



Jaarbericht 2011



Voorwoord

Lezer gegroet!

Het is wederom met veel plezier dat bestuur en directie u dit jaarverslag aanbieden.

We kijken terug op 2011, een jaar dat de nodige veranderingen met zich meebracht. Een jaar waarin de reeds ingezette stabilisering van de patiëntenstroom zich verder aftekende, een ontwikkeling waar we dankbaar voor zijn.

Immers een aanhoudende, toenemende patiëntenstroom, zoals in de achterliggende jaren, zou een wellicht te grote claim op de rek van de organisatie hebben gelegd. Echter, ook in de komende jaren zal al onze aandacht erop gericht moeten zijn om de hulpvraag van de patiënt op een kwalitatief hoogstaand niveau te blijven beantwoorden.

Op uitvoerend niveau was het een zeer druk, dynamisch jaar. De invoering van zowel een nieuw registratiesysteem, Protopics, alsook de invoering van een nieuw triagesysteem, het NTS (Nederlandse Triage Standaard), hebben veel gevraagd van het managementteam en alle medewerkers. Hulde toch vooral aan onze triagistes, zij hebben deze kar met verve, inzet en doorzettingsvermogen getrokken. Maar hulde ook aan ons management voor de voortvarende wijze waarop de veranderingen zijn doorgevoerd en natuurlijk ook aan de aangesloten artsen die, soms met hun terecht kritische instelling, hebben laten zien deze veranderingen goed in hun werkwijze te kunnen absorberen.

Op bestuurlijk niveau zijn er in 2011 ook slagen van betekenis gemaakt. De taakdifferentiatie binnen het bestuur heeft verder vorm gekregen met de komst van huisarts Douven. Zij heeft, als nieuw bestuurslid, uitgebouwd wat haar voorgangster huisarts Regtien, in de steigers heeft gezet. Een klachten- en calamiteiten management waarbij zowel patiënt, betrokken hulpverleners alsook de huisartsenpost (HAP) als organisatie zich goed en betrokken bejegend mogen voelen. Dit alles samen met een tweede arts uit ons midden, huisarts Renckens, die bovendien heeft aangetoond een kundige vertaalslag te kunnen maken van incident naar leermoment.

Daarnaast heeft de samenhang met de Coöperatieve Huisartsen Vereniging (CHV) aan diepgang en ook formele binding gewonnen. Het voorzitterschap van de HAP is nu gekoppeld aan het lidmaatschap van het Algemeen Bestuur van de CHV hetgeen een betere beleidsafstemming en directe invloed van de CHV op de HAP mogelijk maakt. Bovendien wordt zo beter geregeld de statutaire bepaling dat HAP bestuursleden benoemd worden door de CHV. Voor de toekomst van groot belang willen we als artsen bestuurlijk invloed op de HAP, op onze HAP, blijven houden.

Ik wens u allen veel leesplezier. En mag ik u vragen, de op het eerste oog immer ontoegankelijk ogende cijferlijstjes en tabellen, die er om vragen overgeslagen te worden, nu toch eens door te nemen. Dan kan het niet anders of u zult tot dezelfde conclusie komen als het bestuur, namelijk dat we hier met een HAP te maken hebben, die de toets der kwalitatieve kritiek ruimschoots kan doorstaan.

