



Netwerk Dementie Drenthe



Rapportage Pilotperiode plan Iris

April 2012

LDP en Netwerk Dementie Drenthe

Het Landelijk Dementie Programma (LDP) Drenthe ging 21 september 2006 formeel van start. In dit project wilden Alzheimer Drenthe en de aanbieders van wonen, welzijn en zorg gezamenlijk de dienstverlening aan mensen met dementie en hun mantelzorgers verbeteren. De doelstelling was om het aanbod beter te doen aansluiten op de vraag, en de samenwerking en samenhang in de ketenzorg dementie te bevorderen.

In 2009 heeft het Landelijk Dementie Programma een voortzetting gevonden in het Netwerk Dementie Drenthe. Het heeft zich ontwikkeld tot een samenwerkingsverband dat een samenhangend aanbod in de dementiezorg in Drenthe wil realiseren. Alzheimer Drenthe, de Drentse gemeenten, huisartsen, en zorgaanbieders (ziekenhuizen, GGZ, thuiszorg, Verpleeg- en Verzorgingshuizen) participeren in het Netwerk.

Doelstelling is om ketenzorg mogelijk te maken en innovatieve initiatieven een plaats te geven. Het is een open Netwerk. Organisaties kunnen op alle niveaus meedoen, door ondertekening van een Participantenovereenkomst.

In bijlage 1 is de doelstelling van het Netwerk Dementie Drenthe visueel weergegeven. De grootste wens van hulpvragers is om tijdens het verwarrende proces van dementie één vast en vertrouwd aanspreekpunt te hebben in de zorg, die de zorg coördineert en de patiënt en mantelzorger begeleidt: de Zorgbegeleider. In de eerste fase van het ziekteproces kan dat de huisartspraktijk zijn; wanneer er meer zorg in huis komt wordt het stokje overgedragen aan een andere zorgverlener, via het Zorgbegeleidersoverleg (ZBO), waarin alle regionale Zorgbegeleiders deelnemen. Op de website www.dementiedrenthe.nl vindt u meer informatie over (de activiteiten van) het Netwerk Dementie Drenthe.

Aanleiding plan Iris

De vraag naar zorg bij Alzheimer is groot, niet alleen bij de patiënt, maar ook bij zijn/haar omgeving. Huisartsen spelen een centrale rol in de dementiezorg. Hulpvragers gaan bij de eerste tekenen van niet-welbevinden vaak eerst naar hun huisarts. Het blijkt dat voor vele huisartsen de zorg voor deze patiënten veel van hun weinige tijd opslokt, en dat de geboden zorg niet voldoende of op niet-bevredigende wijze gegeven kan worden.

Daarbij biedt iedere zorgaanbieder zelf informatie aan. Er worden door deze aanbieders meerdere functies geboden: ziektediagnostiek, zorgdiagnostiek, ambulante begeleiding, behandeling, verpleging en verzorging, dagopvang/dagbehandeling en woonvoorzieningen. Voor hulpvragers is het moeilijk om de weg te vinden in de hulpverlening rond dementie. Mensen bellen verschillende zorgaanbieders met dezelfde vragen (shoppen) en verspillen kostbare tijd van zichzelf en van hulpverleners.

Aanpak Coevorden

In 2007 bleek in Coevorden bij huisartsenpraktijk Meander een praktijkondersteuner huisartsen (poh) aangesteld, met aandachtsgebied ouderen. Wanneer een patiënt van deze huisartsenpraktijk bij zijn of haar huisarts kwam met klachten over vergeetachtigheid, ging de poh op onderzoek uit. De belangrijkste taken van de poh lagen in de vroegsignalering (niet pluis gevoel) en het verstrekken van informatie over het ziektebeeld dementie en de mogelijkheden van hulp. Naast de probleemverheldering en het verstrekken van informatie begeleidde en ondersteunde de poh de groep (licht) dementerenden en hun partners en/of mantelzorgers. De poh inventariseerde waar problemen lagen en besprak welke vorm van ondersteuning ingezet zou kunnen worden. Zij begeleidde de mensen in het formuleren van de hulpvraag en het maken van een weloverwogen keuze voor een hulpaanbod.

De zorg die de poh bood was laagdrempelig en werd door patiënten als zeer prettig ervaren. Zij hielp mensen op weg en ontlastte daarmee de huisarts. Door dit aanbod onder te brengen

bij de huisartsenpraktijk was er sprake van een herkenning (vroegsignalering) in de eerste lijn. In het eerste contact werd de poh al betrokken.

Onder de vlag van het LDP heeft een werkgroep in samenspraak met deze huisartsenpraktijk een protocol opgesteld, plan Iris genaamd, waarin de werkwijze van deze huisartspraktijk beschreven wordt. Dit protocol is gebaseerd op de NHG standaard dementie, zoals die door huisartsen wordt gebruikt.

