

ECT ZORGAANBODPLAN 2018-2019

HET EERSTELIJNS CENTRUM TIEL: OPTIMALE ZORG

LOKAAL GEORGANISEERD WAAR HET KAN
REGIONAAL WAAR HET NIET ANDERS KAN

Auteurs: Dhr. Drs. R.M.J. Edelbroek, bestuursvoorzitter, huisarts
Dhr. M.R. Leeftang, directeur
Mw. Drs. N. Metzger, manager kwaliteit en zorginnovatie

augustus 2017

Eerstelijns Centrum Tiel
Dodewaardlaan 5-09
4006 EA Tiel

INHOUDSOPGAVE ECT ZORGAANBODPLAN 2018-2019

1.	Inleiding	5
2.	Samenvatting offerte ZAP 2018-2019	6
3.	De bedoeling van het ECT: Optimale zorg	8
3.1	De meerwaarde van het ECT in 13 eigenschappen	9
3.2	Organisatieschets	10
3.3	Governance	11
4.	Multidisciplinaire zorg	13
4.1	Ketenzorg DM/CVRM	14
4.1.1	Meerwaarde zorgprogramma DM/CVRM	14
4.2	Ketenzorg COPD	17
4.2.1	Meerwaarde zorgprogramma COPD	17
4.3		18
4.4	Ketenzorg ASTMA	19
4.4.1	Meerwaarde zorgprogramma ASTMA	19
5.	Zorginnovatie	21
5.1	GGZ in de 1 ^e lijn	22
5.2	Zorg voor kwetsbare ouderen	24
5.3	Palliatieve zorg bij hartfalen	26
5.4	Palliatieve Zorg PATZ groep	27
5.5	Kind Expertise Centrum (KEC)	28
5.6	COPD en ASTMA optimale medicatiestart en therapietrouw	29
5.7	Oncologische Nazorg	30
5.8	COPD Integrale zorg (à la Nijkerk)	31
5.9	Hartfalenprogramma in de 1e lijn	32
5.10	Programma atriumfibrilleren	33
6.	Organisatie en Infrastructuur (O&I)	34
6.1	O&I Multidisciplinaire zorg	34
6.1.1	O&I Ketenzorg DM/CVRM	34
6.1.2	O&I Ketenzorg COPD	35
6.1.3	O&I Ketenzorg ASTMA	35
6.2	O & I Wijk- en regiomanagement	36
6.2.1	O&I Algemeen	36
6.2.2	Zorginnovatie	38
6.2.3	Ondersteuning Zelfzorg	38
7.	Bijlagen	40
7.1	A,B,C-praktijken	40
7.2	Plan van Aanpak Medicatiestart en Therapietrouw COPD/ASTMA	41
7.3	Zorgprogramma ASTMA	42

1. Inleiding

Dit Zorgaanbodplan ontvouwt de plannen en voortgaande ontwikkelingen van het Eerstelijns Centrum Tiel. Dit betreft de geïntegreerde zorg in de regio Tiel van zowel de zorggroep als de zorgcentra. Het ECT bestaat 10 jaar. Wij hebben altijd voorop gelopen op het gebied van zorginnovatie en kwaliteit van zorg in Nederland. Dat willen wij ook de komende jaren blijven doen. Hoe? Dat leest u hier.

In de onzekere tijden, op wereldniveau en op landelijk niveau, gaan wij verder in de ingeslagen richting. Samen met de zorgprofessionals en de zorgverzekeraars.

Hoofdstuk 2 is de managementsamenvatting van het zorgaanbod.

In hoofdstuk 3 leest u de bedoeling van het ECT: Optmale zorg, de meerwaarde van het ECT en de organisatie waarmee wij dit op verantwoorde manier (good governance) kunnen bereiken.

Hoofdstuk 4 gaat over de programmatische multidisciplinaire zorg die het ECT biedt en doorontwikkeld.

Hoofdstuk 5 beschrijft de zorginnovaties die wij met onze partners in Segment 3 willen bereiken.

Hoofdstuk 6 beschrijft de organisatie en infrastructuur die beschikbaar is om de ambities van hoofdstuk 4 en 5 waar te maken.

Hoofdstuk 7 is de begroting van de kosten die nodig zijn om de zorgambities te realiseren

In hoofdstuk 8 zijn de bijlagen opgenomen.

2. Samenvatting offerte ZAP 2018-2019

- Eerstelijns Centrum Tiel

	Prestatie			
segment	titel	code	tarief €	pagina
1				
2	2a: Ketenzorg DM/CVRM +O&I	11625		
	2a: Ketenzorg COPD/ASTMA +O&I			
	GEZ = O&Iwijkmanagement, regiomanagement			
3	Zorg voor kwetsbare ouderen			
	Zorg bij palliatief hartfalen			
	Integrale longzorg			
	Kind Expertise Centrum			
	COPD en ASTMA optimale medicatiestart en therapietrouw			
	Oncologische nazorg		PM	
	Hartfalenprogramma in de 1 ^e lijn		PM	
	Programma Atriumfibrilleren		PM	
	30 minuten bloeddruk meting			

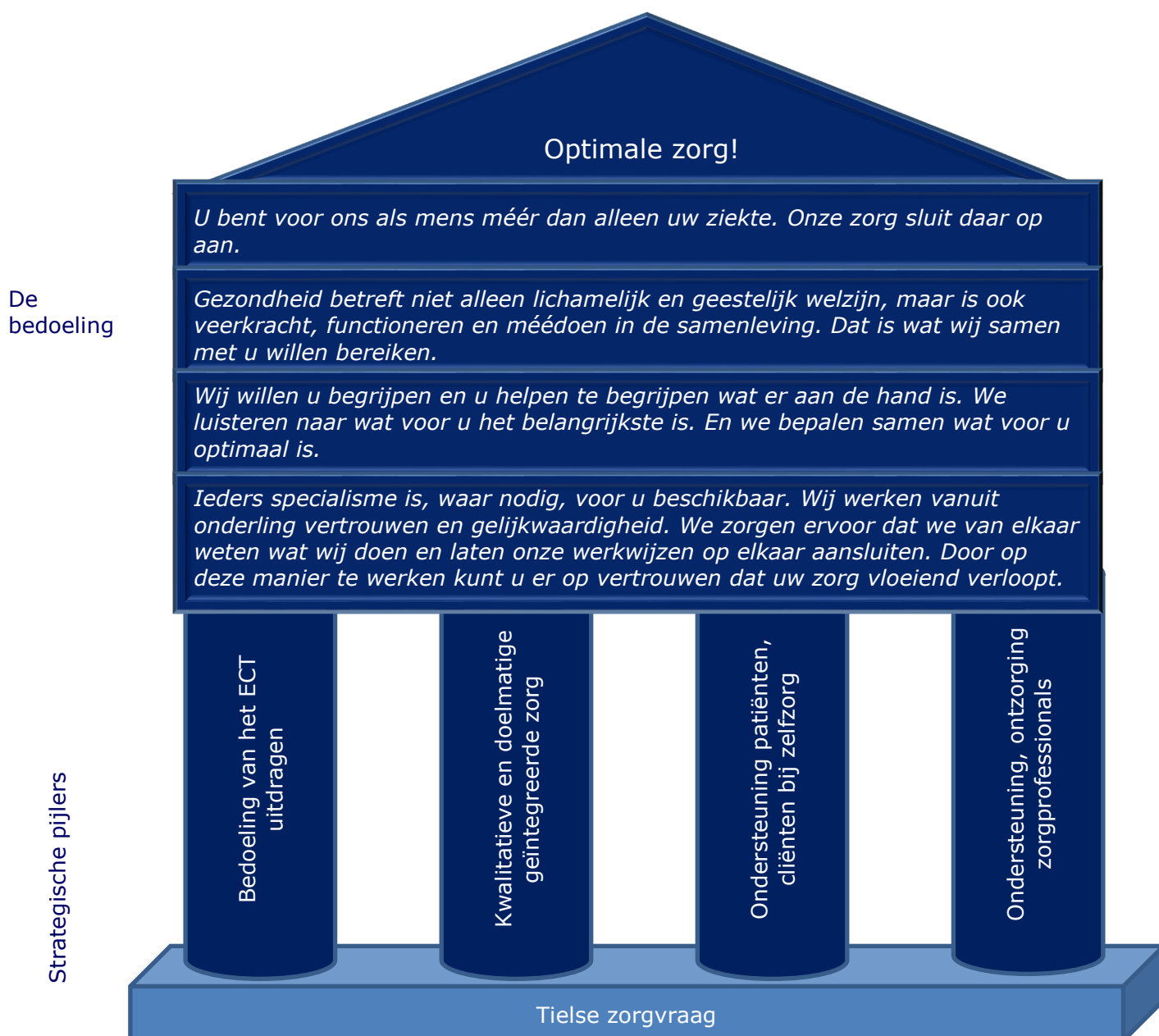
- Contractpartner ECT =
 - Stichting Multidisciplinair Eerstelijns Zorgcentrum Tiel (KvK 11061712)
 - AGB code 53-530087
 - vertegenwoordigd door de heer R.M.J. Edelbroek (voorzitter ECT en huisarts) en de heer M.R. Leeflang, directeur ECT.
- Contractperiode: 1 januari 2018 – 31 december 2019, tenzij anders uitdrukkelijk vermeld
- Documenten voor randvoorwaarden in volgorde van prevalentie
 - NZa Beleidsregel BR/REG-18122 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018
 - Algemene bepalingen multidisciplinaire zorg
 - Menzis Zorginkoopbeleid 2018-2019 huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg
 - Menzis Algemene inkoopvoorwaarden Zorg 2018
- Tarieven zijn exclusief BTW. Op basis van de huidige jurisprudentie gaan wij ervan uit dat er geen BTW berekend dient te worden. Indien dit wél alsnog het geval blijkt te zijn wordt deze verzwaren van de kosten gecompenseerd door de zorgverzekeraars naar rato van het aantal patiënten.

3. De bedoeling van het ECT: Optimale zorg

Het ECT is een netwerkorganisatie ontstaan vanuit huisartsen en apothekers. Binnen deze organisatie zijn professionals werkzaam in twee eerstelijnscentra en op diverse zelfstandig gehuisveste locaties. Ieder werkt ieder met een wijkgerichte focus. Tevens is het ECT een regionale zorggroep die afspraken maakt voor programmatische zorg met zorgverleners in de regio en met zorgverzekeraars. Patiënten merken niets van deze verschillende facetten van het ECT.

