

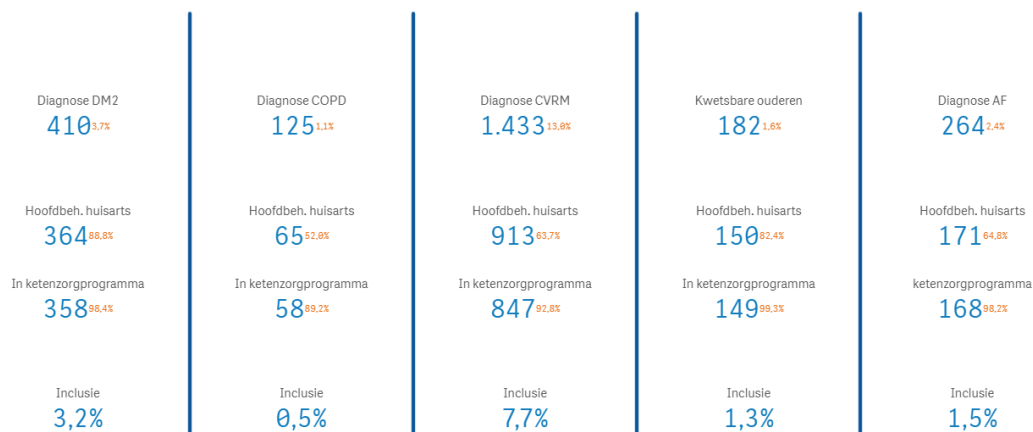
CIJFERS 2025 HUISARTSEN DE BURGT

Binnen onze huisartsenpraktijk gebeurt veel. We voeren verschillende spreekuren, taken en projecten uit. Elk jaar kijken we hoe dit verloopt, of we aan de gestelde eisen voldoen en of ons werk bijdraagt aan goede zorg en werkplezier.

Sinds 2024 werkt regio Eemland met Boards. Inmiddels gebruiken we dit systeem volop en beschikken we over de gegevens die nodig zijn. Boards helpt zorgverleners om informatie te delen, afspraken vast te leggen en de zorg goed op elkaar af te stemmen. Wij gebruiken het onder andere voor chronische zorg, ouderenzorg en samenwerking met andere zorgverleners. Dit noemen wij het netwerkinformatiesysteem, het NIS. Dit bestaat uit drie onderdelen, ons huisartsinformatiesysteem, Boards en het Regionaal Dataplatform. Wij registreren de zorg in het huisartsendossier. De informatie wordt daarna zichtbaar in Boards en gebruikt voor rapportages in het Regionaal Dataplatform. Zo voorkomen we dubbele registratie

In dit jaarverslag beschrijven we de belangrijkste cijfers, projecten en resultaten van 2026. Ook kijken we waar verbeteringen nodig zijn.

Aantallen per keten:



DIABETES

De resultaten over 2025 laten zien dat de controles binnen de diabeteszorg over het algemeen goed zijn uitgevoerd. Bij 98,3 procent van de patiënten is de bloeddruk gecontroleerd en bij 97,5 procent is de nierfunctie, eGFR, bepaald. Ook de voetcontrole en funduscopie zijn bij ruim 81 procent van de patiënten uitgevoerd.

Bij 56,6 procent van de patiënten was het HbA1c lager dan 53 mmol/mol. Dit betekent dat bij ruim de helft van de patiënten de bloedsuiker goed was ingesteld.

Bij 24 procent van onze diabetespatiënten is een risicovoet vastgesteld. Dit betekent dat bijna een kwart van de patiënten een verhoogd risico heeft op voetwonden en extra controle of voetzorg nodig heeft. Een landelijke benchmark voor dit percentage is niet

beschikbaar. Wel is bekend dat ongeveer 20 tot 25 procent van de mensen met diabetes tijdens het leven te maken krijgt met voetproblemen. Ons percentage ligt daarmee in een herkenbare bandbreedte, al gaat het niet om precies dezelfde meting.

CVRM

Dit jaar heeft een doktersassistente de scholing CVRM gevolgd. Zij richt zich op patiënten die nog geen medicatie gebruiken, maar wel een verhoogd risico op hart- en vaatziekten kunnen hebben. Deze patiënten worden vroeg gescreend en krijgen uitleg over wat zij zelf kunnen doen om hun risico te verlagen, bijvoorbeeld door aanpassingen in leefstijl. Het doel is om gezondheidsproblemen en medicatiegebruik waar dat kan te voorkomen. Hiervoor zijn duidelijke werkafspraken gemaakt over de taken van de doktersassistenten, huisartsen en praktijkverpleegkundigen.