De werkgroep bestond uit de volgende leden:

Saxenburgh groep, voorzitter	Martha Lucas
Saxenburgh groep, secretaris	Jenny Gerritsen
Huisartsenpraktijk Meander	Ina Boelen, praktijkondersteuner
Stg Icare, pg team	Jenny Jansen
Stg Icare, steunpunt mantelzorg	Heleen de Jonge
Stg Welzijn 2000	Herrinette Koert

Uitrol

Door het implementeren van het protocol van plan Iris snijdt het mes aan twee, zelfs aan drie kanten:

1. de patiënt krijgt de tijd en de vrijheid een weloverwogen keuze te maken voor een zorgaanbieder op basis van neutrale informatie;
2. de huisartsenpraktijk heeft de mogelijkheid om de centrale rol als poortwachter in de zorgverlening bij dementie op bevredigende wijze in te vullen;
3. en de zorgaanbieders verliezen geen tijd aan de acquisitie van klanten, maar spenderen alleen tijd aan klanten aan wie ook daadwerkelijk zorg geboden wordt.

Het Netwerk Dementie Drenthe besloot te proberen Plan Iris te implementeren in andere huisartsenpraktijken. De werkgroep heeft de uitvoering van een pilotproject Iris voorbereid in een aantal huisartsenpraktijken in Drenthe, zo mogelijk verdeeld over de 3 regio's Noord, Zuid-Midden-West en Zuid-Oost.

Het Netwerk Dementie Drenthe heeft vervolgens ProGez bereid gevonden om in opdracht van het Netwerk de ondersteuning en uitrol van plan Iris te begeleiden in een pilot voor de duur van 2 jaar: 2010 en 2011. Het onderliggende verslag is een rapportage van deze afgelopen pilotperiode.

Het Netwerk is inmiddels in gesprek met de Drentse Huisartsen Coöperatie (DHC) voor een mogelijke overdracht van de ondersteunende rol van ProGez naar de DHC.

IRIS

Het Irisproject gaat over zorg- en ziektediagnostiek voor oudere patiënten in de huisartsenpraktijk.

Iris is de naam voor de praktijkondersteuner (POH) die in nauwe samenwerking met de huisarts de zorg over dementie signaleert, inventariseert en begeleidt. De ziektediagnostiek is de taak van de huisarts.

Irisdoelstellingen pilot

1. verbetering van vroegsignalering van mogelijke symptomen van dementie door alle in de huisartsenpraktijk werkzame medewerkers
2. verbeteren van uitvoering van ziektediagnostiek door de huisarts
3. uitvoeren van zorgdiagnostiek door de POH
4. opstellen van een zorgaanbod door POH samen met de huisarts en dit bespreken en afstemmen met de patiënt en zijn mantelzorger(s)
5. zorgbegeleiding door de POH
6. deelname aan een zorgbegeleidingsoverleg (ZBO)

De aanloop naar de pilot

Voornoemde werkgroep ging in 2009 verder als Kerngroep, teneinde als “oprichters van Iris” zich verbonden te weten aan de pilot en periodiek als klankbord te dienen voor de inmiddels opgezette Projectgroep Iris. Deze bestond uit:

- * de bij de werkgroep al genoemde Ina Boelen en Martha Lucas
- * afgevaardigden uit bij de start deelnemende huisartsenpraktijken uit Zuidwolde (Ron Wissink en Joke Vliegthart) en van Hagro Avereest (Ov., Dieter Boswijk)
- * Els van der Veen, coördinator Netwerk Dementie Drenthe en Betty Freriks (coördinator Zorgnetwerk NO Overijssel)
- * Johan Stoffels (huisarts) als adviseur
- * Jenny van der Boon (projectmedewerker) en Willem Hulshof (projectleider) beiden van ProGez

Deze Projectgroep bereidde de pilot voor.

Het verloop

Toen de voorbereidingen zover waren dat er op 1 april 2010 daadwerkelijk gestart kon worden met de pilot, is besloten een coördinatiegroep in te stellen en de projectgroep alleen indien nodig bijeen te roepen. Deze coördinatiegroep zorgde voor facilitering en continuïteit van de pilot en zag toe dat alle afgesproken zaken ook daadwerkelijk werden verricht. Deze coördinatiegroep bestaat uit Willem Hulshof, Els vd Veen, Johan Stoffels en Jenny vd Boon.

Inschatting tijdsinvestering en kosten / opbrengsten

Voor de start is op basis van de ervaringen met de werkwijze Iris in huisartsenpraktijk Meander geprobeerd zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven welke werkzaamheden door de huisarts en de POH werden gedaan, hoeveel tijd er mee gemoeid was en wat daarvan de (declarabele) kosten waren. Dit was van belang te weten voor (de) deelnemende praktijken. Het gaf inzicht in hoeveel tijd voor m.n. POH uitgetrokken zou moeten worden en hoe het financiële aspect eruit zou gaan zien. Dit was bij de start van de pilot belangrijk, omdat er geen specifieke vergoeding voor eventuele tekorten tegenover zou staan.

