

**Jaarverslag
praktijkondersteuning
2008**

ZORGVERZEKERAAR

maatschap Jouster huisartsen

Auteur: Enne Bouma, huisarts

DE FRIESLAND
ZORGVERZEKERAAR
Zorg voor uw gezondheid

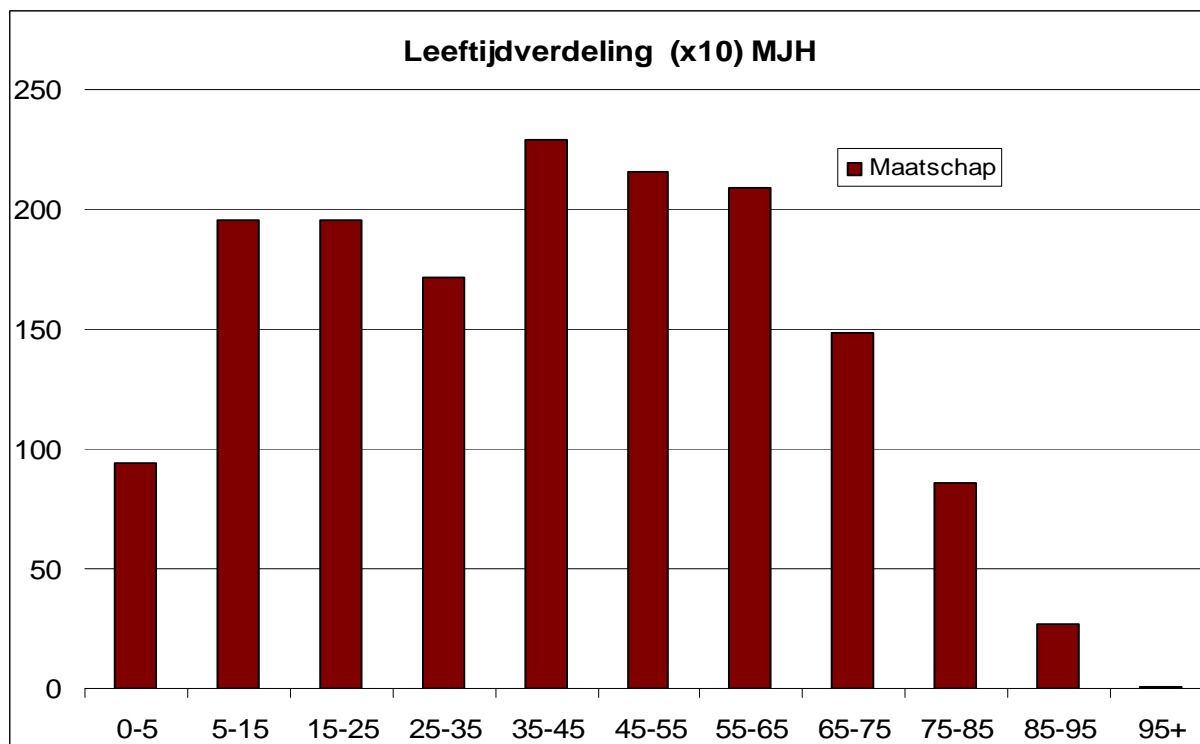
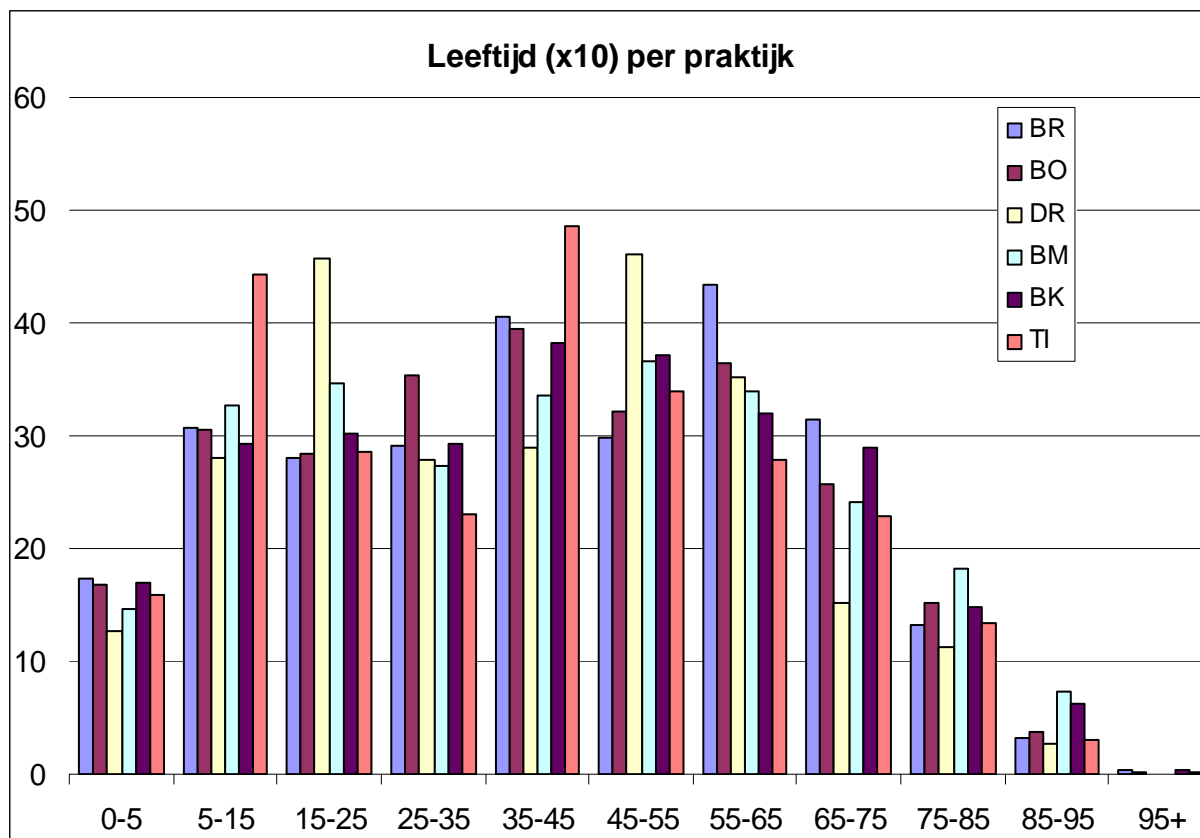
Inhoud

A. Praktijkgegevens	3
B. Inzet personeel	5
C. Samenwerking	6
D. Visie en doelstellingen	9
E. Resultaten	13
Bijlagen	32

Jaarverslag praktijkondersteuning 2008 is net als voorgaande verslagen gepubliceerd op Internet: <http://www.enkeleregel.nl/JV2008.pdf>

JAARVERSLAG POH 2008
maatschap Jouster huisartsen

A Praktijkgegevens	In te vullen door praktijk	Evt. toelichting
A1 Verslag ingevuld:	Gezamenlijk als samenwerkingsverband	Maatschap Jouster huisartsen (MJH)
A2 Door wie wordt jaarverslag ingevuld (praktijkondersteuner/huisarts)	E. Bouma, huisarts + PO'ers	
A3 Naam samenwerkingsverband POH	Maatschap Jouster Huisartsen (MJH)	
A4 Namen + plaats huisarts(en)	Boekema Bos Bouma Brongers Den Drijver Smits-Braat Roze Tiggelaar Allen te JOURE	AGB: 002778 023211 000323 022394 006271 023360 020169 020304
A5 Juridische vorm van samenwerkingsverband	Maatschap (volledig)	
A6 Per wanneer is poh in dienst	Gestart 1 april 2002	
A7 Aantal patiënten	15.735	
A8 Leeftijdsopbouw patiëntenpopulatie	Zie onderstaande grafieken naar praktijk en naar gehele maatschap	



JAARVERSLAG POH 2008
maatschap Jouster huisartsen

B Inzet praktijkpersoneel	In te vullen door praktijk	Evt. toelichting
B1 Aantal praktijkondersteuners werkzaam in de praktijk	4	
B2 Aantal uren per week werkzaam in praktijk per praktijkondersteuner	86 Resp.: 24, 24, 20, 18 uur	
B3 Opleiding per praktijkondersteuner(s) (hoogste genoten relevante opleiding)	3 verpleegkundigen (HBO) 1 doktersassistente (MBO) alle 4 opleiding tot praktijkondersteuner / -verpleegkundige (HBO) 1 x Zwolle 3 x Groningen 1 jarige opleidingen	
B4 Aan welke nascholingactiviteiten neemt praktijkondersteuner deel?	Vrijwel alle regionale nascholingen en daarnaast gerichte nascholing passend in beleid van MJH: Diabetes, COPD/Astma en Cardiovasculair Risicomanagement	Speerpunt in 2007 was het op de juiste manier invoeren van insulinetherapie, in 2008 is de diabeteszorg verder geprofessionaliseerd in voorbereiding op Ketenzorg, nascholing in 2008 was daarop gericht
B5 Aantal uren per week niet-patiëntgebonden taken	3 uur: 12	Dit is een gemiddelde per week maar ook per PO'er, omdat de ene PO'er meer n.p.g.t. heeft dan de andere. Voorbeeld één PO'er heeft de coördinatie over inzet medewerkers, vakantieroosters etc.
B6 Werkgeverschap: POH in dienst van huisarts /samenwerkingsverband: POH in dienst van thuiszorg:	Ja Nee	PO'ers zijn in dienst van MJH

C SAMENWERKING	In te vullen door praktijk	Evt. toelichting
<p>C1 Vindt er patiëntenbespreking plaats tussen praktijkondersteuners en huisartsen?</p>	<p>Jazeker</p>	<p>Welke onderwerpen? Alle onderwerpen: consulten worden besproken op individueel niveau met betreffende PO'er, zo ook aan één patiënt gebonden zaken. Populatie onderwerpen of algemenere onderwerpen worden besproken op maatschapniveau; daar wordt ook beleid bepaald en notities en protocollen opgesteld. Sinds 2007 wordt zelfs op nog hoger niveau overleg gevoerd: alle POH van de HAGRO Skarsterlân = huisartsencoöperatie Dokterscoop. Het CVRM spreekuur wordt Dokterscoop breed ingevoerd; Diabeteszorg wordt voorbereid voor Ketenzorg</p>
<p>C2 Hoeveel uur per maand vindt het gestructureerde overleg tussen huisartsen en PO'ers plaats betreffende gang van zaken, beleid etc.?</p>	<p>4 uur: 10 uur totaal</p>	<p>Dit overleg is gesplitst in maatschapoverleg HA-PO: 2uur (alle 4 PO'ers en 2 HA) werkgevermedewerker overleg (2 HA, 2 ASS, 1 PO); 2 uur per kwartaal Dokterscoop niveau (8 PO'ers, 2 HA)</p>

JAARVERSLAG POH 2008
maatschap Jouster huisartsen

<p>C3 Vindt er overleg plaats tussen: <i>•Andere praktijkondersteuners</i></p> <p><i>Gespecialiseerde verpleegkundige? Apotheek?</i></p> <p><i>Overige zorgverleners?</i></p>	<p>Ja</p> <p>Ja</p> <p>Ja</p> <p>Ja</p>	<p>Er is overleg opgezet tussen alle PO'ers van de huisartsencoöperatie Dokterscoop (10 praktijken)</p> <p>Transmuraal verpleegkundigen Tjongerschans en Antonius. Met de 3 apotheken in Skarsterlân; daarnaast doen PO'ers mee aan FTO bij de voor hen relevante onderwerpen. Met diëtiste, fysiotherapie, bijvoorbeeld in kader van educatie en bewegingsprogramma's Diabetes, COPD/Astma, Hartfalen. Thuiszorg structureel overleg</p>
<p>C4 In welke vorm vindt deze samenwerking plaats: <i>Andere praktijkondersteuners</i> <i>Gespecialiseerde verpleegkundige?</i></p> <p><i>Apotheek?</i></p> <p><i>Overige zorgverleners?</i></p>	<p>structureel</p> <p>meer ad hoc</p> <p>structureel</p> <p>structureel</p>	<p>Onderwerpen:</p> <p>Beleid, uniform werken, protocollen samenwerken: één geheel</p> <p>Samenwerking; afspraken</p> <p>Samenwerking; FTO; afspraken: bijvoorbeeld afspraak over starterpakket bij instellen op insuline, decubitus behandeling etc. Alle FTO's welke voor de POH van belang zijn/haar werk raken, worden gezamenlijk met de POH gedaan. <i>FTO wordt uitgevoerd in niveau 4.</i></p> <p>Samenwerking; afspraken; protocollen, programma's, educatie Bijvoorbeeld beweegprogramma van fysiotherapie of samenwerking diëtisten bij educatieprogramma. Met thuiszorg is er structureel overleg over zorgverlening, er is start gemaakt met LESA's om te zetten in lokale eerstelijns samenwerkingsafspraken.</p>

