

Jaarbericht 2012

Stichting Centrale Huisartsdienst Drenthe





Jaarbericht 2012

In het onderstaande wordt verslag gedaan van onze resultaten en activiteiten in 2012. Alles vanuit onze missie:

“De CHD biedt op kwalitatief hoogstaande, betrokken en effectieve wijze spoedeisende huisartsenzorg tijdens de ANW-uren, afgestemd in de keten”

Andere vormen van ondersteuning aan huisartsen(organisaties) worden geboden door Midea, waarvan de CHD een van de twee eigenaren is. De andere eigenaar is de Drentse Huisartsen Coöperatie (DHC).



De primaire processen

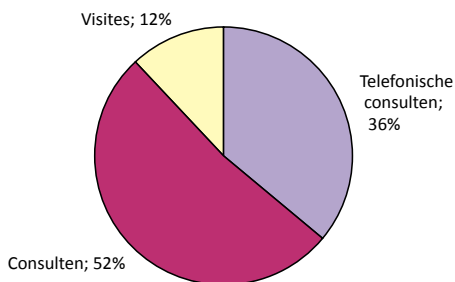
De zorgvraag in beeld

De vraag naar huisartsenspoedzorg buiten de praktijktijden is in 2012 in het CHD-werkgebied, met 2,7%, licht gedaald. In het jaarbericht 2011 werd al vastgesteld dat na jaren van een groeiende zorgvraag, een stabilisatie leek op te treden. Want de jaarlijkse groei tot soms wel 5%, was in 2010 al min of meer tot staan gebracht. En nu is dus sprake van een lichte daling. Een ontwikkeling die overigens niet specifiek op Drenthe van toepassing is, maar die ook landelijk wordt waargenomen.

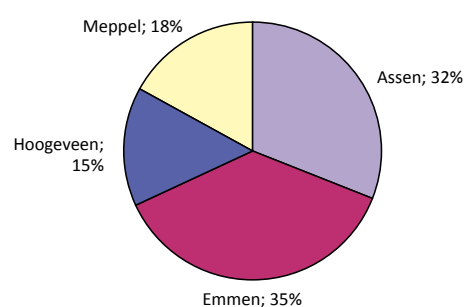
Deze ontwikkeling van de verrichtingen betekent niet dat de teams van huisartsen, triagisten, physician assistants (PA's) en chauffeurs op de vier huisartsenspoedposten met de armen over elkaar konden gaan zitten.

Er is nog altijd sprake van forse aantallen patiënten die een beroep doen op de zorg via de huisartsenspoedpost. Allemaal mensen die zorgvuldig te woord worden gestaan en waar nodig vakkundig worden behandeld. Op de huisartsenspoedpost of thuis. Een kwaliteit en manier van werken die weerspiegeld wordt in complimenten van patiënten en tot uiting komt in het beperkt aantal klachten dat is ontvangen.

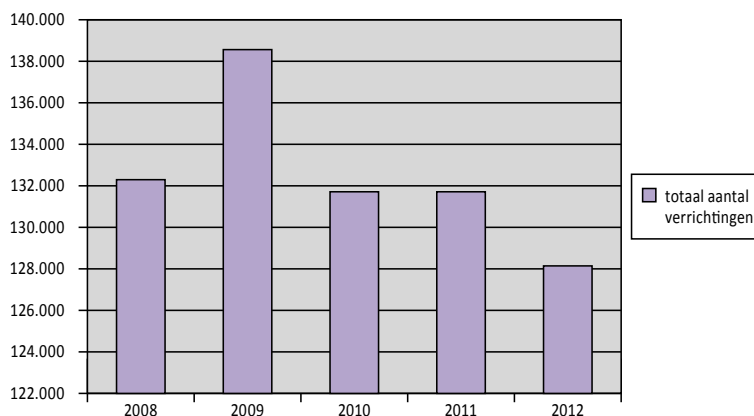
Verdeling verrichtingen 2012



Verdeling contacten over de posten 2012



Totaal aantal verrichtingen 2008 - 2012



Vorbereiding
voor
invoering
van het NTS

Kwaliteitsbeleid

NTS

De wereld van de huisartsenspoedposten is en blijft voortdurend in beweging. Nieuwe werkmethode, veranderende inzichten rond triage. Dus: opleidingen, trainingen, audits. Dat



vraagt flexibiliteit van de betrokken artsen en aanpassingsvermogen van de triagisten. Terwijl voorgaand jaar reeds **de** NTS (Nederlandse Triage Standaard) is ingevoerd - zeg maar de uniforme werkmethode voor triage bij spoedzorg -, is in 2012 hard gewerkt aan de voorbereiding van de invoering van het computerondersteunde systeem daarbij, **het** NTS (Nederlands Triage Systeem).

