



## **Jaarverslag Accreditatie 2017 en Plannen 2018**

### **Huisartsen "Oude Turfmarkt"**

Datum:	Januari 2018
Looptijd:	Kalenderjaar 2018
Kwaliteitscoördinator:	P. Vonk, huisarts
Adres:	Oude Turfmarkt 151 1012 GC Amsterdam
Telefoon:	020 - 5252878
Website:	<a href="http://www.huisartsenamsterdam.nl">www.huisartsenamsterdam.nl</a>

# INHOUDSOPGAVE

<b>1. Onze praktijk – Omschrijving, missie en visie</b>	4
<b>2. Lijst medewerkers</b>	7
<b>3. Reactie op Auditrapport 2-2017</b>	9
<b>4. Verbeteringsplannen 2017 - evaluaties</b>	11
I.    Suikers op orde 2.0	12
II.   Vorming PaTz groep	14
III.  Samenwerking Psychologen	15
IV.   ANW gegevens op orde	16
V.    Bureaublad	18
VI.   Formulieren	19
VII.  Behandelkamer, "Kamer 10 optimaal"	20
VIII. Telefoon ordenen	22
IX.   Voorraad artsenkamers	23
<b>5. Evaluatie TO DO's 2017</b>	27
<b>6. Medisch handelen Modules chronische ziekten</b>	31
I.    Eindverslag Chronische zorg; 'Astma/COPD; uit de rode cijfers – 2016'	32
II.   Eindverslag Chronische zorg CVRM -2016	34
III.  Eindverslag Chronische zorg DM; Suikers op orde 2016	36
<b>7. Thema audits</b>	
I.    Inleiding	38
II.   Thema: Sluiten Laboratorium Diagnostische cirkel	39
III.  Thema: Verantwoord voorschrijven	43
<b>8. Bijzondere activiteiten</b>	
I.    Preventie	53
II.   Innovatie en Wetenschap	55
III.  Opleidingen	62
<b>9. Arborisico analyse</b>	63
<b>10. Klachtenregeling</b>	64
<b>11. Overzicht VIM</b>	66
<b>12. Analyserapport van de patiënten vragenlijsten over de huisarts</b>	67

<b>13. Verbeteringsplannen 2018 en de toekomst</b>	71
I.    Inleiding Verbeterplannen	72
II.   Herijken Missie van de praktijk	73
III.  Gebouw	75
IV.  Communicatie	77
V.   Patiënten panel	80
VI.  SOA uitslagen	82
VII. Postverwerking digitaal	84
<b>14. To-Do's 2018</b>	86

# 1. Onze Praktijk – omschrijving, missie en visie

De praktijk van de Huisartsen Oude Turfmarkt / Studentenartsen is een huisartsenpraktijk in de binnenstad van Amsterdam. In 1938 is de praktijk opgericht als studentenartsenpraktijk van de Universiteit van Amsterdam. In 1981 werd het een volwaardige huisartsenpraktijk waarbij de praktijk werd opengesteld alle studenten hun partner(s) en kinderen en voor eenieder die een huisarts in de buurt wilde. In 2016 vierden we het 35 jarige bestaan van de huisartspraktijk. In 2018 bestaan de Studentenartsen maar liefst 80 jaar.

Onze praktijk streeft naar een optimale gezondheidszorg voor onze patiënten.

**Deskundigheid** bij alle medewerkers is daarvoor de basis. Wij willen **veelzijdig** zijn, zowel in onze vaardigheden, als in onze praktijkorganisatie.

De hulpvraag van onze patiënten stellen wij centraal en we willen zo **patiëntvriendelijk** mogelijk werken. Wij tonen **betrokkenheid** naar onze patiënten en bij maatschappelijke ontwikkelingen die van belang zijn voor de gezondheidszorg.

Tenslotte willen we dat de geboden zorg en de organisatie duidelijk en herkenbaar zijn voor patiënten en medewerkers, waardoor **continuïteit** van zorg wordt gewaarborgd. De kernwoorden zijn dus: *Deskundig, Veelzijdig, Patiëntvriendelijk, Betrokken en Continuïteit.*

Dit missiestatement wordt in 2018 nog eens gerevitaliseerd en mogelijk aangepast.

We leveren laagdrempelige en makkelijk toegankelijke hoogwaardige huisartsgeneeskundige hulp met een individueel karakter, teneinde de gezondheid van patiënten te bevorderen, de ziekten optimaal te behandelen en de patiënten zo goed mogelijk te begeleiden en te adviseren. Voor onze studenten doelgroep hebben we ook een verantwoordelijkheid voor de groep als geheel en ondernemen wij specifieke preventieve activiteiten waarin studenten worden gestimuleerd gezondheidsproblemen tijdig te signaleren en begeleiding te zoeken.

## Uitgangspunten

- Maximale flexibiliteit en laagdrempeligheid voor patiënten; patiënten kunnen een eigen huisarts kiezen, er is dagelijks afspraakspreekuur, patiënten kunnen binnen komen lopen zonder afspraak voor controle op blaasontsteking, stikstof behandelingen of oren uitspuiten, we zijn van 8 tot 17 uur bereikbaar, twee maal per week is er avondspreekuur door meerdere artsen, er is uitgebreide service online via de praktijkwebsite en er zijn enige specifieke websites beschikbaar, er is een reizigersvaccinatie spreekuur en een gespecialiseerd soa spreekuur, en zo meer.
- Ons zorgaanbod is up to date en veelzijdig.
- Er is extra service, toegespitst op onze jonge, studerende patiëntengroep.
- Onze praktijk is geaccrediteerd.

- De praktijk hanteert actuele standaarden en richtlijnen en voldoet – uiteraard - aan geldende wetgeving.
- Ons zorgaanbod wordt geleverd vanuit het volledige praktijkteam waarbij de deskundigheid van iedere medewerker maximaal wordt ingezet bij de uitvoering van de zorg.
- Maximaal aanbod van zorg binnen de eigen praktijk incl. kleine verrichtingen en servicegerichte diagnostiek (bloedafname aan huis, CRP bepaling, diagnostiek van urine, echo onderzoek abdomen).
- We zijn een opleidingspraktijk: huisartsen in opleiding vanuit het AMC, co-assistenten, doktersassistentes in opleiding en wetenschappelijke stagiaires volgen bij ons hun stages.

In onze praktijk werken tien huisartsen, tien praktijkassistentes, één praktijkondersteuner op het gebied van somatiek, drie praktijkondersteuners op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en twee wetenschappelijk medewerkers.

De patiëntenpopulatie (ruim 11.000 patiënten) is zeer divers, maar over het algemeen 'relatief jong en hoog opgeleid' te noemen, twee derde van onze populatie is of was student. Dit maakt dat een groot aantal patiënten zich elk jaar in- en uitschrijft.

Onze patiënten kunnen gebruik maken van de praktijk als een geheel, dat wil zeggen, er zijn geen patiënten op naam. Zij kunnen kiezen naar welke arts zij willen gaan, al stimuleren wij voor een ziekte episode een vaste arts te raadplegen.

Ons zorggebied voor huisartsenzorg is Amsterdam, binnen de ring. Voor studenten hanteren wij een ruimere regio, zodat zij al verhuizend tijdens hun studie in de praktijk kunnen blijven. Voor onze specifieke studenten doelgroep ondernemen wij preventieve activiteiten.

Iedere dag starten de afspraak mogelijkheden vanaf 8 uur. Er is in de ochtend, in de middag en op twee avonden in de week mogelijkheid een afspraak te maken. Een afspraak kan aan de balie, per telefoon maar ook via het internet gepland worden.

Andere diensten die er geboden worden zijn: het reizigersvaccinatie spreekuur, het soa-spreekuur, het BVO spreekuur. Men kan binnenlopen zonder afspraak voor bloedafname voor het huisartsenlaboratorium (iedere ochtend tot 13.30 uur), voor het verwijderen van hechtingen, wratten aanstippen, injecties, oren uitspuiten en urinecontrole. We zijn expert op een aantal terreinen: anticonceptie, soa, kleine chirurgie, acné behandeling, migraine, studie gerelateerde problemen, fase problematiek bij jongeren, HIV. We bieden via onze site E-Health aan.

Telefonisch zijn wij op werkdagen bereikbaar van 8 tot 17 uur. Wij beschikken hierbij over twee telefoonnummers (met daarachter een wachtrij-melder), een spoedlijn, een receptenlijn en een uitslagenlijn. De spoedlijn is ook open voor intercollegiaal overleg. Het opnemen van de spoedlijn

gebeurt onmiddellijk. De bereikbaarheid van de telefoonlijn voor de niet spoedeisende zaken wordt continu gemonitord d.m.v. de wachtrijmelder. Als er > 3 patiënten op de wachtrijmelder staan gaat een extra assistente aan de telefoon.

Voor het overige zijn wij bereikbaar per fax en kunnen patiënten via onze site ([www.huisartsenamsterdam.nl](http://www.huisartsenamsterdam.nl)) een telefonisch consult, een e-mail consult of een recept aanvragen. Hier is tevens de mogelijkheid om een feedbackformulier in te vullen of een adreswijziging of wijziging van de verzekering door te geven. Patiënten kunnen via het internet een afspraak inplannen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, het soa-spreekuur en voor een regulier consult bij een huisarts.

Wij zijn opleidingspraktijk voor twee huisartsen in opleiding van de huisartsopleiding UvA/AMC, we begeleiden co-assistenten van de UvA, studenten Medische Informatiekunde UvA/AMC, 2<sup>e</sup> jaars studentengeneeskunde voor hun junior-coschappen UvA/AMC en we bieden stageplekken voor de opleiding tot doktersassistent. Tot slot begeleiden we ook nog studenten gezondheidswetenschappen, psychologie en geneeskunde die hun wetenschappelijke bachelor / master stages bij ons doen.

Onze avond, nacht- en weekenddiensten worden (mede door onszelf) verzorgd door Stichting Huisartsen Dienstenpost Amsterdam (SHDA).

Wij participeren vanaf 1 januari 2017 in de klachtenregeling van de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE). Daarnaast kent onze praktijk een specifieke eigen klachtenprocedure.

Sinds 2005 beschikt de praktijk over een POH-somatiek. Bij de instelling ervan was al wel duidelijk dat m.n. de aantallen DM en COPD patiënten lager liggen dan in een standaard praktijk. Om deze reden is het plan opgevat om naast de "klassieke" POH ook activiteiten op te zetten voor meer specifieke patiënten groepen.

In het kader hiervan hebben we structurele, en dus jaarlijks uit te voeren, informatieve en controle acties ontwikkeld. Structurele acties zijn bijvoorbeeld: De controle van Lithium spiegels en nierfunctie, infectie preventie bij patiënten zonder milt, schildklierfunctie-bepaling bij patiënten die schildklierhormoon-substitutie therapie gebruiken, jaarlijkse kreatinine bepaling bij patiënten met jicht die allopurinol gebruiken, schildklierfunctie-bepaling bij mensen die de ziekte van Hodgkin hebben gehad, patiënten met osteoporose die bisfosfonaten gebruiken, Vitamine D advies bij ouderen, oproepen van patiënten met een doorgemaakte zwangerschapsdiabetes. Een uitgebreide beschrijving van deze activiteiten vindt u in dit jaarverslag onder bijzondere activiteiten. Hier kunt u ook informatie vinden over onze innovatieve en wetenschappelijke activiteiten.

## 2. Lijst medewerkers

### *Huisartsen:*

Simone Engelsbel

Peter Vonk, directeur - praktijkmanager

Ella Barg

Paul Roodenburg

Tineke Kistemaker

Emmeke Eijkelkamp

Daan Tempelman

Dorien Beijderwellen

Taranga van der Blom

Renée Weersma

### *Doktersassistenten:*

Ester van Run, praktijkmanager - teamleidster

Mirjam Bonne

Safiyah Chakawri

Angracia Haltman

Naomi Cook

Elvira van Aalst

Eveline Fooladi Mahani

Lizzy Telfort

Laura van der Geest

### *Praktijkondersteuning (POH):*

Kim van Houten, POH - Somatiek

Pien Wijn, POH GGZ - psycholoog

Hanne Houben, POH GGZ - psycholoog

Vera Holwerda, POH GGZ - psycholoog

Klaartje van Schijndel, arts - beleidsmedewerker

### *Sectie Onderzoek, Ontwikkeling en Preventie:*

Dr. Claudia van der Heijde, wetenschappelijk medewerker

Dr. Anke Klein, wetenschappelijk medewerker

2017



### 3. Reactie op Auditrapport 2-2017

Uit de Audit van 2016 kwam naar voren dat de praktijk complimenten verdient voor de enthousiaste medewerkers van deze drukke praktijk die gezamenlijk een goedlopend kwaliteitssysteem en verbetersysteem hebben gerealiseerd.

Tijdens de audit werd er 1 afwijking vastgesteld en zijn 5 opmerkingen ten aanzien van mogelijke verbeteringen gemaakt.

#### **Geconstateerde afwijkingen en onze acties:**

Infectie preventie, hiervoor zijn nieuwe protocollen met werkafspraken over handhygiëne, persoonlijke beschermingsmiddelen, afvoer van medisch afval en reinigen van ruimten, meubilair, apparatuur en middelen op basis van WIP richtlijnen opgesteld en geïmplementeerd.

Hoewel de autoclaaf op basis van de productbeschrijving op het internet van de fabrikant voldeed aan de richtlijnen is afgelopen jaar gebleken dat de autoclaaf wel goed was maar dat de richtlijnen een afwijking vertoonden met daarvoor. De onderhoudsfirma kon niet garanderen dat de NPA accrediteur de autoclaaf zou goedkeuren. We hebben een *state of the art* nieuwe autoclaaf gekocht. Nu maar hopen dat de richtlijnen een beetje stabiel blijven.

#### **Opmerkingen Audit:**

Kwaliteitssysteem:

Er is een protocol ontwikkeld om de eigen periodieke interne controle op de naleving en de doeltreffendheid van de praktijkafspraken te borgen. De activiteiten staan in de jaarplanning. Deze worden periodiek schriftelijk onder de aandacht van de actoren gebracht, hierop is nu schriftelijke terugkoppeling ingevoerd over de uitvoering van de taken welke door de hoofdassistente, de bewaakster van de planning, daadwerkelijk afgetekend kan worden in de jaarplanning.

Medische middelen:

In de aanwezige koelkasten die gebruikt worden voor medische opslag zijn min – max thermometers geplaatst die dagelijks worden afgelezen en afgetekend.

Instrumenten en apparatuur:

Er is in 2016 gekozen om een nieuwe externe firma in te schakelen die alle apparatuur, ook de glucosemeters, oorthermometers en weegschalen calibreert en ijkt.

Behandelingen:

De praktijk heeft een overzicht van de gedelegeerde handelingen per medewerker opgesteld en heeft een werkafpraak voor het delegeren van voorbehouden handelingen vastgesteld.

Zorguitkomsten:

Hoewel er de nodige inzet gepleegd is scoren enkele indicatoren voor DM, COPD en CVRM <50%. Er is nu in de organisatie geëscaleerd. De directeur-huisarts heeft artsen aangewezen om hier daadwerkelijk

zorg voor te dragen, er is een nieuw verbeterplan opgesteld en de NHG – indicatoren zullen elke 2-3 maanden in 2017 gemonitord worden.

Ter verzachting blijkt dat het huisartsinformatie systeem, OmniHis, weliswaar cijfers bij NHG-indicatoren kan produceren maar dat dit slechts een weerschijn van de werkelijkheid representeert. Als op andere manieren via rapportages of zoekopdrachten in het systeem gekeken wordt komen er andere cijfers uit. Ook worden protocollairschermen niet altijd volledig ingevuld terwijl de zorg op zich, en in het journaal opgetekend, wel goed gegeven wordt. We zijn met de producent van OmniHis in gesprek om dit programma te vervolmaken, echter zijn in dit opzicht afhankelijk van derden. Verder blijkt dat, met name in de chronische patiënten populatie er sprake is van psychiatrische co-morbiditeit welke de patiënt compliance niet bevordert. Voor 2017 staat er een "strengere controle" op het programma.

## **4. Evaluatie verbeterplannen 2017**

In 2016 hebben we verbeterplannen voor 2017 geformuleerd. Hier volgen de evaluaties van de uitgevoerde plannen in 2017. Alle plannen zijn vrijwel tot een goed einde gebracht.

- I.. Suikers op orde 2.0**
- II. Vorming PaTz groep**
- III. Samenwerking Psychologen**
- VIII. ANW gegevens op orde**
- IX. Bureaublad**
- X. Formulieren**
- VII. Behandelkamer, "Kamer 10 optimaal**
- VIII. Telefoon ordenen**
- IX. Voorraad artsenkamers**

## **4. I. Eindevaluatie verbeterplan: "Suikers op orde 2.0"**

**Datum: November 2017**

**Projectcoördinatoren Daan Tempelman, Dorien Beijderwellen**

### **Verbeteringsdoel:**

De zorg voor onze suikerpatiënten moet op orde. Uit eerdere cijfers van NPA lijkt onze zorg voor de DM-patiënten ondermaats te zijn.

### **In welke mate is het verbeteringsdoel bereikt?**

Niet geheel duidelijk, zie hieronder.

### **Hoe tevreden zijn we met het bereikte resultaat?**

Nog niet geheel tevreden en vooral gefrustreerd over de data-extractiemoeilijkheden en hierdoor moeite met het goed controleren of het harde werk zijn vruchten heeft afgeworpen.

### **Hoe is het project verlopen**

Redelijk.

Er is gestart met het samenstellen van de groep patiënten met DM type II die door de huisarts behandeld worden. Wat hierbij gelijk opviel was dat deze lijst erg (50%!) verschilde met de lijst die bij data-extractie uit OmniHis wordt samengesteld en waarop de jaarcijfers van de DM zorg worden berekend. (Zoals hoeveel van deze patiënten bijvoorbeeld cholesterolverlagers slikken, of hoeveel patiënten een jaarcontrole met voetonderzoek hebben ondergaan etc). Na meerdere keren emailcontact en later ook meerdere keren telefonisch overleg hierover met de helpdesk van OmniHis werd niet geheel duidelijk waarom deze lijst niet de juiste was en daarmee ook de cijfers ons niet zo veel zeggen. Een hypothese waarom de lijst niet accuraat is was dat het te maken heeft met wie in het medisch dossier van de patiënt als hoofdbehandelaar staat aangegeven. Dit kan de huisarts of de specialist zijn. Is een patiënt onder behandeling bij de huisarts en geef je dit aan in het protocollairscherm van OmniHis dan wordt deze na een jaar (!) pas meegenomen in de nieuwe accurate lijst van patiënten die onder behandeling zijn van hun huisarts. Dit is door de techneuten van OmniHis zelf niet aan te passen, om fraude tegen te gaan. Of te wel: de lijst waarop wij de zorg voor onze suikerpatiënten toetsen bestaat voor 50% uit patiënten die voor hun suikerziekte bij de specialist worden behandeld en hier wel of niet een voetonderzoek en jaarcontrole ondergaan. En dit zal pas na een jaar beter te meten zijn en de vraag blijft of de lijst dan echt bestaat uit alleen maar patiënten die wij ook daadwerkelijk behandelen voor hun suikerziekte.

Na deze frustrerende exercitie hebben we onze website voorzien van een bondige tekst waarom het belangrijk is dat patiënt met suikerziekte vier keer per jaar gecontroleerd moeten worden en hebben we de patiënten opgeroepen per brief met alvast een formulier voor bloed- en urineonderzoek en het verzoek een afspraak te maken bij een van de "suikerdokters". Tevens werd er een assistente verantwoordelijk gemaakt bij het niet reageren of verschijnen van de opgeroepen patiënten zelfs na te

bellen en patiënten alsnog een afspraak te laten maken. Met deze ietwat paternalistische aanpak wilden we onze patiënten extra goed bereiken om de “no shows” tot het minimum te beperken. Met al onze inzet is ten tijden van het schrijven van dit evaluatieplan (9 maanden na oproepen van de eerste patiënten) zijn alle DM-patiënten opgeroepen en 37/57 patiënten is daadwerkelijk voor controle bij de huisarts verschenen. Onze assistente gaat uiteraard ook in 2018 door met het oproepen van onze patiënten.

