

De juiste zorg op de juiste plek

2018



JAARVERSLAG SPECIAAL VOOR ONZE PATIËNTEN

Wij snappen best dat een lang jaarverslag een drempel opwerpt tot lezen, terwijl u tegelijkertijd wel geïnteresseerd bent in het reilen en zeilen. Om die reden hebben wij dit jaar voor het eerst een verkort jaarverslag gemaakt speciaal voor onze patiënten. Wij hopen dat het u bevalt.

Gezondheidscentrum Dillenburg

ONZE VOORZITTER HEET U WELKOM

Welkom in ons verkort jaarverslag. Fijn dat u er bent!

Elke dag zetten wij ons met hart en ziel in voor u, onze patiënten. En elke dag proberen we het beter te doen. Door naar u te luisteren, een vraagbaak te zijn, multidisciplinair samen te werken en condities te creëren zodat u de best mogelijke zorg van hoge kwaliteit kan krijgen. Uitgangspunt is dat de ondersteuning en zorg past bij wat u nodig heeft en waar u behoefte aan heeft, wat u nog zelf kan en graag (weer) zelf zou willen.

Zo werken we stap voor stap, consequent en consistent verder aan een (nog) betere behandeling en een beter herstel.

In ons jaarverslag kijken wij tevreden terug naar wat we bereikt hebben in 2018. Het biedt een fraai overzicht van de resultaten van onze samenwerking. Een samenwerking die zich nog steeds verder ontwikkelt.

Terwijl u ons verkort jaarverslag leest zijn wij alweer druk bezig om onze doelen voor 2019 te realiseren.

Vriendelijke groet,

Ernst-Jan Troe, voorzitter management team SSG Dillenburg

Wie zijn wij?

De Stichting Samenwerkingsverband [Gezondheidscentrum Dillenburg](#) (SSGD) biedt geïntegreerde multidisciplinaire zorg van hoge kwaliteit en op maat vanuit een wijkgerichte benadering.



De Stichting Samenwerkingsverband Gezondheidscentrum Dillenburg werkt sinds 2016 op haar beurt weer samen met vier GES'en (Geïntegreerde Eerstelijns Samenwerkingen) binnen Alphen op één lijn. We maken gebruik van dezelfde zorgprogramma's. Dit zijn programma's waarin werkafspraken over de zorg voor mensen met een chronische aandoening zijn vastgelegd. Daarnaast werken we (binnen Alphen op één lijn) aan ICT-oplossingen waarmee we u in de toekomst eenvoudiger en sneller kunnen helpen. Alphen op één lijn ondersteunt daar waar nodig de aangesloten eerstelijns zorgverleners om te komen tot een effectief samenwerkende organisatie waarin de patiënt centraal staat.



Inhoud

ONZE VOORZITTER HEET U WELKOM.....	1
WE ZIJN WIJ?	1
STRATEGISCHE SPEERPUNTEN	3
MOOIE VERBETERINGEN VAN DE ZORG IN 2018.....	3
ZORGPROGRAMMA'S IN ONTWIKKELING.....	3
ZORGPROGRAMMA DIABETES MELLITUS 2.....	4
ZORGPROGRAMMA COPD.....	5
ZORGPROGRAMMA ASTMA.....	6
ZORGPROGRAMMA CVRM-HVZ & VVR.....	7
ZORGPROGRAMMA ANGST- EN STEMMINGSSTOORNISSEN	8
ZORGPROGRAMMA COMPLEXE OUDERENZORG	9
WAT ORGANISEERDEN WIJ VOOR U?.....	9
ICT EN E-HEALTH.....	10
HOE HOUDEN WE U OP DE HOOGTE?	11
HOE HELPT U ONS?.....	11
WAT BESPREKEN WE IN WELK OVERLEG?	12
HET KAN ALTIJD BETER EN DAAR WERKEN WE AAN!	12
SAMEN STERK.....	12

Strategische speerpunten

In 2017 hebben wij samen met de andere vier GES'sen binnen Alphen op één lijn strategische speerpunten geformuleerd die ook het afgelopen jaar als doel zijn gesteld

