



EERSTELIJS
CENTRUM
TIEL

JAARVERSLAG 2015

ECT Jaarverslag 2015

Dit jaarverslag is een uitgave van

Eerstelijns Centrum Tiel
Dodewaardlaan 5-09
4006 EA Tiel
T: 0344-640953
@: secretariaat@ecttiel.nl
W: www.ecttiel.nl

1. Voorwoord ECT Jaarverslag 2015

Dit is het 9^e jaarverslag van de Stichting Eerstelijns Zorgcentrum (SMEZ), beter bekend als het ECT (Eerstelijns Centrum Tiel).

Het ECT is een samenwerkingsverband van 25 verschillende disciplines verdeeld over 38 organisaties waarbij de meesten gehuisvest zijn binnen onze 3 locaties. Inhoudelijke samenwerking wordt versterkt door nadere kennismaking op GEZ dagen waarbij inhoudelijke thema's aan bod komen.

De ketenzorgprogramma's zijn een belangrijk onderdeel van ons samenwerkingsverband. Zoals u verderop kunt lezen zijn de scores van de procesindicatoren ruim boven het landelijke gemiddelde en zijn wij er dit jaar ook in geslaagd om de stijgende lijn hierin vast te houden. We zijn dan ook trots op de diverse disciplines binnen ons samenwerkingsverband die dit mogelijk maken.

De ouderenzorg blijft een belangrijk punt van aandacht. De specialist ouderenzorg heeft intussen structureel een plaats gekregen in de keten en doet ook spreekuren in de diverse praktijken. Deze groep zal de komende jaren nog fors groeien en het wordt een uitdaging om deze zorg goed te organiseren. Met name versnippering van de zorg voor ouderen waarbij mensen vaak bij meerdere specialisten lopen en daarbij hulp krijgen van diverse disciplines uit 1^e en 0^e lijn vraagt in onze visie om een regiefunctie in de 1^e lijn. De huidige financiering waarbij de diverse instanties vanuit verschillende bronnen gefinancierd worden blijkt in de praktijk een obstakel te zijn. Samen met de zorgverzekeraars zal nagedacht moeten worden over nieuwe manieren van financieren.

Door huisartsen en apothekers wordt actief gekeken naar de farmaceutische zorg van ouderen en gescreend op polyfarmacie.

Na de stelselwijziging van de GGZ in 2014 heeft de huisarts een prominenter rol gekregen binnen de GGZ. De aangetrokken psychiater doet op consultatieve basis spreekuur in het ECT en voldoet duidelijk aan een behoefte. Punt van aandacht is de toenemende groep van chronisch psychiatrische patiënten die vanuit de 2e lijn wordt terugverwezen naar de 1e lijn. Deze substitutie van zorg doet in toenemende mate een beroep op de 1e lijn.

Het cliëntenberaad krijgt vorm en leidt in eerste instantie tot praktische verbeteringen: verplaatsing fietsrekken en verlaging stoepranden om de toegankelijkheid te verbeteren. Vrijwilligers van het Servicepunt Thuiswonen zijn begonnen met het bemannen van de receptiebalie in ECT Teisterbant II. Dit centrale aanspreekpunt voor de bezoekers wordt als erg gastvrij ervaren.

In 2015 zijn we gestart met de herijking van de missie en visie van het ECT. Dit ingegeven door het aanstaande vertrek van de voorzitter en de veranderingen in het zorglandschap. Wat goed genoeg was voor gisteren is niet altijd de beste oplossing voor morgen. Dit zal in 2016 zijn beslag moeten krijgen.

R.M.J. Edelbroek, bestuursvoorzitter ECT

Tiel, juli 2016

INHOUDSOPGAVE

1.	Voorwoord ECT Jaarverslag 2015	2
2.	Missie, Visie en Strategie	5
3.	Algemene gegevens	6
3.1	Samenwerkingsverband	6
3.2	Samenstelling patiëntenpopulatie	6
3.2.1	Aantallen patiënten (verzekerden).....	6
3.2.2	Aantallen patiënten per zorgprogramma	8
3.3	Substitutie monitor.....	9
3.4	Organisatieschets	10
3.5	Bestuur	11
3.6	Raad van Advies	11
3.7	Clëntenberaad.....	11
3.8	Overleg bestuur en management	11
3.9	Personeel in dienst van het ECT	11
3.10	Stratenmakers	11
3.11	Kaderartsen.....	12
4.	Kwaliteit in resultaten	13
4.1	Kwaliteitssysteem per discipline	15
4.2	Ketenzorg: Kritische Kwaliteits Kenmerken	16
4.3	Klachten, tips en complimenten	16
4.4	Patiënten participatie	17
4.5	Rapportages en spiegelinformatie Ketenzorg	18
4.5.1	Kwartaalrapportages huisartsenpraktijken en ABC-Methodiek	18
4.6	Procesindicatoren en speerpunten Diabetes ECT	19
4.7	Procesindicatoren en speerpunten COPD ECT	20
4.8	Procesindicatoren en speerpunten CVRM ECT	21
5.	Multidisciplinaire samenwerking	24
5.1	Samenwerkingspartners op de ECT locaties	24
5.2	Samenwerkingspartners buiten de ECT locaties.....	25
5.2.1	Zorgverleners	25
5.2.2	Niet-zorgverleners.....	26
5.3	Multidisciplinaire deskundigheidsbevordering	27
5.4	Zorg voor kwetsbare ouderen	28
5.4.1	Zorginhoud	28
5.4.2	Communicatie.....	28
5.4.3	Geen integrale bekostiging	28
5.4.4	Speerpunten Ouderenzorg 2015.....	29
5.5	GGZ in de eerste lijn.....	30
5.5.1	Nieuwe ontwikkelingen binnen ECT.....	30
5.5.2	POH-GGZ	30
5.5.3	Werkgroep GGZ Tiel/Buren.....	31
5.6	Astma	31
5.7	Chronische lage Rugpijn	31
5.8	Fit en Gezond	32
6.	Huisartsenzorg	33
6.1	Zorgaanbod huisartsen praktijken	33
6.2	Patiënten per huisartsenpraktijk.....	33
6.3	Huisvesting.....	34
6.4	Personele bezetting	34
6.5	Praktijkaccreditatie	35
6.6	Bereikbaarheid	35
6.6.1	Telefoon.....	35
6.6.2	Balie.....	35

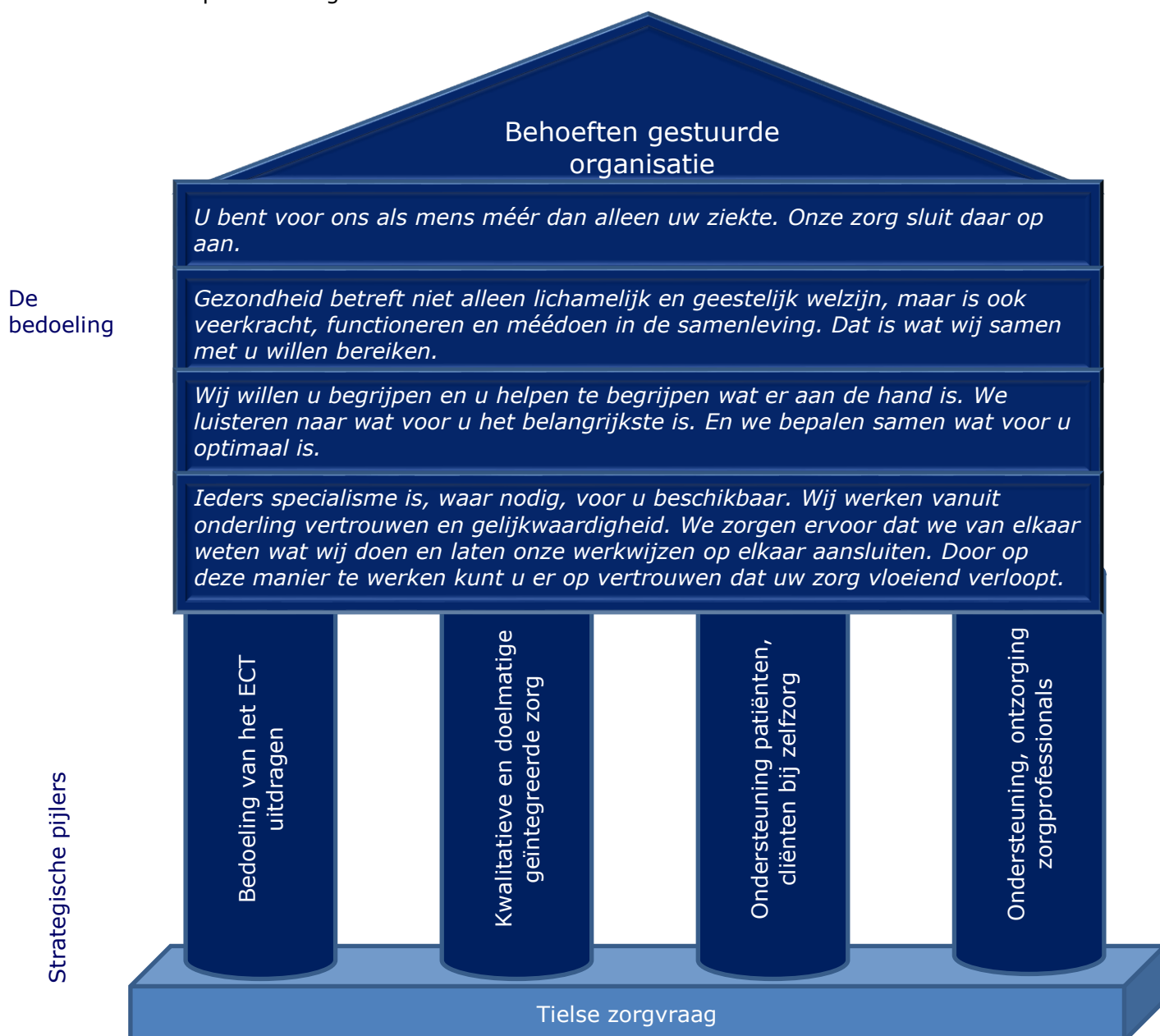
6.7	Samenwerking met andere disciplines in de huisartsen praktijk.....	35
6.7.1	Specialist Ouderen Geneeskunde	35
6.7.2	Psychiater	36
6.8	Informatieveiligheid:.....	36
6.9	Patiëntveiligheid (Veilig Incidenten Melden)	36
6.10	Gastvrijheid/bejegening/kwaliteit	37
6.11	Bevoegd- en bekwaamheidseisen:	37
7.	Innovatie projecten.....	38
7.1	Verbetering telefonische bereikbaarheid	38
7.2	Verbetering veiligheid	38
7.3	Verbetering gastvrijheid	38
7.4	Implementeren digitaal patientenportaal huisartsen.....	39
8.	Bijlagen	40
8.1	Bijlage Resultaten CVRM zorg 2015	40
8.2	Bijlage Resultaten Diabetes zorg 2015	42
8.3	Bijlage Resultaten COPD zorg 2015	43

2. Missie, Visie en Strategie

Het Eerstelijns Centrum Tiel is een samenwerkingsverband van 38 verschillende organisaties, actief in 15 verschillende disciplines. De organisaties zijn hoofdzakelijk gehuisvest in twee gebouwen: ECT Teisterbant en ECT Passewaaij. Daarnaast is een aantal disciplines zelfstandig gevestigd elders in de stad of in het aangrenzende dorp Ophemert.

De overkoepelende stichting is tevens zorggroep: patiënten ervaren geïntegreerde zorg bij chronische aandoeningen. Deze is door het ECT gecontracteerd bij zorgverzekeraars. Vanuit de zorggroep worden ook nieuwe vormen van multidisciplinaire zorg geïnitieerd, ontwikkeld en geïmplementeerd.

In 2015 heeft het ECT haar missie en visie opnieuw verwoord. Dit is vertaald in "de bedoeling van het ECT: optimale zorg".



3. Algemene gegevens

3.1 Samenwerkingsverband

Handelsnaam	Eerstelijns Centrum Tiel
Formele naam	Stichting Multidisciplinair Eerstelijns Zorgcentrum (SMEZ)
Ingangsdatum Samenwerkingsovereenkomst met Menzis	oktober 2008
Ingangsdatum GEZ overeenkomst Menzis	oktober 2008
Rechtsvorm	Stichting

3.2 Samenstelling patiëntenpopulatie

3.2.1 Aantallen patiënten (verzekerden)

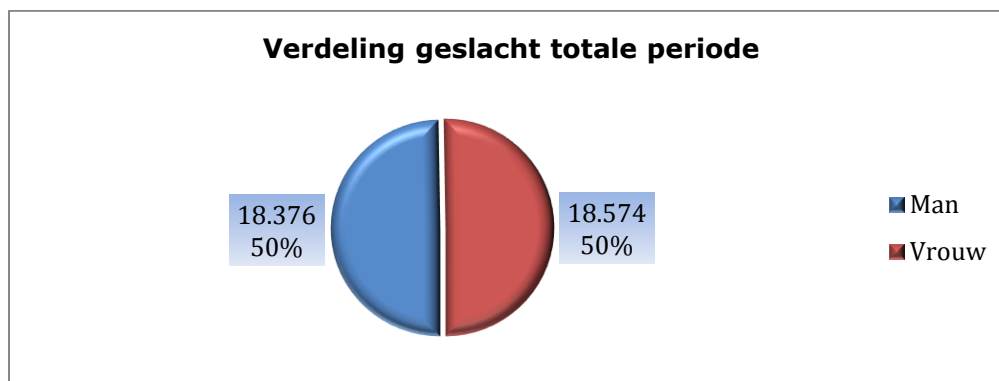
Het is niet mogelijk om de grootte van de populatie waaraan zorg wordt verleend exact te definiëren voor alle 38 organisaties. Deze verschilt per organisatie. De Tielse apotheken bedienen alle inwoners van Tiel en de omliggende dorpen. Het grootste deel is ingeschreven bij de ECT huisartsen, een deel bij de overige Tielse huisartsen. Een deel is passant.

