



# KWALITEITSJAARVERSLAG 2016

## INHOUDSOPGAVE

<b>1.</b>	<b>INLEIDING</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>KERN VAN DE GEZONDHEIDSCENTRA EN APOTHEKEN</b> .....	<b>4</b>
	2.1 KERNACTIVITEITEN .....	4
	2.2 KERNGETALLEN.....	5
<b>3.</b>	<b>BESTUUR EN TOEZICHT</b> .....	<b>7</b>
	3.1 STRUCTUUR VAN DE SHG GROEP.....	7
	3.2 RAAD VAN BESTUUR.....	8
	3.3 RAAD VAN TOEZICHT (RVT) .....	8
	3.3 MEDEZEGGENSCHAP.....	9
<b>4.</b>	<b>FINANCIEN</b> .....	<b>10</b>
<b>5.</b>	<b>HET KWALITEITSSYSTEEM</b> .....	<b>12</b>
<b>6.</b>	<b>ZORGPROGRAMMA'S</b> .....	<b>14</b>
	6.1 DE ZORGPROGRAMMA'S VAN SHG.....	14
	6.2 ASTMA EN COPD .....	14
	6.3 DIABETES MELLITUS.....	17
	6.4 CVRM .....	20
	6.5 OUDERENZORG .....	22
	6.6 GGZ .....	24
<b>7.</b>	<b>WIJKGERICHTE PROJECTEN EN SAMENWERKING</b> .....	<b>25</b>
	7.1 WIJKGERICHTE PROJECTEN .....	25
	7.2 SAMENWERKING IN DEN HAAG .....	25
<b>8.</b>	<b>FARMACIE</b> .....	<b>27</b>
	8.1 MEDISCH FARMACEUTISCHE BESLISREGELS .....	27
	8.2 MEDICATIEBEOORDELING .....	27
	8.3 JAAREVALUATIE BAXTER-PATIËNTEN .....	28
	8.4 HERHAALSERVICE .....	28
	8.5 VOORSCHRIJFGEDRAG HUISARTSEN .....	29
<b>9.</b>	<b>SERVICE EN PATIENTVRIENDELIJKHEID</b> .....	<b>30</b>
	9.1 TELEFONISCHE BEREIKBAARHEID.....	30
	9.2 PATIËNTTEVREDENHEID.....	30
	9.3 KLACHTEN, VIM, PRIKACCIDENTEN EN (BIJNA)ONGELUKKEN.....	30
	9.4 CERTIFICERING & ACCREDITERING .....	32
<b>10.</b>	<b>KWALITEIT TEN AANZIEN VAN HET PERSONEEL</b> .....	<b>33</b>
	10.1 ANALYSE PERSONEELSBESTAND.....	33
	10.2 VERLOOP.....	33
	10.3 LEEFTIJSOPBOUW .....	33
	10.4 PERSONEELSBELEID.....	34
	10.5 ARBOZAKEN EN ZIEKTEVERZUIM .....	35
<b>11.</b>	<b>ICT</b> .....	<b>36</b>
<b>12.</b>	<b>VOORUITBLIK 2017</b> .....	<b>37</b>

## 1. INLEIDING

De SHG Groep is 2016 ingegaan met een vernieuwde focus op samenwerking in de regio. De vele ontwikkelingen rondom de eerste lijn vragen om een integraal antwoord, waarbij gezamenlijk wordt gezocht naar nieuwe mogelijkheden en minder versnippering in de Haagse regio. Met de collega eerstelijnsorganisaties in Den Haag zijn afgelopen jaar de banden versterkt. Hierdoor trekken we meer gezamenlijk op richting ketenpartners, kunnen we effectiever participeren in de ontwikkelingen in Den Haag en gezamenlijk komen tot inhoudelijke zorgverbeteringen.

Bestuurlijk gezien heeft de SHG Groep de nodige uitdagingen gehad. Als gevolg van langdurige ziekte van de bestuurder hebben enkele interim situaties elkaar opgevolgd. Dit heeft de nodige effecten gehad op bestuurlijke vraagstukken, maar gelukkig nauwelijks effect op de dagelijkse zorgverlening en zorginhoudelijke doorontwikkeling. De interim situatie heeft ook de kans geboden om met een frisse blik naar het strategisch kader te kijken. Gezamenlijk met de organisatie is een nieuwe strategische koers ontwikkeld en zijn eind 2016 gedachten gevormd over de meest wenselijke organisatorische inrichting.

Kwaliteit van zorg staat hoog op de agenda. De zorgprogramma's hebben in 2016 een verdere doorontwikkeling doorgemaakt, alsook de deskundigheidsbevordering van professionals. Wijkgericht werken, een thema dat ook komende jaren centraal blijft staan, heeft op alle centra invulling gekregen. In 2016 heeft (her)certificering plaatsgevonden van de huisartsen (NHG) en de apotheken (HKZ), waarmee de kwaliteitszorg is bevestigd.

Op Gezondheidscentrum Vaillantplein heeft een verbouwing plaatsgevonden waardoor de toegang patiëntvriendelijker is geworden. Tevens is er een uitdeelpost van apotheek De Koning geopend, waardoor herhaalmedicatie nu ook op deze locatie kan worden opgehaald. Voor de fysiotherapie op deze locatie is besloten de activiteiten over te dragen aan Fysiofit, waarmee een samenwerkingsverband is gestart.

Werkdruk vormt een belangrijk knelpunt in grote delen van de organisatie. Ondanks de verbeteringen naar aanleiding van "Het Roer moet om", blijft de werkdruk bij huisartsen hoog. Dit vraagt ook komend jaar verdere aandacht.

Financieel gezien is het resultaat beïnvloed door een hoog langdurig ziekteverzuim. Dankzij enkele incidentele meevallers is toch een vrijwel neutraal resultaat behaald.

## 2. KERN VAN DE GEZONDHEIDSCENTRA EN APOTHEKEN

### 2.1 Kernactiviteiten

De SHG Groep (hierna te noemen: SHG) helpt mensen gezond te leven en biedt in de regio Haaglanden de beste zorg in de buurt. We zijn voor elke gezondheidsklacht het eerste aanspreekpunt. De zorgverlening – van huisarts tot apotheker en van fysiotherapeut tot diëtist – wordt dicht bij de patiënt, laagdrempelig en efficiënt georganiseerd in één gebouw. De kracht van SHG is dat alle zorgverleners nauw samenwerken met als doel een gezonde wijk. SHG biedt zorg:

- op een persoonlijke, servicegerichte en doelmatige wijze;
- gericht op het bevorderen van gezondheid, gezond gedrag en kwaliteit van leven;
- rekening houdend met de (specifieke) behoeften en omstandigheden van onze patiënten.

SHG levert hiertoe huisartsenzorg, fysiotherapie, diëtetiek en farmacie. De huisartsgeneeskundige zorg wordt verdiept door de inzet van praktijkondersteuners t.b.v. diabetes, astma/COPD, cardiovasculair risicomangement, ouderen en GGZ. Daar waar de zorgvraag dit behoeft, wordt de zorg geïntegreerd aangeboden. Daarbij wordt niet alleen samengewerkt met de disciplines die in loondienst werken (zie tabel 2.1), maar ook met de externe partijen die bij SHG ruimtes huren (zie tabel 2.2).

In loondienst
Huisartsenzorg (inclusief verlengde arm: POH Somatiek, POH GGZ en (specialistisch) verpleegkundigen)
Fysiotherapie
Farmacie
Diëtetiek

Tabel 2.1. Zorgverleners in loondienst

Als huurder in een of meer centra aanwezig		
Arbo arts	Verloskunde	Maatschappelijk werk
Huidtherapie	(Externe) Apotheek	Orthopedie
Trombosedienst	Gezondheidspsycholoog	Orthopedagoge
Haarwerken	Logopedie	Pedicure
Verloskundige echopraktijk	Kinderpsycholoog	Podotherapeut
Tandarts	Kinderfysiotherapie	Prikdienst/ huisartsenlaboratorium
Coaching		

Tabel 2.2 Zorgverleners als huurder in de gezondheidscentra

## Patiënten

Op Spoorwijk na is in ieder centrum een lichte toename van patiënten te zien. Deze bescheiden groei past in de trend van stijgende patiëntenaantallen, maar verdient tevens ook aandacht. De gezondheidscentra zullen (financieel gezien) steeds meer op eigen benen moeten gaan staan. Diverse gezondheidscentra zullen daarom de komende jaren moeten doorgroeien.

Gezondheidscentrum	Totaal aantal patiënten ultimo 2015	Totaal aantal patiënten ultimo 2016
Veenland	6.542	6.774
Houtwijk	4.651	4.812
Leidschenveen	8.545	8.547
Lage Veld	4.810	4.834
De Koning	5.225	5.324
Nieuw Waldeck	4.648	4.796
Spoorwijk	3.800	3.736
Vaillantplein	4.198	4.279
Totaal ingeschreven	42.419	43.102

Tabel 2.3: aantallen ingeschreven patiënten per gezondheidscentrum (excl. passanten)

## 2.2 Kerngetallen

In tabel 2.4 tot en met 2.8 is de productie in aantal verrichtingen in 2016 terug te vinden ten opzichte van 2015.

FYSIOTHERAPIE	Aantal 2015	Aantal 2016
Zitting fysiotherapie	25.735	25.825
Zitting fysiotherapie aan huis	2.583	2.257
Zitting kinderysiotherapie	473	446
Zitting kinderysiotherapie aan huis/inrichting	256	158
Zitting manuele therapie	1.254	1.355
Intake en onderzoek na verwijzing ft	2.256	2.116
Screening fysiotherapie	648	911

Tabel 2.4 verrichtingen fysiotherapie

Het aantal verrichtingen van fysiotherapie is gedaald. Dit is te verklaren door het stoppen van de fysiotherapie door SHG op gezondheidscentrum Vaillantplein.

HUISARTSENZORG	Aantal 2015	Aantal 2016
Consult	87.042	85.730
Dubbel consult	33.724	37.155
Visite	2.963	3.441
Dubbele visite	2.557	2.342
Telefonisch consult	53.807	52.289
M&I-verrichtingen	4.754	4.603
E-mail consult	1.216	1.666
POH GGZ Consult	19	47
POH GGZ Dubbel consult	5.552	7.715
POH GGZ Dubbele visite	71	106
POH GGZ Telefonisch consult	1.066	1.445

Tabel 2.5 meest voorkomende verrichtingen huisartsenzorg inclusief POH GGZ

Het aantal consulten is gestegen ten opzichte van 2015, met name door de groei van het aantal ingeschreven patiënten. De toename in het aantal dubbele consulten wordt vooral veroorzaakt door de toename van de zorgzwaarte.

Het aantal consulten per patiënt is gelijk gebleven. De stijging van de consulten van de POH GGZ is het gevolg van toegenomen vraag en uitbreiding van de formatie.

Ketenprogramma (DBC-financiering)	Aantal 2015	Aantal 2016
DM	2.121	2.158
CVRM	4.142	4.247
COPD	397	356
Astma	920	849

Tabel 2.6 aantal patiënten in ketenprogramma met DBC-financiering

Bovenstaande aantallen zijn de gedeclareerde DBC's. De in hoofdstuk 6 opgenomen aantallen in rapportages van de zorgprogramma's kunnen afwijken aangezien deze zijn gebaseerd op aantallen patiënten die minimaal één jaar zijn opgenomen in het zorgprogramma.

DIETETIEK	Aantal 2015	Aantal 2016
Aantal Behandeling (kort)	624	731
Aantal Behandeling (lang)	1.188	1.296
Aantal Dieetberekening	238	56
Aantal Rapportage aan de verwijzer	129	119
Aantal Telefonisch contact	107	80
Aantal Uitwerken van behandelplan en behandelafspraken	103	190

Tabel 2.7 aantal behandelingen diëtetiek

De fluctuatie in cijfers is vooral het gevolg van de zeer beperkte formatie en aantallen, waardoor schommelingen groot lijken.

FARMACIE	Aantal 2015	Aantal 2016
Receptregels WTG	461.269	480.937
Receptregels buiten WTG	55.147	53.038
Receptregels Hulpmiddelen	7.377	7.116

Tabel 2.8 aantal receptregels farmacie

De verstrekking van hulpmiddelen is in 2016 verder gedaald. De contracten voor hulpmiddelen lopen steeds meer via landelijke organisaties en worden door zorgverzekeraars steeds minder gecontracteerd bij openbare apotheken.