In 2025 namen 847 patiënten deel aan de CVRM-keten. De belangrijkste controles zijn bij bijna iedereen uitgevoerd. Bij 93,6 procent is de bloeddruk gemeten en bij 96 procent is de nierfunctie gecontroleerd. Ook de bloeddrukresultaten zijn positief. Van de patiënten jonger dan 70 jaar had 72,6 procent een goed gereguleerde bloeddruk. Eind 2024 was dit nog 59,2 procent. Dit is een duidelijke verbetering. Bij patiënten ouder dan 70 jaar had 81,6 procent een goed gereguleerde bloeddruk.

Bij 44,1 procent ligt het LDL-cholesterol onder de streefwaarde. Dit percentage vraagt wel om uitleg. Tijdens onze spreekuren beslissen we samen met de patiënt over behandeling. Met U-Prevent berekenen we het persoonlijke risico op hart- en vaatziekten. Daarna bespreken we de verwachte winst van cholesterolverlagende medicatie, de mogelijke nadelen en de voorkeur van de patiënt. Niet iedere patiënt kiest daarom voor behandeling tot onder de streefwaarde. Het percentage zegt dus niet alleen iets over het resultaat, maar ook over bewuste keuzes die samen met de patiënt zijn gemaakt. Verder rookt 9,1 procent van de patiënten binnen de CVRM-keten. Dit zijn ongeveer 80 patiënten.

Het behalen van de LDL-streefwaarde en het ondersteunen bij stoppen met roken blijven aandachtspunten.

Atriumfibrilleren

In de zomer van 2025 zijn we gestart met ketenzorg voor patiënten met atriumfibrilleren (AF). Deze vorm van zorg was nieuw voor onze praktijk. Het team is hiervoor geschoold en we hebben alle patiënten met AF in kaart gebracht.

We hebben 264 patiënten met atriumfibrilleren. Bij 171 patiënten is de huisarts hoofdbehandelaar en 168 patiënten nemen deel aan het ketenzorgprogramma. Patiënten die nog niet binnen een andere keten bekend zijn, roepen we apart op. Bij patiënten die al controles hebben voor bijvoorbeeld diabetes of CVRM, nemen we de AF-controles mee tijdens een bestaande afspraak. Zo voorkomen we extra afspraken en maken we de zorg patiëntvriendelijker.

De eerste resultaten laten zien dat steeds meer controles op tijd worden uitgevoerd. De nierfunctie is bij 83,9 procent gecontroleerd en de bloeddruk bij 75 procent. De registratie van de CHA2DS2-VASc-score blijft een aandachtspunt en gaan we jaarlijks herzien. Deze score helpt om het risico op een beroerte en de noodzaak van antistolling te beoordelen.

COPD

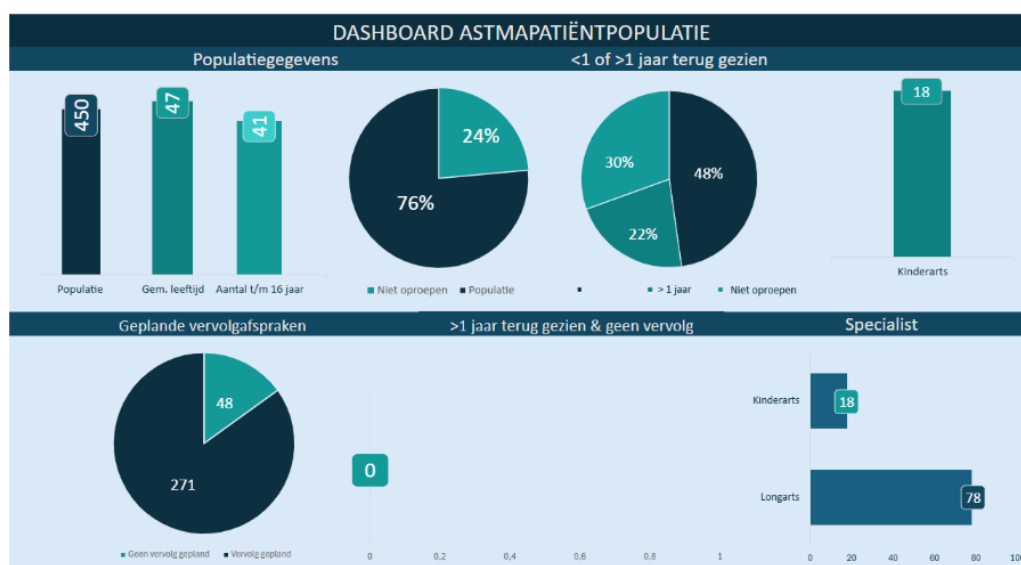
In 2025 stonden 65 patiënten met COPD onder behandeling van de huisarts. Van deze groep namen 58 patiënten deel aan de ketenzorg, dit is 89,2 procent.

