

Jaarverslag 2017

Huisartsenpraktijk van Kerkhoven & van de Ven

Kijkakkers 28 · 6026 ER Maarheeze · T. 0495-593405 · F. 0495-591081
www.medischcentrummaarheeze.nl



Inhoudsopgave

1. INLEIDING	3
IN DIT VERSLAG BESCHRIJVEN WE HUISARTSENPRAKTIJK VAN KERKHOVEN EN VAN DE VEN. HIERIN LEGGEN WE OP PRAKTIJKNIVEAU VERANTWOORDING AF OVER DE GELEVERDE ZORG IN 2017.	3
1.1 HISTORIE EN PROFIEL VAN DE PRAKTIJK	3
1.2 BESCHRIJVING VAN DE HUIDIGE BEVOLKINGSSAMENSTELLING VAN DE GEMEENTE CRANENDONCK EN DE PRAKTIJK	5
1.3 VISIE	7
1.4 TOTSTANDKOMING EN DOELSTELLING VAN HET JAARVERSLAG	7
2. INFRASTRUCTUUR EN ORGANISATIE.....	8
2.1 LOCATIE VAN DE PRAKTIJK	8
2.2 HET GEBOUW	8
2.3 PRAKTIJKUITRUSTING	9
2.4 SAMENWERKINGSVORM HUISARTSEN	10
2.5 OPLEIDING.....	10
2.6 PRAKTIJKORGANISATIE, BEREIKBAARHEID EN BESCHIKBAARHEID	10
2.7 AUTOMATISERING	12
2.8 OVERLEGSTRUCTUUR	12
3. TEAM	13
4. PATIËNTEN.....	15
5. WERKBELASTING	17
6. MEDISCH HANDELEN	19
6.1 PROFESSIONEEL HANDELEN	19
6.2 CHRONISCHE AANDOENINGEN	19
<i>Zorgprogramma dm.....</i>	<i>20</i>
<i>Zorgprogramma astma.....</i>	<i>25</i>
<i>Zorgprogramma COPD.....</i>	<i>28</i>
<i>Zorgprogramma CVRM.....</i>	<i>32</i>
<i>Zorgprogramma Ouderenzorg.....</i>	<i>36</i>
6.3 PREVENTIE.....	37
7. VERSLAGLEGGING EN VOORLICHTING.....	38
7.1 VERSLAGLEGGING	38
7.2 VEILIGHEID	39
7.3 VOORLICHTING	39
8. KWALITEITBELEID.....	41
8.1 KWALITEITSVISIE	41
8.2 VISITATIE/ACCREDITERING	41
8.3 ARBO-RISICOANALYSE	41
8.4 KLACHTENREGELING	41
8.5 IJKEN VAN HET INSTRUMENTARIUM/CONTROLLEREN VAN DE HOUDBAARHEID.....	42
9. TOEKOMSTVISIE EN PLANNEN VOOR 2018	43
BELEIDSDOELSTELLINGEN OP HET GEBIED VAN DE BEDRIJFSVOERING:.....	43
BELEIDSDOELSTELLINGEN OP HET GEBIED VAN DE PATIËNT:.....	43
BELEIDSDOELSTELLINGEN OP HET GEBIED VAN DE MEDEWERKERS	43
10 VERBETERPLANNEN 2017.....	45
VERBETERPLAN 1: BEVOEGD- EN BEKWAAMHEID ASSISTENTES.....	45
VERBETERPLAN 2: KANBAN ARTSENTASSEN	46
VERBETERPLAN 3: KWALITEITSAGENDA BEHEREN.....	47
VERBETERPLAN 4: 30-MINUTEN METING UITVOEREN IN DE PRAKTIJK.....	49
VERBETERPLAN 5: HOLTHER/EVENTRECORDER INTRODUCEREN IN DE PRAKTIJK	50
VERBETERPLAN 6: VIDEOAPPARATUUR OPTIMALISEREN.....	51
VERBETERPLAN 7: PRIVACY VERBETEREN BIJ CRP BEPALING	52
VERBETERPLAN 8: OSTEOPOROSE SPREEKUR	53

1. Inleiding

In dit verslag beschrijven we huisartsenpraktijk van Kerkhoven en van de Ven. Hierin leggen we op praktijkniveau verantwoording af over de geleverde zorg in 2017.

1.1 Historie en profiel van de praktijk

Huisartsenpraktijk van Kerkhoven en van de Ven is gevestigd in Maarheeze.

De huisartsenpraktijk is sinds 1987 in het Medisch Centrum Maarheeze gevestigd. In het medisch centrum zijn naast de huisartsenpraktijk ook fysiotherapie, apotheek en tandarts aanwezig.

Tot 2005 was de huisartsenpraktijk een solopraktijk van dhr Weijers. Sinds 2005 is S.van Kerkhoven als huisarts in de praktijk werkzaam. Dit samenwerkingsverband heeft bestaan tot de pensionering van Dhr Weijers eind 2009. Met ingang van 1 januari 2010 is M.van de Ven werkzaam in de praktijk. Vanaf 1 januari 2011 voeren S. van Kerkhoven en M van de Ven als associés samen de praktijk.

S. van Kerkhoven werkt 4 dagen per week in de praktijk. M. van de Ven werkt 3 dagen per week in de praktijk.

In de praktijk zijn verder 3 assistentes werkzaam Jolan (sinds 1987 werkzaam als assistente 0,4Fte), Marloes aansluitend aan haar opleiding sinds 2010 in de praktijk werkzaam voor 1,0 Fte), Simone sinds april 2014 voor 0,4 Fte. Er zijn 4 praktijkondersteuners werkzaam; Janneke en Annit praktijkondersteuners somatiek. Zij zien patiënten met astma/COPD, diabetes, CVR en ouderenzorg (0,8Fte), Marli (GGZ-Jeugd) (0.1 Fte) en Veronique (GGZ) (0,4 Fte). Marloes heeft in 2016 haar diploma praktijkmanagement behaald. Deze functie combineert zij samen met haar uren als assistente 0.11Fte/0.89Fte).

Met de uitbreiding van de taken in de huisartsenpraktijk is ook de formatie assistentie uitgebreid van 0,9 Fte in 2005 naar 1,7 Fte in 2011 naar 1,9 Fte in 2012. Uiteindelijk in 2015 mede door lean werken weer teruggebracht naar 1,8 Fte.

Huisartsenpraktijk van Kerkhoven en van de Ven wil een patiëntgerichte en flexibele organisatie zijn, die streeft naar voortdurende kwaliteitsverbetering. De medewerkers stellen de patiënt centraal en hij/zij wordt als partner in besluitvorming betrokken.

De huisartsenpraktijk van Kerkhoven en van de Ven verleent huisartsgeneeskundige, laagdrempelige en snel geleverde zorg aan de patiënt in de praktijk in de dag situatie.

De praktijk heeft hiervoor spreekuren ingericht, waarbij alle middelen ingezet kunnen worden in een breed pakket van diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorg die nodig zijn om de zorg voor de patiënt uit te kunnen voeren. Om een breed pakket van medische zorg te kunnen bieden maakt de praktijk sinds 2005 gebruik van praktijkondersteuning. De praktijk is hiervoor aangesloten bij PoZoB. PoZoB ondersteunt huisartsen in de regio Zuidoost-Brabant om kwalitatief goede gestructureerde zorg te geven aan chronisch zieken. PoZoB is werkgever voor praktijkondersteuners en combineert daarnaast zorg, een adequate backoffice en een wetenschappelijke afdeling en is een volwaardige gesprekspartner voor de zorgverzekeraars. PoZoB is verantwoordelijk voor de ontwikkeling, coördinatie, implementatie en kwaliteit van ketenzorgprogramma's voor mensen met een chronische aandoening.

Binnen de huisartsenpraktijk willen wij ons laagdrempelige en vriendelijke karakter blijven behouden. Dit alles met zo optimaal mogelijke zorg voor de patiënt.

De vertrouwensrelatie met de patiënt en het toepassen van evidence based medicine maakt zorg op maat mogelijk.

Tot ons werk rekenen wij alle klachten, problemen en vragen die over gezondheid en ziekte gaan welke de patiënt presenteert. Bij de meeste ziekten en klachten bieden wij de patiënt het complete geneeskundige spectrum van probleemverheldering, signalering, diagnostiek, voorlichting, advies, behandeling, preventie en begeleiding, waarbij de wensen en verwachtingen van de patiënt worden verhelderd en meegenomen in de besluitvorming. De autonomie van de patiënt staat in dit alles centraal. We zullen ons richten op de totale patiënten populatie en het complete spectrum van gezondheidsklachten welke vaak niet geïsoleerd kunnen worden beschouwd, maar worden gezien in hun onderlinge relatie en in de levensloop van de patiënt met zijn/haar sociale systeem en de maatschappelijke context.

De praktijk heeft een beeld van de populatie van patiënten die gebruik maken van de zorg van de praktijk. In de praktijk zijn 3654 patiënten ingeschreven. Het grootste deel van de patiënten in de praktijk is woonachtig in Maarheeze, een kleiner deel in de omringende plaatsen (Sterksel, Budel, Soerendonk en Gastel). Met uitzondering van Sterksel zijn dit ook de kernen welke behoren tot de HAGRO.

De HAGRO bestaat uit een andere duopraktijk te Maarheeze, 2 duopraktijken en 2 solopraktijken in Budel, 1 duopraktijk in Soerendonk. De HAGRO heeft secretariële ondersteuning middels een door hen aangestelde secretaresse.

De praktijk is voor de avond, nacht en weekenden aangesloten bij de huisartsenpost Midden-Limburg. Er wordt gezorgd voor een goede bereikbaarheid, zowel fysiek als telefonisch. De praktijkmedewerkers werken met de huisartsen aan een organisatie van zorg op een hoogwaardige en doelmatige wijze. Kwaliteit is het uitgangspunt van de organisatie. De organisatie van het zorgaanbod biedt transparantie van en toezicht op het kwaliteitsniveau. Aan dit niveau wordt continue gewerkt door normstelling, evaluatie en verbetering van de zorgprocessen. De kwaliteit van de zorg wordt geborgd door het gebruik van protocollen en werkafspraken en door regulier overleg binnen de praktijk met alle medewerkers en de dagelijkse inhoudelijke afstemming van voorkomende casuïstiek.

In de praktijk worden doktersassistenten, praktijkondersteuners en AIOS huisartsgeneeskunde opgeleid. Beide huisartsen hebben een opleiding gevolgd om opleider te zijn. Zij zijn beurtelings jaarlijks opleider of co-opleider. Zij vinden het belangrijk om ervaring, deskundigheid en hun enthousiasme ten aanzien van het vak huisartsgeneeskunde zichtbaar te maken en willen deze graag overdragen aan toekomstige collegae.

De praktijk werkt met het Keteninformatie Systeem Care 2U van PoZoB ten behoeve van diabetes, COPD, astma, CVRM en ouderenzorg. Er wordt gewerkt met MGP (mijn gezondheidsplatform) en tevens maken de praktijkondersteuners gebruik van Care 2U.

Het HIS is Mira.

De speerpunten van de afgelopen jaren en de toekomst zijn blijven innoveren, efficiënt werken met behoud van kwaliteit. Continu leren, ook van elkaar. Inspelen op de snel veranderende behoeften en vragen van de patiënt. Beschikbaar, bereikbaar en deskundigheid.

In de toekomst zullen wij ons blijven richten op het verbeteren van het eigen werkproces en de ontwikkeling van nieuwe producten. Signalen van de patiënten en de ontwikkeling van de hulpvraag kunnen daarbij richtinggevend zijn. We streven naar tevreden patiënten en tevreden medewerkers in een financieel gezonde organisatie.

Motivatie voor deelname aan de praktijkaccreditatie is kwaliteitsverbetering, waarbij vooral optimale zorg voor de patiënten centraal staat. Door met afstand naar de eigen praktijk te kijken hopen wij inzicht te verkrijgen in de gebieden waarop wij ons kunnen verbeteren en welke inspanningen we daarvoor moeten leveren. Verbeteringen en veranderingen kunnen door het accreditatietraject systematisch aangepakt worden en leveren uiteindelijk zichtbare resultaten en erkenning op. Certificering van de dienstverlening biedt een waarborg voor continuering van de verbeterprocessen.

1.2 Beschrijving van de huidige bevolkingssamenstelling van de gemeente Cranendonck en de praktijk

Maarheeze ligt in de gemeente Cranendonck. Cranendonck is een gemeente met meerdere kernen in een landelijk gebied, gelegen aan de snelweg A2 tussen Eindhoven en Weert. De gemeente Cranendonck is op 1 januari 1997 ontstaan door de samenvoeging van de gemeenten Budel en Maarheeze (excl. Sterksel). De kernen Budel, Budel-Dorplein, Budel-Schoot, Gastel, Maarheeze en Soerendonck behoren nu tot de gemeente Cranendonck.

Hoewel Cranendonck een typisch Brabantse gemeente genoemd kan worden, zijn de inwoners (mede door de ligging tegen de provinciegrens van Limburg en de landsgrens van België) gewend om open te staan voor allerlei culturen en talen. Dit is te merken aan de gastvrijheid en ook aan de mix van oudsher wonende inwoners en forenzen.

De gemeente Cranendonck heeft in samenwerking met de GGD Brabant-Zuidoost een gezondheidsrapport opgesteld waarbij een aantal conclusies en kernboodschappen voor het gezondheidsbeleid van Cranendonck zijn omschreven:

Cranendonck telt ruim 20000 inwoners

Op 1 januari 2017 telde Cranendonck 20.706 inwoners. De inwoners van Cranendonck wonen op een betrekkelijk ruim oppervlak: de bevolkingsdichtheid is 271 inwoners per vierkante kilometer tegenover 510 inwoners per vierkante kilometer in de regio Zuidoost-Brabant.

Kerngegevens gemeente Cranendonck (per 1 januari 2017)

Kernen en inwoneraantallen		Totaal aantal inwoners: 20.706
Budel	9.409	Oppervlakte: circa 78,14 km ²
Budel- Dorplein	1.481	Aantal woningen: 8.797 (per 1 januari 2015)
Budel- Schoot	2.068	
Gastel	724	
Maarheeze	5.249	
Soerendonck	1.775	

Meer huishoudens met kinderen en minder eenpersoonshuishoudens in Cranendonck

Van alle huishoudens in Cranendonck bestaat 27.8% uit eenpersoonshuishoudens, 36.1% uit huishoudens zonder kinderen en 36.1% uit huishoudens met kinderen. In Nederland ligt het percentage eenpersoonshuishoudens hoger (36%) en het percentage huishoudens zonder kinderen lager (30%).

Leeftijdsopbouw in Cranendonck en de praktijk

In Cranendonck komt het aandeel jongeren in de bevolking overeen met het landelijk beeld: 22% van de inwoners is jonger dan 20 jaar. Ook het aandeel inwoners uit de zogenaamde ‘productieve leeftijdsgroep’ van 20-65 jaar en het aantal ouderen is vergelijkbaar met Nederland. In Cranendonck is 65% tussen de 20 en 65 jaar en 18% van de inwoners is 65 jaar en ouder. Wat opvalt, is dat vooral de leeftijdsgroep van 20 tot 40 jaar in Cranendonck relatief ondervertegenwoordigd is, vergeleken met de landelijke verdeling. De totale man-vrouw verdeling is bijna in evenwicht: 50,5% mannen en 49,5% vrouwen.