Hoogachtend, en met vriendelijke groet,

Wim Mol
bestuursvoorzitter HAP Gelders Rivierenland

I. Organisatie post

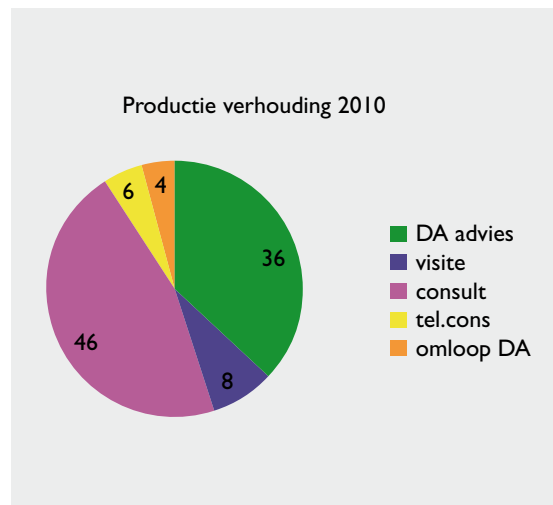
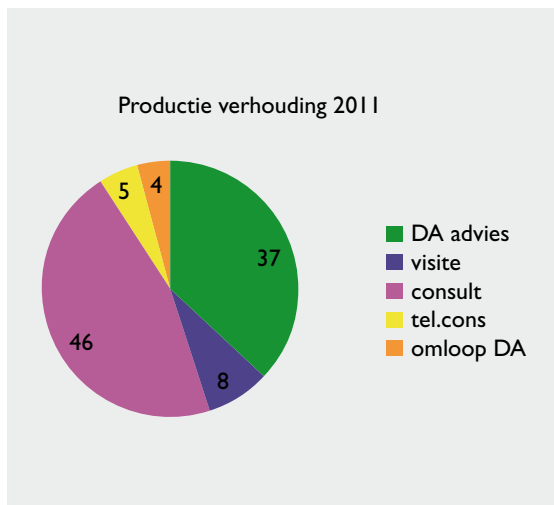
De huisartsenpost is gevestigd in Tiel en maakt gebruik van een locatie van het Rivierenland Ziekenhuis. Het verzorgingsgebied van deze huisartsenpost omvat ongeveer 176.000 inwoners. Aangesloten zijn de huisartsen uit 24 gemeenten: In totaal omvatten deze gemeenten 48 vestigingsplaatsen. Het aantal huisartsen (excl. HIDHA's) dat participeert in de Huisartsenpost Gelders Rivierenland is 83. Via Waarneembemiddeling zijn 48 artsen geregistreerd als "geaccepteerde" waarnemers. Er is voor de huisartsen vanaf 55 jaar, de z.g. "55+ regeling". Zorgintermediair regelt, ondersteunt en helpt de huisartsen bij het "verkopen" van hun nachtdiensten. De huisartsenpost neemt de bemiddelingskosten voor haar rekening.



2. Productie

Sinds de start van de huisartsenpost Gelders Rivierenland in 2002, is het aantal verrichtingen jaarlijks toegenomen. In 2010 was er voor het eerst een geringe afname in het aantal contacten, in 2011 zien we die trend voort zetten.

	2010	2011
DA- advies	17.014	16.192
Consult	22.047	20.375
Tel. consult HA	2.633	2.172
Visite	3.827	3.605
Omloop	1.879	1.891



Er bestaan twijfels over de echte spoed bij veel hulpvragen. Onderstaande verdeling laat zien dat deze twijfels gegrond zijn. Een deel van de patiënten ziet de huisartsenpost steeds meer als een verlengstuk van de dagzorg. Blijft de discussie over de reden van hoge zorgconsumptie bij laagurgente zorgvragen. Ligt het aan de telefonische triage door de triagisten, of de beperkte telefonische bereikbaarheid en beschikbaarheid van de eigen huisarts?

Urgentieverdeling alle contacten over 2011

U2	U3	U4
6.42%	43.58%	49.95%

2.1 Top 10 ICPC-code

1. Koorts	2.8%
2. Acute infectie bovenste luchtwegen	2.4%
3. Cystitis/urine­weginfecties Andere gelokaliseerde buikpijn	2.2%
4. Otitis media acute Veronderstelde gastrointest.inf	2.1%
5. Geen ziekte	1.9%
6. Hoesten Hand/vinger symptomen/klachten Gegen. buikpijn/buikkrampen Borstkas symptomen/klachten	1.4%
7. Voet/teen symptomen/klachten Pneumonie	1.3%
8. Buil/kneuzing/contusie intacte huid	1.2%
9. Braken Oorpijn Obstipatie Pols symptomen/klachten	1.0%
10. Knie symptomen klachten Bezorgdheid (bij)werking geneesmiddel. Verstuiking/distorsie enkel Dyspnoe/benaauwdheid aan luchtwegen	0.9%

3. Kwaliteit

Er wordt veel aandacht en tijd besteed aan de kwaliteit van de zorgverlening, waarbij de patiënt centraal staat. De verleende zorg blijft mensenwerk, daarom worden er veel scholingen georganiseerd en is er extra aandacht voor een veilige en prettige werkomgeving.