Verbeteren, versterken en optimaliseren van de bestaande zorgprogramma's 	Bevorderen van zelfmanagement 
Nieuwe zorgprogramma's starten en implementeren 	Wijkgericht werken en koppeling met zorg en welzijn 

Mooie verbeteringen van de zorg in 2018

We hebben in 2018 een aantal mooie verbeteringen van de zorg weten te bereiken;

- De succesvolle pilot 'Thuismeten bloeddruk' is een mooi voorbeeld van vernieuwende (eHealth)zorg. In 2019 hopen we dit beschikbaar te maken voor een veel grotere groep patiënten.
- Onnodig gebruik van inhalatiecorticosteroiden bij COPD patiënten is succesvol terug gedrongen door samenwerking tussen apotheek en onze Praktijkondersteuners.
- Het portaal MijnGezondheids.net is gebruiksvriendelijker geworden waarbij o.a. het maken van afspraken, e-consulten en inzage in de labuitslagen mogelijk is geworden.
- Bij de apotheek kan je sinds 2018 24 uur per dag je medicijnen afhalen door middel van de afhaalkuis die aan de buitenkant van de apotheek te bedienen is. Wachttijden kunnen met dit systeem worden vermeden.

Zorgprogramma's in ontwikkeling

Ongeveer 17% van de totale patiëntenpopulatie van SSGD heeft één of meer chronische aandoeningen. Een groot deel hiervan is in zorg in de eerste lijn. Patiënten met een chronische aandoening zijn gebaat bij een goede samenwerking tussen hun zorgverleners.

Wij maken daarom gebruik van zorgprogramma's bedacht door Knooppunt Ketenzorg. Hieronder staan de zorgprogramma's van Dillenburg.

DM2 	COPD 	ASTMA 
CVRM (Hart- en vaatziekten) HVZ 	ANGST EN STEMMINGS- STOORNISSEN 	OUDERENZORG 

Het Knooppunt Ketenzorg werkt aan effectieve regionale ketenzorgprogramma's in Zuid-Holland Noord. In deze zorgprogramma's zijn de werkafspraken rond de zorg voor mensen met een chronische aandoening

vastgelegd. Een zorgprogramma beschrijft de totale zorg voor een patiënt: waaruit bestaat de zorg, hoe ziet de zorgplanning eruit, in welke vorm wordt de zorg gegeven en wie zijn de zorgverleners?

In de zorg voor onze chronische patiënten boeken we jaarlijks samen met onze ketenpartners goede resultaten. Om dit te controleren, meten we deze resultaten periodiek. Het vasthouden en verbeteren van de zorgresultaten blijft een uitdaging. Dillenburg is daarom trots op de aantoonbaar goede zorg die wij met onze ketenpartners en in samenwerking met de andere GES'sen binnen Alphen op één lijn leveren.

Hieronder gaan we nader in op wat we in 2018 samen met onze ketenpartners bereikten.

ZORGPROGRAMMA DIABETES MELLITUS 2



In 2018 namen 471 van de 563 Diabetes Mellitus 2 (DM2) patiënten die bij ons onder behandeling zijn deel aan het zorgprogramma DM2. 98 patiënten neemt hier niet aan deel. Met 16,4% is dat wat aan de hoge kant t.o.v. het landelijke gemiddelde van 5,2%, maar Dillenburg heeft een oudere populatie (45% van deze groep is 80+). In 2019 zal deze groep opnieuw beoordeeld worden om te zien of men terecht niet in het zorgprogramma is opgenomen.

Het zorgprogramma DM2 draait al enkele jaren succesvol en is volledig geïmplementeerd. Het blijft belangrijk de aandacht te richten op wat er nog beter kan. Ook in 2018 is er kritische gekeken naar de DM2 indicatoren. Er is met name gekeken of prestaties op de indicatoren 'zwakker' zijn dan het landelijke gemiddelde.






Indicatoren geven aan wat de kwaliteit is van de geboden zorg en maken het inzichtelijk waar we de kwaliteit van onze zorg nog kunnen verbeteren.

