



**Jaarbericht 2015**



**Huisartsenpost**  
Gelders Rivierenland

Voor Sped **tp**

**POST**

# Jaarbericht 2015

## Huisartsenpost Gelders Rivierenland

**Het is het bestuur en de directie van de Huisartsenpost (HAP) Gelders Rivierenland te Tiel een genoegen u het jaarverslag 2015 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

Voor u ligt het jaarverslag 2015 van de HAP, een jaar waarin weer veel is gebeurd.

Ik haal er even een aantal items uit:

### **Betrokkenheid**

In voorgaande jaren is meermalen uitgesproken dat de medewerkers “op de werkvloer” meer betrokken willen zijn bij de primaire werkprocessen wat heeft geresulteerd in een adviesgroep voor de triagisten en een adviesraad voor de huisartsen.

Deze adviesgroep en adviesraad komen regelmatig bij elkaar en hebben overleg met de directie. Hiermee is gepoogd de interactie tussen de werkvloer en de directie tot stand te laten komen. De betrokkenheid met de HAP neemt toe.

### **Kwaliteit**

De kwaliteit op onze post staat op een hoog niveau. We zijn opnieuw voor 5 jaar geaccrediteerd als opleidingsplaats voor triagisten, en hebben een certificaat patiëntveiligheid en een HKZ certificering huisartsendienstenstructuren.

### **Veiligheid**

Klachten, incidenten en calamiteiten kunnen een grote impact hebben op de patiënt en op de medewerkers van de HAP.

Om hier goed mee om te kunnen gaan is een veilige cultuur op de werkvloer nodig. Ook in 2016 zal daar volop aandacht aan worden geschonken.

Kortom, er is veel beweging zoals te lezen is in dit verslag.

We hopen dan ook op continuering en werken volop aan verdere verbeteringen in 2016!

Een prachtige zomer gewenst,

**Jan Bennink**

|    |  |    |
|----|--|----|
| 1  | Organisatie post   | 5  |
| 2  | Productie  | 6  |
| 3  | Kwaliteit  | 7  |
| 4  | Branchenormen  | 13 |
| 5  | HKZ-certificering  | 15 |
| 6  | Ketenpartners in de spoedzorg  | 20 |
| 7  | Toelichting op de resultatenrekening en balans 2015<br>van de B.V. Huisartsenpost Gelders Rivierenland | 22 |
| 8  | Feitelijke organisatie   | 25 |
| 9  | Organogram   | 28 |
| 10 | Lijst met afkortingen  | 29 |



# 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 78 artsen geregistreerd als 'geaccepteerde' waarnemers, waarvan 35 met een + aantekening voor regiediensten. Van de in totaal 1880 diensten, zijn in 2015 1134 diensten via WB verkocht. Bijna de helft (588) van de verkochte diensten zijn nachtdiensten, 175 weekenddag- en 371 avonddiensten. 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

|                  |                      | Aantal contacten 2014 |       | Aantal contacten 2015 |       |
|------------------|----------------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
|                  | Totaal               | 45.572                |       | 45.753                |       |
| Leeftijd patiënt | 0-10                 | 8.924                 |       | 8.988                 |       |
|                  | 10-20                | 5.117                 |       | 4.880                 |       |
|                  | 20-40                | 10.299                |       | 10.061                |       |
|                  | 40-60                | 9.874                 |       | 9.622                 |       |
|                  | 60-80                | 7.436                 |       | 8.076                 |       |
|                  | >80                  | 3.907                 |       | 4.128                 |       |
| Triage/Urgentie  | U0                   | 9                     |       | 14                    |       |
|                  | U1                   | 1.265                 | 3.7%  | 1.359                 | 3.9%  |
|                  | U2                   | 6.998                 | 15.4% | 7.207                 | 15.8% |
|                  | U3                   | 16.943                | 37.2% | 18.751                | 41.0% |
|                  | U4                   | 8.560                 | 18.8% | 6.491                 | 14.2% |
|                  | U5                   | 11.359                | 25.9% | 11.923                | 26.1% |
| Soort contact    | Consult              | 21.477                |       | 22.311                |       |
|                  | Visite               | 3.677                 |       | 3.730                 |       |
|                  | Tel cons (DA-advies) | 18.081                |       | 17.491                |       |
|                  | SOH                  | 3.000                 |       | 2.143                 |       |

*Opvallend is de afname van de SOH contacten. Dit heeft te maken met de vele langdurige zieken. Hierdoor was het niet mogelijk om alle diensten in te roosteren en kwamen de SOH diensten als eerste te vervallen. De SOH contacten worden dientengevolge bij de consulten voor de huisarts geboekt. Daar zien we ook een stijging in contacten.*