3.1 Scholing triagisten

Een deskundige triage is van groot belang. Nieuwe medewerkers hebben na hun inwerkperiode een evaluatiegesprek. Na een half jaar een beoordelingsgesprek en een functioneringsgesprek. Tevens hebben de nieuwe assistenten gedurende 1 jaar een “buddy”, op wie ze kunnen terugvallen voor vragen en problemen die ze ondervinden. Alle nieuwe medewerkers moeten binnen 2 jaar in het bezit zijn van het diploma voor triage-assistent. De ondersteuning en scholingen hiervoor starten vrij snel na het doorlopen inwerktraject.

In december 2011 zijn 27 triagisten in dienst van de huisartsenpost.

Alle triagisten hebben jaarlijks 6 verplichte scholingen die door de huisartsenpost georganiseerd worden.

- 2x per jaar is er een scholing rondom triage met casusbespreking
- 1x per jaar communicatieve vaardigheden
- 1x AED en reanimatie
- 1x casusbespreking n.a.v. calamiteiten
- 1x een dag training met wisselende onderwerpen

De triagisten komen 3x per jaar in werkgroepjes bijeen tijdens deze intervisiebijeenkomsten worden zelf ingebrachte triagegesprekken, in een veilige omgeving, besproken.

9x per jaar is er een verplicht werkoverleg, met team coaching als regelmatig terugkerend onderwerp.

De uitkomsten van de jaarlijkse functioneringsgesprekken laten zien dat de triagisten erg tevreden zijn over het aanbod van de scholingen, ondersteuning van het MT en vooral de sfeer.

De telefoonbelasting tijdens de avonddiensten wordt als hoog ervaren. Naar aanleiding daarvan wordt tijdens de doordeweekse avonden tussen 18.00-21.00 uur 1 triagist extra ingeroosterd.

Het ziekteverzuim percentage in 2011 was: **3.91%**

3.2 Scholing huisartsen

1x AED en reanimatie

2x per jaar scholing “Leerkuilen” casusbespreking n.a.v. een calamiteit

24 huisartsen hebben de scholing “dokter kom snel”, gevolgd. De training is betaald uit de OTO-stimuleringsgelden.

De scholingen voor de huisartsen worden georganiseerd in samenwerking met de WDH.

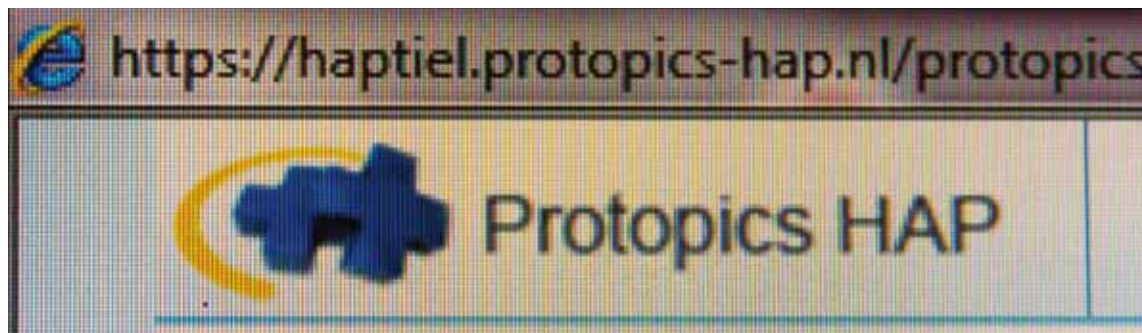
3.4 ICT

Op 1 december 2011, zijn we overgegaan op het nieuwe call-managementsysteem, Protopics-Hap, omdat Adastra vanaf 2012 niet meer ondersteund wordt.