De toegevoegde waarde van "gezondheidscentrum" en die van "zorggroep" worden in samenhang georganiseerd rondom de patiënt. Zorgverleners en zorgorganisaties doen dit bij overleggen in formele en informele netwerken. Zorgverleners, stratenmakers, bestuur, directeur, bedrijfsbureau dienen beide functies.

De missie en visie zijn verwoord in De Bedoeling van het ECT: Optimale Zorg.

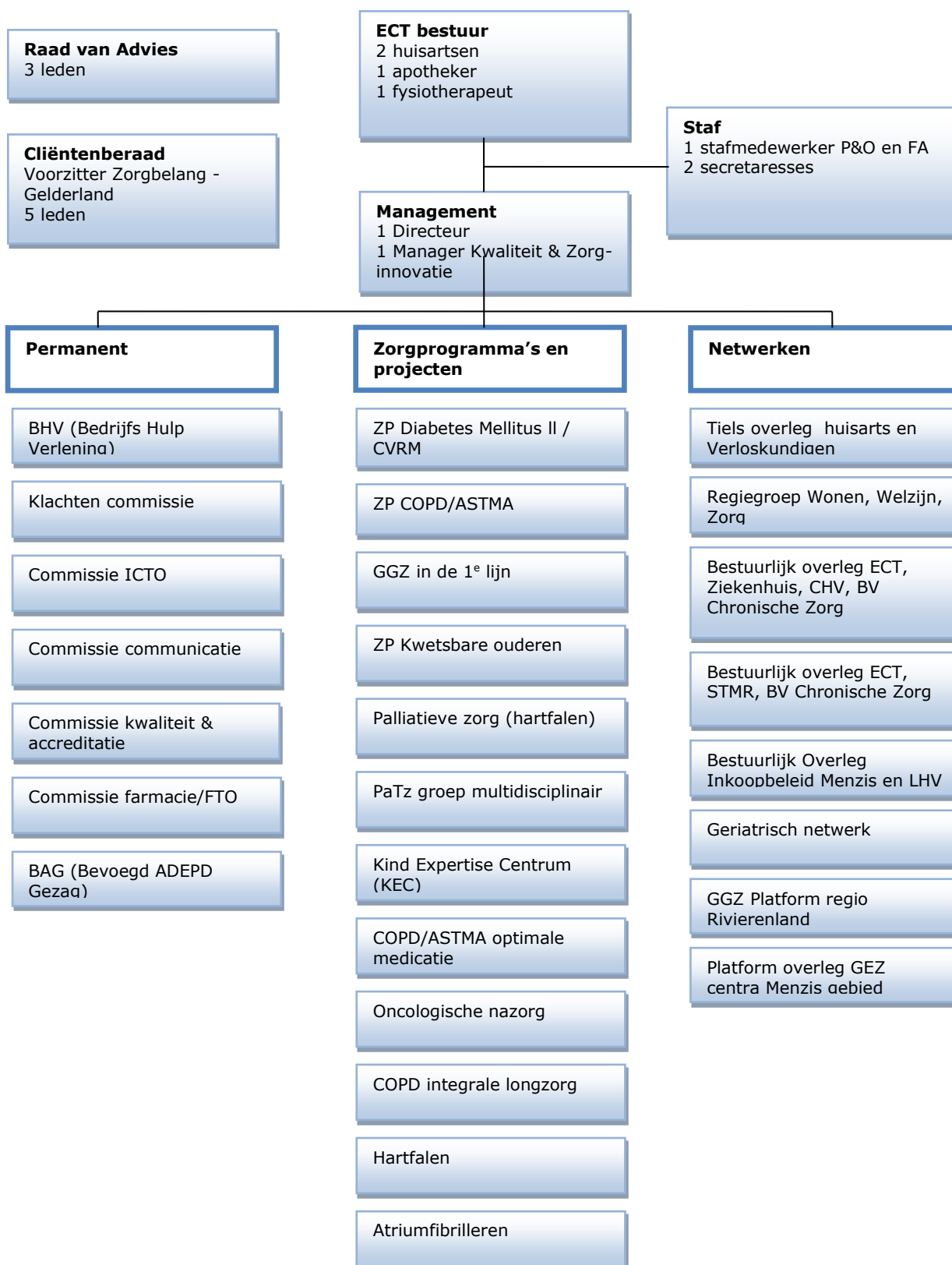


3.1 De meerwaarde van het ECT in 13 eigenschappen

Hoe zijn wij in staat Optimale Zorg te leveren? Kort gezegd door persoonsgerichte zorg lokaal te organiseren waar het kan en regionaal waar het niet anders kan. Dat betekent concreet voor zorgverzekeraars en verzekerden de zekerheid van 14 eigenschappen:

1. Het ECT werkt wijk- of populatiegericht. Zorg wordt ontwikkeld en geboden op grond van kennis over problemen, eigenschappen en kansen van de eigen patiëntenpopulatie.
2. Het ECT werkt – waar nodig, mogelijk en doelmatig – onderling samen in een regio.
3. Het ECT bestaat uit meerdere disciplines, waarvan de huisarts de spil is. Het kwaliteitsbeleid is multidisciplinair. Draagvlak bij, betrokkenheid van en vertrouwen in de huisarts en andere hulpverleners vormt het fundament van de organisatie.
4. Disciplines binnen Het ECT hebben overlappende patiënten populaties.
5. Het ECT heeft organisatievermogen waardoor innovatie, kwaliteitsbeleid en samenhang in de zorg kan worden gestimuleerd, gefaciliteerd en georganiseerd. Zorgprofessionals laten zich ondersteunen door de ECT-organisatie.
6. Zorgprofessionals in Het ECT investeren in kennisname van elkaars aanbod en kwaliteiten, t.b.v. multidisciplinaire samenwerking.
7. Het ECT faciliteert bilateraal en multidisciplinair overleg, dat noodzakelijk is om patiënten met complexe problematiek adequate en samenhangende zorg te bieden.
8. Het ECT faciliteert informeel overleg. Voor zorgverleners is kort bilateraal overleg (=multidisciplinaire patiëntgerichte samenwerking) gemakkelijk en laagdrempelig. Hiervoor zijn verschillende ruimtes aanwezig en wordt regelmatig informeel overleg georganiseerd.
9. Het ECT is een aanspreekbare en actieve partner in de wijk. Zij werkt samen met gemeente, welzijn, aanbieders voor sport en bewegen, scholen en andere lokale en regionale partners voor een optimale (positieve) gezondheid voor de patiënt/burger.
10. Het ECT is een patiëntgerichte organisatie, waarbij gevraagd en ongevraagd advies vanuit de patiëntgeleding is geregeld.
11. Het ECT is in staat tot efficiënte opsporing, analyse en oplossing van lokale problemen.
12. Problemen van patiënten houden zich niet aan indelingen in domeinen of lijnen. Om samenhangende, persoonsgerichte zorg te kunnen leveren, onderhoudt het ECT nauwe samenwerking met het sociaal domein en tweede en derde lijn.
13. Innovaties ontstaan door perspectiefwisseling, door vanuit een nieuw denkkader naar vraagstukken te kijken. Door de multidisciplinaire context en domein overstijgende samenwerking is het ECT al ruim 10 jaar een innovatiecentrum in de eerste lijn.

3.2 Organisatieschets



3.3 Governance

Het ECT is een kleine stichting met minder dan 50 medewerkers in dienstverband werkzaam. De stichting is opgericht door zorgprofessionals die ook het bestuur domineren. Door de geringe omvang is de organisatie in potentie kwetsbaar door het ontbreken van voldoende staf, overhead of toezicht. Voorop staat dat in het ECT de kwaliteit van zorg moet voldoen aan eigentijdse kwaliteits- en veiligheidseisen en dat de waarborgen daarvoor op orde moeten zijn.

De maatschappelijke doelstelling en legitimatie van het ECT is het bieden van goede zorg aan cliënten. Dit eerste principe raakt het bestaansrecht van de zorgorganisatie en geldt daarmee als toetssteen voor de governance van de zorgorganisatie. Deze is omschreven in de Governance Code 2017. Deze code zien wij als richtlijn voor goed bestuur in onze organisatie.

In de Governance code 2017 wordt gesteld:

B.1.1. Kleine zorgorganisaties waar minder dan vijftig medewerkers in dienstverband werkzaam zijn of als zzp-er zorg verlenen, hanteren de principes en praktische bepalingen van de Governancecode Zorg 2017 zoveel mogelijk bij de inrichting van hun governance, maar hoeven deze code niet integraal toe te passen gezien hun specifieke aard, omvang en diversiteit en het veelal ontbreken van een verplicht voorgeschreven toezichthoudend orgaan en/ of formeel medezeggenschapsorgaan.

B.1.2. Kleine organisaties kunnen volstaan met toepassing van principe 1 en, voor zover relevant, principe 2 alsmede de waarborgen en randvoorwaarden voor goede zorg van de overige principes van deze code. Indien de instelling van een toezichthoudend en/of medezeggenschapsorgaan wettelijk niet is voorgeschreven, wordt voorzien in alternatieve vormen van medezeggenschap en invloed van de betrokken belanghebbenden die passen bij de karakteristiek van de kleine organisatie. De organisatie legt verantwoording af over de wijze waarop deze code is toegepast.

Verantwoording voor toepassing van de Governance code

Het ECT werkt niet geheel volgens, maar wel in de geest van, de Governance Code. De alternatieve vormen van zeggenschap zijn in deze paragraaf beschreven. Deze betreffen de inzet van de Raad van Advies, het cliëntenberaad en de functie van directeur en staf.

Twee maal per jaar vindt overleg plaats met het ECT bestuur, de stratenmakers, huisartsen, directeur en staf van het ECT. Het doel is om commitment en draagvlak te creëren bij de huisartsenpraktijken voor gezamenlijk vormgegeven plannen. Dit Zorgaanbodplan is inhoudelijk dan ook geaccordeerd door de huisartsen van het ECT. In dit overleg wordt ook verantwoording afgelegd over het gevoerde beleid en de behaalde resultaten.

Clienttevredenheid wordt continue gemeten en geëvalueerd. In het ECT wordt hiervoor overwegend gebruik gemaakt van Qualiview.

Professionele kwaliteit wordt getoetst door de instituten in de respectievelijke zorgbranches (NPA, HKZ, ISO etc.)

Tips, klachten en complimenten kunnen kenbaar gemaakt worden aan de klachtencommissie via de website of papieren formulieren die in de wachtkamers aanwezig zijn.