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

|          |                              |       |   |          |                      |      |    |
|----------|------------------------------|-------|---|----------|----------------------|------|----|
| <b>L</b> | Bewegingsapparaat            | 18.7% | 1 | <b>U</b> | Urinewegen           | 5.8% | 6  |
| <b>S</b> | Huid en subcutis             | 14.2% | 2 | <b>H</b> | Oor                  | 4.8% | 7  |
| <b>D</b> | Spijsverteringsorganen       | 13.4% | 3 | <b>K</b> | Hartvaatstelsel      | 4.1% | 8  |
| <b>A</b> | Algemeen niet gespecificeerd | 12.9% | 4 | <b>F</b> | Oog                  | 3.4% | 9  |
| <b>R</b> | Luchtwegen                   | 13.1% | 5 | <b>P</b> | Psychische problemen | 3.5% | 10 |

# 3 Kwaliteit

## 3.1 Prospectieve Risico-Inventarisatie

Vanaf 2012 is de post 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 post 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 zijn gewogen en waarop 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.

In 2015 zijn risico-inventarisaties uitgevoerd ten aanzien van kwetsbare patiëntgroepen, samenwerking ketenpartners en ten aanzien van de werkzaamheden van de SOH.

## 3.2 Signaleren en handelen bij vermoedens van kindermishandeling en huiselijk geweld

Signaleren en handelen bij vermoedens van kindermishandeling en huiselijk geweld blijft één van de speerpunten van beleid voor de post. Kinderen, partners en ouderen in een afhankelijkheidsrelatie zijn kwetsbare groepen waarbij de post extra alert is op vormen van geweld in huiselijke kring.

Het afgelopen jaar is er, in samenwerking met het ZRT, een symposium georganiseerd voor huisartsen, specialisten en assistenten over dit thema. Doel van dit symposium was onder meer om de bewustwording van de verantwoordelijkheden voor signaleren en handelen te vergroten.

Daarnaast wordt het thema als vast agendapunt besproken in het overleg van triagisten. De aandachtsfunctionaris Kindermishandeling en Huiselijk Geweld van de post neemt deel aan een regionaal overleg van aandachtsfunctionarissen.

In 2015 zijn van de ruim 12.000 kindcontacten, 18 met een vermoeden bevestigd en overgedragen

aan de eigen huisarts. Gezien de landelijke cijfers is dit laag.

Om te onderzoeken waaraan dit ligt heeft de aandachtsfunctionaris in het najaar 2015 een onderzoek gehouden onder triagisten, huisartsen en chauffeurs met als doel de aantallen te verhogen door acties in te voeren.

De acties naar aanleiding van dit onderzoek zullen in 2016 geïmplementeerd worden. Daarnaast zal in 2016 het onderwerp ouderenmishandeling meer aandacht krijgen. In 2016 zal voor iedere triagist een herscholing via e-learning worden aangeboden.

In 2015 is Prototops gewijzigd waardoor de gevallen van huiselijk geweld beter geregistreerd worden. Hierdoor kan nu beter actie worden ondernomen. Daarnaast zijn de signaleringsvragen vervallen.

In 2016 zal de werkwijze binnen Prototops met het Sputovamo-formulier een punt van aandacht worden.

### 3.3 Opleiding/(her)registratie triagisten

Er is een inwerkprotocol voor de nieuwe medewerkers. Nieuwe medewerkers 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 aspirant triagisten 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 2015 zijn 28 triagisten, waarvan 4 in opleiding, in dienst van de huisartsenpost.

E-LEARNING OM  
KINDERMISHANDELING  
TE HERKENNEN





Een deskundige triage is van groot belang. Het scholingsbeleid voor de triagisten is gericht op het verbreden, verdiepen en uitbreiden van 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 post heeft in 2015 de her-accreditatie (voor 5 jaar) ontvangen voor het zelf opleiden en begeleiden van triagisten tot en met de diplomering.

Hiervoor heeft de post, van de door InEen samengestelde toetsingscommissie, een positieve beoordeling gekregen voor 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 post gegeven scholingen geaccrediteerd zijn.

De HAP heeft hiervoor een instellingsaccreditatie ontvangen. De post voldoet hiermee aan alle gestelde eisen om triagisten in staat te stellen om voor herregistratie in aanmerking te komen.

### **Deskundigheidsbevordering:**

- Jaarlijks zijn er minimaal 6 x 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.

## 3.4 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.

In 2016 wordt een medewerkers tevredenheidsonderzoek uitgevoerd, waar dit item geëvalueerd zal worden.