Bij 85 procent was de ziektelast actueel vastgelegd met een CCQ of MRC. Deze vragenlijsten geven inzicht in de klachten en de invloed van COPD op het dagelijks leven. Hiermee voldeden we aan de norm van Huisartsen Eemland.

Van de 58 patiënten in de COPD-keten kregen 41 patiënten ook zorg binnen een andere keten. Waar het kan, combineren we deze controles in één afspraak. Dit voorkomt extra bezoeken en maakt de zorg prettiger voor de patiënt.

Astma

Onderstaand ziet u het overzicht van de stand van zaken m.b.t. het in kaart hebben van onze patiënten met de diagnose astma. Een stabiel beeld t.o.v. 2024. Het afgelopen jaar is er gewerkt aan een nieuwe versie van het Excell bestand met als doel om de monitoring van deze patiënten te verbeteren. Toch blijkt opnieuw dat de praktijk weerbarstig is. Doordat de astma niet in ketenzorg zit kunnen we geen gebruik maken van het Regionaal Dataplatform en moet dit bestand na elk (telefonisch) consult handmatig bijgewerkt worden om een actueel beeld te blijven houden of een patiënt wel of niet goed in beeld is en dat blijft foutgevoelig. Inmiddels is er contact geweest met HE in hoeverre wij toch gebruik kunnen maken van het Regionaal Dataplatform ondanks dat de astma-zorg niet in de keten valt. Daar is groen licht voor gegeven. In 2026 hopen we dan een start te maken met de ontwikkeling hiervan.



Ouderenzorg

Voor goede zorg rond kwetsbare ouderen is duidelijke communicatie nodig. Daarom werken we binnen C-Boards met een Netwerkinformatiesysteem, NIS. Hierin kunnen betrokken zorgverleners informatie delen, afspraken vastleggen en snel met elkaar afstemmen.

Voordat we hiermee zijn gestart, hebben we in 2025 samenwerkingsafspraken gemaakt. De huisarts blijft verantwoordelijk voor welke informatie gedeeld mag worden. Ook is vastgelegd welke zorgverleners toegang krijgen.

Daarbij werken we met autorisatieniveaus. Deze bepalen welke informatie iemand mag bekijken, toevoegen of aanpassen. Een zorgverlener krijgt alleen toegang tot de gegevens die nodig zijn voor zijn of haar taak. Zo blijft de informatie goed beschermd en kunnen betrokken zorgverleners toch prettig samenwerken.

Binnen Boards werken we per patiënt samen met andere betrokken zorgverleners. We gebruiken het nu alleen voor onze chronische zorg en hebben de wens om dit uit te breiden naar de zorg voor kwetsbare ouderen. In 2026 willen we bereiken dat we via dit gezamenlijk ouderenboard informatie kunnen delen, overleggen en afspraken vastleggen met betrokken zorgverleners. Dit sluit aan bij de samenwerking binnen Barneveldse eerstelijnszorg (BELZ), waarin zorgverleners in Barneveld werken aan korte lijnen en goed afgestemde eerstelijnszorg. Om als zorgverlener te kunnen participeren in het Board

Ons lokale netwerk rondom ouderen zorg waar we als praktijk mee samenwerken:

- Welzijn Barneveld
- Lokale alliantie ouderen mishandeling
- We hebben contacten thuiszorgorganisaties en casemanagers. Per thuiszorgteam houden we 2-jaarlijks een klein MDO tussen wijkverpleging en POH-S. Alle kwetsbare ouderen worden doorgenomen en acties worden uitgezet.
- Indien nodig organiseren we een groot MDO met de specialist ouderen, thuiszorg, huisarts, POH-S/GGZ, de patiënt en/of mantelzorger en eventuele andere disciplines
- Valpreventie (Gezondheidsnetwerk)
- Keten Dementie (Casemanagers)

POH-GGZ algemeen

Door de uitbreiding van de uren van de POH-GGZ in 2024 kunnen patiënten meestal snel terecht. In drukke perioden moesten patiënten soms één of twee weken wachten op een intake. We proberen deze wachttijd zo kort mogelijk te houden.

