

# Huisartspraktijk Hammink & Wibbelink

Medisch Centrum 't Span

## Jaarverslag 2017

**Huisartspraktijk Hammink & Wibbelink**  
Van Maerlantstraat 1  
6824KX Arnhem

T: 026 – 445 58 05

F: 026 – 442 89 12

[praktijkmh@ezorg.nl](mailto:praktijkmh@ezorg.nl)

<https://praktijkhamminkwibbelink.uwartzonline.nl/>

### Adresgegevens

Praktijk Hammink & Wibbelink

Van Maerlantstraat 1

6824 KX Arnhem

Drs. A. (Anja) Hammink, huisarts

☎ 026 - 445 58 05

@ [ahammink@ezorg.nl](mailto:ahammink@ezorg.nl)



Drs. H. (Hanneke) Wibbelink, huisarts

☎ 026 - 445 58 05

@ [hmaree@ezorg.nl](mailto:hmaree@ezorg.nl)

**Datum:**

Status: Definitief



# Inhoud

<b>Inhoud.....</b>	<b>3</b>
<b>Voorwoord.....</b>	<b>4</b>
<b>Missie en visie .....</b>	<b>5</b>
Missie.....	5
Visie .....	5
<b>Demografische gegevens .....</b>	<b>6</b>
Praktijkopbouw.....	6
Zorgverzekeraars en contractering .....	6
In- en uitstroom patiënten .....	7
Mortaliteit .....	7
<b>Verleende zorg.....</b>	<b>8</b>
Verdeling contacten .....	8
M&I verrichtingen top 10 .....	8
Chronische aandoeningen .....	9
Kwetsbare ouderen .....	12
POH – GGZ .....	12
Vrouwen- incontinentie- & SOA spreekuur.....	13
Pragmatische preventie .....	13
<b>Kwaliteitsbeleid .....</b>	<b>14</b>
Praktijkaccreditatie.....	14
Jaargesprekken .....	14
Klachtenregeling en incidenten (VIM) .....	14
Ijken instrumentarium.....	14
Overlegstructuur .....	14
Geaccrediteerde nascholingen .....	14
<b>Conclusies 2017 .....</b>	<b>18</b>
<b>Doelstellingen en plannen 2018 .....</b>	<b>19</b>

## Voorwoord

Voor u ligt het derde jaarverslag van huisartsenpraktijk Hammink & Wibbelink. Dit jaarverslag geeft inzicht een overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen, gegevens en bevindingen van 2017. Daarnaast maakt het de huisartsenzorg binnen de praktijk transparant voor zorgverzekeraars en patiënten, zij willen zichtbare kwaliteit zien welke te meten is met proces- en uitkomstindicatoren. Dit jaarverslag heeft ook een belangrijke schakel in ons interne kwaliteitsbeleid. Het dwingt ons concrete plannen voor het volgende jaar te formuleren.

Aan het einde van 2014 is een groot project van start gegaan. Wij willen in het voorjaar van 2018 het keurmerk behalen voor een goed georganiseerde praktijk waarin de zorg die wij leveren gedocumenteerd is en daarmee de eerste cyclus van de praktijkaccreditatie is doorlopen. Dit houdt in dat we voortdurend bezig zijn met kwaliteitsverbeteringen binnen de praktijk door kritisch als professional naar de dagelijkse praktijkvoering te kijken. Dit doen wij zowel vanuit een medisch inhoudelijk als organisatorisch perspectief. Wij willen risico's in kaart brengen en aanpakken, luisteren naar de ervaringen van de patiënten. Wij willen de kwaliteit van zorg die de praktijk levert in kaart brengen en waar mogelijk verder verbeteren.

In de verschillende hoofdstukken van ons jaarverslag hebben we geprobeerd een zo volledig mogelijk beeld van het betreffende onderwerp te geven. Waar nodig wordt verwezen naar andere hoofdstukken of wordt bepaalde informatie herhaald.

Arnhem, Maart 2018

# Missie en visie

## Missie

Huisartspraktijk Hammink en Wibbelink levert generalistische zorg (huisartsenzorg) in de breedste zin van het woord. Wij bieden dit aan bewoners in ons praktijkgebied. Patiënten van onze praktijk mogen van ons verwachten dat wij hen bij alle gezondheidsproblemen met raad en daad zullen bijstaan. Bij patiënten die bij ons ingeschreven staan, relateren wij onze zorg en behandeling ook aan hun levensloop, hun leefsituatie en hun familieomstandigheden. Wij vinden het belangrijk dat huisartsenzorg goed toegankelijk en bereikbaar is. Omdat het niet mogelijk is iedereen direct te helpen, zal de urgentie van de hulpvraag bepalend zijn voor de wachttijd tot het consult. Hoewel patiënttevredenheid erg belangrijk voor ons is, zal de kwaliteit van zorg en de gezondheid van de patiënt leidend blijven in onze behandelingen en adviezen.