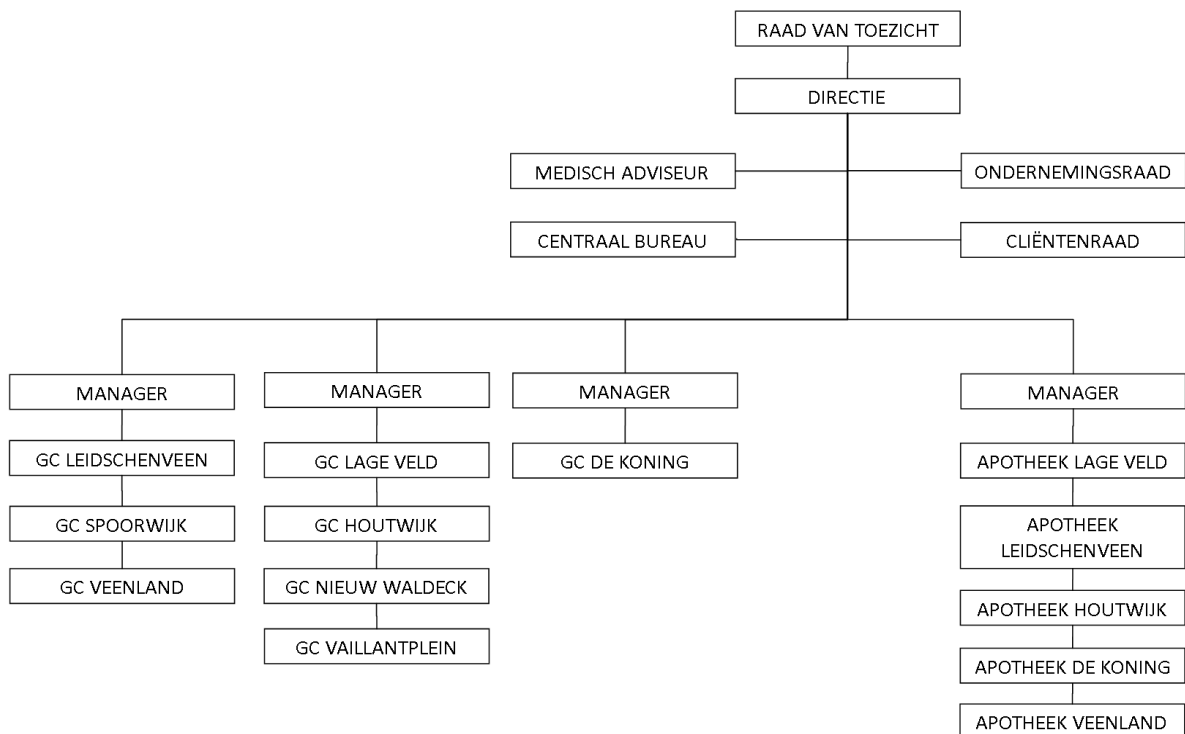
### 3. BESTUUR EN TOEZICHT

#### 3.1 Structuur van de SHG Groep

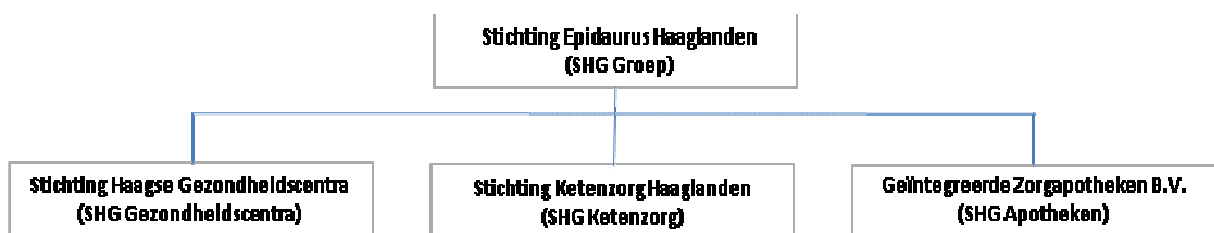
De SHG Groep bestaat in 2016 uit acht geïntegreerde eerstelijns gezondheidscentra en vijf apotheken. De centra worden ondersteund door het centraal bureau, bestaande uit de volgende functies: Directie, Secretariaat, Kwaliteit, Personeelszaken, Facilitaire dienst, ICT en Financiën (planning & control en administratie).

De managers van de eenheden (centra en apotheken) ressorteren onder de directie en zijn resultaatverantwoordelijk voor de eenheid die zij aansturen. De organisatie van SHG staat onder toezicht van een Raad van Toezicht en wordt geadviseerd door de Ondernemingsraad. Voor medisch inhoudelijk advies en advies op het gebied van (medisch inhoudelijke) ICT stellen drie huisartsen zich beschikbaar binnen de stichting. De cliënten worden vertegenwoordigd door een cliëntenraad.

#### Organogram



#### Juridische Structuur



De directie en Raad van Toezicht zijn opgenomen in de SHG Groep. De gezondheidscentra (excl. apotheken) en de stafafdelingen zijn ondergebracht in SHG Gezondheidscentra. De apotheken zijn opgenomen in SHG Apotheken. De contracten voor ketenzorg en Geïntegreerde Eerstelijnszorg zijn opgenomen in SHG Ketenzorg. Kosten vanuit SHG Groep en SHG Gezondheidscentra worden doorberekend aan SHG Ketenzorg en SHG Apotheken.

### 3.2 Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur bestaat conform de statuten uit één persoon. Als gevolg van arbeidsongeschiktheid van de bestuurder is vanaf februari 2016 een interim bestuur aangesteld.

### 3.3 Raad van Toezicht (RvT)

Naam	Aandachtsgebied	Functie
Drs. W.P.F Rutten	Medisch-inhoudelijke aspecten, auditcommissie	Voormalig voorzitter Raad van Bestuur SHL-groep
Drs. P.H. Stamsnijder (t/m december 2016)	Branding en marketing, Remuneratiecommissie	Founding partner Reputatiegroep
Drs. H. E.I. de Grooth RA	Voorzitter RVT, Remuneratiecommissie	Voormalig partner E&Y
Drs. M.C. Schipperheijn RA (t/m december 2016)	Financiën, auditcommissie	Finance manager portfolio en new ventures Shell Tabel
De heer. M.C.J. Smaling	Research & development in de zorg	CEO Siemens Healthcare B.V.

Tabel 3.1 Samenstelling Raad van Toezicht ultimo 2016

Eind 2016 zijn de heer Stamsnijder (wegens drukke werkzaamheden elders) en mevrouw Schipperheijn (wegens afspraken met haar nieuwe werkgever) uit de Raad van Toezicht getreden. De vacatures worden in 2017 uitgezet. De Raad handelt in de geest van de Zorgbrede Governance Code.

#### Taken RvT

In de statuten van SHG Groep liggen de taken en verantwoordelijkheden van de RvT vast. Zij houden toezicht op het beleid van de directeur en op de algemene gang van zaken binnen SHG. De RvT toetst de voorgenomen besluiten steeds aan de doelstelling van SHG, te weten:

*“het verzorgen van geïntegreerde eerstelijnszorg onder meer in de Gemeente Den Haag, bij welke zorg de lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke aspecten van de hulpverlening afzonderlijk en geïntegreerd tot hun recht komen, tot het in stand houden en exploiteren van een of meer gezondheidscentra, alles in de ruimste zin”.*

#### Vergaderstructuur RvT

In de vergaderingen van de RvT vormen strategie, risico's, interne beheersing- en controle- systemen de thema's van de gesprekken. De RvT wordt nadrukkelijk expliciet geïnformeerd over deze thema's. In april vond in aanwezigheid van de accountant de bespreking van de jaarrekening 2015 plaats waarbij deze is vastgesteld. In december 2016 is de begroting voor 2017 vastgesteld.

In juni is een strategiebijeenkomst geweest ter voorbereiding op het nieuwe strategische beleidsplan. De externe interim bestuurder is in het najaar van 2016 gestart met het ontwikkelen van een nieuw strategisch beleidsplan voor 2017-2020.

Jaarlijks vindt op grond van het door de directie opgestelde jaarplan een beoordeling plaats van het functioneren van de directeur. Als gevolg van de langdurige ziekteperiode van de bestuurder is in 2016 van deze procedure afgeweken en is regelmatig contact onderhouden met interim bestuurders.



De werkwijze van de RvT voldoet aan de transparantie eisen van de WTZi<sup>1</sup>. Dit wordt gecontroleerd aan de hand van een door juristen opgestelde checklist. De RvT kwam in 2016 zeven maal bijeen.

### **Bezoldiging**

De leden ontvangen een financiële vergoeding voor hun lidmaatschap van de RvT. Deze is conform de Wet Normering Topinkomens. Voor 2016 is de vergoeding vastgesteld op € 1.500 per kwartaal (excl. opslag 25% voorzitter).

## **3.3 Medezeggenschap**

### **Cliëntenraad**

In 2015 was besloten om met ingang van 2016 een nieuwe cliënteninspraakstructuur in te voeren. Derhalve was de centrale cliëntenraad eind 2015 opgeheven. De nieuwe structuur bleek echter praktisch niet realiseerbaar, waardoor in de 2<sup>e</sup> helft van 2016 is besloten de oude cliëntenraad te revitaliseren en opnieuw in overleg te gaan over de structuur. Derhalve heeft er in 2016 één overleg plaatsgevonden.

### **Ondernemingsraad (OR)**

De OR bestaat uit een afspiegeling van de organisatie: zoveel mogelijk disciplines en locaties zijn vertegenwoordigd. De OR en de directie kwamen in 2016 drie keer in een overlegvergadering bij elkaar om ontwikkelingen rondom beleid en personeel te bespreken en advies aan de directie uit te brengen. Daar waar procedureel noodzakelijk maakte de OR gebruik van het instemmingsrecht. Maandelijks vindt informeel overleg plaats tussen het dagelijks bestuur van de OR en de directie.

---

<sup>1</sup> Wet Toelating Zorginstellingen

## 4. FINANCIEN

Geconsolideerde balans SHG Groep (x € 1.000)	31-12-2016	31-12-2015
<b>Activa</b>		
Vaste activa	4.696	4.793
Vorraden	358	387
Debiteuren en vorderingen	1.942	2.147
Liquide middelen	2.450	2.037
Totaal	9.446	9.364
<b>Passiva</b>		
Reserves en voorzieningen	5.044	4.592
Lang vreemd vermogen	1.750	1.875
Kortlopende schulden	2.652	2.897
Totaal	9.446	9.364

Exploitatie SHG Groep (x € 1.000)	2016	2015
<b>Baten</b>		
Hulpverlening incl. GEZ	18.525	17.938
Verhuur	254	240
Overige baten	176	181
Totaal	18.955	18.359
Kostprijs geneesmiddelen	5.442	5.465
Bruto marge	13.513	12.894
<b>Lasten</b>		
Personeel	10.440	9.635
Afschrijvingen	510	500
Huisvesting	1.022	1.027
Praktijkkosten	285	297
ICT	794	722
Organisatie	622	583
Totaal	13.673	12.764
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering voor belastingen	(160)	130
Financiële baten en lasten	146	109
Belastingen	-	21
Resultaat na belastingen	(14)	260

### Toelichting balans en exploitatie SHG Groep

De financiële gegevens betreffen de geconsolideerde balans en exploitatie van de SHG Groep waarin de volgende organisaties zijn opgenomen: Stichting Epidaurus Haaglanden, Stichting Haagse Gezondheidscentra, Stichting Ketenzorg Haaglanden en Geïntegreerde Zorgapotheken BV.

De uitbreiding van activiteiten voor chronische zorg heeft geleid tot hogere opbrengsten. Hier tegenover staan natuurlijk ook hogere personeelskosten voor de extra praktijkondersteuners.