Multidisciplinair Bestuur

Het bestuur is multidisciplinair samengesteld en kent de volgende leden:

- Dhr. Drs. R.M.J. Edelbroek, voorzitter, huisarts
- Dhr. Drs. E.G. Bakker, penningmeester, apotheker
- Mw. Drs. A.T.D. Reesink-de Vries, huisarts
- Dhr. G. Verbeek, fysiotherapeut

Per 1 juli 2017 is het ECT bestuur verkleind naar 4 personen. De posities van 2 uittredende huisartsen worden voortsnog niet ingevuld. Wij onderzoeken de mogelijkheid om met een kleiner bestuur te volstaan.

Raad van Advies

De Raad van Advies bestaat uit 3 onafhankelijke, externe, leden:

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

Directeur en staf in dienst van het ECT

Het ECT heeft 5 medewerkers in loondienst:

- | | |
|-------------------------------------|----------|
| • Directeur | 0,95 FTE |
| • Manager kwaliteit & zorginnovatie | 0,84 FTE |
| • Stafmedewerker P&O en FA | 0,21 FTE |
| • 2 Secretariaresses | 1,05 FTE |
| • Totaal | 3,05 FTE |

Stratenmakers en kaderartsen

De ontwikkeling van de zorgprogramma's, ook wel "zorgstraten" genoemd, is in handen van professionals die werkzaam zijn in het ECT. Deze worden intern "(zorg-)Stratenmakers" genoemd. Het ECT kent stratenmakers voor de volgende zorgprogramma's:

- Diabetes Mellitus
- Cardio Vasculair Risicomanagement
- Longzorg
- Zorg voor kwetsbare ouderen
- GGZ in de 1^e lijn

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.

Stratenmakers worden ondersteund door kaderartsen. 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. In twee gevallen zijn de stratenmakers tevens kaderarts (Diabetes Mellitus en GGZ). Er is dus veel kennis in eigen huis.

Clëntenberaad

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.

4. Multidisciplinaire zorg

In dit hoofdstuk beschrijven we het zorgaanbod van het ECT voor de programmatische multidisciplinaire zorg. Dit conform de prestatiebeschrijving van segment 2 in de NZa beleidsregel Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg 2018.

Menzis heeft in haar kaderbrief dd 9 augustus 2017 aangegeven nog niet volgens deze nieuwe systematiek de tarieven te bepalen. Menzis opteert voor gebruikmaking van een overgangsperiode. Dit houdt in:

- Overgangsperiode van 1 jaar voor de vergoeding van kosten voor overhead en infrastructuur (O&I).
- Overgangsperiode van 2 jaar voor de vergoeding van de kosten voor overhead en infrastructuur voor wijk- en regiomanagement.

Patiënten van het ECT profiteren van geprotocolleerde zorg die door de ECT organisatie geborgd wordt. Dit hoofdstuk beschrijft de volgende activiteiten:

- Multidisciplinair zorgprogramma Diabetes Mellitus (DMII)/Cardio Vasculair Risico Management (CVRM);
- Multidisciplinair zorgprogramma COPD;
- Multidisciplinair zorgprogramma ASTMA.

Onderstaande paragrafen beschrijven voor elke ketenzorgprogramma:

1. Probleemschets en doel
2. Triple aim + 1 doelstellingen
3. Speerpunten

4.1 Ketenzorg DM/CVRM

4.1.1 Meerwaarde zorgprogramma DM/CVRM

Het zorgprogramma DM/CVRM is goed ingeburgerd in de huisartspraktijken. De samenwerking met specialisten, diëtisten, podotherapeuten en pedicures verloopt goed. Op verzoek is het volledige zorgprogramma beschikbaar.

Probleem

Hart- en vaatzieken in het algemeen en diabetes in het bijzonder, vormen een groot gezondheidsrisico. Wij hebben die zorg onder de knie, maar de populatie groeit substantieel:

- meer mensen met overgewicht en obesitas
- de leeftijd waarop mensen diabetes krijgen daalt
- door goede zorg leeft men langer mét de aandoening

Doel

De zorg bestaat uit behandeling, voorkomen van complicaties, verbetering van de kwaliteit van leven, vergoten van de zelfredzaamheid en het geven van een steuntje in de rug bij het volhouden van de therapie. Het gaat in de keten niet alleen om het behandelen van een hoge bloeddruk of een verhoogd cholesterol, maar bijvoorbeeld ook om het geven van advies over gezonde voeding en voldoende beweging.

Triple aim + 1 doelstellingen

- De ervaren kwaliteit van zorg wordt verbeterd
 - Door betere ondersteuning van de zelfzorg. (uitvoering Scan & Plan traject gestart in 2017 ism ZelfzorOndersteund en Vilans)
 - Door afstemming tussen zorgverleners onderling over de inhoud van de informatie die met patiënten wordt gedeeld.
 - Doordat patiënten beter begrip krijgen wat hun ziekte inhoudt en hoe ze daarmee om kunnen gaan. (5-minuten info filmpjes)
- Gezondere populatie
 - Door persoonsgerichte aanpak die gekenmerkt wordt door aandacht voor het individu.
 - Door de risico's op het krijgen van hart- en vaatziekten op te sporen en zo klein mogelijk te maken
 - Door reeds aanwezige hart- of vaatziekte niet te laten verergeren.
- Kosten per hoofd van de bevolking
 - Substitutie is reeds gedurende jaren gerealiseerd. Lagere kosten zijn uit te drukken door de reeds bespaarde kosten in de tweede lijn.
- De professional is meer tevreden
 - Door goede zorg en duidelijke afspraken met ketenpartners.
 - Doordat onzinnig "vinken" steeds minder plaats vindt en er meer tijd over is voor aandacht voor de patiënt.

Speerpunten:

De resultaten van de landelijke benchmark zijn voor diabetes (erg) goed en voor CVRM bovengemiddeld. Het grootste verbeterpunt is het rookgedrag van de patiënten. Dit is een speerpunt in 2018. Daarnaast hebben de stratenmakers verbeterpotentieel inzichtelijk gemaakt en als speerpunt gedefinieerd.

A-praktijken

- Alle huisartspraktijken scoren "A-praktijk". Volgens eigen ECT normen worden praktijken beoordeeld op zorginhoudelijk vlak. A-praktijken voldoen aan de eisen, B-praktijken hebben verbeterpotentieel, C-praktijken hebben veel te verbeteren. De gehanteerde eisen zijn opgenomen in bijlage 8.1.

Tiel stopt!

- In 2018 gaan minimaal 100 patiënten van het ECT stoppen met roken. Hiervoor zet het ECT een campagne, een informatiemarkt voor patiënten en een 4-uur durend cursus in. Het ECT-terrein wordt in 2018 rookvrij en partners (ziekenhuis, GGD, gemeente) worden actief betrokken bij een publiekscampagne. Mensen in het zorgprogramma diabetes / CVRM worden persoonlijk en multidisciplinair gestimuleerd aan de stop-cursus (81% slagingspercentage na 1 jaar, gemeten door 3 universiteiten) deel te nemen.

Persoonsgerichte zorg

In 2018 staat binnen de chronische zorg de persoonsgerichte zorg centraal. Medio 2017 is het Scan en plan traject met begeleiding van Zelfzorg Ondersteund en Vilans gestart. Daarin wordt een plan van aanpak voor de komende jaren uitgewerkt. De initiatieven zijn zowel keten specifiek als keten overstijgend. Bij nieuwe initiatieven worden kwaliteitsindicatoren gehanteerd die zo veel als mogelijk rekening houden met persoonlijk maatwerk. Bij de ontwikkeling van het plan zijn patiëntvertegenwoordigers betrokken.

Uitbreiding 5 minuten POH-info

- Het ECT heeft landelijke de meeste gebruikers bij 5 minuten info. De methodiek heeft zich in de praktijk bewezen. De POH's zijn op de hoogte van 5 minuten POH info en kunnen het programma gemakkelijk bij patiënten met diabetes / CVRM introduceren. Zij stimuleren actief de patiënten om er gebruik van te maken. Voor diabetes en CVRM worden twee verschillende doelstellingen gehanteerd, omdat de module diabetes reeds een jaar in gebruik is en de module CVRM nog in de opstartfase is.
- In totaal maakt 40% van de patiënten met diabetes actief gebruik van 5 minuten info. Van de gebruikers heeft 80% 3 of meer educatieblokjes gevolgd.
- Eind 2018 maakt 20% van de patiënten in het zorgprogramma CVRM actief gebruik van 5 minuten info en hebben 3 of meer blokjes educatie gevolgd.

DOAC's

- De huisartsen beoordelen op patiëntniveau de mogelijkheden van DOAC's. Indien de patiënt tot de geschikte groep behoort, informeren zij de patiënt over de voordelen. Dit zijn een vaste dosering waardoor INR-controles niet meer nodig zijn en een consistent beeld van minder hersenbloedingen.
- Jaarlijks wordt het DOAC-gebruik geëvalueerd en aan de belanghebbenden gepresenteerd.

Ondersteuning IZP

Dit jaar zijn positieve ervaringen met de individuele zorgplanning opgedaan. Met name voor mensen met diabetes met persoonlijke streefdoelen kan het IZP een toegevoegde waarde hebben. Alle patiënten die behoefte hebben aan een individueel zorgplan, kunnen daarvan gebruik maken. Hun prioriteiten en doelstellingen worden met de ketenpartners gedeeld. Ook heeft de patiënt zelf de mogelijkheid het IZP digitaal in te zien en opmerkingen te plaatsen.

- Bij 50% van de patiënten met diabetes heeft gedurende het jaar een evaluatie van het IZP plaatsgevonden.

Deelname Diabetes Challenge

De diabetes challenge is het project van 2017 en de resultaten zijn overweldigend. In 2018 wordt het project voortgezet. Daarbij wordt het train-de-trainer principe gehanteerd en worden deelnemers van 2017 als ervaringsdeskundige voor de deelnemers van 2018 ingezet. Ook zoekt de ECT de samenwerking met de lokale sportaanbieders op om de diabetes challenge in het bestaande sportaanbod te integreren.

- In totaal nemen 150 patiënten namens het ECT aan de Diabetes Challenge deel.
- Bij start van de Diabetes Challenge is bij alle patiënten de bloeddruk en gewicht gemeten.
- Bij start van de Diabetes Challenge heeft 75% van de deelnemers een vragenlijst mbt kwaliteit van leven en depressie ingevuld.