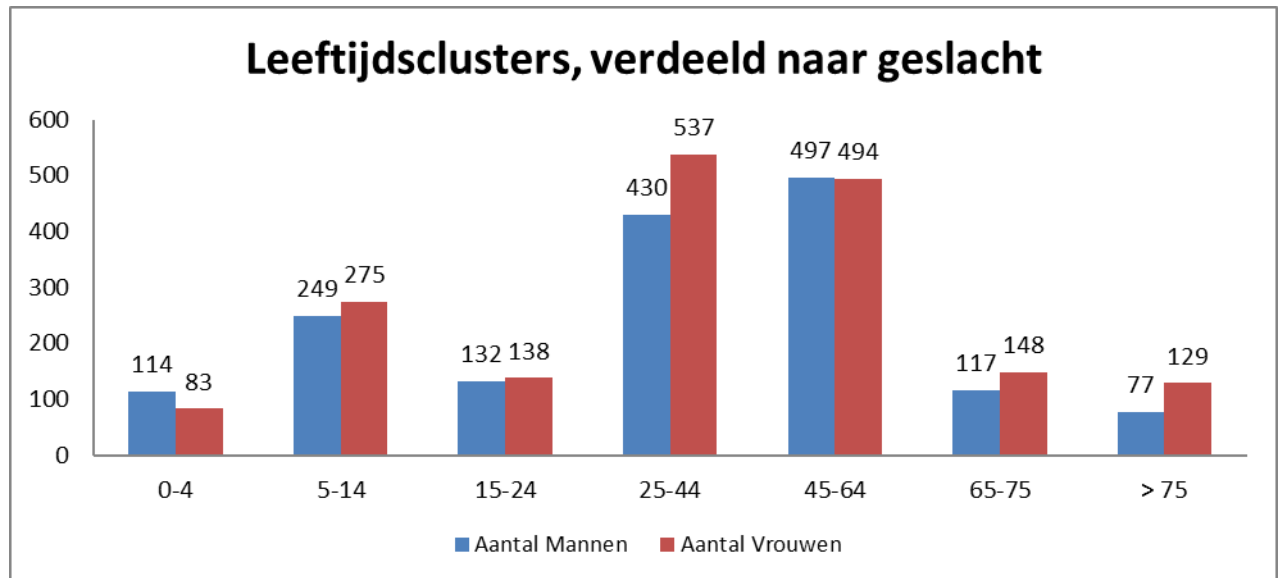
## Visie

De doelstelling van onze praktijk is het leveren van kwalitatief goede huisartsgeneeskundige zorg als onderdeel van de eerstelijns gezondheidszorg in onze gemeente. Kwalitatief goede huisartsenzorg wordt ons inziens gekenmerkt door gestructureerde, integrale medische zorg in de eerste lijn en dat dichtbij huis, kleinschalig, persoonlijk, laagdrempelig, patiëntvriendelijk en servicegericht. De zorg is gebaseerd op evidente based richtlijnen en professionele standaarden van de beroepsgroep. Wij handelen met als doel de somatische en psychische gezondheid van onze patiënten te bevorderen en nemen hierbij de wensen van onze patiënten en hun culturele opvattingen in overweging. Wij achten preventieve zorg zeer waardevol. Door ons te laten accrediteren door de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) willen wij zorgen voor een continue kwaliteitsverbetering en transparantie.

# Demografische gegevens

## Praktijkopbouw

Op 31 december 2017 waren er 3420 patiënten ingeschreven. Hiervan is 52% vrouw (n=1804) en 48% man (n=1616). In figuur 1 wordt de indeling van leeftijd weergegeven. 232 patiënten zijn woonachtig in een achterstandswijk.

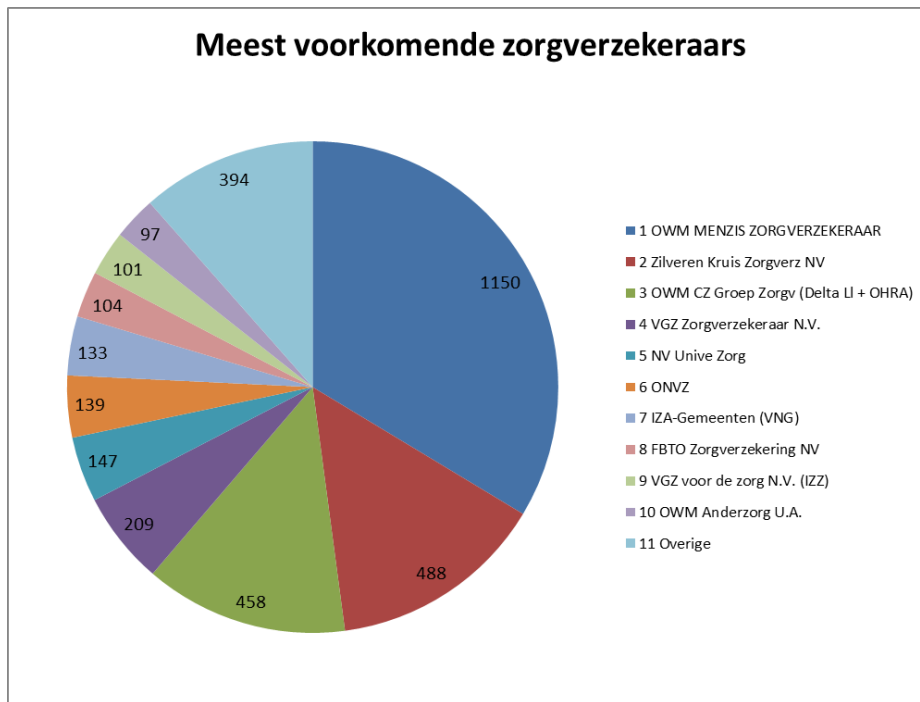


Figuur 1; Percentage naar leeftijdsindeling 2017

De grootste patiënt populatie (57%) bevindt zich in de leeftijd tussen 25 – 64 jaar (n=1958). Deze demografische gegevens bepalen mede de strategie voor het inrichten van de zorgprogramma's in de toekomst met name gericht op de preventie van chronische aandoeningen.

## Zorgverzekeraars en contractering

Er wordt gedeclareerd via VIP live (calculus software). In figuur 2 is een verdeling van de verschillende soorten zorgverzekeraars te zien. Menzis is met 33.6% de preferente zorgverzekeraar.



Figuur 2; Aantal patiënten naar verzekeringsmaatschappij

### In- en uitstroom patiënten

In 2017 hebben zich 226 patiënten ingeschreven en zijn er 108 patiënten uitgeschreven. Vergelijken met voorgaande jaren zien wij hierin een stijging. Mogelijk heeft dit te maken met praktijken die in de omgeving een stop op inschrijving hebben.

### Mortaliteit

We hebben een actief beleid om met patiënten in de palliatieve fase van hun ziekte o.a. de plaats van zorg ter sprake te brengen en zo nodig te faciliteren in het verwezenlijken van de wens daarbij. Bijvoorbeeld terug naar huis vanuit het ziekenhuis. Bij onvoldoende voorwaarden voor thuiszorg wordt bemiddeld bij opname bijvoorbeeld in een Hospice 'Rozenheuvel' te Rozendaal.