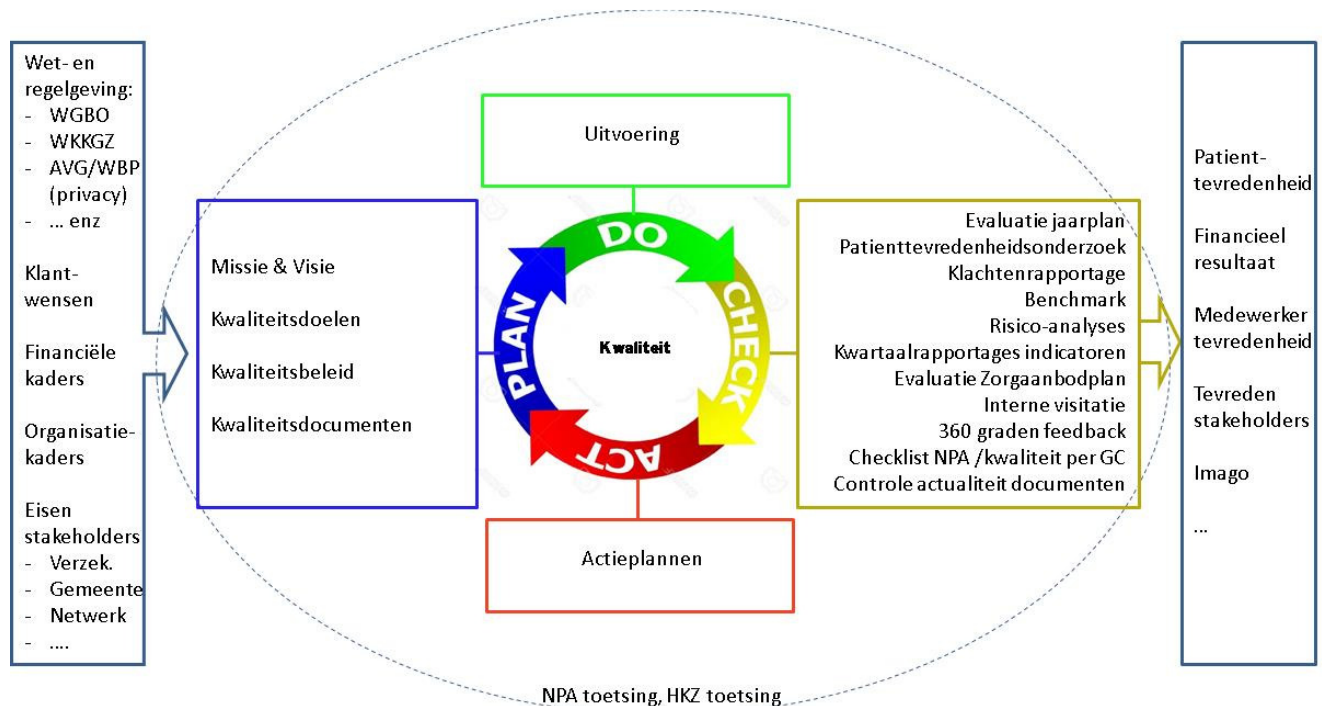
Daarnaast is de voorziening voor arbeidsongeschikte medewerkers met circa € 300.000 toegenomen waardoor het resultaat verder is teruggevallen tot € 14.000 negatief.

Met een stijging van zowel de liquiditeitsratio van 1,7 (2015: 1,6) en een solvabiliteit van 52% (2015: 49%) is er sprake van een zeer gezonde financiële positie.

Hoewel de belangrijke financiering voor innovatie en infrastructuur (de GEZ) voor 2016 en naar verwachting ook voor 2017 nog gecontinueerd zal worden, is het nog onduidelijk in welke vorm de financiering in 2018 zal worden gegoten. Alhoewel de politiek de eerstelijnszorg een belangrijke rol geeft in het beheersbaar houden van de kostenontwikkelingen in de zorg, geeft het beleid van verschillende zorgverzekeraars vooralsnog een onduidelijke visie over hoe de ondersteuning van de eerstelijnszorg moet worden ingericht.

## 5. HET KWALITEITSSYSTEEM

SHG hecht veel waarde aan de kwaliteit van zorg. Ter ondersteuning hiervan is een kwaliteitssysteem ingericht, als onderdeel van de totale P&C cyclus van SHG. Het kwaliteitssysteem is gebaseerd op de PDCA-cirkel. Onderstaand is schematisch weergegeven hoe SHG dit invult:



### INPUT

De organisatie heeft te maken met allerlei (opgelegde) kaders die input vormen voor het kwaliteitsbeleid. Denk aan wet- en regelgeving, wensen van klanten en stakeholders, maar ook financiële kaders en organisatiekaders (bijv. de keuze voor een ICT-systeem verandert niet ieder jaar). Deze kaders zijn niet of beperkt beïnvloedbaar.

### PLAN

Vanuit de missie & visie van de organisatie worden kwaliteitsdoelen afgeleid. Denk hierbij aan doelen als “tevreden patiënten” en “kwalitatief hoogwaardige zorg”. Dit wordt vervolgens vertaald in beleid; bijvoorbeeld het zorginhoudelijk beleid op ketenzorg, maar ook ten aanzien van bijvoorbeeld privacy. Dit beleid wordt concreet gemaakt in o.a. zorgaanbodplannen, jaarplannen, procedures, werkinstructies, protocollen, richtlijnen, formulieren enz. Het gaat niet alleen over de zorgverlening zelf, maar over het hele systeem er omheen, dus bijvoorbeeld ook de administratieve afhandeling. Alle documenten zijn opgenomen in een documentbeheersysteem.

### DO

Alle plannen, procedures etc. worden op de locaties en in de vakgroepen besproken en geïmplementeerd in de dagelijkse uitvoering van het werk.

## CHECK

SHG heeft een brede set van rapportages en interne controles ingevoerd om te toetsen of we ook doen wat we zeggen in onze plannen, processen, protocollen enz. Voorbeelden hiervan zijn:

- Jaarlijks vindt evaluatie plaats van de strategie, de jaarplannen en de zorgaanbodplannen. Tussentijds wordt gevolgd hoe SHG scoort op financiële en zorginhoudelijke indicatoren, zodat tussentijds kan worden bijgestuurd.
- Tools als patiënttevredenheidsonderzoek, klachtenrapportages enz. geven input voor verbeterpunten op het gebied van patiënttevredenheid.
- Benchmarks, intern en extern, geven een beeld over hoe SHG presteert ten opzichte van andere eerstelijns zorgorganisaties.
- Interne visitaties, risicoanalyses en diverse checklists die regelmatig worden ingevuld, borgen de controle op juiste toepassing van onze processen, protocollen enz.
- In een 360 graden feedback systeem geven de professionals elkaar feedback over de kwaliteit van zorg die zij leveren.

Naast interne controles laat SHG haar kwaliteitssysteem ook door externe partijen toetsen, zoals de NHG-praktijkaccreditatie (NPA) en de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ).

## ACT

Vanuit de analyses, controles en evaluaties worden verbeteractiviteiten geformuleerd. Dit bestrijkt een breed palet, waarin ook scholing een belangrijk thema vormt. Waar nodig leidt dit tot aanpassing van de plannen, en daarmee is de cyclus rond.

## 6. ZORGPROGRAMMA'S

### 6.1 De zorgprogramma's van SHG

SHG besteedt veel aandacht aan chronische zorg, o.a. door de ontwikkeling van ketenzorgprogramma's (hierna te noemen: zorgprogramma's).

Een zorgprogramma beschrijft het systematische, integrale zorgaanbod voor mensen met een chronische aandoening, aangeboden door samenwerkende zorgaanbieders uit verschillende disciplines in de eerste lijn. Doel van een zorgprogramma is het leren omgaan met de aandoening, voorkoming of uitstel van complicaties, voorkoming van verergering van de aandoening en het behoud van een optimale kwaliteit van leven. Het feit dat een zorgprogramma de samenwerking beschrijft tussen de betrokken zorgverleners (huisarts, POH, diëtist, etc.), leidt naast kwaliteitsvoordelen ook tot een meer efficiënte en meer geborgde samenwerking. Voor de patiënt uit het zich in een meer samenhangende behandeling met één aanspreekpunt.

SHG biedt zes zorgprogramma's aan, die worden gecoördineerd door vijf vakgroepen:

Zorgprogramma	Vakgroep
Astma	Long
COPD	
CVRM	CVRM
Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus
Ouderenzorg	Ouderenzorg
GGZ	GGZ

Tabel 6.1 Zorgprogramma's en vakgroepen

De vakgroepen houden zich bezig met de ontwikkeling van zorgprogramma's en de coördinatie op de uitvoering hiervan. Dit houdt onder meer in dat zij jaarlijks een zorgaanbodplan vaststellen met streefdoelen voor het komende jaar. Gedurende het jaar wordt de voortgang van deze doelen gevolgd met behulp van onder andere de NHG- en InEen-indicatoren. Substantiële afwijkingen worden door de voorzitter van de vakgroep besproken met de manager en contacthuisarts van het betreffende gezondheidscentrum. Daarnaast zorgen de vakgroepen voor actuele kwaliteitsdocumentatie.

Aan het einde van het jaar wordt de kwaliteit van zorg over het afgelopen jaar geëvalueerd en wordt er (o.a. in dit kwaliteitsjaarverslag) gerapporteerd over het al dan niet behalen van de gestelde streefdoelen. Deze gegevens vormen weer input voor het zorgaanbod van het volgende jaar.

In de komende paragrafen wordt verslag gedaan over de voortgang van de doelstellingen per zorgprogramma voor het jaar 2016.

### 6.2 Astma en COPD

#### Status doelstellingen vakgroep Long 2016

*Doelstelling 1: het projectplan van het LAN-project wordt geïmplementeerd in alle SHG-gezondheidscentra.*

Dit project loopt. Als er een patiënt wordt opgenomen, wordt de kaderhuisarts daarover geïnformeerd en deze controleert of er een huisbezoek wordt afgelegd. In 2016 is er per centrum ongeveer 1 patiënt geïncludeerd.

*Doelstelling 2: Het zorgprogramma astma/COPD wordt opgesplitst in een zorgprogramma Astma en een zorgprogramma COPD, en geïmplementeerd in alle SHG-gezondheidscentra.*

Er is voor gekozen om het zorgprogramma niet te splitsen. Wel zijn de protocollen voor astma en COPD gesplitst en herzien. Het zorgprogramma wordt in 2017 herzien.

*Doelstelling 3: Er worden scherpere afspraken gemaakt met het HagaZiekenhuis t.a.v. (terug)verwijzing en samenwerking. Er vindt tweemaal per jaar scholing plaats waarin casuïstiek wordt besproken en samenwerkingsafspraken verder worden uitgewerkt.*

Het HagaZiekenhuis en SHG hebben dit jaar weer gezamenlijk een carrousel-scholing georganiseerd, alsmede longfunctiebesprekingen. Er zijn afspraken gemaakt over second assessment: na 3 maanden behandeling door de specialist voor nadere diagnostiek en aanpassing van het beleid, gaat de patiënt retour naar de huisarts. Hierdoor komen veel doorverwezen patiënten weer terug bij de huisarts. De vakgroep is voornemens dit programma komend jaar ook bij HMC Westeinde te introduceren.

### Resultaat InEen indicatoren COPD 2016

Alleen de indicatoren met de nummers 9, 10, 11, 12, 14, 15 en 16 zijn prestatie-indicatoren. Indicator nummer 2, 3, 4 en 6 geven een beeld van de patiëntenpopulatie. Indicator 7, 8 en 13 zijn noemers voor de prestatie-indicatoren.

Beschrijving indicator COPD	2015	2016	Stijging/ daling
2: Totaal aantal patiënten met COPD	749	744	-5
3: Aantal patiënten met COPD onder controle bij specialist	234	229	-5
4: Aantal patiënten met COPD onder controle bij huisarts	484	452	-32
5: Aantal patiënten met COPD onder controle bij huisarts, niet in ketenzorg		123	
6: Aantal patiënten met COPD in zorgprogramma	380	344	-36
7: Aantal patiënten met COPD $\geq$ 12 maanden in zorgprogramma <sup>2</sup>	285	276	-9
8: Aantal patiënten met inhalatiemedicatie <sup>3</sup>	249	235	-14
9: % patiënten waarbij inhalatietechniek is gecontroleerd.	54,2% (n=135)	66,0% (n=155)	+11,8%
10: % patiënten waarbij spirometrie is gedaan in afgelopen 3 jaar	96,5% (n=275)	94,6% (n=261)	-1,9%
11: % patiënten waarbij het functioneren/kwaliteit van leven volgens een gestructureerde methode is vastgelegd (CCQ of MRC).	70,2% (n=200)	66,3% (n=183)	-3,9%
12: % patiënten waarbij de mate van bewegen is gecontroleerd.	78,9% (n=225)	77,2% (n=213)	-1,7%
13: % patiënten waarbij de rookstatus is vastgelegd <sup>4</sup>	90,5% (n=258)	86,2% (n=238)	-4,3%
14: % rokers (van patiënten met bekend rookgedrag)	47,3% (n=122)	42% (n=100)	-5,3%
15: % patiënten waarbij een BMI (lengte en gewicht) is berekend.	83,2% (237)	80,4% (n=222)	-2,8%
16: % patiënten met $\geq$ 2 voorschriften Prednison in de afgelopen twaalf maanden	15,4% (n=44)	18,5% (n=51)	+3,1%

Tabel 6.2 Prestatie-indicatoren InEen COPD

<sup>2</sup> Dit is de noemer voor de indicator nummer 10, 11, 12, 15 en 16

<sup>3</sup> Dit is de noemer voor indicator nummer 9

<sup>4</sup> Dit is de noemer voor indicator nummer 14.