<p>C5 Hoe vindt er afstemming / samenwerking plaats met andere huisartsen die deelnemen aan het samenwerkingsverband POH?</p>	<p>Mondeling en Schriftelijk Uniforme werkwijze Uitwisselbaarheid van PO'ers</p>	<p>De MJH heeft een zeer adequate structuur voor POH opgezet: zij voert een eenduidig beleid en uniforme uitvoering van de zorg. Afspraken worden in HA-POH overleg op maatschappniveau gemaakt en worden in alle 6 praktijken uitgevoerd. In de loop van 2007 en daarop volgend is dit verder uitgebreid naar alle praktijken van de huisartsencoöperatie Dokterscoop. Ook daarvoor is een duidelijke structuur en beleid opgesteld. Daarmee wordt de zorg uniform maar op maat van het individu uitgevoerd voor een kleine 30.000 patiënten. Alle afspraken worden schriftelijk vastgelegd in verslagen, besluitenlijsten, of modules (P.v.A.'s) Dit als opmaat naar Ketenzorg.</p> <p>Overleg vindt plaats over alle onderwerpen welke te maken hebben met uitvoering van zorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> = beleid = samenwerking / afspraken = FTO: daar waar relevant wordt FTO voorbereid en uitgevoerd met POH = uitvoering zorg => protocollen = waarneming = faciliteiten Etc.
<p>C6 In welke vorm vindt deze samenwerking plaats?</p>	<p>Structureel</p>	<p>zie hiervoor ook C5 Bovendien werken alle PO'ers in hetzelfde HIS waarbij zij in alle dossiers kunnen werken ongeacht de praktijk van inschrijving. Daarin werken zij allemaal met de protocollen gebaseerd op de NHG (DBC)standaarden; deze protocollen worden centraal onderhouden door de Stichting Healthbase, waarmee ze altijd up to date zijn en voldoen aan de nieuwste NHG standaarden.</p>

D Visie en doelstellingen	In te vullen door praktijk
<p>D1 Omschrijving visie op de praktijkondersteuning</p>	<p>Algemeen De wereld rond de patiënt is aan veranderingen onderhevig.</p> <p>Eén van de veranderingen is dat de patiënt niet alleen individueel benaderd en behandeld wordt maar groepsgewijs. Een andere trend is dat er meer gespecialiseerde, geïntegreerde zorg ontstaat rond patiënten met een bepaald ziektebeeld en dan vooral chronische ziektebeelden zoals diabetes, COPD / astma, CVRM.</p> <p>De kwaliteit van de zorg zal toenemen met de mate waarin patiënt zijn eigen verantwoordelijkheid neemt. Hiertoe moet de patiënt uitgerust worden met de juiste informatie en begeleiding hierin. In onze visie zal hiermee de kwaliteit van de zorg toenemen en zal het beroep op het zorgstelsel afnemen; een win-win situatie. In onze visie zal hierin geïnvesteerd moeten worden, omdat wij ervan overtuigd zijn dat dit op de zorgkosten zal besparen.</p> <p>Voor deze groepen patiënten zijn er specifieke 'spreekuren' opgezet, die zo georganiseerd zijn dat ze de beste zorg rond deze patiënten garanderen. Deze spreekuren worden steeds meer gebed in geïntegreerde zorg, d.w.z. deze spreekuren maken een onderdeel uit in een totaal pakket van zorg; dit pakket is een op elkaar afgestemd zorgaanbod uitgevoerd door verschillende disciplines.</p> <p>Uiteindelijk leidt dit tot een hoogwaardige Ketenzorg. Het doel hiervan is de patiënt zijn eigen zorg zoveel mogelijk te laten regelen/uitvoeren, waarbij natuurlijk rekening gehouden wordt met de individuele kenmerken van de patiënt. De POH van de MJH is daarin onderdeel van de PO binnen Dokterscoop; Dokterscoop is verantwoordelijk voor het opzetten en uitvoeren van deze Ketenzorg. Zij heeft als streven de zorgkwaliteit te verhogen en de kosten te verminderen.</p> <p>Dit betekent aanpassing van praktijkorganisatie en nascholing van de zorgverleners.</p> <p>Ook in de tweede lijn worden dit soort ontwikkelingen gezien: niet meer onderverdeling van polikliniek naar specialisme maar naar ziektebeeld (themapoli's).</p> <p>In JOURE zijn we intensief bezig met deze ontwikkeling, daarvoor hebben we meer medewerkers in de praktijken zoals praktijkondersteuners en hebben wij samenwerkingsvormen met andere disciplines (Thuiszorg, apotheek, diëtiste, fysiotherapie, GGZ, tweede lijn).</p> <p>Ook wordt onze zorg beschreven zodat het voor alle partijen duidelijk is welke zorg wij op welke manier aanbieden (notitie Diabetes, notitie Astma/COPD, notitie CVRM; natuurlijk onze P.v.A. Ketenzorg). Zo willen we een betere kwaliteit en transparantie in onze zorg bereiken. Dit heeft zich uitgebreid naar Dokterscoop, ook daar streven we dezelfde transparantie na en leggen we ons zorgaanbod vast in P.v.A.'s en later (2009) in Ketenzorg.</p>

Om dit mogelijk te maken zal zoals gezegd de organisatie van de praktijk moeten veranderen. De patiënt zal dit merken. Bijvoorbeeld aan de manier waarop samen met de praktijkassistente gekeken wordt waar de patiënt het beste geholpen kan worden voor haar vraag/probleem. Het doel van onze zorg is dat de patiënt de voor haar meest adequate zorg kiest, uitgaande van de vraag/behoefte van de patiënt. Deze zorg willen we laten uitvoeren door de zorgverlener die daarvoor het best uitgerust is (kennis en faciliteiten), tegen de laagste kosten.

Dit vraagt een verandering in werkwijze en stelt eisen aan de medewerkers. Ook vraagt het begrip bij de patiënt. Om vraaggerichte zorg mogelijk te maken en de patiënt centraal te stellen en haar verantwoordelijkheid voor haar zorg te stimuleren is het van groot belang dat de patiënt zijn werkelijke vraag/behoefte helder en duidelijk stelt. De praktijkmedewerkers of dit nu de huisarts, de assistente of de verpleegkundige is, zullen samen met de patiënt haar vraag/behoefte zo duidelijk mogelijk formuleren. Dan is het de taak van de praktijkmedewerker de patiënt alle relevante informatie aangaande haar vraag/behoefte te (laten) verstrekken zodat de patiënt op basis van die informatie haar eigen keus kan maken. Natuurlijk zal zij daarin ondersteund worden door de daarvoor meest aangewezen hulpverlener, waarbij die ondersteuning gebaseerd is op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en rekening houdt met die patiënt en haar omgeving.

Dit klinkt nogal filosofisch en abstract misschien. De kern is duidelijk: wij willen dat de patiënt de beste zorg kiest en daarvoor verantwoordelijkheid neemt en de zorg organiseert zoals die bij de patiënt past. Het zij nog 's gezegd: het doel daarmee is dat de patiënt de meest passende zorg kiest en krijgt tegen afnemende kosten.

De POH

De POH is één van de medewerkers die zich in bovenstaande ontwikkeling beweegt. Het is een zorgverlener met bijzondere kenmerken. Zij heeft veel kennis van de meest voorkomende chronische ziekten in de huisartsenpraktijk, zij is vaardig in het communiceren met de patiënt en zijn omgeving. Zij kan de patiënt stimuleren zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen. Bovendien is zij vaardig in het uitvoeren van aanvullende diagnostiek. De POH denkt op HBO niveau, kan beleid mee bepalen, kan programma's voor categorieën patiënten opstellen etc. Kortom de POH is een zeer waardevolle kracht en maakt het mogelijk dat bovenstaande concreet gemaakt kan worden.

Zorg wordt verleend vanuit de vraag en behoefte van de patiëntenpopulatie, geprotocolleerd - rekening houdend met individuele patiëntenkenmerken - nauwkeurig geregistreerd. Gericht op educatie, disease management, voorkomen van complicaties, kortom op het welzijn (quality

	<p>of life) van de patiënt met efficiënte inzet van zorgmiddelen. Dit kan alleen als de patiënt (mede)verantwoordelijk wordt voor de haar gezondheid/ziekte en zorg daarvoor. De patiënt zal de centrale persoon in dit proces moeten zijn.</p> <p>De zorg wordt met veel aandacht voor de patiënt verleend, is van hoge kwaliteit en niet duur.</p> <p>De inzet van de POH leidt tot verbetering van de zorg, verbetering van kwaliteit van leven, vermindering en voorkoming van complicaties, en minder inzet van de duurder tweedelijnszorg. Illustratief hiervoor is bijvoorbeeld de insulinertherapie en M&I verrichtingen.</p> <p>De patiënt ervaart daarbij het voordeel van de zorg kiezen dicht bij huis, door iemand die hem en zijn situatie kent. In een vorm die past bij datgene wat hij nodig heeft.</p>
<p>D2 Belangrijkste aandachtspunten praktijkondersteuner (minimaal voor DM 2, Astma/COPD en Hypertensie invullen en aanvullend de belangrijkste aandachtspunten)</p>	<p>De belangrijkste aandachtspunten blijven:</p> <p>Diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - voorkomen van complicaties - educatie: leefstijl - insuline therapie - nierfunctie en BMI - opsporen diabetespatiënten - Ketenzorg invoeren <p>Astma/COPD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnostiek en classificatie (GOLD) - juiste medicatie en gebruik (FTO afspraken en toetsing) - stoppen met roken; leefstijl <p>Hypertensie</p> <ul style="list-style-type: none"> - binnen de MJH (MJH) wordt Hypertensie niet meer als geïsoleerd ziektebeeld beschouwd en behandeld. De MJH heeft in plaats daarvan het Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM) ingevoerd. Dus: <ul style="list-style-type: none"> - Het opstellen van het cardiovasculaire risicoprofiel (CVRP) bij alle CVRM patiënten. - Het berekenen van het sterfterisico in 10 jaar - Het bepalen van het beleid op basis daarvan volgens de NHG richtlijnen. - Dit geldt voor alle bekende Hart- vaatzieken, maar ook spreekuurbezoekers voor wie bepaalde criteria gelden. De MJH hanteert hiervoor het stroomdiagram: 'Flowchart Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement' (zie bijlage¹) <p>Andere aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activeren chronisch zieken / ouderen - Omdat Hypertensie vervangen is door CVRM komen er veel meer problemen aan de orde dan alleen de Hypertensie patiënten:

