

Kwaliteitsjaarverslag 2014



Inhoudsopgave

Inleiding	3
1. Visie en Missie	4
1.1 Visie.....	4
1.2 Missie	4
2. Kwaliteitsbeleid	5
2.1 Opbouw van het kwaliteitsmanagementsysteem en HKZ	5
2.2 Signalering kindermishandeling en huiselijk geweld.....	5
2.3 Vakgroep Huisartsen en Triagisten.....	6
2.3.1 Adviezen vakgroep.....	6
3. Klachten, complimenten, calamiteiten en MIP meldingen	7
3.1 Klachten	7
3.1.1 Klachtenoverzicht.....	7
3.1.2 Bij de Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Noord- Nederland	8
3.1.3 Kwaliteitsverbetering	8
3.2 Complimenten	9
3.2.1.Complimentenoverzicht.....	9
3.3 Calamiteiten	9
3.3.1 Calamiteitencommissie	9
3.3.2 Calamiteiten en ketenpartners	10
3.3.3 Calamiteitenoverzicht.....	10
3.3.4 Verbeterpunten en maatregelen voortgekomen uit calamiteiten	10
3.4 MIP meldingen	10
3.4.1 Aantal MIP meldingen.....	10
3.4.2 MIP meldingen per categorie/subcategorie	11
3.4.3 Verbeterpunten en maatregelen voorgekomen uit MIP meldingen	11
4. Dataverzameling kwaliteitsaspecten	12
4.1 Telefonische bereikbaarheid	12
4.2 Autorisatie telefonische zelfzorgadviezen	12
4.3 Aanrijdtijden	12
4.4 Interne audits.....	13
4.5 Externe audit	13
4.6 Inspectie voor de Gezondheidszorg	13
4.7 Directie beoordeling	13
4.8 Prospectieve risicoanalyse.....	14
5. Organisatie	15
5.1 De organisatie	15
5.2 Het verzorgingsgebied	15
5.3 Primaire proces	15
5.4 Personeel	16
5.5 Huisvesting en samenwerking ziekenhuizen	16
5.6 Spoedauto's	17
5.7 Patiënten	17
5.8 De Ondernemings Raad	17
5.9 ICT.....	17
5.10 Scholing.....	18
5.10.1 Triagisten	18
5.10.2 Huisartsen	19
5.10.3 PA.....	19
5.10.4 Kantoormedewerkers	19
5.11 Regionale samenwerking Spoedzorg	19
5.12 Midea.....	19
5.13 Regie Over Eigen Rol	20
6. 2015	21

Inleiding

In het kwaliteitsjaarverslag over het jaar 2014, wordt verslag gedaan van onze activiteiten gericht op het ieder jaar weer verder versterken van de kwaliteit van onze zorgverlening. Dit betreft de zorgverlening die wij bieden aan 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 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 kwaliteitssysteem door middel van de zogenaamde directiebeoordeling, gebruik maken van het NTS-systeem en dit verbeteren, veel scholing en professionalisering, taakherschikking met Physician Assistants (PA's), samenwerkingsafspraken met de ketenpartners, etc.

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. Ook onder de triagisten werkzaam bij de CHD houden we eens per 3 jaar een medewerkersbetrokkenheidsonderzoek.

Zo proberen we ieder jaar weer een kwaliteitsverbetering tot stand te brengen. Onze activiteiten op dit gebied in 2014 worden hierna beschreven.

1. Visie en Missie

De directeur van de CHD legt de visie en missie voor de organisatie vast.

1.1 Visie

Om te zorgen dat de CHD de juiste richting geeft 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.

1.2 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 werkzaamheden van de triagist, professionaliseren van de organisatie, verbetering van diverse processen en versterking van de positie in het netwerk.

2. Kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid is in 2014, net als andere jaren, weer behoorlijk in beweging geweest. Het digitale kwaliteitsmanagementsysteem (Q-link en Q-base) is in 2013 ingevoerd, waardoor het updaten van instructies en afspraken efficiënter is geworden. Daarnaast worden de klachten, MIP-meldingen, complimenten, analyses van calamiteiten etc. in Q-base gezet, waardoor er eenvoudig overzichten gemaakt kunnen worden.

In 2013 is er een start gemaakt met het opzetten van interne audits. Ook in 2014 zijn er weer interne audits afgenomen die staan beschreven in de algemene afspraken en instructies. Ook vond er eind 2014 een externe audit plaats.

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.

2.1 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 kwaliteitsbeleid 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 kwaliteitsverbetering 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.

2.2 Signalering kindermishandeling en huiselijk geweld

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.

Alle triagisten hebben nascholing gevolgd op gebied van signaleren en handelen bij vermoedens van kindermishandeling.

In 2014 is een begin gemaakt om de kind check toe te voegen aan de instructie kindermishandeling en huiselijk geweld.

2.3 Vakgroep Huisartsen en Triagisten

De vakgroep triagisten 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 triagist, de chauffeurs zijn middels één teamleider vertegenwoordigd in deze vakgroep.

In 2014 is de Vakgroep Triagisten zeven keer bij elkaar geweest.

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 2014 zes keer bij elkaar geweest.

Naast de afzonderlijke overleggen die de vakgroepen hebben, overleggen ze ook één keer per jaar gezamenlijk.