De hulpvragen zijn heel verschillend. Veel klachten kunnen binnen de huisartsenpraktijk worden behandeld. Daarbij maken we ook gebruik van het online zelfhulpprogramma Karify. Wanneer meer gespecialiseerde hulp nodig is, verwijst de POH-GGZ naar een psychologenpraktijk of GGZ-organisatie.

Ook in 2025 waren de wachttijden binnen de GGZ lang. Vanuit het Integraal Zorgakkoord worden projecten gestart die meer nadruk leggen op preventie en ondersteuning dichtbij huis. Het doel is dat minder mensen gespecialiseerde GGZ nodig hebben en de wachttijden op termijn afnemen.

Het intercollegiaal overleg vond ook in 2025 iedere zes weken plaats. Hierdoor blijven de lijnen tussen de verschillende disciplines kort en kunnen patiënten beter worden afgestemd en begeleid.

Werkafspraken antidepressivum

In 2025 hebben we een werkspraak gemaakt over het gebruik van antidepressiva. Het doel is om te voorkomen dat patiënten deze medicatie langer gebruiken dan nodig. Een half jaar na de start neemt de POH-GGZ contact op met de patiënt. Samen bespreken zij hoe het gaat, of er nog depressieve klachten zijn en of afbouwen een passende stap is. Wanneer de patiënt wil afbouwen, bieden we begeleiding aan. Ook kunnen vooraf een aantal gesprekken met de POH-GGZ plaatsvinden om de patiënt hierop voor te bereiden.

Groepsconsulent/ informatiebijeenkomst

In 2024 zijn we gestart met het ontwikkelen van groepsconsulten en informatiebijeenkomsten. Dit heeft geleid tot een bijeenkomst over slaapproblemen, georganiseerd door de POH-GGZ samen met een slaapoefentherapeut van Mensendieck.

Voor deze bijeenkomst zijn patiënten van 65 tot 70 jaar uitgenodigd. In totaal namen 17 patiënten deel. De reacties waren positief. Wel bleek dat anderhalf uur te kort was om alle informatie rustig te bespreken.

We willen in de toekomst vaker informatiebijeenkomsten organiseren over onderwerpen die binnen de praktijk veel voorkomen. We denken hierbij aan slaapproblemen en overgangsklachten. Door gericht patiënten uit te nodigen en samen te werken met andere zorgverleners kunnen we informatie beter laten aansluiten op hun vragen.

Stagiaires

In 2025 hebben we twee BOL-stagiairs opgeleid binnen het assistententeam en een BBL-medewerker aangenomen. Ook hadden we een huisarts in opleiding.

Daarnaast lopen er regelmatig mensen mee die kennis willen maken met het werk in de huisartsenpraktijk. Zo dragen we bij aan het opleiden van nieuwe zorgmedewerkers en aan het verkleinen van de personeelstekorten in de zorg.