¹ Zie bijlage 1: Flowchart

	<ul style="list-style-type: none"> o Hartfalen o CVA o PAV o Hypercholesterolemie <ul style="list-style-type: none"> - FTO - Polyfarmacie - Zorg ontslagen patiënten - Dementie: MMSE
<p>D3 Belangrijkste doelstellingen praktijkondersteuner</p>	<p>De belangrijkste doelstellingen 2009 en daarna:</p> <p>Diabetes: S: invoeren ketenzorg M: is simpel te meten A: er is een groot enthousiasme dit te starten R: veel is voorbereid, realiseren is zeker T: Ketenzorg in 2009</p> <p>Astma COPD: S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verminderen corticosteroidgebruik GOLD 1 en 2 • Leefstijl: stoppen met roken <p>M:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FTO cijfers bespreken en toetsen; < 50% • Nascholing: stoppen met roken <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De juiste zorg en de juiste medicatie • Eigen verantwoordelijkheid en daarin begeleiden <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% is haalbaar • Kennis en vaardigheid vergroten <p>T: 2009</p> <p>CVRM S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LDL verlagen • Plaatjesremmer gebruik optimaliseren <p>M:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statine gebruik meten en volgen en toetsen • Gebruik van plaatjesremmer meten en toetsen <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MJH wil tot de top horen in secundaire preventie, om complicaties bij CVRM patiënten te voorkomen. <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlaging van LDL door toename gebruik statine is haalbaar • Gebruik plaatjesremmer kan optimaliseren <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in 2009 wordt begin gemaakt met metingen en toetsing • in de volgende jaren moeten resultaten gehaald en gemeten worden.
<p>Internet</p>	<p>Voor meer informatie kunt u terecht op internet http://www.dokterbouma.nl/praktijkondersteuner.htm</p>

E Resultaten	
Taken per functie	
E1 Praktijkondersteuner	<p>Patiëntgebonden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostiek: <ul style="list-style-type: none"> o Opstellen CVRP o Berekenen CVR o Spirometrie o Enkel-armindex o Tensiemetingen (24-uursmeting) o Lab onderzoek o Afnemen MMSE o Wond beoordelen - Begeleiding – behandeling <ul style="list-style-type: none"> o COPD/Astma <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnese ▪ Onderzoek ▪ Voorlichting ▪ Educatie ▪ Bewegingsprogramma ▪ Medicatiegebruik (inhalatie) o Diabetes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnese ▪ Onderzoek ▪ Voorlichting ▪ Educatie ▪ Leefstijladviezen, beweegprogramma's ▪ Medicatie ▪ Overzetten Insuline o CVRM <ul style="list-style-type: none"> ▪ Opstellen CVRP ▪ Berekenen CVR ▪ In kaart brengen patiënt ▪ Beoordelen medicatie ▪ Bespreken medicatie ▪ Voorlichting ▪ Educatie ▪ Leefstijl o Wondbehandeling o etc. - Vervolgen / controle <p>Niet patiëntgebonden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mede bepalen beleid: <ul style="list-style-type: none"> o Zorgopzet en uitvoering o Opzetten Ketenzorg o Ketenzorg realiseren o FTO o Samenwerking anderen o Na en bijscholing - Nascholing - Management: <ul style="list-style-type: none"> o Jaargesprekken o Inzet medewerkers o Griepcampagne
E2 Huisarts	Heeft vele functies maar in kader van POH:

	<p>Patiëntgebonden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostiek: <ul style="list-style-type: none"> o Stellen van diagnose op basis van besproken bevindingen van POH en HA o Dat deel diagnostiek wat de huisarts uit moet voeren o Het bespreken van diagnose met patiënt en het vervolg - Behandeling en begeleiding <ul style="list-style-type: none"> o Bepalen van behandeling (in samenspraak met POH) o Controle op verwijzing van POH <p>NPG functies:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bepalen van beleid i.s.m. POH - Bepalen van te implementeren zorg - Ketenzorg - (aan)Sturen van POH - FTO - Management: aansturen POH, bepalen personeelsbeleid - Administratie - Structuren opzetten - Geïntegreerde zorg realiseren - Etc.
<p>E3 Praktijkassistent</p>	<p>De praktijkassistent speelt een belangrijke rol in de logistiek en voorlichting. Zij zorgt voor informatie aan de patiënt, zij maakt voor hem de afspraken. Zij inventariseert de vragen.</p> <p>In de diagnostiek speelt zij een belangrijke rol als het gaat om lab onderzoek, bloeddrukmeting etc.</p> <p>In de behandeling en controle speelt zij eveneens die rol: labonderzoek, voorlichting, informatie, bloeddrukmeting, visusmeting etc.</p>
<p>E4 Allen</p>	<p>Eén van de belangrijkste taken is het correct en adequaat <u>invullen van het dossier</u>. De MJH maakt gebruik van Medicom® waarbij er dus op elke plek toegang is tot elk dossier mits daartoe geautoriseerd.</p> <p><u>Alle bevindingen</u>, afspraken, verrichtingen etc. worden in het dossier van de patiënt vermeld op de plek die daarvoor aangewezen is. Medicom® bevat zeer veel mogelijkheden tot protocollair ondersteund werken en ook registreren. Dit wordt in het kader van de POH vrijwel voor 100% benut. Van alle medewerkers wordt gevraagd dit te doen.</p> <p>In 2007-2008 is hiertoe ook nog 's deelgenomen aan het project HIS in GBZ. Het <u>GBZ</u> wordt daarmee gerealiseerd. Het correct invullen van het dossier is niet alleen van belang voor de zorg aan de patiënt maar is net zo van belang voor <u>communicatie met anderen</u> (denk aan de Dokterswacht Friesland, tweede lijn, andere werkers in de 1^e lijn).</p> <p>De <u>dossiers</u> van de patiënten van de MJH zijn <u>beschikbaar</u> voor waarnemers op de Dokterswacht via OZIS koppeling! <u>Verwijzing</u> vindt plaats via <u>Zorgdomein</u>, zodat dit gestandaardiseerd en volgens afspraken met de 2^e lijn gebeurt; de MJH was ook daarin de eerste die dit invoerde.</p>

	<p>Zij heeft daarin alweer een volgende stap gezet: zij heeft <u>inzage in het ZIS van de Tjongerschans</u>, zodat alle onderzoeken van haar patiënten geraadpleegd kunnen worden, maar ook de verwijzing wordt automatisch <u>gekoppeld aan het ZIS-dossier</u> van de patiënt in de Tjongerschans, zodat zij het op bescheiden voet een transmuraal EPD aan het ontstaan is. Tot slot is een start gemaakt met het patiënten op een beveiligde manier <u>toegang verstrekken tot hun dossiers</u>.</p>
Resultaten	
<p>E5 Vergelijking totaal aantal patiënten per aandachtsgebied en het aantal dat is gezien door de praktijkondersteuner</p>	<p>Diabetes type 2 <i>Diabeteszorg is binnen de MJH uitgegroeid tot een kwalitatief hoogwaardige zorg i.s.m. andere disciplines.</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Aantal patiënten: zie grafieken verderop*- Gezien: zie grafieken verderop* <p><i>* graag presenteren wij opnieuw cijfers over onze diabetes zorg; cijfers in grafiekvorm hieronder na punt E5; deze cijfers vormen een onderdeel van onze nulmeting voor invoering Ketenzorg Diabetes.</i></p> <p>Astma/COPD</p> <ul style="list-style-type: none">- Aantal patiënten: 297- Gezien: 233** <p><i>** een deel van m.n. de COPD patiënten is ook bekend en onder behandeling bij de longarts.</i></p> <p>CVRM</p> <ul style="list-style-type: none">- Aantal patiënten: exclusief de DM patiënten die er eigenlijk wel toe behoren: 930- Gezien: 780*** <p><i>*** in 2007 is het CVRM spreekuur opgezet met als doel alle daarvoor in aanmerking komende patiënten te screenen, het Risicoprofiel op te stellen, de risicoscore te berekenen en mede op grond daarvan te bekijken of de juiste behandeling wordt gegeven. Een groot deel van deze groep is in kaart gebracht en onder behandeling van een specialist (bijv. cardioloog), deze patiënten worden niet opgeroepen. In 2008 is dit verder vervolgd.</i></p> <p>Ontslagen uit kliniek</p> <ul style="list-style-type: none">- Aantal patiënten:***- Gezien: 220 <p><i>***is niet geregistreerd</i></p> <p>Wondbehandeling</p> <ul style="list-style-type: none">- Aantal patiënten:***- Gezien: 53 <p><i>***is niet geregistreerd</i></p> <p>Dementiepatiënten</p> <ul style="list-style-type: none">- Aantal patiënten:***- Gezien: 36

JAARVERSLAG POH 2008
maatschap Jouster huisartsen

Onderstaande grafieken bevatten cijfers over de 10 praktijken binnen Dokterscoop, waarbij alleen de 6 praktijken van de maatschap Jouster huisartsen gespecificeerd worden. Dit zijn cijfers welke een onderdeel van de nulmeting voor de Ketenzorg Diabetes vormen.

De praktijken:

