

Medisch Centrum Olst



Jaarverslag 2015

+

Beleidsplan 2016

Huisartspraktijk

- transitiepraktijk -

Dijksterhuis

Inhoud

Ten geleide	3
De praktijk	5
Vestiging	5
Artsen	5
Praktijkassistenten	5
Praktijkondersteuners	5
Ingeschreven patiënten.....	6
Werkomvang	8
Aantal contacten	8
Inhoud van het werk	10
Waarmee of waarom kwamen al die patiënten?.....	10
Indeling naar ziektegroepen (ICPC-hoofdstukken)	12
En wat deed de huisarts?	12
Psychische en sociale problemen, jeugdzorg	14
Werkdruk en oplossingen.....	15
Artsenwerk	15
De andere artsen	15
Assistentenwerk	15
Samenwerking buiten de praktijk	16
Kwaliteit: accreditatie.....	17
Beleidsplan, geformuleerd van vòòr jaarverslag.....	18
Conclusies jaarverslag: Beleidsplan aangepast in Jaarplan 2016.....	22
Bijlagen	25
Bijlage 1: Overzicht ingeschreven patiënten per zorgverzekeraar.....	25
Bijlage 2: Correspondentie zorgverzekeraar m.b.t. registraties buiten openingstijden	26

Ten geleide

'Stop roken, loop door en blijf op gewicht'

Eindelijk dan, mijn eerste jaarverslag. Achter de broek gezeten door gevoel van plicht, maar ook als een soort bekroning van de Transhisregistratie, zet ik de puntjes op de i, enkele weken na de tweede 'NHG-Accreditatie'.

'Transitiepraktijk' heb ik er maar aan toegevoegd door dat Transitieproject, maar het staat ook voor het niet stil staan, maar in over- of doorgang zijn.

Transities van klacht naar diagnose en behandeling. Maar ook: praktijk in doorgang, overgang. Die overgang illustreer ik niet alleen met mijn transitie, zo'n 15 jaar geleden, van een praktijk in Friesland naar een nieuwe in Olst. In het beleidsplan staat meer over overgangen.

Naast trots op dit jaarverslag, ben ik ook trots om nog steeds deelnemer te zijn aan het Transitieproject waar ik in 1989 vanuit mijn vorige praktijk al aan ben gaan deelnemen. Het project van wijlen professor Henk Lamberts om gegevens te verzamelen niet alleen over de ziekten in de huisartspraktijk maar ook over die patiënten: wat zijn de redenen waarom ze naar de huisarts komen en wat doen de huisartsen daarmee. Epidemiologische gegevens die in veel NHG-standaarden werden gebruikt.. Het Transitieproject maakte een overgang van Amsterdam naar Nijmegen, waar samenwerking werd gevonden met de groep enthousiaste huisartsen van de Continue Morbiditeitsregistratie. Deze laatste werd opgezet door professor Frans Huijgen. Diens boekje Family Medicine las ik in de bibliotheek van ziekenhuis Ziekenzorg tijdens mijn coschappen in Enschede en hielp me te kiezen voor de huisartsopleiding. Transitieproject heet nu 'Family Medicine Network'. Overigens slaagde ik daar in Enschede voor mijn examen interne geneeskunde bij dr. S.G.Th. Hulst die aantekende: 'niet in de somatiek geïnteresseerd' (vandaar de POH somatiek?)

Het zat lang in mijn hoofd, maar bij de eerste 'accreditatie' waarover in dit verslag ook bericht, was het toch nog niet klaar en vormde het één van de twee 'afwijkingen': je mag er drie hebben om nog geaccrediteerd te worden.

Ter inspiratie dienden enige andere jaarverslagen - die van mijn collega in het MCO natuurlijk, zij was al jaren geaccrediteerd. Maar vooral jaarverslagen door noeste arbeid zoals van Fokke Meima in Bathmen en van de collega Transitiepraktijken in de groeidorpen bij Nijmegen, Thermion in Lent en de Oosterhoutse huisartsengroepspraktijk, allen tintelend van jeugdig enthousiasme.

Trots ben ik ook wel om te werken in de regio Salland waar de huisartsen, tegenwoordig verenigd in de HCDO, nadrukkelijk een collectief vormen. Dit resulteert in een gezamenlijk kwaliteitsbeleid (o.m. resulterend in de 'groepsaccreditatie') en al sinds jaren op de huisartsenpost een solidaire sfeer, reden waarom ik, louter voor de communicatie met de post enige jaren (tot 2012) van mijn Transhis af ben geweest zodat er inzage was voor de waarnemende collega's in de dossiers van praktisch alle praktijken, tamelijk uniek. Door de voortschrijding der techniek, kon ik terug naar Transhis en blijven communiceren met de HAP.

Ik hoop met dit jaarverslag, ondanks alle overgangen en veranderingen, de belangrijke waarden van de praktijk te laten zien: continuïteit van de zorg en aandacht.

Ik kan een ieder, gezond van lijf en leden, aanbevelen te gaan hardlopen, vooral als er een jaarverslag of ander werkstuk moet worden afgemaakt. Tijdens mijn lange duurloop nadat ik dit verslag bijna klaar had, dacht ik, kwam ik nog op veel ideeën, ondanks dat ik tijdens die warme drie uur op 1 juni drie liter vocht was kwijt geraakt! Dat ik niet alleen met het hoofd bij 'de praktijk' zat, blijkt uit de 'natuurscore': 1 terminale (maar dus nog levende) zandhagedis, een hazelworm, twee everzijnen en een ree tijdens deze RadioKootwijkronde.

Oh ja, en over die werkdruk: ik mag verwijzen naar mijn beleidsplan, maar de normpraktijk in Nederland is veel te groot. Het aantal patiënten per fulltime huisarts zou mijns inziens ver onder de 2000 moeten liggen itt de huidige reknorm van 2168.

Tegelijkertijd is dit nog maar een eerste jaarverslag, en kunnen we zo bekijken wat we een volgende keer willen laten zien.

Het jaarverslag zou moeten laten zien wat in het beleidsplan staat. Vandaar dat we het beleidsplan opnemen dat een stuk eerder werd geschreven dan de voltooiing van dit jaarverslag, plus de toevoegingen/aanvullingen voor dat beleidsplan na dit jaarverslag.

De praktijk

Hieronder staat een overzicht van de werknemers van de huisartsenpraktijk gedurende het jaar 2015.

Vestiging

De praktijk is gevestigd in het MCO, Medisch Centrum Olst alwaar ook de huisartspraktijk van Lith, de apotheek en thuiszorgorganisatie Carinova gevestigd is. Wekelijks houdt hier ook de verloskundigenpraktijk Baren&Zo haar spreekuur.

Artsen

- huisarts Pieter Dijksterhuis full time
- basisarts voor twee dagen per week (onder supervisie van de huisarts), tot begin mei Susan Wilms en van juli tot begin 2016 Marleen Weerts
- Voorts liep zes maal een coassistent haar/zijn stage van vier weken in de eindfase van de opleiding tot basisarts aan de RUG/DZ.

Praktijkassistenten

- Mariët Holterman 38 uur - zij begon in dit jaar ook haar opleiding SOH spreekuurassistent huisarts.
- Carin Carboni 9 uur + in vakanties bijna fulltime
- Linda Schutte 20,75 uur sinds oktober 2015 en in de vakantie meer.

Praktijkondersteuners

dit zijn functionarissen van HBO (of vergelijkbaar)- niveau die een eigen spreekuur doen voor bepaalde categorieën patiënten in de huisartspraktijk:

- praktijkondersteuner *somatiek*
 - Brigitte Nikolai Tot 1-2, zij vertrok na dertien jaar dienst.
 - Geertje Waardenburg: twee dagen per week. Haar opvolgster als (voornamelijk spreekuren diabetes, hoge bloeddruk/ cardiovasculair risicomanagement en longpatiënten) sinds 1-4
- POH-GGZ oftewel spreekuren psychosociale ondersteuning.
 - door Fried Kolb (4 uur) en
 - Emiel Bosscher (4 uur per week).

De POH's GGZ werken tevens voor de praktijk van collega van Lith.

Ingeschreven patiënten

Op 1-1-2015 waren er 2443 patiënten ingeschreven, op 31-12-2015 2395, een daling van 48.

Ter vergelijking: de Nederlandse 'normpraktijk' telt 2168 patiënten. De praktijken van de beide andere Olster huisartsen zijn nog iets groter.

Om dit verloop in de tijd te plaatsen ziet u een grafische weergave van het verloop van het aantal ingeschreven patiënten sinds de praktijk werd overgenomen van mijn voorganger den Hollander, zomer 2001:



Figuur 1: Ingeschrevenen sinds start Dijksterhuis 1-8-2001 tot 27-5-2016

We zien hier een geleidelijke maar aanzienlijke groei van het aantal ingeschreven patiënten tot begin 2014, waarna daling. Het laatste half jaar stabiliseert het aantal ingeschrevenen weer. We kijken voor de grote lijn dus niet alleen verder terug maar ook even bij de allernieuwste gegevens, na het eerste half jaar van 2016: 2398 op 30-6-2016.

