



Huisartspraktijk Langbroek



Jaarverslag 2019 - Jaarplan 2020

door Lia Boelman, huisarts en Caroline de Heij-Verheij, praktijkmanager

Voorwoord

Het jaar 2019 was een periode met veel verschillende gezichten in de praktijk. Er is vond wederom een wisseling bij de doktersassistentes plaats. Daarnaast is er een tijd lang een waarnemend huisarts werkzaam geweest, omdat Mw. Boelman vanwege ziekte van haar man afwezig was. Na de zomer is het team weer in een stabielere fase gekomen.

Ondanks al deze wisselingen is er veel werk verzet en zijn er een aantal verbeteringen doorgevoerd. Sommige hiervan meer zichtbaar voor u als patiënt dan andere. Een merkbare verandering is bijvoorbeeld dat de praktijk een half uur tussen de middag telefonisch alleen bereikbaar is voor spoedgevallen. Zo kan de doktersassistente ook een lunchpauze nemen.

Achter de schermen is er ook hard gewerkt afgelopen jaar. We hebben ons Arbobeleidsplan verder uitgewerkt. De doktersassistentes zijn nu officieel Bhv'er. Alleen door goede zorg en begeleiding van de medewerkers, kan er goede zorg geleverd worden voor u als patiënt. Daarnaast heeft er een update van een aantal protocollen plaatsgevonden, bijvoorbeeld de 30-minuten bloeddrukmeting en ECG. Tot slot zijn er een nieuw organisatiedocument 2019-2022 en een nieuw beleidsplan voor de jaren 2020-2023.

Hier in het voorwoord kunnen wij slechts kort de belangrijkste punten aanstippen. U kunt uitgebreider over al onze kwaliteitsverbeteringen lezen in hoofdstuk 5.

De maatschappij verlangt steeds meer transparantie en verantwoording over de kwaliteit van de geleverde zorg. Veel patiënten lezen ons jaarverslag en spreken hun waardering uit over het beeld wat zij krijgen van onze organisatie en bedrijfsvoering. We hebben dit jaarverslag over 2019 dan ook weer met veel zorg en aandacht voor u gemaakt.

Dit jaarverslag, waarin wij de kwaliteit van onze zorg in cijfers zichtbaar maken, verschijnt elk jaar. Daarnaast hebben wij een los document voor de jaren 2019 tot 2022 waarin de organisatie van onze praktijk aan bod komt. Beide documenten liggen in de wachtkamer en zijn in te zien op onze website.

Wij proberen steeds weer verbeteringen aan te brengen die u als patiënt ten goede komen. Echter, wij zullen nooit de basis van ons vak uit het oog verliezen. U kunt erop blijven vertrouwen dat wij in samenspraak met u blijven bepalen welke zorg voor u het beste is.

Wij wensen u voor het komend jaar een goede gezondheid toe en veel plezier bij het lezen van dit verslag.

Langbroek, maart 2020

A.W. de Heij, huisarts

C. de Heij-Verheij, praktijkmanager

L. Boelman, huisarts

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
1. Het team.....	4
2. Over de patiënten.....	5
2.1 Het zorggebied.....	5
2.2 Praktijkopbouw.....	5
2.3 In -en uitstroom van patiënten.....	6
2.4 Zorgverzekeraars.....	7
3. De werkbelasting.....	8
3.1 Verrichtingen 2019.....	8
3.1.1 M&I-verrichtingen.....	10
3.1.2 Verrichtingen POH-GGZ.....	11
3.1.3 Verrichtingen POH-S.....	11
4. Het medisch handelen.....	13
4.1 Diabeteszorg.....	13
4.2 Zorg rondom COPD.....	17
4.3 Cardiovasculaire Zorg.....	21
4.3.1 Primaire preventie.....	22
4.3.2 Secundaire preventie.....	24
4.4 Preventie: griep.....	26
4.5 Preventie: cervixscreening.....	28
5. Evaluatie jaarplan 2019.....	30
5.1 Maatschap.....	31
5.2 Geïntegreerde Eerstelijns Zorg.....	31
5.3 Risicoanalyse en NHG-Praktijkaccreditering.....	31
5.4 Patiëntenenquête.....	32
6. Beleidsplan 2020.....	33

1. Het team

In 2019 waren in de praktijk de volgende personen werkzaam:

Tabel 1: werkzame personen in 2019 in Huisartspraktijk Langbroek

Naam	Functie	Werkzame periode	Aanwezig
L. Boelman	Praktijkhouder/Huisarts	Vanaf september 2014	18 uur/week
A.W. de Heij	Praktijkhouder/Huisarts	Vanaf januari 1990	fulltime
Caroline de Heij-Verheij	Praktijkmanager/ Praktijkondersteuner	Vanaf januari 2012 Vanaf januari 1990	10 uur/week 24 uur/week
Esther van Eck	Praktijkassistente	Vanaf 1 mei 2019	18 uur/week
Elles van Leeuwen	Praktijkassistente	Vanaf september 2016	22 uur/week
Christine Timmerman	Praktijkassistente	Vanaf september 2018	27 uur/week
Margriet Groenhuijzen	Praktijkassistente	Vanaf september 2018 tot maart 2019	8 uur/week
Paul Westerman	POH GGZ	Vanaf april 2014	11 uur/week
Mariet Maas	Verpleegkundige Ouderenzorg	Vanaf februari 2015	4,5 uur/week

Tabel 2: arts in opleiding tot huisarts in 2019

Naam	Werkzame periode	Aanwezig
Liz Isfordink	Vanaf maart 2018 tot maart 2019	36 uur/week
Wouter Tinga	Vanaf maart 2019	36 uur/week

Tabel 3: assistente in opleiding tot doktersassistente 2019

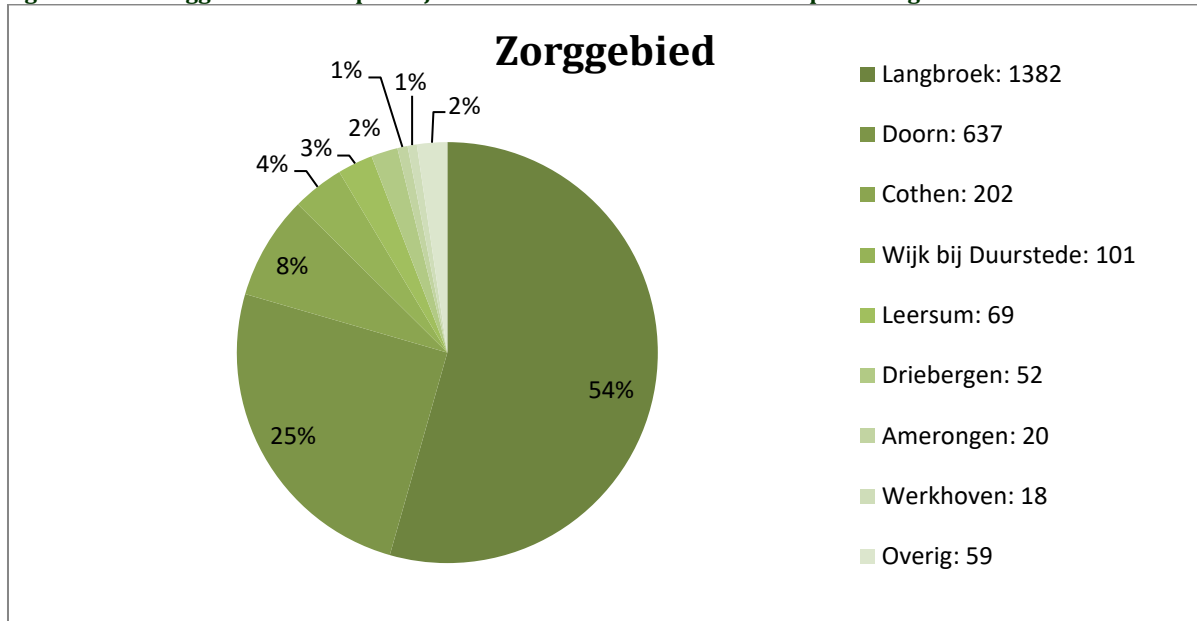
Naam	Werkzame periode	Aanwezig
Hester Aris	Februari tot juli 2019	27 uur/week

2. Over de patiënten

2.1 Het zorggebied

Het zorggebied van de praktijk omvatte in 2019 onderstaande patiëntenaantallen, zoals weergegeven in figuur 1. Bijna 90% van de patiënten komen uit Langbroek, Doorn en Cothen.

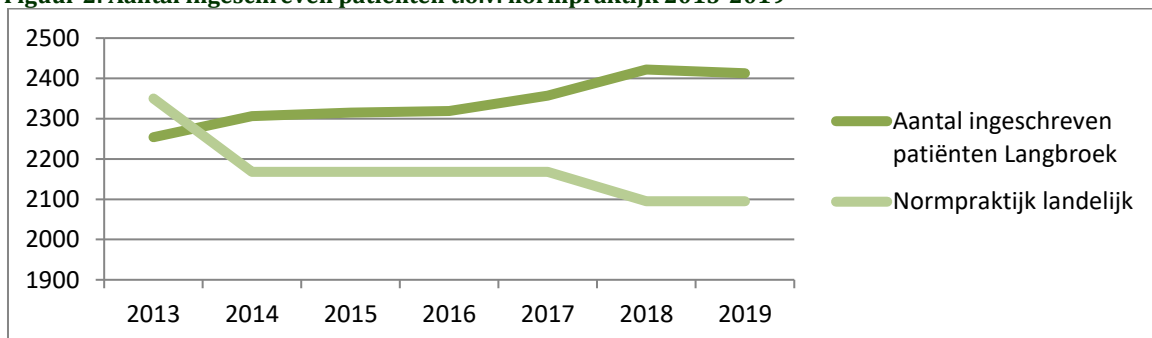
Figuur 1: het zorggebied van de praktijk in 2019 in absolute aantallen en percentages



2.2 Praktijkopbouw

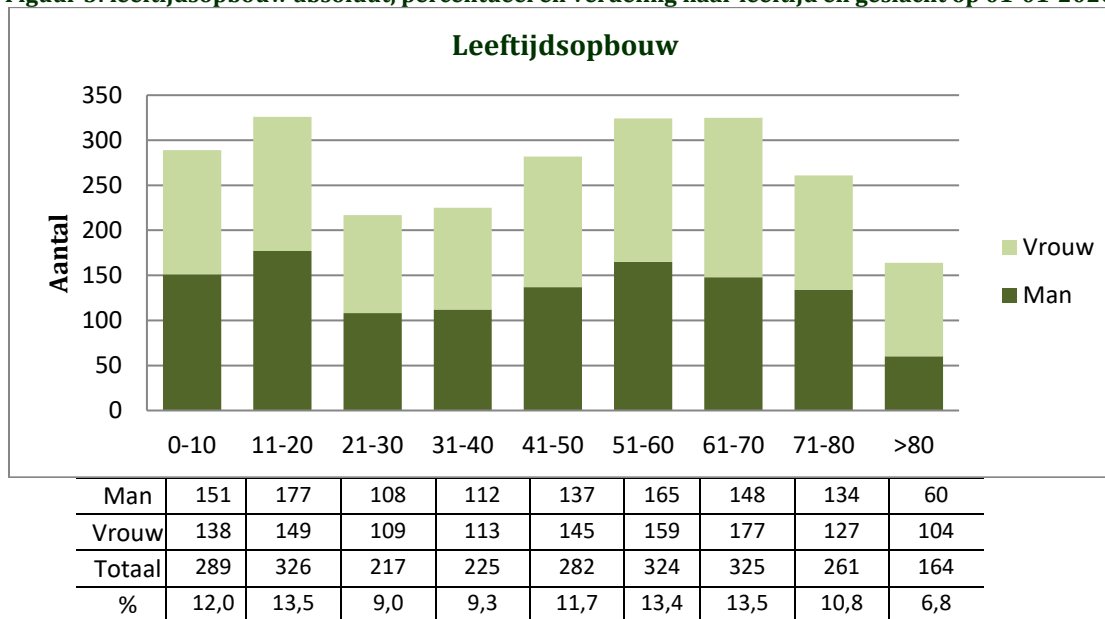
Op peildatum 1 januari 2020 waren er 2413 patiënten ingeschreven, 1192 mannen (49,4%) en 1221 vrouwen (50,6%). Daarmee is de praktijk iets groter dan de normpraktijk in 2019 van 2095 patiënten. In onze praktijk is 25,5% jonger dan 20 jaar, 31,1% ouder dan 60 jaar en 6,8% ouder dan 80 jaar. Landelijk was in 2019 21,9% jonger dan 20 jaar, 19,2% ouder dan 65 jaar en 4,6% 80 jaar of ouder¹. De leeftijdsopbouw absoluut, percentageel en verdeling naar leeftijd en geslacht wordt weergegeven in figuur 3.

Figuur 2: Aantal ingeschreven patiënten t.o.v. normpraktijk 2013-2019



¹[http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,60,\(1-1\),l&HD=170426-2105&HDR=G1&STB=T](http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,60,(1-1),l&HD=170426-2105&HDR=G1&STB=T)

Figuur 3: leeftijdsopbouw absoluut, percentueel en verdeling naar leeftijd en geslacht op 01-01-2020



2.3 In -en uitstroom van patiënten

De praktijkgrootte daalde licht met 9 patiënten in 2019, van 2422 op 01-01-2019 naar 2413 op 01-01-2020.

De instroom was 134 patiënten (2018: 175): er kwamen 106 patiënten door verhuizing van woonplaats of verandering van huisarts bij ons in de praktijk (2018: 150). Er kwamen 9 tijdelijke patiënten in onze praktijk (2018: 3). In 2019 werden 19 kinderen geboren (2018: 22). Volgens cijfers van de Index Mundi werden er in 2018 in Nederland 10,9 kinderen per 1000 inwoners geboren². De landelijke cijfers van 2019 waren ten tijde van dit schrijven nog niet bekend. In onze praktijk hebben wij met een lager aantal geboorten te maken, n.l. 7,9 per 1000 inwoners in 2019.

De uitstroom betrof 135 patiënten (2018: 108): 79 patiënten verlieten de praktijk vanwege een verhuizing of verandering van huisarts (2018: 63), acht patiënten werden opgenomen in een verpleeghuis (2018: 6). In 2018 zijn 48 patiënten overleden (2018: 39). De Index Mundi gaf over 2018 een sterfte aan van 9,0 per 1000 inwoners³. De landelijke cijfers van 2019 waren ten tijde van dit schrijven nog niet bekend. Onze praktijk kent een groter sterftecijfer dan het landelijk gemiddelde in 2018, n.l. 19,9 per 1000 inwoners in 2019.

Op 1 januari 2019 was in Nederland 4,8% van de bevolking 80 jaar of ouder⁴. Wij zaten in onze praktijk in 2019 daar met 6,8% ruim boven, waarmee het relatief hogere sterftecijfer per 1000 inwoners verklaard wordt.

Opmerking: De absolute in- en uitstroom van patiënten in een jaar is niet direct terug te zien in de verandering in praktijkgrootte. Dit komt doordat sommige nieuwe patiënten dubbel worden ingeschreven, door digitale dossieroverdracht door de oude huisarts én door inschrijving van de patiënten zelf. De 2e inschrijving wordt weer ongedaan gemaakt, maar deze correctie vindt vaak pas na enkele maanden plaats, waardoor de in- en uitstroom niet correspondeert met de actuele praktijkgrootte.