BR = Brongers

DR/SM = Den Drijver & Smits

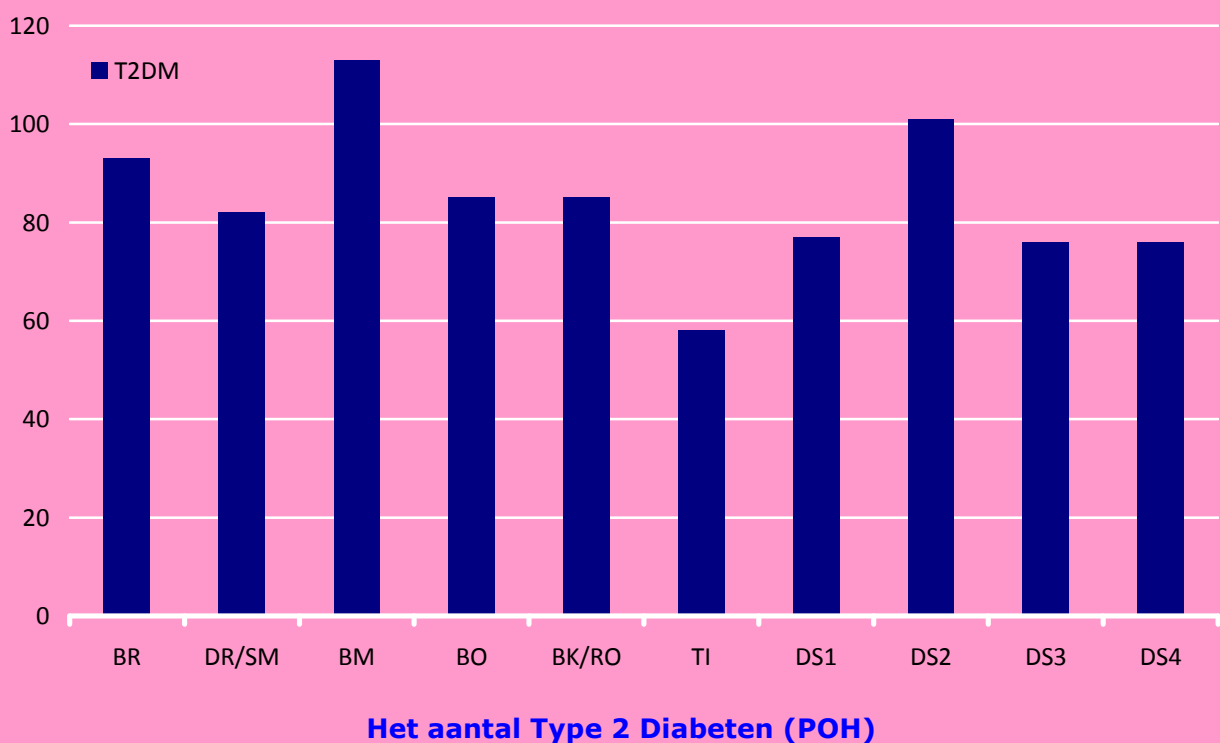
BM = Bouma

BO = Bos

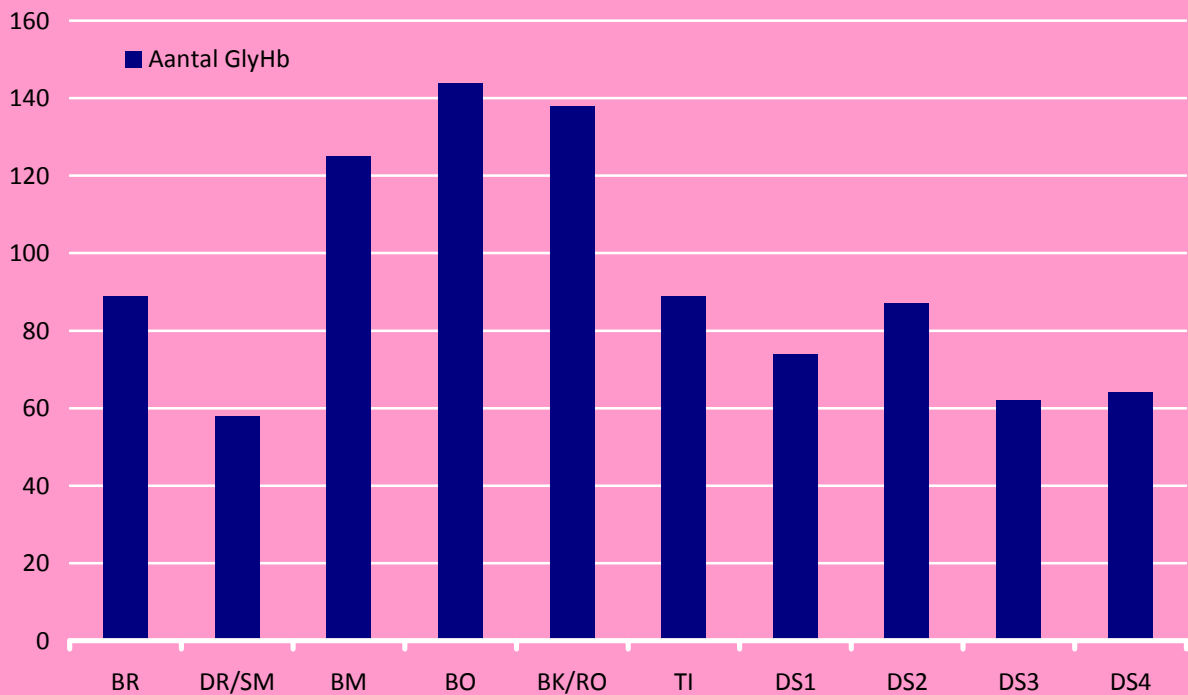
BK/RO = Boekema & Roze

TI = Tiggelaar

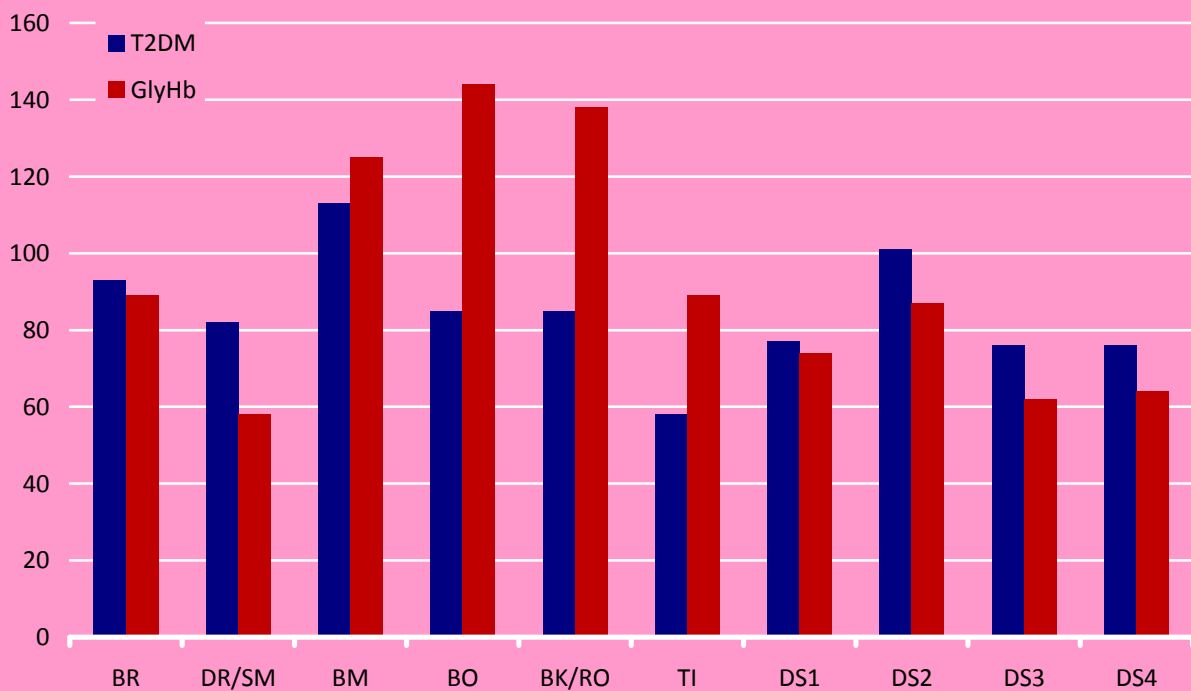
DS 1 t/m 4 zijn andere praktijken binnen Dokterscoop anoniem en in willekeurige volgorde.



Volgende grafieken betreffen GlyHb aanvragen in 1 jaar:

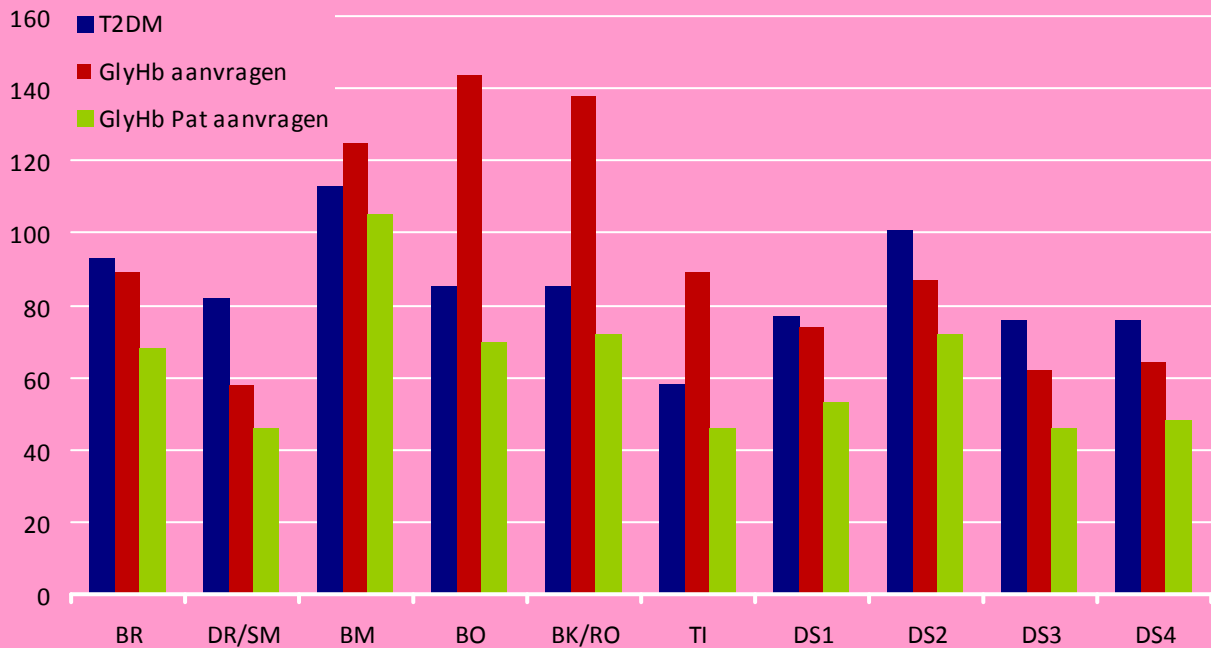


Absoluut aantal aanvragen GlyHb

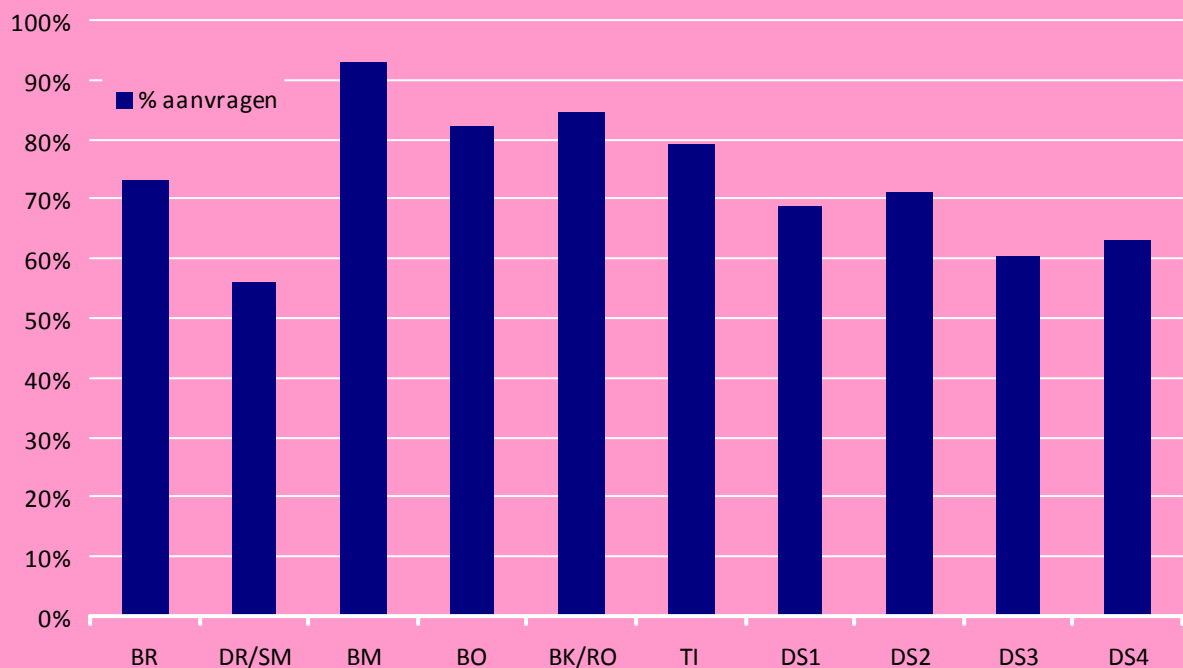


Absoluut aantal aanvragen GlyHb vergeleken met aantal T2DM

JAARVERSLAG POH 2008
maatschap Jouster huisartsen

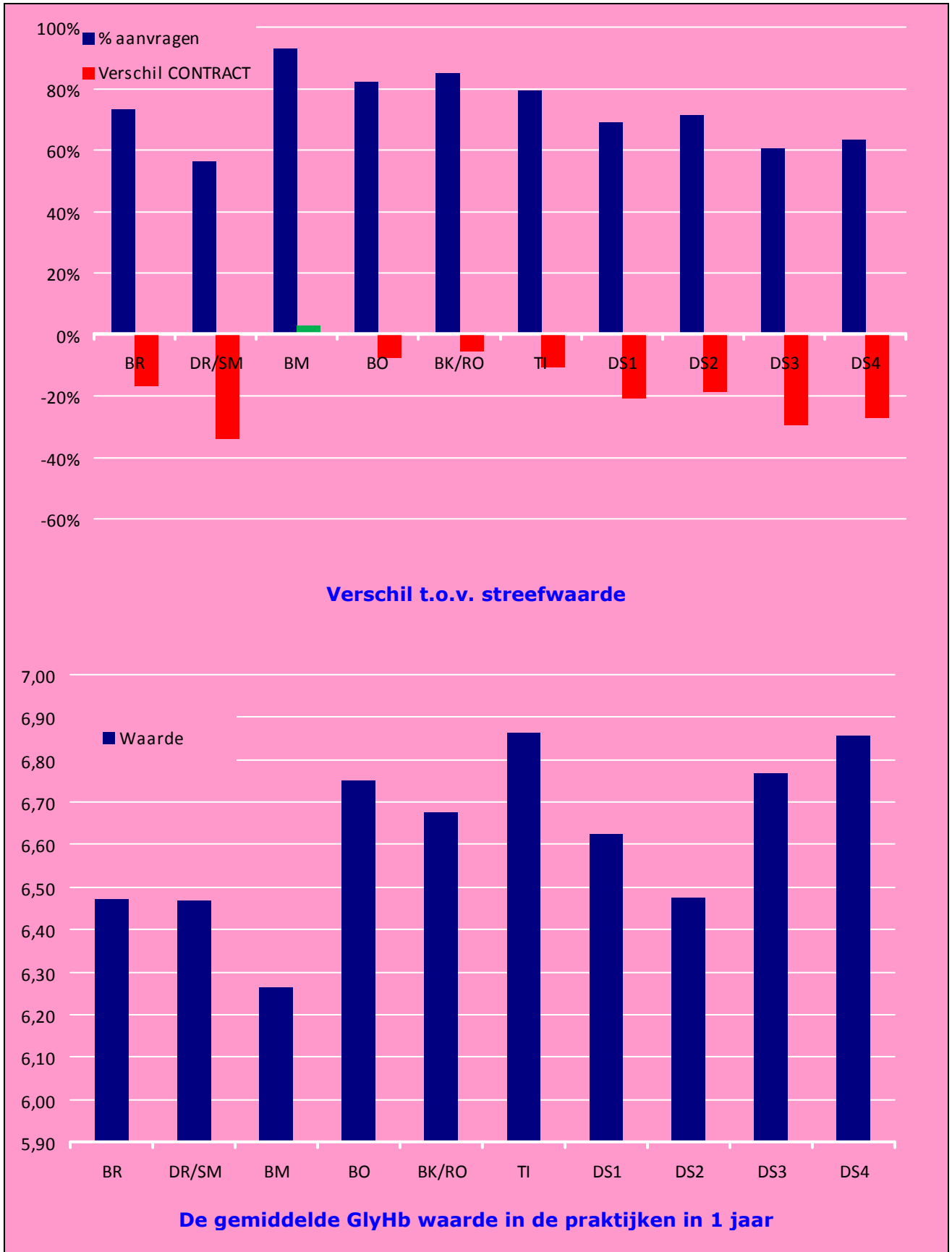


Van welk percentage T2DM is er dan een GlyHb aangevraagd

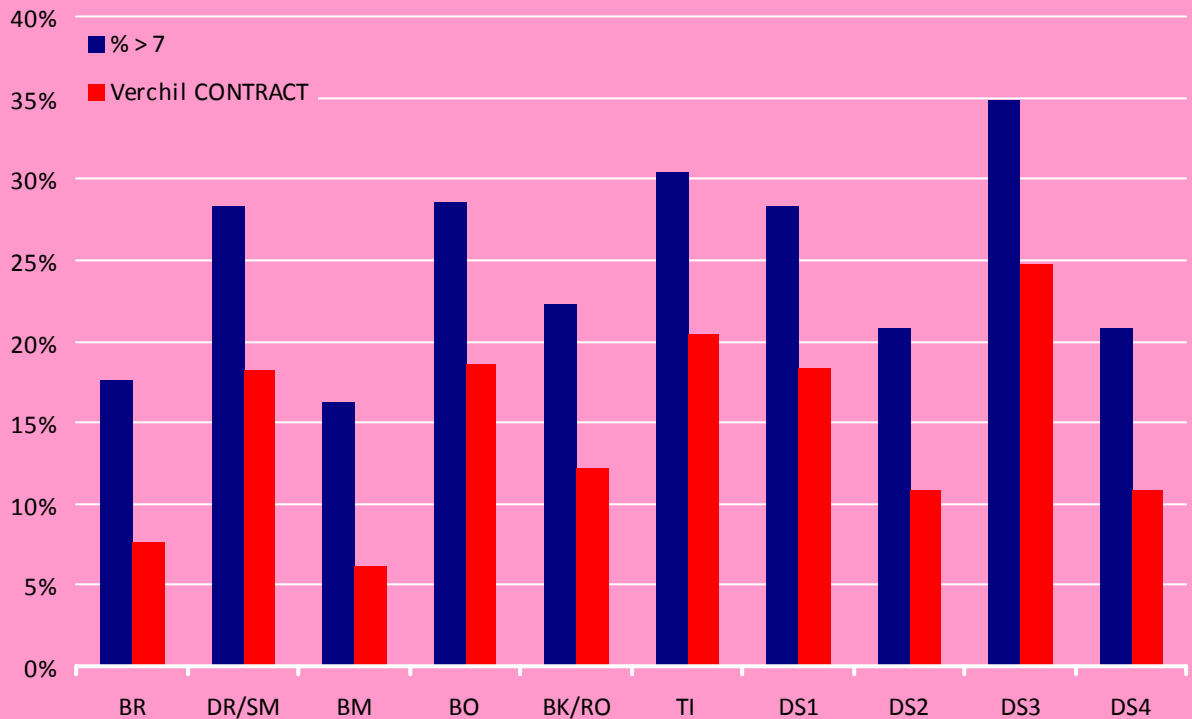


Percentage T2DM waarvoor GlyHb aangevraagd is in 1 jaar waarbij streefwaarde >90% is.

JAARVERSLAG POH 2008
maatschap Jouster huisartsen

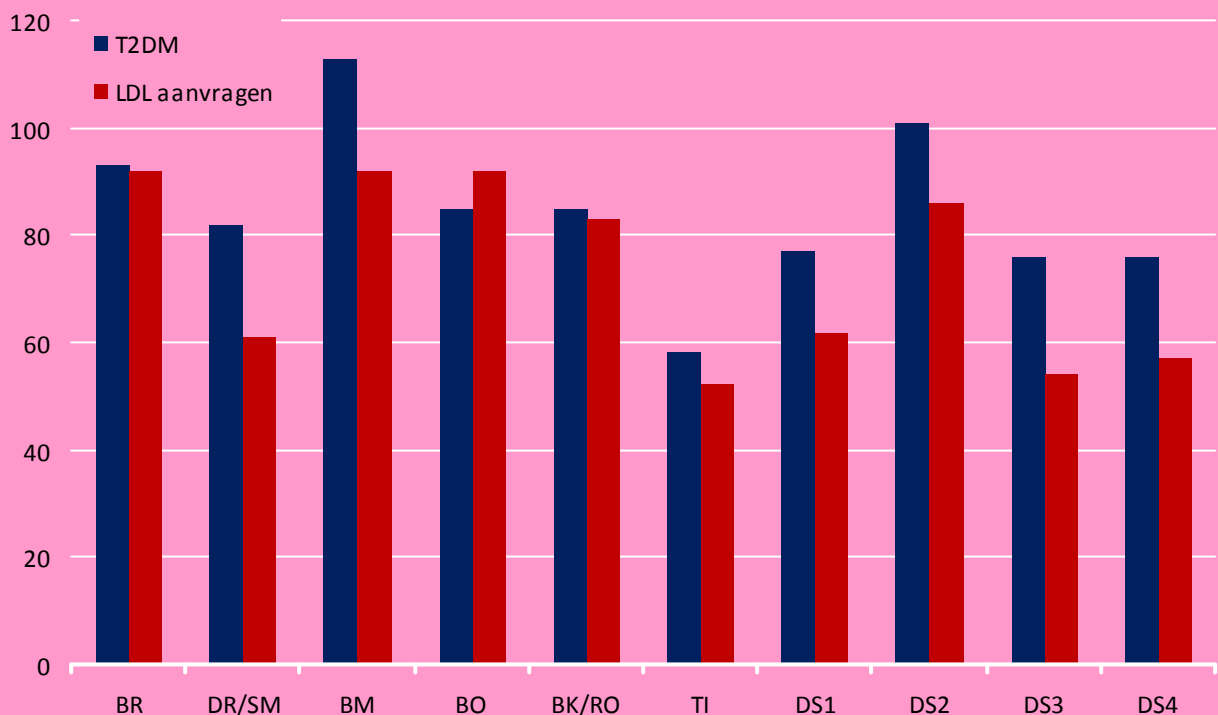


JAARVERSLAG POH 2008
maatschap Jouster huisartsen



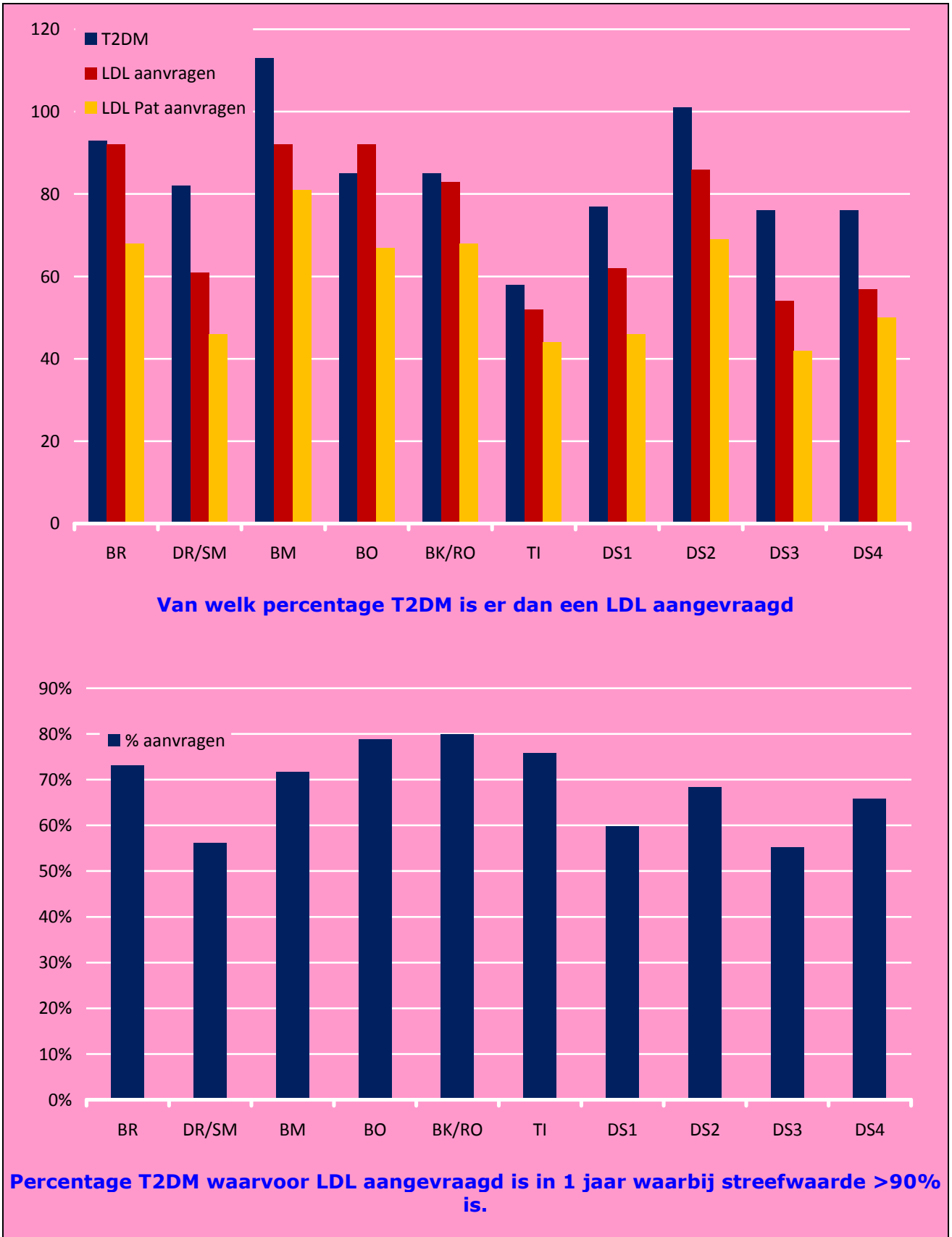
Percentage > 7 & verschil met streefwaarde; de streefwaarde is dat maximaal 10% van de T2DM een GlyHb > 7 heeft.