Een werkgroep, bestaande uit 3 huisartsen, onze ICT- ondersteuner, 1 triagist heeft een aantal huisartsenposten met verschillende systemen bezocht. De keuze bestond uit Labelsoft, Hapicom of Protopics. Het feit dat de omliggende huisartsenposten met Protopics werken, heeft de doorslag gegeven. In november zijn de voorbereidingen voor de conversie gestart en de overgang begin december is zonder problemen verlopen.

De triagisten hebben zowel digitale training als een training “on the job”, doorlopen die vooral gericht was op het geïntegreerde triage-systeem. De huisartsen hebben digitaal een training versie ontvangen.

Zowel de huisartsen als de triagisten hebben geen noemenswaardige problemen ondervonden met het werken met Protopics als registratiesysteem. Echter het geïntegreerde triagesysteem en het werken met NTS bleek voor de triagisten en de artsen wel een hele omschakeling.



4. Branchenormen

4.1 Telefonische bereikbaarheid:

- a. Bij gebruik spoedtoets binnen 30 seconden een persoon aan de lijn.
- b. Zonder spoed gemiddeld per jaar bij 75% van de telefoontjes binnen 2 minuten een persoon aan de lijn (per eind 2010).
- c. Zonder spoed gemiddeld per jaar bij 98% van de telefoontjes binnen 10 minuten een persoon aan de lijn (per eind 2010).

De telefonische bereikbaarheid wordt vanaf oktober 2010 doorlopend gemeten.

	2010 vanaf okt	%	2011	%
Binnengekomen oproepen:	19528		55157	
Niet spoed	19123	97.9	53991	97.9
Spoed	405	2.1	1166	2.1
Spoed oproepen	405		1166	
Gemiddelde wachttijd	7.86 sec		7.69 sec	
0 tot 20 sec	395	97.5	1145	98.2
21 tot 30 sec	8	2.0	11	0.9
>30sec	2	0.5	10	0.9
Niet spoed oproepen	19123		53991	
Gemiddelde wachttijd	101.50 sec		118.17 sec	
0-120 sec	14674	76.7	39100	72.4
121-600 sec	4226	22.1	13711	25.4
>600 sec	223	1.2	1180	2.2

4.2 Fysieke bereikbaarheid:

Minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied kan binnen 30 minuten de huisartsenpost bereiken.

Bij een gemiddeld verkeersaanbod voldoet onze huisartsenpost ruim aan deze norm.

4.3 Aanrijdtijden:

Bij U1 zorgvragen (levensbedreigende spoed) is zorg binnen 15 minuten aanwezig voor 95% van alle als U1 aangemerkte zorgvragen en 100 % binnen 30 minuten.

U1 oproepen worden, volgens afspraak met de ambulancedienst (Samenwerkingsovereenkomst RAV-HAP) overgedragen aan de meldkamer.

4.4 Reactietijd bij U2 (spoed)

Bij U2 zorgvragen (spoed) is zorg binnen 1 uur aanwezig

Consulten 97.4% <1 uur zorg aanwezig

Visite 98 % <1 uur zorg aanwezig (dit is gemeten door het doen van steekproeven = aanname Call en aankomst arts volgens de rittenstaat chauffeurs)

4.5 Autorisatie

De zelfstandig door de triagist afgehandelde contacten worden binnen 1 uur door de huisarts gefiatteerd.

Is 92%, hierbij voldoen we niet aan de norm. Met name tijdens drukke avonddiensten blijven de fiatteringen te lang staan. De huisartsen blijven prioriteit geven aan “het leeg krijgen van de wachtkamer” boven het fiatteren van de zelfstandige adviezen.

Wachttijden wachtkamer: 0-30 min 82% 0.5- 1 uur 97%

4.6 Kwaliteit triage

Triagisten zijn gediplomeerd of in opleiding als triage-assistent.