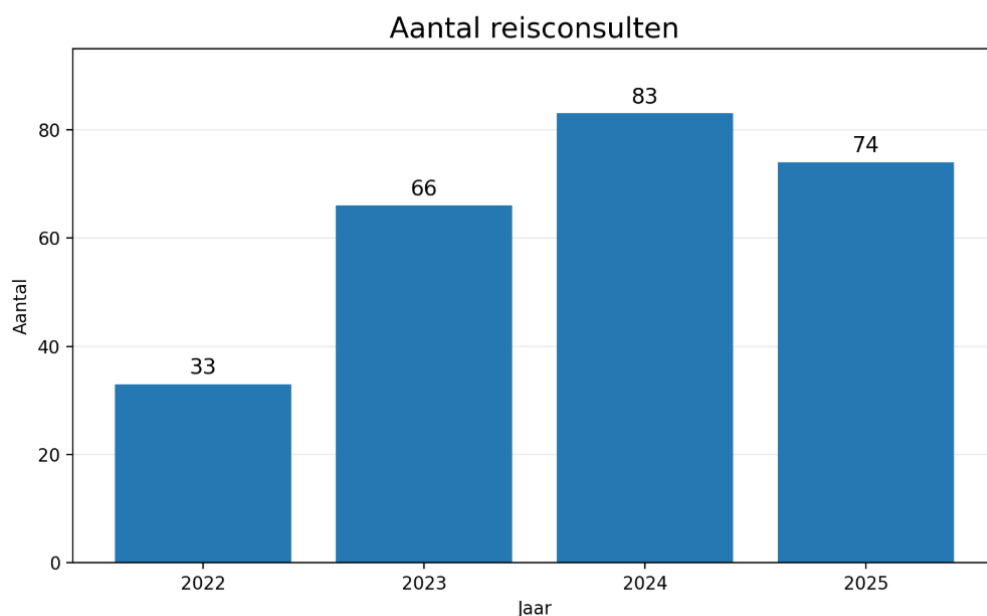
CRP bepaling

‘CRP’ staat voor ‘C-reactief proteïne’. CRP is een eiwit, dat gemaakt wordt in de lever. Het wordt in de bloedbaan gebracht om bacteriële ontstekingen te remmen. Als iemand een bacteriële ontsteking heeft, dan neemt de hoeveelheid CRP in het bloed binnen 6-8 uur flink toe. Daarom is een CRP-meting een goede methode om een bacteriële ontsteking vast te stellen. Een CRP-sneltest helpt de huisarts om te bepalen of een behandeling met bijvoorbeeld antibiotica nodig is of niet. Hierdoor wordt er minder vaak onterecht antibiotica voorgeschreven. Antibioticum wordt zo tegengegaan. Totaal aantal CRP geprikt: 575. Totaal aantal antibiotica gestart: 121 keer

Reizigersadvisering

Na de sterke stijging in de afgelopen jaren zien we in 2025 een lichte daling van het aantal reisconsulten. 2024 was een piekjaar.

In 2026 hebben twee doktersassistenten de opleiding tot reisadviseur gevolgd. Vanaf 2026 verzorgen zij samen met huisartsen 't Mannetje en Mesman de reisadviezen.



De patiëntenadviesraad

De Patiëntenadviesraad, PAR, behartigt de belangen van de patiënten van Huisartsen De Burgt. In 2025 kwamen er twee nieuwe leden bij. De PAR bestaat nu uit zes leden en kwam drie keer bijeen. Bij de vergaderingen waren ook een huisarts en de POH-GGZ aanwezig om vragen te beantwoorden en uitleg te geven over ontwikkelingen binnen de praktijk.

Adviezen en aandachtspunten

De PAR adviseerde om de tekst op de website over 24-uurszorg aan te passen, omdat deze niet juist was. Ook is voorgesteld om patiënten bij niet-medische opmerkingen of klachten duidelijker naar de PAR te verwijzen.

De PAR vroeg of gesprekken over toekomstige zorg, ACP, al vanaf 70 jaar kunnen worden aangeboden. De huisarts lichtte toe dat uit eerdere ervaringen blijkt dat de opkomst onder patiënten jonger dan 75 jaar laag is.

Ook dacht de PAR mee over de nieuwe website. Daarbij is gekeken naar begrijpelijke taal en een overzichtelijke indeling. Verder adviseerde de PAR om de wachttijden van huisartsen niet meer op het scherm in de wachtkamer te tonen, omdat deze lastig nauwkeurig bij te houden zijn.

Vanaf 2026 komt de PAR twee keer per jaar bijeen. Dit wordt voldoende gevonden om signalen en onderwerpen te bespreken.

Informatie vanuit de praktijk

De PAR is geïnformeerd over de ICT-problemen bij de overgang naar nieuwe systemen, het gebruik van spraakherkenning in de spreekkamer en plannen voor meer wijkgerichte zorg in Barneveld.

Ook zijn updates gegeven over de ouderenzorg, project SIDRIK, groepsbijeenkomsten over slapen, wisselingen van patiënten tussen praktijken en het beleid rond afslankmedicatie.

Verder is uitleg gegeven over VIM-meldingen, de mogelijke inzet van een online triagetool voor assistentes en de organisatie van de griepvaccinaties.

Conclusie is dat de PAR een belangrijke gesprekspartner blijft voor de praktijk. De leden geven signalen van patiënten door, denken mee over veranderingen en helpen om informatie en zorg beter aan te laten sluiten bij wat patiënten nodig hebben.