De volgende grafieken geven beeld van de LDL bepalingen in 1 jaar

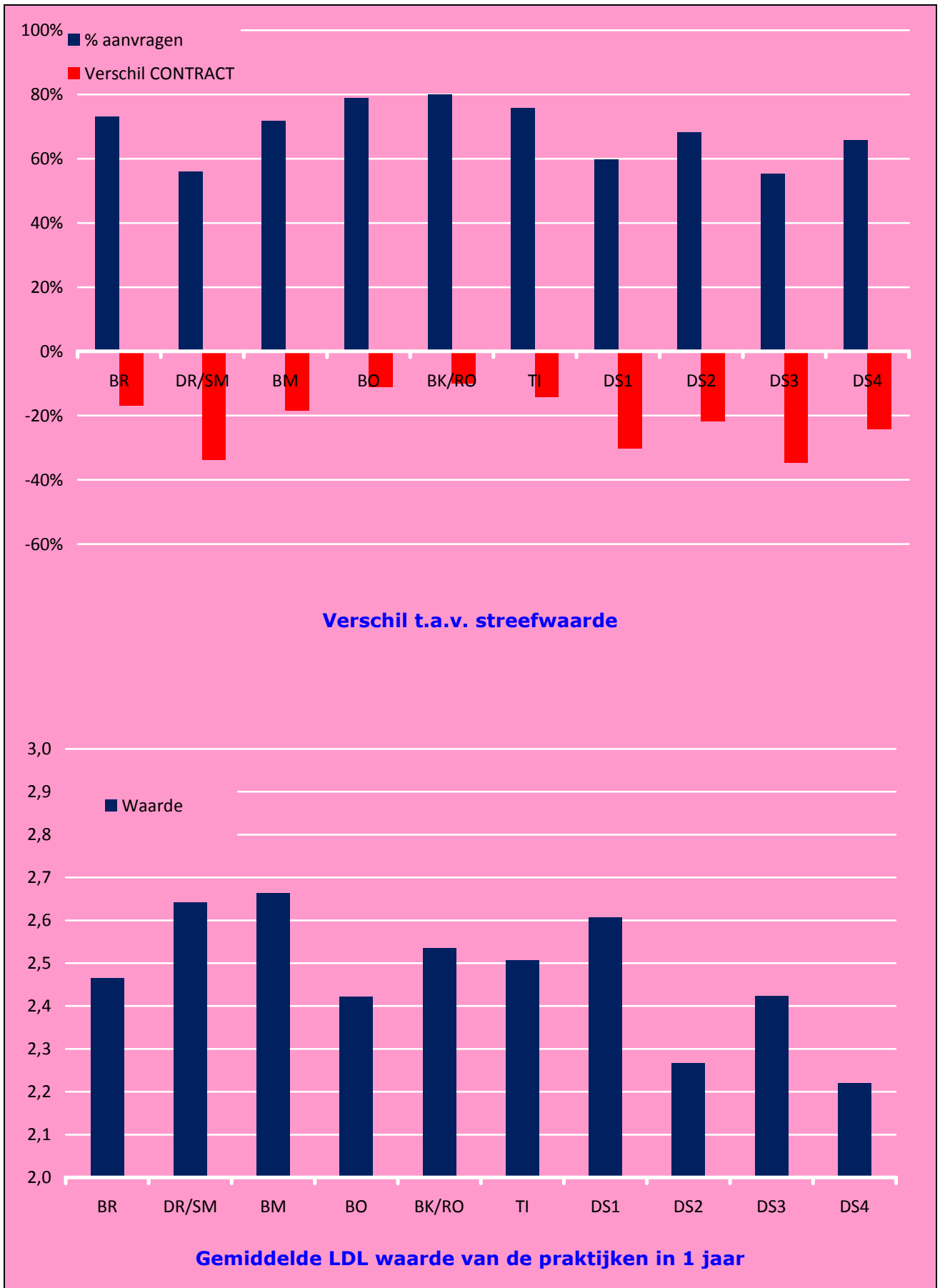


Absoluut aantal aanvragen LDL in verhouding met T2DM in 1 jaar

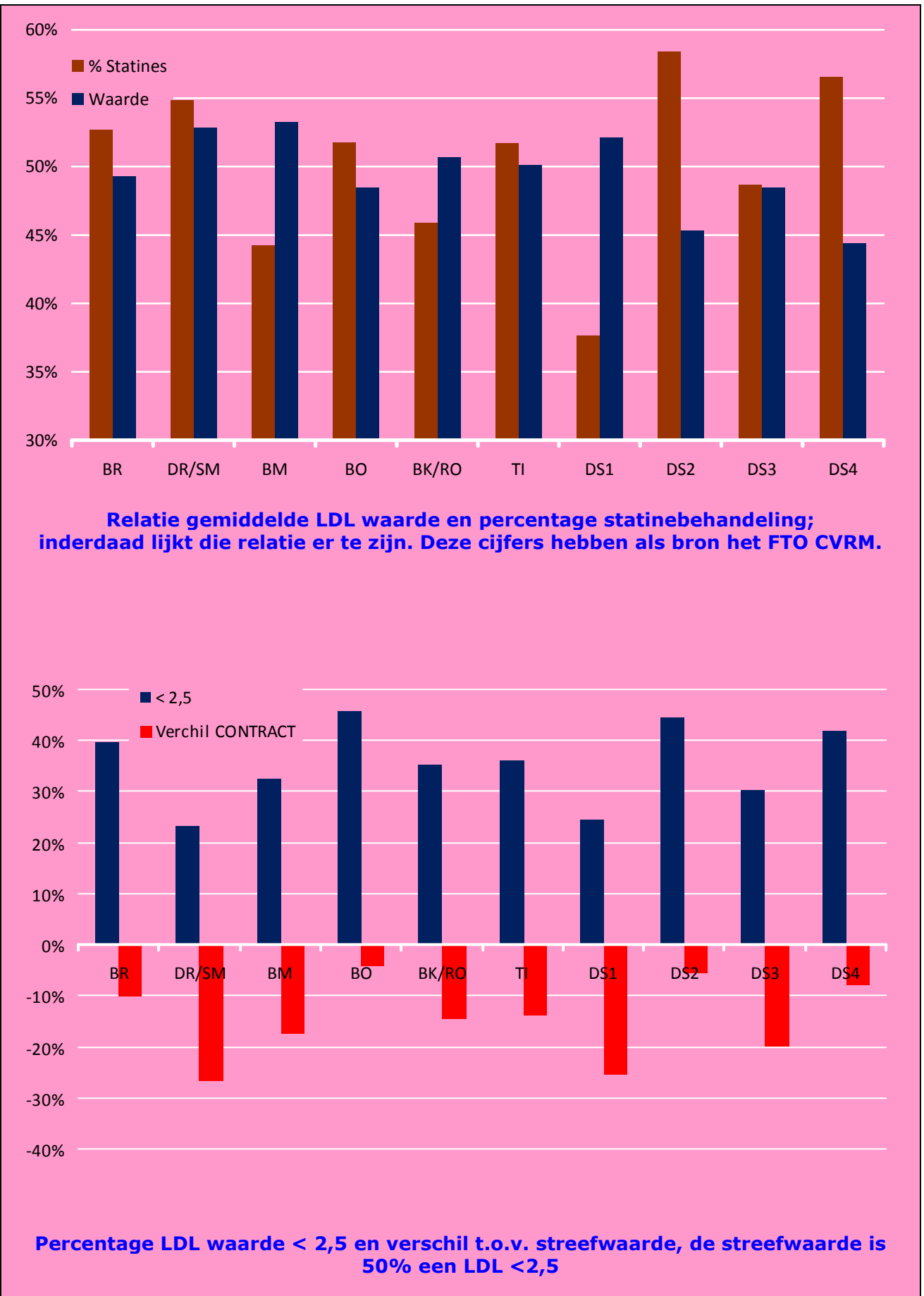
JAARVERSLAG POH 2008
maatschap Jouster huisartsen



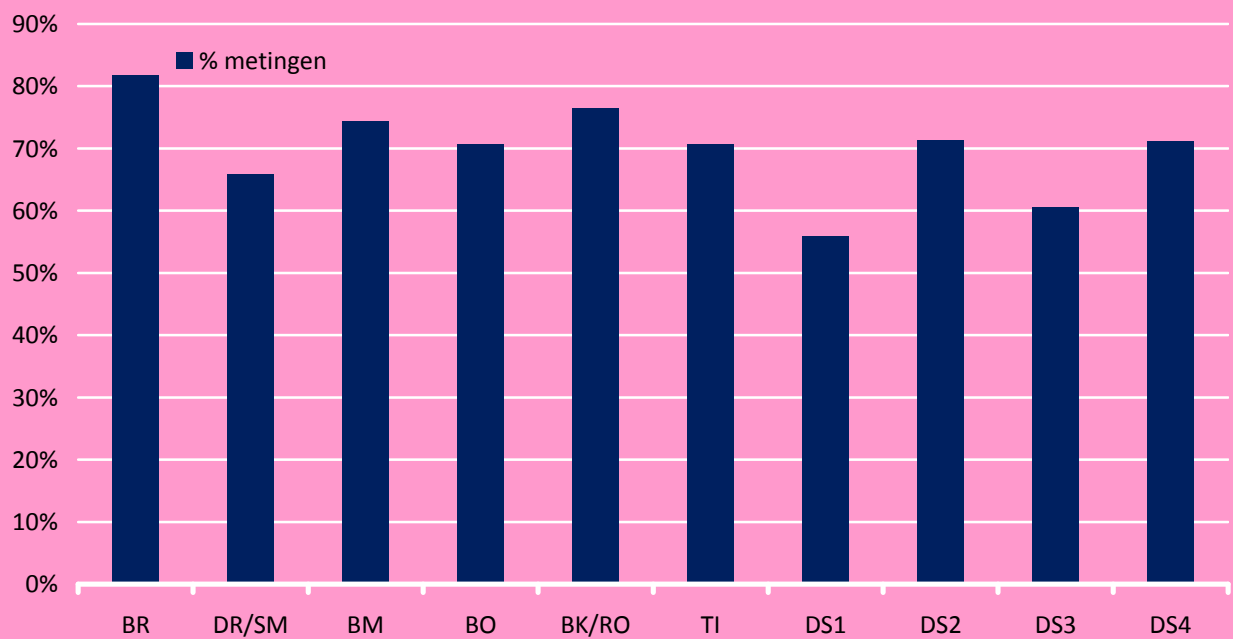
JAARVERSLAG POH 2008
maatschap Jouster huisartsen



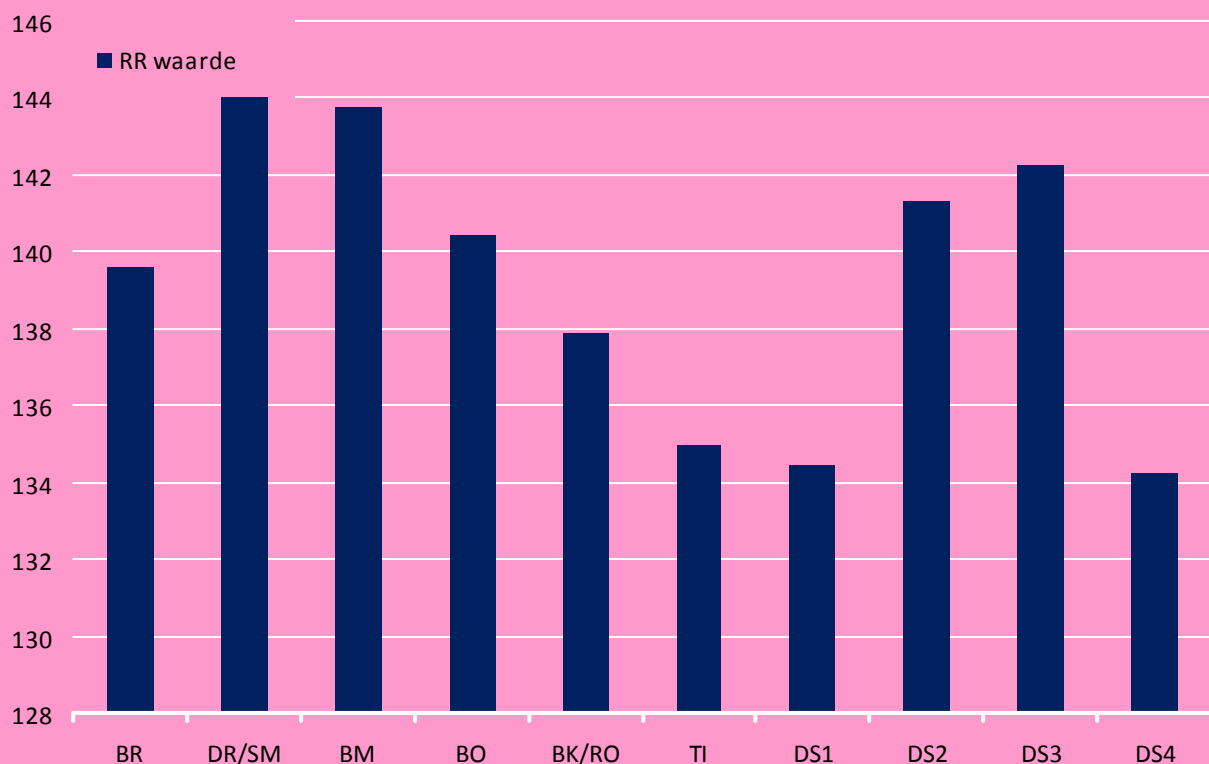
JAARVERSLAG POH 2008
maatschap Jouster huisartsen



