



## **KWALITEITSJAARVERSLAG 2010**

## **INHOUD**

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>1. Beschrijving van de organisatie</b>	<b>4</b>
<b>2. Bestuursstructuur, toezicht, bestuur en medezeggenschap</b>	<b>7</b>
<b>3. Organisatie van de zorg</b>	<b>12</b>
<b>4. Kwaliteitsbeleid en zorginnovatie</b>	<b>16</b>
<b>5. Zorgprogramma's en multidisciplinaire afspraken</b>	<b>24</b>
<b>6. Cliëntgerichtheid</b>	<b>26</b>
<b>7. Personeel en organisatie</b>	<b>28</b>
<b>Bijlage 1 Cliëntgegevens</b>	<b>31</b>
<b>Bijlage 2 Prestatie-indicatoren</b>	<b>32</b>
<b>Lijst van afkortingen</b>	<b>38</b>

## Voorwoord

Voor u ligt het kwaliteitsjaarverslag van 2010 van de Stichting Gezondheidscentra Haarlemmermeer. De financiële jaarrekening 2010 wordt separaat uitgegeven. Terugkijkend op afgelopen jaar kan ik met trots constateren dat er bijzonder veel werk is verzet door de teams van de gezondheidscentra en door de medewerkers van de HuisArtsenPost Haarlemmermeer. Intensieve samenwerking binnen de teams zorgt voor kwalitatief goede zorg en efficiëntie.

Kwaliteit was afgelopen jaar één van onze speerpunten. Bij de HuisArtsenPost Haarlemmermeer en de apotheken Drie Meren en Floriande hebben we een belangrijke stap gemaakt met de HKZ-certificering. Dit was voor de hele organisatie een intensief en leerzaam traject. Tevens is aan de huisartsenpraktijken van de gezondheidcentra Floriande en Overbos de NHG-praktijkaccreditering opnieuw toegekend. Dit kwaliteitskeurmerk van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) laat zien dat deze praktijken actief werken aan het verbeteren van haar kwaliteit.

In dit jaarverslag wordt in hoofdstuk 1 een beschrijving gegeven van de organisatie en haar structuur. De SGH beheert drie gezondheidscentra en de HuisArtsenPost Haarlemmermeer.

In hoofdstuk 2 wordt de bestuursstructuur beschreven en wordt verslag gedaan door de Raad van Toezicht, de Raad van Bestuur, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad. In dit hoofdstuk wordt ook een schets gegeven van te verwachten ontwikkelingen. In 2010 is veel energie besteed aan intensieve samenwerking met koepels van gezondheidscentra in Nederland. Dit samenwerkingsverband heeft een alliantie opgezicht, 1-in-Zorg, om te komen tot meer afstemming van het inhoudelijke zorgaanbod.

In hoofdstuk 3 wordt de organisatie van de zorg beschreven en in hoofdstuk 4 wordt verslag gedaan van het kwaliteitsbeleid en de innovatie. Binnen de SGH wordt grote waarde gehecht aan het leveren van kwalitatief goede zorg. In 2010 heeft het kwaliteitsmanagementsysteem verder gestalte gekregen. Dit blijkt een grote meerwaarde te hebben voor de organisatie. Het kwaliteitsmanagementsysteem maakt de organisatie van de SGH toetsbaar en laat zien dat de SGH een positief lerende organisatie is.

De zorgprogramma's en multidisciplinaire afspraken staan in hoofdstuk 5. De SGH heeft veel ervaring opgedaan met multidisciplinaire samenwerking en de zorgprogramma's zijn in 2010 geëvalueerd.

De cliëntgerichte werkwijze van de SGH wordt beschreven in hoofdstuk 6. Aan het einde van 2010 is een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Tenslotte staat in hoofdstuk 6 het sociaal jaarverslag en wordt verslag gedaan van het gevoerde personeelsbeleid.

Kijkend naar de toekomst wachten ons nieuwe uitdagingen. Een nieuw kabinet dat vanuit een ander oogpunt naar de financieringsstructuur kijkt. Ik ben ervan overtuigd dat wij met de huidige organisatie deze uitdagingen het hoofd kunnen bieden. Het blijft ons streven om kwalitatief de beste zorg te leveren voor ieder die bij onze centra is ingeschreven.

Rest mij de medewerkers te bedanken voor hun bijdragen die geresulteerd hebben in het positieve resultaat 2010 en de leden van de Raad van Toezicht voor hun positief kritische blik en prettige samenwerking. Ik wens u veel plezier bij het lezen van het jaarverslag.

mw. drs. M.A. 't Hart,  
raad van bestuur

# 1. Beschrijving van de organisatie

De Stichting Gezondheidscentra Haarlemmermeer (SGH) beheert drie gezondheidscentra en een HuisArtsenPost (HAP).

## Doelstelling

De SGH stelt zich ten doel:

- het bieden van geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg, preventief en curatief, alsmede het bevorderen van welzijnszorg;
- het stimuleren van initiatieven tot samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg en het verlenen van diensten aan samenwerkende hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg;
- het verlenen van huisartsenzorg aan mensen die 's avonds, 's nachts of in het weekend een zorgvraag hebben en waarvoor hulp geboden moet worden die niet kan wachten tot de dag dat de eigen huisarts weer praktijk heeft;
- het organiseren van de avond-, nacht- en weekenddiensten voor de huisartsen, zodanig dat de diensten op een efficiënte en effectieve manier verleend kunnen worden, waardoor de werkdruk voor de huisartsen niet onnodig verhoogd wordt;
- het afstemmen van de spoedeisende zorg met alle andere instellingen die een rol hebben bij het verlenen van spoedeisende zorg.

De SGH tracht, alleen of in samenwerking met anderen, dit doel ondermeer te bereiken door:

- het zonder winstoogmerk beheren van gezondheidscentra;
- het zonder winstoogmerk beheren van een HuisArtsenPost in nauw overleg met de Huisartsen Vereniging Haarlemmermeer;
- het verlenen van ondersteunende diensten aan (groepen van) personen, die uitvoerend en/of initiërend actief zijn op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg;
- het stimuleren van interdisciplinaire samenwerking, zowel binnen de gezondheidscentra als in andere samenwerkingsverbanden, ten behoeve van een integrale en continue zorg;
- het signaleren van tekorten in de gezondheids- en welzijnszorg;
- het daadwerkelijk betrekken van de cliënten bij de hulpverlening.

## Missie

De Stichting Gezondheidscentra Haarlemmermeer biedt eerstelijnsgezondheidszorg volgens de geldende landelijke richtlijnen en standaarden, waarbij de vraag van de cliënt centraal staat.

## Kernwaarden

De SGH heeft de volgende kernwaarden:

- gelijkwaardigheid en respect;
- open communicatie;
- het bevorderen van de zelfredzaamheid van de cliënt;
- steeds gericht op kwaliteit;
- collegialiteit/teamgeest;
- ondernemend/innovatief.

## Visie gezondheidscentra

De gezondheidscentra bieden wijkgerichte zorg, zowel preventief als curatief, waarbij het zorgaanbod is afgestemd op de populatie in de wijk. Binnen de gezondheidscentra wordt een duidelijke meerwaarde gerealiseerd voor de cliënt door de korte lijnen van overleg en doordat de hulpverleners elkaar kunnen adviseren. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van specialistische deskundigheid van hulpverleners in het gezondheidscentrum. Voor chronisch zieke cliënten hebben de hulpverleners van de gezondheidscentra de regie over de zorg.

### **Visie HuisArtsenPost**

De HAP is een organisatie van samenwerkende huisartsen, die acute zorg levert en regelt buiten kantooruren, volgens de geldende professionele richtlijnen aan ieder die staat ingeschreven bij één van de deelnemende huisartsen, waarbij de patiënt centraal staat. De HAP is zodanig georganiseerd dat deze goed bereikbaar en herkenbaar is voor de mensen die staan ingeschreven bij de deelnemende huisartsen. Er wordt gebruik gemaakt van de richtlijnen en standaarden die binnen de beroepsgroep leidend zijn. Met andere partijen in de spoedeisende zorg zijn samenwerkingsafspraken gemaakt.

### **Organisatiestructuur gezondheidscentra**

De uitgangspunten bij de organisatiestructuur van de gezondheidscentra zijn:

- de disciplines (huisartsenzorg, apotheekzorg en fysiotherapie), vormen de kern van de organisatie;
- de organisatie faciliteert de disciplines;
- centraal organiseren waar nodig, decentraal verder invullen en samenwerken;
- stimuleren van ondernemerschap;
- zo plat mogelijke organisatie waarbij alle medewerkers uitgenodigd worden om initiatief te nemen;
- zo laag mogelijk in de organisatie regelcapaciteit organiseren.

In de drie gezondheidscentra werken de verschillende disciplines samen voor het welzijn en de gezondheid van een ieder die cliënt is bij één van de gezondheidscentra.

Voor de cliënten betekent dit een soepele doorverwijzing en eenduidig beleid. Voor de zorgverleners houdt het in dat men van elkaars expertise gebruik kan maken. Voor de organisatie betekent dit dat efficiënt wordt gewerkt.

Elk gezondheidscentrum heeft een team van hulpverleners dat bestaat uit professionals (huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en/of apothekers) en uit specifiek opgeleide medewerkers ter ondersteuning van de professionals, te weten centrumassistentes, apotheekassistentes en fysiotherapieassistentes.

De teams van de gezondheidscentra werken ook op disciplineniveau collegiaal samen.

De verantwoordelijkheid voor het (para)medisch handelen ligt bij de professional.

De teams worden ondersteund door stafmedewerkers. De eindverantwoordelijkheid ligt bij de bestuurder.

### **Organisatiestructuur HuisArtsenPost**

De HuisArtsenPost-Haarlemmermeer (HAP) wordt beheerd door de SGH. Met de Huisartsen Vereniging Haarlemmermeer (HVH) is een overeenkomst afgesloten, waarin wordt bepaald dat de SGH zorg draagt voor het beheer en voor de kwaliteit en de inzet van doktersassistentes en de HVH verantwoordelijk is voor het medisch beleid en voor de inzet van voldoende huisartsen. Met 56 huisartsen in Haarlemmermeer zijn deelnemersovereenkomsten afgesloten (alle huisartsen in Haarlemmermeer, met uitzondering van Badhoevedorp).

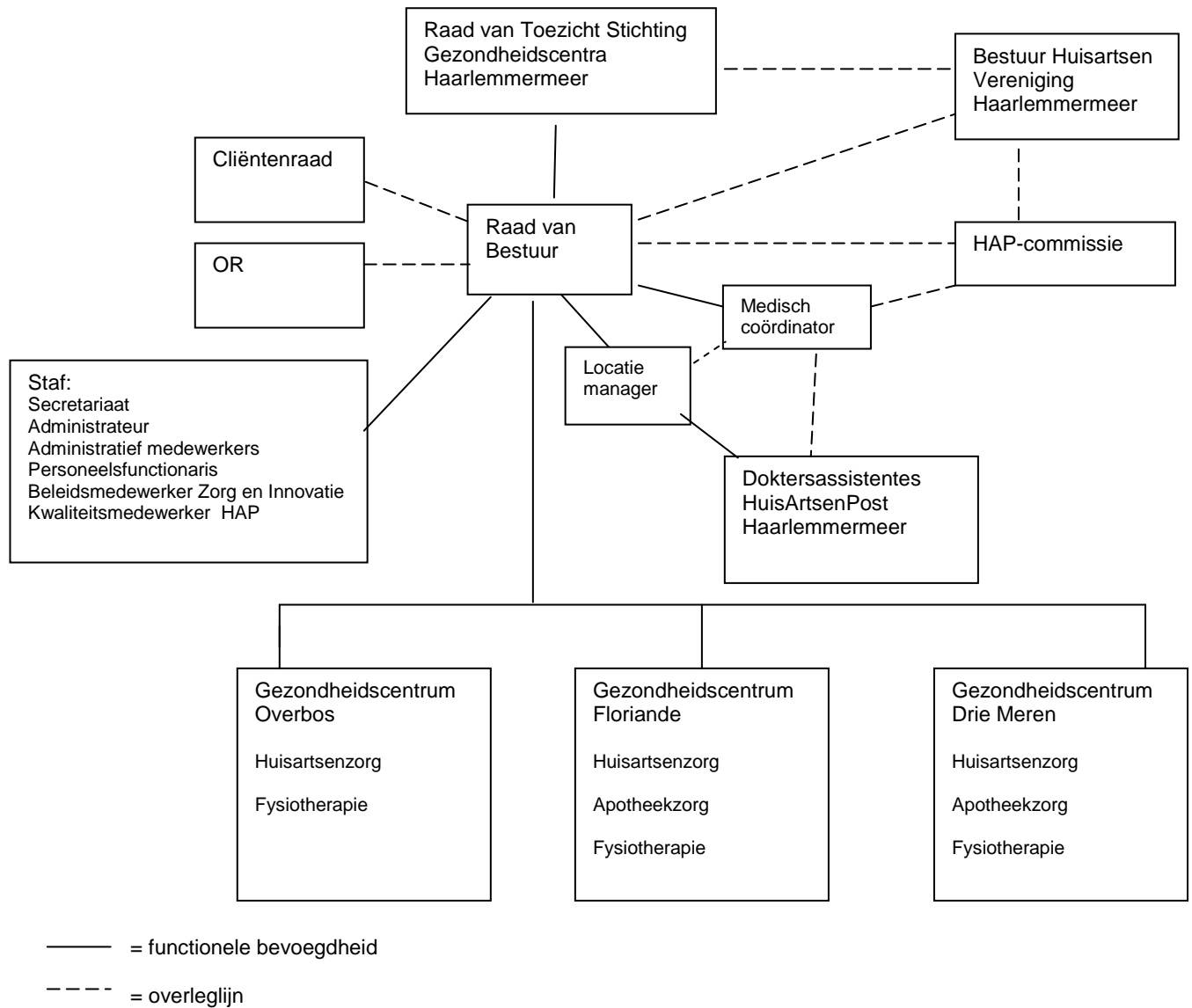
De HAP is een zelfstandig onderdeel van de SGH, met een zelfstandige administratie en jaarverslag. De bestuurder is verantwoordelijk voor het financieel beheer en het algemene beleid. De staf van de SGH biedt hierbij ondersteuning.

