, die verantwoordelijk zijn voor het organiseren van activiteiten en aanspreekbaar zijn als doorzettingsmacht in individuele cliëntsituaties gewenst is.

De SGZ werkt de samenwerking tussen de eerste lijn en het sociaal domein uit via een aantal samenwerkingsvormen en instrumenten:

- Afstemming volgens het vlindermodel;
- Zorgcoördinatie en casemanagement;
- Samenwerken op basis van zorgpaden;
- Verwijsafspraken en afspraken over informatie-uitwisseling;
- Ondersteuning vanuit een deskundigennetwerk.

In het jaarverslag 2017 zijn deze modellen beschreven, en is aangegeven op welke wijze zij concreet in Zoetermeer worden uitgevoerd.

## 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.

## Deskundigennetwerk Eetstoornissen

De SGZ-ROS neemt samen met het Centrum Eetstoornissen Ursula (CEU) van GGZ Rivierduinen deel aan het Deskundigennetwerk Eetstoornissen Zoetermeer. Het project wordt 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 vroeg 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 2018 een aantal keer geconsulteerd, zowel door professionals als door ouders.





# DEEL 3

## MONODISCIPLINAIR ZORGAANBOD SGZ

### MONODISCIPLINAIR ZORGAANBOD SGZ

#### DEEL 3 | MONODISCIPLINAIR ZORGAANBOD EERSTE LIJN

<b>20   Monodisciplinair zorgaanbod eerste lijn</b>	<b>105</b>
20.1 Huisartsenpraktijken	105
20.1.1 Praktijkondersteuners somatiek	108
20.1.2 Praktijkondersteuners GGZ	108
20.1.3 Praktijkondersteuners jeugd	110
20.1.4 Praktijkverpleegkundigen	113
20.2 Huisartsenpost	115
20.3 Apotheken	117
20.4 Dienstapothek	119
20.5 Overige disciplines	120







## 20 | MONODISCIPLINAIR ZORGAANBOD



In dit hoofdstuk beschrijven we de monodisciplinaire zorg waarvoor de SGZ overeenkomsten heeft gesloten met zorgverzekeraars, dan wel waaraan de SGZ ondersteuning biedt. Het betreft de zorg geleverd door huisartsenpraktijken, apotheken, fysiotherapiepraktijken, verloskundigen, diëtisten en GZ-psychologen in de eerste lijn. Op het vlak van de acute zorg betreft het de Huisartsenpost Zoetermeer en de Dienstapothek Zoetermeer.

De SGZ heeft tevens voor alle huisartsen in het werkgebied de praktijkondersteuning GGZ en jeugd gecontracteerd en de ondersteuning door praktijkverpleegkundigen ouderenzorg. Voor deze ondersteuners vervult de SGZ de functie van werkgever.

### 20.1 HUISARTSENPRAKTIJKEN

In Zoetermeer en Benthuizen zijn er in totaal 52 huisartsenpraktijken. Iets meer dan de helft daarvan heeft één huisarts als praktijkhouder, sommige met ondersteuning van huisartsen in loondienst. In de overige praktijken werken de praktijkhouders als duo samen in één praktijk.

In 2018 waren 42 praktijken gevestigd in één van de multidisciplinaire gezondheidscentra, acht praktijken waren gevestigd in twee groepspraktijken. Daarnaast waren er twee solopraktijken buiten een gezondheidscentrum. Eén van deze solopraktijken is eind 2018 overgenomen en verhuisd naar een gezondheidscentrum. Vanaf eind 2018 zijn er dus 43 praktijken die zijn gehuisvest in een gezondheidscentrum.



Van de 52 huisartsenpraktijken zijn er 37 een zelfstandige onderneming. In deze praktijken werken 48 huisartsen als (duo)praktijkhouder. De SGZ treedt op als beherend rechtspersoon van de andere 15 huisartsenpraktijken. In die praktijken werken 26 huisartsen als (duo)praktijkhouder.

Naast de huisartsen werken in alle huisartsenpraktijken ook doktersassistenten, praktijkondersteuners somatiek en praktijkondersteuners GGZ. In 2018 kwamen daar nog twee disciplines bij: (1) de praktijkondersteuners jeugd die inmiddels voor alle praktijken werken, en (2) de praktijkverpleegkundigen ouderenzorg die in nagenoeg alle praktijken werken (zie de paragrafen 20.1.3 en 20.1.4).

### Kwaliteit

De zorgverleners in de eerstelijnszorg in Zoetermeer maken zich hard voor kwalitatief goede zorg voor de patiënten. Alle zorgafspraken en zorgprogramma's in Zoetermeer worden door alle huisartsenpraktijken uitgevoerd. Deze zorgafspraken gaan onder andere over GGZ, chronische zorg, specifieke aandoeningen (zoals trombose), ouderenzorg, zorg voor kwetsbare zwangeren, wondverzorging, palliatieve zorg, medicatiereviews en afspraken die een verbinding leggen met het sociale domein (bijvoorbeeld welzijn op recept). De SGZ zorgt, in nauwe samenwerking met de zorgverleners, voor ontwikkeling, uitwerking, implementatie, monitoring en evaluatie van deze afspraken.

Alle praktijken houden zich actief bezig met kwaliteitsverbetering. 41 praktijken laten zich toetsen aan de kwaliteitsnormen van de NHG-praktijkaccreditatie (zie hoofdstuk 22).

Het gaat de zorgverleners niet alleen om het leveren van zorg van goede kwaliteit. Daarnaast is er ook oog voor het leveren van de juiste zorg op de juiste plaats. Dit betekent: zorg zo dicht mogelijk bij huis, niet meer of minder zorg dan nodig is en waar mogelijk nieuwe manieren van zorg verlenen inzetten, zoals e-health. In 2018 zijn nieuwe projecten gestart om concrete afspraken te maken die bijdragen aan de juiste zorg op de juiste plaats voor de patiënt (zie hoofdstuk 8.7).

steeds tenminste één praktijk open voor nieuwe inschrijvingen.

Twee praktijken zijn in het verslagjaar overgegaan in andere handen. Verder zijn er voorbereidingen getroffen om in 2019 twee nieuwe huisartsenpraktijken te kunnen openen in Zoetermeer. Deze voorbereidingen bestonden uit werving, selectie en het vinden van huisvesting.

### Organisatie/bedrijfsvoering van de huisartsenpraktijken

Een goede organisatie van de huisartsenpraktijk komt ten goede aan de patiënten en het werkplezier van de betrokken medewerkers in de huisartsenpraktijk. Er is daarom blijvend veel aandacht voor het verbeteren van de organisatie en bedrijfsvoering van de huisartsenpraktijken in Zoetermeer. Een van de prioriteiten hierbij is de beschikbaarheid van voldoende personeel in de praktijken.

De SGZ biedt ondersteuning op verschillende vlakken, zoals bijvoorbeeld:

- telefonische bereikbaarheid;
- inzet ondersteunend personeel;
- beleidsmatige ondersteuning en ontwikkeling van zorgprogramma's en projecten ten behoeve van goede patiëntenzorg;
- programma's, zoals 'LEAN', om de organisatie in de huisartsenpraktijk te optimaliseren;
- systeembeheer en applicatiebeheer huisartseninformatiesysteem;
- facilitair beheer;
- datamanagement en verstrekken van rapportages aan alle huisartsenpraktijken;
- declaratieondersteuning.

Acht praktijken startten in 2018 met de inzet van een praktijkmanager. De praktijkmanager ontlast de huisarts op het gebied van niet-zorggerelateerde zaken. Praktijkmanagers dragen onder andere bij aan: verbetering van de organisatie van de praktijk, kwaliteitsmanagement, samenwerking en verbeterprojecten.

## 106 Continuïteit en toegankelijkheid van huisartsenpraktijken voor patiënten

Een patiënt moet zich altijd kunnen inschrijven bij een huisartsenpraktijk in zijn eigen wijk. In Zoetermeer is er daarom altijd minimaal één huisartsenpraktijk per wijk open voor inschrijving.

In 2018 waren er in totaal ten minste twintig huisartsenpraktijken die nieuwe patiënten inschreven. In elke wijk was er

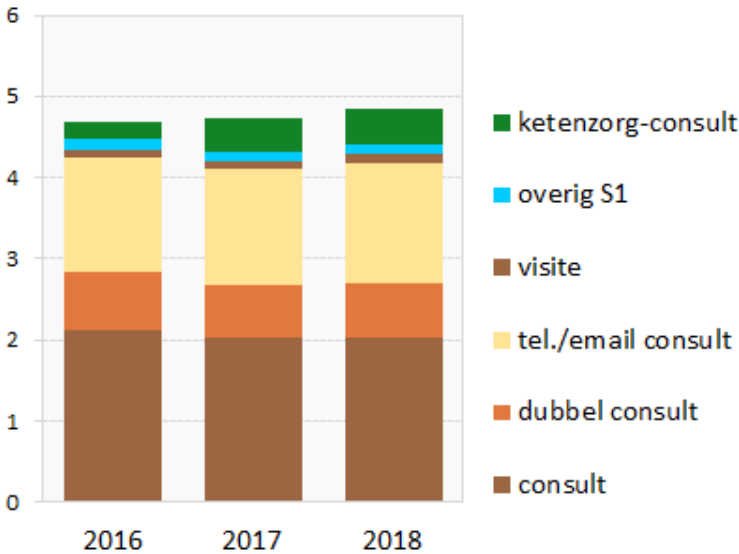


## Kengetallen

Tabel 20.1a | Patiënten en verrichtingen huisartsenpraktijken

	2016	2017	2018
Ingeschreven patiënten	131.136	131.355	131.088
Contacten	615.648	622.487	636.213
Gemiddeld aantal contacten per patiënt	4,69	4,74	4,85

Grafiek 20.1b | Aantal verrichtingen huisarts per patiënt, verdeeld naar soort contact



### 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 is intensief gewerkt aan het verbeteren van de telefonische bereikbaarheid. Inmiddels wordt bij 34 (van de 52) huisartsenpraktijken de bereikbaarheid continu gemeten met behulp van Advicalls. Advicalls registreert alle metadata over het telefoonverkeer in een database. Deze gegevens worden vervolgens periodiek verzameld in een bereikbaarheidsrapport. De rapporten geven de huisartsenpraktijken 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.