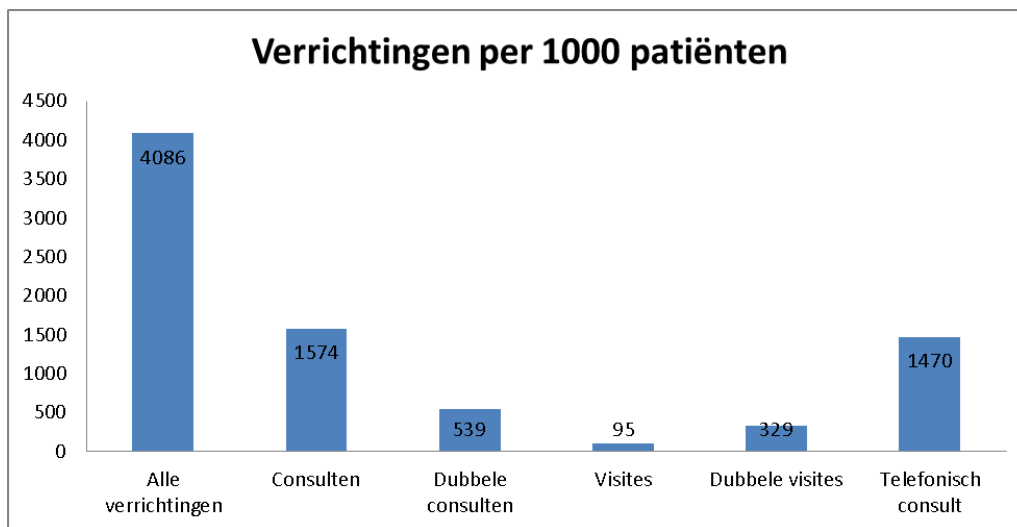
Er wordt altijd een goede overdracht gedaan naar de huisartsenpost ten aanzien van terminale patiënten. Hierop staat ook beschreven hoe de huisarts eventueel buiten kantooruren te bereiken is. Dit wordt altijd in overleg gedaan met de patiënt.

## Verleende zorg

Dit hoofdstuk geeft een weergave van de verleende zorg in de praktijk over 2017. De meeste patiënten zijn woonachtig in postcodegebied 6821 t/m 6824. Binnen het zorggebied in de regio Arnhem vervult de praktijk een spilfunctie door alle gezondheidsvragen op te vangen in de eerste lijn.

### Verdeling contacten

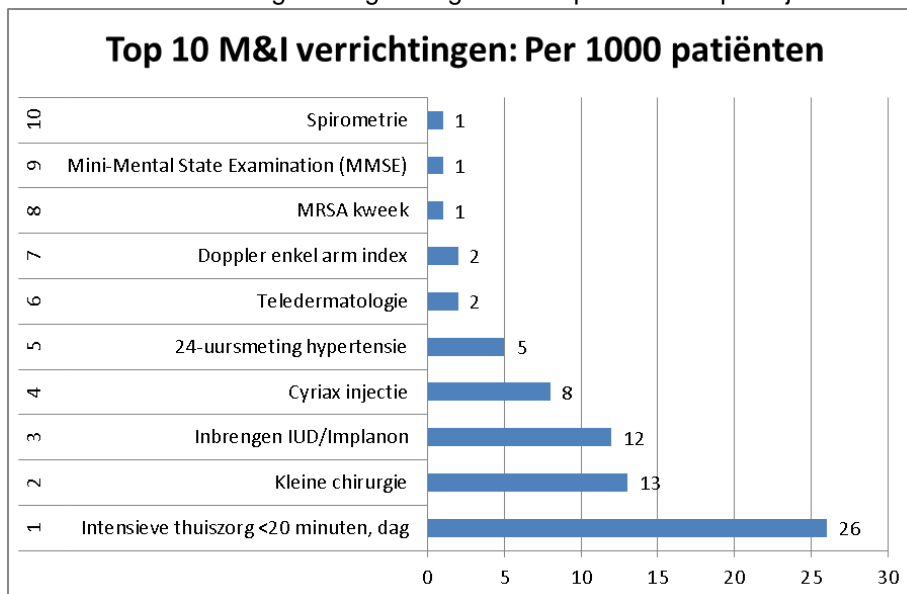
Een contact bestaat uit een consult, een visite, een contact met de assistente, een telefonisch contact of een administratieve handeling ten behoeve van de zorg aan patiënten zoals het beantwoorden van een e-mail. Figuur 3 laat een verdeling van de verrichtingen zien per 1000 patiënten.



Figuur 3; Aantal verrichtingen per 1000 patiënten

### M&I verrichtingen top 10

Onderstaande coderingen in figuur 4 geeft de top 10 van de praktijk weer.



Figuur 4; Top 10 M&I verrichtingen per 1000 patiënten



## Chronische aandoeningen

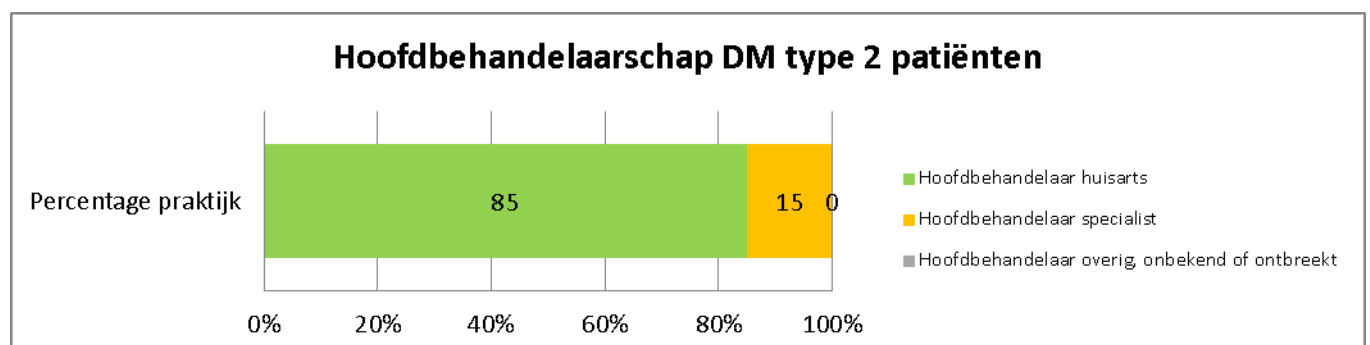
Er is een categoriaal spreekuur voor de controle van diabetes en Cardio Vasculair Risico Management. Hiervoor is een adequaat oproep en no-show systeem door middel van signaallijsten die aangemaakt kunnen worden in VIP. De toekomst verwachting is dat deze chronische groep groter gaat worden omdat er meer aan case-finding wordt gedaan. Tevens zal de patiëntengroep tussen de 45 – 64 jaar in de aankomende jaren groter worden in verband met de patiëntpopulatie en daarmee de chronische aandoeningen.