**Als het verbeterdoel niet is bereikt,  
waar kan dat aan liggen ?**

- OmniHis, zie eerdere uitgebreide uitleg.
- Patiënten compliance ondanks informatie op onze website, oproepbrief met uitgebreide uitleg en het nabellen door onze assistente.

welke stappen gaan we ondernemen

Het verbeteren van onze DM-zorg blijft uiteraard zeer actueel in 2018. We zullen de cijfers rond onze DM-zorg nauwlettend in de gaten houden en bekijken of de lijst van de daadwerkelijke patiënten die onder onze DM-zorg vallen steeds meer overeen gaat komen met de lijst die uit OmniHis geëxtraheerd wordt. Er zal in 2018 uiteraard een nieuwe oproepronde plaatsvinden en de patiënten die consequent de oproep negeren zullen in het medische dossier een extra aantekening krijgen in het attentiescherm zodat bij elk contact met de praktijk direct zichtbaar is dat er een afspraak voor DM-controle moet worden ingepland.

## **4. II. Eindevaluatie verbeterplan: "Vorming PaTz groep"**

**Datum: November 2017**

**Projectcoördinatoren Dorien Beijderwellen**

### **Verbeteringsdoel:**

Oprichten PATZ-groep

### **In welke mate is het verbeteringsdoel bereikt?**

Volledig, de PATZ-groep is opgericht en heeft al meerdere succesvolle bijeenkomsten gehad.

### **Hoe tevreden zijn we met het bereikte resultaat?**

Zeer.

### **Hoe is het project verlopen**

Voorspoedig. Er werd allereerst gekeken naar de basis ingrediënten voor een succesvolle PATZ-groep. Simone werd aangesteld als voorzitter en heeft een NHG-cursus gevolgd om de PATZ methodiek eigen te maken. Tineke heeft zich bereid gevonden consultant te zijn met haar kennis van palliatieve zorg in het kader van haar rol als ex-kader- en ex-SCENarts. Daarnaast waren 3 wijkverplegers van Buurtzorg erg enthousiast om vaste deelnemers van onze PATZ-groep te worden. Al met al bestaat de PATZ-groep nu uit 10 dokters en 3 wijkverplegers.

Vervolgens hebben we een patiënten lijst samengesteld met palliatieve patiënten in onze praktijk en hebben we een Haweb-groep opgericht.

De PATZ-groep werd officieel gestart met een startbijeenkomst die werd georganiseerd door PATZ Nederland met tips en uitleg rondom de PATZ methodiek.

Het enige minpuntje te noemen rondom dit verbeterplan is dat andere thuiszorgorganisaties het helaas te druk hadden om deel te nemen aan onze groep en we dus nu alleen zaken doen met Buurtzorg. Mogelijk zullen we in de toekomst opnieuw een poging ondernemen ook thuiszorg organisaties als Cordaan of Evian toch zover te krijgen zich bij ons te voegen.

## **4. III. Eind evaluatie verbeterplan “Samenwerking Psychologen”**

**Datum: November 2017**

**Projectcoördinatoren Dorien Beijderwellen**

### **Verbeteringsdoel:**

Samenwerking met psychologen verbeteren zodat we laagdrempelig kunnen overleggen, weten welke psychologen goede kwaliteit zorg bieden en met name onze patiënten snel de juiste zorg kunnen bieden.

### **In welke mate is het verbeteringsdoel bereikt?**

Om dit doel te bereiken is allereerst een lijst samengesteld van goede psychotherapiepraktijken, deze is door ervaring van alle collega's samen tot stand gekomen. Vervolgens zijn deze 15 praktijken benaderd voor een speeddate middag om (opnieuw) kennis te maken en gelegenheid om onze samenwerking te verstevigen. Tijdens deze eneroverende middag hebben de artsen, POH-ers en de psychologen uitgebreid kunnen praten over de samenwerking, de expertise per praktijk en werd er stil gestaan bij het probleem van (lange) wachtlijsten.

Tot slot werd naar aanleiding van deze leuke middag onze verwijzlijst aangepast.

### **Hoe tevreden zijn we met het bereikte resultaat?**

Zeer.

### **Hoe is het project verlopen**

Voorspoedig. De selectie van psychologenpraktijken verliep soepel, de psychologen waren erg enthousiast, zijn in grote getalen verschenen op de speed-datemiddag en alle deelnemers waren enthousiast over de vormgeving en het nut van de samenkomst. Al met al een geslaagd verbeterplan!

## 4. IV. Eindevaluatie verbeterplan " ANW gegevens op orde"

**Startdatum: 12-12-2016**

**Naam projectcoördinatoren:**

**Paul Roodenburg, huisarts en Saffiyah Chakawri, doktersassistente**

**Beschrijving van de huidige situatie:**

Geen emailadres, telnummer op verkeerde plek, woonadres klopt niet, incorrect tel nummer en emailadres of geen/verkeerde apotheek

**Beschrijving van de gewenste situatie:**

Tel klopt.

Woonadres klopt.

Email adres klopt.

Apotheek klopt

**Datum bereiken doel: 01/11/2017**

**Beschrijving van de verwachte knelpunten en de eventuele oplossingen:**

- Verwerking van de formulieren.. kost tijd?
- De assistentes hebben bij drukte geen tijd voor controle van deze gegevens

**Beschrijving van bevorderende factoren:**

- Iedereen uitleggen van doel: Zorgdomein, oproepen (bijv. voor de jaarlijkse griepvaccinatie), nieuwsbrief, mailings.

**Geeft kort aan hoe u het verbeterplan tussentijds\* en over een jaar gaat evalueren**

Steekproef uit agenda nemen die 1 maand terug gaat.

Alle emailaanvragen (consulten, recepten, tel)

F1 scherm mailadres aanpassen.

1e middag: Formulier ontwerpen (zie bijlage)

2e middag: Formulier uitdelen en uitleggen met het doel erbij.

3e middag: 100 steekproeven uit agenda.

\* Tussentijds zijn er 4 steekproeven gehouden van 100 patiënten, waarbij gekeken is of de registratie van de gevraagde gegevens verbeterde. De resultaten waren:



06/02/17: 36% niet volledig ingevuld (uitgangspeiling)  
06/03/17: 31% niet volledig ingevuld  
31/03/17: 19% niet volledig ingevuld  
10/10/17: 14% niet volledig ingevuld

**Conclusie:**

De assistentes hebben goed werk verricht. Het resultaat is echter nog niet 100%. We stellen voor dat de assistentes zoveel als mogelijk de controle op de genoemde gegevens blijven uitvoeren en dat de artsen zelf bij de consulten en bij het telefonisch spreekuur controleren en aanvullen als er gegevens ontbreken.

## 4. V. Eindevaluatie verbeterplan: "Bureaublad"

**Datum: November 2017**

**Projectcoördinatoren Eveline /Daan**

### **Verbeteringsdoel:**

Op iedere computer in het pand: een identiek bureaublad in huisstijlachtergrond met alleen relevante snelkoppelingen / hyperlinks, na inventarisatie bij alle collega's verkregen.

### **In welke mate is het verbeteringsdoel bereikt?**

Het nieuwe bureaublad is operationeel. Er is voor een simpele zwarte achtergrond gekozen. Dit kan eventueel veranderd worden als de HOT beschikt over een eigen "huisstijl". Er kunnen door medewerkers niet direct snelkoppelingen worden toegevoegd of verwijderd. Indien gewenst, kan dit via Daan Tempelman in overleg met Menno van Dam (systeembeheerder).

Een keer per jaar wordt het bureaublad geëvalueerd. Suggesties voor verbetering/verandering kunnen bij ondergetekenden ingeleverd worden. In OmniHis kan via de knoppen "Extra" - > "Internetbladwijzers" rechtstreeks een aantal veelgebruikte webpagina's worden geopend. Als medewerkers persoonlijke internetlinks willen opslaan kan dat via de webbrowser Mozilla. Dit kan wel voor iedere computer/medewerker apart.

### **Hoe tevreden zijn we met het bereikte resultaat?**

Tevreden. Het blad is overzichtelijker geworden.

### **Hoe is het project verlopen**

Voldoende input van de collega's gekregen, dat was erg prettig. Het "uitrollen" van het bureaublad liet wat langer op zich wachten door een aantal technische hindernissen die inmiddels zijn opgelost door onze systeembeheerder Menno van Dam (o.a. er voor zorgen dat er per werkstation geen wijzigingen kunnen worden aangebracht door medewerkers)

### **Bijzonderheden:**

Geen

## 4. VI. Eindevaluatie verbeterplan: "Formulieren"

**Datum: November 2017**

**Projectcoördinatoren: Angracia Haltman, doktersassistente, Ferlin Fitz Jim , huisarts overgenomen door Emmeke Eijkelkamp, huisarts.**

### **Verbeteringsdoel:**

Formulieren in een vast volgorde geordend in een kast onder het bureau op iedere artsenkamer.

### **In welke mate is het verbeteringsdoel bereikt?**

Vastgesteld is welke formulieren gewenst zijn op ieder artsenkamer. Deze formulieren zijn op iedere artsenkamer beschikbaar in de hangmappen. Angracia maakt 2 maal per maand een rondje om de formulieren waar nodig aan te vullen. Zij heeft hiervoor een kast en de assistenten ruimte waar alle formulieren die zij hiervoor nodig heeft gestructureerd liggen.

### **Hoe is het project verlopen**

Begin oktober heeft Emmeke het verbeterplan overgenomen van Ferlin. Angracia was er toen al intensief mee bezig geweest. De lijst formulieren was klaar, de kastjes besteld en in elkaar gezet. Wij hebben samen de kast in de assistentenruimte uit en ingeruimd zodat een goed overzicht ontstaan van de voorraden en zodat het voor Angracia makkelijk is om alles wat ze nodig heeft te verzamelen.

### **Wij hebben hier een protocol van gemaakt, zodat een ander dit makkelijk over kan nemen.**

Verwacht Angracia is nog druk bezig met het benoemen van iedere hangmap. De verwachting is dat iedere arts nog vóór de Kerst een hangmap systeem heeft dat gestandaardiseerd is. Deze zal vanaf de Kerst iedere maand 2 maal worden gecontroleerd en zo nodig bijgevuld. Hopelijk nooit meer misgrijpen dus, ook niet op de kamer van een collega!

## 4. VII. Eindevaluatie verbeterplan "Kamer 10 optimaal"

**Datum: november 2017**

**Projectcoördinatoren: Naomi Cook, doktersassistente, Emmeke Eijkelkamp, huisarts.**

### **Verbeteringsdoel:**

Doel was om de verrichtingenkamer, kamer 10, LEAN te maken: overzichtelijk, alle spullen op een logische plek, zodat alles wat je nodig hebt makkelijk te vinden is. Bovendien makkelijk te pakken.

Het voorraadbeheer is helder en zo dat we nooit meer misgrijpen. Dingen hebben hun vaste plek en op die plek is het duidelijk zichtbaar wat er moet staan, hoeveel er minimaal en maximaal zou moeten zijn.

De looplijnen zijn logisch, er is een prettige beweegruimte voor de behandelend arts.

Er is een omkleedplek voor de patiënt.

Er is mogelijkheid voor de assistente om de 'vuile vaat' uit kamer 10 te pakken, of even iets te vragen, zonder de behandeling te storen.

De visitetas staat op een vaste plek, goed bereikbaar voor de dienstdoende arts. Ook de visitetas wordt met regelmaat gecontroleerd.

### **Doel bereikt? Beloop?**

Kamer 10 is verbouwd. Er is een nieuwe vloer gekomen en een nieuw werkblad met ladeblokken. De muren zijn gewit. Hierna hebben we de lades zo optimaal mogelijk gevuld: instrumentarium, verbandmiddelen en injectiemateriaal ed. op thema. In het vakje van ieder item ligt een geplastificeerde foto van wat erin hoort. Richtlijn is dat er van ieder item minimaal 5 stuks beschikbaar zijn.

Hiermee zijn we begonnen en gedurende het jaar is deze indeling aangepast naar wens van de gebruikers van kamer 10.

Kamer 10 werd dagelijks in de ochtend gecontroleerd door de assistente die op deze dag HULP LAB is. Om praktische redenen zal dit per november 2017 worden overgenomen door de DIENST assistente. Hierbij controleert de assistente of de kamer schoon is en het werkblad opgeruimd en aangevuld is. Zij controleert op beschikbaarheid van de voorraden in iedere la. Is dit onvoldoende dan kan zij aanvulling pakken uit de onderste lade. Deze wordt weer aangevuld vanuit het lab (steriel instrumentarium) het oud archief.

De indeling van kamer 10: De onderzoeksbank is zo gesitueerd dat deze van alle kanten te benaderen is, de verlichting is goed. Er staat onder het werkblad een rolkarretje, waardoor aan alle kanten gewerkt kan worden.

Er is een omkleedruimte gekomen voor de patiënt met een stoel, een kleidinghaakje en een gordijn.

Er is een ook gordijn bij de deur gekomen dat kan worden gesloten tijdens behandelingen, waardoor de assistente te alle tijde het vuile instrumentarium kan komen halen en de dagdokter zonder al te veel te storen de visitetas kan pakken.

De visite tas staat op kamer 10 in het keukenkastje. Deze tas wordt maandelijks gecontroleerd door Naomi en Ester. De afspraak is dat de tas na gebruik zsm weer terug in het kastje wordt geplaatst en dat gebruikte items uit de tas op het bord ernaast worden genoteerd zodat deze kunnen worden aangevuld. Naomi houdt dit bord in de gaten.

## 4. VIII. Eindevaluatie verbeterplan "Telefoon ordenen"

**Datum: november 2017**

**Naam projectcoördinatoren: Mirjam Bonne doktersassistente**

### **Beschrijving van de huidige situatie:**

Op diverse telefoons staan verschillende nummers in geprogrammeerd. Tevens is er geen lijst met veel gedraaide belangrijke externe nummers.

### **Beschrijving van de gewenste situatie:**

De wens is dit uniform te hebben, op elke telefoon. Telefoonnummers van alle artsen/POH/onderzoekers, en nummers van externe belangrijke instanties

### **Beschrijving van het verbeteringsdoel (SMART):**

Specifiek. Alle telefoonnummers die verzameld/ belangrijk zijn in elke telefoon

Meetbaar: halfjaarlijkse check van telefoons en nummers

Acceptabel: minder tijd kwijt aan elke keer opzoeken nummers

Realistisch: check als telefoon niet bezet is/kamer vrij. Dit wordt aan het begin van het jaar afgesproken

Tijdgebonden: Zie inplandatum 2017

**Datum bereiken doel: 31/12/2017**

### **Doel bereikt:**

Lijst gemaakt met alle nummers intern en van nummers die de artsen er graag in willen. Dit zou ingepland kunnen worden via telefonie. Achteraf blijkt dat dit op de meeste telefoons niet kan. Iig voor alle kamers een geplastificeerde A4 gemaakt voor op de kamer. Na nogmaals navraag blijkt dat een aantal nummers handmatig in de telefoon gezet kunnen. Dit wordt nog gedaan

## 4. IX. Eindevaluatie verbeterplan “Voorraad artsenkamers”

**Datum november 2017**

**Projectcoördinatoren:**

**Lizzy Telford, assistente**

**Simone Engelsbel, Ella Barg, Taranga vd Blom, huisartsen**

### **Verbeterdoel**

Uniform hebben van voorraden / instrumenten op de artsenkamers (in combinatie met verbeterdoelen formuleren in de spreekkamer en uniform bureaublad), zodat er niet meer hap snap en op een laatste moment bij gevuld hoeft te worden (wat soms ook zoekwerk en irritatie en tijd verlies met zich meebrengt)

### **Uitgangssituatie**

Iedere artsenkamer heeft zijn eigen sfeer (passend bij een Amsterdams grachtenpand) en indeling (in de loop van de tijd aangepast), mede tot stand gekomen door de arts die er het vaakst spreekuur doet. Geen enkele kamer is gelijk in vorm en grootte. Op een kamer werken vaak meerdere artsen.

Er liggen in iedere kamer vaak maar een maat handschoenen.

Er staat in ieder kamer of een rood of een wit of een open kast, of een kast met laatjes waar men zijn instrumenten/ voorraad op/in verbergt.

### **Gewenste situatie**

Bij part-time werkers en het werken met aios en co assistenten (meerdere tijdelijke bewoners van artsenkamers) zou een zekere uniformiteit (waar vind ik wat, geregelde inspectie en aanvulling) in de kamers meehelpen om werkprocessen in de spreekkamer te faciliteren.

### **In welke mate is het verbeterdoel behaald.**

Dit stuk schrijvend is de het project nog in volle gang.

We hebben gebrainstormed over wat er minimaal in de kamers aanwezig moet zijn; handschoenenrekje met 3 maten handschoenen, karretjes met instrumenten, een voorraadkast. Daarna bedacht wat er dan op die karretjes geplaatst moet worden (zie bijlage 1).

Het bovengenoemd groepje heeft meerdere rondes door het huis gemaakt om te bepalen wat voor aanpassingen er nodig waren in elke kamer om tot die uniformiteit te komen (zie bijlage 2).

Een van ons heeft de indeling van de karretjes op zich genomen.

### **Voorraadbeheer is nog in overleg maar heeft het volgende raamplan:**

In iedere kamer zijn materialen dubbel aanwezig. In de voorraadkast ligt een artikel, waarachter een rood geplastificeerd kaartje met artikelnaam en kamernaam. Zodra het voorraadartikel is weggenomen ligt het kaartje daar ipv het artikel. Diegene die de ronde doet en voorraden aanvult weet zo wat er

aangevuld moet worden. Dat zal voor speculatie anders zijn dan voor bv de dopjes voor de oor thermometer.

### **Op onderdelen:**

Handschoendooshouders voor 3 verschillende maten handschoenen. Plaatsen zijn bepaald. Rekjes besteld. In progress.

### **Indeling kamers om de instrumentenkarretjes kwijt te kunnen.**

Dat is een lastige klus. Er moeten kasten verwijderd, geruimd en uit het oud archief gehaald om dat voor elkaar te krijgen. Er moeten scheidingsgordijnen worden aangemeten. In progress.

Een karretje is ingedeeld als prototype. Er is een commentaar ronde geweest. Materiaal wordt besteld om de karretjes op te vullen. Bij verscheiden kamers kan de vervanging hierna plaats vinden. Bij enkele kamers moet eerst een 'verbouwing' plaatsvinden voor dat de karretjes er in kunnen. In progress.

### **Procesgang**

De geplande 3 middagen om dit project tot stand te brengen is niet gehaald voor 1 november 2017. Het kostte meer tijd dan gepland. Niet alle leden waren er op alle middagen of voorafgaande aan de geplande middagen. Het project impliceerde gelijktrekken van wat moeilijk gelijk te trekken valt bij de diversiteit in ruimtes. Heel blij waren wij met het aanschuiven van Taranga die voortvarend aan de slag ging met de opmaak van de karretjes en zo nieuwe energie in het project blies.

### **Evaluatie**

Of er bij artsen (en assistentes, die er een taak bij krijgen) meer stroomlijning is in werkprocessen in de spreekkamer zal bij volgende accreditatie bepaald kunnen worden.