Samen vormen **de** NTS en **het** NTS een manier van het beoordelen van medische klachten vooral gericht op de mate van spoedeisendheid van medische zorg en veel minder gericht op de diagnose, de inhoud van het medisch probleem.

Studies en bezoeken door een ingestelde werkgroep hebben ertoe geleid dat het bij de NTS behorende computersysteem in het voorjaar 2013 wordt geïmplementeerd op onze posten. In 2012 is al begonnen met het trainen van triagisten voor **het** NTS op hun schermen. Ook huisartsen worden voorgelicht en meegenomen in de ontwikkelingen. **Het** NTS betekent namelijk voor iedereen een duidelijke verandering in werkwijze op de post. Maar het betekent ook een grote kwaliteitsverbetering; **het** NTS helpt bij het stellen van de juiste vragen en bevat handige hulpmiddelen, zoals adviezen en samenvatting van het gesprek met de patiënt. Voor de huisarts betekent dit dat deze veel meer informatie van de triagist digitaal krijgt aangereikt, alvorens deze een patiënt daadwerkelijk voor zich ziet.

Samen elkaars telefoonpiek opvangen

De doelstelling is om mensen die een beroep doen op spoedzorg via de CHD, zo snel mogelijk te woord te staan. Een thema dat daarom in 2012 nadrukkelijk aandacht heeft gekregen, is de "overlooptelefonie".

Wanneer de wachttijd voor een beller naar een bepaalde post een limiet heeft bereikt, wordt het telefoontje 'in de overloop' geplaatst. Dat betekent dat het wordt doorgeleid naar het eerste toestel op één van de vier huisartsenspoedposten dat vrij komt. Doel is om de wachttijden zo kort mogelijk te houden en elkaar te helpen bij het opvangen van pieken in het aantal zorgvragen. Deze werkwijze kan gemiddeld rekenen op brede instemming op de posten, maar is binnen de teams en tussen de posten ook wel een punt van aandacht. Weten waarom we het ook al weer zo doen, namelijk voor de patiënt, blijft belangrijk bij het vasthouden van de motivatie.

Kwaliteitsbeleid maakt zaken helder

De eisen die worden gesteld aan de kwaliteit van het werk en de organisatie van de huisartsenspoedposten worden steeds hoger. Ook de vraag naar maximale transparantie van de kant van de Inspectie Gezondheidszorg, de verzekeraars en de patiënten, wordt steeds scherper.

Een helder kwaliteitsbeleid is daarom noodzakelijk. Om hier goed op in te kunnen spelen is door middel van een intensief project een digitaal kwaliteitsmanagementsysteem geïmplementeerd. Dit is een systeem waarin alle kwaliteitsacties en verbetermaatregelen goed geregistreerd en gevolgd kunnen worden.

Belangrijke kwaliteitsimpulsen zijn ook gekomen van onze twee vakgroepen, huisartsen en triagisten, en van de diverse triagisten die na additionele scholing aan de slag zijn gegaan als triagecoach of als mentor. Door deze functies in eigen huis te ontwikkelen, is de professionalisering rond de triage nog verder toegenomen.

Autoriseren blijft aandacht vragen

Het door de dienstdoende arts autoriseren van waarneemberichten/zelfzorgadviezen op de huisartsenspoedpost blijft voor de huisartsen een terugkerend punt van aandacht, ook in 2012.

De landelijke norm is helder: 100% autoriseren binnen een uur. Voor de CHD hanteren we dit in overleg met de Medische Bestuursraad (MBR) als streefcijfer. Op dit moment wordt ca. 85% van de zelfzorgadviezen binnen een uur geautoriseerd. Er zijn en worden verschillende maatregelen getroffen ter (verdere) verbetering.