Afstemming vindt plaats in de HAP-commissie, waarin overleg plaatsvindt tussen vertegenwoordigers van de HAGRO's en de bestuurder van de SGH.

Daarnaast vindt tenminste één keer per jaar een deelnemersvergadering plaats, waarvoor alle deelnemende huisartsen worden uitgenodigd.

De locatiemanager is, onder verantwoordelijkheid van de bestuurder, belast met het op effectieve en efficiënte wijze coördineren van de dagelijkse werkzaamheden van de doktersassistentes binnen de huisartsenpost.

## Organogram SGH



## **2. Bestuursstructuur, toezicht, bestuur en medezeggenschap**

### **Bestuursstructuur**

De SGH heeft een onafhankelijke raad van toezicht die toeziet op de wijze waarop de organisatie wordt bestuurd en de raad van bestuur met advies terzijde staat.

De raad van toezicht werkt volgens de principes van 'Goed bestuur in de zorg':

- de raad van toezicht houdt toezicht en controleert de raad van bestuur;
- de raad van toezicht is onafhankelijk;
- de leden van de raad van toezicht hebben geen directe belangen bij de SGH;
- werkwijze raad van toezicht en raad van bestuur zijn vastgelegd in een reglement.

Samenstelling raad van toezicht op 31 december 2010:

- mevrouw W.G. van Schie, voorzitter;
- mevrouw A.A.H.M. de Bresser;
- de heer D.G. van Gaelen;
- de heer A.J. Ouweneel;
- de heer R. J. Storm.

Samenstelling raad van bestuur op 31 december 2010:

- mevrouw M.A. 't Hart.

### **Verslag raad van toezicht**

In het verslagjaar is de raad van toezicht versterkt door de benoeming van een nieuw lid, die ervaring heeft in de eerstelijnsgezondheidszorg en bestuurder is van een organisatie voor ouderenzorg.

In het verslagjaar heeft de raad van toezicht vijf keer vergaderd. De reguliere onderwerpen zijn besproken en goedgekeurd:

- jaarrekening 2009;
- kwaliteitsjaarverslag 2009;
- begroting 2011.

In 2010 is veel aandacht besteed aan de financiële situatie van de SGH. Aan het begin van het jaar bleek dat kritisch gekeken moest worden naar de kosten en de opbrengsten. Er zijn afspraken gemaakt over strakke monitoring van de resultaten en over de opzet van kwartaalrapportages. De raad van toezicht heeft haar waardering uitgesproken voor het ombuigen van het negatieve financiële resultaat van 2009 naar een positief resultaat aan het einde van 2010.

Om de sturing op de financiële resultaten van de organisatie te verbeteren, is door de bestuurder bekeken of de managementstructuur aangepast zou moeten worden. De raad van toezicht heeft over dit onderwerp enkele malen als klankbord voor de bestuurder opgetreden.

Een ander belangrijk aandachtspunt was de keuze voor toetsing van het kwaliteitssysteem door externe onafhankelijke partijen. De kosten van een externe toetsing zijn hoog, maar geeft ook een meerwaarde. Door externe toetsing van het kwaliteitsmanagementsysteem wordt inzicht gekregen in de interne processen in de organisatie en toont de SGH aan een positief lerende organisatie te zijn.

De raad van toezicht heeft, gezamenlijk met de raad van bestuur, in 2010 overleg gevoerd met de OR en met de Cliëntenraad over de algemene gang van zaken. Deze besprekingen zijn in een goede sfeer verlopen.

In de december heeft de raad van toezicht de voorbereiding ter hand genomen van een onderlinge evaluatie van het eigen functioneren in januari 2011.

### **Verslag raad van bestuur**

Gezien het negatieve financiële resultaat van 2009 is in 2010 veel aandacht besteed aan de bewustwording binnen de organisatie over de noodzaak om efficiënt te werken en kosten te besparen. Door betere monitoring van de financiële resultaten, en door deze te bespreken met alle disciplines, is het financiële resultaat in 2010 positief.

Daarnaast is kritisch gekeken naar de managementstructuur, naar de formatie en naar de efficiëntie.

Voor wat betreft de managementstructuur: de structuur bleek goed te voldoen voor het inhoudelijk waarborgen van de kwaliteit van de zorg. De verantwoordelijkheid voor de financiële resultaten bleek echter niet duidelijk. Een voorstel om de organisatiestructuur aan te passen is in 2010 uitgewerkt en in 2011 ingevoerd. Er is gekozen voor het versterken van de leidinggevende structuur door het aanstellen van een manager per discipline. Voor wat betreft de formatie: binnen één van de teams heeft dit geresulteerd in de verkleining van de formatie van de centrumassistentes.

Voor wat betreft de efficiëntie: bij de fysiotherapie is de overlegstructuur aangepast en worden afspraken efficiënter gepland. Bij de apotheken is de inkoopprocedure doorgelicht, hetgeen geleid heeft tot efficiëntere inkoop.

Naast de aandacht voor de financiën is veel energie gestoken in het invullen van het kwaliteitssysteem volgens HKZ. Alle centrale functies van de SGH zijn toetsbaar beschreven. In december 2010 is de HuisArtsenPost Haarlemmermeer HKZ-gecertificeerd. De beide apotheken van de gezondheidscentra hebben zich voorbereid op toetsing volgens HKZ. Inmiddels hebben de beide apotheken dit certificaat behaald (februari 2011).

De gezondheidscentra blijven anticiperen op de aanpassing van de financiering van de zorg. Voor de gezondheidscentra heeft een integrale contractering van de basiszorg en de specifieke zorgprogramma's de voorkeur.

In 2010 is veel energie besteed aan intensieve samenwerking met koepels van gezondheidscentra in Nederland. Dit samenwerkingsverband heeft een alliantie opgericht, 1-in-Zorg, om te komen tot meer afstemming en organisatie tussen de gezondheidscentra. Doelstelling is de bewaking en verdere ontwikkeling van de kwaliteit van de geïntegreerde eerstelijnszorg en het bevorderen van gezamenlijke ondersteuning.

### **Toekomstige ontwikkelingen**

Verwacht wordt dat onder meer door de vergrijzing de kosten voor de zorg zullen blijven stijgen. Algemeen wordt ingezien, door de zorgverzekeraars, VWS en de zorgaanbieders, dat maatregelen genomen moeten worden om de kosten te beheersen. Ingezet wordt op het zoveel mogelijk verplaatsen van zorg van de tweede lijn (de ziekenhuizen) naar de eerste lijn (huisartsen, fysiotherapeuten, thuiszorg, etc.). Voorwaarde hiervoor is partnership van alle partijen en zorgverzekeraars. Daarnaast wordt verder vorm gegeven aan output-financiering, waarbij financiering op basis van prestatie-indicatoren zal plaatsvinden.

De komende jaren zullen worden gekenmerkt door een transitieproces, waarbij:

- geen productieafspraken worden gemaakt, maar afspraken over te behalen resultaten;
- multidisciplinaire samenwerking de voorkeur heeft en verder gestimuleerd zal worden;
- innovatie gestimuleerd zal worden;
- het uitgangspunt wordt: oriëntatie op de klant, inzicht in de vraag van de populatie.

Voor de gezondheidscentra zijn er duidelijke kansen: er is veel ervaring met multidisciplinair samenwerken en met klantgericht werken. De aandacht voor de vraag van de cliënten zal in de komende jaren een belangrijk thema zijn.

Belangrijk aandachtspunt blijft het aansluiten op de vraag van de cliënten. In 2010 heeft de SGH deelgenomen aan de landelijke cliëntraadplegingen in het kader van 'Eerstelijnszorg door Cliënten Bekeken'.

## **Samenwerking met externe partijen**

### **Gezondheidscentra**

#### Wijkniveau

In de wijken Overbos en Floriande is een wijkraad actief en vindt wijkoverleg plaats met een vertegenwoordiging van de gemeente. De bestuurder van de SGH wordt op de hoogte gehouden van de onderwerpen die aan de orde zijn en kan zelf onderwerpen aandragen die van belang zijn voor het welzijn van de bewoners in de wijk.

#### Gemeente

De bestuurder heeft regelmatig overleg met ambtenaren die belast zijn met het waarborgen van het lokale gezondheids- en welzijnsbeleid. In 2010 heeft veelvuldig overleg plaatsgevonden over een mogelijke vestiging van een Centrum voor Jeugd en Gezin in het gezondheidscentrum Floriande. Besluitvorming hierover vindt plaats in 2011.

#### Samenwerkingspartners

In het verslagjaar heeft regelmatig overleg plaatsgevonden met de Regionale Ondersteuningsstructuur (REOS) over mogelijkheden om samenwerking in de eerstelijnszorg te stimuleren en over het opzetten van nieuw beleid (praktijkondersteuning geestelijke gezondheidszorg).

Met Osira/Amstelring vindt overleg plaats op uitvoerend niveau over de thuiszorg. Op bestuurlijk niveau heeft in 2010 geen overleg plaatsgevonden, onder meer vanwege interne reorganisatie bij Osira/Amstelring.

Met de stichting Meerwaarde vindt op bestuurlijk niveau overleg plaats over het bevorderen van het welzijn van de bewoners in de wijken Overbos en Floriande en over de inzet van maatschappelijk werk.

Over de invulling van de ketenzorg heeft in 2010 bestuurlijk overleg plaatsgevonden met de bestuurders van het Spaarne Ziekenhuis en het bestuur van de coöperatie Haarlemmermeer Ketenzorg.

In het verslagjaar heeft regelmatig overleg plaatsgevonden met de apothekers in de regio over afstemming van het kwaliteitsbeleid en het zorgaanbod.

#### Zorgverzekeraar

Met de zorgverzekeraar heeft in 2010 intensief en constructief overleg plaatsgevonden over de invulling van de GEZ-module, de prestatie-indicatoren en de invulling van de ketenzorg.

#### Landelijk niveau

De stichting heeft besloten, samen met andere koepels van gezondheidscentra, een alliantie op te richten. Deze alliantie, 1-in-zorg, is opgericht omdat de noodzaak onderkend werd tot meer afstemming en organisatie tussen de gezondheidscentra. Doelstelling is de bewaking en verdere ontwikkeling van de kwaliteit van de geïntegreerde eerstelijnszorg en het bevorderen van gezamenlijke ondersteuning. Een belangrijke factor hierbij is het bevorderen van een adequaat ICT-systeem.

Door bestuurder en staf wordt actief deelgenomen aan overleg van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijns. Op landelijk niveau is in 2010 is veel aandacht besteed aan de financiering van gezondheidscentra en de noodzaak tot transparantie over het geleverde aanbod.

## **HuisArtsenPost**

### Overleg HVH

Jaarlijks vindt overleg plaats tussen de bestuurder van de HAP en het bestuur van de HVH. De HVH heeft in 2010 intern de discussie gestart over mogelijke samenwerking met de afdeling Spoedeisende Hulp van het Spaarne Ziekenhuis (SEH). In 2011 wordt het gesprek hierover vervolgd.

### Stuurgroep HAP-SEH

Door de stuurgroep HAP-Spoedeisende Hulp Spaarne Ziekenhuis, met vertegenwoordigers van het Spaarne Ziekenhuis, de Huisartsen Vereniging Haarlemmermeer en de HuisArtsenPost Haarlemmermeer worden twee keer per jaar de samenwerkingsafspraken geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Voor de afstemming van de spoedeisende zorg in de regio wordt deelgenomen aan het Overleg Ketenpartners Spoedeisende zorg van de regio Kennemerland en Haarlemmermeer en aan het Overleg Ketenpartners Acute Zorg in de regio Haarlemmermeer.

Op landelijk niveau vindt overleg plaats met de Vereniging Huisartsenposten Nederland.

## **Financieel resultaat**

Binnen de SGH is een administratieve scheiding aangebracht tussen de gezondheidscentra en de HuisArtsenPost Haarlemmermeer.