De conclusie is echter dat SSGD op bijna alle indicatoren beter of gelijk scoort dan het landelijke gemiddelde. De verrichtingen waarbij de scores slechter zijn dan de landelijke gemiddelden worden in 2019 opgenomen in een verbeterplan.

Indicatoren DM2

DM2 2018	Aantal	%	AOEL	Landelijk
Populatie GES	11204			
Totaalaantal patiënten DM2	598	5,3%	5,1%	5,3%
Behandeling specialist	35	5,9%	6,1%	13,0%
Behandeling huisarts	563	94,1%	90,7%	83,8%
Geen programmatische zorg	98	16,4%	12,0%	4,9%
Patiënten < 80 jr. met LDL-waarde ≤ 2.5 mmol/l	255	73,7%	68,7%	65,0%
Patiënten met lipideverlagend medicament bv-statines	312	78,0%	81,8%	72,0%
Aantal patiënten bij wie eGFR berekend/bepaald is	346	86,5%	88,1%	95,0%
Patiënten met urineonderzoek op albumine/creatinine	348	87,0%	84,0%	89,0%
Patiënten van wie rookgedrag is vastgelegd	394	98,5%	97,5%	96,0%
Patiënten in zorgprogramma dat rookt	40	10,2%	12,9%	14,0%
Patiënten met funduscontrole in afgelopen 2 jaar	358	89,5%	87,7%	86,0%
Patiënten met registratie voetonderzoek	355	88,8%	85,2%	86,0%

Dillenburg biedt patiënten een breed aanbod van zorg voor zijn of haar aandoening. Binnen het ketenzorgprogramma DM2 zijn 150 patiënten doorverwezen naar:

Fysiotherapeut 25x	Diëtiste 66x	Apotheek 13x	Pedicure 13 x	Podotherapeut 33 x
				

ZORGPROGRAMMA COPD



Voor COPD geldt dat 70% van de COPD patiënten die bij ons onder behandeling is meedraait in het zorgprogramma COPD. Dit zijn 188 patiënten. 43 patiënten nemen (nog) niet deel.




Het zorgprogramma COPD draait al enkele jaren succesvol en is geïmplementeerd. In 2018 is met name gekeken naar de mogelijkheid om het aantal verwijzingen t.b.v. de inhalatie-instructies te verhogen. De registratie van exacerbaties verloopt steeds beter.

- Het aantal patiënten dat gecontroleerd is op een goede inhalatietechniek is met 77% boven het landelijke gemiddelde van 71,3%.
- Er is aandacht gegeven aan het verwijzen van nieuwe patiënten voor een bewegingsconsult zodat zij geïnformeerd kunnen worden over wat beweging voor hen kan betekenen.
- Er is samen met de apotheek ingezet op de afbouw van het gebruik van inhalatiecorticosteroiden (ICS). Dat heeft in 2018 geleid tot een afname in gebruik van 43,2% naar 28,1% bij gelijk gebleven groep patiënten met COPD.

Indicatoren COPD

COPD 2018	Aantal	%	AOEL	Landelijk
Populatie GES	11204			
Totaal aantal patiënten COPD	264	2,4%	1,8%	2,0%
Behandeling specialist	33	12,5%	14,8%	16,3%
Behandeling huisarts	231	87,5%	72,0%	70,5%
Geen programmatische zorg	43	16,3%	15,3%	11,7%
Patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd	100	76,9%	68,9%	70,5%
Patiënten waarvan functioneren (MRC CCQ) is vastgelegd	138	88,5%	73,0%	77,0%
Patiënten waarvan mate van beweging is vastgelegd	148	94,9%	80,7%	80,0%
Patiënten van wie rookgedrag is vastgelegd	148	94,9%	82,2%	86,0%
Patiënten in zorgprogramma dat rookt	56	37,8%	33,2%	38,0%
Patiënten met 2 of meer exacerbaties <12mnd	17	10,9%	10,5%	8,0%

Dillenburg biedt patiënten een breed aanbod van zorg voor zijn of haar aandoening. Binnen het ketenzorgprogramma COPD zijn 46 patiënten doorverwezen naar:

Fysiotherapeut 16x	Diëtiste 7x	Apotheek 23x
		

ZORGPROGRAMMA ASTMA



Bij Dillenburg is in 2018 verder gewerkt aan het implementeren van het ketenzorgprogramma ASTMA.