In 2018 is bij 25 (van de 34) huisartsenpraktijken die gebruik maken van Advicalls, een geaccrediteerde scholing georganiseerd om de telefonische bereikbaarheid te bespreken. Tijdens deze bijeenkomsten is uitleg gegeven over de Advicalls rapportage en zijn de uitkomsten van een bereikbaarheidsanalyse teruggekoppeld. Wat opvalt is dat de meeste praktijken te maken hebben met een groot aantal telefoontjes die worden geannuleerd in het menu. Voor Zoetermeer ligt dit aantal gemiddeld tussen de 25% en 30%. Dit percentage wordt als hoog ervaren en vraagt een nadere analyse in 2019. De bereikbaarheidsrapporten bieden een praktijk ook antwoord op de vraag of de techniek (telefooncentrale en beschikbare

### 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, tijdswinst 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 2018 zijn 5 huisartsenpraktijken gestart met het werken volgens de principes van LEAN. In Zoetermeer zijn in totaal 25 praktijken bekend met LEAN werken.



kanalen) nog past bij de praktijk. Een praktijk waarbij veel bezettonen worden geregistreerd, heeft waarschijnlijk te weinig inkomende telefoonlijnen beschikbaar. Praktijken die hiermee te maken hebben, hebben aanpassingen gemaakt in hun telefoonsystemen.

Naar aanleiding van de besprekingen is in 2018 bij twee praktijken een verbetertraject gestart. Bij acht andere praktijken is de bereikbaarheid in vergelijking met het totaal minder goed te noemen. De bereikbaarheid van deze praktijken wordt in 2019 gemonitord. Met deze praktijken worden gesprekken gevoerd om een verbetertraject te starten.

Naast de individuele terugkoppeling van de bereikbaarheidsgegevens aan de praktijken, is in 2018 gewerkt aan het inrichten van een benchmark voor Zoetermeer. In december waren de eerste (ruwe) rapportages beschikbaar. Het ontwikkelen van een dashboard door de leverancier van de telefooncentrales, Advitronics, is in volle gang. De verwachting is dat dit het eerste kwartaal van 2019 klaar is. Met behulp van een dashboard worden praktijken in staat gesteld om zelf hun bereikbaarheid te monitoren.

### 20.1.1 Praktijkondersteuners somatiek

Aan alle huisartsenpraktijken in Zoetermeer zijn een of meer praktijkondersteuner(s) somatiek (POH-S) verbonden. In totaal gaat het om 48 (grotendeels part-time werkende) praktijkondersteuners in 52 praktijken (30,8 fte). De POH-S houdt zich bezig met preventie, monitoring, begeleiding, voorlichting en educatie bij specifieke groepen patiënten, in het bijzonder patiënten met chronische aandoeningen. Het betreft in ieder geval in alle praktijken de patiënten in de keten-DBC's waarvoor de SGZ met alle huisartsenpraktijken overeenkomsten heeft gesloten: diabetes, astma, COPD, hart- en vaatziekten en verhoogd vasculair risico. Het leren omgaan met beperkingen, (bevordering van) zelfredzaamheid en leefstijlbeïnvloeding zijn belangrijke

aandachtspunten. Ook het cardiovasculaire risicomanagement wordt aan de POH gedelegeerd. De POH-S werkt grotendeels geprotocolleerd, met dien verstande dat zij daar in geëigende gevallen beargumenteerd van af mag of moet wijken. Daarnaast speelt de POH-S dikwijls een rol in de samenwerking met andere zorgverleners. Het belang van persoonsgerichte zorg heeft een toenemend gewicht tegen de achtergrond van het huidige denken over gezondheid en ziekte. Ervaren gezondheid is afhankelijk van het vermogen om te kunnen gaan met beperkingen, tegenslagen, aandoeningen en eigen regie te kunnen voeren. Voor meer informatie over de werkzaamheden van de praktijkondersteuners somatiek: zie de hoofdstukken 13 t/m 18.

### 20.1.2 Praktijkondersteuners GGZ

Alle 52 huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuizen beschikken over praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ). De SGZ contracteert deze zorg en het werkgeverschap voor deze praktijkondersteuners ligt bij de SGZ. Er is sprake van een duale aansturing. De functionele aansturing op praktijkniveau valt onder de verantwoording van de huisartsen. Alle personele zaken, beschikbaarheid van werkplek, ontwikkeling POH-GGZ team, reguliere werkoverleg en scholing worden aangestuurd door een van de programmamanagers van de SGZ.

In 2018 werkten gemiddeld 18,3 praktijkondersteuners GGZ (10,6 fte). Het aantal praktijkondersteuners GGZ is toegenomen van 15 medewerkers (eind 2017) naar 21 medewerkers (eind 2018).



De SGZ acht een maximale wachttijd van drie weken voor de POH-GGZ acceptabel. Loopt de wachttijd in een huisartsenpraktijk structureel op boven drie weken, dan vindt - op verzoek van de huisarts - formatie-uitbreiding plaats. De maximale met de zorgverzekeraar te contracteren formatie POH-GGZ is in 2018 nog niet bereikt.

De POH-GGZ richt zich in principe op volwassenen vanaf 18 jaar. Taken van de POH-GGZ zijn onder andere: probleemverheldering en inventarisatie, advisering en ondersteuning van de huisarts (consultatiefunctie), kortdurende behandeling en begeleiding.

### Aantallen patiënten en verrichtingen

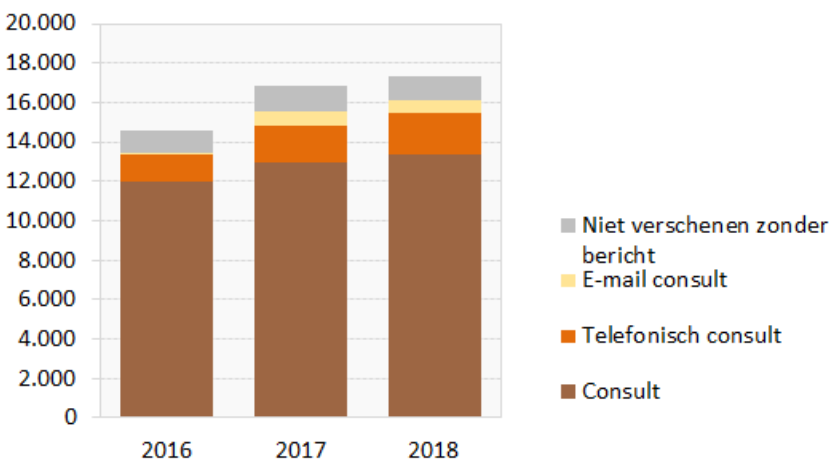
**Tabel 20.1.2a | Patiënten, (gemiddeld) aantal verrichtingen POH's GGZ**

Jaar	2016	2017	2018
Aantal patiënten	4.247	4.647	4.978
Aantal verrichtingen	13.474	15.546	16.163
Gemiddeld aantal verrichtingen per patiënt	3,17	3,35	3,25

Het aantal verrichtingen (contacten) betreft het aantal verrichtingen per unieke patiënt

Er is nog steeds een stijgende lijn in het aantal patiënten dat door de huisarts wordt doorverwezen naar de POH-GGZ. Ten opzichte van 2017 is er een stijging van 7,1 % méér patiënten (4% 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.

**Grafiek 20.1.2b | Verrichtingen door de POH's GGZ**



Het gemiddeld aantal verrichtingen per patiënt is afgenomen naar 3,25 per patiënt. Wat betreft het absolute aantal consulten is er sprake van toename ten opzichte van 2017, verdeeld over de langdurige consulten en telefonische consulten. Het percentage e-mailconsulten is gedaald van 4,2% naar 3,8% van het totaal aantal verrichtingen. Het percentage niet-verschonen-zonder-bericht is afgenomen. Het is gedaald van 9,2% (2017) naar 7,8% in 2018. Dit betreft het % van het aantal ingeplande consulten.

### Aard van de contacten

Het grootste deel van de patiënten dat bij de POH-GGZ komt, wordt kortdurend behandeld (68%). Bij 28% gaat het om probleeminventarisatie. In een klein aantal gevallen (2%) 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, maar die nog wel met een zekere regelmaat gezien moeten worden. Zoals chronische GGZ patiënten (stabile patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA-patiënten) en bij terugvalpreventie. Bij 2% van de patiënten is de aard van het contact niet ingevuld.

