



Jaarbericht 2014



Voor Spoeed 

POST

# Jaarbericht 2014

## Huisartsenpost Gelders Rivierenland

**Het is het bestuur en de directie van de Huisartsenpost (HAP) Gelders Rivierenland te Tiel een genoegen u het jaarverslag 2014 aan te bieden. Een jaarverslag dat een goed cijfermatig inzicht geeft in de patiëntenstroom die de HAP jaarlijks verwerkt, getoetst aan de urgentie- en kwaliteitscriteria die daarvoor staan. Een jaarverslag dat een goed inzicht geeft in het gevoerde kwaliteitsbeleid op de HAP.**



jaarverslag

2014

Dit jaarverslag is in die zin een bijzonder jaarverslag omdat het het laatste jaarverslag in de huidige rechtsvorm is. Sinds de oprichting was de HAP een min of meer autonome stichting, maar per 1 januari 2015 gaat de HAP verder als BV, ressorterend onder de Coöperatieve Huisartsen Vereniging (CHV) Gelders Rivierenland. Deze bestuurlijke reorganisatie heeft in 2014 de nodige inspanningen en voorbereidingen gekost met als doel de overgang op de werkvloer ongemerkt te laten verlopen. Inmiddels mag ik wel stellen dat dit gelukt is.

Grootste inhoudelijke thema in 2014 was de aansluiting op het LSP. In de tweede helft van 2014 kwam de stroom aangesloten patiëntendossiers geleidelijk op gang waardoor het in toenemende mate mogelijk is tijdens het contact op de HAP inzage te hebben in het patiëntendossier van de eigen huisarts. Dit maakt een betere afstemming van dag- en spoedzorg mogelijk dat naar verwachting een belangrijke bijdrage aan de zorgkwaliteit en de patiëntveiligheid gaat betekenen.

Opnieuw wil ik alle medewerkers en alle huisartsen die hebben bijgedragen aan de hoogwaardige patiëntenzorg die op de HAP in

Tiel geleverd wordt, hartelijk danken voor al hun inzet en betrokkenheid. Hoeveel processen er ook onderhevig zijn aan audits en hoe groot het hedendaags geloof in ICT ondersteuning ook mag zijn, in mijn ogen blijft de menselijke factor toch het belangrijkste. Betrokkenheid, deskundigheid, teamgeest, dat zijn de pijlers waarop een dienstdoende team rust. Ik weet dat deze pijlers op onze HAP in Tiel stevig zijn!

Een speciaal woord van dank voor het managementteam en dan met name voor Wilma Schreuders, directeur, en Kees Lambrechtse, controller en duizendpoot. Dankzij jullie niet aflatende betrokkenheid en inzet, voor Kees in principe 24/7, is de HAP gegroeid tot een kwalitatief hoogwaardige zorginstelling waar de tevredenheid onder de medewerkers groot is.

Namens alle bestuursleden die de Stichting Huisartsenpost Gelders Rivierenland de afgelopen jaren hebben gediend wens ik u een aangenaam leesuurtje met dit jaarverslag.

Met hoogachting en vriendelijke groet,

**Wim Mol**

*Voorzitter HAP Gelders Rivierenland te Tiel*

1	Organisatie post	5
2	Productie	6
3	Kwaliteit	7
4	Branchenormen	11
5	HKZ & Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)	14
6	Ketenpartners in de spoedzorg	21
7	Feitelijke organisatie	23
8	Organogram	25
9	Lijst met afkortingen	26

# 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 95.

Via Waarneembemiddeling zijn 64 artsen geregistreerd als 'geaccepteerde' waarnemers, waarvan 24 met een + aantekening voor regiediensten. Er is voor de huisartsen vanaf 55 jaar, de zgn. '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 en 2011 was er voor het eerst een geringe afname in het aantal contacten. In 2012 was er tegen deze trend in,

een stijging van het aantal contacten, vooral bij de consulten. Dit is vrijwel zeker het gevolg van het nieuwe geïntegreerde Nederlandse Triage Standaard. In 2014 is er weer een lichte daling van het aantal contacten.

	2011	2012 (t.o.v. 2011)	2013 (t.o.v. 2012)	2014 (t.o.v. 2013)
DA-advies	16.192	15.977 (- 215)	15.189 (- 788)	15.081 (- 108)
Consult	20.375	22.160 (+1.785)	21.506 (- 654)	21.477 (- 29)
Tel. consult HA	2.172	2.459 (+ 287)	2.762 (+ 303)	2.277 (+ 485)
Visite	3.605	3.858 (+ 287)	3.752 (- 106)	3.677 (- 75)
SOH	1.891	2.529 (+ 638)	3.244 (+ 715)	3.000 (- 244)

Urgentieverdeling alle contacten over 2011, 2012, 2013 en 2014				
	2011	2012	2013	2014
<b>U2</b>	6.4%	14.5%	15.1%	15.4%
<b>U3</b>	43.6%	36.5%	38.3%	37.2%
<b>U4/U5</b>	49.9%	48.7%	46.6%	44.7%