### Onze huisartsen

Onze Huisartsen is de overkoepelende organisatie waarbij (bijna) alle huisartsen uit de hele regio zijn aangesloten. Zorggroepen zijn monodisciplinaire organisaties die met de zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren. Het doel van de zorggroep is het verbeteren van de kwaliteit van zorg aan de deelnemende praktijken. Deze kwaliteit wordt bewaakt door visitatie aan de praktijken, het organiseren van nascholingen en het voeren van benchmark gesprekken. Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg zullen door de huisartsen proces- en uitkomst indicatoren worden geleverd aan de Zorggroep. Deze gegevens worden gebruikt voor spiegelinformatie en anoniem op Zorggroep niveau aangeboden aan de zorgverzekeraar. Door deze werkwijze te handteren is er uniformiteit in de hele regio op het gebied van de chronische zorg. Er wordt geregistreerd met protocollen in Medicom. Zorgrapportages en declaraties worden uitgevoerd met VIP live.

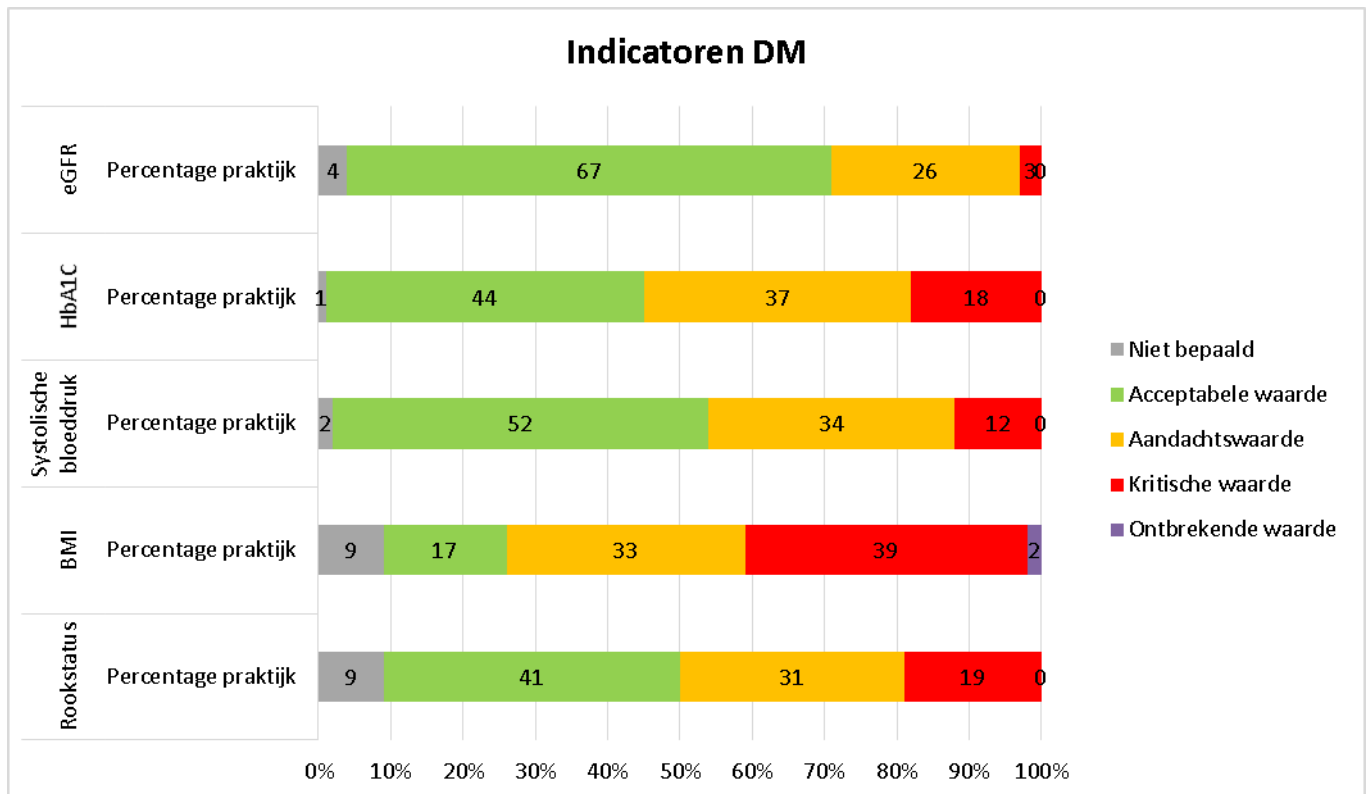
### Diabeteszorg

Alle patiënten waarvan de huisarts hoofdbehandelaar is, ontvangt geregelde zorg. Sigrid Laurensse (POH) begeleidt de niet insuline afhankelijke patiënten en Wietske Kamperman (diabetes verpleegkundige) begeleidt de insulineafhankelijke patiënten. Wietske coördineert deze zorg in de praktijk. Drie maanden na de jaarcontrole gaat de patiënt naar de huisarts voor een controle. Er zijn minimaal 2 tot 4 controle momenten, zo nodig extra. De huisarts is over 85 patiënten de hoofdbehandelaar. Zie figuur 5.



Figuur 5; Hoofdbehandelaarschap diabetes type 2 patiënten

De belangrijkste indicatoren worden weergegeven in figuur 6.



Figuur 6; Indicatoren diabetes. De “waarden” worden toegelicht onder dit figuur.