## Toelichting op de indicatoren

### *Controle Inhalatietechniek*

De inhalatietechniekcontrole wordt steeds vaker uitgevoerd. Het streefdoel van 70% is bijna bereikt. Aangezien het niet doelmatig is om bij iedere patiënt ieder jaar de inhalatietechniek te controleren, wordt de streefwaarde nooit 100%. SHG sluit aan bij het landelijk gemiddelde.

### *Vastleggen CCQ of MRC & controle mate van bewegen*

Beleid is dat bij alle patiënten die op controle komen, de MRC of CCQ en de mate van bewegen worden vastgelegd. Dat deze percentages echter niet op 100% scoren komt deels doordat niet alle geïncludeerde patiënten op de jaarcontrole verschijnen, of de patiënt na 13 maanden op controle in plaats van 12 maanden, waardoor de registratie van de CCQ of MRC niet wordt meegeteld voor de indicatoren van dat jaar. Voor 2017 is het de ambitie om het jaarlijkse opkomstpercentage van de COPD-ketenzorgpatiënten te verhogen.

Een andere oorzaak is dat de MRC en CCQ nog niet bij iedere controle voldoende wordt geregistreerd. Tijdens een interne visitatie is op alle centra benadrukt dat de MRC en CCQ steeds belangrijker worden nu er minder spirometrie gedaan wordt. Aangezien deze interne visitatie in december 2016 heeft plaatsgevonden, is de verwachting dat het aantal patiënten waarbij MRC of CCQ is geregistreerd zal zijn gestegen in de resultaten van het eerste kwartaal van 2017.

### *Vastleggen rookstatus*

Het percentage patiënten waarbij de rookstatus is vastgelegd is iets gedaald. Aangezien dit de betrouwbaarheid van de prestatie-indicator nr. 14 beïnvloedt, is het van belang dat dit percentage zo hoog mogelijk is. Er zijn afspraken gemaakt om dit in 2017 beter te registreren.

## Resultaat In Een indicatoren astma 2016

Alleen indicatoren met de nummers 9, 10 en 12 zijn prestatie-indicatoren. Indicator nummer 2, 3, 4 en 6 geven een beeld van de patiëntenpopulatie. Indicatoren 7, 8 en 11 zijn noemers voor de prestatie-indicatoren.

Beschrijving indicator astma	2015	2016	Stijging/ daling
2: Aantal patiënten $\geq$ 16 jaar oud met astma	2.608	2.789	+181
3: Aantal patiënten met astma onder controle bij specialist	306	323	+17
4: Aantal patiënten met astma onder controle bij huisarts	1.872	1.721	-151
5: Aantal patiënten met astma onder controle bij huisarts maar niet in zorgprogramma		899	
6: Aantal patiënten met astma in zorgprogramma	886	822	-64
7: Aantal patiënten met astma $\geq$ 12 maanden in zorgprogramma <sup>5</sup>	718	707	-11
8: Aantal patiënten met $\geq$ 1 recept voor inhalatiemedicatie <sup>6</sup>	677	655	-22
9: % patiënten met inhalatiemedicatie beoordeeld in groep	51% (n=345)	50,2% (n=329)	-0,8%
10: % patiënten met ACQ vastgelegd	33,6% (n=241)	45,0% (n=318)	+11,4%

<sup>5</sup> Dit is de noemer voor indicator 10

<sup>6</sup> Dit is de noemer voor indicator 9



11: % patiënten met rookgedrag vastgelegd <sup>7</sup>	81,3% (n=584)	79,9% (n=565)	-1,4%
12: % patiënten in ketenzorgprogramma dat rookt	18,5% (n=108)	14,7% (n=83)	-3,8%

Tabel 6.3 Prestatie-indicatoren InEen astma

## Toelichting op de indicatoren

### *Controle inhalatietechniek en vastleggen ACQ*

Beleid is dat bij alle patiënten die op controle komen, de inhalatietechniek en de ACQ worden vastgelegd. Dat gebeurt in praktijk ook. De percentages liggen echter niet dicht tegen de 100% doordat niet alle geïncludeerde patiënten op de jaarcontrole verschijnen, terwijl deze wel worden meegerekend. Ambitie voor 2017 is om het opkomstpercentage van astmapatiënten te verhogen, onder andere door niet-gemotiveerde patiënten te excluseren van het zorgprogramma en strengere hantering van inclusiecriteria: patiënten worden alleen geïncludeerd als ze minimaal 3 maanden longmedicatie gebruiken, terwijl landelijk is toegestaan om patiënten met 'slechts' een indicatie voor longmedicatie te includeren.

Tijdens de interne visitatie is het belang van het afnemen van de ACQ benadrukt. Ook hier geldt dat de resultaten van de visitatie terug zijn te zien in de cijfers van het eerste kwartaal 2017.

### *Vastleggen rookstatus*

Het percentage patiënten waarbij de rookstatus is vastgelegd is ietwat gedaald. Aangezien dit de betrouwbaarheid van de prestatie-indicator nr. 12 beïnvloedt, is het van belang dat dit percentage zo hoog mogelijk is. Er zijn afspraken gemaakt om dit in 2017 nog beter te registreren.

## Overige activiteiten vakgroep Long

Longfysiotherapie in de eerste lijn vormde één van de onderwerpen in de gezamenlijke carrouselsholing van SHG en het HagaZiekenhuis. Dit heeft geleid tot de opzet van een project om longfysiotherapie in groepsverband aan te gaan bieden op een aantal centra. Dit project start in het jaar 2017.

De voorzitter van de vakgroep Long zal in mei 2017 de opleiding tot kaderhuisarts astma/COPD afronden. Om de kwaliteit van onze longzorg organisatie breed te borgen, heeft de vakgroepvoorzitter een interne visitatieronde langs de verschillende gezondheidscentra gehouden. Hierbij is aandacht gegeven aan werken volgens de richtlijnen en standaarden, goed registreren, inclusie- en exclusiecriteria van de ketenzorg, scholing, regionale samenwerking enzovoorts. Naar aanleiding hiervan is een rapport met leerpunten is opgesteld en rondgestuurd aan de centra.

## 6.3 Diabetes mellitus

### Status doelstellingen 2016

*Doelstelling 1: Eind 2016 zijn de samenwerkingsafspraken met SHG en HMC (voorheen MCH) uitgewerkt, er vindt tweemaal per jaar scholing plaats waarin casuïstiekbespreking plaatsvindt en samenwerkingsafspraken verder uitgewerkt worden.*

Er vindt halfjaarlijks overleg plaats tussen huisartsen, specialisten, POH's en diabetesverpleegkundigen. Afgelopen jaar zijn afspraken gemaakt over de verwijzingen naar de internist via Zorgdomein, waardoor gemakkelijker het juiste Zorgpad gekozen kan worden, meer toegesneden op de patiënt.

<sup>7</sup> Dit is de noemer voor indicator 12

Ook zijn er afspraken gemaakt over terugverwijzing van patiënten naar de eerste lijn, bijvoorbeeld bij een ongecompliceerde diabetes, of bij patiënten die in de tweede lijn ook niet goed in te stellen waren.

*Doelstelling 2: In 2016 wordt het project “controle zwangerschapsdiabeten” uitgerold in alle SHG-gezondheidscentra. Doel van dit project is dat minimaal 70% patiënten met een doorgemaakte zwangerschapsdiabetes vanaf een jaar na de bevalling in de eerste 5 jaar jaarlijks worden opgeroepen voor het veneus prikken van een nuchter glucose. Het project is uitgerold in alle SHG-gezondheidscentra. In 2017 zullen de projectresultaten worden geïnventariseerd en geanalyseerd door de vakgroep DM.*

*Doelstelling 3: Het protocol insulinetherapie en het zorgprogramma DM worden herzien en geïmplementeerd in alle SHG-gezondheidscentra.*

Het protocol insulinetherapie is verspreid aan alle huisartsen van SHG en is besproken in het huisartsenoverleg. Tevens zijn de protocollen inmiddels gemakkelijk online toegankelijk op alle werkplekken. Daar het protocol zoveel mogelijk de NHG-standaard volgt, is dit conform de werkwijze van de SHG huisartsen. Het is waardevol dat het nu geformaliseerd is in heldere afspraken. In 2017 wordt de borging gecheckt. Het zorgprogramma wordt in 2017 herzien.

*Doelstelling 4: Protocol voorschrijfbevoegdheid diabetesverpleegkundige implementeren in alle SHG-gezondheidscentra.*

Het protocol voorschrijfbevoegdheid diabetesverpleegkundige is verspreid over alle SHG-gezondheidscentra. In 2017 zal de vakgroep inventariseren of het protocol overal in gebruik is genomen.

*Doelstelling 5: voortzetting van het project Haagse Nieren.*

Deze doelstelling is afgerond (het project loopt door).

*Doelstelling 6: In 2016 wordt bij >50% van de DM ketenzorgpatiënten een Stoppen met roken advies gegeven*

Deze doelstelling is ruimschoots behaald: van 36,1% in 2015 naar 87,6% in 2016. Dit heeft geresulteerd in minder rokers: van 17,4% in 2015 naar 15,8% in 2016.

*Doelstelling 7: In 2016 vindt een scholing plaats over de griepvrij bij diabeten aan medewerkers van de SHG, met als doel om hier meer aandacht aan te besteden. In 2016 zal de POH aan alle diabetespatiënten die op het spreekuur komen een folder van de RIVM over de griepvrij meegeven. Dit doel is niet gerealiseerd. Bij nadere bespreking is het beleid hierop gewijzigd.*

*Doelstelling 8: In 2016 wordt bij 80% van de DM ketenzorgpatiënten een systolische bloeddruk van <140 gerealiseerd.*

Deze doelstelling wordt met 79,6% niet gehaald. Dit blijft een aandachtspunt voor 2017.

## Resultaat InEen indicatoren 2016

Indicatoren Diabetes Mellitus type 2	2015	2016	Stijging/ daling
2: Aantal patiënten met DM type 2	2.535	2.635	+100
3: Aantal patiënten met DM type 2 onder controle bij specialist	381	379	-2
4: Aantal patiënten met DM type 2 onder controle bij huisarts	2.136	2.236	+100
5: aantal patiënten met DM type 2 onder controle bij huisarts maar niet in zorgprogramma		43	
6: Aantal patiënten met DM type 2 in zorgprogramma	2.123	2.194	+71
7: Aantal patiënten met DM type 2 ≥ 12 maanden in zorgprogramma <sup>8</sup>	1.832	1.921	+89
8: % patiënten waarbij LDL is bepaald in de laatste 5 jaar	99,7% (n= 1.656)	99,7% (n= 1.727)	0%
9: % patiënten met LDL ≤ 2,5 (onder 80 jaar)	62,6% (n=1.037)	62,1% (n= 1.072)	-0,5%
10: % patiënten met cholesterolverlager	78,1% (n=1.430)	77,7% (n=1.493)	-0,4%
11: % patiënten met eGFR bepaald	88,8% (n=1.626)	89,0% (n= 1.709)	+0,2%
12: % patiënten met albumine in urine bepaald	83,8% (n=1.536)	85,0% (n= 1.632)	+1,2%
13: % patiënten met bekend rookgedrag	94,2% (n=1.725)	93,1% (n= 1.789)	-1,1%
14: % patiënten dat rookt (van mensen met bekend rookgedrag)	17,2% (n=296)	15,3% (n= 273)	-1,9%
15: % patiënten met fundusbepaling laatste 2 jaar	86,2% (n=1.580)	87,3% (n= 1.677)	+1,1%
16: % patiënten met een voetonderzoek	79,2% (n=1.452)	67,2% (n= 1.290)	-12%

Tabel 6.4: Prestatie-indicatoren InEen Diabetes Mellitus

### Toelichting op de indicatoren

#### *LDL-, eGFR- en albuminebepaling*

Labwaarden (LDL, eGFR, albumine in urine) worden jaarlijks gedaan: SHG heeft stabiel hoge waarden boven 85%.

#### *Cholesterolverlager*

Het aantal diabeten met een cholesterolverlager is met 78% hoog te noemen, zeker gezien de bekende intoleranties van veel patiënten voor statines. Mede hierdoor is het LDL bij 38% van de patiënten niet onder de 2,5. Deze cijfers zijn niet afwijkend van het landelijk gemiddelde.

#### *Rokers*

Het aantal rokers is met ca. 2% afgenomen. Mogelijk is dit dankzij de intensieve begeleiding van de POH's. Deze zijn getraind in motivational interviewing en stoppen-met-roken programma's.

<sup>8</sup> Dit is de noemer voor de indicatoren waarover wordt gerapporteerd

### *Fundusbepaling*

Het aantal fundusscopieën is niet gedaald, ondanks de invoering van de 2-jaarlijkse (i.p.v. jaarlijkse) controle. Dit heeft gelukkig niet geleid tot een verminderde deelname van de patiënten.