Alle triagisten zijn binnen 2 jaar in het bezit van het vereiste diploma triage-assistent.

5. Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)

Medio 2011 is er een start gemaakt met een nieuw KMS. Dit systeem is met de input van onze kwaliteitsfunctionaris ontwikkeld. Speerpunt voor dit nieuwe systeem is gebruiksvriendelijkheid. Zowel het management als de medewerkers zouden gemakkelijk toegang moeten verkrijgen tot het KMS en op een snelle en eenvoudige manier documenten moeten kunnen vinden en verwerken. Voordeel is ook dat er maar 1 versie in omloop is.

Uit een enquête onder de huisartsen en triagisten is gebleken dat we hierin geslaagd zijn. Medewerkers kunnen makkelijk protocollen vinden. Triagisten kijken meer in het KMS dan de huisartsen. Dit heeft o.a. te maken met onbekendheid. De huisartsen hebben tijdens een nascholing uitleg gekregen over het KMS. Het systeem voldoet aan de eisen en de kwaliteitsdoelstellingen van het HKZ-certificatieschema.

5.1 Resultaten interne audits

In 2011 zijn 6 interne audits uitgevoerd door het auditteam. Hieruit zijn zowel positieve als negatieve bevindingen naar voren gekomen, hieronder een greep uit de bevindingen.

Uit de audit Palliatieve zorg zijn weinig afwijkingen naar voren gekomen. De auditees waren goed op de hoogte van de afspraken in het protocol en het bleek dat, door de invoering van een overdracht formulier, veel vaker een overdracht van palliatieve patiënten wordt gedaan dan voorheen. De huisarts op de huisartsenpost is zo meer op de hoogte van het beleid, de afspraken en de wensen van de patiënt met als gevolg een verbetering in continuïteit en kwaliteit van zorg bij terminale patiënten.

Uit de audit over de afspraken in het Triageprotocol is gebleken dat een vaste bezetting bij de balie erg gemist wordt. Met name in de avonden worden de baliewerkzaamheden verricht door de triagisten die aan de telefoon zitten. De werkdruk wordt tijdens de avonden als hoog ervaren. Ook de werkdruk voor de regiearts is 's avonds behoorlijk belastend. Door deze hoge werkdruk kunnen/worden niet altijd de afspraken in het protocol nageleefd.

De resultaten van de interne audits en de eventueel genomen maatregelen zijn voor alle medewerkers inzichtelijk op het KMS.

5.2 Beoordeling leveranciers

Op basis van de gestelde criteria worden de SLA's van de leveranciers middels kwartaal- / jaarlijkse evaluatiegesprekken of interne audits, beoordeeld.

Van de meeste evaluatiegesprekken is een verslag opgesteld en de verbeterpunten uit dit verslag dienen weer als agendapunt voor het volgende overleg.

Van de interne audits en het patiënt ervaringsonderzoek zijn de verslagen inzichtelijk op het KMS.

5.3 Doorgevoerde verbeterpunten Klachten/calamiteiten

Uit audit, klachten, calamiteiten en VIM- meldingen, zijn (SMART) verbeterpunten gekomen (zie punt 5.5) die door de commissies voorgesteld en door de directie zijn doorgevoerd binnen de organisatie.

5.4 Klachten/calamiteiten

Er zijn in 2011 **28 klachten** binnengekomen. Verreweg de meeste klachten hadden te maken met een verkeerd gestelde diagnose, door de huisarts. Het niet serieus nemen van de hulpvraag door zowel de arts als de triagist, is ook een veel gehoorde klacht.

In de meeste gevallen was het voor de klager voldoende om gehoord te zijn door de klachtenbemiddelaar. Daar waar dit niet het geval was, heeft de betrokken arts per brief of telefonisch de klacht met de klager besproken. In alle gevallen was daarmee de klacht naar tevredenheid afgehandeld.

N.a.v. vermeende verkeerde diagnoses zijn er 2 aansprakelijkheidsstellingen. Deze worden direct doorgestuurd naar onze verzekeraar en worden buiten ons zicht behandeld.