2.3.1 Adviezen vakgroep

De Vakgroepen Triagisten en Huisartsen hebben in 2014 onder andere geadviseerd over:

- klachtenregeling patiënt
- samenwerkingsafspraken tussen huisartsenpost, meldkamer en ambulance dienst
- het registreren van ICPC code
- inrichten en implementeren digitaal artsenportaal
- instructie overlijden: obductie, orgaandonatie en lichaam ter beschikbaar stellen voor de wetenschap
- afbreken van de nachtdienst door triagist
- zorg rond asielzoekers
- kortdurende opnames
- Ebola
- overgang van handgeschreven recepten naar digitaal voorschrijven van medicatie.

3. Klachten, complimenten, calamiteiten en MIP meldingen

Om achteraf te leren en in de toekomst herhaling te voorkomen registreert de CHD de klachten, complimenten calamiteiten en MIP meldingen in het kwaliteitsmanagementsysteem. De trends worden gefilterd en zo wordt beoordeeld welke processen we als organisatie kunnen verbeteren om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren.

3.1 Klachten

De CHD heeft een klachtenfunctionaris, mevr. F. Groot in dienst. Zij staat jaarlijks rond 70-90 mensen te woord die ontevreden zijn over de zorg die door de CHD wordt gegeven.

Uitgangspunt is de bemiddeling tussen de cliënt en de betrokkene en het daarmee creëren van de mogelijkheid voor herstel van de relatie, gebaseerd op vertrouwen en gelijkwaardigheid.

Indien een klacht wordt voorgelegd aan de klachtenfunctionaris tracht deze zo snel mogelijk duidelijkheid te krijgen over de inhoud van de klacht en om tot een oplossing te komen.

Belangrijk is dat de klager van te voren bepaalt welk doel hij of zij met de klachtenbehandeling wil bereiken.

Afhankelijk van deze wens van de cliënt wordt contact gezocht met de betrokkene, zodat er sprake is van 'hoor en wederhoor.' De betrokkene wordt gevraagd, indien de klager dat wenselijk vindt, contact op te nemen met de klager. Is dat niet de wens dan kan de klachtenfunctionaris een reactie terugkoppelen. Een bemiddelingsgesprek in het bijzijn van de klachtenfunctionaris, behoort ook tot de mogelijkheden.

De klachtenfunctionaris is in dit hele proces neutraal en objectief. Zij doet geen uitspraak over de gegrondheid van de klacht. De klachten worden vertrouwelijk behandeld.

Zo nodig wordt informatie betrokken uit Call Manager en de opgenomen gesprekken, hiervoor wordt toestemming gevraagd aan de klager. Wanneer er opgenomen gesprekken worden afgeluisterd worden de betrokkenen hiervan in kennis gesteld.

De klachtenbehandeling van de CHD is een laagdrempelige informele manier om de onvrede op te lossen. De ervaring leert dat veel onvrede bij cliënten op deze manier kan worden weggenomen en escalatie wordt voorkomen. Cliënten stellen het zeer op prijs als de betrokkenen positief staan ten aanzien van de klachtenafhandeling.

Na afloop informeert de klachtenfunctionaris bij de klager of de klacht naar tevredenheid is afgehandeld. Zo ja, dan wordt het dossier gesloten en gearhiveerd in het kwaliteitsmanagementsysteem Q-base. Zo niet, dan kan de klachtenfunctionaris adviseren over een eventueel vervolgtraject. Een voorbeeld: de klacht kan voor een oordeel worden doorverwezen naar de SKHNN, de onafhankelijke klachtencommissie.

Wil de klager in aanmerking komen voor letselschade dat dient deze de CHD aansprakelijk te stellen door een brief te sturen aan de directie van de CHD.

3.1.1 Klachtenoverzicht

In 2014 zijn er bij de CHD 70 klachten binnen gekomen. Dit is ten opzichte van 2013 een daling van negen klachten. In 2012 werden er 77 klachten geregistreerd. De indeling in de categorieën is vergelijkbaar gebleven.

Een ontwikkeling die moeilijk te verklaren is. In 2014 is gestart met het NTS. Mogelijk is dit een verklaring. De klachtenfunctionaris is benieuwd naar de cijfers van 2015. Zal dit lagere niveau standhouden of was dit eenmalig?

Aantal registraties

Locatie	Triage	Medisch inhoudelijk	Communicatie	Organisatorisch	Financieel	Wachttijd te lang	Samenwerking ketenpartners	Overig	Totaal
Huisartsenspoedpost Assen	3	16	5	0	0	0	0	1	25
Huisartsenspoedpost Emmen	3	7	3	2	1	1	0	3	20
Huisartsenspoedpost Hogeveen	0	9	4	1	3	0	0	1	18
Huisartsenspoedpost Meppel	0	6	1	0	0	0	0	0	7
CHD – centrale organisatie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaal	6	38	13	3	4	1	0	5	70

De klachten worden ondergebracht in 8 categorieën:

- Onder 'triage' worden de klachten geregistreerd over het contact met de huisartsenpost via de telefoon of aan de balie;
- Onder 'medisch inhoudelijk' worden klachten geregistreerd over het medisch handelen;
- Onder 'communicatie' vallen klachten over de bejegening;
- Onder 'organisatorisch' worden klachten geregistreerd over bijvoorbeeld de telefonische bereikbaarheid of de indeling van de wachtkamer;
- Onder financiën worden klachten geregistreerd die gaan over een het bedrag dat gedeclareerd wordt voor de verleende zorg;
- Onder 'wachttijd te lang' worden klachten geregistreerd over de wachttijden;
- Onder 'samenwerking ketenpartners' worden klachten geregistreerd over de samenwerking met bijvoorbeeld de apotheek of spoedeisende hulp;
- Onder 'overig' vallen meestal die klachten die uit meerdere onderdelen bestaan.