Naast de zorg voor de ingeschreven patiënten ziet de huisarts op onverwachte momenten 'passanten', mensen die in Olst of omgeving werken of verblijven. Geen grote categorie omdat Olst niet bij uitstek toeristisch is ondanks de mooie omgeving. Sporadisch bezoeken campinggasten de praktijk.

Tevens heeft de huisarts een categoriaal spreekuur voor mensen met overgewicht, het Biamedspreekuur, zowel voor 'eigen' als niet ingeschrevenen (zie de website).

Figuur 2 geeft de verdeling van patiënten en de Nederlandse bevolking over de verschillende leeftijdsgroepen weer.



Figuur 2: Verdeling van patiënten per leeftijdsgroep plus bevolking nl (bron: cbs.nl)

Te zien is dat de verdeling over de leeftijdsgroepen een gelijke curve laat zien. In verhouding met de Nederlandse bevolking is er in deze praktijk nu een hoger aantal 80-plussers. De 'CBS-cijfers' voor Olst ter vergelijking hebben we nog even niet.

Bij vergelijking van de laatste drie jaar in tabel 1 zien we hoe de daling van het aantal ingeschrevenen samen gaat met lichte daling bij de jeugd en wat stijging bij de ouderen.

Op 31-12-2013 was het aandeel <20 jaar 24,2%, op 31-12-2015 23,6% en op 30-6-2016 23,3%, bij de 65-plussers stegen deze percentages van 19,1 naar 20,8 en 21.6%. Het lijkt een te verklaren trend, maar wie verklaart dan de daling van het percentage 40-50-jarigen van 11,8 naar 9,3% in dezelfde periode?

Leeftijdsgroep	2013	2014	2015
0-5	150	133	117
5-10	161	161	162
10-15	146	155	157
15-20	138	137	129
20-25	114	120	125
25-30	124	109	107
30-35	139	133	119
35-40	115	131	139
40-45	166	151	136
45-50	224	212	197
50-55	167	173	173
55-60	171	177	178
60-65	173	162	159
65-70	143	147	154
70-75	99	108	108
75-80	84	83	79
80-85	86	94	92
85 plus	56	57	64
Totaal	2456	2443	2395

Tabel 1; ingeschreven patiënten per leeftijdsgroep peildatum 31-12, jaren 2013-2015

Bijlage 1 geeft een gedetailleerd overzicht de ingeschreven patiënten per zorgverzekeraar. ENO (Salland) is de grootste zorgverzekeraar in de praktijk, evenals in de regio, het is ook de 'preferente zorgverzekeraar' waar de HCDO afspraken mee maakt die in principe worden gevolgd door andere verzekeraars. ENO wordt qua aantal ingeschrevenen op de voet gevolgd door Zi Iveren Kruis Achmea. De leeftijdsverdeling laat grotere verschillen zien: bij de ouderen (75+) is ZKA duidelijk de grootste met 109 tegen ENO 55 terwijl ENO meer jeugdige ingeschrevenen heeft (77 tegen 53).

Werkomvang

Doordat de praktijk deel uitmaakt van het registratienetwerk FAMEnet/Transitieproject van de Nijmeegse universiteit weten we niet alleen hoeveel consulten e.d. werden gedaan maar ook waar die over gingen (diagnosen) en waar de patiënten voor kwamen (reden van komst) en wat de huisarts deed. Ten behoeve van dit registratieproject worden van alle hulpvragen die de praktijk bereiken de gegevens geanonimiseerd en gecodeerd verwerkt.

Aantal contacten

Directe patiëntcontacten met de praktijk (huisarts en medewerkers) waren er in dit jaar 12844 (5,3 per patiënt per jaar) waarvan een kwart telefonische consulten.

Code	Type contact	2015	2014	2013
C	Consult huisarts	5638	6047	5754
C2	Consult huisarts langer dan 20 min.	1888	1669	1714
CO	Consult POH-S	586	618	489
C2O	Consult langer dan 20 min, POH-S	49	109	101
V	Visite huisarts	765	711	649
V2	Visite huisarts langer dan 20 min.	295	261	215
INTHZANW	Intensieve thuiszorg, ANW	21	5	7
INTHZD	Intensieve thuiszorg, dag	92	81	92
T	Telefonisch consult huisarts	3265	3013	2684
TO	Telefonisch consult, POH-S	63	54	62
NPAP	Preventief bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	73	71	64
VO	Visite, POH-S	8	79	74
V2O	Visite >20 min., POH-S	6	22	11
CD	Consult ANW, niet HAP	2	7	8
TD	Telefonisch consult, ANW-dienst niet-HAP	72	44	46
C2D	Consult >20 min, ANW niet HAP	0	3	1
VD+ V2D	Visite ANW, niet HAP	14	10	11
MRSA	MRSA kweek	2	5	1
EUT	Euthanasie	1	0	1
	Totalen	12844	12814	12065

Tabel 2: Contacttypen in 2015, 2014 en 2013.

Uit de tabel is te berekenen, dat het gemiddeld aantal patiëntcontacten van 2013 tot 2015 steeg van 4,96 tot 5,35 per patiënt. Het totaal aantal patiëntcontacten steeg van 2013 tot 2015 met zes procent van ruim 12000 tot bijna 13000.

Code	Type verrichting	2013	2014	2015
HR	Herhalingsrecept	5194	5308	5167
HB	Brief	3141	3545	3532
HA	Administratief consult	3080	2748	3007

Tabel 3; administratieve last

Ook zien we in tabel 3 dat de administratieve last (of lust, al naar gelang het werkplezier) in deze periode toenam met 5,8% als we de administratieve contacten en het verwerken van de brieven bij elkaar optellen. Herhaalrecepten (medicatie bij chronische aandoeningen) werden in '15 even vaak geschreven als in '13 : ruim 5100 keer of wel 21 herhaalrecepten per werkdag.

Wat moeten we ons bij zo'n 'administratief contact' voorstellen? Het gaat wel om patientgebonden informatie die in het dossier komt, maar zonder dat er daadwerkelijk sprake is van een advies- of behandelingssituatie. Bijvoorbeeld het maken van machtigingen voor steunkousen of overleg met specialist of wijkverpleegkundige of het noteren dat een patiënt niet was verschenen op het spreekuur. In de eerste twee gevallen declareren we dat als een consult, in het laatste niet.

's Avonds, 's nachts en in het weekend wordt de praktijk waargenomen door de huisartsenpost in Deventer. In 2015 werd deze 403 maal bezocht door patiënten uit onze praktijk, een stijging vergeleken met de 320 in 2013. Opmerkelijk genoeg bleef het aantal telefonische adviezen van en visites door de HAP gelijk: 247 en 47 in 2015, 248 en 45 in 2013.

Een kleine toelichting op de geregistreerde (en uiteraard gedeclareerde) verrichtingen buiten kantoortijden. Er zijn nog wel eens patiënten die mij bellen 's avonds of in het weekend. Ooit, bij de woelige overgang naar de huisartsenpost in 2003 hebben alle patiënten mijn 06-nr gekregen. Daar werd zeer spaarzaam gebruik van gemaakt en ik ervaar het samenwerken in de huisartsenpost als zeer positief. Tegenwoordig word ik vrijwel alleen gebeld als ik mijn mobiele nummer geef in bijvoorbeeld de laatste levensfase. Dat zie ik net als veel collega's als goed huisartsgeneeskundig handelen. Recent kreeg ik van een verzekering bericht dat zij mijn declaratie van (onder meer telefonische) verrichtingen in het weekend afwezen omdat ik ook bij een huisartspost ben aangesloten. Het ging om de telefoons en visites in nacht en weekend bij een patiënte met uitbehandelde kanker die ik tot haar einde thuis heb begeleid. De betreffende correspondentie ziet u in bijlage 2.

Inhoud van het werk

Waarmee of waarom kwamen al die patiënten?

Meer dan 6000 keer klopte men met een nieuwe klacht of probleem aan bij de dokter.