Er zijn **3 calamiteiten** gemeld bij het IGZ-loket. Voor de melding bij het loket, beoordelen 2 huisartsen de casus voor een eerste inschatting of de melding inderdaad voldoet aan de definitie van een calamiteit. De calamiteitencommissie beoordeelt de triagegesprekken en heeft een gesprek met de betrokken zorgverleners. N.a.v. de gesprekken wordt een rapportage opgesteld. Met behulp van een PRISMA-analyse wordt er gezocht naar de basisoorzaken, waarop weer SMART geformuleerde verbeterpunten kunnen worden gedestilleerd.

*In 2011 zijn **48 meldingen** ingediend bij de VIM.*

Men krijgt altijd bericht van de vim commissie wanneer dit zo is en advies wat zij dan wel met de melding kunnen doen, zodat zij altijd gehoor krijgen.

De meeste meldingen hebben betrekking op het fouten tijdens het uitoefenen van een taak. Verder blijkt dat er soms onduidelijkheid is over de kwaliteit en de beschikbaarheid van protocollen.

5.5. Uit de klachten/calamiteiten zijn o.a. de volgende verbeterpunten gekomen:

- Artsen tijdens een nascholing gewezen op de noodzaak om een zo volledig mogelijke verslaglegging te maken met hierin in ieder geval beschreven:
 - Een eigen S-regel (dus niet alleen S-da kopiëren)
 - Volledig onderzoek noteren, dus géén “g.a.” noteren
 - Werken met een DD (differentiaal diagnose)
 - Verplichting om de ICPC-codering te gebruiken
 - De triagist bij overleg met arts altijd naam van arts en uitkomst van overleg vermelden

5.6 Risico-inventarisatie & evaluatie

In 2009 heeft er voor de 2e keer een RI&e plaatsgevonden. Hier kwamen, behalve een paar laag risicovolle bevindingen, geen bijzonderheden uit. Het bezoek van de Arbeidsinspectie eind 2010 is ook voorspoedig verlopen, met als enige punt van aandacht het onderwerp Infectiepreventie.





6. Ketenpartners in de spoedzorg

6.1 S.E.H.

Met de locatie van de huisartsenpost in het Rivierenlandziekenhuis, is de samenwerking met het ziekenhuis geïntensiveerd. Sinds 2008 is er een samenwerkingsovereenkomst met de Spoedeisende Hulp, waarmee wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan een betere bereikbaarheid en kwaliteit van de zorg, waarbij duidelijkheid en veiligheid voor de patiënten en doelmatigheid voor de organisatie voorop staat.

6.2 Ambulance dienst

Er is een samenwerkingsprotocol met de RAV Gelderland Midden.

Alle UI meldingen, POB klachten en evidente collumfracturen worden door de triagiste, na overleg met regiearts, direct overgedragen aan de meldkamer.

Bij een capaciteitstekort worden spoedaanvragen over en weer overgenomen.

6.3 Dienstapotheek

De dienstapotheek is een initiatief van de vrij gevestigde apotheken. De dienstapotheek is gevestigd naast de huisartsenpost en verstrekt de medicatie aan patiënten tijdens avond-, nacht- en weekenduren. Tijdens kantooruren is de dienstapotheek de poli-theek van het ziekenhuis.

De directie heeft regelmatig overleg met de dienstapotheken. Tezamen met de dienstapotheken is een protocol opgesteld over de medicatie in de visiteauto van de huisartsenpost.

De aanvulling en controle van de visite-tassen en de spoedmedicatie op de post valt onder de verantwoordelijkheid van de dienstapotheek.

6.4 S.T.M.R. Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk werk Rivierenland

De huisartsenpost en STMR hebben een overeenkomst gesloten dat, onder bepaalde voorwaarden, verpleegkundige ondersteuning levert aan de HAP tijdens de ANW- uren.

Deze ondersteuning wordt geleverd door verpleegkundigen van STMR.