² http://www.indexmundi.com/netherlands/birth_rate.html

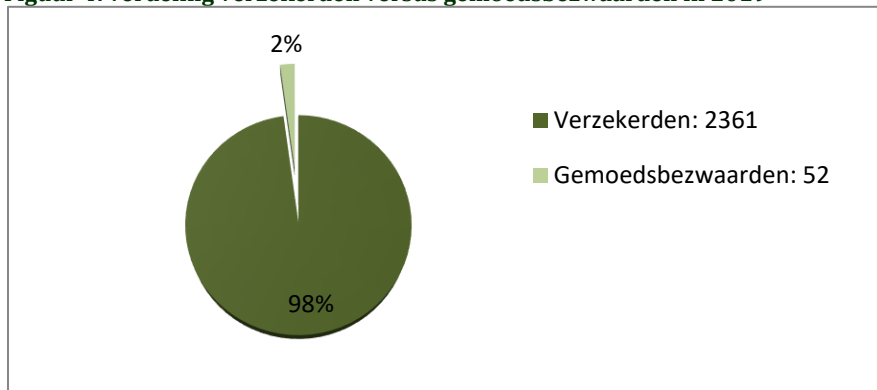
³ http://www.indexmundi.com/netherlands/death_rate.html

⁴ <https://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=7461BEV&D1=0&D2=0&D3=0,66-70,101-120&D4=10,l&HD=120829-1130&HDR=T,G3&STB=G1,G2>

2.4 Zorgverzekeraars

Op 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking getreden en iedereen die in Nederland woont is sinds dat moment verplicht een verzekering aan te gaan bij een van de zorgverzekeraars. Echter, onze praktijk kent de bijzondere omstandigheid dat een deel van de patiënten in verband met hun levensovertuiging gemoedsbezwaren hebben en principieel onverzekerd zijn. Zij hebben derhalve voor hun gezin en bezittingen geen verzekeringen afgesloten. Op 1 januari 2020 waren er 52 gemoedsbezwaarden in de praktijk en 2361 patiënten waren verzekerd.

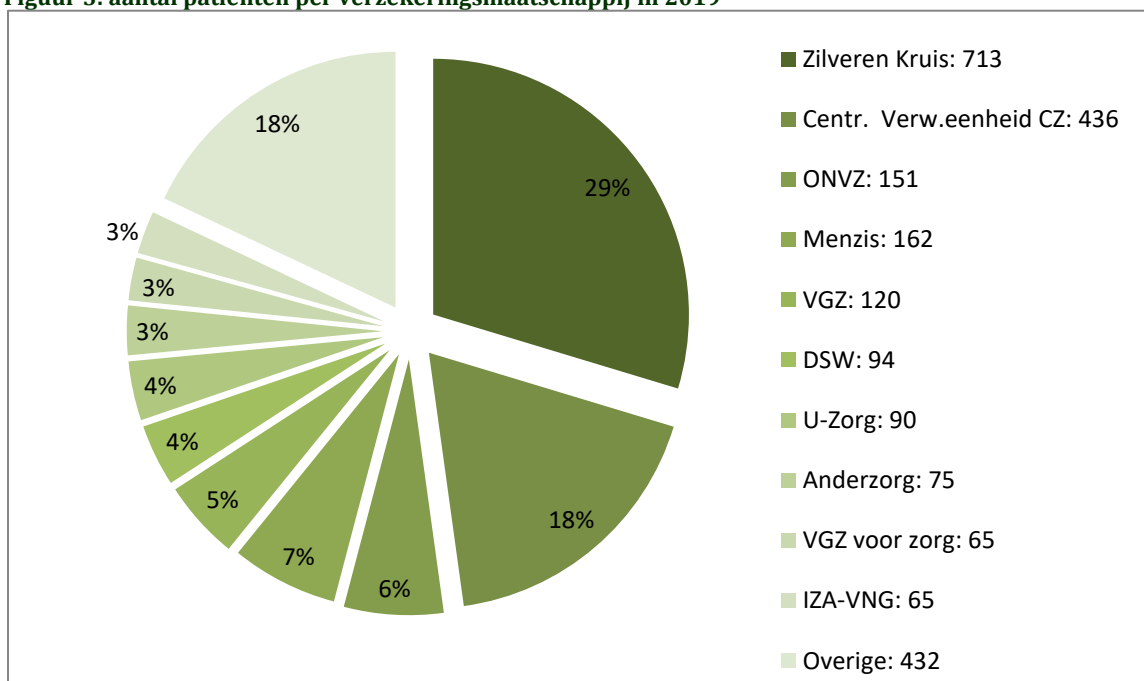
Figuur 4: verdeling verzekerden versus gemoedsbezwaarden in 2019



In figuur 5 is te zien hoe 82% van de patiënten verdeeld zijn over tien grootste zorgverzekeraars. 18% van onze patiënten zitten bij de zogenaamde kleinere verzekeraars.

Sinds jaar en dag is Zilveren Kruis (voorheen Agis/Achmea) in ons praktijkgebied de grootste zorgverzekeraar, reden waarom wij jaarlijks met hen een contract moeten afsluiten over de vergoeding van onze geleverde zorg. In de meeste gevallen nemen de andere zorgverzekeraars deze afspraken met de preferente zorgverzekeraar over.

Figuur 5: aantal patiënten per verzekeringsmaatschappij in 2019



3. De werkbelasting

3.1 Verrichtingen 2019

In onderstaande tabel staan de verschillende contacten en Modernisering & Innovatie verrichtingen (M&I-verrichting) van de huisartsen, praktijkassistenten en praktijkondersteuners, absoluut en berekend per 1000 ingeschreven patiënten. In de eerste kolom zijn de landelijke gemiddelden van 2018 per 1000 patiënten opgenomen, zoals opgegeven door het Nivel⁵. De landelijke gegevens van 2019 waren op het moment van schrijven van dit document nog niet bekend. Daarom is deels vergeleken met de landelijke cijfers uit 2018.

Vanaf 2019 worden de verrichtingen anders omschreven: alleen de tijdsduur van de verrichting is van belang, namelijk < 5 min, 5-20 minuten of > 20 minuten. Het soort contact: telefonisch, email of een consult, is bij het declareren niet meer van belang. Hierdoor zijn de getallen vanuit 2019 minder goed te vergelijken met vorige jaren. Van de jaren voor 2019 vormen de getallen van de telefonische consulten en emailconsulten samen de verrichting consult < 5min. In werkelijkheid zal dit grotendeels, maar niet geheel overeenkomen met hoe er in 2019 is gedeclareerd.

Tabel 4: geregistreerde contacten in 2019

Verrichting	Landelijk gemiddelde per 1000 patiënten in 2018*	Huisartspraktijk Langbroek aantal per 1000 patiënten in 2019*	Vershil Huisartspraktijk Langbroek t.o.v. Landelijk (percentage)	Huisartspraktijk Langbroek absoluut aantal in 2019*
Consult < 5 min (2018 Tel. Consult + E-consult)	1321	1143	-13%	2759
Consult 5-20 min	2074	2313	+12%	5581
Consult > 20 min	712	694	-3%	1675
Visite kort	94	321	+241%	775
Visite lang	77	188	+144%	454
M&I verrichting	174	361	+107%	871
Totaal	4455	5021	+13%	12115

*waarde is inclusief huisarts, POH-GGZ en M&I en exclusief diabeteszorg

In 2018 werden per ingeschreven patiënt landelijk gemiddeld 4,5 contacten met de huisartspraktijk gedeclareerd. Dit zijn contacten met de huisarts, de praktijkondersteuner of modernisering en innovatie (M&I) verrichtingen⁵. In onze praktijk zaten wij met 5,0 verrichtingen per patiënt per jaar in 2019 boven het landelijk gemiddelde van 2018. Daarnaast valt op dat het korte en lange visites (+241% en +144%) en de intensieve thuiszorg (als onderdeel van de M&I, zie figuur 8) in Huisartspraktijk Langbroek fors hoger zijn dan de landelijke gemiddelden, dit is het gevolg van het hoge aantal ouderen in de praktijk, met veel complexe problematiek en visites.

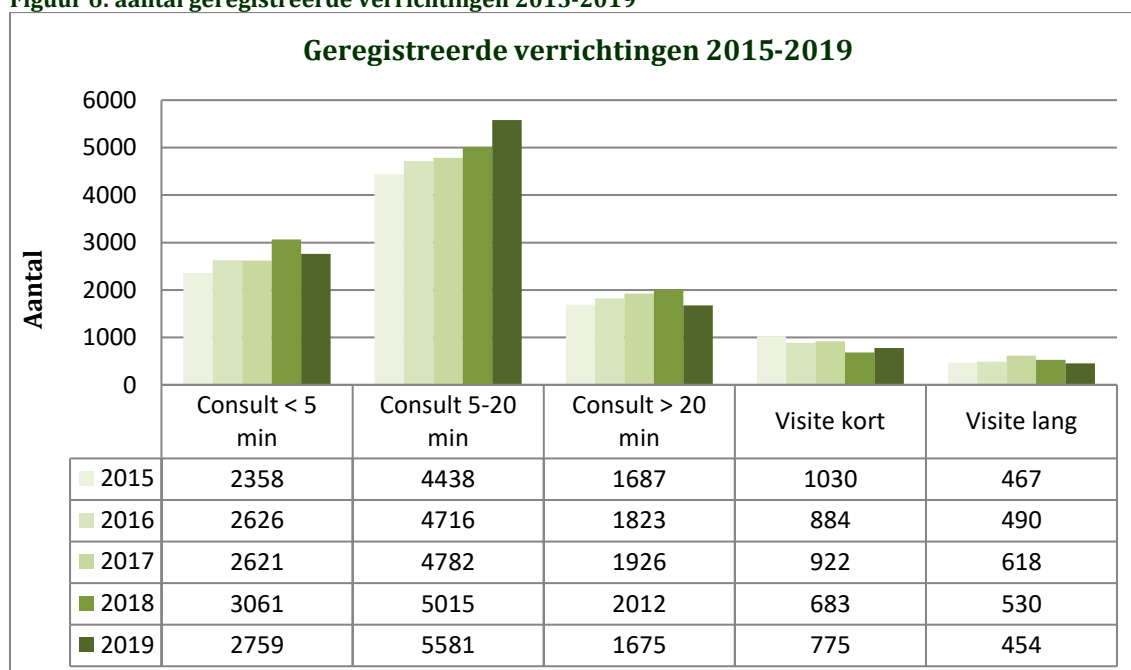
⁵ <https://www.nivel.nl/zorgregistraties-eerste-lijn/contacten-huisartsenpraktijk>

In figuur 6 is het verloop van het aantal contacten van de afgelopen 5 jaar weergegeven. In figuur 7 zijn deze verrichtingen van het jaar 2019 uitgesplitst naar leeftijdscategorie, waarbij de korte en lange visites (= visite) bij elkaar zijn opgeteld.

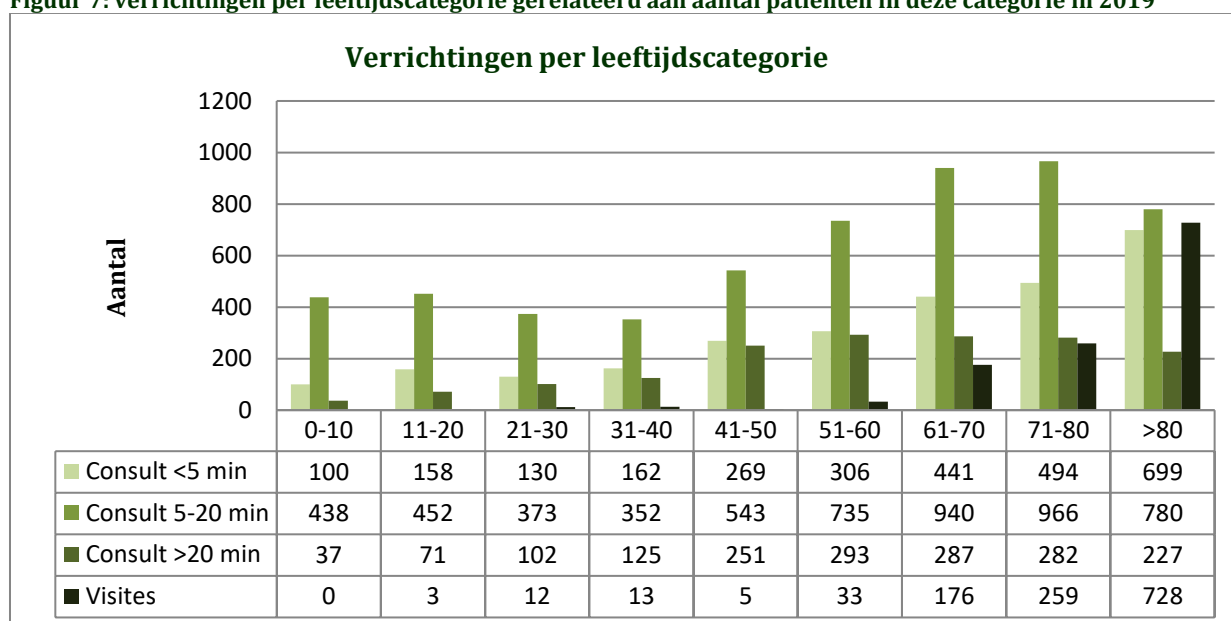
Landelijk gezien is over de afgelopen jaren het aantal lange consulten toegenomen. Het aantal lange visites is na een toename tot 2015 weer licht aan het dalen. Het aantal korte consulten en visites is licht gedaald. Dit wijst ook op meer complexe zorg en waarschijnlijk ook hogere werkdruk in de huisartspraktijk.

Beperkende factor in de vergelijking is ook dat er sinds 2016 in het kader van gestructureerde ouderenzorg verrichtingen die eerder als (lange) visite werden gedeclareerd, nu als (lang) consult of als intensieve thuiszorg (M&I verrichting) worden gedeclareerd.

Figuur 6: aantal geregistreerde verrichtingen 2015-2019



Figuur 7: verrichtingen per leeftijdscategorie gerelateerd aan aantal patiënten in deze categorie in 2019



3.1.1 M&I-verrichtingen

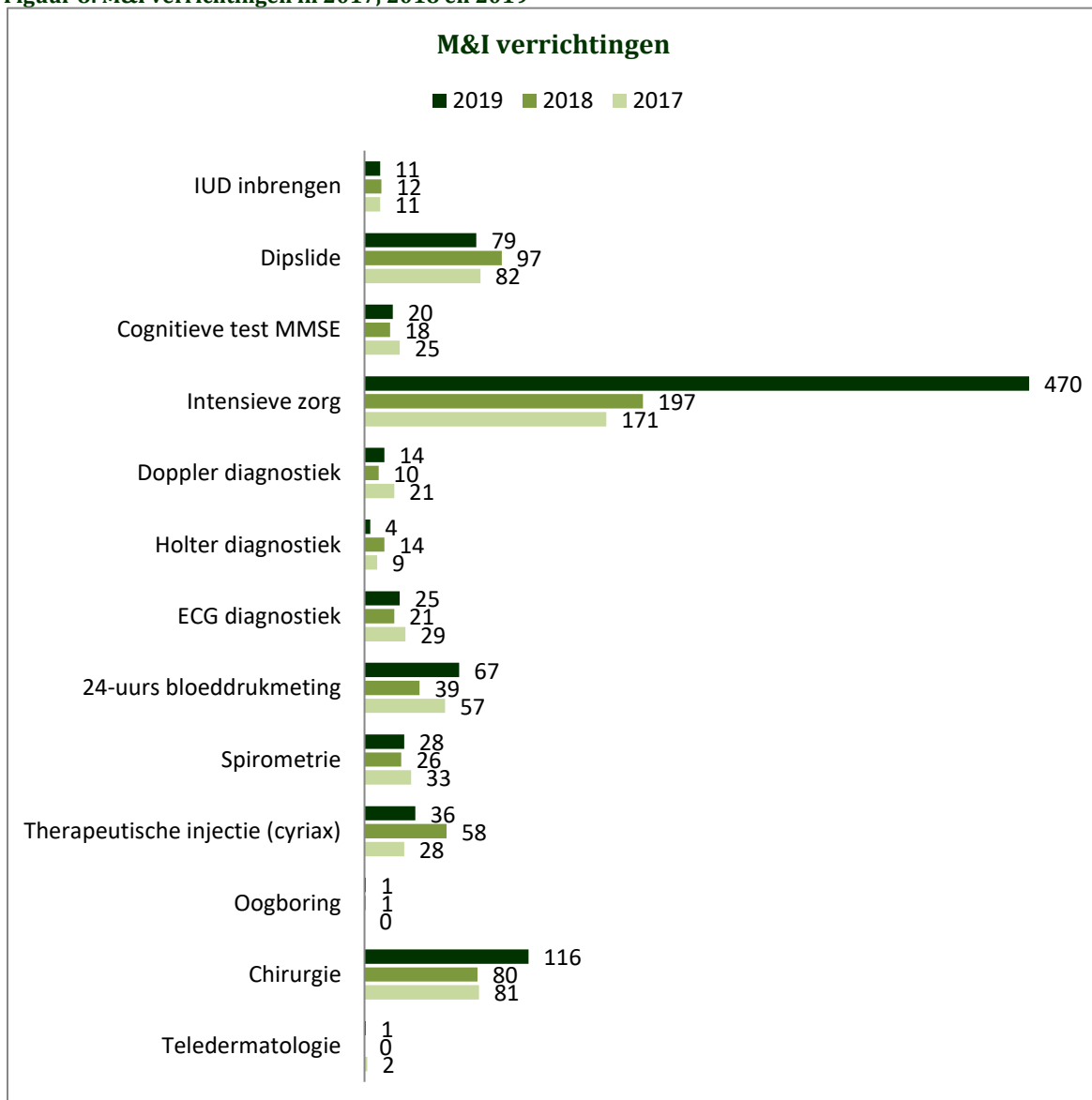
Naast contacten, zoals consulten en visites doet Huisartspraktijk Langbroek ook zogenaamde M&I-verrichtingen, waarbij M&I staat voor Modernisering en Innovatie. Deze verrichtingen worden apart geregistreerd.