## **Gezondheidscentra**

Per kwartaal worden financiële rapportages per discipline en per team opgesteld. Hiermee is de financiële managementrapportage zodanig dat tijdig ingegrepen kan worden bij tegenvallende resultaten. In het voorjaar 2010 is in alle teams besproken dat de resultaten tegenvielen. Binnen alle teams is een grote inspanning geleverd om de negatieve resultaten om te buigen naar positieve resultaten. Dit is gedaan door efficiëntere planning en minder overleg (met name bij de fysiotherapie) en door meer aandacht te besteden aan het declareren van verrichtingen (bij de huisartsen). In één van de teams is de formatie van centrumassistentes structureel verlaagd. De apotheken hebben een zwaar jaar gehad. Door efficiënte inkoop en efficiënte inzet van personeel heeft de apotheek Floriande met een redelijk positief resultaat kunnen sluiten en zijn de resultaten van apotheek Drie Meren conform begroting. Gezien de groei van apotheek Drie Meren is te verwachten dat het financiële resultaat in 2011 voor beide apotheken positief zal zijn.

## **HuisArtsenPost**

De omzet was lager dan begroot. Voor de begroting was aangenomen dat het aantal verrichtingen in 2010 hoger zou zijn dan in 2009. Dit blijkt niet het geval te zijn. Het aantal verrichtingen is met ongeveer 10% afgenomen.

## **Ondernemingsraad**

Sinds 2006 heeft de SGH een ondernemingsraad. Hiermee zijn de medezeggenschap en de belangenbehartiging van het personeel gewaarborgd.

In 2010 zijn verkiezingen gehouden voor de OR. Na de verkiezingen bestaat de OR uit:

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| - Marieke Nolens, voorzitter | kiesgroep POH en ondersteunend personeel  |
| - Rita Luijben, secretaris   | kiesgroep dokters- en apotheekassistentes |
| - Michael Kappers            | kiesgroep fysiotherapeuten                |
| - Anneke Grooten             | kiesgroep huisartsen en apothekers        |
| - Jacqueline Hoogeboom       | kiesgroep dokters- en apotheekassistentes |

De OR vergadert één keer per maand onderling en om de maand met de bestuurder.

De verslagen zijn op Extranet beschikbaar voor de medewerkers.

Er zijn verschillende instemmingaanvragen door de OR behandeld. Ze zijn allemaal positief bevonden.

Het gaat om:

- het aanstellen van een vertrouwenspersoon;
- het laten uitvoeren van een risico-inventarisatie en -evaluatie (R,I&E);
- het contracteren van een Arbo-arts;
- een interne klachtenregeling voor de HAP.

Voor de aanpassing van de organisatiestructuur heeft de bestuurder een adviesaanvraag ingediend. De OR heeft hierover in februari 2011 een advies uitgebracht.

Naast de instemmings- en adviesaanvragen zijn de volgende onderwerpen besproken:

- de financiën / bezuinigingen en ontwikkelingen rond GEZ-module. Op verzoek van de OR zijn door de bestuurder personeelsbijeenkomsten georganiseerd, waar informatie is gegeven over de financiële situatie;
- actuele ontwikkelingen, zoals mogelijke vestiging van een centrum voor jeugd en gezin (CJG), opzetten van een medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO), aanstellen praktijkondersteuner GGZ;
- personeelsregelingen, zoals de fietsvergoeding, de nieuwe werkkostenregeling, opname vakantie-uren.

De OR vindt contact met de achterban een belangrijk punt. Daarom brengt de OR regelmatig een nieuwsbrief uit en staan de verslagen op Extranet. Elke vergadering is er een lege stoel, waar een medewerker op plaats mag nemen om de vergadering bij te wonen. Daar is in 2010 regelmatig gebruik van gemaakt.

De OR heeft in 2010 twee studiedagen gevolgd onder leiding van een OR coach. Zowel algemene OR zaken als SGH specifieke zaken zijn aan de orde geweest.

### **Cliëntenraad**

De SGH heeft een centrale cliëntenraad voor de gezondheidscentra. In 2010 is de cliëntenraad uitgebreid met één lid en telt nu vier leden. In 2010 heeft de cliëntenraad vier maal overleg gehad in aanwezigheid van de raad van bestuur. De volgende onderwerpen zijn besproken:

- cliëntenkrant
- jaarverslag 2009
- actuele zaken
- resultaten NPA
- cliëntenraadpleging
- betrekken cliënten bij evaluatie zorgprogramma's.

De cliëntenraad heeft in 2010, op verzoek van de bestuurder van de SGH, besloten om ook als cliëntenraad voor de HuisArtsenPost Haarlemmermeer op te treden.

### 3 Organisatie van de zorg

#### **Gezondheidscentra**

De gezondheidscentra hebben veel ervaring met geïntegreerde eerstelijnszorg. Samenwerken is voor de medewerkers van de gezondheidscentra vanzelfsprekend, zowel tussen de disciplines als tussen de gezondheidscentra.

De zorg en de service aan de cliënten staan voorop.

In 2010 is het zorgaanbod verder uitgebreid, zijn multifunctionele projecten gestart en gezamenlijke activiteiten georganiseerd (zie hoofdstuk 3).

De cliënten kunnen in de gezondheidscentra vijf dagen per week van 8.00 uur tot 17.00 uur terecht.

#### Organisatie

In de drie gezondheidscentra werken verschillende disciplines samen voor het welzijn en de gezondheid van een ieder die cliënt is bij één van de gezondheidscentra.

Rondom verschillende aandoeningen, waaronder de chronische aandoeningen Diabetes Mellitus, Astma en COPD, zijn afspraken gemaakt over het te voeren beleid. Voor de cliënten betekent dit een soepele doorverwijzing en eenduidig beleid. Voor de zorgverleners houdt het in dat men van elkaars expertise gebruik kan maken. Voor de organisatie betekent het dat er efficiënt gewerkt wordt. Waar mogelijk worden cliëntgerichte activiteiten samen uitgevoerd (raadpleging, voorlichtingsavond, informatiekraan, website).

Het aanbod is afgestemd op de inwoners van de betreffende wijk, waarbij specifiek aandacht wordt besteed aan preventie.

Elk gezondheidscentrum heeft een team van hulpverleners om de cliënten adequate zorg te bieden. Een team bestaat uit professionals (huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en/of apothekers) en uit specifiek opgeleide medewerkers ter ondersteuning van de professionals, te weten centrumassistentes, apotheekassistentes en fysiotherapieassistentes.

De teams van de gezondheidscentra werken op disciplineniveau collegiaal samen. De verantwoordelijkheid voor het (para)medisch handelen ligt bij de professional.

De teams worden ondersteund door stafmedewerkers. De eindverantwoordelijkheid ligt bij de bestuurder.

#### Bereikbaarheid en beschikbaarheid

##### *Huisartsen*

De huisartsenpraktijken van de gezondheidscentra zijn op werkdagen geopend van 8.00-17.00 uur. Tijdens de openingstijden zijn de huisartsenpraktijken van de gezondheidscentra telefonisch bereikbaar. Ze beschikken over drie telefoonnummers:

- voor cliënten;
- voor spoedgevallen, deze lijn gaat met een ander signaal over en wordt binnen één minuut opgenomen;
- voor collegiale contacten.

##### *Fysiotherapeuten*

De fysiotherapeuten van de gezondheidscentra hebben één centraal telefoonnummer dat dagelijks van 8.00 tot 15.00 uur bereikbaar is (op vrijdag tot 12.00 uur). Daarna kan een bandje ingesproken worden. De fysiotherapiepraktijken zijn geopend van 8.00 tot 17.30 uur. In gezondheidscentrum Floriande is de fysiotherapie twee avonden per week geopend.

##### *Apotheken*

De apotheken in gezondheidscentrum Floriande en in gezondheidscentrum Drie Meren zijn van 8.00-17.30 uur geopend. Tijdens de openingstijden zijn de apotheken telefonisch bereikbaar. Voor de herhaalrecepten is een apart telefoonnummer 24 uur per etmaal en zeven dagen per week bereikbaar.

Herhaalrecepten kunnen ook aangevraagd worden via de website van het gezondheidscentrum.  
In gezondheidscentrum Floriande is de apotheek één avond per week geopend.

#### Continuïteit van zorgverlening

Binnen kantooruren vervangen de hulpverleners elkaar bij afwezigheid, waarbij de cliëntgegevens voor de dienstdoende hulpverlener beschikbaar zijn. De continuïteit van de zorg is hiermee gewaarborgd.

Buiten kantooruren is de HuisArtsenPost Haarlemmermeer bereikbaar.

Door de gezamenlijke apotheken is de farmaceutische zorg buiten de reguliere openingstijden door middel van een dienstapothek georganiseerd. De apotheken in gezondheidscentrum Floriande en in gezondheidscentrum Drie Meren nemen deel aan deze dienstapothek.

#### Automatisering

De huisartsen maken gebruik van Medicom. Er wordt gewerkt met de daarin aanwezige protocollen. De fysiotherapeuten maken gebruik van de agenda en het declaratieprogramma van Fysicom. Voor het elektronisch patiëntendossier zijn de fysiotherapeuten in 2010 overgestapt op Abakus. Dit EPD voldoet aan alle eisen van de beroepsgroep. De implementatie heeft veel tijd en energie gekost.

De apotheken maken gebruik van Pharmacom, inclusief het Elektronisch Farmaceutisch Dossier.

#### Overlegstructuur

Binnen en tussen de gezondheidscentra vindt overleg plaats over de organisatie van de zorg en de zorginhoud. In elk team is er maandelijks overleg tussen de zorgverleners. In deze overleggen worden de actuele ontwikkelingen besproken en wordt beleid afgestemd. Vertegenwoordigers van de disciplines, de bestuurder en de staf hebben maandelijks overleg met elkaar. In deze overleggen wordt het beleid van de gezondheidscentra besproken en afgestemd.

De bestuurder wordt regelmatig geïnformeerd door de stafmedewerkers en de vertegenwoordigers van de discipline, zodat zij het beleid waar nodig kan bijstellen. Rond de zorgprogramma's zijn werkgroepen actief waarin vertegenwoordigers van de betrokken disciplines plaats hebben. De werkgroepen komen regelmatig bij elkaar om bestaande procedures te evalueren en bij te stellen en zij ondersteunen de teams bij de uitvoering.

Daarnaast vindt er op discipline niveau het volgende overleg plaats:

##### *HAGRO*

De huisartsen van de gezondheidscentra vormen samen een HAGRO (HuisArtsenGROep).

##### *FTO*

De huisartsen, praktijkondersteuners en apothekers van de SGH vormen het FarmacoTherapeutischOverleg (FTO).

Het FTO functioneert op niveau 4, het hoogste niveau van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM, voorheen DGV). Er zijn in 2010 vijf FTO-bijeenkomsten geweest. Zorg en Zekerheid heeft voor 2010 vijf prestatie-indicatoren voor het FTO opgesteld. Het FTO heeft voldaan aan deze prestatie-indicatoren.

Ook is het voorschrijfbeleid onderwerp geweest. Er zijn door Zorg en Zekerheid prestatie-indicatoren opgesteld voor het kwalitatief voorschrijven en voor generieke middelen. Het FTO heeft aan de eisen voldaan.

In 2010 is in gezondheidscentrum Floriande een protocol opgesteld voor cliënten die meer dan vijf soorten medicatie gebruiken. Er is gestart met het oproepen van patiënten van >70 jaar. In totaal 30 patiënten hebben een consult bij de POH gehad, waarna terugkoppeling naar de huisarts plaatsvond. Zo nodig werd de medicatie gewijzigd. De apothekers en huisartsen vinden het zeer nuttig en het project zal in 2011 voortgezet worden en uitgerold in de andere gezondheidscentra.

Verder zijn in het FTO besproken:

- constitutioneel eczeem;
- chronische nierinsufficiëntie;
- polyfarmacie;
- hartfalen;
- week doseersysteem;
- medicijncheck;
- migraine;
- overmatig Beta-mimetica gebruik door astma patiënten die geen ICS gebruiken.

### Overleg extern

#### *Apotheken*

De apothekers hebben regelmatig (drie tot vier maal per jaar) overleg met de apothekers in de Haarlemmermeer. Onderwerpen van dit overleg zijn o.a.: de dienstapothek, verbeteren van het werken met Ozis, nieuwe ontwikkelingen.

#### *Huisartsen*

De HAGRO Overbos/Floriande is vertegenwoordigd in de Huisartsen Vereniging Haarlemmermeer, de Haarlemmermeer Ketenzorg en de HAP-commissie.

#### *Fysiotherapeuten*

In 2010 is een netwerk kinderfysiotherapie Haarlemmermeer opgericht. De kinderfysiotherapie van gezondheidscentrum Floriande is daarbij aangesloten. De bekkenfysiotherapeut is lid van het netwerk bekkenfysiotherapie in de Haarlemmermeer.

## **HuisArtsenPost**

### Organisatie

In een samenwerkingsovereenkomst met de Huisartsen Vereniging Haarlemmermeer (HVH) is vastgelegd dat de SGH het beheer voert over de HuisArtsenPost. De doktersassistenten zijn in dienst van de SGH en deze heeft de verantwoordelijkheid over het personeelsbeleid. Daarnaast is de SGH verantwoordelijk voor het faciliteren van de HAP (huisvesting, ICT, chauffeur).

De HVH heeft een HAP-commissie ingesteld, waaraan wordt deelgenomen door tenminste één vertegenwoordiger van elke huisartsengroep (HAGRO). De HAP-commissie is verantwoordelijk voor het medisch-inhoudelijke beleid van de HuisArtsenPost en voor de bezetting van huisartsen op de HAP. De HAP-commissie vergadert maandelijks met de raad van bestuur over het beleid op de HAP, over landelijke en regionale ontwikkelingen en over concrete knelpunten. In overleg worden beleidsvoorstellen voorbereid, die voorgelegd worden aan de deelnemersvergadering.