Deze kenmerken zien we ook terug in de patiëntenpopulatie van de praktijk:

Verdeling patiëntenpopulatie 31-12-2017

Leeftijd	Man Absolute aantallen (percentage)	Vrouw Absolute aantallen (percentage)	Totaal
0-19 jaar	379 (10.37%)	362 (9.91%)	741 (20.28%)
20-39 jaar	412 (11.28%)	416 (11.38%)	828 (22.66%)
40-59 jaar	520 (14.23%)	493 (13.49%)	1013 (27.72%)
60-79 jaar	471 (12.89%)	469 (12.84%)	940 (25.73%)
80+	53 (1.45%)	79 (2.16%)	132 (3.61%)
totaal	1835 (50.22%)	1819 (49.78%)	3654 (100%)

Vier op de tien volwassenen in Cranendonck is lager opgeleid.

De verschillen in opleidingsniveau tussen Cranendonck en de regio Zuidoost-Brabant zijn niet statistisch significant. Gemiddeld lijken de 19- tot en met 64-jarigen in Cranendonck echter minder hoog opgeleid te zijn dan in de regio: 26% van hen heeft een Hbo of universitaire opleiding, tegenover 33% in de hele regio. Het aantal inwoners met een lager opleidingsniveau (geen opleiding tot mbo-kort) is in Cranendonck 40% en in de regio Zuidoost-Brabant 33%. Ruim 600 volwassenen (5%) in Cranendonck hebben geen opleiding of alleen lager onderwijs gevolgd.

Vergrijzing

De prognose is dat het aantal inwoners van Cranendonck daalt volgens de prognose van het CBS van ongeveer 20400 inwoners in 2011 naar 19400 inwoners in 2040. Het relatieve aandeel jongeren en volwassenen daalt en het aandeel ouderen stijgt. Deze trend van vergrijzing is gelijk aan die landelijk te zien is.

Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid

In Cranendonck heeft in 2030 ruim een op de drie inwoners een chronische ziekte.

- In Cranendonck is het aandeel rokers stabiel rond 2% á 3%.
- 75% van de 4-18 jarigen is lid van een sportvereniging of –club.
- 8% van de 2-11 jarigen en 6% van de 12-18 jarigen is te dik op basis van zelfrapportage van lengte en gewicht.
- 29% van de ouders ervaart stress bij het opvoeden.
- 28% van ouders heeft hulp voor bij de opvoeding gezocht bij een hulpverlener.

De gemeente heeft een steeds grotere rol in het volksgezondheidsbeleid (wet publieke gezondheid Wpg). Via een beleidsplan is een lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld, daarbij heeft de GGD als input voor de uitwerking van het lokaal gezondheidsbeleid een rapport opgesteld. Bij de uitvoering daarvan zijn vele partners en organisaties betrokken. Daarbij spelen wij als huisartsen bij een aantal thema's een rol. In de periode van 2015 tot heden hebben verschillende netwerkbijeenkomsten plaatsgevonden betreffende "kwetsbare ouderen" en tevens jeugd. Hierin wordt steeds besproken welke onderwerpen binnen de gemeente leven en wie welke rol de zorgverleners en gemeente hierin kan spelen.

1.3 Visie

Huisartsenpraktijk van Kerkhoven en van de Ven wil een patiëntgerichte en flexibele organisatie zijn, die streeft naar voortdurende kwaliteitsverbetering. De medewerkers stellen de patiënt centraal en hij/zij wordt als partner in besluitvorming betrokken.

Wij zien huisartsgeneeskunde als een dicht bij de patiënt staande medische zorg die laagdrempelig en snel geleverd wordt. Binnen de huisartsenpraktijk willen wij dan ook ons laagdrempelige en vriendelijke karakter blijven behouden. Dit alles met zo optimaal mogelijke zorg voor de patiënt.

Hierbij staat de kwaliteit van de zorg en de doelmatigheid op de voorgrond. De kwaliteit van de zorg wordt geborgd door het gebruik van protocollen en werkafspraken en door regulier overleg binnen de praktijk met alle medewerkers en de dagelijkse inhoudelijke afstemming van voorkomende casuïstiek.

1.4 Totstandkoming en doelstelling van het jaarverslag

Dit is het zevende jaargang van het jaarverslag van onze praktijk en werd geschreven door M. van de Ven samen met Marloes Linders.

Het jaarverslag is primair bedoeld voor intern gebruik binnen onze praktijk, als een vinger aan de pols van de organisatie, als instrument om onderwerpen te selecteren voor een jaarplan.

Door middel van het jaarverslag geven wij anderen inzicht in onze werkwijze.

2. Infrastructuur en organisatie

2.1 Locatie van de praktijk

Huisartsenpraktijk van Kerkhoven en van de Ven is gevestigd in Maarheeze.

Maarheeze ligt in de gemeente Cranendonck.

De huisartsenpraktijk is sinds 1987 in het medisch centrum Maarheeze gevestigd. In het medisch centrum zijn naast de huisartsenpraktijk ook fysiotherapie, apotheek en tandarts aanwezig.

2.2 Het gebouw

Het gebouw is in eigendom van vereniging van eigenaren/praktijkhouders fysiotherapie, apotheek, tandarts en huisarts.

Het medisch centrum beschikt over voldoende parkeerplaatsen.

De laatste verbouwing van de huisartsenpraktijk vond plaats in 2011 en wordt ieder jaar goed onderhouden. In 2012 werd in de huisartspraktijk een airco geplaatst om het interne klimaat te optimaliseren.

De toegankelijkheid van het gebouw en de daarin gelegen werkruimtes voor minder validen is gegarandeerd door gelijkvloersheid en automatische schuifdeuren.

In de volgende tabel wordt een overzicht gegeven van de in de huisartsenpraktijk aanwezige ruimtes.

Tabel; Indeling praktijkgebouw huisartsen

Ruimte	Aantal
Receptie	1
Wachtruimte	1
Spreekkamer met onderzoeksdeel	3
Spreekkamer POH	1
Behandelkamer 1	1
Behandelkamer 2 voor ecg en 24 uurs meting	1
Laboratorium (bij receptie/balie)	1
Koffiekamer	1
Toilet	1

Ten behoeve van de privacy zijn in het gebouw de volgende voorzieningen getroffen: muziek in wachtruimte, speciale geluidsabsorberende platen boven de balie bij ingang.

2.3 Praktijkuitrusting

De volgende tabel geeft inzicht in de praktijkuitrusting. De praktijk heeft een onderhoudsabonnement met Mediteq. Zij controleren jaarlijks alle apparaten en instrumenten.

Tabel; De praktijkuitrusting

Uitrustingsstuk	Aantal
AED (1 in gebouw, per visiteauto huisarts 1)	3
Autoclaaf	1
Bloeddrukmeter	10
CRP-bepaling	1
ECG-apparaat	1
24-uurs bloeddrukmeter	1
Holter/event recorder	1
Dermatoscoop	1
Video-otoscoop	1
Otoscoop	4
Glucosemeter	7
Weegschalen	4
Oorthermometer	5
Hemoglobinemeter	1
Koelkast voor medicijnen	1
Onderzoekbank	5
Ophthalmoscoop	2
Papierversnipperaer	1
Pulse-Oxymeter	2
Rolstoel	1
Spirometer	1

2.4 Samenwerkingsvorm huisartsen

De huisartsen van Kerkhoven en van de Ven hebben een duo praktijk. Zij werken nauw met elkaar samen. Inhoudelijke afstemming vindt plaats middels regelmatig gehouden werkoverleg, gezamenlijke nascholing en regulier overleg met POH en assistentes. Daarnaast is er dagelijks inhoudelijk overleg met de assistentes, POH, AIOS en huisartsen. Juridisch is de samenwerking omschreven in een maatschapscontract.

De huisartsen maken deel uit van de HAGRO Cranendonck.

2.5 Opleiding

De praktijk fungeert als opleidingspraktijk voor de opleiding van huisartsen (sinds 1 maart 2012), praktijkondersteuners, praktijkassistentes. Voordat de praktijk in maart 2012 huisartsen in opleiding (AIOS) is gaan opleiden, zijn er vanuit de universiteit Nijmegen steeds co-assistenten geweest. In de tabel worden de belangrijkste kenmerken per opleiding aangegeven.

Tabel; Opleidingskenmerken

Opleiding	Aantal stageplaatsen	Instelling	Verantwoordelijk
Huisarts	1	Maastricht universiteit	Afwisselend per jaar M van de Ven of S. van Kerkhoven
Praktijkassistent	1	Summa college	Marloes Linders
Praktijkondersteunster GGZ	1	Fontys	POH-GGZ

2.6 Praktijkorganisatie, bereikbaarheid en beschikbaarheid

S. van Kerkhoven (K) werkt op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag. Op maandagmiddag wordt door hem administratie gevoerd.

M. van de Ven (V) werkt op maandag, woensdag en donderdag. Op donderdagmiddag wordt door haar administratie gedaan.

De spreekuurorganisatie is in de volgende tabellen weergegeven.

Tabel; Organisatie van het spreekuur K=van Kerhoven V= van de Ven

Type spreekuur	Dagdeel	Uren	Werkdag				
			Ma	Di	Wo	Do	Vrij
Afspraakspreekuur (excl AIOS)	's morgens	8.30 u. tot 12.30 u.	K V	K	V	K V	K
	's middags	14.00 u. tot 16.30 u.	V	K	V	K	K
Visites		12.00 u tot 14.00 u	K V	K	V	K V	K
Visites verzorgingshuis		11.00 u tot 12.30 u				K	

Type spreekuur	Dagdeel	Uren	Werkdag				
			Ma	Di	Wo	Do	Vrij
Overleg assistentes en POH			K V	K	V	K V	K
Bijzonder spreekuur POH-somatiek POH-ggz Assistente Chirurgische ingrepen AIOS	8 dagdelen 4 dagdelen Afhankelijk van aanmelding Alle dagen mogelijk Afhankelijk van onderwijs						
Terugbel mogelijkheid	‘s middags	12.00 u. tot 14.00 u.	K V	K	V	K V	K

In de volgende tabel is de telefonische infrastructuur en bereikbaarheid weergegeven.

Tabel; Telefonische bereikbaarheid

Aansluiting	Nummer	Zonder tussenkomst open voor patiënten van/tot
Praktijklijn	0495-593405	8 uur tot 17 uur
Overleglijn	0495-593425	8 uur tot 17 uur
Spoedlijn	0495-593405	8 uur tot 17 uur
Fax	0495-591081	24 uur

Gedurende de uren die boven staan aangegeven bij ‘praktijklijn’, wordt de telefoon beantwoord door de praktijkassistente. Tussen 12.00 en 14.00 uur worden de patiënten met behulp van een doorschakeling doorverbonden met de spoedlijn/mobiele aansluiting van de arts. Buiten kantooruren worden de patiënten via een automatische telefonische boodschap doorverwezen naar de centrale huisartsenpost te Weert waardoor 24 uur beschikbaarheid van huisartsgeneeskundige zorg is gegarandeerd. De praktijkartsen participeren in de dienstregeling van de centrale huisartsenpost te Weert.

Door middel van een HAGRO-overeenkomst is de waarneming gedurende ziekte geregeld. Sinds 1 januari 2016 sluit de praktijk niet meer gedurende vakanties.

Bij de telefooncentrale wordt gebruik gemaakt van VOip en werd geïnstalleerd in 2009. Er zijn op dit moment 7 telefoonlijnen en is er een aparte spoedlijn. De spoedlijn wordt altijd binnen 30 seconden opgenomen op werkdagen tussen 8.00 en 17.00 uur. Ten behoeve van het gebruikscomfort zijn er headsets beschikbaar voor praktijkassistenten.

Het is steeds mogelijk om een overzicht te maken van gespreksduur, wachttijd en prestaties over een bepaalde periode. Op die manier kan er bijvoorbeeld ingesprongen worden met personele bezetting bij verandering van piektijden.

Het is mogelijk om via internet afspraken te maken bij de huisartsen en praktijkondersteuner. Ook zijn email consulten met de huisarts mogelijk.

De functies afspraken maken en recepten aanvragen zijn ook mogelijk via de app (zorgonline).

Het aantal bezoekers van de site in de periode van 01-01-2017 – 31-12-2017 zijn hieronder per maand aangegeven

Januari 2017	2075 bezoekers
Februari 2017	1773 bezoekers
Maart 2017	1703 bezoekers
April 2017	1680 bezoekers
Mei 2017	1992 bezoekers
Juni 2017	1777 bezoekers
Juli 2017	1750 bezoekers
Augustus 2017	1706 bezoekers
September 2017	1539 bezoekers
Oktober 2017	1715 bezoekers
November 2017	1835 bezoekers
December 2017	1763 bezoekers

2.7 Automatisering

De praktijk is volledig geautomatiseerd en werkt met het Mira huisartseninformatiesysteem (HIS). Als KIS wordt gebruik gemaakt van Care 2 U, welke een koppeling heeft met het HIS. In de praktijk zijn 7 werkplekken en 6 printers in gebruik. Op alle werkplekken is een internetaansluiting.

Ten behoeve van de zorg kan er elektronisch worden gecommuniceerd met apotheken, ziekenhuizen, het laboratorium, collega-huisartsen in Maarheeze en Soerendonk, verloskundigen, fysiotherapeuten en de centrale huisartsenpost. De gegevens worden automatisch ingelezen en verwerkt in het HIS.

Dagelijks wordt een back-up van alle data gemaakt. Deze wordt niet in het gebouw bewaard.

Ongeautoriseerde toegang tot (delen) van het systeem via het internet wordt verhinderd door een firewall. Binnen het gebouw wordt dat voorkomen door het gebruik van uzi-passen.

De financiële administratie is ook volledig geautomatiseerd. Alle facturen worden digitaal aangeleverd of gedigitaliseerd en middels ‘scan&herken’ verwerkt. Er is een directe koppeling van de bankmutaties, in- en verkoopfacturen en het boekhoudpakket (Twinfield). Op deze manier is er een actueel en compleet overzicht over de financiën. Tevens wordt het gebruik van papier in de praktijk verder teruggedrongen.

2.8 Overlegstructuur

Er zijn een aantal overlegstructuren, zowel in als buiten het centrum. Dagelijks is er inhoudelijk overleg tussen alle medewerkers. Eens in de 6 weken is er werkoverleg, waarbij het accent ligt op de praktische afspraken en tevens worden de Vim-meldingen besproken.

3. Team

	
Stijn van Kerkhoven, huisarts	Manda van de Ven, huisarts
	
Joyce Felix, AIOS	Marloes Linders, praktijkmanager/doktersassistente
	
Jolan Hendriks, doktersassistente	Simone Leenders, doktersassistente
	
Veronique Heeremans, POH-GGZ	Marli Duisters, POH-jeugd



Annit Hulscher, POH-somatiek



Janneke Peters, POH-somatiek



Angela Geurts, interieurverzorgster

4. Patiënten

In de praktijk zijn 3654 patiënten ingeschreven op 31-12-2017. De verdelingen naar leeftijd, geslacht wordt hieronder voor de afgelopen 5 jaar weergegeven in tabellen.