Rekenmodel

Er werd een rekenmodel ontwikkeld op basis waarvan berekend kon worden wat de niet gedekte kosten voor de praktijk zouden zijn, afhankelijk van de omvang van de inzet van de POH en hoeveel patiënten van 55 jaar e.o. men zou zien. M.b.v. zgn. prevalentiecijfers is de patiëntenstroom berekend en ingeschat hoeveel uur POH ingezet zou worden. De berekende financiële tekorten werden door het Netwerk Dementie Drenthe voor de Drentse praktijken aangevuld en voor die uit Overijssel door ProGez. E.e.a. werd per praktijk contractueel vastgelegd.

Per 1-1-2011 kon de POH door gewijzigde financiering van de huisartsenpraktijken geen declarabele verrichtingen meer doen. De financiering van de POH zou bij de verzekeraar uit andere bronnen kunnen worden gefinancierd. Gevolg was dat de huisartsenpraktijk moest inschatten en onderhandelen over de hoeveelheid fte-inzet POH voor Iris. Er is dus alleen voor 2010 met het Rekenmodel gewerkt.

Aanvraagformulier Iris

Er is voor de start van de pilot een inventarisatie gemaakt op de volgende onderwerpen: Aantal patiënten van de praktijk. Aantal reeds gediagnosticeerde dementie patiënten. De leeftijdsopbouw van de praktijk. Hoeveel patiënten de praktijk verwacht te diagnosticeren. Hoeveel fte er wordt ingezet voor deze pilot.

Implementatie

- Interviews

Na een aantal maanden er mee bezig te zijn geweest zijn alle deelnemende praktijken, huisarts en POH (de Iris), bezocht door de projectmedewerker. Er is bij alle bezoeken, middels een vooraf op gestelde vragenlijst, de ervaringen gepolst. Dit had mede als doel om te kijken of er nog aanpassingen nodig waren in het gemaakte Irisprotocol, maar ook om gericht de scholing verder vorm te geven.

De uitkomst van deze vragenronde is zoveel mogelijk mee genomen tijdens de scholingen. Dit heeft veel bruikbare informatie opgeleverd.

- Scholing

Deelname aan de pilot verplicht de huisartsenpraktijken ook tot deelname aan een op Iris toegesneden en door de projectgroep ontwikkelde scholing, niet alleen voor praktijkondersteuners maar ook voor de huisartsen. Enkele huisartspraktijken die zich voor deelname aan pilot 1 hadden gemeld hebben de scholing gemist en zagen zich hierdoor genoodzaakt uit de pilot terug te trekken.

Voor elke pilotgroep vond geaccrediteerde scholing van de huisartsen plaats op 2 dagdelen, met een tussenpauze van een half jaar. De praktijkondersteuners werden in twee kort na elkaar geplande dagen geschoold, met na een half jaar een derde scholingsdag.

Er werd behalve met de eigen cursusmap Iris ook volgens de workshopmethode op een interactieve manier gewerkt. Er werd o.a. door de 20 deelnemers eigen ingebrachte casuïstiek gebruikt.

Voor praktijkondersteuners was het werken vanuit een zorgrelatie, met patiënten en hun mantelzorgers, met sociale en emotionele problematiek en de door dementie veroorzaakte veranderingen in hun leven, nieuw. De praktijkondersteuners werd om die reden een intervisiemethode geleerd. Ook werd geoefend met rollenspel, hoe om te gaan met ontkenning en het mijden van gewenste zorg. De inhoud van het onderwijs was gebaseerd op de NHG standaard Dementie en verpleegkundige vakliteratuur.

Als kapstok werd het Dementieprotocol, in het Irisproject Stroomschema genoemd (zie bijlage), gebruikt.

De onderwerpen van de huisartsenschooling:

Signalen van dementie en toeleiding naar diagnostiek; ziektediagnostiek: anamnese, hetero anamnese, functietests, verwijscriteria; de diagnostische criteria; zorgdiagnostiek en begeleiding; samenwerking met de praktijkondersteuner, taakverdeling en monitoring van het ziekteverloop; voorlichting over ziekteverloop, rijvaardigheid en euthanasie

De onderwerpen van de scholing voor praktijkondersteuners waren in essentie dezelfde als die voor de huisartsen. Er werd meer tijd besteed aan:

Probleeminventarisatie; het opbouwen van een vertrouwensrelatie; zorgplan opstellen; werken met de sociale kaart en het CIZ; praktische hulpmiddelen; samenwerken in het Zorgbegeleidingsoverleg

Beide groepen, huisartsen en praktijkondersteuners, werden geïnformeerd over doel en achtergronden van het Irisproject. Beide groepen werden geïnformeerd over de effectevaluatie van de scholing met een enquête voor huisartsen en praktijkondersteuners, aan het begin en het eind van het tweejarige project. De Registratiemethode van alle door de huisartsen en praktijkondersteuners uitgevoerde verrichtingen werd uitgelegd.