### *Registratie voetonderzoek*

Bij het voetonderzoek lijkt er sprake te zijn van een onderrapportage. De podotherapeuten nemen bij alle patiënten die bij hen onder controle zijn het voetonderzoek af. Het lijkt waarschijnlijk dat zij aanvankelijk onvoldoende bedreven waren in het correct invoeren van de gegevens in het KIS. De verwachting is dat deze schijnbare verslechtering in 2017 weer teniet zal worden gedaan.

## **6.4 CVRM**

### **Status doelstellingen 2016**

*Doelstelling 1: Samenwerking tussen de huisartsen en POH's en andere betrokken disciplines om primaire preventie verder te optimaliseren.*

In 2016 is begonnen met het beter vastleggen van bestaande nieuwe samenwerkingsafspraken tussen huisarts, POH, diëtiste en fysiotherapeut. Er wordt met de apotheken regelmatig overleg gevoerd.

*Doelstelling 2: In 2016 wordt gestreefd naar verhoging van de registratie van de rookstatus naar ten minste 80%.*

Het vastleggen van de rookstatus bij 80% van de geïnccludeerde patiënten is voor patiënten in de primaire preventie niet gelukt. Ondanks een stijging van 2% is het cijfer blijven steken op 76,2%. In de secundaire preventie is het streefdoel wel gehaald: van 81,6% van de geïnccludeerde patiënten is de rookstatus vastgelegd. Er is besloten om hier in 2017 geen extra aandacht aan te besteden, maar juist te focussen op het aanbieden van SMR-programma's bij meer patiënten.

*Doelstelling 3: In 2016 wordt gestreefd naar verhoging van de bepaling BMI + lichaamsbeweging naar 60%.*

Het vastleggen van lichaamsbeweging van ten minste 60% van de geïnccludeerde patiënten is in de secundaire preventie gelukt: 63,5%. In de primaire preventie is dit helaas niet het geval: van 50% van de patiënten werd lichaamsbeweging vastgelegd. Mogelijk is dit cijfer in werkelijkheid hoger, maar omdat de opkomst van patiënten momenteel niet goed kan worden gemeten, kan het zo zijn dat het cijfer lager is doordat no show ook wordt meegeteld bij dit cijfer. In 2017 wordt gewerkt aan een betere en eenduidige indicator voor opkomst, om dit soort vertroebeling tegen te gaan.

*Doelstelling 4: In 2016 wordt gestreefd naar het vastleggen van een individueel zorgplan bij ten minste 30% van de patiënten in het zorgprogramma.*

In de loop van 2016 is duidelijk geworden dat het huidig format niet graag gebruikt wordt door zowel POH als patiënt. Voor 2017 is de doelstelling om een geschikter format vast te stellen en in gebruik te nemen.

### **Resultaat InEen indicatoren 2016**

De doelgroep CVRM bestaat uit de subgroepen Hart- en vaatziekten (HVZ) of secundaire preventie, en Verhoogd vasculair risico (VVR) of primaire preventie, waarbij ook patiënten met GGT worden geïnccludeerd.

HVZ	2015	2016	Vershil
2. Totaal aantal patiënten bekend met een HVZ event (geen DM).	1.423	1485	+62
3. Aantal patiënten met de hoofdbehandelaar in tweedelijns ziekenhuiszorg.	478	431	-47
4. Aantal waarvan de HA de hoofdbehandelaar is.	843	891	+48
5. Aantal patiënten bekend met HVZ die geen programmatische zorg ontvangen	119	120	+1
6. Aantal HVZ patiënten in zorgprogramma	724	771	+47
7. Aantal HVZ patiënten gedurende $\geq 12$ maanden in zorgprogramma	579	613	+34
8. Bloeddruk gemeten laatste 5 jaar voor patiënten onder 70 jaar	77,0%	75,7% (n=290)	-1,3%
9. Aantal patiënten onder de 70 jaar waar bij de laatste bloeddrukmeting de systolische bloeddruk $< \text{of} = 140$ mmHg was.	84,5%	82,1% (n=238)	-2,4%
10. LDL bepaald laatste 5 jaar bij patiënten in zorgprogramma $< 80$ jaar	96,4%	97,7% (n=508)	+1,3%
11. % patiënten onder de 80 jaar waar bij de laatste meting het LDL cholesterol $< 2,5$ mmol/l was.	57,6%	58,2% (n=296)	+0,6%
12. Rookstatus ooit vastgelegd	80,1%	81,6% (n=500)	+1,5%
13. % patiënten waarbij in de laatste 12 maanden is vastgelegd dat de patiënt rookt.	22,8%	20,4% (n=102)	-2,4%
14. Nierfunctie bepaald laatste 5 jaar	97,4%	98,4% (n=603)	+1%
15. Lichaamsbeweging vastgelegd	65,3%	63,5% (n=389)	-1,8%

Tabel 6.5: Prestatie-indicatoren InEen CVRM

VVR (incl. GGT)	2015	2016	Vershil
2. Totaal aantal patiënten bekend met VVR	3.533	3.667	+134
3. Aantal patiënten met GGT of verhoogd vasculair risico onder behandeling van de specialist	96	143	+47
4. Aantal patiënten met GGT of verhoogd vasculair risico onder behandeling van de huisarts	2.900	3.332	+432
5. Aantal patiënten met GGT of verhoogd vasculair risico zonder programmatische zorg	61	110	+49
7. Aantal VVR patiënten gedurende $\geq 12$ maanden in zorgprogramma	2.839	3.223	+383
8. % Bloeddruk gemeten van patiënten in zorgprogramma in de laatste 5 jaar	84,3%	76,5% (n=2467)	-7,8%
9. % VVR patiënten in VVR programma jonger dan 70 waarvan bloeddruk is bepaald	57,8%	60,3% (n=1942)	+2,5%
10. % patiënten $< 70$ jaar waar bij de laatste bloeddrukmeting de systolische bloeddruk $= \text{of} < 140$ mmHg was	79,2%	77,3% (n=1501)	-1,9%
12. % patiënten jonger dan 80 in DBC waarvan LDL bepaald in de laatste 5 jaar	95,8%	94,6% (n=2897)	-1,2%
13. % patiënten $< 80$ jaar waar bij de laatste meting het LDL cholesterol $< 2,5$ mmol/l was	36,2%	24,5% (n=711)	-11,7%

14. % Rookstatus vastgelegd	80,7%	76,2% (n=2456)	-4,5%
15. % Patiënten dat rookt	17,9%	12,5% (n=307)	-5,4%
16. % eGFR bepaald in de laatste 5 jaar	97,6%	95,9% (n=3092)	-1,7%
17. % Lichaamsbeweging vastgelegd	56,6%	50,0% (n=1612)	-6,6%

Tabel 6.6: Prestatie-indicatoren InEen CVRM

## Toelichting indicatoren HVZ en VVR

### HVZ:

Opvallend is het gestegen aantal patiënten met de huisarts als hoofdbehandelaar. Dit is een positief punt aangezien het streven is om (indien mogelijk) meer patiënten vanuit de 2<sup>e</sup> lijn naar de 1<sup>e</sup> lijn terug te verwijzen. De verschillende labcontroles scoren vrij hoog en stabiel. Positief is het dalend aantal geregistreerde rokers. In 2017 wordt SMR meegenomen als speerpunt van de vakgroep met als doel dit getal verder omlaag te brengen.

### VVR

In 2015 werden VVR-patiënten nog niet geregistreerd zoals dat in 2016 het geval was. Dit is de belangrijkste verklaring voor de relatief grote toename van het aantal VVR-patiënten onder behandeling van de huisarts en het aantal inclusies in de DBC. Ook bij VVR is het aantal rokers afgenomen. Over het algemeen lopen de registraties in 2016 iets terug, wat mogelijk te maken heeft met een lage en dalende opkomst. Het analyseren en verbeteren van de opkomstcijfers is een speerpunt voor 2017. Er gaat in 2017 ook meer aandacht naar het meten van de bloeddruk, aangezien de cijfers hier in 2016 zijn achtergebleven.

## 6.5 Ouderenzorg

### Status doelstellingen 2016

*Doelstelling 1: Uitbreiden van het geriatrisch netwerk rondom (kwetsbare) ouderen. Op alle gezondheidscentra van de SHG de consultatie- en verwijfsafspraken formaliseren in het kader van het geriatrisch netwerk.*

De centra hebben in 2016 volgens een uniform format hun geriatrisch netwerk vastgelegd. De belangrijkste zorgverleners in het geriatrisch netwerk worden hierin beschreven en dit document kan tevens dienst doen als sociale kaart. Hiernaast heeft SHG samenwerkingsafspraken gemaakt met Parnassia ouderenzorg, de specialist ouderen geneeskunde van HWW, en de afdeling Geriatrie in het HagaZiekenhuis.

*Doelstelling 2: Verbetering kwaliteit multidisciplinaire overleg over kwetsbare ouderen door periodieke inbreng van specialist ouderengeneeskunde: In 2016 woont een specialist ouderengeneeskunde ten minste 12 maal het MDO bij.*

In 2016 werd op verschillende centra het periodiek MDO in bijzijn van een specialist ouderengeneeskunde (SO) gerealiseerd. Zij heeft tenminste 10 reguliere bijeenkomsten op verschillende centra bijgewoond waarbij per bijeenkomst meerdere patiënten zijn besproken.

Naast deze bijeenkomsten heeft zij diverse consultaties verricht waarna de resultaten met de betrokken zorgverleners zijn besproken. De kwaliteit van de MDO's is verbeterd door de expertise van de SO. Tevens kon de SO een bijdrage leveren aan de polyfarmacie beoordeling. De meerwaarde van het MDO wordt onderkend, maar de structuur hiervoor is nog niet optimaal. Doelstelling voor 2017 is het beter structureren van het MDO door gebruik van het SFMPC-model.

*Doelstelling 3: Vergroten van de mogelijkheden van ondersteuning van de mantelzorgers van de patiënten van SHG. In 2016 ontwikkelt elk gezondheidscentrum een plan van aanpak voor de ouderen en mensen met een chronische aandoening.*

In 2015 heeft SHG deelgenomen aan het project "In voor mantelzorg". Het project heeft opgeleverd dat de aandacht voor de mantelzorger nu structureel aanwezig is bij hulpverleners en de kennis over verwijsmogelijkheden is vergroot. Daarnaast heeft het onderwerp de aandacht van het POH-overleg ouderenzorg en er vindt intervisie plaats waar men onderlinge ervaringen kan delen. Tevens komen de ondersteuningsmogelijkheden voor mantelzorgers tijdens de MDO's regelmatig aan de orde.

*Doelstelling 4: Beschrijving visie van de SHG zorggroep ouderen en implementatie hiervan in 2016.*

De visie van de vakgroep ouderen is vastgesteld en opgenomen in het zorgprogramma ouderen. SHG heeft in 2016 veel aandacht besteedt aan het uitbouwen van de POH-capaciteit en invullen van de POH-rol. Er is geïnvesteerd op samenwerking met wijkverpleging en thuiszorg, en welzijn zoals ouderenwerk en dagbestedingsvoorzieningen. Er gaat aandacht uit naar periodieke scholing, organisatie van en deelname aan MDO's, casemanagement, netwerkbijeenkomsten. Er is een verbinding gemaakt met de POH-GGZ met kennis van ouderenpsychiatrie, en er zijn afspraken gemaakt voor optimalisering van polyfarmacie-activiteiten en consultatiemogelijkheden (kaderhuisarts ouderengeneeskunde, specialist ouderengeneeskunde, geriater, ouderenpsycholoog). De meeste onderwerpen lopen door in 2017.

### Resultaat indicatoren 2016

Ouderenzorg	2015	2016	Vershil
Populatie ouderen 75+.	1.515	1.545	+30
Populatie ouderen 65-74.	2.661	2.796	+135
Aantal patiënten dat geïnccludeerd is n.a.v. screening/ beoordeling (= aantal kwetsbare ouderen).	555	589	+34
aantal kwetsbare ouderen <75 jaar	119	123	+4
% geïnccludeerde patiënten met polyfarmaciegesprek.	89%	78% (n=462)	-11%
% patiënten met polyfarmacie waarbij nierfunctie is gedaan in de afgelopen 18 maanden.	88,5%	89,2% ( n=412)	+0.7%
% patiënten dat minimaal een MDO heeft gehad	92%	71% (n=419)	-21%
% patiënten met een zorgplan (= ingevuld protocol).	88%	71% (n=419)	-17%
% patiënten met een casemanager.	95%	100% (n=589)	+5%
% patiënten met zowel een polyfarmacieoverleg, een MDO als een casemanager	85%	63% (n=371)	-22%

Tabel 6.7 Prestatie-indicatoren Ouderenzorg

## Toelichting op de indicatoren

De cijfers over 2016 zijn minder goed dan in 2015. Met name in Houtwijk, Nieuw Waldeck en Vaillantplein is het aantal patiënten dat in een MDO besproken is en ook het aantal MDO's teruggelopen. Belangrijkste reden hiervoor is de door omstandigheden beperkte capaciteit van de POH's. Door de beperkte capaciteit zijn er bewust keuzes zijn gemaakt in de behandelingen: patiënten met een zwaardere zorgvraag kregen meer aandacht dan de minder kwetsbare ouderen.