Van de patiënten die bij een POH-GGZ zijn geweest, komen de meesten niet meer terug voor een nieuw begeleidingstraject. Dit is gebaseerd op een analyse van de SGZ (2018) over een langere periode (acht jaar), waaruit is gebleken dat 75% van de patiënten die contact hebben gehad met een POH-GGZ in de jaren 2009-2017, maximaal vijf of minder contacten heeft gehad. Dit kan betekenen dat verdere begeleiding niet nodig is. Het zou echter ook kunnen dat bij een terugval een patiënt zonder tussenkomst van de POH-GGZ wordt doorverwezen naar de B-GGZ of S-GGZ. Cijfers hierover zijn niet beschikbaar.





## Problematiek bij behandeling

Patiënten komen vaak bij een POH-GGZ met meerdere klachten/problemen. Per patiënt is het probleem geregistreerd dat als hoofdklacht naar voren is gebracht en op basis waarvan een zorgplan is opgesteld. De meest voorkomende klachten/problemen waarvoor patiënten zijn gezien door de POH-GGZ waren in 2018: angst (14%), burn-out (13%), somberheidsklachten (12%), depressie (11%), relatieproblematiek (8%), piekeren (5%), multiproblematiek (4%), rouw (3%) en overig (28%). Niets ingevuld/geen probleem (2%). Slaapproblemen wordt wel vaak door de POH-GGZ mondeling genoemd als voorkomend probleem, maar is niet vaak genoemd als hoofdklacht.

## Afsluiting van behandeling of doorverwijzing

**Tabel 20.1.2c | Aantal patiënten en in % per afgesloten behandeltraject naar wijze van beëindiging in 2018**

	Aantal patiënten	%
AFSLUITEN - vanwege klachtafname	969	52%
AFSLUITEN - afgebroken door patiënt	230	12%
AFSLUITEN - afgebroken andere reden	183	10%
DOORVERWEZEN - naar S-GGZ	182	10%
DOORVERWEZEN - naar B-GGZ (vrijgevestigde GZ-psychologen)	164	9%
DOORVERWEZEN - naar B-GGZ (zorginstelling)	103	6%
DOORVERWEZEN - naar AMW	28	2%
<b>TOTAAL</b>	<b>1859</b>	<b>100%</b>

Voor meer dan de helft van de patiënten geldt dat de klachten dermate zijn afgenomen, dat POH-GGZ en patiënt in gezamenlijkheid hebben besloten om de behandeling te beëindigen. 24% van de patiënten is voor behandeling doorverwezen naar B-GGZ of S-GGZ. Het aantal patiënten waaraan expliciet het advies is gegeven om een afspraak te maken met een maatschappelijk werker is slechts 2%. Impliciet wordt dit advies wel vaker gegeven. Omdat voor het maken van een afspraak met maatschappelijk werk geen verwijsbrief nodig is, is het niet duidelijk hoeveel patiënten zich na beëindiging van het traject bij de POH-GGZ aanmelden bij Kwadraad.

### 20.1.3 Praktijkondersteuners jeugd

110

In 2018 is de SGZ, op basis van een overeenkomst met de gemeente Zoetermeer en de zorgverzekeraars, gestart met de aanstelling van praktijkondersteuners jeugd (POH jeugd). Het doel van de functie van POH jeugd is enerzijds om in de huisartsenpraktijk een betere vorm van ondersteuning op het gebied van zorg voor de jeugd aan te bieden, en anderzijds om een actieve rol te spelen in de toeleiding naar jeugdhulp in Zoetermeer. Hierbij wordt verwijzing naar onnodig dure zorg voorkomen.

De praktijkondersteuners werken vanuit de volgende uitgangspunten:

- Integraliteit: gezinsgerichte benadering, afgestemd met omliggend veld;
- Normaliseren: daar waar mogelijk wordt preventieve hulp ingezet;
- Vroegsignaleren en vroege interventie;
- Licht waar mogelijk, zwaarder waar nodig.

De SGZ is verantwoordelijk voor de vereiste kennis en ervaring bij de POH jeugd conform taakomschrijving POH jeugd.

De SGZ is met de gemeente overeengekomen dat de gezamenlijke ambitie is dat op 1 juli 2018 in 80% van de huisartsenpraktijken met een POH jeugd wordt samengewerkt. Dit aantal is gerealiseerd: eind 2018 beschikten alle 52 huisartsenpraktijken over een POH jeugd.

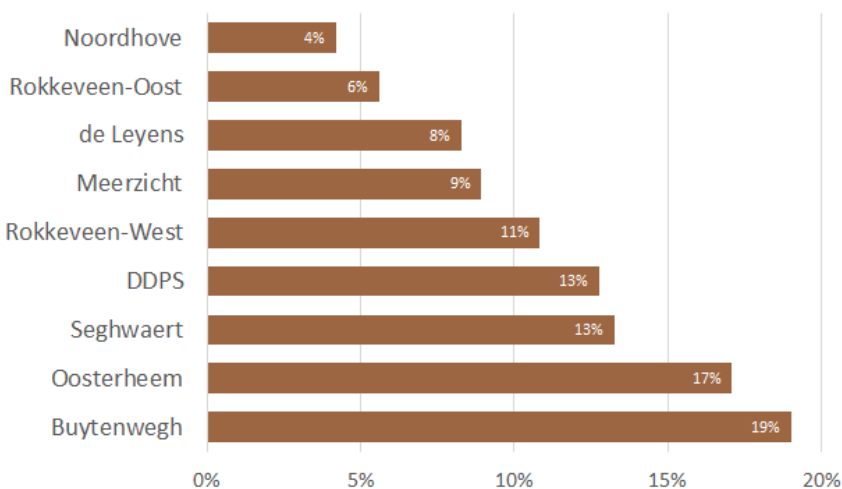
Naast een groei in het aantal deelnemende praktijken zijn met de gemeente gezamenlijke ambities vastgelegd voor de groei in het aantal uren inzet van de POH jeugd. De formatie POH jeugd is gedurende 2018 steeds verder toegenomen. De toename is echter lager dan het aantal fte dat als ambitie met de gemeente was geformuleerd. Oorzaak hiervoor is de achterblijvende vraag bij de huisartsen naar de inzet van POH jeugd. In de opstartfase van de nieuwe toegang tot de jeugdhulp moest iedereen zijn plek nog vinden. Gedurende het jaar is de POH jeugd steeds zichtbaarder geworden in de huisartsenpraktijk. De huisartsen doen steeds meer een beroep op de POH jeugd.

**Tabel 20.1.3a Aantal fte POH jeugd per kwartaal**

Periode	Aantal fte
1 <sup>ste</sup> kwartaal 2018	1,7
2 <sup>de</sup> kwartaal 2018	2,8
3 <sup>de</sup> kwartaal 2018	4,6
4 <sup>de</sup> kwartaal 2018	5,3

Als we kijken naar de patiënten die in 2018 zijn gezien door de POH jeugd, zien we de spreiding over de wijken zoals weergegeven in onderstaande grafiek<sup>1</sup>.

**Grafiek 20.1.3b | Spreiding patiënten POH jeugd over de wijken (2018)**



<sup>1</sup> De wijk waar de praktijk is gevestigd waar de POH Jeugd de patiënt ziet



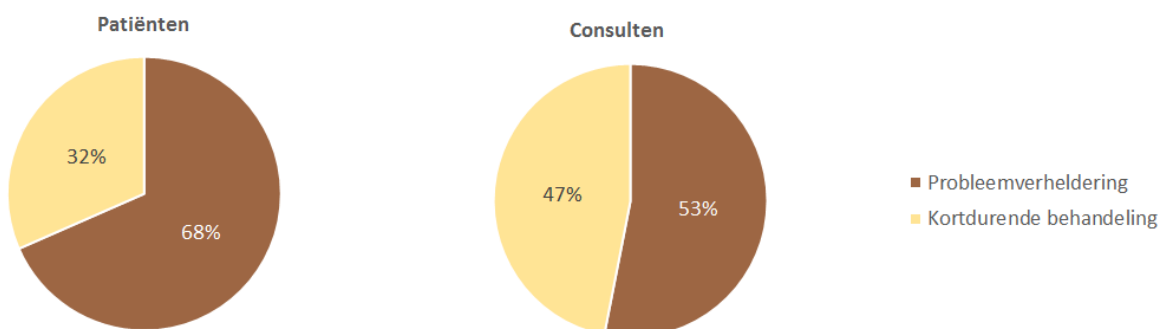




De POH jeugd registreert per behandeltraject de aard van het contact, de aard van de problematiek en de reden van afsluiten van de behandeling. Dit gebeurt aan het einde van het behandeltraject. In onderstaande cijfers worden alleen patiënten met één afgesloten behandeltraject meegenomen.