Begin 2012 is voor beide pilotgroepen een gemengde scholingsdag huisarts en poh gehouden.

Halverwege het 1e zowel als het 2e jaar werd door de projectmedewerker, Jenny van der Boon, telefonisch met een standaardvragenset de deelnemers gevraagd naar de ervaringen en behoefte aan aanvullende scholing. Met deze informatie werd aanvullende scholing over het op de juiste manier afnemen van de MMSE, het registreren en recent over euthanasie bij dementie gemaakt.

Twee van de docenten hebben meegewerkt aan de onlangs gereed gekomen (en nog niet gepubliceerde) 3e versie van de NHG standaard Dementie. Er werd gebruik gemaakt van de nieuwste resultaten van wetenschappelijk onderzoek voor bij voorbeeld de diagnostiek, medicamenteuze therapie en psychosociale begeleiding.

De evaluaties van alle cursussen waren als goed beoordeeld.

De scholing werd gemaakt en gegeven door een Scholingscommissie onder leiding van Johan Stoffels, huisarts en oud-docent Huisartsopleiding. Leden van de scholingscommissie waren: Ina Boelen (POH), Martha Lucas (maatschappelijk werker), Joke Vliegthart-Fokkema (wijkverpleegkundige), Dieter Boswijk (huisarts en kaderarts ouderen), Fred de Raden (leidinggevende verpleeghuis). Enkele workshops werden door externe docenten gegeven.

- Pilotbijeenkomsten

Huisartsen en poh's uit de pilotgroepen zijn omwille van voortgang en succesbevordering een paar keer bij elkaar geweest om te praten over het projectverloop, om ervaringen uit de pilot uit te wisselen, om vragen of kwesties aan de orde te stellen en intervisie of onderling netwerk te initiëren. Er is gesproken over registratie, scholing(sbehoefte), praktijkbezoeken en ondersteuning, diagnostiek, ZBO, CIZ. Nadat alle interviews administratief verwerkt waren is de groep bijeen geroepen om de uitkomsten te bespreken.

- Registratie

Om gegevens boven tafel te krijgen is in de pilot gewerkt met een registratieformulier. Hierop werd zowel in Tijd als in Aantal & Soort contacten bijgehouden wat er aan 1) Vroegsignalering en Diagnostiek, 2) Beleid, 3) Begeleiding en 4) Overleg werd gedaan. Zichtbaar wordt wie hoeveel tijd aan de 4 activiteiten besteedt, of er delegatie van taken plaatsvindt van huisarts naar POH, wat veel of weinig tijd kost en of er efficiënt gewerkt wordt. De registratie was een tijdrovende bezigheid en die adequaat en nauwkeurig moest worden gedaan. Dit vroeg om volharding van de POH.

Voor de voorlopige resultaten wordt verwezen naar de bijlage.

Uitbreiding pilot

Besloten werd in januari 2011 een informatiebijeenkomst te houden en de mogelijkheid tot deelname aan de pilot onder de aandacht te brengen van andere Drentse huisartsenpraktijken.

Voor 2011 bood het Netwerk Dementie Drenthe in financiële zin en conform doelstelling de mogelijkheid nog meer huisartsenpraktijken in de pilot te laten werken met Iris. Enerzijds werd beoogd de pilot meer massa te geven i.v.m. het verkrijgen van gegevens, anderzijds kregen we uit andere huisartspraktijken signalen a.g.v. de pilot dat een dergelijke werkmethode aansloot bij dat wat voor praktijkvoering en patiëntenzorg nuttig en noodzakelijk werd gevonden.

Veel belangstellenden kwamen hier op af. Dit leverde, veelal nog gevolgd door een informatiebijeenkomst in de praktijk zelf, deelname van nog eens 19 praktijken op. Deze werkwijze bleek van waarde te zijn.

Eerste globale pilot resultaten januari 2011

Uit de reguliere contacten in 2010 met de praktijken uit de eerste pilotgroep konden we de volgende resultaten optekenen:

Het levert veel signalen en (nieuwe) diagnoses dementie op: veel waardering bij patiënten en mantelzorgers; effectieve begeleiding en patiënten blijven langer thuis; enthousiasme bij huisarts en POH; meer kennis en ervaring over dementie in de huisartsenpraktijk; minder verwijzing naar geheugenpoli; minder medicalisering; nog betrekkelijk weinig deelname aan ZBO.

Resultaat van de pilot periode 2010-2011

Voor een compleet overzicht wordt verwezen naar de bijlage.