### 2.1 Top 10 ICPC-code en meest voorgeschreven medicatie (Protopics)

<b>L</b>	Bewegingsapparaat	18.0%	<b>1</b>	Amoxicilline clav 500/125mg tabl
<b>S</b>	Huid en subcutis	14.2%	<b>2</b>	Diclofenac 50mg tabl
<b>D</b>	Spijsverteringsorganen	13.4%	<b>3</b>	Nitrofurantoine 100mg caps
<b>A</b>	Algemeen niet gespecificeerd	13.4%	<b>4</b>	Flucloxacilline 500mg caps
<b>R</b>	Luchtwegen	12.1%	<b>5</b>	Amoxicilline susp oraal 50mg/ml
<b>U</b>	Urinewegen	5.8%	<b>6</b>	Tetanusvaccin inj susp 80ie/ml fl 0,5 ml
<b>K</b>	Hart vaatstelsel	4.5%	<b>7</b>	Nitrofurantoine caps 50mg
<b>H</b>	Oor	4.3%	<b>8</b>	Chlooramfenicol oogzalf 10mg
<b>F</b>	Oog	3.4%	<b>9</b>	Tramadol caps 50mg
<b>P</b>	Psychische problemen	3.8%	<b>10</b>	Amoxicilline 500mg caps

# 3 Kwaliteit

## 3.1 Prospectieve Risico-Inventarisatie

Reeds vanaf 2012 is de HAP in het kader van patiëntveiligheid bezig met het in kaart brengen van mogelijke patiëntrisico's op de post en het nemen van maatregelen om deze te beheersen. De HAP heeft inmiddels in een breed samengestelde werkgroep van triagisten, huisarts, kwaliteitsfunctionaris en directie deze risico-inventarisaties uitgevoerd over de belangrijkste primaire processen. Uit de inventarisatie is een reeks risico's naar voren gekomen, die gewogen is en waarop waar nodig verbetermaatregelen zijn ingezet. Deze verbetermaatregelen worden geborgd en in de loop van de tijd heeft verificatie plaatsgevonden of zal dit gebeuren. De wijze van verificatie verschilt naar soort maatregel en kan bestaan uit bijvoorbeeld steekproeven, interne audit of enquête.

*Signaleren en handelen bij vermoedens van kindermishandeling en huiselijk geweld*

Dit thema blijft voor de HAP één van de speerpunten van het beleid. Kinderen, partners en ouderen in een afhankelijkheidsrelatie zijn kwetsbare groepen waar de HAP extra alert op is. Het wordt als vast agendapunt besproken in het overleg van triagisten. De aandachtfunctionaris

Kindermishandeling en Huiselijk Geweld van de post neemt deel aan een regionaal overleg van aandachtfunctionarissen.

Doelstelling voor de HAP zal ook komend jaar zijn om de signalerende taak van triagisten en huisartsen te versterken en voor deze groepen zorgverlening in gang te zetten wanneer nodig.

In 2015 zullen de afspraken in de samenwerking met ketenpartners binnen dit onderwerp worden verstevigd met duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden.

## 3.2 Opleiding/(her)registratie triagisten

Er is een inwerkprotocol voor nieuwe medewerkers. Zij krijgen na een intensieve inwerkmaand een evaluatiegesprek. Gezamenlijk wordt geëvalueerd of de inwerkmaand voldoende is geweest om zelfstandig triage te doen. Indien nodig wordt er tijdens een aantal diensten extra ondersteuning gegeven. Na een half jaar volgt een functioneringsgesprek. De nieuwe assistentes hebben 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 triagist. De ondersteuning en scholingen hiervoor starten vrij snel na het doorlopen inwerktraject.

In december 2014 zijn 28 triagisten, waarvan 3 in opleiding, in dienst van de huisartsenpost.

Een deskundige triage is van groot belang. Het scholingsbeleid voor de triagisten is gericht op het verbreden, verdiepen en uitbreiden van de kennis, inzicht en vaardigheden. De scholing is toegespitst op de kwaliteit van de patiëntenzorg, de kwaliteit van de werkomstandigheden, de motivatie en de ontwikkeling van de individuele medewerker. De HAP heeft in 2014 de (her)accreditatie (voor 5 jaar) ontvangen voor het zelf opleiden en begeleiden van triagisten tot en met de diplomering. Hiervoor heeft de HAP, van de door InEen samengestelde toetsingscommissie, een positieve beoordeling gekregen over het portfolio en het Kwaliteitszorgverslag.

Los van dit traject moeten de gediplomeerde triagisten zich na 5 jaar laten (her)registreren. Daarvoor is het nodig dat de door de HAP gegeven scholingen geaccrediteerd zijn. De aanvraag voor deze instellingsaccreditatie is half 2014 positief afgerond. De HAP voldoet hiermee aan alle gestelde eisen om triagisten in staat te stellen om voor (her)registratie in aanmerking te komen.

#### **Deskundigheidsbevordering:**

- Jaarlijks zijn er minimaal 6 geaccrediteerde scholingen *verplicht*
- 10 x per jaar werkoverleg met een vaste agenda + notulen *verplicht*
- 3 x per jaar intervisie groepen *verplicht*

Er is een lijst met doorlopen scholingen, per triagist aanwezig.



### 3.3 Veiligheidscultuur

Patiëntveiligheid kan niet optimaal worden gerealiseerd zonder een veilige cultuur op de werkvloer. Alleen als medewerkers zich veilig voelen kunnen zij honderd procent functioneren en hun eigen en elkaars werk bespreekbaar maken.

De directie heeft het afgelopen jaar door middel van teamcoaching van triagisten, de mogelijkheden gegeven voor het goed laten functioneren van het team. In 2015 wordt dit voortgezet.