De huisarts kan een verpleegkundige van STMR inzetten bij:

- verstopte of uitgevallen blaaskatheters
- zwachtelen bij diepe veneuze trombose

- wondbehandeling
 - plaatsen van infuus en (spuit)
 - pompen (evt. in overleg met palliatief consultatieteam)
 - organiseren van zuurstofbehandeling thuis
 - verstopte maagsondes, PEG-sonde
- De huisarts doet het verzoek voor verpleegkundige ondersteuning na telefonische beoordeling of na een consult of huisbezoek.
 - De huisartsenpost is eindverantwoordelijk voor de medische zorg die vanuit de huisartsenpost geleverd wordt. De huisartsenpost delegeert hiertoe deelverantwoordelijkheden naar STMR.
 - De verpleegkundigen van STMR zijn conform de wet BIG bevoegd en bekwaam tot deze handelingen daar waar nodig verstrekt de huisarts een ondertekend uitvoeringsverzoek.
 - De verpleegkundigen van STMR handelen volgens relevante protocollen, richtlijnen en werkinstructies vastgesteld binnen STMR.

Na afhandeling van het verzoek brengt de verpleegkundige van STMR zo spoedig mogelijk telefonisch verslag uit aan de HAP. Later zal er per fax een uitgebreider schriftelijk verslag naar de HAP verstuurd worden. De materialen die de verpleegkundige heeft verbruikt worden eens per week door een medewerker van STMR aangevuld uit de voorraad die op de HAP aanwezig is.

6.5 Acute dienst (AD) “De Gelderse Roos”

Reeds enkele jaren is er intensief contact met het management van de acute dienst om te komen tot goede samenwerkingsafspraken met als doel de continuïteit in de zorgverlening aan patiënten met psychiatrische problematiek en optimale onderlinge communicatie tussen de huisartsenpost Gelders Rivierenland en de Acute dienst. Sinds december 2011 is er een officiële samenwerkingsovereenkomst.

De belangrijkste verandering in vergelijking met voorheen is dat de dienstdoende huisarts van de HAP de patiënt buiten kantooruren niet altijd zelf eerst hoeft te zien voordat verwezen kan worden naar de AD. Het betreft de overdracht van patiënten die na triage en overleg worden doorverwezen naar de AD van de Gelderse Roos Rivierenland. Uiteraard blijft de HAP verantwoordelijk voor de screening en behandeling van somatiek.

7. Feitelijke organisatie

Bestuur

Dhr. W.H. Mol	voorzitter
Dhr. B.M.J. Appels	vice-voorzitter
Dhr. M.J. Torn Broers	penningmeester
Mw. J. Douven	bestuurslid

Klachtenbemiddelings/calamiteitencommissie

Dhr. A. Renckens, huisarts
Mw. J.A.M. Douven, huisarts/bestuurslid
Mw. W.B.M. Schreuders, directeur HAP
Mw. M. Stam, kwaliteitsfunctionaris
Dhr. K. Lambrechtse, klachtbemiddelaar

VIM – commissie

Mw. A. Verwoert, commissielid/assistente
Mw. E. Scherpenzeel, commissielid/assistente
Dhr. M. van Leest, commissielid/huisarts
Dhr. A. Rombout, voorzitter (aftredend december 2011)

Vertrouwenspersoon

Mevr. M.J. Andringa, arts

Management

Mw. W. Schreuders-van Rosmalen directeur
Dhr. K. Lambrechtse, managementondersteuner/controller
Mw. E. Weber, assistente locatiemanager
Mw. M. Stam, kwaliteitsfunctionaris