Conclusie die we hier kunnen geven:

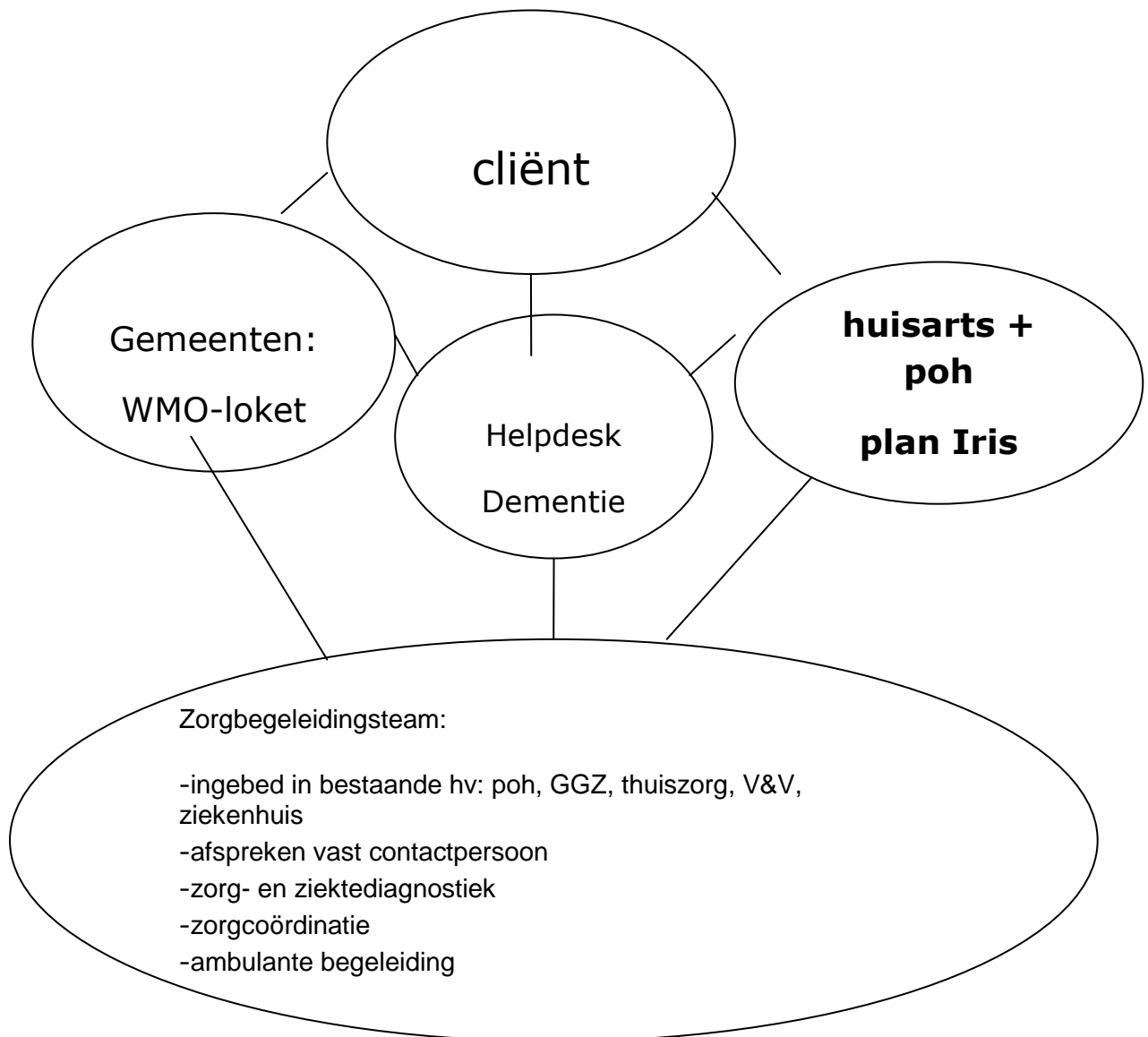
De geregistreerde gegevens van het project in deze registratieperiode laten ruim 3400 contacten zien met een tijdsbesteding van ongeveer 1100 uur, waarvan ruim de helft op het conto komen van de POH'ers en een derde op het conto van de huisartsen. Er zijn in totaal meer dan 500 patiënten gedurende langere of kortere tijd opgenomen in het IRIS project, dat werd uitgevoerd in 18 huisartspraktijken.

De kwaliteit van de geregistreerde gegevens was redelijk tot goed. Niet altijd werden de Excel sheets correct ingevuld, waardoor de interne consistentie van de cijfers niet volledig is (echter wel voor ruim 90%). Of er onder- of overrapportage heeft plaats gevonden is moeilijk te beoordelen. Wel is er een duidelijk verschil tussen de verschillende huisartspraktijken waarneembaar met name in aantallen contacten per patiënt gedurende deze registratieperiode. Overigens hebben verschillende praktijken ook registratiegegevens aangeleverd doorlopend tot in het 1e kwartaal van 2012. Deze zijn toch meegenomen in de analyse. Er lijkt duidelijk onderrapportage te zijn van Niet-patiënt gebonden activiteiten: een aanzienlijk deel van de praktijken had hier helemaal geen gegevens ingevuld.