- Aan het eind van de Diabetes Challenge is bij 75% de bloeddruk en het gewicht gemeten.
- Aan het eind van de Diabetes Challenge heeft 50% van de deelnemers een vragenlijst mbt kwaliteit van leven en depressie ingevuld

Verwijzing van patiënten met 4dd insuline naar diëtiste

- Aan het eind van 2018 is 90% van de patiënten met 4dd naar de diëtiste verwezen.

Goede begeleiding bij chronische nierschade

Patiënten met een chronische nierschade krijgen in 2018 extra aandacht. Indien nodig, vindt aanvullend laboratoriumonderzoek plaats. De huisarts consulteert (indien gewenst) de internist-nefroloog over de aanvullende diagnostiek, behandeling, controles en eventuele maatregelen.

- Laboratoriumbepaling bij patiënten jonger dan 65 jaar én eGFR 45- 60 ml/min/1,73m² is bij 20% Hb, K, Ca, serumalbumine, PO₄, PTH, albuminurie bepaald.
- Laboratoriumbepaling bij patiënten ouder dan 65 jaar én eGFR 30- 45 ml/min/1,73m² is bij 20% Hb, K, Ca, serumalbumine, PO₄, PTH, albuminurie bepaald.
- Patiënten met een nierschade worden continu gemonitord. Indien nodig worden zij volgens de LTA /RTA nierschade verwezen of vindt een verwijzing plaats.

Monitoren risicogroep met zwangerschapsdiabetes

Vrouwen die een zwangerschapsdiabetes hebben doorgemaakt, worden structureel gemonitord.

- jaarlijks monitort de huisarts de bloedglucose bij vrouwen met zwangerschapsdiabetes (gedurende vijf jaar na ontstaan)
- na vijf jaar monitort de huisarts in een cyclus van 3 jaar de bloedglucose bij vrouwen die zwangerschapsdiabetes hadden.

4.2 Ketenzorg COPD

4.2.1 Meerwaarde zorgprogramma COPD

Het zorgprogramma COPD is goed ingeburgerd in de huisartspraktijken. De samenwerking met specialisten, diëtisten en fysiotherapeuten verloopt goed. Op verzoek is het volledige zorgprogramma beschikbaar.

Probleem

- COPD is niet te genezen. Plotselinge verergeringen veroorzaken grote mate van benauwdheid van patiënten. Jaarlijks worden in Nederland 30.000 mensen in het ziekenhuis opgenomen als gevolg van exacerbaties (cijfers 2010).

Doel

- Door de programmatische zorg verminderen de klachten en vertraagd de achteruitgang.
- Ook proberen we plotselinge verslechtingen te voorkomen en het inspanningsvermogen van patiënten te verbeteren.

Triple aim + 1 doelstellingen

- De ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd
 - Door het reduceren van het aantal exacerbaties door middel van betere ziektemanagementondersteuning. Patiënten krijgen o.a. een persoonlijk educatieprogramma, afgestemde inhalatiemedicatie en goede ondersteuning bij het gebruik daarvan.
 - Door een wetenschappelijk onderbouwd formularium dat alle professionals in de regio hanteren. De patiënt krijgt een optimaal medicatiebeleid.
- Gezondere populatie
 - Door het voorkomen van exacerbaties.
 - Door het stimuleren van zelfzorg van patiënten (denk aan leefstijl en stoppen met roken).
- Lagere kosten per hoofd van de bevolking
 - Substitutie is reeds gedurende jaren gerealiseerd. Lagere kosten zijn uit te drukken door de reeds bespaarde kosten in de tweede lijn.
- De professional is meer tevreden
 - Door de goede ondersteuning kan de professional zijn aandacht op de patiënt richten;
 - Doordat alle longpatiënten geregistreerd worden in PortaVita

Speerpunten:

Voor COPD zijn de resultaten van de landelijke benchmark erg goed. Het grootste verbeterpunt voor COPD is (net als voor de andere zorgprogramma's) het rookgedrag van de patiënten. Daarom is dit als aandoening overstijgend speerpunt gekozen.

A-praktijken

- Alle huisartspraktijken scoren "A-praktijk". Volgens eigen ECT normen worden praktijken beoordeeld op zorginhoudelijk vlak. A-praktijken voldoen aan de eisen, B-praktijken hebben verbeterpotentieel, C-praktijken hebben veel te verbeteren. De gehanteerde eisen zijn opgenomen in bijlage 8.1.

Tiel stopt!

- In 2018 gaan minimaal 100 patiënten van het ECT stoppen met roken. Hiervoor zet het ECT een campagne, een informatiemarkt voor patiënten en een 4-uur durend cursus in. Het ECT-terrein wordt in 2018 rookvrij en partners (ziekenhuis, GGD, gemeente) worden actief betrokken bij een publiekscampagne. Mensen in het zorgprogramma COPD worden persoonlijk en multidisciplinair gestimuleerd aan de stop-cursus (81% slagingspercentage na 1 jaar, gemeten door 3 universiteiten) deel te nemen.

Exacerbaties verminderen

In 2018 vinden meerdere initiatieven plaats om exacerbaties bij patiënten met COPD te voorkomen. Om dit te bereiken, focussen de ketenpartners op een goede registratie volgens de nieuwe GOLD-richtlijn, het project optimale medicatiestart & therapietrouw en de integrale COPDzorg.

- in 2018 hanteren alle huisartsen de registratie volgens de nieuwe GOLD-richtlijn.
- bij 100 patiënten is de medicatie opnieuw afgestemd en de therapietrouw verbeterd.

Persoonsgerichte zorg

In 2018 staat binnen de chronische zorg de persoonsgerichte zorg centraal. Medio 2017 is het Scan en plan traject met begeleiding van Zelfzorg Ondersteund en Vilans gestart. Daarin wordt een plan van aanpak voor de komende jaren uitgewerkt. De initiatieven zijn zowel keten specifiek als keten overstijgend. Bij nieuwe initiatieven worden kwaliteitsindicatoren gehanteerd die zo veel als mogelijk rekening houden met persoonlijk maatwerk. Bij de ontwikkeling van het plan zijn patiëntvertegenwoordigers betrokken.

5 minuten info filmpjes

Patiënten geven vaak aan dat zij tijdens een consult overladen worden met informatie en dat het lastig is om alles te onthouden. Vanuit de spreekkamer gaat de patiënt met informatie, goede adviezen en tips naar huis. Eenmaal thuis heeft de patiënt weinig ondersteuning. Door de patiënt in de thuissituatie beter te faciliteren, o.a. met betrouwbare en begrijpelijke informatie (tekst en video's), en een laagdrempelige en beveiligde manier om contact op te nemen, wordt deze beter in staat gesteld meer regie over zijn gezondheid te nemen.

- Eind 2018 maakt 15% van de patiënten in het zorgprogramma COPD actief gebruik van 5 minuten info en hebben 3 of meer blokjes educatie gevolgd.

4.3

4.4 Ketenzorg ASTMA

4.4.1 Meerwaarde zorgprogramma ASTMA

Het zorgprogramma astma is nieuw als DBC. De huisartspraktijken hebben het HIS "op orde". Dat betekent dat alle patiënten die in het ketenzorgprogramma geïnccludeerd worden, de diagnose astma hebben en aan de inclusiecriteria van Ineen voldoen. Op verzoek is het volledige zorgprogramma beschikbaar.

Probleem

- Veel mensen hebben astma (600.000 in 2015). De patiënten met astma hebben last van benauwdheid bij dagelijkse bezigheden. Ook hebben zij een slechtere kwaliteit van leven en zijn minder gelukkig. Meer dan de helft van de patiënten hebben hun astmacontrole niet goed onder controle; zij maken vaker gebruik van de huisartsenpost of worden opgenomen in het ziekenhuis (jaarlijks 8.000 patiënten opnames vanwege astma).

Doel

- Door de programmatische zorg verminderen de klachten en vertraagd de achteruitgang.
- Ook proberen we plotselinge verslechtingen te voorkomen en
- het inspanningsvermogen van patiënten te verbeteren.

Triple aim + 1 doelstellingen

- De ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd
 - Door betere zelfmanagementondersteuning van de patiënt
- Gezondere populatie
 - Door het bereiken van geen of weinig klachten bij normale dagelijkse activiteiten en tijdens slapen
 - Door beter zelfmanagement doordat de uitlokkende factoren bekend zijn en zoveel mogelijk vermeden of bestreden worden.
 - Door vroegtijdig herkennen en behandelen van exacerbaties
 - Door het bereiken of behouden van een optimale en stabiele longfunctie
 - Door een normaal leeftijdsadequaat activiteitsniveau.
- Lagere kosten per hoofd van de bevolking
 - Door minder exacerbaties
 - Door minder verwijzingen longarts
 - Door juiste medicatie voor de patiënt
 - Door minder verwijzingen naar de longarts
- De professional is meer tevreden
 - Door een patiënt die stabiel is
 - Door een goede ketenaanpak en passende zorg

Speerpunten

A-praktijken

- Alle huisartspraktijken scoren "A-praktijk". Volgens eigen ECT normen worden praktijken beoordeeld op zorginhoudelijk vlak. A-praktijken voldoen aan de eisen, B-praktijken hebben verbeterpotentieel, C-praktijken hebben veel te verbeteren. De gehanteerde eisen zijn opgenomen in bijlage 8.1.

Exacerbaties verminderen

- In 2018 vinden meerdere initiatieven plaats om exacerbaties bij patiënten met astma registreren, meten en voorkomen. Een belangrijk innovatief project start in het najaar van 2017. Zie paragraaf 6.6 Optimale medicatiestart en therapietrouw.

Tiel stopt!

- In 2018 gaan minimaal 100 patiënten van het ECT stoppen met roken. Hiervoor zet het ECT een campagne, een informatiemarkt voor patiënten en een 4-uur durend cursus in. Het ECT-terrein wordt in 2018 rookvrij en partners (ziekenhuis, GGD, gemeente) worden actief betrokken bij een publiekscampagne. Mensen in het zorgprogramma COPD worden persoonlijk en multidisciplinair gestimuleerd aan de stop-cursus (81% slagingspercentage na 1 jaar, gemeten door 3 universiteiten) deel te nemen.

Persoonsgerichte zorg

In 2018 staat binnen de chronische zorg de persoonsgerichte zorg centraal. Medio 2017 is het Scan en plan traject met begeleiding van Zelfzorg Ondersteund en Vilans gestart. Daarin wordt een plan van aanpak voor de komende jaren uitgewerkt. De initiatieven zijn zowel keten specifiek als keten overstijgend. Bij nieuwe initiatieven worden kwaliteitsindicatoren gehanteerd die zo veel als mogelijk rekening houden met persoonlijk maatwerk. Bij de ontwikkeling van het plan zijn patiëntvertegenwoordigers betrokken.