- Controle voor inhalatietechniek heeft veel aandacht gehad in 2018. In totaal is er bij 78,3% van de patiënten de inhalatietechniek gecontroleerd. Landelijk ligt dit gemiddelde op 61,8%

Indicatoren ASTMA

Astma 2018	Aantal	%	AOEL	Landelijk
Populatie GES	11204			
Totaal aantal patiënten Astma	400	3,6%	5,5%	5,8%
Behandeling specialist	21	5,3%	1,5%	9,4%
Behandeling huisarts	379	94,8%	30,2%	
Geen programmatische zorg	18	4,5%	19,0%	
Patiënten zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek gecontroleerd	94	78,3%	64,6%	61,0%
Patiënten bij wie functioneren (ACQ/ACT) is vastgelegd	117	91,4%	68,7%	60,0%
Patiënten van wie rookgedrag is vastgelegd	123	96,1%	87,6%	82,0%
Patiënten in zorgprogramma dat rookt	11	8,9%	8,4%	12,0%

ZORGPROGRAMMA CVRM-HVZ & WR



In 2018 namen 342 patiënten deel aan het zorgprogramma CVRM -HVZ. Een zorgprogramma voor mensen met hart- en vaatziekten. Dat is een stijging van 89% ten opzichte van 2016.

- De groep HVZ-patiënten die onder behandeling is bij een specialist ligt bij ons ruim onder het landelijke gemiddelde van zo'n 24%. En dat is goed nieuws.
- De analyse van de indicatoren heeft gezorgd voor een verbetering in het totale zorgproces voor de groep patiënten die meer aandacht nodig hebben.

Eind 2018 is er door de huisartsen een bijeenkomst voor het zorgpad atriumfibrilleren bezocht ter bevordering van de deskundigheid.

Indicatoren CVRM - HVZ

HVZ 2018	Aantal	%	AOEL	Landelijk
Populatie GES	11204			
Totaal aantal patiënten HVZ	568	5,1%	4,8%	4,8%
Behandeling specialist	112	19,7%	16,3%	24,6%
Behandeling huisarts	456	80,3%	63,4%	
Geen programmatische zorg	107	18,8%	8,0%	
patiënten < 70 jr. bij wie de systolische bloeddruk ≤ 140 mm Hg is gemeten	94	79,0%	84,7%	75,5%
Patiënten <80 jr. met LDL-waarde ≤ 2.5 mmol/l	138	69,7%	62,7%	57,0%
Patiënten van wie rookgedrag is vastgelegd	209	92,1%	83,5%	82,5%
Patiënten in zorgprogramma dat rookt	36	17,2%	14,5%	18,0%
Patiënten bij wie eGFR is bepaald in afgelopen 5jaar	225	99,1%	98,8%	98,5%
Patiënten bij wie mate van beweging is vastgelegd	198	87,2%	78,5%	75,0%
In afgelopen 12 mnd				




CVRM-WR

Voor mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten is er ook een zorgprogramma, namelijk CVRM - VVR. In 2018 is de groep VVR goed in beeld. De doktersassistenten monitoren de stabiele VVR-patiënten op afstand. Het bloeddruk meten thuis heeft eraan bij gedragen dat deze groep niet voor de tussentijdse controles op consult hoeft te komen, alleen voor de jaarcontrole bij de huisarts of als er tussentijds uit de metingen aanleiding is voor het oproepen van de patiënt.