De volgende grafieken geven een beeld van de systolische bloeddruk in 4 maanden:

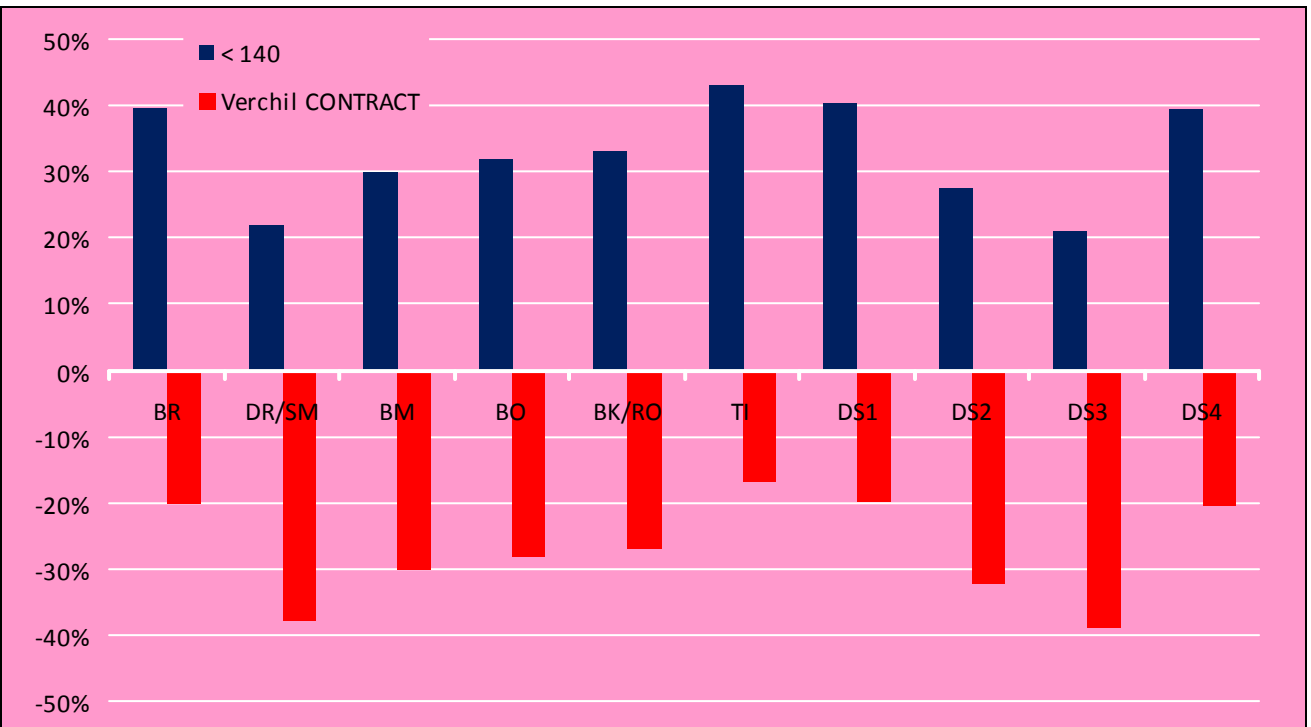


Percentage systolische RR metingen in 4 maanden

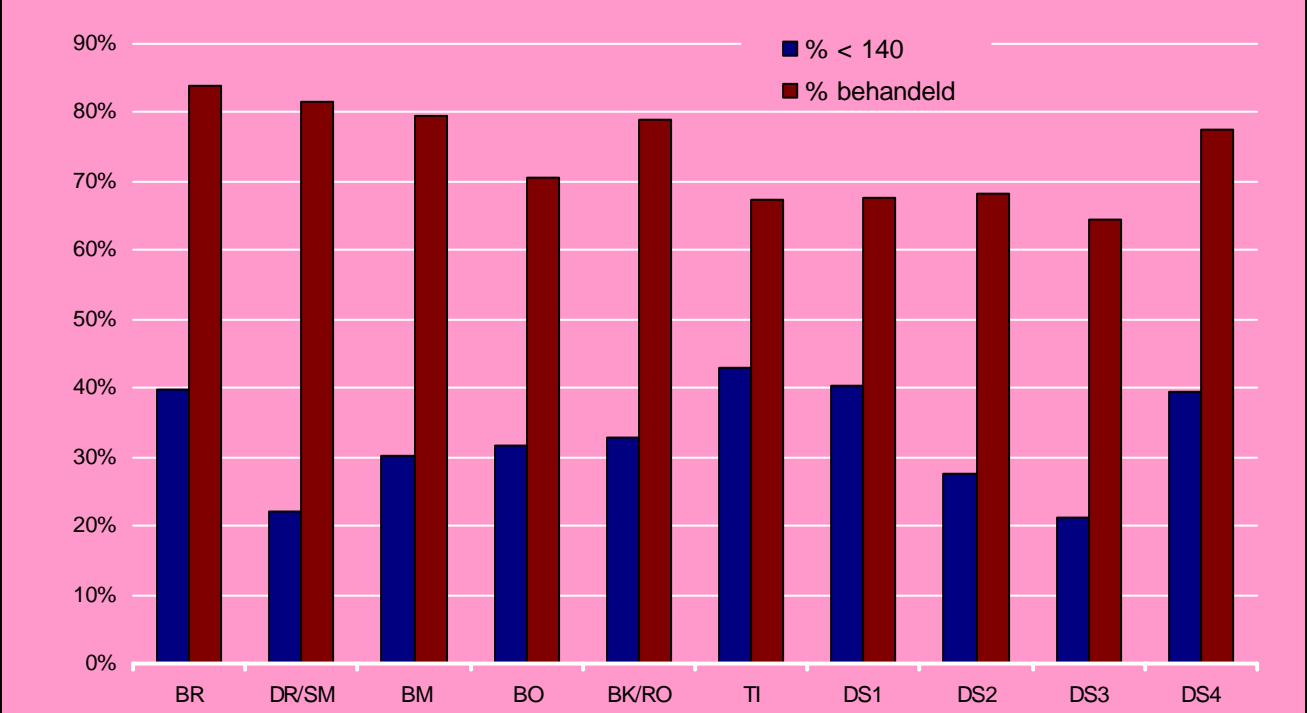


Gemiddelde RR waarde van de praktijken in 4 maanden

JAARVERSLAG POH 2008
maatschap Jouster huisartsen

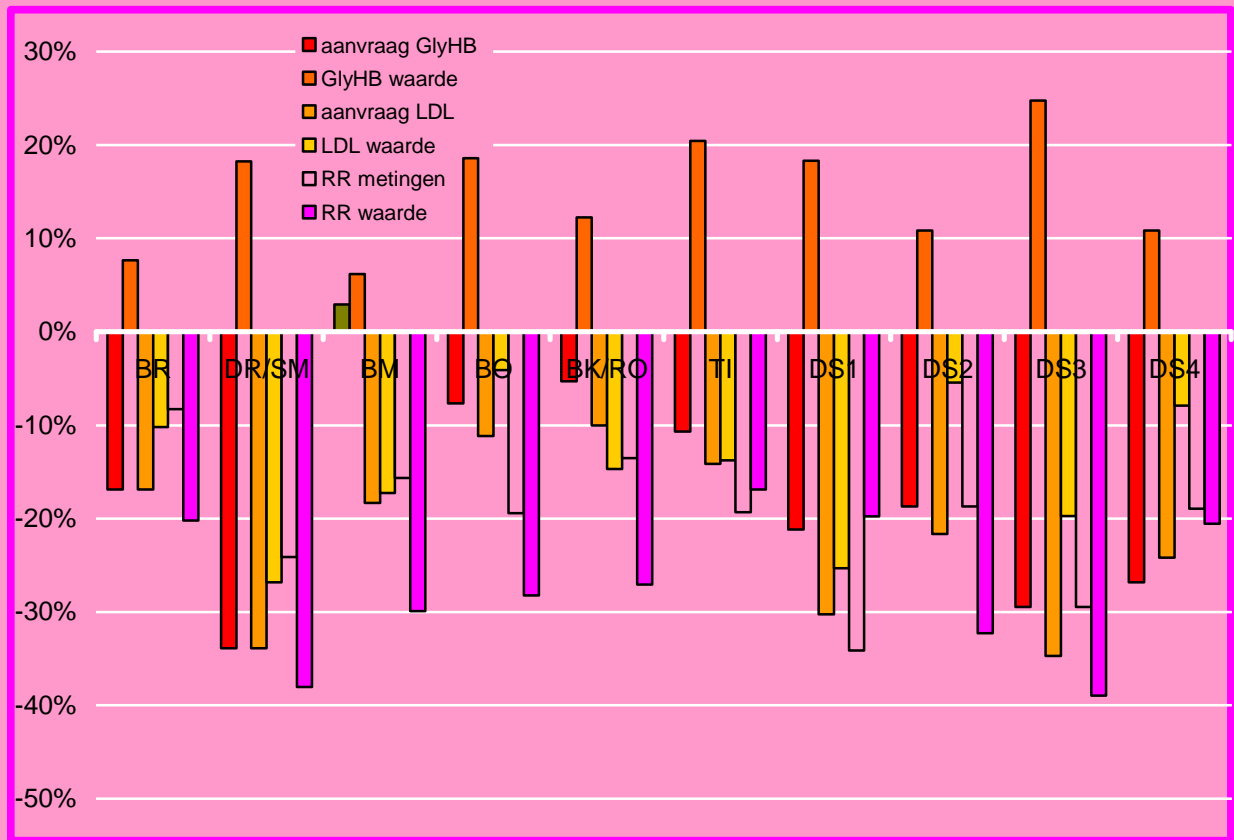


Percentage en verschil met streefwaarde, de streefwaarde is 60% een systolische bloeddruk <140



Relatie percentage behandeld met antihypertensiva en behaald percentage streefwaarde. Op het eerste gezicht kan niet geconcludeerd worden dat de praktijken met een lage streefwaarde minder medicamenteus behandelen. Niet uitgewerkt hierin is de dosering en het aantal middelen wat voorgeschreven is. Dit is een punt van verder onderzoek. Wel moet opgemerkt worden dat de bloeddrukmeting toch een subjectieve meting is, waarbij de vraag is in hoeverre dat invloed heeft.

Onderstaande grafiek geeft een samenvatting van de afwijkingen van de streefwaarde van de verschillende praktijken, met als doel dat praktijken op basis hiervan hun eigen speerpunten formuleren om dichterbij de streefwaarden te komen.