5. Zorginnovatie

Dit hoofdstuk beschrijft de vernieuwingsprojecten die in de Tiel én in de regio Rivierenland plaatsvinden waar tijd en inspanning van ECT professionals aan de orde is.

De innovatiekracht van het ECT is hoog door de grote mate van betrokkenheid en enthousiasme van de professionals.

Financiering van de ontwikkeling geschiedt vanuit de O&I gelden tenzij hier een specifiek innovatieproject voor is aangevraagd (segment 3).

De **vergoeding van de feitelijke zorg** geschiedt volgens onderstaande stappen:

1. via de reguliere betaaltitels
2. aanvullende financiering vanuit innovatiegelden in segment 3
3. tijdelijke project financiering vanuit O&I gelden

	Reguliere betaaltitels	Innovatie S3 (zorg)	O&I (overhead)
GGZ in de 1 ^e lijn	POH-GGZ		
Zorg voor kwetsbare ouderen	Declaratie HA		
Palliatieve Zorg (hartfalen)		X	X
PaTz groep			X
Hartfalen in de 1 ^e lijn		X	
Kind Expertise Centrum		X	X
COPD en ASTMA optimale medicatiestart/therapietrouw		X	X
Oncologische nazorg		X	X
Integrale longzorg		X	X
Hartfalen		X	X
Atriumfibrilleren		X	X

5.1 GGZ in de 1^e lijn

Probleem

- In Tiel hebben veel mensen psychische problemen. Ook zijn er veel mensen die behoefte hebben aan gespecialiseerde GGZ-zorg. Door lange wachttijden en het terugsturen van patiënten van de gespecialiseerde GGZ naar de huisarts, is er een toenemende zorgvraag aan GGZ-zorg binnen de huisartsenzorg. Tegelijk wordt de zorgvraag van de patiënt complexer. Dit vraagt om een hoog expertiseniveau, een goede organisatie en een goede samenwerking met de betrokken partners.

Triple aim + 1 doelstellingen

- De ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd
 - Doordat er afgestemde zorgprogramma's voor specifieke patiëntengroepen zijn, zoals voor patiënten met een ernstige psychische aandoening of patiënten met ADHD;
 - Doordat patiënten in hun thuisomgeving complementair aan de begeleiding van de POH-GGZ online behandelprogramma's kan volgen;
 - Doordat de huisartsen en POH-GGZ hoogwaardige zorg bieden door een goede ondersteuning van de kaderhuisarts en de consultatiemogelijkheid van de psychiater.
- Gezondere populatie
 - Doordat de kaderhuisarts kritisch naar een optimale behandeling van mensen met psychische problemen kijkt en jaarlijks nieuwe verbeteractiviteiten worden geïnitieerd, kan een groot deel van de patiëntenpopulatie binnen de 1^e lijn geholpen worden en terugval voorkomen worden.
 - Doordat in het FTO regelmatig GGZ-gerelateerde medicatie besproken wordt, beschikken huisartsen over een actuele medicatiekennis die de patiënt ten goede komt.
 - Doordat zorgverleners alert zijn op suïcidaal gedrag en weten hoe zij dit het beste met de patiënt kunnen bespreken, bieden zij goede suïcide preventie. Er is extra aandacht voor onderbelichte risicogroepen, zoals jongeren en mantelzorgers.
- Lagere kosten per hoofd van de bevolking
 - Door goede stuur- en managementinformatie uit ZorgIQ wordt de route van de patiënt inzichtelijk en kunnen groeiende aantallen in de 1^e lijn afgezet worden tegen hogere behandelkosten in de 2^e lijn.
 - Door afgestemd medicatiebeleid voor specifieke doelgroepen, kunnen hogere medicatiekosten en ongewenste bijwerkingen (mogelijke zorgkosten) voorkomen worden.
- De professional is meer tevreden
 - Door de goede ondersteuning kan de professional zijn aandacht op de patiënt richten.
 - Doordat voor de GGZ gebruik wordt gemaakt van een keteninformatie, kunnen zorgprofessionals beter hun regierol vervullen, beschikken over alle benodigde informatie en kunnen patiënten optimaal begeleiden.
 - Doordat het ECT goede samenwerkingsafspraken met partners maakt en deze structureel evalueert, worden eventuele problemen voorkomen of verholpen en groeit de samenwerking.
 - Doordat de huisartsen als een van de eerste regio's aan een kwaliteitsaudit voor de GGZ meewerken, hebben zij goed zicht op de kwaliteit en kunnen eventuele verbeterpunten meteen oppakken.

Speerpunten

- Uitbreiding zorgprogramma voor stabiele patiënten met een ernstig psychische aandoening.
- De samenwerking met het sociale domein versterken.
- Zorgverleners van goede keteninformatie voorzien, zodat zij hun behandeling optimaal kunnen afstemmen.
- Bestuur van goede stuur- en managementinformatie voorzien.
- Training om optimaal met lastige situaties in het cliëntencontact om te gaan.

5.2 Zorg voor kwetsbare ouderen

Probleem

Een deel van de ouderen wordt kwetsbaar hetgeen betekent dat zij op den duur onmogelijk nog zelfstandig thuis kunnen wonen. Het aantal beschikbare plaatsen in verpleeg- en verzorgingstehuizen is minder. Mensen zijn genoodzaakt om langer thuis te wonen. Kwetsbare ouderen krijgen niet altijd die op elkaar afgestemde zorg en aandacht die nodig is om hen zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen.

Het opleidingsniveau voldoet momenteel niet geheel aan de eisen die Menzis stelt tav Verpleegkundige niveau 5.

Doel

Triple aim + 1 doelstellingen

- De ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd
 - Kwetsbare ouderen ervaren dat zij langer thuis kunnen wonen met zoveel mogelijk regie over hun eigen leven.
 - Doordat de zorg samenhangend is georganiseerd. Kenmerken van deze samenhang zijn
 - Systematische aanpak met aandacht voor alle aspecten (sociaal, emotioneel, medisch en psychisch)
 - Multidisciplinair aanbod van zorg, welzijn en behandeling
 - Doordat er één vast aanspreekpunt is voor oudere en mantelzorger(s), de casemanager
- Gezondere populatie
 - Door het bereiken van een hogere leeftijd, kan het juist zinvol om medicatie af te bouwen. Door een structureel polyfarmacie check bij kwetsbare ouderen kunnen onnodige bijwerkingen voorkomen worden.
- Lagere kosten per hoofd van de bevolking
 - Door het minder insturen van kwetsbare ouderen naar verpleeg- of ziekenhuis
- De professional is meer tevreden
 - Door een goede definitie van het begrip kwetsbare oudere
 - Leeftijd > 75
 - Kwetsbaarheid toetsen: GFI -> Easycare, grens: 4
 - Doordat de huisarts in beeld heeft welke ingeschreven patiënten (potentieel) kwetsbaar zijn
 - Doordat kwetsbaren in beeld blijven van de huisarts en niet weer van de radar verdwijnen
 - Door (bij naam) bekende persoonlijke casemanager
 - Door MDO
 - Doordat er een duidelijk programma is
 - Doordat de verschillende professionals (POH-O, Wijkverpleegkundigen, SOG, Welzijn) werken volgens een gestandaardiseerde wijze en op het juiste niveau
 - Assessment voor aanwezige POH-O
 - Doordat alle betrokken POH-O voldoen aan de selectie eisen van Menzis.
 - Doordat de POH-O goed worden aangestuurd door de huisarts
 - Doordat de financiering integraal op elkaar afgestemd is
 - Doordat de SOG altijd goed bereikbaar is voor de huisarts

Speerpunten

Persoonsgerichte zorg

In 2018 staat binnen de chronische zorg de persoonsgerichte zorg centraal. Medio 2017 is het Scan en plan traject met begeleiding van Zelfzorg Ondersteund en Vilans gestart. Daarin wordt een plan van aanpak voor de komende jaren uitgewerkt. De initiatieven zijn zowel keten specifiek als keten overstijgend. Bij nieuwe initiatieven worden kwaliteitsindicatoren gehanteerd die zo veel als mogelijk rekening houden met persoonlijk maatwerk. Bij de ontwikkeling van het plan zijn patiëntvertegenwoordigers betrokken.

Betere bewaking kwetsbaarheid

In 2017 worden rond 200 kwetsbare ouderen begeleidt. Dit is een zeer selecte groep – afgezet tegen de grootte van het ECT, de toenemende vergrijzing en het feit dat steeds meer ouderen thuis wonen.

In 2018 bespreken huisartsen en praktijkondersteuners ieder kwartaal de groep kwetsbare ouderen en de instabiele groep om goed zicht te hebben op (mogelijke) kwetsbaarheid. Er vindt geen screening plaats, wel is er sprake van alerte casefinding. Daarbij worden ook ketenpartners gevraagd signalen actief te delen met de huisarts. Hierdoor zal het aandeel geïnccludeerde ouderen in 2018 tot 250 à 300 toenemen.

Projecten 2018

- **ELV**

Het ECT heeft in 2017 samen met een aantal partners de eerstelijnsbedden ingericht en goede samenwerkingsafspraken gemaakt. Binnen de regio kunnen kwetsbare patiënten tijdelijk opgevangen worden in een eerstelijns bed. Patiënten kunnen gebruik maken van het eerstelijnsverblijf vanwege een medische noodzaak, in verband met geneeskundige zorg, als het thuis nog niet gaat (terugkeer na herstel) of niet meer gaat (de levensverwachting korter is dan 3 maanden). Alle zorgverleners beschikken over een overzichtelijke stroomschema en een telefoonnummer, zodat zij een patiënt kunnen aanmelden. De samenwerkingspartners evalueren regelmatig de gang van zaken, zodat patiënten van optimale zorg verzekerd zijn. In 2018 helpt het ECT patiënten en mantelzorgers over de beschikbaarheid van eerstelijnsbedden te informeren, zodat ze zelf aan de bel kunnen trekken als het niet meer gaat.

- **Transmurale Zorgbrug**

Kwetsbare ouderen hebben een verhoogd risico op functieverlies na een ziekenhuisopname. In totaal wordt 20% van de ouderen na een ziekenhuisopname opnieuw opgenomen. Daarnaast overlijdt 30% van de ouderen binnen 30 dagen na ontslag. Tevens zijn deze mantelzorgers zwaar belast.