Indicatoren CVRM - WR

VVR 2018	Aantal	%	AOEL	Landelijk
Populatie GES	11204			
Totaal aantal patiënten VVR, zonder DM2/HVZ	1040	9,3%	9,0%	8,8%
Behandeling specialist	30	2,9%	9,4%	
Behandeling huisarts	1010	97,1%	91,3%	
Geen programmatische zorg	132	12,7%	6,6%	
Aantal patiënten < 70jr bij wie bloeddruk is bepaald	222	71,6%	11,0%	72,0%
systolische waarde bloeddruk ≤ 140 mmHg				
patiënten onder de 80 jr. bij wie LDL is bepaald	140	30,8%	32,6%	30,0%
waarvan LDL-waarde ≤ 2.5 mmol/l is				
patiënten van wie rookgedrag is vastgelegd	398	82,7%	81,9%	90,0%
Patiënten in zorgprogramma dat rookt	32	8,0%	20,8%	13,0%
patiënten bij wie eGFR is bepaald in afgelopen 5 jaar	476	99,0%	99,0%	
Patiënten bij wie mate van beweging is vastgelegd	253	52,6%	54,9%	73,5%
In afgelopen 12 mnd				

Dillenburg biedt patiënten een breed aanbod van zorg voor zijn of haar aandoening. Binnen het ketenzorgprogramma CVRM-HVZ zijn 25 patiënten doorverwezen naar:

Fysiotherapeut 5x	Diëtiste 18x	Apotheek 2x
		

ZORGPROGRAMMA Angst- en stemmingsstoornissen



De opname van patiënten in het zorgprogramma Angst- en stemmingsstoornissen is in 2018 gestart met de selectie van patiënten die antidepressiva en slaap- en kalmeringsmiddelen gebruiken en tenminste een jaar niet zijn gecontroleerd.

Op ons verzoek is de GGZ module in het Keten Informatie Systeem aangepast naar een beter ondersteunend programma. Deze versie is eind 2018 opgeleverd. Onze Praktijkondersteuners-GGZ (geestelijke gezondheidszorg) worden begin 2019 getraind in het gebruik van deze nieuwe module in het Keten Informatie Systeem en in enkele eHealth toepassingen. Hierdoor maken we behandelingen effectiever en de kwaliteit van behandeltrajecten groter.

ZORGPROGRAMMA Complexe Ouderenzorg



In 2018 zijn we gestart met het opnemen van kwetsbare ouderen in het zorgprogramma Complexe ouderenzorg. Het gaat om patiënten die met een probleem op consult zijn geweest, of waarbij één van de samenwerkende disciplines de patiënt als kwetsbare oudere heeft gediagnostiseerd.

De zorg voor kwetsbare ouderen neemt een steeds grotere plaats in binnen de zorg. Een multidisciplinaire aanpak van kwetsbare ouderen draagt bij aan het voorkomen van zaken als fracturen, medicatieongelukken, ondervoeding, vereenzaming etc.

Wat organiseerden wij voor u?

De gezondheidsmarkt

In 2018 is voor de tweede keer namens alle wijk-GES'sen een gezondheidsmarkt georganiseerd. Standhouders waren praktijkondersteuners, apothekers(assistenten), fysiotherapeuten, diëtisten, diverse thuiszorg- en welzijnsorganisaties, patiëntenverenigingen

resultaten

- 600 bezoekers
- Meer dan 50% bezoekers voor bloedglucose en bloeddrukmetingen
- 90% erg tevreden met opzet gezondheidsmarkt en 87% geeft aan dat de gezondheidsmarkt voldeed aan de verwachtingen.
- Op beide dagen was het mogelijk om uitleg te krijgen over het gebruik van het zelfmanagementplatform MijnGezondheid.net om zo het gebruik te stimuleren.

Over het geheel genomen was de gezondheidsmarkt wederom een succes te noemen.

DISCO-cursussen

DISCO staat voor **D**ynamische **I**nterdisciplinaire **S**elfmanagement **C**OPD educatie.

Het is een voorlichtingsprogramma, speciaal ontwikkeld om de deelnemers te ondersteunen een expert te worden op het gebied van COPD. DISCO- cursussen zijn in 2018 centraal voor alle GES'sen georganiseerd om ervoor te zorgen dat er voldoende aantal deelnemers per cursus zijn. De centrale organisatie is erg effectief geweest. In 2018 zijn er twee DISCO-cursussen voor alle GES'sen georganiseerd met 14 deelnemers. De cursisten beoordeelden de cursus met een gemiddelde van 8,2.