### 3.4 Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim percentage in 2014 was: 7.1 hetgeen ruim boven het landelijk gemiddelde ligt. We hebben een aantal langdurig zieke triagisten, de korte ziekmeldingen was 2,6%.

### 3.5 Huisartsen/scholing Adviesraad v/h Klankbordgroep

Uit medewerkers tevredenheidsonderzoek bleek dat de huisartsen zich steeds minder herkennen in het beleid van de organisatie.

In 2013 is de Klankbord groep opgericht, die moet gaan zorgen voor een bredere invloed van de aangesloten huisartsen op het bestuursbeleid van de HAP.

De scholingen voor de huisartsen worden georganiseerd in samenwerking met de WDH en bestaan uit:

- 1x AED en reanimatie
- 2x per jaar scholing 'Leerkuilen' casusbespreking n.a.v. een calamiteit

### 3.6 ICT/LSP

Uitwisseling van dossiers in de huisartspraktijken en op de huisartsenpost is een belangrijke randvoorwaarde voor patiëntveilige zorgverlening.

In 2013 is door veel praktijken in de regio een start gemaakt met de OPT-in regeling, dit loopt voor de meeste praktijken nog door tot in 2015/2016.

De huisartsenpost is klaar voor het uitwisselen van patiënten gegevens via het LSP.

### 3.7 Voorbereiding op rampen en crises/OTO activiteiten

De huisartsenzorg in Gelders Rivierenland omvat ongeveer 95 aangesloten huisartsen. Binnen deze huisartsenzorg is de afgelopen jaren met aandacht gewerkt aan de voorbereiding op crises en rampen.

Nuttig onderdeel is in 2013 de ontwikkeling en vaststelling van het HaROP geweest; aan de hand van het HaROP kan makkelijker dan voorheen met huisartsen in gesprek worden gegaan over de vraag wat de huisartsenzorg minimaal geregeld moet hebben om voorbereid te zijn op acute en crisissituaties en wie daarbij welke rol heeft. Gezegd mag worden dat dankzij het HaROP een grotere bewustwording is ontstaan bij de eerstelijnszorg.

Hiernaast is een convenant afgesloten met de netwerkpartners GHOR en GGD.

Onze regio heeft zich, met de Huisartsenpost als katalysator, de afgelopen tijd ingezet om het HaROP binnen de eerstelijnszorg te implementeren. Het aanbieden van trainingen en oefeningen is daarbij een essentieel onderdeel geweest.

Van belang is te blijven werken aan de kwaliteit van voorbereiding op rampen en crises. CHV en HAPTiel zullen zich daar de komende jaren gezamenlijk voor blijven inspannen.

De OTO-activiteiten binnen Gelders Rivierenland hebben zich de afgelopen jaren geconcentreerd rond de sleutelfunctionarissen die in het HaROP een rol vervullen. Dit is een goede insteek gebleken, die zeker kan worden vastgehouden.

Daarnaast is er zeker ook behoefte aan gezamenlijke trainingsactiviteiten met netwerkpartners, zoals GHOR en GGD.

# 4 Branchenormen

## 4.1 Telefonische bereikbaarheid

a. Bij gebruik spoedtoets binnen 30 seconden een persoon aan de lijn. Er vindt een doorlopende meting plaats van de **spoedoproepen** waarbij gebruik is gemaakt van de 'spoedknop'.

< 30 sec	2011 = 99,1%	2012 = 99,6%	2013 = 99,8%	2014 = 98,2%
----------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

b. Zonder spoed gemiddeld per jaar bij 75% van de telefoontjes binnen 2 minuten en 99% binnen 10 minuten een persoon aan de lijn. Er vindt doorlopende een meting plaats van **niet spoedoproepen**.

0-120 sec	<b>2011 = 72.4%</b>	<b>2012 = 74.6%</b>	<b>2013 = 70.2%</b>	<b>2014 = 68.2%</b>
< 600 sec	2011 = 99.2%	2012 = 98.9%	2013 = 96.4%	2014 = 95.8%

In 2013 is een start gemaakt met het inventariseren van de wachttijden aan de telefoon bij niet spoed oproepen. Inmiddels zijn tijdens (bekende) piekmomenten extra triagisten ingezet. Desondanks zien we de wachttijd niet korter worden. Een adviesgroep gaat in kaart brengen wat volgens hen mogelijkheden zijn om de wachttijden terug te dringen.

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

UI 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 bij < 60 min. 90% en < 120 min. 98% van de zorg aanwezig.

Urgentie	Actie	Aantal Calls	Gemiddelde afhandeltijd (in min.)	Percentage binnen de norm <60 min.	Percentage binnen de norm <120 min.
U2	Consult	4.193	56	89%	99,3%
U2	Visite	1.878	45	89%	98,1%

De U3 en U4 consulten en visite vallen ruim binnen de norm			
U3	Consult	13.112	99%
U3	Visite	1.451	100%
U3	Visite	5.455	100%

## 4.5 Autorisatie

De zelfstandig door de triagist afgehandelde contacten worden binnen 90% < 60 min. en 98% < 120 min. door de huisarts gefatteerd.