Patiënten ingeschreven 2017

Leeftijd	Man Absolute aantallen (percentage)	Vrouw Absolute aantallen (percentage)	Totaal
0-19 jaar	379 (10.37%)	362 (9.91%)	741 (20.28%)
20-39 jaar	412 (11.28%)	416 (11.38%)	828 (22.66%)
40-59 jaar	520 (14.23%)	493 (13.49%)	1013 (27.72%)
60-79 jaar	471 (12.89%)	469 (12.84%)	940 (25.73%)
80+	53 (1.45%)	79 (2.16%)	132 (3.61%)
totaal	1835 (50.22%)	1819 (49.78%)	3654 (100%)

Patiënten ingeschreven 2016

Leeftijd	Man Absolute aantallen (percentage)	Vrouw Absolute aantallen (percentage)	Totaal
0-19 jaar	368 (10.35%)	354 (9.96%)	722 (20.31%)
20-39 jaar	399 (11.23%)	390 (10.97%)	789 (22.20%)
40-59 jaar	506 (14.24%)	496 (13.96%)	1002 (28.19%)
60-79 jaar	464 (13.06%)	451 (12.69%)	915 (25.75%)
80+	53 (1.49%)	73 (2.05%)	126 (3.55%)
totaal	1790 (50.37%)	1764 (49.63%)	3554 (100%)

Patiënten ingeschreven 2015

Leeftijd	Man Absolute aantallen (percentage)	Vrouw Absolute aantallen (percentage)	Totaal
0-19 jaar	356 (20.3%)	344 (19.9%)	700 (20.2%)
20-39 jaar	384 (21.9%)	366 (21.2%)	750 (21.5%)
40-59 jaar	517 (29.4%)	514 (29.8%)	1031 (29.6%)
60-79 jaar	441 (25.1%)	420 (24.3%)	861 (24.7%)
80+	58 (3.3%)	83 (4.8%)	141 (4.0%)
totaal	1756 (100%)	1727 (100%)	3483 (100%)

Patiënten ingeschreven 2014

Leeftijd	Man Absolute aantallen (percentage)	Vrouw Absolute aantallen (percentage)	Totaal
0-19 jaar	330 (19%)	334 (19.4%)	664 (19.2%)
20-39 jaar	327 (18.9%)	311 (18%)	638 (18.4%)
40-59 jaar	469 (27%)	442 (25.7%)	911 (26.4%)
60-79 jaar	491 (28.3%)	497 (28.8%)	988 (28.6%)
80+	117 (6.7%)	139 (8.1%)	256 (7.4%)
totaal	1734 (100%)	1723 (100%)	3457 (100%)

Patiënten ingeschreven 2013

Leeftijd	Man Absolute aantallen (percentage)	Vrouw Absolute aantallen (percentage)	Totaal
0-19 jaar	336 (19.7%)	341 (20.5%)	677 (20.1%)
20-39 jaar	384 (22.6%)	350 (21%)	734 (21.8%)
40-59 jaar	517 (30.4%)	506 (30.4%)	1023 (30.4%)

60-79 jaar	415 (24.4%)	386 (23.2%)	801 (23.8%)
80+	47 (2.7%)	79 (4.7%)	126 (3.7%)
totaal	1699 (100%)	1662 (100%)	3361 (100%)

5. Werkbelasting

Tijdens het verslagjaar was de contactfrequentie 4,7 bij de in totaal 3554 patiënten. Hoe deze contactfrequentie (cf) is opgebouwd wordt in de onderstaande tabel getoond. Overigens bevatten deze data niet de contactfrequenties binnen de verschillende zorgstraten.

De contactfrequentie is de afgelopen jaren opgelopen van 3,7 in 2011 naar 4,7 in 2017. De grootste stijging lijkt te liggen in het aantal consulten en telefonische consulten. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de afgelopen jaren een betere registratie hierin is geïntroduceerd; alle telefonische contacten worden geregistreerd door de assistentes en door de huisartsen dagelijks gefiatteerd en indien dit past volgens de regels van declareren, gedeclareerd.

In onderstaande tabel is soort verrichting en het aantal verrichtingen die werden uitgevoerd in 2012, 2013, 2015, 2016 en 2017 vastgelegd.

soort verrichting	Aantallen 2017	Cf 2017	Aantallen 2016	cf 2016	aantallen 2015	cf 2015	aantallen 2013	cf 2013	aantallen 2012	cf 2012
consulten	9932	2.7	7485	2,1	7531	2,2	7358	2,2	7265	2,2
consulten lang	1467	0.4	1419	0,4	1309	0,37	734	0,22	681	0,2
visites	255	0.06	256	0,07	354	0,1	531	0,16	591	0,2
visites lang	127	0.03	182	0,05	183	0,05	129	0,04	242	0,07
visite ITZ	63	0.01	63	0,02	60	0,01	47	0,01	49	0,02
visite ITZ lang	3	0.001	6	0,002	3	0,001	79	0,02	53	0,02
visite ITZ ANW	1	0.001	5	0,001	6	0,001	7	0,002	16	0,005
tel consult	3720	1.01	3555	1,0	2359	0,67	1993	0,59	1558	0,48
e-mail consult	79	0.02	69	0,02	35	0,01	15	0,004	14	0,04
M&I	1548	0.4	1514	0,12	1235	0,35	1469	0,44	1469	0,45
Totaal	17195	4.7	14554	4,1	13075	3,75	12233	3,6	11938	3,6

In onderstaande tabel is de aard en het aantal overige verrichtingen die werden uitgevoerd in 2011, 2012, 2013, 2015, 2016 en 2017 vastgelegd.

Type verrichting M&I	aantallen 2017	aantallen 2016	aantallen 2015	aantallen 2013	aantallen 2012	aantallen 2011
Stikstof	355	285	218	237	198	221
aanmeten pessarium	0	0	0	1	4	6
ambulante compressie therapie	33	5	13	15	10	4
kleine chirurgie	173	170	99	154	146	175
cyriax injectie	102	83	37	70	47	42
ECG	78	90	59	88	100	159
euthanasie	2	3	0	4	4	1
hechtingen verwijderen	0	0	6	81	85	99
24 uursbloeddrukmeting	20	37	21	59	44	63
iud inbrengen	36	33	8	15	12	11
spirometrie	7	103	4	21	15	23
MMSE	15	4	7	8	18	19
Oogboring	13	10	8	12	13	10
verrichting op verzoek specialist	0	1	8	216	232	221
teledermatologie	10	13	10	2	2	5
urine onderzoek	502	471	481	546	458	448
wondbehandeling ZKH	0	0	0	0	1	3
zwangerschapstest	4	18	3	10	13	2
urinecatheter	0	0	0	1	7	
Crp	270	173	156	41	55	
mrsa kweek	3	3	0	2	5	
glucosetest	25	12	27	12		
email consult	80	69	35	15	14	
Holter	7					
30-minuten bloeddrukmeting	29					
Totaal	1764	1583	1200	1610	1469	1512

6. Medisch handelen

6.1 Professioneel handelen

Onder het professioneel handelen binnen onze praktijk wordt verstaan enerzijds het aantoonbaar consequent volgen van de reguliere medische werkwijzen; zoals vastgestelde standaarden en richtlijnen door de beroepsvereniging (NHG) en de wetgeving.

Anderzijds zal in sommige specifieke gevallen het niet altijd mogelijk, of zelfs wenselijk zijn om de reguliere werkwijzen te volgen. In dat geval betekent professioneel handelen dat de praktijk de afwijkingen kan onderbouwen, onder andere met dossiervorming.

Binnen de praktijk staan wij open voor feedback binnen de praktijk, nemen deel aan onder andere intervisie/supervisie buiten de praktijk.

Voor de huisartsen betekent professioneel handelen voorts het deelnemen aan de herregistratie(HVRC).

Huisartsenpraktijk van Kerkhoven en van de Ven wil een lerende organisatie zijn waarin verantwoorde zorg, op het hoogst haalbare niveau, continu beschikbaar is. Centraal staan voortdurende educatie en bijscholing van alle medewerkers conform de laatste standaarden en inzichten binnen de huisartsenzorg, om patiënten de best mogelijke zorg te bieden. Belangrijke leidraad hierbij zijn de publicaties van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Deze richtlijnen worden in de praktijk gevolgd door de huisartsen, POH en de doktersassistentes. Op operationeel niveau zijn deze richtlijnen verwerkt tot protocollen en richtlijnen. Voor de chronische zorg worden de richtlijnen van de POZOB gevolgd. Andere protocollen worden geschreven in samenspraak met alle medewerkers, waarbij Lean werken het uitgangspunt is.

6.2 Chronische aandoeningen

De praktijk is een opleidingspraktijk waar evidence based wordt gewerkt. Er is veel aandacht voor chronische aandoeningen, met name in de vorm van aparte spreekuren, bij de praktijkondersteuner. Daarbij hebben de assistentes een apart spreekuur voor bloeddruk controles en andere verrichtingen. Er wordt gewerkt volgens protocollen van de NHG en PoZoB zorggroep. In dit hoofdstuk wordt gerapporteerd over het medisch handelen in de praktijk. Als basis daarvoor dienen de epidemiologische gegevens over een aantal chronische aandoeningen, die hieronder worden gepresenteerd.

In deze paragraaf worden de uitkomsten van de verschillende zorgstraten beschreven. Daarbij wordt per zorgstraat eerst een beschrijving gegeven met opvallende uitkomsten en een eventuele verklaring, daaronder volgen tabellen en grafieken met indicatoren steeds als praktijk vergeleken met het cluster (Cranendonck) en de zorggroep (PoZoB).

Zorgprogramma dm

- Procesindicatoren: totaal 193 patiënten met dm (stijging t.o.v 2016 met 10 patiënten), daarvan zijn 144 (2016;142) patiënten in de zorgstraat.

- Uitkomstindicatoren:

- HbA1c > 69 mmol/m lag hoger 9,4% t.o.v cluster (6,4%) en zorggroep (7%), dit was terug te vinden in de groep leeftijd >70 jaar

Het controleren van het natrium bij nierinsufficiëntie of hartfalen ligt op 100%, dit is een stuk gunstiger t.o.v het cluster 68,2% en 52.1% bij de zorggroep.

Systolische bloeddruk onder 140 bij patiënten onder de 80 jaar met dm ligt vrijwel gelijk 71,7% t.o.v. 69,5% in het cluster en 69,9% in de zorggroep.

Ook in de groep >80 jaar met dm liggen de waarden van systolische bloeddruk vrijwel gelijk met de te vergelijken groepen; % >0 en <=140 mm Hg is 58,3 % t.o.v 51,9 % in de cluster en 57,6% in de zorggroep.

SIMM's 1 hoog (15,6%) t.o.v. cluster (7,8%) en groep (6,8%). SIMM's 2 is ongeveer vergelijkbaar (16,5%) met de zorggroep (16,9%), het percentage van het cluster ligt iets hoger (19,4%).

Van de patiënten in de praktijk met dm heeft 81,8% een lipidenverlagend medicament. 18,2% van de patiënten met medicatie heeft een LDL>2,5 (t.o.v 18,9% cluster en 20,9% zorggroep). Glucose nuchter geen verschillen t.o.v. groep of cluster.

Behandelwijze: Percentage alleen dieet ligt iets hoger (29,9%) t.o.v het cluster (23,7%) en de zorggroep (25,2%).

Patiënten met dm en griepvaccinatie ligt hoog: 66 % t.o.v cluster 34% en groep 40,7%.

Een en ander is in onderstaande tabel terug te vinden:

Proces indicatoren & Uitkomst indicatoren	Huisarts	Praktijk	Cluster	Zorggroep
Totaal aantal patiënten in populatie	193	193	1006	20749
Totaal aantal patiënten in 2de lijn	36	36	138	2955
Totaal aantal patiënten niet in zorgprogramma met meting Geen Geregelde Zorg	13	13	53	1028
Totaal aantal patiënten in zorgprogramma	144	144	817	16787
% HbA1c (Onderzoek)	95.8	95.8	96.9	96.7
% Glucose nuchter (Onderzoek)	98.6	98.6	99.5	98.8
% LDL (Onderzoek)	95.1	95.1	95.6	93.5
% Lipidenprofiel (Onderzoek)	63.9	63.9	30.2	28.3
% Kreatinine (serum) (Onderzoek)	96.5	96.5	95.8	94.7
% eGFR (Onderzoek)	96.5	96.5	95.8	94.7
% Urineonderzoek op albumine of albu/creatinine ratio. (Onderzoek)	93.8	93.8	92.7	90.2
% Natrium bij nierinsufficiëntie (U99) of hartfalen (K77) (Onderzoek)	100	100	68.2	52.1
% Bloeddruk (Onderzoek)	95.1	95.1	96.8	96.1
% 24 uurs bloeddrukmeting (Onderzoek)			1.7	2.3
% Gem. syst. Bloeddruk (5-7 dg thuismeting) (Onderzoek)			1.2	1.4
% Gem. diast. Bloeddruk (5-7 dg thuismeting) (Onderzoek)			1.2	1.4
% Funduscontrole (2jr) (Onderzoek)	86.8	86.8	81.4	78.1

% Retinopatie wel/geen vastgelegd via uitslag (2jr) of episode (OOIT) (Onderzoek)	88.2	88.2	82.3	79.4
% Diabetische retinopathie (2jr) (Onderzoek)	7.1	7.1	7.6	8.3
% Voetonderzoek (Onderzoek)	75.7	75.7	79.9	81.2
% Lipidenverlagend medicament (Onderzoek)	77.8	77.8	72.9	68.9
% Met SIMM's classificatie (Leefstijl)	75.7	75.7	79.7	80.6
% Zorgprofiel (Leefstijl)	70.1	70.1	35	32.4
% BMI (Leefstijl)	93.8	93.8	93.5	92.5
% Mate van beweging (Leefstijl)	94.4	94.4	91.9	91.6
% Buikomvang (middelomtrek) (Leefstijl)	1.4	1.4	1.3	2.9
% Rookgedrag (Leefstijl)	97.9	97.9	96.6	95.5
% Advies stoppen met roken (Rokers) (Leefstijl)	6.7	6.7	8.5	3.3
% Alcoholgebruik afgelopen 5 jr (Leefstijl)	98.6	98.6	98.3	98
% Voedingspatroon besproken (Leefstijl)	0.7	0.7	0.1	0.8
% Fysiotherapeut ingeschakeld (Behandeling)				0
% Diëtist ingeschakeld (Behandeling)	29.2	29.2	32.4	19.7
% Individueel Zorgplan aanwezig (Behandeling)	98.6	98.6	96.1	90.6
% Behandeling volgens NDF-zorgstandaard (met * gemarkeerde parameters tellen mee) (Behandeling)	45.8	45.8	18.7	17.3
% Gebruikt patiëntportaal (Behandeling)	19.4	19.4	11	3.2

% >0 en <53 mmol/m of >0% en <7,0% (HbA1c >0 en <53 mmol/m of >0% en <7%)	59.4	59.4	59.5	58.5
% Leeftijd < 50 jaar (HbA1c >0 en <53 mmol/m of >0% en <7%)	2.4	2.4	4.5	4.6
% Leeftijd tussen 50 en 70 jaar (HbA1c >0 en <53 mmol/m of >0% en <7%)	45.1	45.1	44.4	42.5
% Leeftijd > 70 jaar (HbA1c >0 en <53 mmol/m of >0% en <7%)	52.4	52.4	51.2	52.9
% >=53 en <=69 mmol/m of >=7,0% en <=8.5% (HbA1c >=53 en <=69 mmol/m of >=7% en <=8,5%)	31.2	31.2	34.1	34.5
% Leeftijd <50 jaar (HbA1c >=53 en <=69 mmol/m of >=7% en <=8,5%)	4.7	4.7	3.7	4.6
% Leeftijd >=50 en <=70 jaar (HbA1c >=53 en <=69 mmol/m of >=7% en <=8,5%)	39.5	39.5	35.2	38.9
% Leeftijd >70 jaar (HbA1c >=53 en <=69 mmol/m of >=7% en <=8,5%)	55.8	55.8	61.1	56.6
% >69 mmol/m of >8,5% (HbA1c >69 mmol/m of >8,5%)	9.4	9.4	6.4	7
% Leeftijd < 50 jaar (HbA1c >69 mmol/m of >8,5%)	15.4	15.4	17.6	12.9
% Leeftijd >=50 en <=70 jaar (HbA1c >69 mmol/m of >8,5%)	23.1	23.1	33.3	41.9
% Leeftijd >70 jaar (HbA1c >69 mmol/m of >8,5%)	61.5	61.5	49	45.2
% >=60 en <=300 ml/min (eGFR (< 65jr))	97.2	97.2	94.7	96
% >=45 en <60 ml/min (eGFR (< 65jr))	2.8	2.8	4.4	3.1
% >=30 en <45 ml/min (eGFR (< 65jr))				0.7
% >0 en <30 ml/min (eGFR (< 65jr))			0.9	0.2
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >300 ml/min (eGFR (< 65jr))				