Patiënten	HMT	Mediq
	36.950	Ca 50.000

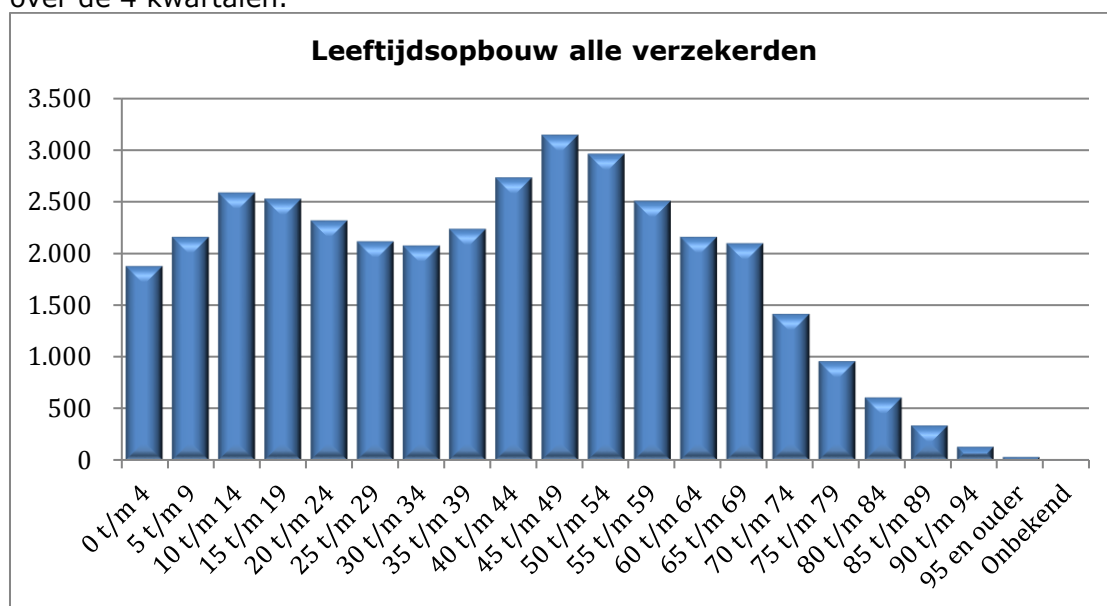
Door de inschrijving op naam is vanuit de huisartsendiscipline aan te geven hoe groot de populatie is en hoe deze is opgebouwd. De huisartsen werken sinds 1 januari 2015 als één volwaardige maatschap: Huisartsen Maatschap Tiel (HMT).

Het inwoners aantal van Tiel bedraagt eind 2015 rond de 41.650 inclusief de bij de gemeente behorende dorpen Wadenijen, Zennewijnen en Kapel-Avezaath. Bij de huisartsen zijn ook patiënten uit Ophemert, Kerk-Avezaath, Zoelen en Echteld ingeschreven.

In totaal zijn 36.950 mensen ingeschreven bij de huisartsen van het ECT.



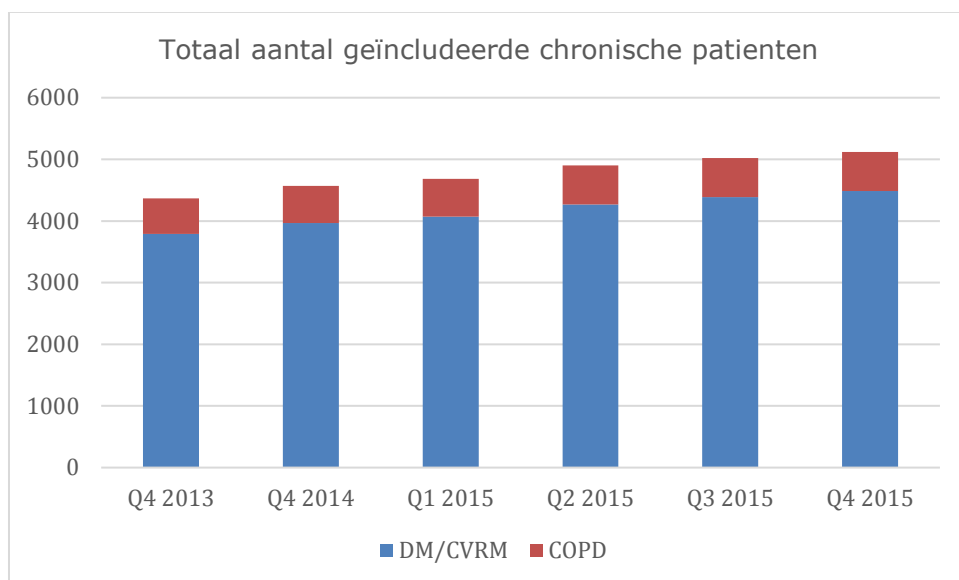
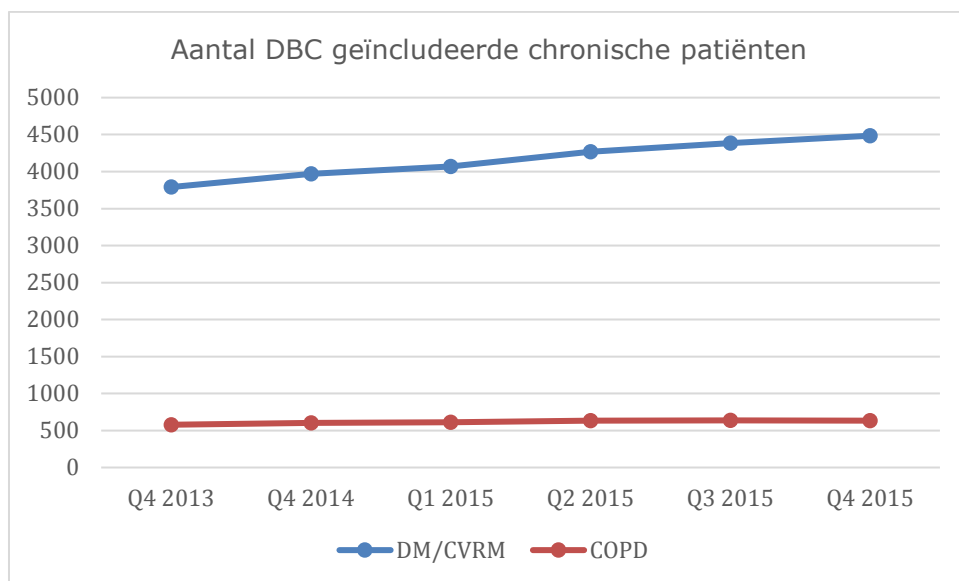
Het onderstaande diagram en de bijbehorende tabel tonen de leeftijdsopbouw, gemiddeld over de 4 kwartalen.



Leeftijdscategorie	totaal aantal verzekerden	
0 t/m 4	1.874	5,07%
5 t/m 9	2.156	5,83%
10 t/m 14	2.585	7,00%
15 t/m 19	2.527	6,84%
20 t/m 24	2.316	6,27%
25 t/m 29	2.115	5,72%
30 t/m 34	2.074	5,61%
35 t/m 39	2.236	6,05%
40 t/m 44	2.732	7,39%
45 t/m 49	3.143	8,51%
50 t/m 54	2.961	8,01%
55 t/m 59	2.503	6,77%
60 t/m 64	2.156	5,83%
65 t/m 69	2.095	5,67%
70 t/m 74	1.413	3,82%
75 t/m 79	956	2,59%
80 t/m 84	608	1,65%
85 t/m 89	337	0,91%
90 t/m 94	133	0,36%
95 en ouder	32	0,09%
Totaal	36.952	100,00%

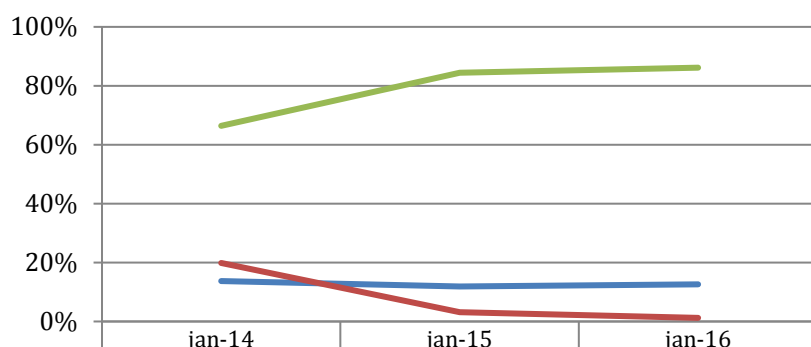
Totaal Menzis verzekerden	
811	4,89%
923	5,56%
1.043	6,28%
1.004	6,05%
905	5,45%
823	4,96%
918	5,53%
1.053	6,34%
1.222	7,36%
1.283	7,73%
1.265	7,62%
1.133	6,83%
1.023	6,16%
1.066	6,42%
802	4,83%
606	3,65%
379	2,28%
232	1,40%
85	0,51%
21	0,13%
16.597	100,00%

3.2.2 Aantallen patiënten per zorgprogramma



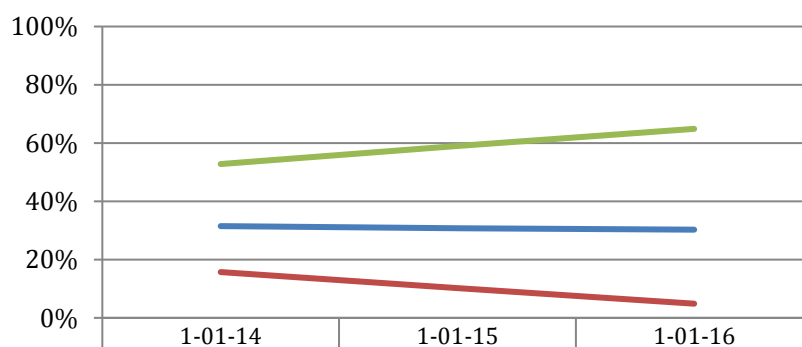
3.3 Substitutie monitor

Hoofdbehandelaar Diabetes ECT



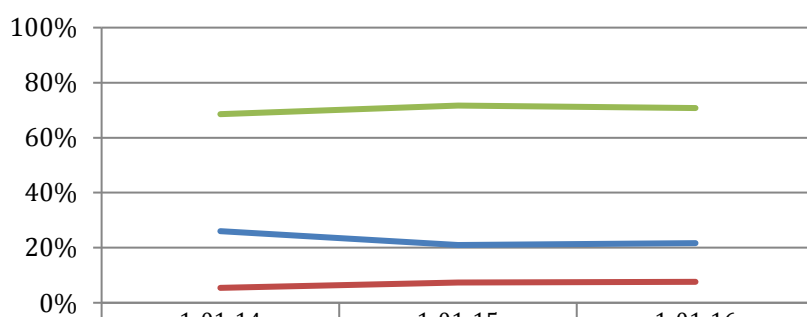
	jan-14	jan-15	jan-16
hoofdbehandelaar specialist	14%	12%	13%
hoofdbehandelaar onbekend	20%	3%	1%
hoofdbehandelaar huisarts	66%	84%	86%

Hoofdbehandelaar HVZ ECT



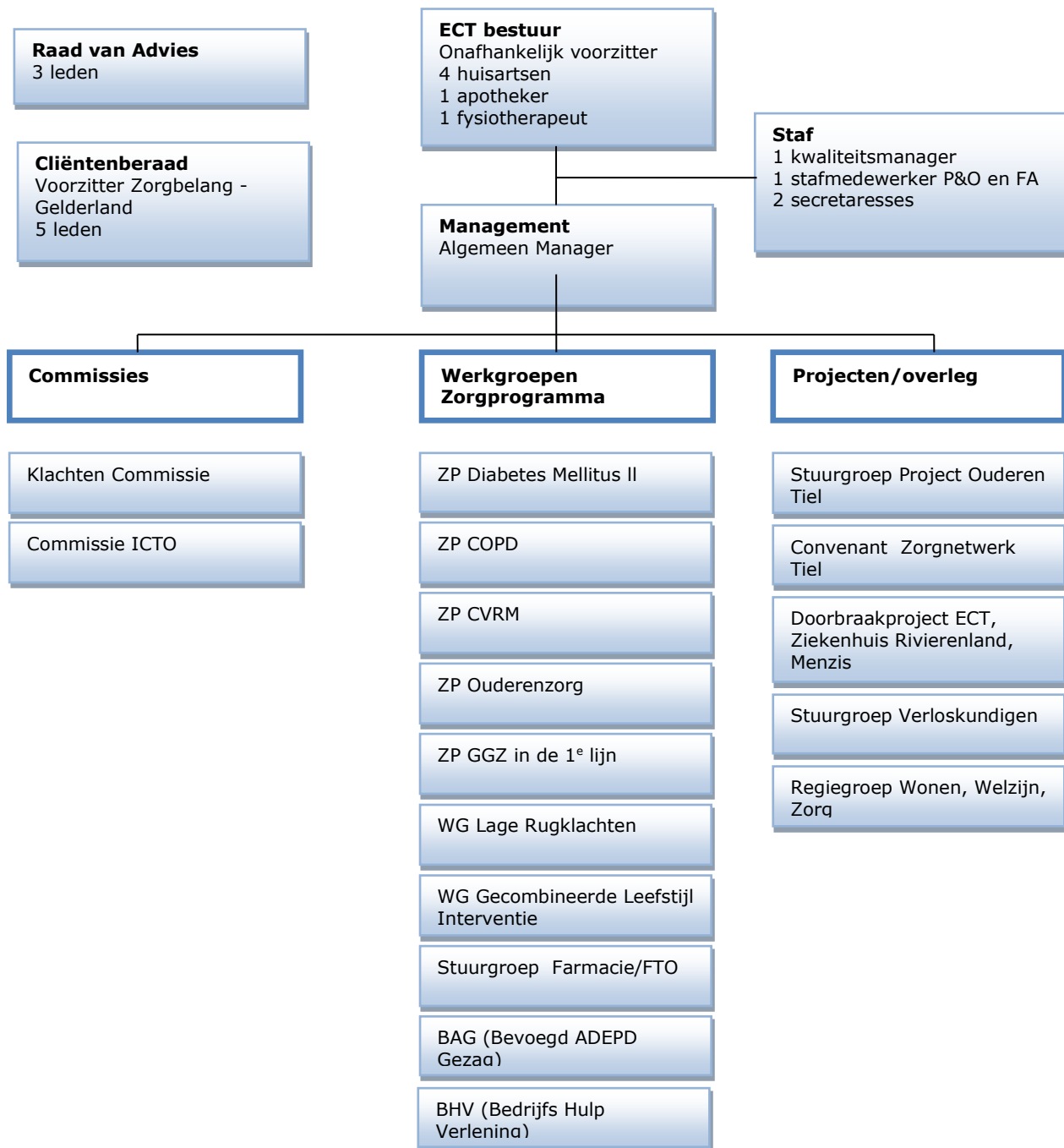
	1-01-14	1-01-15	1-01-16
hoofdbehandelaar specialist	31%	31%	30%
hoofdbehandelaar onbekend	16%	10%	5%
hoofdbehandelaar huisarts	53%	59%	65%