ICPC	Omschrijving	2015	ICPC	Omschrijving	2014
A62	Administratieve verrichting	277	A62	Administratieve verrichting	377
R05	Hoesten	234	D06 /D01	Buikpijn	153
D06 /01	Buikpijn	162	R05	Hoesten	145
A03	Koorts	123	U35	Urineonderzoek	132
S06	Huiduitslag/plekje	113	S06	Huiduitslag/plekje	109
S04	Lokale zwelling/knobbel huid	108	L17	Symptomen/klachten voet/teen	107
H01	Oorpijn	102	A03	Koorts	106
L17	Symptomen/klachten voet/teen	100	R02	Kortademigheid	100
A80	Ongeval/letsel	99	S04	Lokale zwelling/knobbel huid	86
U35	Urineonderzoek	98	L15	Symptomen/klachten knie	83
R02	Kortademigheid	90	L14	Symptomen/klachten been/dijbeen	79
L12	Symptomen/klachten hand/vinger	86	U01	Pijnlijk plassen	77
L14	Symptomen/klachten been/dijbeen	82	S31	Gericht lichamenteel onderzoek huid	73
L03	Symptomen/klachten lage-rug	78	L12	Symptomen/klachten hand/vinger	72
L08	Symptomen/klachten schouder	78	U71	Cystitis/andere urineweginfectie	71
S02	Jeuk	76	H51	Oren uitspuiten	70
A04	Moe	74	U02	Vaak plassen	66
U01	Pijnlijk plassen	73	N17	Vertigo/duizeligheid	66
L15	Symptomen/klachten knie	73	H01	Oorpijn	64
R21	Symptomen/klachten keel	72	A85	Geneesmiddelbijwerking	63
N01	Hoofdpijn	65	L03	Symptomen/klachten lage-rug	61
A85	Geneesmiddelbijwerking	58	A04	Moe	61
H51	Oren uitspuiten	53	A64	Contact op initiatief huisarts	57
N17	Vertigo/duizeligheid	53	N01	Hoofdpijn	56
D11	Diarree	50	R21	Symptomen/klachten keel	51
U02	Vaak plassen/aandrang	50	A45	Gezondheidsvoorlichting/advies/dieet	48
S31	Gericht lichamenteel onderzoek huid	49	S18	Scheurwond/snijwond	47
A64	Contact op initiatief huisarts	49	R44	Immunisatie/preventieve medicatie	46
A65	Contact op initiatief derde	46	A65	Contact op initiatief derde	46

Tabel 4: RfE (reason for encounter = contactreden) bij nieuwe problemen in 2015 en 2014

Bovenstaande tabel toont een groot deel van het spectrum van 'nieuwe' contactredenen. Dat wil dus zeggen: wat noemde de patiënt als reden voor zijn komst wanneer het niet ging om een controle-bezoek. Ter vergelijking zijn de cijfers van 2014 opgenomen. De frequentste klacht waarvoor mensen bij de huisarts komen is dus hoesten, al komt men blijkbaar nog vaker voor een briefje van de huisarts.

In veel gevallen komt men natuurlijk voor bestaande problemen, bijv. ter controle. In tabel 5 zien we de problematiek die de praktijk het meest bezig houdt aan de hand van de contacten (consulten, visites) per diagnose.

ICPC	Diagnosen	Aantal contacten	Aantal patiënten
K86	Hypertensie zonder orgaanbeschadiging	725	269
A98	Preventie	664	605
T90	Niet insuline-afhankelijke diabetes	595	116
div.ICPC	Zorg aan kankerpatiënten	392	74
U71	Cystitis/andere urineweginfectie	363	121
P76	Depressieve stoornis	250	59
K87	Hypertensie met orgaanbeschadiging	248	90
R74	Acute infectie bovenste luchtwegen	241	173
P17	Roken als probleem	208	113
H81	Oorsmeer	204	149
T82	Adipositas	197	78
P01	Angstig/nerveus/gespannen gevoel	179	58
R05	Hoesten	178	108
D12	Obstipatie	163	77
R95	Chronisch obstructieve longziekte (COPD)	157	47
L87	Bursitis/tendinitis/synoviitis nao	154	95
D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	148	80
A04	Algemene moeheid/zwakte	142	77
L03	Symptomen/klachten lage-rug	140	83
A85	Geneesmiddelbijwerking	135	106
P74	Angststoornis/angsttoestand	134	35

Tabel 5: problematiek in de praktijk in 2015: Alle diagnoses, nieuwe en 'lopende zaken' en het aantal patiënten met deze diagnose.

De top drie (*hoge bloeddruk, preventie en suikerziekte*) zal in de meeste huisartspraktijken hetzelfde zijn en heeft te maken met de systematische, geprotocolleerde aanpak van hart-/vaatziekten, diabetes, griepvaccinatie en baarmoederhalsuitstrijkjes. De verschillen tussen de kolom 'contacten' en 'patiënten' zijn te verklaren uit het meermalen per jaar voor controle komen van bijvoorbeeld diabetespatiënten en het 1 maal per jaar of per vijf jaar plaats vinden van de griepvaccinatie respectievelijk het baarmoederhalsstrijkje (A98 Preventie). Blijkbaar heeft men bijna even vaak contact met de huisarts(praktijk) voor depressie als voor blaasontsteking. De relatief hoge plaats van gewichtsproblematiek en 'roken' wijst op het belang dat de huisarts hecht aan begeleiding van verandering van ongezonde leefstijl. Het noteren van de diagnose 'roken' wil zeggen dat of de patiënt wil stoppen of de dokter dit adviseert in verband met een ander probleem waar de patiënt mee komt zoals hoesten of een hartkwaal. 113 rokers, dus 5% van alle ingeschreven patiënten hadden dit jaar meer of minder intensief contact met de praktijk hierover.

Zorg voor kankerpatiënten: als we ter vergelijking de diagnoses van alle vormen van kanker samenvoegen, dan blijkt dat er 392 keer contact is geweest (telefonisch, consult, vaak ook huisvisite) met 74 patiënten vanwege een kwaadaardige ziekte.

Een belangrijk deel van het dagelijkse werk bestaat dus uit het controleren en adviseren van patiënten in het kader van (risicofactoren voor) chronische aandoeningen. Onze praktijk en met name de POH somatiek, neemt hiertoe deel aan modulaire, systematische zorg zoals afgesproken tussen de 'Zorggroep' van de HCDO (Huisartsencorporatie Deventer en omstreken) en de zorgverzekeraars.

Indeling naar ziektegroepen (ICPC-hoofdstukken)

De volgende tabel toont de verdeling van diagnoses naar ziektecategorieën in volgorde van frequentie in 2015.

Hoofdstuk ICPC	Aantal episoden 2015	Contacten 2015	Aantal episoden 2014	Contacten 2014	Aantal episoden 2013	Contacten 2013
A algemeen	1347	1922	1401	1961	1506	1984
L bewegingsapparaat	1159	2092	1112	2090	1076	1907
S huid	1064	1777	1046	1696	1045	1644
R luchtwegen	808	1474	660	1221	677	1128
K hart/vaten	722	1765	706	1817	763	2001
D ingewanden	599	1255	599	1129	555	1039
P psychisch	570	1652	530	1513	515	1386
H oren	434	662	382	566	404	579
T endocrinologie	423	1277	474	1490	448	1311
U urinewegen	330	750	353	810	326	703
Z sociaal	318	544	303	612	248	447
X vrouwelijke organen	236	415	248	479	242	412
N neurologie	206	400	217	445	218	385
F ogen	199	263	226	288	202	260
W conceptie, zwangerschap	125	192	163	279	162	255
Y mannelijke organen	91	203	90	159	98	163
B bloed e.d.	62	154	52	157	46	153
Totaal	8693	16797	8562	16712	8531	15757

Tabel 6: contacten en episoden naar ziektegroepen (ICPC-hoofdstukken)

We zien een kolom met 'episoden' of diagnoses met daarnaast het aantal contacten in de betreffende groep: problemen met het bewegingsapparaat kwamen het vaakst bij de dokter.

Het aantal contacten van 2013 tot 2015 is gestegen van 15757 tot 16797, zes procent toename zoals boven al vermeld. We zien in de tabel ook dat contacten met psychische en sociale problemen (ICPC-hoofdstuk P en Z) toenamen met 20%. Hiermee bedroeg de psychosociale problematiek zoals dat bij de huisarts besproken werd, 13% van het totaal aantal contacten.

En wat deed de huisarts?

De volgende tabel geeft weer welke verrichtingen de huisarts in 2015 heeft uitgevoerd en hoe vaak dit gebeurde. Gegevens uit de consulten/visites, geen herhaalreceptuur of admin. contacten.

Code	Label	Aantal	Aantal patiënten
*31	Gericht lichamelijk onderzoek	8034	1797
*45	Gezondheidsvoorlichting/advies/dieet	4532	1518
*50	Medicatie - recept/verzoek/herhaling/injectie	3414	1228
*34	Bloedonderzoek	1150	641
*35	Urineonderzoek	823	457
*67	Verwijzing 2e lijn: specialist/ziekenhuis	708	541
*44	Immunisatie/preventieve medicatie	544	517
*33	Microbiol/immun onderzoek: kweken e.d.	459	298
*60	Uitslag onderzoek/verrichting	372	298
*58	Therapeutisch gesprek/counselen	356	208
*41	Röntgen/beeldvormend onderzoek	244	216
*66	Verwijzing eerste lijn fysio, dietist etc	232	206
*52	Uitsnijden, verwijderen, catheteriseren	195	138
*47	Overleg met specialist	169	120
*51	Insnijden/drainage/ spoelen// oor uitspuiten	169	143
*42	Elektrische afleidingen (ECG, impedantiemeting)	138	43
*54	Hechten, pessarium	134	92
*56	Verband/drukverband/tape	125	81
*37	Histologie/cytologie (baarmoederhalsuitstrijkje en weefselonderzoek na kleine `chirurgie')	95	92
*46	Overleg binnen eerste lijn	88	65
*39	Functieonderzoek: longfunctie en audiometrie	56	51
*55	Locale injectie/infiltratie	49	35
*61	Uitslag onderzoek/brief van andere hulpverlener	43	38
*53	Instrumentatie/catheterisatie	28	23
*40	Gastro- en coloscopie (maag- en darmond. in DZ)	13	12
Totaal		22275	8956

Tabel 7: Verrichtingen van de huisarts(praktijk)

We zien in tabel 6 dat bij drie kwart van alle patiënten uit de praktijk de huisarts in dit jaar een gericht lichamelijk onderzoek heeft gedaan. Er werd 1767 maal een bloeddruk (800 maal PD, 569 pohGW) in het dossier vastgelegd, en 1241 keer een gewicht (506 PD en 507 GW).

