

Durven denken in mogelijkheden



Foto: Isabelle van der Veen



Jaarbericht 2014
HONK Groep



Inhoud

1	Voorwoord: Durven denken in mogelijkheden	4
2	Profiel van de organisatie	5
2.1	De organisatie	5
2.2	Structuur, toezicht en medezeggenschap	5
2.3	Coöperatie HONK	6
2.4	Externe ontwikkelingen en relaties	7
3	Interne organisatie	8
3.1	Personeel	8
3.2	Faciliteiten	8
4	Acute zorg	9
4.1	Beleid en resultaten	9
4.2	Cijfers acute zorg	10
4.3	Patiënt	10
5	Reguliere Keten zorg: Diabetes, COPD, CVRM en Astma	12
5.1	Beleid en resultaten	12
5.2	Beleid en resultaten per indicatie	12
6	Innovatieve zorgontwikkeling en samenwerking	18
6.1	Ouderenzorg	18
6.2	Vicino NHN	18
6.3	Samen Sterker in Zorg	19
7	Jaarrekening 2014	20
	Bijlage 1	
	Overzicht scholingen en trainingen ketenzorg 2014	23

1 Voorwoord: Durven denken in mogelijkheden

De HONK Groep opereert in een dynamische omgeving die gekenmerkt wordt door de doorlopende uitdaging om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren en daarbij de stijging van de zorgkosten binnen de perken te houden. In 2014 is landelijk gezien veel aandacht geweest voor de aanloop naar diverse beleidswijzigingen in de zorg per 1 januari 2015. Deze veranderingen hebben effect op het werkgebied van de HONK Groep, zowel direct op de eigen activiteiten, als ook indirect via de huisartsen die bij Coöperatie HONK zijn aangesloten.

Vanuit landelijk beleid is de eerste stap gezet naar een nieuwe bekostigingssystematiek voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het idee achter deze nieuwe systematiek is dat er meer ruimte wordt geboden aan innovatie en multidisciplinaire ketenzorg, wat kansen biedt. Dit vergt echter wel een goede vertaling naar concrete afspraken in de praktijk. Een tweede belangrijke beleidswijziging is de hervorming van de langdurige zorg, waarbij verschillende taken zijn overgeheveld naar gemeenten en zorgverzekeraars. Met deze wijziging wordt nagestreefd dat patiënten langer in de eigen omgeving worden geholpen en wordt een groter beroep gedaan op de zelfredzaamheid en de omgeving van de patiënt. Dit zal, samen met de trend van vergrijzing, naar verwachting leiden tot een toenemend beroep op de huisarts, de praktijk en de huisartsenpost en tot een toenemende gemiddelde zwaarte van de patiëntpopulatie van de huisarts. De derde belangrijke wijziging is de overheveling van de jeugdhulp naar de gemeenten, wat onder meer consequenties heeft voor de inrichting van de jeugd GGZ en de toeleiding van patiënten naar jeugdzorg. Tot slot zijn er op lokaal niveau (sociale) wijkteams in ontwikkeling en komt het concept van wijkgericht werken steeds meer van de grond. Dit vraagt van zorgverleners dat zij lokaal op zoek gaan naar geschikte manieren om met elkaar contact te onderhouden en samen te werken.

Kortom, de eerstelijnszorg en de huisartsenzorg in het bijzonder hebben in 2014 met de nodige veranderingen te maken gekregen. Enerzijds brengen deze veranderingen onzekerheden met zich mee en zijn niet alle effecten voor alle

partijen even gewenst. Anderzijds bieden deze veranderingen ook kansen voor wie durft te denken in mogelijkheden en samen met anderen op zoek gaat naar manieren om te (blijven) werken aan toekomstbestendige basiszorg.

Werkend vanuit de gedachte van mogelijkheden heeft de HONK Groep verschillende activiteiten in en rond de huisartsenzorg uitgevoerd. Zo zijn in 2014 de programma's Astma en Ouderenzorg succesvol uitgerold in diverse huisartsenpraktijken in de regio, zijn de verschillende ketenzorgprogramma's inhoudelijk verder uitgedacht en zijn verschillende pilots uitgevoerd. Samen met relevante partners wordt op die manier gezocht naar toekomstbestendige oplossingen voor de vraagstukken die voor ons liggen. Ook binnen de huisartsenpost wordt ingespeeld op veranderende patiëntvraag en populatie door bijvoorbeeld het beleid rondom bijzondere patiëntgroepen bij te stellen en te zorgen voor goede communicatie met de patiënt.

Bij alle activiteiten van de HONK Groep wordt in het vizier gehouden wat onze inspanningen voor de patiënt opleveren. Door te meten en door verantwoording af te leggen kunnen de resultaten van de patiëntzorg worden gemonitord en verbeterd. Daarbij is het van belang dat dergelijke instrumenten passend en proportioneel zijn voor de gestelde doelen. Om deze processen te ondersteunen werkt de HONK Groep met een kwaliteitsmanagementsysteem. In 2014 heeft de HONK Groep voorbereidingen getroffen om het kwaliteitsmanagementsysteem van de huisartsenpost en de ketenzorg te laten certificeren op de nieuw ontwikkelde norm HaZo24, een norm die goed aansluit bij de wensen en behoeften van de huisartsenzorg.

Om in te kunnen spelen op ontwikkelingen en mogelijkheden goed te kunnen benutten is een stabiele en stevige organisatie nodig. Daarom werkt de HONK Groep continu aan de professionaliteit van de eigen organisatie en aan de contacten met haar stakeholders, zowel regionaal als landelijk. Daarbij kiest de HONK Groep steeds voor een positieve en tevens kritische houding en een constructieve aanpak. De organisatie treedt daarmee 2015 met vertrouwen tegemoet.

Directie HONK Groep

2 Profiel van de organisatie

2.1 De organisatie

De HONK Groep is opgericht door Coöperatie HONK, een samenwerkingsverband van huisartsen in de regio Noord-Kennemerland met een verzorgingsgebied van ongeveer 280.000 inwoners. De HONK Groep heeft tot doel de huisartsenzorg, en in bredere zin de eerstelijnszorg, te versterken en te verbeteren. Dit doet zij onder meer door acute huisartsgeneeskundige zorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren te leveren vanuit de Huisartsenpost Alkmaar (HAPA), door het leveren van multidisciplinaire ketenzorg voor verschillende indicaties en door kwaliteitsbevordering bij ketenpartners in de regio te organiseren.

Voor de HONK Groep staat de zorg aan de patiënt centraal, of deze nu geleverd wordt op de locatie van de huisartsenpost, in de praktijken van aangesloten huisartsen en ketenpartners of ergens anders. De activiteiten van de HONK Groep dragen dan ook altijd direct of indirect bij aan de kwaliteit, doelmatigheid en/of toegankelijkheid van de zorg aan patiënten in de regio. Daarbij hanteert de organisatie een werkwijze die proactief en innovatief inspeelt op ontwikkelingen in de samenleving en de gezondheidszorg. De HONK Groep beschouwt zichzelf als een teamspeler die nadrukkelijk de samenwerking met andere zorgverlenende partijen in de regio opzoekt en ook doorlopend in gesprek is met financierende partijen zoals zorgverzekeraars en gemeenten over de inhoud en organisatie de zorg.

De HONK Groep ervaart een maatschappelijke verantwoordelijkheid om haar ervaringen te delen met andere zorgorganisaties en beleidsmakers, zowel regionaal als landelijk. Met name waar het gaat om innovatieve activiteiten die bij kunnen dragen aan het behoud en betaalbaar houden van kwalitatief hoogwaardige zorg, nu en in de toekomst.

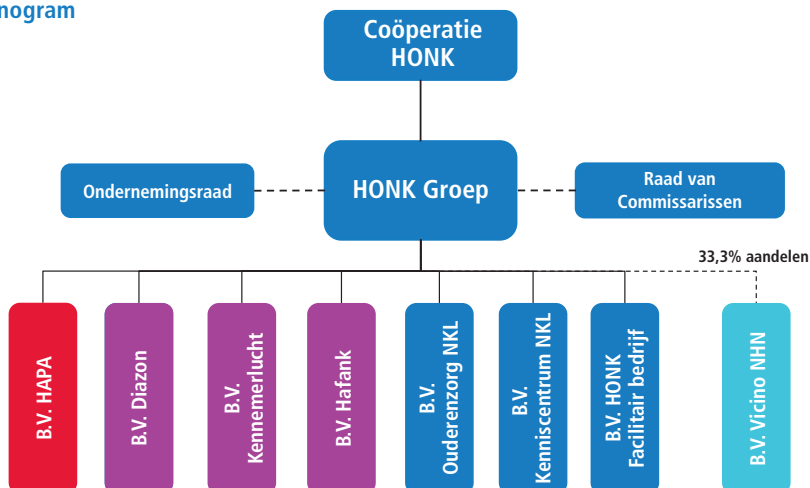
2.2 Structuur, toezicht en medezeggenschap

In figuur 1 is het organogram opgenomen. De holdingorganisatie HONK Groep is 100% eigendom van Coöperatie HONK, de onderliggende organisaties zijn weer 100% eigendom van de HONK Groep, met uitzondering van Vicino NHN (33,3%).