% >=60 en <=300 ml/min (eGFR (>= 65jr))	69.7	69.7	72.4	71.4
% >=45 en <60 ml/min (eGFR (>= 65jr))	21.1	21.1	16.3	18.4
% >=30 en <45 ml/min (eGFR (>= 65jr))	8.3	8.3	8.9	8.2
% >0 en <30 ml/min (eGFR (>= 65jr))	0.9	0.9	2.4	1.9
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >300 ml/min (eGFR (>= 65jr))				0
% Man. met albumine/creat. ratio >2,5 en <=25 (Micro albumine)	20	20	22.2	22
% Vrouw. met albumine/creat. ratio >3,5 en <=35 (Micro albumine)	10.5	10.5	17.6	17.8
% Onbetrouwbare uitslag >30 en <=300 (Micro albumine)				
% Man. met macro albumine >25 en <=300 (Macro albumine)	2.7	2.7	4.7	3.6
% Vrouw. met macro albumine >35 en <=300 (Macro albumine)	1.8	1.8	2.6	2.1
% Onbetrouwbare uitslag >300 (Macro albumine)				
Aantal gemeten patiënten (Systolische bloeddruk (<= 80jr))	113	113	656	13233
% >0 en <=140 mm Hg (Systolische bloeddruk (<= 80jr))	71.7	71.7	69.5	69.9
% >140 en <=160 mm Hg (Systolische bloeddruk (<= 80jr))	25.7	25.7	25.2	24.5
% >160 en <=400 mm Hg (Systolische bloeddruk (<= 80jr))	2.7	2.7	5.3	5.7
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >400 mm Hg (Systolische bloeddruk (<= 80jr))				0
Aantal gemeten patiënten (Systolische bloeddruk (> 80jr))	24	24	135	2900
% >0 en <=140 mm Hg (Systolische bloeddruk (> 80jr))	58.3	58.3	51.9	57.6
% >140 en <=160 mm Hg (Systolische bloeddruk (> 80jr))	29.2	29.2	34.1	33.8
% >160 en <=400 mm Hg (Systolische bloeddruk (> 80jr))	12.5	12.5	14.1	8.6
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >400 mm Hg (Systolische bloeddruk (> 80jr))				
% >0 en <=80 mm Hg (Diastolische bloeddruk)	63.5	63.5	59.8	68.4
% >80 en <=90 mm Hg (Diastolische bloeddruk)	31.4	31.4	30.7	24.2
% >90 en <=400 mm Hg (Diastolische bloeddruk)	5.1	5.1	9.5	7.3
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >400 mm Hg (Diastolische bloeddruk)				0
% Niet verhoogd (SIMM's 0) (Risico voetulcera (SIMM's))	65.1	65.1	69.9	71.4
% Matig (SIMM's 1) (Risico voetulcera (SIMM's))	15.6	15.6	7.8	6.8
% Hoog (SIMM's 2) (Risico voetulcera (SIMM's))	16.5	16.5	19.4	16.9
% Sterk verhoogd (SIMM's 3) (Risico voetulcera (SIMM's))	2.8	2.8	2.9	4.8
% SIMM's 0 waarvan % met Zorgprofiel 0: (Zorgprofiel risico voetulcera)	91.5	91.5	28.6	25.3
% SIMM's 1 waarvan % met Zorgprofiel 1: (Zorgprofiel risico voetulcera)	17.6	17.6	17.6	26
% SIMM's 1 waarvan % met Zorgprofiel 2: (Zorgprofiel risico voetulcera)	70.6	70.6	35.3	24.5
% SIMM's 2 waarvan % met Zorgprofiel 2: (Zorgprofiel risico voetulcera)	11.1	11.1	23	9.5
% SIMM's 2 waarvan % met Zorgprofiel 3: (Zorgprofiel risico voetulcera)	88.9	88.9	66.7	71.1
% SIMM's 2 waarvan % met Zorgprofiel 4: (Zorgprofiel risico voetulcera)				0.4
% SIMM's 3 waarvan % met Zorgprofiel 4: (Zorgprofiel risico voetulcera)	100	100	84.2	95.7
% Ja (Voetulcus)	4.8	4.8	1.9	1.6

% Nee (Voetulcus)	95.2	95.2	98.1	98.3
% Onduidelijk (Voetulcus)				0.1
% >10 en <25 (BMI)	19.3	19.3	19	17.5
% >=25 en <=30 (BMI)	43.7	43.7	40.4	43.1
% >30 en <35 (BMI)	27.4	27.4	25.7	25.9
% >=35 en <60 (BMI)	9.6	9.6	14.9	13.4
% Onbetrouwbare uitslag <=10 of >=60 (BMI)				0
% Rookt (Rookstatus)	10.6	10.6	11.9	13.3
% Voorheen gerookt (Rookstatus)	44.7	44.7	44.9	43.1
% Nooit gerookt (OOIT) (Rookstatus)	44.7	44.7	43.2	43.7
% Met griepvaccinatie (Griepvaccinatie)	66	66	34	40.7
% Weigert griepvaccinatie (Griepvaccinatie)	2.8	2.8	1.1	1.1
% Zonder griepvaccinatie (Griepvaccinatie)	31.3	31.3	64.9	58.1
% Medicatie en LDL >2,5 (Lipiden medicatie)	18.2	18.2	18.9	20.9
% Lipidenverlagend medicament (Lipiden medicatie)	81.8	81.8	81.1	79.1
% Alleen dieet (Behandelwijze)	29.9	29.9	23.7	25.2
% Orale middelen (Behandelwijze)	54.9	54.9	60.3	60.7
% Insuline en orale middelen (Behandelwijze)	13.2	13.2	12.7	11.2
% Insuline monotherapie (Behandelwijze)	2.1	2.1	3.2	2.9
% Antihypertensivum (Behandelwijze)	74.3	74.3	77.4	71.1
Gemiddelde waarde glucose nuchter in Meetjaar (Glucose nuchter in afgelopen 5 jr)	8	8	8	8
% >0 en <7 mmol/l (Glucose nuchter in afgelopen 5 jr)	25.1	25.1	29.5	31
% >=7 en <=8 mmol/l (Glucose nuchter in afgelopen 5 jr)	38.5	38.5	35.6	35.1
% >8 en <=60 mmol/l (Glucose nuchter in afgelopen 5 jr)	36.4	36.4	34.9	33.9
% Onbetrouwbare uitslag 0 of >60 mmol/l (Glucose nuchter in afgelopen 5 jr)				0
% >=1 en <=30 mmol/l (HDL cholesterol Mannen)	62.7	62.7	65.7	45.8
% >0 en <1 mmol/l (HDL cholesterol Mannen)	37.3	37.3	34.3	54.2
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >30 mmol/l (HDL cholesterol Mannen)				
% >=1,2 en <=30 mmol/l (HDL cholesterol Vrouwen)	68.3	68.3	58.2	47.6
% >0 en < 1,2 mmol/l (HDL cholesterol Vrouwen)	31.7	31.7	41.8	52.4
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >30 mmol/l (HDL cholesterol Vrouwen)				0
% >0 en <=2.5 mmol/l (LDL-Cholesterolwaarde in afgelopen 5 jaar (<= 80jr))	68.3	68.3	62.4	61.3
% >2,5 en <=3,0 mmol/l (LDL-Cholesterolwaarde in afgelopen 5 jaar (<= 80jr))	13.3	13.3	16.6	17.9
% >3,0 en <=30 mmol/l (LDL-Cholesterolwaarde in afgelopen 5 jaar (<= 80jr))	18.3	18.3	21	20.8
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >30 mmol/l (LDL-Cholesterolwaarde in afgelopen 5 jaar (<= 80jr))				0
% >0 en <=2.5 mmol/l (LDL-Cholesterolwaarde in afgelopen 5 jaar (> 80jr))	62.5	62.5	61.3	61

% >2,5 en <=3,0 mmol/l (LDL-Cholesterolwaarde in afgelopen 5 jaar (> 80jr))	8.3	8.3	16.1	17.2
% >3,0 en <=30 mmol/l (LDL-Cholesterolwaarde in afgelopen 5 jaar (> 80jr))	29.2	29.2	22.6	21.8
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >30 mmol/l (LDL-Cholesterolwaarde in afgelopen 5 jaar (> 80jr))				
% >0 en <2,2 mmol/l (Trigliceriden)	68.5	68.5	70.4	72.3
% >=2,2 en <=30 mmol/l (Trigliceriden)	31.5	31.5	29.6	27.7
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >30 mmol/l (Trigliceriden)				0
% Combinatie van gegevens (Controlebeleid)	2.1	2.1	1.2	2.1
% Diabetische retinopathie (F83.01) OOIT (Comorbiditeit)	4.2	4.2	4.3	4.3
% Hypertensie (K86, K87) OOIT (Comorbiditeit)	61.1	61.1	61.1	53.7
% Hypercholesterolemie (T93) OOIT (Comorbiditeit)	44.4	44.4	45.9	27.1
% Decompensatio cordis (K77) OOIT (Comorbiditeit)	4.9	4.9	5.9	5.3
% Doorgemaakt hartinfarct (K75) OOIT (Comorbiditeit)	5.6	5.6	8.8	8.8
% CVA (K90) OOIT (Comorbiditeit)	6.9	6.9	7.6	6.9
% TIA (K89) OOIT (Comorbiditeit)	4.2	4.2	5.9	4.9
% Angina pectoris (K74) OOIT (Comorbiditeit)	8.3	8.3	8.7	9
% Andere/chronische ischemische hartziekte (K76) OOIT (Comorbiditeit)	10.4	10.4	4.4	3.8
% Nierinsufficiëntie (U99.01) OOIT (Comorbiditeit)	18.8	18.8	13.2	11.6
% Proteïnurie (U98.01) OOIT (Comorbiditeit)	2.1	2.1	2	2.9
% Depressie (P76) OOIT (Comorbiditeit)	6.9	6.9	5.3	7.1

Zorgprogramma astma

In de benchmark valt op dat:

- **Procesindicatoren:** totaal 169 (2016;158) patiënten met astma, daarvan zijn 70 (2016;67) patiënten in de zorgstraat.
Hoger percentage ACQ vastgelegd, evenals MRC.
In leefstijl werd meer advies gegeven/vastgelegd t.a.v. rookgedrag evenals advies stoppen met roken. In behandeling werd de inhalatietechniek en therapietrouw vaker gecontroleerd. Bijna alle patiënten hebben een individueel zorgplan, namelijk bij 94.3%.
- **Uitkomstindicatoren:**
Hoog percentage patiënten met een lage MRC score (dus geen klachten).
Het percentage patiënten met 2 exacerbaties was iets hoger, namelijk 5.7% t.o.v cluster 3.1% en zorggroep 0.9%.
Het percentage rokers is mooi laag, namelijk 9.5%.
Patiënten met astma en griepvaccinatie ligt hoog: 47.1% t.o.v cluster 24.5% en zorggroep 33.4%.
Een en ander is in onderstaande tabel terug te vinden:

Proces indicatoren	Huisarts	Praktijk	Cluster	Zorggroep
Totaal aantal patiënten in populatie	169	169	765	12.323
Totaal aantal patiënten in 2de lijn	26	26	168	2.433
Totaal aantal patiënten niet in zorgprogramma met meting Geen Geregelde Zorg	73	73	280	4.265
Totaal aantal patiënten in zorgprogramma	70	70	318	5.636
Onderzoek				
% Longfunctieonderzoek verricht	70.0	70.0	72.3	71.1
% Spirometrie op basis van post BD (FEV1, FVC en FEV1/FVC)	68.6	68.6	71.1	63.4
% Spirometrie (FEV1 post of pre BD, FVC post of pre BD of FEV1/FVC ratio post of pre BD)	70.0	70.0	72.3	71.1
% FEV1/FVC ratio post BD	68.6	68.6	71.4	69.2
% ACQ vastgelegd	77,1	77,1	81.6	75.5
% MRC vastgelegd	67.1	67.1	55.7	46.8
% Met 2 of meer stootkuren	5.7	5.7	5.3	3,4
% Saneringsadvies (OOIT)	60.0	60.0	23.6	13.1
% Allergie (OOIT)	31.4	31.4	32,7	32.2
% met persisterend astma óf die roken.	25.7	25.7	21.1	40,4
% met persisterend astma of die roken waarbij een volledige spirometrie is gedaan in de afgelopen 12 maanden in de groep patiënten met persisterend astma of die roken.	66.7	66.7	44.8	70.1
% InhalatieMedicatie	91.4	91.4	89,6	89.7
% met chronisch gebruik van inhalatie luchtwegverwijders in de afgelopen 12 maanden	82.9	82.9	80,8	78.6
Leefstijl				
% BMI	80.0	80.0	82.7	81.0
% Mate van beweging	81.4	81.4	77.0	72.9
% Met advies lichaamsbeweging	1.4	1.4	1.3	0.9

% Rookgedrag	90,0	90,0	93.7	92.1
% Rookhistorie pakjaren	100,0	100,0	85.7	90,8
% Motivatie om te stoppen (Rokers)				
% Advies stoppen met roken (Rokers)	16.7	16.7	4.8	2.0
% Interventie stoppen met roken (Rokers)				
Behandeling				
% Therapietrouw medicatie	75.7	75.7	73.3	63.9
% Inhalatietechniek gecontroleerd (bij LWV medicatie)	81.3	81.3	79.6	69.9
% Individueel Zorgplan aanwezig	94.3	94.3	88.1	72.5
% Gebruikt patiëntportaal	17.1	17.1	7.5	1.4

Uitkomst indicatoren	Huisarts	Praktijk	Cluster	Zorggroep
FEV1/FVC ratio post-BD				
% <70%	14.6	14.6	14.2	22.4
% >=70%	85.4	85.4	85.8	77.6
FEV1 post-BD % van voorspeld				
% >=80%	85.4	85.4	85.1	82.2
% >=50 - <80%	14.6	14.6	14,9	17.1
% >=30 - <50%				0,5
% <30%				0,3
MRC - dyspnoe				
% 0: Geen last	73.9	73.9	41.4	37.3
% 1: Bij zware inspanning	21.7	21.7	30.5	34.1
% 2: Bij haasten of lichte helling	4.3	4.3	20.1	20.4
% 3: Bij lopen			6,3	5.8
% 4: Bij klein stukje lopen			1,7	1,8
% 5: Komt het huis niet uit				0,5
ACQ				
% Goed >=0 en <0,75	85.2	85.2	82.1	73.3
% Aandacht >=0,75 en <1,5	14.8	14.8	10.1	15.6
% Slecht >= 1,5 en <= 6			7.8	11.1
Exacerbaties (consult, stootkuren)				
% Zonder exacerbaties	92.9	92.9	89.9	92.6
% 1 exacerbatie	1.4	1.4	6.3	6.2
% 2 exacerbaties	5.7	5.7	3.1	0,9
% 3 of meer exacerbaties			0,6	0,3
BMI				
% > 10 en < 18,5			0.8	2
% >= 18,5 en < 21	7.1	7.1	5.7	5,6
% >= 21 en <= 30	71.4	71.4	66.2	66,7
% > 30 en < 60	21.4	21.4	27.4	25.8
% Onbetrouwbare uitslag <= 10 of >= 60				