Daarnaast geldt dat de cijfers over 12 maanden lopen. Als een MDO of polyfarmacie net buiten die periode valt, drukt dit op de cijfers. Over 18 maanden zijn de cijfers aanzienlijk hoger. Naar verwachting zullen de percentages in 2017 stijgen door de eind 2016 ingezette uitbreiding van de capaciteit van de POH's.

## 6.6 GGZ

### Status doelstellingen vakgroep GGZ 2016

*Doelstelling 1: Het zorgprogramma slaapproblemen wordt in 2016 geïmplementeerd.*

In februari 2016 heeft er een scholing plaatsgevonden voor alle POH-GGZ en huisartsen om het zorgprogramma slaapproblemen en de bijbehorende eHealth programma's te implementeren. Deze doelstelling is afgerond.

*Doelstelling 2: Er wordt een overzicht gemaakt van de formatie-uitbreiding van de POH-GGZ op alle SHG-gezondheidscentra.*

Dit is afgerond.

*Doelstelling 3: Het protocol samenwerkings- en verwijfsafspraken POH-GGZ en het inwerkprogramma POH-GGZ worden herzien en geïmplementeerd in de SHG-gezondheidscentra.*

Deze documenten zijn herzien en naar de managers gestuurd ter implementatie. Deze doelstelling is afgerond. In 2017 wordt geïnventariseerd in hoeverre de implementatie binnen de centra geslaagd is en of acties vanuit de vakgroep gewenst zijn.

*Doelstelling 4: SHG biedt haar patiënten de mogelijkheid tot het inzetten van lichttherapie bij patiënten met een winterdepressie onder leiding van een getrainde POH-GGZ. Hiervoor wordt samengewerkt met de DORAS praktijken. In 2016 is een protocol voor de indicatiestelling en uitvoering lichttherapie gereed.*

SHG heeft een protocol opgesteld voor lichttherapie welke gegeven zou worden bij gezondheidscentrum de Doc. Bij de nadere uitwerking bleken er echter zoveel obstakels te zijn dat er vanaf is gezien om het protocol ook in werking te laten treden .

*Doelstelling 5: de GGZ eHealth programma's in combinaties met consultaties worden geïmplementeerd in de organisatie.*

Afgerond. Dit blijft een speerpunt in 2017.



## 7. WIJKGERICHTE PROJECTEN EN SAMENWERKING

### 7.1 Wijkgerichte projecten

#### Wijkgericht werken

Op ieder centrum wordt ingezoomd op de specifieke situatie in de eigen wijk. Samenwerking wordt gezocht met de belangrijke schakels in de wijk, zoals wijkverpleging of sociale wijkteams, maar ook met andere eerstelijnscentra. Door de grote hoeveelheid actieve partijen vraagt dit de nodige aandacht. SHG heeft hierin vooral een signaleringsfunctie, waarbij zo snel mogelijk de juiste mensen worden ingeschakeld om wijkbewoners verder te helpen.

#### Welzijn op recept

Het in 2015 ontwikkelde en gestarte “Welzijn op recept” is in 2016 verder opgepakt i.s.m. Xtra en Plicare. Hierin is laagdrempelige toegang voor patiënten van SHG tot welzijnscoaches en -projecten vastgelegd. Huisartsen kunnen samen met de patiënt uitkiezen welke activiteiten geschikt zouden zijn, of verwijzen zonder vooraf al een keuze te maken. De welzijnscoach neemt vervolgens contact op met de patiënt en koppelt het resultaat terug aan de huisarts.

#### Kids challenge

Op GC Leidschenveen en Veenland is het voor kinderen mogelijk om deel te nemen aan de SHG Kids Challenge. Het programma, dat door de fysiotherapeuten, de diëtiste en poh GGZ is opgezet, richt zich op een betere levensstijl door gezonder eten, meer bewegen en het vergroten van het zelfvertrouwen van het kind.

#### Huisvesting Nieuw Waldeck

In 2016 is de verkenning gestart naar een nieuwe locatie voor het huidige gezondheidscentrum Nieuw Waldeck waarbij groei mogelijk is en samenwerking met ketenpartners (m.n. in de ouderenzorg) beter kan worden ondersteund.

### 7.2 Samenwerking in Den Haag

#### Samenwerking eerste lijn

In 2016 heeft SHG nadrukkelijk de samenwerking gezocht met de andere eerstelijnsaanbieders in de stad. Met ELZHA, SMASH, HKH en Arts & Zorg worden gesprekken gevoerd over verdergaande samenwerking en een gezamenlijke ondersteuningsagenda voor de stad. Er zijn afspraken gemaakt waarbij de organisaties elkaar vertegenwoordigen op overleggen met ketenpartners. Zo participeert SHG bijvoorbeeld namens de eerste lijn in Den Haag in een landelijke werkgroep die zich richt op verbetering van de samenwerking eerste lijn – wijkverpleging – sociaal domein.

Eind 2016 is een convenant voorbereid tussen ELZHA, SHG en Arts & Zorg, waarin afspraken zijn gemaakt voor samenwerking op zorginhoudelijk gebied, zoals verdere ontwikkeling van (keten)zorg en projecten, het maken van gezamenlijke afspraken met zorgpartners, scholingen, enz.

### **Ouderenzorg**

In 2016 zijn de eerste stappen gezet in de samenwerking met zorggroep ELZHA op het gebied van de ouderenzorg. SHG participeert in het programma en de kaderartsen hebben onderling een gezamenlijk overleg. Hierdoor is het mogelijk om samen invulling te geven aan de wijkgerichte zorg, vooral op het gebied van steeds langer thuiswonende (kwetsbare) ouderen.

### **Samenwerking eerste lijn en sociaal domein**

Op het gebied van Jeugd worden gesprekken gevoerd met de gemeente over verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en CJG's. Eind 2016 is hiertoe een concreet pilotvoorstel goedgekeurd waaraan ook één van de centra van SHG (Leidschenveen) deelneemt. SHG heeft namens de eerstelijns organisaties aan de sollicitatiecommissie deelgenomen bij het selecteren van een projectmanager.

### **Samenwerking met de tweede lijn**

SHG neemt deel aan de Contactraad van Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. waarin gewerkt wordt aan transmurale samenwerking in de regio.

### **Anderhalvelijns spreekuur HMC**

Samen met het HMC heeft gezondheidscentrum De Koning een pilot voorbereid voor een anderhalvelijns spreekuur met een orthopeed. De pilot start begin 2017.

### **Zorgpad Cardiologie**

Samen met het HMC is een zorgpad Cardiologie ontwikkeld. In eerste instantie wordt gewerkt met fysieke consultaties van de cardioloog op de praktijk. In 2<sup>e</sup> instantie wordt bekeken of dit kan worden omgezet in teleconsultatie. De pilot start in 2017. Hierbij zijn ook andere eerstelijnsorganisaties rondom het HMC betrokken.

### **Haagse Longen**

Huisartsen van SHG hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan het uitrollen van het LAN-project. Dit project heeft als doel om de zorg voor COPD-patiënten na een opname in het ziekenhuis te verbeteren, en de kans op heropname te verminderen door de huisarts in een eerder stadium te betrekken bij de zorg na een exacerbatie. In 2016 zijn de afspraken geïmplementeerd in het LAN-project.

### **Haagse Vaten**

SHG en het HagaZiekenhuis hebben de handen ineen geslagen om de zorg voor patiënten met hart- en vaatziekten te verbeteren. Daartoe is de werkgroep Haagse Vaten opgericht. In 2016 zijn regionale transmurale afspraken gemaakt, is een symposium georganiseerd en is de website gelanceerd als platform voor informatie-uitwisseling.

### **Huisartsenzorg bij GGZ-instellingen**

In de Schilderswijk heeft SHG een samenwerking met Middin en Humanitas waarbij SHG de huisartsenzorg aan verstandelijk gehandicapten binnen de instelling verzorgt.

### **MDO met Fysiofit**

Medio 2016 heeft SHG de fysiotherapie op gezondheidscentrum Vaillantplein overgedragen aan Fysiofit. Tegelijkertijd is een samenwerking gestart voor gezamenlijke MDO's.

## 8. FARMACIE

### 8.1 Medisch Farmaceutische Beslisregels

Medisch Farmaceutische Beslisregels (hierna te noemen: MFB's) dragen bij aan een nieuwe vorm van medicatiebewaking. Het verschil t.o.v. de klassieke medicatiebewaking is dat via de MFB's met veel meer patiëntkenmerken rekening wordt gehouden en het geven van onnodige signalen door het systeem wordt voorkomen. De doelstelling 2016 betreft de doelstelling zoals afgestemd tussen de verschillende zorgverzekeraars en de Nederlands Farmaceutische Zorggroep (NFZ). Zoals onderstaande tabel aantoont, heeft SHG zowel de doelstelling m.b.t. acute MFB's als de doelstelling m.b.t. planbare MFB's behaald.

Naam service-apotheek	MFB acuut afgehandeld	% MFB acuut afgehandeld	Doelstelling % MFB acuut afgehandeld	MFB planbaar afgehandeld	% MFB planbaar afgehandeld	Doelstelling % MFB planbaar afgehandeld
Leidschenveen	183	100%		640	90%	
Houtwijk	399	98%		1.011	95%	
De Koning	92	100%		362	100%	
Lage Veld	185	100%		435	100%	
Veenland	66	100%		214	100%	
Totaal SHG	925	100%		90%	2.662	

Tabel 8.1 Prestatie indicatoren MFB's

### 8.2 Medicatiebeoordeling

Medicatiebeoordelingen zijn uitgevoerd volgens de eisen die hiervoor in de basisovereenkomst met de zorgverzekeraar zijn vastgelegd. De doelstelling van de zorgverzekeraar m.b.t. het aantal uit te voeren medicatiebeoordelingen in 2016 is afhankelijk van het marktaandeel van de SHG apotheken per zorgverzekeraar. De doelstelling zoals opgenomen in onderstaande tabel is gebaseerd op een gewogen gemiddelde hiervan.

Zoals onderstaande tabel laat zien, voldoet SHG niet geheel aan de doelstelling 2016. Dit komt doordat het voor apotheek Veenland gestelde doel onhaalbaar is in de praktijk. Dit vanwege de grootte en kenmerken van haar patiëntenpopulatie. Er zijn onvoldoende beschikbare patiënten die voldoen aan de criteria zoals die door de zorgverzekeraar zijn gesteld, waardoor het voor de apotheek niet altijd haalbaar is om een medicatiebeoordeling uit te voeren bij tenminste 60 patiënten. Wanneer apotheek Veenland buiten beschouwing zou worden gelaten in de analyse, zou het totaal van de SHG-apotheken het gestelde doel wel behalen.

Naam service-apotheek	n medicatiebeoordeling afgerond	Doelstelling n medicatiebeoordeling afgerond
Leidschenveen	61	60
Houtwijk	62	60
De Koning	60	60
Lage Veld	63	60
Veenland	45	60
<b>Totaal SHG</b>	<b>276</b>	<b>300</b>

Tabel 8.2 Prestatie-indicatoren Medicatiebeoordelingen

### 8.3 Jaarevaluatie Baxter-patiënten

De NZa-prestatiebeschrijving beschikking, TB/CU-7115-03, stelt vier activiteiten verplicht voordat een jaarevaluatie bij patiënten met Baxtermedicatie (hierna te noemen: weekterhandstelling (WTH)) gedeclareerd mag worden:

1. Intakegesprek;
2. Periodieke evaluatie;
3. Verstrekken van een actueel totaal medicatieoverzicht;
4. Verzorging van autorisatie door de voorschrijver.

Zoals onderstaande tabel aantoont, hebben alle SHG apotheken bij 100% van de Baxter-patiënten een jaarevaluatie uitgevoerd. Hiermee is de doelstelling voor 2016 behaald.

Naam service-apotheek	WTH afgehandeld	% WTH afgehandeld	Doelstelling % WTH afgehandeld
Leidschenveen	81	100%	
Houtwijk	275	100%	
De Koning	79	100%	
Lage Veld	85	100%	
Veenland <sup>9</sup>	-	n.v.t.	
Totaal SHG	520	100%	100%

Tabel 8.3 Prestatie indicatoren WTH

### 8.4 Herhaalservice

Sinds 2013 is SHG gestart met een stichtingsbrede aanpak voor het stroomlijnen van de herhaalmedicatie. Inmiddels werken alle apotheken en gezondheidscentra volgens het protocol "Herhaalservice". De doelstelling van 2.000 patiënten voor 2016 is behaald.

Naam service-apotheek	N patiënten in herhaalservice	Doelstelling n patiënten in herhaalservice
Leidschenveen	600	
Houtwijk	300	
De Koning	200	
Lage Veld	750	
Veenland	160	
Totaal SHG	2.010	2.000

Tabel 8.4 Prestatie indicatoren herhaalservice

<sup>9</sup> Apotheek Veenland levert geen Baxtermedicatie

## 8.5 Voorschrijfgedrag huisartsen

In onderstaande tabel staan de resultaten van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen, welke is ontwikkeld door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM). Naast de resultaten van SHG voor het jaar 2016 geeft de tabel ook de landelijke resultaten voor 2016 en de SHG-resultaten voor het jaar 2015 weer ter vergelijking.

Monitor voorschrijfgedrag		SHG 2015	SHG 2016	Landelijk 2016
1	Reservemiddelen en 2e keusmiddelen antibiotica	13%	12%	16%
2	Volume antibiotica	16%	15%	16%
3	Therapietrouw antidepressiva	69%	67%	72%
4	Voorkeursmiddelen antidepressiva - nieuwe gebruikers	62%	47%	61%
6	Volume antidepressiva starters	0%	0%	0%
7	Behandeling astma patiënten met ICS	81%	81%	78%
8	Behandeling HVZ-patiënten met statines	80%	81%	73%
10	Voorkeursmiddelen RAS-remmers -nieuwe gebruikers	82%	75%	74%
11a	Voorkeursmiddelen cholesterolverlagende middelen - alle gebruikers	82%	80%	75%
11b	Voorkeursmiddelen cholesterolverlagende middelen - nieuwe gebruikers	82%	79%	75%
11c	Voorkeursmiddel- en dosering statines - nieuwe gebruikers	69%	63%	56%
12a	Dosering simvastatine - alle gebruikers	69%	70%	65%
14a	Dosering rosuvastatine en atorvastatine - Alle gebruikers	84%	84%	74%
16a	Voorkeursmiddelen Angiotensine-II-antagonisten - Alle gebruikers	86%	87%	87%
17a	Behandeling diabetespatiënten met metformine - Alle gebruikers	92%	92%	91%
17b	Behandeling diabetespatiënten met metformine - Nieuwe gebruikers	95%	94%	94%
18	Behandeling diabetespatiënten met statines	81%	81%	73%
20a	Voorkeursmiddelen PPI - Alle gebruikers	79%	80%	86%
24a	Voorkeursmiddelen NSAID's - Alle voorkeursmiddelen	95%	97%	93%
24b	Voorkeursmiddelen NSAID's - Generieke voorkeursmiddelen	94%	95%	91%
25	Voorkeursmiddelen triptanen	83%	86%	81%
26	Overbehandeling triptanen	81%	78%	74%
28b	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten - Generieke voorkeursmiddelen	64%	80%	73%
35b	Terughoudend voorschrijven nieuwe bloedglucoseverlagende middelen, nieuwe gebruikers	96%	99%	95%

Tabel 8.5 Prestatie-indicatoren Monitor voorschrijfgedrag

### Toelichting op de resultaten monitor voorschrijfgedrag 2016

Bij de eerste 2 indicatoren is de doelstelling dat SHG lager scoort dan landelijk gemiddeld. Bij de overige indicatoren is de doelstelling om hoger te scoren dan landelijk gemiddeld. SHG scoort op alle indicatoren gunstig. De indicator m.b.t. therapietrouw antidepressiva, de indicator m.b.t. voorkeursmiddelen antidepressiva nieuwe gebruikers en de indicator m.b.t. de voorkeursmiddelen PPI en scoren iets ongunstiger dan landelijk gemiddeld. Dit wordt deels veroorzaakt door de achterstandspopulatie. Dit vormt een aandachtspunt voor het jaar 2017.

## 9. SERVICE EN PATIENTVRIENDELIJKHEID

### 9.1 Telefonische bereikbaarheid

De telefonische bereikbaarheid is en blijft een speerpunt binnen SHG. Ook patiënten geven aan dat zij dit een belangrijk aspect van de service van SHG vinden. Landelijk is de norm voor telefonische bereikbaarheid op  $\leq 2$  minuten gesteld. Dit is vooral voor de kleinere gezondheidscentra een uitdaging, omdat daar de capaciteit van de assistenten beperkter is dan op de grotere centra. Voor de spoedlijn is de norm 30 seconden.

Maandelijks ontvangen de managers een overzicht van de wachttijden van de reguliere responstijd en de responstijd van de spoedlijn. De doelstelling was het behalen van de landelijke norm. Trendmatig is te zien dat het aantal telefoongesprekken op de spoedlijn toeneemt (een toename van 40% ten opzichte van augustus 2014), maar het aantal keer dat de telefoon pas na 30 seconden werd beantwoord gelijk is gebleven en komt in 2016 uit op 0,7%.

De norm van 2 minuten is in december in 61,0% van de gevallen behaald. Dit is een minimale daling ten opzichte van het jaar ervoor. Hierbij moet worden opgemerkt dat er grote verschillen in snelheid van beantwoorden zijn tussen de verschillende centra. GC Lage Veld en GC Houtwijk doen het bijvoorbeeld erg goed; de gesprekken worden overwegend binnen de 2 minuten beantwoord. De landelijke norm is in augustus en december 2016 niet behaald. Belangrijke factor hierin is de triage door de assistentes. Dit kost tijd, waardoor het geen reële eis is om altijd binnen 2 minuten iedereen te woord te staan. Dit blijft echter wel de ambitie. Om die reden wordt er in 2017 een nieuw telefoonsysteem geïmplementeerd om wachttijden te verkorten. Het systeem werkt met een terugbelmodule. De verwachting is dat dit bijdraagt aan een positieve ervaring door zowel patiënten als assistentes. De eerste centra waar dit nieuwe systeem zal worden uitgerold zijn Leidschenveen en Veenland; twee centra die momenteel het minst scoren op telefonische bereikbaarheid.

### 9.2 Patiënttevredenheid

Bij het monitoren en verbeteren van de dienstverlening speelt de beleving van de patiënt een grote rol. De patiënttevredenheid over de fysiotherapie wordt voortdurend gemeten middels de CQ-index (in 2017 betreft dit de PREM-vragenlijst). Eén keer per jaar wordt de patiënttevredenheid over de apotheken gemeten via de website tevreden.nl. Eens per drie jaar wordt de patiënttevredenheid over de huisartsenzorg gemeten via een door de NPA (NHG praktijkaccreditatie) goedgekeurde enquête. Daarnaast worden er op ad hoc basis enquêtes ontwikkeld en uitgezet om te inventariseren hoe patiënten een bepaalde (nieuwe) dienst ervaren en of zij suggesties voor verbetering hebben. Daarnaast besteedt SHG aandacht aan het registreren van klachten en incidenten met als doel om fouten te voorkomen en de dienstverlening nog verder te verbeteren.

### 9.3 Klachten, VIM, prikaccidenten en (bijna)ongelukken

SHG kent een uitgebreide klachtenregeling. In 2017 treedt de nieuwe klachtenregeling in werking, welke in lijn is met de nieuwe Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen in de zorg (Wkkgz).

Patiënten worden op de hoogte gesteld van de klachtenregeling van de SHG door een informatieflyer, de website en mondeling door de medewerkers van het gezondheidscentrum en de apotheek.

Sinds de invoering van de Veilig Incidenten Melden regeling, is het veilig melden van incidenten steeds meer onderdeel van de cultuur op de gezondheidscentra.

De apotheken maken gebruik van hun eigen VIM-procedure, die is opgenomen in hun digitale kwaliteitsmanagementsysteem. De procedure van de twee VIM-regelingen is vergelijkbaar.

Jaarlijks wordt er een verslag gemaakt van de klachten, VIM, prikaccidenten en (bijna)ongevallen. Dit verslag is onderdeel van het interne controlesysteem van de SHG, en dient als input ter verbetering van onze klachten- en VIM-cyclus.

### Klachten

In 2016 zijn er 20 uitingen van ongenoegen gemeld. Deze waren divers van aard, van telefonische bereikbaarheid tot bejegening door de assistentes. Alle uitingen van ongenoegen konden direct door de zorgverleners/manager in een gesprek worden afgehandeld, er zijn dan ook geen formele klachten ingediend.

Locatie	Aantal uitingen van ongenoegen
GC Spoorwijk	3
GC Nieuw Waldeck	3
GC Houtwijk	6
GC Veenland	1
GC Vaillantplein	0
GC Leidschenveen	1
GC Lage Veld	3
GC De Koning	3
<b>TOTAAL</b>	<b>20</b>

Tabel 9.1 Klachten

Indien de klager en beklagde dit nodig achten, kan de klachtenfunctionaris worden betrokken in het gesprek. Deze bemiddelt dan tussen beide partijen. In 2016 kwam het 11 keer voor dat de klachtenfunctionaris werd betrokken bij een uiting van ongenoegen. Al deze uitingen zijn in onderling overleg met de klager afgehandeld, zonder dat dit als formele klacht is ingediend.

Aantal uitingen van onvrede bij klachtenfunctionaris	
Aantal klagers	11
Aantal klachtonderdelen	16
Categorieën klachtonderdelen	
- medisch inhoudelijk	4
- organisatorisch	6
- relationeel	6
- financieel	1

Tabel 9.2 Betrokkenheid klachtenfunctionaris

### Veilig Incidenten Melden VIM

In 2016 zijn er 153 VIM-meldingen op de gezondheidscentra gedaan, verdeeld over alle locaties. Dat is een stijging ten opzichte van 2015 (107 meldingen). Dit is o.a. het gevolg van de doorlopende aandacht voor zowel de mogelijkheid om veilig te melden als de afhandeling in de teams. Alle meldingen zijn in de teams besproken en er zijn acties ondernomen om herhaling te voorkomen. Deze maatregelen zijn teruggekoppeld aan de melder.

Locatie	Aantal VIM-meldingen
GC Spoorwijk	8
GC Nieuw Waldeck	10
GC Houtwijk	9
GC Veenland	4
GC Vaillantplein	50
GC Leidschenveen	26
GC Lage Veld	33
GC De Koning	13
<b>TOTAAL</b>	<b>153</b>

Tabel 9.3 VIM

### (Bijna) ongelukken en prikaccidenten

Er is in 2016 één prikaccident gemeld als VIM. Dit is, naast de gebruikelijke zorg voor de betreffende medewerker, ook als VIM behandeld. Er zijn gesprekken in het team geweest om de oorzaak te achterhalen en herhaling te voorkomen. De gevolgen waren niet ernstig.

### 9.4 Certificering & accreditering

Uitgangspunt van SHG is dat disciplines deelnemen aan kwaliteitscertificering of -accreditering. De SHG-apotheken voldoen aan de kwaliteitscriteria van de HKZ-certificering (ISO 9001:2015). Alle werkzaamheden in de apotheek worden zorgvuldig beschreven en voortdurend verbeterd. Tevens worden klanten uitgenodigd op- en/of aanmerkingen kenbaar te maken. Met deze informatie wordt de dienstverlening op een hoger niveau gebracht.

Alle SHG huisartsenpraktijken zijn in 2016 geaccrediteerd zonder dat er afwijkingen zijn vastgesteld. Desalniettemin hebben de praktijken nieuwe verbetertrajecten gestart met betrekking tot patiëntenzorg en praktijkorganisatie, om de kwaliteit naar een nog hoger niveau te tillen. Daar de norm m.b.t. kwaliteitsmeting van het fysiotherapeutisch handelen elk jaar lijkt te wijzigen heeft SHG besloten een standpunt van de beroepsgroep af te wachten. Tot dan participeert zij in de CQ index fysiotherapie, waarbij de patiënttevredenheid wordt gemeten. Voor de diëtetiek is nog geen dergelijke certificering ontwikkeld.





## 10.KWALITEIT TEN AANZIEN VAN HET PERSONEEL

### 10.1 Analyse personeelsbestand

De omvang van het personeelsbestand is in 2016 gestegen van 184 naar 210. Het aantal FTE steeg van 131 naar 137. De verhouding tussen mannen en vrouwen is nauwelijks gewijzigd, te weten 87,1% vrouw (ten opzichte van 85,3% in 2015) en 12,9% man (ten opzichte van 14,7% in 2015). Ter vergelijking, hiermee ligt het percentage mannen binnen SHG wel hoger dan het branchegemiddelde van 2015/2016, te weten 8%.