PRISMA cursussen DM2

PRISMA (PRo-actieve Interdisciplinaire Self-MAnagement educatie) is onderdeel van het zorgprogramma diabetes mellitus type 2. Het unieke voorlichtingsprogramma heeft als doel de deelnemers experts te maken op het gebied van diabetes. Alphen op één lijn organiseerde de PRISMA-cursussen centraal, het voordeel van de samenwerking tussen de GES'sen is hier benut. Er zijn drie PRISMA DM2 cursussen georganiseerd met 22 deelnemers. Gemiddelde beoordeling een 8,4.

PRISMA cursussen CVRM

PRISMA (PRo-actieve Interdisciplinaire Self-Management) educatie is onderdeel van het zorgprogramma CVRM ontwikkeld voor mensen met (een verhoogd risico op) een hart- en vaatziekte. Het organiseren van CVRM- cursussen is in 2018 centraal voor Alphen op één lijn georganiseerd. Aangezien deze cursussen vorig jaar pas geïntroduceerd zijn, is er veel belangstelling geweest. Er waren in 2018 dan ook voldoende

deelnemers. In totaal zijn er 10 cursussen georganiseerd met 99 deelnemers. De cursisten waarden de cursus gemiddeld met een 8,2.

Valpreventie

In 2018 is na het succes van 2017 opnieuw een multidisciplinaire informatiebijeenkomst valpreventie georganiseerd. De onderwerpen die in deze bijeenkomst aan de orde zijn geweest waren o.a. de aandoening zelf, het medicijngebruik, voeding, beweging en valpreventie. De gemiddelde waardering was een 8,2. Voor 2019 is de wens om de bijeenkomst wederom te organiseren maar dan voor een andere doelgroep.

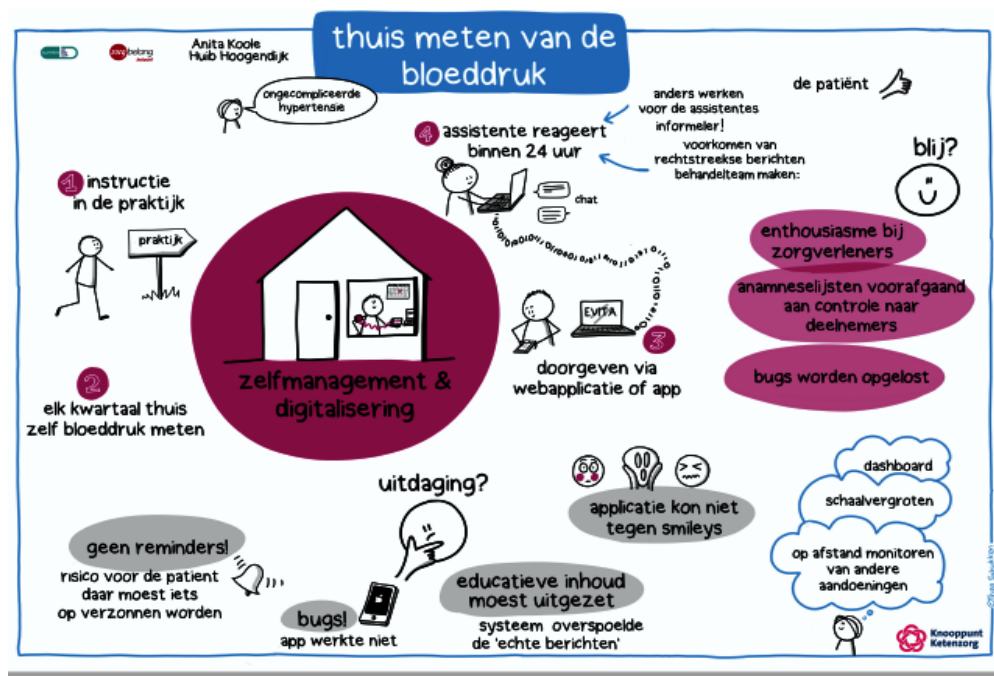
ICT en e-Health

MijnGezondheid.net project

In 2017 is het project MijnGezondheid.net gestart. MijnGezondheid.net maakt gebruik van een veilig, besloten netwerk op internet, zoals dat bekend is van internetbankieren. De patiënt kan zo online allerlei gezondheidszaken regelen. In 2018 zijn de projectfasen drie en vier uitgevoerd. Het doel was het actief gebruik van dit eHealth platform bij zowel de zorgverlener als de patiënt te stimuleren, door voorlichting en training.