Bewegen				
% Voldoet aan norm	84.2	84.2	78.4	78.2
% Minder dan norm	14	14	20	20.5
% Inactief	1.8	1.8	0,4	0,8
% Onduidelijk			1.2	0,6
Rookstatus				
% Rookt	9.5	9.5	7	10.5
% Voorheen gerookt	31,7	31,7	34.9	33.3
% Nooit gerookt (OOIT)	58.7	58.7	58.1	56.2
Rookhistorie (pakjaren)				
% < 5	58.2	58.2	52.2	33,1
% >=5 en <10	3,6	3,6	13.7	18,2
% >=10 en <25	14.5	14.5	19.8	29
% >= 25	23,6	23,6	14.3	19,7
Griepvaccinatie				
% Met griepvaccinatie	47.1	47.1	24.5	33.4
% Weigert griepvaccinatie	2.9	2.9	1.9	1.7
% Zonder griepvaccinatie	50	50	73.6	64.9
LWV & ICS medicatie				
% Kortwerkende beta-2 sympathicomimetica	47.1	47.1	47.2	45.7
% Kortwerkende anticholinergica	2.9	2.9	3.1	3.5
% Kortwerkende beta-2 + anticholinergica				
% Langwerkende beta-2 sympathicomimetica	7.1	7.1	6.9	5.8
% Langwerkende anticholinergica	2.9	2.9	2.8	3.3
% Langwerkende beta-2 + anticholinergica			0,3	0,2
% ICS	35.7	35.7	34.3	33.7
% Combi ICS + beta-2	57.1	57.1	57.9	56.3
% Geen R03-medicatie	5.7	5.7	7.2	7.9
Inhalatietechniek				
% Voldoende	96.2	96.2	97.8	90.1
% Onvoldoende	1.9	1.9	1.8	7.9
% Onduidelijk	1.9	1.9	0,4	2
Therapietrouw medicatie				
% Voldoende	92.5	92.5	89.6	87
% Onvoldoende	5.7	5.7	8.7	10.9
% Onduidelijk	1.9	1.9	1.7	2.2
Comorbiditeit				
% Diabetes Mellitus (T90) OOIT	8.6	8.6	6.6	8.3
% Decompensatio cordis (K77) OOIT			1,9	1,5
% Depressie (P76) OOIT	7.1	7.1	5	7,7
% Longcarcinoom				

Zorgprogramma COPD

In de benchmark valt op dat:

- in de praktijk zijn 75 patiënten met COPD waarvan maar 25 in het zorgprogramma.
- Procesindicatoren:
Vergelijkbaar spirometrie verricht in het meetjaar t.o.v. de zorggroep.
Hoger percentage ziektelast vastgelegd, namelijk 80%. In leefstijl werd bewegen, BMI en rookgedrag goed vastgelegd.
Er werd vaker dan voorafgaand jaar therapietrouw vastgesteld, nu 80% t.o.v 60.7% in 2016.
De inhalatietechniek werd vaak gecontroleerd 85.7% t.o.v. 73.7% in cluster en 70.5% in de zorggroep.
Er is vaak een individueel zorgplan aanwezig 96% t.o.v. 90.2% in cluster en 81.3% in de zorggroep.
- Uitkomstindicatoren:
In 2016 was het percentage patiënten met een FEV1/FVC <70% 77.8%. Dit hebben we als aandachtspunten meegenomen en in 2017 was het percentage 87.5% t.o.v 79.2% in het cluster en 90.2% in de zorggroep.
Er zijn veel patiënten binnen dit zorgprogramma met een griepvaccinatie, namelijk 76%.

Proces indicatoren	Huisarts	Praktijk	Cluster	Zorggroep
Totaal aantal patiënten in populatie	75	75	408	8.305
Totaal aantal patiënten in 2de lijn	37	37	167	3.157
Totaal aantal patiënten niet in zorgprogramma met meting Geen Geregelde Zorg	13	13	58	1.142
Totaal aantal patiënten in zorgprogramma	25	25	183	4.013
Onderzoek				
% Longfunctieonderzoek verricht	72.0	72.0	67.2	72.8
% Spirometrie op basis van post BD (FEV1, FVC en FEV1/FVC)	64.0	64.0	66.1	63,7
% Spirometrie (FEV1 post of pre BD, FVC post of pre BD of FEV1/FVC ratio post of pre BD)	72.0	72.0	67.2	72.8
% FEV1/FVC ratio post BD	64.0	64.0	66.1	70.0
% MRC vastgelegd	84.0	84.0	78.7	79.8
% CCQ vastgelegd	84.0	84.0	78.7	78.4
% GOLD vastgelegd	84.0	84.0	64.5	68.1
% Functioneren volgens de MRC, CCQ of RIQ-MON10 vastgelegd	84.0	84.0	84.2	85.5
% Met geregistreerde metingen spiro + GOLD + rookgedrag + BMI + (MRC of CCQ)	68.0	68.0	57.9	59.0
% Met geregistreerde metingen spiro + GOLD + rookgedrag + BMI + (MRC of CCQ) OOI	88.0	88.0	84.7	80.2
% Met 2 of meer stootkuren	12.0	12.0	10.4	6,8
% Ziektelast vastgelegd	80.0	80.0	42.6	51.3
% InhalatieMedicatie	84.0	84.0	83.1	85.6
% met chronisch gebruik van inhalatie luchtwegverwijders in de afgelopen 12 maanden	52.0	52.0	58.5	69.5
Leefstijl				

% BMI	88.0	88.0	88.0	89.2
% Mate van beweging	84.0	84.0	82.5	81.8
% Met advies lichaamsbeweging		8.0	2.7	1.0
% Rookgedrag	100.0	100.0	94.0	90,9
% Rookhistorie pakjaren	75.0		89.8	91.8
% Motivatie om te stoppen (Rokers)				0.1
% Advies stoppen met roken (Rokers)	25,0		14.3	2.6
% Interventie stoppen met roken (Rokers)				
Behandeling				
% Therapietrouw medicatie	80.0	80.0	61.2	61.5
% Inhalatietechniek gecontroleerd (bij LWV medicatie)	85.7	85.7	73.7	70.5
% Fysiotherapeut ingeschakeld				0,0
% Longarts ingeschakeld				0,7
% Individueel Zorgplan aanwezig	96.0	96.0	90.2	81.3
% Gebruikt patiëntportaal	20.0	20.0	4.9	0,9

Uitkomst indicatoren	Huisarts	Praktijk	Cluster	Zorggroep
FEV1/FVC ratio post-BD				
% <70%	87.5	87.5	79.2	90,2
% >=70%	12.5	12.5	20.8	9,8
FEV1 post-BD % van voorspeld				
% >=80%	37.5	37.5	27,5	26.7
% >=50 - <80%	62.5	62.5	66.7	62,7
% >=30 - <50%			5	10.1
% <30%			0,8	0,5
FVC post-BD % van voorspeld				
% >=80%	75	75	82.5	84.8
% <80%	25	25	17.5	15.2
MRC - dyspnoe				
% 0: Geen last	57.1	57.1	30.1	23.8
% 1: Bij zware inspanning	33.3	33.3	35.0	33
% 2: Bij haasten of lichte helling			21	27.9
% 3: Bij lopen			9.1	10.5
% 4: Bij klein stukje lopen	4.8	4.8	4.2	4
% 5: Komt het huis niet uit	4.8	4.8	0.7	0.8
CCQ				
% Goed >=0 en <=2	76.2	76.2	61.8	59.0
% Aandacht >2 en <=4	14.3	14.3	25,7	31.0
% Slecht >4 en <=6	9.5	9.5	12.5	10
GOLD				
% 1: Mild	42.9	42.9	24.6	28.3
% 2: Matig	47.6	47.6	66.9	60.4

% 3: Ernstig	9.5	9.5	8.5	11.0
% 4: Zeer ernstig				0.4
GOLD : Mediaan leeftijd				
1: Mild (jr)	68.0	68.0	70.0	63.0
2: Matig (jr)	66.0	66.0	69.0	65.0
3: Ernstig (jr)	70.0	70.0	72.0	70.0
4: Zeer ernstig (jr)				70.0
Exacerbaties (consult, stootkuren)				
% Zonder exacerbaties	84.0	84.0	88.0	88,6
% 1 exacerbatie	4.0	4.0	7.7	8,7
% 2 exacerbaties	4.0	4.0	2.7	1,9
% 3 of meer exacerbaties	8.0	8.0	1.6	0,8
Ziektelast				
% Licht	65.0	65.0	75.6	70.0
% Matig	25.0	25.0	19.2	25,3
% Ernstig	10.0	10.0	5.1	4,6
BMI				
% > 10 en < 18,5				1,8
% >= 18,5 en < 21	9.1	9.1	5.0	6.2
% >= 21 en <= 30	63.6	63.6	71.4	71,7
% > 30 en < 60	27.3	27.3	23.6	20,2
% Onbetrouwbare uitslag <= 10 of >= 60				0
Bewegen				
% Voldoet aan norm	81	81	67,5	70.4
% Minder dan norm	14.3	14.3	30,5	27.5
% Inactief	4.8	4.8	0.7	1,5
% Onduidelijk			1.3	0,6
Rookstatus				
% Rookt	32	32	28.5	35.3
% Voorheen gerookt	52	52	62,8	55.4
% Nooit gerookt (OOIT)	16	16	8.7	9,2
Rookhistorie (pakjaren)				
% < 5	21.1	21.1	9.1	6.9
% >=5 en <10	5.3	5.3	9.1	6,9
% >=10 en <25	21.1	21.1	20.8	28,6
% >= 25	52.6	52.6	61	57,6
Griepvaccinatie				
% Met griepvaccinatie	76	76	36.6	40,2
% Weigert griepvaccinatie	4	4	0.5	1,3
% Zonder griepvaccinatie	20	20	62.8	58,4
LWV & ICS medicatie				
% Kortwerkende beta-2 sympathicomimetica	28	19,2	13,9	15,1
% Kortwerkende anticholinergica	12	13,5	6,6	4,2

% Kortwerkende beta-2 + anticholinergica				
% Langwerkende beta-2 sympathicomimetica	5,8	5,8	8,9	10,4
% Langwerkende anticholinergica	23,1	23,1	27,8	27,7
% Langwerkende beta-2 + anticholinergica	1,9	1,9	2,5	1,9
% ICS	11,5	11,5	8,2	6,3
% Combi ICS + beta-2	19,2	19,2	23,1	25,4
% Geen R03-medicatie	5,8	5,8	8,9	8,9
Inhalatietechniek				
% Voldoende	94,1	94,1	93	87,5
% Onvoldoende	5,9	5,9	4,2	10,3
% Onduidelijk			2,8	2,2
Therapietrouw medicatie				
% Voldoende	100	100	89,7	88,8
% Onvoldoende			8,8	9,3
% Onduidelijk			1,5	1,9
Comorbiditeit				
% Diabetes Mellitus (T90) OOIT	10,7	10,7	15,9	14,2
% Decompensatio cordis (K77) OOIT	3,6	3,6	5,1	3,9
% Depressie (P76) OOIT	10,7	10,7	8,7	8,4
% Astma (R96) OOIT	21,4	21,4	19	23,6
% Longcarcinoom				

Zorgprogramma CVRM Alle VVR, CVZ patiënten

In de benchmark valt op dat:

- **Procesindicatoren:** totaal 590 patiënten, daarvan zijn 427 patiënten in de zorgstraat. Ten aanzien van onderzoek is er bij een hoger percentage patiënten natrium gemeten bij nierinsufficiëntie of hartfalen (95,8 t.o.v 78,5% in het cluster en 60,4% in de zorggroep). Het percentage voedingspatroon besproken lag wat hoger 34,4% t.o.v 26,1% en 17,6%. Het gebruik van het patiëntportaal ligt wat hoger 5,9% t.o.v. 4,2% in cluster en 0,9% in de zorggroep.
- **Uitkomstindicatoren:**
 Percentage cholesterol $\geq 6,5$ mmol/l ligt iets lager (5,1% t.o.v 7,2% cluster en 7,9% zorggroep), ook het percentage LDL > 0 en $\leq 2,5$ mmol/l ligt hoger 68,2% t.o.v 48,8% cluster en 45,5% zorggroep.
 Percentage LDL $> 3,0$ en > 80 jaar is 18,2 % (ten opzichte van 34% in cluster en 34,9% in de zorggroep).
 Percentage systolische bloeddruk onder 140 bij patiënten ouder dan 80 jaar ligt hoger 74,4% t.o.v. 52,8% cluster en 53,6% in de zorggroep.
 Percentage met griepvaccinatie ligt hoger 52,9% t.ov. 29% cluster en 31,5% in de zorggroep.
 Een en ander is in onderstaande tabel terug te vinden:

Proces indicatoren	Huisarts	Praktijk	Cluster	Zorggroep
Totaal aantal patiënten in populatie	590	590	3454	67897
Totaal aantal patiënten in 2de lijn	105	105	584	11129
Totaal aantal patiënten niet in zorgprogramma met meting Geen Geregelde Zorg	58	58	398	7651
Totaal aantal patiënten in zorgprogramma	427	427	2472	49132
Onderzoek				
% Glucose nuchter in afgelopen 5 jaar	95.6	95.6	97.7	97.8
% LDL	97.2	97.2	98	98.1
% Lipidenprofiel	90.9	90.9	92.1	91
% Familie anamnestiche risico op hvz < 65jr (alleen V(VR)) OOIT	24.9	24.9	29.3	30.5
% Kreatinine (serum)	91.8	91.8	93.3	92.9
% eGFR (MDRD) in afgelopen 5jr	97.7	97.7	98.9	98.4
% eGFR (MDRD) in afgelopen 5jr met eGFR < 30	2.2	2.2	1.3	1.1
% Urineonderzoek op albumine of albu/creatinine ratio.	86.4	86.4	88.6	88.5
% Natrium bij nierinsufficiëntie (U99) of hartfalen (K77)	95.8	95.8	78.5	60.4
% Kalium	91.6	91.6	92.4	90.2
% Bloeddruk	89.2	89.2	92.6	92.2
% 24 uurs bloeddrukmeting	0.5	0.5	0.6	2.7
% Gem. syst. Bloeddruk (5-7 dg thuismeting)	0.7	0.7	1.2	1.6
% Gem. diast. Bloeddruk (5-7 dg thuismeting)	0.7	0.7	1.2	1.6
% ECG uitgevoerd	7.3	7.3	1.3	0.4
% Enkel/arm index vastgelegd			1.1	1.4
% Risico HVZ (alleen V(VR)) OOIT	21.5	21.5	15.4	9.7
% Compleet risicoprofiel (alleen V(VR))	26.6	26.6	23.4	14
% Compleet risicoprofiel (alleen CVZ)	36.6	36.6	24.4	16.4