Hoofdbehandelaar COPD ECT



	1-01-14	1-01-15	1-01-16
hoofdbehandelaar specialist	26%	21%	22%
hoofdbehandelaar onbekend	5%	7%	8%
hoofdbehandelaar huisarts	69%	72%	71%

3.4 Organisatieschets



Alle commissies, werkgroepen en project- en stuurgroepen zijn multidisciplinair samengesteld. Het merendeel van de werkgroepen wordt voorgezeten door een "Stratenmaker"

3.5 Bestuur

Het bestuur is multidisciplinair samengesteld en kent de volgende leden:

- Drs. J.F. Sündermann, voorzitter
- Drs. E.G. Bakker, penningmeester, apotheker
- Mw. Drs. B.C.M. Tanck-Boersbroek, secretaris, huisarts
- Drs. R.M.J. Edelbroek, huisarts
- Mw. Drs. A.T.D. Reesink-de Vries, huisarts
- Mw. Drs. E.P. Slagmeulen, huisarts
- Dhr. G. Verbeek, fysiotherapeut

3.6 Raad van Advies

In 2014 is de Raad van Advies geïntroduceerd. De Raad van Advies bestaat uit 3 onafhankelijke, externe, leden:

- Mevrouw Dr. Ir. H.W. Vaandrager, hoofddocent leerstoelgroep gezondheid en maatschappij Wageningen Universiteit
- De heer Mr. B.R.D. Aitton, Notaris te Tiel
- De heer Dr. M.A. Bruijnzeels, Directeur Jan van Es Instituut

3.7 Cliëntenberaad

Het Eerstelijns Centrum Tiel (ECT) heeft een eigen cliëntenberaad. Zij behartigen onafhankelijk de belangen van u als cliënt van het ECT. Het cliëntenberaad bestaat uit vijf personen die allen wonen in Tiel en zelf ook cliënt zijn van het centrum. Zorgbelang Gelderland levert een onafhankelijke voorzitter.

Het cliëntenberaad adviseert over algemene onderwerpen zoals toegankelijkheid en inrichting van het gebouw, de (telefonische) bereikbaarheid, patiënttevredenheid en klachten, communicatie en gastvrijheid.

3.8 Overleg bestuur en management

- Drs. J.F. Sündermann, voorzitter
- Dhr. M.R. Leeftang, algemeen manager
- Mw. S.A.M. van den Bergh, kwaliteitsmanager

3.9 Personeel in dienst van het ECT

Het ECT had in 2014 5 medewerkers in dienst:

• Algemeen manager	0,95 FTE
• Stafmedewerker kwaliteit	0,61 FTE
• Stafmedewerker P&O en FA	0,21 FTE
• <u>2 Secretaresses</u>	<u>1,05 FTE</u>
• Totaal	2,82 FTE

3.10 Stratenmakers

De ontwikkeling van de zorgprogramma's, ook wel "zorgstraten" genoemd, is in handen van professionals. Deze worden intern "(zorg-)Stratenmakers" genoemd.

De Stratenmakers zijn inhoudelijk verantwoordelijk voor het up to date houden van de betreffende zorgprogramma's, het voorzitten van de werkgroep en het organiseren van eventuele scholingen. Hiervoor ontvangen zij vacatiegelden.

Het ECT kent de volgende stratenmakers:

Zorginhoudelijk aandachtsgebied	Stratenmaker
Diabetes Mellitus Type II	Drs. M.J.H. Huls, huisarts, kaderarts DM
Cardio Vasculair Risico Management	Drs. A. Schreuders, huisarts
COPD	Drs. G.J.W. Elzinga, huisarts
Ouderenzorg	Drs. E.H.M. Sassen, huisarts
GGZ in de 1 ^e lijn	Mw. Drs. I.E.M. Houtman, huisarts, kaderarts GGZ
Lage Rugklachten	Hr. F. Maier, fysiotherapeut
Gecombineerde Leefstijl Interventie	Mw. I. van 't Klooster
De Zwangere Centraal	Mw. M. Tomatala

3.11 Kaderartsen

Het ECT hecht veel belang aan de ondersteuning van de zorgprofessionals door kaderartsen.

Voor het zorgprogramma DM II is dit hr. M. Huls, ECT huisarts, tevens kaderarts.

Voor GGZ in de eerste lijn is dit mw. I. Houtman, ECT huisarts, aanvankelijk in opleiding tot kaderarts. Begin 2015 heeft zij deze opleiding met succes afgerond.

Voor het zorgprogramma COPD maakte het ECT gebruik van een kaderarts uit Den Bosch.

Voor CVRM is in 2013 tijdelijk gebruik gemaakt van een kaderarts van buiten de eigen regio. Sinds 2014 is Mw. Merkestein-van der Burg, huisarts in Ochten, de kaderarts CVRM. Deze kaderarts neemt deel aan het overleg met de werkgroep CVRM.

De kaderhuisartsen zijn werkzaam binnen de regio Rivierenland voor zowel de zorggroep ECT als de zorggroep BV Chronische Zorg Rivierenland. Zo zorgen wij dat er in de regio Rivierenland zoveel mogelijk gelijk gewerkt wordt.

4. Kwaliteit in resultaten

Het kwaliteitsbeleid van het ECT richt zich op:

1. Elke discipline werkzaam binnen de ECT organisatie (op verschillende locaties);
2. De ketenzorgprogramma's die ontwikkeld zijn en worden binnen de ECT organisatie;
3. Daarnaast stelt het ECT ook eisen t.a.v. kwaliteit als het gaat om samenwerkingsrelaties met andere partijen binnen haar netwerk.

Basiszorg: Elke discipline in het ECT werkt aan kwaliteit. Basisonderdelen daarvan zijn de Plan-Do-Check-Act-Cyclus (PDCA), een continu proces van verbeteren door te meten, verbeterpunten te formuleren, uit te voeren, te evalueren en te borgen. Elke discipline werkt volgens de geldende normen van de eigen beroepsgroep (gecertificeerd/ geaccrediteerd/ kwaliteitsregister, al dan niet met interne/externe audits).

Ketenzorg: Bij de ketenzorg maken we onderscheid tussen al langer lopende ketens en ketens in ontwikkeling. Ketens in ontwikkeling (Bijv. Ouderenzorg en GGZ) zijn in eerste instantie een projectstructuur, daarbij is meer ondersteuning nodig op het gebied van kwaliteitsmanagement.

Langer lopende ketens (CVRM/DM en COPD) hebben een vaste structuur. De organisatie en regie liggen bij de regionale commissie zorginhoud. Deze commissie is verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid binnen het zorgprogramma.

In het ECT heeft het kwaliteitsbeleid de laatste jaren steeds meer vorm gekregen. De belangrijkste onderdelen zijn aanwezig. Er is ook ruimte voor verbetering en het uitbouwen van het kwaliteitsbeleid.

Basisonderdelen van het kwaliteitsbeleid zijn:

1. Kwaliteitssysteem:
 - o Protocollen, zorgprogramma's, werkafspraken en jaarverslagen
 - o Intranet en interne communicatie
 - o Klachten, incidenten en calamiteiten
 - o Begeleiding/uitvoering interne en externe audits
 - o Systeemevaluatie van de organisatie
 - o Scholing en deskundigheid
2. Management informatie:
 - o Systemen voor databeheer en uitwisseling (bijv. HIS, KIS, Calculus/Proigia)
 - o (Kwartaal)Rapportages, spiegelinformatie (indicatoren ontwikkeling), ABC-methodiek
 - o Verantwoording en benchmarks o.a.:
 - Landelijke Benchmark Ketenzorg
 - Spiegelrapportages Menzis
 - Kritische Kwaliteits Kenmerken Ineen
3. Patiëntenparticipatie:
 - o Cliëntenberaad (Zorgbelang)
 - o Waar nodig Panelgesprekken/focusgroep interviews voor bepaalde doelgroepen (zorgketens)
 - o Patiënt tevredenheid onderzoek

Activiteiten ter verbetering kwaliteit 2015

1. Cliëntenberaad gestart
2. Kwaliteit bij alle disciplines:
 - Incidenten melden (in de keten) implementeren
 - Jaarverslag en verbeterplannen opgehaald
 - Interne en externe audits HMT
3. Start Project Persoonsgerichte zorg (met onderdelen E-health, zelfmanagement, wijkscans etc.)
4. Werken met VIP Calculus/Proigia binnen de huisartsenorganisatie
5. Ondersteuning bij ontwikkeling en implementatie 'nieuwe' zorgprogramma: astma, ouderenzorg en GGZ.
6. Uitkomsten incidenten melden in de keten en vervolgacties, bijv.:
 - meer aandacht voor overdrachtsmomenten in de keten
 - overleg met ketenpartners buiten het ECT bijv. komen tot samenwerkingsafspraken met verpleeg-verzorgingshuizen.
7. Breed cliënt ervaringsonderzoek i.s.m. Amicura
 - zie hoofdstuk 4.4.

Een aantal voorgenomen acties is niet uitgevoerd:

1. Ontwikkelen spiegelinformatie ketenpartners: welke indicatoren in CVRM/DM en COPD keten?
 - a. Er is geïnventariseerd wat er landelijk beschikbaar is via Ineen en andere zorggroepen. Daaruit bleek dat er nog geen indicatorensets beschikbaar zijn. Dit punt is vervolgens ingebracht bij de landelijke netwerkbijeenkomst kwaliteit van InEen. Daar zijn de brancheverenigingen van ketenpartners over dit thema in gesprek gegaan. De conclusie daaruit was dat er zeker behoefte is aan de ontwikkeling van indicatoren binnen de keten en dat dit door de betreffende brancheverenigingen/beroepsgroepen opgepakt zou moeten worden.
 - b. Binnen het ECT is met de diëtisten bekeken wat de mogelijkheden zijn als het gaat om data verzamelen uit bestaande systemen. Helaas levert dat nog te weinig op. Er is besloten om hierin de landelijke ontwikkelingen te volgen en niet zelf het wiel uit te gaan vinden. Bij nieuwe projecten binnen de ketens is het wel een belangrijk aandachtspunt om, waar mogelijk, spiegelinformatie van de ketenpartners mee te nemen.
2. Ontwikkeling zorgprogramma oncologie, vanuit andere discipline dan HA, aanhaken bij ontslagtraject project STMR/ziekenhuis?
 - a. Dit project is verschoven naar de tweede helft van 2016
3. Externe visitatie van COPD keten
 - a. Hiervoor is door de zorgverzekeraars geen behoefte getoond noch geld ter beschikking gesteld.
4. Organisatie multidisciplinaire casuïstiek besprekingen in de keten (o.b.v. spiegelinformatie, incidenten en patiënt ervaringen).
 - a. In de praktijk blijkt dit incidenteel plaats te vinden op initiatief van zorgprofessionals. Er blijkt geen behoefte te zijn om dit centraal op te pakken en te organiseren.
 - b. In de regionale commissies zorginhoud worden wel de ketenincidenten of de door de zorgverleners ingebrachte casuïstiek geagendeerd.
5. Transmuraal formularium ontwikkelen.
 - a. In de regionale commissie zorginhoud COPD is het ontwikkelen van een transmuraal formularium opgepakt en dit wordt gerealiseerd in de tweede helft van 2016.

4.1 Kwaliteitssysteem per discipline

Iedere discipline in het ECT verplicht zichzelf om te voldoen aan de geldende kwaliteitseisen van de eigen beroepsgroep. De onderstaande kwaliteitstoets instrumenten worden gebruikt:

Discipline	Certificering / audits
Tielse Apotheken BV	HKZ
Diëtistenpraktijk Becks-Havers	kwaliteitsregister paramedici
Fysiotherapie Bleekveld	HKZ / CKR register
Fysiotherapie Passewaaij	HKZ / CKR register
Hand- en fysiotherapie R. Zandee	Kwaliteitsregister paramedici / CKR register / CHT-NL
Huisartsen praktijken	NHG Praktijk Accreditatie
Indigo / Pro Persona	HKZ
Logopedie en dyslexiepraktijk Tiel (Muller)	kwaliteitsregister paramedici
Logopediepraktijk Tiel (Bos)	kwaliteitsregister paramedici
Oefentherapie Cesar Tiel (Pals)	kwaliteitsregister paramedici
Oefentherapie Cesar Tiel (Leenders)	kwaliteitsregister paramedici
OMS Vermeulen / Lentjes	SEMH erkenning
Pedagogische Praktijk Tiel	NVO register
Podotherapie Tiel	kwaliteitsregister paramedici
Praktijk voor psychosomatische Mensendieck	kwaliteitsregister paramedici
Praktijk voor psychosociale zorg	NVPA registratie
Psychologenpraktijk Van Dongen	NIP registratie
Psychologiepraktijk van Eldik	NVPA registratie
Psychologenpraktijk C.J. van Proosdij	NIP registratie
STMR	Inspectiebezoek 2014, interne audits
Verloskundig Centrum Tiel	kwaliteitsregister KNOV
Verloskundigenpraktijk Tiel	kwaliteitsregister KNOV

4.2 Ketenzorg: Kritische Kwaliteits Kenmerken

Vanuit de landelijke brancheorganisatie InEen zijn door het veld de Kritische Kwaliteitskenmerken (KKK's) als kernset voor het kwaliteitsbeleid van zorggroepen gehanteerd.

Het ECT heeft in 2014 en 2015 deelgenomen aan de zelfevaluatie over deze KKK's en de feedbackrapportage besproken. Op deze wijze is helder in beeld gebracht op welke onderdelen van de KKK's we in het ECT nog verbeteringen kunnen doorvoeren.

De KKK's zijn verdeeld in de volgende thema's: optimale zorg en uitkomsten, samenwerking, patiënten participatie, continuïteit en overdracht, bestuur en organisatie en informatiesystemen.