3.1.2 Bij de Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Noord- Nederland

Klachten kunnen ook worden doorverwezen door de onafhankelijke klachtencommissie van Noord-Nederland (SKHNN). Klagers die in eerste instantie bij de SKHNN binnenkomen worden door de secretaris van de SKHNN erop geattendeerd dat de klachten ook kunnen worden bemiddeld door de klachtenfunctionaris van de CHD. De meeste klagers gaan vervolgens akkoord met de informele klachtenbemiddeling van de CHD. De klachtenfunctionaris geeft een terugkoppeling van de klachtafhandeling aan de SKHNN.

In 2014 heeft de CHD van de SKHNN 8 klachten ontvangen voor bemiddeling en succesvol afgehandeld. Er zijn in 2014 geen klachten doorverwezen van de CHD naar de SKHNN.

3.1.3 Kwaliteitsverbetering

Naast de individuele doelen hadden de klagers bijna altijd een algemeen belang voor ogen: graag verbetering van de zorg voor de andere patiënten. De CHD waardeert het dat de patiënten en hun naasten de moeite willen nemen om een signaal af te geven over de kwaliteit van de zorg, zoals zij die beleven. Dit is voor de CHD belangrijke informatie zodat gewerkt kan worden aan het verbeteren van behandelingen en zorgprocessen.

Is er tijdens de klachtbehandeling sprake van het doorvoeren van een verbeterpunt dan wordt dit doorgegeven aan de locatiemanagers en/of afdeling kwaliteit. Verscheidene instructies zijn aangepast naar aanleiding van de klachten en processen verbeterd.

In 2014 verscheen er elk kwartaal een overzicht van de klachten en werden de verbeterpunten benoemd.

Naast de specifieke verbeterpunten is het bespreken van de klachten op het werkoverleg met de medewerkers ook een belangrijk gegeven. Door klachten in een open sfeer met de medewerkers te bespreken verlaagt men het gevoel van bedreiging en zal ook de medewerker zich steeds meer bewust

worden van het feit dat een klacht bij kan dragen aan toename van de kwaliteit van zorg. In de kwartaaloverzichten worden de verbeterpunten genoemd.

3.2 Complimenten

De meeste patiënten die contact hebben gehad met de CHD, zijn tevreden over hun behandeling. Een enkeling neemt de moeite dit ook door te geven.

De CHD ontving in 2014 in totaal 8 complimenten.

Alle complimenten werden doorgegeven aan betrokkenen.

3.2.1. Complimentenoverzicht

Locatie	Triage	Medisch inhoudelijk	Communicatie	Organisatorisch	Wachttijd kort	Samenwerking ketenpartners	Overig	Totaal
Huisartsenspoedpost Assen	0	0	0	0	0	0	2	2
Huisartsenspoedpost Emmen	2	1	1	0	0	0	0	4
Huisartsenspoedpost Hoogeveen	0	0	0	0	0	0	1	1
Huisartsenspoedpost Meppel	0	0	0	0	0	0	1	1
CHD – centrale organisatie	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaal	2	1	1	0	0	0	4	8

3.3 Calamiteiten

Zorginstellingen zijn verplicht calamiteiten te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Na het melden wordt een onderzoek gestart door de Calamiteitencommissie.

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.

3.3.1 Calamiteitencommissie

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.

3.3.2 Calamiteiten en ketenpartners

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 zes weken een definitief rapport gestuurd naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg en betrokkenen.

3.3.3 Calamiteitenoverzicht

In 2014 zijn er door de calamiteitencommissie 9 calamiteiten geregistreerd en onderzocht.

Locatie	Calamiteit
Huisartsenspoedpost Assen	6
Huisartsenspoedpost Emmen	2
Huisartsenspoedpost Hoogeveen	1
Huisartsenspoedpost Meppel	0
CHD - centrale organisatie	0
Totaal	9

3.3.4 Verbeterpunten en maatregelen voortgekomen uit calamiteiten

De calamiteitenonderzoeken hebben voor de CHD waardevolle informatie opgeleverd om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Voorbeelden van verbeterpunten en maatregelen die getroffen zijn:

- De triagist deed een onvolledige ABCD check, dit was gebleken bij meerdere calamiteiten. Begin 2014 hebben alle triagisten verplicht ABCD training gevolgd
- Verbeterpunten voortkomend uit calamiteiten registreren in Q base. Het systeem zal de betrokken actiehouders er zo aan herinneren dat er nog openstaande acties zijn, zodat deze niet vergeten kunnen worden.
- Het NTS wordt niet op de juiste wijze gebruikt door meerdere triagisten. Er is een werkgroep NTS opgericht om een plan van aanpak op te stellen ter bevordering van het gebruik van het NTS.

3.4 MIP meldingen

De CHD stimuleert medewerkers om Meldingen Incidenten Patiëntzorg (MIP) te doen.

We willen optimale zorg leveren aan de patiënt en het leveren van incidenten is daar een wezenlijk onderdeel van.

Hieronder worden de MIP-meldingen nader toegelicht.

3.4.1 Aantal MIP meldingen

Het aantal MIP-meldingen in 2014 is in vergelijking met 2013 met de helft afgenomen.

Deze afname kan verklaard worden, doordat er in 2014 geen MIP-meld week is georganiseerd. Tijdens deze MIP-meld week (2013) zijn toen meer dan de helft van de meldingen ingediend.