Project bloeddrukmeten thuis

De pilot is succesvol afgerond en geëvalueerd. Het thuismeten van de bloeddruk van 'lichte' CVRM-patiënten leidt tot een verbeterde informatievoorziening en een aanzienlijke daling van het aantal consulten. Aan het project namen 82 patiënten deel. Uit de evaluatie blijkt dat de bloeddrukwaarden niet wijzigen bij thuismeten, maar dat het bewustzijn over de eigen gezondheid er wel door toeneemt.



De AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming)

In 2018 is er veel aandacht geweest voor de implementatie van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) in alle praktijken van de bij Alphen op één lijn aangesloten deelnemers. Centraal is er door Alphen op één lijn een Functionaris Gegevensbescherming (FG) aangesteld om toezicht te houden. Er zijn in 2018 ieder kwartaal bijeenkomsten georganiseerd waarin de issuelijsten en verbeterpunten besproken worden binnen het Alphen op één lijn privacy team. Ook heeft de FG twee keer

per jaar overleg met de AVG coördinator van de betreffende organisatie om de datalekken, issues en andere informatiebeveiligingszaken te bespreken.

Er is deelgenomen aan een regionaal georganiseerd FG platform om de laatste ontwikkelingen op het gebied van informatie en databeveiliging te volgen en daar waar mogelijk regionale afspraken te maken.

Certificering

We zijn bezig met het opzetten van een nieuw kwaliteitsmanagementsysteem met de daaraan verbonden certificering. Er is gekozen voor de NPA certificering (KKK-norm) omdat deze anders dan de HKZ-certificering dichter bij de huidige praktijk staat. In 2018 is het raamwerk opgezet voor de invulling van het kwaliteitsmanagementsysteem zodat er in 2019 een succesvolle invulling kan volgen.

Hoe houden we u op de hoogte?

BETER

In 2018 zijn er vier edities van het gezamenlijke Alphen op één lijn magazine 'BETER' uitgegeven. De thema's die aan de orde zijn gekomen zijn heel breed en variëren van AVG, de toegevoegde waarde van de ketenzorg partners en wijkgericht werken.

Website

De websites van de wijk-GES'sen zijn aanpast op AVG richtlijnen (voorzien van een privacy verklaring) en hebben uniforme tekst voor de GES gekregen, waarbij de samenwerking tussen de Alphen op één lijn ketenpartners extra onder de aandacht is gebracht.

Hoe helpt u ons?

Cliëntenpanel

Door het luisteren naar ervaringen en wensen van patiënten krijgen wij een beter beeld van wat er nodig is. In 2018 zijn er twee bijeenkomsten georganiseerd met het cliëntenpanel. Leden kunnen invloed uitoefenen op de kwaliteit van onze zorg en dienstverlening. Tijdens de bijeenkomsten discussiëren zij over een vraag of een stelling. Zo verbeteren we het beleid van Dillenburg.

In de overleggen met het cliëntenpanel zijn de volgende thema's aan de orde geweest:

- Doelstelling cliëntenpanel overleg
- Gezondheidsmarkt evaluatie 2017 en deelname van de cliëntenpanelliden in 2018
- Toegankelijkheid, bereikbaarheid, inrichting en klantvriendelijkheid van de nieuwbouw
- Website en informatie zorgprogramma's
- Participatie in eigen behandelplan
- Gebruik MijnGezondheid.net en andere ICT en zelfmanagement tools
- AVG
- Kluisjessysteem bij de apotheek
- Wijkplannen 2019-2021
- Certificering
- KTO
- Project bloeddruk meten thuis

KTO Klant (Patiënt) Tevredenheid Onderzoek

Tevreden patiënten zijn de basis van een goedlopend gezondheidscentrum. Hoe denkt u over ons? Eind 2018 hebben wij een Patiënt tevredenheidsonderzoek gedaan. Wat zijn de sterke punten en wat zijn de verbetermogelijkheden volgens u? De formulieren zijn zowel digitaal als op papier verspreid. Heeft u er ook één ingevuld dan nogmaals dank. De enquêtes worden in 2019 geanalyseerd en geëvalueerd.