Ruim de helft van alle patiënten uit de praktijk kreeg dit jaar advies of voorlichting, iets minder medicatie. Bij 641 patiënten werd onder auspiciën van de huisarts bloedonderzoek gedaan en bij 457 patiënten 823 keer een urineonderzoek. Gemiddeld kijkt de assistente dus bijna 4 keer per werkdag een plas na.

23 Procent van de ingeschreven patiënten werd verwezen naar een specialist, het vaakst naar de KNO-arts. Ruim 500 kregen de griep prik.

Code *51 staat niet alleen voor het snijden in abcessen, maar (vaker) voor het uitspuiten van de oren door de praktijkassistente.

De verrichting *lokale injectie* werd door de dokter 49 keer gegeven bij 35 patiënten, ter illustratie laten we zien voor welke diagnoses dit werd gedaan: 20 x kregen 17 patiënten een injectie voor een slijmbeurs- of peesontsteking (m.u.v. de schouder), 11 mensen kregen 17 maal een injectie in hun schouder (meestal ook slijmbeursontsteking); drie patiënten 6x voor carpaal tunnelsyndroom en twee patiënten drie maal in hun pijnlijke of versleten knie.

Code *42 staat voor 'elektrische afleiding'. Dat betekent in onze praktijk niet alleen een ECG (hartfilmpje) door de assistente dan wel 'ECG-kastje twee weken mee', maar ook een impedantiemeting in het kader van de begeleiding van de patiënten met overgewicht op het aparte spreekuur. Zo werden dit jaar bij 30 patiënten 34 ECG-registraties gedaan (in '13 64 bij 42 en '14 48 bij 39) - het aantal ECG's neemt dus af! Deze verrichting wordt technisch meestal uitgevoerd door de assistente.

Bij 16 patiënten uit de eigen praktijk vonden 105 impedantiemetingen plaats voor overgewicht of obesitas (in 2013 68 bij 16 en in 2014 155 bij 27). De impedantie- of 'biameting' levert inzicht in de (verschuivingen in) de vet- spier- en vochtverhouding en gebeurt doorgaans in het spreekuur van de huisarts, in diens vakantie door de assistente.

Code *58 staat voor het therapeutische gesprek/counselen. Die 356 therapeutische gesprekken die met 208 patiënten werden gevoerd (door de huisarts of POH-GGZ), kregen zoals verwacht vooral de code P58 (een gesprek over een psychisch probleem, 172 maal), Z58 (over een sociaal probleem, 102 keer) of A58 (61 gesprekken over een algemeen of levensprobleem of ziekte).

De psychologische problematiek waar het meest 'therapeutisch' over werd gesproken betrof depressieve klachten, angst- of nerveuze problematiek, gedragsproblemen bij kinderen of roken. Sociale problemen betroffen vooral verlies/overlijden partner, problemen met ziekte van partner of familie, relatieproblematiek en werkproblematiek. De algemene therapeutische gesprekken betroffen vooral 'eindelevensgesprekken' zoals over euthanasie of de diagnose van een kwaadaardige ziekte.

Psychische en sociale problemen, jeugdzorg

'Niet alle problemen hoeven of kunnen opgelost te worden, ik zie het als een taak als huisarts om vooral mee te denken of mee te leven'.

De voorgaande cijfers bekijken we tegen de achtergrond van de landelijke ontwikkelingen die ook in Olst flinke impact hebben: de transitie van de jeugdzorg en GGZ naar de gemeente.

In deze eeuw, vanaf ongeveer het jaar 2000 heeft de POH haar intrede gedaan in de huisartspraktijk. Dat begon met praktijkverpleegkundigen voor de somatiek (zie elders in dit jaarverslag) maar vanaf circa 2010 kregen huisartsen ook de gelegenheid om POHs ggz aan te stellen om de huisarts te helpen het flinke aanbod van psychische (en sociale) problemen beter aan te pakken.

Ik signaleerde vooral een behoefte op het gebied van de jeugdhulpverlening: dit was een lappendeken van instellingen en hulpverleners die vaak slecht rapporteerden aan de huisarts zodat je heel moeilijk overzicht hield. Om hier meer zicht en grip op te krijgen en onze kinderen met behoefte aan hulp beter te helpen, werd in 2012 Bianca van Engelen, orthopedagoog, aangesteld als eerste POH-GGZ in Olst.

Tegelijk werd duidelijk dat de gemeente de taak ging krijgen om die hulp financieel te sturen. Namens de huisartsen ben ik mee gaan denken met de gemeente. Dit heeft er onder andere in geresulteerd dat deze eerste POH-GGZ namens de huisartsen Olst/Wijhe in het 'Toegangsteam' voor de jeugdhulp plaats nam. Inmiddels was ook Fried Kolb als POH-GGZ gekomen en de 'opvolger' van Bianca in de praktijk werd Emiel Bosscher.

Uit de tabellen blijkt de omvang van het probleem van overgewicht en obesitas, zeker ook in Olst. Het is bekend, dat 'de aanleg' hiervoor vaak al in de jeugd ligt. Ik bedoel hiermee niet dat het om erfelijkheid gaat. Toch blijkt het heel moeilijk om grip te krijgen op de ontwikkeling van overgewicht bij kinderen, het wiel is landelijk nog niet uitgevonden. In 2015 nam de huisarts samen met GGD-IJsselland, diëtist en fysiotherapeut het initiatief om een project 'jeugd, beweging en gewicht' te lanceren, we zijn daartoe in gesprek gegaan met gemeente en scholen.

Werkdruk en oplossingen

De verschillende tabellen laten al enige toename van het werk zien: meer contacten en verrichtingen bij een iets afnemend aantal patiënten. Bijkomende activiteiten, zoals het accuraat houden van de dossiers, het managen van het toenemend aantal medewerkers in de praktijk en het vervullen van kwaliteitsverplichtingen zoals de NHG-accreditatie zorgen voor een zodanige toename van de werkdruk dat hiervoor net als in andere praktijken, diverse oplossingen beproefd worden. De meest voor de hand liggende, minder patiënten per huisarts, is nog even niet aan de orde (hierover meer in het beleidsplan).

Artsenwerk

De afgelopen tien jaar was er meermalen een huisarts-waarnemer voor een halve tot twee dagen per week werkzaam. Deze waarnemer werkte hier dan gemiddeld één tot twee jaar en stroomde dan door naar bijvoorbeeld een eigen praktijk.

Sinds eind 2014 koos ik voor een nieuwe formule: een basisarts die twee dagen in de praktijk werkte onder mijn supervisie, alvorens te beginnen aan haar specifieke huisartsopleiding. Daarbij ben ik wel zelf ook aan/in de praktijk gebonden. Omdat veel dossier- en overlegwerk evengoed thuis achter de pc kan gebeuren, zijn we eind 2015 een proef begonnen waarbij de beide huisartsen van het MCO een dag per week (in 'normale' weken, zonder feestdagen of vakanties) voor elkaar waarnemen. Op de dinsdag werk ik ook voor haar en op de woensdag neemt zij voor mij de honneurs waar zodat ik het werk (of andere activiteiten) dan thuis kan voortzetten. Natuurlijk beperkt dit weer enigszins de spreekuurmogelijkheden.

De andere artsen

Eind 2005 nam voor het eerst een andere huisarts plaats in de spreekkamer: Kirsten Hessels werkte tot begin 2009 een ochtend in de twee weken en registreerde in totaal 1116 consulten. Van 2009 tot 2011 was Annet Olieman de vaste waarnemer, een dag in de week registreerde zij een totaal aan 1722 consulten. Lies Visser trad aan in 2011 voor 1a2 dagen per week en in totaal 4202 consulten tot in 2013. Eind 2013, begin 2014 volgde Marianne Ketel haar op met 340 consulten en de laatste huisarts-waarnemer was Michiel Noordijk in 2014, goed voor 1551 consulten/visites met een kleine uitloop van 31 in januari 2015.

Als eerste 'anios', arts (nog) niet in opleiding tot specialist (in dit geval huisarts) kwam eind 2014 Susan Wilms de praktijk versterken. Tot begin mei deed zij onder supervisie 891 consulten. Haar opvolgster Marleen Weerts heeft tot februari 2016 775 consulten geregistreerd in de twee werkdagen die deze basisartsen in de praktijk waren. Inmiddels zijn beide dames in opleiding tot huisarts. Ik maak hiervan melding omdat een dergelijke constructie in het ziekenhuis weliswaar gebruikelijk is, doch in de huisartspraktijk vrijwel niet voorkomt.

Aangezien ook de ruimte toenemend een bepalende factor is voor wat we kunnen bieden, wordt gekeken naar werken buiten de geijkte/kantoortijden: voor acht uur of na vijf uur, waarbij het spreekuur van de huisarts al sinds jaar en dag om 7.30 uur begint.