In de samenwerkingsovereenkomst met de HVH is vastgelegd dat tenminste één keer per jaar een deelnemersvergadering plaatsvindt. De raad van bestuur legt verantwoording af over de financiële resultaten en over alle aspecten die van belang zijn voor de deelnemende huisartsen op de HAP. In de deelnemersvergadering worden besluiten genomen over het beleid op de HAP. In 2010 hebben twee deelnemersvergaderingen plaatsgevonden. In deze vergaderingen is besproken en vastgesteld:

- invoeren kwaliteitsmanagementsysteem
- financieel verslag 2009
- kwaliteitsjaarverslag 2009
- standpunt IGZ over kwaliteit van de zorg op de HAP
- procedure melden van calamiteiten
- onderzoek ICT
- werkwijze nachtdiensten
- diagnostiek

De locatiemanager is, onder verantwoordelijkheid van de bestuurder, belast met het op effectieve en efficiënte wijze coördineren van de dagelijkse werkzaamheden van de doktersassistentes binnen de HuisArtsenPost Haarlemmermeer.

#### Bereikbaarheid en Beschikbaarheid

De HuisArtsenPost Haarlemmermeer is gehuisvest in het Spaarne Ziekenhuis Hoofddorp. De HAP heeft hier de beschikking over een goed bereikbare, zeer ruime en goed geoutilleerde ruimte. De HAP is geopend buiten kantoortijden en op feestdagen.

De HAP maakt gebruik van de telefooncentrale van het Spaarne Ziekenhuis. De HAP heeft de beschikking over drie telefoonnummers: voor de patiënten (kan op drie verschillende toestellen aangenomen worden), voor collegiale contacten en een telefoonnummer voor spoedgevallen. Als er gebeld wordt op de spoedlijn dan gaat een hoge, goed herkenbare toon over. Als mensen bellen, krijgen zij een bandje te horen, waarop vermeld wordt dat zij in spoedgevallen een '1' moet indrukken. Dit wordt dan doorgezet naar de spoedlijn.

#### Automatisering

De HAP maakt gebruik van Hapicom. In dit systeem zijn de dossiers van bijna alle deelnemende huisartsen op te vragen (van 2 van de 56 huisartsen is het dossier niet op te vragen\*). In Hapicom wordt geregistreerd en de huisarts ontvangt in de huisartsenpraktijk de gegevens van zijn/haar patiënten die op de HAP zijn geweest.

\* n.b.: vanaf juni 2011 zijn alle dossiers opvraagbaar.

#### Overlegstructuur

De bestuurder heeft wekelijks overleg met de locatiemanager van de HAP.

De doktersassistentes hebben 1x per 6 weken werkoverleg. De locatiecoördinator leidt dit overleg. De directeur/bestuurder neemt regelmatig deel aan dit werkoverleg.

## 4 Kwaliteitsbeleid en zorginnovatie

### 4.1 Gezondheidscentra

Binnen de SGH wordt grote waarde gehecht aan het leveren van kwalitatief goede zorg. In 2010 heeft het kwaliteitsmanagementsysteem verder gestalte gekregen. Het blijkt een grote meerwaarde te hebben voor de organisatie. Het kwaliteitsmanagementsysteem maakt de organisatie van de SGH inzichtelijk en laat zien dat de SGH een positief lerende organisatie is. De SGH stelt zich toetsbaar op en streeft ernaar dat elke discipline deelneemt aan een toetsing door een extern onafhankelijk instituut.

Patiëntveiligheid binnen de eerstelijnszorg vraagt veel aandacht van alle medewerkers van de organisatie en van het bestuur. De gezondheidscentra hebben een systeem voor het veilig melden en analyseren van incidenten. De incidenten worden in multidisciplinaire MIP-commissies besproken, waarbij met name de risico's bij de overdracht aandacht krijgen.

De belangrijkste afspraken rond de (multidisciplinaire) zorg zijn beschreven in procedures. Ze worden continu geëvalueerd en bijgesteld zodat lacunes in het zorgverleningproces duidelijk worden en opgelost kunnen worden. De afspraken zijn op een interne, beveiligde, website beschikbaar voor alle medewerkers. De geprotocolleerde zorg die geleverd wordt, is gebaseerd op best practice en waar mogelijk ook evidence based.

Aan de deskundigheid van de hulpverleners worden hoge eisen gesteld. Er worden interne en externe trainingen aangeboden die aansluiten op het aanbod. De professionals voldoen allemaal minimaal aan de bij- en nascholings-eisen van hun beroepsgroep. De medewerkers van de SGH zijn verplicht hun deskundigheid op peil te houden en bij- en nascholing te volgen.

### Externe toetsing

De verschillende disciplines van de gezondheidscentra hebben zich in 2010 door externe instanties laten toetsen.

#### Apotheken: HKZ-certificering

In 2010 is een grote stap gezet op weg naar HKZ certificering voor de apotheken. De apothekers hebben de assistentes nauw betrokken bij het opstellen, implementeren en evalueren van de procedures en werkinstructies. Alle bestaande procedures en werkinstructies zijn geëvalueerd en zo nodig aangepast. Daarnaast zijn ontbrekende procedures en werkinstructies opgesteld en vastgesteld in het werkoverleg van de beide apotheken. De procedures voldoen aan de in de beroepsgroep geldende kwaliteitseisen. Het traject heeft meer tijd gekost dan voorzien, maar heeft wel als voordeel dat alle medewerkers van de apotheken steeds goed geïnformeerd zijn. Het resultaat is een kwaliteitshandboek dat gemaakt is en gedragen wordt door alle medewerkers.

Door het vastleggen van de afspraken in een kwaliteitshandboek is de basis gelegd om de kwaliteitscirkels in te vullen. De uitdaging ligt nu in de organisatie om deze kwaliteitscirkels permanent in te vullen en te sluiten op alle onderwerpen.

In februari 2011 heeft de externe audit door Lloyds plaatsgevonden en is het HKZ certificaat behaald met als scope: 'Het verlenen van extramurale farmaceutische zorg, advies en begeleiding in een multidisciplinair samenwerkingsverband'.

#### Huisartsen: NPA

De huisartsenpraktijken van de gezondheidscentra nemen deel aan het NPA (NHG Praktijk Accreditering) traject. In 2010 zijn in het kader van dat traject weer verschillende verbeterplannen uitgevoerd, o.a. op het gebied van astma en COPD en polyfarmacie. Deze zijn positief beoordeeld en de praktijken zijn voor het derde jaar geaccrediteerd. Volgend jaar starten zij een nieuwe cyclus.

### Fysiotherapeuten: Kwaliefy

De fysiotherapeuten van de gezondheidscentra hebben meegedaan met het Kwaliefy traject van het KNGF. Dit is een set van kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijns fysiotherapie. Alle fysiotherapeuten hebben vragenlijsten ingevuld over de behandeling van de cliënten. Dit heeft veel tijd gekost omdat per fysiotherapeut 25 dossiers doorgenomen moesten worden. Per fysiotherapeut hebben 30 cliënten een vragenlijst ingevuld. Met name op de onderwerpen samenwerking en methodisch handelen werden goede scores behaald. Het onderwerp bereikbaarheid en toegankelijkheid gaf een mindere score te zien. Met name de score bij het zelf kunnen kiezen van een fysiotherapeut was lager dan gemiddeld. Er is niet gevraagd of cliënten dat bezwaarlijk vinden.

### **Interne audits**

Een interne audit is een instrument om de afspraken over de kwaliteit van de zorg intern te toetsen. In 2010 is gestart met het intern auditen van de processen in de apotheken.

In februari en maart zijn zeven medewerkers, verdeeld over alle disciplines, intern opgeleid tot interne auditor voor zowel de apotheek als de HAP.

De eerste interne audit voor de apotheek, in april 2010, betrof de werkinstructies voor de herhaalmedicatie in de apotheek.

In december 2010 hebben verschillende interne audits plaatsgevonden in de apotheken. Onderwerpen: afleveren van een recept, klaarmaken en controleren recept en zorg bij eerste, tweede- en vervolggiftje.

De adviezen van de auditoren zijn besproken met de apothekers en de bestuurder.

### **Veiligheidsmanagement systeem**

Onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem is het veiligheidsmanagement systeem. Een veiligheidsmanagement systeem (VMS) is een belangrijk instrument in het kader van de patiëntveiligheid. Het VMS is gericht op het managen van risico's (identificatie, analyse, verkleinen en beheersen van risico's op schade voor de patiënt).

Het VMS van de gezondheidscentra bestaat uit:

- een klachtenregeling;
- een regeling voor het melden van calamiteiten;
- een procedure voor het melden en analyseren van incidenten (MIP procedure);
- prospectieve risico-inventarisatie.

### Interne klachtenopvang

De gezondheidscentra hebben een regeling voor interne klachtenopvang.

In de regeling worden verschillende mogelijkheden aangegeven om te klagen:

- gebruik maken van de mogelijkheid om anoniem een klacht of idee ter verbetering in te dienen via de klachten- en ideeënbus;
- de klacht te bespreken met de veroorzaker van de klacht;
- de klacht te bespreken met de klachtenfunctionaris;
- de klacht in te dienen bij de klachtenregeling van de onderscheiden beroepsgroepen;
- de klacht in te dienen bij een externe klachtencommissie of tuchtcollege.

In 2010 zijn in totaal 12 klachten binnengekomen bij de klachtenfunctionaris.

	<b>Gezondheidscentrum</b>	<b>Discipline</b>	<b>Aard</b>
1	Floriande	Fysiotherapie	Organisatorisch
2	Floriande	Huisartsen	Organisatorisch
3	Floriande	Huisartsen	Organisatorisch
4	Floriande	Huisartsen	Organisatorisch / medisch inhoudelijk
5	Floriande	Huisartsen	bejegening
6	Overbos	Huisartsen	Organisatorisch / bejegening
7	Overbos	Fysiotherapie	Bejegening
8	Overbos	Huisartsen	Bejegening / organisatorisch

9	Overbos	Huisartsen	Bejegening / organisatorisch
10	Overbos	Huisartsen	Organisatorisch
11	Overbos	Huisartsen	Bejegening
12	Drie Meren	Apotheek / huisartsen	Organisatorisch

In drie gevallen betrof de klacht de toegangstijd, cliënten gaven aan op kortere termijn een afspraak te willen maken met een hulpverlener dan aangeboden werd. Twee klachten gingen over het waarnemen van de eigen huisarts door meerdere, verschillende huisartsen. Alle klachten zijn met de betrokken medewerkers besproken. Zo nodig werd een advies ter verbetering gegeven.

De klagers hebben allemaal binnen de gestelde termijn (twee weken) een ontvangstbevestiging gekregen en binnen de gestelde termijn (zes weken) bericht over de afhandeling.

Er is één klacht ingediend bij de externe klachtencommissie huisartsen van DOKh. De behandeling van de klacht heeft in 2011 plaatsgevonden. De klacht is gegrond verklaard. Er zijn maatregelen genomen om een herhaling van het incident te voorkomen.

#### Calamiteiten

Er zijn geen calamiteiten gemeld.

#### MIP meldingen

In 2009 is een MIP-procedure opgesteld. Uitgangspunt is het Veilig Incidenten Melden (VIM). De medewerkers worden gestimuleerd incidenten eerst in de teams te bespreken en om een melding te doen aan de MIP-functionaris als ook anderen er van kunnen leren.

Uitgangspunt: 'Je hoeft niet zelf de fout te maken om ervan te leren'. Per gezondheidscentrum is een multidisciplinaire MIP-commissie ingesteld.

Alle MIP-commissies zijn in 2010 drie keer bij elkaar geweest. In juni 2010 is de werkwijze geëvalueerd en is besloten dat de MIP-functionaris bij de MIP-commissies aanwezig is om het proces te begeleiden.

De analyse van de incidenten vindt plaats volgens de PRISMA methode:

1. Opstellen van een oorzakenboom van het incident.
2. Classificeren van de basisoorzaken.
3. Vertalen naar (adviezen voor) structurele maatregelen.

De MIP-functionaris bespreekt de adviezen met de bestuurder.

Het aantal meldingen verschilt per gezondheidscentrum. In gezondheidscentrum Drie Meren valt het grote aantal meldingen vanuit de apotheek op. Veel meldingen gaan over onduidelijke voorschriften van specialisten uit het Spaarne ziekenhuis. Oorzaak is het niet aansluiten van de systemen. De bestuurder heeft naar aanleiding daarvan overleg gehad met de bestuurder van het Spaarne ziekenhuis.

De overige meldingen waren van zeer verschillende aard. Maatregelen die genomen zijn naar aanleiding van een MIP-melding:

- snelkeuze voor 112 op de telefoontoestellen in gezondheidscentrum Floriande;
- aanpassen protocol;
- afspraken opgesteld tussen centrumassistentes en fysiotherapeuten: waarschuwen als patiënten lang wachten;
- herzien protocol prikaccidenten;
- interne audit uitgezet.

#### Prospectieve risico-inventarisatie

De apotheken hebben een PRI uitgevoerd met het proces 'Receptgang' als onderwerp. Alle medewerkers van beide apotheken hebben deelgenomen aan de PRI.