Wat bespreken we in welk overleg?

Management Team (MT) overleg

In 2018 is het managementteam zeven keer bijeen geweest. Er is doorlopend gewerkt aan het behalen van alle doelstellingen zoals opgenomen in het jaarplan. Het monitoren van de indicatoren en zorgvernieuwing en innovatie. De samenwerking tussen de ketenpartners is inmiddels een goed geoliede machine en er wordt veel met elkaar afgestemd in het kader van de juiste zorg op de juiste plek.

Het kan altijd beter en daar werken we aan!

Benchmark bijeenkomst

Om te zien hoe wij presteren tegenover het landelijk gemiddelde vergelijken wij ons met de landelijke transparante benchmark van Ineen (een organisatie die de belangen behartigt van de eerstelijns) en organiseren wij spiegelbijeenkomsten. In het voorjaar van 2018 is er een benchmark bijeenkomst georganiseerd voor de leden van Alphen op één lijn. De invulling van de bijeenkomst was vooral gericht op multidisciplinair samenwerken.

Deskundigheidsbevordering

Ter bevordering van de deskundigheid is in 2018 deelgenomen aan diverse trainingen en informatiebijeenkomsten, zoals:

- Kwaliteitsavond met 'best practices' Knooppunt Ketenzorg
- Scholing atriumfibrilleren
- Informatiebijeenkomst Positieve Gezondheid
- Informatiebijeenkomst de zorg app (ZHN) van Knooppunt Ketenzorg
- Informatiebijeenkomst AVG en informatiebeveiliging
- Caspir cursus van de CAHAG

Samen sterk

Vanuit Alphen op één lijn is er overleg met de gemeente, de verzekeraars en verschillende kennisorganisaties. Lokaal en regionaal werken wij samen in lokale samenwerkingsverbanden:

Lokaal -AKO (Alphens Keten Overleg)

In het AKO nemen naast Alphen op één lijn, de gemeente Alphen aan den Rijn en Zorg & Zekerheid deel. Daarnaast zijn ook de thuiszorgorganisaties ActiVite, IZO, Vierstroom en WijdeZorg, Plicare, de Stichting Gezond Boskoop (de samenwerkende eerstelijnszorg in Boskoop), de huisartsen van Rijnwoude, de GGD Hollands Midden, GGZ (Rivierduinen) en 'Tom in de buurt' vertegenwoordigd. Door het AKO weten zorg- en hulpverleners, patiënten en mantelzorgers elkaar makkelijker te vinden. Korte lijnen zorgen ervoor dat patiënten in Alphen aan den Rijn met een zorg- en/of hulpvraag optimaal ondersteund kunnen worden.

Afgelopen jaar is zowel aan de vier bestuurlijke overleggen van het AKO deelgenomen als aan de trainingen die door het REOS i.o.v. het AKO zijn opgezet.

Ook is er binnen het AKO verband meegewerkt aan het opzetten van een integraal wijkgericht gezondheidsbeleid. Zorgprofessionals van gezondheidscentrum Dillenburg namen actief deel aan bijeenkomsten rond wijkgericht werken met als doel de samenwerking tussen verzorging, gemeentelijke hulpverlening en andere plaatselijke initiatieven te bevorderen en de mogelijkheden te benutten.

Regionaal samenwerken - NZLO (Netwerk Zorgorganisaties Leiden en Omstreken)

Ook op regionaal niveau werkt Alphen op één Lijn samen met zorggroepen die ook bezig zijn met geïntegreerde eerstelijns zorg. Zo kan gezamenlijk worden opgetrokken om de zorg regionaal naar een hoger plan te tillen. Dit samenwerkingsverband heet NZLO.

Knooppunt Ketenzorg

Knooppunt Ketenzorg werkt voor ons aan effectieve regionale ketenzorgprogramma's in Zuid-Holland Noord en zorgt ook voor updates van de zorgprogramma's en ontwikkeling van nieuwe zorgpaden.