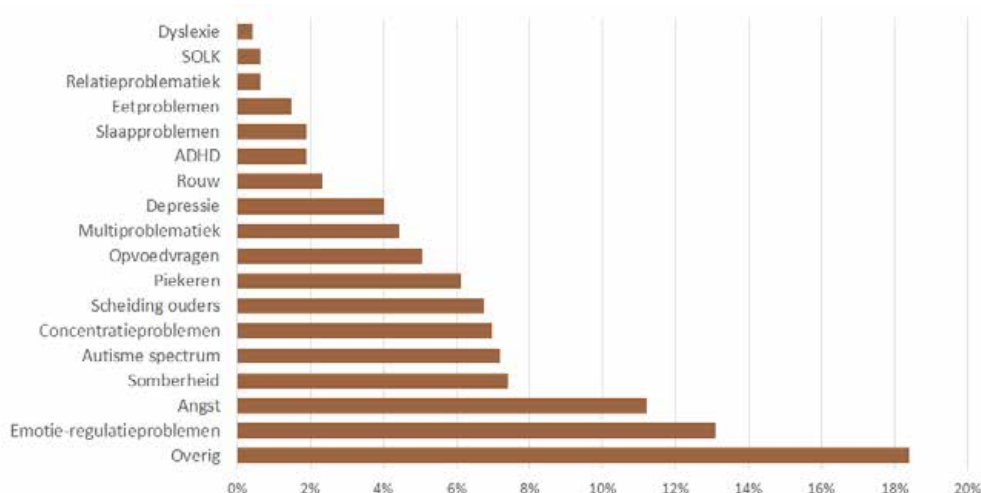
Grafiek 20.1.3c laat zien dat tweederde van de patiënten (68%) bij de POH jeugd komt voor probleemverheldering. De overige patiënten (32%) komen voor een kortdurende behandeling. Voor de kortdurende behandeling zijn per patiënt meer consulten nodig dan voor probleemverheldering, wat zichtbaar is in het relatief kleinere verschil tussen het percentage consulten voor de kortdurende behandeling (47%) en het percentage consulten voor probleemverheldering (53%).

**Grafiek 20.1.3c | Percentage patiënten en consulten per aard van het contact (2018)**



Bij de POH jeugd komen jeugdigen langs met diverse problemen. Grafiek 20.1.3d geeft hier een goed beeld van.

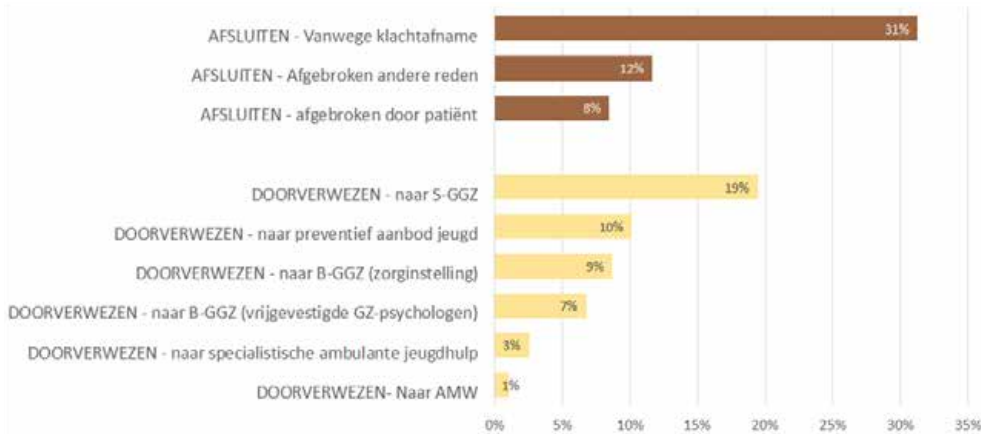
**Grafiek 20.1.3d | Percentage patiënten per problematiek (2018)**



Kijkend naar het effect van de inzet van de POH jeugd zien we dat in 2018 22% van de jeugdigen doorverwezen is naar specialistische jeugdhulp, 16% van de jeugdigen is naar een vorm van basis-GGZ verwezen, 1% van de jeugdigen is doorgestuurd naar algemeen maatschappelijk werk en 10% naar een vorm van preventieve jeugdhulp. 31% van de jeugdigen gaf aan het hulptraject bij de POH jeugd af te willen sluiten vanwege afname van klachten. Het hulptraject van 8% van de jeugdigen werd afgesloten door de patiënt zelf, bijvoorbeeld vanwege een verhuizing en 12% van de trajecten om een andere reden waardoor voortgang van het traject voor de jeugdige niet haalbaar was.



Grafiek 20.1.3e | Percentage patiënten per reden afsluiten behandeltraject (2018)



### 20.1.4 Praktijkverpleegkundigen

In Zoetermeer hebben de afgelopen jaren vijf pilots gelopen ten behoeve van de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleging in eerstelijns verpleegkundigenpraktijken: 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 eerstelijnsverpleegkundige aangeboden: de functie van onafhankelijke S-1 wijkverpleegkundige, de functie van casemanager dementie, en de functie van praktijkondersteuner ouderen. De eerstelijnsverpleegkundige werkte in de gezondheidscentra en registreerde in het informatiesysteem van de huisartsen.



Een evaluatie van de pilots door Common Eye medio 2017 heeft geleid tot de start van de functie praktijkverpleegkundige ouderen- en CVA-zorg in bijna alle huisartspraktijken en gezondheidscentra in Zoetermeer en Benthuizen. In 5 van de 52 huisartspraktijken is de ouderenzorg een taak van de POH-S.

Sinds begin 2018 geven 16 praktijkverpleegkundigen (HBO-V) gezamenlijk en in samenwerking met de huisartspraktijken invulling aan de plaats en de inhoud van deze nieuwe functie. Eind 2018 waren er dertien praktijkverpleegkundigen in dienst van de SGZ en drie in dienst van Plicare. Zeven van deze praktijkverpleegkundigen voeren niet alleen taken uit die voortvloeien uit de S3-prestatie Ouderenzorg en POH-S CVA (Huisartsenzorg). Zij geven ook uitvoering aan de wijkgerichte preventieve functie van Plicare. De gemeente Zoetermeer, die Plicare voor een deel cofinanciert, juicht deze verbinding in de persoon van de praktijkverpleegkundige toe.

Uit een tussentijdse evaluatie blijkt dat drie elementen cruciaal zijn voor het succes en de meerwaarde van de praktijkverpleegkundige: (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.

Waar het accent begin 2018 nog lag op het bepalen van kwetsbaarheid met behulp van de Trazag als screeningsinstrument, hebben de praktijkverpleegkundigen in de loop van het jaar deze methode van screening in een breder perspectief van positieve gezondheid geplaatst. Hierdoor worden ouderen niet alleen bevraagd op hun eventuele kwetsbaarheid, maar ook op voor hen belangrijke waarden en doelen in het leven.

## COMPETENTIEPROFIEL PRAKTIJKVERPLEEGKUN- DIGE

De praktijkverpleegkundige is een deskundige, zelfstandige professional, complementair aan de functie van de huisarts. Kern van de zorgtaak is het vervullen van de regiefunctie in het begeleiden en ondersteunen van patiënten bij het omgaan met (de gevolgen van) hun aandoening en hun beperkingen. De praktijkverpleegkundige richt zich op het voorkomen van aandoeningen of complicaties en het vergroten van de zelfredzaamheid; de huisarts is vooral gericht op het diagnosticeren en behandelen van klachten, ziekten en aandoeningen. De praktijkverpleegkundige werkt voornamelijk op grond van het protocol overstijgende zorgtaken gericht op (kwetsbare) ouderenzorg, CVA-zorg en overgangszorg tussen de eerste en tweede lijn. Ze verleent hoog complexe verpleegkundige zorg en incidenteel in overleg met de huisarts medisch-inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg. Het doel is altijd het bevorderen van de kwaliteit van leven van de patiënten in de wijk en zo veel als mogelijk behouden van de zelfredzaamheid in de thuissituatie. Daarnaast heeft de praktijkverpleegkundige niet-patiëntgebonden taken. Ze is een sparringpartner voor alle betrokken partners en kan daarin een consulterende rol hebben. Kenmerken van hoog complexe zorg zijn:

- De zorg heeft een hoge mate van onvoorspelbaarheid;
- De zorg is moeilijk te protocolleren door de wisselende combinaties van aandoeningen en beperkingen/mogelijkheden;
- Casemanagement is nodig, gericht op functionaliteit en beperkingen/mogelijkheden;
- De zorg wordt geleverd door (een groot aantal) verschillende en wisselende disciplines.

## 20.2 HUISARTSENPOST

Spoeisende huisartsenzorg buiten de reguliere kantoortijden wordt in Zoetermeer en Benthuizen geleverd vanuit de Huisartsenpost Zoetermeer. De SGZ is beherend rechtspersoon van deze huisartsenpost. De huisartsenpost kent een bestuur van zes huisartsen en een ledenvergadering van alle huisartsen. Alle huisartsen in het werkgebied van de SGZ hebben met de SGZ een deelnemersovereenkomst gesloten en doen diensten op

de huisartsenpost. De manager, de managementassistente en de triagisten zijn in dienst van de SGZ.

### Personeel

In totaal heeft de huisartsenpost eind 2018 16 vaste medewerkers en 7 invaltriagisten. De post maakt gebruik van een aantal vaste ZZP-ers en huurt medisch studenten in voor de weekenden en om vakanties en verzuim op te kunnen vangen.

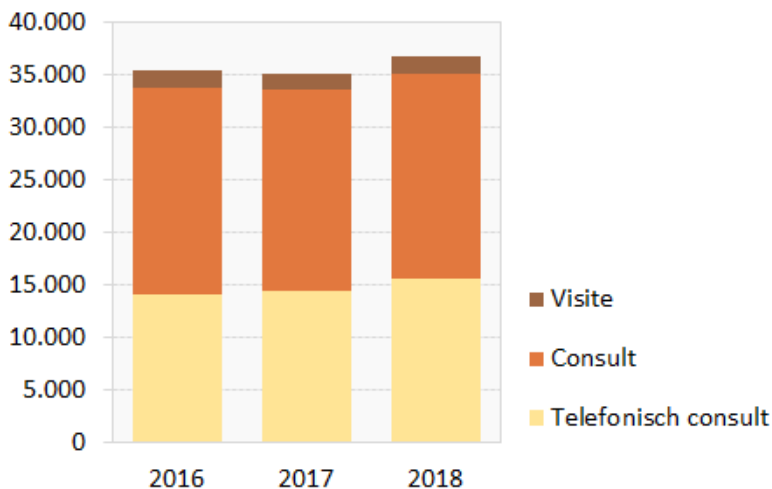
Als geaccrediteerd opleider van triagisten heeft de SGZ in 2018 aan één leerling het diploma uit kunnen reiken. Voor een andere leerling is het diploma aan het eind van het jaar aangevraagd bij Calibris. Daarnaast zijn er eind 2018 nog drie leerlingen met het opleidingstraject bezig. Er is van twee collega's afscheid genomen dit jaar.