Locatie	MIP - Registraties
Huisartsenspoedpost Assen	19
Huisartsenspoedpost Emmen	12
Huisartsenspoedpost Hoogeveen	1
Huisartsenspoedpost Meppel	8
CHD - centrale organisatie	0
Totaal	40

3.4.2 MIP meldingen per categorie/subcategorie

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

Locatie	Categorie									
	Triage	Medisch inhoudelijk	Communicatie	Organisatorisch	Menselijk	Wachttijd te lang	Samenw. Ketenpart.	Informatie beveiliging	Overig	Totaal
Assen	1	1	2	3	3	0	8	0	1	19
Emmen	0	1	2	5	0	0	2	0	2	12
Hoogeveen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Meppel	0	0	0	6	0	0	1	1	0	8
CHD – centr. org.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaal	1	3	4	14	3	0	11	1	3	40

3.4.3 Verbeterpunten en maatregelen voortgekomen uit MIP meldingen

Van met melden van incidenten kunnen we leren, de kwaliteit van zorg verbeteren en voorkomen dat het in de toekomst weer gebeurt.

Voorbeelden van verbeterpunten en maatregelen:

- Overdracht tussen SEH en huisartsenpost verloopt niet goed. Locatiemanager van betrokken post heeft contact opgenomen met teamleider SEH en de gemaakte afspraken zijn doorgenomen en gecommuniceerd naar de medewerkers.
- Dosering van anafylactische medicatie bij kinderen niet bekend. Schema NHG verspreid aan de posten met de juiste dosering.

4. Dataverzameling 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, heeft in overleg met de leden een set van kwaliteitsstreefnormen 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 zoveel als mogelijk 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.

Ook de gegevens die worden verzameld uit audits, directiebeoordeling en de prospectieve risicoanalyse leveren voor de CHD waardevolle informatie om het kwaliteitsbeleid van de organisatie te evalueren en te verbeteren als dit nodig is.

4.1 Telefonische bereikbaarheid

De digitale telefooncentrale registreert van elke inkomende oproep hoe lang het duurt voordat de telefoon wordt opgenomen. In 2014 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 2014 hebben de triagisten op onze posten deze normen ruim gehaald met percentages van 84.7%, 97% en 99.7%.

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 2014 is in 99,6% van alle gevallen binnen 30 seconden beantwoord.

4.2 Autorisatie telefonische zelfzorgadviezen

De zelfzorgadviezen die de triagisten 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, zoals eerder genoemd, landelijke branchenormen zijn opgesteld. Gemiddeld genomen over het jaar 2014 autoriseren de huisartsen 84% van de gegeven zelfzorgadviezen binnen een uur en 96% binnen twee 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. Als organisatie proberen we hier steeds aandacht voor te vragen bij de huisarts en triagisten. Dit doen we door hierover te schrijven in de spoedpost, bespreken in diverse overleggen, huisartsen persoonlijk benaderen door middel van een brief.

4.3 Aanrijdtijden

De aanrijdtijden voor de visites worden bij de CHD maandelijks gemeten en besproken met het management. Uit deze cijfers blijkt dat de CHD structureel niet voldoet aan de branchenormen die gesteld worden bij visites met een hoge urgentiecode.

Aanrijdtijden	Branchenorm	CHD behaald
U0/U1 <20 minuten	90%	51%
U0/U1 < 30 minuten	98%	74%
U2 < 1 uur	90%	86%
U2 < 2 uur	98%	99%

In 2014 is een onderzoek gestart naar de achterliggende oorzaken en mogelijkheden tot verbetering. Wat tot nog toe gebleken is dat er geen geografische aspecten zijn die de organisatie belemmert en dat het onderzoek zich verder kan concentreren op interne factoren. In 2015 wordt dit onderzoek voortgezet.

4.4 Interne audits

In het voorjaar van 2013 zijn er zeven triagisten opgeleid, opdat ze zelfstandig een interne HKZ-audit uit kunnen voeren. Volgens planning zijn er 2014, 11 interne audits uitgevoerd. De auditoren hebben een kort verslag gemaakt van de audit en hebben inclusief de geconstateerde verbeterpunten doorgegeven aan de 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.

Bij de uitgevoerde audits zijn de volgende onderwerpen besproken:

Bij de triagisten;

- Meeluisteren tijdens de dienst
- Voorbehouden handelingen
- Zelfbeschikkingsrecht patiënt
- Schokkende gebeurtenissen
- Omgaan patiënten andere HASP
- Overloop telefonie
- Zorggebieden
- Waarneming
- Brandwonden
- Kalibratie
- Doorgeven laboratorium uitslagen in de ANW uren
- MRSA
- Koelkasttemperatuur
- Interne audits uitvoeren

Bij de huisartsen:

- Palliatieve zorg
- Handelen bij overlijden
- ICD magneet
- Kindermishandeling/print SPUTOVAMO/screeningsvragen

4.5 Externe audit

Eind 2014 heeft er weer een tussentijdse audit plaatsgevonden. Tijdens deze audit werd onderzocht of wij (nog steeds) volgens de HKZ-richtlijnen werken. 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 geen verbeterpunten naar voren gekomen. Wel heeft de CHD tips gekregen om weer verder te bouwen aan het verbeteren van ons kwaliteitsbeleid.

4.6 Inspectie voor de Gezondheidszorg

Eind 2014 heeft de CHD op hun verzoek een gesprek gehad met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarbij ging het om twee zaken: het gebruik van het NTS en de calamiteiten rapportages. Uit de calamiteiten rapportages was naar voren gekomen dat het NTS niet altijd goed en volledig wordt gebruikt, iets wat wij als organisatie ook zelf al hadden geconstateerd. Op basis van dit gesprek is er een werkgroep NTS samengesteld, zie ook 5.3.