Leefstijl				
% BMI	70.7	70.7	83.3	83.8
% Buikomvang (middelomtrek)	1.2	1.2	5.5	1.3
% Mate van beweging	71	71	80	80.6
% Beweegadvies OOI	14.5	14.5	29	25.7
% Voedingspatroon besproken	34.4	34.4	26.1	17.6
% Voedingsadvies OOI	73.1	73.1	72	60
% Alcoholgebruik afgelopen 5 jr	88.5	88.5	93.8	93.5
% Rookgedrag	82.9	82.9	88.8	89.4
% Advies stoppen met roken (Rokers)	30.8	30.8	20.5	20.7
Behandeling				
% Fysiotherapeut ingeschakeld			0	0
% Diëtist ingeschakeld	6.8	6.8	9.3	5.8
% Individueel Zorgplan aanwezig	80.8	80.8	86.9	71
% Gebruikt patiëntportaal	5.9	5.9	4.2	0.9

Uitkomst indicatoren	Huisarts	Praktijk	Cluster	Zorggroep
Glucose nuchter in afgelopen 5 jr				
Gemiddelde waarde glucose nuchter in Meetjaar	5	5	5	5
% >0 en <7 mmol/l	97.4	97.4	96.9	97.5
% >=7 en <=8 mmol/l	2.1	2.1	2.6	2.2
% >8 en <=60 mmol/l	0.5	0.5	0.5	0.3
% Onbetrouwbare uitslag 0 of >60 mmol/l				0
Cholesterol				
% >0 en <6,5 mmol/l	94.9	94.9	92.8	92.1
% >=6.5 en <=30 mmol/l	5.1	5.1	7.2	7.9
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >30 mmol/l				0
LDL-Cholesterolwaarde in afgelopen 5 jaar (<= 80jr)				
% >0 en <=2.5 mmol/l	55	55	45.7	40.8
% >2,5 en <=3,0 mmol/l	18.3	18.3	20.8	21.9
% >3,0 en <=30 mmol/l	26.7	26.7	33.6	37.3
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >30 mmol/l				0.1
LDL-Cholesterolwaarde in afgelopen 5 jaar (> 80jr)				
% >0 en <=2.5 mmol/l	68.2	68.2	48.8	45.5
% >2,5 en <=3,0 mmol/l	13.6	13.6	17.2	19.5
% >3,0 en <=30 mmol/l	18.2	18.2	34	34.9
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >30 mmol/l				0.1
eGFR (MDRD) (< 65jr)				
% >=60 en <=300 ml/min	93.4	93.4	95	95.6
% >=45 en <60 ml/min	5.8	5.8	4.7	4
% >=30 en <45 ml/min			0.1	0.3
% >0 en <30 ml/min	0.7	0.7	0.1	0

% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >300 ml/min				0
eGFR (MDRD) (>= 65jr)				
% >=60 en <=300 ml/min	77.1	77.1	79.4	79.3
% >=45 en <60 ml/min	17	17	14.7	15.8
% >=30 en <45 ml/min	4.1	4.1	5.2	4.3
% >0 en <30 ml/min	1.8	1.8	0.7	0.6
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >300 ml/min				0.1
Micro albumine				
% Man. met albumine/creat. ratio >2,5 en <=25	10.9	10.9	12.3	12.7
% Vrouw. met albumine/creat. ratio >3,5 en <=35	4.8	4.8	10.1	9.7
% Onbetrouwbare uitslag >30 en <=300				
Macro albumine				
% Man. met macro albumine >25 en <=300	0.6	0.6	1.8	1.3
% Vrouw. met macro albumine >35 en <=300	0.5	0.5	0.5	0.7
% Onbetrouwbare uitslag >300				
Systolische bloeddruk (<= 80jr)				
Aantal gemeten patiënten	338	338	1966	38367
% >0 en <=140 mm Hg	76.6	76.6	70.2	70.8
% >140 en <=160 mm Hg	20.4	20.4	25.1	23.9
% >160 en <=400 mm Hg	3	3	4.7	5.2
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >400 mm Hg				
Systolische bloeddruk (> 80jr)				
Aantal gemeten patiënten	43	43	324	6921
% >0 en <=140 mm Hg	74.4	74.4	52.8	53.6
% >140 en <=160 mm Hg	18.6	18.6	37	36.4
% >160 en <=400 mm Hg	7	7	10.2	10
% Onbetrouwbare uitslag <=0 of >400 mm Hg				
Systolische bloeddruk en geen antihypertensiva (alleen (V)VVR)				
% >140 mm Hg en geen behandeling met antihypertensiva	1.9	1.9	8.7	14.8
Risico HVZ (oud, alleen (V)VVR)				
% 0-4%	17.6	17.6	30	37.3
% 5-9	29.4	29.4	23	23.3
% >=10%	44.1	44.1	25.8	22.3
% Kan niet berekend worden	8.8	8.8	21.2	17
% 0-9%	24	24	31	38.8
% 10-19%	48	48	37.6	33.7
% >=20%	26	26	30.5	20.6
% Kan niet berekend worden	2	2	1	6.9
BMI				
% >10 en <25	27.8	27.8	26.1	29.8
% >=25 en <=30	51.7	51.7	50.7	47.1
% >30 en <35	14.2	14.2	17.4	17.3

% >=35 en <60	6.3	6.3	5.7	5.8
% Onbetrouwbare uitslag <=10 of >=60				0
Bewegen				
% Voldoet aan norm	90.6	90.6	78.8	76.1
% Minder dan norm	8.7	8.7	19.2	22.6
% Inactief	0.7	0.7	0.5	1.1
% Onduidelijk			1.6	0.2
Rookstatus				
% Rookt	7.3	7.3	10.4	13.5
% Voorheen gerookt	39.5	39.5	42	40.3
% Nooit gerookt (OOIT)	53.1	53.1	47.6	46.2
Griepvaccinatie				
% Met griepvaccinatie	52.9	52.9	29	31.5
% Weigert griepvaccinatie	2.3	2.3	1.3	2
% Zonder griepvaccinatie	44.7	44.7	69.7	66.5
Behandelwijze				
% Antihypertensivum	80.6	80.6	79	74
Behandeling				
% Met antistollingsmiddelen of plaatsjesaggregatieremmers	43.6	43.6	43.9	37.9
Lipiden medicatie				
% Medicatie en LDL >2.5 (Alleen CVZ)	66.7	66.7	57.5	53.4
% Geen medicatie en LDL >2.5 en <80 jr (alleen CVZ)	31.4	31.4	35.8	40
% Geen medicatie en LDL >2.5 (alleen (V)VR)	64.9	64.9	66.8	62.8
Comorbiditeit				
% Hypertensie (K86, K87) OOIT	65.8	65.8	66.5	63.5
% Hypercholesterolemie (T93) OOIT	34.4	34.4	38.7	36.7

Zorgprogramma Ouderenzorg

In de benchmark valt op dat:

- **Procesindicatoren:** totaal 40 patiënten, daarvan zijn 31 patiënten in de zorgstraat. Veel patiënten hebben een individueel zorgplan 96,8% t.o.v. 92,6% cluster en 82,8% in de zorggroep. Aanwezigheid van een mantelzorger scoort laag 3,2% t.o.v. 13,2% cluster en 20,5% in de zorggroep.
- **Uitkomstindicatoren:**
 Percentage frequente urineverlies elke dag/nacht ligt laag 6,9% t.o.v. 29,9% cluster en 27,5% in de zorggroep.
 Percentage eenmalig gevallen in het afgelopen jaar ligt iets hoger 20% t.o.v. 18,9 % cluster en 17,5 % in de zorggroep.
 Een en ander is in onderstaande tabel terug te vinden:

Proces indicatoren	Huisarts	Praktijk	Cluster	Zorggroep
Totaal aantal patiënten in populatie	40	40	329	2.063
Totaal aantal patiënten in 2de lijn	0	0	3	40
Totaal aantal patiënten niet in zorgprogramma met meting Geen Geregelde Zorg	9	9	43	273
Totaal aantal patiënten in zorgprogramma	31	31	284	1.755
Onderzoek				
% Probleeminventarisatie	83,9	83,9	87,3	74,2
% SFMPC	32,3	32,3	47,5	45,0
% MDO	25,8	25,8	44,4	38,9
% Medicatiereview (OOIT)	71,0	71,0	53,5	31,2
Behandeling				
% Individueel Zorgplan aanwezig	96,8	96,8	92,6	82,8
Somatisch				
% Ongewenst verlies ontlasting (D17) OOIT				1,4
Functioneel				
% Problemen zelfredzaamheid HDL	16,1	16,1	28,2	25,0
% Problemen zelfredzaamheid ADL	6,5	6,5	14,4	14,2
% Get-up and go-test	64,5	64,5	44,4	29,5
Maatschappelijk				
% Ontvangt mantelzorg	3,2	3,2	13,4	20,5
Communicatief				
% Visusprobleem (OOIT)	96,8	96,8	79,9	64,0
% Gehoorprobleem (OOIT)	93,5	93,5	81,7	66,3
Leefstijl				
Alcoholgebruik (aantal glazen per dag) OOIT	100	100	98	88

Uitkomst indicatoren	Huisarts	Praktijk	Cluster	Zorggroep
Somatisch				
Frequentie urineverlies (OOIT)				
% 0: Nooit	69	69	47,3	53,5

% 1: Minder dan 1 keer per maand	10,3	10,3	13,8	9
% 2: Enkele keren per maand	6,9	6,9	4	5,1
% 3: 1 keer per week	6,9	6,9	4,9	4,9
% 4: Elke dag/nacht	6,9	6,9	29,9	27,5
BMI				
% >10 en <=20			5,2	6,1
% >20 en <25	37	37	35,1	34,3
% >=25 en <=30	44,4	44,4	39,9	38,6
% >30 en <=35	11,1	11,1	16,1	15
% >35 en <60	7,4	7,4	3,6	5,8
% Onbetrouwbare uitslag <=10 of >=60				0,3
Functioneel				
Get-up and-go-test				
% Voldoende < 3	55	55	24,6	18
% Onvoldoende >= 3	45	45	75,4	82
Aantal maal gevallen in afgelopen jaar				
% Niet gevallen	65	65	62,1	62,7
% Eenmaal	20	20	18,9	17,5
% Meerdere malen	15	15	18,9	18,2
% Onduidelijk				1,6
Maatschappelijk				
Score Eenzaamheidsschaal				
% < 3				16,2
% >= 3 Verhoogd			100	83,8
Belasting mantelzorger				
% Niet te zwaar belast	72,7	72,7	74,8	59,1
% Verhoogd risico overbelasting	22,7	22,7	24,5	35,4
% Overbelast	4,5	4,5	0,6	5,5
Comorbiditeit				
% Angststoornis (P74) OOIT	3,2	3,2	3,9	4,6
% CVZ (K74, K75, K76, K77, K78, K79.02, K83, K84.03, K89, K90, K91, K92.01 of K99.01) OOIT	77,4	77,4	70,8	69,3
% COPD (R95) OOIT	12,9	12,9	11,6	13,4
% Diabetes Mellitus (T90) OOIT	32,3	32,3	25	27
% Dementie (P70) OOIT	9,7	9,7	18,3	32,9
% Depressie (P76 of P03) OOIT	12,9	12,9	15,5	14,4

6.3 Preventie

Cervixscreening gebeurt via het landelijk oproepsysteem.
 Uitnodigingen voor de jaarlijkse griepvaccinatie gebeurt via de praktijk.

7. Verslaglegging en voorlichting

7.1 Verslaglegging

De praktijk maakt als huisartseninformatiesysteem gebruik van Mira, waarop alle op deze locatie werkende huisartsen zijn aangesloten. Daarnaast wordt C4are 2U als keten informatiesysteem (KIS) gebruikt welke een koppeling heeft met het huisartseninformatiesysteem (HIS).

Op het systeem is tevens apotheek Maarheeze aangesloten.

Er zijn 7 werkplekken, waarvan 7 met een internetaansluiting, daarvan 4 in een spreekkamer.

In de tabel staan een aantal belangrijke functies van het HIS en ICT vermeld. In de tweede kolom is aangegeven welke daarvan in de praktijk daadwerkelijk worden benut.

Tabel; In gebruik zijnde functies van het HIS

Functionaliteit HIS	In gebruik
Journal	X
SOEP-registratie	X
Probleemlijst	X
Episodegerichte registratie	X
ICPC	X
Ruiters	X
Verwijsbrieven schrijven	X
Scannen en elektronisch opslaan specialistenbrieven	X
Voorschrijven medicatie	X
Elektronisch formularium	X
Medicatieoverzicht	X
Medicatieoverzicht incl. specialistenreceptuur	X
Preventiemodules:	X
Griep	X
Cervix	
Datacommunicatie met:	
Collegae: [verzenden/ontvangen]	X
Apotheek: [verzenden/ontvangen]	X
Centrale Huisartsen Post (CHP): [verzenden/ontvangen]	X
Specialisten: [verzenden/ontvangen]	X
Laboratorium: [verzenden/ontvangen]	X
Röntgen: [verzenden/ontvangen]	X

Functionaliteit HIS	In gebruik
fysiotherapie: [verzenden/ontvangen]	X
verloskundigen: [verzenden/ontvangen]	X
Agenda	X
Actielijst	X
Declareren	X
Elektronisch declareren	X
Financiële administratie	X
ICT	
Internetaansluiting	X
Praktijkwebsite	X
Herhalingsrecepten elektronisch aanvragen	X
E-consult	X
Agenda webafspraken maken	X

7.2 Veiligheid

De data van het HIS worden tegen verlies beschermd door middel van een dagelijkse back-up. Deze wordt automatisch gemaakt buiten de bedrijfsuren. De back-up wordt buiten het praktijkpand opgeslagen.

Het systeem is via een virusscanner en firewall beschermd.

7.3 Voorlichting

Deze tabel geeft een beeld van de middelen en methoden die in de praktijk ten behoeve van de patiëntenvoorlichting worden ingezet.

Tabel; Voorlichting

Soort	Materiaal	Aanwezig
Organisatie	Gevelbord met praktijknamen	X
	Gevelbord met organisatorische informatie	X
	Mededelingenbord	X
	Folder van de huisartsenpost	X
	Folder van de klachtencommissie	X
	Praktijkwebsite	X
	Informatiescherm in wachtkamer incl up to date wachttijden zorgverleners	X

Soort	Materiaal	Aanwezig
Medisch	Thuisarts brieven	X
	Thuisarts brieven in het HIS	X
	NHG-folders /Wachtkamerfolders	X
	Anatomische atlas voor patiëntenvoorlichting	X
	Anatomisch demonstratiemateriaal	X
	Informatie over (functie)onderzoek in het ziekenhuis	X
	Informatie over ingrepen in het ziekenhuis	X

8. Kwaliteitbeleid

8.1 Kwaliteitsvisie

Onze praktijk heeft de volgende visie op kwaliteit: de kwaliteit dient steeds minimaal te voldoen aan de minimumeisen vastgesteld voor de NHG accreditatie. Daarbij streven we echter naar een hoger niveau waar steeds mogelijkheid is tot verbetering en innovatie waarbij kwaliteit centraal staat.

Het kwaliteitsbeleid van onze praktijk heeft tot doel om zowel curatief als preventief zorg te leveren aan alle patiënten met een professionele, geïntegreerde aanpak, zoveel mogelijk binnen de eerste lijn. Dit houdt concreet in dat er zoveel mogelijk gewerkt wordt volgens NHG standaarden, FTO-afspraken en zorgprotocollen vanuit de verschillende samenwerkingsverbanden en dat er voldoende wordt nageschoold om kennis up to date te houden. Er wordt gebruik gemaakt van elkaars kennis en vaardigheden.