Jaarlijks verandert welke M&I-verrichtingen gedeclareerd kunnen worden bij de zorgverzekeraar. Een vergelijking van het totale aantal M&I-verrichtingen is een niet reële vergelijking.

Voor wie meer wil weten over de landelijke gegevens van M&I-verrichtingen verwijzen wij naar: <https://www.nivel.nl/zorgregistraties-eerste-lijn/modernisering-innovatie-aantal-verrichtingen>

In figuur 8 is te zien hoeveel van deze specifieke handelingen in Huisartspraktijk Langbroek in de periode 2017-2019 gedaan zijn.

Figuur 8: M&I verrichtingen in 2017, 2018 en 2019

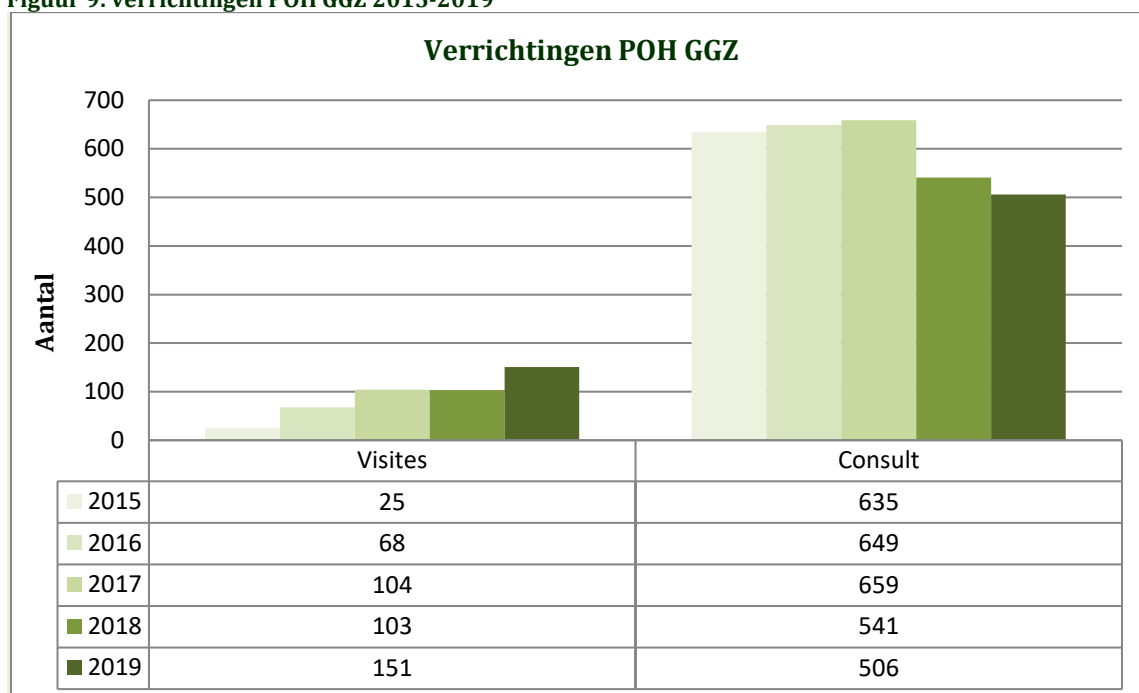


3.1.2 Verrichtingen POH-GGZ

Sinds 2014 kan de huisarts de zorg inzetten van een POH-GGZ voor ondersteuning van de geestelijke gezondheidszorg vanuit de huisartspraktijk. De POH-GGZ werkt nauw samen met de huisarts. De consulten en visites van de POH-GGZ zijn gezien de aard van de werkzaamheden vrijwel allemaal lange consulten en lange visites.

In Huisartspraktijk Langbroek is vanaf half april 2014 een POH-GGZ werkzaam. Hieronder in figuur 9 een overzicht van de verrichtte contacten. Landelijke gegevens over het aantal verrichtingen van de POH-GGZ zijn nog niet bekend.

Figuur 9: verrichtingen POH GGZ 2015-2019



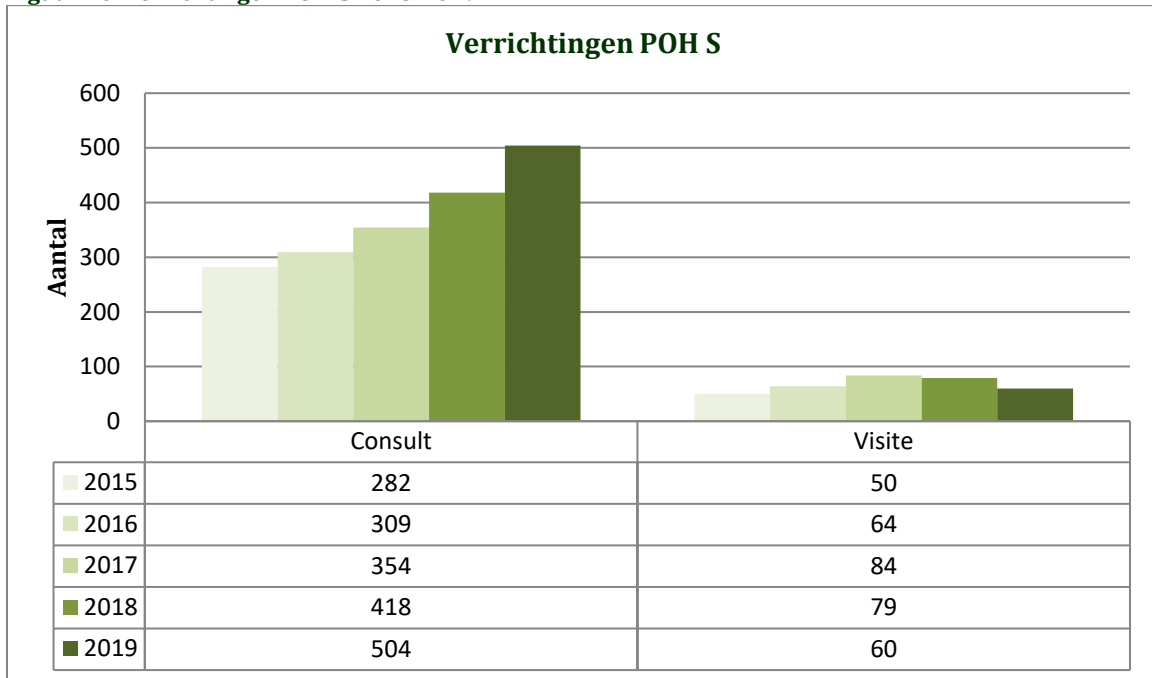
3.1.3 Verrichtingen POH-S

De POH-S ondersteunt de huisartsenzorg aan alle patiënten met diabetes mellitus type 2, astma, COPD en primaire en secundaire preventie van cardiovasculaire aandoeningen. De consulten en visites van de POH-S zijn gezien de aard van de werkzaamheden vrijwel allemaal lange consulten en lange visites.

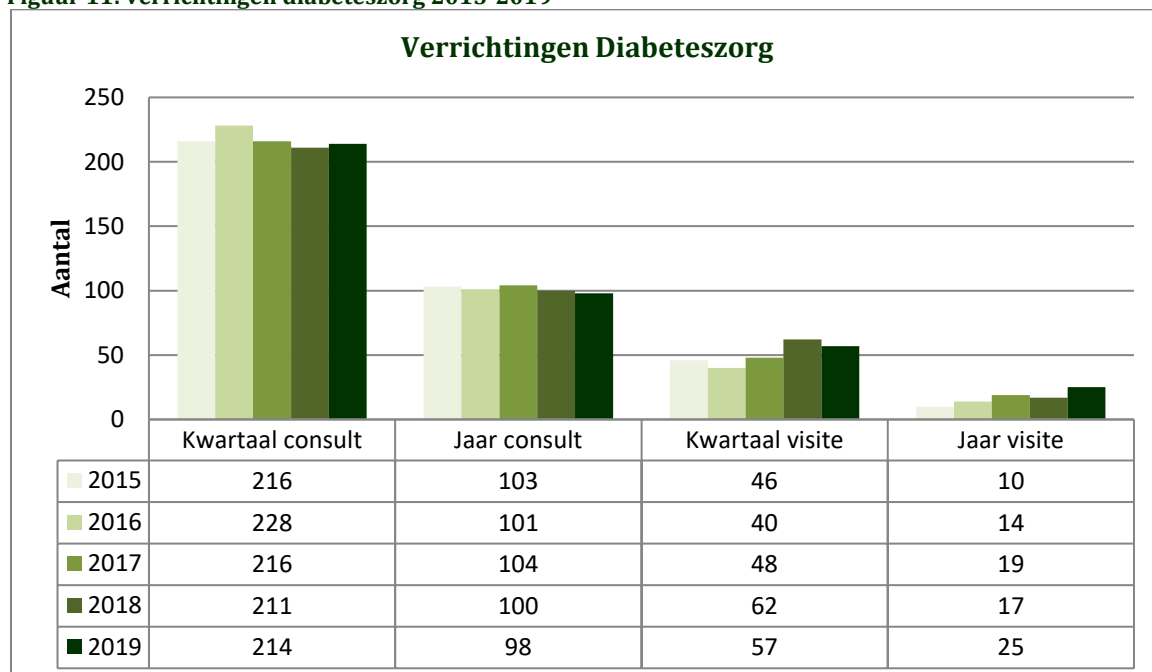
Hieronder in figuur 10 een overzicht van de verrichtingen van de POH-S en in figuur 11 de verrichtingen in het kader van de diabeteszorg. Landelijke gegevens over het aantal verrichtingen van de POH-S zijn nog niet bekend.

In werkelijkheid zal het aantal contacten in de diabeteszorg nog een stuk hoger uitkomen. Omdat de zorg aan diabetespatiënten via een keten-DBC wordt gedeclareerd, kunnen veel contacten, denk bijv. aan instellen op insuline, educatie zelfcontrole en het bespreken bloedsuikerdagcurves niet apart geregistreerd worden. Deze worden dus gemist bij het tellen van het aantal contacten.

Figuur 10: verrichtingen POH-S 2015-2019



Figuur 11: verrichtingen diabeteszorg 2015-2019



4. Het medisch handelen

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 in tabellen en/of grafieken zullen worden gepresenteerd.

Kwaliteit van zorg

Het is de vraag of de kwaliteit van zorg werkelijk te meten valt, maar in onze samenleving blijkt wel een sterke behoefte te bestaan aan informatie over de kwaliteit van de patiëntenzorg. De kwaliteit van het medisch handelen kunnen we beoordelen aan de hand van procesindicatoren en uitkomstindicatoren.

Procesindicatoren zijn een hulpmiddel om na te gaan of het desbetreffende zorgproces volgens plan is uitgevoerd. Bij elk van de parameters van het zorgproces, in dit geval rondom diabetes, wordt de vraag gesteld of de handeling of actie omtrent de betreffende parameter heeft plaats gevonden in het voorafgaande jaar.

De procesindicator geeft per parameter het aantal patiënten aan bij wie dat inderdaad is gebeurd, uitgedrukt als percentage van het totaal aantal patiënten waarover wordt gerapporteerd.

Uitkomstindicatoren zijn een hulpmiddel om na te gaan of het zorgproces tot het beoogde resultaat heeft geleid. De uitkomstindicator geeft per parameter het aantal patiënten aan bij wie de bevinding boven of onder een bepaalde kritische waarde (gebaseerd op de streefwaarde) uitkomt (meetbare parameters) of het aantal patiënten bij wie de bevinding wel of niet aanwezig is (ja/nee-parameters). De aantallen worden uitgedrukt als percentage van het totaal aantal patiënten waarover wordt gerapporteerd.

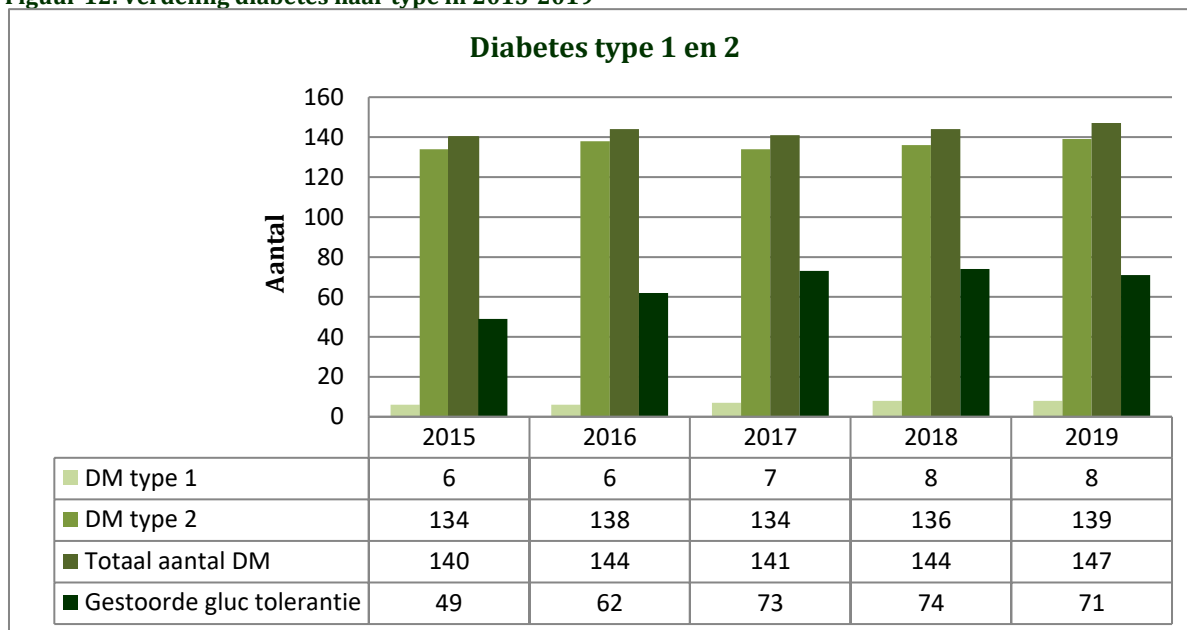
4.1 Diabeteszorg

Om de beste diabeteszorg op maat te kunnen leveren zijn wij sinds januari 2018 aangesloten bij Unicum Zuid Oost Utrecht (ZOU) (www.unicum-huisartsenzorg.nl), daarvoor sinds oktober 2006 bij de Diabetes Zorg Groep Zeist. Unicum ZOU is een regio-organisatie, welke de aangesloten huisartsen ondersteunt bij het goed organiseren van de zorg voor mensen met een chronische aandoening of complexe zorgvraag. Er is uitgebreide samenwerking met andere zorgverleners in de regio, bijvoorbeeld diëtisten, diabetesverpleegkundigen, podotherapeuten, optometristen en specialisten uit de tweede lijn.

Op peildatum 1-1-2020 stonden er 147 patiënten met diabetes type 1 of 2 geregistreerd. Verder waren er nog 71 patiënten geregistreerd met een gestoorde glucosetolerantie (pré-diabetes), dat zijn er 3 minder dan vorig jaar (zie figuur 12).

De afgelopen jaren neemt het aantal patiënten met diabetes type 2 elk jaar toe. Deze trend is ook landelijk waar te nemen.