## **Nieuw aanbod**

Er wordt gestreefd naar verbetering en uitbreiding van het zorgaanbod, waarbij gekeken wordt welke zorgverlener de zorg het beste kan bieden.

### Huisartsenzorg

De SGH heeft in een beleidsnotitie vastgesteld dat er behoefte is aan uitbreiding van het aanbod met geestelijke hulpverlening. Sinds 2008 is het mogelijk een praktijkondersteuner GGZ (POH GGZ) in dienst te nemen. In 2010 is samen met REOS een plan van aanpak opgesteld voor het uitbreiden van de huisartsenpraktijken van de gezondheidscentra met een POH GGZ. Het plan van aanpak is goedgekeurd door de zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid en toestemming is gekregen om een POH GGZ aan te stellen. De werving was moeilijk, uit een eerste wervingsprocedure is geen geschikte kandidaat gekomen. Begin 2011 is, met succes, een nieuwe wervingsprocedure gevoerd.

De huisartsen hebben hun zorgverlening in 2010 uitgebreid met:

- maken van een ECG;
- uitvoeren van telecardiologie;
- audiometrie.

### Fysiotherapie

De fysiotherapie heeft Fysiofit opgenomen in hun aanbod. Dit biedt patiënten de mogelijkheid om tegen betaling te trainen onder begeleiding van een fysiotherapeut. Verder is het aanbod in 2010 uitgebreid met de specialisaties bekkenfysiotherapie en sportfysiotherapie.

## **Projecten**

Binnen de SGH is in 2010 aan verschillende projecten meegedaan en projectmatig gewerkt aan innovatie en verbetering.

### Zorg rondom artrose

De huisartsen en fysiotherapeuten van de gezondheidscentra hebben een actieve rol gespeeld in de oprichting van een werkgroep rondom screening, behandeling en voorlichting bij artrose van de heup en knie. Er is contact gelegd met de afdeling orthopedie van het Spaarne Ziekenhuis Hoofddorp om afspraken te maken over het afstemmen van de zorg in de eerste en tweede lijn. Dit heeft geleid tot gezamenlijke richtlijnen voor screening, diagnostiek, behandeling en voorlichting. De gezondheidscentra hebben samen met een orthopedisch chirurg en nurse practitioner van het Spaarne Ziekenhuis Hoofddorp twee informatieavonden gehouden voor bewoners van de wijken Overbos en Floriande. Deze avonden waren een groot succes, ongeveer 50 mensen hebben de avonden bezocht. Resultaat: er is tussen de eerste en tweede lijn afstemming over de screening, diagnostiek, behandeling en voorlichting bij knie/heupartrose.

### Samenwerking Fitkids en Slimkids

In 2009 is de kinderrfysiotherapie in Floriande gestart met Fitkids, een fitness- en oefenprogramma voor kinderen met een chronische ziekte of beperking. De kinderen volgen één of twee keer per week in een groep een aangepast oefenprogramma in de oefenzaal onder leiding van een kinderrfysiotherapeut.

Slimkids is een programma dat door Amstelring aangeboden wordt aan kinderen met overgewicht.

Speciaal voor de kinderen met overgewicht die meedoen met Fitkids is met Amstelring een samenwerking aangegaan. Voor deze kinderen worden groepsbijeenkomsten gehouden in gezondheidscentrum Floriande geleid door een diëtiste van Amstelring.

Resultaat: een groep van vijf kinderen met overgewicht die bij de kinderrfysiotherapie in behandeling zijn, heeft de cursus van Slimkids gevolgd in gezondheidscentrum Floriande.

### Beweegkuur

Gezondheidscentrum Floriande is pilot locatie voor de BeweegKuur, een leefstijlprogramma van het NISB. Het programma is gericht op mensen met overgewicht en/of diabetes en bestaat uit een intake door de Leefstijladviseur (de praktijkondersteuners hebben hiervoor een scholing gevolgd) en de fysiotherapeut. De cliënt wordt een jaar lang begeleid door de Leefstijladviseur en woont zeven themabijeenkomsten bij over voeding. De helft van de deelnemers wordt ook vier keer begeleid door de fysiotherapeut. De bedoeling is dat de cliënt meer gaat bewegen en zich aansluit bij reguliere sport- of beweegactiviteiten. Resultaat: 26 cliënten van gezondheidscentrum Floriande gestart met de BeweegKuur.

### Voorlichtingsavond 'Gezond Hardlopen'

Ondersteund door zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid is een voorlichtingsavond georganiseerd met als onderwerp 'Gezond Hardlopen'. Een looptrainer, een sportfysiotherapeut en een podotherapeut gaven ieder vanuit hun eigen discipline tips en adviezen. Ook konden de bezoekers een voetonderzoek laten doen. Resultaat: ongeveer 35 mensen hebben de avond bezocht.

### Benchmarkonderzoek door Plexus

De SGH heeft samen met de Stichting Gezondheidscentra Eindhoven en gezondheidscentrum Roerdomp aan onderzoeksbureau Plexus de opdracht gegeven om een benchmark uit te voeren. De doelstelling was:

1. Inzicht verkrijgen in de kwaliteit en de doelmatigheid van de bedrijfsvoering, zowel in het primaire proces als in de ondersteunende processen;
2. Aantonen op welke plaatsen in het proces verbetermogelijkheden en winstpotentieel voor het centrum zit (door te spiegelen aan vergelijkbare andere zorgaanbieders en door trendinformatie aan te bieden).

Binnen de organisatie is het rapport van Plexus besproken met betrokken disciplines en is gesproken over de suggesties voor verbetering van de doelmatigheid en van de registratie van de zorgprofielen. De apotheken van gezondheidscentrum Floriande en gezondheidscentrum Drie Meren realiseren al een hoge doelmatigheid (jonge patiëntenpopulatie, relatief laag medicijngebruik).

### **Scholing**

De fysiotherapeuten, huisartsen en apothekers voldoen allemaal aan de eisen voor bij- en nascholing van hun beroepsvereniging en zijn allen opgenomen in het betreffende (kwaliteits)register. Daarnaast volgen diverse zorgverleners vervolgoopleidingen.

Twee fysiotherapeuten volgen respectievelijk de opleiding manuele therapie (tweede jaar) en de opleiding psychosomatische fysiotherapie (derde jaar). In 2010 hebben drie fysiotherapeuten hun vervolgoopleiding met succes afgesloten, respectievelijk bekkenfysiotherapie, sportfysiotherapie en manuele therapie.

De praktijkondersteuners hebben verschillende bijscholingen gevolgd. In gezondheidscentrum Overbos volgen twee praktijkondersteuners de module Ouderenzorg. In het kader van het BeweegKuur project hebben vier praktijkondersteuners de opleiding tot Leefstijladviseur gevolgd.

Voor alle centrumassistentes is bijscholing georganiseerd door één van de huisartsen over onderwerpen uit de praktijk.

De apotheken hebben voor de assistentes een opleidingsplan opgesteld. De assistentes hebben verschillende bijscholingen gevolgd die aansloten bij actuele onderwerpen en projecten. Eén van de apotheekassistentes volgt de opleiding tot farmaceutisch consultant.

## **Samenwerking**

In 2010 is met verschillende partijen op lokaal niveau samengewerkt.

Met thuiszorgorganisatie Amstelring is voor verschillende projecten samenwerking aangegaan:

- Fit en Balans (een valpreventieprogramma). Amstelring verzorgt de organisatie en een fysiotherapeut van de gezondheidscentra geeft de fitnesslessen;
- de cursus Slimkids (een programma voor kinderen met een chronische aandoening, o.a. Obesitas), de kinderfysiotherapie van gezondheidscentrum Floriande verzorgt het beweegprogramma en een diëtiste van Amstelring de bijeenkomsten over voeding;
- de BeweegKuur, Amstelring verzorgt themabijeenkomsten over voeding.

In samenwerking met een orthopedisch chirurg van het Spaarne Ziekenhuis Hoofddorp zijn twee voorlichtingsavonden georganiseerd over artrose.

In de gemeente Haarlemmermeer loopt een project Goed Gewicht, gericht op het terugdringen van overgewicht bij kinderen tot 19 jaar. Eén van de kinderfysiotherapeuten is lid van de projectgroep.

De gezondheidscentra verhuren aan verschillende eerstelijnszorgverleners spreekuurruimte. Met deze zorgverleners is een snel overleg mogelijk en zijn afspraken gemaakt over verwijzen door en/of terugverwijzen naar de huisartsen. Voor de cliënten betekent het dat de zorg dicht bij huis beschikbaar is.

### Maatschappelijk werk

In gezondheidscentrum Overbos hebben twee maatschappelijk werkenden van MeerWaarde ieder één dag spreekuur.

### Verloskundigen

Verloskundigen van het geboortecentrum Wonderwereld houden spreekuur in de gezondheidscentra Floriande en Drie Meren.

### Podotherapeut

Een podotherapeut van het Voetencentrum houdt spreekuur in de gezondheidscentra Overbos en Drie Meren.

### Diëtiste

In alle gezondheidscentra is kunnen de cliënten terecht bij een diëtiste van stichting Amstelring.

## **4.2 HuisArtsenPost Haarlemmermeer**

Binnen de HuisArtsenPost Haarlemmermeer wordt veel aandacht besteed aan de kwaliteit van zorg. Dit is tot uitdrukking gekomen door:

- het vastleggen van samenwerkingsafspraken, zodat lacunes in het hulpverleningsproces duidelijk worden en opgelost kunnen worden;
- het continu evalueren en bijstellen van de samenwerkingsafspraken en de gestelde doelen;
- het leren van adviezen uit meldingen incidenten patiëntenzorg, klachten en calamiteiten;
- het voortdurend vergroten van de deskundigheid, door middel van instructie, interne en externe trainingen en cursussen.

De HAP heeft een kwaliteitsmanagementsysteem. De huisartsen en assistentes worden nauw betrokken bij het opstellen, implementeren en evalueren van werkafspraken. In 2010 zijn alle bestaande werkafspraken geëvalueerd en aangepast.

Daarnaast zijn ontbrekende werkafspraken opgesteld en vastgesteld in de deelnemersvergadering van de HAP.

Dit traject heeft meer tijd gekost dan voorzien en is in 2010 afgerond.

### **HKZ certificering**

In december 2010 heeft de HAP het HKZ-keurmerk behaald. Daarmee heeft de organisatie aangetoond een positief lerende organisatie te zijn.

### **Interne audits**

Een interne audit is een instrument om de afspraken over de kwaliteit van de zorg intern te toetsen. De SGH heeft een gezamenlijk systeem (voor de HAP en de gezondheidscentra) opgezet voor interne audits.

In februari en maart 2010 zijn zeven medewerkers, verdeeld over alle disciplines, intern opgeleid tot interne auditor voor zowel de gezondheidscentra als de HAP. In 2009 is gestart met het intern auditen van de processen op de HAP.

De adviezen van de auditoren zijn besproken met de bestuurder, de locatiemanager en de medisch coördinator. Verbeteracties die voortkomen uit de interne audits worden voorgelegd aan de HAP commissie.

### **Veiligheidsmanagementsysteem**

Onderdeel van het kwaliteitsmanagement systeem is het veiligheidsmanagement systeem. Een veiligheidsmanagement systeem (VMS) is een belangrijk instrument in het kader van de patiëntveiligheid. Het VMS is gericht op het managen van risico's (identificatie, analyse, verkleinen en beheersen van risico's op schade voor de patiënt).

Het VMS van de HAP bestaat uit:

- een klachtenregeling;
- een regeling voor het melden van calamiteiten;
- een procedure voor het melden en analyseren van incidenten (MIP procedure);
- prospectieve risico-inventarisatie.

### Klachtenopvang

De HAP heeft een klachtenfunctionaris. In 2010 zijn acht klachten ingediend. Er is geen duidelijke tendens in de aard van de klachten die zijn ingediend: zes klachten hadden betrekking op de medisch inhoudelijke zorg, twee klachten hadden betrekking op relationele aspecten.

Twee klachten zijn uitvoerig besproken op het werkoverleg van de assistentes. In de interne nieuwsbrief voor de HAP zijn drie klachten geanonimiseerd behandeld.

Het totaal aantal klachten is gedaald ten opzichte van 2009.

### Calamiteiten

Van één klacht heeft de bestuurder een calamiteitsmelding gedaan bij de inspectie. De calamiteit is volgens de richtlijnen van de inspectie geanalyseerd en intern behandeld.

### MIP-meldingen

De MIP-commissie van de HAP bestaat uit: twee huisartsen, twee assistentes en de medisch coördinator. De medisch coördinator is voorzitter van de MIP-commissie.

De MIP-commissie rapporteert aan de bestuurder. De bestuurder neemt een besluit over de uitgebrachte adviezen en stelt de HAP -commissie op de hoogte van de genomen besluiten. In 2010 zijn 14 incidenten gemeld en afgehandeld. De incidenten zijn zeer divers, er is geen duidelijke tendens te ontdekken.

### Prospectieve Risico Inventarisatie

In 2010 is een prospectieve risico inventarisatie uitgevoerd over de processen telefonisch consult, consult en visite. Het PRI team bestond uit de medisch coördinator, de kwaliteitsfunctionarissen, de locatiemanager, een huisarts en twee doktersassistentes.