Het ECT heeft de volgende onderdelen in 2015 ontwikkeld:

Samenwerking:

- Nagenoeg met alle belangrijke ketenpartners zijn samenwerkingsafspraken met kwaliteitseisen (Sla's) gemaakt.

Patiënten participatie

- In 2015 is gestart met de voorbereidingen voor 5 min POH, een (internet gebaseerde) educatie op het gebied van Diabetes. Welke in 2016 verder geïmplementeerd zal worden en bij goede resultaten ook toegepast kan worden bij de COPD en CVRM patiënten.
- Er is gewerkt aan beleid op het gebied van zelfmanagement van patiënten binnen de kaders van Optimale Zorg.

Bestuur en organisatie

- Er is een procedure ontwikkeld om incidenten binnen de ketenzorg op te halen en te gebruiken om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De zorggroep ondersteunt desgewenst zorgverleners bij het melden van calamiteiten.

4.3 Klachten, tips en complimenten

Aantallen en soorten klachten

In 2015 zijn in totaal 12 klachten ingediend.

Klacht naar organisatie:

- Alle klachten die bij het ECT zijn ingediend betreffen de huisartsenzorg.
- 1 klacht betrof de zorg op de huisartsenpost en is ook aan hen doorgegeven:

De aard van de klachten:

- 9 klachten gaan over communicatie en bejegening;
- 1 over medisch handelen;
- 2 over de organisatie van de praktijk.

11 klachten zijn naar tevredenheid van de klager afgesloten. In 2015 was er 1 klager die niet heeft gereageerd op meerdere pogingen tot contact. Deze klacht is wel gesloten, maar onbekend is of de klager tevreden is.

Conclusies en aanbevelingen

- De wet verplicht elke zorgaanbieder om patiënten en cliënten op de hoogte te stellen van deze regeling. We doen dit momenteel via de website, bij de huisartsenbalies indien hierom gevraagd wordt, via de formulieren ("klachten, tips en complimenten") in de wachtkamers
- Omdat veel klachten vallen in de categorie (communicatie)bejegening is het verbeterpotentieel groot. Hier kunnen we in blijven verbeteren door scholing, aandacht voor klantvriendelijkheid en servicegerichtheid.

- Bij onvrede over het gekozen beleid of de wijze waarop een patiënt te woord wordt gestaan, is de ervaring dat een goed gesprek tussen beide partijen voldoende opheldering biedt en de lucht weer klaart.
- De klachtenprocedure is nog steeds actueel.
- Naast de klachten komen er ook verbeteruggesties binnen (formulieren wachtkamers). Dit heeft ook al verbeteracties opgeleverd. Deze verbeteruggesties worden nog niet op dezelfde wijze afgehandeld en geregistreerd als de klachten. Het doel is om dit vanaf 2016 wel zo te doen. Dat betekent dat ook de indieners van een verbeteruggestie of compliment een reactie van het ECT krijgen. Dit gebeurt ook door de klachtenfunctionaris.

4.4 Patiënten participatie

Cliëntenberaad

In 2015 is het Cliëntenberaad van het ECT gestart. Het beraad bestaat uit 5 cliënten en wordt voorgezeten door Zorgbelang Gelderland. Het Cliëntenberaad is 4 keer bijeen geweest, waarvan drie keer gezamenlijk met een afvaardiging van het ECT. De algemeen manager en de kwaliteitsmanager zijn bij alle overleggen aanwezig geweest. Bij de laatste vergadering is ook een bestuurslid aanwezig geweest.

De thema's die zijn besproken zijn:

- Doel en kaders van het Cliëntenberaad
- Communicatie van het ECT met name de website
- Toegankelijkheid
- Klanttevredenheidsonderzoek

Het ECT bestuur wordt op de hoogte gehouden van de uitkomsten van het Cliëntenberaad, en eventuele verbeterpunten worden op de juiste plaatsen binnen de organisatie verder besproken.

Voorlichtingsavonden voor patiënten

In 2015 is voor het eerst een voorlichtingsavond voor COPD patiënten georganiseerd. Ca 80 COPD patiënten bezochten de voorlichtingsavond. Dit leverde veel geanimeerde gesprekken op tussen bezoekers en zorgverleners én tussen bezoekers onderling. De aanwezige disciplines die voorlichting gaven die avond: huisarts, praktijkondersteuner, apotheek, fysiotherapeut, diëtist, logopedist, Stoppen met Roken.

COPD vriendelijke snacks werden geserveerd in de wachtruimte van de fysiotherapeuten.

Klanttevredenheidsonderzoek

Het ECT wil op integrale en uniforme wijze (continu) klantervaringen meten. Voor alle disciplines moet het mogelijk zijn hieraan deel te nemen. De vragen moeten zinvol zijn en relevante feedback opleveren, waaruit concrete verbeteracties komen voor de zorgverleners, de organisatie of het ECT. Daarnaast moet het onderzoek voldoen aan alle gestelde eisen en wensen van de zorgverleners, het ECT, de ZV en de certificerende partijen.

In 2015 is samen met onze huidige leverancier Amicura een pilot gedaan met een klanttevredenheidsonderzoek via een tablet in de wachtkamers. Dit leverde de volgende resultaten op:

Totaal aantal afgeronde vragenlijsten		520
Onderwerp	Gemiddeld rapportcijfer	Aantal antwoorden
Omgang met u	8,6	319
Privacy	8,5	42
Informatievoorziening	7,8	51
Resultaat van de behandeling	8,0	79

De ervaringen met deze pilot en het feit dat Amicura niet in staat blijkt om voor het merendeel van de disciplines een geïntegreerd ervaringsonderzoek te kunnen uitvoeren, heeft geleid tot het besluit om in 2015 een partij te selecteren die dit wel kan. In 2015 is de afspraak gemaakt dat Qualizorg het cliënt ervaringsonderzoek centrum breed gaat verzorgen. Dit start in 2016.

4.5 Rapportages en spiegelinformatie Ketenzorg

Continue verbetering van kwaliteit bereiken wij door de zorgverleners elk kwartaal te informeren over hun prestaties. Het behaalde kwaliteitsniveau versus de door ons zelf gestelde doelstellingen "speerpunten".

De spiegelinformatie geeft feedback aan de huisartspraktijken en het management van de zorggroep. Op basis hiervan wordt actie ondernomen indien hier aanleiding voor is teneinde de organisatie en kwaliteit van zorg te verbeteren.

In 2015 heeft het ECT samen met Proigia/Vip Calculus de managementrapportage tool verder ontwikkeld. De standaard rapportages voor Menzis en de landelijke benchmark zijn een vast onderdeel binnen deze Proigia tool. De complete dataset zoals gehanteerd door de branchevereniging InEen op rapportage-datum 01-01-2016 is te vinden in bijlage 8.1, 8.2 en 8.3.

4.5.1 Kwartaalrapportages huisartsenpraktijken en ABC-Methodiek

Sinds 2013 hanteert het ECT de ABC-methode om de kwaliteit van zorg voor de chronische zorgprogramma's te verbeteren. Op basis van (proces-)indicatoren heeft het ECT streefwaarden geformuleerd. Op basis van de score worden huisartsenpraktijken ingedeeld in A, B en C praktijken.

- Een A-praktijk dient de kwaliteit van registratie en uitvoering te borgen. Monitoring hiervan vindt plaats via rapportages en bespreking in de praktijk. Zo nodig eigen acties en verbeterpunten.
- Bij een B-praktijk kan de registratie en uitvoering van het zorgprogramma nog verbeterd worden. Minimaal 1 van de achterblijvende procesindicatoren wordt door de praktijk uitgewerkt in een verbeterdoel met te nemen acties. Monitoring vindt plaats door de kwaliteitsmanager bij de bespreking van de kwartaalrapportages.
- In een C-praktijk vereist de registratie en uitvoering van het zorgprogramma extra aandacht. Verbetering op korte termijn is noodzakelijk. Deze praktijken worden bezocht door een huisarts/POH stratenmaker van het betreffende zorgprogramma. Er vindt een nadere analyse plaats en de uitwerking van minimaal 2 achterblijvende procesindicatoren in een verbeterdoel met te nemen acties. Monitoring verloopt via de huisarts/POH stratenmaker en de kwaliteitsmanager.

4.6 Procesindicatoren en speerpunten Diabetes ECT

Het totaal aantal patiënten in het zorgprogramma Diabetes steeg van 1.648 in 2014 naar 1.709 in 2015. Dit is deels te verklaren door aandacht voor een goede registratie van het hoofdbehandelaarschap, maar mogelijk ook door een betere inkaarting van de CVRM patiënten, dit leverde een aantal 'nieuwe' diabetes op.

Er kwamen in 2015 iets meer patiënten met diabetes onder behandeling van de huisarts: 86,2% tegen 84,4% in 2014. Door goede werkafspraken met de internisten worden patiënten tijdig terugverwezen naar de 1^e lijn. Dit is vanaf de start van het zorgprogramma een duidelijk stijgende lijn.

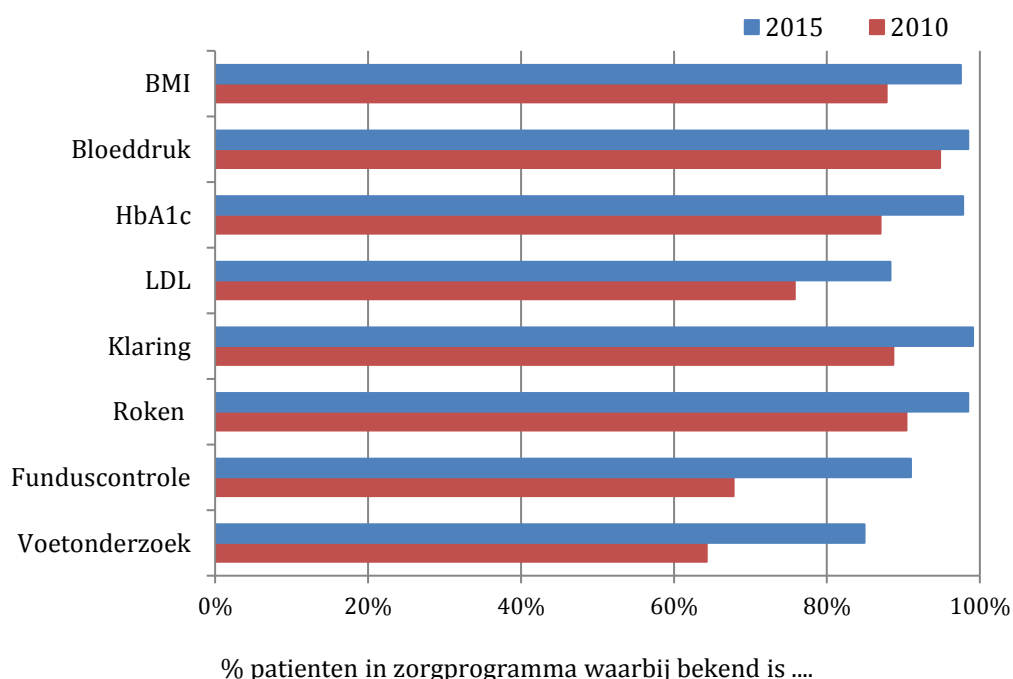
Speerpunten Diabetes 2015:

1. ECT in Top 10 landelijke benchmark 2014 wat betreft uitkomst indicatoren.
 - o behaald voor HbA1c, LDL en bloeddruk. Net niet voor roken en BMI.
2. Borgen procesindicatoren op 90%, voetonderzoek op 80%.
 - o Dit is gelukt voor alle procesindicatoren behalve LDL, dit is 88%. In de betreffende praktijken is daar actie op ondernomen om dit snel te herstellen naar de 90%.
3. Bij de Diabetes patiënten met een SIMMS 1 of hoger is het zorgprofiel voor de voetzorg ingevuld.
 - o Resultaat: 99% ingevuld.
4. Implementatie werkafpraak chronische nierschade.
 - o Uitgesteld naar 1^e kwartaal 2016.

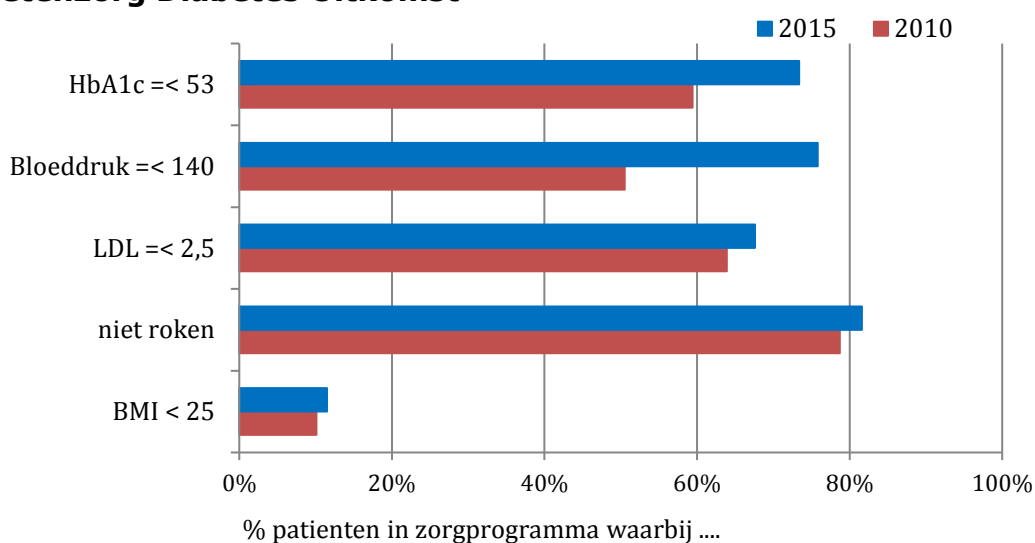
De procesindicatoren voor Diabetes zijn stabiel t.o.v. 2014. Door de goede monitoring via de kwartaalrapportages is een optimale situatie ontstaan.

Bij de uitkomstindicatoren zien we hier en daar een lichte verbetering. Bij ca. 75% van de patiënten is de bloeddruk en het HbA1c op streefwaarde. Voor het LDL is dat 68%.