### Kengetallen

Tabel 20.2a | Verrichtingen Huisartsenpost Zoetermeer

	2016	2017	2018
Verrichtingen totaal	35.528	35.114	36.680

Grafiek 20.2b | Verrichtingen Huisartsenpost Zoetermeer





### Snel reageren op telefonische oproepen

Als een patiënt een huisartsenpost belt, moet er snel opgenomen worden, dit kan immers van levensbelang zijn. 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.

Naast snelheid van beantwoorden van de telefoon, vinden wij de kwaliteit van de gesprekken minstens even belangrijk. Zorgvragen worden steeds complexer, het aantal kwetsbare ouderen neemt toe en steeds meer zorg komt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Dit zijn maatschappelijke ontwikkelingen waar de huisartsenpost ook mee te maken heeft.

**Tabel 20.2c | Snelheid van reageren op telefonische oproepen bij de Huisartsenpost Zoetermeer**

	2016	2017	2018
Spoedtelefoon opgenomen binnen 30 seconden	94%	93%	95%
Algemene oproepen opgenomen binnen 2 minuten	63%	66%	66%

De gemiddelde wachttijd van spoedgesprekken (U1) bij de Huisartsenpost Zoetermeer is tien seconden (twee seconden korter dan in 2017). Dat is wederom ruim binnen de norm. De gemiddelde wachttijd in de wachtkamer (U2 tot en met 4) bedraagt in 2018 17 minuten. Ook dit is onder de norm van 20 minuten.



## 20.3 APOTHEKEN

Zoetermeer telt elf apotheken en één dienstapotheek. Negen apotheken zijn Service Apotheken, één apotheek is een BENU apotheek en één apotheek is aangesloten bij Alphega. De Zoetermeerse apotheken zijn verenigd in de Kring Zoetermeerse Apotheken (KZA). SGZ en KZA hebben een samenwerkingsovereenkomst waarin afspraken worden gemaakt over de:

- Acute farmaceutische zorg;
- Geïntegreerde eerstelijnszorg, ketenzorg en het bevorderen van multidisciplinair kwaliteitsbeleid;
- Facilitaire ondersteuning van de SGZ aan apothekers op het vlak van ICT, huisvesting en declaratie;
- Governance van de SGZ en haar rol als ROS;
- Ondersteuning door de SGZ van de KZA als vereniging.

De SGZ exploiteert vier van de elf Zoetermeerse apotheken. Dit zijn de apotheken in de gezondheidscentra Rokkeveen-Oost, De Watertoren, Noordhove en Oosterheem en een apotheek-servicepunt (in Benthuizen).

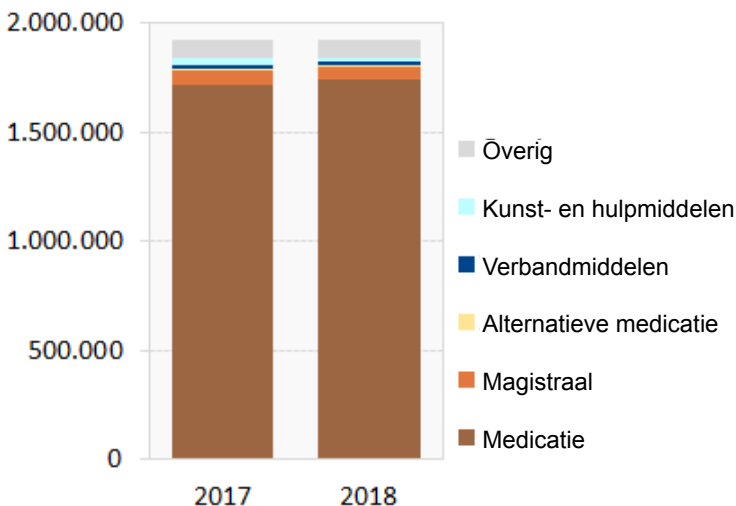
### Kengetallen

Tabel 20.3a | Aantal patiënten en verstrekkingen apotheken

Aantal	2016	2017	2018
Ingeschreven patiënten (op 31 december)*	Niet beschikbaar	127.149	127.067
Verstrekkingen	1.934.082	1.920.635	1.923.378
Gemiddeld aantal verstrekkingen per patiënt		15,1	15,1

\* Patiënten ingeschreven bij de apotheek die tevens bij een Zoetermeerse huisartspraktijk staan ingeschreven

Grafiek 20.3b | Verstrekkingen apotheken



### Geneesmiddeltekort

De Zoetermeerse apotheken ondervinden veel last van geneesmiddeltekorten en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars. Zij hebben hierdoor dagelijks te maken met - vaak terecht - ontevreden patiënten en een grotere werkdruk.

De apotheken hebben soms grote moeite om dit probleem op een voor de patiënt acceptabele manier op te lossen.





Eind 2018 heeft de SGZ een brief aan de Minister geschreven waarin aandacht wordt gevraagd voor de positie van apotheken op de arbeidsmarkt in het licht van:

- Toenemende werkdruk als gevolg van de niet-leverbaarheid van geneesmiddelen en alle logistieke problemen die daaruit voortvloeien;
- Aanhoudende administratieve lastendruk;
- Minder plezier in het werk omdat we geen nee willen verkopen aan onze patiënten en ze graag het vertrouwde medicijn mee willen geven.

De brief is gepubliceerd op de website steunwapotheek.nl, die de SGZ in het leven heeft geroepen om steunbetuigingen te registreren. In de brief vraagt de SGZ aandacht voor:

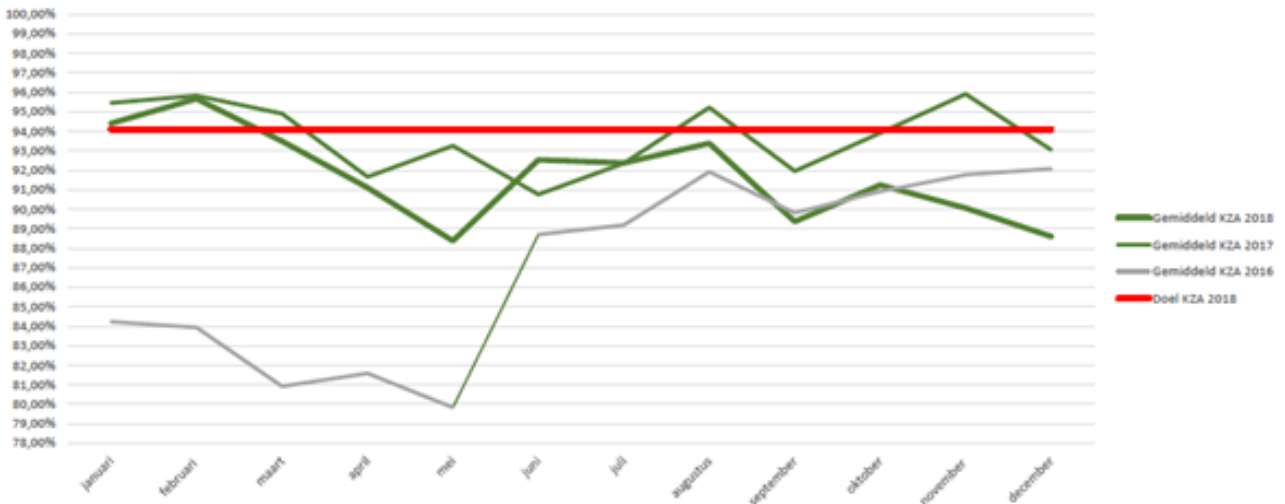
- Ondoorzichtigheid van het contracteringsproces zorgverzekeraar – apotheek;
- Ondoorzichtige relatieve meetwaarden bij het contracteren van kwaliteits- en doelmatigheidsprofielen bij apotheken door zorgverzekeraars;
- Irrationele verschillen in kwaliteits- en doelmatigheidsbeleid van zorgverzekeraars;
- Onvoldoende bekostiging van loon- en prijsstijgingen;
- Arbeidsmarktproblematiek;
- Wenselijkheid van een andere bekostiging voor farmaceutische zorg.

### Wachttijden

De SGZ heeft in 2015 met de Kring Zoetermeerse Apotheken (KZA) afspraken gemaakt over een project Bevordering Verkorting Wachttijden Zoetermeerse Apotheken. Dit 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 2018 zijn verder aangescherpt ten opzichte van 2017. Vijf apotheken haalden in 2018 het gestelde doel, zes apotheken slaagden daar niet in. Oorzaken hiervoor zijn onder andere performanceproblemen van Pharmacom, het apotheek informatie systeem, en problemen met de levering van geneesmiddelen.