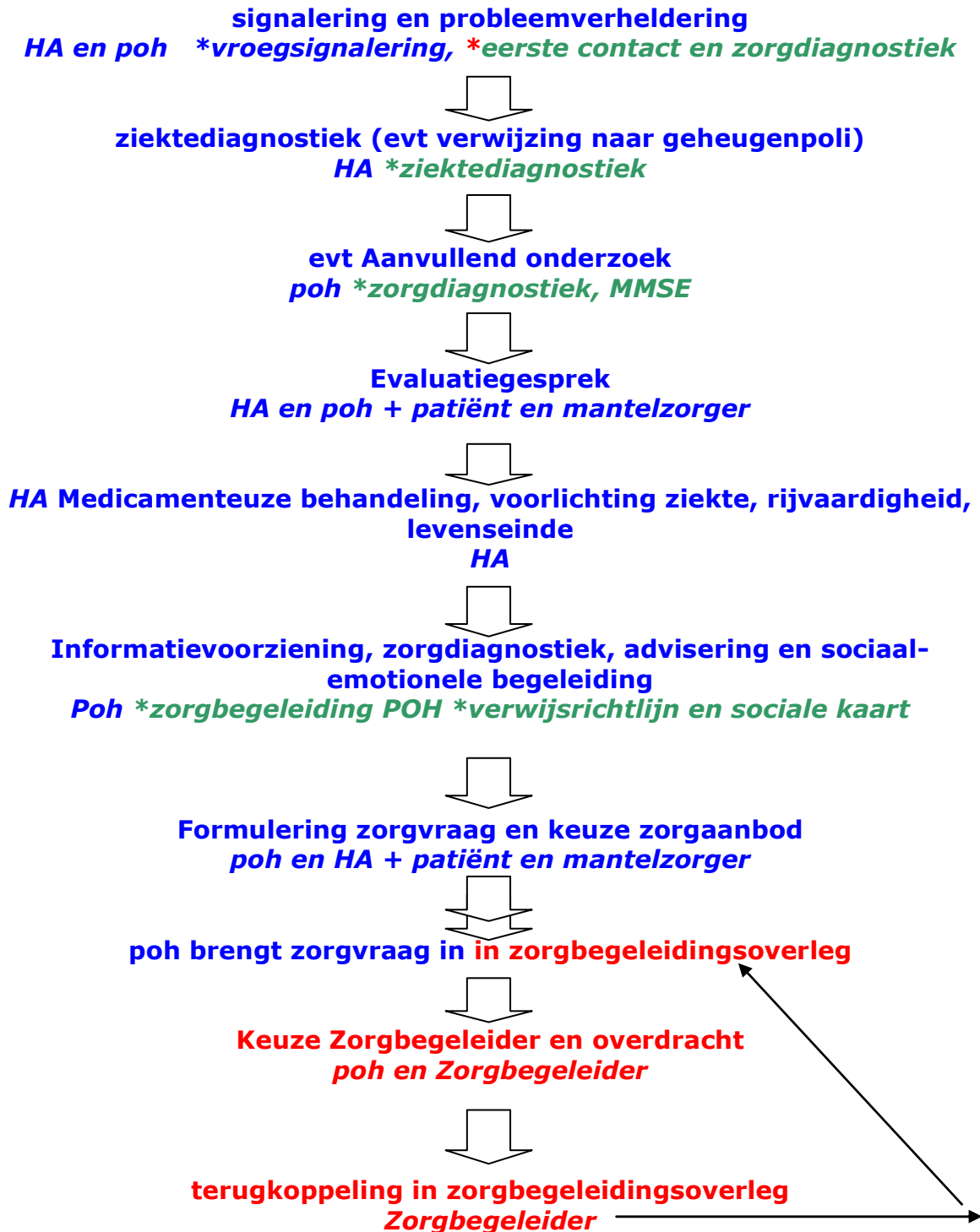
De waargenomen resultaten uit 2010 zijn in 2011 bestendigd.

Samenvattend: betere zorg, tevreden patiënt, Iris is goed implementeerbaar, meer expertise in de praktijkorganisatie en bij de dokter.

Bijlage Visualisering doelstelling van het Netwerk Dementie Drenthe



Stroomschema



Analyse van de gegevens van het IRIS project 2011/2012

Groepen In 2011 waren er 2 groepen huisartspraktijken, die deelnamen aan het Iris project.

De in 2010 gestarte huisartspraktijken:
huisartspraktijken

Balkbrug
De Weide
Koelemeijer/Geertjes
Latyrus
de Boer/Poelman
vd Woude/Ek
Schuttevaer
Zuidwolde

De in april 2011 gestarte

De Beuken
Hermans
De Kastanje
Koekange
De Linde
Ruinerwold
Sleen
v Bremen
Horstra

Vergelijking tussen de twee groepen laat zien dat ze vrijwel dezelfde aantallen patiënten hebben geïncludeerd. Opvallend is dat de eerst begonnen groep gemiddeld meer tijd per patiënt per jaar heeft besteed dan de tweede groep (gemiddeld 2.9 versus 1.1 uur per patiënt per jaar).