Tijdens de PRI bijeenkomsten werden het doorverwijzen na een consult naar ketenpartners (SEH) en de nachtsituatie als zeer risicovol benoemd. Naar aanleiding hiervan zijn acties ondernomen. Er is overleg geweest met de SEH en het protocol voor de nachtdienst is aangepast.

## **Scholing**

### Scholingsplan

Voor de assistentes van de HAP is een scholingsplan opgesteld, dat jaarlijks wordt geactualiseerd. Voor de huisartsen wordt vanaf 2011 een scholingsplan opgesteld.

### Opleidingstraject gecertificeerd triagist

In februari 2010 is het certificaat van accreditatie behaald, zodat de HuisArtsenPost Haarlemmermeer doktersassistentes kan opleiden tot triage-assistent.

Na een lang voorbereidingstraject (landelijke kennistoet, beoordeling gesprekken volgens de HAAK methode, training in medisch technische vaardigheden en praktijkobservaties) hebben in 2010 19 doktersassistentes het diploma triage-assistent behaald.

### Bijscholing

De doktersassistentes hebben de volgende bijscholingen gevolgd:

- communicatie vanuit je kracht (alle assistentes);
- omgaan met weerstand (10 assistentes)

### Casuïstiek

Door twee huisartsen van de HAP-commissie wordt zes keer per jaar een casuïstiekbespreking georganiseerd. Dit blijkt dit een goed middel om de deskundigheid van de huisartsen en de doktersassistentes verder te verbeteren. De onderwerpen voor de casuïstiekbespreking kwamen voort uit MIP meldingen, klachten en een calamiteit.

## 5. Zorgprogramma's en multidisciplinaire afspraken

De professionals behandelen volgens de landelijke standaarden van de betreffende beroepsgroep. Voor een aantal doelgroepen (Diabetes Mellitus, astma en COPD, cardiovasculair risico) zijn in een zorgprogramma afspraken vastgelegd over de afstemming van de zorg. Deze afspraken zijn geëvalueerd. Rondom de zorgprogramma's zijn werkgroepen samengesteld. In de werkgroepen zitten afvaardigingen van de huisartsen, de praktijkondersteuners en de centrumassistentes uit de drie gezondheidscentra, aangevuld met een apotheker en/of een fysiotherapeut.

De gezondheidscentra hebben in 2010 besloten de contractering voor de ketenzorg zelf te doen. Eind 2010 zijn de voorbereidingen gestart voor het organiseren van de ketenzorg rondom Diabetes Mellitus en COPD. Met Zorg en Zekerheid zijn afspraken gemaakt over de financiering, de prestatie-indicatoren en het tijdspad van invoering.

### Zorgprogramma Diabetes Mellitus (DM)

De zorg rondom de cliënt met DM is gebaseerd op de zorgstandaard van de NHG. Het Beweegprogramma Plus van de fysiotherapie is onderdeel van het zorgprogramma. Tweemaal per jaar is er overleg met de transmuraal verpleegkundig specialist diabetes van het Spaarne Ziekenhuis.

Eén van de huisartsen neemt deel aan het regionale diabetesplatform.

De procedures rondom de cliënt met DM zijn in 2010 geëvalueerd en opnieuw vastgesteld. Er is een aparte procedure glucose-intolerantie opgesteld en er is een procedure cliënt met verhoogd risico op diabetes type 2 toegevoegd.

De taken en verantwoordelijkheden bij de zorg rondom de cliënt met DM zijn vastgelegd in de volgende procedures (met bijbehorende multidisciplinaire werkafspraken):

- cliënten met diabetes mellitus
- cliënten met glucose-intolerantie
- cliënten met verhoogd risico op DM type 2
- cliënten met insuline-afhankelijke Diabetes Mellitus
- beweegprogramma Plus.

De procedures zijn opgenomen in het Kwaliteitshandboek van de SGH, boek Zorg.

*Disciplines:* huisartsen, praktijkondersteuners, centrumassistentes, fysiotherapeuten en apotheek.

*Extern betrokkenen:* Transmuraal verpleegkundig specialist diabetes.

### Zorgprogramma a stma en COPD

Het zorgprogramma astma en COPD is gebaseerd op de NHG standaarden.

De praktijkondersteuners zijn lid van het Longnetwerk regio Haarlem / Haarlemmermeer.

De taken en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in de volgende procedures (met bijbehorende multidisciplinaire werkafspraken):

- cliënt met astma ( diagnostiek en behandeling van kinderen en volwassenen met astma)
- cliënt met COPD (diagnostiek en behandeling van cliënten met COPD)
- spirometrie
- inhalatie-instructie.

De procedures zijn opgenomen in het Kwaliteitshandboek van de SGH, boek Zorg.

Daarnaast bieden de praktijkondersteuners begeleiding bij het stoppen met roken en allergietesten.

*Disciplines:* huisartsen, praktijkondersteuners, centrumassistentes, apotheek.

*Extern betrokkenen:* Longnetwerk

### Zorgprogramma Cardio Vasculair Risicomanagement (CVRM)

Het zorgprogramma CVRM is verder ontwikkeld. Hierbij wordt de NHG standaard CVRM als leidend beschouwd.

De procedures en werkafspraken zijn in 2010 geëvalueerd en zo nodig aangepast.

Diabeten met hypertensie worden begeleid in het zorgprogramma Diabetes Mellitus. Daarnaast bieden de praktijkondersteuners begeleiding bij het stoppen met roken. De procedures zijn opgenomen in het Kwaliteitshandboek van de SGH, boek Zorg.  
*Disciplines:* huisartsen, praktijkondersteuners, centrumassistentes.

### **Incontinentie**

Rondom incontinentie zijn twee procedures opgesteld (met bijbehorende multidisciplinaire werkafspraken):

- Stress Urine Incontinentie;
- Enuresis en zindelijkheidsproblemen overdag bij kinderen.

De procedures zijn opgenomen in het Kwaliteitshandboek van de SGH, boek Zorg.

*Disciplines:* huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapie, apotheek.

### **Ouder en kindzorg en jeugdproblematiek**

Rondom ouder en kindzorg zijn de volgende afspraken gemaakt:

- 'Enuresis en zindelijkheidsproblemen overdag bij kinderen';
- procedure kraambezoek door de praktijkondersteuners;
- procedure consult zwangere door de praktijkondersteuners.

### **Bewegingsapparaat**

De discipline fysiotherapie (fysiotherapeuten, manueel therapeuten, kinderfysiotherapeuten, bekkenfysiotherapeut, sportfysiotherapeut en psychosomatisch fysiotherapeut) en de discipline huisartsenzorg werken vanuit een gedeelde visie, zoals vastgelegd in de visie van de SGH. Dit houdt o.a. in dat de cliënt gestimuleerd wordt tot zelfredzaamheid.

Er zijn afspraken over de verwijzing, verslaglegging en wachttijden.

Over verschillende aandoeningen en de Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) zijn werkafspraken aanwezig.

De taken en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in de volgende procedures (met bijbehorende werkafspraken):

- lage rugklachten;
- radiculair syndroom;
- DTF;
- acuut enkelletsel.

De procedures zijn opgenomen in het Kwaliteitshandboek van de SGH, boek Zorg.

*Disciplines:* huisartsen, centrumassistentes, fysiotherapie.

### **Preventie**

#### 1. Cervixscreening

In 2010 zijn de vrouwen uit de betreffende geboortejaren opgeroepen voor een cervixuitstrijkje. Vrouwen die niet reageerden hebben een herhaaloproep gehad.

#### 2. Griepvaccinatie.

#### 3. Stoppen met roken.

De praktijkondersteuners bieden cliënten hulp aan bij het stoppen met roken. Deze dienst wordt aangeboden via de cliëntenkrant en de website. Cliënten met een verhoogd risico worden verwezen naar de praktijkondersteuners. Twee praktijkondersteuners zijn opgeleid door Stivoro tot Stoppen-met-roken-coach. Veel cliënten hebben gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Het slagingspercentage zat boven het landelijk gemiddelde: 30% van de cliënten was na een jaar nog steeds gestopt.

## 6. Cliëntgerichtheid

### **Gezondheidscentra**

#### Cliëntenraadpleging

Het bestuur en de medewerkers van de gezondheidscentra zijn geïnteresseerd in de mening van de cliënten over de kwaliteit van de zorg en de service die de gezondheidscentra bieden. Daarom doen de gezondheidscentra eens in de drie jaar mee met het kwaliteitstraject Eerstelijnszorg door Cliënten Bekeken (ECB) van de NPCF en LVG. In 2010 is weer een ECB traject gestart. Het ECB wordt uitgevoerd en begeleid door ARGO van de Rijksuniversiteit Groningen. Het ECB traject start met een cliëntenraadpleging. De resultaten van de raadpleging zijn door ARGO verwerkt. De uitkomst wordt tijdens workshops besproken met de teams. De teams bepalen welke punten worden opgepakt om te verbeteren. Tot slot worden enkele opvallende punten uit het rapport voorgelegd aan een panel van cliënten.

De respons was in 2010 met gemiddeld 32,5 % lager dan in 2007 (39%). Een verklaring zou kunnen zijn dat de vragenlijsten dit jaar online ingevuld moesten worden.

De resultaten en het rapport zijn in februari 2011 beschikbaar gekomen en in maart 2011 worden workshops gehouden om de verbeterpunten te bepalen.

#### Cliëntenkrant

Tot 2010 had ieder gezondheidscentrum een eigen cliëntenkrant. Omdat veel informatie hetzelfde was en vanwege kostenbesparing is overgestapt op één gezamenlijke cliëntenkrant. Elk gezondheidscentrum heeft een eigen plek in de krant. In de cliëntenkrant staat informatie over gezondheidsproblemen, projecten en activiteiten van de gezondheidscentra en de organisatie. De krant wordt in de wijken Overbos en Floriande huis-aan-huis verspreid.

#### Folders

Alle disciplines hebben per team een praktijkfolder met informatie voor de cliënten. Ook over verschillende aandoeningen en behandelmogelijkheden zijn folders gemaakt. Verder zijn folders beschikbaar over de klachtenopvang en de privacy in de gezondheidscentra.

#### Websites

Elk gezondheidscentrum heeft een eigen website waarop cliënten alle informatie kunnen vinden. De websites worden zo veel mogelijk voorzien van actuele informatie.

### **HuisArtsenPost**

#### Cliëntenraadpleging

De HuisArtsenPost Haarlemmermeer hecht belang aan het oordeel van de cliënten. In september is een cliëntenraadpleging gehouden volgens de CQ-Index huisartsenposten. De HuisArtsenPost Haarlemmermeer is de eerste huisartsenpost die een patiëntenraadpleging volgens de CQ-Index heeft laten uitvoeren.

De respons was laag te noemen, 10,8%. Bij een volgend onderzoek zal gekeken worden naar de mogelijkheden om de respons te verhogen.

Het aantal ingevulde vragenlijsten (118) was wel voldoende om een uitspraak te doen over de ervaring van de cliënten met de HAP. De cliënten gaven een positieve waardering over de telefonische bereikbaarheid en de bejegening door de assistentes.

Er is een aantal punten benoemd die verbeterd kunnen worden, o.a. de informatievoorziening in de wachtkamer, de privacy in de wachtkamer, het geven van informatie over bijwerkingen en communicatie over de verslaglegging aan de eigen huisarts. Deze punten zijn besproken in het overleg met de doktersassistentes of in de deelnemersvergadering.

### Informatie aan de patiënten over de bereikbaarheid

Met alle deelnemende huisartsen zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop patiënten geïnformeerd worden over de werkwijze op de HAP. Er is een standaardtekst aangeboden, die de huisartsen kunnen inspreken als de mensen buiten kantooruren naar de huisartsenpraktijk bellen. De HAP heeft buiten de openingstijden een bandje, waarin voor hulp wordt verwezen naar de eigen huisarts en voor vragen over de administratie naar het telefoonnummer van de administratie van de SGH.

Jaarlijks wordt gecontroleerd of de gegevens van de HAP goed vermeld staan in de diverse telefoongids, huis-aan-huisbladen en relevante websites (o.a. Spaarne Ziekenhuis)

### Patiëntenfolder

Er is een folder beschikbaar met informatie over de HAP. Deze is in 2009 huis-aan-huis verspreid in de Haarlemmermeer.

### Folder klachtenprocedure

De HAP heeft een folder, waarin de klachtenprocedure is beschreven. Deze ligt op de HAP en staat op de website.

### Folder over privacy

De HAP heeft een folder, waarin de klachtenprocedure is beschreven. Deze ligt op de HAP en staat op de website.

### Website

De website van de HAP Haarlemmermeer bleek niet goed te vinden en was niet makkelijk te onderhouden. In 2010 is opdracht gegeven voor het ontwikkelen en bouwen van een nieuwe website. Deze is in december 2010 beschikbaar gekomen voor cliënten.

