

Praktijkorganisatie

De praktijk en haar medewerkers committeren zich aan het leveren van reguliere huisartsgeneeskundige zorg, volgens de actuele richtlijnen van het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap). Omdat de inzichten met de tijd veranderen betekent dit voor de praktijk een voortdurende aanpassing aan nieuwe ontwikkelingen, richtlijnen en toetsing. De praktijk wil daarbij ook proactief inspelen op te verwachten veranderingen in de huisartsenzorg en streeft naar transparantie van het zorgverleningsproces.

Eén van de praktijkmedewerkers coördineert het kwaliteitssysteem. In 2013 is dit overgedragen van de heer M.F. van Dijk, huisarts, aan mevrouw S. Veldkamp. Er wordt in de praktijk gewerkt met een groot aantal protocollen en procedures. Deze zijn opgesteld om de kwaliteit van de werkzaamheden te borgen en ervoor te zorgen dat de medewerkers de werkzaamheden zoveel mogelijk op gelijke wijze uitvoeren. Iedere medewerker is verantwoordelijk voor een aantal protocollen en procedures en checkt met regelmaat of de beschrijving hiervan nog klopt of moet worden aangepast. In ieder werkoverleg worden de gewijzigde protocollen en procedures besproken. De coördinator kwaliteitszorg beheert het kwaliteitshandboek en houdt in de gaten of de protocollen op tijd gecheckt zijn.

Externe toetsing

Hiertoe heeft de praktijk zich aangesloten bij de *NHG-praktijk accreditering* (NPA). Het NPA levert instrumenten, waarmee de huisartspraktijkorganisatie structureel en systematisch de zorgverlening in kaart brengt en spiegelt aan de branchenorm. Op basis van de spiegelinformatie worden verbeterplannen opgesteld en uitgewerkt, geëvalueerd, eventueel bijgesteld en geborgd in de praktijkorganisatie (kwaliteitscirkel). Dit proces wordt vastgelegd in het NPAweb.

Daarnaast is de praktijk aangesloten bij het *NIVEL-zorgregistratie* eerste lijn en krijgt de praktijk spiegelinformatie vanuit de *zorggroepen (Diabetes Zorg, Longzorg en Hart en Vaatzorg van de BV zorg Oude IJssel)*, waarbij de praktijk is aangesloten. De laboratorium- en microbiologisch-onderzoek aanvragen worden getoetst en gebenchmarkt (kwantitatief) door het *Slingeland ziekenhuis*.

De praktijk maakt gebruik van de feedback module van Call Manager, waarmee waarnemend huisartsen op de Huisartsenpost feedback kunnen vragen of geven over patiënten die tijdens Avond- Nacht- en Weekenddiensten gezien zijn.

Farmacotherapeutisch beleid:

Het farmacotherapeutisch beleid wordt structureel periodiek getoetst in het *FTO* (gemiddeld 9 x per jaar), samen met de huisartsengroep (HAGRO) Dinxperlo-Varsseveld en de apothekers uit Dinxperlo (Benu Apotheek) en Varsseveld (Service Apotheek Varsseveld). Daarnaast is er periodiek overleg met Apotheek Varsseveld over patiënten met *polyfarmacie* en neemt de praktijk structureel en periodiek deel aan *FTO in het verzorgingshuis de Bettekamp* (Azora), samen met Apotheek Varsseveld, specialist ouderengeneeskunde en de zorgcoördinator van het verzorgingshuis.

Jaarlijks worden de gegevens uit de benchmarks geëvalueerd en uitgewerkt in verbeterplannen in volgorde van de vastgestelde prioriteit.

Interne toetsing

De praktijk beschikt over een functioneel *protocol voor het melden van incidenten* (MIP). Op een structureel 6-wekelijks *werkoverleg* met huisarts(en), praktijkondersteuner(s) en assistenten is er ruimte voor het bespreken van vastgestelde knelpunten in de zorgverlening en praktijkvoering. Waar zinvol worden (op basis van prioriteit) *protocollen en richtlijnen* ontwikkeld. De protocollen worden periodiek geëvalueerd en waar nodig bijgesteld en zijn voor alle praktijkmedewerkers ter inzage op de praktijk.

Sinds 2013 wordt er gestreefd naar het organiseren van een jaarlijkse *bezinningsmiddag*, waarbij de kwaliteit van de zorgverlening centraal staat. Aan de hand van verbeterplannen wordt bekeken welk onderwerp zich daarvoor leent.

Jaarlijks wordt een *risico-inventarisatie* (NPA) gehouden en 3-jaarlijks een *RI&E*.

Medewerkers

De praktijkmedewerkers zijn *geregistreerd als beroepsbeoefenaar* en nemen deel aan *bijscholingen* om hun benodigde kennis en kunde op het gewenste niveau te houden. Het bekwaam zijn in de uitvoering van diagnostische en therapeutische handelingen wordt periodiek getoetst en waar nodig wordt bijscholing georganiseerd. Gedelegeerde handelingen zijn in protocollen vastgelegd.

De registratiebewijzen van de medewerkers en hun bijscholing zijn ter inzage op de praktijk aanwezig, evenals een overzicht van de gevolgde bijscholing. Een weerslag hiervan wordt vastgelegd in een jaarverslag.

Jaarlijks wordt een *functioneringsgesprek* gehouden met alle praktijkmedewerkers.

Patiëntenpopulatie

De meningen en ideeën van de patiënten wordt ten minste 3-jaarlijks gemeten door middel van een *patiënten-enquête*. Daarnaast beschikt de praktijk over een *klachtenprocedure*; bij klachten worden patiënten uitgenodigd een klachtenformulier in te vullen. Dit kan ook digitaal via de praktijkwebsite. De klachten worden volgens het protocol afgehandeld en geregistreerd.

Bij vertrek uit de praktijk worden patiënten structureel verzocht hun mening over de praktijkorganisatie en zorgverlening door te geven middels een *evaluatieformulier*.

Klachten worden volgens protocol besproken op het werkoverleg, jaarlijks geëvalueerd en vastgelegd in het jaarverslag.

Op basis van de praktijkpopulatie (leeftijdsopbouw) en landelijke, alsook regionale demografische gegevens, blijkt dat er relatief veel ouderen in de praktijk ingeschreven zijn. Op basis hiervan heeft de praktijk een speciaal programma ontwikkeld voor de *zorg voor kwetsbare ouderen*.