Kindermishandeling speerpunt Inspectie

Het signaleren van kindermishandeling door huisartsen is een speerpunt bij de Inspectie Gezondheidszorg. Zij toetst scherp en nadrukkelijk op dit punt. Juist ook op de huisartsenspoedposten. In de ogen van de Inspectie zijn verbeteringen in de werkwijze mogelijk. De CHD heeft specifiek rond dit thema vier aandachtsfunctionarissen: op iedere huisartsenspoedpost één. Met deze vier aandachtsfunctionarissen wordt overlegd over de verdere verbeteringen van de signalering en de verwerking van dit belangrijke thema. Inmiddels wordt vrijwel aan alle eisen van de Inspectie voldaan.

Complimenten en Klachten

Patiënten hebben in het algemeen waardering voor de zorgverlening via de CHD. Sommigen laten dit ons ook expliciet weten door bijvoorbeeld een complimentenformulier in te vullen. In 2012 kwamen er in totaal 18 complimenten verdeeld over de 4 huisartsenspoedposten binnen. Helaas waren er ook patiënten niet tevreden over de zorgverlening en kreeg de CHD in 2012 in totaal 68 klachten binnen. Een forse stijging in vergelijking met het vorige jaar (48), maar ongeveer gelijk aan de jaren daarvoor. Op landelijk niveau is er een stijging van het aantal klachten



Positieve HKZ-audit

waar te nemen. Bij de onafhankelijke klachten commissie (SKHNN) zijn er in 2012 18 klachten binnengekomen waarbij de CHD betrokken was.

Klagers hebben de keuze om een klacht in te dienen bij de klachtenfunctionaris van de CHD of bij de SKHNN. Het voordeel van het indienen bij de CHD zijn de korte lijnen, de klachtenfunctionaris weet doorgaans door middel van bemiddeling tussen klager en de betrokken medewerker/huisarts de klacht op informele manier op te lossen. Het voordeel hiervan is dat de CHD meer van de klachten leert en waar mogelijk vrij snel verbeteringen kan invoeren. Voorbeelden van deze verbeteringen: in 2012 werden er een aantal klachten in de werkoverleggen besproken en werden er postafspraken aangescherpt. Een klacht gaf aanleiding tot een specifieke bijscholing en er werden klachten gezamenlijk door triagisten en huisartsen geëvalueerd. De SKHNN behandelt de klacht volgens een formele procedure en geeft een oordeel over de klacht. In overleg met de klager heeft de CHD in 2012 een aantal klachten (met toestemming van de klager) naar tevredenheid van alle partijen ter behandeling kunnen overnemen van de SKHNN.

Interne meldingen en verbetermaatregelen

Binnen de CHD functioneert voor alle medewerkers en aangesloten huisartsen een systeem voor MIP-meldingen en het melden van calamiteiten. Een systeem gericht op het leren van fouten en bijzondere situaties. Medewerkers, huisartsen en chauffeurs hebben in 2012 totaal 32 MIP-meldingen gedaan. Daarnaast zijn er in 2012 ook 4 calamiteiten bij de Inspectie gemeld. De MIP-meldingen en calamiteiten worden onderzocht en de uitkomsten worden gebruikt om van te leren - zoals tijdens bijscholingen - of verbeteringen aan te brengen in de dienstverlening.

Meerdere MIP-meldingen waren binnen gekomen over de werkwijze van de Meldkamer Noord-Nederland. In overleg met de meldkamer zijn nu heldere en eenduidige afspraken gemaakt opdat de patiënt binnen de afgesproken aanrijtijden gezien kan worden. Tevens zijn er meerdere meldingen gedaan over tandartsenzorg in de ANW-uren. Om dit in de toekomst beter te laten verlopen, zijn afspraken gemaakt opdat de tandartsen de tandheelkundige zorg beter waarborgen in ANW-uren.

Een calamiteitenmelding heeft er toe geleid dat de communicatie tussen de CHD (triagisten) en de ambulancezorg verbeterd is; er zal duidelijker aangegeven worden waarom een patiënt gezien moet worden en hierbij zal eventueel een 'niet pluis-gevoel' benoemd worden.