Totaal verschil met prestatie streefwaarden

<p>E6 Gebruik protocollen</p> <p>Diabetes Astma / COPD CVRM MMSE</p>	<p>De MJH gebruikt maatschapbreed de protocollen van de Stichting Healthbase, die de protocollen binnen Medicom® beheert. Deze protocollen zijn evenals haar formularium volledig gebaseerd op de NHG standaarden. Omdat ze landelijk centraal worden beheerd, worden ze automatisch aangepast aan de wijzigingen in de NHG standaarden. De MJH maakt gebruik van steeds de meest actuele protocollen. Dit geldt niet alleen voor de hiernaast genoemde aandachtsgebieden maar voor alle binnen Medicom® te gebruiken protocollen</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Evaluatie resultaten</p>	
<p>E7 Resultaten praktijkondersteuner per aandachtsgebied</p>	<p>Verbeterpunten in jaarverslag 2007: Diabetes</p> <p>S: De belangrijkste ontwikkeling binnen de Diabeteszorg is Ketenzorg. Dokterscoop waar de MJH lid van is zal deze Ketenzorg aanbieden aan De Friesland zorgverzekeraar in 2008. In het kader van de Ketenzorg zijn een aantal zaken van belang:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nauwe en intensieve samenwerking van de POH van alle praktijken.

- Uniforme werkwijze en registratie, zodanig dat prestatie-indicatoren reproduceerbaar zullen zijn.
- Het volgsysteem verbeteren via het oproepsysteem van het HIS Medicom®

M:

- Opzet, structuur en verslaglegging van overleg
- Reproduceren van prestatie-indicatoren
- Overzicht van niet verschenen T2DM patiënten.

A:

- Dokterscoop en haar medewerkers zijn zeer enthousiast over het invoeren van Ketenzorg en wil daarin een voorbeeld zijn.

R:

- Door oprichten van Dokterscoop en een ADEMD gebruik van ICT is dit zeker realiseerbaar

T:

- Ketenzorg Diabetes zal in 2008 aangeboden worden aan De Friesland Zorgverzekeraar
- In 2008 zal er dan bij overeenkomst mee gestart worden, waarbij 2009 het jaar moet zijn van volledige uitrol en ook verantwoording via o.a. prestatie indicatoren.

Resultaat: de organisatie voor Ketenzorg is opgezet en staat, de zorg in de praktijken en de registratie daarvan is gerealiseerd zodat prestatie-indicatoren geproduceerd kunnen worden, wat in dit verslag (zij het voor een deel) aangetoond is met het tonen van gegevens uit de nulmeting. Helaas is Ketenzorg Diabetes nog niet van start gegaan in 2008 maar we verwachten dat zeker in 2009

Astma/COPD

S:

De COPD/astma patiënten zijn in kaart gebracht, geclassificeerd en de medicatie is beoordeeld. Daarbij viel op dat de COPD patiënten vallend in de GOLDklasse I en II toch voor een groot deel inhalatiecorticosteroiden gebruiken, terwijl dat niet het huidige medicamenteuze advies op uitzonderingen na. Tevens werd nogmaals duidelijk dat er nog steeds rokers zijn onder de COPD patiënten.

- Op HAGRO/Dokterscoop niveau is via FTO afgesproken de inhalatiecorticosteroiden daar waar mogelijk is te verminderen bij GOLDklasse I en II
- De rokende COPD zal bij spreekuurbezoek geadviseerd worden te stoppen en/of begeleiding aangeboden worden.

M:

- Via FTO is afgesproken de inhalatiecorticosteroiden te verminderen en dit na een jaar te evalueren: streefcijfer

	<p>is dan dat het gebruik onder de 50% ligt</p> <ul style="list-style-type: none">• Elke actie in kader van stoppen met roken wordt geregistreerd in HIS <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none">• Heldere FTO afspraak• Stoppen met roken is dé behandeling bij COPD patiënten. <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none">• Door FTO op hoogste niveau binnen Dokterscoop is dat zeker realiseerbaar en toetsbaar• Registratie in HIS eenvoudig. <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none">• Toetsing FTO in 2009• In 2009 zou overzicht verkregen moeten worden van interventies bij rokende COPD patiënten <p>Resultaat: de COPD patiënten zijn in kaart gebracht, het FTO COPD/Astma heeft plaatsgevonden en afspraken zijn gemaakt. De evaluatie moet nog in 2009 plaatsvinden en zal mogelijk leiden tot vervolgacties; streven is om corticosteroïdegebruik onder GOLD klasse 1 en 2 te verminderen.</p> <p><u>CVRM</u></p> <p>S:</p> <p>CVRM spreekuur is in 2007 gestart; alle daarvoor in aanmerking komende patiënten worden uitgenodigd waarbij CVRP wordt opgesteld (protocol) en risico wordt berekend. Op grond daarvan wordt bekeken of patiënt adequaat wordt behandeld en hoe hij gecontroleerd zou moeten worden. Dit is een omvangrijk gebeuren, maar voor de MJH van groot belang, m.n. omdat het een enorme boost geeft in kwaliteit van behandeling, informatie, preventie, controle, disease management.</p> <p>Vanwege de grote omvang is het reëel om dit hele proces in deeldoelstellingen onder te verdelen en CVRM op die manier stapsgewijs in te voeren.</p> <ul style="list-style-type: none">• Alle daarvoor in aanmerking komende patiënten moeten uitgenodigd worden voor het spreekuur; zij krijgen daartoe een informatiebrief waarin ze uitgenodigd worden, vergezeld van een labformulier waarop aangekruist de relevante bloedonderzoeken. Zij worden verzocht het bloed een week voor het spreekuur bezoek te laten prikken.• Van alle spreekuurbezoekers wordt het CVRP opgesteld en het risico op 10jaars-overlijden berekend• Aan de hand daarvan wordt de behandeling geëvalueerd en zo nodig bijgesteld; de patiënt wordt hierbij uitgebreid geïnformeerd• Tot slot wordt aan de hand van criteria bepaald hoe en in welke frequentie er controle plaats moet vinden. <p>M:</p> <ul style="list-style-type: none">• Alle CVRM patiënten zijn bekend (HIS selectie)
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • Alle dossiers zijn nagelopen • Alle voor het CVRM spreekuur in aanmerking komende patiënten zijn in een aparte selectie gezet • Deze laatste groep wordt in gedeelten uitgenodigd zoals hierboven beschreven • Van de spreekuurbezoekers wordt in een protocol (dus reproduceerbaar) het CVRP opgesteld en het risico berekend <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CVRM beleid MJH en volledig ondersteund door HIS <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Door ICT en samenwerking praktijken en HA-POH is dit goed uitvoerbaar. <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De HIS selectie CVRM patiënten is in 2007 gerealiseerd evenals het nalopen van de dossiers door POH en HA. • De uit te nodigen patiënten staan in een aparte selectie • De uitnodigingen zijn van start gegaan en worden in 2008 waarschijnlijk volledig gerealiseerd <p>Elk spreekuurbezoek wordt automatisch in protocol vastgelegd, er wordt niet anders geregistreerd.</p> <p>Resultaat: alle CVRM patiënten zijn uitgenodigd op spreekuur daar waar dat relevant was. Eventueel gevolgd door een herinneringsoproep. Van alle consultpatiënten is een CVRP opgesteld en aan de hand daarvan bekeken of de medicatie adequaat is, en zo niet dan is deze medicatie aangepast.</p>
Verbeterpunten	
<p>E8 Verbeterpunten praktijkondersteuner per aandachtsgebied</p>	<p>S: specifiek M: meetbaar A: acceptabel / 'ambitieuw' R: realistisch T: tijdgebonden</p> <p>Diabetes</p> <p>S:</p> <p>De belangrijkste ontwikkeling binnen de Diabeteszorg is nog steeds Ketenzorg. Deze zal gerealiseerd moeten worden in 2009, omdat het een kwaliteitsimpuls geeft aan de diabeteszorg. In het kader van de Ketenzorg zijn een aantal zaken van belang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nauwe en intensieve samenwerking van de POH van alle praktijken is gerealiseerd, nauwe samenwerking met andere disciplines moet verder worden uitgewerkt. • Uniforme werkwijze en registratie, zodanig dat prestatie-indicatoren reproduceerbaar zullen zijn, is gerealiseerd. • De uitkomsten van de nulmeting voor ketenzorg moeten speerpunten in de praktijken opleveren. • In 2009 is een algemeen speerpunt leefstijl <p>M:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opzet, structuur en verslaglegging van overleg • Reproduceren van prestatie-indicatoren en bespreken en

	<p>evalueren: de start zal de nulmeting ketenzorg zijn</p> <ul style="list-style-type: none">• Nascholing op gebied van leefstijl in 2009 <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dokterscoop en haar medewerkers zijn zeer enthousiast over het invoeren van Ketenzorg en wil daarin een voorbeeld zijn. <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none">• Door beschikbaar stellen van correct ingevoerde gegevens is dit prima realiseerbaar• Meer kennis van zaken leefstijl door nascholing <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ketenzorg wordt in 2009 geïmplementeerd• Nascholing leefstijl in 2009• In 2010 evaluatie ketenzorg / prestatie-indicatoren <p><u>Astma/COPD</u></p> <p>S:</p> <p>De COPD/astma patiënten zijn in kaart gebracht, geclassificeerd en de medicatie is beoordeeld. Roken is en blijft probleem nr. 1.</p> <ul style="list-style-type: none">• Er is een start gemaakt met het verminderen van corticosteroïdgebruik van GOLD klasse 1 en 2, dit is in het FTO besproken• In 2009 is het speerpunt leefstijl: in dit kader stoppen met roken <p>M:</p> <ul style="list-style-type: none">• Via FTO is afgesproken de inhalatiecorticosteroïden te verminderen en dit na een jaar (2009) te evalueren en te toetsen: streefcijfer is dan dat het gebruik onder de 50% ligt• Nascholing leefstijl; i.c. stoppen met roken <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none">• Heldere FTO afspraak op niveau 4• Stoppen met roken is dé behandeling bij COPD patiënten. <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none">• Door FTO op hoogste niveau binnen Dokterscoop is dat zeker realiseerbaar en toetsbaar• Kennis en vaardigheid door nascholing <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none">• Toetsing FTO in 2009• In 2009 zou overzicht verkregen moeten worden van interventies bij rokende COPD patiënten
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><u>CVRM</u></p> <p>S: CVRM spreekuur is in 2007 gestart; alle daarvoor in aanmerking komende patiënten zijn uitgenodigd waarbij CVRP wordt opgesteld (protocol) en risico wordt berekend. Op grond daarvan is bekeken of patiënt adequaat wordt behandeld en hoe hij gecontroleerd zou moeten worden. Uit onderzoek van cijfers blijkt dat medicatie nog niet adequaat is.</p> <ul style="list-style-type: none">• Statine gebruik• Plaatjesremmer gebruik <p>M:</p> <ul style="list-style-type: none">• Statine gebruik wordt gemeten en besproken en 1 jaar later opnieuw gemeten in relatie tot gemiddelde LDL waarde• Gebruik van plaatjesremmer wordt gemeten, besproken en na een jaar opnieuw gemeten <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none">• MJH wil tot de top horen in secundaire preventie, om complicaties bij CVRM patiënten te voorkomen. <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none">• Door goed ingevoerde ICT en zorg van POH is dit realiseerbaar. <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none">• in 2009 wordt begin gemaakt met metingen en toetsing• de realiteit gebied te zeggen dat in de jaren daarna de ambitie gerealiseerd zal moeten worden.
<p>Wij gaan ervan uit dat bovenstaande een beeld geeft van ons beleid en werkzaamheden in het kader van POH.</p> <p>POH is niet meer weg te denken, sterker nog het breidt zich uit, er wordt immers gesproken van POHS en POHGGZ.</p> <p>De MJH zal zich met haar POH geheel gaan richten op geïntegreerde zorg met als doel de patiënt zelf haar zorg te laten kiezen en haar daarvoor zoveel mogelijk zelf verantwoordelijk te maken.</p> <p>Wij gaan er daarbij vanuit dat dit leidt tot hogere kwaliteit en lagere kosten ondanks toename van chronisch zieken en vergrijzing.</p>	

Bijlagen:
Flowchart.
CVRM pas

Op Internet is meer informatie te vinden www.enkeleregel.nl

Flowchart Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement

