

# Jaarverslag Levinas 2011



**Redactie**  
**Corine Baar & Renate Scheffer**

**juli 2012**

Gemaakt in opdracht van Stichting Zorgsaem Kralingen/ Stichting Gezondheidscentrum Levinas ter informatie van Zorgverzekeraar Achmea en ten behoeve van de praktijkaccreditatie van de HOED Levinas.

## Inhoudsopgave

### Jaarverslag 2011

PG

Voorwoord

2

### Algemeen

De wijk

3

Het gebouw

5

De samenwerking en de deelnemers

6

De samenwerking en de patiënten

8

### Zorgpaden

Zorgpad COPD

10

Zorgpad diabetes

11

Zorgpad obesitas

12

Zorgpad polyfarmacie in verzorgingshuizen

12

Zorgpad palliatieve terminale zorg

12

Zorgpad psychosociale zorgverlening

13

Zorgpad spraak-taal

13

Spreekuur geestelijke zorg

14

Zorgpad communicatie met verloskundigen

14

Praktijk Weteringstraat

14

### BIJLAGEN

Bijlage 1 De zorg voor palliatieve patiënten door de huisartsenpost SFG te Rotterdam.

Bijlage 2 Kwaliteitsavond huisartsenpost SFG 6 juni 2011

Bijlage 3 Het Zorgprogramma

Bijlage 4 CONCEPT PATZ register

Bijlage 5 CONCEPT Agenda Bijeenkomsten Palliatieve Thuiszorg

Bijlage 6 Leer-tandems geestelijke verzorging in de huisartsenpraktijk

Bijlage 7 Verslag tandemproject:

Bijlage 8 Jaarverslag Huisartsen Levinas

Bijlage 9 Doelmatigheid

Bijlage 10 Rapport obesitas carrousel Kralingen 2011.

# Jaarverslag 2011

## Voorwoord

Voor u ligt het kwaliteitsjaarverslag 2011 en het jaarplan 2012-2013.

We zijn trots op wat er door iedereen verzet is ondanks alle tijd die het proces van koop, opstart en afronding van de bouw van ons GC Levinas in 2011 gekost heeft.

Het zwaartepunt van het verslag ligt bij de kwaliteitsprojecten van de huisartsen. Als we in 2012 een echt gezondheidscentrum zijn met een eigen dak boven ons hoofd, gaan we er zorg voor dragen dat er ook evenredige aandacht zal zijn voor de kwaliteitscycli van de andere disciplines intern en in de samenwerkingsverbanden in het Gezondheidscentrum Levinas.

Tot ons verdriet is na een kort ziekbed op 8 maart 2011 Hans Kremer Hovinga overleden. De zorgen voor de praktijk had Hans al eerder aan de HOED Huisartsen Levinas overgedragen. De praktijk is, toen bekend werd dat Hans ernstig ziek was in nauw overleg met hem door de andere twee huisartspraktijken met spoed overgenomen. Vele medewerkers van Levinas, inderhaast ingesprongen huisarts-waarnemers Ton de Boer, Sonja Hanedoes, Kim Kloppenborg en Waiman Lam, assistentes Janet van den Berg, Melissa Oudenaarde en Gerda Slagt, het echtpaar Weckseler van administratiekantoor WeKa en Zorgverzekeraar Achmea in de persoon van de heer Fred Schaaf hebben ervoor gezorgd dat die overname – zo heeft Hans nog kunnen meemaken – op een zorgvuldige manier is verlopen.

Tot september 2011 is met behulp van waarnemers de zorg voor zijn patiënten gecontinueerd. Er is een profielschets voor de opvolging van Hans gemaakt en er heeft met ondersteuning van W. Van den Winkel van het bureau Obelon een sollicitatieprocedure plaatsgevonden. Met Kim Kloppenborg en Joris van Driel zijn zo twee waardige opvolgers voor de praktijk van Kremer Hovinga gevonden.

# Algemeen

## De wijk

Wij willen graag handen en voeten te geven aan de context waarbinnen wij onze zorg aanbieden. Eerst geven we u daarom wat getallen uit de VAAM 2010 met betrekking tot ons werkgebied( geformuleerd in het waarneemreglement van de huisartsen Kralingen-Crooswijk-Centrum: postcodes;3011, 3012, 3016, 3031, 3032, 3034, 3035, 3036, 3037, 3061, 3062, 3063, 3065, 3066, 3067) Aangetekend mag worden, dat de kern van ons werkgebied bestaat uit de postcodes 3061, 3062, en 3063 ofwel 84% van onze totale populatie van 7668 patiënten. Daarom hebben we ons tot deze postcodes beperkt in onderstaande tabellen. Het gebouw van ons nieuwe gezondheidscentrum staat middenin postcodegebied **3061**. Ruim de helft van onze **populatie** komt ook uit 3061(Tabel 1).

| Tabel 1. Inwonertal en geslacht per 1 januari 2010 |                    |                 |               |                |           |                    |
|----------------------------------------------------|--------------------|-----------------|---------------|----------------|-----------|--------------------|
|                                                    |                    | Aantal inwoners | Aantal mannen | Aantal vrouwen | % Vrouwen | Huisartsen Levinas |
| 3061                                               | KRALINGEN-WEST     | 15505           | 7640          | 7865           | 50,7%     | 3969               |
| 3062                                               | KRALINGSE BOS      | 7055            | 3505          | 3550           | 50,3%     | 1653               |
| 3063                                               | DE ESCH            | 8750            | 4395          | 4355           | 49,8%     | 844                |
| TOTAAL                                             | Huisartsen Levinas |                 |               |                |           | 7668               |
|                                                    | Gemeente Rotterdam | 593049          | 291628        | 301421         | 50,8%     |                    |
|                                                    | Nederland          | 16574989        | 8203476       | 8371513        | 50,5%     |                    |
| Bron:                                              | CBS 2010           |                 |               |                |           | HIS Mira®          |

De **leeftijdsverdeling**(Tabel 2) in postcode 3061 is in die zin afwijkend dat de vergrijzing minder lijkt dan elders in Rotterdam en Nederland. Echter opgemerkt moet worden dat wij in dit gebied in twee verzorgingshuizen veel patiënten hebben. De reden waarom we in onze kwaliteitsprojecten juist ook aan deze groep bewoners aandacht geven.

| Tabel 2 | Leeftijd per 1-1-2010 | % 0-4 jarigen | % 5-14 jarigen | % 15-24 jarigen | % 25-39 jarigen | % 40-64 jarigen | % 65-74 jarigen | % 75 plussers |
|---------|-----------------------|---------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| 3061    | KRALINGEN-WEST        | 5,5%          | 9,2%           | 18,7%           | 28,3%           | 27,5%           | 5,8%            | 5,0%          |
| 3062    | KRALINGSE BOS         | 5,9%          | 11,0%          | 16,5%           | 20,6%           | 30,4%           | 8,3%            | 7,6%          |
| 3063    | DE ESCH               | 2,9%          | 4,7%           | 18,3%           | 30,6%           | 28,9%           | 8,1%            | 6,3%          |
|         | Huisartsen Levinas    | 4,9%          | 9,7%           | 12,5%           | 56,9%           |                 | 8,1%            | 5,5%          |
|         | Gemeente Rotterdam    | 5,9%          | 10,6%          | 13,9%           | 23,8%           | 31,6%           | 7,1%            | 7,1%          |
|         | Nederland             | 5,6%          | 12,0%          | 12,2%           | 19,2%           | 35,7%           | 8,4%            | 6,9%          |
| Bron:   | CBS 2010              |               |                |                 |                 |                 |                 | HIS Mira®     |

Uit de **sociaaldemografische analyse** (Tabel3) komt naar voren dat er een relatief groot aantal niet-westerse allochtonen in onze wijk woont. Een prachtige uitdaging voor ons om zorg te leveren die ook voor deze groep Rotterdammers zinvol is.

| <b>Tabel 3</b> | <b>Sociaal-demografische samenstelling</b> | <b>% lage inkomens</b> | <b>% eenpersoons-huishoudens</b> | <b>% niet-westerse allochtonen</b> |
|----------------|--------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 3061           | KRALINGEN-WEST                             | 45,0%                  | 57,7%                            | 42,4%                              |
| 3062           | KRALINGSE BOS                              | 31,0%                  | 50,6%                            | 10,4%                              |
| 3063           | DE ESCH                                    | 38,0%                  | 62,6%                            | 26,1%                              |
|                | Gemeente Rotterdam                         | 42,0%                  | 47,9%                            | 36,9%                              |
|                | Nederland                                  | 40,0%                  | 36,1%                            | 11,2%                              |
| Bron:          | CBS 2010                                   |                        |                                  |                                    |

Goede eerstelijns zorg met respect voor levensbeschouwing en de specifieke omstandigheden voor ieder mens dient natuurlijk voor alles aan te sluiten bij de meest voorkomende (chronische) ziektes in het gebied waarin wij werken. In onderstaande tabel (Tabel 4) vindt u een overzicht van de belangrijkste **chronische aandoeningen**.

| <b>Inwoners met contacten voor chronische aandoeningen voor 2010</b>                                                                                                         |                    |                 |             |                                         |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|-------------|-----------------------------------------|------------------|
| <b>Tabel 4</b>                                                                                                                                                               |                    | <b>Diabetes</b> | <b>COPD</b> | <b>Cardiovasculair risicomanagement</b> | <b>Hartfalen</b> |
| 3061                                                                                                                                                                         | KRALINGEN-WEST     | 40              | 10          | 95                                      | 3                |
| 3062                                                                                                                                                                         | KRALINGSE BOS      | 33              | 13          | 101                                     | 6                |
| 3063                                                                                                                                                                         | DE ESCH            | 38              | 14          | 97                                      | 7                |
| 2011                                                                                                                                                                         | Huisartsen Levinas | 59              | 28          | 90                                      | 12               |
|                                                                                                                                                                              | Gemeente Rotterdam | 47              | 14          | 115                                     | 5                |
|                                                                                                                                                                              | Nederland          | 49              | 18          | 127                                     | 9                |
| Geschatte aantal inwoners per 1000 inwoners dat de huisartsenpraktijk bezoekt voor specifieke chronische aandoeningen in het/de door u geselecteerde gebied(en) en Nederland |                    |                 |             |                                         |                  |
| Bron: LINH 2008/CBS 2010                                                                                                                                                     |                    |                 |             |                                         |                  |
| Bron: HIS Mira®                                                                                                                                                              |                    |                 |             |                                         |                  |

In onderstaande twee tabellen (Tabel 5 en Tabel 6) treft u het aantal (deel) contacten per ziektecluster per jaar in 2010.

| <b>Aantal (deel)contacten per ziektecluster 2010 (1)</b>   |                    |                         |                           |                                       |                      |
|------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| <b>Tabel 5</b>                                             |                    | <b>Infectie-ziekten</b> | <b>Chronische ziekten</b> | <b>Aandoeningen bewegingsapparaat</b> | <b>Acute letsels</b> |
| 3061                                                       | KRALINGEN-WEST     | 566                     | 1046                      | 462                                   | 102                  |
| 3062                                                       | KRALINGSE BOS      | 522                     | 1125                      | 400                                   | 107                  |
| 3063                                                       | DE ESCH            | 522                     | 1135                      | 444                                   | 98                   |
|                                                            | Gemeente Rotterdam | 582                     | 1283                      | 513                                   | 113                  |
|                                                            | Nederland          | 596                     | 1582                      | 569                                   | 135                  |
| Geschatte aantal (deel)contacten met de huisartsenpraktijk |                    |                         |                           |                                       |                      |

per 1000 inwoners per jaar per ziektecluster in bovenstaande gebieden en Nederland

Bron: LINH 2008/CBS 2010

| Aantal (deel)contacten per ziektecluster 2010 (2)                                  |                    |                                 |                            |                               |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Tabel 6                                                                            |                    | Psychische en sociale problemen | Vruchtbaarheid en geboorte | Overige lichamelijke klachten | Overige lichamelijke aandoeningen |
| 3061                                                                               | KRALINGEN-WEST     | 340                             | 151                        | 416                           | 913                               |
| 3062                                                                               | KRALINGSE BOS      | 360                             | 116                        | 436                           | 841                               |
| 3063                                                                               | DE ESCH            | 425                             | 147                        | 446                           | 867                               |
|                                                                                    | Gemeente Rotterdam | 363                             | 129                        | 453                           | 976                               |
|                                                                                    | Nederland          | 473                             | 126                        | 518                           | 1020                              |
| Geschatte aantal (deel)contacten met de huisartsenpraktijk en Nederland            |                    |                                 |                            |                               |                                   |
| per 1000 inwoners per jaar per ziektecluster in bovenstaande gebieden en Nederland |                    |                                 |                            |                               |                                   |
| Bron: LINH 2008/CBS 2010                                                           |                    |                                 |                            |                               |                                   |

Over wat de **toekomst** brengt zouden we nog veel meer tabellen kunnen laten zien. Inzicht in ontwikkeling van de vraag naar **huisartsenzorg** in **Kralingen-West** leek ons in het kader van dit jaarverslag het belangrijkste. Deze getallen geven immers de onderbouwing voor de keuze van het opzetten van een gezondheidscentrum juist in Kralingen-West.(Tabel 7)

| Toekomststraming: contacttijd huisartsenzorg 2010-2015                                                                                                                                      |                    |                    |          |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|----------|--------|
| Tabel 7                                                                                                                                                                                     |                    | Huisartsenpraktijk | Huisarts | POH    |
| 3061                                                                                                                                                                                        | KRALINGEN-WEST     | +8,5%              | +7,3%    | +32,9% |
| 3062                                                                                                                                                                                        | KRALINGSE BOS      | +2,5%              | +2,1%    | +10,6% |
| 3063                                                                                                                                                                                        | DE ESCH            | +11,7%             | +11,8%   | +9,9%  |
|                                                                                                                                                                                             | Gemeente Rotterdam | +2,1%              | +1,8%    | +6,4%  |
|                                                                                                                                                                                             | Nederland          | +4,2%              | +3,7%    | +9,0%  |
| Geschatte procentuele ontwikkeling van de contacttijd met de huisartsenpraktijk 2010-2015, uitgesplitst naar contactminuten met de huisarts en de POH in bovenstaande gebieden en Nederland |                    |                    |          |        |
| Bron: LINH 2008/CBS 2010/ABF Research bevolkingsprognose                                                                                                                                    |                    |                    |          |        |

## Het gebouw

Na jaren ontwikkelen en plannen is in 2010 eindelijk de bouw van ons nieuwe gezondheidscentrum gestart.

### Bouwcommissie

De bouwcommissie onder leiding van Tjin Kwa van architectenbureau Orbit heeft veel praktische zaken opgelost en voorbereidingen getroffen voor besluitvorming in de deelnemersvergaderingen.

### Vereniging van Eigenaren

Alle deelnemers hebben een appartement in GC Levinas gekocht en zijn zo ook eigenaar geworden van een deel van het centrum. Voor het beheer van het vastgoed is een vereniging van eigenaren opgericht. Deze vereniging beheert het "appartement" van het GC Levinas.

## De samenwerking en de deelnemers

### Statuut

Volgens een al eerder opgevat plan is er begin 2011 uit de toekomstige medewerkers van het gezondheidscentrum een werkgroep Levinasstatuut gevormd. Onder leiding van Renate Scheffer heeft deze groep een prachtig werk- en visiedocument afgeleverd. In het najaar van 2011 is dit document, het Levinasstatuut, door alle medewerkers geaccordeerd en getekend in een feestelijke bijeenkomst.

### Stichting Zorgsaem Kralingen(SZK)-> Stichting Gezondheidscentrum Levinas(SGL)

De doelstelling van SZK was faciliteren van de ontwikkeling van een gezondheidscentrum in Kralingen. Met de afronding van de bouw is deze doelstelling in 2011 behaald en hebben we gezocht naar een nieuwe manier om de deelnemers in het centrum te binden. Na ampele overwegingen en consultatie van onder andere de juridische afdeling van Achmea is er voor gekozen SZK om te zetten in Stichting Gezondheidscentrum Levinas en zo voor alle deelnemers in het centrum de beroepsinhoudelijke samenwerking te bevorderen en te borgen. Deze constructie maakt het ook mogelijk om GEZ-financiering te ontvangen.

Met de opheffing van SZK hebben we helaas afscheid moeten nemen van onze bestuursvoorzitter van de afgelopen (ruim) tien jaar. Gelukkig bleek Renate Scheffer bereid het estafettestokje van hem over te nemen. Van een triumviraat is het *bestuur* inmiddels ook gegroeid naar een groep van zes.(zie schema). Adviserende organen als *Clëntenraad* en *Raad van advies* hopen we in 2012 verder vorm te geven.

## Organisatie schema



### Levinasdag

Na de Levinasdag met alle (toekomstige) medewerkers op de SS Rotterdam in 2010 waar we vooral naar ons eigen profiel in de samenwerking gekeken hebben middels de theorie van de Spiral dynamics ® zijn we in 2011 naar de Efteling gegaan om ons te focussen op gastvrijheid en klantgerichtheid. Ons voornemen is om in de toekomst elk jaar een Levinasdag te organiseren om te reflecteren op ons werk in relatie tot onze visie

### Door Cliënten Bekeken (ECB)

In 2011 is gestart met een kwaliteitsonderzoek door ARGO van de Rijks Universiteit Groningen. Een eerste bespreking van resultaten heeft plaatsgevonden. In 2012 zal het rapport afgerond worden nadat er een gesprek heeft plaatsgevonden met een cliëntenpanel. Er zal vervolgens op geconstateerde knelpunten een verbeterplan worden opgesteld.

### Apotheek

De Ramleh apotheek werkt sinds 2008 met een kwaliteitssysteem dat is opgesteld volgens de richtlijnen van de stichting HKZ. Het huidige kwaliteitssysteem is gebaseerd op het

certificeringsschema 2003. De eerste kwaliteitscyclus van 3 jaar is in 2011 afgerond. In april 2011 is met de fa Dekra een nieuw traject gestart voor certificering volgens het huidige, nieuwe certificatieschema voor apotheken 2009. In verband met de oplevering van GC Levinas begin 2012 zijn deze certificeringswerkzaamheden tijdelijk opgeschort. Per september 2012 hopen we de draad op te pakken en de certificering voor ultimo 2012 af te ronden.

### **Huisartsen**

De huisartsen hebben in 2010 de tweede cyclus van hun NHG accreditatie doorlopen en zijn weer voor een jaar NHG- geaccrediteerd.

Met het Erasmus MC hebben we op 1 februari 2011 een contract getekend waardoor ze als HOED een academische huisartspraktijk zijn geworden en deelnemen in het netwerk van universitaire praktijken: Primeur. Zij hebben zich daarmee verplicht tot het leveren van een bijdrage aan studentonderwijs, huisartsenopleiding en wetenschappelijk onderzoek van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC door middel van:

- het aanbieden van stageplaatsen in het kader van het coschap huisartsgeneeskunde aan studenten van het Erasmus MC en aan huisartsen in opleiding
- deelname aan onderzoeksprojecten en/ of projectgroepen van de onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde
- deelname aan zorginnovatieprojecten die in het kader van Primeur uitgerold zullen worden
- de implementatie van wetenschappelijke inzichten in de praktijk.

Hiermee is tevens de samenwerking met de afdeling Medische Informatica van het Erasmus MC en de aansluiting op de IPCI-database opnieuw opgestart.

Organisatorisch zijn de huisartsen inmiddels verenigd in de HOED Huisartsen Levinas.

De huisartsen Hohmann en De Vet zijn aangenomen als huisartsopleider bij de EUR en er is bij hen een eerste AIOS, R.van Remmerswaal, gestart.

Huisarts Van der Does heeft zitting gehad in de NHG-Commissie die een Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) formuleert over de samenwerking tussen huisartsen en internisten bij diabetes. Deze LTA is in januari 2012 verschenen.

U treft uitgebreidere informatie over de HOED Huisartsen Levinas in bijlage 8: Jaarverslag Huisartsen Levinas.