### 3.5 Ziekteverzuim

Het ziekteverzuimpercentage in 2015 was 12.9%, hetgeen ruim boven het landelijk gemiddelde ligt. We hebben 8 langdurig zieken op een team van 28 triagisten. Dit maakt het percentage zo hoog. Het percentage kort verzuim was 0.44%.

Het hoge verzuim en de moeilijkheid om aan voldoende gekwalificeerd personeel te komen zijn risico's voor uitval van de overige medewerkers. Door de inzet van medisch studenten verwachten we een deel van de krapte in het rooster op te vangen.

### 3.6. Huisartsen /scholing

De Adviesraad (AR, voorheen klankbordgroep) van de huisartsenpost in Tiel is niet meer weg te denken uit de regio. Afgevaardigden uit nagenoeg alle HAGRO's in de regio Gelders Rivierenland vertegenwoordigen in de AR hun werkgebied en vormen zo een continue verbinding tussen de HAGRO's en de centrale huisartsenpost in Tiel.

In de meeste HAGRO bijeenkomsten is de AR/ HAP hierdoor een vast onderdeel op de agenda

geworden. Doel is een zo optimaal mogelijke betrokkenheid te creëren van de bij de HAP aangesloten huisartsen.

Minimaal vier keer per jaar wordt er vergaderd in het Ziekenhuis Rivierenland Tiel, voorgezeten door de voorzitter die elke twee jaar rouleert. Minimaal twee keer per jaar vindt overleg plaats tussen de voorzitter van de AR en de bestuurder van de ZorgGroep (portefeuillehouder HAP).

De AR gaat in overleg met de directie en geeft haar advies over onderwerpen die samenhangen met beleid en werkzaamheden op de HAP en gaat hierbij tevens in overleg met de medisch adviseur.

In 2015 valt hierbij onder andere te denken aan: positie visite-arts op HAP (bij geen visite is de afspraak dat visite-arts als aanspreekpunt voor triagisten in callcenter plaatsneemt), aanpassing SPUTOVAMO formulier + kennis verspreiden rondom signalering kindermishandeling (in samenspraak met de kwaliteitsfunctionaris), advies omtrent aanpassingen in Prototopics (medicatievoorschriften, terugkoppeling via LSP en OZIS), advies omtrent acceptatie en contracten waarnemers (evaluatie van eisen en op hoogte brengen van boeteregeling bij niet verschijnen

zonder bericht), kritisch meedenken omtrent vertrouwen en veiligheid rondom calamiteitenprocedure op HAP (gesprek afvaardiging AR met calamiteitencommissie).

### 3.7. Scholing

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

### 3.8. 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.

De huisartsenpost is klaar voor het uitwisselen van patiëntgegevens via het LSP.

### 3.9. Voorbereiding op rampen en crises /OTO-activiteiten

De huisartsenzorg in Gelders Rivierenland omvat ongeveer 85 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 kon 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 ontstaan is bij de eerstelijnszorg.

Daarnaast 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.

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. Resultaten Kwaliteit en Veiligheid

|  | 2015   | 2014   | Norm 2015 |
|--|--------|--------|-----------|
| Totaal aantal calls                              | 45.754 | 45.572 |           |
| Telefonische bereikbaarheid spoed < 30 sec       | 99.9%  | 99,8%  | 98%       |
| Telefonische bereikbaarheid niet spoed < 120 sec | 68.9%  | 66,2   | 75%       |
| Telefonische bereikbaarheid niet spoed < 600 sec | 96.9%  | 96,2   | 98%       |
| Fiattringen zelfstandige DA-adviezen <60 min     | 93%    | 94%    | 92%       |
| Fiattringen zelfstandige DA-adviezen <120 min    | 98%    | 98%    | 98%       |
| Aanrijdtijd U2 visite < 60 min                   | 92%    | 86 %   | 90%       |
| Aanrijdtijd < 120 min                            | 99%    | 99 %   | 98%       |
| Afhandeltijd bij U2 consult < 60 min             | 92%    | 92 %   | 90%       |
| Afhandeltijd bij U2 consult < 120 min            | 99%    | 99 %   | 98%       |
| Fysieke bereikbaarheid , 30 min                  | 100%   | 100 %  |           |
| Aantal patiënten klachten                        | 14     | 16     | n.v.t.    |
| Aantal complimenten                              | 1      | 0      | n.v.t.    |
| Aantal VIM meldingen                             | 38     | 36     | n.v.t.    |
| Aantal VIM afgehandeld in meldjaar               | 28     | 29     | n.v.t.    |
| Aantal calamiteiten gemeld aan IGZ               | 5      | 4      | n.v.t.    |
| Aantal PRI uitgevoerd                            | 3      | 3      | 4         |
| Aantal Interne audits uitgevoerd                 | 4      | 6      | 5         |
| Gemiddelde tevredenheid patiënt                  | NB     |        |           |
| Gemiddelde tevredenheid medewerker               | NB     |        |           |

## 4.2. Beoordeling professioneel handelen

*Triagisten zijn gediplomeerd of in opleiding tot triagist.*

Procedure opleidings-, en begeleidingstraject triagisten en een Beoordelings- en diplomeringsprocedure triagisten. Beide documenten staan op het KMS.