Effectuering Toekomstvisie

Aantal onderdelen in 2012 geëffectueerd

In 2011 is binnen de CHD een nieuwe Toekomstvisie opgesteld: Toekomstvisie 2011-2015. Het is een leidraad voor het denken en handelen van de organisatie. Noem het een baken dat er voor zorgt dat we te midden van alle politieke en maatschappelijke ontwikkelingen op koers blijven. Om het meer te laten zijn dan een aantal vellen papier, staat in de toekomstvisie concreet per jaar een aantal doelen genoteerd.

In onze Toekomstvisie stonden voor 2012 de volgende prioriteiten:

- 1) samenhang dagzorg en ANW-zorg
- 2) vasthouden aan huisartsgeneeskundige principes in het kader van spoedzorg
- 3) werkbeleving en -belasting van huisartsen op de posten.

- 1) Het eerste punt moet invulling krijgen in het koepeloverleg van de CHD met de Kring Drentse Huisartsen en de Drentse Huisartsen Coöperatie. Dit overleg heeft een aantal malen plaatsgevonden.
- 2) Ten aanzien van het tweede punt is onder meer advies ontvangen van de vakgroep huisartsen binnen de CHD over de vraag of er gesproken kan worden van "onnodige" zorg en zo ja, wat daarmee te doen. Tevens hebben wij door IQ Healthcare een tweetal onderzoeken in dit verband laten verrichten: een onderzoek naar de motieven van patiënten om contact op te nemen bij U4, U5 (de laagste prioriteit medische klachten) en een onderzoek naar verbanden tussen praktijkkenmerken van een dagpraktijk - de samenstelling van het patiëntenbestand en de manier van werken van de praktijk - en het beroep op de post. De conclusies zijn gecommuniceerd. En enkele suggesties ter verbetering zijn/worden omgezet in actie.
- 3) Wat het derde onderwerp betreft, is door MBR en directie een vragenformulier ontwikkeld, dat is uitgezet bij de huisartsen op de posten. De respons was hoog, ca. 50%. Nadat in 2012 dit alles was gerealiseerd, zijn begin 2013 de resultaten geïnventariseerd. Deze zijn in grote lijn overigens zeer positief te noemen. Er bestaat op heel veel fronten tevredenheid over de huisartsspoedposten wat betreft de beleving van het werk en de werkdruk.



Scherp op de ontwikkelingen rond ziekenhuizen

Een kwestie die de CHD op verschillende niveaus ook erg heeft beziggehouden en nog bezig houdt, is de beweging in de wereld van de regionale ziekenhuizen: de fusies en herschikking



van zorg. Dit onderwerp raakt de CHD vooral daar waar de kans bestaat dat de afdeling SEH zou worden gesloten. Die dreiging leek op een aantal momenten aanwezig in Hoogeveen, maar is bij monde van verklaringen van de Raad van Bestuur voorlopig van tafel. Het is wel een ontwikkeling die vanuit de CHD, samen met andere partners, nauwlettend gevolgd wordt, omdat ze ingrijpende gevolgen kan hebben voor de positie en de werkwijze van de huisartsenspoedposten. Deze zijn immers allemaal als poortwachter gevestigd voor de SEH van de ziekenhuizen, of hebben een nauwe samenwerking met deze afdelingen.

ICT-beleid

Kring, Coöperatie en CHD samen aan de slag met ICT

Een huisartsendienst en huisartsenposten zonder automatiseringssysteem kunnen niet meer bestaan. Computers en netwerken vormen de receptoren en zenuwbanen van ons spoedzorgsysteem. Ook op ICT-gebied zijn daarom in 2012 weer diverse stappen gezet. De meest veelomvattende betreft het gezamenlijke project van Kring Drentse Huisartsen, Drentse Huisartsen Coöperatie en CHD om te komen tot een goede elektronische informatie-uitwisseling in de huisartsenzorg in onze regio.

Dit moet bereikt worden door middel van een reductie van het aantal gebruikte huisartseninformatiesystemen (Hissen) in de regio. Er zal 1 (maximaal 2) voorkeurs-His worden geselecteerd. Tegelijkertijd wordt door het eigen dienstenbedrijf Midea BV een ICT-ondersteuningsteam opgericht.