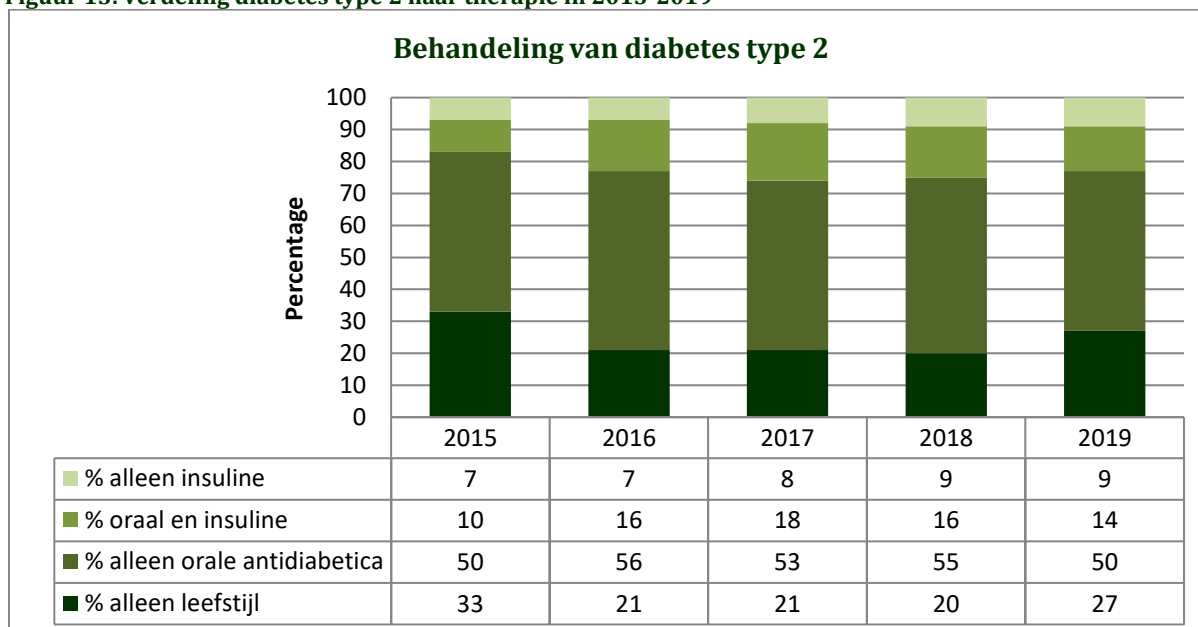
Figuur 12: verdeling diabetes naar type in 2015-2019



De acht patiënten met diabetes type 1 werden allemaal door de specialist behandeld. Van de 139 patiënten met type 2 werden er 5 door de specialist behandeld in 2019. In 2019 zijn 123 patiënten in onze praktijk gedurende het hele jaar gecontroleerd volgens zorgprotocol. Onderstaande gegevens hebben dus betrekking op deze groep.

Er waren 34 patiënten (27%) die alleen begeleiding in hun leefstijl kregen, 61 patiënten (50%) werden behandeld met orale medicatie, en 17 patiënten (14%) gebruikten een combinatie van orale medicatie en insuline, 11 patiënten (9%) gebruikten alleen insuline.

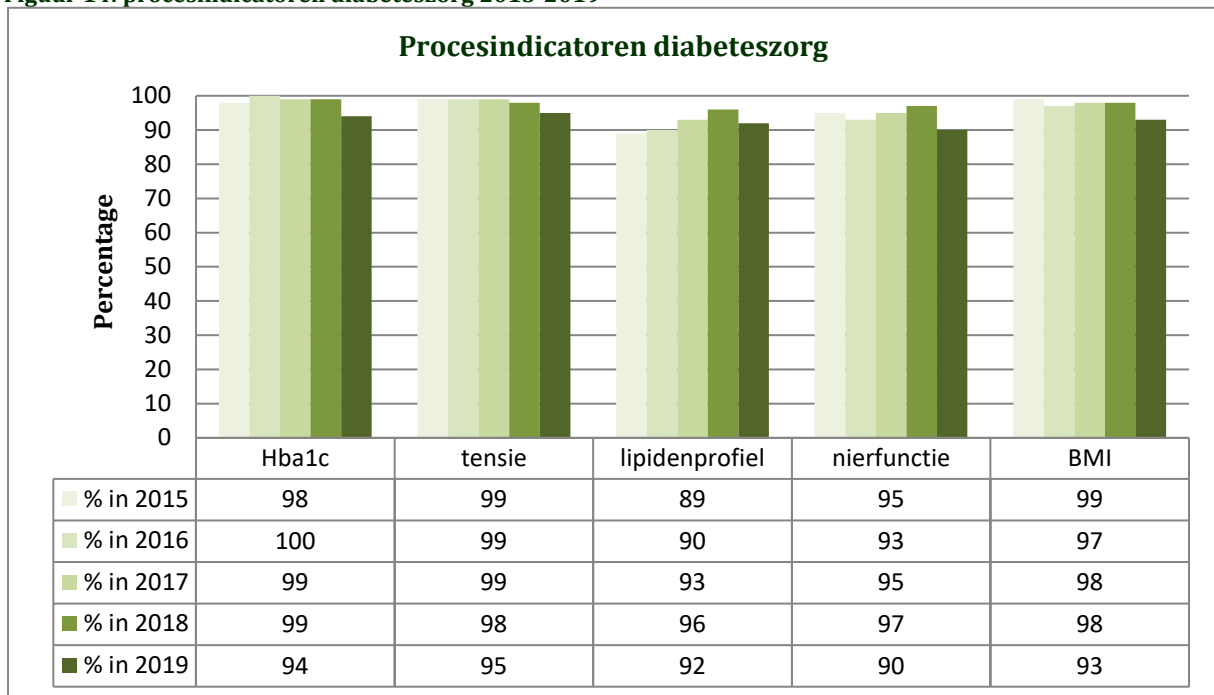
Figuur 13: verdeling diabetes type 2 naar therapie in 2015-2019



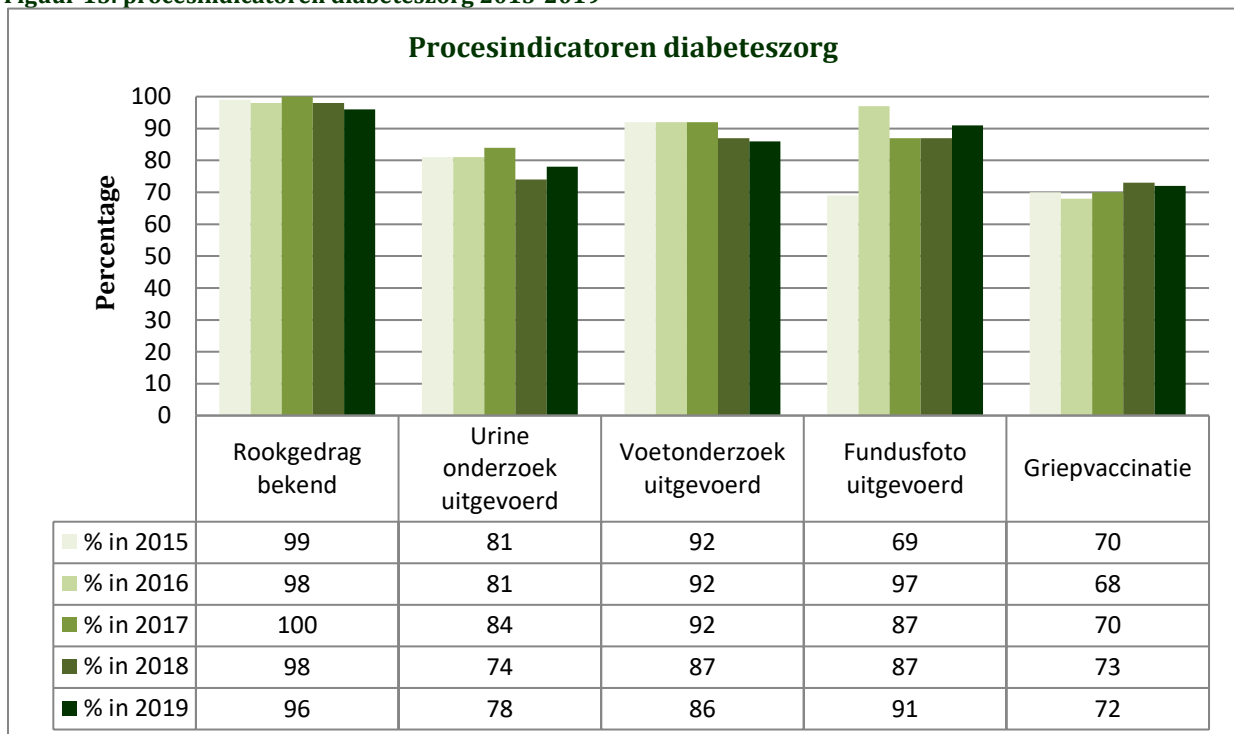
De uitvoering van het zorgplan voor diabetes

In figuur 14 en 15 wordt het hoge percentage zichtbaar waar binnen de uitvoer van onze diabeteszorg zich afspeelt.

Figuur 14: procesindicatoren diabeteszorg 2015-2019

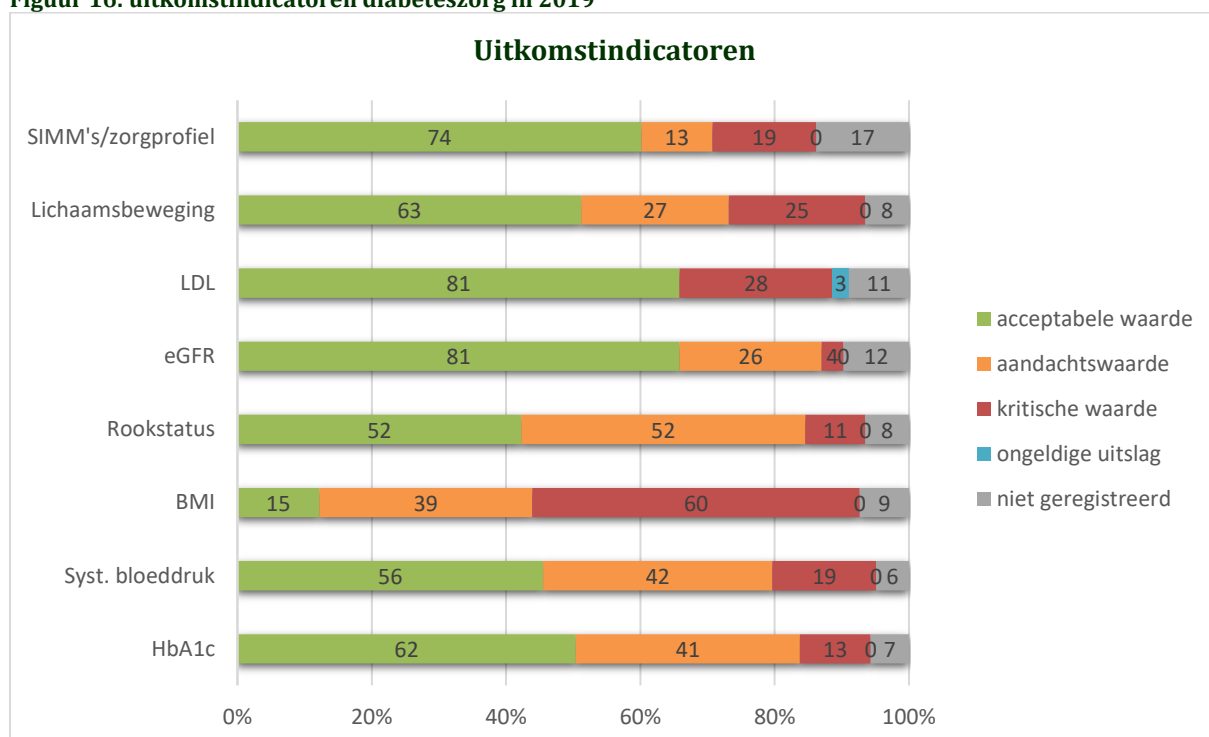


Figuur 15: procesindicatoren diabeteszorg 2015-2019



In figuur 16 worden de uitkomstindicatoren van de Diabeteszorg zichtbaar. Bij de uitkomstindicator LDL is er een percentage van 3% met een ongeldige uitslag, omdat bij deze patiënten vanwege zeer hoge triglyceriden geen uitslag van het LDL te meten is.

Figuur 16: uitkomstindicatoren diabeteszorg in 2019



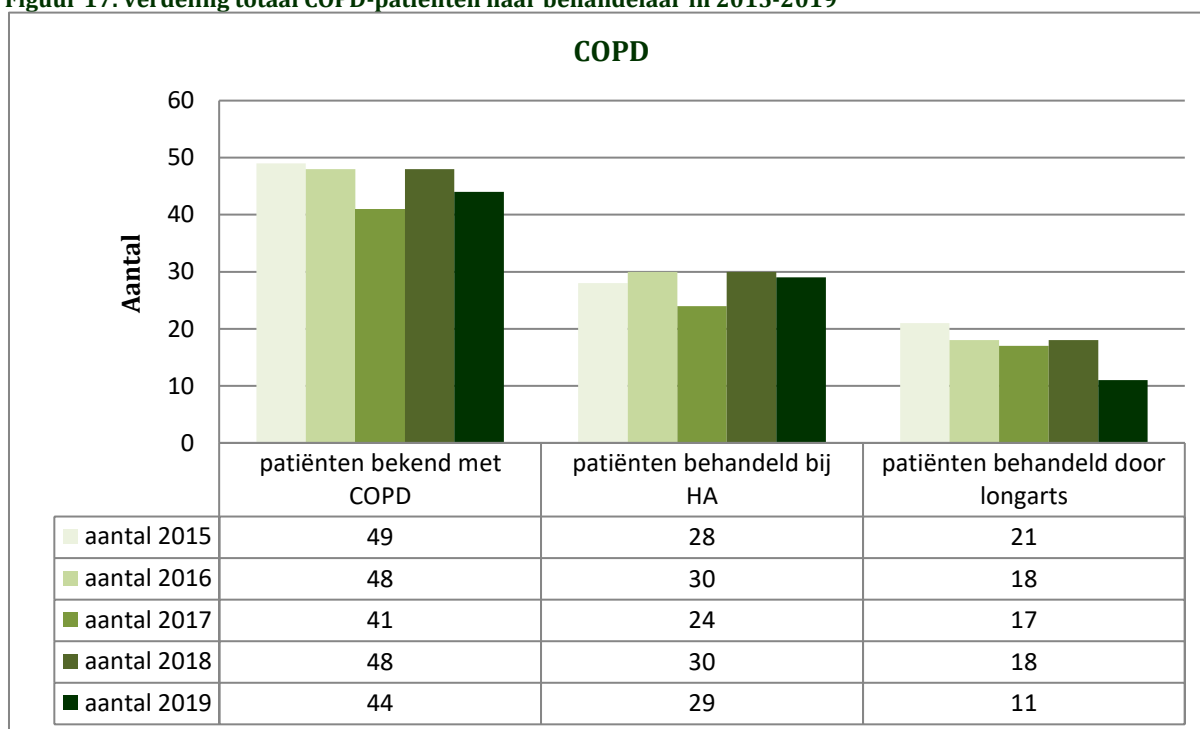
	Acceptabele waarde	Aandachtswaarde	Kritische waarde
SIMM's/zorgprofiel voetonderzoek	SIMM's 0 en zorgprofiel 0/1	SIMM's 1/2 of zorgprofiel 2	SIMM's 3 of zorgprofiel 3/4
Lichaamsbeweging	voldoet aan norm	minder dan norm	inactief
LDL	≤ 2.5		>2.5
eGFR	≥ 60	≥ 30 en <60	< 30
Rookstatus	nooit	voorheen	ja
BMI	< 25	≥ 25 en <30	≥ 30
Syst. bloeddruk	≤ 140	> 140 en ≤ 160	> 160
HbA1c	< 53	≥ 53 en ≤ 64	> 64

4.2 Zorg rondom COPD

Op 1 januari 2020 waren er 40 patiënten met de diagnose COPD. Elf patiënten waren onder behandeling van de longarts en 29 patiënten hadden de huisarts als hoofdbehandelaar voor hun COPD. In 2019 zijn er van 3 patiënten geen gegevens van het gehele jaar 2019 bekend of namen deze patiënten vanwege verschillende redenen niet deel aan het programma. Kortom, in 2019 zijn 26 patiënten in onze praktijk gecontroleerd volgens het zorgprotocol. Onderstaande gegevens hebben dus betrekking op deze groep.