Ketenzorg Diabetes Proces



Ketenzorg Diabetes Uitkomst



4.7 Procesindicatoren en speerpunten COPD ECT

Het totaal aantal patiënten in het zorgprogramma COPD bleef stabiel op 629. Ook het percentage patiënten met COPD onder behandeling van de huisarts blijft stabiel op 71%. Met een hernieuwd en compleet team van longartsen in het Rivierenland ziekenhuis eind 2015 verwachten we voor 2016 meer substitutie te kunnen bereiken door goede samenwerkingsafspraken met de longartsen.

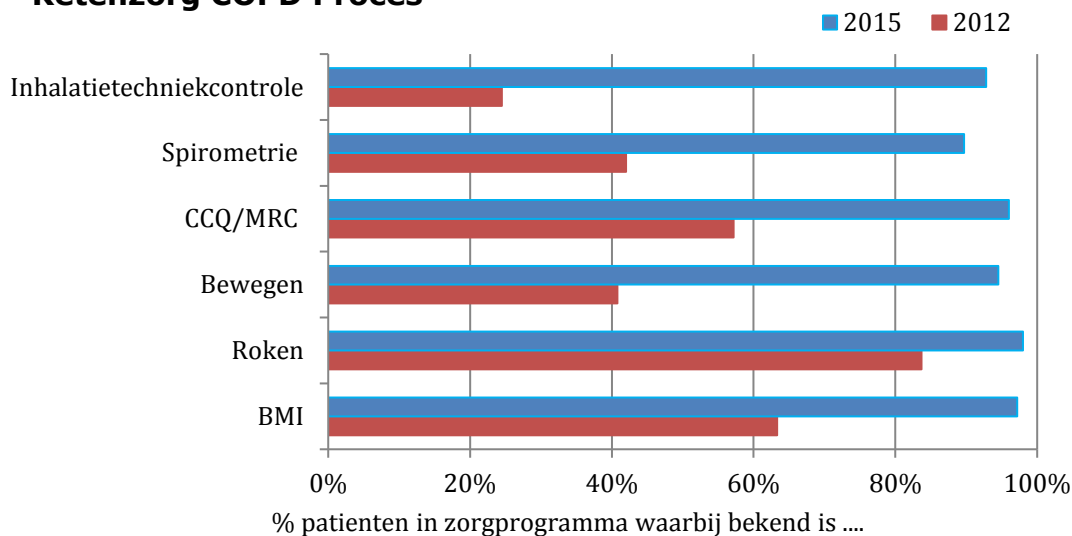
Speerpunten COPD 2015:

1. Borgen procesindicatoren op 80%.
 - Behaald voor alle indicatoren.
2. Toename van het aantal geregistreerde exacerbaties in Portavita.
 - Het coderen van exacerbaties in Portavita/Medicom blijft een punt van aandacht. We kunnen hierover nog niet goed rapporteren.
3. Terugdringen onterecht gebruik van inhalaticorticosteroïden (ICS) en combi preparaten.
 - Dit speerpunt wordt meegenomen naar 2016. Er is in 2015 een nulmeting gedaan en huisartsen hebben lijstjes gekregen van patienten om na te lopen.

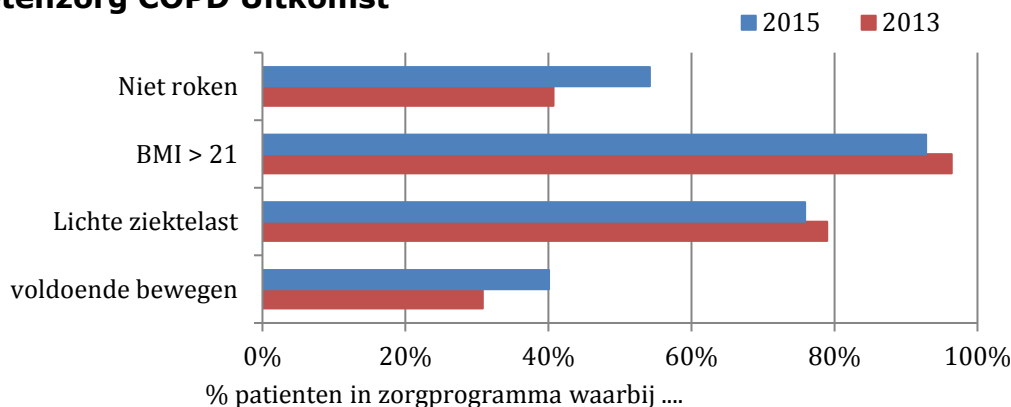
De procesindicatoren voor COPD zijn stabiel t.o.v. 2014. Door de goede monitoring via de kwartaalrapportages is een optimale situatie ontstaan.

Bij de uitkomstindicatoren zien we wel wat fluctuaties bij patiënten met een BMI > 21 (92,8% t.o.v. van 94,1% in 2014) en een lichte ziektelast (75,9% t.o.v. 77,3% in 2014). Maar ook een toename van het aantal patiënten dat niet rookt en voldoende beweegt.

Ketenzorg COPD Proces



Ketenzorg COPD Uitkomst



4.8 Procesindicatoren en speerpunten CVRM ECT

Het totaal aantal patiënten in het zorgprogramma CVRM (HVZ + VVR) steeg van 2.758 (955 + 1.803) in 2014 naar 3.172 (1.071 + 2.101) in 2015. De groei zit vooral in de verhoogd risico groep. Dit is de groep die we vanaf 2015 nog beter in beeld aan het brengen zijn.

Er kwamen in 2015 ook aanzienlijk meer patiënten met CVRM onder behandeling van de huisarts: 64,9% HVZ en 76,5% VVR tegen 60,6% HVZ en 49,6 % VVR in 2014.

Speerpunten CVRM 2015:

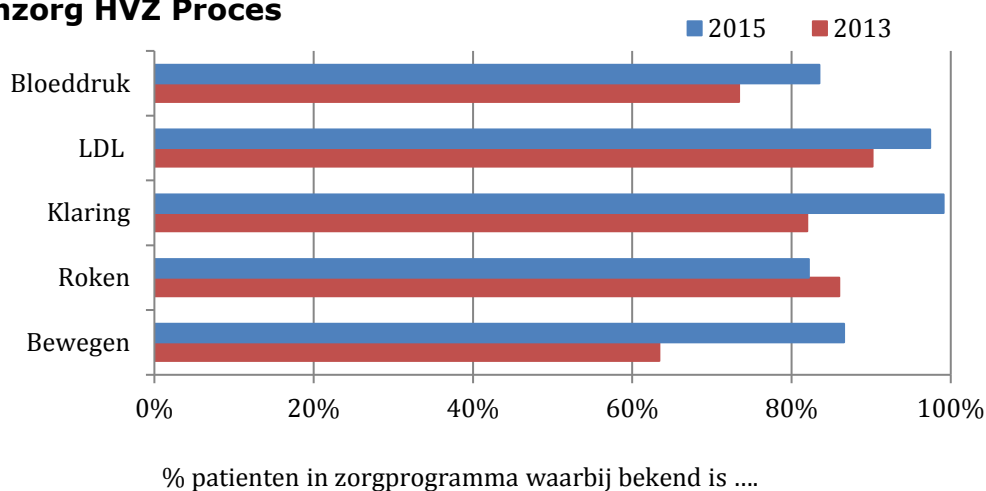
- Behalen en borgen procesindicatoren op 80%.
 - Dit is voor alle indicatoren behaald. Alleen bewegen in de VVR groep is nog 77%. Dit heeft o.a. te maken met het feit dat binnen de VVR groep nog een slag gemaakt wordt met de implementatie van het zorgprogramma.
- Bij alle HVZ patiënten is bekend wie de hoofdbehandelaar is.
 - Resultaat: 95%**
 - Het doel hiervan is zorgen dat deze patiëntengroep altijd in beeld. Ofwel bij de specialist ofwel bij de huisarts. Een derde mogelijkheid is dat er geen sprake is van geregelde zorg, maar dan moet dat ook duidelijk zo afgesproken zijn met de patiënt en geregistreerd zijn in het HIS. Hiervoor is een heldere werkafpraak/procedure gemaakt over in- en exclusie en geen geregelde zorg, gebaseerd op het voorbeeld van Ineen.
 - De procesindicatoren voor HVZ zijn stabiel t.o.v. 2014. Door de goede monitoring via de kwartaalrapportages is ook hier een optimale situatie ontstaan.

- Bij de VVR groep zijn we daarin ook goed op weg, maar is nog winst te behalen. Gezien de grootte van deze groep zijn we deels nog bezig met het oproepen en in beeld brengen. We zijn begonnen met de hoog risico groep (> 20%) en includeren nu ook de risicogroep tussen 10 en 20%. Deze laatste groep zal in 2016 ook compleet in beeld zijn en waar nodig in het zorgprogramma geïncludeerd.

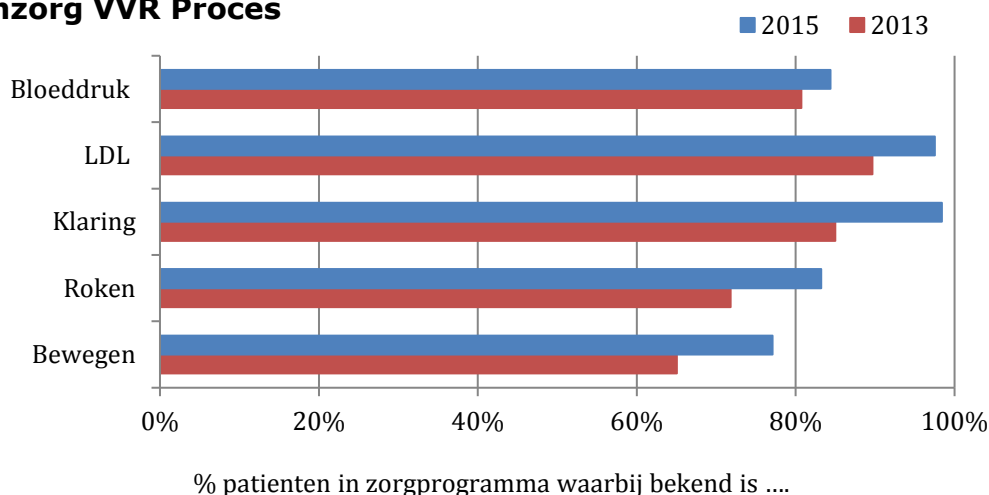
Bij de uitkomstindicatoren zien we:

- dat een steeds grotere groep patiënten niet (meer) rookt: 75% in de HVZ groep en 83% in de VVR groep.
- Bij 77% in de HVZ groep en 65% in de VVR groep is de bloeddruk op streefwaarde.
- In de streefwaarde LDL is nog veel winst te behalen voornamelijk bij de VVR groep. Deze is resp. 59% bij de HVZ groep en 28% bij de VVR groep. Een goede instelling van bloeddruk, LDL en niet roken speelt een belangrijke rol in het voorkomen van nieuwe events in de toekomst.

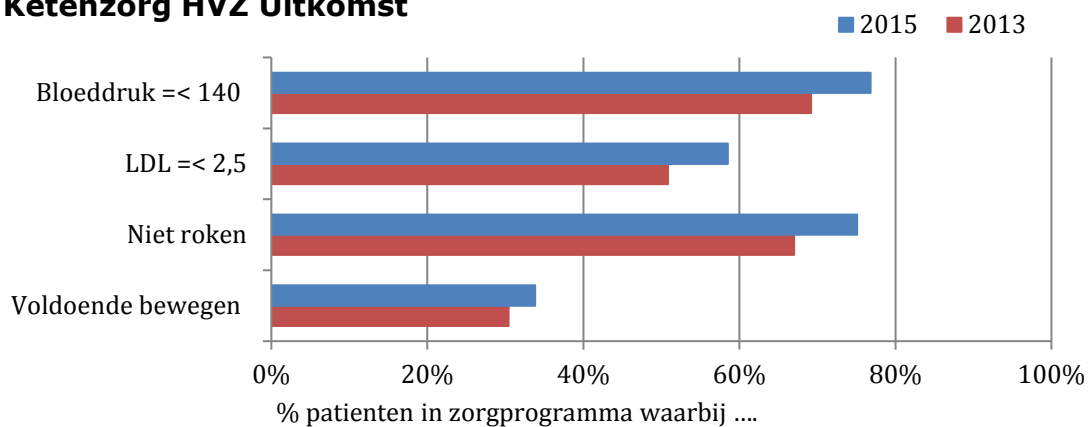
Ketenzorg HVZ Proces



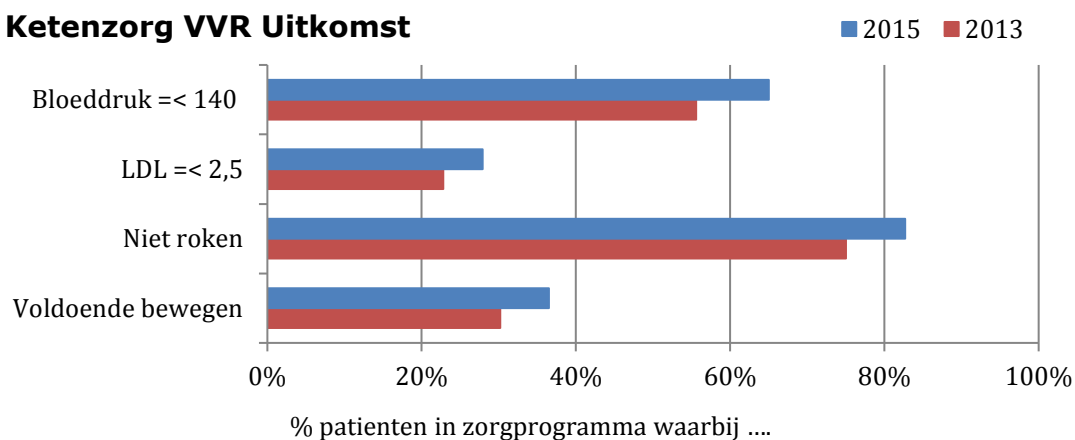
Ketenzorg VVR Proces



Ketenzorg HVZ Uitkomst



Ketenzorg VVR Uitkomst



5. Multidisciplinaire samenwerking

5.1 Samenwerkingspartners op de ECT locaties

De ontwikkeling van multidisciplinaire zorg is volop in beweging. Op meerdere niveaus wordt aan het thema gewerkt. Het door ontwikkelen van de multidisciplinaire zorg is één van de prioriteiten uit het Bestuurlijk Akkoord eerste lijn. Op landelijk niveau lopen er grote trajecten, zoals: de hervorming van de langdurige zorg, de transities van het rijk naar de gemeenten.