## **Bijlage 1.**

### **Op de kar (en in voorraadkast)**

Specula

Wattenstafjes

Tongspatels

Oordopjes

Thermometerdopjes

Maandverband

Gazen 10x10

Spiralensets / specula

Korentang

Polieptang

Pleisters

Fluoresceïne

Leukoplast

SOA Kweek/pcr/uitstrijk

Betadine

Schaar

Bekken

TCA

Mesje

Naald

Pincet

### **Op tafel (en in de voorraadkast)**

Tissues

### **Wastafel (en in de voorraadkast)**

Handschoenen

Foam

Handenalkohol

Glijmiddel

Vaseline

### **Inventaris**

Emmer

Weegschaal

Visuskaart

Handspiegel  
Stemvork  
Lamp  
Onderzoeksbank met papier  
Onderzoeksbankpapierrol extra  
Rode kaartjes

### **Huisarts heeft zelf**

Stethoscoop, saturatiemeter, hamer, tensie meter, meetlint, thermometer, otoscoop

### **Bijlage 2.**

#### **Kamers**

TB/RW; nw karretje ipv wit karretje; ruilt kast met EB; handschoenenrekje komt onder t rekje r van de spiegel; gordijn komt terug; grote kast naar oud archief

EB; nw karretje; ruilt kast met TB/RW; Handschoenenrekje komt naast het handdoekenrekje

PV: nw karretje ipv rood karretje; voorraad kast is aanwezig; handschoenenrekje naast handdoekenrekje

TK; nw karretje; ipv kast die als scheidingswand fungeert komt een gordijn; deze kast naar oud archief; de kast (1/4 van de scheidingswand) die nu tegen de muur staat draait een kwartslag; Handschoenenrekje komt onder het handdoekenrekje

DB; nw karretje ipv roodkarretje; Voorraadkast komt achter de deur; hier nu mappen met praktijk archieven-graag naar oud archief; Handdoekenrekje r naast de kapstok ??

SE; kar aanwezig (maar wellicht toch uniformeren); Voorraad in de zwarte kast; Handschoenenrekje naast handdoekenrekje

EE; nw kar aanwezig; voorraadkast aanwezig; Handschoenenrekje r of l naast handdoekenrekje

DT; nw karretje; voorraadkast aanwezig; handschoenenrekje l naast het aanrecht

PR; nw karretje; lage kast verwijderen, hoge kast naar l verschuiven zodat karretje een plekje krijgt; in de hoge kast is voorraadruimte aanwezig; handschoenenrekje onder handdoekenrekje

20.03; nw karretje; kast uit oud archief als voorraad kast; gordijn ipv verrijdbaar kamer scherm; handschoenenrek r naast handdoekenrek

## 5. Evaluatie TO DO's 2017

- |  |                  |
|--|------------------|
| 1. Kabels achter computers wegwerken   | Peter en Eveline |
| 2. Uitzoeken waarom doorboeken in OmniHis vaak niet lukt                             | Daan en Lizzy    |
| 3. Waarom kunnen oude recepten niet nog een keer uitgeprint worden bij de assistente | Daan en Elvira   |
| 4. Waarom functioneert scan apparaat niet goed, nieuwe kopen?                        | Daan en Saffiyah |
| 5. Waarom in Zorgdomein geen specialisten brief toe te voegen?                       | Daan en Angracia |
| 6. Postcodegebied van de praktijk evalueren, uitbreiden                              | Tineke en Ester  |
| 7. Klapstoelen wachtkamer onderhoud, vervangen                                       | Ester en Mirjam  |
| 8. Reisfolders die uitgedeeld worden niet uitdelen maar op de website                | Ella en Naomi    |
| 9. Implementeren monochloorazijnzuur voor voetwratten                                | Peter en Laura   |
| 10. Oud Archief bijhouden  | Lizzy en Ester   |
| 11. Doelmatig voorschrijven, actie "verbetering somscores"                           |                  |

**1. Kabels achter computers wegwerken** Peter, Mirjam.

Gewapend met tie-ribs en klittenband zijn we op elke kamer achter de computer gekropen, de kabels zijn ontward en met klittenband cq tie-ribs aaneen gebonden. Helaas zijn kabels nodig om de apparatuur te laten werken en ontkomen we niet aan "kluwens". De kabels zijn wel zo weggewerkt dat ze de andere bedrijfsprocessen zo min mogelijk verstoren.

**2. Uitzoeken waarom "doorboeken" in OmniHis vaak niet lukt?** Daan

Het lijkt te maken te hebben hoe "snel" een assistente tijdens de handeling op de verschillende OmniHis knoppen klikt. Te "snel" lijkt OmniHis niet aan te kunnen en doet de berekening vast lopen, waardoor de procedure op een andere computer afgemaakt moet worden waarna het wel goed gaat. Geduld lijkt dus de oplossing.

**3. Waarom kunnen oude recepten niet worden uitgeprint bij de assistente?** Daan

Na recente OmniHis update kunnen recepten die niet ouder zijn dan één jaar worden uitgeprint. Recepten die ouder dan een jaar zijn moeten opnieuw worden aangemaakt.

**4. Waarom functioneert scan apparaat niet goed, nieuwe kopen?** Daan en Saffiyah

Het vorige apparaat bleek te oud en werd hierdoor onbetrouwbaar. Een aantal weken geleden is een nieuw scanapparaat geïnstalleerd dat tot nu toe naar tevredenheid werkt. Collega Mirjam Bonne heeft alle relevante faxnummers (van apotheken, ziekenhuizen e.d.) in het nieuw apparaat geprogrammeerd.

**5. Waarom in Zorgdomein geen specialisten brief toe te voegen?** Daan en Angracia

Brieven die bij ons op de server staan, bv in PDF formaat, kunnen worden toegevoegd. Brieven via OmniHis tabblad 6 "Correspondentie" via Edifact kunnen voorlopig NIET worden toegevoegd. Zorgdomein is wel druk bezig een dergelijke functie te implementeren.

Een verwijzing die in Zorgdomein wordt geschreven en teruggestuurd wordt naar OmniHis tabblad 6 Correspondentie krijgt niet automatisch de juiste specialistencode mee. Dit moet handmatig veranderd worden. Dit is bij OmniHis helaas niet anders mogelijk (wel bij andere HIS-sen dmv XML-koppeling). Dit zal teruggekoppeld worden aan OmniHis met de vraag of zij deze functie kunnen implementeren in de volgende update.

**6. Postcodegebied van de praktijk evalueren, uitbreiden** Tineke en Ester

Praktijk gebied

De LHV heeft richtlijnen opgesteld over bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartspraktijken. Een van de richtlijnen die in een update in november 2013 is bevestigd, is: Nadat een melding van een spoedgeval ontvangen is, spant de huisarts zich in om onder normale omstandigheden binnen een

kwartier aanwezig te zijn bij de hulpvrager dan wel spant de voorziening huisartsenzorg zich in voor een adequate overname door een andere zorgverlener/instantie.

Met een reistijd van maximaal 15 minuten is de patiënt veiligheid niet in het geding. Dit is een richtlijn in geval van normale omstandigheden.

Ons praktijkgebied bevindt zich nu grosso modo binnen de ring en wordt aan de noordzijde begrensd door het IJ.

Met behulp van Google maps is gekeken naar de aanrijtijd per fiets\* naar de uitersten van de postcodes binnen de ring en naar een aantal aanliggende postcodes buiten de ring, zoals in Amsterdam-west en -noord.

Het blijkt dat de uitersten binnen de postcodes binnen de ring nog altijd binnen de 20 minuten te bereiken zijn. Ook postcodes in West buiten de ring, zoals 1061 en 1062, en in Noord, 1021 en 1031, zijn nog binnen 20 minuten bereikbaar.

In de praktijk zijn slechts bij hoge uitzondering spoedhuisbezoeken noodzakelijk. De meeste adressen binnen de Ring en in de daarbuiten gelegen postcodes in west en noord zijn ruim binnen 20 minuten per fiets bereikbaar.

Het voorstel is om het postcode gebied aan te houden dat door de ring wordt bepaald en daaraan toe te voegen de postcodes in west en noord die hierboven staan vermeld.

Verder om als zich een spoedvisite aandient, bij twijfel over de tijd die het kost om bij de patiënt te komen, het even te verifiëren in Google maps. Als dan blijkt dat de tijd boven de 15 minuten zal komen en als de arts inschat dat dat te lang gaat duren, dan wordt overlegd met de spoedambulance.

Tenslotte zou een goede praktijkfiets met versnellingen of elektrische hulpmotor kunnen worden aangeschaft die bestemd is voor de dienstdoende huisarts.

\* per fiets zijn eigenlijk alle postcodes sneller te bereiken dan met de auto

#### 7. **Klapstoelen wachtkamer onderhoud, vervangen** Ester

Via de Firma Ahrend, waar de huidige klapstoelen ooit besteld zijn, ben ik niet verder gekomen. Zij kunnen mij niet iets soortgelijks aanbieden. Na herhaaldelijk contact zonder resultaat heb ik besloten via facilitair bedrijf van de UvA een offerte op te vragen. Deze zijn net binnen, ik zal met Peter een beslissing nemen en zo spoedig mogelijk in gang zetten.

#### 8. **Reisfolders die uitgedeeld worden niet uitdelen maar op de website** Ella en Naomi

We zoeken naar manieren om papier te besparen in de praktijk. Op het vaccinatie spreekuur werd erg veel papier uitgedeeld.

We hebben besloten om 1 boekje waar alle informatie beknopt in staat mee te geven aan de patiënt. Deze boekjes kunnen wij gratis bestellen via Reisprk. Verder geven we een flyer mee over de 'zeker op reis' app. Op deze manier besparen we veel papier en kan de patiënt ook over de informatie beschikken via haar/zijn telefoon. Naomi bestelt de folders wanneer ze de vaccinaties bestelt.

#### 9. **Implementeren monochloorazijnzuur voor voetwratten** Peter en Laura

Naar het idee van Peter zijn wij van start gegaan met het maken en gebruiken van monochloorazijnzuur in de praktijk.

Allereerst is de grondstof voor de vloeistof besteld bij de groothandel. Zodra dit binnen was kon het gemengd worden met gedemineraliseerd water om op deze manier een vloeistof te maken met een oplossing van 80%. Ook zijn er flesjes (met dopjes) van 10ml besteld waarin de MCA kan worden gebotteld. Dit, samen met een zelfgemaakt label, maakte het product compleet en kon het worden aangeboden aan andere huisartsen of dermatologen. En na een klinische les van Peter konden wij het hier zelf in gebruik nemen.

Peter heeft een domeinnaam gekocht ([www.monochloorazijnzuur.nl](http://www.monochloorazijnzuur.nl)) waarop een beschrijving staat van het product, hoe het te bestellen is en hoe het gebruikt dient te worden.

Alle bovengenoemde kosten, samen met de kosten voor verzending (envelop e.d.), zijn doorgerekend naar een prijs voor een flesje MCA (€7.50).

Laura is het aanspreekpunt voor diegene die een flesje willen kopen. Ook is zij verantwoordelijk voor het inpakken en verzenden en het bijhouden van de inkomsten en uitgaven. Eens in de zoveel tijd checkt Peter, na een briefje van Laura te hebben gekregen met namen van kopers, de bankrekening om te kijken of alle bestellingen betaald zijn.

Laura heeft een protocol geschreven waarin staat hoe de MCA wordt toegepast en wat er geboekt dient te worden.

De flesjes monochloorazijnzuur worden binnen de praktijk gebruikt en er zijn al een heel aantal van verkocht aan huisartsen elders in het land.

#### 10. Oud Archief bijhouden

Lizzy en Ester

Een aantal keer per jaar ga ik kritisch door het oud archief om eea af te laten voeren. Op dit moment zitten we in een grote kasten verhuizing in het pand en staan er een aantal kasten ook in het oud archief. Na de verhuizing zal ik weer een mooie opslag maken voor voorraad en promotiemateriaal. De oude beeldschermen zijn aangeboden aan de medewerkers. Blijven er over dan laat ik deze ook ophalen. Het bijhouden van het oud archief is een terugkerende klus en ik zal dit geregeld bijhouden

#### 11. Doelmatig voorschrijven, actie "verbetering somscores"

Peter

Begin 2017 kwamen er berichten dat de richtlijnen voor doelmatig voorschrijven zouden veranderen. Daarom is contact gezocht met de zorgverzekeraar Zilveren Kruis om hier duidelijkheid over te krijgen. Na heen en weer mailen is de duidelijkheid niet verkregen behalve het gegeven dat het zou veranderen. Omdat de uitvoering geen simpel karwei is hebben we besloten eerst even af te wachten. In oktober 2017 bleek dat de module vooralsnog door de zorgverzekeraar gehandhaafd bleef. De praktijk scoorde matig op doelmatig voorschrijven: er zijn (mogelijk door de specialist of door overgenomen herhaal recepten) bij relatief te veel patiënten afwijkende middelen, en bij te weinig patiënten waarbij dat wel moest de goede medicijnen voorgeschreven. In oktober is besloten onze aios te vragen hier haar verbeterplan op te richten. Dit zal in 2018 tot een einde gebracht worden.

## **6. Medisch handelen – Modules Chronische ziekten**

De overzichten van NHG praktijkaccreditering medisch handelen van 2017 zijn in te zien in onze computer bij de gedeelde documenten > Accreditatie. De overzichten zijn ook geüploadet in praktijk Accreditatie Online (POL).

De verslagen in dit rapport zijn van 2016. De accreditatie vraagt rapporten niet ouder dan 3 jaar.

Voor de Diabetes patiënten is in 2017 een apart verbeterplan uitgevoerd. Zie Suikers op orde 2.0 op blz 12.

## 6. I. Eindverslag Chronische zorg; 'Astma/COPD; uit de rode cijfers'

**Datum:** november 2016

**Projectcoördinator:** Simone Engelsbel

Uitvoerders Kim en Simone

Wat is er veranderd ten opzichte van vorig jaar?

### **Samenwerking:**

POH en huisarts hebben geregelder overleg over de patiënten met astma/COPD. Elke 2 weken is er een half uur uitgetrokken voor het bespreken van patiënten. Hierbij kiest de POH patiënten die zij graag wil overleggen. Het gaat vrijwel altijd over astmapatiënten. Wij proberen de spirometriën te interpreteren. Waarbij opvallend is dat de spirometriën steeds vaker goed geblazen worden. Wij waarderen dit overleg beiden.

In de eerste besprekingen van het jaar hebben wij tijdens de besprekingen steeds iemand van de COPD lijst besproken. Hierbij hebben wij afspraken gemaakt wie er opgeroepen zou worden voor controle. Deze follow up was matig (patiënt komen niet opdagen). Het plan om de doktersassistentes bij het oproepen in te schakelen is niet van de grond gekomen.

### **GOLD**

Ik zie nog steeds voor onze kleine huisartsenpopulatie COPD patiënten niet de meerwaarde van de GOLD-classificatie.

### **Nascholing**

Wij wilden de CASPIR cursus gaan volgen. Door omstandigheden is dat er niet van gekomen. Simone en Kim deden meerdere onlinecursussen over interpretatie van spirometrie. Wij bezochten samen verschillende nascholingen over de nieuwe NHG standaard COPD en de Z-score.

Graag wilden wij ook iemand van Welch Allin bij een bespreking om uitleg te geven over de keuzes die het software programma maakt in het tonen van de geblazen curves en de getallen die er worden gepresenteerd. Ook nog niet van gekomen.

### **De cijfers**

Hoewel ik geleerd heb om ten behoeve van de accreditatie data uit het OmniHis te krijgen, zag ik dit jaar dat de POL vragen van het NPA (nu weer) niet synchroon lopen met de algoritmes die de softwaremakers van OmniHis-Scipio maken ten behoeve van het accreditatie proces. Dus vragen over licht, matig en ernstig COPD (wat ik toejuich als classificatie ipv GOLD) krijg ik niet uitgespoeld (ik weet overigens ook niet waar ik de classificatie 'licht, matig en ernstig' in de SOEP zou moeten doen opdat dat gelezen en gecodeerd kan worden). Zo ook de vragen over de spirometriën in de afgelopen 36 maanden.



De uitspoel geeft de laatste 12 maanden.

Wij werken wel steeds meer met de CCQ lijst.

BodyMass Index meting gebeurt ipp bij iedere patiënt.

Rookgedrag wordt ook gevraagd bij iedere patiënt.

Het doel "Uit het rood" hebben wij niet gehaald. Al dit niet synchroon lopen maak vergelijken op termijn van een aantal jaren ook onmogelijk. Jammer.

*Amsterdam, 27 november 2016*

*Simone*

## 6. II. Eindverslag Chronische zorg CVRM -2016

**Projectuitvoerders:** Simone, Ella, Kim

**Datum:** 27 november 2016

Het project CVRM loopt sinds 2013. Ella heeft een protocol gemaakt waarin zij de geprotocolleerde zorg voor de patiënten met hart en vaatziekte beschrijft. We registreren sinds november 2014 via de NPA/POL.

Hier scoren wij onder de 25% van de praktijken waar wij mee worden vergeleken. De wens bestond om het protocol en de uitwerking hiervan in de praktijk te gaan bestuderen. Vergelijken over de jaren is lastig omdat de gevraagde informatie eerst niet uit OmniHis te halen viel en nu dat wel kan blijken NPA/POL eisen ten aanzien van registratie en bewerkingen hiervan, niet te corresponderen met wat de OmniHis uitspoel levert.

Ik deed een 4 daagse cursus CVRM als ervaren huisarts opleider in 2016 bij het AMC. Dit was een mooi moment om de CVRM onder de loep te nemen. Hoe wordt de doelgroep geëxtraheerd? Reageren de patiënten op de oproepen? Hoe verloopt de zorg?

Doelgroep:

Volgens de uitspoel van OmniHis komen 88 mensen in aanmerking voor CVRM evaluatie.

Volgens de ingebouwde zoek opdracht in OmniHis Scipio komen 710 mensen in aanmerking voor CVRM zorg

Volgens de door Ella ingevoerde ICPC codes komen er 102-147 (juni 2016) mensen in aanmerking voor CVRM geprotocolleerde zorg.

Ik hoop dus maar dat de gevraagde gegevens voor de NPA/POL correspondeert met de 88 patiënten waarover de gegevens geleverd worden.

Ik heb van de lijst van Ella een aantal status van patiënten bekeken;

- Een mw krijgt een jaarlijks bezoekje van de huisarts voor tensie controle. Bloedonderzoek wordt niet gedaan. Er staat in haar status 'niet oproepen'. Er wordt in het protocollair scherm niets ingevuld omtrent gewicht, beweging, alcohol etc. Maar wordt zij wel mee geteld in de uitspoel?
- Een meneer reageert netjes op zijn oproepen Wordt door POH gezien en gegevens worden op de geëigende plekken ingevuld.
- Een meneer krijgt in september een oproep brief voor CVRM controle. Hij reageert niet. In november komt hij op het spreekuur voor bloeddrukmeting. Er wordt niet doorgepakt izv lab onderzoek. Noch het protocolscherm ingevuld. In mei komt hij met oogklachten, opnieuw wordt een tensie meting gedaan (niet genoteerd in het +scherm). Dan denkt de arts wel aan lab. Eind juni zijn er nog geen uitslagen.
- Een mevrouw krijgt geen protocollaire zorg, maar er is een soort random controle (zonder in vullen van

het protocollair scherm).

De zorg verloopt rommelig als mensen niet reageren op hun oproepen. De zorg verloopt rommelig als de artsen niet alert zijn op dat we geprotocolleerde zorg hebben. De resultaten zijn moeizaam te beoordelen als de in te voeren data niet op de juiste plekken terecht komen.

Wat tellen we eigenlijk? Wat meten wij eigenlijk?