Wachttijden 0-10 minuten Zoetermeerse apotheken



## 20.4 DIENSTAPOTHEEK

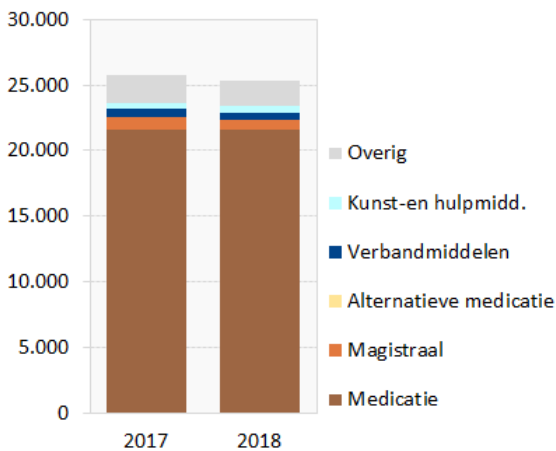
Spoedeisende medicatiezorg in de avonduren, in de weekenden en tijdens feestdagen wordt in Zoetermeer en Benthuizen geleverd vanuit de Dienstapothek Zoetermeer. 's Nachts van 00.00 - 8.00 uur is de dienstapothek weliswaar gesloten voor bezoekers, maar er is wel steeds een medewerker oproepbaar. Voor 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 in 2018 bedraagt 3,41 fte. De Dienstapothek Zoetermeer is HKZ-gecertificeerd.

**Tabel 20.4a | Verstrekkingen Dienstapothek Zoetermeer**

	2017	2018
Verstrekkingen	25.744	25.313

**Grafiek 20.4b | Verstrekkingen Dienstapothek Zoetermeer**



Het aantal verstrekkingen in 2018 is ongeveer gelijk gebleven ten opzichte van 2017.







## 20.5 OVERIGE DISCIPLINES

### Fysio- en oefentherapiepraktijken

Aan de wijksamenwerkingsverbanden van de SGZ nemen 37 fysio- en oefentherapiepraktijken deel. Van vier van deze praktijken is de SGZ beheerend rechtspersoon: de FysioExperts praktijken in de gezondheidscentra Noordhove, Rokkenveen-Oost, De Watertoren en Oosterheem.

Er bestaat in Zoetermeer geen overkoepelend overleg van fysio- en oefentherapiepraktijken, noch een vereniging of kring. Dit betekent dat de SGZ met fysio- en oefentherapiepraktijken uitsluitend afspraken maakt via de wijksamenwerkingsverbanden of op individuele basis. De SGZ verzorgt voor de fysio- en oefentherapeuten met het EPD Intra-med ondersteuning voor de elektronische berichtgeving aan huisartsen.

### Verloskundigen

De drie verloskundigenpraktijken in Zoetermeer hebben ieder een hoofdvestiging en daarnaast spreekuurlokaties in de verschillende gezondheidscentra. In gezondheidscentrum Oosterheem (de jongste wijk van Zoetermeer) houden de drie praktijken allen spreekuur.

De drie praktijken komen geregeld onderling samen en spelen een actieve rol in het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) Zoetermeer.

De SGZ werkt met de verloskundi-

gen samen bij de totstandkoming van afspraken met huisartsen, in het zorgprogramma kwetsbare zwangeren, en in de voorbereiding van een studie die in Zoetermeer gaat plaats vinden naar de aanpak van risicogedrag bij (aanstaande) zwangeren: de SAFER pregnancy studie (Smoke and Alcohol Free with e-health and Rewards).

De SGZ is met de praktijken in gesprek over de ondersteuning die de SGZ kan bieden, met name bij de rol van de praktijken in het VSV.

### Diëtisten

Aan de wijksamenwerkingsverbanden van de SGZ nemen zeven diëtietiepraktijken deel. De samenwerking met de praktijken ligt voornamelijk, maar niet uitsluitend, op het gebied van ketenzorg.

In de ketens diabetes, CVRM (HVZ en VVR) en COPD zijn de diëtisten in Zoetermeer onderdeel van de ketenzorg. Zij verzorgen de benodigde diëtietiek voor de patiënten die deelnemen aan de ketenzorg. Daarnaast zijn de diëtisten een zorgpartner naar wie door de huisarts kan worden verwezen.

De SGZ en het ROD (Regionaal Overleg Diëtisten) overleggen 2 keer per jaar met elkaar. In dit overleg komen de onderwerpen aan de orde die voor (een van) beide op dat moment actueel zijn. In 2018 zijn onder andere de volgende onderwerpen

besproken: de AVG, de wijze van declareren van de ketenzorg, Prisma versus 'Keer DM2 om', de Diabetes Challenge, de Gecombineerde Leefstijl Interventie, krapte in huisvesting in gezondheidscentra, sondevoeding in de thuissituatie, diëtietiek en overdracht van tweede naar eerste lijn, contracten voor ketenzorg.

### GZ-psychologen in de eerste lijn

Aan de wijksamenwerkingsverbanden van de SGZ nemen tien praktijken van GZ-psychologen (bemenst door elf GZ-psychologen) deel. Acht praktijken richten zich primair op volwassenen, twee praktijken richten zich specifiek op jeugd. De SGZ overlegt vier keer per jaar met de GZ-psychologen. Dit heeft deels betrekking op de facilitaire ondersteuning die de SGZ biedt: het Elektronisch Patiënten Dossier Medicore en declaratie-ondersteuning. Daarnaast is er aandacht voor de werving van nieuwe vrijgevestigde GZ-psychologen (zie hoofdstuk 5.1), de samenwerking met de tweedelijns GGZ, de profilering van eerstelijns psychologen en toepassing van wet- en regelgeving. Ten behoeve van de keuze voor een psycholoog door cliënten onderhoudt de SGZ de website [www.psychologenzoetermeer.nl](http://www.psychologenzoetermeer.nl).





# DEEL 4

## KWALITEITSBEVORDERING

### DEEL 4 | KWALITEITSBEVORDERING

<b>21   Deskundigheidsbevordering</b>	<b>123</b>
<b>22   Certificering en accreditering</b>	<b>126</b>
<b>23   Klachten, calamiteiten en VIM-meldingen</b>	<b>128</b>
23.1 Klachten	128
23.1.1 Klachtenregeling huisartsenzorg	128
23.1.2 Klachten huisartsenpraktijken	129
23.1.3 Klachten huisartsenpost	130
23.1.4 Klachten apotheken	130
23.2 Calamiteiten	131
23.2.1 Calamiteiten huisartsenpost	131
23.2.2 Overige calamiteiten	131
23.3 VIM meldingen	132
23.3.1 Algemeen	132
23.3.2 VIM meldingen huisartsenpost	132





## 21 | DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING



Jaarlijks biedt de SGZ een scholingsprogramma aan hulpverleners. De SGZ is gemachtigd door het Accreditatie Bureau Cluster 1 om scholingen voor huisartsen in eigen beheer te accrediteren. Hiervoor heeft de SGZ de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH) in het leven geroepen. De scholingen verlopen volgens het Organisatie- en kwaliteitshandboek dat deze werkgroep heeft samengesteld. De WDH 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.

De Huisartsenpost organiseert hiernaast ook jaarlijks diverse scholingen, zie hiervoor paragraaf 20.2.

**Tabel 21 | Scholingscurriculum SGZ/WDH Zoetermeer, 2018**

Thema Diabetes		
Onderdeel	Doelgroep	Aantal deelnemers
Voeding en leefstijlinterventie	Huisartsen	7
	POH-S	23
	Diëtiste	1
	Overigen	8
Nieuwe standaard Diabetes (2 bijeenkomsten)	Huisartsen	9
	POH-S	19
Langerhans	Huisartsen	10
	POH-S	23



<b>Thema Hart- en vaatziekten</b>		
<b>Onderdeel</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
Hartfalen voor POH-S	POH-S	25
Hartfalen voor assistenten (2 bijeenkomsten)	assistenten	16
<b>Thema COPD</b>		
<b>Onderdeel</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
Herhalingscursus Caspir (2 bijeenkomsten)	Huisartsen	14
	POH-S	15
<b>Zoetermeerse WDH huisartsenschooling</b>		
<b>Onderdeel</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
Voorjaarseendaagse, met als thema's: - Zelfbeschikking, privacy en samenwerking in de huisartsenpraktijk, door Mr.J.J van Boven, juriste - Cardiologie: het vrouwenhart en DVT/LE in de huisartsenpraktijk	Huisartsen	29
Herfsteendaagse, met als thema's: - Bekkenbodemp en sexuologie - Passie voor de praktijk, balans werk/privé	Huisartsen	31
<b>Zoetermeerse doktersassistentencarroussel</b>		
<b>Onderdeel</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
Omgaan met weerstand	Doktersassistenten	22
<b>Scholing ten behoeve van de erkend kwaliteitsconsulent (EKC-er)</b>		
<b>Onderdeel</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
Effectief vergaderen (2 bijeenkomsten)	Huisartsen	14
	Apothekers	3
	Overigen	1
<b>Ontmoeting specialist – huisarts</b>		
<b>Onderdeel</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
LangeLand Ontmoeting: Kinderneuroloog en -revalidatiearts / Gynaecologie / Dermatologie	Huisartsen	10
	Specialisten	0
LangeLand Dag: Technische zorginnovatie, de toekomst is nu!	Huisartsen	29
	Specialisten	17
<b>POH specifieke scholingen</b>		
<b>Onderdeel</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
Reflectie en gespreksvaardigheden (bestaande uit 3 opleidingsdagen)	POH-S	22
Intervisie	POH-S	3
Stoppen met Roken	POH-S	12
Op de Sofa	POH-GGZ	2
Minddistrict voor beginners	POH jeugd en POH GGZ	9
Minddistrict verdiepingcursus	POH jeugd en POH GGZ	16