8.2 Visitatie/accreditering

Onze praktijk is NPA geaccrediteerd op 13 juli 2011.

Audit 2 1 ^o cyclus:	9 juli 2012
Audit 3 1 ^o cyclus:	11-07-2013.
Audit 1 2 ^o cyclus:	30-1-2015.
Audit 2 2 ^o cyclus:	17-03-2016.
Audit 3 3 ^o cyclus:	27-03-2017

In 2015 nam de praktijk deel aan een pilot vanuit PoZoB om te onderzoeken of de Hazo 24 een goed instrument was om te accrediteren voor de zorggroep. De praktijk behaalde daarom op 1 februari 2015 de accreditatie volgens Hazo 24 waarbij de praktijk gedurende een jaar ook volgens EN15224 geaccrediteerd was.

Doordat de praktijk in hetzelfde jaar 2 accreditaties behaalde, kon goed vergeleken worden welk instrument beter bij de praktijkvoering paste. We hebben gekozen om in de toekomst met de NPA accreditatie door te gaan. Een van de overwegingen hierin was dat dit traject veel meer en beter doorontwikkeld is.

8.3 Arbo-risicoanalyse

Er is een Risico Inventarisatie en Evaluatie Huisartsenpraktijken (RI&E) uitgevoerd in 2015. Deze wordt eenmaal per 3 jaar uitgevoerd. Dit moment is ook in de meerjarenplanning geborgd.

8.4 Klachtenregeling

De praktijk participeert in de regionale klachtenregeling stichting klachtenregeling huisartsenzorg Zuid-Nederland. Dit staat voor patiënten op de site beschreven.

In de wachtkamer is documentatie voor de patiënten beschikbaar over de klachtenregeling

Daarnaast beschikt de praktijk over een ideeën/klachten bus.

Klachten welke door patiënten worden geuit worden in de agenda van het HIS gedocumenteerd en aan het einde van de week gebundeld en uiteindelijk in het werkoverleg besproken.

De praktijk is aangesloten bij de volgende klachtenregeling: Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland.

Naast de regionale klachtenregeling kent onze praktijk de mogelijkheid klachten te melden aan de receptie en/of via de klachtenbus.

Aantal gemelde klachten/aanbevelingen dit jaar: 4

Dit aantal bevat alle gemelde klachten/aanbevelingen aan de balie, telefoon en schriftelijk. Deze zijn allen met desbetreffende melder en team besproken.

8.5 IJken van het instrumentarium/controleren van de houdbaarheid

Het ijken van al het instrumentarium vond plaats door Mediq op 18-07-2017. Er waren geen afgekeurde instrumenten. Het ijken van alle instrumenten vindt jaarlijks plaats, hiervoor bestaat een onderhoudscontract met Mediq.

De controles op de houdbaarheid van de aanwezige materialen en de medicatie in de praktijk werden verricht door de assistentes volgens een daarvoor vastgesteld protocol.

9. Toekomstvisie en plannen voor 2018

9.1 Toekomstvisie

In 2014 zijn we gestart met het maken van een driejarig beleidsplan voor onze huisartsenpraktijk. Inmiddels is het tweede beleidsplan geschreven voor de periode 2018-2020. Dit beleidsplan bevat een algemeen gedeelte en een beschrijving van ons beleid met de bijbehorende beleidsdoelstellingen voor de komende drie jaar. In aanvulling op ons beleidsplan maken we jaarlijks een jaarverslag, waarmee we verslag doen van het afgelopen jaar. Het jaarverslag vormt een evaluatie van het gevoerde (kwaliteits)beleid en de bereikte resultaten in dat jaar. Uit de jaarverslagen van de drie jaren van het beleidsplan is op te maken in hoeverre de geformuleerde doelen uit het beleidsplan al zijn bereikt.

Beleidsdoelstellingen voor de periode 2018-2020

Hieronder staan onze belangrijkste beleidsdoelstellingen voor de komende drie jaar. Ze zijn onderverdeeld in drie categorieën: beleid op het gebied van de bedrijfsvoering, beleid op het gebied van de patiënt en beleid op het gebied van de medewerkers.

Jaarlijks wordt vastgesteld welke doelstellingen prioriteit hebben en worden als verbeterplan uitgevoerd. Half jaarlijks wordt middels het management review geëvalueerd of er verdere aanpassing nodig is en worden de vorderingen binnen de verbeterplannen besproken.

Beleidsdoelstellingen op het gebied van de bedrijfsvoering:

- Leanfilosofie verder doorvoeren in de praktijk.
- informatietechnologie een grotere rol geven in de praktijkvoering (bijvoorbeeld e-health)

Beleidsdoelstellingen op het gebied van de patiënt:

- De beschikbaarheid van de huisartsenzorg tijdens praktijkuren verbeteren/uitbreiden
- Kritisch kijken naar de aanvraag van aanvullend onderzoek
- Zelfredzaamheid van de patiënten vergroten betrekken van de patiënt bij de besluitvorming en bevorderen zelfmanagement/preventie; start van het reset-project¹.
- Patiënt tevredenheid beter in kaart brengen (prem) en daarnaast inzichtelijk maken waar behoeftes liggen bij de patiënt ten aanzien van de bedrijfsvoering.
- inzichtelijk maken van geleverde kwaliteit van zorg (value based healthcare principe)

Beleidsdoelstellingen op het gebied van de medewerkers

- Scholing voor de doktersassistenten structureren en afstemmen op de wensen en behoeftes.
- Beschikbare medewerkers efficiënter inzetten in de praktijk.
- Behouden van een goed werkklimaat.
- Streven naar een zelfsturend team.

¹Het Reset® Vitality Program is het eerste gezondheidsprogramma dat een gecombineerd beweeg-, voedings- en gedragsveranderingstraject aanbiedt aan patiënten met (een verhoogd risico op) Diabetes 2, COPD en hart-en vaataandoeningen én hun partners.

Het bijzondere van het Reset® Vitality Program is dat deelnemers het traject in groepsverband en samen met hun partner doorlopen. Die sociale kracht is van onschatbare waarde gebleken en zorgt ervoor dat de deelnemers het programma makkelijker en met veel meer plezier voltooien.

Het is ontwikkeld met als doel de deelnemers onder begeleiding van professionals een gezondere leefstijl te laten ontwikkelen, waardoor zij de negatieve effecten van hun ziekte tot een minimum kunnen beperken en daarmee de kwaliteit van leven aanzienlijk verbeteren. Met het Reset® Vitality Program werken zij aan hun eigen gezondheid. Nu en in de toekomst


Met Reset® wordt het zorgprotocol voor alle nieuwe patiënten met DM2, COPD en CVRM getransformeerd. Hiervoor wordt een nieuw sociaal netwerk gecreëerd dat onder leiding van de Reset® Leefstijlcoach een gezamenlijk doel nastreeft ten aanzien van leefstijlverandering. Gedurende dit traject wordt er een koppeling gemaakt met het Sociaal Domein dat de continuering van de nieuwe leefstijl begeleidt en waarborgt.

Patiënten worden op de Reset® dag (= Experience) en in het sociale netwerk (= Challenge) gemotiveerd om onder leiding van de Reset® Leefstijlcoach aan een gezonde leefstijl te werken en hun eigen gezondheid te bevorderen en online te registreren. Reeds tijdens de Challenge worden deelnemers automatisch lid van de Reset® Club met als belangrijkste doel dat zij - individueel of in groepsverband - ook na de Challenge de nieuwe leefstijl op een eenvoudige manier kunnen voortzetten.

Door Reset® verschuift de rol van de traditionele zorgverlener naar monitoring (op afstand) van het proces dat de patiënt doorloopt. De zorgverlener bewaakt samen met de patiënt bepaalde vitale functies, evalueert medicatie etc. via een online zelfzorgprogramma als Mijn GezondheidsPlatform (MGP) of een andere variant. Daarbij is de zorgverlener een individuele coach voor de patiënt zodat deze in zijn sociale netwerk samen met anderen het doel kan bereiken. Communicatie tussen de zorgverlener en patiënt gebeurt derhalve via MGP op afstand. Zodoende worden feitelijke consulten nog slechts dan ingepland indien wenselijk of noodzakelijk.

10 Verbeterplannen 2017

Verbeterplan 1: bevoegd- en bekwaamheid assistentes

	Praktijkorganisatie	Goedkeuringsdatum: 10-04-2017	 <p>Kijkakkers 28 · 6026 ER Maarheeze · T. 0495-593405 · F. 0495-591081 www.medischcentrummaarheeze.nl</p>
	Medisch	Opgesteld door: Marloes Linders	
	Automatisering	Voor wie: huisartsenpraktijk	
X	Personeel	Doel: Jaarlijks bevoegd- en bekwaamheid van assistentes controleren bij gedelegeerde handelingen.	
	Facturering		

Doel: Jaarlijks bevoegd- en bekwaamheid van assistentes controleren bij gedelegeerde handelingen.

Huidige situatie: Er is geen structurele controle op de bevoegd- en bekwaamheid van de gedelegeerde handelingen.

Gewenste situatie: Jaarlijks controle van de gedelegeerde taken.

SMART: Binnen 2 maanden zijn alle gedelegeerde taken bij de assistentes gecontroleerd door middel van een aftekenlijst.

S: Controle bevoegd- en bekwaamheid

M: Binnen 2 maanden

A: Kwaliteitsmedewerker zorgt de aftekenlijsten.

R: Het doel is haalbaar, omdat er dagelijks gedelegeerde handelingen plaatsvinden.

T: Binnen 2 maanden zijn de aftekenlijsten bij alle assistentes volledig afgetekend.

Plan van aanpak:

Per assistente is er een aftekenlijst gemaakt met daarop de taken die zij uitvoert.

Marloes laat al haar handelingen door de huisartsen controleren en aftekenen. Ze geeft per dag aan bij welke handeling ze wil dat de huisarts meekijkt en geeft op het moment zelf de arts nog een seintje.

Zodra de handeling bij Marloes is afgetekend mag zij deze handelingen bij de overige assistentes controleren en aftekenen.

Marloes heeft het plan met de overige assistentes besproken en afgesproken dat na 2 maanden de lijsten volledig afgetekend dienen te zijn.

De afgetekende lijsten moeten ingescand worden en naar dr. van de Ven verstuurd worden voor in het personeelsbestand.

Tussen evaluatie:

De aftekenlijst van Marloes is volledig afgetekend.

De aftekenlijsten van de overige assistentes zijn pas minimaal afgetekend. Marloes heeft hier extra aandacht voor gevraagd en opnieuw een deadline van 1 maand vastgesteld.

Bij navraag aan de assistentes vinden ze het niet vervelend/spannend dat Marloes de lijsten aftekent.

Eind evaluatie:

De aftekenlijsten van de assistentes zijn volledig ingevuld en toegevoegd aan het personeelsdossier.

Voor nieuwe medewerkers wordt dit gestart, borging middels inwerkprotocol. Controles worden jaarlijks herhaald met eventuele toevoegingen bij nieuwe handelingen, borging hiervoor in de kwaliteitsagenda.

Verbeterplan 2: Kanban artsentassen

	Praktijkorganisatie	Goedkeuringsdatum: 05-12-2017	Huisartsenpraktijk van Kerkhoven & van de Ven Kijkakkers 28 · 6026 ER Maarheeze · T. 0495-593405 · F. 0495-591081 www.medischcentrummaarheeze.nl
X	Medisch	Opgesteld door: Marloes Linders	
	Automatisering	Voor wie: huisartsenpraktijk	
	Personeel	Doel: Voorraad artsentassen zonder controles up-to-date houden.	
	Facturering		

Doel: De voorraad in de artsentassen zonder controles up-to-date houden.

Huidige situatie: Er is geen vast controle moment van de verbruiksartikelen in de artsentassen. Artsen grijpen soms mis als ze op visite bij een patiënt zijn.

Gewenste situatie: Tas lean maken om zo misgrijpen te voorkomen.

SMART: Binnen 1 week zijn de artsentassen lean en zijn er geen extra controles meer nodig.

S: artsentas

M: Binnen 1 week

A: Kanban kaarten gemaakt

R: Het doel is haalbaar, omdat de juiste benodigdheden in de praktijk aanwezig zijn.

T: Binnen 1 week pakken de artsen niet meer mis in hun tassen.

Plan van aanpak:


Eerst inventarisatie wat de inhoud van de artsentassen is en welke artikelen er op kunnen gaan. Vervolgens is er van deze artikelen een kanban kaart gemaakt op het formaat zodat deze bij het verbruiksartikel geplaatst kan worden. Op iedere kanban kaart staat vermeld van wie de kanban kaart is zodat de assistente niet hoeft te zoeken waar de kaart vandaan komt.

Zodra een artikel bijna op is dient de huisarts de kanban kaart in het kanban postvak te leggen en vervolgens vullen de assistentes het artikel weer aan.

Eind evaluatie:

Het gebruik van de kanban kaarten werkt prima, de artsen grijpen niet meer mis en de assistentes hoeven de tassen niet extra te controleren.

Verbeterplan 3: Kwaliteitsagenda beheren

X	Praktijkorganisatie	Goedkeuringsdatum: 20-02-2017	 <p>Huisartsenpraktijk van Kerkhoven & van de Ven</p> <p>Kijkakkers 28 · 6026 ER Maarheeze · T. 0495-593405 · F. 0495-591081 www.medischcentrummaarheeze.nl</p>
	Medisch	Opgesteld door: Marloes Linders	
	Automatisering	Voor wie: huisartsenpraktijk	
	Personeel	Doel: Beheer documenten en	
	Facturering	protocollen	

Doel: Beheer van documenten en protocollen eenvoudiger maken.

Huidige situatie:

Op dit moment maken wij gebruik van een kwaliteitsagenda. In deze agenda zijn alle documenten en bestanden opgenomen en staat erin beschreven wanneer er weer een revisie moet plaatsvinden.

De kwaliteitsagenda is echter een te groot bestand waardoor deze niet goed is weer te geven op de computer. Dit zorgt ervoor dat je veel met het beeld op en neer moet schuiven en dit zorgt soms voor onduidelijkheden. De taken van de kwaliteitsagenda staan niet allemaal goed in de agenda geborgd en hierdoor worden er soms controles niet uitgevoerd.

Gewenste situatie:

Een duidelijk overzicht wanneer er actie nodig is en dit ook goed borgen in de agenda's.

SMART: Binnen 2 weken is de kwaliteitsagenda overzichtelijker gemaakt door deze in de agenda van mira te zetten.

S: kwaliteitsagenda overzichtelijker maken

M: binnen 2 weken

A: Kwaliteitsmedewerker zorgt voor het aanmaken en invoeren van de 'patiënten/taken'.

R: Het doel is haalbaar, omdat er in onze praktijk al vaker met deze manier van borgen gewerkt wordt.

T: Binnen 2 weken is de nieuwe manier van borgen in gebruik genomen.

Plan van aanpak:

Voor alle documentatie zoals jaarverslag, kwaliteitshandboek e.d is een patiënt aangemaakt in Mira. Ook taken zoals risicoscan, functioneringsgesprekken en beoordelingsgesprekken zijn aangemaakt als een patiënt. De protocollen zijn verder opgedeeld in 12 subgroepen, bijvoorbeeld sterilisatie, hygiëne, personeel e.d. Van deze subgroepen zijn er ook weer patiënten aangemaakt.

Van alle aangemaakte patiënten is als voornaam ingevuld hoe vaak het document herzien moet worden (jaarlijks/2jaarlijks/3jaarlijks).