In 2014 zijn aanzienlijke stappen gezet om de statuten en reglementen van de totale organisatie te herzien, dit proces wordt in 2015 afgerond. De Zorgbrede Governancecode is bij deze herziening een belangrijke leidraad. Verder ligt er een voornemen om een aantal ketenzorgactiviteiten in 2015 samen te voegen in HZNK Ketenzorg.

De dagelijkse leiding van de HONK Groep is in handen van de directie, bestaande uit een algemeen directeur / bestuurder, de directeur acute zorg en de directeur ketenzorg. De directieraad overlegt periodiek met het bestuur van Coöperatie HONK, dat als vertegenwoordiger optreedt van de 120 huisartsen die lid zijn van de coöperatie. Dit overleg vond in 2014 10 keer plaats.

Figuur 1
Organogram



Het toezicht op de HONK Groep wordt gehouden door een onafhankelijke Raad van Commissarissen (RvC), aangesteld door de algemene ledenvergadering van Coöperatie HONK. Naast het regulier overleg tussen de RvC en directie, dat vijf keer plaatsvond, was er in 2014 ook een bijeenkomst met RvC, bestuur Coöperatie HONK en directie gezamenlijk. Per 26 mei is één lid van de RvC volgens het rooster afgetreden en een nieuw lid aangetreden.

De HONK Groep is een van de drie aandeelhouders van Vicino NHN en de algemeen directeur van de HONK Groep is tevens een van de drie (algemeen) directeuren van Vicino NHN. Het toezicht op Vicino NHN wordt gehouden door een eigen, onafhankelijke RvC.

Onderwerpen die aan bod zijn gekomen in overleggen met het bestuur van Coöperatie HONK en/of de RvC zijn onder andere: jaarrekeningen 2013, kwartaal- en halfjaarcijfers, directiebeoordeling, strategisch beleidsplan 2015-2017, begrotingen en jaarplannen 2015, risicomangement, statuten en reglementen en contractering zorgverzekeraars. Daarnaast is ook veel aandacht besteed aan (de ontwikkeling van) de kwaliteit en organisatie van de zorg op de huisartsenpost en binnen de ketenzorg.

De HONK Groep heeft een ondernemingsraad bestaande uit vijf medewerkers. In 2014 heeft er 6 keer overleg plaatsgevonden tussen de bestuurder en de ondernemingsraad.

2.3 Coöperatie HONK

De samenwerking tussen de HONK Groep en de huisartsen kent vele aspecten. Individuele huisartsen leveren huisartsenzorg tijdens de avond, nacht en in het weekend op de huisartsenpost en nemen deel aan de multidisciplinaire ketenzorgprogramma's. De HONK Groep faciliteert en ondersteunt de huisartsen bij deze activiteiten, bijvoorbeeld door kwaliteitsbevordering, scholing en door zorg te dragen voor triageassistentie en POH-ondersteuning.

Er zijn kaderhuisartsen aangesteld voor de verschillende indicaties, die een belangrijke rol spelen bij de kwaliteitsontwikkeling en -bevordering in de ketenzorg. Ook andere huisartsen leveren een bijdrage aan de kwaliteitsbevordering door bijvoorbeeld deel te nemen aan kwaliteitscommissies.

Op bestuurlijk niveau trekken de directie van de HONK Groep en het bestuur van Coöperatie HONK veelal gezamenlijk op. Bijvoorbeeld in het uitdragen van hun visie op de

Bestuur Coöperatie HONK

Y.J. Grapendaal	voorzitter
S.M. Schmidt	penningmeester
R.K. Boot	lid
B.J. Huber	lid
N.J. Stoll	lid

Directie

P. Witteman	algemeen directeur
S. Voerman	directeur acute zorg
J. Rempe	directeur ketenzorg

Raad van Commissarissen

L.M.L. Gregoire	voorzitter
E. van Eck	lid tot 26-05-14
C. M.G.J. Houtzagers	
W.F. de Koning	lid per 26-05-14

Ondernemingsraad

J. van der Aa	voorzitter
M. Griep	
P. Grifhorst	
A. van Kouteren	
C. Siermanns	secretaris

huisartsenzorg en eerstelijnszorg richting externe partijen of in gesprekken met belangrijke partners zoals het ziekenhuis of de zorgverzekeraars.

Twee projecten waaraan de afgelopen jaren is gewerkt, hebben in 2014 hun eerste vruchten afgeworpen. Nadat in 2013 overkoepelende samenwerkingsafspraken zijn gemaakt met Zorgvastgoed Management (ZVM) zijn in 2014 de eerste stappen richting concrete projecten gezet. Deze projecten betreffen samenwerking bij het ontwikkelen en beheren van eerstelijnszorgvastgoed in de regio en worden in 2015 voortgezet. Verder zijn in het kader van een pilot twee huisartsenpraktijken met succes gecertificeerd op basis van een nieuwe certificeringssystematiek voor het totaal van de huisartsenzorg (HaZo24). De HONK Groep heeft de afgelopen jaren samen met een aantal andere huisartsenorganisaties gewerkt aan de ontwikkeling van deze systematiek, die inmiddels op verschillende plekken in het land wordt gehanteerd.

In 2015 zullen meerdere huisartsenpraktijken met het traject tot certificering starten en wil de HONK Groep ook de huisartsenpost en de ketenzorg op basis van deze systematiek laten certificeren.

2.4 Externe ontwikkelingen en relaties

Zoals eerder genoemd is er in 2014 landelijk gezien veel aandacht geweest voor de aanloop naar de diverse beleidswijzigingen in de zorg per 1 januari 2015, zoals de nieuwe bekostigingssystematiek voor huisartsenzorg, de nieuwe Jeugdwet en de hervorming van de AWBZ. Zowel met gemeenten in de regio als met preferente zorgverzekeraar VGZ is regelmatig gesproken over de implicaties van deze veranderingen en mogelijke antwoorden hierop.

Door de hervorming van de AWBZ (naar de Wet langdurige zorg) zullen ouderen bijvoorbeeld langer thuis blijven wonen en een groter beroep doen op de eerste lijn in het algemeen en de huisarts(enpraktijk) in het bijzonder. Het ouderenzorgprogramma is een van de mogelijke antwoorden om deze toenemende vraag op te vangen. Bij al dit soort ontwikkelingen staan het belang van de patiënt en de kwaliteit van zorg centraal. Tevens wordt in het oog gehouden hoe de benodigde randvoorwaarden gecreëerd kunnen worden om het werk van de betrokken zorgprofessionals, waaronder de huisarts, werkbaar en attractief te houden.

Verder leveren de HONK groep en Coöperatie HONK ook een bijdrage aan het landelijk debat over de huisartsenzorg

en de eerste lijn. Vanuit huisartsenkring Noord-Holland Noord levert HONK, samen met de huisartsenorganisaties in de twee aangrenzende regio's, de Kop van Noord-Holland en West-Friesland, input aan de LHV (Landelijke Huisartsenvereniging). Ook is de organisatie actief richting koepelorganisatie InEen en neemt zij deel aan diverse (landelijke) werkgroepen over innovatie, de inrichting van de GGZ, ouderenzorg en populatiegerichte zorg.

Door de spilfunctie van de huisartsenzorg in de eerste lijn en het karakter van de organisatie werkt de HONK Groep op veel activiteiten samen met andere zorgorganisaties en gerelateerde partijen in de regio. Bijvoorbeeld het ziekenhuis (MCA), GGZ NHN, GGD Hollands Noorden, diverse laboratoria, de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR), de Regionale ambulancevoorziening, de Meldkamer Ambulancezorg en een groot aantal praktijken van diëtisten, pedicures, podotherapeuten, fysiotherapeuten, psychologen en psychiaters.

Sinds 2012 neemt de HONK groep deel aan Samen Sterker in zorg, een samenwerking met het ziekenhuis (MGG), zorgverzekeraar VGZ, Starlet DC en GGZ NHN om via populatiemanagement meer gezondheid en lagere zorgkosten in de regio te bereiken. In dit samenwerkingsverband is door multidisciplinaire werkgroepen een aantal concrete interventies uitgewerkt die in 2014 geïmplementeerd zijn, zoals het specialistisch spreekuur in de eerste lijn.



3 Interne organisatie

3.1 Personeel

In zowel de zorgverlening richting de patiënt, als in de samenwerking met andere zorgverleners is goed persoonlijk contact van grote waarde. Het hebben en houden van menselijk kapitaal met de juiste competenties is dan ook van groot belang voor de HONK Groep. Daarbij vraagt de HONK Groep zelfstandigheid en verantwoordelijkheidsgevoel van de professionals waarmee zij werkt en wil zij hen faciliteren om hun rol goed in te kunnen vullen.

In 2014 is aandacht besteed aan het verstevigen van de basis van het personeelsbeleid, door onder andere processen te verbeteren en te standaardiseren en de mogelijkheden van het personeelsinformatiesysteem te benutten. Tevens is de functionerings- en beoordelingscyclus duidelijker ingericht en is aandacht besteed aan het ontwikkelbeleid. Thema's die in 2015 belicht zullen worden zijn leiderschap, coaching en persoonlijke ontwikkeling.

De HAPA werkt met een opleidingsplan voor (triage)assistenten, dat gericht is op (her)certificering als triagist. In 2014 is extra aandacht besteed aan de persoonlijke ontwikkeling. Zo hebben alle triagisten in 2014 een persoonlijk ontwikkelplan opgesteld, waarin persoonlijke leerdoelen zijn geformuleerd. Daarnaast is er een extra training gevolgd over het gebruik van het Nederlands Triagesysteem (NTS) en over communicatie. Bij de andere onderdelen van de organisatie is de diversiteit aan functies en werkzaamheden dusdanig dat opleiding in overleg en op basis van individuele behoeften plaatsvindt.

In november 2014 is het tweejaarlijks medewerkertevredenheidsonderzoek afgenomen. Op basis van een respons van 57% is de conclusie dat de medewerkers over het algemeen tevreden zijn over het werken bij de organisatie. Gemiddeld beoordelen zij de organisatie met een 7,6 als rapportcijfer. Uit het onderzoek zijn een aantal punten voor verbetering naar voren gekomen, waar de directie mee aan de slag zal gaan, onder meer via het communicatiebeleid en het opleidingsplan.

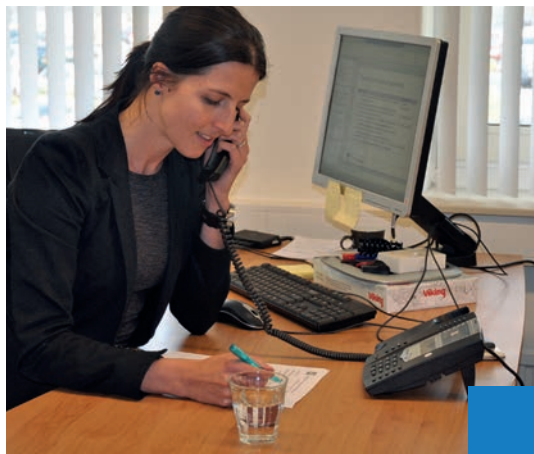
Ontwikkelingen die direct en/of indirect invloed hebben op de medewerkers worden met de ondernemingsraad besproken. In de overleggen tussen de algemeen directeur en de ondernemingsraad is bijvoorbeeld gesproken over het functiehuis, cao-wijzigingen, het medewerkertevredenheidsonderzoek, maar ook over begrotingen, jaarplannen en jaarrekeningen.

3.2 Faciliteiten

Door de groei en toegenomen complexiteit van de organisatie is de behoefte aan goede managementinformatie, waarop de directie beslissingen kan baseren, toegenomen. In 2014 zijn voor verschillende onderdelen van de organisatie managementrapportages ontwikkeld en heeft de organisatie zich versterkt op het gebied van systematische informatieverzameling en -verwerking. Deze ontwikkeling geeft niet alleen de directie meer inzicht in de verschillende activiteiten, maar stelt ook de medewerkers in staat om meer verantwoordelijkheid te dragen en verantwoording af te kunnen leggen over hun werkzaamheden.

Vanuit de ICT-afdeling is ondersteuning verleend om eind 2014 de UZI-pas te introduceren op de huisartsenpost en de overstap naar het Landelijk Schakelpunt in 2015 voor te bereiden. Ook is een nieuw kwaliteitsinformatiesysteem in gebruik genomen om de certificering op basis van de HaZo24 te ondersteunen en zijn er voorbereidingen getroffen om de overgang naar een nieuwe versie van het keteninformatiesysteem voor de ketenzorg in 2015 mogelijk te maken.

De backoffice van Vicino NHN wordt vanuit het kantoor van de HONK Groep uitgevoerd, door medewerkers die in dienst zijn van Vicino NHN. Daarnaast waren in 2014 voor Samen Sterker in Zorg medewerkers werkzaam vanuit het kantoor van de HONK Groep, zij zijn gefinancierd vanuit Samen Sterker in Zorg. Net als in 2013 werden de ruimtes van de HAPA in 2014 overdag door Starlet diagnostisch centrum gebruikt voor spreekuren van de trombosedienst en voor fundusfotografie. In 2014 werd de HAPA tevens gebruikt voor het specialistisch spreekuur en het individueel begeleiden van stoppen met roken.



4 Acute zorg

4.1 Beleid en resultaten

Begin 2014 heeft de HAPA het surveybezoek van Lloyds in het kader van het HKZ-certificaat goed doorlopen. Dit laat zien dat de HAPA haar processen op orde en onder controle heeft. In 2015 zal voor het eerst op basis van de eerder genoemde HaZo24-systematiek worden gecertificeerd, in 2014 zijn hiervoor voorbereidingen getroffen.

Patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg staan op de huisartsenpost centraal. Om dit te bereiken zijn het uitvoeren van veilige triage en goede onderlinge communicatie van groot belang. Om de triage op het gewenste niveau te houden heeft de directie in 2014 aandacht besteed aan de kwaliteit van de triagegesprekken. In 2015 zal de HAPA de Kernset van koepelorganisatie InEen implementeren. Het is de bedoeling dat de triagegesprekken hierdoor uniformer beoordeeld worden.

Op basis van de resultaten van een pilot heeft in 2014 de regiearts een vaste plek op de HAPA gekregen. De regiearts wordt ingezet tijdens bepaalde diensten en is als spin in het web in het callcenter beschikbaar voor vragen, telefonische consulten en coaching van de triagisten.

Als vanzelfsprekend hecht de HAPA groot belang aan de privacy van de patiënten die op de huisartsenpost worden gezien en gaat de HAPA zorgvuldig om met de persoonsgegevens van de patiënten. Daarnaast is de HAPA verplicht om te voldoen aan geldende wet- regelgeving over bescherming van persoonsgegevens. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat zorgverleners op de HAPA behoren te werken met dubbele authenticatie bij het inloggen in het digitale verslagleggingssysteem. Eind 2014 heeft de HAPA de zogeheten UZI-pas geïntroduceerd, waardoor zij aan deze eis voldoet.

Verder is het zo dat de huidige systematiek waarmee gegevensuitwisseling van patiëntgegevens tussen de huisartsenpost en huisartsenpraktijken wordt gerealiseerd in 2015 wordt uitgefaseerd. Daarom heeft de HAPA zich in 2014 voorbereid op de overgang naar het Landelijk Schakelpunt (LSP), waarmee ook in de toekomst veilige gegevensuitwisseling van patiëntgegevens mogelijk kan worden gemaakt. Op basis van een pilot is landelijk besloten het LSP gefaseerd uit te rollen, de overgang in deze regio wordt in mei 2015 verwacht.

Net als in voorgaande jaren heeft de HAPA zich ook in 2014 ingespannen om de belangen te behartigen van patiënt, huisarts en HAPA in de samenwerking met het MCA (Medisch Centrum Alkmaar) in een toekomstige spoedpost. Vertrekpunt daarbij is seriële samenwerking waarbij voor de huisartsen eigen identiteit, autonomie en één loket voor de patiënt belangrijke uitgangspunten zijn. Het oprichten van een gezamenlijke spoedpost zal wat verder in de tijd komen te liggen, omdat hiermee gericht wordt op het gereed komen van het nieuwe ziekenhuis in Heerhugowaard.

De spoedeisende hulp van het MCA heeft jaarlijks te maken met een aanzienlijk aantal mensen dat rechtstreeks naar de spoedeisende hulp komt, zonder eerst een huisarts te hebben geconsulteerd, dit zijn de zogenaamde zelfverwijzers. Met het oog op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg is dit in veel gevallen niet wenselijk. Ten aanzien van zelfverwijzers hebben HONK, HAPA en MCA in 2014 verschillende scenario's uitgewerkt en besproken met zorgverzekeraars. In 2015 wordt dit traject voortgezet.

Door verschillende landelijke ontwikkelingen is de patiëntpopulatie waar de huisartsenpost mee te maken krijgt aan het veranderen. Patiënten worden langer in de eigen woonomgeving ondersteund, waardoor huisartsen en de huisartsenpost met meer en complexere patiënten te maken krijgen. Ook is het van belang dat huisartsen en de huisartsenpost onderling duidelijk met elkaar communiceren en afspraken maken over patiëntgroepen die wel en niet onder hun verantwoordelijkheid (kunnen) vallen. In 2014 is een beleid uitgewerkt over hoe om te gaan met deze ontwikkelingen en met verschillende patiëntgroepen; dit beleid is besproken met de huisartsen.

Voor 2015 heeft de HAPA de volgende speerpunten:

- Blijven voldoen aan de eisen van wet- en regelgeving en aan de branchenormen.
- Verbeteren van de inrichting van de patiëntparticipatie.
- Behalen van certificering op basis van de HaZo24 norm.
- Evaluatie en optimalisatie van de werkprocessen.
- Monitoren van de actuele situatie ten aanzien van de toekomstige spoedpost met het MCA.

4.2 Cijfers acute zorg

Het totale aantal verrichtingen op de HAPA nam in 2014 weer toe, nadat er in 2013 sprake was van een daling (tabel 1). De toename heeft met name geresulteerd in een stijging van het aantal consulten en visites. Het aantal telefonische consulten is juist gedaald.

Op de indicatoren voor autorisatie en bereikbaarheid scoorde de HAPA in 2014 grotendeels gelijk aan 2013 (tabel 2). Bijna alle normen zijn (ruimschoots) behaald; de wachttijd op de reguliere telefoonlijn heeft de aandacht. In 2014 is er bewust voor gekozen om de focus op de kwaliteit van de gesprekken te leggen. Dit kan ten koste gaan van de snelheid van de afhandeling van de gesprekken en kan daardoor tot een langere wachttijd leiden. Voor 2015 wordt gestreefd naar het behalen van de norm op de reguliere telefoonlijn.

Het doel van de procedure meldingen incidenten patiënten-zorg (MIP) is het genereren van informatie om voorvallen te voorkomen die schadelijk zijn voor patiënt en/of medewerker. Het is van belang dat incidenten zoveel mogelijk gemeld worden, daarom was het streven van de directie in 2014 een stijging van 10% van het aantal meldingen. Dit streven is behaald, er zijn 68 meldingen gedaan, ten opzichte van 62 in 2013. Om de stijgende lijn in het aantal meldingen voort te zetten, zal er in 2015 op een andere manier aandacht worden gevraagd voor het melden van incidenten.

Verder zijn er vier calamiteiten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gemeld, waar de IGZ stelt dat een huisartsendienstenstructuur gemiddeld drie meldingen per jaar doet. De meldingen en calamiteiten zijn aanleiding geweest voor verbeteringen in de organisatie, bijvoorbeeld het extra scholen van de triagisten over psychiatrische patiënten, het aanpassen van de calamiteitenprocedure en de aanscherping van het beleid rond de inzet van uitzendkrachten.

Het aantal klachten is in 2014 gedaald ten opzichte van 2013 van 32 naar 25 klachten, ondanks een stijging van het aantal verrichtingen van 1,4 %. Alle klachten zijn na bemiddeling opgelost. Naar aanleiding van de klachten zijn verbetermaatregelen ingevoerd, zoals het geven van feedback, scholing en voorlichting en/of door het doen van aanpassingen in het proces.



4.3 Patiënt

In 2014 is met succes aandacht besteed aan het verhogen van de respons op het doorlopend patiëntonderzoek. De doelstelling van 276 ingevulde enquêtes is ruimschoots overtroffen met 489 ontvangen enquêtes. Ook op de uitkomsten van het onderzoek is verbetering te zien ten opzichte van 2013 (tabel 3). De waardering overall is gestegen en de HAPA scoort op de verschillende onderdelen boven de landelijke benchmark.

De stijging van de waardering, met name van het telefonisch consult, kan als een gewenst resultaat van de communicatietraining uit het opleidingsplan gezien worden.

Tabel 1

Verrichtingen HAPA 2012-2014

Verrichting	2014	2013	2012
Telefonische consulten	22.046	22.196	22.889
Consulten	26.250	25.448	25.270
Visites	5.558	5.453	5.751
Totaal	53.854	53.097	53.910

Tabel 2

Prestatie-indicatoren HAPA 2013-2014

Indicator	Norm	2014	2013
Autorisatie	90% binnen 1 uur	97%	97%
	98% binnen 2 uur	98%	99%
Wachttijd spoedlijn	95% binnen 30 sec.	98%	98%
Wachttijd reguliere telefoonlijn	75% binnen 2 minuten	68%	69%
	98% binnen 10 minuten	99%	99%
Aanrijdtijd U1-ritten	90% binnen 20 minuten	97%	-*
	98% binnen 30 minuten	100%	100%
Aanrijdtijd U2-ritten	90% binnen 60 minuten	95%	95%
	98% binnen 120 minuten	98%	99%

* In 2013 werd een andere norm gehanteerd, waardoor de resultaten niet vergelijkbaar zijn.

Tabel 3

Resultaten patiënttevredenheidsonderzoek HAPA

	HAPA 2014	Landelijk 2013	HAPA 2013
Telefonische consulten	8,0	7,8	7,1
Consulten	8,0	7,7	7,8
Visites	8,6	8,5	8,0

5 Reguliere Ketenzorg: Diabetes, COPD, CVRM en Astma

5.1 Beleid en resultaten

In de afgelopen jaren is veel tijd besteed aan de ontwikkeling van verschillende ketenzorgprogramma's met daarbij cardiovasculair risicomangement (CVRM) en astma als nieuwkomers in 2013. In 2014 zijn deze zorgprogramma's regionaal verder uitgerold. Bij het programma Diabetes zijn in 2014 nieuwe richtlijnen en nieuw landelijk beleid geïmplementeerd, waaronder de nieuwe NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2 en de Zorgmodule Preventie Diabetische voetulcera.

In de huisartsenpraktijk is ingezet op het verbeteren van de medicamenteuze behandeling bij diabetes- en COPD-patiënten en het inrichten van de CVRM- en Astma zorg. In 2014 hebben alle praktijken die met de programma's werken deelgenomen aan het kwaliteitsbevorderingstraject. Dit kwaliteitsbevorderingstraject omvat onder andere benchmarkbijeenkomsten, praktijkbegeleiding, scholing en casuïstiekbesprekingen.

Het kwaliteitsbeleid voor de overige ketenpartners richtte zich in 2014 onder andere op het invoeren van geprotocolleerd werken en op een benchmarkstelsel voor diëtisten. Beide initiatieven zijn samen met de DENK (Diëtistenorganisaties Noord-Kennemerland) ontwikkeld. Tevens is in 2014 gestart met het uitvoeren van praktijkbezoeken bij pedicures. Verder heeft HZKN in 2014 voorbereidingen getroffen voor het certificeren van de zorggroepen in 2015.

In 2014 is wederom een groot aantal scholingen aangeboden aan diverse betrokken ketenpartners. Bijlage 1 biedt een

overzicht van de scholingen en trainingen die in 2014 zijn aangeboden. Specialisten van het MCA spelen een steeds grotere rol in de uitvoering van de scholingen. Vanwege het succes zal het programma verder worden uitgebreid in 2015.

Hieronder volgt een overzicht van de speerpunten voor 2015:

- Evaluatie en waar relevant aanpassen van het kwaliteitsbevorderingsbeleid huisartsen. Een belangrijk aandachtspunt hierbij zijn landelijke ontwikkelingen.
- Het realiseren van een goed toekomstperspectief, inclusief financiering, voor het programma astma.
- Het ontwikkelen van een zelfmanagementprogramma voor chronische patiënten.
- Uitrol pilot transmuraal COPD verpleegkundige.
- Implementatie van een update van het Keteninformatiesysteem (KIS).
- Implementatie HaZo24 en behalen certificering voor HZKN-ketenzorg.