*Amsterdam, 27 november 2016*

## 6. III. Eindverslag Chronische zorg DM; Suikers op orde 2016

**Projectuitvoerders:** Kim, Daan, Ella, Dorien

**Rapport:** Simone

**Datum:** 27 november 2016

### Zijn de Suikers op orde?

Probleemstellingen opgeworpen in document "Verbeterplan Chronische zorg : Diabetes Mellitus - Inhoudelijk kijken naar zorg en optimaliseren Suikers op Orde, Startdatum november 2016.

1. Er moet een regulier overleg komen met tussen huisarts en POH over de diabeteszorg
2. Idealiter zijn er drie artsen die zich hebben verdiept in de diabeteszorg
3. Alle patiënten moeten opnieuw gescreend worden.
4. Assistentes in plaats van POH moet de patiënten nabellen en inplannen

Ad 1;

Er is regulier overleg tussen Kim en de huisartsen. Iedere arts rouleert om de 6 weken, opdat er iedere 2 weken een DM overleg is. Waarbij Kim opmerkt dat zij de overleggen graag gepland ziet aan het begin van een spreekuur, anders gaat het te vaak niet door. Zij ervaart het als prettig en inhoudelijk waardevol. Huisartsen hebben ook het gevoel meer bij de chronische zorg betrokken te zijn.

Ad 2;

De huisartsen hebben zich dit jaar verder via nascholing in de Diabetes zorg verdiept.

Ad 3;

Alle patiënten zijn opnieuw gescreend

Ad 4;

Het is mij onduidelijk of de doktersassistentes meer bezig zijn gegaan met het achter de broek zitten van de no shows.

Maar zijn de Suikers nu op Orde?

Er wordt nog veel rood gescoord. Ik begrijp niet hoe het komt dat er nog diabetes patiënten zijn die geen statines gebruiken. We komen slechts op de helft! Dat niet tenminste 75% van de patiënten is langs geweest (dat zou je moeten zien aan eventueel bloeddrukken en HbA1c's en nierfunctie bepaling). Ze hebben ieder jaar 4 kansen! Waar zit toch de crux?

Helaas kunnen we cijfers weer niet een op een vergelijken met bv 3 jaar gelden. Dit heeft te maken met de steeds veranderende vraagstellingen bij de NPA/POL en de niet synchroon lopende uitspoelgegevens van de soft ware leverancier.

*Amsterdam, 27 november 2016*

*Simone Engelsbel*

## 7. Thema Audits

### 7.1. Inleiding

Tijdens de audit van 2016 suggereerde de hoofdauditor om voor het volgend jaar eens een thema audit uit te voeren. Dit kan een verdieping geven in het accreditatie gebeuren.

We hebben dit opgepakt. In het derde jaar van de huisartsopleiding wordt van de AIOS verwacht een praktijkverbeterplan uit te voeren om op die manier inzicht te krijgen in het proces van kwaliteitsverbetering van een praktijk.

Dit was een mooie gelegenheid voor een win-win: ons kwaliteitssysteem wordt getoetst en de AIOS doet, samen met de opleider, een zinvol verbeterproject in onze praktijk.

Een opmerking van de derde jaars aios die de gegevensverzameling gedaan heeft;

*Tijdens het werken aan de thema audits ben ik regelmatig tegen het HIS aangelopen als beperkende factor. Dit is jammer en frustrerend geweest. Helaas is het ook iets wat buiten mijn invloedssfeer ligt en ik heb er mee moeten omgaan dat het niet anders is en dat ook een helpdesk niet altijd alle antwoorden heeft met betrekking tot een HIS. Het is leerzaam geweest om me te moeten realiseren dat het een beperkende factor kan zijn, en dan te besluiten een onderdeel niet te doen (astma bij volwassenen) en de tijd aan andere projecten te besteden.*

*Ook is het leerzaam geweest om me te realiseren dat lokaal staan gegevens in het HIS, ze soms vervuilend kunnen werken in de resultaten van een zoekopdracht (het \* bij de laboratoriumuitslagen waardoor ook goede uitslagen bij de hb < 5 worden geteld)*

*Veel opdrachten gaan ervan uit dat een praktijk met een of twee apothekers samenwerkt, waardoor gegevens over patiënten redelijk eenvoudig bijeen te brengen zijn. In het geval van onze praktijk gaat dat niet op omdat patiënten door de hele stad wonen en we daardoor te maken hebben met tientallen apotheken.*

#### **De volgende Thema Audits van de praktijkaccreditatie zijn uitgevoerd:**

- 1- Thema Audit: Sluiten Laboratorium diagnostische cirkel
- 2- Thema Audit: Verantwoord voorschrijven

Tijdens de voorbereiding van de audit bleek dat er maar één Thema Audit besproken kan worden. We hebben gekozen voor het onderwerp Sluiten Laboratorium Diagnostische Cirkel. We nemen het verslag over Verantwoord Voorschrijven nu voor de volledigheid op in dit verslag. Palliatieve zorg bewaren we voor later.

## 7.II Thema: Sluiten Laboratorium Diagnostische cirkel

### Thema audit: Sluiten Laboratorium Diagnostische cirkel

Dapna Stark, Peter Vonk

De vragenlijst die bij de Thema Audit hoort is ingevuld in de kwaliteitscarrousel van NPAweb.

In elke praktijk worden aanvullende onderzoeken aangevraagd. De kwaliteitsverbetering die dit onderdeel beoogt is om te onderzoeken hoe na de aanvraag in het vervolg traject met uitslagen van het aanvullend onderzoek wordt omgegaan.

Met name in mijn huidige opleidingspraktijk is dit proces van belang aangezien patiënten niet geregistreerd staan op naam van een huisarts. Patiënten worden door verschillende huisartsen gezien en beoordeeld. Bij onvoldoende organisatie zou dit kunnen resulteren in onbedoelde fouten of missen van uitslagen, waardoor niet de beoogde en juiste zorg bij de patiënt terechtkomt.

Aan het begin heb ik uitgezocht of voor de verwerking van uitslagen van aanvullend onderzoek reeds een protocol of werkafspraken aanwezig zijn in de praktijk. Dit bleek niet het geval. Het lijkt dus belangrijk om te onderzoeken of het proces van verwerken van laboratorium uitslagen goed verloopt.

Het onderzoek richt zich op laboratorium onderzoek, wat veruit het grootste aandeel van al het aanvullend onderzoek behelst. Om een goed beeld te krijgen in hoe het proces verloopt in de praktijk, is het ondoenlijk alle laboratoriumuitslagen te beoordelen. Het aantal te beoordelen uitslagen zou te groot zijn. Dit is te ondervangen door steekproefsgewijs te bezien hoe met de uitslagen is omgegaan.

Vanwege de grote variëteit aan laboratorium aanvragen en uitslagen van de verschillende laboratoria, zou het kunnen zijn dat ze niet allemaal op dezelfde wijze worden behandeld. Vandaar dat het belangrijk is inzicht te krijgen of met uitslagen van verschillende laboratoria gelijk of verschillend omgegaan wordt. Om dit te bereiken wordt in het onderzoek gekozen een steekproef te nemen van verschillende laboratoriumbepalingen van verschillende laboratoria te weten:

klinische chemie,  
hematologie,  
pathologie,  
microbiologie

De vraag of de uitslag zelf nog invloed lijkt te hebben op hoe er mee om wordt gegaan wordt in het onderzoek getackeld door in de steekproef een 12 tal sterk afwijkende en een 12 tal willekeurige uitslagen mee te nemen en te beoordelen of er op een verschillende manier naar gehandeld is.

De Indicatoren waarmee inzicht in de laboratorium-diagnostische cirkel wordt gegeven zijn als volgt bepaald

- Is de uitslag door een arts beoordeeld?
- Is dit genoteerd in het journaal?
- Is er een beleid afgesproken?
- Is dit beleid gecommuniceerd aan de patiënt?

Samengevat heeft het onderzoek ten doel om antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- 1) is een protocol aanwezig over hoe we het moeten doen?
- 2) doen we het goed?
- 3) zo niet, wat is er voor nodig om het wel beter te krijgen?

## Werkmethode:

Om een breed inzicht te krijgen in de behandeling van de grote variëteit aan bepalingen van verschillende uitslagen zijn er 2 sets van 12 bepalingen genomen.

De geselecteerde bepalingen zijn

hemoglobine  
leucocyten/Diff  
CRP  
D-dimeer  
TSH  
PA/ melanoom  
uitstrijkje  
gonorroe  
Chlamydia  
giardia

## Zoeken in het HIS

In het HIS (OmniHis Scipio) heb ik met verschillende zoekopdrachten gezocht naar sterk afwijkende uitslagen; bijvoorbeeld om een lage HB waarde te vinden in het HIS heb ik gezocht naar een Hb < 5 en bijvoorbeeld om een sterk afwijkende CRP te vinden gezocht naar CRP >100 etc, zie tabel 1 voor de gekozen waardes. Nu bleek dat in het HIS bepaalde waarden genoteerd staan met een " \* " (sterretje) voorafgaand, waardoor normale waardes ook onder de zoekopdracht Hb < 5 bleken te vallen. Dit heeft het zoeken bemoeilijkt en heb ik bij veel zoekopdrachten de helpdesk om hulp gevraagd om de juiste waardes te kunnen selecteren.

TABEL 1

	sterk afwijkende waarde	normale waarde
<b>hemoglobine</b>	<5	7,5-10
<b>leucocyten/diff</b>	>12	5-8
<b>CRP</b>	>100	<20
<b>D-Dimeer</b>	>1600	<1
<b>TSH</b>	>14	1-5
<b>PA/ melanoom</b>	melanoom in ICPC	naevus in ICPC
<b>Uitstrijkje</b>	afwijkende uitstrijk ICPC	uitstrijk
<b>gonorroe</b>	Positief	negatief
<b>chlamydia</b>	Positief	negatief
<b>giardia</b>	Positief	negatief

Elke zoekopdracht levert een lijst met patiënten op die, in het geval van het voorbeeld Hb, een laag Hb hebben. Uit deze lijst heb ik at random een patiënt gekozen als steekproef. Op deze wijze is voor elke sterk afwijkende laboratorium waarde een random geselecteerde patiënt genomen. In het totaal zijn hierdoor 12 patiënten gevonden.



Om te zien hoe met de normale uitslagen omgegaan is heb ik op dezelfde wijze in het HIS gezocht met als voorbeeld voor een zoekopdracht CRP <20 , (zie ook tabel 1) waardoor een lijst volgde met patiënten, van waaruit ik at random een gekozen heb. Resultaat 12 patiënten met niet afwijkende laboratoriumwaarden.

Met de gekozen selectie van 24 patiënten heb ik in het HIS bekeken hoe met de uitslag is omgegaan.

Per geselecteerde patiënt is aan de hand van de eerder genoemde indicatoren:

- Is de uitslag door een arts beoordeeld?
- Is dit genoteerd in het journaal?
- Is er een beleid afgesproken?
- Is dit beleid gecommuniceerd aan de patiënt?

in het HIS nagegaan of aan de stappen die nodig zijn om de laboratorium-diagnostische cirkel sluitend te maken in het proces is voldaan.

### Resultaten:

Uit de evaluatie van de steekproef blijkt dat in alle gevallen de uitslagen door een arts worden beoordeeld. Ook blijkt dat deze altijd een evaluatie noteert in het HIS en een beleid afspreekt. In vrijwel alle gevallen wordt dat beleid ook gecommuniceerd met de patiënt. Bij een bepaalde uitslag, die cito was aangevraagd blijkt uit de beschrijving in het HIS niet met zekerheid of daadwerkelijk gebeld is.

P) Cito lab, ik bel pat aan het eind van de dag met de uitslagen.

Aanvulling: lab is..., beleid is.....

Hierbij is niet genoteerd of patiënt gesproken is, terwijl wel aannemelijk is dat dit gebeurd is.

Tabel 2a

sterk afwijkende waarde	door een arts beoordeeld?	- genoteerd in HIS?	- beleid afgesproken?	- gecommuniceerd met de patiënt?
hemoglobine	ja	ja	ja	ja
leucocyten/diff	ja	ja	ja	ja
CRP	ja	ja	ja	ja
D-Dimeer	ja	ja	ja	ja
TSH	ja	ja	ja	ja
PA/Melanoom	ja	ja	ja	ja
uitstrijkje	ja	ja	ja	ja
gonorroe	ja	ja	ja	ja
chlamydia	ja	ja	ja	ja
giardia	ja	ja	ja	ja

Tabel 2b

Normale waarde	door een arts beoordeeld?	genoteerd in HIS?	beleid afgesproken?	gecommuniceerd met de patiënt?
hemoglobine	ja	ja	ja	ja
leucocyten/diff	ja	ja	ja	ja
CRP	ja	ja	ja	ja
D-Dimeer	ja	ja	ja	onbekend
TSH	ja	ja	ja	ja
PA/Melanoom	ja	ja	ja	ja
uitstrijkje	ja	ja	ja	ja
gonorroe	ja	ja	ja	ja
chlamydia	ja	ja	ja	ja
giardia	ja	ja	ja	ja

**Conclusie:**

Naar aanleiding van deze steekproef kan wel gesteld worden dat de laboratorium- diagnostische cirkel in de praktijk aan de Oude Turfmarkt goed gesloten is.

Wil de praktijk deze hoge standaard volhouden zou het verstandig zijn een kort protocol te maken waarin de gang van zaken beschreven wordt, zodat ook een incidentele waarnemer, een nieuwe AIOS, of een nieuwe Huisarts op eenvoudige wijze kan zien hoe met de laboratoriumuitslagen omgegaan wordt.

*Conclusie: wij doen het (heel erg) goed.*

**Aanbevelingen:**

- 1) Ondanks dat de laboratorium-diagnostische cirkel goed lijkt te gaan lijkt het verstandig om een kort protocol te maken waarin terug te lezen is hoe in de praktijk met laboratoriumuitslagen omgegaan wordt, zodat ook een nieuwe AIOS, een nieuwe collega of een waarnemer dezelfde werkwijze kan toepassen

## 7.III Thema: Verantwoord voorschrijven

### Thema audit "Verantwoord voorschrijven

Daphna Stark, Peter Vonk

De vragenlijst die bij de Thema Audit hoort is ingevuld in de kwaliteitscarrousel van NPAweb.

In dit verdiepingsonderdeel van de praktijkaccreditatie ligt de focus op doelmatig én veilig voorschrijven. De ontwikkeling van dit onderdeel is gebaseerd op de bevindingen van de HARM- studie, waaruit blijkt dat ca 5-10% van de ziekenhuisopnames geneesmiddel gerelateerd is. Met het juist voorschrijven van medicatie en het onderkennen van risico's bij het voorschrijven zou een deel van die ziekenhuis opnames vermeden kunnen worden.

Met behulp van De HARM studie en het NHG-standpunt "farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg" zijn een aantal NHG- Indicatoren opgesteld. Deze NHG- Indicatoren geven inzicht in factoren die gerelateerd zijn aan vermijdbare ziekenhuisopnames en worden in dit onderdeel gebruikt om middels een steekproef te bezien hoe in de praktijk met verschillende factoren omgegaan wordt.

#### Werkmethode:

De thema-audit bestaat uit een vragenlijst opgedeeld over verschillende onderdelen,

- Patiënt gerelateerde risicofactoren
- Geneesmiddel gerelateerde risicofactoren
- Onderbehandeling
- Antidepressiva
- Medicatiebewaking
- Overdracht medische gegevens
- FTO
- Bijwerkingen

Elk onderdeel is weer opgesplitst in specifieke vragen, die idealiter relatief makkelijk uit het HIS te halen moeten zijn. In het gebruikte HIS (OmniHis Scipio) blijkt het niet altijd zo eenvoudig om de gewenste data te extraheren en is regelmatig de helpdesk geconsulteerd met een hulpverzoek. Helaas kon de helpdesk in veel gevallen de zoekopdracht ook niet uitvoeren, dus konden verschillende onderdelen niet worden ingevuld.

#### Resultaten:

Het Onderdeel ***patiënt gerelateerde risicofactoren***, was bijna geheel uit te voeren.

Hieruit bleek dat op een populatie van 12422 patiënten bij 43,07 % van de patiënten ouder dan 65 een GFR is bepaald in de laatste 5 jaar. Van de groep patiënten waarvan geen GFR is bepaald is een steekproef genomen om erachter te komen waarom dit niet is gedaan. Hieruit bleek dat de laatste co iets meer dan 5 jaar geleden is geweest en deze was goed en een aanleiding om het te herhalen ontbrak.

Naar aanleiding van de gemeten GFR is gekeken naar patiënten met een gestoorde nierfunctie van  $30 < GFR < 60$  en gebruik van NSAID's of hoge dosering salicylaten. Van deze groep zijn at random 2 patiënten gekozen en is gekeken naar de indicatie, of zorgvuldig de risico's zijn beoordeeld en of een alternatief is voorhanden was. In beide gevallen zijn in overleg met de patiënt de risico's besproken en bewust genomen om kortdurend gebruik te maken van een NSAID. In het ene geval in verband met een frozen schouder en in het andere geval in verband met een tandheelkundige ingreep.

Bij een GFR <30 blijkt in de praktijk geen NSAID te worden voorgeschreven, waardoor dit onderdeel voor de praktijk niet van toepassing is.

Het chronisch, of langdurig gebruik van NSAID's bij patiënten met hartfalen bleek ondanks intensief contact met de helpdesk niet uit het HIS te extraheren.

*Conclusie: Wij doen het waarschijnlijk goed, maar de informatie is niet uit het HIS te halen.*

*In het onderdeel **geneesmiddel gerelateerde risicofactoren** wordt van verschillende middelen gekeken hoe in de praktijk wordt omgegaan met het voorschrijven van de medicatie en of adequate voorlichting en controle aanwezig is in de praktijk.*

Het onderdeel is opgesplitst in de volgende onderwerpen:

- chronisch medicatiegebruik
- gebruik methotrexaat
- gebruik lithium
- gebruik isotretinoïne preparaat
- verplichting reden van voorschrijven

### ***Chronisch medicatie gebruik:***

De bedoeling is inzicht te verkrijgen in het aantal patiënten dat dan wel meervoudige medicatie voorgeschreven krijgt (polyfarmacie) dan wel dan wel chronisch medicatie voorgeschreven krijgt in de patiëntenpopulatie van 65 jaar en ouder. Het is wederom in het HIS niet mogelijk geweest om een percentage te extraheren om te zien hoe groot de groep is.

Dit heeft deels met praktijkkeuzes te maken en deels met het HIS.

- HIS-probleem: Er wordt op de praktijk voorgeschreven volgens GPK (generieke productcode). Het is niet mogelijk om met deze methode een zoekopdracht uit te voeren op basis van de duur van voorschrift (bijvoorbeeld >6 maanden). Dit zou wel mogelijk zijn als er op de praktijk gekozen zal worden om voor te schrijven volgens PRK (prescriptiecode). Dit is een optie, maar deze keuze heeft consequenties voor het voorschrijven in het HIS. Wat deze consequenties precies zijn kon de Helpdesk medewerkster mij niet vertellen. Wel vertelde ze dat de overgang bewerkelijk is, in dat geval zouden alle voorgeschreven medicijnen eenmalig volgens PRK voorgeschreven moeten worden. Pas als dit bij alle patiënten is gedaan kan er veilig in Scipio de voorschrijfmethode veranderd worden naar PRK. Anders bestaat een risico op veel dataverlies. Het feit dat het zo lastig is om concrete antwoorden te krijgen over verscheidene zaken omtrent keuzes in het gebruik van het HIS, zoals de consequenties van een overstap GPK-PRK, geeft m.i. een extra drempel bij het doorvoeren van veranderingen dan wel verbeteringen.
- Praktijk-probleem : chronische medicatie wordt momenteel niet routinematig in het HIS aangevinkt als "chronisch". Door medicatie als "chronisch" aan te vinken kan het wel in het HIS gevonden worden. Daarmee blijft ook alle medicatie in beeld in de scherm, ook als patiënten een baxter hebben die automatisch wordt herhaald via de apotheek (deze medicatie verdwijnt nu uit de HIS als het >6mnd niet via de praktijk werd herhaald). Hierover kunnen afspraken gemaakt worden op de praktijk. Voorbeeld van zaken die hierbij van belang zijn: bespreken op praktijk, wie mag medicatie als chronisch aanvinken? welke medicatie zouden assistentes so wie so zelf mogen aanvinken als chronisch? denk aan insuline, antistolling, etc.