Tussen de praktijken onderling zijn er vrij grote verschillen in bestede tijd per patiënt , en dus ook de totale tijd besteed aan het project, met name in de eerste groep (variërend van 1.1 tot 5.3 uur/pat versus 0.8 tot 1.7 uur per week in de tweede groep):

	Totaal Tijd in uren	Aantal Pat in 2011/2012	Gemiddelde tijd in uren per jaar/per patiënt		Totaal Tijd in uren	Aantal Pat in 2011/2012	Gemiddelde tijd in uren per jaar/per patiënt
GROEP 1				GROEP 2			
Balkbrug	23	21	1,1	De Beuken	65	38	1,7
De Weide	224	45	5,0	Hermans	17	10	1,7
Koelemeijer/Geertjes	113	34	3,3	De Kastanje	30	28	1,1
Latyrus	41	22	1,9	Koekange	19	25	0,8
de Boer/Poelman	36	16	2,3	De Linde	30	24	1,3
v.d.Woude/Ek	123	23	5,3	Ruinerwold	35	26	1,3
Schuttevaer	92	43	2,1	Sleen	60	38	1,6
Zuidwolde	92	52	1,8	v Bremen	36	29	1,3
				Horstra	37	39	0,9
	744	256	2,9		293	257	1,1

Verrichtingen

Groep 1

Groep 2

		Vroegsignalering en Diagnostiek			
		Tijd (uren)	tijd in min per verrichting	Tijd (uren)	tijd in min per verrichting
HA	79,0	16,1	53,7	14,6	
POH	165,6	25,5	115,7	21,4	
DA	3,8	7,7	7,2	9,3	
Ander	21,5	15,9	4,0	20,0	
	269,9		180,5		

		Beleid			
		Tijd (uren)	tijd in min per verrichting	Tijd (uren)	tijd in min per verrichting
HA	28,8	12,9	14,8	18,4	
POH	43,7	14,9	17,2	18,4	
DA	0,2	5,0	1,5	11,3	
Ander	11,2	22,3	1,5	30,0	
	83,8		34,9		

		Begeleiding			
		Tijd (uren)	tijd in min per verrichting	Tijd (uren)	tijd in min per verrichting
HA	70,5	19,5	55,8	17,3	
POH	103,5	15,5	51,6	19,0	
DA	2,7	8,0	7,0	9,5	
Ander	45,2	30,4	1,8	27,5	
	221,8		116,2		

		Overleg			
		Tijd (uren)	tijd in min per verrichting	Tijd (uren)	tijd in min per verrichting
HA	16,1	9,0	9,4	12,0	
POH	27,8	12,0	19,4	14,9	
DA	1,3	26,7	0,5	6,4	
Ander	9,0	13,8	0,7	10,0	
	54,2		30,0		

		Alle Patiëntgebonden Activiteiten Totalen			
		Tijd (uren)	tijd in min per verrichting	Tijd (uren)	tijd in min per verrichting
HA	194,4	15,5	133,7	15,8	
POH	340,5	18,5	203,9	19,7	
DA	8,0	8,7	16,2	9,4	
Ander	86,8	21,8	8,0	20,9	
	629,8		361,7		

		Alle Niet-patiëntgebonden activiteiten			
		Totalen			
	Tijd (uren)	tijd in min per verrichting		Tijd (uren)	tijd in min per verrichting
HA	3,6	54,5		49,3	74,0
POH	32,0	62,0		164,9	44,2
DA					
Ander					
	35,7			214,2	

Uit analyse van de cijfers blijkt dat de gemiddelde tijd per verrichting per zorgverlener over en weer eigenlijk niet heel veel van elkaar verschillen. Het verschil aan per patiënt besteedde tijd wordt met name verklaard door meer verrichtingen per patiënt in de registratieperiode. (latere instroom groep 2?, andere systematiek bij groep 2?, andere populaties?, andere werkwijze?)

Opvallend is ook het verschil in tijd besteed aan Niet-patiënt gebonden activiteiten tussen de twee groepen (onvoldoende kwaliteit van de registratie?).

Patiënt gebonden activiteiten

In totaal werden 3400 contacten geregistreerd en 1100 uur besteed aan het project, waarbij de praktijkondersteuner dubbel zo veel tijd als de huisarts in het project steekt en dus het leeuwendeel voor de rekening neemt. In groep 1 is dit verschil nog meer uitgesproken dan in groep 2. In de onderstaande tabellen is dit duidelijk te zien, evenals het verschil in aantal verrichtingen tussen de twee groepen :

Alle Patiëntgebonden Activiteiten Totalen						
Totaal	HA	POH / NP	DA	Ander	Totalen	
Aantal activiteiten	1262	1725	158	262	3407	contacten
Tijd besteed (uren)	328,8	661,5	24,2	95,3	1109,7	uur

Groep 1	HA	POH / NP	DA	Ander	Totalen	
Aantal activiteiten	753	1104	55	239	2151	contacten
Tijd besteed (uren)	194,8	454,4	8,0	87,3	744,5	uur