Sinds haar ontstaan 10 jaar geleden biedt het ECT multidisciplinaire zorg. Op lokaal en regionaal niveau werken wij in projecten en pilots actief aan het organiseren en optimaliseren van multidisciplinaire zorg. Dit levert een bijdrage aan de omslag van aandoeningsgerichte naar optimale, persoonsgerichte zorg. Deze omslag verloopt volgens de sporen van verbreding, versterking en verdieping. Samenwerkingspartners in de ECT locaties.

2015	Totaal ECT		ECT Teisterbant		ECT Passewaaij/ Ophemert	
	Aantal	FTE	Aantal	FTE	Aantal	FTE
LOONDIENT ECT						
Algemeen Manager	1	0,95	1	0,95		
Kwaliteitsmanager	1	0,61	1	0,61		
Stafmedewerker	1	0,21	1	0,21		
Secretaresse	2	1,05	2	1,05		
Totaal in loondienst	5	2,85	5	2,85		
SAMENWERKINGSPARTNERS						
Stafmedewerker	1	0,79	1	0,79		
Huisartsen*)	21	19	16	14,5	5	4,5
Praktijkondersteuners Somatiek	10	7,81	8	6,48	2	1,33
Praktijkondersteuners GGZ	5	3,21	4	2,37	1	0,84
Doktersassistenten	30	21,17	24	17,12	6	4,05
Fysiotherapeuten	17	13,4	10	8	7	5,4
Apothekers	5	5	2	2	1	1
Apotheekassistenten	35	27,7	12	9,4	6	4
Logopedisten	6	3,1	6	3,1		
Maatschappelijk Werk	3	0,5	3	0,5		
Thuiszorgmedewerkers	21	12	21	12		
Eerstelijns psychologen	3	2	3	2		
Tweedelijns psychologen	1	1	1	1		
Indigo	2	2	2	2		
Kinderpsycholoog	1	0,5	1	0,5		
Diëtisten	3	1,6	3	1,6		
Podotherapeuten	2	1	2	1		
Verloskundigen	6	4	6	4		
Oefentherapie	4	2	4	2		
Laboratorium medewerkers	3	1,56	3	1,56		
Psychosociaal therapeuten	2	0,5	2	0,5		
Orthopedische hulpmiddelen	2	0,4	2	0,4		
Orthopedagoog	2	2	2	2		
Totaal	190	135,09	143	97,67	28	21,12
*) praktijkhouders en hidha's						

5.2 Samenwerkingspartners buiten de ECT locaties

Het ECT onderhoudt nauwe contacten binnen het medisch en sociaal domein. De belangrijkste partners zijn in deze paragraaf beschreven.

5.2.1 Zorgverleners

- Psychiater
 - Huisartsen en POH-GGZ hebben de mogelijkheid van het consulteren van een psychiater. Mw. I. van de Ven (Nijmegen). Zij is wekelijks op een vast dagdeel in het ECT aanwezig en beschikbaar.
- Stichting Zorgcentra Rivierenland (SZR)
 - Specialist Ouderen Geneeskunde (SO)



In het kader van de zorg voor kwetsbare ouderen was er in 2014 gedurende twee dagdelen per week een SO aanwezig in het ECT. Huisartsen maken wekelijks gebruik van deze mogelijkheid om de SO te consulteren en in voorkomende gevallen ook gezamenlijk cliënten te spreken.

- BV Chronische Zorg Rivierenland



Deze BV is de zorggroep voor de Betuwe en werkt dientengevolge ook veel samen met het Ziekenhuis Rivierenland Tiel op het gebied van de chronische zorg. De zorgprogramma's CVRM/DM-II, COPD en de zorg voor Kwetsbare ouderen zijn in nauw overleg met "de BV" opgesteld. Daardoor zijn de afspraken van de huisartsen in Tiel en in de rest van de Betuwe met de specialisten van het ZRT identiek. Ook wordt gebruik gemaakt van hetzelfde Keten Informatie Systeem door alle Betuwse huisartsen, specialisten (en diëtisten, podotherapeuten en pedicures).

- Ziekenhuis Rivierenland Tiel (ZRT)



- Huisartsenlaboratorium

In ECT locatie Teisterbant is het "huisartsen lab" van het ZRT gehuisvest. Hier vinden diverse bloed- en functieonderzoeken plaats. Direct en zonder afspraak.

In de dagelijkse contacten voor doorverwijzen (m.b.v. ZorgDomein) en op het gebied van eerstelijns diagnostiek werken de huisartsen van het ECT al jaren samen met het ZRT.

- Doorbraakproject

Op gezamenlijk initiatief van Menzis, het ECT en het ZRT is het doorbraak project gestart. Om verschillende redenen heeft dit doorbraakproject nog niet geleid tot de gewenste doorbraken op het gebied van substitutie en samenwerking.

5.2.2 Niet-zorgverleners

- Gemeente Tiel



De samenwerking met de gemeente Tiel is zeer matig. De grote transities lijken de gemeente nog dusdanig bezig te houden dat er nog steeds betrekkelijk weinig interactie was tussen ECT en Gemeente Tiel.

- Mozaïek Welzijn



Binnen werkgroep Ouderenzorg is Mozaïek Welzijn samenwerkingspartner van het ECT. Dit betekent structurele deelname van de welzijnswerkers aan het multidisciplinair overleg ouderen (MDO). De lijnen tussen huisartsen en welzijn zijn kort geworden en enorm verbeterd.

- GGD



Met de komst van de "zorgmakelaar" is het contact met de GGD weer geïntensiveerd vergeleken met het voorgaande jaar.

- Stichting Oogg



Stichting Oogg is de Regionale Ondersteunings Structuur (ROS) in de regio Rivierenland.

Oogg heeft voor Tiel de wijkscan gemaakt. Dit geeft het ECT nog beter zicht op in welke wijken de kwetsbare ouderen nú wonen en wat de demografische ontwikkeling is van de verschillende wijken. Met andere woorden waar de komende jaren de zorg voor ouderen gewenst is.

- Zorgbelang Gelderland



Zorgbelang Gelderland is de vaste partner op het gebied van cliënten participatie. Zorgbelang levert de voorzitter van het cliëntenberaad.

5.3 Multidisciplinaire deskundigheidsbevordering

Type bijeenkomst	Doelgroep
CVRM Werkafspraken over "No-show beleid" geïmplementeerd	Huisartsen, POH's
DM Nascholing Insuline DM, kaderarts Nierfunctiestoornissen nieuwe werkafpraak implementatie m.b.v. rapportage VIPlive 5 minuten POH instructie en evaluatie	Huisartsen, POH's
ASTMA Handreiking registratie en behandeling. Nulmeting en 1 meting	Huisartsen, POH's
COPD Multidisciplinaire voorlichtingsavond voor	COPD patiënten en mantelzorgers
GGZ Diagnostiek, screening en interventies voor de POH-GGZ, verzorgd door kaderarts GGZ	POH-GGZ
Farmacie • Protocol antistolling • Polyfarmacie ouderen	Huisartsen, Apothekers
Regioplan Invitational Menzis bijeenkomst in Dierenpark Rhenen. ECT vertegenwoordigd met 4 bestuursleden en algemeen manager	Belangrijkste zorgverleners in regio Rivierenland en Gelderse Vallei
Pilot Gezamenlijke besluitvorming Project InEen, Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht met als doel: Het ontwikkelen van een handreiking voor het proces van gezamenlijke besluitvorming op basis van persoonsgerichte doelen in aansluiting op het raamwerk Individueel Zorgplan.	Meerdere bijeenkomsten voor Huisartsen, POH (1 huisarts, 1 POH uit het ECT, en een aantal uit andere praktijken uit den lande)
Training basale reanimatie en AED	Medewerkers ECT
Brandblustraining, verzorgd door BHV.nl	BHV medewerkers
GEZ dagen met thema's: • Persoonsgerichte Zorg • Geïntegreerde Zorg voor kwetsbare ouderen	Alle disciplines ECT

GEZ CARROUSEL
Persoonsgerichte Zorg



Dinsdag 9 juni 2015

ECT Teisterbant 17.00 - 21.15 uur

Deel 1: Persoonsgerichte Zorg
Wie wil dat niet? Hoe ziet "de patient" dat?
Doen we dat niet al lang?

Deel 2: De ECT Carrousel
Meerdere workshops waar we met elkaar werk maken van persoonsgerichte zorg

Leer en inspireer elkaar!

GEZ CARROUSEL
Geïntegreerde zorg voor kwetsbare ouderen



Dinsdag 24 november 2015

ECT Teisterbant 17.30 - 21.30 uur

Deel 1: Geïntegreerde zorg voor kwetsbare ouderen
Samenwerking in de zorg voor kwetsbare ouderen: moeilijke en zo noodzakelijke

Deel 2: De ECT Carrousel
Meerdere workshops rond het thema vanuit een verrassend perspectief

Deel 3: De ECT markt
Presentatie van Zorgaanbod ECT disciplines, gericht op ouderen

Leer en inspireer!

5.4 Zorg voor kwetsbare ouderen

Sinds de invoering van de Wet Langdurige Zorg blijven kwetsbare ouderen langer thuis wonen. De huisartsen ondervinden dagelijks de gevolgen hiervan door een toenemende vraag naar complexe zorg. Goede afstemming tussen en samenwerking met betrokken disciplines is een voorwaarde voor goede zorg aan kwetsbare ouderen.

5.4.1 Zorginhoud

Integrale zorgafspraken zijn geregeld. Alle relevante grote zorgverleners in de regio Rivierenland hebben de handen ineen geslagen om een geïntegreerd aanbod van zorg voor kwetsbare ouderen af te spreken: huisartsen, wijkverpleging, welzijnsorganisaties, GGD. Dit heeft geleid tot een breed geaccepteerd en gewaardeerd zorgprogramma. In 2015 is dit zorgprogramma ouderenzorg geëvalueerd en herzien. De nieuwe versie verscheen begin 2016.

De huisartsen van het ECT hebben allemaal een POH-S tot hun beschikking met een specialisatie voor kwetsbare ouderen.

De Specialisten Ouderen Geneeskunde van de SZR houden wekelijks spreekuur in het ECT.

Doordat de bekostiging van de wijkverpleging in 2015 niet geregeld is heeft de STMR aangegeven geen capaciteit beschikbaar te hebben om nieuwe kwetsbare ouderen in Multi Disciplinaire Overleggen (MDO's) bij te wonen, laat staan het casemanagement voor deze mensen te verzorgen.

De geriaters van het Ziekenhuis Rivierenland zijn ook aangesloten bij het multidisciplinaire overleg. Hun expertise is in 2015 ook geïntegreerd onderdeel geworden van het zorgprogramma.

5.4.2 Communicatie

Portavita is het communicatie portaal dat in 2015 is doorontwikkeld voor de ouderenzorg. Cliënten, wijkverpleging, specialist ouderenzorg, huisarts, POH en mantelzorgers kunnen via Portavita veilig met elkaar overleggen en interventies vastleggen.

5.4.3 Geen integrale bekostiging

Integrale bekostiging is nog niet geregeld. Ondanks de goede intentie van de zorgverzekeraar is het nog niet gelukt om een passende financiering(s vorm) te vinden voor de zorg voor kwetsbare ouderen. Belangrijke bottleneck blijken de verschillende domeinen en financiële schotten te zijn.

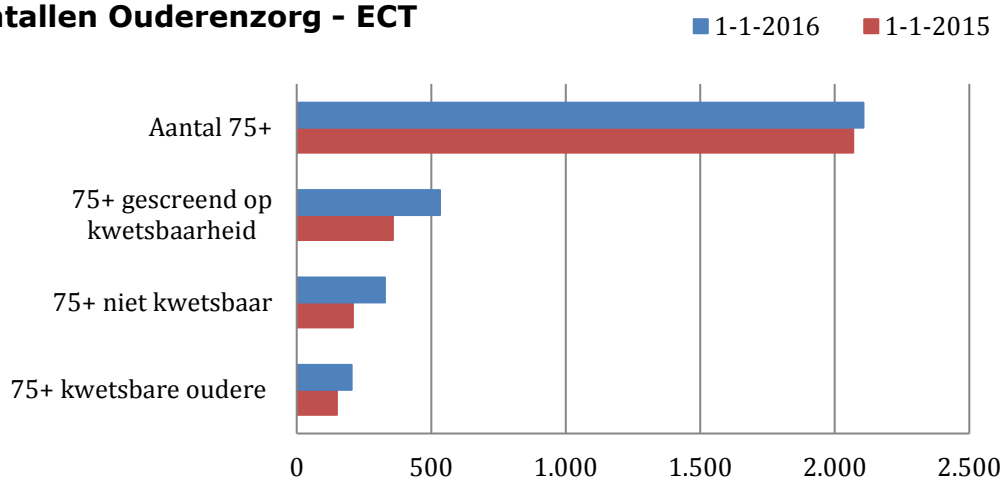
- Een deel van de huisartsenzorg is gefinancierd via de POH-S/POH-O. Dit is echter onvoldoende en monodisciplinair gefinancierd (geen integrale functionele bekostiging)
- Het grootste deel van de wijkverpleging is geheel niet bekostigd. In 2015 heeft veelvuldig overleg met de zorgverzekeraar geen concreet resultaat opgeleverd.
- Bekostiging van de Ouderen Adviseurs van Mozaïek Welzijn loopt via de gemeente Tiel. Hier is nog helemaal geen zicht op financiering van de hoogst gewaardeerde tijd van de ouderen adviseurs.
- Bekostiging van de specialist ouderenzorg is niet geregeld.

5.4.4 Speerpunten Ouderenzorg 2015

In 2015 zijn 2 speerpunten voor ouderenzorg geformuleerd:

1. Toename van het aantal kwetsbare ouderen met een MDO. We zien in 2015 een toename vergelijkbaar met 2014. Er vindt geen actieve screening meer plaats (dat verklaart het hogere aantal MDO's in 2013), de zorg voor kwetsbare ouderen berust (volgens de laatste richtlijnen) op casefinding. Bij 78 van de 205 kwetsbare ouderen volgt een 2e MDO en bij respectievelijk 16 en 3 een 3e en 4e MDO.