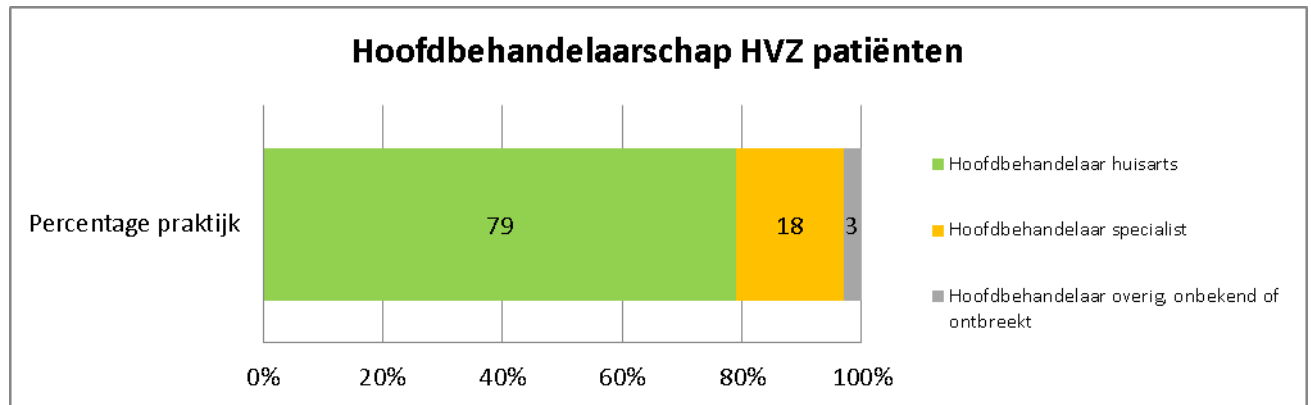
	Acceptabele waarde	Aandachtswaarde	Kritische waarde
<b>eGFR</b>	≥ 60	≥ 30 en <60	< 30
<b>HbA1c</b>	< 53	≥ 53 en ≤ 64	> 64
<b>Syst. Bloeddruk</b>	≤ 140	> 140 en ≤ 160	> 160
<b>BMI</b>	< 25	≥ 25 en <30	≥ 30
<b>Rookstatus</b>	Nooit	Voorheen	Ja

#### Cardio Vasculair Risicomanagement (CVRM)

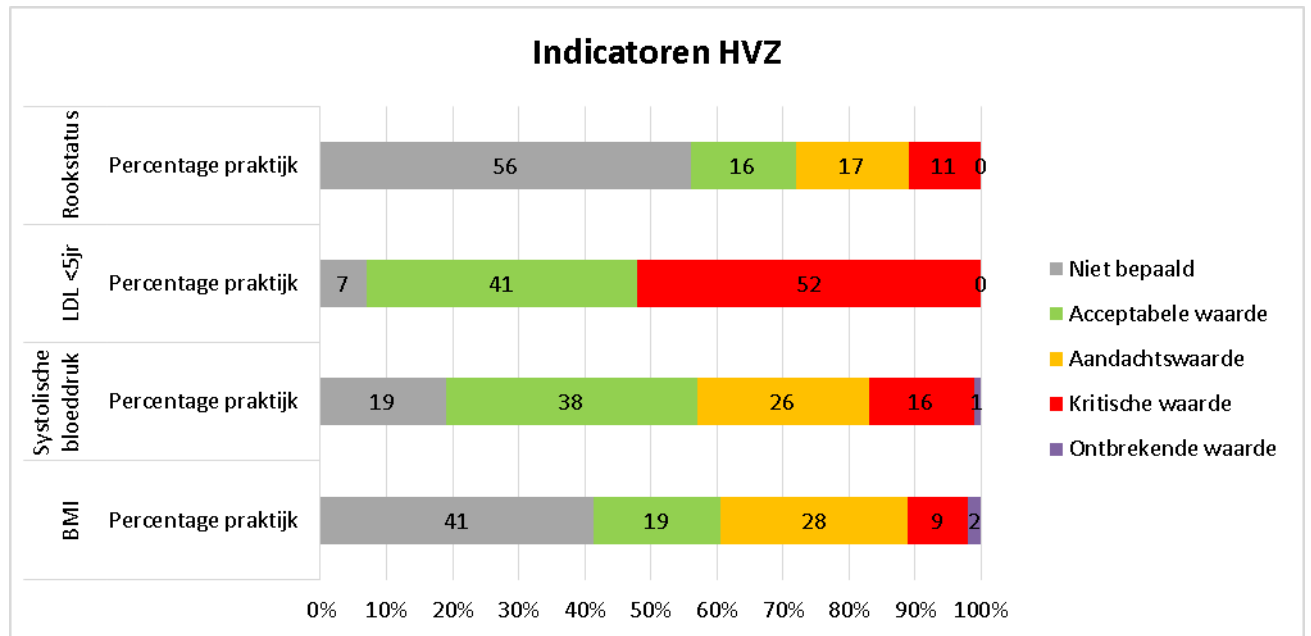
Sinds 2007 heeft de geprotocolleerde invoering van het risicoprofielmanagement een vaste plek gekregen binnen de praktijk. Hierbij wordt gebruik gemaakt van motivational interviewing. Er is een sterke focus op zelfmanagement en het persoonlijk behandelplan van de patiënt. Dit wordt versterkt door de uniforme registratie binnen Medicom.

In januari 2012 is de CVRM zorgketen opgericht door de zorggroep. Het doel is het optimaliseren van de behandeling van patiënten met een verhoogd (cardio) vasculair risico. Hierdoor wordt de kans op complicaties van hart- en vaatziekten verminderd. In 2014 zijn er protocollen en stroomschema's ontwikkeld zodat de POH zelfstandig deze spreekuren mag en kan uitvoeren. De zorg die wordt verleend is gebaseerd op de zorgstandaard vitale vaten en de NHG standaard.

De huisarts is over 79 patiënten met hart- en vaatziekten de hoofdbehandelaar. Dit is de secundaire preventie. Zie figuur 7. De belangrijkste indicatoren worden weergegeven in figuur 8.