Steeds meer zorg wordt verplaatst van de tweede lijn (longarts in dit geval) naar de eerste lijn (de huisarts). Deze trend is ook in onze praktijk waar te nemen (zie figuur 17).

Figuur 17: verdeling totaal COPD-patiënten naar behandelaar in 2015-2019



De uitvoering van het zorgplan voor COPD

De minister van VWS heeft opdracht gegeven om de kwaliteit van chronische zorg zichtbaar te maken, zodat patiënten de mogelijkheid krijgen zich een oordeel hierover te vormen. Er zijn zorginhoudelijke indicatoren ontwikkeld, die iets zeggen over de professionele kwaliteit van de zorg rondom COPD⁶. Deze indicatoren zijn afgeleid van de richtlijnen en indicatoren van het NHG.

Sinds 1 januari 2015 nemen wij ook voor COPD deel aan ketenzorg, waardoor meer samenhang en samenwerking in de zorg voor COPD is gekomen.

⁶ <https://ineen.nl/onderwerpen/informatiebeleid-en-uitwisseling/benchmark>

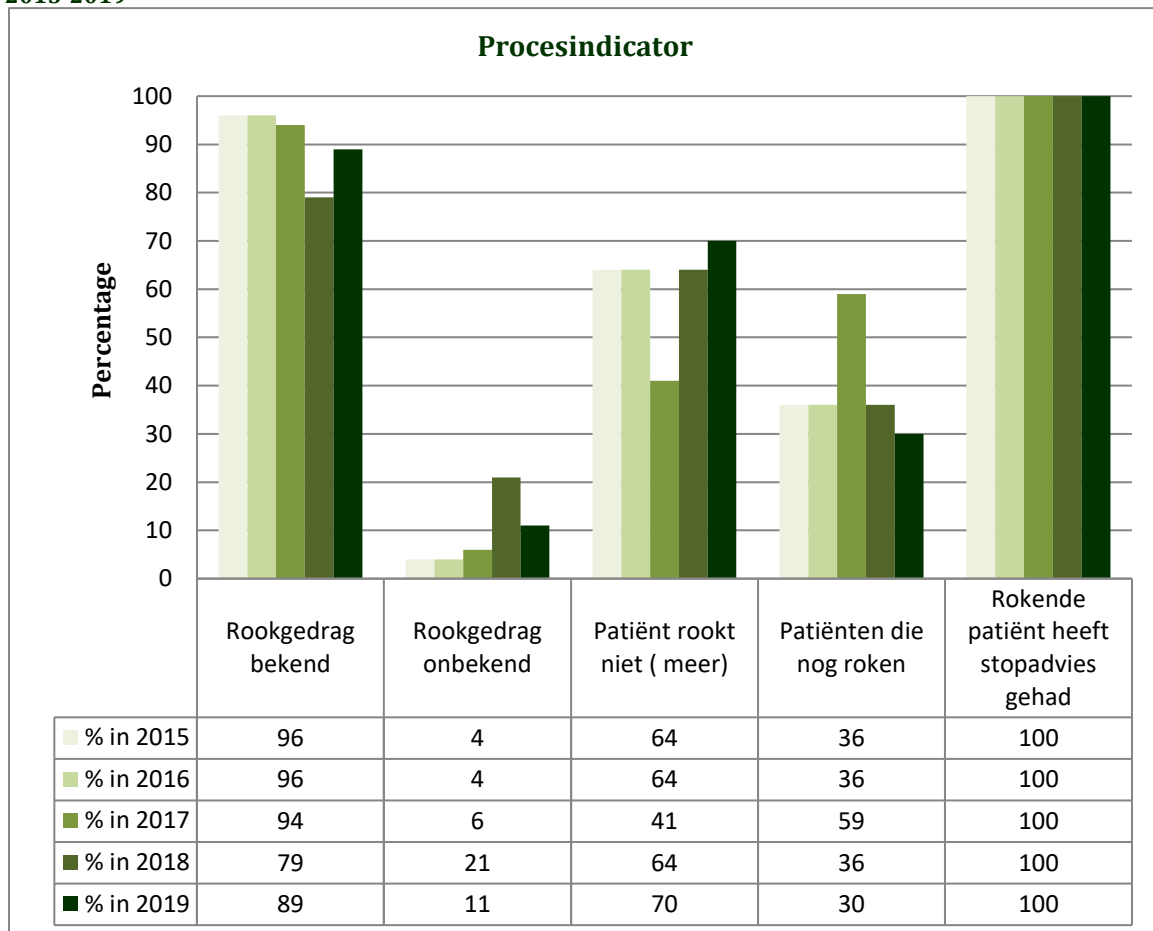
Procesindicatoren roken

Roken is verreweg de belangrijkste risicofactor voor het ontstaan van COPD.

Van 23 (89%) patiënten met COPD, waarvan de huisarts de hoofdbehandelaar is, is recent het rookgedrag bekend. Sinds het nieuwe ketenzorg programma VIP Calculus wordt gebruikt wordt het rookgedrag op een andere manier geregistreerd. Vandaar dat het lijkt of er in 2017 fors meer patiënten met COPD zijn gaan roken. Dit berust waarschijnlijk op een andere registratiemethode dan voorgaande jaren.

Zeven (100%) van de zeven patiënten met COPD die nog roken én door ons behandeld worden, hebben een advies stoppen met roken gekregen.

Figuur 18: procesindicator roken bij de COPD patiënten die onder behandeling waren van de huisarts in 2015-2019



Procesindicatoren voedingstoestand, beweegpatroon en controle van de inhalatietechniek

COPD-patiënten hebben vaak een verminderde voedingstoestand. Dit verergert naarmate de ernst van de COPD toeneemt. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat er een betekenisvolle associatie is tussen gewichtsverlies en overleving. Om ongewenst gewichtsverlies en afbraak van het (spier)eiwit in de spiermassa snel in beeld te krijgen is een regelmatige controle van het BMI derhalve noodzakelijk.

In 2019 werd bij 85% van de patiënten met COPD een BMI vastgelegd in het dossier en geregistreerd of er sprake was van ongewenst gewichtsverlies.

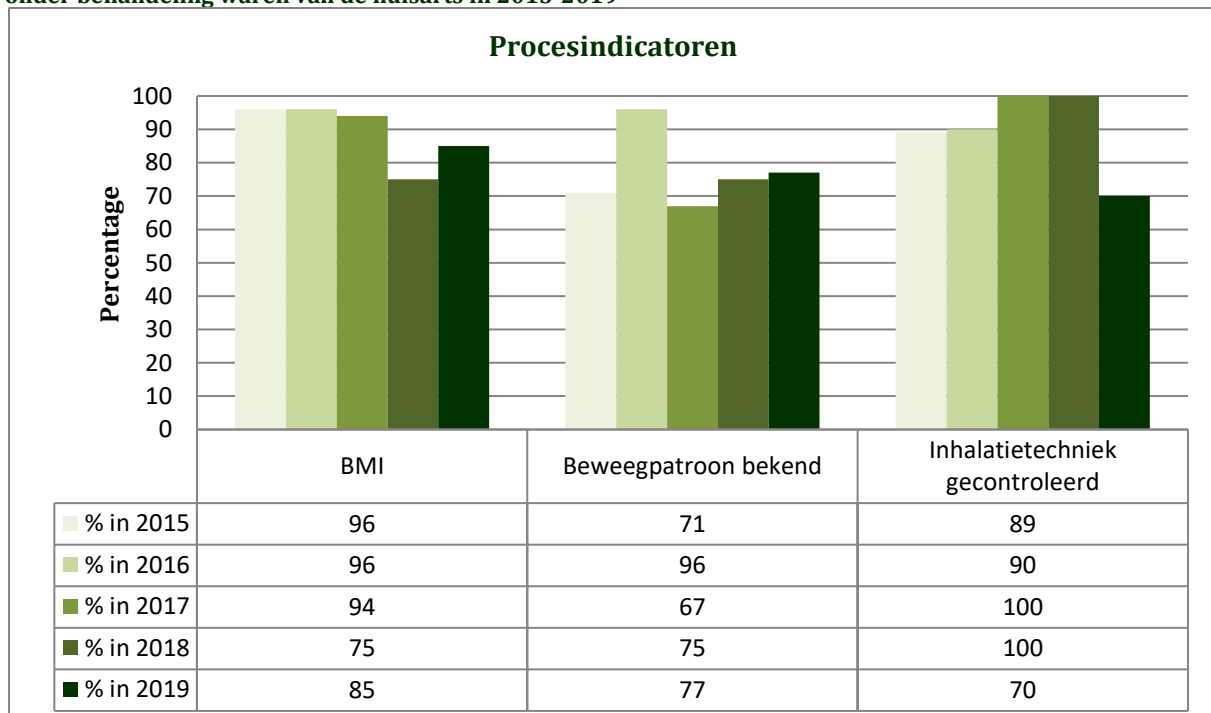
Met een actieve leefstijl hebben mensen met COPD meer kracht en uithoudingsvermogen. Door meer te bewegen blijven de ademhalingsspieren sterker en dat leidt ertoe dat de ademhaling beter gecontroleerd kan worden en de longinhoud toeneemt. Vanwege de klachten worden mensen met COPD echter vaak geleidelijk steeds minder actief. Een regelmatige controle van het beweegpatroon en het motiveren voor een actieve leefstijl zal leiden tot een toename van de kwaliteit van leven.

In 2019 is bij 77% van de patiënten met COPD het beweegpatroon vastgelegd.

Veel COPD-patiënten gebruiken inhalatiemedicatie. Het doel van inhalatietherapie is het geneesmiddel direct in de longen te brengen, waardoor het sneller werkt, de benodigde dosering lager is en er minder kans bestaat op systemische bijwerkingen. Voor een juist gebruik van inhalatiemedicatie is een regelmatige evaluatie noodzakelijk, waarbij de patiënt laat zien hoe hij inhaleert en de zorgverlener zo nodig de instructie herhaalt en uitlegt.

In 2019 gebruikten 23 patiënten (89%) van de COPD-patiënten inhalatiemedicatie. Bij 70% van hen is de inhalatietechniek gecontroleerd.

Figuur 19: procesindicatoren BMI, beweegpatroon en controle inhalatietechniek over de COPD-patiënten die onder behandeling waren van de huisarts in 2015-2019



Procesindicatoren spirometrie, griepvaccinatie en kwaliteit van leven

In 2019 werden 26 patiënten met COPD gecontroleerd volgens zorgprotocol. Bij 20 (77%) van hen werd de afgelopen 36 maanden een spirometrie gedaan. De overige patiënten wilden om diverse redenen niet aan spirometrie deelnemen, zoals zich beperkt voelen door de leeftijd of andere medische klachten of geen belang hechten aan controle.

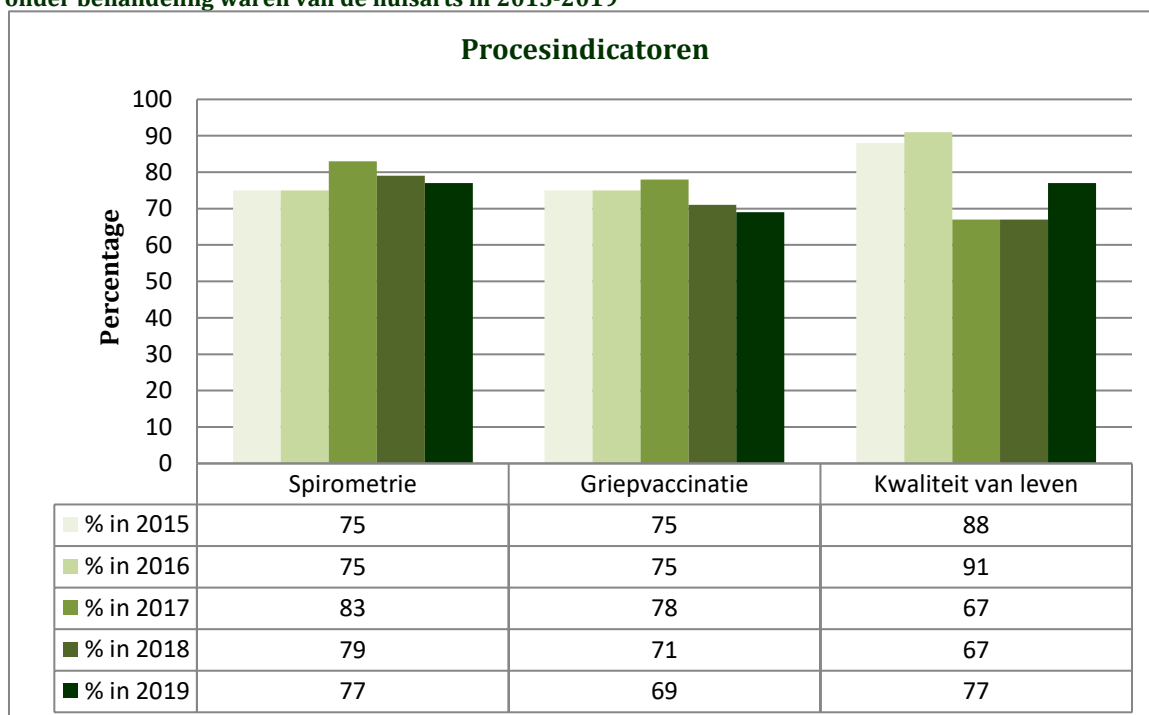
Influenza leidt bij patiënten met COPD tot een grotere kans op complicaties. Influenzavaccinatie is daarom aangewezen.

In 2019 zijn 18 patiënten (69%) met COPD de griepvaccinatie komen halen.

In vergelijking met de algemene populatie is de kwaliteit van leven van patiënten met COPD door functionele beperkingen, psychisch welbevinden en sociaal functioneren verminderd. De klachten en beperkingen die mensen met COPD van hun ziekte ondervinden, kunnen m.b.v. de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) vragenlijst op een betrouwbare manier worden gemeten. In tien vragen wordt de ziekte gerelateerde gezondheidstoestand (symptomen, functionele en mentale status) beoordeeld.

In 2019 werden is bij 20 (77%) van hen werd de CCQ-vragenlijst afgenomen.

Figuur 20: procesindicatoren spirometrie, griepvaccinatie en kwaliteit van leven over de COPD patiënten die onder behandeling waren van de huisarts in 2015-2019



4.3 Cardiovasculaire Zorg

Jaarlijks sterven bijna 40.000 mensen aan de gevolgen van hart- en vaatziekten in Nederland. Primaire en secundaire preventie van hart- en vaatziekten (HVZ) zijn daarom van groot belang. Onze cardiovasculaire zorg richt zich op de preventie van HVZ, die veroorzaakt worden door atherotrombotische processen, zoals myocardinfarct, angina pectoris, herseninfarct, 'transient ischaemic attack' (TIA), aneurysma aortae en perifeer arterieel vaatlijden⁷.

Wij doen dit zowel ter preventie van hart- en vaatziekten bij risicogroepen (primaire preventie) als om complicaties of nieuwe incidenten te voorkomen bij patiënten met reeds bestaande hart- en vaataandoeningen (secundaire preventie). Ook patiënten met diabetes mellitus type 2 (DM2) en patiënten met bepaalde vormen van reuma hebben een risico op HVZ dat aanzienlijk hoger is dan patiënten zonder DM2 of zonder reuma van dezelfde leeftijd en geslacht.

Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) is de diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor HVZ, inclusief leefstijladvisering en begeleiding bij patiënten met een verhoogd risico op ziekte of sterfte door HVZ.

Speerpunten in onze zorg zijn:

- Het actief oproepen van patiënten in bovengenoemde risicogroepen;
- Het opstellen van het risicoprofiel: het overzicht van voor HVZ relevante risicofactoren: leeftijd, geslacht, roken, bloeddruk, glucosegehalte, cholesterolgehalte, familieanamnese, voedingspatroon, lichamelijke activiteit, body mass index en middelomtrek;
- Een risicoschatting maken aan de hand van de risicofactoren: leeftijd, geslacht, roken, systolische bloeddruk en TC/HDL-ratio;
- Het geven van adviezen t.a.v. stoppen met roken, gezonde voeding, alcoholgebruik en lichamelijke activiteit aan alle patiënten met een verhoogd risico op HVZ.