Handmatig heb ik 2 patiënten ouder dan 65 jaar kunnen selecteren met polyfarmacie  
 patiënt 1 gebruikte amlodipine, lisinopril, simvastatine, insuline, metformine, glimepiride  
 patiënt 2 gebruikte glimepiride, metformine, lisinopril, esomeprazol, metoprolol, lantus, simvastatine, verapamil

Van deze patiënten heb ik kunnen nagaan of ze last hebben van bijwerkingen, de medicatie nog geïndiceerd is en hoe ze gebruikt worden, middels dossieronderzoek:

tabel 3

	Ja	Nee	N.v.t.
Zijn deze middelen nog steeds geïndiceerd?	✓	0	0
Worden ze volgens de juiste dosering gebruikt?	✓	0	0
Worden de behandeldoelen bereikt?	✓	0	0
Ervaart de patiënt bijwerkingen?	0	0	0
Wordt er systematisch met de apotheker overlegd indien er 5 of meer verschillende middelen gebruikt worden?	0	✓	0
Indien u systematisch met de apotheker bovenstaand overleg voert, in hoeverre is de patiënt dan betrokken bij dit overleg tussen huisarts en apotheker? (medicatiebeoordelingsgesprek)	0	0	✓
Heeft u een protocol polyfarmacie?	0	✓	0

Zoals al eerder eens is genoemd in dit verslag is het hebben van een over de stad verspreide populatie ingewikkeld met betrekking tot structureel overleg met een apotheker over polyfarmacie. Hierdoor is het moeilijker om te organiseren dat patiënten met polyfarmacie regelmatig de wat uitgebreidere aandacht krijgen die nodig is bij het gebruik van meerdere middelen.

Wat voor de praktijk wel een mogelijkheid zou zijn is om een protocol te maken waarin beschreven staat hoe wordt omgegaan met patiënten met polyfarmacie. Een taakverdeling waarin duidelijk wordt wie, wanneer naar bovenstaande vragen kijkt, wie bespreekt dat en hoe vaak, met patiënt en apotheker?

*Conclusie: Wij weten niet zo goed hoe wij het doen. Advies om een protocol polyfarmacie te maken en eventueel te bespreken als praktijk of het wenselijk is om over te stappen op en andere voorschrijfmethode.*

#### **Gebruik Methotrexaat:**

De prognose van reumatoïde artritis verbetert aanzienlijk als patiënten zo vroeg mogelijk worden behandeld met *disease-modifying antirheumatic drugs* (DMARD's) Hieronder valt ook Methotrexaat. In de praktijk blijken 8 patiënten methotrexaat te gebruiken in de afgelopen 6 maanden. Naar aanleiding van onderstaande vragen, bespreking met mijn opleider en als steekproef inzage in een 3 tal dossiers blijkt dat bij alle patiënten de verantwoordelijkheid bij de hoofdbehandelaar de specialist ligt. Wij als huisartsen schrijven de methotrexaat niet voor en herhalen deze niet, ook de controles verlopen via de specialist.

tabel 4

	Ja	Nee	N.v.t.
Zijn er afspraken wie met de patiënt de risico's en bijwerkingen van methotrexaat bespreekt?	✓	0	0
Is er vastgelegd wie de hoofdbehandelaar is?	✓	0	0
Zijn er duidelijk afspraken gemaakt over wie de controles en herhaalreceptuur uitvoert?	✓	0	0

Voor deze geneesmiddel-gerelateerde risicofactor is een apart protocol in de praktijk niet nodig aangezien het valt onder normaal medisch handelen, gebaseerd op de NHG standaard Artritis en NHG standaard Psoriasis waarin nadrukkelijk beschreven staat dat de behandeling met methotrexaat door de specialist moet worden gedaan ter voorkoming van fouten soms met dodelijke afloop.

*Conclusie: wij doen het goed.*

#### **Gebruik Lithium:**

In de 2e lijns GGZ wordt lithium voorgeschreven als stemmingsstabilisator. In onze praktijk blijken 7 patiënten Lithium te gebruiken. Naar aanleiding van dezelfde vragen als die voor methotrexaat golden heb ik ook deze opdracht met mijn opleider besproken Hieruit bleek dat de hoofdbehandelaar, de psychiater de risico's en bijwerkingen bespreekt, en deze ook bij de medicatie controles minimaal een keer per jaar een laboratorium onderzoek laat verrichten, op oa de lithium spiegel en ook de nierfunctie. In principe schrijft de psychiater de medicatie voor.

tabel 5

	Ja	Nee	N.v.t.
Zijn er afspraken wie met de patiënt de risico's en bijwerkingen van lithium bespreekt?	✓	0	0
Is er vastgelegd wie de hoofdbehandelaar is?	✓	0	0
Zijn er duidelijk afspraken gemaakt over wie de controles en herhaalreceptuur hiervan uitvoert?	✓	0	0

De afspraken op de praktijk zijn als volgt: patiënten die lithium gebruiken krijgen jaarlijks een brief thuis opgestuurd met informatie over lithiumgebruik alsmede een laboratoriumformulier.

*Conclusie: wij doen het goed.*

### ***Isotretinoïne preparaten.***

Uit de NHG standaard Acne blijkt dat isotretinoïne zowel lokaal als oraal gebruikt effectief is tegen acne. Vanwege de mogelijke ernstige bijwerkingen en de teratogeniteit van de middelen is voorzichtigheid geboden bij het voorschrijven. Tevens is verplichte zwangerschapspreventie onderdeel van de behandeling.

In de praktijk blijken 17 patiënten met isotretinoïne preparaten behandeld te worden. Op de praktijk is één van de artsen onze "isotretinoïne specialist", hij begeleidt al jaren patiënten die dit middel gebruiken. De richtlijnen zijn bij hem goed bekend. Controles vooraf, tijdens en na de behandeling worden lege artis gedaan. In mijn steekproef van 2 patiënten met isotretinoïne werd er bij 1 pte. geen zwangerschapstest gedaan, echter had deze bij nader lezen van het dossier een IUD. Bij de andere patiënt werd er duidelijk genoteerd dat de zwangerschapstest negatief was.

tabel 6 isotretinoïne preparaten.

	Ja	Nee	N.v.t.
Is er vastgelegd wie de hoofdbehandelaar is?	✓	0	0

Zijn er duidelijk afspraken gemaakt over wie de controles en herhaalreceptuur hiervan uitvoert?	✓	0	0
Bij de patiënten van wie u zelf de hoofdbehandelaar bent; bespreekt u standaard met de vrouwelijke patiënten hiervan de contra-indicaties?	✓	0	0
Bij de patiënten van wie u zelf de hoofdbehandelaar bent; laat u voorafgaand aan de behandeling een zwangerschapstest doen?	✓	0	0

*Conclusie: wij doen het goed.*

**Verplichting reden van voorschrijven** op recept. In 2012 is bij een aanpassing van de geneesmiddelenwet door het ministerie van VWS verplicht gesteld dat vanaf augustus 2013 van 23 geneesmiddelen verplicht de indicatie op het recept komt te staan.

In dit onderdeel wordt gevraagd naar de kennis omtrent deze lijst en hoe dit in de praktijk wordt gerealiseerd.

De bekendheid met de lijst is in de praktijk aanwezig en in het HIS (OmniHis Scipio) wordt automatisch via de gekoppelde icpc code met diagnose de reden van voorschrijven medegedeeld aan de apotheek.

*Conclusie: wij doen het goed.*

**Het onderdeel Onderbehandeling** richt zich op het gelijktijdig voorschrijven van een laxans bij het voorschrijven van een opiaat ter voorkoming van obstipatie.

Uit ons HIS blijkt dat 156 mensen een opiaat voorgeschreven kregen en dat 32 van de patiënten die een opiaat voorgeschreven krijgt, ook een laxans voorgeschreven krijgt. Dit komt neer op 20,5 %. De overgrote meerderheid van het aantal patiënten gebruikt geen laxans.

Van deze groep heb ik steekproefsgewijs een dossier gekozen. Uit dit dossier bleek dat er wel een laxans was voorgeschreven ter preventie van obstipatie, maar dat de patiënt, die vanwege spondylodiscitis chronisch opiaten gebruikt, na enige tijd zelf gestopt was met de laxantia en deze ook niet meer herhaald heeft.

In de praktijk zijn wel afspraken over herhaalrecepten en daar vallen de opiaatrecepten ook onder, Onduidelijk is dan waarom een zo groot deel van de patiënten geen laxans krijgt voorgeschreven bij het opiaat.

Hiervoor zou een volgend praktijk verbeter project zich mogelijk op kunnen richten om uit te zoeken wat er misgaat en hoe dit te ondervangen, gevolgd door een meting na het uitvoeren van het plan. Hierbij



kan het opstellen van een specifiek protocol mbt herhalen van laxantia bij opiaat gebruik een onderdeel van het project zijn.

*Conclusie: wij doen het mogelijk niet zo goed. Aangezien wij in onze HIS niet kunnen zoeken op "chronisch gebruik" is beoordeling van de klinische relevantie van dit onderdeel echter lastig. Advies om protocol laxantia-opiaten te maken, eventueel aangevuld met onderzoek op praktijk zoals hierboven vermeld.*

Het onderdeel **Antibiotica** is erop gericht om inzicht te krijgen in het voorschrijfgedrag van de artsen in de praktijk met betrekking tot een 2e keus antibioticum. (chinolonen, cefalosporinen en amoxicilline/clavulaanzuur). Uit het HIS is te extraheren dat 780 patiënten een antibioticum voorgeschreven hebben gekregen het afgelopen jaar. Het is gezien de eerder al genoemde spreiding van de populatie over de stad, waardoor het grote aantal verschillende apotheken haarrecepten worden opgehaald niet mogelijk om er achter te komen hoeveel tweede keus antibiotica voorgeschreven is. Om toch een beeld te krijgen heb ik gekozen om van ciprofloxacin, een fluorchinolon en tweede keus antibiotica, na te gaan wat de indicatie was.

Ciprofloxacin bleek voor 21 patiënten te zijn voorgeschreven. Na bestudering van de 21 dossiers bleek dat in geen enkel geval ciprofloxacin was voorgeschreven door de huisarts als 2e keus antibiotica. Wel was het of door de specialist voorgeschreven of op geleide van een kweek of op indicatie als eerste keus antibioticum voorgeschreven.

*Conclusie: wij doen het goed.*

### **Het Onderdeel Antidepressiva.**

In dit onderdeel gaat de aandacht uit naar het selecteren van een subgroep van de antidepressiva gebruikende patiënten te weten de patiënten die een tricyclisch antidepressivum (TCA) gebruikt voor neuropathische pijn. Van de in totaal 1001 patiënten die een antidepressivum gebruikt zijn er 25 die een TCA gebruikt.

(zoekstrategie: ATC code N01 psychofarmaca , zónder diagnosecode "depressie, angst, paniek aanvallen, down/somber, bipolair, stress spanning, add/adhd, dwangneurose" en mét een van de diagnoses "post-herpetische pijn", "hnp", "rugpijn met uitstraling" "cts" )

In het HIS bleek via de zoekfunctie niet mogelijk te achterhalen wie het langdurig gebruikte en wie de hoofdbehandelaar is, vandaar dat ik handmatig alle gevonden 25 dossiers heb nagelopen. Bij alle patiënten was duidelijk wie de hoofdbehandelaar was. Van 2 patiënten waarbij de huisarts de hoofdbehandelaar was heb ik gekeken of deze met de patiënt gesproken heeft over evt afbouwen van de medicatie na 6 maanden. Dit bleek in een geval waarbij iemand al jaren een TCA gebruikte ivm neuropathische pijn inderdaad gebeurd te zijn, in het eerste jaar maar zonder bevredigend resultaat, vandaar dat het TCA gebruik voortgezet is. Van de andere patiënt is het ook ter sprake geweest, maar deze patiënt wilde het niet proberen aangezien het met de tabletten goed onder controle was.

Tabel 7 gebruik TCA

	Ja	Nee	N.v.t.
Is er vastgelegd wie de hoofdbehandelaar is?	✓	0	0
Indien de huisarts de hoofdbehandelaar is, is er met de patiënt gesproken over afbouwen na 6 maanden antidepressiva-gebruik?	0	✓	0
Zijn hier duidelijk vervolgafspraken over gemaakt en zijn deze vastgelegd in het dossier?	✓	0	0

In de praktijk is het wel duidelijk wie de hoofdbehandelaar is, of de huisarts of de pijnpoli, of de neuroloog. Het blijft erg lastig om in het HIS te zoeken op chronisch gebruik van medicatie, zie eerder genoemde problemen (onderdeel "chronisch medicatie" ).

In de praktijk is momenteel geen duidelijk protocol of werkafspraken om daadwerkelijk bij TCA's voorgeschreven door de huisarts na een half jaar een controle afspraak in te plannen en evt afbouw te bespreken. Dit zou om onnodig medicatiegebruik te verminderen wel zinvol kunnen zijn.

*Conclusie: wij doen het goed maar het kan beter, advies om een protocol te maken bij gebruik TCA bij pijn.*

### Medicatiebewaking:

Om inzicht te krijgen in de medicatiebewaking heb ik gesproken met mijn opleider om te achterhalen hoe dit in de praktijk functioneert.

- Actuele medicatielijst: Bij elke patiënt is in principe een actueel medicatie overzicht beschikbaar. Dit overzicht ontstaat door actief bijhouden van de medicatielijst.

In eerste instantie bestaat de medicatielijst uit door de huisarts voorgeschreven medicatie, deze wordt aangevuld met handmatig ingevoerde medicatie die uit brieven van specialisten en ontslagbrieven blijkt. Ook wordt medicatie toegevoegd via apotheken, in ca 50 % van de apotheken gaat dit elektronisch en voor een kleiner deel via fax.

- Allergieën/Intoleranties: Bij het ontdekken van een allergie/ intolerantie voor een medicijn, wordt dit door de arts ingevoerd in het daarvoor bestemde gedeelte in het HIS " attentie" Hierin wordt geregistreerd om welk middel het gaat en welke symptomen optraden. Hierbij wordt ook de ernst van de allergie/intolerantie aangegeven. Deze registratie zorgt ervoor dat bij het voorschrijven van het middel de medicatiebewaking een signaal geeft. Tevens wordt een episode met ICPC code in het dossier opgenomen onder dan wel allergie/ dan wel geneesmiddelbijwerking. Op deze wijze wordt automatisch bij het schrijven van een verwijsbrief opgenomen dat een patiënt allergisch is voor een bepaald middel. Actieve overdracht naar een apotheek wordt in de regel niet gedaan.

*Conclusie: wij doen het zo goed mogelijk.*

## Overdracht Medicatiegegevens

Hoe gaat de praktijk om met overdracht van medicatiegegevens?

Wederom doormiddel van een gesprek met mijn opleider over dit onderwerp verheldering verkregen. Over dit onderwerp zijn afspraken gemaakt maar in de praktijk maar is nog geen geschreven protocol aanwezig, hier wordt overigens al aan gewerkt.

Bij verwijzing van een patiënt naar het ziekenhuis staat in de verwijfsbrief automatisch het meest actuele medicatieoverzicht genoteerd. Bij ontslag uit het ziekenhuis wordt de medicatielijst van de patiënt vergeleken met de bij ons bekende lijst en eventuele veranderingen in de vorm van een nul recept handmatig ingevoerd.

Mocht tijdens een consult medicatie worden gewijzigd wordt dit natuurlijk met de patiënt besproken en wordt de patiënt adequaat geïnformeerd. Bij de hierboven beschreven aanpassingen van de medicatielijst wordt ervan uitgegaan dat de voorschrijvend arts deze informatie heeft besproken.

In de praktijk wordt niet actief aan alle patiënten aangegeven dat het belangrijk is een actueel medicatieoverzicht met zich mee te dragen. Dat wordt beschouwd als een verantwoordelijkheid van de patiënt zelf.

Aangezien op de praktijk geen gebruik wordt gemaakt van het Landelijk Schakelpunt (LSP) is geen noodzaak geweest alle patiënten te vragen om toestemming voor het opvragen, inzien, gebruiken, en bijwerken van medicatiegegevens door behandelaars. Bij verwijzen en bij intercollegiale consultatie kan via de wet WGBO worden verondersteld dat deze toestemming er is, of kan op een dergelijk moment met patiënt worden besproken.

*Conclusie: Wij doen het zo goed mogelijk.*

In de thema audit verantwoord voorschrijven zit ook een paragraaf **FTO**.

De praktijk is niet aangesloten bij een FTO, wederom vanwege de vele verschillende apotheken waarmee wordt samengewerkt. Om toch op een wat structurele wijze farmacotherapeutische onderwerpen te bespreken, wordt dit gedaan in de vorm van een toetsgroep gevormd door de artsen werkend in de praktijk. Tijdens het artsenoverleg elke 2 weken wordt door een van de artsen een korte presentatie gehouden over relevante onderwerpen waaronder medicatie en voorschrijven.

*Conclusie: Wij doen het goed op onze eigen manier.*

## **Aanbevelingen**

- 1) Om het zoeken in het HIS te vereenvoudigen, wat in het accreditatieproces veel gebeurt en ook in het kader van medicatieveiligheid nuttig kan zijn, is het voor de praktijk een aanbeveling om in te overwegen over te stappen van GPK voorschrijven naar PRK
- 2) Om chronische medicatie zichtbaar te houden in het scherm, ook als het automatisch herhaald wordt via de apotheek, is het aanbevelenswaardig deze medicatie als zodanig in het HIS weer te geven. Dit zou voor een AIOS een verbeterproject kunnen zijn.
- 3) Om de werkafspraken van de praktijk met betrekking tot patiënten die lithium gebruiken te borgen en uit te sluiten dat onnodig dubbel laboratoriumonderzoek wordt gedaan is het raadzaam om iemand (bijvoorbeeld POH) verantwoordelijk te maken om jaarlijks na te gaan of daadwerkelijk een brief van de Psychiater in het dossier zit waarin beleid en laboratoriumwaarden staan.
- 4) Een verbeterproject gericht op laxantia gebruik bij opiaat recepten zou geen overbodige luxe zijn aangezien 80% van de mensen die een opiaat gebruiken geen laxans gebruiken. Het opstellen van een specifiek protocol met aandacht voor het herhalen van laxantia bij opiaat gebruik zal daar een onderdeel van moeten uitmaken.
- 5) In de praktijk is momenteel geen duidelijk protocol of werkafpraak om daadwerkelijk bij TCA's voorgeschreven door de huisarts na een half jaar een controle afspraak in te plannen en eventueel afbouw te bespreken. Dit zou om onnodig medicatiegebruik te verminderen wel zinvol kunnen zijn.

## **Naschrift**

Alle artsen is nog eens nadrukkelijk op het hart gedrukt dat bij het voorschrijven van een sterk opiaat ook het voorschrijven van een laxans hoort!

## 8. Bijzondere activiteiten

### 8. I. Preventie

#### **Systematische preventie en oproep – en controle beleid voor specifieke groepen**

Sinds 2005 beschikt de praktijk over een POH. Bij de instelling ervan was al wel duidelijk dat de aantallen DM en COPD patiënten lager liggen dan in een standaard praktijk. Toen is het plan opgevat om naast de “klassieke” POH ook activiteiten op te zetten voor meer specifieke patiënten groepen.