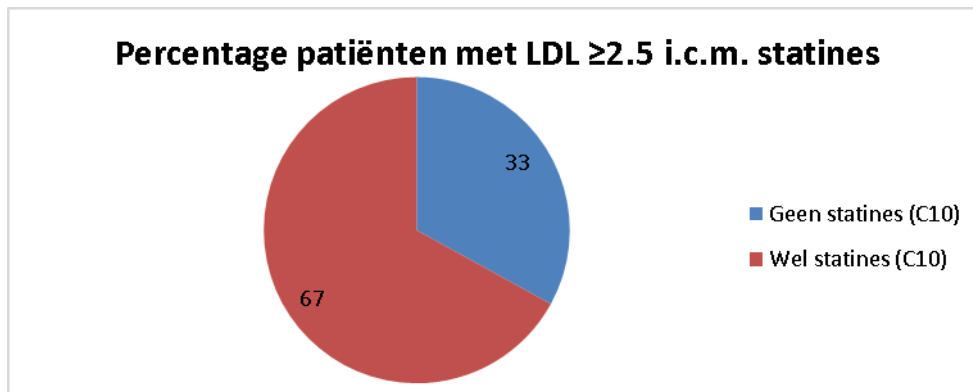
Figuur 7; Hoofdbehandelaarschap secundaire preventie



Figuur 8; Indicatoren HVZ. De "waarden" worden toegelicht onder dit figuur.

	Acceptabele waarde	Aandachtswaarde	Kritische waarde
LDL <5jr	< 2.5		≥ 2.5
Syst. Bloeddruk	≤ 140	> 140 en ≤ 160	> 160
BMI	< 25	≥ 25 en <30	≥ 30
Rookstatus	Nooit	Voorheen	Ja

Bij patiënten met een LDL >2,5 is een statine geïndiceerd. Bij 52 patiënten is een kritische waarde geconstateerd. Dit zal mede te maken hebben dat de patiënt niet altijd een statine wil slikken (33%). Een veel gehoorde bijwerking zijn spierklachten. Er is (nog) geen registratie knop, dat de statine wel is aangeboden maar dat de patiënt ervoor kiest deze niet te slikken. Zie figuur 9 voor een uitsplitsing.



Figuur 9; Percentage patiënten met LDL > 2,5

### COPD

Afgelopen jaren vond er geen gestructureerde zorg plaats voor de COPD patiënten. Zij werden ad hoc gezien. In 2018 wordt deze populatie in kaart gebracht en zullen zij dezelfde zorg ontvangen als de diabetes patiënten en de patiënten met een verhoogd cardiovasculair profiel.

### **Kwetsbare ouderen**

Ouderenzorg richt zich op 65+ met complexe problematiek. Het doel is het tijdig signaleren van mogelijke tekortkomingen en risico's, zodat zowel preventief als curatief in een zo vroeg mogelijk stadium actie kan worden ondernomen. Daarnaast is het streven de thuiswonende patiënt zo lang mogelijk de regie over het leven in eigen hand houdt en zelfstandig in zijn/ haar huis kan blijven wonen met eventuele aanpassingen, mantel- en/of thuiszorg.

NHG- praktijkwijzer ouderenzorg 2010 vormt het uitgangspunt. Wat betreft geheugenproblematiek wordt gewerkt op basis van de NHG-standaard dementie en de zorgstandaard dementie. Gewerkt wordt met Groningen Frailty Indicator, Trazag als basis screenings- en observatie instrumenten.

Gedocumenteerd 122 kwetsbare ouderen met frequentie huisbezoek: 21 maal 0 (komen naar praktijk), 4 maal 1, 52 maal 2 en 45 maal 4 keer per jaar. Onze POH-S Annemieke van der Zon volgt in 2015-2016 een opleiding geriatrie-gerontologie Post-HBO aan de HAN ter verdieping van de ouderenzorg in onze praktijk.

### **POH – GGZ**

2014 is het jaar van de verandering op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg geweest. De zorg wordt in drie lagen opgesplitst. Hilco Bitter is sinds 01 maart 2014 in dienst als POH- GGZ, om de GGZ hulpvragen op te vangen in de praktijk, gericht op intake en inventarisatie van het probleem. Ook kan kortdurend een behandeling worden gegeven. Zo nodig wordt doorverwezen naar generalistische of gespecialiseerde GGZ. Doordat we hebben gemerkt dat de zorgvraag is toegenomen het afgelopen jaar, is in 2016 een extra POH-GGZ in dienst gekomen om de GGZ vragen beter op te kunnen vangen waardoor de wachttijden beperkt blijven. Dit is Ingrid Mous. Patiënten kunnen nu een voorkeur aangeven tussen een mannelijke of vrouwelijke hulpverlener.

## **Vrouwen- incontinentie- & SOA spreekuur**

Inzet vrouwenspreekuur heeft als doel vrouwen uit de praktijk te bereiken die normaliter doorlopen met specifieke vrouwenklachten en deze groep op een laagdrempelige manier zorg op maat te bieden. Onderwerpen die aan bod komen zijn, vaginale afscheiding, zwangerschap eerste termijn, overgangsklachten, menstruatieklachten en anticonceptie. Gemiddeld vinden er twee consulten per week plaats.

Incontinentiespreekuur voor mannen en vrouwen vanaf 30 jaar, heeft als doel het in kaart brengen van het probleem, verminderen van de klachten en uitsluiten van fysieke belemmeringen. Verhelderen van de hulpvraag, signaleren en bespreekbaar maken van onzekerheden. Gemiddeld één consult per twee weken.

Soa- spreekuur voor mannen en vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Doel is het in kaart brengen risicofactoren en het bestrijden van soa- en hivinfecties. Voorlichting, meten en preventie zijn belangrijke tools tijdens dit spreekuur. Gewerkt wordt volgens de richtlijnen van de Landelijke Coördinatie Infectiebestrijding over seksueel overdraagbare aandoeningen. Gemiddeld twee consulten per week.

