

**Kwaliteitsjaarverslag
2013**



Inhoudsopgave

Inleiding	3
1. Visie en missie	4
2. Kwaliteitsbeleid	5
Opbouw van het kwaliteitsmanagementsysteem en HKZ.....	5
Signalering Kindermishandeling.....	6
Activiteiten van de Vakgroepen Triagisten en Huisartsen	6
3. Klachten, Complimenten, Calamiteiten en MIP-meldingen	7
Klachten	7
Complimenten	7
Calamiteiten	8
MIP-meldingen	9
4. Dataverzameling Kwaliteitsaspecten	12
Monitoring kwaliteitsaspecten	12
Auditing en certificering	13
5. Organisatie	14
Organisatie van de zorg	14
Interne organisatie.....	15
Professionalisering, scholing en training.....	17
Samenwerking.....	18
Bijlage 1	20

Inleiding

In dit kwaliteitsverslag over het jaar 2013 wordt verslag gedaan van onze activiteiten gericht op het ieder jaar weer verder versterken van de kwaliteit van onze zorgverlening, te weten de zorgverlening die wij bieden aan burgers/patiënten in Drenthe en delen van Overijssel en Friesland.

Verbetering van de kwaliteit is een belangrijk doel van ons werk. Wij doen dit op diverse en heel verschillende manieren: klachten, MIP-meldingen en calamiteiten goed onderzoeken en daarvan leren, check- en verbeterpunten in het kader van ons HKZ-certificaat en het behouden daarvan, protocollering, ICT-ontwikkeling, organisatieontwikkeling, een regelmatige check van ons kwaliteitssystematiek (zogenaamde directiebeoordeling), invoering NTS-systeem, veel scholing en professionalisering, taakherschikking met physician assistants (PA's), samenwerkingsafspraken met de ketenpartners, implementatie van een kwaliteitsmanagementsysteem enz. enz.

In onder meer het patiënttevredenheidsonderzoek meten we dan of het resultaat van al die inspanningen ook wordt herkend door onze patiënten. Zo meten we overigens ook hoe de huisartsen, die bij de Centrale Huisartsendienst Drenthe (CHD) hun diensten verrichten, tegen de organisatie en de dienstverlening aankijken.

Zo proberen we ieder jaar weer een nieuwe ronde kwaliteitsverbetering tot stand te brengen. Onze activiteiten op dit gebied in 2013 worden hierna beschreven.

1. Visie en missie

Visie

Om te zorgen dat de CHD de juiste richting aangeeft aan de activiteiten die ze onderneemt, geldt de volgende trits: eerst toekomstvisie, dan de vertaling in de meerjaren doelen en tenslotte het jaarplan. De toekomstvisie verwoordt het beeld dat de organisatie heeft op zijn eigen positie in de komende jaren, gegeven de huidige stand van zaken en de te verwachten ontwikkelingen. De toekomstvisie is onze "vuurtoren" en is globaal, onderdeel ervan is de missie.

De missie

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

Daarnaast biedt de CHD andere vormen van ondersteuning aan huisartsen, aan huisartsenorganisaties en dagpraktijken. Hier bestaat een aparte organisatie voor - Midea -, die overigens gezamenlijk eigendom is van de CHD en Drentse Huisartsen Coöperatie.

De laatste jaren is vooral hard gewerkt aan kwaliteit van de dienstverlening zowel aan de patiënten als aan de aangesloten huisartsen, professionalisering van de organisatie, verbetering van diverse processen en versterking van de positie in het netwerk.

2. Kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid is ook in 2013 weer behoorlijk in beweging geweest.

Het digitale kwaliteitsmanagementsysteem (Q-link en Q-base) is ingevoerd, waardoor het updaten van instructies en afspraken efficiënter plaatsvindt. Daarnaast worden de klachten, MIP-meldingen, complimenten, etc. in Q-base gezet, waardoor er eenvoudig overzichten gemaakt kunnen worden. In 2013 zijn er verschillende triagisten opgeleid als interne auditors. Deze interne auditors hebben al een aantal interne audits uitgevoerd om te onderzoeken of er gewerkt wordt zoals in de algemene afspraken en instructies staat beschreven.

Voor het eerst in de geschiedenis van de CHD is er een MIP-meldweek gehouden. Deze week vond plaats in de laatste week van september. Gestimuleerd is om vooral alles te melden rond incidenten (groot en klein) in de organisatie en/of met patiënten. Er zijn posters opgehangen op de huisartsenspoedposten en er zijn dozen neergezet waar de MIP-meldingen gemakkelijk in gedeponneerd konden worden. Dit heeft een groot aantal meldingen, totaal 45 stuks, opgeleverd.

Eind 2013 heeft de CHD een hercertificerings-audit uit laten voeren. Tijdens deze audit werd onderzocht of wij (nog steeds) volgens de HKZ-richtlijnen werken. De auditors hebben in hun analyse aangegeven de CHD-medewerkers erg betrokken, leergierig en ambitieus te vinden. Naar aanleiding van het onderzoek zijn er ook enkele verbeterpunten (tekortkomingen) naar voren gekomen. De CHD heeft vervolgens een plan van aanpak geschreven om deze verbeterpunten op te lossen.

De CHD heeft het HKZ-certificaat weer voor drie jaar gekregen.

Er zijn verdere maatregelen getroffen om het tijdig autoriseren van zelfzorgadviezen door de huisarts te versterken en is beleid gemaakt om begin 2014 het verplicht invoeren van de ICPC-code in Call Manager te realiseren.

Bij alle klachten, MIP-meldingen en calamiteiten wordt bezien wat de oorzaken daarvan zijn en welke conclusies daaruit moeten worden getrokken. Dit zal in veel gevallen leiden tot het treffen van verbetermaatregelen. Deze kunnen zich richten op een individu, groepen medewerkers of de gehele organisatie.

Opbouw van het kwaliteitsmanagementsysteem en HKZ

Het kwaliteitsmanagementsysteem omvat het gehele primaire proces en de ondersteunende processen voor de huisartsenspoedposten. Onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem zijn instructies, algemene CHD-afspraken, specifieke postafspraken, samenwerkingsafspraken, contracten etc. waar de CHD-medewerkers in de praktijk mee werken.

Tevens maken de documenten en verslagen die voortkomen uit werkoverleggen, vergaderingen van de vakgroepen Triagisten en Huisartsen, verslagen van interne audits, klachtenafhandeling en wijzigingen van het kwaliteitsmanagementsysteem er deel van uit.