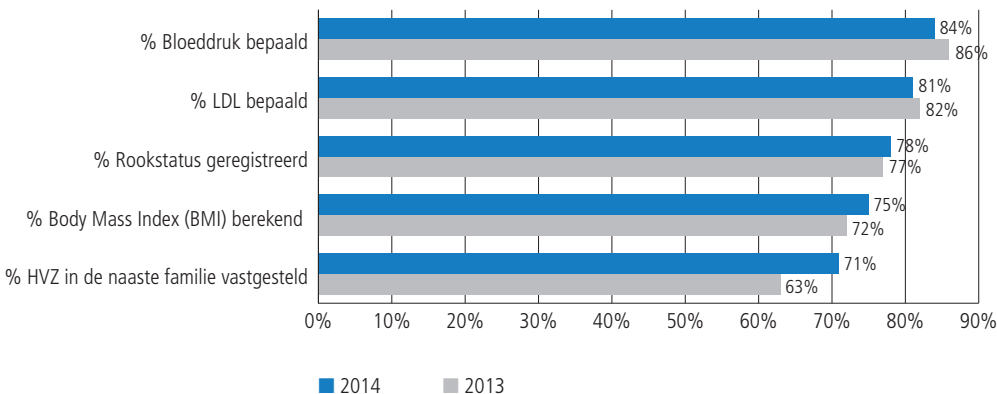
5.2 Beleid en resultaten per indicatie

Cardiovasculair risico management (CVRM)

In 2013 is het eerstelijnszorgprogramma CVRM opgestart in Noord-Kennemerland. Dit programma richt zich op mensen met een doorgemaakte hart- en/of vaatziekte (HVZ)¹ en mensen met een verhoogd risico (VVR) op het ontwikkelen

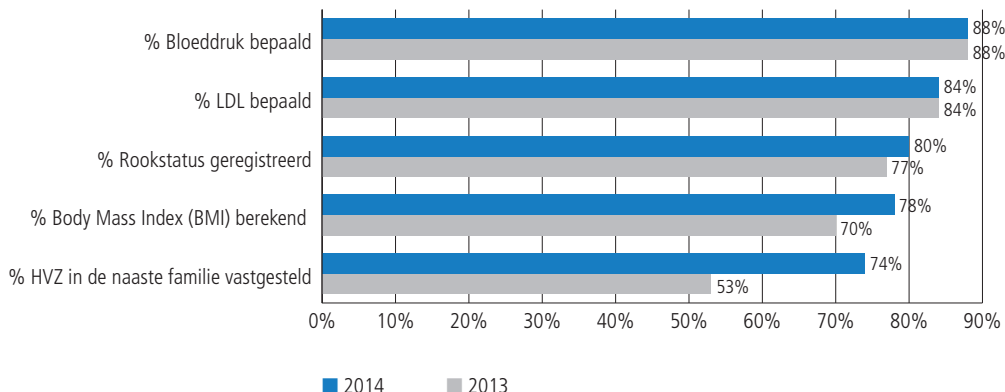
1 In het CVRM programma zijn ook patiënten met hartfalen en boezemfibrilleren opgenomen.

Figuur 2
Het aantal mensen met HVZ waarvan de relevante parameters bekend zijn in 2013-2014



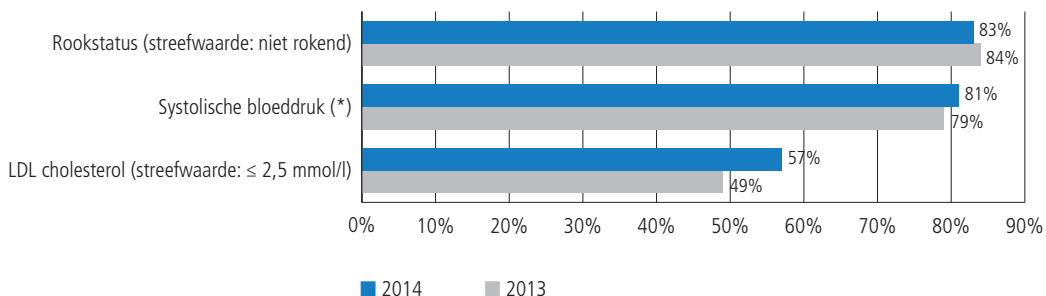
Figuur 3

Het aantal mensen met VVR waarvan de relevante parameters bekend zijn in 2013-2014



Figuur 4

Het aantal mensen met HVZ dat in 2013-2014 voldeed aan de optimale streefwaarden



* streefwaarde Systolische bloeddruk: < 80 jaar SBD ≤ 140 ; ≥ 80 jaar SBD ≤ 160 (in mmHG).

ervan. Bij mensen met een verhoogd risico is de focus gelegd op mensen met een risicoschatting van 20% of meer (op ziekte of sterfte door HVZ in de komende 10 jaar). Voor de risicoschatting wordt de systematiek van de NHG-richtlijn CVRM gehanteerd.

Eind 2014 namen er 7.220 mensen met een hart- of vaatziekte en 6.580 mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van hart- of vaatziekten deel aan het zorgprogramma.

In 2014 heeft HZNK veel aandacht besteed aan de verdere uitrol van het CVRM-ketenzorgprogramma, gedurende 2014 zijn 28 huisartsen ingestroomd. Dit heeft ertoe geleid dat eind 2014 bijna alle bij HONK aangesloten praktijken deelnamen aan het CVRM ketenzorgprogramma.

In figuren 2 en 3 zijn de resultaten op procesindicatoren van geïnccludeerde patiënten weergegeven. Op de meerderheid van de parameters is sprake van verbetering, op een aantal is sprake van een lichte afname. Dit heeft te maken met de opstartfase waar een deel van de praktijken zich in bevond.

Naast het opstarten van het CVRM-sprekkuur in de praktijk is er richting de huisartsenpraktijk veel aandacht besteed aan het optimaliseren van de behandeling van bloeddruk en lipiden. Dit heeft er mede toe geleid dat de uitkomstparameters een positieve ontwikkeling laten zien. Het aantal mensen met een HVZ met een LDL cholesterol dat voldoet aan de streefwaarde is gestegen van 49% naar 57% (figuur 4). Deze stijging is toe te schrijven aan een stijging van het aantal patiënten met cholesterolverlagende medicatie

Diabetes

Het aantal geregistreerde patiënten in het zorgprogramma nam toe van 10.234 in 2013 naar 10.629 in 2014. In 2014 nam 100% van de bij HONK aangesloten praktijken deel aan het zorgprogramma.

Ook in het DM zorgprogramma is er intensief aandacht besteed aan het optimaliseren van de bloeddruk en aan cholesterolbehandeling. Dit heeft geresulteerd in een stijging van het aantal patiënten dat voldeed aan de optimale streefwaarden (figuur 5). Ook uit de landelijke benchmark van InEen² blijkt dat Noord-Kennemerland tot de betere regio's van Nederland behoort waar het gaat om uitkomstindicatoren. Het aantal patiënten waarbij het resultaat op HbA1c (maatstaf voor gemiddelde bloedsuiker) op streefwaarde is, is in 2014 licht gedaald ten opzichte van 2013. Mogelijke verklaring is een toename van het aantal complexe(re) diabetes patiënten, afkomstig uit de tweede lijn. Daarnaast kan de introductie van de nieuwe NHG Standaard Diabetes Mellitus eind 2013 een verklaring bieden. Een belangrijke wijziging in de nieuwe standaard is dat de streefwaarden van het HbA1c zijn veranderd. Het is niet meer zo dat bij alle mensen met diabetes een HbA1c kleiner dan 53 mmol/mol nagestreefd dient te worden. Factoren als de intensiteit van de diabetesbehandeling, de leeftijd van de patiënt en de diabetesduur dienen meegewogen te worden in de bepaling van de uiteindelijke streefwaarden. Hierbij geldt dat de streefwaarde voor ouderen over het algemeen hoger ligt.

In 2014 is verder veel aandacht besteed aan de ondersteuning van huisartsenpraktijken, pedicures en podotherapeuten bij de invoering van de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera 2014.

Twee resultaten van het gevoerde beleid worden in dit jaarbericht uitgelicht (zie kaders): het voorschrijven van medicatie volgens NHG-richtlijnen en de het specialistisch spreekuur in de eerste lijn.



Speerpunten voor diabetes en CVRM in 2015:

- Bevorderen dat complexe casuïstiek wordt doorgestuurd naar het Expertteam Diabetes/ CVRM, met daarbij extra aandacht voor nierproblematiek.
- Aandacht voor het tijdig en doelmatig voorschrijven van medicatie op het gebied van hypertensie, cholesterol en bloedglucose.
- Het onder de aandacht brengen van de nieuwe voedingsrichtlijnen voor diabetespatiënten van de NDF, onder andere door het organiseren van de NDF-scholing op eigen locatie.
- Aandacht voor groei van secundaire preventie CVRM in de eerste lijn.
- Zorgen dat de juiste patiëntgroep met verhoogd risico in het programma wordt opgenomen en toepassen van differentiatie in behandelbeleid binnen deze groep.