## **Pragmatische preventie**

### Uitstrijkjes BVO

Per jaar worden de geboortejaren bekend gemaakt door het SBO (Stichting Bevolkingsonderzoek Oost). De selectie wordt gedaan door de SBO sinds 2015. In 2017 zijn er 156 patiënten geweest voor het maken van een uitstrijkje in het kader van het bevolkingsonderzoek.

### Griepvaccinaties

De assistentes verrichten de meeste activiteiten rondom het organiseren van het griepvaccinatie seizoen. In mei wordt er al een inschatting gemaakt hoeveel vaccinaties er besteld moeten worden, waarna het selecteren van patiënten, het plannen van een vaccinatie datum, klaarmaken van de uitnodigingen etc. volgen. De inentingsdatum wordt in overleg gedaan met de 2 andere praktijken in het pand. Alle geïndiceerde patiënten krijgen een schriftelijke oproep thuis. Patiënten met een zwaarwegende medische indicatie worden bij niet verschijnen thuis gebeld.

Tijdens het inenten is er altijd minimaal één huisarts aanwezig op de praktijk. Patiënten die niet naar de praktijk kunnen komen, worden aan huis gevaccineerd door de assistente.

Alle patiënten van 60 jaar of ouder krijgen een oproep. In 2017 hadden 797 patiënten een indicatie voor de grieprik, hiervan hebben 413 patiënten daadwerkelijk de grieprik gehad.

# Kwaliteitsbeleid

## Praktijkaccreditatie

In 2014 is de praktijk begonnen met de eerste cyclus om de NHG praktijkaccreditatie te doorlopen. Dit is het tweede jaar dat er wordt voldaan aan de eisen en normen volgens de NPA. Door alle praktijkmedewerkers is hard gewerkt om alle (zorg) processen gestructureerd en gedocumenteerd te krijgen. De accreditatie is vast agendapunt van het werkoverleg dat 8 wekelijks terugkeert.

## Jaargesprekken

In het voorjaar worden de jaargesprekken gehouden met de praktijkmedewerkers. Verslaglegging is opgeborgen in het personeelsdossier.

## Klachtenregeling en incidenten (VIM)

In 2016 is een protocol ontwikkeld voor het melden van incidenten voor werknemers en het melden van klachten voor patiënten. Meldingen die worden gedaan worden einde van de maand geanalyseerd en verwerkt in de registratielijst. De VIM meldingen worden inhoudelijk besproken in het 8 wekelijks praktijkoverleg, waarna er verbeteracties uit voort (kunnen) komen.

## IJken instrumentarium

Jaarlijks wordt al het instrumentarium geijkt door de firma MSN Nederland. Meestal is dit aan het begin van het jaar in januari/februari. Zo nodig wordt niet goed werkend materiaal direct gerepareerd. Een rapport van het geijkte materiaal is beschikbaar op de praktijk. Tevens wordt in deze periode van het jaar de autoclaaf geijkt.

## Overlegstructuur

Door de korte overleglijnen in de praktijk en een optimale open sfeer in het team is er sprake van snelle terugkoppeling in geval van problemen.

- Het werkoverleg vindt om de 6 tot 8 weken plaats met alle teamleden van de praktijk. Daarnaast is het altijd mogelijk een tussentijds overleg te plannen over bepaalde onderwerpen.
- De HAGRO overlegt om de 2 tot 4 weken met elkaar.
- Overleg met thuiszorg Groot-Gelre & Buurtzorg is om de 8 weken. Patiënten uit de wijk worden besproken en een plan voor de volgende 8 weken wordt gevormd.

## Geaccrediteerde nascholingen

Op verschillende fronten worden nascholingen gevolgd. De 40 uren nascholing per 5 jaar, vereist voor de registratie als huisarts worden ruimschoots gehaald. Tabel 1 geeft een overzicht van nascholingen die gevolgd zijn door onze praktijkmedewerkers.

Naast de nascholingen van de huisarts, zijn een aantal verplichte nascholingen vastgesteld voor de POH die worden georganiseerd vanuit de Huisartsen Zorggroep. Dit is een voorwaarde die wordt gesteld bij het leveren van ketenzorg.

Overzicht nascholingen 2017

	Datum	Anja Hammink	Hanneke Wibbelink	Wietske Kamperman	Linda Knuiman	Nelleke Smits	Annemarie van Wijk	Sigrid Laurensse	Annemieke van der Zon
Lage rugklachten	12-01-2017				3				
Intercollegiale toetsing FTO	23-01-2017	2,5	2,5						
Time to act	24-01-2017								3
Ouderenzorg Zorggroep	09-02-2017		3						3
Nursing medicijnquiz	15-02-2017			1					
Intercollegiale toetsing FTO	20-02-2017	2,5	2,5						
Caspir Online	03-03-2017							4	
Triage in de huisartspraktijk	09-03-2017			3	3				
VZVZ landelijk schakelpunt	20-03-2017			2					
NHG Praktijkaccreditering	24-03-2017	6	6						
Intercollegiale toetsing FTO	27-03-2017	2,5	2,5						
Transitie HIS/ KIS	30-03-2017								3
Stoppen met roken 2 STOP!	03-04-2017							4	
Zorg voor kwetsbare ouderen	06-04-2017				3			2	
sandHAAS spoedeisende geneeskunde	07-04-2017	6	6						
EPA&CVRM	13-04-2017		3					3	3
Gynaecologie	30-04-2017		3						3
Lustrum congres Nvvp	11-05-2017							8	
Onze POH-dag!	16-05-2017			7				7	7



Diabetische voet	18-05-2017			3				3	3
CVRM scholing	12-06-2017							3	3
Langerhanssymposium 2017	22-06-2017			4					
Intercollegiale toetsing FTO	26-06-2017	2,5	2,5						
Insuline therapie bij situaties	28-06-2017			3					
Gezonde voeding	05-08-2017			3					
Slaap en slaapproblemen	06-09-2017					3			
POH overleg	12-09-2017							3	
Intercollegiale toetsing FTO	25-09-2017	2,5	2,5						
Praktische kant van immunotherapie bij kanker	27-09-2017			3					
Oogheelkunde voor praktijkassistentes	28-09-2017					3	3		
Opleiding Diabetes verpleegkundige	02-10-2017			100					
Hot Topics Urgent Care	12-10-2017	6	6						
Benchmark 2017	26-10-2017	3	3					3	3
Ouderenzorg Zorggroep	02-11-2017			3					3
Sandwichcursus 2017: Urologie	10-11-2017	6	6						
Intercollegiale toetsing FTO	27-11-2017	2,5	2,5						
Cluster 1 Kinderlongziekten	28-11-2017	2							
Opvolgavond insuline	14-12-2017							3	
Ouderenzorg Zorggroep	30-11-2017			3					3
Diabetes en ouderen	07-12-2017			1					3
STIMEDIC training	12-12-2017			6				1	
Wondverzorging	14-12-2017					3	3		
Anticonceptie				3					
TOTAAL		44	60	136	12	6	6	44	40

\* De blauwe markeringen zijn nascholingen online gedaan.