Vooraf belangrijk is dat we enige malen per jaar ons hele systeem van kwaliteit(sbeleid) conform de eisen van het HKZ-certificatieschema met elkaar doorlichten. Ten aanzien van alle gebieden die deel uitmaken van het HKZ-bouwwerk maken we een beoordeling: of we de gestelde doelen bereiken en zo niet of niet geheel, dan na te gaan wat daarvan de oorzaak is en vervolgens maatregelen te treffen. In HKZ-termen wordt dit geduid als de "directiebeoordeling". Dit is een belangrijk instrument in het beoordelen van hoe we aan kwaliteit(sverbetering) werken. Het gaat hier dus vooral om het beoordelen van de processen, waarmee we beogen de kwaliteit te versterken.

Alle actuele instructies, algemene CHD-afspraken en specifieke postafspraken zijn voor de CHD-medewerkers toegankelijk via Extranet in het digitale kwaliteitsmanagementsysteem. In dit systeem worden alle instructies/protocollen, algemene CHD-afspraken en specifieke postafspraken gezet. Met het digitale kwaliteitsmanagementsysteem werkt de CHD nu vanaf februari 2013.

Signalering Kindermishandeling

Kindermishandeling en huiselijk geweld tegen volwassenen – het zijn situaties die iedereen wil voorkomen, maar waar omstanders zich vaak machteloos voelen. Het bespreekbaar maken van kindermishandeling is ook voor huisartsen en andere zorgverleners vaak een lastige zaak. Om zorgverleners te helpen de juiste afwegingen te maken, is het hebben van een ‘Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling’ in 2013 verplicht voor zorgorganisaties.

Sinds 2010 werkt de CHD met vier aandachtsfunctionarissen, op iedere huisartsenspoedpost één. De aandachtsfunctionaris is een huisarts die hoort bij de huisartsenspoedpost van zijn regio. Deze bewaakt het proces c.q. de werkzaamheden die uitgevoerd worden bij signalering van kindermishandeling en/of huiselijk geweld. Daarnaast stimuleren ze hun collega's en de triagisten om een vermoeden van kindermishandeling te melden.

In 2013 is de instructie ‘Huiselijk geweld’ opgesteld en geïmplementeerd en is de instructie ‘Vermoeden van kindermishandeling’ herzien. Alle triagisten hebben nascholing gevolgd op gebied van signaleren en handelen bij vermoedens van kindermishandeling.

Activiteiten van de Vakgroepen Triagisten en Huisartsen

Vakgroep Triagisten

De vakgroep adviseert het Managementteam inzake kwaliteitsbeleid en dan vooral waar het de werkzaamheden van triagisten en chauffeurs betreft. Ook in deze vakgroep is iedere huisartsenspoedpost vertegenwoordigd door in principe één triagiste, de chauffeurs zijn middels één teamleider vertegenwoordigd in deze vakgroep.

In 2013 is de Vakgroep Triagisten zeven keer bij elkaar geweest.

Vakgroep Huisartsen

De vakgroep Huisartsen adviseert het Managementteam en de Medische Bestuursraad inzake kwaliteitsbeleid en dan vooral waar het de medische zaken betreft. Iedere huisartsenspoedpost wordt in principe vertegenwoordigd door één of meerdere huisartsen. Daarnaast zit er ook een huisarts in die de waarnemers vertegenwoordigt. De Vakgroep Huisartsen is in 2013 vier keer bij elkaar geweest.

De Vakgroepen Triagisten en Huisartsen hebben in 2013 onder andere geadviseerd over:

- de hygiënerichtlijn
- implementatie instructie Huiselijk Geweld
- invoer digitaal NTS en de daarbij behorende algemene CHD-afspraken
- medicatie voorschrijven en overdracht tijdens de dienst
- klachtenregeling voor medewerkers
- gebruik van ICD-magneet
- werkwijze met betrekking tot disfunctionerende huisartsen
- werkwijze bij autoriseren van een telefonisch consult na mondeling overleg met de arts.

3. Klachten, Complimenten, Calamiteiten en MIP-meldingen

Klachten

Over de indiening en behandeling van klachten kan het volgende worden gezegd.

In 2013 zijn er in totaal 79 klachten ingediend over handelen van de CHD. Een stijging ten aanzien van 2012 (68). Deze klachten zijn door onze interne klachtenfunctionaris behandeld. Bij de Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Noord-Nederland (SKHNN) zijn vier klachten ingediend en in dat opzicht zien we een daling (9).

Door de CHD zijn geen klachten ter beoordeling doorgestuurd naar de SKHNN.

In 2013 is een nieuw kwaliteitsmanagementsysteem (Q-base) ingevoerd voor de registratie van de klachten.

Totaaloverzicht klachten naar huisartsenspoedpost 2013 (Q base)

Locatie	Triage	Medisch inhoudelijk	Commu- nicatie	Organisa- torisch	Finan- cieel	Wachttijd te lang	Samenwerking ketenpartners	Overig	Totaal
Huisartsenspoed- Post Assen	0	14	3	0	1	0	0	2	20
Huisartsenspoed- post Emmen	5	12	1	2	3	1	0	1	25
Huisartsenspoed- post Hoogeveen	5	8	0	1	0	0	0	1	15
Huisartsenspoed- post Meppel	3	10	2	0	0	2	0	2	19
Totaal	13	44	6	3	4	3	0	6	79

De klachtenfunctionaris neemt de behandeling van de klacht op zich, zo nodig in overleg met de locatiemanager van de huisartsenspoedpost. Als eerste wordt zo snel mogelijk contact gelegd met de klager om het doel/wens van de klacht te achterhalen. Daarna volgt het contact met de andere betrokkenen (huisarts, triagiste en Physician Assistant). Soms is het voor een juiste behandeling noodzakelijk een gevoerd telefoongesprek af te luisteren. Dit gebeurt onder de grootst mogelijke zorgvuldigheid.

Betrokkenen worden op de hoogte gesteld.

Complimenten

De meeste patiënten zijn tevreden over hun behandeling. Een enkeling neemt de moeite dit ook door te geven.

De CHD ontving in totaal 14 complimenten.

Alle complimenten werden doorgegeven aan betrokkenen.

Aantal registraties	Type registratie	
	Locatie	Compliment
Huisartsenspoedpost Assen	<u>6</u>	<u>6</u>
Huisartsenspoedpost Emmen	<u>3</u>	<u>3</u>
Huisartsenspoedpost Hoogeveen	<u>4</u>	<u>4</u>
Huisartsenspoedpost Meppel	<u>1</u>	<u>1</u>
CHD - centrale organisatie	0	0
Totaal	<u>14</u>	<u>14</u>

Calamiteiten

Instellingen in de gezondheidszorg zijn verplicht calamiteiten te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Na het melden wordt een onderzoek gestart door de Calamiteitencommissie. In 2013 zijn er vijf calamiteiten behandeld door de Calamiteitencommissie. Eén calamiteit had betrekking op de huisartsenspoedpost Hoogeveen, drie op de huisartsenspoedpost Emmen en één calamiteit vond plaats op de huisartsenspoedpost Meppel.