Groep 2	HA	POH / NP	DA	Ander	Totalen	
Aantal activiteiten	509	621	103	23	1256	contacten
Tijd besteed (uren)	134,0	207,0	16,2	8,0	365,2	uur

Soorten contacten

Onderverdeling contacten laat zien dat er relatief vaak middels een visite contact met de patiënt wordt gelegd:

				Totaal	Groep 1	Groep 2
Alle Patiëntgebonden Activiteiten Totalen				contacten		
Totalen		Consult	754	22%	20%	26%
3407	contacten	Visite	1181	35%	37%	32%
1109,7	uur	Tel contact	740	22%	19%	27%
		Ander contact	699	21%	24%	15%

Onderverdeling binnen de verschillende soort zorgverleners activiteiten:

TOTAAL							
Vroegsignalering en Diagnostiek				contacten	Totaal	Groep 1	Groep 2
Totalen		Consult	428	31%	27%	36%	
1397	contacten	Visite	567	41%	48%	31%	
564,6	uur	Tel contact	242	18%	12%	25%	
		Ander contact	145	10%	13%	8%	
Beleid							
Totalen		Consult	61	13%	11%	20%	
457	contacten	Visite	107	24%	23%	26%	
119,0	uur	Tel contact	156	34%	34%	35%	
		Ander contact	129	28%	32%	19%	
Begeleiding							
Totalen		Consult	248	22%	22%	22%	
1131	contacten	Visite	504	45%	45%	45%	
340,8	uur	Tel contact	251	22%	20%	27%	
		Ander contact	118	11%	13%	7%	
Overleg							
Totalen		Consult	17	4%	5%	2%	
422	contacten	Visite	3	1%	1%	0%	
85,3	uur	Tel contact	91	22%	20%	27%	
		Ander contact	307	73%	75%	71%	

Tijdsbesteding

Uit onderstaande tabel kan gelezen dat 48% van de totale tijd die in het project is gestoken wordt besteed aan visites. De POH besteedt 30% van de totale projecttijd in het afleggen van visites en neemt in totaal 55% van de projecttijd voor haar rekening, tegen 33% voor de huisarts.

	Alle Patiënt-gebonden Activiteiten Totalen				Tijd (uren)	
	C	V	TC	AC		
HA	9%	15%	4%	5%	328,1	33%
POH	11%	30%	7%	7%	544,4	55%
DA	1%		1%	0%	24,2	2%
Ander	1%	3%	1%	5%	94,8	10%
	22%	48%	14%	17%	100%	

De onderverdeling naar Groep 1 en Groep 2 laat zien eenzelfde beeld zien. In Groep 1 is echter wel te zien dat een andere zorgverlener, welke is niet meteen duidelijk, een aandeel van 14% in de tijdsbesteding binnen het project heeft tegen 2% in Groep 2.

	Alle Patiënt-gebonden Activiteiten Totalen				Tijd (uren)	
	C	V	TC	AC		
HA	9%	13%	3%	5%	194,4	31%
POH	8%	31%	7%	7%	340,5	54%
DA	0%	0%	1%	0%	8,0	1%
Ander	1%	4%	2%	7%	86,8	14%
	19%	49%	13%	19%	100%	

	Alle Patiënt-gebonden Activiteiten Totalen				Tijd (uren)	
	C	V	TC	AC		
HA	9%	17%	5%	5%	133,7	37%
POH	14%	28%	8%	6%	203,9	56%
DA	1%	0%	2%	1%	16,2	4%
Ander	1%	1%	0%	1%	8,0	2%
	26%	46%	16%	12%	100%	

Conclusie

De geregistreerde gegevens van het project in deze registratieperiode laten ruim 3400 contacten zien met een tijdsbesteding van ongeveer 1100 uur, waarvan ruim de helft op het conto komen van de POH en een derde op het conto van de huisarts. Er zijn in totaal meer dan 500 patiënten gedurende langere of kortere tijd opgenomen in het IRIS project, dat werd uitgevoerd in 18 huisartspraktijken.

De kwaliteit van de geregistreerde gegevens was redelijk tot goed. Niet altijd werden de Excel sheets correct ingevuld, waardoor de interne consistentie van de cijfers niet volledig is (echter wel voor ruim 90%). Of er onder- of overrapportage heeft plaats gevonden is moeilijk te beoordelen. Wel is er een duidelijk verschil tussen de verschillende huisartspraktijken waarneembaar met name in aantallen contacten per patiënt gedurende deze registratieperiode. Overigens hebben verschillende praktijken ook registratiegegevens aangeleverd doorlopend tot in het 1^e kwartaal van 2012. Deze zijn toch meegenomen in de analyse. Er lijkt duidelijk onderrapportage te zijn van Niet-patiënt gebonden activiteiten: een aanzienlijk deel van de praktijken had hier helemaal geen gegevens ingevuld.