Dit is ook in uitvoering gekomen. Er zijn structurele, en dus jaarlijks uit te voeren, en incidentele preventieve en controle acties ontwikkeld. Op de nieuwe, site van de praktijk wordt hierover ook informatie gegeven, zie <http://www.huisartsenamsterdam.nl/medisch/periodiek-testen-2/> Hieronder een overzicht.

#### ***Structureel***

**Lithium.** Zoals bekend moet er bij patiënten die lithium gebruiken minimaal eens per jaar een laboratoriumonderzoek verricht worden naar minimaal de nierfunctie. Voor alle patiënten die van een psychiater Lithium medicatie krijgen en waar wij dat van weten coderen we een zogenaamd nul-recept. Hiermee is het gebruik van Lithium aan de patiënt gekoppeld. Eens per jaar draaien we alle patiënten die Lithium gebruiken uit en wordt in het journaal gescreend op het verrichten van bloedonderzoek. Patiënten krijgen een uitnodigingsbrief en een laboratoriumformulier om het onderzoek te laten verrichten.

**Milt.** Patiënten zonder milt lopen een verhoogd risico op het krijgen van een infectie en op mogelijke complicaties daarvan. Daarvoor is het noodzakelijk dat de vaccinaties voor pneumococcon op peil zijn en die voor haemophilus influenzae, meningococcon gegeven zijn. Bovendien is een influenzavaccinatie aangewezen en horen patiënten de beschikking te hebben over een antibiotica recept om in onvoorziene gevallen bij koorts te kunnen starten met het slikken van een antibioticum. Alle patiënten in de praktijk zonder milt hebben een ruiter (\*ME). De patiënten worden jaarlijks uitgedraaid, hun vaccinatiestatus wordt bekeken en krijgen een persoonlijke informatiebrief met hun vaccinatiestatus en een recept met antibiotica. Hiervoor is een uitgeschreven protocol opgesteld.

**Schildklier.** Van patiënten die schildklierhormoon substitutietherapie gebruiken en daar thyroxine voor slikken dient jaarlijks een schildklierfunctie bepaald te worden. Patiënten die thyroxine slikken worden jaarlijks op deze medicatie uit het HIS geëxtraheerd en krijgen een specifieke ruiter (\*SK). De patiënten met een ruiter krijgen een informatiebrief en een laboratoriumformulier toegezonden met het verzoek om bloed (TSH) te laten prikken. De bloedsuikerslag wordt door de POH als normaal teruggegeven als de waarden normaal zijn, en de patiënt wordt uitgenodigd om een afspraak met zijn arts te maken als de

waarde te hoog of te laag is waarna bijstelling van de medicatie kan plaatsvinden. Hiervoor is een uitgeschreven protocol ontwikkeld.

**Jicht.** Patiënten die allopurinol gebruiken ter profylaxe van een jichtaanval dient jaarlijks een creatinine bepaling in het bloed bepaald te worden. Patiënten die allopurinol slikken worden jaarlijks op deze medicatie uit het HIS geëxtraheerd, krijgen een specifieke ruiter (\*JI). De patiënten met een ruiter krijgen een informatiebrief en een laboratoriumformulier toegezonden met het verzoek om bloed te laten prikken. De bloedsuikerslag wordt door de POH als normaal teruggegeven als de waarden normaal zijn, en de patiënt wordt uitgenodigd om een afspraak met zijn arts te maken als de waarde te hoog of te laag is waarna bijstelling van de medicatie kan plaatsvinden. Hiervoor is een uitgeschreven protocol beschikbaar.

**Osteoporose.** Patiënten die bi-fosfonaten gebruiken wordt geadviseerd dit een in de tijd beperkte periode te doen, te weten niet langer dan 5 jaar. De herhaalreceptuur glipt er gemakkelijk bij deze chronische medicatie doorheen. Daarom wordt op geneesmiddel (alendronaat, risedronaat) jaarlijks (oktober) een extractie uit het HIS gemaakt. Bij alle patiënten wordt het dossier op indicatie en duur van de medicatie gescreend. Mocht de termijn waarop de medicatie nog zinvol is overschreden zijn dan wordt hiervan, alvast voor een volgend consult met de behandelende arts, een aantekening in het dossier gemaakt. Om medicatie na zoveel tijd te stoppen is een persoonlijk consult met de behandelende arts aangewezen, vandaar dat hierbij niet gekozen is voor het verzenden van een informatiebrief.

**Hodgkin.** Bekend is dat patiënten met de ziekte van Hodgkin en die daarvoor bestraald zijn levenslang periodiek gescreend moeten worden op een voldoende schildklierwerking. Uit onderzoek blijkt dat dit bij vele patiënten na verloop van tijd niet meer gebeurt. Tegelijk met de uitvoering van de schildklier patiënten worden deze patiënten periodiek, in september, uitgenodigd worden om een laboratoriumonderzoek op de schildklierfunctie te laten verrichten. Hiervoor is een protocol en een standaard patiëntenbrief ontwikkeld.

**Vitamine D.** Deze activiteiten zijn in 2014 uitgebreid met het sturen van een brief aan mannen ouder dan 70 en vrouwen ouder dan 50 met een vertaling van het advies van de gezondheidsraad om ter voorkoming van botbreuken extra vitamine D te gebruiken. In 2014 heeft iedereen boven de 70 jaar een brief gekregen. In 2015 hebben alle vrouwen van 60 jaar en ouder een brief gekregen. In 2016 de vrouwen tussen de 50 en 60 jaar oud. De bedoeling is om hierna elk jaar vrouwen die 50 jaar worden en mannen die 70 jaar worden zo'n brief te schrijven.

**Zwangerschapsdiabetes.** In 2016 is gestart met het systematisch oproepen van vrouwen die in het verleden een zwangerschapsdiabetes hebben doorgemaakt. Volgens de NHG standaard moet periodiek het glucose gehalte in het bloed gecontroleerd worden. Een protocol hiervoor is terug te vinden in de protocollenmap.

## 8. II. Innovatie en wetenschap.

### **Innovatieve projecten zorgverzekeraar Zilveren Kruis.**

In de huisartsbekostiging is het, theoretisch, mogelijk om "Segment 3" gelden te verwerven voor innovatieve projecten.

In het verslagjaar zijn geen gelden verworven. Een aanvraag voor keuzehulp Vaginale Klachten is afgewezen.

De website OEFENjeBEKKENBODEM.nl verwijst naar de onderzoeksite van de Radboud Universiteit: BaasoverjeBlaas.nl. Vrouwen kunnen via deze site een oefenprogramma volgen.

Er is in 2017 verder gewerkt aan het plan om studenten te screenen op angst, depressie of middelen gebruik en de risicogroep daarvoor Internet therapie aan te bieden. Dit heeft er toe geleid dat uiteindelijk het College van Bestuur hier financiële middelen voor vrijmaakt. Er zal een vijf-jarig project gestart worden. De Internet Therapie maakt hier onderdeel van uit. Daarnaast zal er jaarlijks een gezondheidsweek georganiseerd worden en zullen de studentenpsychologen op de verschillende faculteiten een spreekuur verzorgen. Het project zal zich ook richten op promovendi van de UvA. Hiervoor zal door ons het screeningsinstrument [www.PhDhealthcheck.nl](http://www.PhDhealthcheck.nl) ontwikkeld worden.

Er zal nog overleg met het Zilveren Kruis gevoerd worden om de mogelijkheden voor financiering in de toekomst te onderzoeken.

Er is een landelijk Platform Studentenwelzijn opgericht waarin wij participeren.

Het project KeuzehulpAntieconceptie.nl heeft voortgang gevonden in het schrijven van een wetenschappelijk artikel over het tot stand komen van deze E-Health tool. Het is nog niet van publicatie gekomen. Het NHG werkt aan een nieuwe standaard Anticonceptie. Als die klaar is zullen we de keuzehulp reviseren.

### **Wetenschappelijk onderzoek Studentenartsen / Huisartsen Oude Turfmarkt**

De doelstelling van de sectie onderzoek, ontwikkeling en preventie (SOOP) van de Studentenartsen is om preventieve zorg te ontwikkelen en uit te voeren voor de studentenpopulatie van de Universiteit van Amsterdam en de Hogeschool van Amsterdam.

De sectie wordt structureel bemand door een senior onderzoeker welke inhoudelijk en organisatorisch ondersteund wordt door de directeur van de praktijk. Per onderwerp kan een huisarts uit de praktijk aanschuiven.

Elk jaar doen studenten hun bachelor of master wetenschappelijke stage bij ons in de praktijk. Hierover verschijnen dan rapporten over diverse onderzoeksonderwerpen.

**In 2017 waren dat:**

Onderzoeksrapport: E-tool for Vaginal Complaints Development, implementation and evaluation of an e-tool for self-diagnosis and treatment

Onderzoeksrapport: Studentengezondheidstest 2015 – 2016

Onderzoeksrapport: De diversiteit aan ervaringen en visies van professionals met betrekking tot ge(mis)bruik van methyfenidaat onder Amsterdamse studenten

Onderzoeksrapport: Loneliness Among Students in Higher Education: Influencing Factors

Onderzoeksrapport: Factors associated with the onset of drug use, polysubstance use, the frequency of drug use and combining drugs with alcohol of Dutch students

Onderzoeksrapport: Welke inzet van Social Media is het meest effectief voor de Studentenartsen om de doelgroep te bereiken.

Literatuurstudie: ehealth interventions targeting problematic alcohol use: A narrative review of effectiveness

De rapporten zijn integraal op onze praktijk website onder praktijkinformatie, wetenschap, artikelen en rapporten te lezen. Het mag opmerkelijk genoemd worden dat vanuit onze huisartspraktijk zoveel wetenschappelijk werk geproduceerd wordt en dat het lukt om ook nog artikelen te publiceren.

In de tweede helft van het jaar zijn nog een tweetal stagiaire begonnen aan hun wetenschappelijke stage, onderwerpen zijn:

**Frequente bezoekers.**

Deze patiënten doen een onevenredig groot beroep op de zorg. (meer werkuren en kosten) Uit eerder onderzoeken is gebleken dat mensen die vaak bij de huisarts komen vaker chronische ziekten, psychische klachten, onverklaarde lichamelijke klachten en sociale problemen hebben. Mogelijk spelen onvervulde verwachtingen en behoeftes ook een rol en worden deze verwachtingen en behoeftes niet herkend door de huisarts. Met dit onderzoek wil zij achterhalen wat deze patiënten van de huisarts verwachten en hoe tevreden zij zijn met de huisarts en de praktijk. Uitkomsten leiden mogelijk naar tips ter verbetering en efficiënter maken van de zorg aan deze patiënten.

**Interventiemogelijkheden voor PhD studenten die psychische gezondheidsproblematiek ervaren.**

Uit eerder onderzoek blijkt dat een substantieel deel van de PhD studenten psychische gezondheidsklachten ervaart, waaronder depressie en burn-out. De onderzoeksresultaten zullen worden verwerkt in het feedbacksysteem van de PhD Health Check. Dit is een geautomatiseerd online instrument waarmee onder andere de risicofactoren op en de aanwezigheid van (psychische) gezondheidsproblematiek bij PhD studenten kunnen worden gedetecteerd. Vervolgens ontvangt de PhD student een e-mail met daarin gepersonaliseerde feedback met scores en interventiemogelijkheden passend bij de problematiek die hij of zij ervaart. Onder de interventiemogelijkheden vallen zowel zelfhulpadviezen, het volgen van verschillende vormen van E-therapie of andere passende vormen van begeleiding van bijvoorbeeld een psycholoog.



De evaluatie van de stages hebben er toe geleid dat ook in 2018 studenten in de gelegenheid gesteld worden om een wetenschappelijke stage bij de Studentenartsen te volgen. De onderwerpen zijn:

- Slaap problemen bij studenten
- Welke E-Health applicaties zijn er in Nederland en internationaal beschikbaar om in te zetten bij seksuele problemen
- Welke stress factoren ervaren PhD-studenten en zijn daar E-Health toepassingen voor om op te lossen?

Verder participeren we in

### **Expertiselab Jonge Mantelzorgers; vergroting van veerkracht,**

Dit is een door het NWO gefinancierd project. De trekker is prof. Dr. Alice de Boer, hoogleraar mantelzorg. Veel studenten hebben naast hun studie een mantelzorgtaak. Zij geven steun aan een zieke naaste, waarbij veel wordt gevraagd van hun veerkracht. In het Expertiselab jonge mantelzorgers onder Amsterdamse studenten leggen we – door na te gaan wie zij zijn en welke ondersteuningsbehoefte zij hebben – de basis voor ondersteuning van mantelzorgende studenten.

Dit onderzoek wordt (be)geleid vanuit de VU/SCP, HvA en Vilans in samenwerking met een consortium van deelnemers die werkzaam zijn in twee domeinen uit de leefwereld van jonge mantelzorgers: zorg en onderwijs: Markant (het Amsterdamse steunpunt voor mantelzorg), RocvA en Universiteit van Amsterdam ic de Studentenartsen van de UvA.

Wij stellen data voor dit onderzoek beschikbaar uit de studentengezondheidstest.

### **Nationale HIV dag.**

De praktijk heeft wederom meegedaan aan de HIV test week in Amsterdam.

### **Congresbezoek.**

- Peter bezocht de WONCA in Praag. Het internationale huisartsen congres. Voor de Nederlandse deelnemers afkomstig van huisarts opleidingsinstituten is een inleiding verzorgd over het wetenschappelijk onderzoek bij ons in de praktijk.
- Peter Vonk en Claudia van der Heide hebben de EUPHA in Wenen bezocht. Het internationale congres over Public health. Daar zijn drie presentaties gegeven:
  - o **End user involvement in developing and field-testing a contraceptive online decision aid.**  
*Background*

Decision aids (DA) can contribute to informed decision making, but many are understudied and do not include end-users in development. This study aimed to investigate how a developed DA influences decision-making according to end-users with contraceptive decision making as an example. Uninformed decision making may lead to dissatisfaction and possible negative health consequences such as suffering from side-effects of the used method and even unintended pregnancy or STDs.

### ***Methods***

A qualitative study using a systematic iterative development process was conducted between 2014 and 2016 at a general practitioners' Office in Amsterdam, the Netherlands. A needs-assessment involved semi-structured and cognitive interviewing to identify preferences of the content and structure of a contraceptive DA. After development, the DA was field-tested with semi-structured interviews and cognitive testing.

### ***Results***

The needs assessment led to several aspects to consider, such as the importance of in-depth information rather than simplicity of the DA.

During and after using the DA, respondents indicated an increase of knowledge and increased awareness regarding the contraceptive methods and their features, and opening up to other options. The DA was not supposed to replace contraceptive consultation with *the GP, but contribute to a better preparation for this consultation.*

### ***Conclusions***

The qualitative field-testing confirmed that an online DA can positively contribute to the decision-making process enlarging knowledge and awareness, including enabling a better preparation for the consultation with the GP. Use of the DA will enable women to make a decision that suits their preferences best.

### ***Main message 1 :***

Testing of a contraceptive DA contributed to better informed decision making and consultation preparation.

### ***Main message 2 :***

This may reduce negative health results as a consequence of uninformed decisions and may lead to a higher satisfaction with the choice of contraception.

## ○ **How to increase the likelihood of physical activity for university students**

### ***Background***

50% of university students meet the recommendations for physical activity (sports and otherwise). Physical activity in adolescence and the student period are determining someone's physical activity pattern throughout adulthood. In the Student Health Check (2011-2016), consistently 33% of students expressed the wish to be more physically active. Research questions are: 1. What are personal and health (risk) indicators, that are associated with willing to be more physically active in a student population? 2. What are factors according to the health Belief Model that increase the likelihood of becoming more active?

### ***Methods***

We used two cross sectional samples of the University of Amsterdam to study consecutive research questions: (1)(N=5631) and (2)(N=257), We used both logistic regression analysis and hierarchical regression analysis. ( $p \leq 0.05$ )

### **Results**

(1): Being female ( $p=0.00$ ), a higher BMI ( $p=0.00$ ), being in a relationship ( $p=0.01$ ), smoking ( $p=0.00$ ), were significantly associated with the wish to become more physically active. Having mental health problems ( $p=0.01$ ), feeling healthier ( $p=0.00$ ) and reporting a higher quality of life ( $p=0.00$ ) were associated with not expressing that wish. (2): practicing sports at the moment ( $p=0.05$ ), experiencing more or larger barriers ( $p=0.00$ ), and reporting gloominess ( $p=0.01$ ) were significantly related to a decreased likelihood of becoming more physically active.  $F(20,163)=3.08$  ;  $p=.000$ ). Students' most reported barriers were: too busy, having other priorities, being too tired, needing all their time and energy for study.

### **Conclusions**

Mental health problems and gloominess appear to be substantial barriers for students to become (more) physically active, notwithstanding that physical activity is a promising complementary treatment for mental health problems. Universities could stimulate students' physical activity with taking away barriers: students need to get help with prioritizing their activities.

#### **Main message 1 :**

University counsellors and psychologists need to inform students with mental health problems of the importance of physical activity for their health.

#### **Main message 2 :**

Universities could fulfill an important role in educating students with prioritizing their student lives, including the need for enough sleep and physical activity.

- **Informing university students with mental health problems about actual health issues / treatments**

#### **Background**

A large amount of students (about 50 %) experiences mental health problems during their study period. Furthermore, seeking help with a regular professional (GP, psychologist) appears to be very difficult for a substantial part of these students (amongst others due to stigma). This is why other services, such as online health information and referral to e-treatments become very important. Mental health status can impact a person's information need and use. Information needs can be out of different motives (entertainment, social, uncertainty, self-actualization, knowledge) and using the information can occur on a cognitive or emotional basis.

1. What are motives of students with mental health problems for searching health information on the internet
2. How do students with mental health problems use the health information they find?

#### **Methods**

We used a cross sectional sample of the clients of a General Practice in the Netherlands and respondents of the Student Health Check to study consecutive research questions (N=276). 26% was male, 62% were university students. We used the EK10 to measure

depression and anxiety. We used logistic regression analysis ( $p \leq 0.05$  and  $p \leq 0.10$ ) to capture the associations between mental health status, student identity (yes /no) and information needs and use. (controlled for age, gender)

### **Results**

(1): being a student ( $p=0.008$ ), and anxiety ( $p=0.009$ ), were significantly associated with searching out of social motive. (2): we observed a trend for depression ( $p=0.06$ ) with using the information emotionally.

### **Conclusions**

Mental health status appears to be related with search motives on the internet, more specifically social ones (anxiety). There is a trend for the use of the health information on an emotional basis (as opposed to using it on a cognitive basis) in case of depression. This last finding was applicable to both students and non-students! .

### **Message 1**

Persons (including students) suffering from depression and/or anxiety need information that offers them a social interaction or is emotionally supportive.

### **Message 2**

Health care providers should anticipate on these needs and provide tools like discussion boards or message groups.

- Drie huisartsen hebben het NHG-congres in Amsterdam bezocht.