### **Fysiotherapeuten:**

In 2011 is duidelijk geworden dat de fysiotherapie praktijken B. Bakker, A. Soels, W. van den Oever en R. van Ouwerkerk in het GC Levinas gaan deelnemen. Zij hebben een maatschap gevormd ten behoeve van exploitatie van de oefenzaal en zijn zich aan het oriënteren hoe ze gezamenlijk een Fysiotherapie Plus praktijk kunnen worden.

### **Verloskundigen:**

De verloskundigen staan in geschreven in het kwaliteits-jaarregister van de KNOV en ze voldoen daarmee aan de hoeveelheid benodigde accreditatie-uren.

Verder zijn ze bezig met het verkrijgen van accreditatie voor borstvoedingsbegeleiding. Door middel van voorlichtingsbijeenkomsten, op papier en via hun website doen ze heel veel aan voorlichting. Daarnaast zijn ze al geruime tijd bezig met kwaliteitsverbetering in de communicatie met de tweede lijn.

### **Diëtisten:**

Na de opening van Gezondheidscentrum Levinas zal diëtistenpraktijk HRC voor 5 dagen per week aanwezig zijn in Gezondheidscentrum Levinas, hiermee komt de locatie in Verpleeghuis Pniël te vervallen.

In 2011 heeft diëtistenpraktijk zich uitgebreid ingezet om tot ISO 9001certificering over te kunnen gaan. In november 2011 is dit certificaat behaald. Diëtistenpraktijk HRC is hiermee de eerste 1-stelijns diëtistenpraktijk in Nederland die dit certificaat behaald heeft.



Alle diëtisten werkzaam bij diëtistenpraktijk HRC staan ingeschreven in het kwaliteitsregister voor paramedici.

### **Logopedie:**

Logopediste Edith Hazebroek heeft voldaan aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep Logopedisten die noodzakelijk zijn voor periodieke registratie in het Kwaliteitsregister Paramedici ex. art. 34 Wet BIG voor de periode 21 juli 2010 tot en met 21 juli 2015.

### **Ergotherapie.**

De eerstelijns ergotherapie binnen het GZ Levinas heeft zich verder ontwikkeld.

De ergotherapeut, G. Welvaadt, staat geregistreerd in het periodieke kwaliteitsregister sinds juni 2011. Ergotherapie is direct toegankelijk sinds augustus 2011. Deelname aan het zorgpad COPD is gestart.

Voornemens voor 2012 zijn:

Verhuizing van de praktijk naar het nieuwe onderkomen aan het Noordeinde.

Afspraken maken over de criteria voor het inschakelen van de ergotherapie bij mensen met COPD.

Deskundigheidsbevordering; Cursus volgen over ergotherapie bij mensen met COPD.

Deelname aan andere zorgpaden uitbreiden; ouderen en polyfarmacie.

## **De samenwerking en de patiënten**

Het centraal stellen van 'de ander' is voor ons, als zorgverleners, een belangrijk streven.

Naast de kennis en kunde van de zorgverlener is oprechte aandacht voor de patiënt -en zijn of haar omgeving en omstandigheden- naar ons idee de basis van goede en effectieve gezondheidszorg.

Een mens is meer dan alleen zijn klacht of kwaal. In Levinas begrijpen wij dat en doen wij ons uiterste best om excellente zorg van huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, verloskundigen, diëtisten en logopedisten te combineren met ware aandacht voor héél de mens.

Een manier om deze gedachten in de praktijk te brengen is de samenwerking in - zoals wij dat noemen- zorgpaden.

Stel dat er diabetes/ suikerziekte bij u wordt geconstateerd. Wat gaat er dan gebeuren?

Een chronische ziekte, zoals diabetes, heeft effect op u en ook op uw directe naasten. Na het stellen van de diagnose kijken wij met u wat u kunt doen om de gevolgen van de ziekte te beperken. Het kan zijn dat u uw leefritme en eetpatroon wat zult moeten veranderen. U wordt daarbij geholpen door een hele reeks zorgverleners.

- de praktijkondersteuner voor de regelmatige controles en uitleg over uw ziekte
- de STAR om uw bloed te controleren en de conditie van uw hart en ogen vast te leggen
- de huisarts om de behandeling vast te stellen en aan te passen
- de apotheek om te zorgen dat u de juiste medicijnen en daarbij behorende uitleg krijgt
- de diëtist om u te adviseren ten aanzien van gezond eten aangepast aan uw omstandigheden.
- de fysiotherapeut voor behoud van een gezond gewicht en een goede conditie
- de pedicure (of podotherapeut) om u te helpen bij een zo goed mogelijke zorg voor uw voeten
- misschien zelfs iemand die geestelijke zorg biedt omdat u (of uw naaste) toch wel een steuntje in de rug kan gebruiken na het constateren van deze ziekte.
- als er complicaties ontstaan bij de diabetes kunnen er ook nog diverse specialisten geraadpleegd worden, bijvoorbeeld:
  - cardioloog
  - internist
  - oogarts
  - nefroloog

- voetenteam

Om te voorkomen dat het bezoek aan al deze hulpverleners meer tijd en energie van u vraagt dan nodig is, doen wij samen ons best om alle zorg zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Wij spreken samen met en voor u af hoe de medische zorg het best georganiseerd kan worden. Het geheel van die afspraken en de uitvoering daarvan noemen wij een zorgpad.

U kunt zich voorstellen dat we voor chronische ziektes als COPD (slijtage van de longen), hart- en vaatziekten, kanker, psychische ziektes, levensvragen, overgewicht, spraaktaalproblemen, maar ook voor de kwetsbaarheid bij ouderdom vergelijkbare afspraken kunnen maken om te zorgen dat u op een zo min mogelijk belastende manier de zorg krijgt die u nodig hebt.

# Zorgpaden

## Inleiding

U vindt hieronder een kort en bondig verslag van ondernomen activiteiten in het kader van de tussen de deelnemers van GC Levinas i.o. overeengekomen zorgpaden.

Een zorgpad is zoals boven beschreven een samenwerkingsafspraken tussen meerdere disciplines om een gezamenlijk omschreven behandeldoel te bereiken met als focus de hele patiënt en zijn of haar naasten.

Elk jaar wordt door de deelnemende zorgverleners per pad een doel en -met ingang van 2012 meetbaar -resultaat geformuleerd.

Gemiddeld komen de zorgverleners van een zorgpad viermaal per jaar bij elkaar om resultaten te evalueren, knelpunten te bespreken, een specialist te consulteren, nascholing te hebben of elkaar over ontwikkelingen bij te spreken. Een van de zorgverleners is coördinator. Elk zorgpad krijgt secretariële ondersteuning voor verslaglegging en planning van de bijeenkomsten.

De basis voor dit verslag is het jaarplan 2010. Dit jaarplan is omdat we in 2011 nog slechts een virtueel centrum waren een optelsom van de resultaten van de zorgpaden.

Daarnaast treft u in bijlage 8 ( Jaarverslag Huisartsen Levinas) een overzicht van verschillende metingen van de kwaliteitsparameters zoals geformuleerd binnen het PIG( prestatie indicatoren gezondheidscentra)project. Deze data zijn met hulp van IPCI( Integrated Primary Care Information) uit ons HIS(Mira®) gehaald. IPCI valt onder de vakgroep Medische Informatica van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Omdat dit gegevens zijn die nu en in de toekomst de mate van ondersteuning van ons GC door Achmea bepalen leek het ons informatief deze gegevens ook in bijlage (Bijlage 8) toe te voegen.

## Zorgpad COPD

- Er zijn voorlichtingsbijeenkomsten voor patiënten gehouden over COPD bij het Havenziekenhuis door de afdeling longziekten. Deze voorlichtingsbijeenkomsten zijn onder de aandacht gebracht van patiënten door de eerstelijns zorgverleners.
- Longarts, B. Mennema, en huisarts, C. Baar, hebben op het symposium “*COPD van begin tot eind*” een workshop palliatieve zorg gegeven. Het symposium was bedoeld voor eerstelijnszorgverleners als huisarts, POH en longverpleegkundige.
- De longarts heeft casusbesprekingen georganiseerd voor Huisartsen-POH's uit de regio Rotterdam.
- De STAR is overgegaan naar een nieuw informatiesysteem en neemt de wensen ten aanzien van het uitdraaien van de NHG indicatoren COPD daarin mee. De STAR zal zorgen voor digitale verslaglegging en de mogelijkheid tot koppeling met meetwaarden in het HIS, Mira.
- Er is uitgezocht of er een mogelijkheid is voor een KIS( Keten Informatie Systeem) en hoe deze ontwikkeling staat ten opzichte van Izer, PortaVita® en COPD online. De conclusie is dat momenteel baten en lasten van investering in tijd en (financiële) middelen zeker nog niet tegen elkaar opwegen. Besloten is voorlopig op de oude voet door te gaan.
- COPD patiënten worden actief door POH en diëtiste doorverwezen naar de fysiotherapeut voor deelname aan een beweeggroep. Ook wordt door de fysiotherapeut het behaalde resultaat aan de huisarts, POH en diëtiste teruggekoppeld.
- Er is een aanzet voor een COPD carrousel gemaakt die in 2012 uitgevoerd gaat worden. Hierbij zal de COPD patiënt een maal per jaar gescreend worden door alle van belang zijnde disciplines: POH, diëtist, fysiotherapeut, apotheek en huisarts. De behoefte aan begeleiding door ergotherapeut en/of logopedist wordt tijdens de carrousel middels een aantal mondeling te stellen vragen beoordeeld.

- Een formulier voor zelfmanagement van de patiënt is ontwikkeld en zal gebruikt worden door de huisarts, onder andere tijdens de carroussel, om het behandelplan in vast te leggen.
- Er zijn gesprekken opgestart in de werkgroep COPD om afspraken te maken over wat de logopediste en de ergotherapeut kunnen bijdragen aan het welbevinden van COPD patiënten.
- Er zijn afspraken gemaakt over het doorsturen van COPD patiënten door de fysiotherapeut naar de logopediste voor het verbeteren van de ademhalingstechniek en dan vooral voor de spreekademhaling.
- Het streven is om deze afspraken aan het controle- en behandelprotocol toe te voegen.
- De materialen van het Astmafonds, zoals de COPD risicotest en de posters zijn gebruikt.
- De LESA Astma/COPD is besproken en er wordt gekeken of alle taken ten aanzien van COPD patiënten verricht worden en bij welke zorgverleners ze het beste passen.
- De apotheek heeft meegedaan aan de Astma week waarin de patiënten op vrijwillige basis konden langskomen voor een uitleg over hun medicatie. Ongeveer 20 cliënten hebben zich gemeld. De onderwerpen die ter sprake zijn gekomen zijn: inhalatie-instructie, achtergronden / werkwijze medicatie, preventie, stoppen met roken.
- De huisartsen verwijzen patiënten die ouder zijn dan veertig jaar en meer dan 15 'pakjaren' hebben naar de POH of de STAR voor een longfunctietest.
- Praktijk Weteringstraat is in het najaar begonnen met de longfunctietesten.

## Zorgpad diabetes

- Het Gezamenlijk Medisch Consult (GMC) is ontwikkeld voor mensen met diabetes. Er is een GMC over polyfarmacie (door huisarts en apotheker) en een GMC over voeding (door diëtist en POH). Er zijn protocollen, draaiboeken en foldermaterialen gemaakt. Het GMC vervangt eenmalig het reguliere consult bij de huisarts. Het is iets anders dan groepseducatie. Bij het GMC wordt een consult over een bepaald onderwerp per patiënt om de beurt verricht, in het bijzijn van de andere patiënten, die erop geselecteerd zijn dat er veel overlap zit in de dagelijkse problemen waar zij mee te maken hebben.
- Het GMC polyfarmacie is drie maal gehouden (twee maal met Rob Brouwer van de Ramleh apotheek waarvan een maal met Ferdinand van der Does en een maal met Femke Hohmann en een maal met Edmond Gorkiz van de Rozenburg apotheek en Ferdinand van der Does). Geselecteerd waren diabetespatiënten boven de 45 jaar met vijf of meer verschillende dagelijkse medicijnen.
- Het GMC voeding is drie maal georganiseerd, echter een maal is niet doorgegaan vanwege een te gering aantal deelnemers. Deze bijeenkomsten werden voorgezeten door Jolande van Teeffelen, diëtiste en Hester de Reus, POH.
- Eens in de drie maanden hebben POH en diëtiste een overleg over nieuwe patiënten en de reeds door beiden behandelde patiënten.
- Voor het GMC polyfarmacie zijn ongeveer 90 patiënten geselecteerd door de apothekers, daarvan zijn er door de huisartsen 60 per brief uitgenodigd. Op de uitnodigingsbrief kwamen enkele positieve reacties. Na enig telefonisch lobbywerk zijn er uiteindelijk 21 patiënten geweest op de drie polyfarmacie-GMCn.
- Het GMC polyfarmacie is geëvalueerd met de deelnemers met behulp van een korte vragenlijst en daaruit bleek dat, omdat het groepsconsult als extra leerzaam ervaren wordt, iedereen een GMC verkiest boven een individueel consult, op twee mensen na. Ook door de hulpverleners werden de GMCn als zeer inspirerend ervaren.
- De onderwerpen die besproken zijn op het GMC polyfarmacie zijn bijvoorbeeld: indicaties, gewenste effecten, bijwerkingen, interacties, problemen met innameschema, onderscheid generiek en specialité, vergoeding, verschillende fabrikanten.
- Er is door de praktijken van Baar & Van der Does en Hohmann & De Vet in IZER-verband (zorggroep) deelgenomen aan benchmarkbijeenkomsten, bezocht door alle verschillende disciplines in de diabeteszorgketen, gebruikmakend van gegevens uit het

keteninformatiesysteem (KIS) PortaVita®. Deze bijeenkomsten werden voorgezeten door Ferdinand van der Does, in zijn rol van kaderarts diabetes.

## **Zorgpad obesitas**

- Er zijn vijf carrousel dagen georganiseerd waarop 30 mensen in totaal zijn gescreend.
- De informatieoverdracht van de diëtiste, de fysiotherapeute en de GGZ consulente op patiëntniveau is vormgegeven. Er wordt gewerkt in een gezamenlijk dossier.
- Door aanpassing in de samenstelling van het obesitasteam is opnieuw aandacht besteed aan de communicatie van wat naar wie?.
- De resultaten van de carrousel worden door de zorgverleners met vragenlijsten en testen in beeld gebracht.
- Halverwege de behandelperiode in de carrousel vindt er een casuïstiekbespreking plaats.
- Er zijn rapportages aan verwijzers/artsen gestuurd na de screening, en na de intensieve begeleidingsperiode van drie maanden. En na 1 jaar is nog een rapportage door de diëtiste gestuurd.
- Bij het meten van het effect van de behandelingen na 3, 6 en 12 maanden is een verschil te zien bij de start van het gemiddelde van het gewicht en de BMI omdat bij elke analyse een andere groep patiënten in aanmerking komen, vanwege het wel of niet aanwezig zijn van de meetgegevens.
- Wegens het ontbreken van meetgegevens is het moeilijk te analyseren wat het effect is geweest van de behandelingen diëtist, fysiotherapeut en de psycholoog bij patiënten met obesitas na 6 en 12 maanden. Het blijkt lastig te zijn om patiënten gedurende een jaar in behandeling te houden of te kunnen bereiken voor het navragen van de gegevens.
- Het is goed om te zien dat de behandelingen na 3 maanden een significant effect heeft gehad op het gewicht en BMI. In het vervolg is aan te bevelen om een manier te bedenken hoe de patiënten in behandeling blijven en/of na 3, 6 en 12 maanden beter gemonitord kunnen worden om het effect van de behandelingen goed te kunnen analyseren. ( nb zie ook bijlage

## **Zorgpad polyfarmacie in verzorgingshuizen**

- Er is een startbijeenkomst geweest van verzorgenden en leidinggevendenden uit de verzorgingshuizen de Nieuwe Plantage en Hoppesteijn met apotheek Rozenburg en huisartsen Annemarie de Vet en Kim Kloppenburg
- De apotheek heeft een overzicht aangeleverd met de patiënten met polyfarmacie in de verzorgingshuizen volgens de opgestelde selectiecriteria
- Er zijn concept procedureafspraken gemaakt met alle betrokkenen hoe de medicatiecontrole vorm te geven.
- Er zijn diverse overlegmomenten geweest met de specialist ouderengeneeskunde voor opzetten structuur gezamenlijke bespreking patiënten in verzorgingshuis op gebied polyfarmacie en zorgpad ouderen
- Er is een structuur overeengekomen om per week met én specialist ouderengeneeskunde én verantwoordelijk verzorgende van verzorgingshuis besprekingen te plannen waarin o.a. systematisch polyfarmacie besproken wordt naast de ouderenproblematiek. De apotheker zal op afstand zijn adviezen geven.
- Er is overleg geweest met verzorgingshuis de Nieuwe Plantage om volgens deze structuur de verzorgenden vrij te plannen voor deze bespreking en tevoren door hen vragenlijsten te laten afnemen
- In het 4<sup>e</sup> kwartaal zal naar verwachting deze besprekingen systematisch worden ingepland met verpleeghuisarts en verzorgende verantwoordelijke en apotheker.

## **Zorgpad palliatieve terminale zorg**

- Er is in opdracht van de CHPR een analyse gemaakt door Bart Schweitzer van knelpunten in de zorg voor palliatieve / chronische patiënten in avond-, nacht-, en weekenddienst. De resultaten zijn gepresenteerd op 6 juni 2011 in het kader van een

nascholing georganiseerd voor medewerkers van de Huisartsenpost SFG. Tevens is er een uitgebreide presentatie en bespreking van gegevens geweest bij het vertrek van Eef van Dijk. Er is een opstart gemaakt tot een verbeterprogramma. Gestart wordt met ontwikkeling van een makkelijk hanteerbaar overdrachtsformulier en onderzocht of de methode gehanteerd op de post IJsselland mbt verkrijgen en up to date houden van overdrachtsgegevens ook op andere posten geïmplementeerd kan worden!

Daarnaast zal de overdracht aan de huisartsenpost als apart item in het palliatief zorgregister (PaTz) meegenomen worden.

- Ten aanzien van borging van gebruik van instrumenten ( Zorgpad Stervensfase, CPT, Continuïteitshuisbezoek, Lesa) met behulp van gestructureerde interdisciplinaire patiëntbesprekingen volgens een model als gebuikt in Amsterdam-Diemen/ PaTz kan gemeld worden dat in de praktijk van Baar en Van der Does is gestart met identificatie van patiënten die voor deze besprekingen in aanmerking komen.
- Er is contact gelegd met Yvonne Engels die daartoe een screenings-instrument heeft ontwikkeld.
- Met de uitrol van project Kralingen-Crooswijk over andere geïnteresseerde hagro's in de regio Rotterdam is een gedegen start gemaakt met behulp van een substantiële ondersteuning van ZonMW. Dit traject staat uitgebreid beschreven in;;" Implementatieplan //Samenwerking in palliatieve zorg in Rotterdam en omstreken// Implementatie Zorgprogramma Palliatieve Zorg" zie bijlagen 1 en 2.

### Zorgpad psychosociale zorgverlening

- Er is onderzocht wat de diverse hulpverleners doen aan psychosociale zorgverlening onder andere door middel van casuïstiekbespreking.
- Annelies Soels heeft een posterpresentatie laten zien over de cursus 'Geen Paniek' die zij tijdens de Master Psychosomatische Fysiotherapie heeft gemaakt. Het gevolg was een uitnodiging van maatschappelijk werk Stichting Dock en de Seniorenraad Kralingen - Crooswijk om een praatje over de cursus bij hen op locatie te houden.
- Marije Fortuin vertegenwoordigt Stichting Dock en zij heeft de nieuwe ontwikkelingen besproken waarmee maatschappelijk werk mee te kampen heeft.
- Door de onderlinge kennis is het verwijzen naar elkaar verbeterd. Er wordt telefonisch of per email contact met elkaar opgenomen, zodra er sprake is van doorverwijzing.
- De POH GGZ is bij het overleg betrokken
- De SPV-er van Indigo, het maatschappelijk werk/afdeling gezin, de praktijk voor psychosomatische fysiotherapie, huisarts en de POH GGZ hebben inzicht in elkaars werkwijze.