Overige scholingen		
Onderdeel	Doelgroep	Aantal deelnemers
Reanimatie en AED (13 avonden)	Huisartsen	61
	POH-S	21
	Apothekers	2
	Fysiotherapeuten	4
	Overig	59
Palliatief - PaTz-bijeenkomsten (5-6 per jaar per wijk)	Huisartsen	41
	Thuiszorgmedewerker	13
	Overig	3
LEAN workshop	Huisartsen	6
	POH-S	2
	Overig	6
Landelijk Schakel Punt	Apothekersassistenten	12
Financieel gezond ouder worden	Huisartsen	1
	POH-S	8
	Praktijkverpleegkundige	7
	Anderen	17
Masterclass Hotspotters en positieve gezondheid (2 bijeenkomsten)	Huisartsen	21
	POH-S	5
	POH GGZ	5
	Praktijkverpleegkundige	14
Masterclass Ouderenzorg thema's: - dementie en seksualiteit - polyfarmacie - financiële uitbuiting	Huisartsen	2
	POH-S	10
	Praktijkverpleegkundige	16
	Overig	7
Grip op de AVG	Huisartsen	8
	Apothekers	8





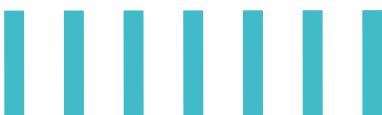
## 22 | CERTIFICERING EN ACCREDITERING



### NHG-Praktijkaccreditering huisartsen

In 2018 hebben 41 (van de 52) huisartsenpraktijken intensief gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit in het kader van de NHG-Praktijkaccreditering (NPA). Deze huisartsenpraktijken zijn ook dit jaar bezocht door een auditor van het NPA. Deze auditor heeft getoetst of de praktijk voldoet aan de 23 kwaliteitsnormen van het NPA en heeft verbeterpunten besproken met de praktijk. Praktijken die voldoen aan de normen mogen het kwaliteitskeurmerk van het NPA voeren. Dit is het geval bij 40 huisartsenpraktijken. Eén praktijk is dit jaar gestart met accreditatie en treft alle voorbereidingen om in de loop van 2019 voor het eerst geaccrediteerd te worden.

De SGZ begeleidt en ondersteunt de huisartsenpraktijken die dat willen bij het accrediteringstraject. Die begeleiding is in handen van een geregistreerde praktijkconsulent verbonden aan de SGZ. Daarnaast kunnen alle huisartsen gebruikmaken van de ondersteunende materialen die op het SGZ-intranet staan. Het betreft hier voorbeeldprotocollen en verplichte documenten. In 2018 is een begin gemaakt met het actualiseren van deze protocollen. Verder heeft de SGZ met het 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 op het NPA-web.



Eind 2018 heeft het NPA bekendgemaakt dat met ingang van 2019 de jaarlijkse verplichte audit komt te vervallen. Vanaf 2019 is een hercertificeringsaudit eenmaal per drie jaar voldoende om het keurmerk NHG-Praktijkaccreditering te behouden. Praktijken die in de tussenliggende jaren toch een auditbezoek willen, kunnen hiervoor kiezen. De inschatting is dat de meeste huisartsen zullen kiezen voor een audit eens per drie jaar.

### NHG-Praktijkaccreditering huisartsenpost

Ook voor de huisartsenpost is besloten om conform de NHG richtlijnen te worden geaccrediteerd. Hiertoe zijn in 2018 belangrijke vorderingen gemaakt, met name in de overstap van HKZ certificeringstraject naar de NPA normen, conform de accreditering van de dagpraktijken. Een kwaliteitsmedewerker draagt (o.a.) zorg voor het herstructureren en monitoren van de voortgang om de accreditatie te gaan behalen in 2020. In 2019 zal nulmeting plaatsvinden. De input die de huisartsenpost ontvangt uit klachten, calamiteiten en VIM meldingen, vormt een belangrijke bron bij het aanpassen van bestaande protocollen. Op deze manier werkt de huisartsenpost continu aan verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening.

### Certificering apotheken

Alle apotheken in Zoetermeer (inclusief de dienstapotheek) beschikken over het HKZ-certificaat.

### Certificering fysiotherapeuten

Vier fysiotherapiepraktijken die deelnemen aan de wijksamenwerkingsverbanden, met in totaal negen vestigingen beschikken over het HKZ-certificaat.

Daarnaast stimuleert de SGZ de fysiotherapie- en oefenpraktijken om zich te ontwikkelen tot Pluspraktijken, maar de SGZ heeft daarvoor geen middelen beschikbaar.

Het Pluscertificaat is al in 2015 door de vier FysioExperts praktijken behaald. De FysioExperts praktijken worden door de SGZ geëxploiteerd. In de Zoetermeerse wijksamenwerkingsverbanden hebben nog vijf andere praktijken (met in totaal tien vestigingen) dit Pluscertificaat.







## 23 | KLACHTEN, CALAMITEITEN EN VIM-MELDINGEN



### 23.1 KLACHTEN

#### 23.1.1. Klachtenregeling Huisartsenzorg

Klachten over huisartsen in Zoetermeer en Benthuizen, worden afgehandeld volgens de gezamenlijke klachtenregeling van Huisartsenvereniging Zoetermeer, Huisartsenpost en SGZ. Dit geldt ook voor klachten over de huisartsenpost. Alleen de huisartsen uit de groepspraktijk Dorpsstraat hebben een andere procedure; zij zijn aangesloten bij de Klachtenregeling Huisartsenkring Haaglanden. De apotheken (inclusief de dienstapothek) en fysio- en oefentherapiepraktijken zijn aangesloten bij de klachtenregeling van de eigen beroepsgroep, respectievelijk KNMP en KNGF. Andere zorgverleners, zoals bijvoorbeeld diëtisten, hebben hun eigen klachtenregeling.

De hoofdregel van de klachtenregelingen 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. De SGZ ondersteunt alle huisartsen en apothekers bij deze klachtafhandeling in eerste instantie.

**128**

De procedure voor het indienen en afhandelen van een klacht 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 gezocht naar een oplossing voor de klacht waarmee klager kan instemmen.

In de meeste gevallen is de klager tevreden met de afhandeling door de eigen hulpverlener. 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 klachten- en geschilleninstanties van de beroepsgroep waartoe de hulpverlener waarover de klacht gaat behoort.



In 2018 zijn 58 klachten binnengekomen over de huisartsen(post) en (dienst) apotheken.

**Tabel 23 | Klachtenoverzicht Huisartsenzorg**

	2016	2017	2018*
Huisartsen	4	10	36
Huisartsenpost	8	10	20
<b>Totaal</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>56</b>

\*de cijfers uit 2018 zijn aanzienlijk hoger, omdat de registratie tot en met 2017 alleen betrekking had op de huisartspraktijken (15) waarvoor de SGZ als beherend rechtspersoon optreedt. Vanaf 2018 ziet de registratie op alle huisartspraktijken (52).

### 23.1.2 Klachten huisartsenpraktijken

**Tabel 23.1 Klachten in 2018 met betrekking tot zorg waar de huisarts verantwoordelijk is**

Klacht gaat over zorgverlener	Klacht betreft onderwerp	Klacht binnengekomen en afgehandeld door instantie	Is de klacht naar tevredenheid van de patiënt opgelost?	Aantal
Huisarts en doktersassistente	Communicatie t.a.v. afspraak/consult, uitschrijving uit praktijk, terugbelafspraken, wachttijden, misverstand over declaraties	Huisarts	Ja	10
Huisarts	Herhaalmedicatie	Huisarts	Ja	4
Huisarts	Herhaalmedicatie	Tuchtcollege	Ja	1
Huisarts	Zorgverlening/beleid huisarts	Tuchtcollege	Loopt nog	1
Huisarts	Zorgverlening/beleid huisarts	SKGE	ja	1
Huisarts	Zorgverlening/beleid huisarts en bereikbaarheid	Huisarts	ja	2
Huisarts	Bejegening /verwachtingen van patiënt richting huisarts	Huisarts	ja	5
POH-GGZ	Werkwijze POH-GGZ	Huisarts	ja	2
Pedicure en Huisarts	Verleende zorg werd niet vergoed door zorgverzekeraar of valt onder eigen risico van patiënt	Huisarts	ja	2
Huisarts	Bereikbaarheid Huisartsenpraktijk	Huisarts	ja	4
Huisarts en huisartsenpost	Zorgverlening/beleid huisarts	Huisarts	ja	1
Doktersassistente	Privacy aan balie	Huisarts	ja	1
Doktersassistente	Advies aan patiënt en beschikbaarheid spreekuur	Huisarts	ja	2
Doktersassistente	Bejegening	Huisarts	In 1 geval heeft de patiënt gekozen voor een andere huisarts. In het andere geval is de klacht naar tevredenheid opgelost.	2
<b>Totaal</b>				<b>36</b>





In 2018 zijn er in totaal 36 klachten geweest over huisartsen of medewerkers van huisartsen in Zoetermeer en Benthuizen. Eén van deze klachten heeft geleid tot een procedure bij de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE) waar de SGZ bij is aangesloten, twee klachten zijn voorgelegd aan het Tuchtcollege. Eén van de zaken bij het Tuchtcollege loopt nog, één zaak werd opgelost doordat de patiënt koos voor een andere huisarts. Alle overige zaken zijn naar tevredenheid van de patiënt opgelost.