De transmurale zorgbrug focust op een verbeterde ziekenhuiszorg, begeleide overgang naar huis en systematische nazorg. Het ECT heeft samen met Zorgbelang (als patiëntvertegenwoordiger), het ziekenhuis, STMR en de zorggroep Rivierenland onder begeleiding van Stichting OOGG een regionale zorgbrug ontwikkelt. Eind 2017 wordt de werkwijze geïmplementeerd en in 2018 verder verankerd.

- **Geriatrisch netwerk**

Voor goede ouderenzorg zijn de partners en het op peil houden van de deskundigheid onmisbaar. Middels het geriatrisch netwerk wisselen zorgverleners hun expertise uit en vergroten hun netwerk. Het ECT draagt actief bij aan het netwerk. Tips worden binnen de organisatie gedeeld en in het aanbod verwerkt.

5.3 Palliatieve zorg bij hartfalen

Probleem

Eindigheid van het eigen leven heeft niet altijd een plek in het bewustzijn van mensen waardoor zij mogelijkheden missen voor een betere kwaliteit in de laatste periode tot aan de dood. Mensen worden soms in de terminale fase opgenomen omdat pijn en benauwdheidsklachten niet onder controle zijn. Mantelzorgers worden daardoor zwaarder belast dan nodig.

Betrokken professionals werken naast elkaar en niet altijd mét elkaar waardoor er onduidelijkheid en onzekerheid bij de patiënt ontstaat.

Triple aim + 1 doelstellingen

- De ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd
 - Doordat iedereen werkzaam in de zorg beschikt over goede basiskennis over palliatieve zorg (inclusief sociale en spirituele dimensie)
 - Doordat er éénduidige voorlichting wordt gegeven door alle betrokken professionals
 - Doordat er time-out-gesprekken met patiënten en betrokken specialist(en) plaats vinden. Hierdoor heeft de patiënt een goed idee waar hij staat/ wat de mogelijkheden zijn of het gebrek daaraan.
 - Doordat de huisarts in de terminale fase op de hoogte en bereikbaar is
 - Doordat de patiënt een vast aanspreekpunt, "buddy", heeft in de apotheek
 - Doordat de mantelzorger minder belast en beter ondersteund wordt
- Gezondere populatie
 - Bij palliatieve patiënten is dit een relatief begrip. Centraal staat met name de kwaliteit van het resterende leven en symptoombestrijding.
- Lagere kosten per hoofd van de bevolking
 - Doordat minder onnodige of ongewenste opnames plaatsvinden in de 2e lijn
 - Doordat minder medicatie nodig is in palliatieve fase (overleg Apo/HA)
- De professional is meer tevreden
 - Omdat deze geen problemen ervaart die voorkomen hadden kunnen worden
 - Doordat de zorg veel pro-actiever is door advanced care planning
 - Doordat de 24/7 organisatie terminale thuiszorg rust en vertrouwen geeft in crisis situaties
 - Doordat er heldere communicatielijnen zijn tussen huisarts, HAP/thuiszorg/ apotheek (buddy)
 - Doordat er een duidelijke definitie is voor begrippen als palliatieve fase en terminale fase

Speerpunten

- **Verankeren zorgpad**
In 2017 is het zorgpad ontwikkeld en geïmplementeerd. In 2018 vindt een evaluatie van het zorgpad plaats en worden waar nodig bijstellingen gedaan.

5.4 Palliatieve Zorg PATZ groep

Huidige situatie

De PATZ groep (Palliatieve Thuiszorg) heeft een vaste plek in de agenda's van de zorgverleners. Naast huisartsen, wijkverpleegkundige, gespecialiseerd verpleegkundige zijn ook de apothekers een belangrijke discipline van de PATZ groep. Deze multidisciplinaire samenstelling is vrij uniek. De leden kennen elkaar en ieders expertise goed. De afstemming rondom de palliatieve zorg verloopt soepel en vragen kunnen gemakkelijk gesteld worden. De afbouw van medicatie is goed in beeld en wordt door de buddy's optimaal begeleidt. In 2018 worden meer patiënten van de specialisten naar de huisartsen overgedragen.

Triple aim + 1 doelstellingen

- De ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd
 - Door de PATZ groep is er een soepele samenwerking met kortere lijnen tussen de zorgverleners
 - Door een groeiende deskundigheid, krijgen patiënten optimale zorg gedurende de palliatieve fase
- Gezondere populatie
 - Door de aanwezigheid van een PATZ groep wordt de palliatieve zorg vroegtijdig ingezet
 - Door de PATZ groep zijn er minder onnodige ziekenhuisopnamen in de laatste maand van het leven
- Lagere kosten per hoofd van de bevolking
 - Door een vroegere overdracht van de 2^e naar de 1e lijn, zullen de 2^e lijnskosten dalen
- De professional is meer tevreden omdat deze geen problemen ervaart die voorkomen hadden kunnen worden
 - Door de PATZ groep verloopt de samenwerking soepel
 - Door de PATZ groep neemt de deskundigheid toe
 - Door de PATZ groep voelen zorgverleners zich gesteund tijdens de palliatieve zorg en kunnen gemakkelijk overleggen met andere zorgverleners

Speerpunten

Informatiebijeenkomsten voor patiënten

De Patz groep gaat haar expertise in 2018 middels een grote bijeenkomst met patiënten en naasten delen. Het praten over de dood is geen vanzelfsprekendheid en er leven bij patiënten veel vragen en fabels rondom het thema. Tijdens de bijeenkomst vertellen zorgverleners over de dood, wat de palliatieve zorg is en welke mogelijkheden er zijn. Ook is er ruimte voor vragen.

Themabijeenkomsten

Om de expertise door te blijven ontwikkelen, organiseren de PATZ leden themabijeenkomsten. Hierin worden actuele onderwerpen besproken en kennis gedeeld.

5.5 Kind Expertise Centrum (KEC)

Probleem

Kinderen van 0 tot 18 jaar met een multiproblematiek kunnen niet altijd snel terecht voor een goede diagnose. Vaak is het een beperkte diagnose, niet gedaan vanuit een holistische blik. Uitgebreide diagnostiek vindt vaak buiten Tiel (Utrecht, Nijmegen) plaats. Dat betekent reistijd en reiskosten voor de ouders en het kind. Een eventuele behandeling sluit niet altijd goed en snel aan op de diagnose. Ouders missen vaak één aanspreekpersoon wanneer hun kind onder behandeling is van meerdere professionals.

Triple aim + 1 doelstellingen

- De ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd
 - Door een goede afstemming tussen de disciplines is er één casemanager voor de familie gedurende het hele traject
 - Door een multidisciplinair afgestemde anamnese en diagnostiek krijgen de ouders en het kind één plan van aanpak
 - Door de multidisciplinaire aanpak kan het verbetertraject sneller ingezet worden
- Gezondere populatie
 - Door snelle, efficiënte diagnostiek en een snelle start van de behandeling(en) voorkomt het KEC instandhouding of verergering van problematiek bij kinderen en overige gezinsleden. Onnodige gezondheidsproblemen bij de kinderen en betrokken gezinsleden worden voorkomen.
 - Door goede anamnese en diagnostiek gecombineerd met een multidisciplinaire benadering voorkomt het KEC overbehandeling van kinderen.
- Lagere kosten per hoofd van de bevolking
 - Door optimalisering van multidisciplinaire samenwerking en optimaal gebruik maken van de expertise binnen het KEC worden de mogelijkheden van diagnostiek en behandeling in de eerste lijn beter benut en kunnen verwijzingen naar de 2^e lijn voor een deel voorkomen worden.
- De professional is meer tevreden
 - Door een goede afstemming met collega's

Speerpunten

Het KEC heeft 2017 gebruikt om de aanpak te ontwikkelen. In 2018 is het KEC beschikbaar voor alle huisartsen, het wijkteam en de jeugdarts.

5.6 COPD en ASTMA optimale medicatiestart en therapietrouw

Probleem

Meer dan 1/3 van de patiënten met astma en/of COPD is niet therapietrouw. Dit betekent dat ruim een op de drie patiënten zijn onderhoudsmedicatie niet volgens het doseringsadvies gebruikt. Daarnaast blijkt dat veel patiënten met astma hun onderhoudsmedicatie naar eigen inzicht innemen, en dat 30% wel eens vergeet om zijn geneesmiddelen te gebruiken.

Naast therapietrouw is het belangrijk om op te merken dat meer dan 70% van de patiënten belangrijke handelingen met een inhalator incidenteel dan wel frequent verkeerd uitvoeren. Inhalatiefouten, met als gevolg afname van de hoeveelheid geneesmiddel op de doelplaats, heeft een negatieve invloed op klachten, kwaliteit van leven, de kans op exacerbaties en het beloop van astma en COPD.

Doelstelling

Het doel van dit project is therapie(trouw)verbetering bij patiënten met astma/COPD die inhalatiemedicatie gebruiken. Dit willen we bereiken door een gestructureerde medicatiestart gecombineerd met een periodieke (inhalatie)controle. Binnen het project werken apothekersassistentes, huisartsen en praktijkondersteuners nauw samen.

Triple aim + 1 doelstellingen

- De ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd
 - door een meer servicegerichte benadering van patiënten
 - door toetsing van de tevredenheid en opvolging van eventuele knelpunten
- Gezondere populatie
 - door het voorkomen van exacerbaties
 - door een juiste inhalatietechniek
 - door een juiste inhalator
- Lagere kosten per hoofd van de bevolking
 - besparing in de 2^e lijn door minder verwijzingen
 - besparing medicatie (exoten 2^e lijn)
- De professional is meer tevreden
 - Door bevredigen van intrinsieke motivatie om optimale zorg te leveren
 - Door meer therapietrouw en een hoger therapie-effect
 - Door betere ondersteuning van ketenpartners
 - Door betere afstemming van het medicatiebeleid
 - Door beter inzicht in de uitkomstmaten

Speerpunten

- Inclusie patiënten die therapietrouw zijn en 2 of meer exacerbaties hebben gehad

In eerste instantie worden patiënten geselecteerd die therapieontrouw zijn (minder dan 75% therapietrouw) of die 2 of meer exacerbaties in het afgelopen jaar gehad hebben. In totaal nemen 100 patiënten aan het project deel.

5.7 Oncologische Nazorg

Probleem

Oncologische nazorg vindt vooral plaats in het ziekenhuis. Hier ervaart de patiënt lang niet altijd continue en persoonsgerichte zorg. Meerdere mensen zijn betrokken en de patiënt zelf ervaart niet altijd de regie.