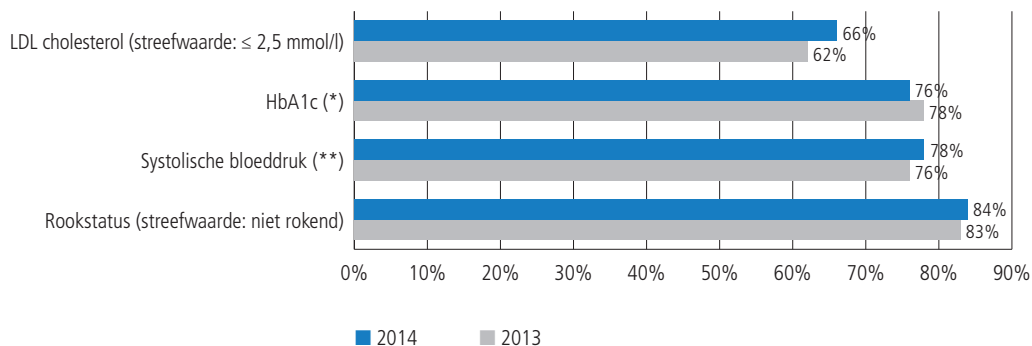
Voorschrijfgedrag medicatie

Uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2014 komt de regio Groot-Alkmaar (postcodegebied 18) als een na beste regio van Nederland naar voren op het gebied van het voorschrijven van medicatie conform NHG-richtlijnen bij CVRM en Diabetes. In de beoordeling worden diverse indicatoren met betrekking tot het voorschrijven van bloeddruk, lipiden en glucose verlagende medicatie meegenomen. Voor meer informatie: Monitor voorschrijfgedrag huisartsen 2014 te vinden op: www.medicijngebruik.nl

² Transparante ketenzorg Diabetes Mellitus, COPD en VRM rapportage zorggroepen over 2013

Figuur 5

Het aantal mensen met diabetes met meetwaarden op streefniveau in 2013-2014



* streefwaarde HbA1c is gebaseerd op de NHG Standaard Diabetes Mellitus herziening 3 die in oktober 2013 is uitgekomen.

** streefwaarde systolische bloeddruk: < 80 jaar SBD ≤ 140 ; ≥ 80 jaar SBD ≤ 160 (in mmHG)

Invoering eerstelijns specialistisch spreekuur

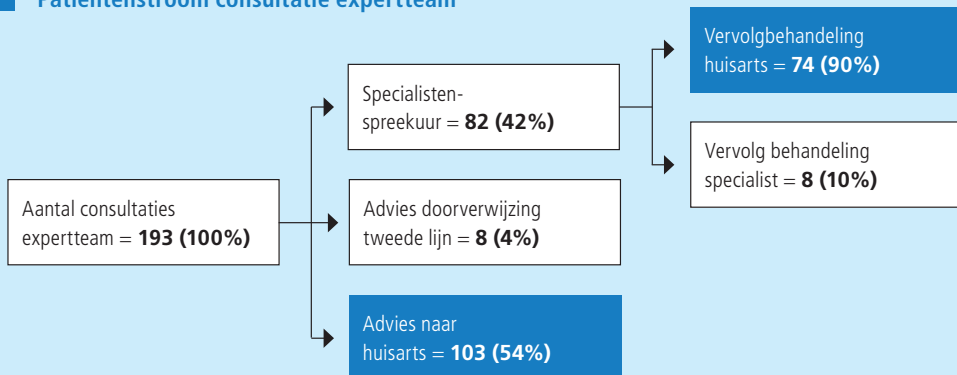
Ter ondersteuning van de huisartsenpraktijken heeft HZNK sinds enkele jaren een expertteam van kaderhuisartsen. Huisartsen en praktijkondersteuners kunnen het expertteam consulteren bij vragen over individuele patiënten en/of het inhoudelijk beleid in het algemeen. In 2014 zijn de consultatiemogelijkheden in de eerste lijn uitgebreid als gevolg van intensieve samenwerking met de internisten en nefrologen uit het MCA. Vanaf april 2014 houdt een drietal specialisten (twee internisten en één nefroloog) een aantal keer per maand een specialistisch spreekuur op de locatie van de Huisartsenpost Alkmaar.

In eerste instantie was het spreekuur gericht op diabetespatiënten, eind 2014 is dit spreekuur ook toegankelijk geworden voor patiënten in het CVRM-programma.

Sinds de opstart van het specialistisch spreekuur zijn er in 2014 193 consultatieaanvragen gedaan bij het expertteam van HZNK. Dit expertteam van kaderhuisartsen heeft 54% van de consultaties zelf afgehandeld. 82 patiënten zijn uitgenodigd voor een consult bij één van de specialisten. In slechts een beperkt aantal gevallen heeft de consultatie geleid tot een verwijzing naar de tweede lijn.

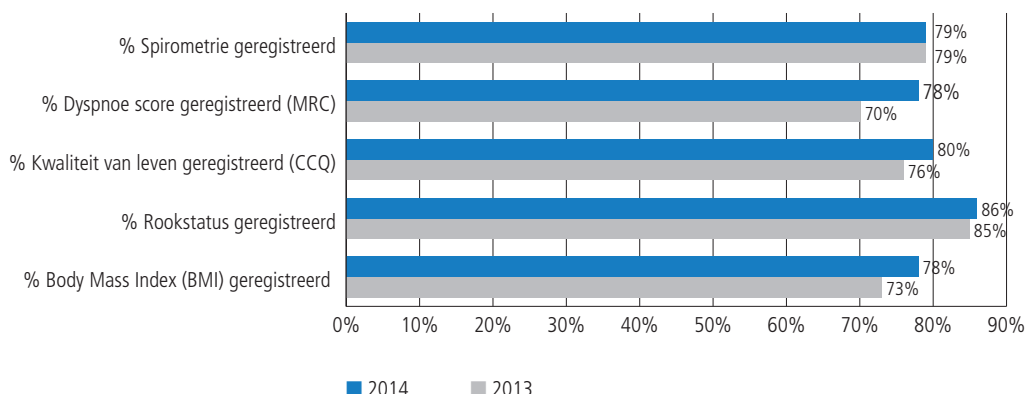
Figuur 6

Patiëntenstroom consultatie expertteam



Figuur 7

Het aantal mensen met COPD waarvan de relevante parameters bekend zijn



COPD

In 2014 namen 90 bij HONK aangesloten praktijken deel aan het COPD-zorgprogramma. Eind 2014 waren 2.359 patiënten opgenomen in de keten.

De resultaten op de procesindicatoren zijn verder gestegen ten opzichte van 2014 (figuur 7).

Richting de huisartsenpraktijk is aandacht besteed aan het behandelen conform de geldende richtlijnen. Dit heeft ertoe geleid dat er minder inhalatiecorticosteroiden als medicatie zijn voerschreven aan de patiënten met lichte en matige ziektelast (GOLD A en B). Daarnaast zien we een stijging in het aantal voorschriften van kortwerkende longmedicatie. In het kader op deze pagina is de transmurale samenwerking bij COPD nader uitgelicht.

Transmurale samenwerking COPD eerste en tweede lijn

In 2014 heeft HZNC samen met de longartsen uit het MCA de voorbereidingen getroffen voor een intensieve samenwerking bij de begeleiding van mensen met COPD die frequent in het ziekenhuis worden opgenomen vanwege een exacerbatie (longaanval). Vanaf begin 2015 zal een transmurale verpleegkundige COPD worden ingezet om deze specifieke groep patiënten te begeleiden. Het doel is het aantal heropnames als gevolg van exacerbaties te verminderen en zo de kwaliteit van leven van deze COPD-patiënten te verbeteren.

Astma

In 2013 is het eerstelijnszorgprogramma voor mensen met astma opgestart op basis van de Beleidsregel Innovatie van de Nederlandse Zorgautoriteit. Dit zorgprogramma richt zich specifiek op mensen van 17 jaar en ouder met persisterend astma. In 2014 is het zorgprogramma verder uitgerold, van 15 praktijken in 2013 naar 30 praktijken in 2014. Eind 2014 waren er 793 patiënten opgenomen in het programma.