De patiëntenpopulatie (rond de 500 patiënten) binnen dit aandachtsgebied kent een hoge mate van diversiteit. Anders dan bij de eerdergenoemde aandachtsgebieden diabetes en COPD, vindt de selectie voor HVZ plaats op basis van risicofactoren én het vóórkomen van de verschillende cardiovasculaire aandoeningen. Een deel van de patiënten met HVZ wordt niet door ons gevolgd/behandeld, maar door de specialist

Sinds 2015 is er in onze praktijk een nieuwe manier van analyse van deze groep patiënten beschikbaar en hoeft de zorg niet meer in kaart gebracht te worden door middel van 'turven', zoals voorheen.

Sinds halverwege het jaar 2016 neemt onze praktijk ook voor cardiovasculaire zorg deel aan gestructureerde ketenzorg. Wij hopen dat dit de uitkomsten nog verder kan verbeteren.

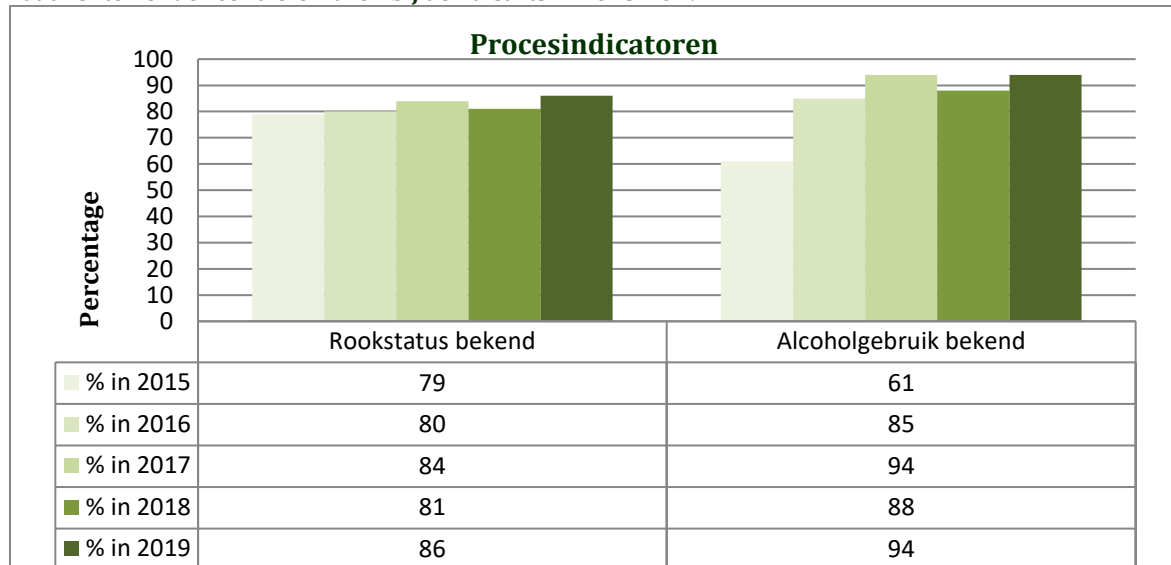
⁷ NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement

4.3.1 Primaire preventie

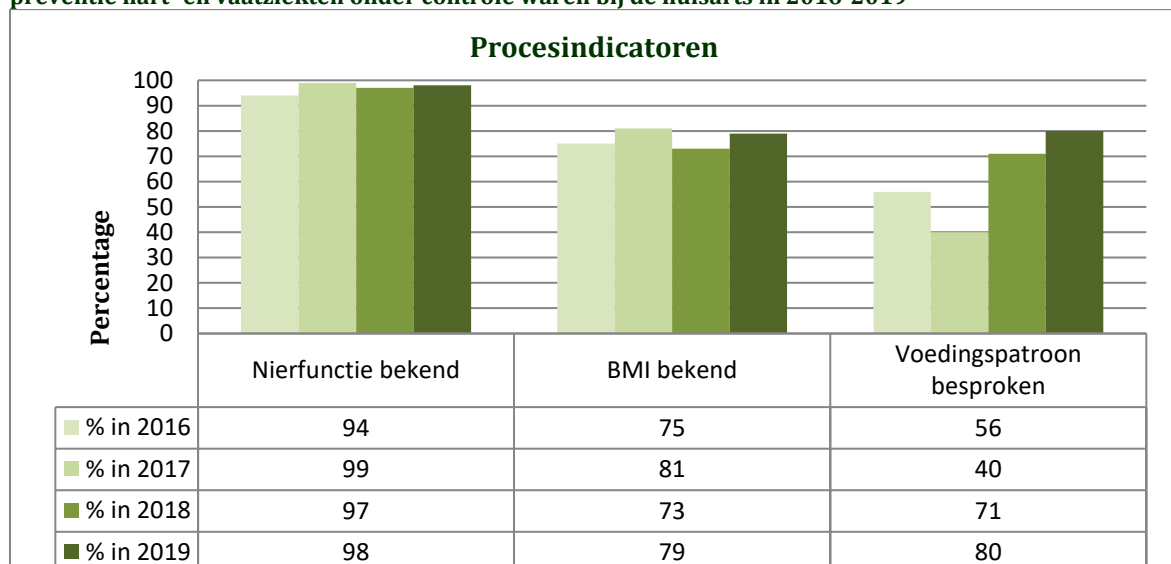
Op 1 januari 2020 is een selectie gemaakt van patiënten die het gehele jaar 2019 een verhoogd risico liepen op hart- en vaatziekten (op basis van leeftijd, geslacht, roken, bloeddruk, glucosegehalte, cholesterolgehalte, nierfunctie, familieanamnese, body mass index).

In totaal zijn 311 patiënten geselecteerd en meegenomen in de analyses. Dit komt overeen met 13% van de praktijkpopulatie. In figuur 21, 22 en 23 zijn de procesindicatoren van deze groep in 2019 in beeld gebracht. In figuur 24 zijn de uitkomstindicatoren van deze groep zichtbaar.

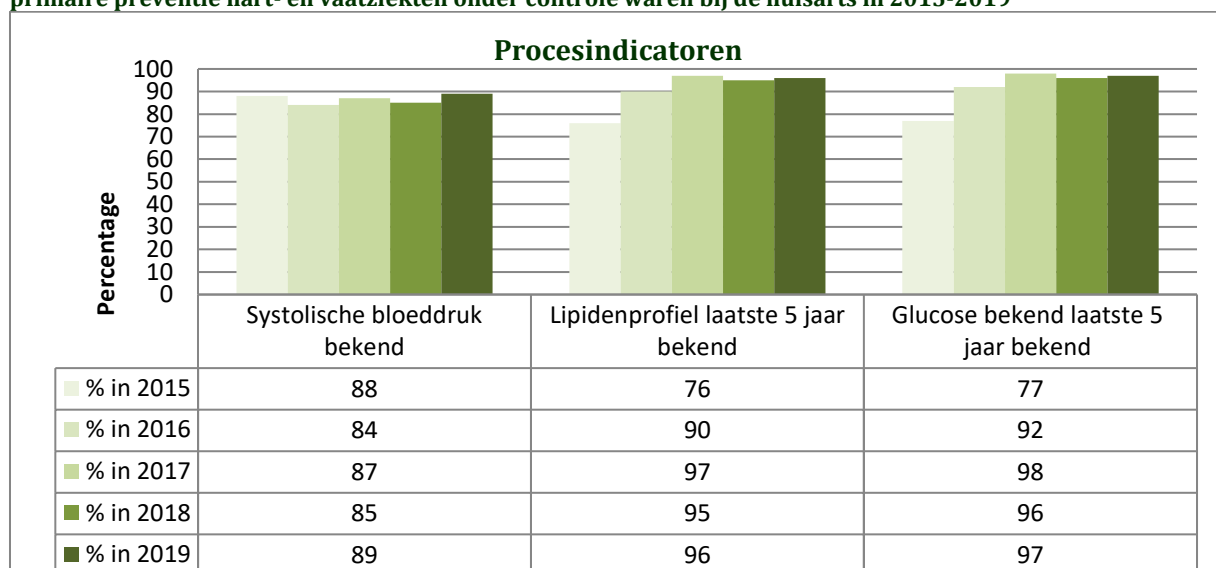
Figuur 21: procesindicatoren alcoholgebruik en roken over de patiënten die voor primaire preventie hart- en vaatziekten onder controle waren bij de huisarts in 2015-2019



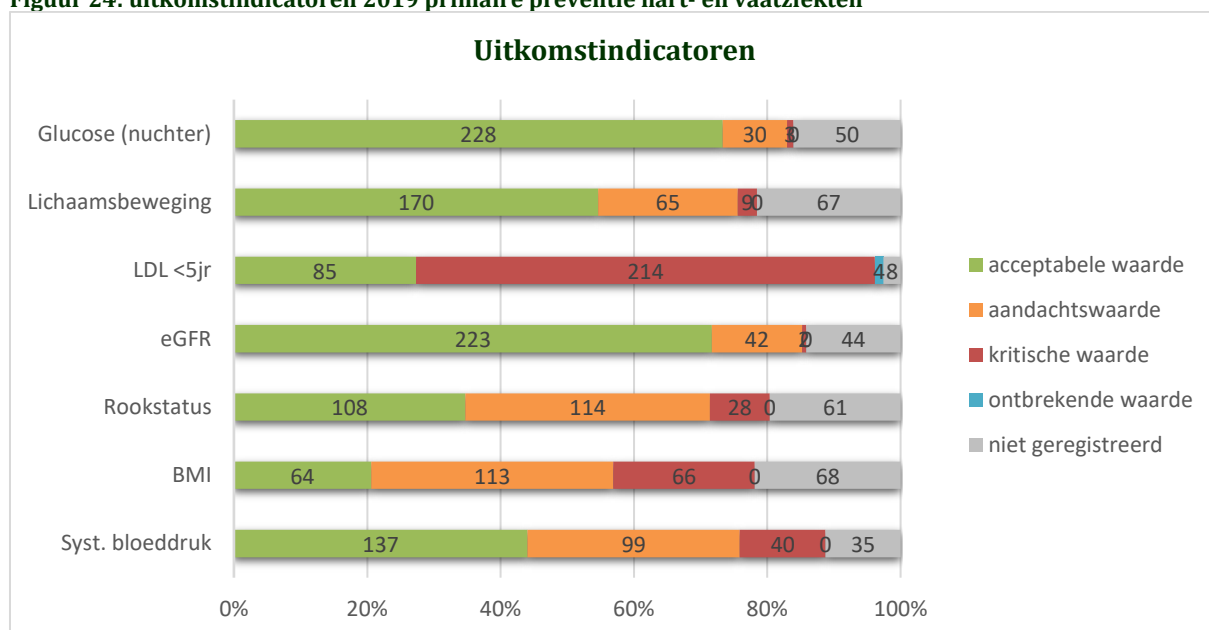
Figuur 22: procesindicatoren nierfunctie, BMI en voedingspatroon over de patiënten die voor primaire preventie hart- en vaatziekten onder controle waren bij de huisarts in 2016-2019



Figuur 23: procesindicatoren systolische bloeddruk, lipidenprofiel en glucose over de patiënten die voor primaire preventie hart- en vaatziekten onder controle waren bij de huisarts in 2015-2019



Figuur 24: uitkomstindicatoren 2019 primaire preventie hart- en vaatziekten



	Acceptabele waarde	Aandachtswaarde	Kritische waarde
Glucose nuchter	<6,1	6,1 t/m 6,9	>6,9
Lichaamsbeweging	voldoet aan norm	minder dan norm	inactief
LDL	≤ 2.5		>2.5
eGFR	≥ 60	≥ 30 en <60	< 30
Rookstatus	nooit	voorheen	ja
BMI	< 25	≥ 25 en <30	≥ 30
Syst. bloeddruk	≤ 140	> 140 en ≤ 160	> 160

4.3.2 Secundaire preventie

Op 1 januari 2020 is een selectie gemaakt van alle patiënten die geheel 2019 bekend waren met hart- en vaatziekten, deze selectie is zichtbaar gemaakt in tabel 5.

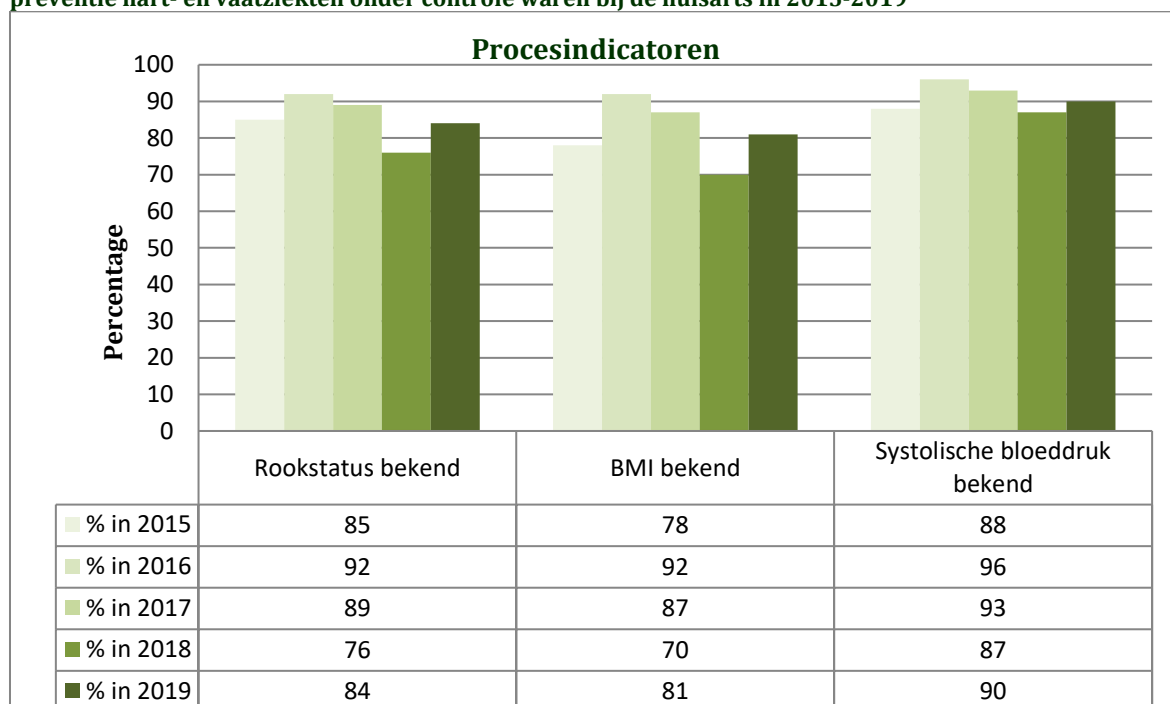
Tabel 5: selectie heeft plaatsgevonden op grond de volgende diagnoses

Aandoening	ICPC-code
Angina pectoris	K 74
Myocard infarct	K75
Andere ischemische hartziekten	K76
TIA	K89
CVA	K90.03
Claudicatio intermittens	K92.01
Aneurysma aorta	K99.01

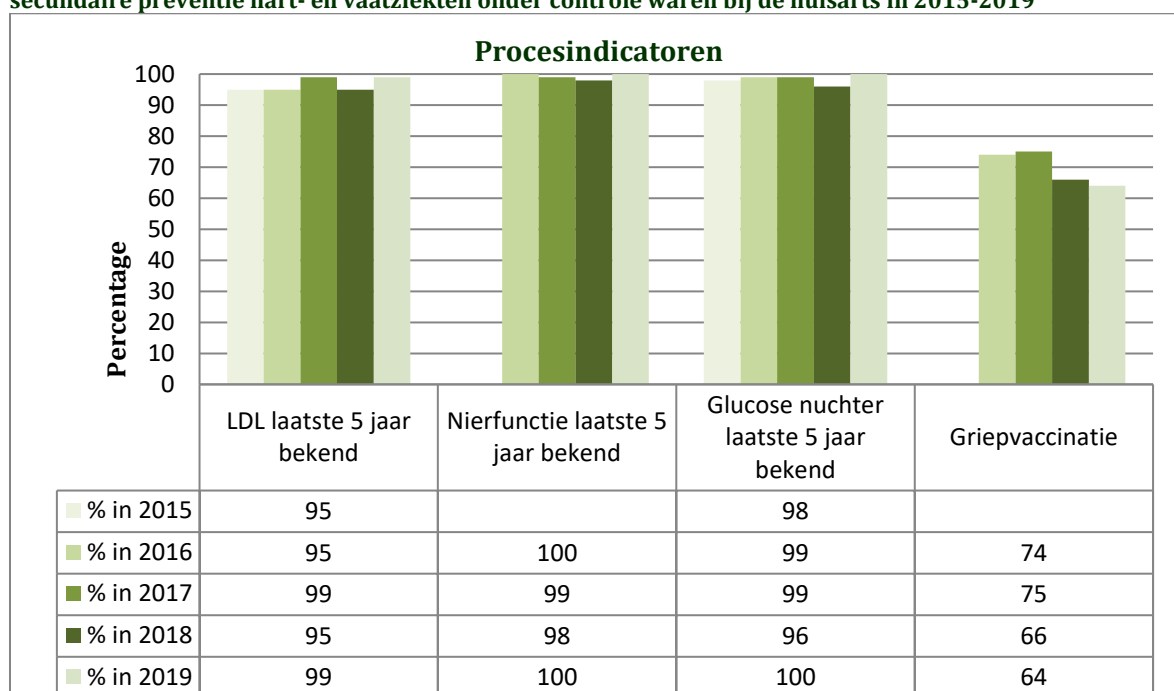
In totaal zijn er 127 patiënten geselecteerd op grond van bovenstaande aandoeningen. Hiervan zijn 96 patiënten die het gehele jaar door de huisarts werden behandeld.