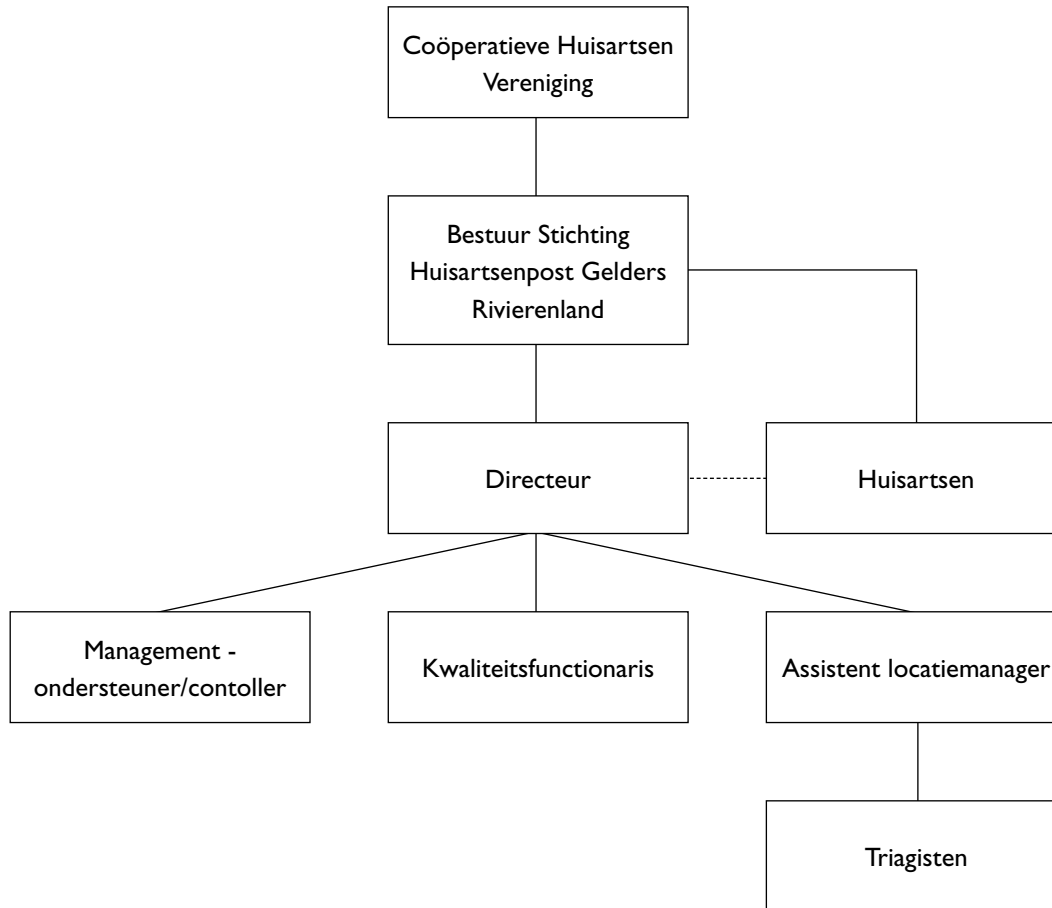
Teamleider

Mw. R. v. Pelt

Secretariële ondersteuning bestuur

Mw. C. de Lang- van Amstel

8. Organogram



9. Lijst met afkortingen

AD	Acute Dienst Pro Persona
AED	Automatische Externe Defibrilator
AMK	Advies en Meldpunt Kindermishandeling
ANW	Avond-nacht en weekenduren
CPA	Centrale Post Ambulance
DA	Doktersassistente
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
HAAK	Hulpvraag- Achtergrondinformatie-Advies-Klantreactie
HAGRO	Huisartsen Groep
HAP	Huisartsenpost
HKZ	St. Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
MAI	Medical Assistance International)
MIP	Melding Incidenten Patiëntenzorg
MT	Management Team
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
OVD	Oudste van Dienst
PRISMA	Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
SEH	Spoedeisende Hulp
SMART	Specifiek Meetbaar Acceptabel Realistisch Tijdgebonden
SOEP	Subjectief/Objectief/Evaluatie/Plan
VIM	Veilig Incidenten Melden
WDH	Werkgroep Deskundigheidsbevordering



Huisartsenpost Gelders Rivierenland

Pres. Kennedylaan 1a, 4002 WP Tiel

T. 0344-799111

F. 0344-618597

E. info@haptiel.nl