Assistentenwerk

Bovengenoemde veranderingen, evenals de komst van de POH-GGZ, leidden tot meer spreekuren, waardoor meer aanloop en vragen aan de balie.

Dit heeft geleid tot de aanstelling van Linda, doktersassistente voor 20 a 24 uur per week met ingang van juli 2015 ter vergroting van de bereikbaarheid en ondersteuning van de vaste assistentes Mariët en Carin.

Per 1 oktober is de praktijk gestart met de VRM-module (vasculair risicomanagement: meer systematische aanpak preventie hart-/vaatziekten): assistente Carin doet onder supervisie van praktijkverpleegkundige Geertje en de huisarts sinds die tijd een VRM/bloeddrukspreekuur - zij ziet patiënten ter controle en roept patiënten op.

In het najaar 2015 is Mariët begonnen aan haar opleiding SOH(spreekuurondersteuner huisarts). Dit is een opleiding waarin de doktersassistente zich kan scholen in een aantal kleine kwalen die protocollair aangepakt kunnen worden. In 2016 loopt zij stage in de praktijk waarna ze onder supervisie van de huisarts zelfstandig een aantal klachten kan/mag beoordelen en adviseren.

Samenwerking buiten de praktijk

De medewerkers van de twee praktijken in Medisch Centrum Olst drinken samen de koffie in de kantine (op maandags en donderdags geschonken door Alie IJzerman). De afspraak is uiteraard dat daar niet over patiënten gesproken wordt!

Ook met de korte (loop)lijnen met de apotheek en Carinova deden we ons voordeel. Het mobieltje werd (eveneens) gebruikt voor de communicatie met de andere thuiszorgorganisaties zoals Buurtzorg en ten behoeve van de kwetsbare ouderen zijn we gaan participeren in 'OZO verbindzorg', een ICT-project voor communicatie met andere eerstelijns werkers en mantelzorgers.

Eens per twee maanden vergadert de waarnemgroep van de vier huisartsen Olst/Wesepe in Het Veerhuys. Sinds de huisartsenpost nemen we alleen nog voor vakantie- of nascholing voor elkaar waar en stellen we elkaar voor twee middagen in de week vrij voor spoedgevallen.

Naast de gewaardeerde dagelijkse samenwerking met Apotheek Olst participeert de huisarts samen met collega's en enkele apotheken uit Deventer in het 'Farmacotherapeutisch overleg', eens in de twee maanden op de maandagavond.

Collegiale samenwerking vindt natuurlijk plaats op de Huisartsenpost in Deventer (altijd doe je dienst met enkele collega's tegelijk).

Iedere huisarts wordt geacht minimaal 40 uur per jaar nascholing te volgen, dat gebeurt meestal via de regionale nascholingscommissie WDH. Mijn interesse in voeding vanwege het Biamedspreekuur resulteerde in een jaarlijkse deelname aan het landelijke congres Arts en Voeding. Na het volgen van een kaderopleiding palliatieve zorg begin deze eeuw, ben ik gaan participeren in de 'peergroup palliatieve zorg', een discussiegroep van huisartsen en een specialist ouderenzorg in de regio waarbij we praktische problemen uit de palliatieve en terminale zorg bespreken. Bij uitstek een terrein waar je indertijd in de studie weinig over leerde en je feedback met ervaren collega's goed kan gebruiken.

Om de paar maanden neemt de huisarts en soms ook de assistente deel aan het overleg van FaMed, de huisartsenvakgroep van de Radbouduniversiteit van Nijmegen. Net als deze groep huisartsen gebruiken wij het elektronisch patiëntendossier Transhis. Het afgelopen jaar werd ook de Transhisapp geïntroduceerd, waarmee landelijk voor het eerst, patiënten hun eigen huisartsdossier kunnen inzien (inclusief labwaarden en specialistenbrieven). De eerste patiënten ook uit onze praktijk hebben de app inmiddels op hun telefoon.

In de avonduren is de huisarts soms nog actief in de Klachtencommissie Stedendriehoek waar patiënten met klachten over huisarts of HAP terecht kunnen.

Kwaliteit: accreditatie

'Kwaliteit is niet zozeer het maken en volgen van protocollen, kwaliteit is vooral het maken van tijd.'

Samenwerking in de regio resulteerde in het deelnemen aan het project van de HCDO om alle praktijken te 'accréditeren'. In 2015 werd de praktijk hiervoor het predikaat 'NHG-accreditatie' verleend, waarbij NHG staat voor het Nederlands Huisartsgenootschap, de wetenschappelijke organisatie van de huisartsen. Voor die accreditatie dient de praktijk te voldoen aan een aantal 'kwaliteitsindicatoren', vooral op het gebied van de praktijkvoering. Zoveel mogelijk van de processen in de praktijk ligt nu vast in protocollen. Dit is met het toenemen van het aantal praktijkmedewerkers eigenlijk een logische ontwikkeling. Onderdeel van de accreditatie is ook een patiëntenenquête.

Vanzelfsprekend onderdeel van kwaliteit is een stimulerende omgeving om jezelf bij of na te scholen. In het gedeelte over samenwerking schreef ik over enkele eigen activiteiten hierin. Een greep uit dat wat de andere medewerkers hiertoe ondernamen vindt u in bijlage 3.

Beleidsplan, versie van vòòr jaarverslag.

Welke conclusies zijn nu te trekken na lezing van dit jaarverslag?

Logischerwijs leze men hiervoor eerst het beleidsplan, dat wat eerder geschreven werd.

Daarom wordt dit beleidsplan nu opgevoerd, en proberen we te kijken wat er terecht komt van de hooggestemde (soms zelfs wat hoogdravende) verwachtingen, in het volgende laatste hoofdstuk:

BELEIDSPAN HUISARTSENPRAKTIJK DIJKSTERHUIS OLS

U maakt kennis met het eerste beleidsplan van huisartsenpraktijk Dijksterhuis.

Soms leest u de ikvorm. Vaak schrijf ik ook `wij': we zijn met een team, ook in de solopraktijk.

Ik ga kort in op de achtergrond van mijn praktijk, de plaatselijke situatie en waar ik voor sta.

Er zijn enkele aantal bijlagen met wat meer achtergronden. Het beleidsplan hoort bij het jaarverslag en andersom: in het jaarverslag zou u in feite moeten lezen wat er van de voornemens terecht komt. De voornemens die weer samen samenhangen met de conclusies uit het jaarverslag.

Missie en visie

De praktijk staat voor persoonlijke, continue en integrale maar ook reguliere huisartsenzorg. Wij zijn in principe aanspreekbaar op werken naar de wetenschappelijke `Standaarden' van het Nederlands Huisartsengenootschap.

We nemen de hulpvraag van de patiënt serieus en proberen er een oplossing voor te zoeken. Zolang het probleem niet is opgelost, blijven we betrokken meedenken.

Leidraad is voor mij, naast de op de persoon betrokken oplossing en kennis nemend van de wetenschappelijke inzichten en richtlijnen, om de oplossing zo eenvoudig en `natuurlijk' mogelijk te vinden.

Historie en lokale situatie, maatschappelijke ontwikkelingen en samenwerking.

Olst heeft drie huisartsen, ieder met een solopraktijk. Een van hen is Pieter Dijksterhuis. Hij nam de praktijk met assistentes in 2001 over van L.Ch. den Hollander, die de praktijk overnam van Pikelharing, die de praktijk overnam van Bolt.

In 2004 vormden we met één van de andere huisartsen, de apotheek en de thuiszorg, het Medisch Centrum Olst, MCO. Nadat de huisartsen in 2006 stopten met begeleiding van zwangerschap en bevalling, kregen ook de verloskundigen van Baren&zo een plekje in het MCO.

De praktijk bestaat grotendeels uit mensen die vanouds in of rond het dorp wonen of daar zijn gekomen door werk, de liefde of wellicht doordat ze het huis goedkoop of de omgeving mooi vonden zoals deze huisarts die een Fries dorp verruilde voor het dorp aan de IJssel. Vanouds heeft de veeteelt maar ook de vleesverwerkende industrie hier een belangrijke rol gespeeld.

In deze plattelandspraktijk komen we vergeleken met de stad, vaker problemen tegen als ziekte van Lyme of MRSA. In vergelijking met de praktijk in Friesland trof ik wat vaker hartvaatziekten, overgewicht en jicht aan, dit zijn aandoeningen die met elkaar samen hangen. Evengoed speelt er ook in ons dorp soms flinke sociale problematiek.

Industriële activiteiten zorgen niet alleen voor welvaart, ze laten soms ook ongewenste sporen na zoals bewoners in het gebied rond het voormalige Olasfaterrein hebben ervaren. Waar het de gezondheid van mensen raakt, heeft de huisarts een taak in signalering en waar nodig overleg met collega's en andere terzake kundige professionals uit de openbare gezondheidszorg. Vanaf de eeuwwisseling werd er werk gemaakt van de versterking van de 'eerste lijn' om de toeloop naar de duurere ziekenhuizen wat in te dammen.