De Calamiteitencommissie bestaat uit twee huisartsen, twee triagisten, de adviseur Kwaliteitszorg en de klachtenfunctionaris. Voor het behandelen van een calamiteit heeft de commissie een PRISMA opleiding gevolgd. De PRISMA-methode is een speciale methodiek voor het analyseren van incidenten. Centraal staat het onderzoek naar de basisoorzaken van een calamiteit. Betrokkenen bij een calamiteit worden uitgenodigd om in de vergadering van de Calamiteitencommissie te verschijnen om een toelichting te geven op de calamiteit en antwoord te geven op vragen. Dit is met nadruk niet gericht om een schuldige aan te wijzen of een verwijt te maken, maar om achter de basisoorzaken te kunnen komen en zo herhaling van de calamiteit in de toekomst te voorkomen. Bij een calamiteit zijn vaak ook ketenpartners (bijvoorbeeld Ambulancezorg) betrokken en er wordt naar gestreefd het onderzoek zoveel mogelijk gezamenlijk uit te voeren. Als het onderzoek is voltooid, dan wordt er binnen acht weken een definitief rapport gestuurd naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg en betrokkenen.

Binnen de organisatie wordt de calamiteit besproken, worden verbeteringen doorgevoerd en zo nodig wordt de casus in de Spoedpost gepubliceerd.

Criteria aan de hand waarvan kan worden beoordeeld of er sprake is van een calamiteit:

- Is het onverwacht?
- Is er sprake van ernstig blijvend letsel of overlijden van de patiënt?

Zoveel mogelijk worden de verbetermaatregelen behorende bij een calamiteit gepubliceerd in de Spoedpost, zodat alle triagisten en huisartsen van de casus kunnen leren. Hieronder twee voorbeelden.

Aangegeven verbeterpunten bij calamiteit 'gedekte maagperforatie':

- Vermijd tunnelvisie, niet zonder meer doorgaan op een eerder gestelde diagnose
- Geef gehoor aan een 'niet pluisgevoel' bij huisartsen
- Bij de overdracht van de ambulanceverpleegkundige aan de triagiste: duidelijker aangeven door de verpleegkundige wat de reden voor verwijzing is en ook een eventueel 'niet pluis gevoel' benoemen. In de S-regel moet dit door de triagiste genoteerd worden.

Aangegeven verbetermaatpunten bij calamiteit 'een raar drukkend gevoel':

- De patiënt was in dit geval erg rustig. Triagisten dienen zich te realiseren dat er altijd een kleine groep patiënten zal zijn die de klachten bagatelliseert
- In het NTS is een klein beetje zweten moeilijk weer te geven. Door de commissie wordt aanbevolen contact op te nemen met de stichting NTS
- Bij pijn op de borst of een 'niet pluisgevoel' altijd overleggen met de dienstdoende huisarts
- De triagiste had zich laten 'meenemen' door het NTS. Er is een algemene CHD-afspraken opgesteld waarin nadrukkelijk gesteld wordt het NTS als hulpmiddel te moeten gebruiken, maar dat je als triagist ook altijd zelf moet blijven denken.

MIP-meldingen

Het aantal MIP-meldingen in 2013 is in vergelijking met 2012 behoorlijk toegenomen. Dit komt vooral door de MIP-meldweek. Alleen al in deze week zijn er 45 MIP-meldingen gedaan. Hieronder worden de MIP-meldingen nader toegelicht.

Meldingen per huisartsenspoedpost

Hieronder het overzicht van het aantal meldingen per huisartsenspoedpost.

Locatie	Registraties 2013
Huisartsenspoedpost Assen	33
Huisartsenspoedpost Emmen	17
Huisartsenspoedpost Hoogeveen	25
Huisartsenspoedpost Meppel	26
Kantoor	0
Totaal	81

In onderstaande overzichten wordt het kantoor niet meer genoemd, er zijn daar geen MIP-meldingen gedaan en de posten worden alleen met hun plaatsnaam aangegeven.

Meldingen per categorie / subcategorie

Sinds het digitale kwaliteitsmanagementsysteem actief is, worden alle MIP-meldingen in categorieën ingedeeld. En iedere categorie kent ook nog weer een aantal subcategorieën.

Hieronder het overzicht van de meldingen die in 2013 zijn gedaan met de verschillende categorieën en subcategorieën.

Aantal meldingen per huisartsenspoedpost en categorie:

Locatie	Triage	Medisch inhoud.	Communicatie	Organisatorisch	Menselijk	Wachttijd te lang	Samenw. Ketenp.	Info.-beveil.	Overig	Totaal
Assen	1	1	1	16	0	0	6	1	7	33
Emmen	1	1	0	4	0	0	8	0	3	17
Hoogeveen	0	0	0	1	1	0	1	0	2	5
Meppel	2	0	1	13	1	0	7	0	2	26
Totaal	4	2	2	34	2	0	22	1	14	81

Opvallend aan bovenstaand overzicht is dat van het totaal 69,1% van de meldingen in de categorieën *Organisatorisch* en *Samenwerking Ketenpartners*, valt. De meldingen van deze twee categorieën worden dan ook nader bekeken.

Aantal meldingen in de categorie 'Organisatorisch' met subcategorieën

Locatie	Afstand tot post	Telefonisch	E-mail	Voorlichting	Privacy	Veiligheid	Niet volgens richtl.	ICT	Overig, zie omschrijv.	Totaal
Assen	0	0	0	0	0	2	2	4	8	16
Emmen	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Hoogeveen	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Meppel	0	1	0	0	0	1	5	2	4	13
Totaal	0	1	0	0	0	3	8	6	16	34

Hieronder een aantal voorbeelden van beschrijvingen van meldingen in aangegeven subcategorieën.

Niet volgens richtlijnen gehandeld:

- Er stond een open flesje Xylometazol Teva 0,1%. Na 1 maand had dit vervangen moeten worden, wat niet is gebeurd. Bij toeval is dit ontdekt.

ICT:

- De dienstdoende huisarts heeft via de draadloze telefoon UMCG willen bellen voor overleg met de kinderoncoloog. De draadloze telefoon was niet te gebruiken. Hierdoor geen mogelijkheid om uit te bellen.