Altijd mobiel contact in Zuidoost-Drenthe

Een ander onderwerp op het gebied van ICT waar in 2012 diepgravend aan gewerkt is, is de implementatie in de twee spoedauto's van de huisartsenspoedpost Emmen van de zogenaamde "CU-box". Dit is een systeem dat via verschillende mobiele netwerken zorgt voor een 100% bereik van de laptop in de spoedauto. Vanwege de wisselende ontvangsomstandigheden in Zuidoost-Drenthe was lang gezocht naar een passende oplossing. Verder biedt het systeem de mogelijkheid om goede informatie te genereren over de aanrijdtijden en de mate waarin wij daaraan presteren ten opzichte van de landelijke normen. In een proef van 3 maanden begin 2012, bleek dit systeem uitstekend te functioneren, waarna de implementatie definitief werd.

Physician Assistants

In 2010 is besloten om binnen de CHD een nieuwe categorie medewerkers aan te trekken en ook op te leiden: physician assistants, oftewel PA's. Hoog opgeleide en ervaren deskundigen (veelal met een verpleegkundige achtergrond) die na een aanvullende opleiding van 2½ jaar binnen het medisch domein een geprotocolleerd deel van de taak van de huisartsen op de huisartsenspoedposten kunnen overnemen en ondersteunen. In het jaarverslag 2010 werd daar al uitgebreid bij stilgestaan. Inmiddels heeft de CHD de eerste gediplomeerde PA zelf in dienst en zijn er vier in opleiding. De PA van de CHD werkt deels op de huisartsenspoedpost en is deels gedetacheerd in een huisartsendagpraktijk. De inzet van deze nieuwe medewerkers zorgt voor een verlaging van de werkdruk voor de huisartsen op de huisartsenspoedpost, terwijl de patiënten aangeven tevreden te zijn over de medische zorg die ze ontvangen. Doorkijkend naar de toekomst van met name Zuidoost-Drenthe (verloop onder huisartsen wegens bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd) is in samenspraak met de Kring Drentse Huisartsen en de Drentse Huisartsen Coöperatie met de zorgverzekeraar overeengekomen, de lijn van intern zelf opleiden van PA-ers versterkt door te zetten.

Personeelsbeleid

Aan het eind van 2011 had de CHD 101 medewerkers in dienst. Hiervan zijn 84 werkzaam op de huisartsenspoedposten. Het management en de staf tellen 17 medewerkers, in voltijd-banen bijna 14.

Een aantal medewerkers van de CHD verricht ook werkzaamheden voor Midea BV, de facilitaire organisatie van de CHD en de Coöperatie Drentse Huisartsen. Daarnaast zijn op de posten de chauffeurs werkzaam die de huisarts ook assisteren tijdens de visite en die worden ingehuurd via MAI (Medical Assistance International).

In 2012 is een Risico Inventarisatie & Evaluatie uitgevoerd voor de posten van de CHD en het kantoor. Door een externe partij is de organisatie getoetst op risico's voor veiligheid, gezondheid en welzijn voor de medewerkers. Op basis van de inventarisatie is per locatie een plan van aanpak opgesteld. De meest urgente maatregelen zijn direct genomen.

Het jaar 2012 kenmerkt zich door een laag verzuimpercentage. Het korte verzuim, het verzuim met een duur tot en met 6 weken, lag gemiddeld op 2,2%, het langdurig verzuim, zijnde verzuim langer dan 6 weken, lag gemiddeld gezien op 1,2%.

*Tevredenheid
m.b.t.
werkbeleving
en werkdruk*

De CHD heeft haar medewerkers veel mogelijkheden voor het volgen van geaccrediteerde scholing gegeven.

In 2012 is de Ondernemingsraad gelukkig weer voltallig geworden. Het overleg met de OR was, zoals altijd, constructief en de OR heeft op verschillende terreinen initiatief genomen.