	Gemiddelde autorisatietijd (in min.)	Aantal contacten met autorisatietijd	Percentage binnen de norm <60 min.	Percentage binnen norm <120 min.
Advies Triagist	24,68	15.189	94%	98.2%

## 4.6 Diplomering/beoordeling

*Triagisten zijn gediplomeerd of in opleiding tot triagist.*

Al onze triagisten hebben binnen de gestelde 2 jaar het vereiste diploma triagist behaald. Jaarlijks vindt er een beoordeling van 6 triagegesprekken plaats. Er wordt getoetst op gebruik NTS triage, verslaglegging en communicatie.

Procedure opleiding-begeleidingstraject triagisten en Beoordelings-diplomeringsprocedure triagisten, staan op het KMS.



# 5 HKZ-certificering



## 5.1 Patiëntveiligheid & Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)

De HAP is sinds januari 2008 gecertificeerd op grond van ISO 9001 /HKZ-certificatieschema Huisartsendienstenstructuren. In 2014 is het certificaat verlengt tot 2017.

## 5.2 Kwaliteit Management Systeem (KMS)

Dit systeem is door onze kwaliteits-functionaris ontwikkeld. Speerpunt van dit systeem is de gebruiksvriendelijkheid.

Zowel het management als de medewerkers kunnen nu gemakkelijk toegang verkrijgen tot het KMS en ze kunnen op een snelle en eenvoudige manier documenten vinden en verwerken. Het systeem voldoet aan de eisen van het HKZ-certificatieschema en aan de eisen en kwaliteitsdoelstelling van de Huisartsenpost Gelders Riviereland.

## 5.3 Certificaat Patiëntveiligheid

In september 2012 heeft de HAP door Lloyds een nulmeting/proefaudit laten uitvoeren naar de patiëntveiligheid. Deze nulmeting heeft een goed inzicht geboden in de stand van zaken van de post in relatie tot dit thema.

Voornamelijk gaf de nulmeting aan dat de post de patiëntveiligheid wel beheerst, maar dit nog niet in voldoende mate aan de hand van documenten kan laten zien. Het afgelopen jaar hebben we aan de hand van een plan van aanpak voortvarend gewerkt aan een verdiepingsslag, waarbij we onder meer hebben ingezet op het inzichtelijk maken van de patiëntveiligheid, op integraliteit en op bewustwording bij de medewerkers. Concrete activiteiten zijn onder meer geweest de prospectieve risico-inventarisaties, het 'risk based auditen', het monitoren en borgen van beheersingsmaatregelen en het verbeteren van de veiligheidscultuur op de werkvloer.

Dit heeft in mei 2014 voor de post geresulteerd in een Certificaat Patiëntveiligheid.



## PATIËNTVEILIGHEID

Patiëntveiligheid vraagt voortdurend onderhoud en blijft ook in 2015 een speerpunt. De in 2014 nieuw opgerichte Kwaliteitscommissie zal hierin, onder aansturing van directie en de kwaliteitsfunctionaris een aantal taken gaan oppakken.

### 5.4 Aanpassen/herzien protocollen

Naar aanleiding van veranderingen in de organisatie of werkwijze zijn het afgelopen jaar veel protocollen en werkinstructies aangepast met extra aandacht voor de patiëntveiligheid. Dit is een doorlopend proces dat gecoördineerd wordt door de kwaliteitsfunctionaris.

### 5.5 Audit commissie

#### Jaarverslag Interne Auditcommissie 2014

##### Inleiding

2014 is een intensief jaar voor de Interne Auditcommissie geweest, met een groot aantal gehouden audits. Voor het eerst stonden de door het MT gekozen onderwerpen uitdrukkelijk in het teken van de patiëntveiligheid.

Dit is in lijn met de focus van de directie om - misschien wel meer dan tot nu toe - kwaliteitsmanagement te vertalen naar patiëntveiligheid en risicomanagement.

##### Commissieleden

De HAP beschikt over een enthousiast auditoren-team dat met veel energie haar werk in 2014 heeft verzet. De commissie bestond in 2014 uit de volgende leden:

- Berbel Tanck (huisarts)
- Pieter Boon (huisarts, lid vanaf april 2014)
- Kees Lambrechtse (management)
- Astrid van Ijzendoorn (triagist)
- Arianne Peters (triagist)
- Cristina van Ballegooijen (triagist)
- Edwin van der Veen (chauffeur, lid vanaf februari 2014)
- Josette Hermans (kwaliteitsfunctionaris)

##### Gehouden audits

Het MT heeft voor het jaar 2014 gekozen voor de volgende onderwerpen:

- A. Samenwerking met ketenpartners (CPA, SEH, STMR, Pro Persona, Apotheek)
- B. Overleg en overdracht tussen triagist en huisarts tijdens een dienst





- C.** Kindermishandeling
- D.** Veilig Incidenten Melden
- E.** Medicatiebeleid
- F.** Roosterbeleid

Deze gehouden audits hebben zinvolle informatie opgeleverd. Deze hebben ook al vrij direct geleid tot verschillende vervolgacties vanuit het MT.

Voor een volledig overzicht van alle bevindingen en verbetermaatregelen wordt verwezen naar het betreffende Exceloverzicht Interne Audits. Hieronder volgen per audit de meest in het oog springende conclusies en vervolgacties.