Overig, zie omschrijving:

- Patiënt meldt zich met klachten waarbij essentieel zou zijn om een bloeddruk te kunnen meten. De patiënt heeft te dikke bovenarmen voor de op de post aanwezige manchetten.

Aantal meldingen in de categorie 'Samenwerking ketenpartners' met subcategorieën

Locatie	Reg. Ambu. dienst	Crisisd. GGZ	Dienstapoth.	Verzorg. -huizen	Ziekenhuizen	Politie	Spec. team / thuisz.	GGD	Overig, zie omschrijv.	Totaal
Assen	4	1	0	0	0	0	0	0	1	6
Emmen	3	1	2	2	0	0	0	0	0	8
Hoogeveen	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Meppel	2	0	5	0	0	0	0	0	0	7
Totaal	9	2	8	2	0	0	0	0	1	22

Twee voorbeelden van beschrijvingen van meldingen in aangegeven subcategorieën.

Regionale ambulancedienst:

- Ambulanceverpleegkundige belt voor overleg huisarts; patiënt wordt thuis gelaten en belt bij klachten CHD. Ambulanceverpleegkundige wil dat dit in het systeem wordt gezet en dat er overlegd wordt met de huisarts. De afspraak is dat dit soort dingen niet in Call Manager worden gezet, maar de fax te bewaren voor als patiënt ons belt. De huisarts hoeft dit dan niet te autoriseren. Dit weet de ambulanceverpleegkundige niet.

Dienstapotheek:

- Patiënten komen melden dat de apothekersassistente niet aanwezig is. Terwijl er wel een apothekersassistente aanwezig had moeten zijn. De portier c.q. de receptie moest gaan regelen dat er een assistente kwam.

Ernst/gewicht factor

Naast dat de meldingen ingedeeld worden, door de MIP-commissie, in categorieën en subcategorieën, worden de meldingen ook ingedeeld in een 'Ernst/gewicht' factor. Deze factor bestaat uit vier onderdelen, te weten: Niet Ernstig, Matig Ernstig, Ernstig en Heel Ernstig.

Aantal registraties	Type registratie	
	MIP	Totaal
Niet ernstig	56	56
Ernstig	9	9
Matig ernstig	15	15
Heel ernstig	1	1
Totaal	81	81

Hieronder een voorbeeld van een 'Niet ernstig' en een 'Ernstig' melding.

Niet ernstig:

- Patiënt komt met vraag of ze misschien nierstenen heeft. Aan de patiënt was niet verteld dat ze urine mee moest nemen. Vlak voordat ze naar de post kwam, had de patiënt geplast. Bij verdenking van nierstenen dient aangegeven te worden dat patiënt urine mee moet nemen.

Ernstig:

- Dienstdoende huisarts was visite aan het rijden en er kwam een benauwd jongetje op de post. De triagiste vond het niet nodig om direct door te verwijzen naar het ziekenhuis, maar wel dat de dienstdoende huisarts zo spoedig mogelijk terug zou komen. De triagiste probeerde de chauffeur te bellen, maar deze was steeds in gesprek. De (mobiele) telefoon van de huisarts was op dat moment niet bereikbaar. Deze telefoon doet het al een aantal weken niet goed: uitval, slecht bereik, etc. Uiteindelijk heeft de triagist met eigen mobiele telefoon de chauffeur gebeld op zijn eigen mobiele telefoon.

Onderstaande acties/verbeterpunten zijn o.a. gedaan op basis van ingediende MIP-meldingen:

- Het voorraad-/beheerssysteem van de medicijnen is op een huisartsenspoedpost vernieuwd, opdat er betere controle uitgevoerd kan worden.
- De bestaande afspraken met de dienstapothek in Meppel zijn besproken en verder aangescherpt.
- Naar aanleiding van o.a. MIP-meldingen en klachten worden de werkafspraken tussen Ambulancezorg en de CHD herzien.
- Het versneld vernieuwen van de headsets.

In Spoedpost/werkoverleg aandacht gevraagd voor de werkwijze met betrekking tot:

- Het meenemen van de medicijnadoosjes naar de huisartsenspoedpost of het klaarleggen van de medicijnen bij visite.
- Het tweede contact in dezelfde ziekteperiode. Dan dient altijd opnieuw getriageerd te worden en triagiste heeft altijd overleg met huisarts.

4. Dataverzameling Kwaliteitsaspecten

Monitoring kwaliteitsaspecten

Sturen op kwaliteit vereist duidelijkheid over de verwachtingen waaraan voldaan moet worden en over de mate waarin aan die verwachtingen voldaan wordt. De brancheorganisatie van huisartsenposten InEen (voorheen VHN) heeft in overleg met de leden een set van kwaliteitsnormen benoemd, die door de verzekeraars zijn overgenomen. Deze normen richten zich onder meer op de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenposten, de aanrijdtijden bij spoedeisende visites en de autorisatietijden van telefonische consulten. De CHD wil aan deze normen voldoen. Daartoe meten we met vaste regelmaat, veelal dagelijks, in hoeverre we aan deze normen voldoen. Aan de hand van de maandelijkse rapportage bespreken we waar we moeten bijsturen en indien nodig worden acties in gang gezet.

Telefonische bereikbaarheid

De digitale telefooncentrale registreert van elke inkomende oproep hoe lang het duurt voordat de telefoon wordt opgenomen. In 2013 hanteren we binnen de CHD de norm dat gemiddeld over het jaar 80% van de reguliere telefonische oproepen binnen twee minuten beantwoord moet worden, 95% binnen vijf minuten en 99,5% binnen tien minuten. Dat is een strakker normenpakket dan vanuit InEen is gedefinieerd. Over 2013 hebben de triagistes op onze posten deze normen ruim gehaald met percentages van 87%, 98% en 100%.

Voor de spoedoproepen, dat zijn de oproepen waarbij de beller op de spoedtoets heeft gedrukt, gelden andere eisen: bij alle oproepen moet de beller binnen 30 seconden een assistente aan de lijn hebben. In 2013 zijn er 1.310 spoedoproepen geweest en in 99,3% van alle gevallen zijn die binnen 30 seconden beantwoord.