De in 2013 aangesloten praktijken hebben in 2014 goede resultaten geboekt op de registratie parameters (figuur 8).

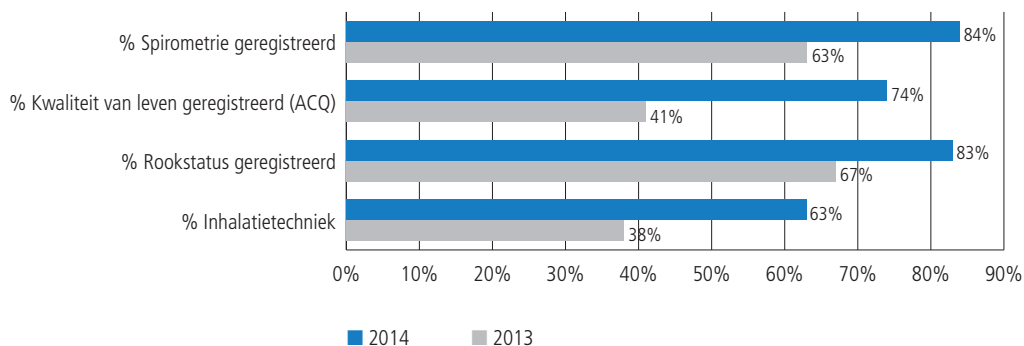
Het aantal patiënten waarbij de astma onder controle is, komt in 2014 uit op 58% (figuur 9).

Speerpunten voor COPD en Astma in 2015:

- Het actualiseren van het zorgprogramma, de behandel-flowcharts en de rapportage van spiegelinformatie op basis van de nieuwe NHG-standaarden COPD en Astma, die in het voorjaar van 2015 uitkomt.
- Integratie van de COPD- en Astma-zorgprogramma's tot een zorgprogramma Obstructieve longziekten.
- Opstart longverpleegkundige voor extra ondersteuning COPD patiënten met frequent ziekenhuisbezoek als gevolg van exacerbaties.
- Stimuleren doorverwijzing naar het programma om te stoppen met roken en het verder inbedden van het stoppen met roken programma op de praktijk.
- Astma zorgprogramma verder uitrollen door het aansluiten van nieuwe praktijken bij het zorgprogramma.

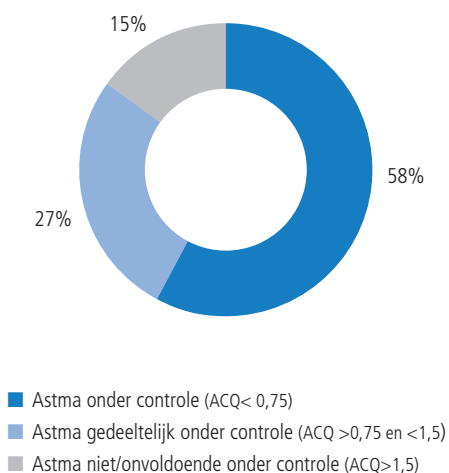
Figuur 8

Het aantal mensen met astma waarvan de relevante parameters bekend zijn



Figuur 9

Patiënten uitgesplitst naar mate waarin Astma onder controle is



Stoppen met Roken

In 2014 bood HZNK een leefstijlprogramma om te stoppen met roken aan. De trainingen in dit programma worden rechtstreeks aan de patiënt aangeboden en zijn aanvullend op de ketenzorgprogramma's. Het programma om te stoppen met roken is uitgebreid met een module Stoppen met Roken op de praktijk onder begeleiding van een stoppen-met-roken-coach. Tevens is de individuele stoppen-met-roken begeleiding open gesteld voor alle chronische patiënten, waar dit in eerste instantie gericht was op COPD-patiënten.

In 2014 was het aantal deelnemers aan het stoppen met roken programma lager dan in 2013 (tabel 4). In 2015 zullen de verschillende mogelijkheden binnen het programma extra onder de aandacht worden gebracht en wordt een toename in het aantal deelnemers verwacht. Verder hebben in 2014 relatief meer deelnemers gekozen voor individuele stoppen-met-roken begeleiding, waar in 2013 de meeste deelnemers deelnamen aan de groepstraining. De individuele begeleiding is een waardevolle aanvulling op het programma, omdat niet alle patiënten aan een groepstraining willen deelnemen. Het totale percentage gestopte deelnemers na het einde van de training was in 2014 iets lager dan in 2013. Een verklaring kan liggen in het lagere slagingspercentage bij individuele begeleiding vergeleken met de groepstraining (in combinatie met een groter aandeel individuele trajecten).

Tabel 4

Resultaten Stoppen met Roken programma HZNK

	2014	2013
Aantal deelnemers	77	115
% gestopt na einde training	61%	68%
% gestopt na 1 jaar	n.v.t.	45%

6 Innovatieve zorgontwikkeling en samenwerking

6.1 Ouderenzorg

Verschillende landelijke ontwikkelingen, zoals vergrijzing, extramuralisering en substitutie van tweede naar eerste lijn vergroten het gat tussen de vraag naar zorg en ondersteuning voor (kwetsbare) ouderen enerzijds en de beschikbaarheid van formele, specialistische en intramurale zorg anderzijds. Dit betekent dat er in toenemende mate een beroep wordt gedaan op de eerste lijn en de huisarts(enpraktijk) in het bijzonder. In dit kader bouwt HONK sinds enige jaren aan een ouderenzorgprogramma. Het doel van dit programma is ten eerste het behouden van een goede basisvoorziening in de zorg voor kwetsbare ouderen en ten tweede het creëren van de benodigde voorwaarden om het werk voor de zorgprofessionals werkbaar te houden en de beschikbare middelen zo goed mogelijk in te zetten.

In 2014 zijn bijna 800 patiënten in het programma gestroomd en eind 2014 waren 36 huisartsen aangesloten (eind 2013 waren dit 21 huisartsen). Aan deze praktijken waren in totaal 11 verpleegkundigen ouderenzorg (4,2 fte) gekoppeld. Uit evaluatiegesprekken blijken huisartsen meerwaarde te zien in de toevoeging van de verpleegkundige ouderenzorg aan hun praktijk en blijken patiënten de geleverde zorg en ondersteuning te waarderen.

Naast de huisartsenpraktijk wordt een breed pallet aan andere partijen betrokken bij het programma, zoals thuiszorgorganisaties, welzijnsorganisaties, vrijwilligersorganisaties, paramedici en organisaties voor gespecialiseerde zorg. Zorgverzekeraar VGZ en gemeenten zijn bij de ontwikkeling betrokken als financierende partijen. Op het niveau van de individuele patiënt leveren de betrokken zorgorganisaties zorg en op strategisch niveau zoeken de partijen gezamenlijk naar manieren om (de inrichting van) de zorg te verbeteren.

In 2015 zal het programma in meerdere huisartsenpraktijken worden uitgerold en worden de gesprekken over de toekomstige inrichting en financiering van het programma met de verschillende partijen voortgezet. Tevens wordt in 2015 een pilot uitgevoerd samen met thuiszorgorganisaties en Geriant (de partij die in de regio dementiezorg verzorgt) om de mogelijkheden te onderzoeken om samen de zorg voor kwetsbare ouderen vorm te geven.

6.2 Vicino NHN

Vicino NHN is een innovatief ketenzorgprogramma dat zich richt op de levering van geestelijke gezondheidszorg in de regio Noord-Holland Noord. De organisatie voorziet huisartsen van een praktijkondersteuner GGZ en heeft samenwerkingsafspraken met huisartsen en aanbieders van generalistische basis GGZ en specialistische GGZ.

In 2014 heeft Vicino NHN wederom een flinke ontwikkeling doorgemaakt, resulterend in aanzienlijke groei van het aantal patiënten, het aantal aangesloten huisartsen, en het aantal werkzame praktijkondersteuners GGZ (tabel 5)

Begin 2014 is het programma geëvalueerd, waarbij de initiatiefnemers tot positieve conclusies zijn gekomen. Uit de evaluatie komt naar voren dat Vicino heeft geleid tot een versterking van (de resultaten van) de eerste lijn en tot meer matched care en substitutie. Daarnaast lijkt het programma goed aan te sluiten bij de wensen van de patiënt. Vicino NHN heeft in 2014 goedkeuring van de Nederlandse Zorgautoriteit om als innovatief experiment in stand te worden gehouden tot eind 2015. In de tussenliggende periode worden samen met landelijke beleidsmakers de mogelijkheden voor een toekomstige financierings- en organisatie-model onderzocht.