Alle patiënten zijn vervolgens ingepland in onze agenda in het begin van de maand. Het is dan de bedoeling dat de taak in dezelfde maand afgerond dient te worden. Na het afronden van de taak dient deze opnieuw in de agenda gepland te worden, het tijdstip van doorplannen is te zien aan de voornaam.

Doordat de taken voortaan als patiënt in Mira staan, kan je ze ook makkelijker terug vinden en op die manier controleren wanneer de taak voor het laatst is uitgevoerd. Na het afhandelen van de taak kan deze op 'afgehandeld' gezet worden en komt er een groen blokje achter de naam te staan, dit zorgt ervoor dat een taak nooit 2 keer uitgevoerd wordt.

De kwaliteitsagenda is komen te vervallen, het is overbodig om een taak zowel in Mira als in de kwaliteitsagenda te borgen. Het risico is dan alleen maar groter dat er vergeten wordt om op een van beide plaatsen door te plannen.

We hebben besloten om alle protocollen alleen nog maar te voorzien van een goedkeuringsdatum, deze datum wordt bij iedere controle (jaarlijks) gezet op de dag van de controle. Hierdoor zijn het versienummer en de revisiedatum komen te vervallen.

Overzicht documenten:

- Jaarverslag (jaarlijks)
- Beleidsplan (3jaarlijks)
- Organisatiehandboek (3jaarlijks)
- Personeelshandboek (3jaarlijks)
- Kwaliteitshandboek (3jaarlijks)
- Taakdelegatiehandboek (2jaarlijks)
- RI&E (3jaarlijks)
- Interne controle (2jaarlijks)
- Verbetermanagement (2 x per jaar)
- Verbeterplannen (jaarlijks)
- Risicoscan (3jaarlijks)
- Functioneringsgesprekken (jaarlijks)
- Beoordelingsgesprekken (jaarlijks)


Overzicht protocollen:

- Telefoon/website (jaarlijks)
- Mutaties (jaarlijks)
- Facturatie (jaarlijks)
- MIRA (jaarlijks)
- Medisch technisch handelen (jaarlijks)
- Sterilisatie (jaarlijks)
- Voorraadbeheer (jaarlijks)
- Medicatie (jaarlijks)
- Hygiëne (jaarlijks)
- Klachten/VIM (jaarlijks)
- Personeel (jaarlijks)
- Overige praktijk (jaarlijks)

Eindevaluatie:

Alle documenten en protocollen staan in de agenda van mira. Taken worden hierdoor op tijd uitgevoerd.

Verbeterplan 4: 30-minuten meting tensie uitvoeren in de praktijk

	Praktijkorganisatie	Goedkeuringsdatum: 10-04-2017	 <p>Huisartsenpraktijk van Kerkhoven & van de Ven Kijkakkers 28 · 6026 ER Maarheeze · T. 0495-593405 · F. 0495-591081 www.medischcentrummaarheeze.nl</p>
X	Medisch	Opgesteld door: Marloes Linders	
	Automatisering	Voor wie: huisartsenpraktijk	
	Personeel	Doel: 30-minuten meting uitvoeren in de praktijk.	
	Facturering		

Doel: Het nauwkeurig vast kunnen stellen van de bloeddruk en witte jassen hypertensie uit te sluiten.

Huidige situatie: Er is alleen een mogelijkheid om een eenmalige bloeddruk controle (met herhaling) of een 24-uurs meting te doen.

Gewenste situatie: Gebruik kunnen maken van een 30-minuten meting.

SMART: Binnen 2 weken maken wij gebruik van een 30-minuten meting om witte jassen hypertensie uit te kunnen sluiten.

S: 30-minuten meting

M: Binnen 2 weken

A: Protocol en apparaat worden aangepast.

R: Het doel is haalbaar, omdat de juiste benodigdheden in de praktijk aanwezig zijn.

T: Binnen 2 weken plannen wij de eerste patiënt in voor een 30-minuten meting.

Plan van aanpak:

Assistente zoekt op wat een 30-minuten meting precies inhoudt en aan welke voorwaarden we moeten voldoen.

Na het opzoeken van de informatie over de meting wordt er informatie opgezocht hoe ons apparaat voor de 24-uurs meting ook gebruikt kan worden voor de 30-minuten meting.

Het apparaat wordt gekoppeld aan het programma Welch Allyn en er wordt een tweede protocol op het apparaat geïnstalleerd. Protocol 1 is nu voor de 24-uurs meting en protocol 2 voor de 30-minuten meting.

Vervolgens maakt de assistente een protocol voor de overige assistentes met daarop de uitleg van de medische handeling, maar ook hoe het apparaat ingesteld dient te worden.

Een kookwekker werd aangeschaft om zo de tijd goed bij te kunnen houden wanneer er een 30-minuten gestart wordt.

Het protocol werd naar alle collega's doorgestuurd en vragen hierover konden gesteld worden aan Marloes.

Toen voor iedereen het protocol en de werkwijze duidelijk was zijn we gestart met de 30-minuten metingen.


Eind evaluatie:

De medische handeling verloopt goed, alle assistentes weten goed hoe de handeling moet.

Patiënten zijn enthousiast over de mogelijkheid voor een 30-minuten meting voor de tensie, omdat een 24-uurs meting vaak als erg belastend werd gezien.

De huisartsen hebben nu een beter beeld van de bloeddrukken van de patiënten en kunnen zo een beter beleid kiezen.

Verbeterplan 5: Holter/eventrecorder introduceren in de praktijk

	Praktijkorganisatie	Goedkeuringsdatum: 05-12-2017	 <p>Kijkakkers 28 · 6026 ER Maarheeze · T. 0495-593405 · F. 0495-591081 www.medischcentrummaarheeze.nl</p>
X	Medisch	Opgesteld door: Marloes Linders	
	Automatisering	Voor wie: huisartsenpraktijk	
	Personeel	Doel: Een hartritmestoornis uitsluiten/vastleggen door middel van een holter/event recorder.	
	Facturering		

Doel: Een ritmestoornis uitsluiten/vastleggen door middel van een holter/event recorder.

Huidige situatie: Er is alleen een mogelijkheid om een hartfilmpje (ECG) in rust te maken.

Gewenste situatie: Gebruik kunnen maken van holter/event registratie.

SMART: Binnen 4 weken maken wij gebruik van een holter/event om het hartritme van de patiënt te kunnen monitoren gedurende een of meerdere dagen.

S: Holter/event

M: Binnen 4 weken

A: Protocol gemaakt, koppeling met ksyos geregeld en apparaat ingesteld.

R: Het doel is haalbaar, omdat de juiste benodigdheden in de praktijk aanwezig zijn.

T: Binnen 4 weken plannen wij de eerste patiënt in voor een holter.

Plan van aanpak:

Medewerker van ksyos is uitleg komen geven over de werkwijze van de holter.

Vervolgens heeft Marloes aan de hand van deze uitleg een EPL gemaakt en haar collega's ingelicht.

Met mira heeft Marloes gebeld om de koppeling tussen het HIS en ksyos open te zetten.


Via ksyos werden de nodige materialen besteld en na ontvangst waren wij klaar om afspraken voor de holter in te gaan plannen.

Evaluatie:

De medische handeling verloopt goed, alle assistentes weten goed hoe de handeling uitgevoerd moet worden.

Patiënten zijn enthousiast over de mogelijkheid van een holter/event, omdat op een rust ECG vaak de klacht niet gezien werd. De huisartsen hebben nu een beter beeld en kunnen zo een beter beleid kiezen.

Verbeterplan 6: videoapparatuur optimaliseren

X	Praktijkorganisatie	Goedkeuringsdatum: 10-04-2017	 <p>Kijkakkers 28 · 6026 ER Maarheeze · T. 0495-593405 · F. 0495-591081 www.medischcentrummaarheeze.nl</p>
	Medisch	Opgesteld door: Marloes Linders	
	Automatisering	Voor wie: huisartsenpraktijk	
	Personeel	Doel: Videoapparatuur optimaliseren	
	Facturering		

Doel: Videoapparatuur op de AIOS kamer optimaliseren.

Huidige situatie: Huidige apparatuur speelt na opname geen geluid af en beeld is van slechte kwaliteit.

Gewenste situatie: Beeld en geluid van goede kwaliteit verplicht voor opleiding AIOS.

SMART: Binnen 2 maanden is de videoapparatuur in de AIOS kamer vervangen en levert dit goed beeld- en geluidmateriaal op.

S: Videoapparatuur vervangen

M: Binnen 2 maanden

A: Kwaliteitsmedewerker zorgt voor het aanvragen van de offerte en regelt een afspraak.

R: Het doel is haalbaar, omdat er op korte termijn een afspraak ingepland kan worden.

T: Binnen 2 maanden is de nieuwe videoapparatuur in gebruik genomen.

Plan van aanpak:

Via de universiteit van de AIOS hebben wij advies gekregen welk bedrijf goede apparatuur levert welke ook aan de voorwaarden voldoen.

Met dit bedrijf is er contact opgenomen en een offerte opgevraagd.

Na goedkeuring van de offerte is er een afspraak gemaakt met het bedrijf voor installatie.


Op de dag van de installatie is de AIOS kamer vrij gepland en zo kon er de hele dag aan de apparatuur gewerkt worden.

Na installatie heeft de installateur uitleg gegeven aan de assistente over hoe de apparatuur bediend dient te worden.

De assistente heeft vervolgens dezelfde uitleg gegeven aan de huisarts en AIOS.

Indien er zich nog problemen voordoen mag het bedrijf altijd gebeld worden.

Verbeterplan 7: privacy verbeteren bij CRP bepaling

	Praktijkorganisatie	Goedkeuringsdatum: 01-11-2017	 <p>Kijkakkers 28 · 6026 ER Maarheeze · T. 0495-593405 · F. 0495-591081 www.medischcentrummaarheeze.nl</p>
X	Medisch	Opgesteld door: Carlyn van de Paal, assistente in opleiding	
	Automatisering	Voor wie: huisartsenpraktijk	
	Personeel	Doel: privacy waarborgen bij CP	
	Facturering	bepaling	

Doel: privacy waarborgen bij CRP bepaling

Huidige situatie: CRP wordt geprikt vlak achter een open balie. Hier is weinig privacy voor de te prikken patiënt, ook de patiënt die aan de balie komt heeft minder privacy evenals de patiënt die telefonisch belt.

Gewenste situatie: Privacy waarborgen bij meten CRP

SMART: Binnen 4 weken is er privacy bij het bepalen van de CRP

S: CRP privacy

M: Binnen 4 weken

A: medewerkers enquête, haalbaarheid, plaats onderzoeken evenals onderzoek waar CRP meter mag/kan staan, knelpunten in kaart brengen

R: Het doel is haalbaar, omdat de juiste benodigheden in de praktijk aanwezig zijn of zo nodig besteld kunnen worden

T: Binnen 4 weken kunnen we de CRP bepaling doen met waarborgen van privacy

Plan van aanpak:

Onderzoek gedaan waar de CRP-meter mag en kan staan. Onder de medewerkers is een enquête uitgevoerd en is op deze manier naar de beste oplossing gezocht.


Hieruit voortgekomen knelpunten (bij het in een andere ruimte bepalen van het CRP is indien de assistente gedurende 2 middagen in de week alleen zit, de balie onbemand).

zijn verder onderzocht en opgelost; er is een bord aangeschaft waarop staat aangegeven dat de assistente een kort onderzoek uitvoert en weer binnen enkele minuten terugkeert.

Eind evaluatie:

De CRP bepaling verloopt goed en privacy is gewaarborgd

Verbeterplan 8: osteoporose spreekuur

	Praktijkorganisatie	Goedkeuringsdatum: 01-10-2017	 <p>Kijkakkers 28 · 6026 ER Maarheeze · T. 0495-593405 · F. 0495-591081 www.medischcentrummaarheeze.nl</p>
	Medisch	Opgesteld door: Marca Dortmans, AIOS	
	Automatisering	Voor wie: huisartsenpraktijk	
X	Personeel	Doel: opstarten fractuurpreventie spreekuur	
	Facturering		

Er bestaat een NHG standaard 'Fractuurpreventie', de CBO richtlijn 'Osteoporose en fractuurpreventie'. Deze richtlijnen bevatten een aantal adviezen die betrekking hebben op het behandel- en nacontrole traject als er sprake is van primaire osteoporose of ernstige osteopenie.

In onze praktijk was al lange tijd behoefte om een fractuur preventie spreekuur op te starten. Enerzijds om volgens de richtlijnen patiënten met een recente fractuur en primaire osteoporose of osteopenie in de praktijk te kunnen vervolgen als ook patiënten die nog onvoldoende in beeld zijn (zoals patiënten met een eerdere breuk zonder diagnostiek naar osteoporose in de voorgeschiedenis of patiënten die al langere tijd bisfosfonaten gebruiken).

Doel: opstarten fractuurpreventie spreekuur

Huidige situatie: Er is geen fractuur preventie spreekuur

Gewenste situatie: een fractuur preventie spreekuur waarbij alle patiënten met een nieuwe breuk en/of osteoporose worden gezien en reeds bekende patiënten een duidelijke follow up hebben.

SMART: Binnen 4 maanden hebben alle patiënten een uitnodiging middels een brief ontvangen en is het spreekuur met de daarbij horende 1-puntsles en protocollen gestart. Alle medewerkers zijn op de hoogte en kunnen werken met de protocollen en 1-punts les.

S: start fractuurpreventiespreekuur

M: Binnen 4 maanden

A: doel is duidelijk en gewenst voor medewerkers en patiënten

R: Het doel is haalbaar omdat er duidelijke landelijke protocollen en algoritmen bestaan, de praktijk is goed op orde met betrekking tot medische dossiers, waarbij patiënten goed opgeroepen kunnen worden

T: Binnen 4 maanden is het spreekuur gestart

Plan van aanpak:

In het HIS zijn patiënten geselecteerd die voldeden aan de criteria om deel te nemen aan het fractuurpreventiespreekuur.

Deze patiënten werden middels een brief uitgenodigd om een afspraak te maken voor dit spreekuur. In de brief stond de reden voor deze uitnodiging.

Assistenten waren vooraf op de hoogte gesteld en er was een protocol en 1-puntsles gemaakt voor dit spreekuur.

Er vond na dit spreekuur overleg met de huisarts plaats waarbij het verder vervolg beleid werd besproken. De assistente informeerde hierna de patiënt.

Er werden ruiters gemaakt (F1,F2, F3) met het zelfde systeem als de zorgstraten welke worden gevolgd volgens PoZoB.

Nieuw gediagnostiseerde patiënten worden door de huisarts ook uitgenodigd voor dit spreekuur waarbij de huisarts een ruiters aanmaakt. Verdere borging van controles vindt plaats door de assistentes om patiënten weer op te roepen.

Tussen evaluatie na 2 maanden:

Patiënten zijn opgeroepen. Bij de nabesprekingen met de huisarts blijkt dat dit meer tijd kost dan verwacht. Enerzijds omdat er teruggezocht moet worden in het dossier van de patiënt wat bijvoorbeeld eerdere uitkomsten waren (uitslag dextra-scan) en tevens is er geen duidelijk vast moment wanneer en met wie dit overleg plaatsvindt.

Hiervoor is het protocol aangepast (hisprotocol waarin de assistente eerdere uitkomsten alvast kan vastleggen) en tevens wordt er een vast moment gepland om het fractuurpreventiesprekeuur van de assistente met de huisarts te bespreken.

Eind evaluatie:

Het fractuurpreventiesprekeuur is gestart en controles zijn vastgesteld.