Autorisatietijden zelfzorgadviezen

De zelfzorgadviezen die de assistentes aan de telefoon geven aan een patiënt moeten door een huisarts worden geautoriseerd. Om zo nodig een beslissing te kunnen corrigeren, moet dat gebeuren binnen een kort tijdsbestek, waarvoor binnen onze koepel InEen landelijke branchenormen zijn opgesteld. Gemiddeld genomen over het jaar autoriseren de huisartsen 85% van de gegeven zelfzorgadviezen binnen een uur en 99% binnen drie uur. Zeker op de posten waar gedurende periodes één huisarts alleen dienst heeft, is het autoriseren binnen één uur niet altijd haalbaar, bijvoorbeeld wanneer de arts visites aan het rijden is. Innovatieve apparatuur in de spoedauto's (waarover verderop meer) moet helpen aan een beter digitaal bereik tussen spoedauto en Call Manager op de post. Vanuit de Medische Bestuursraad worden artsen attent gemaakt op het feit dat tijdens hun dienst zelfzorgadviezen te laat zijn geautoriseerd. Door middel van bewustwording en discussie kunnen we naar onze inschatting de autorisatietermijn terugdringen.

Aanrijdtijden

Het meten van aanrijdtijden is een lastige klus doordat de tijdstippen die een rol spelen bij de visite (vertrek, aankomst bij patiënt, afmelden visite in het plotsysteem van de auto) zelf worden geregistreerd en niet in Call Manager. De kwaliteitsnorm is dat bij 95% van de U1 visites er tussen het moment dat de triagiste de telefoon opneemt en het moment dat de huisarts bij de patiënt aankomt, niet meer dan 15 minuten mag verstrijken. En bij 100% van de visites mogen er nooit meer dan 30 minuten verstrijken tussen die momenten. Om de doorlooptijd te meten moeten er dus gegevens uit meerdere systemen aan elkaar verbonden worden en het heeft veel moeite en geld gekost dat te realiseren. Eind 2013 zijn de zes spoedauto's van de CHD uitgerust met de apparatuur die hiervoor benodigd is. En hebben we betrouwbare meetwaarden over de aanrijdtijden. Hiermee hebben we een grote stap gezet in het goed kunnen meten, volgens de landelijke definitie. In het verleden werd alleen de zuivere rijtijd gemeten. Deze is echter een onderdeel van de aanrijdtijd volgens de definitie. Uit de metingen blijkt dat de normen niet gehaald worden. In de maanden waarin we de metingen konden doen, is in diverse gevallen (blijkens onze registratie) de aanrijdtijd van 15 minuten niet

gerealiseerd. Een eerste onderzoek geeft aan dat dat vaak ook te maken heeft met het feit dat er in dergelijke spoedgevallen eerst wordt gehandeld en daarna pas wordt geregistreerd. De registratie geeft dus niet het proces juist weer. Dat leidt tot een vertekend beeld, de werkelijkheid is dan gunstiger dan de cijfers aangeven. Verder speelt ook de omvang van het werkgebied, dat qua oppervlakte tot de grootste van Nederland behoort, een rol. Wel hebben we goede samenwerkingsafspraken met de Ambulancedienst over het van elkaar overnemen van ritten, maar ook bij de Ambulancedienst zijn er beperkingen.

Eind 2013 is een uitgebreid onderzoek door een extern bureau gestart om helder te krijgen waar de pijnpunten zitten en hoe we kunnen verbeteren om de normen rond aanrijdtijden te halen. Vervolgens stellen we een plan van aanpak op om gericht aan de verbetering te werken.

Auditing en certificering

Interne audits voor het kwaliteitsmanagementsysteem

In het voorjaar van 2013 zijn er zeven triagisten opgeleid, opdat ze zelfstandig een interne HKZ-audit uit kunnen voeren. Volgens planning zijn er 12 interne audits uitgevoerd. De auditoren maken een kort verslag van de audit en geven dit inclusief de geconstateerde verbeterpunten door aan adviseur Kwaliteitszorg. Deze zet de verbeterpunten in een overzicht en zorgt voor terugkoppeling naar de verantwoordelijke personen. Daarnaast worden de verbeterpunten besproken in het kwaliteitsoverleg of Managementteam. Waar nodig worden er verbetermaatregelen opgesteld en eventueel verwerkt in de algemene CHD-afspraken, instructies of postafspraken.

Externe audits

De CHD is in 2013 al drie jaar gecertificeerd op het HKZ-certificatieschema voor Huisartsendienstenstructuur. In 2013 heeft er een hercertificering plaatsgevonden op basis van de HKZ-richtlijnen, versie 2012. De audits zijn prettig verlopen en de auditoren hebben in hun analyse aangegeven de CHD-medewerkers erg betrokken, leergierig en ambitieus te vinden. Naar aanleiding van het onderzoek zijn er ook een aantal tekortkomingen naar voren gekomen. De CHD heeft een plan van aanpak geschreven om deze verbeterpunten op te lossen. Hiermee heeft de CHD het HKZ-certificaat weer voor drie jaar gekregen.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

In 2012 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan de CHD, en aan alle andere huisartsenspoedposten, een jaarbezoek afgelegd. Op basis van de jaarbezoeken heeft de IGZ een tiental kritische processen benoemd. Hierop zijn alle huisartsenspoedposten getoetst. In het eindrapport van het jaarrapport is aangegeven welke maatregelen de CHD moet nemen om een aantal kritische processen beter te borgen. In 2013 heeft de CHD op basis van het opgestelde verbeterplan uitvoering gegeven aan de aangegeven verbetermaatregelen.

5. Organisatie

Organisatie van de zorg

Verzorgingsgebied

Patiënten CHD ultimo 2013

Huisartsenspoedpost Assen	162.040
Huisartsenspoedpost Emmen	140.885
Huisartsenspoedpost Hoogeveen	52.620
Huisartsenspoedpost Meppel	84.048
Totaal	439.593

Huisvesting en samenwerking met de ziekenhuizen

De huisartsenspoedposten van de CHD zijn allen gevestigd in de vier ziekenhuizen van Drenthe (Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Leveste Emmen, Bethesda Hoogeveen en Diaconessenhuis Meppel) bij/naast de SEH. De huisartsenspoedposten zijn in de afgelopen 5 à 10 jaar allen nieuw gebouwd, zodat er sprake is van moderne faciliteiten. Bovendien zijn in diezelfde periode met alle ziekenhuizen goede samenwerkingsafspraken gemaakt. Deze houden onder meer in dat de huisartsenspoedpost fungeert als de poortwachter. Patiënten komen in beginsel daar binnen en door de huisarts wordt beoordeeld of een patiënt eventueel moet worden doorverwezen naar de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis. In het overgrote deel van de gevallen is dit niet nodig. Op deze wijze is de zorg zeer doelmatig en patiëntvriendelijk georganiseerd.