### Zorgpad spraak-taal

- Er is een combinatiefolder ontwikkeld door de kinderfysiotherapeute en de logopediste.
- Er is onderzocht of een orthopedagoog of een kinderpsycholoog betrokken kan worden bij het zorgpad. Het probleem is dan echter de vergoeding. Nu wordt via school een orthopedagoog ingeschakeld voor aanvullende diagnostiek.
- Er zijn contacten gelegd met de intern begeleiders van scholen in de omgeving en deze contacten zijn regelmatig onderhouden.
- Het aanbod is bekend gemaakt via het toesturen van folders aan huisartsen en consultatiebureauartsen.
- De behandelingen zijn zoveel mogelijk afgestemd op de thema's die op school gebruikt worden.
- Er worden gezamenlijke rapportages gestuurd aan ouders, school/intern begeleiders en arts/verwijzer.
- Er is een gezamenlijk behandelprotocol gemaakt.
- Er is aandacht besteed aan het opstellen van een lijst met observatiepunten tijdens de gezamenlijke behandeling.

- Er is een start gemaakt met het verzamelen van casuïstiekbeschrijvingen over de gezamenlijke behandeling en het identificeren van de voordelen van deze behandeling. Dit kan gebruikt worden tijdens het presenteren van dit aanbod. Ook is een start gemaakt met het omschrijven van wat dit gezamenlijke aanbod aan meerwaarde heeft.
- De afspraak is gemaakt om na zes behandelingen de gezamenlijke aanpak te evalueren.

## **Spreekuur geestelijke zorg**

- Het Tandemproject is afgerond. De organisatie van een bijeenkomst voor andere huisartsen in de stad om informatie te geven over en leerpunten te delen uit dit project is opgestart.
- Intervisie van deelnemende geestelijk verzorgenden wordt momenteel begeleid door C. Sallaerts, psycholoog. Dit is primair voor de deelnemers in de eerste ring.
- Deskundigheidsbevordering van de geestelijk verzorgenden wordt vormgegeven in onderlinge casuïstiekbesprekingen.
- Ondanks vertrek van een aantal deelnemers uit de eerste ring is door aantrekken van nieuwe geestelijk verzorgenden de kerngroep op peil gebleven.
- Er is ter ondersteuning en ontwikkeling van deze zorg een Stichting Spreekuur Geestelijke Zorg Levinas opgericht.
- Er is fondswerving gedaan voor overbrugging van kosten van diensten geleverd door geestelijk verzorgenden tot een structurele financiering geregeld is. Het Laurensfonds heeft een substantiële toezegging gedaan zodat we weer een jaar de kosten kunnen dekken.
- Ook zijn weer gesprekken gevoerd om te bezien of een Wmo bezoldiging van de geestelijk verzorgers mogelijk zou kunnen zijn. Tot op heden heeft dit nog geen resultaat opgeleverd.

## **Zorgpad communicatie met verloskundigen**

De verloskundigen hebben de ambitie de communicatie tussen de verloskundigen en huisartsen, fysiotherapeuten en diëtisten te verbeteren. Ze zijn in hun eigen groep bezig met een computerprogramma om de overdracht naar andere disciplines en omgekeerd mogelijk te maken. (zorgmail) Er zal in 2012 gewerkt worden aan het verbeteren van de overdracht via de computer, via een overdrachtsformulier en via een overlegvorm.

## **Praktijk Weteringstraat**

Ter verbetering van de kwaliteit van registratie en daarmee de mogelijkheid tot beter inzicht in het functioneren van de praktijk is door K. Kloppenborg, waarnemer in de praktijk, een uitgebreid verbeterplan opgesteld. Prettige bijkomstigheid is dat nu ook voor deze praktijk de PIG-indicatoren uitgespoeld zullen kunnen worden.

De komende jaren zal er aandacht blijven voor de kernpunten van dit verbeterplan.



Hieronder een illustratie van de punten waaraan o.a. gewerkt is:

|                 | Registratie                                                                                            |                                               |                                                                                                        |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diabetes</b> | Aantal Pt T90-2                                                                                        | <b>COPD</b>                                   | Aantal ICPC R95                                                                                        |
|                 | Aantal Pt T90-1                                                                                        |                                               | Hoofdbehandelaar                                                                                       |
|                 | Hoofdbehandelaar                                                                                       |                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• huisarts</li> <li>• specialist</li> <li>• onbekend</li> </ul> |
|                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• huisarts</li> <li>• specialist</li> <li>• onbekend</li> </ul> | Indicatoren                                   | roken                                                                                                  |
| Indicatoren DM  | HbA1C                                                                                                  |                                               | BMI                                                                                                    |
|                 | Bloeddruk                                                                                              |                                               | Beweging                                                                                               |
|                 | Lipidespectrum                                                                                         |                                               |                                                                                                        |
|                 | Nierfunctie                                                                                            |                                               | Inhalatie instructie                                                                                   |
|                 | rookgedrag                                                                                             |                                               | MRC dyspnoe scale                                                                                      |
|                 | BMI                                                                                                    |                                               | Clinical CCQ < 12 mnden                                                                                |
|                 | Voetonderzoek                                                                                          |                                               |                                                                                                        |
|                 | Oogonderzoek fundusfoto                                                                                | <b>Doorgemaakt myocardinfarct</b>             | Selectie ICPCcodes                                                                                     |
|                 | Oogoz retinopathie ja/nee                                                                              |                                               | Hoofdbehandelaar definiëren                                                                            |
|                 |                                                                                                        |                                               |                                                                                                        |
|                 |                                                                                                        | <b>Verhoogd risico op H&amp;V ziekte</b>      | Selectie ICPCcodes                                                                                     |
|                 |                                                                                                        |                                               | Zorgweigeraar definiëren?                                                                              |
|                 |                                                                                                        |                                               |                                                                                                        |
|                 |                                                                                                        | <b>Registreren psychosociale aandoeningen</b> |                                                                                                        |
|                 |                                                                                                        |                                               | Medicatie                                                                                              |



## **BIJLAGEN**

### **Bijlage 1**

## **De zorg voor palliatieve patiënten door de huisartsenpost SFG te Rotterdam**

**Bart Schweitzer**

### **Inleiding**

In Nederland wordt de meeste huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren verleend door de huisartsenposten (HAP's). Deze zorg is in principe bedoeld voor klachten die niet meer kunnen wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts en heeft dus een min of meer spoedeisend karakter. De laatste jaren is het echter duidelijk geworden dat ook veel patiënten met 'alledaagse' klachten zich, om allerlei redenen, tot de HAP wenden. Hierdoor richt de zorg zich mogelijk minder op tijdrovende, complexe, fysieke en psychische problemen zoals bij palliatieve en met name terminale patiënten het geval is. In de vergelijkbare situatie in Engeland is dat het geval.<sup>1,2</sup>

Nederlandse huisartsen beschouwen palliatieve zorg als een wezenlijk onderdeel van de huisartsgeneeskunde.<sup>3</sup> Het thuis zorgen voor stervende patiënten vinden zij een belangrijk onderdeel van de integrale, continue en persoonlijke zorg waar ze naar streven.<sup>4</sup> Tot het jaar 2000 werd voor de meeste patiënten de palliatieve zorg ook buiten kantooruren door de eigen huisarts gedaan. Dit feit, waarbij de huisarts dan ook beschikbaar is voor visites thuis, werd door zowel de patiënten als de huisartsen als waardevol element in de palliatieve zorg beschouwd.<sup>5</sup>

Deze beschikbaarheid van de eigen huisarts is sterk veranderd na de recente reorganisatie van de zorg buiten kantooruren. De Nederlandse huisartsen hebben hun zorg buiten kantooruren nu georganiseerd in grootschalige huisartsen dienstenposten.<sup>6,7,8</sup> Patiënten krijgen deze zorg van een dokter, of van meerdere dokters, die ze niet kennen. Diensten, in het bijzonder nachtdiensten, worden vooral in de grote steden vaak gedaan door jonge dokters die alleen werken als dienstdokter op een huisartsenpost.

Hoewel er huisartsen zijn die persoonlijk (vrijwel) continu beschikbaar zijn, lijkt het erop dat vooral in de grote steden ook veel palliatieve zorg door de HAP wordt overgenomen. Toch blijft continuïteit van zorg in de palliatieve zorg belangrijk, en als de eigen huisarts niet in persoon aanwezig kan zijn is een adequate overdracht van informatie belangrijk om een goede kwaliteit van zorg te kunnen garanderen.<sup>9</sup>

Deze reorganisatie in Nederland werd voorafgegaan door soortgelijke veranderingen in de vroege jaren negentig in Engeland en Denemarken.<sup>10</sup> Patiënten in Engeland, Denemarken en Nederland zijn over het algemeen positief over de zorg die ze krijgen van de huisartsenposten, maar er wordt ook bezorgdheid uitgesproken over de zorg die complexe, tijdverslindende, patiënten in palliatieve zorg krijgen.<sup>11</sup>

Een studie naar de ervaringen van patiënten en hun verzorgers liet zien welke barrières zij ondervinden als ze in de diensten zorg nodig hebben. Deze werden vooral opgeworpen door eigen onzekerheden en niet adequate reacties van de huisartsenposten, die voornamelijk zijn ingericht op acute medische zaken en minder op het tegemoet komen aan de behoeftes van de palliatieve zorg.<sup>2</sup> Een recent onderzoek onder Amsterdamse huisartsen die ook diensten doen bij de huisartsenpost wees uit dat ze ontevreden waren met de kwaliteit van de informatie over patiënten in palliatieve zorg.

Palliatieve zorg is vaak complex en vraagt om deskundig beleid, gebaseerd op goede informatie. Als die er niet is kan dat leiden tot verminderde symptoomcontrole en een toename in onnodige ziekenhuisopnames. Bovendien voelen patiënten en hun verzorgers zich dan onzeker en onvoldoende ondersteund.<sup>12,13</sup>

Huisartsen in Engeland waren over het algemeen tevreden met de palliatieve zorg die door de huisartsenposten werd geleverd, maar huisartsen in de grote steden waren dat minder. Zij vonden dat de continuïteit van zorg tekortschoot. Ook wijkverpleegkundigen waren minder tevreden. Zij klaagden over de kwaliteit van de adviezen, over een afgenomen bereidheid om visites af te leggen, en over problemen bij het verkrijgen van medicatie.<sup>14</sup> Patiënten en hun verzorgers hadden problemen bij het besluiten om al dan niet de huisartsenpost te bellen. Hoewel er meestal gebeld werd om fysieke problemen werd de beslissing om te bellen sterk beïnvloed door psychosociale factoren. Positieve ervaringen van patiënten waren gerelateerd aan een goede organisatie bij de huisartsenpost, vooral waar het informatieoverdracht betrof, en empathische reacties van assistentes en waarnemers.<sup>2</sup>

Weinig is nog bekend over de taken die de HAPs in Nederland vervullen in de palliatieve zorg en over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Op verzoek van de huisartsenpost SFG hebben we een analyse verricht van alle contacten met de HAP SFG betreffende palliatieve zorg in 2010. Een soortgelijke analyse was eerder verricht in Amsterdam, zodat er vergelijkend materiaal aanwezig is. De onderzoeksvraag luidde: wat zijn de kenmerken van de populatie aan wie palliatieve zorg wordt verleend, om welke hulpvragen gaat het en welke zorg wordt er verleend?

### **Methode**

We hebben een retrospectieve studie uitgevoerd van alle palliatieve telefonische contacten gedurende het jaar 2010 met de SFG HAP. In deze regio participeren 145 huisartsen en de populatie die door de HAP SFG bediend 290 000 inwoners. We identificeerden telefoontjes over palliatieve zorg in de Callmanager database met behulp van de zoektermen: palliatief, terminaal, kanker, carcinoom, inoperabel, morfine en fentanyl. Dat leverde 1179 contacten op. Deze werden handmatig nagelopen waarbij contacten die geen palliatief karakter hadden werden verwijderd. In het totaal werden er 511 palliatieve contacten (totaal 61200 contacten) gevonden, waarbij het 236 patiënten betrof.

Tijdens het onderzoek in Amsterdam werd de sensitiviteit van deze methode getest door de resultaten van de screening te vergelijken met de resultaten die we verkregen door alle gegevens over de periode van een maand handmatig na te lopen. Daarbij werden geen nieuwe palliatieve contacten gevonden, zodat alle contacten handmatig nalopen niet nodig is.

De volgende gegevens konden uit de geselecteerde records worden gehaald:

- Patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht, diagnose zoals vermeld door de waarnemer en eventuele terminale fase, zoals vastgesteld door de waarnemer)
- Gegevens betreffende het contact (soort contact, telefonisch of visite, reden voor het contact, zorg die de waarnemer leverde)

Gegevens werden ingevoerd in SPSS 15.0 en geanalyseerd. Voor alle variabelen werden frequenties bepaald. De chi-kwadraattoets werd gebruikt om te bepalen of er verschillen waren tussen de Rotterdamse en Amsterdamse populatie.

### **Resultaten**

De resultaten staan weergegeven in de tabellen 1 tot en met 7. Hierin staan tevens, indien aanwezig, de resultaten uit het Amsterdamse onderzoek vermeld.

In het jaar 2010, de onderzoeksperiode, werd er door patiënten of verzorgenden in totaal 61200 keer telefonisch contact opgenomen met de SFG HAP. Het ging hierbij 511 keer om een contact betreffende palliatieve zorg, waarbij het in totaal 236 verschillende patiënten betrof. (Tabel 1) Voor 95% van deze patiëntengroep werd maximaal 4 keer contact met de HAP gezocht, voor 5% gebeurde dat vaker. (Tabel 2) De telefonische contacten over patiënten in palliatieve zorg vormden in de onderzoeksperiode 0,8% van alle telefonische contacten.

De palliatieve telefonische contacten resulteerden in een visite in 65%, in een telefonisch consult in 35%. (Tabel 3)

De waarnemende huisarts schreef medicatie voor in 78,4%, gaf advies zonder medicatie in 13,1% en verwees de patiënt in 8,5% naar het ziekenhuis. (Tabel 4)

De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 74,2 jaar.

Kanker werd het meest door de waarnemers als diagnose genoteerd (65,3%) In 26,7% van de contacten was de diagnose onbekend.(Tabel 5)

De belangrijkste symptomen (Reason For Encounter) waren pijn (36,4%) en benauwdheid (30,5%).(Tabel 6)

Van alle patiënten in palliatieve zorg die de waarnemers zagen werd 77,1% door hen als zijnde in de terminale fase beoordeeld. Van de terminale patiënten werd 4% alsnog opgenomen, van de niet terminale patiënten was dat 24%, een statistisch significant verschil ( $P=0,000$ ). (Tabel 7)

**Tabel 1. Contacten over palliatieve zorg**

|                                                     | Rotterdam SFG | Amsterdam      |
|-----------------------------------------------------|---------------|----------------|
| Totaal aantal telefonische contacten                | 61.200 (2010) | 137.828 (2006) |
| Telefonische contacten betreffende palliatieve zorg | 511 (0,8%)    | 1041 (0,75%)   |
| Patiënten over wie men belde                        | 236           | 533            |

**Tabel 2. Aantal keren dat contact werd opgenomen met de HAP betreffende dezelfde patiënt.**

| Aantal contacten met HAP | Frequentie | Percent | Cumulatief Percentage |
|--------------------------|------------|---------|-----------------------|
| 1                        | 104        | 44,1    | 44,1                  |
| 2                        | 67         | 28,4    | 72,5                  |
| 3                        | 34         | 14,4    | 86,9                  |
| 4                        | 18         | 7,6     | 94,5                  |
| 5                        | 5          | 2,1     | 96,6                  |
| 6                        | 2          | ,8      | 97,5                  |
| 7                        | 3          | 1,3     | 98,7                  |
| 8                        | 1          | ,4      | 99,2                  |
| 12                       | 1          | ,4      | 99,6                  |
| 21                       | 1          | ,4      | 100,0                 |
| <b>Totaal</b>            | 236        | 100,0   |                       |

**Tabel 3. Verdeling tussen telefonische contacten en visites**

|                     | Rotterdam SFG | Amsterdam | p     |
|---------------------|---------------|-----------|-------|
| Telefonisch consult | 35%           | 47%       | 0,057 |
| Visite              | 65%           | 53%       |       |

**Tabel 4. Actie van de waarnemer**

|  | Totaal Rotterdam SFG N=236 | Totaal Amsterdam N=553 | p |
|--|----------------------------|------------------------|---|
|--|----------------------------|------------------------|---|

|                            |             |             |       |
|----------------------------|-------------|-------------|-------|
| Medicatie voorgeschreven   | 185 (78,4%) | 316 (57,1%) | 0,000 |
| Advies zonder medicatie    | 31 (13,1%)  | 164 (29,7%) | 0,000 |
| Verwijzing naar ziekenhuis | 20 (8,5%)   | 68 (12,3%)  | 0,073 |
| Onbekend                   | 0           | 5 (0,9%)    |       |

**Tabel 5. Patiëntkenmerken**

| Patiënt kenmerken       | Totaal Rotterdam SFG<br>N= 236 | Totaal Amsterdam<br>N-553 | p     |
|-------------------------|--------------------------------|---------------------------|-------|
| <b>Geslacht</b>         |                                |                           |       |
| Man                     | 117 (49,6%)                    | 295 (53,3%)               |       |
| Vrouw                   | 119 (50,4%)                    | 258 (46,7%)               |       |
| <b>Leeftijd (jaren)</b> |                                |                           |       |
| <60                     | 43 (18,2%)                     | 109 (19,7%)               |       |
| 60-70                   | 48 (20,3%)                     | 112 (20,2%)               |       |
| 71-80                   | 55 (23,3%)                     | 137 (24,8%)               |       |
| 81-90                   | 56 (23,7%)                     | 138 (24,9%)               |       |
| >90                     | 34 (14,4%)                     | 57 (10,3%)                | 0,065 |
| Gemiddeld (SD)          | 74,2 (12,4)                    | 73,5 (14,2)               |       |
| <b>Diagnose</b>         |                                |                           |       |
| Kanker                  | 154 (65,3%)                    | 423 (76,5%)               | 0,001 |
| Hartfalen               | 7 (3,0%)                       | 21 (3,8%)                 |       |
| COPD                    | 6 (2,5%)                       | 15 (2,7%)                 |       |
| Neurologisch            | 6 (2,5%)                       | 5 (0,9%)                  |       |
| Onbekend                | 63 (26,7%)                     | 89 (16,1%)                | 0,000 |
| <b>Terminaal ?</b>      |                                |                           |       |
| Terminaal ziek          | 182 (77,1%)                    | 397 (71,8%)               | 0,063 |
| Niet terminaal ziek     | 54 (22,9%)                     | 156 (28,2%)               |       |

**Tabel 6. Belangrijkste symptoom (Reason For Encounter)**

|                  | Rotterdam SFG | Amsterdam |
|------------------|---------------|-----------|
| Pijn             | 36,4%         | 33,6%     |
| Benauwdheid      | 30,5%         | 22,8%     |
| Urinair          | 2,1%          | 4,7%      |
| Maag/darm        | 8,5%          | 11,9%     |
| Vermoeid         | 0,8%          | 0,7%      |
| Hart             | 1,7%          | 1,1%      |
| Psychisch/Onrust | 12,3%         | 11,8%     |
| Overig           | 6,4%          | 8,5%      |

**Tabel 7. Actie waarnemer bij terminale patiënten**

|                       | Medicatie/advies | Opname   | p     |
|-----------------------|------------------|----------|-------|
| Terminaal (N=182)     | 175 (96%)        | 7 (4%)   | 0,000 |
| Niet-terminaal (N=54) | 41 (76%)         | 13 (24%) |       |
| Totaal N=236          | 216              | 20       |       |

## Discussie

Palliatieve contacten vormen voor de HAP SFG een klein maar intensief onderdeel van het werk. Het betreft vaak maar enkele contacten met een patiënt die meestal al terminaal ziek is. Het betreft, logischerwijs, ook vooral de oudste groep patiënten.