#### **A. Samenwerking ketenpartners**

Eén van de meest duidelijke bevindingen is zeker geweest dat de samenwerking met de diverse ketenpartners goed op orde is: in de vele jaren dat de HAP inmiddels bestaat, heeft de samenwerking haar vruchten afgeworpen. Geen verrassende, maar wel belangrijke constatering is geweest dat het voor een goede samenwerking van belang is dat de zorgverleners van de werkvloer elkaar en elkaars werkwijze begrijpen. In verband daarmee hebben de HAP en CPA de mogelijkheid voor triagisten en centralisten georganiseerd om op elkaars werkplek mee te kijken. En ten behoeve

van de samenwerking zijn scholingen voor triagisten reeds gehouden of nog in de planning over het werkveld van respectievelijk Pro Persona en CPA.

#### **B. Overleg en overdracht tussen triagist en huisarts tijdens een dienst**

De bevindingen tijdens deze audit bevestigden een beeld dat al langer bij het MT bestond; het overleg en de overdracht verloopt over het algemeen goed, maar is ook een kwetsbaar punt waarbij de patiëntveiligheid in het geding kan zijn.

Aandachtspunten daarbij zijn onder meer het moment van storen van de regiearts, het meekijken van de arts in het contact en de wijze van communicatie. Inmiddels is een leerkuilenscholing voor artsen en triagisten in voorbereiding, die in april 2015 zal plaatsvinden.

#### **C. Kindermishandeling**

Kindermishandeling blijft een lastig thema. Overigens niet alleen voor de HAP, maar ook landelijk. Uit de interne audit bleek ditzelfde. We blijven streven naar manieren en waar nodig aanpassingen om de aandacht en het handelen bij kindermishandeling te verhogen. Mede dankzij de inspanning van onze post zal



de signalering van kindermishandeling naar verwachting rond de zomer van 2015 in Prototops worden verbeterd.

#### **D. Veilig Incidenten Melden**

De audit bij de huisarts heeft geleid tot een opzienbarende conclusie: de arts was niet of nauwelijks bekend met het melden van incidenten en wist ook niet wat voor soort meldingen kunnen worden gedaan.

Het MT ziet het melden van incidenten als belangrijke mogelijkheid om verbeteringen in de organisatie te kunnen doorvoeren. Samen met de VIM-commissie is het MT dan ook doorlopend aan het kijken hoe het melden onder zorgverleners kan worden verbeterd.



#### **E. Medicatiebeleid**

Deze audit heeft geen grote bijzonderheden opgeleverd.

#### **F. Roosterbeleid**

De interne audit over het roosterbeleid liep feitelijk synchroon met de door de Adviesgroep georganiseerde evaluatie van dit beleid met alle triagisten. Deels zijn daarbij dezelfde punten geconstateerd. Inmiddels is dit door

het MT opgepakt en zal het op onderdelen leiden tot aanpassing van diensten en tijden en bereikbaarheidsdienst.

De huidige (onder)bezetting van triagisten op de post blijft voor het MT een groot aandachtspunt.

#### **2015**

Ook voor 2015 zijn de ambities hoog. Het MT heeft de volgende onderwerpen aangedragen:

1. Werkdruk en belasting regie-arts
2. Het gebruik van het NTS door dienstdoende huisartsen
3. Hygiëne en infectiepreventie
4. Informatiebeveiliging
5. Rampen en crises

#### **Conclusie**

De werkwijze van de interne auditcommissie verloopt naar tevredenheid en levert nog steeds bruikbare informatie op, die de directie kan benutten voor het treffen van verbetermaatregelen in de organisatie. Om de kwaliteit van de commissie te borgen, ligt het in de planning om in 2015 een training van een dagdeel te houden voor alle leden van de auditcommissie.

## 5.6 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 agendapunten voor het volgende overleg. De leveringen verlopen conform de opgestelde afspraken.

## 5.7 Doorgevoerde verbeterpunten Klachten/calamiteiten

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

## 5.8 Klachten

In 2014 heeft de HAP in totaal 15 klachten ontvangen. In 4 gevallen stond de bejegening door de zorgverlener in de klacht centraal.

De meeste klachten gaan over gemiste diagnoses. In veel gevallen geeft de klager aan feedback te willen geven aan de zorgverlener over de gemiste diagnose.

Uiteindelijk is in 14 gevallen de klacht naar tevredenheid van de klager opgelost. In één situatie sprak de klager een aansprakelijkstelling uit, de klacht is doorgestuurd naar de externe Klachtencommissie voor de Huisartsenzorg.

De Klachten- en Calamiteitencommissie merkt dat bij klachten de klager behoefte heeft om zijn ervaringen te vertellen en eventueel daar nogmaals met de betreffende zorgverlener over te praten. Dit verklaart ook dat na contact tussen klager en zorgverlener de klacht naar tevredenheid is opgelost.

## 5.9 Calamiteiten

In 2014 zijn er in totaal op de HAP 5 incidenten geweest die als calamiteit dienen te worden aangemerkt. Deze zijn conform de procedure bij de IGZ gemeld en door de Calamiteitencommissie in behandeling genomen.

Tijdens werkoverleg en nascholingen zijn de casusbespreking van een calamiteit en de leerpunten die hier uit te halen zijn, een regelmatig terugkomend onderwerp.

Het Klachten-/calamiteitenreglement is op het KS aanwezig.

Op de agenda van de bestuursvergadering zijn de Klachten/calamiteiten een vast agendapunt.