Triple aim + 1 doelstellingen

- De ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd
 - Doordat de zorg persoonsgericht en proactief wordt in de 1^e lijn in nauwe samenwerking met het ziekenhuis
 - Doordat de huisarts is gedurende de behandeling beter op de hoogte van de stand van zaken, kan hij tijdig in de informatiebehoefte / ondersteuning van de patiënt voorzien
 - Doordat de patiënt als geheel mens gecontroleerd wordt en niet alleen zijn ziekte (aandacht voor psychisch welbevinden, mantelzorg etc)
- Gezondere populatie
 - Door afgestemde leefstijlbegeleiding
 - Door betere conditie
 - Door een geïntegreerde module ondervoeding
 - Door laagdrempelige psychosociale ondersteuning
- Lagere kosten per hoofd van de bevolking
 - Door minder kosten in de 2^e lijn
 - Door een effectievere behandeling van de co-morbiditeit
- De professional is meer tevreden
 - Door regelmatige contactmomenten met de patiënt

Begroting / Business case COPD oncologische nazorg 2018

De kosten voor dit project worden opgenomen in het regionale samenwerkingsverband met Menzis, Ziekenhuis Rivierenland, Eerstelijns Centrum Tiel en de BV Chronische Zorg Rivierenland.

5.8 COPD Integrale zorg (à la Nijkerk)

Probleem

Longpatiënten ontvangen geen optimale zorg waardoor onnodig exacerbaties voorkomen. Dit leidt vaak tot onnodige ziekenhuisopnames.

Patiënten ervaren dat zij heen en weer gestuurd worden van ziekenhuis naar huisarts en vv. Op beide plekken wordt met verschillende behandelplannen gewerkt waardoor de patiënt onnodig onzeker wordt. Die onzekerheid wordt vergoot door de afwezigheid van één vast aanspreekpunt.

Triple aim + 1 doelstellingen

- De ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd
 - Doordat de patiënt minder tot geen exacerbaties heeft
 - Door betere inhalatie instructie
 - Doordat meer hoogwaardige zorg in de 1^e lijn, dicht bij huis, geleverd wordt
 - Doordat er 1 aanspreekpersoon is die op de hoogte is van alle relevante informatie
 - Doordat er 1 behandelplan is opgesteld door huisarts en longarts in overleg met de patiënt
- Gezondere populatie
 - Door minder exacerbaties per COPD/ASTMA patiënt per jaar
 - Door minder spoedverwijzingen naar het ziekenhuis
 - Door uniform formularium, zonder onnodig gebruik van dure geneesmiddelen
- Lagere kosten per hoofd van de bevolking
 - Besparing in de 2^e lijn door minder verwijzingen
 - Besparing medicatie (exoten 2^e lijn)
- De professional is meer tevreden
 - De apotheek kan de huisartsenpraktijk ontlasten dmv inhalatie instructie en - controle
 - Doordat de professionals goed op de hoogte zijn van de diverse leefstijlinterventies
 - Doordat de schotten in de financiering van 1^e en 2^e lijn zijn opgeheven
 - Door bevredigen van intrinsieke motivatie om optimale zorg te leveren

Begroting / Business case COPD integrale zorgprogramma 2018

De kosten voor dit project worden opgenomen in het regionale samenwerkingsverband met Menzis, Ziekenhuis Rivierenland, Eerstelijns Centrum Tiel en de BV Chronische Zorg Rivierenland.

5.9 Hartfalenprogramma in de 1e lijn

Probleem

Tussen 2011 en 2040 neemt hartfalen met 111% toe. In 2040 lijden daardoor meer dan 275.000 mensen aan hartfalen. Dit vraagt om een andere organisatie van de zorg.

Doel

Optimale begeleiding van patiënten met stabiel hartfalen in de 1^e lijn.

Triple aim + 1 doelstellingen

- De ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd
 - Door een casemanager
 - Door laagdrempelig contact en de mogelijkheid van huisbezoeken
- Gezondere populatie
 - Door een betere kwaliteit van leven
- Lagere kosten per hoofd van de bevolking
 - Door minder kosten in de 2^e lijn
- De professional is meer tevreden
 - Door goede ondersteuning van de zorggroep
 - Door betere afstemming met de specialist

Speerpunten 2018

Ontwikkeling en implementatie van het hartfalen zorgprogramma in de 1^e lijn.
Scholing van de betrokken zorgprofessionals

Begroting / Business case hartfalenprogramma in de 1^e lijn 2018

De kosten voor dit project worden opgenomen in het regionale samenwerkingsverband met Menzis, Ziekenhuis Rivierenland, Eerstelijns Centrum Tiel en de BV Chronische Zorg Rivierenland

5.10 Programma atriumfibrilleren

Probleem

De komende jaren neemt het aantal patiënten met atriumfibrilleren toe, mede door de stijgende levensverwachting. Atriumfibrilleren kan leiden tot ernstige complicaties, zoals een herseninfarct. Ook gaat het vaak gepaard met cardiale problematiek, zoals hartfalen, hypertensie en bijkomende aandoeningen, bijvoorbeeld diabetes of longlijden. Nadat alle cardiologisch relevante interventies hebben plaatsgevonden, kan de patiënt goed in de eerste lijn behandeld worden.

Doel

Ontwikkeling van een regionaal programma atriumfibrilleren. Waarin de samenwerking tussen de 2^e en 1^e lijn goed op elkaar is afgestemd.

Triple aim + 1 doelstellingen

- De ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd
 - Doordat meer hoogwaardige zorg in de 1^e lijn, dicht bij de patiënt, geleverd wordt
 - Doordat er 1 aanspreekpersoon is die op de hoogte is van alle relevante informatie
 - Doordat de huisarts goed zicht heeft op eventuele aandoeningen naast atriumfibrilleren
- Gezondere populatie
 - Doordat de kwaliteit van leven en de therapietrouw van de patiënt goed in beeld zijn en er sneller op anticipeert kan worden
- Lagere kosten per hoofd van de bevolking
 - Doordat goede afspraken over de samenwerking gemaakt worden en onnodige kosten voorkomen worden
- De professional is meer tevreden
 - Door optimale zorg voor de patiënt
 - Door persoonlijker en laagdrempeliger overleg tussen zorgprofessionals
 - Door goede samenwerkingsafspraken met partners
 - Door een naadloze samenwerking tussen cardiologen en huisartsen
 - Door een afgestemde registratie en deskundigheidsbevordering

Speerpunten 2018

Begroting / Business case programma atriumfibrilleren 2018

De kosten voor dit project worden opgenomen in het regionale samenwerkingsverband met Menzis, Ziekenhuis Rivierenland, Eerstelijns Centrum Tiel en de BV Chronische Zorg Rivierenland.

6. Organisatie en Infrastructuur (O&I)

In dit hoofdstuk beschrijven we de organisatie en infrastructuur van het zorgaanbod van het ECT voor respectievelijk de multidisciplinaire zorg en het wijk- en regiomanagement. Dit in lijn met de prestatiebeschrijving van segment 2 in de NZa beleidsregel Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg 2018.

- O&I multidisciplinaire zorg: Organisatorische activiteiten en benodigde infrastructuur om de ketenzorg mogelijk te maken en te borgen;
- O&I wijk- en regiomanagement: Organisatorische activiteiten en benodigde infrastructuur om de multidisciplinaire samenwerking te optimaliseren op wijk- en regioniveau.

6.1 O&I Multidisciplinaire zorg

Om de multidisciplinaire zorg (ketenzorg) mogelijk te maken, up-to-date te houden en de kwaliteit te borgen zijn investeringen nodig voor de organisatie en infrastructuur van de ketenzorg.

Sommige kosten zijn lineair afhankelijk van het aantal geïnccludeerde patiënten. Andere kostenposten niet. In de nieuwe systematiek worden alle kosten teruggerekend naar het totaal aantal ingeschreven patiënten. Deze vorm van populatiebeposting is nieuw. ECT en Menzis spreken af deze nieuwe systematiek halfjaarlijks te evalueren en waar nodig aan te passen.

6.1.1 O&I Ketenzorg DM/CVRM

Ontwikkeling	Doorontwikkeling van het zorgprogramma vindt plaats in de Commissie Zorginnovatie DM/CVRM. Deze commissie wordt bemand door zorgverleners van het ECT, het ziekenhuis Rivierenland en de BV Chronische Zorg. Vanuit het ECT nemen hierin deel de manager zorginnovatie, 2 statenmakers (DM en CVRM) en 2 POH's.
Vacatiegelden	voor de zorgprofessionals die werkzaam zijn in het ECT
Deskundigheidsbevordering	jaarlijkse actualiteiten nascholing, verplichte nascholingen
Kaderarts	Drs. M.J.H. Huls (kosten voor rekening BV Chronische Zorg)
Keteninformatiesysteem (KIS)	PortaVita
Declaratie	Calculus
Overige overhead	congres/studiereis/literatuur/abonnementen

6.1.2 O&I Ketenzorg COPD

Ontwikkeling	Doorontwikkeling van het zorgprogramma vindt plaats in de Commissie Zorginnovatie COPD. Deze commissie wordt bemand door zorgverleners van het ECT, het ziekenhuis Rivierenland en de BV Chronische Zorg. Vanuit het ECT nemen hierin deel de manager zorginnovatie, 1 statenmaker en 1 POH.
Vacatiegelden	voor de zorgprofessionals die werkzaam zijn in het ECT
Deskundigheidsbevordering	jaarlijkse actualiteiten nascholing, verplichte nascholingen
Kaderarts	Drs. K. Janssen (kosten voor ECT)
Keteninformatiesysteem (KIS)	PortaVita
Declaratie	Calculus
Overige overhead	congres/studiereis/literatuur/abonnementen

6.1.3 O&I Ketenzorg ASTMA

Ontwikkeling	Ontwikkeling van het zorgprogramma vindt plaats in de ECT werkgroep COPD/ASTMA. Deze commissie wordt bemand door de manager zorginnovatie en zorgverleners van het ECT: 1 statenmaker 1 POH.
Vacatiegelden	voor de zorgprofessionals die werkzaam zijn in het ECT
Deskundigheidsbevordering	jaarlijkse actualiteiten nascholing, verplichte nascholingen
Kaderarts	Drs. K. Janssen (kosten voor ECT)
Keteninformatiesysteem (KIS)	PortaVita
Declaratie	Calculus
Overige overhead	congres/studiereis/literatuur/abonnementen

6.2 O & I Wijk- en regiomanagement

6.2.1 O&I Algemeen

Het ECT draagt zorg voor:

Personeel

Het personeel van het ECT bemant het "bedrijfsbureau" van het ECT.