Gastredacteurschap HAPKrant

Om de beurt vervullen huisartsendiensten het gastredacteurschap in de landelijke HAPKrant. Dat houdt in dat de betreffende huisartsdienst over zichzelf schrijft en daarmee ook eigen thema's voor het voetlicht kan brengen. Ook bij de CHD was de vraag neergelegd om in 2012 een nummer van de krant inhoudelijk vorm te geven. En dat hebben we gedaan. Het was een goede gelegenheid om de cultuur en werkwijze waar de CHD voor staat, naar de vakgenoten uit te dragen: open, veilige cultuur, waarin innoveren tot zijn recht komt. Daarnaast zijn stukken geschreven over de diverse innovaties waar de CHD mee bezig is (geweest). Dit heeft, blijkens reacties, geleid tot een zeer leeswaardige editie van de HAPKrant.

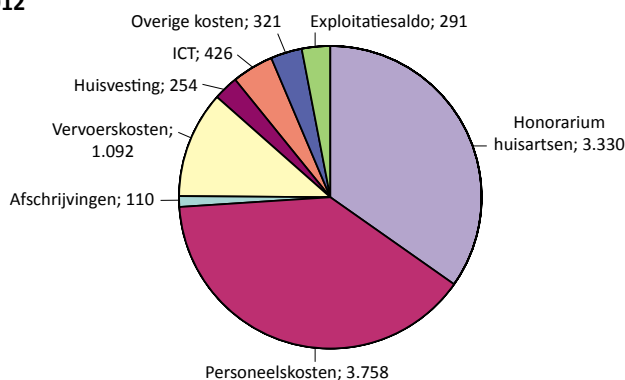
HaROP tot stand gekomen samen met de GHOR

HaROP staat voor Huisartsen Rampen Opvang Plan. Een regeling rond de rol en de inzet van huisartsen bij calamiteiten met veel slachtoffers. Na lange voorbereiding is in Drenthe het HaROP tot stand gekomen, samen met de Kring Drentse Huisartsen en onder begeleiding van de GGD. Eind 2012 werd het document door alle partijen ceremonieel ondertekend. Hiermee is een belangrijke stap gezet naar een duidelijke rol van de huisartsen en ook de huisartsenspoedposten binnen de rampenopvang.

Financiën

De besteding van ons budget is in 2012 volgens verwachting verlopen. Uiteraard zijn er zaken anders gelopen dan gedacht, maar de effecten daarvan wegen grofweg tegen elkaar op zodat per saldo we het jaar konden afsluiten met een klein positief resultaat. Totdat zich een on-aangename verrassing voordeed: recente jurisprudentie over vergoedingen die wellicht ook van toepassing zal zijn op de huisartsendiensten leidde ertoe dat we een forse reservering in de jaarrekening hebben moeten opnemen. Per saldo leidt dit tot een negatief exploitatiesaldo en een onttrekking aan onze Reserve Aanvaardbare Kosten. Eind 2012 bedraagt de RAK daardoor 82% van de maximaal toegestane omvang (10% van het budget).

**Bestede kosten 2012
in € 1.000**



Medische Bestuursraad en de Raad van Toezicht

Zowel in de Medische Bestuursraad als in de Raad van Toezicht zijn in 2012 nieuwe gezichten verschenen. Vanuit de Medische Bestuursraad vertrokken Piet Muilwijk (voorzitter), Jan Willem van der Kouwe en Henk Pool. Zij zijn opgevolgd door respectievelijk Matthijs ten Napel, Bert Barla en Gerard Weinans. Samen met voorzitter Henk Kuiper vormen zij nu de MBR.

Uit de Raad van Toezicht vertrokken, wegens het bereiken van de maximum termijnen, de voorzitter en de vicevoorzitter, Gerrit Eerland en Harry ter Veen. Er is een nieuwe voorzitter gevonden in de persoon van Willem Urlings, oud-burgemeester van Hoogeveen. En er is een nieuw lid toegetreten voor één van de twee huisartsenplaatsen in de Raad, te weten Hans Hollenbeek Brouwer.