### 23.1.3 Klachten Huisartsenpost

Op de Huisartsenpost Zoetermeer zijn in 2018 twintig klachten binnengekomen, die alle in behandeling zijn genomen en zijn afgehandeld. De leerpunten uit de klachten worden besproken in het triagistenoverleg en in de vergadering van het HAP bestuur. Ook worden de mogelijke leerpunten verzameld en gecommuniceerd in de weekberichten voor triagisten en de nieuwsflits voor de huisartsen. Dit geschiedt in combinatie met de leerpunten uit de VIM meldingen en de calamiteiten.

- Negen klachten betreffen medisch inhoudelijke vraagstukken. Acht klachten gingen over de bejegening. Ook kwam er een klacht over de bereikbaarheid, een voor de ketenorganisatie en eenmaal met betrekking tot een financieel vraagstuk.
- De medisch inhoudelijke klachten zijn met hulp van een van de huisartsen uit het HAP-bestuur opgepakt en besproken met de desbetreffende huisarts van dienst. Daar waar wenselijk heeft de dienstdoende huisarts zelf contact gehad met de patiënt. Alle klachten zijn naar tevredenheid afgehandeld.
- Zes bejegeningklachten gingen over de bejegening door de arts of het gevoel niet serieus te zijn genomen in de zorgvraag. Dit zit vaak in de toon van de communicatie, de intentie van de zorgverlener is goed. Het is voor hem of haar dan ook waardevol om terugkoppeling te ontvangen van de patiënt over diens ervaring.
- Drie klagers voelden zich (ook) onheus bejegend door de triagist. Van deze casussen zijn met toestemming van de patiënt de bandopnames teruggeluisterd door de betrokken triagisten en hun coach of de coördinator. De leerpunten uit deze situaties worden gedeeld met het hele team.

Alle klagers konden zich vinden in de genomen maatregelen en waren tevreden over de terugkoppeling. Er zijn geen klachten doorgestuurd naar de (externe) klachten- en geschilleninstantie.

### 23.1.4 Klachten apotheken

#### Klachten wijkapotheken

130

De registratie van klachten geschiedt per apotheek. Over deze klachten wordt in dit jaarverslag niet gerapporteerd.

#### Klachten Dienstapotheek

Er is in het jaar 2018 één klacht gemeld van een patiënt. Deze klacht ging over de diensttoeslag van € 2,00 voor een artikel dat zonder recept verstrekt mag worden, in dit geval een enkele catheter. De patiënt is gebeld en de verstrekte informatie was verder voldoende. De klacht is hiermee naar tevredenheid opgelost.



## 23.2 CALAMITEITEN

### 23.2.1 Calamiteiten Huisartsenpost

De Huisartsenpost (HAP) Zoetermeer heeft in 2018 twee calamiteiten gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

- De eerste melding vond plaats in september. Deze ging over een patiënt met acute buikklachten die zich meldde op de HAP op twee achtereenvolgende weekenddagen, vervolgens gezien is door zijn eigen huisarts en daarna door de HAP is verwezen naar de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH). Er bleek uiteindelijk sprake te zijn van een diverticulitis. Bij deze casus waren veel verschillende zorgverleners betrokken, wat een goede overdracht van informatie cruciaal maakt. Wanneer er sprake is van een en dezelfde zorgverlener, die het verloop van de klachten duidelijker kan monitoren, is een casus als deze eenvoudiger te beoordelen en behandelen. Daarnaast was er sprake van een hoge pijngrens ofwel een lage pijnscore van de patiënt, waardoor alarmsymptomen gemaskeerd werden. Deze calamiteit heeft de volgende leerpunten opgeleverd:
  - a. De reeds georganiseerde training “Oh Jee Een Acute Buik!” (7 november 2018) is aangepast, met meer aandacht voor inhoudelijke aspecten van een diverticulitis, CRP en o.a. vervoerspijn.
  - b. 2019 staat in het teken van onderlinge communicatie, overdracht en overleg, tunnelvisie en registratie in het dossier. Er zullen diverse scholingen met dit onderwerp aangeboden worden.

- De tweede melding betrof een patiënt met leverfalen begin december. Signalen van de (zoon van de) patiënt met betrekking tot de klachten zijn onvoldoende opgevolgd, er is gefocust op eerdere diagnoses en klachten. Bij het overleg tussen de triagist en de dienstdoende huisarts zijn de alarmsymptomen niet afdoende aan de orde geweest. Het flatteren door de huisarts bleek onvoldoende met aandacht te gebeuren waardoor er signalen worden gemist. Uit deze casus en het onderzoek zijn de volgende leerpunten naar voren gekomen:
  - a. het overleg tussen huisarts en triagiste moet met meer aandacht plaatsvinden, hiertoe zullen scholingen en intervisie worden georganiseerd;
  - b. de overleg/flatteerarts heeft een overload aan taken; het hebben van een regiearts op de weekenddagen kan hierin verlichting brengen;
  - c. ook hier staat communicatie en onderlinge afstemming weer centraal.

De conclusies van het calamiteitenonderzoek en de verbeterpunten zijn teruggekoppeld aan alle huisartsen en besproken in het triagistenoverleg en de ledenraad. In het opleidingsprogramma voor huisartsen en triagisten krijgt het thema communicatie en overleg extra aandacht (scholing “Samen Triëren”). In 2018 hebben de diverse scholingen al plaatsgevonden door de doelgroepen (triagisten en huisartsen) te combineren, waarop door de deelnemers zeer positief werd gereageerd.

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 bezwaar maken tegen deze manier van werken, waarbij het technisch mogelijk is gemaakt om bij bezwaar de gegevensuitwisseling te blokkeren. Slechts een zeer beperkt aantal Zoetermeesters 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 12.5 is nader ingegaan op de inzage via de lokale waarneming huisartsen, en de inzage via het Landelijk Schakelpunt (LSP).

### 23.2.2 Overige calamiteiten

Bij huisartsen overdag en andere disciplines hebben zich geen calamiteiten voorgedaan.





## 23.3 VIM-MELDINGEN

### 23.3.1 Algemeen

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 een eigen, interne VIM-regeling. Incidenten worden hier in de eigen praktijk of apotheek vastgelegd en besproken.

De huisartsenpost kent een eigen VIM-regeling met een VIM-commissie die de meldingen bespreekt en analyseert

### 23.3.2 VIM-meldingen Huisartsenpost

In 2018 zijn 56 Veilig Incident Meldingen (VIM) gedaan. Dat is wederom meer dan vorig jaar. Er lijkt een veilige meldcultuur te zijn ontstaan waarbij iedereen gericht is op het leren van fouten.

- De meeste meldingen (36%) gaan over professioneel/medisch handelen. Als gevolg van de meldingen zijn diverse protocollen herzien en aan de kwaliteitswerkgroep en het HAP-bestuur voorgelegd, zoals bijvoorbeeld het Prikaccidentenprotocol. Ook komt de indeling van casuïstiek in een bepaalde urgentie meerdere keren terug bij de meldingen. De leerpunten hieruit worden dan ook met de triagisten besproken en zijn input bij de intervisiegroepen.
- Circa 30% van de meldingen betrof het niet handelen conform onze werkafspraken. Het gaat dan vaak over de puntjes op de spreekwoordelijke "i", zoals het faxen van een overlijdensbericht aan de eigen huisarts of het

openen van een onjuist dossier. Het werken op de HAP vergt in belangrijke mate een hoge concentratie en focus van de medewerkers. In een omgeving waar veel acute zaken spelen en vaak meerdere tegelijkertijd, is dat een grote uitdaging. Het is daarom van groot belang om de medewerkers zo te faciliteren, dat zij hun werk met concentratie kunnen uitvoeren.

- Het is duidelijk merkbaar dat de keten van acute zorg onder druk staat: 25% van de meldingen heeft betrekking op de samenwerking met ketenpartners. Bij een derde van deze situaties betreft het de crisisopvang vanuit de GGZ. Dit kost dusdanig veel tijd, dat patiënten soms meerdere uren op de HAP moeten worden opgevangen. Dit leidt tot een onevenredig zwaar beroep op de personele capaciteit op de HAP. Ook het uitzetten van een uitvoeringsverzoek bij de thuiszorg gaat niet altijd zonder hindernissen, waardoor soms de huisarts zelf genoodzaakt is de handelingen te gaan verrichten. Tot slot komen de bekende problemen bij de bereikbaarheid van tandartsen vaak terug, alsmede de vraagstukken over ons verzorgingsgebied. Circa 8% van de totale contacten betreft een patiënt van buiten ons verzorgingsgebied.

Twee incidenten zijn, naast de al vermelde calamiteiten, aan de beoordelingscommissie van het HAP-bestuur voorgelegd. Eén daarvan is ook daadwerkelijk gemeld bij de inspectie en zal in 2019 worden gerapporteerd. De andere melding is uiteindelijk als uitgebreide VIM aan de orde geweest en besproken met alle betrokken zorgverleners.

Alle leerpunten uit de VIM-meldingen worden in het werkoverleg met triagisten besproken, gedeeld in de weekberichten en/of de nieuwsflits. Waar nodig worden meldingen besproken met individuele betrokkenen of (met toestemming) voor trainingsdoeleinden gebruikt.



Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer  
Croesinckplein 24  
2722 EA Zoetermeer  
079 3208686

Stichting **Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer**  
zoetermeergezond.nl