Spoedauto's

De CHD beschikt over zes auto's van Medical Assistance International (MAI). Twee spoedauto's zijn gestationeerd in Assen, twee spoedauto's in Emmen, één spoedauto in Hoogeveen en één spoedauto in Meppel.

Primaire processen

Evenals in het voorgaande jaar is het aantal verrichtingen in totaliteit in 2013 ten opzichte van 2012 afgenomen. Dit weerspiegelt overigens een trend die zich niet alleen bij ons voordoet, maar ook landelijk bij de huisartsendiensten wordt waargenomen. Naar zich laat aanzien, is het zelfs een trend in de zorg als geheel. Een scherpe verklaring hebben we niet. Maar meest waarschijnlijk is dat de economische teruggang toch iets heeft veranderd in het gedrag van mensen, minder snel invoeren van professionele zorg. Dat de huisartsenzorg hen feitelijk niet direct iets kost, geen eigen risico, is bij velen wellicht onbekend. Bij de CHD is de afname van verrichtingen overigens wat verschillend verdeeld: het aantal visites blijft ongewijzigd, het aantal consulten op de posten neemt wat af, maar de grootste afname zit in de zelfzorgadviezen van de triagisten. Het lijkt er op dat de mix van werkzaamheden wel wat "zwaarder" wordt, hetgeen ook logisch lijkt.

De triage vindt bij de CHD al sinds vele jaren plaats met behulp van de NHG-telefoon wijzer. In 2013 is het Nederlands Triage Systeem (NTS) als ondersteunend ICT-systeem op alle huisartsenspoedposten van de CHD geïmplementeerd, nadat een werkgroep onder leiding van één van de locatiemanagers daartoe onderzoek en voorbereiding heeft gedaan. Na uitvoerige scholing van de triagisten zijn er in alle regio's ook informatieavonden voor huisartsen georganiseerd. Uiteindelijk is in april het systeem beschikbaar gekomen en vindt sindsdien de triage plaats met gebruik van het NTS. De ziekenhuizen en Ambulancezorg hebben we opgeroepen eveneens het NTS te gaan gebruiken, zodat we in de spoedzorg uiteindelijk dezelfde taal zullen spreken.

Verdeling verrichtingen 2013:

- Telefonische consulten 34%
- Consulten 54%
- Visites 12%

Verdeling contacten per huisartsenspoedpost 2013:

- Assen 33%
- Emmen 35%
- Hoogeveen 15%
- Meppel 18%

Tevredenheid patiënten

In 2013 zijn er voorbereidingen getroffen voor het uitvoeren van een patiënttevredenheidsonderzoek. Een extern bureau zal in het voorjaar van 2014 het patiënttevredenheidsonderzoek gaan uitvoeren. De resultaten van dit onderzoek kunnen vergeleken worden met de resultaten van patiënttevredenheidsonderzoeken bij andere huisartsendienstenstructuren.

Interne organisatie

De Centrale Huisartsdienst Drenthe is een stichting en is zodanig opgebouwd dat een goede samenwerking tussen de verschillende delen van de organisatie wordt bewerkstelligd. Opdat er altijd goede patiëntenzorg kan worden geleverd. In bijlage 1 wordt de huidige organisatiestructuur van de CHD weergegeven.

Medewerkers

De personele formatie is gegroeid naar ruim 100 medewerkers en 50.9 fte. De groei van het personeelsbestand is met name ontstaan door een toename van het aantal Physician Assistants (PA's) (in opleiding) van vijf naar tien medewerkers. Enkele jaren geleden zijn we gestart met het in dienst nemen en doen opleiden van PA's als reactie op de grote werkdruk op de post Emmen voor de huisartsen. De PA's worden opgeleid op de Hanzehogeschool en door een leermeester, zijnde een huisarts uit ons werkgebied. In 2013 hebben we opnieuw een aantal PA's aangetrokken, in relatie tot het (dreigende) tekort aan huisartsen in Zuid-Oost Drenthe. De zorgverzekeraar (Achmea) heeft ons daarvoor middelen beschikbaar gesteld.

In totaal hebben negen medewerkers de organisatie verlaten en zijn 12 nieuwe medewerkers in dienst gekomen.

De punten die naar voren zijn gekomen naar aanleiding van de risico-inventarisatie en evaluatie zijn nagenoeg allemaal uitgevoerd en afgerond in 2013. Het korte verzuim (verzuim tot en met zes weken) bedroeg 2,2% en het lange verzuim (verzuim vanaf zes weken) 0,9%, samen dus 3,1 %. Dat is een bijzonder resultaat, dat ongetwijfeld ook een relatie heeft met de motivatie voor het werk.

Ondernemingsraad

De Ondernemingsraad (OR) behartigt de gemeenschappelijke belangen van de medewerkers. De raad pleegt overleg met de bestuurder over het te voeren beleid in het algemeen en de medewerkersbelangen in het bijzonder. In 2013 telt de ondernemingsraad vijf leden. Zij vertegenwoordigen de medewerkers die in loondienst zijn. Daarnaast heeft de OR een eigen beleidsplan opgesteld en is er overleg geweest over de algemene gang van zaken met de bedrijfsarts en de Raad van Toezicht. De raad heeft zeven keer overleg gehad met de bestuurder.

De volgende punten hebben daarbij op de agenda gestaan:

- medewerkers betrokkenheid onderzoek
- werkkostenregeling
- regelingenboek
- invoer digitaal NTS-systeem
- klachtenregeling voor medewerkers
- ontwikkelingen CHD; waaronder het traject Regie Over Eigen Rol.

Medische voorzieningen

De behandelkamers en spoedauto's van de CHD zijn duidelijk beter toegerust dan de gemiddelde huisarts in de dagpraktijk gewend is. De voorzieningen van de huisartsenspoedposten zijn in zekere zin normstellend. Ze hebben geleid tot een grotere kwaliteitsbewustzijn onder de huisartsen waar het gaat om hulpmiddelen voor de spoedzorg.

ICT beleid

Een belangrijk terrein waarop verbetering van kwaliteit wordt nagestreefd, is de elektronische informatie-uitwisseling.

In 2012 is gestart met een gezamenlijk 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 willen de deelnemende partijen bereiken door reductie van het aantal in gebruik zijnde huisartseninformatiesystemen (HISsen) in de regio. In 2013 is na een lang onderzoeks- en onderhandelingstraject gekozen voor Medicom. Voor apotheekhoudende huisartsen werd Mira van CGM geselecteerd maar deze leverancier heeft zich uiteindelijk uit de onderhandelingen teruggetrokken. In december zijn de contracten aan de huisartsen aangeboden en in het eerste halfjaar van 2014 zullen de eerste conversies plaatsvinden.