De belangrijkste symptomen zijn, zoals ook blijkt in ander onderzoek, pijn en benauwdheid, maar ook delier komt vaak voor.

Verwijzing naar een ziekenhuis vindt in 8,5% plaats, maar bij terminale patiënten maar in 4%. Hier kan de visie van de waarnemers een rol spelen. Patiënten zou je het liefst de kans geven thuis te overlijden en dan is een ziekenhuisopname in de terminale fase bij deze groep patiënten niet wenselijk.

Er zijn enkele duidelijke verschillen met het onderzoek in Amsterdam.

Zo worden er in Rotterdam duidelijk meer visites gedaan ten opzichte van Amsterdam, een net niet significant resultaat, maar toch. Dit lijkt een positief signaal, vooral omdat het hier een zeer kwetsbare populatie betreft.

In Rotterdam wordt naar verhouding vaker medicatie voorgeschreven (significant verschil), maar er worden ook mindere mensen verwezen naar het ziekenhuis.

Bij de patiëntkenmerken is een opvallend verschil dat er significant meer kankerpatiënten in de Amsterdamse palliatieve contacten zaten. Dit zou kunnen worden verklaard uit het feit dat in 26,7% van de Rotterdamse contacten geen diagnose werd genoteerd. Daaronder zullen veel contacten met patiënten met kanker zijn waardoor kanker als diagnose waarschijnlijk is ondergewaardeerd.

De relevantie van dit onderzoek zal nog toenemen als gegevens over een eventuele overdracht van informatie door de huisarts aan de HAP toegankelijk worden.

## Literatuur

1. Richards SH, Winder R et al. Accessing out/of/hours care following implementation of the GMS contract> an observational study. Br J Gen Pract 2008;58:331-338
2. Worth A, Boyd K, Kendall M, Heaney D, Macleod U, Cormie P, Kockley J, Murray S. Out-of-hours palliative care: a qualitative study of cancer patients, carers and professionals.Br J Gen Pract 2006;56:6-13
3. Janssens RJPA. The concept of palliative care in the Netherlands. Pall Med 2001;15:481-486
4. Van Es JC, Gill K, Huygen FJA, Lamberts H. Opnieuw de paradigma's van de huisartsgeneeskunde.( The paradigms of family medicine revisited) Huisarts en Wet 1980;23:268
5. van Uden CJT, Giesen PHJ, Metsemakers JFM, Grol RPTM. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in the Netherlands: From small call-rotations to large scale GP Cooperatives. Fam Med 2006;38:548-52
6. Moll van Charante E, Giesen P, Mokkink H, Oort F, Grol R, Klazinga N, Bindels P. Patient satisfaction with large-scale out-of-hours primary health care in the Netherlands: development of a postal questionnaire. Fam Pract 2006;23:437-443.
7. Giesen P, Moll van Charante E, Janssen H, Mokkink H, Bindels P, Bosch van den W, Grol R. Patients evaluate accessibility and nurse telephone consultations in out-of-hours GP care: determinants of a negative evaluation. Pat Educ Couns 2007;65:131-136

8. General practitioners cooperatives in The Netherlands(Huisartsenposten in Nederland: Inspectie voor de gezondheidszorg). The Hague, The Netherlands: Health Care Inspectorate,2004
9. Michiels E, Deschepper R, Bernheim J, Mortier F, Van der Kelen G, Van der Stichele R, Deliëns L. The role of general practitioners in continuity of care at the end of life. *Pall Med* 2007 Jul;21(5):409-15
10. Thomas K. Out-of-hours palliative care in the community. London:Macmillan Cancer Relief, 2001:5-6
11. Burt J, Barclay S, Marshall N, Shipman C, Stimson A, Young J. Continuity within primary palliative care: an audit of practice out-of-hours co-operative. *J Public Health (Oxf)* 2004;26(3):275-6
12. Schweitzer B, Blankenstein AH, Willekens M, Terpstra E, Giesen P, Deliëns L. GPs views on transfer of information about terminally ill patients to the out-of-hours co-operative. *BMC Palliat Care* 2009;8:19.
13. Schweitzer B, Blankenstein AH, Deliëns L, van der Horst H. Overdrachten in de palliatieve zorg aan de huisartsenpost. *Huisarts en Wet* 2011 54(8);422-426
14. Shipman C, Addington-Hall J, Barclay S, Briggs J, Cox I, Daniels L, et al. Providing palliative care in primary care: how satisfied are GPs and district nurses with current out-of-hours arrangements? *Br J Gen Pract* 2000;50:477-8



---

## Gestroomlijnde 24-uurszorg voor terminale patiënten

*Het komen tot optimale zorg!*

### Kwaliteitsavond huisartsenpost SFG

6 juni 2011

- |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>17.30 uur</b> | <b>Ontvangst met koffie/thee en versnaperingen</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>17.50 uur</b> | <b>Welkom &amp; toelichting programma</b><br>Wouter Boswinkel huisarts, Ien van den Bergh locatiemanager, Bert Prins, directeur CHPR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>18.00 uur</b> | <b>Casuïstiek bespreking</b> (in kleine groepen)<br>Doel: bewustwording van de knelpunten rondom terminale zorg.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>19.00 uur</b> | <b>Indische maaltijd in de kantine</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>20.00 uur</b> | <b>Presentatie resultaten casuïstiekbespreking en enquête HA &amp; Assistenten HAP</b><br>Wouter Boswinkel<br><br><b>Forumdiscussie</b> o.l.v. Harm Buchholtz<br><b>Forumleden:</b> drs. Anneke Dekkers (IKR), Kees Goedhart (specialist ouderengeneeskunde), Sarie Schneider (palliatief vpk), Alejandra Arias Meso (oncologie/palliatief vpk), Corinne Baar-Poort (huisarts), Eef van Dijk (CHPR), Sylvia Corpeleijn (assistente HAP), Paul Hamberg (oncoloog).<br><br><b>Zorgprogramma Palliatieve eerstelijnszorg &amp; landelijke ontwikkelingen</b><br>Korte inleidingen door: Corinne Baar-Poort, Ariana Hamming en Bart Schweitzer (huisarts) |
| <b>21.50 uur</b> | <b>Slotconclusie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>22.00 uur</b> | <b>Afsluiting</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
- 

**Plaats:** Amfitheater Ziekenhuis SFG, Kleiweg 500, 3045 PM Rotterdam

**Aanwezig:** Leestafel

**Accreditatie:** 3 punten

---

## Bijlage 3

Het **Zorgprogramma**\*) is opgebouwd uit vijf onderdelen:

1. Betrokken zorgaanbieders organiseren een goede opvolging na slecht nieuws gesprek

Huisartsen bieden hun patiënt een Continuïteitshuisbezoek aan wanneer de patiënt te horen heeft gekregen dat hij/zij ongeneselijk ziek is.

Het doel van de Continuïteitshuisbezoeken door wijkverpleegkundigen is het aanbieden van continuïteit in de zorg aan palliatieve patiënten, die al dan niet (poli)-klinische behandelingen ondergaan en die op het moment van aanmelding geen CIZ- indicatie hebben voor verpleegkundige thuiszorg.

2. Betrokken zorgaanbieder hebben een adequaat deskundigheidsniveau

Huisartsen en verpleegkundigen zijn in voldoende mate deskundig in het verlenen van palliatieve zorg.

Huisartsen en verpleegkundigen hebben het trainingsprogramma van de Leerhuizen Palliatieve Zorg (LPZ) gevolgd. Dit trainingsprogramma wordt voorbereid in nauwe samenwerking met het IKNL.

Huisartsen en verpleegkundigen kunnen gebruik maken van een Consultatief Palliatief Team

Dit is een team van deskundigen binnen de palliatieve zorg dat onder meer door huisartsen en wijkverpleegkundigen geconsulteerd kan worden bij vragen over patiënten in de palliatieve fase.

3. Betrokken zorgaanbieders hanteren een uniforme verslaglegging in de stervensfase

Het Zorgpad Stervensfase wordt gehanteerd. Het Zorgpad bevat onder meer een checklist en suggesties met betrekking tot behandeling, verzorging en begeleiding van terminale patiënten gedurende de laatste levensdagen en is gericht op de verbetering van de organisatie en kwaliteit van de zorg.

### Richtlijnen palliatieve zorg

Richtlijnen dragen bij aan uniformiteit in verslaglegging en zijn kwaliteit verhogend en continuïteit borgend. Binnen palliatieve zorg gelden verschillende richtlijnen, zoals die voor palliatieve sedatie en pijnmeting, die alle nadrukkelijk interdisciplinair van karakter zijn. Bij verschijning worden nieuwe of aangepaste richtlijnen toegevoegd aan de lijst van instrumenten en al doende geïncorporeerd binnen het geheel van het lopende project. Op die manier krijgen de dagelijkse praktijk en voortschrijdend inzicht de ruimte die zij nodig hebben binnen het organische ontwikkelproces van dit project.

4. Betrokken zorgaanbieders hebben afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden ten aanzien van regie en onderlinge afstemming

Betrokken zorgverleners hanteren de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA).

De LESA geeft richtlijnen voor samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen bij het verlenen van palliatieve zorg aan patiënten in de thuissituatie en houdt daarbij rekening met de verschillen in taken en verantwoordelijkheden. De LESA is in 2009 opgesteld door een werkgroep van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en door de Landelijke Vereniging van Wijkverpleegkundigen, nu V&VN eerste lijn.

Deze LESA was echter geen praktische tool voor dagelijks gebruik. De stuurgroep van de proefregio Kralingen/Crooswijk heeft een LESA ontworpen die gemaakt is voor dagelijks gebruik.

Vanaf het moment dat er meer dan één hulpverlener betrokken is bij een cliënt, kan deze LESA worden ingezet. Het is samenwerkingskaart die een checklist biedt, waarop alle belangrijke thema's benoemd staan die aan de orde kunnen komen in de onderlinge samenwerking. Dit format is toepasbaar en beschikbaar voor alle lokale ketens.

5. Zorgaanbieders hanteren de PaTz

Palliatieve Thuiszorg (PaTz) is een systematische, *evidence based* aanpak, die voorziet in het vroegtijdig herkennen van palliatieve patiënten en het samenstellen van een palliatief zorgregister. Eens per zes weken worden (thema's rondom) cliëntsituaties in multidisciplinair verband besproken. In ieder geval zijn aanwezig de huisarts, de wijkverpleegkundige en een gespecialiseerd



verpleegkundige of arts uit het CPT en – indien noodzakelijk – alle relevante ketenpartners. Jaarlijks worden de vijf laatst overleden patiënten besproken volgens het gevalideerde Engelse model 'After Death Analysis'. Specifiek wordt getoetst of de LESA en de instrumenten al dan niet zijn ingezet en op basis waarvan keuzes om 'iets te doen of laten' werden gemaakt. Het gaat dus om *lessons learned* van de betrokken hulpverleners

\*) *uit;*” Implementatieplan //Samenwerking in palliatieve zorg in Rotterdam en omstreken// Implementatie Zorgprogramma Palliatieve Zorg”

## Bijlage 4

**CONCEPT PATZ register**  
wordt momenteel nog nader uitgewerkt

| naam | diagnose                             | geb.     | m/v | huisarts | wvp | andere 1e Ins HV | problemen            | mantelzorg            | overdracht | plaats zorg | plaats over |
|------|--------------------------------------|----------|-----|----------|-----|------------------|----------------------|-----------------------|------------|-------------|-------------|
|      | dec.cordis                           | 26-11-24 | v   | cb       |     |                  |                      | dochter               | nee        | thuis       | zknhs 30-0  |
|      | polypathologie                       | 12-12-24 | v   | cb/fd    |     |                  | wanhopig             | dochters              | nee        | zknhs       |             |
|      | blaascarcinoom                       | 19-06-27 | m   | cb       |     |                  | dementerende partner | zoons                 | nee        | thuis       |             |
|      | dec.cordis/nierinsuff                | 13-11-29 | m   | cb       |     |                  |                      | dochter               | nee        | thuis       |             |
|      | mond en mamma                        | 26-05-35 | v   | cb       | tzr |                  | stabiel              | zoon                  | nee        | thuis       |             |
|      | gemetast.mammaca                     | 04-12-35 | v   | cb       |     |                  | eenzaam              | geen                  | 2008       | thuis       |             |
|      | longca                               | 26-06-41 | v   | fd/cb    |     |                  |                      | partner               | nee        | thuis       |             |
|      | colonca                              | 11-10-50 | m   | fd/cb    |     |                  | dm/neuropathie       | partner               | nee        | thuis       |             |
|      | larynx en longca                     | 03-03-55 | v   | cb       |     |                  | stabiel              | partner               | 2010       | thuis       |             |
|      | Lymfoom                              | 27-07-55 | m   | fd/cb    |     |                  | momenteel chemo      | partner               | nee        | thuis       |             |
|      | pancreasca                           | 03-09-55 | v   | cb       |     |                  | momenteel chemo      | partner               | nee        | thuis       |             |
|      | krukenberg/maagca met ovarium meta's | 05-09-70 | v   | cb/fd    |     |                  | ok                   | partner               | nee        | thuis       | thuis 30-01 |
|      | niercarc                             | 14-08-26 | m   | fd       |     |                  | onhoudbare thuissit. | geen                  | nee        | thuis       | Cadenza 2   |
|      | ALL                                  | 29-12-04 | v   | fd       |     |                  |                      | ouders                | nee        | thuis       |             |
|      | Leukemie                             | 29-04-85 | v   | fd       |     |                  |                      | partner               | nee        | thuis       |             |
|      | prostaatca                           | 14-01-30 | m   | cb       |     |                  |                      |                       | nee        | thuis       |             |
|      | long en mamma ca                     | 27-03-62 | v   | cb       | tzr | broer: huisarts  | pijn/miss/angst      | ex/ vriendinnen/broer | nee        | thuis       | thuis 10-01 |
|      | hersentumor                          | 27-01-27 | m   | fd/cb    | tzr |                  | retentie/erysipelas  | partner               |            | zknhs       |             |
|      | COPD                                 | 28-07-29 | m   |          |     |                  | uitgeput             | partner/dochter       | nee        | thuis       | zknhs 11-0  |
|      |                                      |          |     |          |     |                  |                      |                       |            |             |             |
|      |                                      |          |     |          |     |                  |                      |                       |            |             |             |
|      |                                      |          |     |          |     |                  |                      |                       |            |             |             |
|      |                                      |          |     |          |     |                  |                      |                       |            |             |             |

## Bijlage 5

### CONCEPT Agenda Bijeenkomsten Palliatieve Thuiszorg (PaTZ) voor huisartsen, thuiszorg en consulenten Palliatieve zorg (specialisten Ouderengeneeskunde en verpleegkundigen)

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aandachtsgebied:                | Intervisie, zorgplanbespreking (volgens het model van PaTZ) en collegiale toetsing en deskundigheidsbevordering rondom palliatieve zorg in de thuissituatie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Organisator                     | <p>Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg<br/>(ism met de Projectgroep ZonMw Samenwerking in de Eerste lijn in de palliatieve zorg in Rotterdam en omstreken: Implementatie Zorgprogramma PZ)<br/>Oosterhagen 239<br/>3078 CL Rotterdam<br/>T 010 753 5804<br/>E <a href="mailto:info@leerhuizenpalliatievezorg.nl">info@leerhuizenpalliatievezorg.nl</a><br/>I <a href="http://www.leerhuizenpalliatievezorg.nl">www.leerhuizenpalliatievezorg.nl</a></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Contactpersoon<br>Omschrijving: | <p>Corine Baar-Poort, huisarts en EKC en Renske Boogaard</p> <p>Regelmatig terugkerende bijeenkomsten van huisartsen, verpleegkundigen van de thuiszorg en leden van het CPT voor Intervisie, zorgplanbespreking en collegiale toetsing en deskundigheidsbevordering rondom palliatieve zorg in de thuissituatie. Het PaTZ is een project uit Amsterdam, opgestart door Drs. Bart Schweitzer, huisarts, waaraan wetenschappelijk onderzoek is verbonden. Deze bijeenkomsten passen in de implementatie en borging van de ervaringen opgedaan in het project Kralingen Crooswijk, "Samenwerken aan verbetering van Palliatieve zorg in de Eerste lijn". De projectervaringen van dit project worden met behulp van een subsidie van ZonMw in 2011-2013 uitgerold over heel Rotterdam. Minstens een van de specialisten Ouderengeneeskunde is tevens consulent palliatieve zorg. De bijeenkomst wordt ook bijgewoond door de verpleegkundige consulent palliatieve zorg</p> |
| Doelen                          | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Intervisie en deskundigheidsbevordering.</li><li>2. De verbetering van de kwaliteit van zorg thuis voor patiënten in de palliatieve fase.</li></ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Vorm                            | <p>Op de eerste avond zullen handvatten aangereikt worden voor het opstellen van een "Palliatief zorgregister" en bespreken van casuïstiek aan de hand van dit register. Verder worden afspraken gemaakt ten aanzien van verantwoordelijkheid voor organisatie en planning van volgende bijeenkomsten en bijhouden van het register en omtrent specifieke bijscholing (in aparte bijeenkomsten).</p> <p>In de volgende bijeenkomsten wordt de casuïstiek besproken van patiënten opgenomen in het Palliatief zorgregister. Er is een huisarts-voorzitter, die het Palliatieve Zorgregister beheert en de agenda en de tijd bewaakt.</p> <p><b>Check</b> of de volgende <b>"Tools"</b> gebruikt worden resp geïndiceerd zijn:</p>                                                                                                                                                                                                                                          |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. de <b>LESA PZ</b>: (altijd verplicht)<br/>Inventarisatie <ol style="list-style-type: none"> <li>a. diagnose, prognose, zorgplan, bijkomende problematiek,</li> <li>b. betrokken hulpverleners en wenselijke plaats van overlijden</li> <li>c. wat is er (medisch) nodig voor: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. verlichting van lijden van patiënten en hun naasten (somatisch, psychisch, sociaal en zinbeleving/spiritueel)</li> <li>b. organiseren van de zorg: communicatie, organiseren van zorg (protocollen en richtlijnen, advanced care planning, zorg voor de zorgenden, samenwerking met en overdracht naar de Huisartsenpost (HAP of CHPR) en ethische besluitvorming, zorg voor de zorgenden.</li> <li>c. ruimte maken voor liefde, afscheid en afronding</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. <b>Palliatief zorgregister</b>: (altijd verplicht)<br/>identificeren, coderen en monitoren in welke fase de patiënt verkeert: diagnose, curatie (bij levensbedreigende ziekte), palliatieve therapie, palliatieve zorg, terminale zorg, nazorg</li> <li>3. Indicatie <b>Continuïteitshuisbezoek</b></li> <li>4. Indicatie <b>Consultatief Palliatief Team</b> (CPT)</li> <li>5. Indicatie <b>Zorgpad Stervensfase</b> (ZS)</li> <li>6. Evaluatie en indicatie nazorg <b>After Death Analysis</b> (ADA) <ul style="list-style-type: none"> <li>• wat zijn de vragen van de patiënt &amp; zijn/haar naasten?</li> <li>• wat hebben de verzorgers van de patiënt nodig?</li> </ul> </li> </ol> <p>Aan de hand van deze inventarisatie wordt desgewenst met adviezen door CPT een proactief plan gemaakt .</p> |
| Deelnemers           | huisartsen, verpleegkundigen thuiszorg en leden van het Consultatief Palliatief Team (specialisten Ouderengeneeskunde en verpleegkundigen en op uitnodiging andere disciplines vanuit de Eerste lijn en van het CPT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Aantal deelnemers    | max 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Duur bijeenkomsten   | 2 uur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Aantal bijeenkomsten | 8 per jaar, minimum aanwezigheid 3 bijeenkomsten per jaar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Data                 | ....., ....., ....., ....., .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Vorm                 | Bespreking aan de hand van een agenda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Accreditatie         | 2 punten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Voor GAIA            | Competentiegebieden 3, 4 en 6<br>Competentiegebieden gedetailleerd): zie bijlage (de rood gearceerde hoofdstukken en paragrafen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## Bijlage 6

### **Leer-tandems** geestelijke verzorging in de huisartsenpraktijk

Mentoraat van 4 duo's Huisartsen/GV om te komen tot adequate samenwerking tav geestelijk lijdende patiënten.