De gemiddelde omvang van het dienstverband is 0,65 FTE per persoon ten opzichte van 0,67 FTE vorig jaar. Dit komt overeen met het branchegemiddelde over 2016: 0,69 FTE.

De laatste jaren heeft SHG zich tot doel gesteld om het percentage overhead onder de 11% te houden. Ook in 2016 is aan deze doelstelling voldaan en is het percentage ondersteunende functies 10,8% (ten opzichte van 9,1% in 2015).

### 10.2 Verloop

In 2016 zijn 34 medewerkers uit dienst gegaan. Ten opzichte van een gemiddeld personeelsbestand in dat jaar van 210 betekent dit dat 2016 een verloop heeft gekend van 16%. Dit is een substantiële daling van ruim 5% ten opzichte van voorgaande jaren. De belangrijkste oorzaak ligt in de beleidswijziging ten aanzien van flexibel personeel.

De flexibele schil die SHG jarenlang heeft gehanteerd is losser gelaten. Vanuit de visie van goed werkgeverschap en medewerkers “binden en boeien” heeft SHG er bewust voor gekozen om de medewerkers die goed passen binnen de organisatie eerder een vast dienstverband aan te bieden. Voorheen werd de maximale wettelijke mogelijkheid benut van het hanteren van drie tijdelijke dienstverbanden voor de duur van elk 1 jaar. Het beleid sinds 2016 is om iedere medewerker bij goed functioneren na een jaar direct een vast dienstverband aan te bieden. SHG volgt hierin de weg die in 2016 door sociale partners van de gezondheidscentra is ingeslagen.

Het voorgenoemde is een tegengeluid in vergelijking met de handelswijze van werkgevers in de zorgsector sinds de intrede van de wet Werk en Zekerheid (WWZ). Sindsdien valt op dat de sector vaak juist kortere dienstverbanden aanbiedt, bijvoorbeeld voor de duur van 7 maanden en nadien diverse verlengingen aanbiedt.

### 10.3 Leeftijdsopbouw

De leeftijdsopbouw binnen de organisatie begint te wijzigen. Er is een forse toename van medewerkers in de jongste leeftijdscategorie (24 jaar of jonger) en eveneens een toename van medewerkers in de oudste leeftijdscategorie (60 jaar en ouder). Eén en ander geheel conform de ontwikkelingen in de arbeidsmarkt. Tegelijkertijd heeft er binnen SHG een relatief grote afname van medewerkers in de leeftijdscategorie van 35 tot 44 jaar plaatsgevonden.

Tabel: leeftijdsopbouw SHG 2016 peildatum 31-12-2016					
	Man	Vrouw	Totaal	% 2016	% 2015
24 en jonger	1	21	22	10,48%	4,86%
25-34	6	42	48	22,86%	21,62%
35-44	2	45	47	22,38%	29,19%
45-54	8	45	53	25,24%	25,41%
55-59	4	16	20	9,52%	10,81%
60 en ouder	6	14	20	9,52%	7,61%
<b>Totaal:</b>	<b>27</b>	<b>183</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<i>Waarnemers, oproep- en uitzendkrachten en stagiaires niet meegerekend</i>					

Tabel 10.1 Leeftijdsopbouw

## 10.4 Personeelsbeleid

### Beleidsontwikkeling

In 2016 werd het beleid op een aantal thema's verder ontwikkeld dan wel aangepast:

- Alcohol-, drugs- en medicijnbeleid t.a.v. medewerkers
- VOG beleid
- 360graden feedbacksystematiek voor huisartsen
- ICT-beleid, ontwikkeling gedragscode Social Media
- Inwerkprogramma Flexpool medewerkers
- Digitalisering van personeelsdossiers
- Verbeteren van kaders, inrichting systeem en realiseren workflows voor het personeelsinformatie-systeem AFAS

In 2016 is een start gemaakt met het ontwerpen van een nieuwe organisatiestructuur, waarin een besturingsmodel met de medische (eind)verantwoordelijkheid opnieuw is verankerd. Verder zijn er kaders ontworpen voor het Lokaal Overleg Huisartsen. Dit wordt een nieuwe interne manier van organisatie van de medezeggenschap van huisartsen en andere disciplines.

Op verschillende manieren is hier een rol voor de afdeling HR weggelegd, zowel waar het gaat om het mede ontwikkelen van de strategische visie met betrekking tot deze onderwerpen als de praktische implementatie van de uiteindelijke beleidslijn en diens kaders.

Het aantal vacatures dat SHG heeft gesteld in 2016 is 19. In 2015 lag dit aantal op 22. Alle gestelde vacatures, voornamelijk voor de functie van doktersassistenten, zijn vervuld. Ook is een aantal huisartsen geworven. Op het Centraal Bureau hebben enkele personeelwisselingen plaatsgevonden.

### Arbeidsvoorwaarden

In het najaar 2016 is het de sociale partners gelukt om tot een nieuwe Cao te komen. Deze Cao heeft een looptijd van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2017. Belangrijke wijzigingen zijn dat de wachtgeldregeling is afgeschaft, aansluiting is gerealiseerd met de WWZ op het gebied van de transitievergoeding, en er zijn stappen gezet om meer in de richting van de Cao Huisartsenzorg te komen, waardoor eventuele integratie van beide Cao's een reëler perspectief is geworden.

Eveneens is een begin gemaakt met enige decentralisatie van het arbeidsvoorwaardenbeleid, waardoor de Cao meer ruimte biedt voor eigen beleid in overleg met de OR. Voorts hebben de huisartsen middels het Lokaal Overleg Huisartsen meer bevoegdheden en ruimte om een aantal Cao-thema's decentraal vorm te geven.

## 10.5 Arbozaken en ziekteverzuim

### Ziekteverzuim

In 2016 is het verzuimpercentage binnen SHG licht gestegen ten opzichte van 2015, hoewel de meldingsfrequentie juist erg laag ligt en nauwelijks stijgt ten opzichte van vorig jaar (1,14 in 2016 resp. 1,09 in 2015).

Een lage meldingsfrequentie en een relatief hoog verzuimcijfer (6,89% in 2016 ten opzichte van 6% in 2015), geven een indicatie voor hoe het verzuimpercentage binnen SHG is opgebouwd. Een relatief groot aantal langdurige verzuimgevallen laat het verzuimpercentage stijgen. Dit is zichtbaar in een toename van de gemiddelde verzuimduur, van 22 dagen in 2015 naar 28 dagen in 2016. In 2016 is een tweetal langdurig zieke medewerkers uitgestroomd. Dit is eveneens de verwachting voor het 1<sup>e</sup> halfjaar 2017, waardoor naar verwachting het percentage zal dalen in het 2<sup>e</sup> helft van 2017.

Ten opzichte van de branche scoort SHG qua verzuimpercentage hoger dan gemiddeld. In 2016 stond het gemiddelde verzuimpercentage in de branche op 5,1% en landelijk zelfs op 3,9% (cijfers: CBS). Het terugdringen van het verzuimpercentage binnen SHG zal in 2017 dan ook hoog op de agenda komen te staan.

### De organisatie van verzuimbegeleiding

Tot 2015 is gewerkt met een zogenaamd 'eigen regiemodel', waarbij geen arbodienst gecontracteerd was, maar waarbij managers zelf beslisten welke interventies werden ingezet. Medio 2015 is toch besloten gebruik te gaan maken van een arbodienst. Via deze arbodienst wordt ook een bedrijfsarts ingezet. De arbodienst biedt de managers ondersteuning bij de verzuimbegeleiding van de medewerkers en geeft adviezen over het opbouwen van het re-integratiedossier en mogelijke interventies.

Eind 2015 en begin 2016 zijn intern de afspraken over wie welke verantwoordelijkheid heeft in die verzuimbegeleiding uiteengezet en met elkaar besproken. E.e.a. met het oog op het naar beneden brengen van het verzuimpercentage binnen SHG. De samenwerking met de arbodienst wordt medio 2017 geëvalueerd.

## 10.6 Overige

Insight, het interne SHG blad voor medewerkers, is viermaal uitgebracht in 2016. Aan de orde kwamen o.a. landelijke ontwikkelingen, beleidsmatige ontwikkelingen, SHG brede en wijkgerichte zorgprojecten, scholingen, informatie vanuit de OR & RvT en het kennismaken met nieuwe collega's.

## 11.ICT

In 2016 stond het opstellen van het nieuwe strategisch beleidsplan 2017-2020 centraal. Uit de gesprekken met medewerkers in de organisatie is gebleken dat de werkdruk van zorgverleners de afgelopen jaren sterk is toegenomen. ICT-innovaties zullen daarom moeten bijdragen aan het verbeteren van de ondersteuning van de primaire processen (verlagen werkdruk) en verbetering van de beschikbaarheid en kwaliteit van de zorg.

De apotheken zijn hiertoe overgestapt op een nieuw digitaal archief waardoor het afhandelen van de receptenstroom veel efficiënter kan worden uitgevoerd. Daarmee voldoet deze ICT-innovatie aan het verbeteren van de ondersteuning van het primaire proces.

Eind 2016 zijn tevens investeringen goedgekeurd om op een tweetal apotheken de zogenaamde Servi-Lockers te plaatsen. Met deze Servi-Lockers kunnen de apotheken ook buiten de openingstijden de bestelde medicatie uitgeven aan patiënten. Hiermee hebben nu 3 van de 5 apotheken een dergelijke uitgiftefunctie. Deze innovatie zorgt voor een verbetering van de beschikbaarheid van zorg.

Tenslotte zijn in 2015 verdere stappen gezet in de samenwerking met Pharmo / Meetpunt Kwaliteit voor de professionalisering van de benchmarkgegevens en het gebruik van landelijke data voor de ondersteuning van de huisarts en praktijkondersteuners in de behandelrelatie met de patiënt. Met behulp van vergelijkingsmateriaal uit landelijke data zal een meer op de patiënt afgestemde zorg kunnen worden gerealiseerd dan wat mogelijk is met behulp van de huidige richtlijnen van het NHG. Wellicht ten overvloede wordt benadrukt dat SHG alleen de eigen data op patiëntniveau kan inzien.

In de loop van 2017 zal SHG van het huidige interne benchmarksysteem overgaan naar de rapportages vanuit de BI-software van Meetpunt Kwaliteit. In 2017 zal een verdere studie moeten uitwijzen welke systemen gebruik zullen worden voor de verdere ontwikkelingen op het terrein van het gebruik van de landelijke data.

In de loop van 2017 zal SHG ook overgaan naar een nieuw fysiotherapie informatie systeem, waarmee wordt beoogd efficiënter te registreren en de kwaliteit van het patiëntendossier te vergroten.

## 12. VOORUITBLIK 2017

SHG wil een belangrijke bijdrage blijven leveren aan kwalitatief goede en betaalbare zorg voor alle bewoners in de regio. Voor 2017 kenmerkt dit zich onder andere in de volgende onderwerpen:

### *Regionale samenwerking*

De in 2016 ingezette focus op samenwerking binnen de regio, wordt in 2017 nadrukkelijk verder uitgewerkt. In hoeverre er ook al geanticipeerd kan worden op de wijziging van GEZ-financiering naar O&I-financiering in 2018 is nog onduidelijk

### *Wijkgericht werken*

Ook in 2017 vormt wijkgericht werken een belangrijk thema. Samenwerking in de wijk, met heldere afspraken en gezamenlijke verkenning naar substitutiemogelijkheden vormen belangrijke onderdelen hierin.

### *Intern SHG*

Naar verwachting start medio 2017 een nieuwe bestuurder en wordt de organisatiestructuur aangepast als gevolg van het nieuw in te voeren "lokaal overleg huisartsen". Hiermee hoopt SHG een doorstart te kunnen maken op de ingezette koers en haar positie in het regionale netwerk verder uit te bouwen.

Qua bedrijfsvoering staat met name het thema 'niet harder maar slimmer werken' op de agenda. Gezien de toename in het ervaren van hoge werkdruk, vormt dit een belangrijk onderwerp.

Financieel gezien ziet de positie van SHG er voor 2017 rustig uit. Met de preferente zorgverzekeraars zijn meerjarige overeenkomsten gesloten voor de huisartsenzorg. De basisovereenkomst huisartsenzorg loopt van 2016 t/m 2018. Voor de ketenzorg is een overeenkomsten gesloten voor de periode 2017 t/m 2018. Dit geeft een stabiele positie voor het komende jaar.

In 2017 zullen de landelijke gesprekken tussen de zorgverzekeraars en de brancheorganisatie InEen worden gecontinueerd m.b.t. de verandering van GEZ- naar O&I-financiering en zullen zij moeten komen tot een toekomstbestendige basis voor de komende jaren. Op dit moment is het nog niet duidelijk of dit zal leiden tot een nieuwe financiering in 2018 of in 2019.