In 2002 kwam de (eerste) 'praktijkondersteuner': een verpleegkundige die zowel voor de andere huisarts als mij op geprotocolleerde wijze spreekuren houdt, vooral voor mensen met hoge bloeddruk, diabetes, astma en COPD. Zij is een onmisbare kracht in de praktijk geworden.

Jong en oud

De laatste decennia zijn de mogelijkheden toegenomen om kinderen te helpen die minder gemakkelijk hun weg vinden op school of in de maatschappij, door aangeboren beperkingen of doordat het thuis niet mee zit. We vinden het normaal en gewenst dat ouders hierbij de beste hulp en ondersteuning krijgen.

Hierbij ging inmiddels om een bijna onoverzichtelijk woud aan diagnoses, 'etiketten', hulpverleners en instanties. Onoverzichtelijk niet alleen voor de ouders (en scholen), maar ook voor de huisarts. Toen het mogelijk werd voor huisartsen, om hun centrale rol ook in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) te versterken met 'praktijkondersteuners ggz', wist ik dat we eerst vooral moesten inzetten op iemand die ons kon helpen met die jeugdzorg. Zo deed de praktijkondersteuner (jeugd)ggz haar intrede in 2012. Tegelijk vond ook de overheid dat het roer om moest in de (jeugd)ggz: het zou een zaak gaan worden van de gemeenten. Wij speelden daar op in door mee te gaan denken (en vergaderen!) met de gemeente en 'onze' pohggz zit nu namens de huisartsen Olst Wijhe in het gemeentelijke basisteam jeugdggz.

Uit de cijfers in het jaarverslag blijkt dat de praktijk niet alleen een lichte oververtegenwoordiging kent van de jeugd maar ook van de zeer ouderen.

De laatste jaren word ik als huisarts toenemend geconfronteerd met de problemen van de ouderdom. Bij en naast alle kwalen speelt ook eenzaamheid een grote rol. Ik sta in principe niet afwijzend tegenover een serieuze euthanasiewens. Ook vind ik, evenals onze artsorganisatie, dat het verstandig kan zijn als er op een goed moment een gesprek plaats vind tussen huisarts en patiënt over diens wensen, gedachten of angsten rond het levenseinde.

Tegelijk zie ik ook verband tussen de problematiek van de eenzaamheid en het wegvallen van sociale verbanden en de toenemende aandacht voor of vraag naar euthanasie. Alleen al daarom valt het toe te juichen en te stimuleren dat er in ons dorp ook vrijwilligers al dan niet georganiseerd actief zijn: bezoek een oudere, wandel met een oudere!

Voor een 'solist' is samenwerking van het grootste belang.

In de eerste plaats binnen de praktijk zelf met assistente(s) en praktijkondersteuners.

Over de praktijkondersteuners zei ik al iets, ik wil ook nog even de plaats benadrukken van de assistente: belangrijk aan de balie, aan de telefoon, als eerste opvang- en aanspreekpunt voor de patiënt. Zij vormt vaak de eerste toegang tot het medisch dossier en ondersteunt de huisarts bij een aantal praktische medische zaken.

Verder zien we de samenwerking met de collega's in de waarneemgroep (van Lith - ook MCO - en Kampinga in Olst en Huijgens in Wesepe) als steeds belangrijker om een goede gezondheidszorg, bereikbaar voor iedereen, te waarborgen. Evenals met de andere eerstelijns werkers in en rond het dorp.

Het MCO staat tussen het kinderdagverblijf/consultatieburo, spreekuur verloskundigen en het verzorgingshuis Het Averbergen in. Zo proberen we dicht bij de jonge gezinnen, maar ook bij de oudere hulpbehoevende bewoners te 'opereren'. Wij staan dichtbij en hebben dagelijks contact met mensen van de thuisorgorganisatie(s) en gelukkig ook een regelmatig overleg met het maatschappelijk werk, ook zij zitten maar een paar deuren (en zichtsafstand) van ons vandaan.

De vier huisartsen in Olst Wesepe hebben afgesproken dat voor een betere medische zorg, de twee huisartsen `van het Averbergen' de zorg bieden in dit tehuis, de andere twee in Willibrord. Wij werken dus structureel samen met de verzorging van `het Averbergen' en hopen aldus de kwaliteit van (gezond) wonen hier te verbeteren.

Gelet de veranderingen in de gezondheidszorg hebben we ook regelmatig overleg met de gemeente OlstWijhe en fungeren we soms als een vraagbaak.

Participatie in de huisartsencorporatie Deventer en Omstreken (met inbegrip van de Centrale Huisartsenpost Salland, CHS) is vanzelfsprekend.

Dat was ruim tien jaar geleden overigens nog niet zo vanzelfsprekend! De opkomst van de huisartsposten is iets van begin deze eeuw. Wij hadden de avond-, nacht- en weekenddiensten in de dorpen eigenlijk best goed geregeld: Olst-Wesepe met z'n vieren. De komst van de grootschalige dienstenstructuur gaf onrust in veel plattelandsgebieden (`helemaal naar Deventer.'). Ik wilde als huisarts ook liefst kleinschalig dienst blijven verlenen en gaf als `statement' mijn 06-nummer aan alle patiënten. Dat werd wel gewaardeerd, er werd afnemend en nooit ten onrechte of vervelend gebruik van gemaakt. Inmiddels is de HAP/CHS een begrip voor iedereen met zeker ook voordelen.

Sinds de huisartsenpost fungeert de `waarneemgroep' Olst-Wesepe voor vakanties, nascholings-, of uitslaapdagen-na-nachtdienst.

Voor de oplossing van grote gezondheidsproblemen moet men vaak naar het ziekenhuis. Wij zetten ons in om daarbij goed te communiceren met de specialist en ook in die zin als een team te werken.

Onderwijs

Regelmatig lopen co-assistenten (stages studie geneeskunde) van de Rijksuniversiteit Groningen, vaak aan het eind van hun stages in het Deventer Ziekenhuis, vier weken stage in deze praktijk.

Wetenschap, communicatie, accreditatie

Iedere huisarts noteert zijn of haar bevindingen in het medisch dossier. Sinds een jaar of twintig via de computer. Via dat elektronisch medisch dossier communiceren wij met de Huisartsenpost Salland en ook met de ziekenhuizen.

Het belangrijkste is dat de huisarts in uw dossier noteert welke ziekten bij u van belang zijn, welke medicatie, welke laboratoriumuitslagen enz.

Niet alle huisartsen werken (helaas) met het zelfde `programma'. Gelukkig kunnen we wel allemaal communiceren met de CHS en met elkaar in Olst.

Ten behoeve van de wetenschap werk ik al jaren met het programma Transhis, in samenwerking met de Universiteit van Nijmegen. Dat betekent dat we altijd, in bepaalde codes, vastleggen wat de reden is waarvoor u komt, wat we vervolgens doen en wat de diagnose is. Anoniem gemaakt, dragen die codes bij aan onze kennis van ziekten. Het betekent ook dat we in de jaarverslagen heel inhoudelijk in kunnen gaan op waar u mee komt en wat wij er mee doen!

Communicatie met de patiënt is en blijft het belangrijkste onderdeel van de artspatiënt relatie. Relatie is communicatie! Als heel klein onderdeel hiervan maar toch leuk om te vermelden:

zojuist is onze praktijk net als de andere Transhispraktijken gestart in een pilot project om te onderzoeken hoe patiënten die dat willen, hun medisch dossier als `app' op hun I-phone, I-pad of mobieltje kunnen krijgen en hierbij ook de mogelijkheid hebben om zelf uitslagen (bloedsuiker, bloeddruk, gewicht) te noteren of zelf afspraken in de agenda te maken.

In het kader van het kwaliteitsbeleid voor huisartspraktijken doet ook uw huisarts een gooi naar de eretitel `geaccrediteerde huisartspraktijk'.

Voor die accreditatie waren patiëntenquêtes nodig. Hieruit bleek dat men over het algemeen (zeer) tevreden was; de belangrijkste kritiek gold de wachttijd in de wachtkamer. Weliswaar zag ik dit tot dusverre als een gevolg van de tijd die ik soms extra aan patiënten wilde besteden, maar we gaan hier wel een verbeterpunt van maken.

Gestimuleerd door het bovengenoemde, willen we in de komende periode meer werk gaan maken van patiëntenfeedback.

Leefstijl, overgewicht

Getroffen door de hoeveelheid ziekte die deels samenhangt met leefstijl (roken, overgewicht) wilde ik naast het voorschrijven van medicatie of andere behandelingen een bijdrage leveren aan het voorkómen... Wij werken hiertoe goed samen met de diëtisten in het dorp.

Niettemin ben ik in 2005 ben ik begonnen met een apart spreekuur voor begeleiding van mensen met overgewicht: het Biamedspreekuur. Ervan uitgaande dat veel mensen wel graag willen maar een deskundige begeleiding kunnen gebruiken, inclusief een tijdelijk gebruik van maaltijdvervangers. Dit spreekuur staat ook open voor mensen van buiten de praktijk. Om niet zomaar wat te doen, bied ik mensen dus langdurige begeleiding. Bovendien ben ik de resultaten samen met een co-assistent en de Universiteit van Nijmegen aan het evalueren.