In een aantal zaken betrof de verbetermaatregel het aanbieden van extra scholingen aan triagisten en/of huisartsen. In één zaak is met de betreffende huisarts een functioneringsgesprek gevoerd. Eén calamiteit betrof mede de samenwerking tussen de HAP en de CPA. Het onderzoek en het opstellen van de rapportage is gezamenlijk opgepakt.

## 5.10 VIM

Op de HAP is reeds vele jaren een VIM-commissie functioneel. Deze commissie bestaat uit 2 triagisten en 2 huisartsen.

Een incident is gedefinieerd als 'een onbedoelde gebeurtenis in het zorgproces, die heeft geleid,

had kunnen leiden of nog zal leiden tot schade bij de patiënt'. Het doel van de VIM-procedure is gemelde incidenten te analyseren, daar lering uit te trekken voor de organisatie en zo nodig maatregelen te treffen om herhaling van dat incident te voorkomen.

De VIM-commissie analyseert gemelde incidenten en bespreekt deze vervolgens met de directie. Het is aan de directie om te beoordelen of er aanleiding is een verbetermaatregel uit te voeren. Dit is sterk afhankelijk van het soort incident en de vraag of dit een eenmalig gebeuren is geweest of dat er kan worden gesproken van een structureel probleem.

De directie ziet het Veilig Incidenten Melden als een belangrijk instrument om de kwaliteit van het functioneren van de post te verhogen. Zij zet zich er daarom voor in het bewustzijn bij zowel triagisten als huisartsen van wat een incident is en de bereidheid om te melden te vergroten. Het afgelopen jaar zijn tijd en middelen gestoken in de kwaliteit van het veilig incidenten melden.

Samen met de leden van de VIM-commissie is gekeken naar mogelijkheden voor verbetering in het doen van meldingen door zorgverleners,

het registreren van de meldingen door de commissieleden, in het doen van een analyse van een melding en de rapportage aan de directie.

Dit heeft er eind 2013 toe geleid dat de HAP een nieuw softwareprogramma heeft aangeschaft, The Patiënt Safety Company (TPSC). Tegelijkertijd hebben de leden van de VIM-commissie een scholing gekregen in de PRISMA-methode. Alle VIM-meldingen - met terugwerkende kracht vanaf 2013 - worden conform deze methode geanalyseerd en volgens het Eindhovens model geclassificeerd.

In 2014 zijn 40 VIM-meldingen binnen gekomen. Met behulp van het nieuwe systeem is het eenvoudiger om een melding te doen. Het systeem leidt je door de melding heen waardoor het weinig tijd en moeite kost om een melding te doen. De meldingen hadden veelal betrekking op de communicatie in contact met de ketenpartners, de hygiëne en rommel in de spreekkamers.

De VIM-commissie rapporteert regelmatig de meest opvallende incidenten in het werkoverleg van triagisten en in de nieuwsbrief.



# 6 Ketenpartners in de spoedzorg

## 6.1 Ziekenhuis Rivierenland en S.E.H.

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

Drie keer per jaar wordt het protocol geëvalueerd en op de kritische overdrachtsmomenten geanalyseerd en daar waar nodig is aangepast. In oktober 2012 heeft dit geleid tot een gezamenlijk document 'Samenwerkingsovereenkomst met betrekking tot de uitvoering van de spoedeisende huisartsenzorg buiten kantooruren door de Huisartsenpost' dat nu door beide partijen ondertekend is.

## 6.2 Ambulancedienst

Sinds 2014 is er een *Samenwerkingsovereenkomst HAP Gelders Rivierenland, Veiligheidsregio Gelderland-Zuid sector, Regionale Ambulancevoorziening en Meldkamer Ambulancezorg*. Hierin zijn onder andere de

overdrachtsmomenten, de wijze van overdracht en de daarbij horende verantwoordelijkheden helder neergelegd.

Alle U1 meldingen, POB-klachten en evidente col-lumfracturen worden door de triagist, 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 apotheken uit de regio. De dienstapotheek is gevestigd naast de HAP en verstrekt 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. Samen 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 HAP vallen onder de verantwoordelijkheid van de dienstapotheek.



### Medicatieoverdracht

Hierover zijn gedocumenteerde afspraken, volgens de 'Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens', gemaakt met de ketenpartners uit Regio Rivierenland. De afspraken kunnen pas ten uitvoer worden gebracht als het LSP werkt. In de tussentijd wordt aan alle patiënten die een consult krijgen, gevraagd om een recente medicatielijst mee te nemen/klaar te leggen. De dienstapotheek, die wel de beschikking heeft tot het medicatiedossier, heeft ook een controlerende functie.