Voorts vond de Inspectie dat onze calamiteiten rapportages op sommige punten aangescherpt moesten worden. Deze punten zijn met de calamiteiten commissie besproken en er heeft aanpassing plaatsgevonden.

4.7 Directie beoordeling

De CHD beoordeelde in 2014 het kwaliteitsmanagementsysteem, om ervoor te zorgen dat het kwaliteitssysteem nog steeds geschikt en doeltreffend werkt. Tijdens deze beoordeling inventariseren we kansen voor verbetering en beoordelen we of het kwaliteitsbeleid nog voldoet aan zijn doelstellingen.

In 2014 heeft er twee keer een directie beoordeling plaatsgevonden.

Hieronder enkele van de verbeterpunten die zijn genoteerd en die in 2015 zullen worden uitgevoerd:

- Overzicht maken van ketenpartners en wie hier verantwoordelijk voor is
- Overzicht maken van leveranciers en wie de beoordeling hiervan doet
- Bewerkstelligen van patiënten participatie.

4.8 Prospectieve risicoanalyse

In 2014 is in oktober een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd.

De analyse is verdeeld in interne en externe risico's. De onderwerpen die geanalyseerd zijn kunnen betrekking hebben op de kwaliteit van de zorgverlening en het betreft risico's binnen de kritische processen. Na het uitvoeren van de analyse is de conclusie getrokken dat er op dit moment geen aanvullende acties ter beheersing van risico's nodig zijn. De gesignaleerde risico's zijn van materiële orde en worden door reeds getroffen maatregelen onderhanden voldoende in de gaten gehouden. Eenmaal per jaar wordt de analyse geëvalueerd en worden de risico's opnieuw gescoord tijdens de directie beoordeling.

5. Organisatie

5.1 De organisatie

De CHD draagt zorg voor acute huisartsenzorg buiten kantooruren.

De CHD is een stichting waarvan de dagelijkse leiding in handen ligt van de directeur-bestuurder. Als toezicht houdend orgaan is er de Raad van Toezicht.

Naast de directeur is er nog de Medische Bestuursraad (MBR). De MBR bestaat uit vertegenwoordiging van de aangesloten huisartsen, in totaal vier. De MBR is direct betrokken bij de aansturing van de CHD. De MBR heeft instemmingsrecht op enkele aspecten (strategie, inzet medici en kwaliteitsbeleid) en adviesrecht ten aanzien van de bedrijfsvoering.

De provincie Drenthe telt in totaal vier huisartsenposten: Emmen, Meppel, Hoogeveen en Assen.

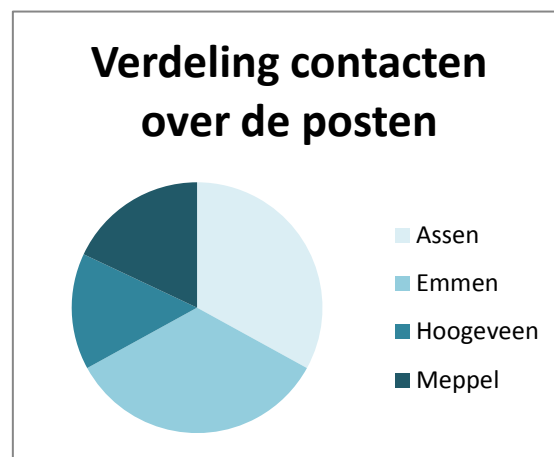
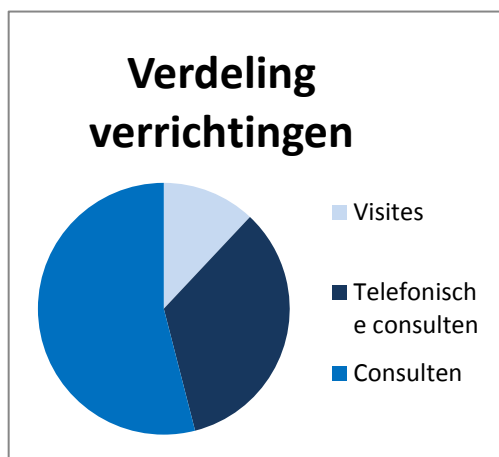
In Assen is tevens het hoofdkantoor van de CHD gevestigd. Vanuit het hoofdkantoor werken de directeur, locatiemanagers, secretariaat, P&O, kwaliteitsfunctionaris, financiële afdeling, roostering en de PR/communicatie. Voor organisatie structuur verwijs ik u naar *bijlage 1*.

5.2 Het verzorgingsgebied

In 2014 waren er 440.000 patiënten die gebruik konden maken van de CHD. Het verzorgingsgebied bestrijkt bijna heel Drenthe en een stukje van Friesland en Overijssel

5.3 Primaire proces

Het aantal verrichtingen is in 2014 ten opzichte van het jaar daarvoor opnieuw wat afgenomen, van ruim 115.000 in 2013 tot ruim 113.000 in 2014. Dat betekent niet dat ook de werkdruk is verminderd. De bewerkelijkheid is met de invoering van het Nederlandse Triage Standaard (NTS) voor de triagisten toegenomen en de “productiemix” is verzwaard, dat wil zeggen een groter aandeel van consulten (en visites) en een kleiner aandeel van zelfzorgadviezen.