Praktijkgrootte en waarnemers

In het jaarverslag kunt u lezen dat de praktijk bestaat uit ongeveer 2450 patiënten. Dat is evenveel of iets minder dan de andere twee praktijken in Olst. De 'normpraktijk' in Nederland kent 2350 patiënten, recent werd dit bijgesteld naar 2165 maar ik vind dat nog (veel) teveel. Ik heb daarom de laatste jaren een waarnemer voor 1 of 2 dagen per week, op welke dagen ik groten-deels thuis werk met het dossier en de telefoon binnen bereik.

Ideaal zou zijn als de drie Olster huisartsen in de komende jaren toegaan naar een zodanige samenwerking dat er een vaste vierde huisarts bij kan.

Privacy

Iedere arts heeft een beroepsgeheim. Dus wat u zegt blijft binnen de spreekkamer. Als u daarvoor toestemming hebt gegeven kan bij uw bezoek aan de huisartsenpost in Deventer ingekken worden in uw dossier.

Ik heb lang gearzeld om u toestemming te vragen voor eventuele inzage door waarnemende artsen via het LSP, het Landelijk Schakel Punt. Want met veel andere artsen vind ik dat we alleen lokaal of regionaal een goed inzagensysteem nodig hebben. Toch is dit straks de enige mogelijkheid voor bijvoorbeeld de huisartspost of (iets later?) een ambulance, direct bij uw medische gegevens te kunnen. Daarom beveel ik nu toch van harte aan om toestemming te geven voor dat LSP. We kunnen niet anders.

Bij verwijzingen geven we in principe via u een verwijfsbrief met uw gegevens mee. Overleg met specialisten of andere hulpverleners doen we in principe met uw medeweten/goedvinden.

Aan niet-medische instanties zoals gemeente, verzekeraars, werkgevers, scholen of advocaten kunnen wij niet (zomaar) informatie over u geven, ook niet als u hiervoor toestemming geeft.

Dit is een hardnekkig misverstand, en reisbureaus, scholen of werkgevers proberen daar soms misbruik van te maken. Een regel van de KNMG, de artsenorganisatie, is dat medische informatie alleen van arts tot arts kan worden gegeven, met toestemming van de patiënt.

Olst, 7/11/14

Conclusies jaarverslag: Beleidsplan aangepast in Jaarplan 2016.

Zowel in het Beleidsplan, als in het Jaarverslag wordt niet alleen ingegaan op het afgelopen jaar, maar ook uitgebreid over de ontwikkeling van de praktijk tot nu toe. Je zou het ook de titel kunnen geven '**van solist tot octet**'. Octet (groepje van acht) omdat de patiënt een flink deel van het jaar (als er een co-assistent is) te maken kan krijgen met zeven mensen verschillende personen in de praktijk.

Er vallen kleine conclusies te trekken en grote.

Het blijkt dat er veel wordt gewerkt. De dokter heeft het altijd druk. Geen opzienbarende conclusie. In het nieuwe beleidsplan gaat het er om, hoe dit beheersbaar blijft.

Opvallend waren de lichte verschuivingen, veranderingen in het aantal en de leeftijdsopbouw. Voor het volgende jaarverslag ook even de leeftijdsopbouw van Olst ter vergelijking. In het eerste, vorige beleidsplan stond dat de praktijk ca. 2450 zielen telde. Wij weten nu dat dit niet zo is, dat jaarverslag werd toen niet afgeschreven.

Kijken we naar die **missie** van *persoonlijke, continue en integrale zorg*: ondanks het 'octet' weet de patiënt dat die ene huisarts er (bijna) steeds is en het overzicht houdt. Adviezen en behandeling worden in principe altijd besproken. De continuïteit wordt bevorderd door het 'er vaak zijn' en bij belangrijke, met name terminale situaties altijd bereikbaar te zijn. Er spelen soms meerdere zaken die de gezondheid van mensen raken en het is goed te weten dat die ook aan bod kunnen komen ook al zal de assistente een tijdregulerende rol proberen te spelen (dat is ook ondermeer haar taak).

Het 'serieus nemen van de hulpvraag' begint al met de aandacht die we hebben (en wat de co-assistent leert) voor het correct coderen van de contactredenen.

Mensen 'behandelen *naar de geldende richtlijnen*' maar ook '*op zo eenvoudig en natuurlijk mogelijke manier*'. Ik weet dat een deel van de patiënten zich prettig voelt om die richtlijnen zoals een goede bloeddruk of een fraai cholesterol zo scherp mogelijk te bereiken, al is het met medicijnen. Een ander deel vindt het juist helemaal niet leuk, om veel 'tabletten' te slikken. Ik schaam mij er niet voor om te behoren tot de collega's die minder vaak een door de standaarden geadviseerd medicament slikt. Voor een volgend jaar hoop ik uit te zoeken dat ik ook behoor tot de huisartsen die zo weinig mogelijk (waar dat kan natuurlijk) antibiotica voorschrijft. Veel kwalen gaan namelijk over zonder medicijnen en ik zie liever iemand een volgende dag terug ter controle dan een kuur voor te schrijven die misschien niet had gehoeven - deze opvatting over antibiotica spoort met het NHG-standpunt.

Wat de lokale situatie betreft: in het beleidsplan stipte ik Lyme en de tekenbeet aan. Het blijkt uit de Transhisregistratie dat dit in vergelijking met de regio's Nijmegen, Amstelveen en Friesland hier vaker voorkomt. Vooralsnog houd ik hier in regelmatig overleg met de microbioloog van het DZ ook de geldende richtlijnen aan.

De ontwikkeling van solist tot octet bracht *uitbreiding van het ondersteunend personeel* met zich mee: die van de assistentes werd beschreven. Maar ook de praktijkondersteuner

somatiek kreeg meer uren, Brigitte 12 uur tegen Geertje 16 uur (parallel aan toewerken nieuwe module VRM).

De praktijkondersteuning GGZ bleef in aantal uren gelijk in 2015 maar in 2016 is het aantal 'uren Emiel' flink omhoog gegaan zodat we nu drie dagen per week pohGGZ hebben. Dit na een aansporing van de overheid en zorgverzekeraars. Echter tot op heden is de financiering van deze uitbreiding geen zekere zaak. Hierom, maar ook omdat het me interesseert en Transhis de mogelijkheden geeft, wil ik deze transitie van de GGZ in 2016 evalueren voor het volgende verslag. Daarbij wil ik de contacten met de gemeente aanhouden om te kijken hoe 'het publieke belang' kan sporen met het uitbuiten van de mogelijkheden die de huisartspraktijk geeft. Ik ben er nog niet van overtuigd dat de luide kreten uit de traditionele GGZ-hulpverlening dat de 'Transitie Jeugdzorg' naar de gemeente een achteruitgang betekent... Voordeel is misschien dat we in Olst Wijhe een kleinschalige gemeente hebben en (dus ook?) betrokken hulpverleners.

Hoe die werkdruk te handelen??

Het voorgenomen beleid om samen met één of de twee andere huisartsen een vierde huisarts erbij te nemen, mislukte. Toch kan het niet anders dat de komende jaren in Olst vier, wellicht vijf huisartsen werken. Ik neem mij voor, in 2016 een collega aan te zoeken (en dat lijkt gelukkig ook gelukt, PD 1/7/2016), met wie ik niet alleen de verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg maar ook voor het personeel kan delen. Ik ben 62 jaar en neem mij voor - bij leven en welzijn - nog zeker vijf jaar door te gaan en langzamerhand niet meer fulltime aan het werk te zijn. Dat betekent dus dat er twee huishoudens in de komende jaren (deels) van deze praktijk moeten rond komen. Hierbij hoort een weer wat stijgend patiëntental: we gaan inzetten op PR, een jonge dokter in de praktijk die blijft.

Opvallend was ook, naast de algemene tendens van toename van contacten en dus verrichtingen, een afnemend aantal ECG's - een verklaring heb ik nog niet, wel betekent het minder inkomsten omdat ECG apart gedeclareerd wordt.

Dit laatste voorbeeld van een 'kleine conclusie' waaruit blijkt dat we veel voornemens kunnen hebben, maar ook de realiteit van elke dag niet uit het oog moeten verliezen. En dat het gewoon registreren van alles, en dit weergeven ons soms antwoorden geeft maar even vaak vragen waar we ons in het komende jaar weer over gaan buigen.

Een belangrijke opmerking tot slot: dit jaarverslag en beleidsplan schrijf ik nadrukkelijk ook voor de geïnteresseerde patiënt, ik hoop dat het door meerderen (zal niet zeggen velen) gelezen gaat worden. Ik roep patiënten op, te reageren: wat wilt u, vindt u na lezing iets anders juist belangrijker of had u altijd al gevonden dat... Ik hoor het graag.