## **Websites.**

- De website [www.IK-student.nl](http://www.IK-student.nl) is in het Nederlands en in het Engels on-line gebleven. Op de sites van de praktijk wordt hier naar verwezen. Deze website geeft studenten de mogelijkheid om zichzelf en hun situatie te herkennen als ze problemen hebben en moeite ervaren om hulp te zoeken. Daarnaast kunnen studenten steun putten uit het lezen van verhalen van medestudenten met soortgelijke problematiek en voorbeelden van oplossingen voor bepaalde problematiek aangereikt krijgen.
- De website [www.gezond-studeren.nl](http://www.gezond-studeren.nl) en de daaraan gekoppelde site [www.studiestress.nl](http://www.studiestress.nl) is in 2016 opnieuw vormgegeven. Hierop zijn links naar alle universiteiten in Nederland en de 10 grootste HBO-instellingen te vinden, tevens worden studentenvoorzieningen van grote internationale universiteiten in Europa, Amerika en Azië opgenomen. Op deze site kunnen studenten informatie vinden over studievoordigheden en studieproblematiek, en voor hen relevante problemen van lichamelijke en psychische aard. Ook fungeert de site als een startpagina om de lokale studentenhulpverleners te vinden.
- In 2015-2016 is de [www.studentengezondheidstest.nl](http://www.studentengezondheidstest.nl) voor de vierde keer afgenomen. Op basis van de ingevulde vragen ontvangt de student direct op een aantal aspecten van functioneren feedback middels stoplichten. Aan dit stoplicht is meteen een advies verbonden, dat bestaat uit tekst, persoonlijke scores op de verschillende onderdelen (o.a. gezondheid, leefstijl en

levenskwaliteit) en ter vergelijking de scores van de *gemiddelde* student. De feedback bevat waar nodig tevens verwijzingen naar professionele hulpinstanties. Het rapport over de bevindingen is begin 2017 gereed gekomen.

- De praktijkwebsite, [www.huisartsenamsterdam.nl](http://www.huisartsenamsterdam.nl), is gedurende het jaar actueel gehouden.
- De site [www.keuzehulpanticonceptie.nl](http://www.keuzehulpanticonceptie.nl) is gepresenteerd aan de huisartsen in Amsterdam dooreen uitgebreid stuk in het blad van de Stichting Eerstelijns. De site is bedoeld om vrouwen te informeren over beschikbare anticonceptiemethoden
- [www.monochloorazijnzuur.nl](http://www.monochloorazijnzuur.nl) is opgezet om een podium te bieden om voor huisartsen en dermatologen het middel monochloorazijnzuur bij ons aan te schaffen. De site is gepresenteerd op HA-web en bij de Regiotafel Amsterdam.

### **Presentaties.**

De volgende presentaties zijn verzorgd

- Peter Vonk: Congres suïcide(preventie): de rol van verpleegkundigen en verzorgenden, Ede; Herkenning van (verborgen) signalen
- Peter Vonk: afscheidspraatje afsluiting huisartsopleiding Daphna Stark
- Peter Vonk: congres der MSFU "Sams" Utrecht, Suïcide onder studenten
- Claudia van der Heide; EUPHA, Stockholm
  - o End user involvement in developing and field-testing a contraceptive online decision aid.
  - o How to increase the likelihood of physical activity for university students
  - o Informing university students with mental health problems about actual health issues / treatments
- Peter Vonk: 2e FGW onderwijsconferentie UvA: TED talk over studenten met problemen, tips en advies
- Pien Wijn: Studiedag voor studieadviseurs en andere studentbegeleiders over Studiedruk:: Help de student zijn batterij op te laden (het beste praatje van die dag)

### **Publicaties.**

- Hooiveld, T., Molenaar, J., Van der Heijde, C.M., Vonk, P., Meijman, F.J., Groen, T.P.  
A contraceptive online decision aid: end- user involvement in developing and field-testing a contraceptive online decision aid (submitted)
- Claudia M. Van der Heijde, Pascal R. Collard, Peter Vonk, Frans J. Meijman.  
Better informed is better decided: Addressing the risks of delaying childbearing for female higher educational students (submitted, accepted for publication)

## 8. III. Opleidingen

De praktijk neemt haar verantwoordelijkheid voor de toekomst van de medische zorg en het beroep van huisarts en doktersassistente.

Hiertoe verleent de praktijk opleidingsstages voor coassistenten (AMC-UvA), huisartsen in opleiding (SBOH, AMC-UvA) en doktersassistentes (ROC Amsterdam, Regio College Zaandam)

Sedert september 2012 zijn er tegelijk twee arts-assistenten in opleiding tot specialist (AIOS) in de praktijk. Simone Engelsbel, Peter Vonk en Tineke Kistemaker zijn huisartsopleider.

Er hebben in 2017 4 doktersassistentes in opleiding hun stage bij ons in de praktijk gelopen.

Er hebben 6 coassistenten hun 6 weken stage aan het einde van hun geneeskunde opleiding bij ons gelopen. Elke huisarts in opleiding heeft daarbij ook nog een zogenaamde junior coassistent begeleidt.

Tot slot hebben weer maar liefst 7 studenten, 4 studenten gezondheidswetenschappen VU, 1 student Geneeskunde UvA, 1 student Media, Informatie en Communicatie aan de Hogeschool van Amsterdam en 1 student Toegepaste psychologie hun wetenschappelijke bachelor / master stages bij ons gedaan.

## **9. ARBO-risicoanalyse RIE**

Eens in de 3 jaar wordt in de praktijk een ARBO – risicoanalyse ( RIE) uitgevoerd

De analyse van Januari 2017 is de meest actuele.

Deze is in te zien in de Protocollen Map.

## 10. Klachtenregeling

Klachten kunnen een belangrijke bron zijn voor het verder verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

Patiënten met klachten worden door de praktijk serieus genomen.

In principe wordt aan “klagers” gevraagd de klacht op schrift te stellen. Meestal komen klachten per mail binnen. Op onze internetsite [www.huisartsenamsterdam.nl](http://www.huisartsenamsterdam.nl) bestaat de mogelijkheid om feedback te geven. Hierop kan aangegeven worden of men een reactie wil.

Na interne behandeling volgt dan een schriftelijke reactie per post of per mail vanuit de praktijk naar de “klager”. Uiteraard worden deze reacties bewaard in een centraal register onder beheer van het hoofd van de praktijk. De afgelopen jaren zijn de klachten intern afgehandeld. Er waren geen klachten bij de klachtencommissie of het tuchtcollege.

Bezoekers van onze site worden nadrukkelijk ook uitgenodigd om feedback te geven over de organisatie of als ze ergens tevreden mee zijn. Dat zijn dus geen klachten. De praktijk stelt zo'n inbreng op hoge prijs. Zo zeer dat we voorzinnige feedback ons boek “WATER! als medicijn” als cadeau in het vooruitzicht stellen.

Ten behoeve van de accreditatie 2015 is onderstaand overzicht opgesteld. Desgewenst kan de auditor inzage krijgen in de “antwoordbrieven” die onder het beheer van het hoofd van de praktijk bewaard worden. Uit deze brieven / e-mails blijkt de aard van de klacht en de reactie hier op van de praktijk.

De klachten zijn in een aantal categorieën onder te brengen, de getalen uit 2015, 2014 en 2013 staan in de rechterkolommen:

	2017	2016	2015	2014	
<i>2013</i>					
<i>Herhaalrecepten</i>	2	1	1	6	5
<i>Recept naar de verkeerde apotheek</i>	0	0	1		
<i>Bejegening door arts of assistente</i>	3	1	3	3	3
<i>Medisch niet zorgvuldig gehandeld</i>	0	0	2	3	0
<i>Vermeende onterechte nota</i>	1	1	2	2	2
<i>Onterechte nota</i>	1	2	0	0	1
<i>Kosten aanvullend onderzoek / eigen risico</i>	3	0	4	2	6
<i>Niet serieus genomen gevoeld</i>	3	1	0	2	0
<i>Drukke / wachttijd</i>	1	0	1	2	0
<i>Vergeten op te roepen POH-GGZ</i>	0	1	0	1	0
<i>Kosten vaccinaties</i>	0	1	0	1	0
<i>Landelijk Schakelpunt</i>	0	0	0	1	0



<i>Ten onrechte bij praktijk ingeschreven</i>	0	1	1	1	0
<i>Ten onrechte bij andere huisarts ingeschreven</i>	1				
<i>Vragen naar reden van het consult</i>	0	0	0	1	0
<i>Wil mail in plaats van brief</i>	0	0	0	1	0
<i>Bereikbaarheid</i>	1	1	2	0	1
<i>Wil gegevens uit dossier wissen</i>	0	0	0	0	1
<i>Warrig consult</i>	0	0	0	0	1
<i>Aandacht gevraagd voor problemen elders op de wereld</i>	0	0	2	0	0
<i>Huisvesting / gladheid</i>	0	0	1	0	0
<i>Door praktijkmedewerker iets vergeten</i>	0	0	2	0	0
<i>Doorsturen dossier door oude huisarts</i>	0	0	1	0	0
<i>Doorsturen dossier naar nieuwe huisarts</i>	0	1			
<i>Deel medisch dossier kwijt</i>	0	1			
<i>Voor niets gekomen / niet geholpen</i>	0	3			
<i>Technische problemen met website</i>	1	0	1	2	0
<i>Afspraak maken via website lukt niet</i>	1	1			
<i>Recept via website lukt niet</i>	0	3			
<i>Informatie op website</i>	0	1			
<i>Kan niet rechtstreeks naar de praktijk mailen</i>	0	2			
<i>Onterecht uitgenodigd</i>	0	1			
<i>Boos omdat hij / zij zelf te laat was</i>	1	3			
<i>Gedoe over onduidelijk gemaakte afspraken</i>	1	1			
<i>Suggesties verbetering website</i>	3				
<i>Complimenten</i>	1	3			
<i>Wil dat wij antedateren</i>	1				
<i>Administratief probleem</i>	3				
<i>Of we willen 3vertalen</i>	1				
<i>Afschaffen Open Spreekuur</i>	3				
<b>Totaal klachten:</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	
	<b>20</b>				

Er zijn geen klachten via de Klachtencommissie binnengekomen.  
Er waren geen aansprakelijkheidsstellingen, de aansprakelijkheidsstelling uit 2014 is uiteindelijk afgewezen, mogelijk volgt nog hoger beroep van de tegenpartij.  
Er waren geen Tuchtzaken.

In totaal zijn in 2016, bij meer dan 12.500 patiënten, 32 klachten en/of feedbackformulieren binnengekomen. Waaronder 1 compliment en 3 suggesties voor de website.

*Peter Vonk,*

*Januari 2018*

## 11. Veilig Incidenten Melden

Het protocol Veilig Incidenten Melden is te vinden in de protocollen map en digitaal op onze computer in gedeelde documenten – protocollen – veilig incidenten melden.

In 2017 zijn 7 VIM formulieren ingediend en besproken

De gemelde incidenten van 2017 zijn onder te brengen in de volgende categorieën.

	<b>2017</b>	2016	2015
Administratief	0	6	4
Telefooncontact	0	1	1
Laboratorium assistentes	1	3	1
Medische complicatie	0	0	1
Voorraad beheer	0	0	1
Balie	0	2	1
Communicatie onderling	0	1	1
Agenda	0	1	2
Recepten / apotheek	0	5	2
Communicatie arts / patiënt	0	1	-
Slordigheid / onzorgvuldigheid	5	4	-
Patiënt gevallen	0	2	-
Uitslagen	0	2	-
Taakopvatting	1	-	-
-----			
Totaal	7	28	14

De meldingen zijn in te zien in de VIM-map bij Ester.

Om het doen van een VIM makkelijker te maken hebben we in november 2017 een speciale “no-VIM-ber” maand gehad waarbij alle personeelsleden een aantal lege VIM formulieren gekregen heeft. Dit heeft 1 VIM opgeleverd.

Peter Vonk

## 12. Analyserapport van de patiënten vragenlijsten over de huisarts

Datum aanmaak rapport: 06-12-2016, enquêtes zomer 2016.

De twee nieuwe huisartsen, Taranga van der Blom en Renee Weersma hebben in januari 2018 hun vragenlijsten gecompleteerd. Die zijn ter verwerking bij de NPA. In 2019 zijn alle artsen van de praktijk weer aan de beurt

<b>mate van tevredenheid van patiënten (op schaal van 0=slecht tot 100=uitstekend), in de afgelopen 12 maanden, betreffende</b>	<b>Tineke</b> Mate van tevredenheid	<b>Ella</b> Mate van tevredenheid	<b>Emmeke</b> Mate van tevredenheid	<b>Dorien</b> Mate van tevredenheid	<b>Simone</b> Mate van tevredenheid	<b>Paul</b> Mate van tevredenheid	<b>Peter</b> Mate van tevredenheid	<b>Daan</b> Mate van tevredenheid	<b>Referentiewaarde</b>
<b>voor de patiënt het gevoel te geven dat u tijd voor hem/haar had tijdens consult:</b>	86,4 (n=25)	84,0 (n=25)	86,4 (n=28)	89,3 (n=28)	90,4 (n=25)	84,4 (n=27)	84,1 (n=29)	87,2 (n=25)	<b>87,9</b>
<b>voor het belangstelling tonen voor zijn/haar persoonlijke situatie:</b>	86,7 (n=24)	87,0 (n=23)	86,4 (n=28)	87,9 (n=28)	94,4 (n=25)	83,7 (n=27)	85,7 (n=28)	87,2 (n=25)	<b>86,4</b>
<b>voor het ervoor zorgen dat hij/zij gemakkelijk over zijn/haar problemen kon vertellen:</b>	89,2 (n=24)	90,4 (n=25)	87,1 (n=28)	91,4 (n=28)	92,2 (n=23)	85,7 (n=28)	84,4 (n=27)	88,8 (n=25)	<b>87,9</b>
<b>voor het hem/haar betrekken bij beslissingen over de medische behandeling:</b>	90,5 (n=21)	85,7 (n=21)	85,0 (n=24)	84,8 (n=25)	90,4 (n=23)	87,2 (n=25)	84,5 (n=22)	80,9 (n=23)	<b>86,4</b>
<b>voor het naar hem/haar luisteren:</b>	91,2 (n=25)	86,4 (n=22)	88,5 (n=26)	92,1 (n=28)	95,0 (n=24)	88,1 (n=27)	87,1 (n=28)	92,0 (n=25)	<b>89,8</b>
<b>voor het vertrouwelijk</b>	90,8 (n=24)	87,1 (n=17)	87,5 (n=24)	90,0 (n=24)	93,6 (n=22)	90,8 (n=26)	90,9 (n=22)	92,5 (n=24)	<b>90,8</b>

houden van de aantekeningen en de gegevens over hem/haar:										
voor het snel verlichten van de klachten:	85,2 (n=23)	83,3 (n=18)	83,8 (n=21)	83,8 (n=26)	83,8 (n=21)	80,8 (n=26)	83,2 (n=25)	77,5 (n=24)	<b>81,8</b>	
voor het bieden van hulp zodat hij/zij zich goed genoeg voelde voor de normale dagelijkse bezigheden	84,8 (n=21)	86,2 (n=16)	86,3 (n=19)	84,8 (n=21)	87,6 (n=21)	85,0 (n=24)	85,0 (n=20)	83,8 (n=16)	<b>84,1</b>	
voor een zorgvuldige en degelijke aanpak:	87,6 (n=21)	87,0 (n=23)	86,9 (n=29)	87,1 (n=28)	92,0 (n=25)	88,5 (n=26)	85,0 (n=28)	87,2 (n=25)	<b>86,4</b>	
voor het doen van lichamelijk onderzoek bij hem/haar	90,0 (n=20)	89,1 (n=22)	87,2 (n=25)	90,0 (n=26)	93,0 (n=23)	87,3 (n=22)	84,3 (n=23)	90,0 (n=20)	<b>87,0</b>	
voor het aanbieden van hulp bij het voorkomen van ziekten (bevolkingsonderzoek, inentingen)	87,1 (n=17)	80,0 (n=10)	76,4 (n=11)	85,9 (n=17)	88,3 (n=12)	85,5 (n=11)	76,7 (n=12)	76,0 (n=10)	<b>84,6</b>	
voor het uitleggen over wat de bedoeling is van onderzoeken en behandelingen:	91,0 (n=20)	83,5 (n=23)	88,3 (n=24)	87,4 (n=27)	89,2 (n=24)	87,0 (n=23)	82,7 (n=22)	87,0 (n=23)	<b>87,2</b>	
voor het vertellen wat zij/hij wilde weten over zijn/haar klacht:	89,2 (n=24)	87,0 (n=23)	88,5 (n=26)	86,4 (n=28)	91,8 (n=22)	86,4 (n=28)	83,7 (n=27)	83,3 (n=24)	<b>87,4</b>	
voor omgaan met emotionele problemen betreffende zijn/haar gezondheidsto	86,7 (n=18)	88,3 (n=12)	81,2 (n=17)	80,0 (n=17)	87,4 (n=19)	85,7 (n=14)	77,5 (n=16)	78,2 (n=11)	<b>85,2</b>	

<b>estand:</b>									
<b>voor het duidelijk maken waarom het belangrijk is om uw advies op te volgen:</b>	84,5 (n=22)	82,4 (n=17)	86,2 (n=26)	86,7 (n=24)	87,4 (n=19)	87,0 (n=23)	85,9 (n=17)	84,4 (n=18)	<b>85,5</b>
<b>voor het weten wat u heeft gedaan of de patiënt heeft verteld tijdens voorgaande bezoeken:</b>	86,4 (n=22)	81,4 (n=14)	82,6 (n=23)	84,0 (n=20)	85,2 (n=23)	85,6 (n=18)	80,0 (n=21)	79,0 (n=21)	<b>84,9</b>
<b>Gemiddelde score van de maximaal te halen 100:</b>	87,9	85,5	87,0	87,0	90,1	86,2	83,8	84,7	<b>86,5</b>

# 2018

## en de toekomst

## 12. De Toekomst

Onze praktijk streeft naar een optimale gezondheidszorg voor onze patiënten. Vanuit onze missie vormen hieruit 5 kernwoorden het fundament. **Deskundigheid** bij alle medewerkers is daarvoor de basis. Wij willen **veelzijdig** zijn, zowel in onze vaardigheden, als in onze praktijkorganisatie. De hulpvraag van onze patiënten stellen wij centraal en we willen zo **patiëntvriendelijk** mogelijk werken. Wij tonen **betrokkenheid** naar onze patiënten en bij maatschappelijke ontwikkelingen die van belang zijn voor de gezondheidszorg. Tenslotte willen we dat de geboden zorg en de organisatie duidelijke en herkenbaar zijn voor patiënten en medewerkers, waardoor **continuïteit** van zorg wordt gewaarborgd.

### Verbeterplannen 2018 en de toekomst.

- 12.I.            **Inleiding**
  - 12.II.          **Herijken Missie van de praktijk**
  - 12.III.        **Gebouw**
  - 12.IV.         **Communicatie**
  - 12.V.          **Patiënten panel**
  - 12.VI.         **SOA uitslagen**
  - 12.VII.        **Postverwerking digitaal**
- 
- 13.             **To-Do's 2018**

## 12. I. Inleiding

Hoe verzin je onderwerpen voor verbeterplannen? Wat hebben we gedaan. We hebben een inventarisatie van ergernissen en ideeën gehouden onze al onze praktijkmedewerkers. De kwaliteit coördinator heeft op een aantal thema gebieden een voorzet voor verbeterplannen en to-do's gegeven en de kaders aangegeven. De kaders zijn onder andere de wettelijke regelingen, eisen van de zorgverzekeraar en de relatie van de praktijk met de UvA. In 2017 was al het idee opgekomen om ons, weer eens, te beraden op wat voorpraktijk we willen zijn en de uitstraling van buiten. Verder zijn er organisatorische en medische zaken die aangepakt kunnen worden. Een powerpoint presentatie hierover is in de groep besproken.

Een aantal verbeterplannen uit 2017 lopen nog door in 2018.

Natuurlijk is accreditatie niet heilig en doen we nog veel meer. Onze huisartsen in opleiding voeren hun eigen verbeterplan uit, onze aanstaande wetenschappelijke stagiaires gaan weer uitgebreid onderzoek doen. We gaan samen met onze partners verder met het project Internet therapie voor studenten, we gaan dit uitbreiden voor promovendi aan de Universiteit van Amsterdam. We kijken of we onze co-assistenten behalve hun verplichte stage opdrachten nog iets extra's kunnen laten doen. We timmeren aan de weg!