In figuur 25 en 26 zijn de procesindicatoren van deze groep in 2019 weergegeven. In figuur 27 de uitkomstindicatoren in 2019.

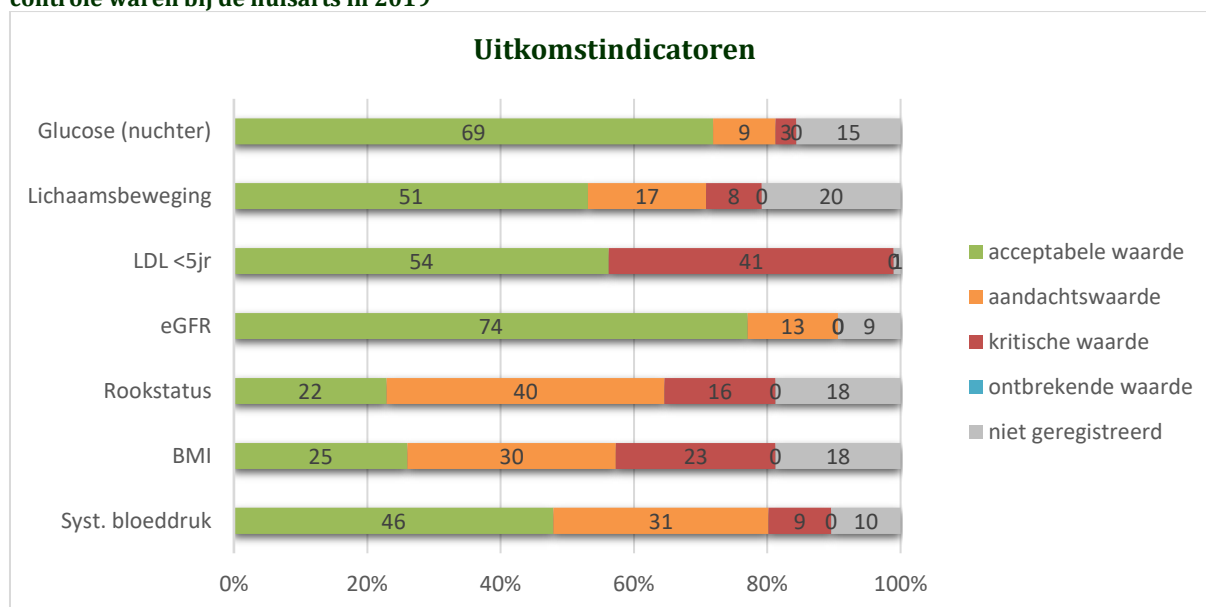
Figuur 25: procesindicatoren rookstatus, BMI en systolische bloeddruk over de patiënten die voor secundaire preventie hart- en vaatziekten onder controle waren bij de huisarts in 2015-2019



Figuur 26: procesindicatoren LDL, nierfunctie, glucose en griepvaccinatie over de patiënten die voor secundaire preventie hart- en vaatziekten onder controle waren bij de huisarts in 2015-2019



Figuur 27: uitkomstindicatoren over de patiënten die voor secundaire preventie hart- en vaatziekten onder controle waren bij de huisarts in 2019



	Acceptabele waarde	Aandachtswaarde	Kritische waarde
Glucose nuchter	<6,1	6,1 t/m 6,9	>6,9
Lichaamsbeweging	voldoet aan norm	minder dan norm	inactief
LDL	≤ 2.5		>2.5
eGFR	≥ 60	≥ 30 en <60	< 30
Rookstatus	nooit	voorheen	ja
BMI	< 25	≥ 25 en <30	≥ 30
Syst. bloeddruk	≤ 140	> 140 en ≤ 160	> 160

4.4 Preventie: griep

Elk jaar krijgt zo'n vijf tot tien procent van de bevolking griep. In 1997 is het Nationaal Programma Grieppreventie (NPG) ingevoerd, met als doel ziekte en sterfte als gevolg van griep te voorkómen⁸.

In het kader van het Nationaal Programma Grieppreventie komt 30% van de Nederlandse bevolking in aanmerking voor een griepprik. In onze praktijk is dat aantal door de leeftijdsopbouw van de praktijk veel hoger, n.l. 40% van onze patiënten komt in aanmerking voor de griepvaccinatie.

Wij hebben in 2019 965 kinderen en volwassenen uitgenodigd om een gratis griepprik te komen halen.

Personen uit de volgende groepen komen in aanmerking voor een jaarlijkse influenzavaccinatie:

- 60 jaar en ouder;
- Pulmonale aandoeningen;
- Cardiale aandoeningen;
- Diabetes Mellitus;
- Ernstige nierinsufficiëntie;
- Na recente beenmergtransplantatie;
- Hiv-infectie;
- Kinderen met langdurig salicylatengebruik;
- Verstandelijke handicap in intramurale voorziening;
- Verminderde weerstand tegen infecties.

In totaal hebben 510 patiënten, zijnde 53% van de uitgenodigde groep, de griepprik ontvangen. In de afgelopen jaren is er in onze praktijk een heel licht stijgende tendens te zien van het aantal patiënten dat de griepprik wil hebben.

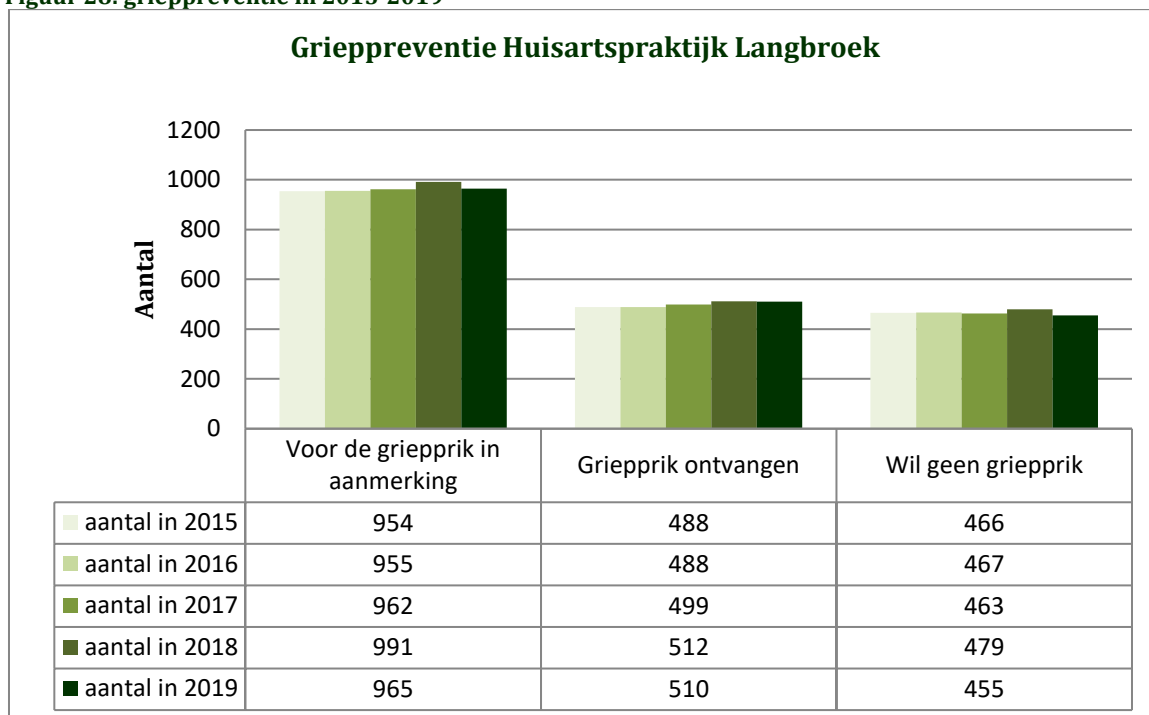
Uit de jaarlijkse monitor, uitgevoerd door IQ healthcare, bleek dat landelijk 51,3% van de totale doelgroep de griepprik heeft gehad in seizoen 2018-2019⁹. Landelijk is een dalende trend te zien. De meeste jaren scoort Huisartspraktijk Langbroek rond het landelijk gemiddelde.

In figuur 28 en figuur 29 worden de aantallen en percentages van tegen griep gevaccineerde patiënten in beeld gebracht.

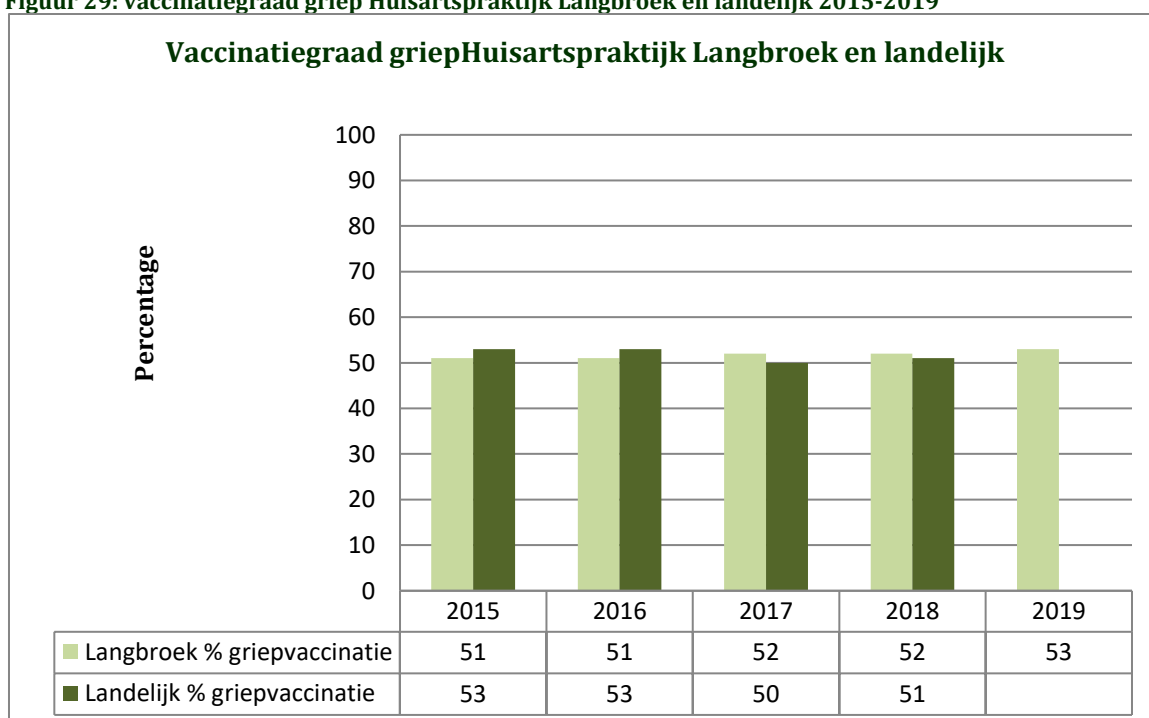
⁸ <http://www.rivm.nl/Onderwerpen/G/Griepprik>

⁹ <https://www.rivm.nl/nieuws/meer-griepvaccinaties-in-2018>

Figuur 28: grieppreventie in 2015-2019



Figuur 29: vaccinatiegraad griep Huisartspraktijk Langbroek en landelijk 2015-2019



4.5 Preventie: cervixscreening

Per jaar wordt in Nederland bij 600 tot 700 vrouwen cervixcarcinoom gediagnosticeerd. Jaarlijks overlijden tussen de 200 en 250 vrouwen aan deze aandoening.

Sinds 1989 wordt het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker uitgevoerd en in 2017 is het onderzoek vernieuwd. Eerst wordt het uitstrijkje eerst getest op de aanwezigheid van hrHPV: het hoog risico Humaan Papillomavirus. Bij hrHPV wordt hetzelfde uitstrijkje ook cytologisch beoordeeld op afwijkende cellen. Vrouwen kunnen bij de herinneringsoproep een zelfafnameset aanvragen. Daarnaast zijn landelijk nog maar 5 laboratoria betrokken bij het bevolkingsonderzoek.

Door het maken van uitstrijkjes is het mogelijk om veranderingen aan de baarmoederhals en voorstadia van baarmoederhalskanker te ontdekken, die nog geen klachten geven. Wanneer in een vroeg stadium afwijkingen worden geconstateerd, is vaak een minder ingrijpende behandeling mogelijk dan wanneer de aandoening pas in een laat stadium wordt ontdekt.

Daarnaast zijn vaccins beschikbaar gekomen tegen het humaan papillomavirus, welke in 2009 opgenomen zijn in het Rijksvaccinatieprogramma(RVP), waarmee primaire preventie mogelijk wordt. Meisjes van 13 tot en met 16 jaar worden ingeënt tegen de meest voorkomende typen HPV die een hoog risico geven op baarmoederhalskanker, namelijk type 16 en 18. Deze typen zijn verantwoordelijk voor 70 procent van de gevallen van baarmoederhalskanker. De bescherming van de HPV-vaccinatie is dus beperkt en het blijft dan ook nodig om het bevolkingsonderzoek voort te zetten¹⁰.

Huisartspraktijk Langbroek roept niet zelf op voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Deze oproepen worden verzorgd door de stichting Bevolkingsonderzoek Midden-West. In 2019 zijn de geboortecohorten 1959, 1964, 1968, 1974, 1979, 1984 en 1989 opgeroepen om een uitstrijkje te laten maken. Afhankelijk van de uitslag ontvangen zij na 5 jaar of 10 jaar weer een uitnodiging. Vanwege de veranderde procedure zijn de huidige getallen moeilijk te vergelijken met die van 2017 en eerder.