Aantallen Ouderenzorg - ECT



Jaar	Aantal van datum MDO 1/Easycare
2011	5
2012	35
2013	79
2014	45
2015	41
Eindtotaal	205

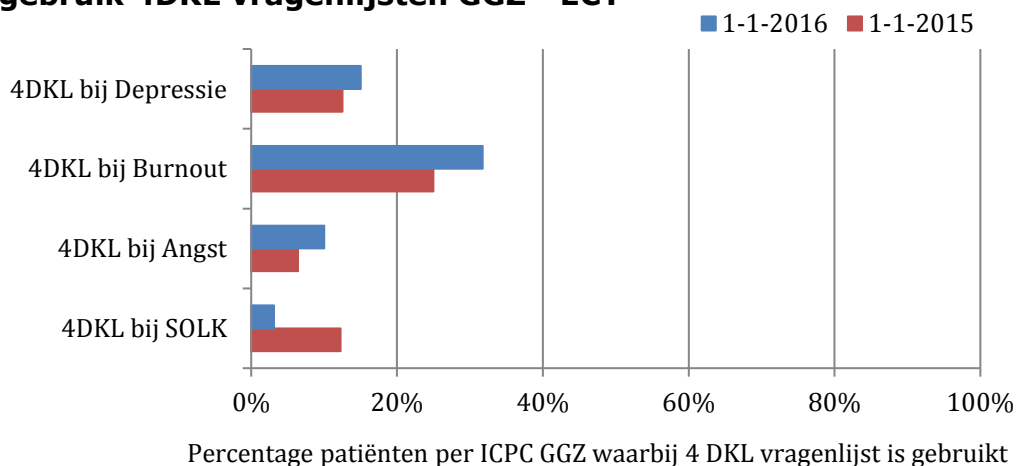
2. Toename van het aantal 75+ met polyfarmacie (7 of meer geneesmiddelen) waarbij een medicatiereview heeft plaats gevonden. Eind 2015 is een nulmeting gedaan, bij 12% van deze groep had een medicatiereview plaats gevonden. Deze doelstelling krijgt een vervolg in 2016.

5.5 GGZ in de eerste lijn

5.5.1 Nieuwe ontwikkelingen binnen ECT

- **Zorgpaden**
Voor 2015 is de voortgang van het gebruik van de 4DKL vragenlijst bij GGZ in de zorgpaden gemonitord. Het doel was om bij 80% van de nieuwe patiënten met Depressie, Angst, Burn-out of SOLK een 4DKL vragenlijst af te nemen. Dit doel was erg hoog gegrepen en zal bijgesteld worden in 2016.

% gebruik 4DKL vragenlijsten GGZ - ECT



- **E-mental health**
Het Trimbosinstituut/Mentalshare hebben de huisartsen en POH-ggz geholpen om hun programma "Kleur je Leven" blended (e-health gecombineerd met persoonlijk contact) te implementeren. In de loop van het jaar zijn de POH-ggz er meer gebruik van gaan maken. We zien een toename van 4% gebruikers van het programma t.o.v. 2014. Tijdens een regionale scholingsavond voor de alle POH-ggz in de regio Rivierenland is ook aandacht besteed aan andere vormen van e-mental health.
- **Consultatief psychiater**
in 2014 zijn de huisartsen gestart met een consultatief psychiater. De psychiater is zelfstandig gevestigd in Nijmegen. Zij kan op verschillende manieren benaderd worden met vragen over diagnostiek, medicatie, behandelvoorstellen etc. In 2015 was er een toename van 11% in het aantal consultaties van de psychiater.

5.5.2 POH-GGZ

De POH-ggz uren zijn uitgebreid naar nagenoeg de volledige urenbezetting. Drie POH-ggz hebben meegewerkt aan een onderzoek van NIVEL, waarbij er video-opnames gemaakt zijn in de spreekkamer, met als doel te kijken naar de werkzaamheden en communicatie - vaardigheden van de POH-ggz. Zij hebben allen persoonlijke feedback gekregen op hun gesprekstechnieken en consultvoering.

Er is gestart met intervisie met begeleiding door een huisarts/supervisor uit Nijmegen. Na een jaar zullen deze bijeenkomsten geëvalueerd worden.

Eén van de POH-ggz heeft een sociale kaart GGZ opgesteld die op onze website te vinden is en door haar bijgehouden wordt.

De nascholing van de POH-ggz vindt 2x per jaar plaats samen met alle POH-ggz van de regio.

5.5.3 Werkgroep GGZ Tiel/Buren

De werkgroep GGZ Tiel is in 2014 samengevoegd met de huisartsenpraktijken in Tiel en Buren die niet tot het ECT behoren. De POH-ggz van die praktijken organiseerden twee maal per jaar een GGZ-netwerkbijeenkomst voor alle GGZ-hulpverleners in ons gebied. Het is logisch dat we samenwerken en hebben ons samengevoegd in de werkgroep GGZ Tiel/Buren.

De werkgroep fungeert als een GGZ-denktank en bestaat uit 3 huisartsen en 2 POH-ggz, AMW, Indigo, een ELP (afgevaardigde van Psy zorg, samenwerkende ELP in regio Rivierenland). Tevens hebben we een "lege stoel" om in voorkomende gevallen een afgevaardigde uit te kunnen nodigen aan de hand van een bepaald thema.

De nieuwe werkgroep is twee maal bijeen geweest en heeft eenmaal een netwerkbijeenkomst georganiseerd, die heeft plaatsgevonden in het ECT. Het thema van die bijeenkomst was "verwijzen en terugverwijzen". Het belangrijkste doel van deze bijeenkomsten is kennismaken en weten welke GGZ-discipline wanneer en op wat voor een manier ingeschakeld moet worden.

5.6 Astma

In 2015 is een start gemaakt met de voorbereidingen voor een zorgprogramma astma. Elke huisarts heeft in zijn praktijk een lijst patiënten bekeken om te komen tot een eerste inventarisatie van de "zekere astma" patiënten. Bij deze patiënten is de ICPC code R96 en de hoofdbehandelaar ingevuld. Alle huisartsen hebben deze actie gedaan.

Vervolgens is er, in afwachting van een mogelijke financiering in de vorm van een DBC, toch een start gemaakt met de ontwikkeling van een zorgprogramma astma. Vooralsnog monodisciplinair, gericht op de huisartsenpraktijk. Als zijnde een richtlijn van de optimale zorg aan de astma patiënt. En zijn er (minimale) speerpunten benoemd voor 2016:

1. Bij 80% van de astma patiënten van 16 jaar en ouder is het hoofdbehandelaarschap geregistreerd.
2. Bij 70% van de patiënten met persisterend astma of die roken is een volledige spirometrie gedaan in de afgelopen 12 maanden.
3. Bij 70% van de patiënten met chronisch inhalatiemedicatie gebruik in de afgelopen 12 maanden is de inhalatietechniek gecontroleerd.

Helaas is de zorgverzekeraar (nog) niet bereid om de integrale astma keten te contracteren als DBC. De huisartsenpraktijken zijn hier klaar voor.

5.7 Chronische lage Rugpijn

In 2014 is met ambitie een start gemaakt met afspraken omtrent chronische lage rugpijn. Aan het einde van 2014 is de werkgroep tot de conclusie gekomen dat de ambities "nog" niet haalbaar bleken. De ambities zijn voor 2015 dan ook bijgesteld.

Er is met de werkgroep gewerkt aan een aantal samenwerkingsafspraken die het onderling verwijzen en bepalen van het behandelbeleid moeten ondersteunen. De accenten liggen hierbij op twee belangrijke speerpunten:

- het actief benaderen
- uitleg over het "fenomeen PIJN".

Daarnaast werd er gewerkt aan een standaard ten aanzien van deze twee speerpunten. De verwachting is dat half 2016 het project zal worden afgerond.

"Fit en Gezond" is een gecombineerde leefstijl interventie. In groepsverband wordt olv de fysiotherapeut gesport en verzorgt de diëtiste individueel voedingsadvies.

Vanaf januari 2015 werd het programma **'Fit en Gezond bij diabetes'** niet meer als programma vergoed door Menzis. Voor het beweeggedeelte geldt dat dit alleen vergoed wordt uit de aanvullende verzekering te volgen als er ook nog een andere lichamelijke klacht was (alleen diabetes is geen indicatie voor fysiotherapie). Dit heeft er voor gezorgd dat de instroom in het programma enorm is terug gelopen. Niet iedereen is aanvullend verzekerd en vaak heeft men te weinig behandelingen om het programma te kunnen of willen volgen. Voor deelnemers die onvoldoende aanvullend verzekerd waren bestond de mogelijkheid om het beweegprogramma in te korten of heeft men op eigen kosten getraind. De kosten voor de diëtist worden vergoed uit de basisverzekering en gaan niet ten koste van het eigen risico.

In maart is gestart met het programma **'Fit en Gezond bij CVRM'**. Ook hiervoor geldt dat het beweeggedeelte alleen wordt vergoed vanuit de aanvullende verzekering en de kosten voor de diëtist uit de basisverzekering.

Promotie van de programma's Fit en Gezond vond op diverse manieren plaats:

- De folder voor beide programma's gemaakt en verspreid onder artsen, POH ers, fysiotherapeuten, diëtisten, pedicures etc.
- Apothekers geven de folders mee wanneer diabetesmedicatie wordt verstrekt
- Vermelding op wachtkamerschermen van de programma's 'Fit en Gezond' en de Fysiofitheidscan.

Resultaat

Helaas constateren we dat, ondanks al onze inspanningen, het aantal deelnemers in 'Fit en Gezond bij diabetes' fors is afgenomen. Dit komt vooral omdat het programma niet meer vergoed wordt door Menzis.

Fit en Gezond bij Diabetes
Deelnemers 2014: 73
Deelnemers 2015: 26

Fit en Gezond bij CVRM
Deelnemers 2015: 17

Alle deelnemers aan het programma zijn enthousiast. Zij voelen zich fitter, kunnen bijvoorbeeld beter de trap op lopen en krijgen meer plezier in bewegen.

6. Huisartsenzorg

Huisartsenzorg vormt een belangrijke basis van de eerstelijns zorg. Ook in het ECT. Juist daarom wijden wij in dit hoofdstuk specifiek aandacht aan de ontwikkelingen binnen de huisartsen van het ECT.

Op 1 januari 2015 zijn alle huisartsenpraktijken in het Eerstelijns Centrum Tiel opgegaan in de Huisartsen Maatschap Tiel. Een volwaardige maatschap met variabele resultaat verdeling. Dit is vooral een organisatorische stap geweest. Deze stap had geen directe gevolgen voor de patiëntenzorg.

6.1 Zorgaanbod huisartsen praktijken

De huisartsen bieden reguliere huisartsgeneeskundige zorg in de breedste vorm. Een omschrijving hiervan is te vinden op <http://www.lhv.org> onder "Het aanbod aan huisartsgeneeskundige zorg". De praktijken zijn niet-apotheekhoudend, de artsen zijn niet verloskundig actief. Zij nemen deel aan zorgprogramma's met geprotocolleerde zorg voor patiënten met COPD, DM en CVRM.

6.2 Patiënten per huisartsenpraktijk

Team	Praktijk	Patiënten 1.1.2015	Patiënten 1.1.2014	Vershil
1	Bank	2.452	2.514	-62
	Elzinga	2.516	2.480	36
	Reesink	3.208	3.229	-21
	Sassen	2.382	2.394	-12
	Schreuders	2.601	2.599	2
2	De Linge/Sündermann	4.930	4.982	-52
	Slagmeulen	2.464	2.418	46
3	Huls en Tanck	4.969	4.943	26
	Kooijman	2.828	2.829	-1
4	Ophemert/Passewaaij	8.645	8.654	-9
Totaal		36.955	37.041	-47

	Geïnccludeerde patiënten zorgprogramma	Patiënten 1.1.2015	Patiënten 1.1.2014	Vershil
	CVRM/DM	4.070	3.745	325
	COPD	612	598	14

6.3 Huisvesting

De huisartspraktijken zijn gevestigd op drie locaties:

- ECT Teisterbant (Dodewaardlaan 7-11)
- ECT Passewaaij (Vuurdoorn 6)
- ECT Ophemert (Weverstraat 2b)

Voor de locatie Passewaaij zijn wij larenlang bezig geweest met de voorbereiding van nieuwbouw. Om diverse redenen is dit niet gelukt. De huisartsen en Mediq apotheek hebben daarom besloten om de bestaande huisvesting te verbouwen. 2015 stond in het teken van die verbouwing. Op 12 december 2015 vond de feestelijke heropening plaats. Voor de patiënten betekent dit: meer spreekkamers, meer daglicht in de werkruimtes



6.4 Personele bezetting

	Team 1	Team 2	Team 3	Team 4
Huisarts, praktijkhouder	6	2	3	4
Huisarts, in dienst	1	2	2	1
Huisarts, waarnemer	2	1	1	1
POH-S	4	2	3	2
POH-GGZ	2	1	2	1
Doktersassistente				
Praktijkmanager	1			

- Huisartsen: Vast team van praktijk houdende huisartsen en waarnemers. Team 1 heeft 2 huisartsen in opleiding gehad. Team 2 is gestart met het opleiden van co-assistenten. In Team 3 heeft de voorbereiding plaatsgevonden van de overdracht van de praktijk van hr. E. Kooijman aan de vaste waarnemer, hr. W. Arends.
- Het praktijkmanagement wordt verzorgd door de teamoverstijgende praktijkmanager. De ondersteuning binnen de teams is verschillend georganiseerd. Team 1 kent een coördinerend assistente. Team 2 heeft een praktijkmanager aangesteld. Teams 3 en 4 hebben uitvoerende managementtaken verdeeld onder de assistentes.
- POH GGZ: 2 uit dienst, 1 in dienst welke de 2 betrokken POH-GGZ vervangt.
- POH Somatiek: uren uitbreiding in team 2 en 3. Wij streven naar all round POH's. Zij begeleiden zowel patiënten met diabetes als COPD, astma en mensen met met cardiovasculaire gezondheidsrisico's. De zorg voor kwetsbare ouderen vormt hierop

een uitzondering. Deze zorg wordt geleverd door daarvoor bijgeschoolde praktijkondersteuners. In ieder team tenminste één.