## 7. Personeel en Organisatie

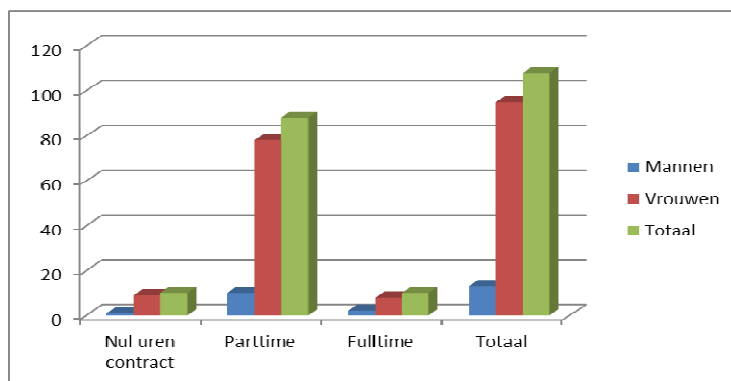
### 7.1 Sociaal jaarverslag SGH 2010

#### 7.1.1 Werknemersgegevens (instroom, uitstroom)

Eind 2010 waren 108 medewerkers in dienst bij de Stichting Gezondheidscentra Haarlemmermeer, waarvan 10 met een nul urencontract. Er zijn in dit jaar zes medewerkers in dienst getreden (exclusief invalkrachten en waarnemers) en vijf medewerkers uit dienst gegaan, waarvan twee op eigen verzoek en twee omdat hun tijdelijke contract niet werd omgezet in een vaste aanstelling. Helaas is in 2010 een medewerker na een langdurig ziekbed overleden.

	<i>Nul uren contract</i>	<i>Parttime</i>	<i>Fulltime</i>	<b>Totaal</b>
<i>Mannen</i>	1	10	2	13
<i>Vrouwen</i>	9	78	8	95
<b>Totaal</b>	10	88	10	108

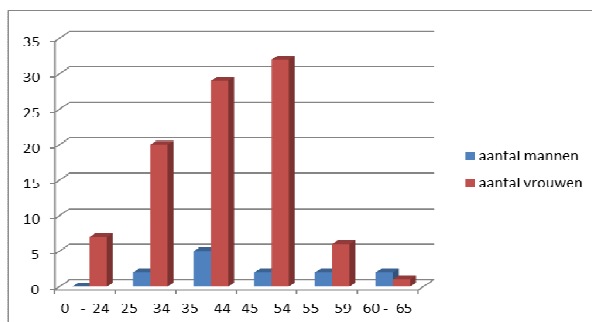
**Tabel 1**  
Opbouw  
werknemersbestand  
Peildatum 31 -12-2010



**Grafiek 1**  
Personeel naar  
geslacht en grootte  
dienstverband

<b>Leeftijdscategorie</b>	<b>aantal mannen</b>	<b>aantal vrouwen</b>
0 - 24	0	7
25 - 34	2	20
35 - 44	5	29
45 - 54	2	32
55 - 59	2	6
60 - 65	2	1

**Tabel 2**  
Personeel naar leeftijd  
en geslacht



**Grafiek 2**  
Personeel naar leeftijd  
en geslacht

### **7.1.2 Werving en selectie**

Er zijn zes vacatures geweest in 2010. Om de vacatures te vervullen is gebruik gemaakt van:

- Sociale Media (bijv. LinkedIn);
- websites specifiek gericht op bepaalde beroepsgroepen;
- advertenties in lokale media;
- onze eigen websites.

Per beroepsgroep wordt een andere, op de doelgroep afgestemde, wervingsstrategie gehanteerd. De SGH wordt beschouwd als aantrekkelijke werkgever, zo blijkt uit het feit dat wij – ondanks krapte in de arbeidsmarkt voor (para)medisch personeel en assistenten - vooralsnog geen gebruik hoeven maken van werving- en selectiebureaus om in de vacatures te kunnen voorzien. Geregeld komen open sollicitaties binnen.

### **7.1.3 Functioneringsgesprekken**

Met vrijwel alle medewerkers heeft een functionerings- of evaluatiegesprek plaatsgevonden. Bij de HuisArtsenPost is daarnaast met alle assistentes een Persoonlijk Ontwikkel Plan opgesteld.

### **7.1.4 Stages**

Bij de fysiotherapie in Floriande hebben drie junior stagiaires fysiotherapie stage gelopen. In Overbos liepen in 2010 twee senior studenten fysiotherapie stage (vijf maanden) en kwamen 10 studenten voor een eendaagse snuffelstage.

In 2010 hebben drie huisartsen bijgedragen aan het opleiden van vijf co-assistenten huisartsenzorg.

In apotheek Drie Meren werd in 2010 één BBL leerling opgeleid tot apotheekassistent. In apotheek Floriande heeft één BOL-scholiere stage gelopen, en heeft een scholier van een middelbare school twee weken sociaal maatschappelijke stage verricht. Verder is een student Farmakunde (met diploma apotheekassistent) aangetrokken, hij is gedurende zijn studie werkzaam als vakantie/oproepkracht voor beide apotheken.

Een student POH is in 2010 begonnen met een stage bij de praktijkondersteuner in Floriande.

### **7.1.5 Bijzondere doelgroepen**

In 2010 is één medewerker in dienst gekomen met zgn. 'afstand tot de arbeidsmarkt' wegens WAJONG voorafgaand aan het dienstverband. Hiervoor is loonkostensubsidie aangevraagd.

### **7.1.6 Opleidingen**

In 2010 is veel aandacht besteed aan opleidingen, bij- en nascholing. Zo werd bij de HAP ruim 6% van de loonsom geïnvesteerd in scholing. Bijna alle assistenten hebben het diploma triage-assistent behaald.

Twee fysiotherapeuten hebben hun specialisatie in respectievelijk manuele therapie en bekkenfysiotherapie behaald.

De apothekersassistenten volgen online scholing en thematische bij- en nascholing. Ook werden in 2010 een aantal interne cursussen verzorgd zoals:

- Training Interne auditor (i.v.m. HKZ-trajecten)
- Bedrijfshulpverlening
- AED/reanimatie

### **7.1.7 Arbeidsomstandigheden**

In 2010 heeft de driejaarlijkse Risico Inventarisatie & Evaluatie plaatsgevonden.

De aandachtspunten hieruit zijn verwerkt in een plan van aanpak en de meest urgente knelpunten zijn direct opgelost.

### 7.1.8 Ziekteverzuim

Periode:	01-01-2010 t/m 31-12-2010
Aantal werkbare dagen:	24513,5
Verzuimgegevens (excl. 'vangnet')	
Aantal meldingen:	112
Aantal ziektedagen:	928,9
Meldingsfrequentie:	1,08
Verzuimpercentage:	3,79%

#### Verzuimduur

##### Verzuim naar verzuimklasse

Kort ( $\leq 7$ dagen)	dagen (20% van het verzuim)
Middellang (8-42 dagen)	dagen (20% van het verzuim)
Langdurig (>42 dagen)	dagen (60% van het verzuim)

In 2010 bedroeg het verzuimpercentage 3,79 %. De lichte stijging t.o.v. 2009 (3,28%) wordt enerzijds veroorzaakt door een aantal langdurige ziektegevallen, anderzijds is de registratiemethodiek gewijzigd. Zo wordt nu bij het aantal werkbare dagen rekening gehouden met een correctie voor het parttime percentage, waardoor een zuiverder beeld ontstaat.

In 2010 bedroeg het verzuimpercentage 4,64 %. De stijging t.o.v. 2009 werd veroorzaakt door een stijging in het langdurig verzuim.

#### *Nieuwe bedrijfsarts*

In 2010 is SGH een samenwerking gestart met een zelfstandig gevestigde bedrijfsarts en heeft de personeelsfunctionaris de administratie en het case management zelf ter hand genomen.

#### *Bedrijfsongevallen*

In 2010 zijn geen bedrijfsongevallen bij de bedrijfsarts gemeld.

#### *Overlijden*

Helaas is in 2010 een medewerker na een langdurig ziekbed overleden.

## Bijlage 1

### Cliëntgegevens

#### 1. Cliëntenpopulatie gezondheidscentrum Overbos

Gezondheidscentrum Overbos richt zich op de bewoners van de wijk Overbos. Per 1 januari 2011 telde de wijk Overbos 10.697 inwoners. In 2010 stonden bij de huisartsen van gezondheidscentrum Overbos 8.144 mensen ingeschreven. De leeftijdsgroep tussen de 45 en 54 jaar is het meest vertegenwoordigd (18%). Daarom is de verwachting voor de komende 10 jaar dat het aantal cliënten met een chronische aandoening, met name diabetes, fors zal stijgen. Hierop zal het gezondheidscentrum anticiperen.

#### 2. Cliëntenpopulatie gezondheidscentra Floriande en Drie Meren

Gezondheidscentra Floriande en Drie Meren richten zich op de wijk Floriande. Gezondheidscentrum Floriande vooral op het noordelijk deel en de eilanden, gezondheidscentrum Drie Meren vooral op het zuidelijk deel en Floriande centrum. De wijk Floriande groeit niet meer. Per 1 januari 2011 telde de wijk Floriande 17.904 inwoners.

In 2010 stonden 7.858 cliënten ingeschreven bij de huisartsen van gezondheidscentrum Floriande en 3562 in gezondheidscentrum Drie Meren.

In de wijk Floriande wonen vooral gezinnen met jonge kinderen. Het aantal ouderen (>75 jaar) is gering en geconcentreerd in Floriande centrum waar een zorgcomplex voor ouderen is gevestigd in hetzelfde pand als gezondheidscentrum Drie Meren met daarnaast een complex met seniorenflats.

**Tabel 1**  
**Leeftijdsopbouw cliënten gezondheidscentra**

Leeftijd	gezondheidscentrum Overbos %	gezondheidscentrum Floriande %	gezondheidscentrum Drie Meren %
0- 4	6,5	11,3	13
5-14	13	19,8	16,4
15-24	14,9	8,7	7,1
25-34	13,9	12	17,8
35-44	15,8	26,5	22,1
45-54	17,7	13,3	10,5
55-64	11,5	5,2	6,6
65-74	4,1	2,4	3
75-84	1,9	0,6	2,5
85 +	0,5	0	0,7
	100	100	0

#### 3. Cliëntenpopulatie HuisArtsenPost Haarlemmermeer

De HuisArtsenPost Haarlemmermeer richt zich op de inwoners van de Haarlemmermeer (uitgezonderd Badhoevedorp), Halfweg en Haarlemmerliede. In 2010 was het inwonertal van dat gebied circa 126.000. Er zijn 55 huisartsen aangesloten bij de HuisArtsenPost Haarlemmermeer.

## Bijlage 2 Prestatie-indicatoren

In het verslag zijn de prestatie-indicatoren opgenomen van de zorg voor Diabetes Mellitus en COPD patiënten. De prestatie-indicatoren zijn gebaseerd op rapportage uit het HIS. Een knelpunt is dat gegevens op verschillende manieren en plaatsen geregistreerd kunnen worden. Gegevens die niet op de juiste manier of op de juiste plaats geregistreerd zijn, worden niet opgenomen in de rapportage. In 2010 is veel aandacht besteed aan de juiste registratie van de gegevens.

Eerst wordt een overzicht gegeven van het aantal patiënten dat in zorg is en de verdeling over de zorgverleners (organisatie-indicatoren). Vervolgens een overzicht van de procesindicatoren (zijn de cliënten gecontroleerd volgens de afspraken) tot slot de uitkomstindicatoren (de uitkomst van de controles).

### 1. Diabetes Mellitus

#### 1.1 Verdeling van de cliënten over de hulpverleners

<b>Overbos patiënten met Diabetes Mellitus (ICPC T90.1 en T90.2)</b>						
	2008		2009		2010	
<b>Controle door</b>		%		%		%
Assistente	<b>42</b>	13,8	<b>51</b>	16,3	<b>66</b>	20
Praktijkondersteuner	<b>166</b>	55	<b>170</b>	55%	<b>161</b>	48.5
Alleen huisarts	<b>27</b>	8,8	<b>21</b>	6,7	<b>25</b>	7.5
Specialist	<b>65</b>	21,2	<b>69</b>	22%	<b>72</b>	21.6
Geen controle (weigeraars)	<b>3</b>	1	<b>1</b>	0,3	<b>1</b>	0.3
Onbekend					<b>8</b>	2.4
<b>Totaal</b>	<b>306</b>	100	<b>314</b>	100	<b>333</b>	100

<b>Floriande Patiënten met Diabetes Mellitus (ICPC T90.1 en T90.2)</b>						
	2008		2009		2010	
<b>Controle door</b>		%		%		%
Assistente	<b>13</b>	7,6	<b>11</b>	6	<b>18</b>	8.5
Praktijkondersteuner	<b>100</b>	58	<b>115</b>	61	<b>120</b>	56.6
Alleen huisarts	<b>4</b>	2,4	<b>2</b>	1	<b>2</b>	0.9
Specialist	<b>43</b>	25,6	<b>55</b>	29	<b>65</b>	30.7
Geen controle (weigeraars)	<b>1</b>	0,6	<b>5</b>	3	<b>7</b>	3.3
<b>Totaal</b>	<b>171</b>	100	<b>188</b>	100	<b>212</b>	100

<b>Drie Meren patiënten met Diabetes Mellitus (ICPC T90.1 en T90.2)</b>						
	2008		2009		2010	
<b>Controle door</b>				%		%
Assistente			<b>0</b>		<b>15</b>	13.2
Praktijkondersteuner			<b>72</b>	71	<b>60</b>	52.6
Alleen huisarts			<b>1</b>	1	<b>2</b>	1.8
Specialist			<b>28</b>	27	<b>27</b>	23.6
Geen controle (weigeraars)			<b>0</b>		<b>2</b>	1.8
Onbekend					<b>8</b>	7
<b>Totaal</b>			<b>101</b>	100	<b>114</b>	100