**Begeleiding en coördinatie:** C.H. Baar-Poort, huisarts, M. van Dijk, transcultureel psycholoog, Corry Straten geestelijk verzorger Bavo-Parnassia en docent C. Sallaerts, klinisch psycholoog

#### **Leerpads:**

Bij een totaal aantal geplande ontmoetingen van 7 verlopen na een eerste plenaire bijeenkomst de volgende twee stappen aan de hand van de individueel vast te stellen bijeenkomsten van de leer-tandems (Op basis van voortschrijdend inzicht is aan de tandems van GVer(a) en huisarts een 2<sup>e</sup> GV(b) toegevoegd voor observatie, reflectie en verslaglegging. Ieder leertandem bestaat dus uiteindelijk uit 3 personen!). Daarna volgt weer een plenaire bijeenkomst gevolgd door wederom twee leer-tandembijeenkomsten en wordt tenslotte plenair afgesloten.

#### Bijeenkomst 1

Er wordt vervolgens, met alle leer-tandems 1 x proefgedraaid aan de hand van 1 gezamenlijke casus. Daarin wordt aandacht besteed aan:

1. het verhaal
2. waar liggen de gezamenlijke aspecten
3. op welke manier besteedt een ieder aandacht aan 2
4. hoe analyseert de huisarts, en hoe de tandem-GVer
5. belang van reflecties om tot samenwerking te kunnen komen
6. benoemen naar elkaar van mentoraatsverwachtingen (uitleg verschil leraar-leerling (de laatste moet het nog leren) en mentoraatsproces, waarbij geen hiërarchie aanwezig is, maar juist de wijsheid om het realiseren van **het reeds aanwezige potentiaal** van de ander in het middelpunt staat

Er worden twee afspraken tussen de leertandems gemaakt, waardoor er, uitgaande van 12 deelnemers (4 huisartsen en 8 GVers), nu 4 leertandems zijn.

Er zal informatiemateriaal (Johari window) ter beschikking worden gesteld, maar nog geen raster oid, daar deze vanuit de 4 tandems zelf moet ontstaan! Het voorstel is, dat de tandems met hun eigen voorstellen komen naar bijeenkomst 4. Het spannende is, of het mogelijk zal zijn een vorm te vinden, die de multi-culturele, multi-religieuze interpretaties in **één vorm**, maar duidelijk **met verschillende inhoud** naar de geestelijke stromingen, kan bevatten, die zowel de huisarts in zijn /haar werk ondersteunt, alsook de geestelijke begeleiding inschakelt als behandeling op gediagnosticeerd geestelijk lijden van patiënte.

Duur: 2 uur

#### Bijeenkomst 2 (Mentoraat 1) & Bijeenkomst 3 (Mentoraat 2)

Duur: ieder 1,5 uur

#### Bijeenkomst 4

Via een gezamenlijke reflectie op de resultaten van de eerste twee gezamenlijke bijeenkomsten van de leertandems Huisarts/GV zal een eerste resultaat van eerste twee gesprekken duidelijk moeten zijn. De leertandems komen met casussen en voorstellen tot een vorm van gerichte reflectie, diagnostiek en behandeling. Het is belangrijk, dat de diverse geestelijken daarbij gaan zien, hoe zij de huisartsen kunnen ondersteunen bij het vaststellen van geestelijk lijden van de patiënten en dat de huisartsen gaan zien, hoe zij duidelijker in hun diagnostiek naar de diverse geestelijken kunnen toewerken.

Zinvol zou zijn, als elke geestelijke, gebaseerd op hun ervaringen van samenwerking met de huisartsen, nu 5 minuten een inleiding geeft op de voor hen specifieke vormen en mogelijkheden.

Met elkaar komt men tot een voorstel van 1 of 2 verwijsformulieren, die nu in de volgende serie een testfase ingaan, die tot bijstellingen zal leiden.

Opdracht voor de volgende bijeenkomsten is naast testen van het gekozen verwijsformulier te komen tot een voorstel voor een terugkoppelingsformulier van GVer naar huisarts aan de hand van gemeenschappelijke casuïstiek;

Duur: 2 uur

Bijeenkomst 5 (Mentoraat 3) & Bijeenkomst 6 (Mentoraat 4)

Duur: resp. 1 en 1,5 uur

Bijeenkomst 7: Afronding

Evaluatie resultaten mentoraatgesprekken 3&4, bespreking van voorstellen terugkoppelingsformulier van GVer naar huisarts en komen tot een keuze welk formulier nu te gaan hanteren voor verwijzing en terugkoppeling.

Afspraken maken voor continuering van het project.

Duur: 2 uur

Duur totaal: 11,5 uur

## Bijlage 7

### Verslag startbijeenkomst 24-11-2010 tandemproject:

We hebben een goede en intensieve start gehad van ons **tandemproject** op 24-11-2010!

Na een korte schets van de context van het project was er een open en geanimeerde voorstelronde.

#### Feedback:

CvS (geestelijk verzorger en docent) heeft een korte richtlijn voor feedback gegeven aan de hand van het Johari-model. De belangrijkste boodschap voor iedereen daarbij was; de *feedback* gaat hier *over aangedragen casuïstiek* en niet over de persoon van de dokter of de geestelijk verzorger.

Het *doel* is *de vragen te vinden die de verwijzing van huisarts naar geestelijke zorg faciliteren*.

Het feedbackformulier, dat wij jullie aanreikten, is bedoeld als hulpmiddel en zeker geen dwingend voorschrift. De bedoeling is dat CS(psycholoog) en CvS vanuit de verslagen die iedereen hen toestuurt van de mentoraatbijeenkomsten de vragen kunnen destilleren die er toe doen bij verwijzing.

**Tandems:** Gezien de aard van kanttekeningen van BM bij het proces heeft zij in overleg met ons besloten niet deel te nemen aan dit project. NB een islamitisch geestelijk verzorgster, collega van LA, zal het tandem van RR en AW aanvullen.

**Planning:** In overleg is de middenbijeenkomst verplaatst naar 09-02-2011 en de slotbijeenkomst naar 13-04-2011.

CS en CvS verwachten voor 21 januari van iedere groep een verslag van de 1<sup>e</sup> en de 2<sup>e</sup> mentoraatbijeenkomst(wellicht ten overvloede; die plannen de tandems zelf!) om voldoende tijdig de middenbijeenkomst vorm te kunnen geven.

#### Aandachtspunten naar aanleiding van de middenbijeenkomst 09-02-2011 voor de leer-tandems van Levinas.

Wat is er gebeurd? Wat ging goed, wat kan beter, welke vragen liggen er? Ervaringen worden uitgewisseld.

Enkele zaken die ter sprake kwamen.

- Er hebben goede gesprekken plaats gevonden, hoewel het soms even zoeken was naar geschikte tijden, zeker in de drukke decembermaand.
- De bevindingen zijn positief. Elkaar in alle rust de eigen verhalen en ervaringen vertellen werkt inspirerend. Het smaakt naar meer.
- Huisartsen en geestelijk verzorgers leerden elkaar kennen.
- De ervaringen die hier gedeeld worden zouden verbreed kunnen worden naar andere huisartsen en geestelijk verzorgers.
- Daar waar huisartsen vroeger niet dachten aan doorverwijzen naar geestelijk verzorgers, is die mogelijkheid nu optioneel geworden.
- Er wordt ontdekt dat geestelijk verzorgers minder probleemoplossend zijn.
- Voor verschillende aanwezigen was het zoeken naar een thema en het vermelden van een categorie lastig naar aanleiding van de patiëntenpresentaties door de huisarts. De vraag is wie het thema en de categorie bepaalt, de huisarts of de geestelijk verzorger of samen? De vraag werd ook gesteld of het vermelden van een thema en een categorie nodig is.
- Huisartsen vragen zich af of ze hun verwijzing onder kunnen brengen in een van de bestaande systemen. Dan hebben ze toch iets van een categorie nodig. Of kunnen de levensbeschouwelijke thema's ondergebracht worden bij de sociale, psychologische of andere categorieën?
- Hoe zit het met de financiering? Corine: wordt aan gewerkt.
- Het beeld dat de geestelijk verzorger krijgt bij de patiëntpresentatie wil men nog niet een begin van een levensbeschouwelijke diagnose noemen.
- Huisartsen hebben er nog niet helemaal zicht op wat de geestelijk verzorger precies doet.
- Geestelijk verzorgers praten liever niet over een behandelplan. Optie: handelingsconcept.

De algemene reflecties van CvS en CS worden besproken.

Daarna een bruggetje naar de volgende fase. De geestelijk verzorgers gaan in gesprek met de doorverwezen patiënten en zullen nu terugkoppelen naar de huisarts. Er is een feedback formulier voor. Er worden afspraken gemaakt voor nieuwe ontmoetingen.

## **Evaluatie van de slotbijeenkomst 13-04 2011 van het tandemproject huisartsen – geestelijk verzorgers van Levinas.**

### **Wat is er geleerd?**

- De huisartsen weten wie de geestelijk verzorgers zijn. Zij weten wat de geestelijk verzorgers voor de patiënten kunnen betekenen: steun, mogelijkheid van doorverwijzen en bereikbaarheid.
- Het was soms lastig voor wat betreft de tijdsplanning.
- Er is vertrouwen over en weer. Geestelijk verzorgers, zijn niet zo bedreigend. Men heeft elkaar leren kennen. Weet men nu wat men van elkaar kan verwachten? De geestelijk verzorgers hebben voor de huisartsen meer gezicht gekregen.
- Er is geleerd om te luisteren. Ook te luisteren naar andere culturen.
- Het is een ingewikkeld proces van verwijzing waarin iedereen zit.
- Het is de kunst om woorden te vinden om de problemen met elkaar te communiceren.
- Bij het overdragen van informatie moet iedere keer gekeken worden wat wel en wat niet overgedragen wordt. Wat is relevant om door te geven? De wederzijdse reacties helpen om helder te krijgen wat nodig is.
- Er is geduld en tijd nodig voor dit leerproces.
- Er is nieuwsgierigheid naar andere tandem koppels.
- De huisartsen hebben geleerd om te gaan met de mate van veiligheid bij de geestelijk verzorgers.
- De geheimhoudingsplicht is niet zonder meer vanzelfsprekend.
- Het is zoeken naar de taal om helder te krijgen wat de patiënt, de mens, de huisarts en/of de geestelijk verzorger bedoelt.
- Het persoonlijk contact tussen de huisarts en de geestelijk verzorger is essentieel.
- Hoe breng je ter sprake: 'Zoek eens contact met een geestelijk verzorger...'
- Is er een follow up bij verwijzingen?
- Er is veel gemeenschappelijks tussen de geestelijk verzorgers.
- Er is weerstand tegen het indelen in categorieën. Weerstand tegen het invullen van de formulieren.
- Er is geleerd om te onthaasten.
- Koekjes, lunch, samen eten is belangrijk.
- Er is antwoord gekregen op wat de geestelijk verzorger doet. Vooroordelen verdwenen.
- Mensen i.p.v. patiënten?
- Het levensverhaal is essentieel.
- De uniciteit van de persoon wordt benadrukt.
- De huisarts heeft een breed spectrum.
- De huisarts kan verwijzen naar de GV, maar kan ook de geestelijk verzorger consulteren.
- De geestelijk verzorgers hebben veel gemeen qua aanpak, werk- en denkwijzen.
- Communicatie is belangrijk. De band tussen de huisarts en de geestelijk verzorger vergroot de mogelijkheid om betekenis te geven aan een 'zoekende'.
- Samenwerking is belangrijk om elkaars werkwijzen te waarderen.
- Er is onderscheid tussen huisartsen en geestelijk verzorgers.

### **Hoe is het bovenstaande geleerd?**

- Via gesprekken, met elkaar in gesprek zijn, elkaar beter leren kennen.
- Leren luisteren.
- Elkaar ontmoeten is erg belangrijk.
- Vertrouwen hebben en geven.
- Communicatie.
- Elkaar ontmoeten, persoonlijk contact.

Bovenstaande gaf onderlinge herkenning en bevestiging.

### **Hoe nu verder? Hoe kan dit leerproces verder gaan? Wat heb je nodig?**

- Themabijeenkomsten met eten of borrel erbij. Een inhoudelijk thema waarover verteld wordt. Ervaringen uitwisselen.
- Deze bijeenkomsten kunnen gehouden worden op een aansprekende locatie, zoals kerk, tempel, moskee. (CvS: Humanistische ruimte?)
- Aanvragen van accreditatiepunten.



- Is er geld voor?
- Hoe vaak? Een, twee, vier keer per jaar?
- Deze groep is er nu. Wellicht verbreden naar andere huisartsen en geestelijke verzorgers?
- Elkaar wel blijven ontmoeten. 3 of 4 keer per jaar.
- Bestaande tandems nog een of twee keer bijeenkomen op de huidige basis.
- Geestelijk verzorgers twee keer per jaar bijeenkomen en de huisartsen twee keer per jaar bijeenkomen. Geestelijk verzorgers en huisartsen samen : een keer per jaar.
- Elkaar fysiek ontmoeten maakt makkelijker contact dan via de mail.
- De oorspronkelijke groep van zes plus nieuwe deelnemers.
- Casus bespreking in wisselende samenstelling, met afwisselend de pandit, de imam, de dominee, de humanistisch raadvrouw enz.
- Tandems kunnen wisselen.
- Kunnen andere eerste lijnwerkers betrokken worden om ook te verwijzen naar de geestelijk verzorgers?
- Voeding in dit proces blijft nodig.
- Huisartsen nodigen geestelijk verzorger en huisartsen uit.
- Geestelijk verzorgers nodigen huisartsen en geestelijk verzorgers uit.
- Intervisie op basis van de filosofie van Levinas.
- Intervisie van twee tandemgroepen.

### **Reflecties**

Het bovenstaande laat zien dat er veel geleerd is en dat de huisartsen en geestelijk verzorgers meer van elkaar weten wat ze doen. Dat is winst! Er kan worden doorverwezen. Het referentiekader van de huisarts is een ander referentiekader dan dat van de geestelijk verzorger. Daarom is het prachtig dat er samengewerkt kon worden vanuit de verschillende referentiekaders. Er konden woorden gevonden worden om het probleem van de patiënt/deze mens te bespreken. In praktisch alle situaties is dat goed gelukt.

Er zijn enkele aandachtspunten:

- Er wordt met tevredenheid en genoeg teruggekeken op dit proces. Veel enthousiaste reacties en blijde gezichten. Een grote betrokkenheid van allen.
- De status van de geestelijk verzorger ten aanzien van de huisarts is niet goed doorgesproken. In welke verhouding staan zij tot elkaar? Hier ligt onduidelijkheid. Dit vraagt aandacht en beleid. De geestelijk verzorger heeft vanuit zijn/haar ambtelijkheid een vrijplaatsfunctie. Dit is een zeer kostbare status. Daardoor heeft de geestelijk verzorger ook een verschoningsrecht. Dit tandemproject is gericht op de samenwerking van de huisarts en de geestelijk verzorger. Als de ene professional wel volstrekt open is en de ander niet, ontstaan er scheve verhoudingen. Duidelijk moet zijn of en wanneer de geestelijk verzorger werkt als ondersteuner van de arts of vanuit zijn/haar ambtelijke functie in de vrijplaats. Dat moet aan het begin van het traject mee gedeeld worden aan en helder zijn voor alle betrokkenen.
- De tweede keer zijn er net als de eerste keer patiënten presentaties geweest van de huisarts naar de geestelijk verzorger. Dat blijkt uit de formulieren. Het was de tweede keer de bedoeling om te laten zien hoe de geestelijk verzorger de terugkoppeling maakte naar de huisarts. Dat de geestelijk verzorger zou laten zien wat er was gedaan na de verwijzing en vervolgens terugkoppelen. Toen we(CS en CvS) daar aandacht voor vroegen werd vermeld dat dat zeker wel besproken was, maar niet opgeschreven. Er is geen zicht op hoe dit is verlopen.
- Veel huisartsen hebben geen behoefte aan terugkoppeling door de geestelijk verzorger. Wat betekent dat?
- Het is zaak om de professionele geestelijk verzorger een normale vergoeding te geven.
- Geestelijk verzorgers vinden het moeilijk om de inhoud van hun contacten in een categorie te plaatsen. Wat betekent dat?
- CvS en CS hopen op intervisie bijeenkomsten waar gereflecteerd wordt(= leren) op datgene dat gebeurd is, op de professionele houding en de verantwoorde samenwerking ten dienste van de zoekende mens.

Na afloop bleven veel aanwezigen napraten en legden nieuwe contacten.

**Tenslotte**

Als eerste vervolg op deze leer-tandemserie willen we het komend jaar (2011/2012) als huisartsen( Eva Ketzer, Werner van Schaik , Corine Baar) en geestelijk verzorgers(Marjo den Bakker, Ashis D. Mathura, Naima El Bouchtaoui).gezamenlijk een drietal nascholingen gaan organiseren. In juni zullen we daartoe een eerste afspraak plannen en alle wijze raad van Corry en Ruthmarijke meenemen in ons plan.

## **Bijlage 8**

### **Jaarverslag Huisartsen Levinas**

# Jaarverslag 2011

## HOED Levinas



### Inleiding

1. Belangrijke gebeurtenissen in 2011
2. De deelnemersvergaderingen, het Bestuur van de Stichting tot Ontwikkeling van
3. De HOED –Wilbert van de Winkel, Mark de Jong Spiral Dynamics, portefeuilleverdeling
4. Personeel van de HOED
5. De apotheose: de opening van GC Levinas in 2012
6. De samenwerking met elkaar
7. De NHG Praktijkaccreditatie
8. De samenwerking met IPCI
9. De samenwerking met Achmea
10. Een kritische noot over indicatoren en doelmatigheid
11. De samenwerking met zorggroep IZER
12. De samenwerking met de verzorgingshuizen van Aafje
13. De samenwerking met andere huisartsen, FTO, vakantiewaarneming
14. De samenwerking met de Erasmus Universiteit
15. Het Nivel – deelname aan het netwerk SuNN
16. “Door Clienten Bekeken”
17. De overige randvoorwaarden
18. Diversen

Tot slot, visie op de toekomst

Appendix: tabellen IPCI.

## Inleiding

Dit jaarverslag bedoelt in sneltreinvaart een opsomming te geven van de belangrijkste activiteiten van de HOED Levinas: drie praktijken die al jaren samenwerken om zich uiteindelijk, dat is nu gebeurd in februari 2012, samen onder één dak te vestigen in een splinternieuw gebouw: Gezondheidscentrum Levinas. Het jaar 2011 was bijzonder roerig, zoals u zult kunnen teruglezen in dit verslag. Er zijn grote belevenissen geweest, er zijn vele grote en kleine problemen overwonnen en er is al heel, heel erg veel bereikt. Dat de onderlinge samenwerking tussen de huisartsen en tussen de verschillende disciplines al vorm gekregen heeft vóórdat het GC Levinas er daadwerkelijk stond, getuigt van veel visie bij de zorgverleners en heeft bij velen de noodzakelijke moed erin gehouden dat het gebouw er ondanks alle tegenslag en vertraging toch zou komen. Vele zorgverleners en hun achterban hebben zeer veel expertise, tijd en geld geïnvesteerd om dit voor elkaar te krijgen.