VIM

VIM staat voor Veilig Incident Melden. Medewerkers kunnen hiermee situaties melden die niet goed gingen of bijna fout gingen. Het doel is niet om iemand aan te wijzen, maar om samen te leren en de zorg veiliger te maken.

In 2025 veranderde de samenstelling van de VIM-commissie en zijn de leden geschoold. Ook hebben we gekeken hoe Huisartsenpraktijk Bloemendal met VIM werkt. Op basis daarvan zijn we gestart met een LEAN-aanpak, waarbij we meldingen en werkprocessen stap voor stap bekijken en verbeteren. Hieronder de VIM meldingen gebundeld per categorie.

	Kwartaal 1	Kwartaal 2	Kwartaal 3		Kwartaal 4
Verwijzing	0	12	2	Verkeerde behandeling	3
Agendafouten	19	3	0	Registratie patientendossier	7
Registratie/admin	29	38	34	Agenda fouten	12
Recepten	10	15	12	Verwijzingen	0
Behandeling	9	1	0	Labformulieren	9
Datalek	3	2	1	Geen beleid	0
Organisatie en logistiek	7	7	7	Datalek	0
Totaal	77	78	56	Recepten	13
				Medische voorraad	1
				Buiten Organisatie	1
				Verkeerde verrichting	1
				Totaal:	47

Uitwisselingsproject patiënten met praktijk Bloemendal

In 2025 hebben Huisartsenpraktijk Bloemendal en Huisartsen De Burgt samengewerkt aan een betere verdeling van patiënten binnen Barneveld. Patiënten kregen vrijwillig de mogelijkheid om over te stappen naar een huisartsenpraktijk die dichterbij hun woonadres ligt.

In totaal zijn 1.300 patiënten benaderd. Daarvan kozen 268 patiënten voor een overstap. Praktijk Bloemendal benaderde 600 patiënten uit de wijk De Burgt. Huisartsen De Burgt schreef 700 patiënten aan die dichterbij praktijk Bloemendal wonen.

Door patiënten meer wijkgericht te verdelen, worden de afstanden kleiner en kan de zorg beter rondom de woonomgeving worden georganiseerd. Dit helpt ook bij spoedsituaties en versterkt de samenwerking tussen beide praktijken. De uitvoering vroeg veel inzet van de assistenten, vooral bij het verwerken van de in- en uitschrijvingen. Beide praktijken kijken positief terug op het project.

SIDRIK project

In samenwerking met de apotheek hebben wij een grote groep van onze patiënten die 65 jaar en ouder zijn benaderd over dit project. Het SIDRIK-project richt zich op het voorkomen van nierschade en ziekenhuisopnames bij kwetsbare patiënten. Bij ziekte, uitdroging of extreme hitte kunnen sommige medicijnen tijdelijk extra risico geven, zoals plastabletten, bepaalde bloeddrukmedicatie en diabetesmedicatie.

Binnen het project maken huisartsen en apotheken in Barneveld afspraken over zogenoemde sick day-adviezen. Patiënten krijgen uitleg wanneer zij contact moeten opnemen en wanneer medicatie tijdelijk aangepast moet worden. Zo kunnen problemen eerder worden herkend en behandeld.

Klachten en afhandeling

Patiënten kunnen een klacht indienen via het officiële klachtenformulier. De klachtencommissie beoordeelt de klacht en bespreekt deze met de patiënt en de betrokken medewerker. Het doel is om samen tot een oplossing te komen en het vertrouwen te herstellen. In 2025 kwamen onder andere de volgende klachten binnen.

Herhaalreceptuur

Een patiënt gaf aan dat het aantal voorgeschreven tabletten niet overeenkwam met wat de apotheek leverde. Na overleg met de apotheek is afgesproken dat deze patiënt de herhaalmedicatie voortaan zelf rechtstreeks bij de apotheek aanvraagt.

Bejegening

Een patiënt ervaarde de manier van communiceren door een assistente als agressief. De telefoongesprekken zijn teruggeluisterd. Hieruit bleek dat er veel achtergrondgeluid was,

doordat de patiënt vanuit de auto belde. De medische situatie was goed ingeschat en de patiënt kreeg meerdere mogelijkheden om diezelfde dag langs te komen.

De assistente heeft geprobeerd om het gesprek later nog te bespreken. Ook is de patiënt aangeboden om samen naar de opname te luisteren en hierover in gesprek te gaan.