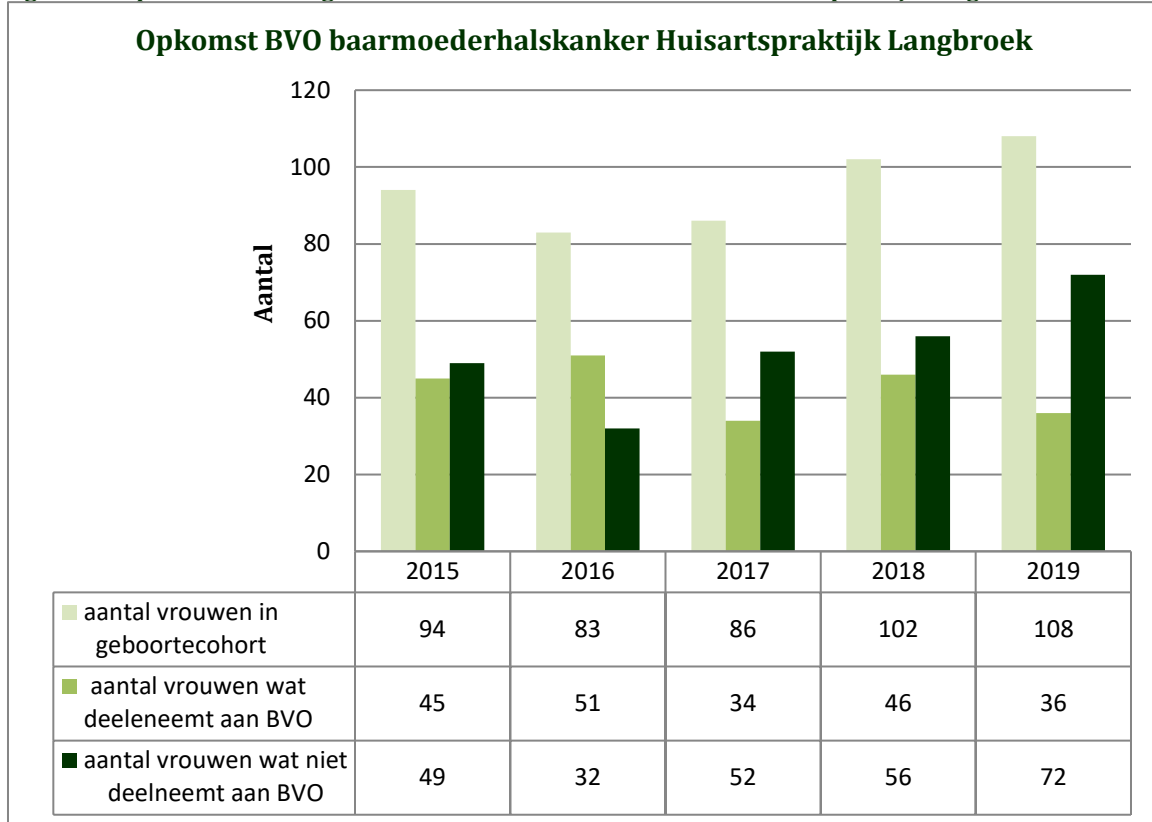
In onze praktijk vielen in 2019 108 vrouwen binnen deze geboortecohorten, 36 vrouwen hebben daadwerkelijk een uitstrijk laten maken. Zie figuur 30 en figuur 31. Landelijk gezien nam in 2018 55,5% van de vrouwen deel aan het bevolkingsonderzoek¹¹. De gegevens van 2019 zijn nog niet bekend.

Van de 72 vrouwen die geen uitstrijk hebben laten maken is niet bekend waarom zij niet aan het onderzoek meededen. Redenen hiervoor kunnen zijn: zwangerschap, borstvoeding, angst of ongemak. Het komt ook voor dat vrouwen in het jaar daarop een uitstrijkje laten maken, dan worden deze testen in 2020 meegeteld. Daarnaast kunnen vrouwen een zelfafnametest hebben aangevraagd, deze gegevens worden niet geregistreerd op de praktijk. Tot slot speelt mee dat het sinds 2017 voorkomt dat een deel van de vrouwen pas na 10 jaar i.p.v. 5 jaar weer een oproep krijgt.

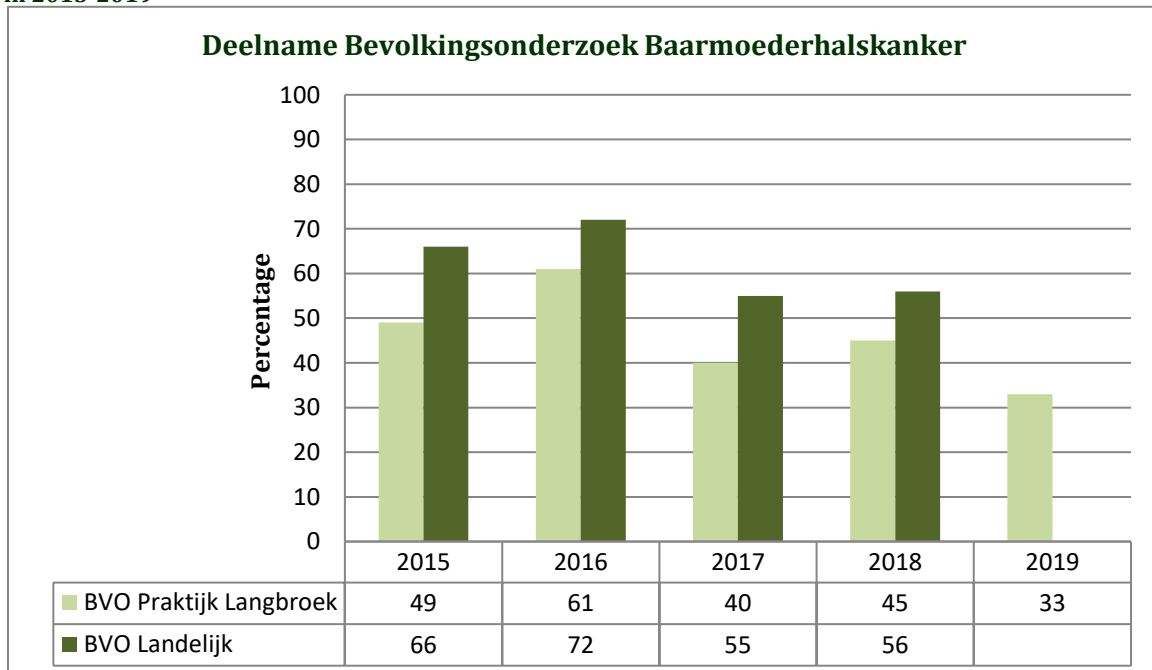
¹⁰ <http://www.rivm.nl/Onderwerpen/B/Baarmoederhalskanker>

¹¹ <https://www.bevolkingsonderzoeknederland.nl/media/1276/126-190004jaarverslag-2018def.pdf>

Figuur 30: opkomst bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker Huisartspraktijk Langbroek in 2015-2019



Figuur 31: deelname bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker Huisartspraktijk Langbroek en Landelijk in 2015-2019



5. Evaluatie jaarplan 2019

In 2019 hebben we verschillende verbeteringen uitgevoerd op het gebied van kwaliteit. Hieronder een overzicht. Daarnaast worden een aantal meer uitgebreide punten in aparte hoofdstukken uitgewerkt.

- **Arbobeleidsplan.** In 2019 hebben wij opnieuw een RI&E uitgevoerd van onze praktijk. Met dit arbo-instrument brengen wij de veiligheids- en gezondheidsrisico's van onze werknemers in kaart. Ook in de toekomst zullen er waarschijnlijk nog aanvullingen en aanpassingen komen.
- **BHV-ers in de huisartspraktijk Langbroek.** Alle drie de doktersassistentes hebben in 2019 een BHV cursus gevolgd en zijn nu officieel BHV-er in onze praktijk.
- **Oproepen van patiënten voor CVRM controle via VIP calculus.** Begin 2019 zijn we gestart met een nieuw oproepsysteem voor patiënten die voor CVRM controle naar de praktijk kunnen komen. Waar eerder nog een ouderwetse kaartenbak werd gebruikt, gaat dit nu digitaal via het ketenzorgprogramma.
- **Protocol Griepvaccinatie.** De griepvaccinatie is een jaarlijks terugkerende gebeurtenis, waar een uitgebreide voorbereiding en planning aan vooraf gaat. Dit hele proces is nu beschreven in een protocol. Zo is voor iedereen duidelijk wat, op welk moment, van wie verwacht wordt.
- **Protocol Immun- en vaccinatiestatus medewerkers.** Dit protocol is ontwikkeld om zo veilig mogelijk te werken in relatie tot een aantal veel voorkomende infectieziektes.
- **Beleidsplan 2020-2023.** In het nieuwe beleidsplan voor de komende 3 jaar hebben we de richting uitgezet die we graag op willen.
- **Organisatiedocument 2019-2021.** Het organisatiedocument, waarin we huisartspraktijk Langbroek als organisatie beschrijven is vernieuwd. Dit document vindt u op de tafel in de wachtkamer en op de website van de praktijk.
- **Telefoon in de praktijk tussen de middag op spoedstand.** Sinds eind 2019 is de praktijk een half uur tussen de middag via de telefoon alleen bereikbaar voor spoedgevallen. Dit geeft de assistentes de gelegenheid even rustig te zitten voor de lunch.
- **Verbeterproject: Inzicht voorschrijver psychiatrische medicatie.** Er wordt bekeken welke patiënten methylfenidaat, litium en antipsychotica gebruiken en wie verantwoordelijk is voor de herhaalmedicatie. Daarnaast wordt gekeken of de noodzakelijke controles worden gedaan.
- **Protocol 30-minuten bloeddrukmeting.** Naast een bloeddrukmeting op de praktijk, thuisbloeddrukmeting en een 24uurs bloeddrukmeting, bestaat nu ook de mogelijkheid om een 30-minuten bloeddrukmeting op de praktijk te doen.
- **Protocol Chronische Nierschade.** Deze veel voorkomende, maar ingewikkelde materie is geactualiseerd naar de nieuwste inzichten.
- **Nieuw ECG-apparaat en nieuwe Holterfoon.** Er zijn nieuwe apparaten en een nieuwe leverancier.
- **Brandblussers en rookmelder.** In het kader van de brandveiligheid van de praktijk hebben wij 2 nieuwe brandblussers en een nieuwe rookmelder opgehangen.
- **Optimaliseren triage.** Om ervoor te zorgen dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt beschikt de praktijk over een triage systeem. In 2014 zijn we met een verbeterproject triage gestart. Sinds 2016 worden alle contacten van de praktijkassistente, POH's en ouderenverpleegkundige door de huisarts geautoriseerd, waardoor er meer controlemogelijkheden zijn. Komende jaren zullen wij dit triage proces nog verder proberen te optimaliseren.
- **Lean praktijkvoering.** Om de controle over de voorraad en over de houdbaarheid van genees- en verbandmiddelen en steriel instrumentarium te hebben en de efficiëntie van deze processen te verhogen zijn wij in 2017 gestart met Lean praktijkvoering en Lean voorraadbeheer. De komende jaren willen we hiermee verder gaan.
- **Juiste terugkoppeling AIS/HIS en adequaat medicatieoverzicht van elke patiënt.** Een actueel en juist medicatieoverzicht van elke patiënt. Samen met de apotheker blijven wij hieraan werken.

5.1 Maatschap

Om de toekomst van de praktijk te waarborgen en de samenwerking met mw. L. Boelman te verstevigen bestond bij het management van de praktijk en mw. Boelman de wens om een maatschap te vormen. In de maanden november en december 2016 zijn verkennende gesprekken gevoerd. Vanaf 2017 zijn er onderhandelingen geweest en afspraken gemaakt die uiteindelijk tot de vorming van een maatschap moesten leiden. Op 8 november is de vorming van een maatschap per 1 januari 2018 een feit en zijn de handtekeningen onder de contracten gezet. De maatschap is ingeschreven in de Kamer van Koophandel.

Op 1 januari 2018 is de nieuwe maatschap echt van start gegaan en in 2019 is deze voortgezet. Wij zijn blij dat door deze samenwerking het management en het team zal worden versterkt, we taken en verantwoordelijkheden kunnen delen en de toekomst van Huisartspraktijk Langbroek gewaarborgd is.

5.2 Geïntegreerde Eerstelijns Zorg

Eind 2013 ontstond de mogelijkheid om Geïntegreerde Eerstelijns Zorg (GEZ) op te zetten met collega huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten in Driebergen en Doorn.

Het doel van een GEZ is de samenhang in de zorg binnen de eerste lijn voor patiënten met een meervoudige complexere zorgvraag dicht bij huis te verbeteren door het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking op het gebied van preventie, cure en care. De bedoeling is dat zorg voor patiënten wordt geoptimaliseerd doordat de samenwerkingsverbanden op wijk- en buurtniveau hun dienstverlening afstemmen met andere partijen binnen en buiten de zorg, zoals welzijnsorganisaties, woningbouwcorporaties en gemeenten. GEZ is afgestemd op de zorgbehoefte van de cliënt en levert kwaliteits- en efficiencyvoordelen binnen de eerste lijn. Ook is GEZ essentieel voor substitutie van de tweede naar de eerste lijn en daarmee in de betaalbaarheid van de zorg.

Ook in 2019 zijn er weer een flink aantal projecten gecontinueerd vanuit de GEZ:

- Vervolg Slaapstraat. Dit is een door de Hersenstichting ontwikkelde methode om slaapproblemen bij patiënten aan te pakken
- Vervolg project 'Bewegen op Recept' voor een collectieve aanpak van bewegingsarmoede met diverse zorg- en welzijnsprofessionals op de Heuvelrug
- Vervolg project 'Artrose': in samenwerking met de fysiotherapiepraktijken in de regio wordt gestructureerde ondersteuning gegeven bij patiënten met knie- en heupartrose.

5.3 Risicoanalyse en NHG-Praktijkaccreditering

In 2014 is de NHG-Praktijkaccreditering volledig vernieuwd. De eisen zijn omvangrijker dan voorheen. De regels rond de accreditering zijn vastgesteld door een breed, onafhankelijk College van Deskundigen. Dat College bestaat uit vertegenwoordigers van huisartsen (NHG en LHV), patiënten (NPCF) en zorgverzekeraars (ZN), met als waarnemer de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het keurmerk heeft daardoor een breed maatschappelijk draagvlak.

Één van de vernieuwingen is het uitvoeren van een risicoscan, om eventuele risico's in werkprocessen in onze praktijk in kaart te brengen. Daarnaast is er de, tot nu toe jaarlijkse, audit. Vanaf 2019 zal de Praktijkaccreditering in een 3-jaarlijkse cyclus gaan plaatsvinden.

Een tweetal verbeteringen zijn uitgevoerd naar aanleiding van de audit in het najaar van 2018. Ons zorgaanbod is duidelijk beschreven op onze website en straks in onze nieuwe folder. Daarnaast is de omgang met houdbaarheid van bepaalde gebruiksmiddelen duidelijker beschreven.

5.4 Patiëntenenquête

In juli t/m september 2017 hebben wij een patiëntenenquête uitgevoerd. Deze enquête brengt de beleving van patiënten in kaart over de praktijkvoering (privacy, bereikbaarheid en beschikbaarheid, aandacht voor preventie, samenwerking en delegatie, klachtenregeling en inzage dossier) en over het functioneren van de huisartsen (tevredenheid, voorlichting, wachttijd, spreekuurorganisatie, samenwerking, verslaglegging) in beeld.

Duidelijk positieve punten van onze praktijk zijn de privacy, de spreekuurorganisatie, de samenwerking binnen het eigen team en de samenwerking met andere zorgverleners in de 1^e en 2^e lijn.

Uit deze enquêtes komen ook een aantal verbeterpunten naar voren. Patiënten ervaren het klimaat in de wachtkamer als minder aangenaam, soms te warm en soms te koud. Daarnaast wordt de speelgelegenheid in de wachtkamer minder goed beoordeeld en zitten de stoelen minder prettig. Een deel van de patiënten weet niet goed waar ze terecht kan met een klacht over de zorgverlening.

Patiënten ervaren dat zij regelmatig met een andere huisarts te maken krijgen. Daarnaast zou meer aandacht besteed kunnen worden aan het geven van uitleg en (schriftelijke) voorlichting over hun ziekte of aandoening. Oogcontact is belangrijk voor hen. Tot slot zou meer aandacht aan preventie besteed kunnen worden en zouden meer taken gedelegeerd kunnen worden aan andere praktijkmedewerkers.

Deze uitkomsten van de enquêtes zullen wij de komende jaren weer gaan gebruiken voor het verder verbeteren van de kwaliteit van onze zorg.

6. Beleidsplan 2020

De verbeterpunten die wij voor ogen hebben voor 2020 staan onderstaand in de tabel:

Prioriteitenlijst 2019-2020	Planning
Gestructureerd overleg assistentes - management - huisartsen	Januari 2020
Update protocol Holter	Februari 2020
Nieuwe praktijkfolder	Voorjaar 2020
Extra POH/POH in opleiding	Voorjaar 2020
Programma OPEN: online inzage voor patiënten in dossier	Juli 2020
Arbobeleidsplan aanvullingen	Zomer 2020
Carrousel vaardigheden	Zomer 2020
Waarneming huisartsen, assistentes	Continue proces
Juiste koppeling AIS/HIS	Continue proces
Triage	Continue proces
Realisatie laboratorium	Onbepaald