Tegelijkertijd wordt een ICT-ondersteuningsteam door Midea opgericht. Dit team zal meewerken aan de conversies, gaandeweg het functioneel beheer van het preferente HIS vorm gaan geven en in de meest brede zin van het woord ter beschikking staan om de huisartsen op het gebied van ICT te ontzorgen.

Verder is in het verslagjaar de uitrol van de CU-Box gerealiseerd. Dit systeem maakt een (vrijwel) 100% verbinding van de spoedauto's met het netwerk van de CHD mogelijk, hetgeen voor een dunbevolkt gebied als Drenthe een forse opgave is geweest. Hierdoor kan de visite rijdende huisarts in de speciaal daarvoor opnieuw ingerichte werkplek in de auto de visite geheel in het Call Management systeem vastleggen, alsof hij of zij op de huisartsenspoedpost aan het werk is. Bovendien biedt de CU-box volledige informatie over de aanrijdtijden en de mate waarin wij voldoen aan de landelijke normen hieromtrent. De uitlevering van de doorontwikkelde versie van de CU-box is in het najaar gestart en werd begin 2014 opgeleverd.

Afgelopen jaar is een dubbele uitvoering van Call Manager gerealiseerd, zowel het programma zelf als de database. Hierdoor wordt in het geval van een calamiteit waarbij de apparatuur in onze centrale serverruimte in het WZA uitvalt, de dienstverlening binnen enkele minuten overgenomen door de uitwijkfaciliteit. Zodat de huisartsenspoedposten direct kunnen doorwerken, met maximaal enkele minuten dataverlies.

Nu deze faciliteiten op orde zijn, ontstaat de ruimte voor CHD zich te bezinnen op de inzet van ICT in de toekomst. Gericht vormgeven aan de toekomstige Digitalisering, zoals we dit traject noemen. Doel is te komen tot een punt op de horizon waar we heen willen met ICT en te komen tot een concrete marsroute daarnaartoe. Gezien de vele verbindingen is dat niet iets wat we alleen kunnen en willen, onze partners in Drenthe willen we hierbij zoveel als mogelijk betrekken.

Professionalisering, scholing en training

Triagisten

Iedere doktersassistent die werkt voor de CHD moet uiteindelijk een gecertificeerd triagist worden. Gecertificeerd triagist betekent dat hij/zij, naast een diploma tot doktersassistent of verpleegkundige, is geslaagd voor de kennistoets, communicatietoets en praktijkbeoordeling voor de landelijke opleiding tot triagist. Nadat de triagisten gecertificeerd zijn, moeten ze blijvend voldoen aan de eisen op het gebied van training, toetsing en het verzorgen van telefonische diensten. In 2013 heeft iedere triagist dan ook de training Telefonische Triage gevolgd. Tevens zijn er voor de triage een aantal coaches, deze coaches worden jaarlijks geïjkt door middel van de training 'Coach de Coach'.

De nieuwe doktersassistenten/triagisten worden ingewerkt door middel van een inwerkprogramma. Dit inwerkprogramma wordt samen met de mentor doorlopen. Iedere triagist die nieuw in dienst is, wordt via een E-learning module geschoold op Kindermishandeling.

Tevens is iedere triagist verplicht om 13 uur scholing zelf in te vullen. Het aanbod van de verplichte scholingen bestond in 2013 o.a. uit:

- Astma COPD
- Hartfalen en pijn op de borst
- Wondbehandeling
- Omgaan met agressie
- Reanimatie AED
- TIA SAB.

Daarnaast hebben alle triagisten een NTS-scholing gehad.

Huisartsen/AIOS

In het kader van de implementatie van het NTS, CHD-breed hebben de huisartsen ook de scholing aangeboden gekregen.

Ter lering voor huisartsen worden casussen uit de analyses van calamiteiten en klachten besproken in de digitale nieuwsbrief van de CHD; de Spoedpost.

Net als voorgaande jaren heeft de CHD ook dit jaar weer nauw samengewerkt met de SBOH en de faculteit huisartsengeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. Twee keer per jaar wordt er een introductiebijeenkomst georganiseerd voor de nieuwe AIOS'en. Deze bestaat uit een uitleg over de werkwijze, verantwoordelijkheden en samenwerking met triagisten en chauffeurs. In 2013 hebben we gemiddeld 27 personen in opleiding gehad.

PA'ers

De Physician Assistant als medisch ondersteuner in Zuid-Oost Drenthe.

Zoals eerder vermeld, zijn in navolging op 2012, op verzoek van de huisartsen in Zuid-Oost Drenthe en in samenwerking met de zorgverzekeraar weer vijf kandidaten aangetrokken, die de opleiding voor het diploma Master Physician Assistant volgen. Dat betekent concreet dat er in 2013 negen kandidaten in opleiding waren en dat een gediplomeerde PA al enige jaren in de regio werkzaam is, zowel overdag als tijdens de ANW-uren. Zij zijn in dienst bij de CHD. Doel is uiteindelijk dat er een groep met tien PA'ers de huisartsen overdag en op de post kan en zal ondersteunen. Met deze beweging is in Zuid-Oost Drenthe door de huisartsen zelf richting gegeven aan het ondersteunen van de huisartsengroep, nu de praktijk uitwijst dat het erg moeilijk is om opvolging te vinden. Dit laatste was ook de reden dat door de Drentse Kring, de CHD en vele anderen een landelijke campagne is georganiseerd, waarin aandacht werd gevraagd aan huisartsen om toch vooral eens te denken aan Drenthe als prima werk- en woonplek. Met name Zuid-Oost Drenthe werd belicht. Meerdere huisartsen en medewerkers werkten mee aan een goede promotiecampagne met een frisse uitstraling. Met potentiële kandidaten zijn eind 2013 gesprekken gevoerd door onder andere vertrekkende huisartsen. Nu nog afwachten of concrete praktijkopvolging ook wordt gerealiseerd. Wat de PA'ers betreft studeren er in 2014 twee medewerkers af, in 2015 drie en in 2016 vier medewerkers. Er wordt een kandidaat opgeleid in Assen, een kandidaat in Hoogeveen en zeven kandidaten in de regio Emmen.

Kantoormedewerkers

Bij kantoormedewerkers komt de opleidingsbehoefte in ieder geval tijdens het jaarlijks functioneringsgesprek aan de orde. Afhankelijk van de behoefte wordt al dan niet gestart met een opleidingstraject of een cursus.