De invoering van NTS, eerst als nieuwe standaard en vervolgens het ondersteunende computersysteem in april 2013 heeft een grote verandering teweeggebracht in het werken van de triagisten. Het heeft nog meer de eigen professie van de triagist gemarkeerd: denken in urgenties en niet in diagnoses. Dat is onwettig, niet alleen voor de triagisten zelf, maar ook voor de huisartsen, die zelf wel in diagnoses (moeten) denken. We hebben in 2014 ervaren dat het NTS niet door iedereen goed en volledig werd gebruikt. Ook de Inspectie Gezondheidszorg heeft ons daar, naar aanleiding van calamiteitenrapportages, op gewezen. Er is een werkgroep NTS samengesteld. In deze werkgroep zit een vertegenwoordiging van alle huisartsenposten, P&O functionaris, een locatiemanager en de kwaliteitsfunctionaris. De werkgroep heeft een plan van aanpak opgesteld voor een verbetertraject op alle aspecten die hierbij een rol spelen. Dit plan is op dit moment volop in uitvoering en is ook toegezonden aan de Inspectie. Daarbij is van belang dat afgelopen jaar in het verband

van InEen door de leden is besloten de triage en de toetsing daarop sterk aan te halen: er is een nieuwe, scherpere kernset van eisen opgesteld, er zullen meer audits moeten plaatsvinden en het beleid moet worden aangescherpt. Ook deze aspecten zijn uiteraard in het plan opgenomen.

In 2014 is besloten de ICPC-codering, die in de dagpraktijk al normaal is, ook in de ANW-zorg verplicht te stellen. De triagisten vullen de ingangsklacht in, de huisartsen vullen het vervolg in en zijn ook in totaliteit verantwoordelijk voor een goede codering.

Een bijzondere ontwikkeling is de komst van veel asielzoekers naar Drenthe. In het verleden waren er al zo'n 350 opgenomen in Veenhuizen. Volgens planning moeten er nog circa 1.000 komen in Oranjedorp en een vergelijkbaar aantal in Hoogeveen. Bij het opstellen van dit jaarverslag is bekend geworden dat er ook nog vele honderden zullen worden gehuisvest in Oosterhesselen en Assen. De druk die dit op de verschillende huisartsenspoedposten geeft (met name op de huisartsenbezetting) is van die omvang dat dit er niet zomaar bij gedaan kan worden. Met het Geneeskundige Coördinatie Asielzoekers (GCA) vindt overleg plaats over de maatregelen die van hen worden verwacht.

In 2014 is de angst voor het invoeren van ebola in Nederland toegenomen en zijn, vooral in Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), zijn hier maatregelen over afgesproken. Deze hadden deels ook betrekking op de huisartsenposten. Gelukkig is er geen patiënt geweest met (verdenking van) ebola.

5.4 Personeel

Over 2014 waren gemiddeld 102 medewerkers in dienst met een gemiddelde formatie van 52,9 fte. Daarnaast zijn er ruim 30 chauffeurs die worden ingehuurd vanuit MAI (Medical Assistance International). De circa 240 huisartsen in het werkgebied doen de diensten op onze huisartsenspoedposten.

Afgelopen jaren is in Zuid Oost Drenthe een aantal Physician Assistants (PA's) in dienst genomen. Doel was en is vooral om hiermee bij te dragen aan het oplossen/verminderen van de problematiek van (dreigende) tekorten aan huisartsen in deze regio. Achmea heeft het opleidingstraject (salariskosten en opleidingskosten) gefinancierd. Inmiddels is er een groep van tien PA's, van wie een deel in opleiding en een deel afgestudeerd. De PA's worden voor een klein deel van de tijd ingezet op de huisartsenpost en voor een groter deel ingezet bij dagpraktijken. In het afgelopen jaar is gebleken dat het niet lukt om alle gediplomeerde PA's voor alle beschikbare uren aan het werk te krijgen in de dagpraktijken, hierover is meermalen gesproken. Eind van het jaar heeft de CHD een "brandbrief" gestuurd naar Achmea, de LHV Kring Drenthe en de DHC hierover.

Vanuit de Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH) en IQ Healthcare (UMC St. Radboud) wordt vanaf 2014 een onderzoek op de Huisartsenpost Emmen verricht waarbij de vraag: "Hoe functioneert een PA in de spoedzorg en welke vergelijking/overeenkomsten/verschillen zijn er met de dienstdoende huisartsen" centraal staat. Het betreft een promotieonderzoek waarbij wordt toegespitst op de inzet van PA's op de weekenddagen.

De formele registratie van triagisten is dat ze voldoen aan de eisen die in de ANW-zorg worden gesteld, is ingegaan in 2009 en geldt voor 5 jaar. In 2014 heeft voor de eerste groep van 39 doktersassistenten van de CHD herregistratie plaatsgevonden.

5.5 Huisvesting en samenwerking ziekenhuizen

De huisartsenspoedposten van de CHD zijn alle gevestigd in de vier ziekenhuizen van Drenthe (Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Scheperziekenhuis Emmen, Bethesda Hoogeveen en Diaconessenhuis Meppel) bij/naast de SEH. De huisartsenspoedposten zijn in de afgelopen 5 à 10 jaar alle 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. 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. In 2014 zijn voor de posten Emmen, Hoogeveen en Assen verkennende gesprekken geweest om bij de verbouw van de SEH in het ziekenhuis de huisartsenposten te betrekken.

5.6 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. De spoedauto's van de CHD zijn toegerust volgens de richtlijnen van de brancheorganisatie Ineen. In inhoud van de spoedauto wordt door een tweetal huisartsen beoordeeld en zo nodig aangepast. In 2014 is na evaluatie het contract met de MAI met 5 jaar verlengd.