Om te voorkomen dat de uitwerking van de verbeterplannen op de achtergrond terecht komt door de drukte van de dag, en alles op het laatste moment gedaan moet worden, zijn nu alvast in de praktijkagenda drie dagdelen vrij geroosterd om aan de verbeterplannen en To-Do's te werken.

Als thema voor de verbeterplannen 2018 kiezen we: **“Er komt een patiënt bij de dokter...”**

*ACCREDITATIE 2018*

*--- ALLEDAAGSE  
ERGERNISSEN*

*In 2017 hebben we een  
aantal alledaagse  
ergernissen proberen  
op te lossen. Mogelijk  
zijn we klaar mogelijk  
ook nog niet.*

*Als er nog alledaagse  
ergernissen zijn zullen  
we proberen die aan te  
pakken. Maar dan  
moeten we wel weten  
welke dat zijn.*

*Dus heb je een  
alledaagse ergernis of  
een idee hoe we iets  
beter kunnen  
organiseren, dit is je  
kans.*

*Mijn ergernis of idee  
is:.....*



## 12. II. Verbeterplan “Herijken Missie van de praktijk”

**Startdatum:** 8/1/2018

**Naam projectcoördinatoren:**

Klaartje, Renée, Laura, Ella

**Beschrijving van de huidige situatie:**

Ongeveer 6 jaar geleden hebben we 5 kernwaarden voor onze praktijk opgesteld. Sinds het opstellen van deze kernwaarden hebben we veel verbeterlagen gemaakt en zijn er veel nieuwe artsen en assistentes gekomen, met hun eigen inzichten.

**Beschrijving van de gewenste situatie:**

Onze missie herzien: voldoen onze kernwaarden nog of moeten ze worden aangepast. En een visie formuleren. Zodat we hier de nieuwe verbeterplannen aan kunnen ophangen.

Subdoelen:

- onderlinge verbinding waarbij iedereen het gevoel heeft mee te kunnen doen en
- verbinding met de praktijk te bevorderen

**Doel:**

1 A 4 tje waarop de herziene missie en nieuwe visie is geformuleerd die gedragen wordt door alle medewerkers van de praktijk.

Subdoel:

1. onderlinge verbinding
2. verbinding met de praktijk
3. bevorderen van het werkplezier
4. een gezellig middag met gehele praktijk.

**Vorm:**

We organiseren een middag op 19 maart 2018 waarvoor de hele praktijk wordt uitgenodigd en waarvoor we een aantal doelen formuleren die we willen bereiken.

## Plan van Aanpak Verbeterplan "Herijken Missie praktijk"

<b>Startdatum:</b>			
<b>Actie</b>	<b>Wie</b> (verantwoordelijk vet)	<b>Einddatum</b>	<b>Afge- tekend</b>
Locatie uitzoeken en lunch regelen	<b>Laura</b>	5 feb 2018	
Waarneming huisarts en assistente regelen vanaf 12u op 19 mrt '18	<b>Laura</b>	5 feb 2018	
5 feb samenzitten om de doelen en het programma van de middag op te stellen	<b>allen</b>	5 feb 2018	
Locatie borrel uitzoeken	<b>allen</b>		
19 feb samenzitten voor vervolg	<b>allen</b>	19 feb 2018	
5 mrt laatste voorbereidingen treffen	<b>Laura, Klaartje, Ella</b>	5 mrt 2018	
19 maart bijeenkomst	<b>Allen</b>	19 mrt 2018	
14 mei evaluatie en verwerken informatie van de bijeenkomst	<b>Allen</b>	14 mei 2018	
9 juli vervolg	<b>Allen</b>	9 jul 2018	

**Datum bereiken doel:** 29 oktober 2018

## 12. III. Verbeterplan "Gebouw"

**Startdatum: 08.01-2018**

**Naam projectcoördinatoren: Emmeke, Ester, Naomi, Tineke**

### **Beschrijving van de huidige situatie:**

In de loop van de jaren zijn steeds aanpassingen bedacht als er nieuwe medewerkers bijkwamen, of er nieuwe taken en functies werden gestart, maar het resultaat is nu een rommelig, slecht onderhouden en niet schoon ogend gebouw dat een onprofessionele indruk maakt.

**Beschrijving van de gewenste situatie:** een praktijk welke opgeruimd en schoon is, waar medewerkers professioneel en met plezier kunnen werken en patiënten niet alleen deskundig maar ook efficiënt en prettig geholpen worden.

### **Beschrijving van het verbeteringsdoel (eventueel volgens SMART):**

*Het doel is een gebouw dat goed is ingesteld op alle functies en medewerkers, dat goed is schoon te houden en waar patiënten en medewerkers zich prettig voelen.*

Specifiek: voldoende goed geoutilleerde werkplekken voor de assistentes:

een ruimte voor kleine verrichtingen door assistentes met onderzoeksbank, lamp, rolkarretje en stromend water/aanrecht

een ruimte waar bloed kan worden afgenomen

een ruimte voor het doen van BVO, vaccinaties en het soa-spreekuur

een ruimte voor het doen van administratieve taken.

Een prettige wachtkamer waar artsen en assistentes niet steeds hoeven heen te lopen. (De wachtkamer kan ook kleiner nu het inloop is afgeschaft en er minder patiënten tegelijk hoeven plaats te nemen in de wachtkamer.)

Een afgeschermd werkruimte voor Ester.

Goed schoon te houden door efficiënt gebruik van ruimte.

Beschikbaarheid moderne hulpmiddelen (laptops pc's bijvoorbeeld, op plaatsen waar die nuttig zijn)

**Datum bereiken doel: 30 november 2018**

### **Beschrijving van de verwachte knelpunten en de eventuele oplossingen:**

financiën-

### **Beschrijving van bevorderende factoren:**

Breed gedragen motivatie

Noodzaak om nieuwe patiënten aan ons te binden en onze patiënten te behouden

-

Geeft kort aan hoe u het verbeterplan tussentijds en over een jaar gaat evalueren:

gebouw nalopen

**Plan van Aanpak Verbeterplan "Gebouw"**

<b>Startdatum:</b> jan 2018			
<b>Actie</b>	<b>Wie</b>	<b>Einddatum</b>	<b>Afge-tekend</b>
Agenda activiteiten inplannen, bewaken	<b>EvR</b>		
Door het gebouw met "patiënten blik"	Allen, <b>NC</b> verslag	22 jan	
Door het gebouw met "efficiëntie blik"	Allen, <b>EvR</b> verslag	22 jan	
Inventariseren kosten binnenhuis architect LHV of anders	<b>TK</b>	30 jan	
PV akkoord kosten architect	<b>TK</b>	30 jan	
Pijnpunten specificeren - Uitstraling - Onderhoud - Efficiëntie	<b>NC en EvR</b> verslag	30 jan	
Wensen en doelen formuleren Duidelijke hulpvraag voor architect	Allen, <b>EE</b> verslag	12 feb	
ONS realistische plan maken	Allen, <b>EE</b> verslag	20 april	
Tijdspad voor veranderingen Verdere invulling van plan van aanpak	<b>ALLEN</b>	14 mei	

## 12. IV. Verbeterplan “Communicatie”

**Verbeterplan:** Communicatie

**Startdatum:** 08-01-2018

**Naam projectcoördinatoren:** Peter, Taranga, Lizzy

### **Beschrijving van de huidige situatie:**

De huisartspraktijk is niet bij alle studenten van de UvA en HvA bekend, terwijl we als studentenartsen een studentenvoorziening zijn.

### **Beschrijving van de gewenste situatie:**

De studenten van de UvA en HvA zijn bekend met de Studentenartsen | Huisartspraktijk. Voor de hand liggende communicatiemogelijkheden worden benut. Hierbij denken we aan advertenties, TV panelen in gebouwen, mail aan studenten, social media.

Hiertoe is er een communicatieplan ontwikkeld met duidelijke ‘to-do’s en daarbij behorende handleidingen.

Hiervoor vragen we een tijdelijke communicatiemedewerker om dit onder onze begeleiding op te stellen en uit te voeren.

### **Beschrijving van het verbeteringsdoel (SMART):**

Specifiek: Er is een communicatieplan dat op papier staat, er staan to-do’s in met handleidingen. Er zijn advertentie teksten gereed, er zijn social media accounts en er is content beschikbaar.

Meetbaar: Er is een communicatieplan, er zijn social media accounts waarop gepost is, er zijn berichten op TV schermen

Acceptabel: We zijn een studentenvoorziening, dus uitingen naar de studenten zijn voor de instelling uiteraard acceptabel. De communicatie uitingen kunnen stapsgewijs uitgevoerd worden. Omdat we een externe kracht inhuren is het ook haalbaar.

Realistisch: We vragen een externe deskundige om dit plan te ontwikkelen en de handleidingen te schrijven

Tijdgebonden: Voor september 2018 moet er een eerste plan gericht op de eerstejaars studenten, die dan weer binnenkomen aan de UvA en HvA gereed zijn.

**Datum bereiken doel:** oktober 2018

### **Beschrijving van de verwachte knelpunten en de eventuele oplossingen:**

- Het vinden van een medewerker
- Onduidelijkheid over de missie en visie van de praktijk (19 maar 2018 hebben we met zijn allen een “visie-dag”)

**Beschrijving van *bevorderende* factoren:**

- Een extern medewerker heeft het als primaire taak. Er komen dus geen andere taakjes tussendoor
- Er wordt gewerkt aan een dependance van de praktijk, de uitstraling rondom die locatie kan positief werken

## Plan van Aanpak Verbeterplan "Communicatie"

<b>Startdatum:</b> 08-01-2019			
<b>Actie</b>	<b>Wie</b> (verantwoordelijk vet)	<b>Einddatum</b>	<b>Afge- tekend</b>
Op stellen profielschets medewerker	Peter	Februari	
Informereren bij Studijob / Jobservice naar detacheringsmogelijkheden en kosten	Lizzy	Februari	
Werven medewerker	Peter, Taranga, Lizzy	Maart	
Inventariseren bestaande uitingen	Medewerker, Peter	April	
Inventariseren reeds ingezette financiën	Medewerker, Peter	April	
Inventariseren mogelijkheden binnen UvA en HvA voor gratis publiciteit	Medewerker	April	
Inventariseren geschikte Social Media	Medewerker	April	
Eerste rapport van mogelijkheden	Medewerker	Mei	
Bespreken en brainstorm eerste rapport	Medewerker en projectteam	14 mei	
Uitwerken Social media met plan voor content en updaten	Medewerker	Juli	
Bespreken en brainstorm Social media plan	Medewerker en projectteam	9 juli	
Introductie communicatie eerstejaars	Medewerker	September	
Evaluatie activiteiten tot dusver	Medewerker plus projectteam	17 september	
Eindrapport met handleidingen	Medewerker	Oktober	
Schrijven verslag	Projectteam	29 oktober	

## 12. V. Verbeterplan "Patiënten panel"

**Startdatum: 8-1-2018**

**Naam projectcoördinatoren: Dorien, Mirjam, Paul**

**Beschrijving van de huidige situatie:** momenteel krijgen wij alleen informatie over ons functioneren als praktijk via het feedback- en klachtenformulier.

**Beschrijving van de gewenste situatie:** wij willen proactief informatie van onze patiënten verkrijgen wat hun indrukken en tips/verbeterpunten voor onze praktijkvoering zijn.

**Beschrijving van het verbeteringsdoel (SMART):**

Specifiek: Opstellen/on-line zoeken naar patiënten-enquête over praktijkvoering

Meetbaar: Ja.

Acceptabel: Ja. De betreffende patiënten zal om hun toestemming worden gevraagd. Men krijgt een "beloning" mee bij het inleveren.

Realistisch: Ja. 100 bezoekers papieren enquête meegeven en direct hier innemen.

Tijdgebonden: 2x per jaar: april en oktober.

**Datum bereiken doel:** half november 2018

**Beschrijving van de verwachte knelpunten en de eventuele oplossingen:**

- Logistiek bij de balie/wachtkamer
- Verwerking bij veel opmerkingen/tekst
- Continuïteit (dit is een project dat ook na 2018 2x per jaar gaat blijven lopen..)

**Beschrijving van bevorderende factoren:**

- positieve uitstraling naar onze cliëntèle: zij kunnen hiermee invloed uitoefenen op hun praktijk.
- na inleveren krijgt men een presentje.

**Geeft kort aan hoe u het verbeterplan tussentijds en over een jaar gaat evalueren:** nader te bepalen



## Plan van Aanpak Verbeterplan "Patiënten panel"

<b>Startdatum:</b> 8 januari 2018			
<b>Actie</b>	<b>Wie</b>	<b>Einddatum</b>	<b>Afgetekend</b>
Opstellen patiënten-enquête over onze praktijkvoering	<b>allen</b>	20 mei 2018	
Uitdelen 1e versie van enquête aan alle medewerkers ter becommentariëring plus verwerking op- en aanmerkingen	<b>allen</b>	9 juli 2018	
Vorbereiding van 1e x uitdelen van 100 enquêtes	<b>allen</b>	17 september 2018	
Verwerken en presenteren uitkomst van de 1 <sup>e</sup> afname. Vorbereiden van 2 afnames in 2019	<b>Mirjam en Dorien</b>	29 oktober 2018	

## 12. VI. Verbeterplan "SOA-uitslagen"

**Startdatum:** 08-01-2018

**Naam projectcoördinatoren:** Eveline, Simone, Daan

### **Beschrijving van de huidige situatie:**

Uitslagen SOA testen (chlam/gonorr/lues/hepB/HIV) vanuit consult arts/assistente die negatief blijken worden door arts in SOEP genoteerd. Patiënt belt uitslagenlijn en assistente leest de uitslagen voor.

### **Beschrijving van de gewenste situatie:**

Negatieve uitslagen van SOA-testen worden door de assistente in SOEP genoteerd, patiënt belt uitslagenlijn en assistente leest voor.

### **Beschrijving van het verbeteringsdoel (SMART):**

Specifiek: Negatieve uitslagen SOA testen worden door assistente direct in HIS gezet

Meetbaar: Géén negatieve SOA-test uitslagen meer op de poststapel van de dokter

Acceptabel: Assistentes moeten zich bekwaam voelen een negatieve uitslag in dossier te zetten.

Realistisch: Scheelt de dokter werk. (assistente iets meer werk, maar krijgt ook meer verantwoordelijkheid)

Tijdgebonden: zie tijdschema

**Datum bereiken doel:** oktober 2018 (wellicht eerder)

### **Beschrijving van de verwachte knelpunten en de eventuele oplossingen:**

- levert het nieuwe plan juridisch problemen op? (helemaal bij uitslagen die nog niet door de arts bekeken zijn (bv pt belt hiervoor op zonder dat de post bekeken is door dienstdoende arts). Voor deze kwestie evt KNMG-jurist raadplegen.
- Zijn assistentes bereidt mee te werken? Evt klinische les geven over hoe uitslagen te interpreteren en te noteren.

### **Beschrijving van bevorderende factoren:**

- meer verantwoordelijkheid voor assistente
- scheelt de dokter werk

## Plan van Aanpak Verbeterplan "SOA uitslagen"

<b>Startdatum:</b> 08-01-2019			
<b>Actie</b>	<b>Wie</b> (verantwoordelijk vet)	<b>Einddatum</b>	<b>Afge- tekend</b>
Plannen tijd werkoverleg om plannen door te spreken	<b>Eveline</b>	Eind jan	
Plannen tijd klinische les	<b>Eveline</b>	Eind jan	
Opzet klinisch les / juridisch aspect	<b>E/D</b>	feb	
Geven klinische les	<b>E/D</b>	maart	
Start plan	E /D	maart	
1e evaluatie	<b>E/D</b>	juni	
(2e evaluatie)	<b>E/D</b>	Sept/okt	

## 12. VII. Verbeterplan "Postverwerking Digitaal"

**Startdatum:** Januari 2018

**Naam projectcoördinatoren:** Eveline, Simone, Daan

### **Beschrijving van de huidige situatie:**

- Digitale post komt via Edifact binnen en wordt uitgeprint op papier ter inzage betrokken dokter. Is de post verwerkt door de dokter, in dossier of elders, dan wordt het papier weggegooid.
- Analoge post, via het postbedrijf, wordt geopend en in gescand door de assistente. Vervolgens wordt de originele brief ter inzage aangeboden aan de betrokken dokter, dokter verwerkt relevante gegevens in dossier en gooit originele brief weg.

### **Beschrijving van de gewenste situatie:**

- Digitale post wordt via Edifact binnen gehaald, door de assistente gescreend en in de leeslijst gezet van de betrokken dokter. De dokter opent de leeslijst 2x (of meer) per dag om uitslagen/post te bekijken.

### **Beschrijving van het verbeteringsdoel (SMART):**

Specifiek. Digitale post blijft digitaal, er wordt papier gespaard.

Meetbaar. Geen uitslagen/specialistenbrieven meer op papier.

Acceptabel: milieuvriendelijker, financieel gunstiger en het scheelt tijd

Realistisch: Vooral workflow van de dokter verandert (werken met leeslijsten)

Tijdgebonden: zie schema

**Datum bereiken doel:** juni 2018

### **Beschrijving van de verwachte knelpunten en de eventuele oplossingen:**

- We werken met 10 dokters. De post moet digitaal beoordeeld worden op wie de betrokken dokter is. Deze dokter krijgt dit bericht dan in zijn leeslijst. Tot nu toe heeft de praktijk altijd afgezien van deze manier van werken omdat 10 verschillende dokters deze manier van sorteren ingewikkeld zou maken. Sorteren met uitgeprinte brieven/uitslagen was logistiek gemakkelijker. Of digitaal sorteren ICT technische mogelijk is wordt mede bekeken en getest door systeembeheerder Menno van Dam.

### **Beschrijving van bevorderende factoren:**

- scheelt tijd en papier, plan past ook in het kader van een duurzame praktijk.

## Plan van Aanpak Verbeterplan "Postverwerking Digitaal"

<b>Startdatum:</b>			
<b>Actie</b>	<b>Wie</b> (verantwoordelijk vet)	<b>Einddatum</b>	<b>Afge- tekend</b>
Overleg Menno hoe leeslijst te activeren is	<b>Daan</b>		x
Maken kopie database en testen leeslijst en digitaal sorteren van post.	<b>Daan</b>	maart	
Als bovenstaande werk: uitleg aan collga's en assistenten over leestlijst	<b>Eveline/Daan/Simon e</b>	april	
Digitaal sorteren	<b>allemaal</b>	Mei/juni	

## 13. To Do's 2018

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 1. Doelmatig voorschrijven, actie "verbetering somscores"           | Lyanne, Peter                |
| 2. Evaluatie voorraad artsenkamers                                  | Lizzy, Taranga               |
| 3. Bloemetje van de praktijk aan genomineerden                      | Peter                        |
| 4. Implementatie E-Health van Therapieland in de praktijk           | Vera, Taranga, Peter, Dorien |
| 5. Reclamefolder MCA  | Laura                        |
| 6. De 30-minuten bloeddrukmeting                                    | Paul en Eveline              |
| 7. Pneumokokken vaccinatie voor COPD patiënten                      | Peter en Lizzy               |
| 8. Telefoons verder in programmeren                                 | Mirjam                       |
| 9. Kabels verwerken   | Ester                        |
| 10. Oud archief opruimen.   | Ester                        |
| 11. Prikbord in de hal opschoonen                                   | Ester                        |
| 12. Alle hangende notities in de praktijk bekijken en evt vervangen | Ester                        |
| 13. Stoelen checken in de wachtkamer, kapotte weg of (laten) maken  | Peter                        |
| 14. Naam praktijk achter ramen voorgevel                            | Ester                        |
| 15. Oude ordners vernietigen (moeten 7 jaar bewaard blijven)        | Ester                        |

*En natuurlijk doen we in 2018  
nog heel veel meer....*