### 1. Belangrijke gebeurtenissen in 2011

Het jaar 2011 is voor de alle huisartsen en medewerkers van de HOED Levinas sterk negatief gekleurd door het overlijden van Hans Kremer Hovinga op 9 maart 2011, na een ziekbed van slechts enkele weken. Dit verlies moest niet alleen door ieder persoonlijk worden verwerkt, maar leidde ook tot ontelbare organisatorische en administratieve problemen die om een oplossing vroegen.

De praktijk van Hans, omgedoopt in 'praktijk Weteringstraat', moest met terugwerkende kracht per 1 januari overgenomen worden door de twee andere praktijken. Met spoed moest personeel worden gevonden en ingewerkt, zowel waarnemend huisartsen als assistenten; personeel moest worden uitgeleend; en uiteindelijk moest ook zo snel mogelijk een opvolger worden gevonden. De voorkeur ging uit naar een derde duo parttime huisartsen. Dit duo werd inderdaad gevonden in mevrouw K.I.M. (Kim) Kloppenborg en de heer J. (Joris) van Driel. Kim Kloppenborg heeft de praktijk nu per 1 januari 2012 officieel overgenomen en is toegetreden tot de HOED Levinas. Joris van Driel is bij wijze van bedenktijd voorlopig in dienstverband in de praktijk werkzaam. Ergens in 2012 hopen wij hem alsnog als volwaardige partner in de HOED te mogen verwelkomen.



### 2. De deelnemersvergaderingen t.b.v. GC Levinas

Het jaar 2011 heeft van de toekomstige deelnemers aan Gezondheidscentrum Levinas, toen nog volop in aanbouw, veel voorstellingsvermogen, creativiteit en uithoudingsvermogen gevraagd. Voor het Bestuur van de Stichting tot Ontwikkeling van GC Levinas, in het bijzonder voor Corine Baar, huisarts, en Rob Brouwer, apotheker, is het een tour de force geweest naast het organiseren van de vele deelnemersvergaderingen zelf ook nog veelvuldig te vergaderen en te lobbyen en o.m. de contacten met de projectontwikkelaar te onderhouden. Zij hebben op soms onnavolgbare wijze de toekomstige deelnemers



als groep vrijwel geheel bij elkaar weten te houden vanaf het prille begin vele jaren geleden en intussen de rust en het overzicht behouden in een wirwar van lopende processen en relaties.

### 3. De HOED Levinas

De huisartsen hebben in 2011 voortgebouwd op een samenwerking die er op enkele vlakken al was: er werden zorgpaden gedeeld en er werd een POH gedeeld. Zoals gezegd werden de praktijken Baar & Van der Does en Hohmann en De Vet begin maart gezamenlijk eigenaar van de praktijk Weteringstraat. Enkele dagen voor Hans' overlijden werd de praktijkoverdracht door hem en door de andere vier huisartsen getekend. De vergaderingen van de HOED kregen daardoor een meer zakelijk karakter dan voorheen. We hebben Wilbert van de Winkel, adviseur van bureau Obelon, bereid gevonden onze vergaderingen voor te zitten om ons door deze lastige periode heen te loodsen. Dit heeft geresulteerd in een heldere portefeuillevordering binnen de HOED. Mark de Jong, zelfstandig adviseur, is nog een middag teruggeweest in de HOED om ook Kim Kloppenborg en Joris van Driel in te wijden in de theorie van Spiral Dynamics, zoals de anderen al in 2010 overkomen was.

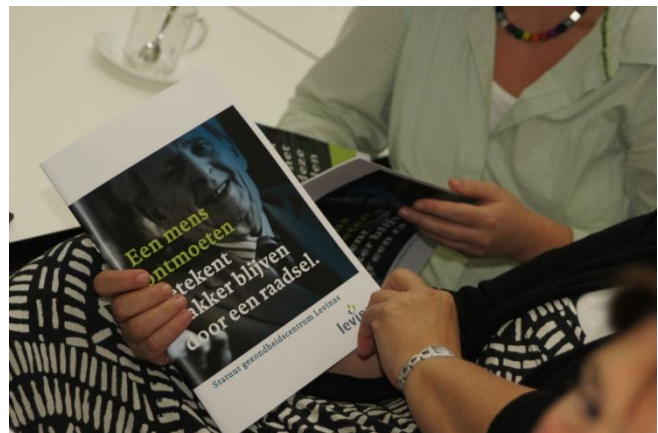
De taken zijn voorlopig als volgt verdeeld: Baar, voorzitter; Van Driel, secretaris; Hohmann, penningmeester; De Vet, telefonie/ICT/communicatie; Kloppenborg, personeel; Van de Does, medisch.

### 4. Personeel van de HOED

De drie praktijken zijn in 2011 nog steeds zelfstandig opererende maatschappen, met eigen personeel. Wel is er een nieuwe maatschap opgericht, Huisartsen Levinas genaamd, die als werkgever fungeert voor medewerkers die voor meerdere praktijken binnen GC Levinas werken. Het gaat hier in 2011 al om de POHs, waar in 2012 de coördinerend assistente en een baliedewerker bijkomen.

5. **De officiële opening van GC Levinas** in maart 2012, een maand na de eerste ingebruikname van het gebouw, was op een prachtige vrijdag, met een set presentaties en optredens in Pro Rege, een trommeloptocht naar het nieuwe gebouw, waar de openingshandeling (de onthulling van een op Levinas geïnspireerd beeld van Eric Claus) verricht werd door burgemeester Aboutaleb. Tot ieders verrassing had de burgemeester ook nog twee Erasmusspelden in de aanslag voor Corine Baar en Rob Brouwer, voorzien van een laudatio die er niet om loog. De dag erna kregen familie en vrienden van medewerkers en andere belangstellenden de kans het nieuwe pand te bewonderen.

6. In 2011 heeft de toekomstige **samenwerking van de hulpverleners in GC Levinas** al gestalte gekregen in een set concrete afspraken over hoe wij als hulpverleners in GC Levinas met elkaar en met patiënten willen omgaan. Het Levinasstatuut is een document waarin deze afspraken zijn vastgelegd, vergezeld van een prachtig essay van Jan Keij, Levinaskenner bij uitstek, getiteld: Het best mogelijke hulpverleners volgens Emmanuel Levinas. Al sinds 2010 is er een concrete start gemaakt met de samenwerking tussen de disciplines in een aantal zorgpaden; dit is in 2011 verder uitgebouwd, ondanks het feit dat het gebouw nog moest worden betrokken en er in 2011 feitelijk vanuit enkele tientallen praktijkadressen werd gewerkt. Een korte beschrijving van de verschillende zorgpaden wordt gegeven in het jaarverslag van GC Levinas.



### 7. De NHG Praktijkaccreditatie

De praktijken Hohmann & De Vet en Baar & Van der Does zijn beiden (opnieuw) geaccrediteerd door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ook



hierin is al samengewerkt als in een gezondheidscentrum, nog zonder daadwerkelijk op één adres gevestigd te zijn. De NHG-accreditatie zal in 2012 voor het eerst een gezamenlijke inspanning zijn van alle drie de praktijken in de HOED Levinas.

8. De roep om verantwoording over **de kwaliteit van de geleverde diensten** in de gezondheidszorg wordt de laatste jaren steeds luider. Om de kwaliteit van geleverde zorg te meten zijn door de beroepsgroep, door verzekeraars en door andere gremia een keur aan kwaliteitsindicatoren in het leven geroepen, waarvan het de bedoeling is dat die althans het meetbare gedeelte van de zorgkwaliteit enigszins verhelderen voor verzekeraars en patiënten. Op basis van de begrote kwaliteit kan vervolgens onderhandeld worden over het prijskaartje dat hangt aan de verschillende “producten”. Het is uiteraard de droom van elke huisarts dat verantwoording afleggen over de geleverde kwaliteit van uit het HIS gerealiseerd kan worden “met één druk op de knop”. Er wordt een serieuze poging ondernomen die droom te verwezenlijken in de **samenwerking tussen Levinas en IPCI** (Integrated Primary Care Information), een instelling die valt onder de afdeling Medische Informatica van de Erasmus Universiteit. Corine Baar is al sinds de tachtiger jaren bij dit netwerk aangesloten en heeft namens de HOED Levinas IPCI intensief van input voorzien over hoe dit te realiseren vanuit ons HIS, Mira®. Ad hoc heeft ook Van der Does enige expertise geleverd op het gebied van de diabetesindicatoren. De set kwaliteitsindicatoren die IPCI uitleest uit ons HIS, de zogenaamde ‘PIG-indicatoren’, zijn ontwikkeld vanuit een samenspraak tussen verzekeraars en gezondheidscentra. Bijgaande tabellen (appendix) geven het resultaat hiervan weer voor onze gezamenlijke praktijken bij elkaar, op “tijdstip 0,1” (1 februari 2011) en op “tijdstip 1” (31 december 2011). Om met een samenvattende opmerking te beginnen: het valt vooral op dat we al veel getallen op een betrouwbare manier kunnen produceren dankzij het zeer systematische registreren wat door POHs en huisartsen gedaan wordt, maar dat we nog niet helemaal zijn waar we uit willen komen: er blijken nog aantallen “op nul te staan” die toch wel degelijk door ons worden geregistreerd, maar niet als zodanig worden opgepikt door IPCI. De oogscreening bij diabetes is daar een voorbeeld van: uit andere bron weten wij dat wij daar vóór bovengemiddeld op scoren; in IPCI wordt daarop door ons nog nauwelijks gescoord. Andere items staan op nul omdat we ze überhaupt nog niet apart registreren: het fenomeen ‘zorgweigeraar’ is bijvoorbeeld relatief nieuw en onzes inziens inhoudelijk nog niet helder genoeg geoperationaliseerd.
9. In 2011 is verder gewerkt aan de **samenwerking met onze dominante zorgverzekeraar Achmea**. Achmea is zo grootmoedig geweest de drie HOED-Levinaspraktijken reeds in 2011 in aanmerking te laten komen voor zgn. ‘GEZ-gelden’ (Geïntegreerde Eerstelijns Zorg), omdat althans de praktijken van Baar & Van der Does en Hohmann & De Vet reeds inzicht konden bieden in behoorlijke scores op de PIG-indicatoren. Het geld is besteed aan extra inzet van personeel en ondersteunende diensten in het kader van dit bijzonder roerige verslagjaar. Achmea zelf kwam in 2011 nog op de proppen met een 1.0-versie van de zogenaamde ‘Achmea Praktijkstatus’, een document waarin de praktijk, gecorrigeerd voor praktijksamenstelling (leeftijd), kan zien hoe het voorschrijf- en verwijsbeleid zich verhoudt tot een groot aantal andere praktijken. Wij hopen dat ook deze bron van benchmark-informatie een vervolg krijgt in 2012 en verder. In 2012 zal met Achmea en ander gezondheidscentra in den lande onderhandeld moeten worden over streefwaarden voor scores op de PIG-indicatoren. Daarmee is in 2011 elders een begin gemaakt, maar in 2012 mengt ook de HOED Levinas zich in deze discussie.
10. **Een kritische noot** over indicatoren is hier onzes inziens op zijn plaats. Wij signaleren in de zorg voor chronisch zieken een trend richting wat gezien kan worden als een gedachteloze jacht op hoge scores op kwaliteitsindicatoren. Als geldschietters een 95%(!) vulling van procesindicatoren van ons gaan verlangen, werken zij daarmee onnodige medicalisering van veel ongecompliceerde patiënten en ondoelmatige inzet





van schaarse middelen in de hand. Het in het vooruitzicht gestelde geld in ruil voor het naar de letter volgen van elke richtlijn werkt dan als een perverse prikkel en ontkent de weerbarstigheid van de praktijk van alledag en de menselijke maat die er in de zorg nog steeds moet zijn. De richtlijn is opgesteld als richtlijn en moet vaak ad hoc aangepast worden voor bijvoorbeeld verzorgingshuisbewoners en zelfstandig wonende hoogbejaarden om die niet bloot te stellen aan zinloze medische handelingen. Je zult maar je heup breken op weg naar een zinloze fundusfoto, alleen maar omdat je huisarts anders minder geld krijgt...

11. De praktijken van Baar & Van der Does en Hohmann & De Vet zijn sinds 2010 als vennoten aangesloten bij

**zorggroep IZER** (Integrale Zorggroep Eerstelijns

Rotterdam). Zij nemen binnen IZER deel aan de diabetes-



DBC. Dit lag voor de hand aangezien Van der Does (sinds 2010 geregistreerd is als kaderhuisarts Diabetes) vanaf het ontstaan van de zorggroep betrokken is als diabetesadviseur. Van der Does bereidt/zit de (meeste) benchmarkavonden van IZER voor. Het valt vanaf het begin op dat beide deelnemende Levinaspraktijken op alle indicatoren bovengemiddeld en op sommige punten ver bovengemiddeld scoren op zowel processen als uitkomsten, het grote aantal achterstandspatiënten in onze praktijken ten spijt. Hoe hachelijk het ook is praktijken onderling te vergelijken, toch is dat fijn om te kunnen constateren. Ook de allerhoogste scores op de processen bereiken echter binnen IZER zelden 95% vulling (zie voorgaande punten). Een groot manco van de IZER-diabetescijfers ten opzichte van de IPCI-cijfers is dat binnen IZER niet uit het gebruikte KetenInformatieSysteem (KIS) geëxtraheerd kan worden hoeveel diabetespatiënten in de tweede lijn behandeld worden.

De praktijk van Kloppenborg sluit zich in 2012 aan bij IZER en de Diabetes-DBC, maar reeds in 2011 raakte Kim Kloppenborg betrokken bij IZER als kaderhuisarts Oogheelkunde.

## 12. De samenwerking met de verzorgingshuizen van Aafje

Annemarie de Vet heeft zich de laatste jaren, in de aanloop naar de opening van GC Levinas op enkele stappen van verzorgingshuis De Nieuwe Plantage (een huis van Aafje, v/h De Stromen), beziggehouden met het organiseren van structurele verbeteringen van kwaliteit en beschikbaarheid van huisartsenzorg in de Nieuwe Plantage. De praktijken van Hohmann & De Vet en Baar & Van der Does nemen elk anderhalve verdieping voor hun rekening met een wekelijkse vaste spreekuurronde. Bewoners die bij aankomst in het huis nog geen huisarts in de wijk hebben worden ingeschreven bij een van onze praktijken. De praktijk van Kloppenborg heeft van Hans Kremer Hovinga een vergelijkbaar vast spreekuur in Hoppesteijn (eveneens Aafje) geërfd.



## 13. De samenwerking met andere huisartsen

In 2011 is ook samengewerkt binnen huisartsengroep Kralingen-Crooswijk-Centrum (HAGro KCC) om het wegvallen van Hans Kremer Hovinga op te vangen. Eenieder heeft zich zeer flexibel getoond. In de HAGro KCC worden met name standpunten uitgewisseld over nieuwe ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en politieke kwesties die de gehele beroepsgroep aangaan.

In een enigszins anders samengestelde groep, een overblijfsel van de HAGro-indeling zoals die er was voordat de praktijken van Huisartsencentrum Kralingen zich in een A-HOED aan de Oudedijk vestigden, wordt door collega Eva Ketzer het FarmacoTherapeutisch Overleg (FTO) georganiseerd.

Vanaf 2012 zullen de vakantiewaarnemingen niet meer in HAGro KCC, maar in GC Levinas zelf geregeld worden; er wordt naar gestreefd dat een praktijk nooit helemaal gesloten is vanwege vakantie maar altijd 6 dagdelen per week bemenst wordt door een van de twee eigen artsen.

## 14. De samenwerking met de (Erasmus) Universiteit

GC Levinas is, zonder al daadwerkelijk een gezondheidscentrum te zijn, samen met een gezondheidscentrum in Schiedam, als eerste toegetreden tot PrimeUR, een netwerk van academische huisartspraktijken, opgezet vanuit de afdeling Huisartsgeneeskunde van de EUR. Van de aangesloten centra

wordt verwacht dat de erin deelnemende huisartsen zich bezighouden met een inhoudelijk en organisatorisch sterke patiëntenzorg, met onderwijs aan co-assistenten, huisartsen-in-opleiding en met deelname aan onderzoek. Hohmann & De Vet zijn in het najaar van 2011 gestart als opleiders van Ronald van Remmerswaal, eerstejaars huisarts-in-opleiding ('arts in opleiding tot specialist: aios'). Baar & Van der Does en Kloppenborg begeleiden met regelmaat co-assistenten tijdens vierweekse stages. Van der Does heeft verschillende malen onderwijs gegeven aan aiossen huisartsgeneeskunde op de EUR als kaderhuisarts Diabetes. Ook gaf hij een presentatie over Diabeteszorg bij Ouderen aan kaderartsen Ouderenzorg in opleiding en aan Leidse aiossen huisartsgeneeskunde. Er wordt door de praktijken van HOED Levinas deelgenomen aan bijna al het onderzoek dat door de afdeling huisartsgeneeskunde van de EUR bij huisartsen wordt "uitgezet". We noemen hier BACE, DIPA (2010/2011) en HOCI (2012). Het gaat hier om het opsporen en uitnodigen van patiënten. In 2010 en 2011 is verder door de praktijk van Baar & Van der Does deelgenomen aan EFFIMODI, een onderzoek van het Julius Centrum in Utrecht. Alle drie praktijken in de HOED Levinas hebben medewerking verleend aan Amigo, een onderzoek vanuit het Nivel.



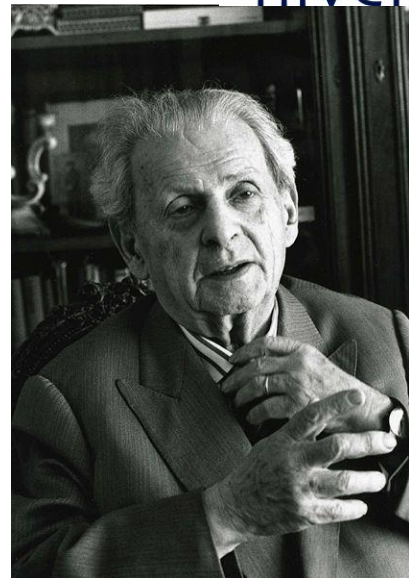
## 15. Het Nivel

Baar & Van der Does nemen deel aan een netwerk van het Nivel, SuNN genaamd, waarbinnen gebenchmarked wordt op het gebied van morbiditeit, registratiediscipline, declaratiegedrag, verwijsgedrag etc. Deze getallen zijn inmiddels beschikbaar voor 2010, 2011, en worden afgezet tegen een voor praktijksevenstelling gecorrigeerde standaard die gebaseerd is op getallen uit 2009 uit alle SuNN-praktijken. Het lijkt erop dat het interessant zou kunnen zijn om met alle HOED-praktijken te gaan deelnemen.



## 16. "Door Cliënten Bekeken"

In 2011 is door middel van het uitdelen van enquêtes aan opeenvolgende spreekuurbezoekers onderzoek gedaan onder patiënten van het (toen nog virtuele) gezondheidscentrum. Het onderzoek vond plaats in het kader van het kwaliteitstraject 'Door Cliënten Bekeken voor Gezondheidscentra', een landelijke methode voor toetsing en kwaliteitsverbetering van gezondheidscentra vanuit het perspectief van de patiënt. Deze methode is, in samenwerking met ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV, ontwikkeld door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn. Wat de huisartspraktijken in Levinas betreft zal het in de nieuwe situatie nog moeilijk genoeg zijn om dezelfde hoge mate van tevredenheid van de patiënten te handhaven, laat staan te verbeteren. Wellicht is dat laatste alleen mogelijk doordat de gesprekken aan de balie en de telefoon niet meer door wachtenden in de wachtkamer gevolgd kunnen worden, door een betere bereikbaarheid en door nog meer continuïteit in de openstelling tijdens vakanties. Precieze resultaten van de 'nulmeting' voorafgaand aan de verhuizing naar GC Levinas volgen in het verslag van volgend jaar.