Verder is in 2014 veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van het zorgprogramma GGZ voor Kind en Jeugd en de contacten met de inkopende partij voor jeugdzorg, de gemeenten. In 2015 zal de samenwerking met de gemeenten verder gestalte krijgen en wordt de samenwerking met de psychologen versterkt.



Tabel 5
Cijfers Vicino NHN

	2014	2013
Patiënten	13.000	8.000
Aangesloten huisartsen	220	130
Praktijkondersteuners GGZ	50	30

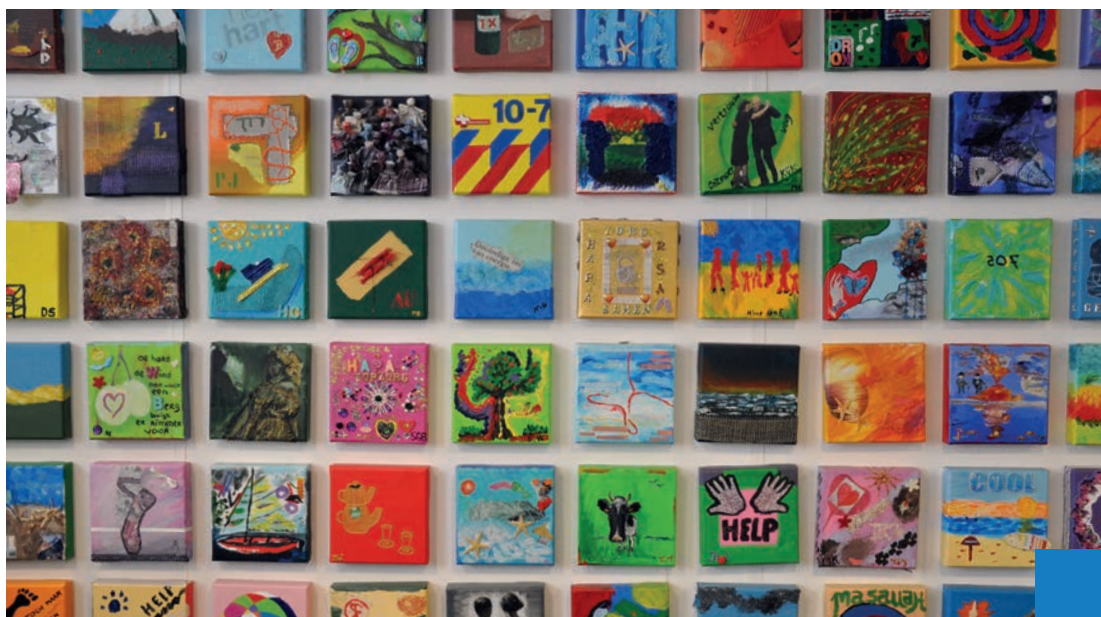
6.3 Samen Sterker in Zorg

In Alkmaar en omgeving werken huisartsen, medisch specialisten, het ziekenhuis en de GGZ samen met patiëntenorganisatie(s) en de zorgverzekeraar aan een duurzame inrichting van het zorglandschap onder de naam Samen Sterker in Zorg. Het samenwerkingsverband richt zich als proeftuin zowel op concrete pilots en projecten als op strategische vraagstukken.

De concrete pilots spelen zich meestal af op operationeel niveau, met (nog) niet al te grote impact op bestaande organisaties en belangen, maar met op termijn wel een wezenlijke impact op de te bieden zorg. Dit soort projecten wordt als regel vanuit de betrokken organisaties zelf aangestuurd. Concrete projecten die tot stand zijn gekomen in multidisciplinaire

werkgroepen zijn het specialistisch spreekuur door een internist van het MCA, de geplande inzet van een transmuraal verpleegkundige COPD voor de begeleiding van COPD-patiënten en de plannen voor een geboortecentrum met integrale geboortezorg in Alkmaar en omstreken.

Daarnaast wordt een gezamenlijke visie ontwikkeld op een duurzame inrichting van het regionale zorglandschap op langere termijn. Een duurzame inrichting kan betekenen dat er verschuivingen van zorg plaatsvinden en dat daarmee verschuivingen in budgetten en langetermijnafspraken gevraagd worden. Deze onderwerpen en de bijbehorende politieke en implementatievraagstukken worden in het samenwerkingsverband geadresseerd.



7 Jaarrekening 2014

Jaarrekening 2014

HAPA

	2014	2013
Opbrengsten huisartsenpost/ketenzorg	3.927.513	3.713.964
Overige bedrijfsopbrengsten	<u>60.922</u>	<u>98.341</u>
Som der bedrijfsopbrengsten	3.988.435	3.812.305
Uitbetaalde inzet huisartsen	1.385.501	1.326.522
Personeelskosten	1.609.529	1.341.925
Overige bedrijfskosten	<u>1.161.296</u>	<u>1.140.028</u>
Som der bedrijfslasten	<u>4.156.326</u>	<u>3.808.475</u>
Bedrijfsresultaat	-167.891	3.830
Financiële baten en lasten	<u>1.015</u>	<u>2.402</u>
Nettoresultaat	-166.876	6.232

Jaarrekening 2014

Ketenzorg*

	2014	2013
Opbrengsten huisartsenpost/ketenzorg	6.899.943	5.893.347
Overige bedrijfsopbrengsten	<u>3.750</u>	<u>4.673</u>
Som der bedrijfsopbrengsten	6.903.693	5.898.020
Uitbetaalde inzet huisartsen/ ketenzorg	5.148.245	4.264.232
Personeelskosten	990.488	717.609
Overige bedrijfskosten	<u>738.523</u>	<u>719.397</u>
Som der bedrijfslasten	<u>6.877.256</u>	<u>5.701.238</u>
Bedrijfsresultaat	26.437	196.782
Financiële baten en lasten	<u>649</u>	<u>4203</u>
Nettoresultaat	27.086	200.985

* Het betreft hier diabetes-, COPD-, astma- en CVRM-zorg

Jaarrekening 2014

Vicino

	2014	2013
Opbrengsten ketenzorg	6.034.929	2.507.547
Overige bedrijfsopbrengsten	<u>0</u>	<u>250.325</u>
Som der bedrijfsopbrengsten	6.034.929	2.757.872
Uitbetaalde inzet huisartsen/ketenzorg	2.982.423	902.315
Personeelskosten (incl. praktijkondersteuners)	2.487.708	1.578.548
Overige bedrijfskosten	<u>423.573</u>	<u>261.302</u>
Som der bedrijfslasten	<u>5.893.704</u>	<u>2.742.165</u>
Bedrijfsresultaat	141.225	15.707
Financiële baten en lasten	<u>-7.144</u>	<u>-11.158</u>
Nettoresultaat	134.081	4.549

Jaarrekening 2014

Ouderenzorg

	2014	2013
Opbrengsten ketenzorg	444.241	9.537
Overige bedrijfsopbrengsten	<u>44.310</u>	<u>509.852</u>
Som der bedrijfsopbrengsten	488.551	519.389
Uitbetaalde inzet huisartsen/ketenzorg	183.239	72.500
Personeelskosten (incl. praktijkondersteuners)	274.649	397.764
Overige bedrijfskosten	<u>48.270</u>	<u>31.328</u>
Som der bedrijfslasten	<u>506.158</u>	<u>501.592</u>
Bedrijfsresultaat	-17.607	17.797
Financiële baten en lasten	<u>-97</u>	<u>-81</u>
Nettoresultaat	-17.704	17.716



Bijlage 1

Bijlage 1

Overzicht scholingen en trainingen ketenzorg 2014

Naam scholing	Doelgroep	Aantal deelnemers
Benchmark bijeenkomst DM-COPD	Huisarts	108
	POH	78
	PA	8
Benchmark bijeenkomst CVRM	Huisarts	67
	POH	57
	PA	27
Benchmark bijeenkomst Astma	Huisarts	16
	POH	13
Boeiende casuïstiek over diabetes en CVRM en nierfunctiestoornissen	Huisarts	33
	POH	26
	PA	3
CVRM diploma	PA	9
CVRM deel 1	PA	19
CVRM deel 2	PA	24
Externe bijeenkomsten podotherapie	POH	40
Astma scholing	POH/HA	9
POH/MCA overleg (20 november)	POH	22
Caspir trainingen	HA	48
	POH	40
	PA	4
Informatiebijeenkomst beleid 2015	POH	67
	Huisarts	25
	Diëtist	20
	Pedicure	106
	Podotherapeut	8
	Fysiotherapeut	8



HONK Groep
Hertog Aalbrechtweg 5a, 1823 DL Alkmaar
T (072) 527 2700 **F** (072) 527 2701
I www.bvhznk.nl / www.hapa-alkmaar.nl