### 6.4 STMR - Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk werk Rivierenland



De huisartsenpost en STMR hebben een overeenkomst

gesloten dat, onder bepaalde voorwaarden, verpleegkundige ondersteuning regelt 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

### 6.5 Acute dienst (AD) "ProPersona"



Reeds enkele jaren is er intensief contact met het management van de acute dienst om te komen tot goede samenwerkingsafspraken; afspraken om de continuïteit in de zorgverlening aan patiënten met psychiatrische problematiek en optimale onderlinge communicatie tussen de huisartsenpost Gelders Rivierenland en de Acute dienst te bevorderen. Sinds december 2011 is er een officiële samenwerkingsovereenkomst. De belangrijkste verandering 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
Dhr. A. Renckens	bestuurslid

## **Klachtenbemiddelings-/calamiteitencommissie**

Dhr. A. Renckens	huisarts/bestuurslid
Mevr. D. Decker	huisarts
Mevr. M. Leenhouts	huisarts
Dhr. J. Sündermann	(oud) huisarts
Mevr. J. Hermans	kwaliteitsfunctionaris
Mevr. A. van Loo	triagist
Mevr. C. van Zijl	triagist
Dhr. K. Lambrechtse	klachtbemiddelaar

## **VIM-commissie**

Mevr. C. van Hartskamp	triagist
Mevr. E. Scherpenzeel	triagist
Dhr. M. van Leest	huisarts
Mevr. M. Versluys	huisarts



### **Klankbordgroep huisartsen**

Dhr. F. v.d. Heuvel	huisarts
Mevr. T. Loman	huisarts
Dhr. P. Salomé	huisarts
Dhr. E. de Vries	huisarts
Dhr. T. v.d. Wösten	huisarts

### **Vertrouwenspersoon**

Mevr. L. Jansen	huisarts
-----------------	----------

### **Management**

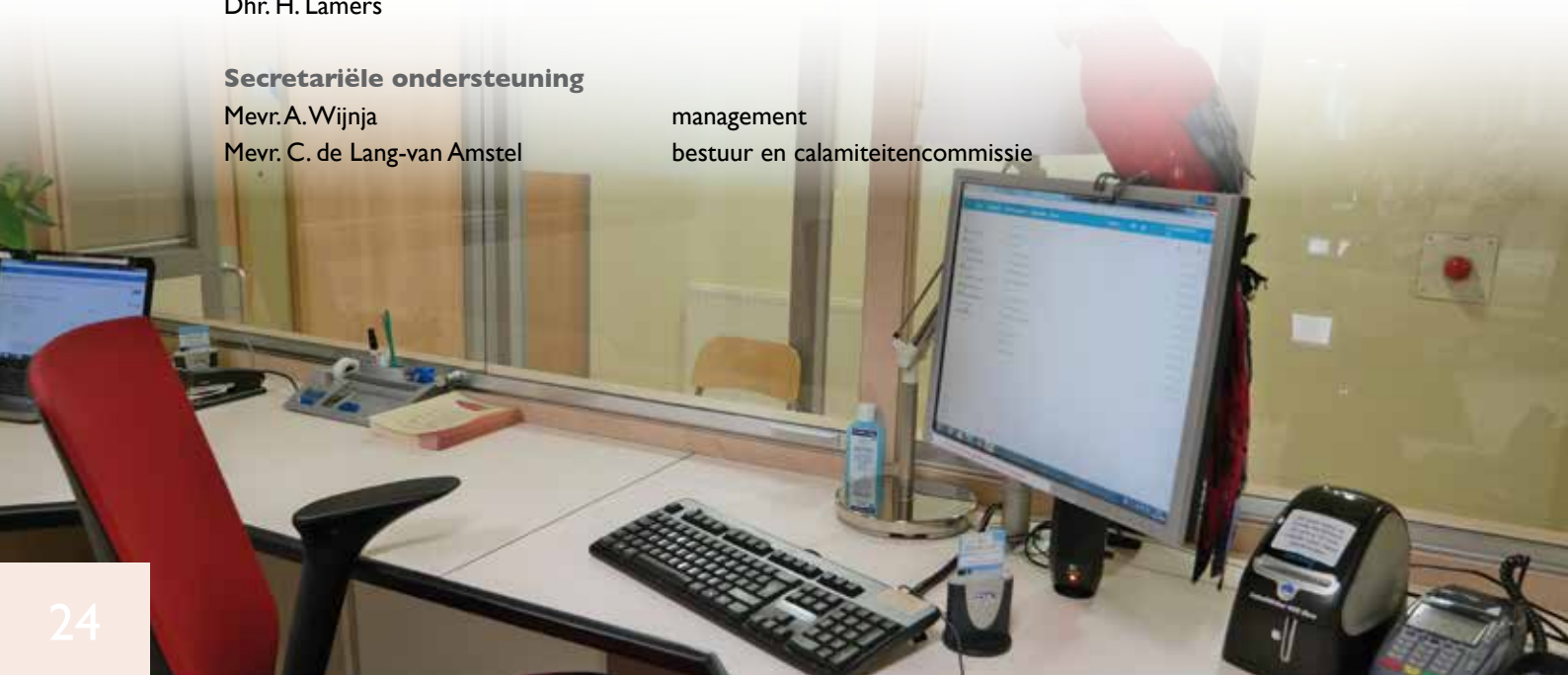
Mevr. W. Schreuders-van Rosmalen	directeur
Dhr. K. Lambrechtse	managementondersteuner/controller
Mevr. E. Weber	assistente locatiemanager
Mevr. J. Hermans	kwaliteitsfunctionaris