5.7 Patiënten

Afgelopen jaar is een patiëntervaringsonderzoek gedaan in onze opdracht door IQ Healthcare. Wij laten eens per drie jaar zo'n onderzoek doen. De uitkomsten waren over het algemeen goed. De triagisten scoorden wat betreft bejegening en professioneel handelen op het landelijk gemiddelde. Bij de huisartsen werd de bejegening ook zo positief ervaren, het professioneel handelen daarentegen werd beoordeeld iets onder het landelijke gemiddelde. Een belangrijk element daarin was de mate van voorlichting door de huisarts aan de patiënt, onder meer over het gebruik van medicijnen. De organisatorische aspecten scoorden een fractie minder dan het landelijk gemiddelde: wachttijden waren acceptabel, ervaren problemen betroffen de parkeermogelijkheden en op twee posten te weinig privacy aan de balie.

5.8 De Ondernemings Raad

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 2014 telt de ondernemingsraad vijf leden. Zij vertegenwoordigen de medewerkers die in loondienst zijn. De OR heeft 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.

5.9 ICT

Samen met de Drentse Huisartsen Coöperatie (DHC) en de Kring zijn grote initiatieven genomen ten aanzien van het ICT-beleid voor de huisartsen van Drenthe. Het project "Drenthezorg Digitaal" om te komen tot één huisartseninformatiesysteem(HIS) is verder ontwikkeld. In 2013 was het systeem Medicom geselecteerd en is met de leverancier van dit systeem onderhandeld over de prijs. In het afgelopen jaar zijn huisartsen gestimuleerd om op dit systeem over te stappen. Circa 30% van de huisartsen in ons werkgebied gebruikte dat systeem reeds en door het gevoerde stimuleringsbeleid is nog circa 20% overgestapt naar Medicom. Dat betekent echter tegelijkertijd dat de helft van de huisartsen gebruik maakt van een ander HIS.

In de loop van 2014 werd bekend dat het OZIS-netwerk begin 2015 zal verdwijnen. OZIS wordt door de CHD gebruikt om de verbinding te maken van het dossier van de eigen huisarts van de patiënt naar Call Manager op de huisartsenpost, het zogenaamde waarneemdossier. Ter wille van blijvende beschikbaarheid van het waarneemdossier na het verdwijnen van OZIS is ervoor gekozen de Drentse huisartsen alsnog te bewegen aan te sluiten op het Landelijk Schakel Punt (LSP). Tot nog toe was hier veel weerstand tegen in Drenthe

maar het is de enige manier om het waarneemdossier en ook de medicatieoverdracht goed te regelen. Daarom is medio 2014 een project gestart om huisartsen te stimuleren en te ondersteunen bij het aansluiten op het LSP en bij het realiseren van een hoog percentage toestemming van patiënten (opt-in) om hun medische gegevens via LSP beschikbaar te maken. We doen dit project samen met de apothekers van Drenthe. De CHD is "proceseigenaar" voor dit project. Stichting Gerrit uit Friesland is aangetrokken om het projectleiderschap op zich te nemen en de ondersteuning aan de huisartsen te realiseren. Doelstelling van het project is om medio april 2015 60% van de Drentse huisartsen aangesloten te hebben op het LSP met een opt-in percentage van tenminste 40%. Met de DHC hebben we afgesproken om nu eerst dit project voluit te voeren en onze inspanningen om meer praktijken over te krijgen naar Medicom op dit moment te extensiveren.

Ook in 2014 hebben we, samen met de DHC, in gang gezet om meer in het algemeen met de apothekers en de ziekenhuizen een ICT-zorgnetwerk op te richten. Doel is om meer samen te werken ten aanzien van ICT-ontwikkelingen in brede zin. Als eerste speerpunten hebben we benoemd: aansluiting bij LSP en medicatieoverdracht. Ook hier hebben we stichting Gerrit gevraagd ons te ondersteunen, mede vanuit de ervaring die zij in Friesland en Groningen reeds hebben opgedaan.

In 2014 is een nieuw geautomatiseerd roosterprogramma ingevoerd, Dit systeem van Intershift levert een grote winst in functionaliteit ten opzichte van het tot dan toe gebruikte systeem, met zeker ook voor de huisartsen veel meer inzicht en gemak.

Verder heeft 2014 in het teken gestaan van het vervangen van het besturingssysteem zowel voor de posten als voor de kantooromgeving. De laatste Windows XP licenties zijn vervangen door de nieuwste Windows versies en ook de serversoftware is opgewaardeerd naar een moderner Windows platform dat ook weer veiliger is. Naast deze omschakeling zijn fysieke computerservers vervangen door 'virtuele' servers zodat ook gemakkelijker in de toekomst kan worden ingespeeld op uitval en vervanging.

Een eind 2013 gestarte pilot met het werken met tablets heeft er in 2014 toe geleid dat steeds vaker tablets hun intrede doen binnen de CHD. Ter ondersteuning hiervan is WIFI apparatuur op de locaties vervangen door snellere apparaten zodat draadloos werken steeds toegankelijker is geworden. Naast dit alles zijn er in 2014 meer stand-alones geplaatst op de posten zodat internet daar waar nodig eenvoudig gebruikt kan worden. In 2015 zal dit worden voortgezet. Belangrijk aandachtspunt blijft wel een fysieke scheiding tussen de apparatuur waarop met patiëntgegevens wordt gewerkt en die waarop andere zaken worden gedaan. Aan deze harde GBZ eis willen we zonder meer als CHD met elkaar blijven voldoen.

5.10 Scholing

5.10.1 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 2014 heeft iedere triagist dan ook de jaarlijkse training Telefonische Triage gevolgd, dit jaar toegespitst op het uitvoeren van een goede ABCD check. Tevens zijn er voor de triage een aantal coaches, deze coaches worden jaarlijks geijkt 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.