Bestuur

Het bestuur is verkleind van 6 naar 4 personen. 2 huisartsen verlaten het bestuur. Onderzocht wordt of deze verkleining niet te n kosten gaat van de betrokkenheid van de huisartsen.

Kwaliteit

Het ECT biedt hoogwaardige zorg. Alle behandelingen zijn erop gericht dat een patiënt een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven bereikt. Patiënten en medewerkers komen samen in een vertrouwde en veilige omgeving.

Om binnen het ECT optimale zorg te bieden en de kwaliteit binnen het ECT te borgen, worden onderstaande instrumenten toegepast in de verbetercyclus van het kwaliteitsbeleid:

- Beleidsplan en jaarverslag;
- Interne en externe audits;
- Management informatie systeem met spiegelrapportages en benchmarks ;
- Klanttevredenheidsonderzoek en patiënten participatie;
- Protocolen, zorgprogramma's, werkafspraken;
- Interne communicatie middelen (zoals intranet, E-info en nieuwsbrieven);
- Een procedure voor klachten en verbeter suggesties;
- Een procedure voor calamiteiten en incidenten (in de keten);
- Scholing, deskundigheidsbevordering en de organisatie van GEZ dagen.

De resultaten van alle kwaliteitsactiviteiten zijn terug te zien in de goede uitkomsten van de patiëntenzorg. Daarnaast heeft het ECT ook oog voor de betrokken zorgverleners. Het ECT organiseert jaarlijks meerdere sociale events om zorgverleners met elkaar te verbinden en hun in de gelegenheid te stellen op een informele manier kennis te maken en ervaringen uit te wisselen. De sociale events zijn ook de momenten waarop nieuwe ideeën ontstaan voor optimale zorg of trots gedeeld worden.

Kwaliteit binnen de ketenzorg

Om de kwaliteit binnen de zorgprogramma's te borgen en de regionale doorontwikkeling vorm te geven, is per zorgprogramma een regionale kwaliteitscommissie werkzaam. Ondersteunend aan de drie kwaliteitscommissies vindt een kwaliteitsoverleg tussen het ziekenhuis, de BV Chronische zorg en het ECT plaats. Samen zorgen de betrokken personen ervoor dat het zorgprogramma actueel is en van hoogwaardige kwaliteit. Dit uit zich duidelijk in de landelijke benchmark en de benchmark van de kritische kwaliteitskenmerken, waarin het ECT tot de koplopers behoort.

- Kwaliteitscommissie diabetes / CVRM
- Kwaliteitscommissie COPD
- Kwaliteitscommissie ouderenzorg
- Kwaliteitsoverleg met ziekenhuis / BV Chronische zorg / ECT

Commissies

- Bedrijfshulpverlening
- klachten commissie
- commissie ICTO
- commissie communicatie
- commissie kwaliteit en accreditatie

- commissie farmacie (organiseren FTO niveau 4)
- BAG (Bevoegd Adepd Gezag)

Netwerken

Samenwerking in lokale netwerken organiseren en onderhouden

- Gemeente, sociale wijkteams
- Specialist Ouderen geneeskunde
- Aanspreekpunt wijkverpleging
- Aanspreekpunt Welzijnsorganisatie
- Tiels overleg huisarts en verloskundigen
- Regiegroep Wonen, Welzijn en Zorg
- Bestuurlijk overleg ziekenhuis/CHV/BV Chronische zorg
- Bestuurlijk overleg STMR/BV Chronische zorg
- Bestuurlijk overleg Menzis/LHV/GEZ centra
- Geriatrisch Netwerk
- GGZ platform Rivierenland
- GGZ Tiel-Buren
- Platform overleg GEZcentra Menzis gebied

Veilige communicatie tussen zorgverleners (ICT) Externe en interne communicatie

- secure email
- koppeling systemen
- website, kennisnet
- BeterDichtbij

Werkomgeving

- Huisvesting personeel, bestuur en vergaderruimte
- Facilitaire zaken
- ICT
- Telefonie
- Veilige werk- en zorgomgeving

6.2.2 Zorginnovatie

- O&I Zorg kwetsbare ouderen
- O&I GGZ in de 1^e lijn
- O&I Palliatieve zorg (hartfalen)
- O&I Oncologische zorg
- O&I Kind Expertise Centrum

6.2.3 Ondersteuning Zelfzorg

Onder de O&I ondersteuning zelfzorg vallen drie grote projecten:

- De aanpak van laaggeletterdheid
- Tiel stopt! en Het Scan & Plan traject. Deze zijn beschreven bij de ketenzorgprogramma's

Aanpak van laaggeletterdheid

Probleem

- In Tiel zijn bovengemiddeld veel mensen laaggeletterd (16% van de inwoners). Laaggeletterden kunnen (gezondheidsgerelateerde) informatie niet goed begrijpen en toepassen. Daardoor zijn zij in het algemeen minder gezond. Ook hebben zij vaker chronische ziekten. Van zorgprofessionals vraagt dit een hoge alertheid op mogelijke laaggeletterdheid en een specifieke benadering die aansluit bij de mogelijkheden van de patiënt. Ook is er sprake van hogere zorgkosten.

Triple aim + 1 doelstellingen

- De ervaren kwaliteit van zorg is verbeterd
 - Doordat zorgverleners geschoold zijn en over en afgestemd ondersteuningsmateriaal beschikken, kunnen zij bij de belevingswereld van de patiënt aansluiten en de zorg daarop afstemmen.
 - De patiënt kan zich beter in het gezondheidscentrum redden, doordat er specifieke visuele ondersteuning is aangebracht, zoals plaatjes bij de medicijnen.
- Gezondere populatie
 - Doordat de patiënt begrijpelijke uitleg en advies van de zorgverleners krijgt, kan hij beter voor zichzelf zorgen en bijvoorbeeld de medicatie op de juiste manier innemen.
 - Doordat
- Lagere kosten per hoofd van de bevolking
 - Door goede stuur- en managementinformatie wordt de route van de patiënt inzichtelijk en kunnen groeiende aantallen in de 1^e lijn afgezet worden tegen hogere behandelkosten in de 2^e lijn.
 - Door afgestemd medicatiebeleid voor specifieke doelgroepen, kunnen hogere medicatiekosten en ongewenste bijwerkingen (mogelijke zorgkosten) voorkomen worden.
- Door de goede ondersteuning kan de professional zijn aandacht op de patiënt richten.
 - Zorgverleners beschikken over de vaardigheden om laaggeletterdheid te herkennen en hun communicatie daarop af te stemmen.
 - Gedurende het jaar worden zorgverleners op verschillende momenten geprikkeld om alert te zijn op laaggeletterdheid.

Speerpunten

- Vaardigheidstraining
- Communicatie campagne
- Structureel ervaringsdeskundige laten meedenken en verbeterinitiatieven oppakken

Ontwikkeling	Bij de doorontwikkeling van het project laaggeletterdheid is de commissie kwaliteit betrokken. Deze commissie wordt bemand door de manager zorginnovatie en zorgverleners van het ECT: 4 huisartsen en 4 praktijkmanagers.
Vacatiegelden	voor de zorgprofessionals die werkzaam zijn in het ECT
Deskundigheidsbevordering	vaardigheidstraining
Keteninformatiesysteem (KIS)	n.v.t.
Administratiekosten	n.v.t.
Overige overhead	congres/studiereis/literatuur/abonnementen

7. Bijlagen

7.1 A,B,C-praktijken

Werkwijze ABC-systematiek

1. Procesindicatoren (Definities volgens In een benchmark indicatoren)

Diabetes:

1. HbA1c bepaald (bij 70-)
2. LDL bepaald (bij 80-)
3. Klaring bepaald
4. Bloeddruk bepaald (bij 80-)
5. BMI bekend
6. Roken geregistreerd
7. Funduscontrole (in de afgelopen 2 jaar)
8. Voetonderzoek

COPD:

1. Inhalatietechniek gecontroleerd
2. Spirometrie bekend
3. CCQ/MRC geregistreerd
4. Mate van bewegen bekend
5. Roken geregistreerd
6. BMI bekend
7. Ziektelast bekend
8. GOLD geregistreerd

CVRM:

1. Bloeddruk bepaald (bij 70-)
2. LDL bepaald (bij 80-)
3. Roken geregistreerd
4. Klaring bekend
5. Mate van bewegen bekend

2. Streefwaarde

De streefwaarde voor de indicatoren is bepaald op:

CVRM: 80%

COPD en DM: 90%. (Behalve voor het voetonderzoek, daar is de streefwaarde 80%).

3. Score

Per indicator krijgt men punten:

- | | |
|---|----------|
| • Streefwaarde bereikt: | 3 punten |
| • Streefwaarde <5% afwijking: | 2 punten |
| • Streefwaarde tussen 5 en 10% afwijking: | 1 punt |
| • Streefwaarde > 10% afwijking: | 0 punten |

4. Indeling

De huisartsenpraktijk wordt als volgt ingedeeld als een A, B of C-praktijk.

DM/COPD 8 indicatoren = max 24 punten

A= 22-24 punten B= 19-21 punten C=0-18 punten

HVZ/VVR: 5 indicatoren = max 15 punten

A= 13-15 punten B= 10-12 punten C=0-9 punten

5. Acties naar aanleiding van indeling

- A-praktijken: Borging van de kwaliteit van registratie en uitvoering. Monitoring via rapportages en bespreking in de praktijk. Zo nodig eigen acties en verbeterpunten. Borgen proces, meer focus op uitkomsten mogelijk.
- B-praktijken: De registratie en uitvoering van het zorgprogramma kan nog verbeterd worden. Minimaal 1 van de achterblijvende procesindicatoren concreet uitwerken in een verbeterdoel met te nemen acties. Monitoring door de kwaliteitsmanager bij bespreking rapportages.
- C-praktijken: Registratie en uitvoering van het zorgprogramma vereist extra aandacht. Verbetering op korte termijn is noodzakelijk. Bezoek van huisarts/POH werkgroep. Nadere analyse en uitwerking van minimaal 2 achterblijvende procesindicatoren in een verbeterdoel met te nemen acties. Monitoring door WG/Kwaliteitsmanager.

7.2 Plan van Aanpak Medicatiestart en Therapietrouw COPD/ASTMA

7.3 Zorgprogramma ASTMA