## Conclusies 2017

De volgende doelen zijn behaald in 2017:

– Gestructureerd praktijkoverleg

Iedere 8 weken vindt er praktijkoverleg plaats om de veranderingen en nieuwe dingen in de praktijk door te nemen met elkaar.

– POH-GGZ

Wij merkte in de loop van 2016 dat de vraag naar GGZ ondersteuning steeds groter werd. Doordat er al een mannelijke collega werkte, hebben wij voor 12 uur per week extra een vrouwelijke POH-GGZ aangenomen.

– Diabetes verpleegkundige

Wietske Kamperman heeft de opleiding tot diabetes verpleegkundige afgerond. Sigrid Laurensse zag de CVRM en de diabetes patiënten. Wietske neemt de insuline afhankelijk patiënten van Sigrid over, zodat de zorg verder geoptimaliseerd kan worden na de nieuwste inzichten.

– Module ouderenzorg

Hanneke Wibbelink en Annemieke van der Zon hebben de module ouderenzorg gevolgd aangeboden door Onze Huisartsen. Hiermee kunnen we de ouderenzorg nog beter structureren en begeleiden.

## Doelstellingen en plannen 2018

### – Praktijkmanager

Door de hoeveelheid praktijk overstijgende administratie wordt per 01-01-2018 een praktijkmanager ingezet voor 8 uur per week. Zij zal met name de praktijkaccreditatie op zich nemen, verbeter projecten in de praktijk en de lopende administratieve dingen die geregeld moeten worden. Te denken valt aan de wijzingen in de privacy vanaf 01 mei 2018.

### – Bariatrische chirurgie

Er bestaat binnen het huidige Huisarts Informatie Systeem geen oproep systeem voor patiënten die bariatrische chirurgie hebben ondergaan. Zie moeten ieder jaar gecontroleerd worden op onder andere de vitamine status. Via de apotheek worden deze patiënten aan de hand van de vitamine suppletie doorgegeven. Vervolgens geven wij ze een meetwaarde waardoor we ze in het systeem kunnen signaleren. Daarna wordt uitgezocht wie de hoofdbehandelaar is. Als dat de huisarts is, worden ze automatisch opgeroepen door het oproep systeem van de SHO zodat ze jaarlijks worden gecontroleerd op de bloedwaarden volgend het protocol.

### – Ouderenzorg

Alle patiënten van 65 jaar en ouder met 5 of meer geneesmiddelen worden met de apotheker doorlopen volgens de richtlijn polyfarmacie waarbij er een medicatiereview plaats vindt. Protocol Advance Care Planning wordt gemaakt zodat iedere kwetsbare oudere in kaart is gebracht volgens dit model.

### – COPD

Per 01-04 vindt er gestructureerd zorg plaats voor de COPD patiënten. Zij worden opgenomen in ketenzorg en krijgen reguliere controles van de POH-S.

### – Assistentes

Door verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn, complexere problematiek op het gebied van chronisch zorg, heeft Wietske andere taken gekregen binnen de praktijk. Eerder werkte zij voornamelijk als assistente. Daardoor is er ruimte gekomen om een assistente aan te nemen en meer continuïteit te bieden aan de balie en de praktijkvoering van de week. Er zijn nu versnipperde dagen met wisselende assistentes.

Er wordt gekeken in samenwerking met Onze Huisartsen of de scholingen voor de assistentes gezamenlijk geregeld en georganiseerd kunnen worden. Zo hoeft niet iedere individuele praktijk een scholingsbeleid te vormen.

– Privacy Wetgeving implementeren

Het algemene beleid wordt gevormd door onze huisartsen. Zij gaan ook de beveiliging van onder andere de website checken. In het werk overleg is afgesproken, alle patiënt gerelateerde informatie te verwijderen van de schijven op de computer. Foto's zijn opgeslagen in het patiënt dossier, de patiëntdossiers zijn geïmplementeerd in het HIS, deze worden daarna verwijderd van de computers. Over de mail wordt nog beleid gevormd.

– Verre postcodes

Patiënten die zijn verhuisd uit het praktijk gebied, blijven doorgaans patiënt. Tijdens een spoedgeval moeten we binnen 15 minuten bij een patiënt kunnen zijn. Voor patiënten die buiten dit postcode gebied vallen, kunnen wij deze zorg niet borgen. In de loop van 2018 zullen zij bericht krijgen met het verzoek een andere huisarts te zoeken in de buurt van de nieuwe woonplek.

– OPT-in en UZI

Door de naamswijziging van de praktijk, heeft dat problemen gegeven met de aansluiting op het LSP. Op dit moment is het nog niet operationeel. Wanneer bij het UZI register de namen allemaal goed zijn verwerkt, kan vervolgens bij het VZVZ de goedkeuring worden aangevraagd en wij onderdeel kunnen zijn van het LSP.

– Mijn Gezondheidsnet (MGN)

De mogelijkheden worden onderzocht in het najaar of MGN voor deze praktijk uitkomst zou bieden. Nu moeten patiënten nog met Digi-D inloggen, vanaf mei is er een app beschikbaar, waardoor dit niet meer hoeft en daar het gebruiksgemak voor de patiënt wordt vergroot. We willen hiermee bereiken dat de drukte aan de telefoon wordt beperkt.