## Bijlage 2 Prestatie-indicatoren vervolg

### 1.2 Procesindicatoren

<b>Overbos Diabetes Mellitus procesindicatoren</b>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>norm 2010 *</b>
HbA1c gemeten afgelopen 12 maanden	75,2 %	91%	100%
Tensie gemeten afgelopen 12 maanden	78,3 %	94%	85%
Fundusonderzoek afgelopen 24 maanden	40,4 %	54%	50%
Voetonderzoek afgelopen 12 maanden	27,1 %	32%**	55%
Lipidenprofiel afgelopen 12 maanden	70,1%	78%	73%
Creatinine klaring afgelopen 12 maanden	74,2 %	***	75%
Rookgedrag bekend	82,2%	83%	95%
BMI bepaald afgelopen 12 maanden	Geen rapportage	59%	70%

<b>Floriande Diabetes Mellitus procesindicatoren</b>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>norm 2010 *</b>
HbA1c gemeten afgelopen 12 maanden	66%	80%	100%
Tensie gemeten afgelopen 12 maanden	75%	90%	85%
Fundusonderzoek afgelopen 24 maanden	39%	51%	50%
Voetonderzoek afgelopen 12 maanden	35%	50%**	55%
Lipidenprofiel afgelopen 12 maanden	60%	68%	73%
Creatinineklaring afgelopen 12 maanden	63%	82%***	75%
Rookgedrag bekend	84%	100%	95%
BMI bepaald afgelopen 12 maanden	Geen rapportage	63%	70%

<b>Drie Meren Diabetes Mellitus procesindicatoren</b>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>norm 2010*</b>
HbA1c gemeten afgelopen 12 maanden	66%	94%	100%
Tensie gemeten afgelopen 12 maanden	75%	96%	85%
Fundusonderzoek afgelopen 24 maanden	34%	52%	50%
Voetonderzoek afgelopen 12 maanden	20,4%	8%**	55%
Lipidenprofiel afgelopen 12 maanden	62,1%	88%	73%
Creatinine klaring afgelopen 12 maanden	63,1%	***	75%
Rookgedrag bekend	68,9%	91%	95%
BMI bepaald afgelopen 12 maanden	Geen rapportage	77%	70%

### Toelichting

\* De norm 2010 is de norm zoals afgesproken met Zorg en Zekerheid. De norm geldt voor de cliënten die in zorg zijn bij de eerstelijns (huisarts en/of POH en/of assistente).

\*\*De uitkomst bij de indicator 'Voetonderzoek de afgelopen 12 maanden' valt op in negatieve zin. Het lage percentage is te verklaren door een registratie probleem. Bij elk voetonderzoek moeten zes criteria ingevuld worden, als één criterium niet is ingevuld, wordt het voetonderzoek niet als 'uitgevoerd' geregistreerd.

\*\*\* De percentages zijn berekend over exact 12 maanden. De percentages zullen waarschijnlijk hoger zijn als de indicatoren over een iets langere periode, bijv. 15 maanden, gemeten worden. Het percentage creatineklaring in gc Floriande is als voorbeeld ook over de afgelopen 15 maanden bepaald, dan is het **92%**. Dat is een duidelijk verschil met de uitkomst over een periode van 12 maanden (82%).

### 1.3 Uitkomstindicatoren

<b>Overbos Diabetes Mellitus uitkomstindicatoren</b>				
		<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Norm 2010*</b>
HbA1C	<7	62%	57%	80% < 7 (>75 jaar: 75% < 8,5)
	7- 8,5	43%	39%	
	> 8,5	4%	4%	
Systolische bloeddruk	<140	60%	53%	58% (> 75 jaar: 60% <160)
BMI	< 25	17%	9%	30% 45% 25%
	25-30	41%	Geen rapportage	
	>30	44%		
Retinopathie		-	1%	<2,6%
Nierfunctie	<30		1%	
Creatinineklaring	30-60	15%	12%	85%
	>60	85%	-**	
lipideprofiel:				
	- totaal cholesterol < 4,5 mmol/l	43%	36%	90%
- LDL	< 2,5 mmol/l	42%	34%	66%
Behandeling in eerste lijn		79%	78,4%***	85%
Zelfmanagement		nog niet geregistreerd	nog niet geregistreerd	10%
Nieuw ontdekte patiënten		niet bekend	niet bekend	

<b>Floriande Diabetes Mellitus uitkomstindicatoren</b>				
		<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Norm 2010*</b>
HbA1C	< 7	62%	43%	80% < 7 (> 75 jaar: 75% < 8,5)
	7- 8,5	28%	49%	
	> 8,5	10%	8%	
Systolische bloeddruk	<140	74%	59%	58% ( > 75 jaar: 60% < 160)
BMI	< 25	17%	10%	30% 45% 25%
	25-30	42%	Geen rapportage	
	> 30	40%		
Retinopathie		-	2%	<2,6%
Nierfunctie	<30		1	
Creatinineklaring	30-60	22%	7	85% >60
	>60	78%	-**	
Lipideprofiel:				
	- totaal cholesterol <4,5 mmol/l	50%	38%	90%
- LDL	<2,5 mmol/l	46%	30%	66%
Behandeling in eerste lijn		61%	74%***	85%
Zelfmanagement		niet geregistreerd	niet geregistreerd	10%
Nieuw ontdekte patiënten		niet bekend	niet bekend	

<b>Drie Meren Diabetes Mellitus uitkomstindicatoren</b>				
		<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Norm 2010*</b>
HbA1C	<7 7- 8,5 > 8,5		57% 39% 4%	80% < 7 (>75 jaar: 75% < 8,5)
Systolische bloeddruk	<140		62%	58% (> 75 jaar: 60% < 160)
BMI	< 25 25-30 >30		14% Geen rapportage	30% 45% 25%
Retinopathie			<1%	<2,6%
Nierfunctie	<30		1%	
Creatinineklaring	30-60 >60		19% -**	85% > 60
lipideprofiel:				
- totaal cholesterol	< 4,5mmol/l		45%	90%
- LDL	< 2,5mmol/l		47%	66%
Behandeling in eerste lijn			76,4%***	85%
Zelfmanagement			niet geregistreerd	10%
Nieuw ontdekte patiënten			niet bekend	

#### Toelichting

\* De norm 2010 is de norm die is afgesproken met de Zorg en Zekerheid.

Het percentage cliënten met een HbA1C van <7 ligt lager dan de norm. Het is echter niet transparant of de cliënten die tussen de 7 en 8,5 scoren dichterbij 7 scoren of dichterbij 8,5.

\*\* Het arts-laboratorium is niet in staat om de waarden boven de 60 nader te specificeren, de uitslag wordt doorgegeven als '>60'. Medicom herkent de uitslag '>60' niet als cijfer en daarom komt er geen uitkomst in Medicom. Er kan daarom geen indicator gegeven worden van het percentage cliënten met een creatinineklaring van >60.

\*\*\*In gezondheidscentra Floriande en Drie Meren zijn relatief veel jonge patiënten met diabetes. Dit verklaart het relatief hoge percentage patiënten dat in zorg is bij de specialist.

## Bijlage 2 Prestatie-indicatoren vervolg

### 2. COPD

#### 2.1 Verdeling van de cliënten over de hulpverleners

<b>Overbos aantal COPD patiënten (ICPC R95) in zorg</b>				
	2009		2010	
<b>Controle door</b>		%		%
Praktijkondersteuner	<b>17</b>	13.9	<b>23</b>	20.2
Specialist	<b>24</b>	19.7	<b>34</b>	29.8
Geen controle / onbekend	<b>81</b>	66.3	<b>57</b>	50
<b>Totaal</b>	<b>122</b>	100	<b>114</b>	100

<b>Floriande aantal COPD patiënten (ICPC R95) in zorg</b>				
	2009		2010	
<b>Controle door</b>		%		%
Praktijkondersteuner	<b>30</b>	68	<b>33</b>	60
Specialist	<b>10</b>	23	<b>15</b>	27,3
Geen controle / onbekend	<b>4</b>	9	<b>7</b>	12.7
<b>Totaal</b>	<b>44</b>	100	<b>55</b>	100

<b>Drie Meren aantal COPD patiënten (ICPC R95) in zorg</b>				
	2009		2010	
<b>Controle door</b>				%
Praktijkondersteuner			<b>3</b>	9.4
Specialist			<b>11</b>	34.3
Geen controle / onbekend			<b>18</b>	56.3
<b>Totaal</b>			<b>32</b>	100

De huisartsenpraktijk van gezondheidscentrum Drie Meren bevindt zich in de startfase. Over 2009 waren nog geen gegevens beschikbaar.

## 2.2 Proces- en uitkomstindicatoren

<b>Overbos COPD proces- en uitkomstindicatoren</b>		
	<b>2009</b>	<b>2010</b>
diagnose bevestigd met spirometrie	48%	58%
spirometrie afgelopen jaar	12,2 %	100%
rookgedrag bekend	65%	100%
gedeeltelijk bekend risicoprofiel	41%	Geen rapportage
FEV-FVC ratio na bronchusverwijding < 0,7	15%	Geen rapportage
niet-rokers	38%	25%
BMI bekend		100%
BMI 18,5 – 25 kg / m <sup>2</sup>	13%	Geen rapportage

<b>Floriande COPD proces – en uitkomstindicatoren</b>		
	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Diagnose bevestigd met spirometrie		69%
Spirometrie afgelopen jaar	31%	79%
Rookgedrag bekend	85%	95%
Risicoprofiel gedeeltelijk bekend	56%	Geen rapportage
FEV-FVC ratio na bronchusverwijding < 0,7	17%	Geen rapportage
Niet-rokers	56%	39%
BMI bekend		84%
BMI 18,5 – 25 kg / m <sup>2</sup>	14%	Geen rapportage

<b>Drie Meren COPD proces- en uitkomstindicatoren</b>		
	<b>2009</b>	<b>2010</b>
diagnose bevestigd met spirometrie	33%	58%
spirometrie afgelopen jaar	15%	0%
rookgedrag bekend	13%	67%
gedeeltelijk bekend risicoprofiel		Geen rapportage
FEV-FVC ratio na bronchusverwijding < 0,7		Geen rapportage
niet-rokers		50%
BMI bekend		67%
BMI 18,5 – 25 kg / m <sup>2</sup>		Geen rapportage

Het percentage patiënten bij wie de diagnose bevestigd is met een spirometrie is van alle bekende COPD patiënten, dus ook van de patiënten die bij de specialist onder controle zijn. Gezien het percentage patiënten dat de afgelopen 12 maanden in gc Floriande en gc Overbos een spirometrie heeft gehad, zal het percentage bij de patiënten die in zorg zijn bij de huisarts dus hoger liggen.

De huisartsenpraktijk van gezondheidscentrum Drie Meren bevindt zich in de startfase. Over 2009 waren nog niet alle gegevens beschikbaar. Ook over 2010 missen een aantal gegevens, onder andere over de spirometrie.

## Lijst met afkortingen en begrippen

AED	Automatische Externe Defibrillator
Arbo	Arbidsomstandigheden
BBL	Beroeps Begeleidende Leerweg
BOL	Beroeps Opleidende Leerweg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonal Disease
CVRM	Cardio Vasculair Risico Management
DM	Diabetes Mellitus
	Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Huisartsen
DOKH	Praktijken Noord West Nederland
DTF	Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie
ECB	Eerstelijnszorg door Cliënten Bekeken
ECG	Electro Cardio Gram
EPD	Elektronisch Patienten Dossier
FTO	Farmaco Therapeutisch Overleg
GEZ	Geïntegreerde Eerstelijns Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAAK	Hulpvraag, Achtergrondinformatie, Advies en Klantreactie
HAGRO	HuisArtsenGRoep
HAP	HuisArtsenPost
HIS	Huisartsen Informatie Systeem
HKZ	Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen
HVH	Huisartsen Vereniging Haarlemmermeer
ICS	Inhalatie Cortico Steroid
ICT	Informatie- en communicatietechniek
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IOF	Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie
KNGF	Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie
LVG	Landelijke Vereniging Geïntegreerde eerstelijns
MIP	Melding Incidenten Patientenzorg
MTO	Medewerkers Tevredenheids Onderzoek
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NPA	NHG Praktijk Accreditering
NPCF	Nederlands Patiënten Consumenten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OR	Ondernemings Raad
OZIS	Open Zorg Informatie Systeem
POH	Praktijk Ondersteuner Huisartsen
PRI	Prospectieve Risico Inventarisatie
PRISMA	Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis
R, I & E	Risico Inventarisatie en Evaluatie
Reos	REgionale Ondersteunings Structuur
SEH	Spoedeisende Hulp
SGH	Stichting Gezondheidscentra Haarlemmermeer
STIVORO	STichting VOLksgezondheid en ROken
U	Urgentie
VHN	Vereniging Huisartsendienstenstructuur Nederland
VIM	Veilig Incidenten Melden
VMS	Veiligheids Management Systeem
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WTZi	Wet Toelating Zorg Instellingen
ZenZ	Zorg en Zekerheid