## 17. De overige randvoorwaarden

Sinds vele jaren wordt bij Baar & Van der Does de administratie gedaan door administratie- en belastingadvieskantoor WeKa te Spijkenisse, te weten door Hein en Mariet Weckselser. In 2011 werden ook de administraties van Hohmann en De Vet, praktijk Weteringstraat en de HOED Levinas door WeKa gedaan.

< illustratie inrichting wachtkamer >

Maryam Pans, architect, is in de arm genomen om te adviseren over de inrichting van de toekomstige huisartspraktijken in Levinas, inclusief de team- en wachtkamer. Het HuisartsenInformatieSysteem (HIS) waar alle praktijken mee werken heet Mira®. Mira is een product van eerst Euroned, inmiddels CMG. Annemarie de Vet heeft zich bij Euroned zeer ingespannen om te zorgen dat onze drie praktijken reeds voor de verhuizing naar GC Levinas administratief samengevoegd werden zodat zeer comfortabel gewerkt kan worden in de back & front offices en in waarneming voor elkaar. Een tour de force, maar het is gelukt. Het bedrijf Advitronics zal, net als in de afzonderlijke praktijken en eveneens onder aansturing van De Vet, in GC Levinas zorgen voor een maximale bereikbaarheid, zonder bandjes tussen 8 en 17 uur. Een sterke verbetering.

## 18. Diversen

De allereerste Levinasdag, voor alle medewerkers van geheel GC Levinas, vond plaats op een mooie zaterdag in het najaar van 2011, in de Efteling. Daar werd genoten van een Klantvriendelijkheidstraining en van het beroemde sprookjespretpark. De volgende Levinasdag staat gepland op 27 oktober 2012 en wij hopen dan op de presentatie van weer een nieuw Levinasboek: de eerder genoemde Levinaskenner Jan Keij, filosoof, heeft zich namelijk laten inspireren door ons gezondheidscentrum tot een nieuw boek over Levinas in de hulpverlenerspraktijk, zoals dat al eerder gebeurde met Chaim van Unen (zijn boek: Bij de Gratie van de Relatie).



Om ervoor te zorgen dat de grote nieuwe muuropervlakken van GC Levinas op een verantwoorde manier gedecoreerd zouden raken, hebben Ferdinand van der Does en Corine Baar uit hun netwerk enkele kunstenaars gevraagd een kunstwerk te ontwerpen, geïnspireerd op de filosofie van Emmanuel Levinas. Samen



met Joop Linthorst, toenmalig voorzitter van de Stichting tot Ontwikkeling van GC Levinas, hebben zij uit de gemaakte ontwerpen een afweging gemaakt van Levinasgehalte, kosten en kwaliteit en is de keuze gevallen op Pipsqueak Was Here, ofwel het Amsterdamse kunstenaarsduo Willem Verburg en Denise Jansen. U kunt hun werk bewonderen als u GC Levinas bezoekt. Sterker nog, u zult er niet aan kunnen ontkomen. Hun website is trouwens [www.plusminusprodukties.nl](http://www.plusminusprodukties.nl).



### **Tot slot, visie op de toekomst**

Eindelijk samen in het prachtige nieuwe gebouw zullen de medewerkers van GC Levinas intensief met elkaar samenwerken; in zorgpaden, maar ook op individueel patiëtniveau zal er voor alle partijen veel profijt getrokken kunnen worden uit korte communicatielijnen. De huisartsen zullen gemakkelijk gebruik kunnen maken van elkaars expertise op specifieke deelgebieden, waardoor verwijzingen kunnen worden voorkomen. De keur aan gegevensbronnen die in dit verslag beschreven zijn zullen steeds beter van kwaliteit worden en daardoor een nog beter inzicht kunnen verschaffen in knelpunten en verbetermogelijkheden. Het contact met aiossen en coassistenten zal tot een zekere kruisbestuiving leiden waarbij ervaring enerzijds en recent opgedane kennis anderzijds elkaar kunnen aanvullen.

Deelname in het PrimEUR-netwerk leidt tot verspreiding van onze betere ideeën en tot het opdoen van nieuwe kennis qua organisatie, evidence en andere kwaliteitsaspecten.

Eerst zullen wij ons concentreren op het reilen en zeilen in de back & front office: als een en ander daar goed loopt, op dit schakelpunt tussen patiënten en hulpverleners, is er direct een stevige basis om op voort te bouwen.

juli 2012, Ferdinand van der Does.

## Appendix

|                                                                                                |                                          |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|
| Datum meting                                                                                   | 1 febr. '11                              | 31 dec. '11 |
| Totaal aantal ingeschreven patiënten HOED Levinas                                              | 7.685                                    | 7.584       |
|                                                                                                |                                          |             |
| <b>DM type 2 risicoprofiel en hoofdbehandelaar</b>                                             |                                          |             |
| Onderdeel van indicator                                                                        | %age van het totaal aantal ingeschr. ptn |             |
| Datum meting                                                                                   | 1 febr. '11                              | 31 dec. '11 |
| %age ptn met DM type 2 (T90_2)                                                                 | 4,1%                                     | 4,4%        |
| %age ptn met DM type 2 (T90_2) waarvan het veld hoofdbehandelaar 'leeg' is                     | 36,1%                                    | 5,2%        |
| %age ptn met DM type 2 (T90_2) waarbij de HA hoofdbehandelaar is                               | 50,3%                                    | 74,2%       |
| %age ptn met DM type 2 (T90_2) waarbij de spec. hoofdbehandelaar is                            | 13,3%                                    | 17,9%       |
| %age ptn met DM type 2 (T90_2) waarvan hoofdbehandelaar onbekend/anders is                     | 0,3%                                     | 2,7%        |
| %age ptn met DM (T90 en T90_2, excl. T90_1)                                                    | 4,7%                                     | 5,0%        |
| %age ptn met DM (T90 en T90_2, excl. T90_1) waarbij het veld hoofdbehandelaar 'leeg' is        | 44,1%                                    | 7,7%        |
| %age ptn met DM (T90 en T90_2, excl. T90_1) waarbij de HA hoofdbehandelaar is                  | 43,8%                                    | 70,6%       |
| %age ptn met DM (T90 en T90_2, excl. T90_1) waarbij de spec. hoofdbeh. is                      | 11,8%                                    | 18,3%       |
| %age ptn met DM (T90 en T90_2, excl. T90_1) waarbij de hoofdbehandelaar onbekend/anders is     | 0,3%                                     | 3,4%        |
|                                                                                                |                                          |             |
| %age ptn met DM type 2 (T90_2) waarbij de HA hoofdbehandelaar is en die WEL zorgweigeraar zijn | 0,0%                                     | 0,0%        |
|                                                                                                |                                          |             |
| Onderdeel van de indicator                                                                     | %age van het totaal                      |             |



|                                                                                                                                                     | aantal ingeschr. diabetes |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|
| Datum meting                                                                                                                                        | 1 febr. '11               | 31 dec. '11 |
| <i>%-age ptn waarbij risico-indicator bekend:</i>                                                                                                   |                           |             |
| HbA1c (< 12 mndn geleden bepaald)                                                                                                                   | 94,3%                     | 90,9%       |
| Bloeddruk (systolisch, < 12 mndn geleden bepaald)                                                                                                   | 93,1%                     | 87,7%       |
| Lipidenprofiel (cholersterol, triglyceriden, HDL en LDL, < 12 mndn geleden bepaald)                                                                 | 91,2%                     | 87,2%       |
| Nierfunctie (creatinineklaring, MDRD of Cockcroft, < 12 mndn geleden bepaald)                                                                       | 92,5%                     | 88,1%       |
| Rookgedrag (ja/voorheen/nooit, < 12 mndn geleden vastgesteld)                                                                                       | 32,1%                     | 23,0%       |
| BMI (< 12 mndn geleden bepaald)                                                                                                                     | 85,5%                     | 76,5%       |
| Voetonderzoek (afwijking ja/nee, < 12 mndn geleden bepaald)                                                                                         | 0,0%                      | 45,7%       |
| Oogonderzoek (fundusfoto ja/nee, < 24 mndn geleden bepaald)                                                                                         | 1,9%                      | 0,8%        |
| Retinopathie (actieve episode op peildatum ja/nee, ongeacht wanneer bepaald)                                                                        | 6,3%                      | 5,8%        |
|                                                                                                                                                     |                           |             |
| %-age ptn waarvan alle risico-indicatoren (HbA1c, bloeddruk, lipidenprofiel, nierfunctie, rookgedrag, BMI, Voetonderzoek, Oogonderzoek) bekend zijn | 0,0%                      | 0,0%        |
|                                                                                                                                                     |                           |             |

|                                                                                      |                                                       |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------|
| <b>COPD ingevuld risicoprofiel</b>                                                   |                                                       |             |
| <b>Onderdeel van indicator</b>                                                       | <b>%-age van het totaal aantal ingeschr. ptn</b>      |             |
| Datum meting                                                                         | 1 febr. '11                                           | 31 dec. '11 |
| %-age ptn met COPD (ICPC R95)                                                        | 2,5%                                                  | 2,5%        |
| %-age ptn met COPD met HA als hoofdbehandelaar                                       | 42,1%                                                 | 47,3%       |
| %-age ptn met COPD met spec. als hoofdbehandelaar                                    | 21,6%                                                 | 34,0%       |
| %-age ptn met COPD met onbekende/andere hoofdbehandelaar                             | 0,0%                                                  | 0,0%        |
| %-age ptn met code R95 en veld hoofdbehandelaar 'leeg'                               | 36,3%                                                 | 18,6%       |
|                                                                                      |                                                       |             |
| %-age ptn met COPD met hoofdbehandelaar HA die WEL zorgweigeraar zijn                | 0,0%                                                  | 0,0%        |
|                                                                                      |                                                       |             |
| <b>Onderdeel van de indicator</b>                                                    | <b>%-age van het totaal aantal ingeschr. COPD ptn</b> |             |
| Datum meting                                                                         | 1 febr. '11                                           | 31 dec. '11 |
| <i>%-age ptn waarbij risico-indicator bekend:</i>                                    |                                                       |             |
| Rookgedrag (ja/voorheen/nooit, < 12 mndn geleden bepaald)                            | 68,8%                                                 | 57,3%       |
| BMI (< 12 mndn geleden bepaald)                                                      | 73,8%                                                 | 61,8%       |
| Beweging (minder/voldoende/meer tov norm, <12mndn)                                   | 17,5%                                                 | 12,4%       |
| Longfunctie (uitkomst FEV1/FVC ratio post bronchodilator, < 12 mndn geleden bepaald) | 48,8%                                                 | 20,2%       |
| Inhalatie instructie (<12 mndn)                                                      | 25,0%                                                 | 16,9%       |
|                                                                                      |                                                       |             |
| %-age ptn met alle risico-indicatoren bekend                                         | 5,0%                                                  | 1,1%        |

|                                                                                                                                      |                                                           |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|
|                                                                                                                                      |                                                           |              |
|                                                                                                                                      |                                                           |              |
| <b>COPD ingevulde risicostatus</b>                                                                                                   | <b>%-age van het totaal<br/>aantal ingeschr. COPD ptn</b> |              |
| Datum meting                                                                                                                         | 1 febr. '11                                               | 31 dec. '11  |
| <i>%-age ptn met COPD (R95) met HA als hoofdbehandelaar, die geen zorgweigeraar zijn, waarbij de risicostatusindicator bekend is</i> |                                                           |              |
| MRC (Medical Research Council) Dyspnea Scale (<12 mndn)                                                                              | <b>57,5%</b>                                              | <b>47,2%</b> |
| CCQ (Clinical COPD Questionnaire, < 12 mndn geleden bepaald)                                                                         | <b>52,5%</b>                                              | <b>43,8%</b> |
|                                                                                                                                      |                                                           |              |
| %-age ptn met COPD (R95) met HA als hoofdbehandelaar waarbij alle risicostatusindicatoren bekend zijn                                | <b>50,0%</b>                                              | <b>43,8%</b> |
|                                                                                                                                      |                                                           |              |



| <b>CVRM risicoprofiel</b>                                                                       |  | <b>%-age van het totaal<br/>aantal ingeschr. ptn</b>          |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|-------------|
| Datum meting                                                                                    |  | 1 febr. '11                                                   | 31 dec. '11 |
| %-age ptn met doorgem. epis. HVZn (ICPC code: K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01)       |  | 3,1%                                                          | 3,3%        |
| %-age ptn met doorgem. epis. HVZn, waarvan HA hoofdbehandelaar is                               |  | 0,0%                                                          | 0,0%        |
| %-age ptn met doorgem. epis. HVZn, waarvan spec. hoofdbehandelaar is                            |  | 0,0%                                                          | 0,0%        |
| %-age ptn met doorgem. epis. HVZn, waarvan HA hoofdbehandelaar onbekend/anders is               |  | 0,0%                                                          | 0,0%        |
| %-age ptn met doorgem. epis. HVZn, waarvan HA veld hoofdbehandelaar leeg is                     |  | 100,0%                                                        | 100,0%      |
|                                                                                                 |  |                                                               |             |
| %-age ptn met doorgem. epis. HVZn, waarvan HA hoofdbehandelaar is die WEL zorgweiger zijn       |  |                                                               |             |
|                                                                                                 |  |                                                               |             |
|                                                                                                 |  | <b>%-age van het totaal<br/>aantal ingeschr. CVRM<br/>ptn</b> |             |
| <i>%-age ptn met doorgemaakte episode HVZn waarvan risicokenmerk bekend is</i>                  |  |                                                               |             |
| Datum meting                                                                                    |  | 1 febr. '11                                                   | 31 dec. '11 |
| Bloeddruk (uitkomst systolische bloeddruk en diastolische bloeddruk, < 12 mndn geleden bepaald) |  |                                                               | 51,0%       |
| Rookgedrag (ja/voorheen/nooit, < 12 mndn geleden bepaald)                                       |  |                                                               | 14,9%       |
| BMI (< 12 mndn geleden bepaald)                                                                 |  |                                                               | 20,5%       |
| Beweging (minder/voldoende/meer tov norm, <12mndn)                                              |  |                                                               | 5,6%        |
| Familieanamnese (belast ja/nee, <12mndn)                                                        |  |                                                               | 0,8%        |
| Voedingsgewoonte (gezond ja/nee, <12mndn)                                                       |  |                                                               | 0,0%        |

|                                                                                                                                    |                                               |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------|
| Alcoholgebruik (consumpties per week, < 12 mndn geleden bepaald)                                                                   |                                               | 4,8%        |
| Middelomtrek (centimeters, < 12 mndn geleden bepaald)                                                                              |                                               | 0,0%        |
| Bloedglucose (mmol/l, < 12 mndn geleden bepaald)                                                                                   |                                               | 27,3%       |
| LDL-cholesterol (< 12 mndn geleden bepaald)                                                                                        |                                               | 28,1%       |
|                                                                                                                                    |                                               |             |
| %-age ptn met alle risico-indicatoren bekend                                                                                       |                                               | 0,0%        |
|                                                                                                                                    |                                               |             |
|                                                                                                                                    |                                               |             |
| Onderdeel van indicator                                                                                                            | %age van het totaal aantal ingeschr. CVRM ptn |             |
| Datum meting                                                                                                                       | 1 febr. '11                                   | 31 dec. '11 |
| %age ptn met mogelijk verhoogd risico op HVZn<br>(K86, T93.01 EN RRSYKA => 140, Man EN >49 EN ROOKAQ=1, Vrouw EN > 54 EN ROOKAQ=1) | 12,8%                                         | 13,4%       |
|                                                                                                                                    |                                               |             |
| Onderdeel van indicator                                                                                                            | %age van het totaal aantal ingeschr. CVRM ptn |             |
| Datum meting                                                                                                                       | 1 febr. '11                                   | 31 dec. '11 |
| %age ptn met mogelijk verhoogd risico op HVZn, waarvan HA hoofdbehandelaar is en die WEL zorgweigeraar zijn                        | 0,0%                                          | 0,0%        |
|                                                                                                                                    |                                               |             |
|                                                                                                                                    | %age van het totaal aantal ingeschr. CVRM ptn |             |
| %age ptn met mogelijk verhoogd risico op HVZn waarvan risicokenmerk bekend is die geen zorgweigeraar zijn                          |                                               |             |
| Datum meting                                                                                                                       | 1 febr. '11                                   | 31 dec. '11 |
| Bloeddruk (uitkomst systolische bloeddruk en diastolische bloeddruk, < 12 mndn                                                     | 49,5%                                         | 55,4%       |

|                                                                                       |              |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| geleden bepaald)                                                                      |              |              |
| Rookgedrag (ja/voorheen/nooit, < 12 mndn geleden bepaald)                             | <b>30,6%</b> | <b>20,3%</b> |
| BMI (< 12 mndn geleden bepaald)                                                       | <b>27,8%</b> | <b>22,8%</b> |
| Beweging (minder/voldoende/meer tov norm)                                             | <b>7,5%</b>  | <b>8,2%</b>  |
| Familieanamnese (belast ja/nee)                                                       | <b>1,3%</b>  | <b>1,5%</b>  |
| Voedingsgewoonte (gezond ja/nee)                                                      | <b>0,0%</b>  | <b>0,3%</b>  |
| Alcoholgebruik (consumpties per week, < 12 mndn geleden bepaald)                      | <b>12,1%</b> | <b>7,9%</b>  |
| Middelomtrek (centimeters, < 12 mndn geleden bepaald)                                 | <b>2,8%</b>  | <b>2,6%</b>  |
| Bloedglucose (mmol/l, < 12 mndn geleden bepaald)                                      | <b>4,9%</b>  | <b>34,5%</b> |
| LDL-cholesterol (< 12 mndn geleden bepaald)                                           | <b>32,9%</b> | <b>32,7%</b> |
|                                                                                       |              |              |
| %-age ptn met mogelijk verhoogd risico op HVZn waarvan alle risico-indicatoren bekend | <b>0,0%</b>  | <b>0,0%</b>  |