Medewerkersbetrokkenheidsonderzoek

In 2013 is een vragenlijst opgesteld voor het medewerkersbetrokkenheidsonderzoek dat begin 2014 zal worden afgenomen. Om tot de vragenlijst te komen zijn alle leidinggevenden en de medewerkers van de OR geïnterviewd. Een deel van de uitvoering is gedaan door een van de triagisten.

Verdere ontwikkeling organisatie

Het afgelopen jaar hebben we met het team van managers en staf op kantoor veel tijd en energie geïnvesteerd in versterking van de samenwerking, openheid en feedback. Dit heeft zeer goede resultaten opgeleverd. De beleving van werkdruk en het gevoel van samen oppakken zijn ten goede veranderd. Medio 2013 hebben we vastgesteld dat een verdere ontwikkeling van de organisatie als geheel de volgende stap zou moeten zijn. Gaandeweg hebben we de “werkvloer” al op diverse wijzen en gebieden meer laten meedenken over veranderingen.

Nu is de tijd rijp om zoveel mogelijk over te gaan van “meedenken” naar “beslissen”. Immers de mensen die werken op de werkvloer weten het beste wat daar verbeterd kan worden. Nu worden teveel knopen nog doorgehakt op managementniveau. Uiteraard blijven er bepaalde kaders en regie, maar die kunnen wel wat ruimer. Deze verandering vraagt, als je het goed wil doen, om een cultuuromslag en dus om een stevig traject. Deze nieuwe werkwijze zal een forse impuls geven aan de kwaliteit van werken richting onze patiënten, omdat mogelijke verbeteringen veel sneller en zelfstandiger op de werkvloer zullen worden opgepakt. Met de OR is intensief contact geweest over deze ontwikkeling en zij deelt het enthousiasme van het management. Eind 2013 zijn we op zoek gegaan naar adviseurs die ons daarbij kunnen ondersteunen. Voorjaar 2014 zal de presentatie en uitrol beginnen naar de organisatie (medewerkers en vervolgens huisartsen en chauffeurs).

De verhoudingen en samenwerking binnen de CHD met de Raad van Toezicht en de Medische Bestuursraad zijn ook in het verslagjaar weer uitstekend geweest. Ook diverse commissies hebben hard gewerkt en veel opgeleverd. We noemen hier de Vakgroep Huisartsen, de Vakgroep Triagisten, de MIP/Calamiteitencommissie en diverse/overige tijdelijke werkgroepen.

Samenwerking

Regionaal en samenwerking in de spoedzorg

In de eerste plaats speelt hier de relatie met de Kring Drenthe en de Drentse Huisartsen Coöperatie (DHC). In 2013 is de samenwerking, zeker tussen de DHC en de CHD versterkt. Dit uit zich onder meer in het gezamenlijke grote ICT-project, waarover in het voorgaande is bericht.

De komende jaren zal steeds meer op de huisartsenzorg neerkomen, door substitutie van zorg, de samenwerking met gemeenten in het kader van de decentralisatie etc. Goede, afgestemde ondersteuning van huisartsen is dus een belangrijk item. Voor een deel zal dit worden geboden vanuit Midea, waarover verderop meer.

De samenwerking in de spoedzorg krijgt op diverse manieren gestalte en met verschillende ketenpartners, zoals de Ambulancezorg, ziekenhuizen, GGZ, GGD, enz. Dit vindt vooral plaats in de vorm van bilaterale contacten. Daarnaast is er het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg). Wat in 2013 en de periode daarna opnieuw veel aandacht vraagt, is de relatie met de afdeling spoedeisende hulp (SEH's) van de ziekenhuizen. De zorgverzekeraars hebben door het hele land een campagne ingezet om onder meer de doelmatigheid in de spoedzorg te vergroten. Voor hen betekent dat met name het

voorkomen of verminderen van aanloop naar de SEH, maar steeds de huisartsen(spoedpost) als poortwachter. In Drenthe hebben we die doelmatigheid al bereikt. Niettemin zijn we met alle ziekenhuizen in verschillende fasen in overleg over verdere samenwerking.

We zien dat op iedere plek een eigen traject met eigen invulling wordt gedaan. Daarbij hanteren we wel enkele uitgangspunten die voor ons cruciaal zijn, te weten:

- SEH en huisartsenspoedpost blijven twee aparte organisaties (geen volledige integratie), omdat wij geloven dat enige scheiding tussen eerste en tweede lijn in het belang is van patiënten (zowel qua zorg als financieel)
- poortwachtersrol voor de huisartsen(spoedpost)
- geld volgt zorg.

Inbreng van patiënten

Inbreng vanuit de patiënten vindt op verschillende manieren plaats. In de eerste plaats is er het patiënttevredenheidsonderzoek dat regelmatig wordt uitgevoerd. Zoals hiervoor is aangegeven, zal dat opnieuw gebeuren in 2014. Verder is er een goede samenwerkingsrelatie met Zorgbelang Drenthe. Met deze organisatie wordt gesproken over de belangen van de patiënten ten aanzien van de zorg die wij bieden. In 2013 heeft de bestuurder twee keer overleg gehad met Zorgbelang, naast de contacten overigens tussen onze beide organisaties.

Midea

Midea (de facilitaire organisatie voor dagpraktijken van CHD en DHC) heeft zich in 2013 verder sterk ontwikkeld. Ons doel was om in dit jaar de organisatie van Midea vanuit het aanvankelijke pionieren een structurele basis te geven. Dit is ook gebeurd. Het aantal taken groeit bovendien snel. Op het gebied van de scholingen voor triagisten wordt, behalve ons werkgebied, ook het gebied van Medrie en Groningen bediend (vanaf 2013).

Verder heeft de Kring Drenthe aan Midea gevraagd het hele logistieke proces met betrekking tot de nascholingen van huisartsen in Drenthe te gaan coördineren en regelen. Eind 2013 hebben we in overleg met de betrokken partijen voorstellen gedaan en besluiten genomen om dit goed te regelen vanaf september 2014. Deze organisatie heeft ook gevolgen voor de hoeveelheid werk in de financiële afhandeling.

Tegelijkertijd is de voorbereiding gestart voor het opzetten van goede ICT-ondersteuning voor huisartsen, zie ook hiervoor. Daarnaast blijft de financiële verwerking voor de DHC in de chronische zorg en dienstverlening (administratie, roostering) voor enkele praktijken. Om al deze nieuwe diensten te kunnen verrichten, is de formatie van Midea uitgebreid met 2,7 fte's, in secretariële en administratieve ondersteuning, in ICT en in management.

Bijlage 1



Organigram Centrale Huisartsdienst Drenthe

November 2011