- Doktersassistenten: Team ongewijzigd. Ieder team heeft stagiaires opgeleid
Gestarte opleidingen door doktersassistenten:
1 x loopbaangerichte opleiding HBO Ouderenzorg.
1 x opleiding SOH (spreekuur Ondersteuner Huisarts). Vanaf 2016 is zij een goed opgeleide assistente die de logistiek van het (eigen)spreekuur waarborgt door semi-spoedeisende patiënten de aandacht te geven die zij nodig hebben.

6.5 Praktijkaccreditatie

Alle huisartspraktijken zijn in 2015 wederom geaccrediteerd volgens de NHG-Praktijkaccreditatie. Gedurende twee dagen zijn de praktijken doorgelicht. Er is 1 afwijking vastgesteld en er zijn 7 opmerkingen gemaakt ten aanzien van mogelijke en/of noodzakelijke verbeteringen. Er waren geen openstaande afwijkingen uit de voorgaande audit.

De afwijking betrof de patiënten raadpleging die bij 2 praktijken niet was uitgevoerd. Deze zijn later in 2015 alsnog uitgevoerd.

De opmerkingen, suggesties voor toekomstige verbeteringen, zijn door de HMT ter harte genomen. De meeste opmerkingen hebben geleid tot aanpassingen in de werkwijze van de betreffende mensen.



6.6 Bereikbaarheid

6.6.1 Telefoon

Onze wens is dat de patiënt de praktijk goed en snel telefonisch kan bereiken. In 2015 is een keuze gemaakt voor een nieuwe (VoIP) telefooncentrale. Deze wordt in 2016 geïmplementeerd.

De verwachtingen zijn hoog gespannen:

1. Door de terugbel functie staan bellers minder lang in de wachtrij
2. Afspraken annuleren kan zonder tussenkomst van de assistente
3. Er is meer rust en tijd voor de mensen die de praktijk bellen
4. Er is op termijn minder bezetting nodig om telefoontjes te kunnen beantwoorden.
5. Gesprekken worden opgenomen en kunnen voor kwaliteitsdoeleinden teruggeluisterd worden.

6.6.2 Balie

De balie-openstelling gedurende de gehele dag, dus van 8.00 tot 17.00 uur vinden wij belangrijk. Door met werktijden van doktersassistenten te schuiven is dit in het najaar gerealiseerd. Onze patiënten kunnen voortaan de gehele dag aan de balie geholpen worden met welke vraag dan ook.

6.7 Samenwerking met andere disciplines in de huisartsen praktijk

6.7.1 Specialist Ouderen Geneeskunde

De Specialist Ouderen Geneeskunde is in 2 hoedanigheden aanwezig in het ECT.

- Voor consultatie door de huisarts, POH-O of om individuele patiënten te zien;
- Als voorzitter van het MDO (MultiDisciplinair Overleg) om samen met huisarts, POH, wijkverpleegkundige en ouderen adviseur, cliënten te bespreken.

6.7.2 Psychiater

Elke donderdag van 10.00-14.00 uur is in het ECT, locatie Teisterbant, de psychiater aanwezig. Dit is mw. I. van de Ven, zelfstandig psychiater in Nijmegen.

Problematiek waarvoor de psychiater geconsulteerd wordt is behandeladvies, diagnostiek en medicatie

6.8 Informatieveiligheid:

Ook in 2015 is veel aandacht geschonken aan de beveiliging van privacy gevoelige informatie. Patiënteninformatie is niet ter inzage voor onbevoegden. Dat uitte zich in de volgende activiteiten:

- Postvakken werden afgesloten achter een rolluik.
- Glazen schuiframen bij de frontoffice zijn voorzien van een goed slot en worden aan het einde van de dag afgesloten.
- Patiënteninformatie wordt achter slot en grendel bewaard.
- Iedereen werkt onder eigen inloggegevens, sluit bij vertrek altijd het scherm af, logt uit aan het einde van de dag.
- Wachtwoorden liggen opgeborgen, slingers niet meer rond.

Door die activiteiten is het bewustzijn, het nadenken over dossierveiligheid steeds meer routine geworden.

6.9 Patiëntveiligheid (Veilig Incidenten Melden)

In 2015 zijn veel VIM meldingen gemaakt. De incidenten hebben veelal betrekking op

- agendaplanning (verkeerde patiënt, verkeerd tijdstip, patiënt gepland bij verkeerde huisarts)
- omgaan met uitslagen/beleid
- communicatie apotheek/huisarts, communicatie specialist/huisarts.

Verbetermaatregelen zijn opgenomen in werkinstructies of besluitenlijsten en lijken goed effect te hebben. Belangrijk is en blijft om op deze manier het zorgproces kritisch te blijven bekijken. Op zoek te blijven naar verbeteringen in attitude en maatregelen.

Verbeterplannen n.a.v. VIM:

- Aanpassing pauzemomenten zodat er altijd een assistente in de gelegenheid is om de spoedlijn op te nemen. Voorheen moest de assistente uit de koffiekamer reageren op de afwijkende ringtoon van de spoedlijn.
- Afspraken binnen het team betreffende het starten van een Baxter zijn aangescherpt en herhaaldelijk besproken om dit foutloos te laten verlopen.
- Gesprek met het laboratorium van het ziekenhuis betreffende het doorbellen van afwijkende en cito-aangevraagde uitslagen. Dit naar aanleiding van een keten VIM uit een ander team maar ook in ons team liep dit niet altijd goed. Duidelijkheid over ieders werkwijze en verwachting heeft tot herziening van de afkapwaardes geleid.
- Registratie van doseringsaanpassingen voortaan in mg en niet in ml omdat de apotheek nog wel eens een ander preferent vloeibaar preparaat aflevert dat een andere dosering in ml vraagt.
- Werkafspraken over opvragen van patiëntenbrieven bij diverse specialismen en het monitoren van de ontvangst hiervan herzien binnen ons team.
- Per dag in de agenda maar één blok met fiat opnemen, zo valt een later op de dag opgenomen fiat niet buiten beeld.

- Als er een kweek in de koelkast klaar ligt voor verzending dan een post-it op de sterilisatie bak plakken ter herinnering.
- Bij het maken van een afspraak duidelijk met de patiënt doornemen op welke locatie het consult is ingepland (Voor Passewaaij en Ophemert)

Niet elke VIM levert een groots verbeterplan op, maar we leren er veel van en legt zwakke punten bloot zodat ze verbeterd kunnen worden. Dit verhoogt niet alleen de patiëntveiligheid maar vermindert ook irritatie op de werkvloer en verhoogt daarmee het werkplezier.

6.10 Gastvrijheid/bejegening/kwaliteit

Communicatie is een continue proces wat altijd aandacht behoeft en zal een rode draad blijven. In 2015 zijn 7 formele klachten ontvangen van cliënten die te maken hebben gehad met bejegening. Deze klachten zijn naar tevredenheid van de klagers afgehandeld.

Wat hebben wij van de klachten geleerd?

Bewustwording over hoe gecommuniceerd wordt, het doen van aannames, beseffen wat gastvrijheid inhoudt en omdenken zijn items die op teamniveau zijn meegenomen.

Klachten hebben geleid tot werkafspraken.

6.11 Bevoegd- en bekwaamheidseisen:

In 2015 zijn alle doktersassistenten gestart om elkaar te beoordelen op bekwaamheid van diverse medische handelingen. Elke assistente die in de behandelkamer werkt, heeft deze lijst afgetekend. De lijst medische handelingen is onderdeel in het jaargesprek.

7. Innovatie projecten

Innovatie is noodzakelijk in de zorg om een passend antwoord te formuleren op de groeiende zorgvraag en de oplopende zorgkosten. Méér doen van hetzelfde of harder werken is niet meer voldoende. Vandaar dat binnen het ECT een aantal innovatieprojecten wordt uitgevoerd. Dit hoofdstuk geeft inzicht in de innovatieprojecten die wij in 2015 uitvoerden.

7.1 Verbetering telefonische bereikbaarheid

Initiatiefnemers	Eerstelijns Centrum Tiel
Deelnemers	Eerstelijns Centrum Tiel Huisartsen, Apotheken, Verloskundig Centrum Tiel, Becks en Havers Diëtisten, Verloskundigenpraktijk Tiel, Podotherapie Praktijk Tiel, Logopedie en dyslexiepraktijk Tiel, Praktijk voor Psychosociale Zorg.
Looptijd	Oplevering nieuwe centrale begin 2016
Resultaat 2015	De ICTO commissie heeft een nieuwe hosted VoIP telefooncentrale geselecteerd en geïmplementeerd bij de huisartsen en het bedrijfsbureau. • TeleQ toegevoegd: patiënten kunnen terugbelafpraak maken op drukke tijden. • In 2016 fase 2: implementatie centrale in ECT Passewaaij en overige disciplines in ECT Teisterbant

7.2 Verbetering veiligheid

Initiatiefnemers	Eerstelijns Centrum Tiel
Deelnemers	Eerstelijns Centrum Tiel Alle disciplines van het ECT
Looptijd	2015
Resultaat 2015	• Interne audits huisartsenpraktijken gestart • Vertaald in richtlijnen dossier veiligheid

7.3 Verbetering gastvrijheid

Initiatiefnemers	Eerstelijns Centrum Tiel
Deelnemers	Eerstelijns Centrum Tiel Alle disciplines van het ECT

Looptijd	2015
Resultaat 2015	Inrichting balie centrale hal ECT Teisterbant II • Balie wordt bemand door Servicepunt Thuiswonen • Centrale informatiebalie voor bezoekers van het ECT • Bemensing door vrijwilligers

7.4 Implementeren digitaal patiëntenportaal huisartsen

Initiatiefnemers	Eerstelijns Centrum Tiel
Deelnemers	Eerstelijns Centrum Tiel
Looptijd	2015 en 2016
Resultaat 2015	Implementatie Mijngezondheid.net binnen huisartsenpraktijk Ophemert/Passewaaij (Team 4) • MGN is geïmplementeerd maar vertoont nog diverse opstartproblemen. • Online afspraken maken is mogelijk • Daarom heeft geen brede communicatie plaatsgevonden rond de start. • Samen met Pharmapartners wordt hard gewerkt aan het optimaliseren van deze vorm van dienstverlening

8. Bijlagen

8.1 Bijlage Resultaten CVRM zorg 2015

Volgens de landelijke benchmark van Ineen

Indicatoren HVZ	Landelijk gem 2015	ECT 2015	ECT 2014
Prevalentie: patiënten bekend met HVZ en niet bekend met DM2	4,5	4,6	4,3
% HVZ patiënten met hoofdbehandelaar specialist	25,8	30,3	30,8
% HVZ patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma	7,7	2,2	0,5
% HVZ patiënten in zorgprogramma	55,5	62,7	56,8
% HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma <80 jaar met systolische bloeddruk lager dan of gelijk aan 140 mmHg	71,7	76,8	75,0
% HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma <80 jaar met LDL lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l	54,5	58,4	60,5
% HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode of uitslag nooit ooit is gemeten	83,3	82,2	85,7
% HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode, die roken	18,6	24,9	27,3
% HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie eGFR is bepaald in afgelopen vijf jaar	97,2	99,1	98,8
% HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode	74,5	86,6	85,4

Indicatoren VVR	Landelijk gem 2015	ECT 2015	ECT 2014
Prevalentie: patiënten bekend met VVR en niet bekend met DM2 of HVZ	8,1	7,6	9,9
% VVR patiënten met hoofdbehandelaar specialist	5,9	3,3	2,2
% VVR patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma	8,8	1,2	0,4
% VVR patiënten in zorgprogramma	71,3	75,4	48,7
% VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten	88,0	84,8	81,3
% VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma <80 jaar met systolische bloeddruk lager dan of gelijk aan 140 mmHg	66,5	65,0	69,7
% VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie LDL is bepaald in de afgelopen vijf jaar	96,9	97,2	96,2
% VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma <80 jaar met LDL lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l	28,4	27,9	26,5
% VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode of uitslag nooit ooit is gemeten	84,7	83,2	39,2
% VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode, die roken	13,9	17,3	13,2
% VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie eGFR is bepaald in afgelopen vijf jaar	97,5	98,4	97,9
% VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode	73,9	77,1	69,6

8.2 Bijlage Resultaten Diabetes zorg 2015

Volgens de landelijke benchmark van Ineen

Indicatoren Diabetes	Landelijk gem. 2015	ECT 2015	ECT 2014
Prevalentie: diabetes mellitus type 2	5,1	5,5	5,4
% diabetespatiënten met hoofdbehandelaar specialist	9,8	12,6	11,9
% diabetespatiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma	4,7	2,3	0,4
% diabetespatiënten in zorgprogramma	83,0	83,8	81,9
% diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma <80 jr bij wie LDL B of LDL B is bepaald met LDL-cholesterolwaarde lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l	61,3	66,6	73,0
% diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt	69,1	73,7	74,7
% diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie eGFR is berekend of bepaald	92,6	99,1	99,4
% diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio	87,0	95,2	94,8
% diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd	92,0	98,5	97,9
% diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, die roken	15,6	18,4	18,4
% diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma met een funduscontrole in afgelopen twee jaar	85,6	91,0	91,8
% diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma met een voetonderzoek	87,8	85,0	87,9

8.3 Bijlage Resultaten COPD zorg 2015

Volgens de landelijke benchmark van Ineen

Indicatoren COPD	Landelijk gem. 2015	ECT 201 5	ECT 201 4
Prevalentie: patiënten bekend met COPD	2,1	2,5	2,4
% COPD patiënten met hoofdbehandelaar specialist	25,0	21,6	21,0
% COPD patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma	11,4	3,2	1,4
% COPD patiënten in zorgprogramma	52,8	67,6	68,7
% COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd	68,9	92,8	92,3
% COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie spirometrie is gedaan	68,5	90,9	92,7
% COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie functioneren (MRC of CCQ) is vastgelegd	77,9	95,7	95,9
% COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie mate van bewegen is gecontroleerd	75,3	94,6	94,5
% COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd	83,8	98,0	97,0
% COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd, die roken	39,5	45,7	47,9
% COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is	81,1	97,4	96,6
% COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma 2 of meer stootkuren in de afgelopen 12 maanden	9,4	6,9	4,9