## Bijlage 9

| <b>DOELMATIGHEID</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Algemene voorschrijfindicator o.b.v. combinatie van IVM-indicatoren                                                                                                                                                                                                                               | 18-22= 3, 23-27=5 28-35=8 36-42= 10 |
| Het swv heeft een eigen protocol overdracht medicatiegegevens beschikbaar waarin omschreven staat hoe in de dagelijkse praktijk gehandeld moeten worden bij de overdracht van medicatiegegevens. ( zie richtlijn overdracht medicatiegegevens)                                                    | ja/nee                              |
| Het swv heeft voor 1 sept 2012 (samenwerkingafspraken met) een pluspraktijk fysiotherapie of is in traject tot het komen van een pluspraktijk gestart.                                                                                                                                            | ja/nee                              |
| Het swv heeft schriftelijke werkafspraken met de preferente HAP over het vermijden cq verminderen van onnodige HAP bezoeken.                                                                                                                                                                      | ja/nee                              |
| <b>DOELGROEP- EN GEBIEDSGERICHT ZORG</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |
| Het swv heeft 5 belangrijke sociodemografische groepen in de wijk/lokale populatie bepaald die of een hoge ziektelast/slechte ervaren gezondheidstoestand hebben, of een groot risico op hoge ziektelast/slechte ervaren gezondheidstoestand hebben                                               | ja/nee                              |
| Het swv heeft een beargumenteerde selectie gemaakt van minimaal 2 van de bij indicator 15 bepaalde sociodemografische groepen en heeft voor deze groepen een specifiek, helder en toetsbaar omschreven, aanbod (in de vorm van of preventie-activiteiten of zorg- of hulpverlening) gerealiseerd. | 1 progr=3ptn<br>2 progr=6 ptn       |
| Het swv heeft de 5 belangrijke patiëntgroepen (niet zijnde DM/COPD/VRM/psychosociale problematiek) in de wijk/lokale populatie bepaald die een hoge ziektelast/slechte ervaren gezondheidstoestand hebben, of een groot risico op hoge ziektelast/slechte ervaren gezondheidstoestand hebben .    | ja/nee                              |
| Het swv heeft een beargumenteerde selectie gemaakt van minimaal 2 van de bij indicator 17 bepaalde patiëntgroepen en heeft voor deze groepen een specifiek, helder en toetsbaar omschreven, aanbod (in de vorm van of preventie-activiteiten, of zorg- of hulpverlening) gerealiseerd.            | 1 progr=3ptn<br>2 progr=6 ptn       |
| <b>SERVICE en PATIENTGERICHTHEID</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |
| Het swv is aaneengesloten geopend van 8.00 - 17.00 uur                                                                                                                                                                                                                                            | ja/nee                              |
| a. Patiënten van het swv kunnen tussen 8-17 u terecht met vragen aan de huisarts en                                                                                                                                                                                                               |                                     |
| b. De huisartsenpraktijk binnen het swv is open van 17-18u of heeft afspraak met HAP                                                                                                                                                                                                              |                                     |

|                                                                                                                                                                                                                 |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| c. 90% van de patiënten of meer ervaart geen probleem met openingstijden bij het swv                                                                                                                            |        |
| Het swv is telefonisch aaneengesloten bereikbaar tussen 8-17 uur voor (medische) vragen en voor het maken van afspraken                                                                                         | ja/nee |
| a. het swv is telefonisch bereikbaar van 8-17 uur en geen gebruik van bandje                                                                                                                                    |        |
| b. > 90% van de normale oproepen wordt binnen 2 minuten opgenomen en kan dit onderbouwen met een uitdraai uit de telefooncentrale                                                                               |        |
| c. Patiënten van het swv kunnen van 8-17 uur bellen om afspraak te maken met de huisarts en minimaal twee andere zorgverleners                                                                                  |        |
| d. Patiënten van het swv kunnen van 8-17 uur bellen om een medische vraag te stellen                                                                                                                            |        |
| e. 90% van de patiënten of meer ervaart geen probleem met de telefonische bereikbaarheid bij het swv                                                                                                            |        |
| Patientervaringsonderzoek eerstelijns door cliënten bekeken is beschikbaar of gestart in 2012 en resultaten zijn op website gepubliceerd                                                                        | ja/nee |
| a. Er is een patiëntenonderzoek opgestart in 2012 of                                                                                                                                                            |        |
| b. er is een patiëntenonderzoek beschikbaar minder dan 3 jaar oud en gepubliceerd op de website. Een jaarlijkse update is aanwezig.                                                                             |        |
| Er is n.a.v. de uitkomsten van het onderzoek een verbeterplan aangeleverd en besproken met de zorgverzekeraar                                                                                                   | ja/nee |
| Binnen het swv is minimaal de huisartsenpraktijk en twee andere deelnemende disciplines het gehele jaar geopend.                                                                                                | ja/nee |
| Het swv heeft een gezamenlijke website en een gezamenlijke folder voor patiënten.                                                                                                                               | ja/nee |
| De patiënt krijgt bij een doorverwijzing direct van de huisarts een verwijsbrief mee of het swv verzorgt dit digitaal (via een beveiligde verbinding) of stuurt deze (desgewenst) kosteloos toe aan de patiënt. | ja/nee |
| De patiënt kan online herhaalmedicatie aanvragen en het swv heeft een procedure hoe deze afgehandeld worden.                                                                                                    | ja/nee |
| een ochtend/avond/weekend spreekuur bij de huisarts en twee andere disciplines bij voorkeur apotheek en fysiotherapiepraktijk (minimaal 4,5 uur per week voor de huisartsenpraktijk)                            | ja/nee |
| Het swv heeft 4 van de 6 volgende onderdelen gerealiseerd                                                                                                                                                       | ja/nee |
| a. De patiënt kan bij minimaal de huisarts en één van de andere disciplines online afspraken maken                                                                                                              |        |
| b. De patiënt kan bij minimaal de huisarts en één van de andere disciplines vragen voorleggen per email.                                                                                                        |        |
| c. een narrowcastingsysteem waarop gezondheidsgelateerde onderwerpen uitgezonden worden.                                                                                                                        |        |
| d. verwijst naar achmeazorgzoeker en de agis zorggids.                                                                                                                                                          |        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| e. zet de mogelijkheden van zorgarrangementen van Achmea op de website en wijst zo nodig patiënten daarop.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |
| f. De huisartsenpraktijk heeft de zorgdomeinmodule van Achmea gecontracteerd.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |
| <b>Innovatie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |
| <p>Het swv heeft minimaal 1 helder omschreven en toetsbaar innovatieproject, gericht op de verbetering van de hulpverlening, zorg of organisatie. Deze projecten kunnen gericht zijn op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Technologische innovatie (bv beeld-GPS horloges, vernieuwende alarmsystemen thuis)</li> <li>- Informatie innovatie (bv innoveren op het verstrekken van informatie aan patiënten en/of zorg-/hulpverleners)</li> <li>- Procesinnovatie (bv nieuwe zorgprogramma's, LEAN)</li> </ul> | ja/nee |
| Het swv neemt actief deel aan wetenschappelijk onderzoek                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ja/nee |

PIG Achmea 2012

## Bijlage 10

### Rapport obesitas carrousel Kralingen 2011.

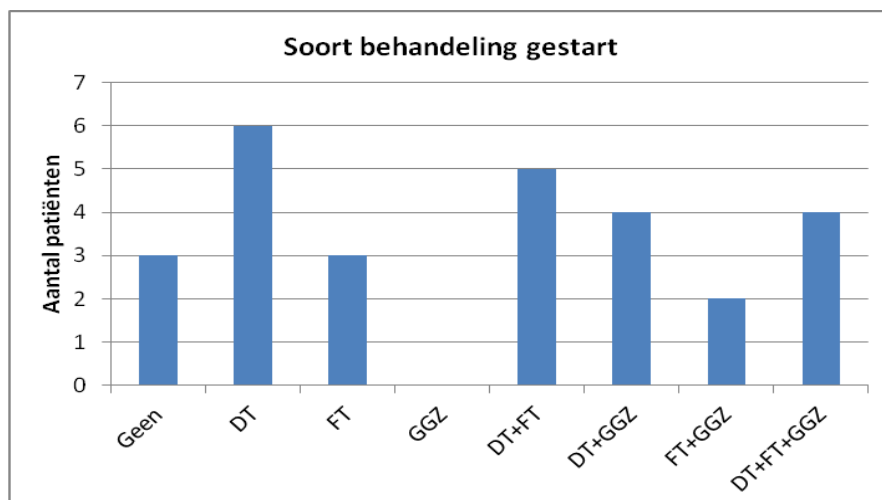
#### Inleiding

In de obesitas carrousel worden patiënten met obesitas opgeroepen voor een gesprek met de diëtist, fysiotherapeut en een psychologe. Aan de hand van de gesprekken wordt bepaald of begeleiding door de diëtist, psychologe en/of het fysio-trainingsprogramma van de fysiotherapeut noodzakelijk is om het gewicht te reduceren. Er zijn beginrapportages en evaluatierapportages naar de verwijzende huisarts gedaan.

#### Evaluatie 2011

##### Bereik

In 2011 zijn er 5 obesitas carrousel dagen geweest waaraan in totaal 27 patiënten met obesitas hebben deelgenomen. Naar aanleiding van de gesprekken met de drie disciplines is bepaald of het zinvol was om begeleid te worden door één of meerdere van deze disciplines. Uiteindelijk zijn 19 patiënten gestart bij de diëtist, 14 patiënten bij de fysiotherapeut en 10 patiënten bij de psychologe. In figuur 1. wordt weergegeven hoeveel patiënten bij de diëtist, de fysiotherapeut, psycholoog of een combinatie hiervan, een behandeling zijn gestart.



Figuur 1: Aantal mensen gestart bij alleen de diëtist (DT), de fysiotherapeut (FT), de psychologe (GGZ) of een combinatie hiervan.

##### Metingen

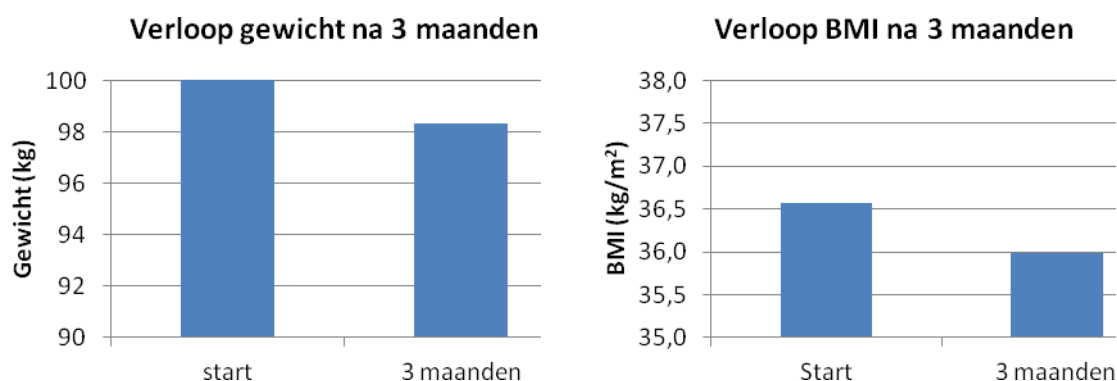
In bijlage 1. zijn de metingen gewicht en BMI per patiënt bij start, na 3 maanden, na 6 maanden en na 12 maanden weergegeven. Het effect van de behandelingen op het gewicht en BMI van de patiënten zijn statistisch geanalyseerd (zie bijlage 2.). Hierbij zijn patiënten geexcludeerd waarbij geen metingen bekend zijn (loss of follow up) bij 3 maanden, 6 maanden en 12 maanden (zie tabel 1).

Tabel 1.: Loss of follow up na 3, 6 en 12 maanden.

| <b>Tijdsduur</b> | <b>Aantal patiënten</b> |
|------------------|-------------------------|
| Na 3 maanden     | 9                       |
| Na 6 maanden     | 18                      |
| Na 12 maanden    | 19                      |

### *Effect van de behandelingen na 3 maanden*

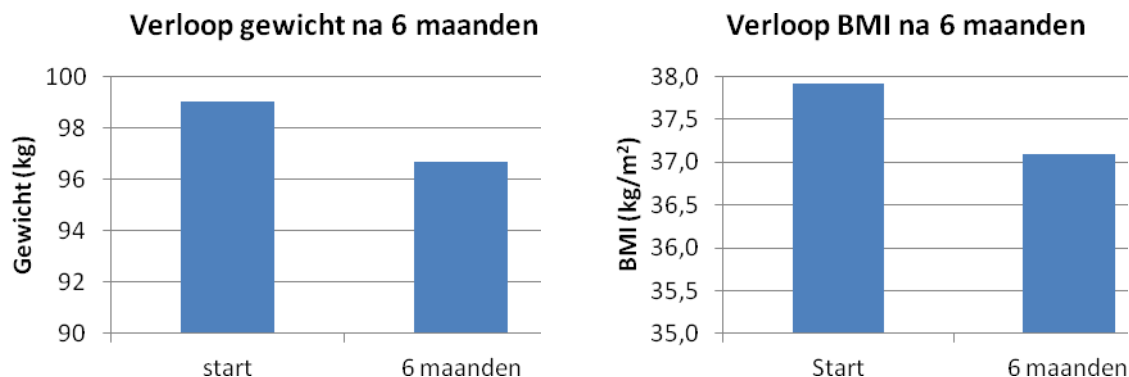
Het effect van de behandelingen na 3 maanden is bij 18 patiënten gemeten. Uit de statistische analyse blijkt dit een significante daling van het gewicht en BMI te zijn (gewicht  $\alpha = 0,01$  en BMI  $\alpha = 0,02$ ).



Figuur 2.: Verloop van het gewicht en BMI na 3 maanden bij 18 patiënten.

### *Effect van de behandelingen na 6 maanden*

Het effect van de behandelingen na 6 maanden is bij 9 patiënten gemeten. Hieruit blijkt dat de daling van het gewicht en BMI niet significant is ten op zichte van de start van de behandeling. Een effect is ook moeilijker te meten op het moment dat het aantal patiënten die mee zijn genomen in de analyse minder wordt (in dit geval 9 patiënten).

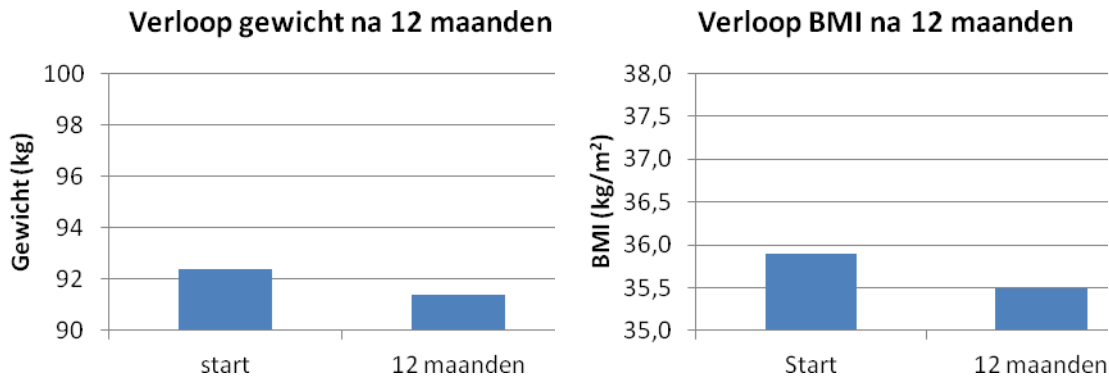


Figuur 3.: Verloop van het gewicht en BMI na 6 maanden bij 9 patiënten.



### *Effect van de behandelingen na 12 maanden*

Het effect van de behandelingen na 12 maanden is bij 8 patiënten gemeten. Hieruit blijkt dat de daling van het gewicht en BMI niet significant is ten op zichte van de start van de behandeling.



Figuur 4.: Verloop van het gewicht en BMI na 12 maanden bij 8 patiënten.

### **Conclusie**

Bij het meten van het effect van de behandelingen na 3, 6 en 12 maanden is een verschil te zien bij de start van het gemiddelde van het gewicht en de BMI omdat bij elke analyse een andere groep patiënten in aanmerking komen, vanwege het wel of niet aanwezig zijn van de meetgegevens.

Wegens het ontbreken van meetgegevens is het moeilijk te analyseren wat het effect is geweest van de behandelingen diëtist, fysiotherapeut en de psycholoog bij patiënten met obesitas na 6 en 12 maanden. Het blijkt lastig te zijn om patiënten gedurende een jaar in behandeling te houden of te kunnen bereiken voor het navragen van de gegevens.

Het is goed om te zien dat de behandelingen na 3 maanden een significant effect heeft gehad op het gewicht en BMI. In het vervolg is aan te bevelen om een manier te bedenken hoe de patiënten in behandeling blijven en/of na 3, 6 en 12 maanden beter gemonitord kunnen worden om het effect van de behandelingen goed te kunnen analyseren.

## Bijlage 10.1. Resultaten

| Patiënt |          |           | Gewicht (kg) |            |          |           | BMI (kg/m2) |            |
|---------|----------|-----------|--------------|------------|----------|-----------|-------------|------------|
|         | start    | 3 maanden | 6 maanden    | 12 maanden | Start    | 3 maanden | 6 maanden   | 12 maanden |
| 1       | 90       | 0         | 0            | 0          | 36,1     | 0,0       | 0,0         | 0,0        |
| 2       | 108      | 114       | 0            | 0          | 40,6     | 42,9      | 0,0         | 0,0        |
| 3       | 100      | 95        | 0            | 0          | 33,8     | 32,1      | 0,0         | 0,0        |
| 4       | 77,7     | 78        | 76           | 0          | 34,1     | 34,2      | 33,3        | 0,0        |
| 5       | 78       | 0         | 0            | 77         | 29,4     | 0,0       | 0,0         | 29,0       |
| 6       | 80,3     | 78        | 0            | 78         | 33,0     | 32,1      | 0,0         | 32,1       |
| 7       | 140      | 138       | 0            | 0          | 40,9     | 40,3      | 0,0         | 0,0        |
| 8       | 95       | 92,4      | 0            | 0          | 34,9     | 33,9      | 0,0         | 0,0        |
| 9       | 72       | 0         | 0            | 0          | 28,1     | 0,0       | 0,0         | 0,0        |
| 10      | 81       | 83        | 82,1         | 83         | 30,9     | 31,6      | 31,3        | 31,6       |
| 11      | 108      | 105       | 103,2        | 0          | 37,4     | 36,3      | 35,7        | 0,0        |
| 12      | 93       | 0         | 0            | 87         | 41,3     | 0,0       | 0,0         | 38,7       |
| 13      | 0        | 0         | 0            | 0          | #DEEL/0! | #DEEL/0!  | #DEEL/0!    | #DEEL/0!   |
| 14      | 76       | 0         | 78,8         | 77,2       | 31,6     | 0,0       | 32,8        | 32,1       |
| 15      | 75       | 70        | 0            | 0          | 27,5     | 25,7      | 0,0         | 0,0        |
| 16      | 153,9    | 158,4     | 154,7        |            | #WAARDE! | #WAARDE!  | #WAARDE!    | #WAARDE!   |
| 17      | 88       | 86        | 0            | 0          | 36,2     | 35,3      | 0,0         | 0,0        |
| 18      | 99,7     | 98,8      | 0            | 99,1       | 35,3     | 35,0      | 0,0         | 35,1       |
| 19      | 95       | 92,4      | 0            | 0          | 33,3     | 32,4      | 0,0         | 0,0        |
| 20      | 86       | 89        | 88,7         | 86,5       | 37,2     | 38,5      | 38,4        | 37,4       |
| 21      | 145      | 140,9     | 138,2        | 143,3      | 48,4     | 47,1      | 46,2        | 47,9       |
| 22      | 104      | 101,3     |              |            | 33,2     | 32,3      | 0,0         | 0,0        |
| 23      | 110      | 109       | 106,4        | 0          | 39,4     | 39,1      | 38,2        | 0,0        |
| 24      | 0        | 0         | 0            | 0          | #DEEL/0! | #DEEL/0!  | #DEEL/0!    | #DEEL/0!   |
| 25      | 92       | 85,8      | 82           | 0          | 35,9     | 33,5      | 32,0        | 0,0        |
| 26      | 155,4    | 112,9     | 114,6        | 0          | 62,2     | 45,2      | 45,9        | 0,0        |
| 27      | onbekend | onbekend  |              |            | #WAARDE! | #WAARDE!  | #WAARDE!    | #WAARDE!   |

## Bijlage 10.2. Statistische analyse

Met behulp van een parametrische statistische toets, de Student's t-toets, wordt nagegaan of er een significant verschil is tussen de gemiddelden van het gewicht en de BMI bij aanvang van de dieetbehandeling, na 3 maanden, na 6 maanden en na 12 maanden van de dieetbehandeling (Kuipers, 1999).

De meetresultaten zijn bij een en dezelfde proefpersoon waargenomen. Er is dan sprake van een gepaarde waarneming die niet als onafhankelijk kan worden beschouwd. Als de behandelingen geen effect heeft gehad op het gewicht en BMI, is de verwachting dat  $\mu$  (het verschil van de scores bij aanvang en na 3 maanden dieetbehandeling) van de verschilscore 0 is. Hieruit zijn de volgende hypothesen geformuleerd.

H0: De behandelingen hebben geen effect op het gewicht en BMI.  $\rightarrow \mu = 0$

H1: De behandelingen hebben wel effect op het gewicht en BMI.  $\rightarrow \mu > 0$

Er is gekozen voor een standaard significantie niveau van  $\alpha = 0.05$  (Kuipers, 1999). Als de uitkomst van de Student's t-test hoger is dan 0.05 dan wordt de nulhypothese verworpen en zijn de behandelingen effectief gebleken. De Student's t-test is met behulp van Microsoft Excel 2003 uitgevoerd.