### **Teamleider M.A.I**

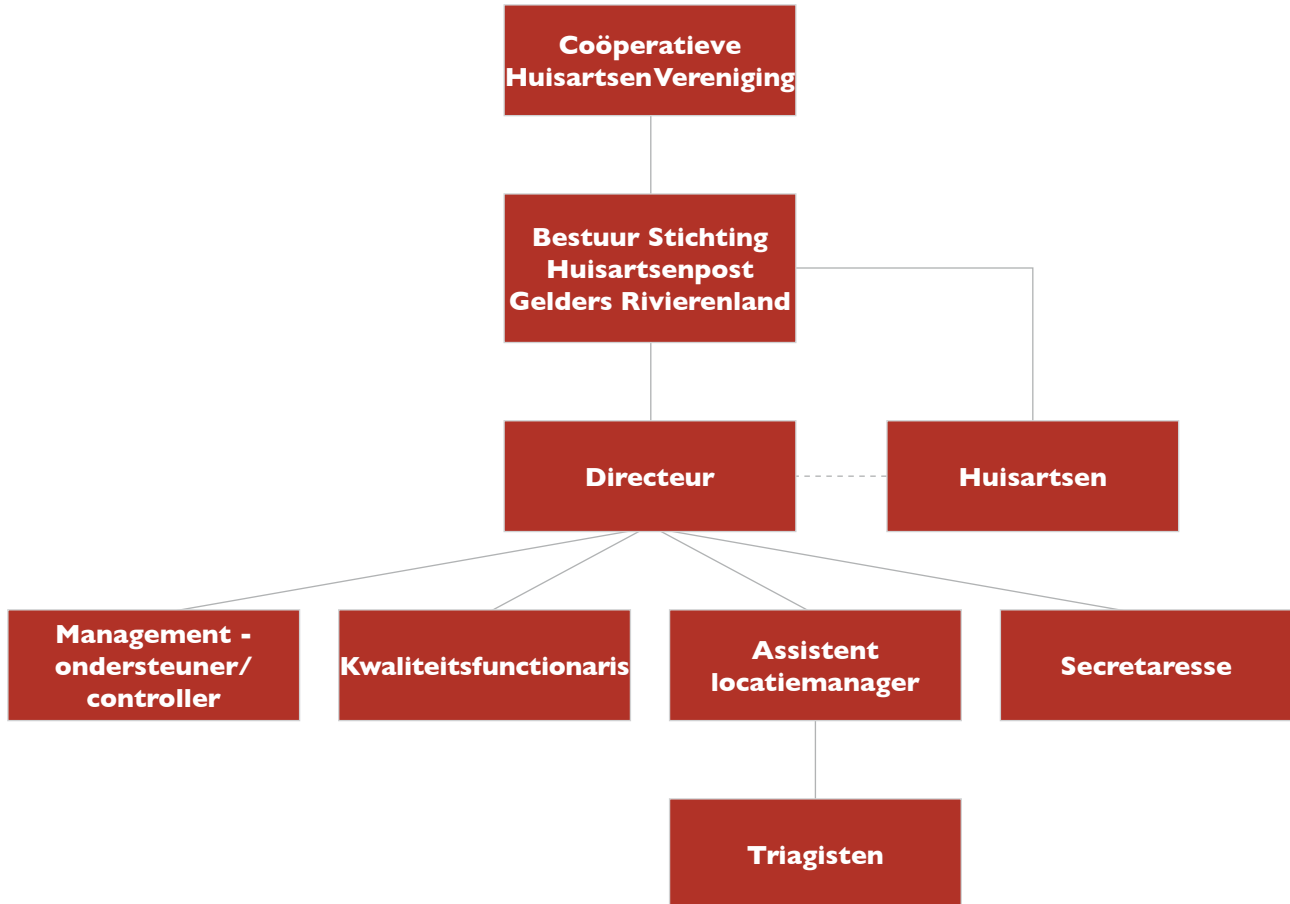
Dhr. H. Lamers
----------------

### **Secretariële ondersteuning**

Mevr. A. Wijnja	management
Mevr. C. de Lang-van Amstel	bestuur en calamiteitencommissie



# 8 Organogram



## 9 Lijst met afkortingen

AD	Acute Dienst Pro Persona	PRISMA	Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis
AED	Automatische Externe Defibrillator		
AMK	Advies en Meldpunt Kindermishandeling	RAV	Regionale Ambulance Voorziening
ANW	Avond-nacht en weekenduren	SEH	Spoedeisende Hulp
CPA	Centrale Post Ambulance	SLA	Service level agreement
DA	Doktersassistente	SMART	Specifiek Meetbaar Acceptabel Realistisch Tijdgebonden
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier	SOEP	Subjectief/Objectief/Evaluatie/Plan
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg	STMR	Stichting Thuiszorg & Maatschappelijk werk Rivierenland
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg		
HAAK	Hulpvraag- Achtergrondinformatie- Advies-Klantreactie	VIM	Veilig Incidenten Melden
HAGRO	Huisartsen Groep	WB	Waarneembemiddeling
HAP	Huisartsenpost	WDH	Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen
HIDHA	Huisarts in dienst van een huisarts		
HKZ	St. Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector		
KMS	Kwaliteitsmanagementsysteem		
MAI	Medical Assistance International		
MIP	Melding Incidenten Patiëntenzorg		
MT	Management Team		
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap		
NTS	Nederlandse Triage Standaard		
OVD	Oudste van Dienst		
POB	Pijn op de borst		







**Huisartsenpost  
Gelders Rivierenland**

Pres. Kennedylaan 1a  
4002 WP Tiel  
T 0344-799111  
F 0344-618597  
E [info@haptiel.nl](mailto:info@haptiel.nl)

**Eindredactie**  
W. Schreuders  
W. Mol

huisartsenpost



POST