Regionaal

De huisartsenzorg in Drenthe vraagt om samenwerking. En om overleg tussen de verschillende partijen die bij de huisartsenzorg betrokken zijn. Daarom was er ook in 2012 regelmatig overleg tussen de Kring Drentse Huisartsen, de Drentse Huisartsen Coöperatie en de CHD. Bij alle drie de groepen heerst de overtuiging dat de drie organisaties in Drenthe meer moeten en kunnen afstemmen en samenwerken. Dit gaat voor alle huisartsen positieve gevolgen hebben. Veel zaken die binnen de Drentse huisartsenzorg spelen, hebben een relatie met zowel de dagzorg als de ANW-zorg via de CHD. En vaak ook nog met andere ketenpartners in de zorg. Onvoldoende afstemming en onvoldoende informatieoverdracht leidt snel tot verwarring, in de eerste plaats bij onze huisartsen zelf, maar ook bij de partners in de keten. Binnen het overleg tussen Kring, Coöperatie en CHD speelt verder ook de positie van Midea als gezamenlijke organisatie van CHD en DHC een rol.

Ze werden al aangehaald: de ketenpartners. Ook daar worden veel contacten mee onderhouden. Met de ziekenhuizen is gesproken over de eerder genoemde ontwikkelingen in die sector en mogelijke consequenties voor de (ANW) huisartsenzorg.

Met de ambulancezorg is gewerkt aan een gezamenlijk convenant.

De goede contacten met GGZ Drenthe zijn veelvuldig gebleven na onze overleggen in de aanloop naar de oprichting van de crisisdienst.

Het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg) is opnieuw een aantal malen bijeengekomen, wij nemen ook deel aan de voorbereidingsgroep.

Landelijk



De CHD is en blijft actief op het landelijke vlak. Het is van groot belang om alle landelijke ontwikkelingen zeer nauw te kunnen volgen en daarop te kunnen anticiperen. Directeur-bestuurder Maarten Stuker is voorzitter van de landelijke werkgroep Personeel en Opleidingen en lid van de werkgeversdelegatie in het overleg met de vakbonden over de cao Huisartsenzorg. Hij vertegenwoordigt de CHD in de Algemene Vergadering van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN). Onze controller is lid van de landelijke werkgroep Financiën en Bedrijfsvoering. Locatiemanagers en stafleden nemen deel aan landelijke netwerkdagen. Met de collega's van de noordelijke huisartsendiensten is op diverse fronten goed overleg om, waar mogelijk, de samenwerking te versterken.

Midea

2012 was voor Midea een jaar waarin sprake is geweest van verdere groei als de facilitaire ondersteuner van de huisarts. Op diverse terreinen mochten we de huisartsen ontzorgen en steunen.

Drenthe breed wordt het nascholingsprogramma voor doktersassistenten verzorgd en konden we rekenen op een brede belangstelling (ca. 750 gevulde plekken).

Eind 2012 is tevens het gebied van Medrie (Lelystad, Zwolle, Hardenberg) aangesloten bij deze nascholingen. De nascholingen die door Midea verzorgd worden, zijn geaccrediteerd.

Op administratief gebied verzorgen we voor de DHC (Drentse Huisartsen Coöperatie) de financiële administratie en de declaraties uit de verscheidene ketenzorgonderdelen.

Midea doet dit ook voor enkele huisartsenpraktijken.

De P&O-vraagbaak is van de grond gekomen en begin 2013 verwachten we de eerste vraag. Intern is bij Midea verder geprofessionaliseerd door het opzetten van een website en het digitaal verwerken van de vele scholingen.

In 2013 richten we ons onder andere op het opbouwen van een ICT-ondersteuningsteam binnen het project "een regionaal His-systeem".

Tot slot



Ook in 2012 is weer een groot aantal zaken opgepakt en zijn op diverse vlakken concrete resultaten bereikt. Op de posten wordt de dienstverlening nog steeds professioneler door opleiding, nieuwe werkwijzen, innovaties en betrokkenheid van zowel huisartsen als triagisten, etc.

Dat is alleen mogelijk in een positieve cultuur gericht op vooruitgang en hart voor het werk. Ieder heeft daarin zijn of haar rol, maar gezamenlijk geven we het echt vorm. Zonder de positieve betrokkenheid van huisartsen en medewerkers bij de goede patiëntenzorg en de organisatie van de CHD was die vooruitgang niet mogelijk geweest.