5.10.2 Huisartsen

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. Jaarlijks leiden we ongeveer 20-25 AIOS'en op.

5.10.3 PA

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

Zoals eerder vermeld, zijn in navolging op 2012 en 2013 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 2014 7 kandidaten in opleiding waren. 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. 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.

5.10.4 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.

5.11 Regionale samenwerking Spoedzorg

We hebben veel contacten met onze ketenpartners in de regio. Veel van deze contacten vinden plaats in het ROAZ (regionaal overleg acute zorg). Afgelopen jaar is het ROAZ Drenthe samengegaan met het ROAZ Groningen en tevens gesplitst in een bestuurlijk overleg en een ROAZ-overleg. De directeur van de CHD neemt deel eerste overleg en in het tweede de senior locatiemanager.

Tevens is goed overleg gevoerd met GGZ Drenthe over de oprichting en verfijning van de crisisdienst, waarin als vervolgstap een provinciale spoedpoli is ingericht, waar psychiatrische patiënten in situaties van spoed kunnen worden opgevangen.

Met alle ziekenhuizen in Drenthe is opnieuw overleg geweest over versterking van de samenwerking in de spoedzorg. Hier en daar zijn werkgroepen geformeerd of zijn oude plannen weer tevoorschijn gehaald. Nadere samenwerking wordt beoogd onder meer in het regelen van de patiëntenstroom, in diagnostiek voor de eerste lijn en dergelijke. We houden bewust wel een scheiding tussen eerste- en tweedelijnszorg, omdat dit in het voordeel van de patiënt is en de kosten beperkt, met de huisartsen(post) als poortwachter.

5.12 Midea

Midea is een facilitaire organisatie die ondersteuning biedt aan huisartsen(organisaties) De CHD een van de twee eigenaren van Midea, de andere eigenaar is de DHC.

Door de verdere opbouw van Midea in 2014 is de organisatie klaargemaakt om de gevraagde uitbreiding van haar takenpakket aan te kunnen. Daarbij ging het om twee activiteiten: de ondersteuning met projectleiding, functioneel beheer, secretariële en administratieve ondersteuning van het project Drenthezorg Digitaal en de organisatie van alle logistieke processen met betrekking tot de nascholing van huisartsen. Echter, ten aanzien van Drenthezorg Digitaal is het anders gelopen. De aansluiting tussen de aangetrokken projectleider en het project zelf bleek onvoldoende. Er bleek in deze fase meer behoefte aan een beheersmatige functie dan aan een ontwikkelfunctie. Bovendien hebben we afgesproken nu eerst nadruk te leggen op het aansluiten op LSP en de gewenste verdere uitbreiding van Drenthezorg Digitaal naar meer praktijken pas op termijn weer ter hand te nemen.

De voorbereiding van de uitvoering van de nascholing huisartsen (door Kring en WDH's) heeft aanzienlijk meer tijd gekost dan verwacht zodat de uitvoering door Midea pas in 2015 daadwerkelijk gestalte zal krijgen. Voor Midea heeft met name deze laatste ontwikkeling een financieel verlies opgeleverd.

In 2014 is door een externe deskundige advies uitgebracht over de communicatiestrategie van Midea.

5.13 Regie Over Eigen Rol

Medio 2013 is een eerste stap gezet op de weg naar een forse ontwikkeling van onze organisatie in de richting van veel meer beslissingsbevoegdheid op de werkvloer. Kernwaarden als mensen in hun kracht zetten, laat ieder vooral zoveel mogelijk zelf beslissen hoe hij/zij het werk het beste kan uitvoeren, ondernemerschap, betrokkenheid, eigenaarschap, integriteit en openheid zijn daarbij onze leidraden.

Na discussie binnen het managementteam in het najaar van 2013 zijn we begin 2014 het traject daadwerkelijk gestart. Er is externe begeleiding aangetrokken. Onder de titel ROER (Regie Over Eigen Rol) heeft een tweetal startbijeenkomsten plaatsgevonden met alle medewerkers. Vervolgens zijn op de vier posten en op kantoor kernteams geformeerd: teams van enkele medewerkers die alle beschikbare informatie (van klaag- en jubelmuren, 0-metingen etc.) hebben gebruikt om te komen tot een soort diagnose van wat er speelt en van daaruit een voorstel te doen aan het voltallige team voor de prioriteit van aan te pakken verbeterpunten. Dat heeft geleid tot een aantal verbeterteams, waarbij hier en daar ook chauffeurs en op een post ook een huisarts betrokken is. We nemen waar dat met veel enthousiasme wordt gewerkt en dat vooral het feit dat men nu meer zelf de problemen mag analyseren en oplossen als erg motiverend wordt beleefd. Dit traject gaat komende jaren uiteraard door met als doel dat het uiteindelijk volledig is ingeburgerd in de organisatie en dat dit onze (nieuwe) manier van werken wordt.

6. 2015

Voor het jaar 2015 wordt er op de volgende manier gewerkt aan weer een stukje verbetering van het kwaliteitsbeleid van de CHD:

- Herzien van de MIP meldingsprocedure
- Klachtenbewustheid en hiervan leren
- Werkgroep NTS gaat verder met de implementatie van het plan van aanpak
- Inventarislijsten spoedauto herzien
- Besluitvorming rond herzien van werkinstructies vereenvoudigen
- Verdere implementatie kind check
- Starten van verbeterteam kwaliteit
- Herzien calamiteitenprocedure
- Voortzetting onderzoek aanrijtijden bij visites met hoge urgentie.