Bijlagen

- Bijlage 1: Overzicht ingeschreven patiënten per zorgverzekeraar
- Bijlage 2: Correspondentie zorgverzekeraar m.b.t. registraties buiten openingstijden

Bijlage 1: Overzicht ingeschreven patiënten per zorgverzekeraar

Uzovi	Verzekeraar	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	Totaal
101	N.V. Univé Zorg	6	6	14	8	10	10	7	9	11	12	14	11	5	6	8	3	2	2	144
211	FBTO Zorgverzekeringen N.V.	4	2	6	3	8	3	2	4	4	10	3	2	7	6	3	1	3	1	72
3311	Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V.	19	34	38	29	18	18	29	32	23	54	30	40	35	36	25	32	46	31	569
3313	Interpolis Zorgverzekering NV	2	7	4	6	3	2	2	4	4	6	9	3	8	3	3	1	0	0	67
3314	OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	2	0	0	1	1	0	11
3328	Aevitae (ASR ziektekosten)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
3329	Avéro Achmea	0	0	1	7	1	0	0	0	0	4	2	2	2	0	0	0	0	0	19
3330	Aevitae (Goudse)	0	0	0	2	1	0	0	0	2	1	2	0	2	0	0	0	0	0	8
3332	Menzis Zorgverzekeraar N.V.	9	8	4	12	12	10	6	5	7	13	13	9	13	16	9	6	5	2	159
3333	Anderzorg	9	3	1	1	2	2	6	4	2	2	6	3	7	0	1	0	0	0	49
3334	IZA-Gemeenten (VNG)	4	1	2	4	5	1	2	2	2	6	10	8	8	4	2	4	4	3	72
3336	Ditzo Zorgverzekering	4	1	1	1	2	2	1	4	0	2	3	1	2	3	1	0	0	0	28
3341	Turien & Co. Assuradeuren (VGZ)	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
3342	Turien & Co. (Avéro Achmea)	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
3343	VvAA / ONVZ / PNO zorgverzekering	2	5	3	6	0	0	2	3	2	3	2	3	1	1	1	1	0	1	35
7029	Zorgverzekeraar DSW UA	1	1	1	0	0	1	2	1	2	0	1	1	3	1	0	0	0	0	15
7032	ENO(Sailand)	24	53	47	22	27	25	34	39	46	43	42	37	26	49	33	20	21	14	602
7037	OWM Stad Hollandzorgverzekeraar ua	2	0	2	3	1	1	0	0	0	4	1	0	2	0	0	0	0	0	16
7084	De Friesland Zorgverzekeraar	1	1	2	1	1	1	0	3	2	2	6	1	0	0	0	0	0	0	21
7085	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
7095	VGZ Zorgverzekeraar N.V.	1	7	5	3	6	10	5	3	4	6	5	10	9	6	8	4	3	2	97
8956	Aevitae (VGZ)	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	4	1	2	1	0	0	0	11
8958	Aevitae (Avéro Achmea)	3	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	10
8960	Caresco (Avéro Achmea)	3	1	0	0	2	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	9
8965	Nedasco Assuradeuren BV (VGZ)	0	0	0	2	0	0	1	0	0	2	2	3	2	1	0	0	0	1	14
8971	IAK Volmacht B.V.	0	0	2	0	1	1	1	0	0	3	0	0	0	0	2	0	0	0	10
8972	IAK (VGZ)	0	0	2	1	1	0	0	0	2	2	2	1	3	0	2	0	0	0	14
8995	Caresco BV (Goudse)	0	0	0	1	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
9015	IZZ Zorgverzekeraar NV	3	6	4	8	8	4	0	3	4	6	6	7	10	6	2	0	0	0	77
9018	De Amersfoortse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	2	0	0	2	0	8
9664	CZ / OHRA / Delta Lloyd	13	16	19	10	13	11	17	19	16	15	17	20	12	20	10	5	6	3	242

Bijlage 2: Correspondentie zorgverzekeraar m.b.t. registraties buiten openingstijden

P.H. Dijksterhuis
Averbergen 3 b
8121 CA Olst

Kenmerk
Controle 3.5
/Z01007398

Behandelaar

Afdeling
Zorg

Telefoonnummer

E-mailadres

27 mei 2016

Onderwerp
Controle 3.5 - ANW-zorg

Geachte huisarts,

Als zorgverzekeraar zijn wij wettelijk verplicht controles op de doelmatigheid en rechtmatigheid van gedeclareerde zorgprestaties uit te voeren. Wij berichten u, omdat wij over de periode 2015 een controle hebben uitgevoerd naar het declareren van ANW-zorg terwijl de huisarts is aangesloten bij een dienstenstructuur. Hierbij hebben wij het volgende geconstateerd.

Uit onze administratie blijkt dat u ANW-zorg in rekening heeft gebracht, terwijl u in de betreffende periode was aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur. ANW-zorg kan uitsluitend in rekening worden gebracht indien de huisarts niet participeert in een huisartsendienstenstructuur. In de bijlage bij deze brief ontvangt u een specificatie.

Mocht u het niet eens zijn met onze bevindingen, dan verzoeken wij u vriendelijk voor 27 juni 2016 een e-mail te sturen met inhoudelijke uiteenzetting aan [redacted]. Wanneer wij voor deze datum geen reactie van u hebben ontvangen, nemen wij aan dat u akkoord gaat met onze bevindingen en zullen wij het ten onrechte gedeclareerde bedrag van € 249,15 met een volgende declaratie verrekenen. Indien u constateert dat u per abuis deze prestatiecode(s) heeft gedeclareerd, dan kunt u dit corrigeren door vanaf 11 juli a.s. de correcte prestatie bij ons te declareren. Wij zullen de betreffende 'foutieve' declaratie(s) crediteren.

Voor eventuele vragen over deze brief kunt u contact opnemen met Elisabeth Bouma via bovengenoemd telefoonnummer.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groot,

[redacted]

Medewerker Zorg

Bijlage: Specificatie van de in rekening gebrachte ANW-zorg

Dijksterhuis P. (Pieter)

Van: Dijksterhuis P. (Pieter)
Verzonden: donderdag 2 juni 2016 16:14
Aan: [redacted]
CC: 'info@lhv.nl'
Onderwerp: RE: 'foutieve' declaratie

Geachte mevrouw [redacted]

Dank voor uw besluit. Onbegrijpelijk dat zo'n regel kan bestaan en de belangenorganisatie kennelijk akkoord is gegaan en dat zulke controles dus uitgevoerd worden. Ik volg uw advies uitersaad op.

Met vriendelijke groot

P.H. Dijksterhuis

Van: [redacted] [nl]
Verzonden: donderdag 2 juni 2016 16:08
Aan: Dijksterhuis P. (Pieter)
CC: Dijksterhuis P. (Pieter)
Onderwerp: Re: 'foutieve' declaratie

Geachte huisarts Dijksterhuis,

Bedankt voor de gegeven toelichting.

Op basis hiervan concluderen wij dat het hier een uitzonderings situatie betreft die wij coulant behalve akkoorderen. Wij zullen de betreffende regels niet crediteren.

Het feit dat u geen ANW-zorg in rekening mag brengen indien u bent aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur is overigens vastgesteld door de NZa. Wij raden u dan ook aan uw bezwaar hierover kenbaar te maken bij de LHV.

Met vriendelijke groot

[redacted]
Medewerker Zorg
[redacted] Zorgverzekeraar

(ma. d. oo)

[redacted]

[redacted]

Van: "Dijksterhuis P. (Pieter)" <P.H.Dijksterhuis@lhv.nl>
To: [redacted]
Cc: [redacted]
Din: 01-06-2016 17:25
Betreft: 'foutieve' declaratie

[redacted]

U hebt mij geschoffeerd. Ik ben het zeker niet eens met uw afwijzing Controle 3.5/Z01007398. Het gaat om de zorg voor een terminale patiënt.

Ik nodig uw medisch adviseur uit op mijn praktijk, zodat ik haar het dossier kan laten zien.

De begeleiding in de terminale fase van deze patiënt is een van de zwaarste geweest uit mijn loopbaan. Ik ben daar maanden frequent mee bezig geweest tot in het pinksterweekend. Iedere arts die op de hoogte is zal vinden dat terminale palliatieve zorg beter uitgevoerd kan worden door de eigen huisarts dan door de huisartsendienstenstructuur ook al is de huisarts daarbij aangesloten.

Het is eigenlijk schandalig dat ik deze toelichting moet geven.

Mocht u blijven volharden in deze afwijzing, dan laat ik het er niet bij zitten en kunt u op (negatieve) publiciteit rekenen.

Met vriendelijke groot, Pieter Dijksterhuis huisarts te Olst.

Deze e-mail en de inhoud daarvan is vertrouwelijk. Indien dit bericht niet voor u bestemd is, verzoeken wij u vriendelijk deze e-mail direct naar ons te retourneren en daarna te verwijderen. Openbaarmaking, vermenigvuldiging, verstrekking aan en/of gebruik door derden van dit e-mailbericht en/of informatie is niet toegestaan. DSW Zorgverzekeraar sluit elke aansprakelijkheid uit in verband met het niet juist, onvolledig of niet tijdig overkomen van de informatie in deze e-mail.

This e-mail and its content are confidential and may be legally privileged. If this e-mail is not intended for you, please contact us immediately by reply e-mail and delete the e-mail. Please don't use, copy or disclose the e-mail and its contents to anyone. DSW Zorgverzekeraar is liable neither for the proper and complete transmission of the information in this e-mail nor for any delay in its receipt.