## 4.3. Kwaliteit triage

Alle triagisten zijn binnen 2 jaar in het bezit van het certificaat voor triage assistente. Hiermee voldoen we aan de norm. Een aantal triagisten hebben inmiddels hun herregistratie triagist ontvangen.

De triagisten worden 2x per jaar door een externe opleidingsorganisatie d.m.v. een gecertificeerd auditformulier beoordeeld.

Vanaf 2015 zijn alle posten gaan werken met een kernset voor het beoordelen van de kwaliteit van triage.

Doel van deze standaard (kernset) is, dat dit instrument een genormeerd en gevalideerd totaaloordeel geeft over een triagegesprek, met aandacht voor de communicatie, medisch-inhoudelijke aspecten, geprotocolleerd werken en verslaglegging en het komen tot een eenduidige methode voor het meten van de kwaliteit van triage.

Dit zal leiden tot een gemeenschappelijke en objectieve standaard voor de beoordeling van triage.



# 5 HKZ-certificering



## 5.1 Patiëntveiligheid & Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)

De HAP is sinds januari 2008 gecertificeerd op grond van ISO 9001 /HKZ-certificatieschema Huisartsendienstenstructuren. In 2015 is het certificaat verlengd tot 2017.

## 5.2 Kwaliteit Management Systeem (KMS)

Dit systeem is door onze kwaliteitsfunctionaris 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 Rivierenland.

## 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 2015 voor de post geresulteerd in een Certificaat Patiëntveiligheid.



## PATIËNTVEILIGHEID

Patiëntveiligheid vraagt voortdurend onderhoud en blijft ook in 2016 een speerpunt. De in 2015 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. Resultaten interne audits

De interne auditcommissie voert de audits binnen de post uit. In 2015 bestond de commissie uit een huisarts, drie triagisten, één chauffeur van de MAI, de financieel controller en de kwaliteitsfunctionaris als coördinator. In 2015 is een extra huisarts aangesteld die in 2016 de training zal volgen.

In 2015 heeft de interne auditcommissie wederom gekozen voor de insteek van Risk Based Auditing. De directie heeft de prioriteit bij de keuze van de te auditen onderwerpen bij de meest risicovolle processen gelegd. De onderwerpen waren:

| Onderwerp  | Vraagstelling  |
|--|--|
| Het gebruik van het NTS door dienstdoende huisartsen | Zijn de huisartsen op de hoogte van het NTS, van de urgenties die door de triagisten worden gehanteerd en de argumentatie op basis waarvan tot deze urgenties wordt gekomen?   |
| Hygiëne- en infectiepreventie                        | Hoe verloopt de hygiëne, immunisatie, infectiepreventie en melding van infectieziekte op de HAP? Zijn patiëntveiligheid en medewerkersveiligheid voldoende gewaarborgd?  |
| Werkdruk regiearts                                   | Werkdruk en belasting regie-arts, waaronder telefonisch storen door triagist. Is de belasting verminderd met de komst van een extra consult-arts vanaf februari 2013 in de weekenden tot 21.00 uur en de U2 consulten? |
| Informatieveiligheid                                 | Beveiliging van privacygevoelige informatie op de post?  |
| Rampen en crises                                     | Taken en verantwoordelijkheden van de huisartsenzorg in situaties van opgeschaalde zorg (ramp, crisis, pandemie) en de toepassing van het HaROP (Huisartsenrampenopvangplan)?  |





Er zijn bij deze audits nuttige bevindingen gedaan. De bevindingen zijn meegenomen in de leerkuilenschooling. Daarnaast zijn zowel auditcommissie als directie zeer tevreden met de gekozen focus op de meest risicovolle processen. Daarom zal ook in 2016 wederom voor deze insteek worden gekozen, waarbij ook gekeken gaat worden of op basis van de tracer methode enkele audits uitgevoerd kunnen worden. Op de agenda van de auditcommissie voor 2016 staan de volgende onderwerpen:

- veiligheid
- dossiervorming en raadpleging
- werkplek
- medicatieveiligheid
- overdrachtmomenten binnen de HAP

## 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 agendapunt 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 5.9) die door de commissies zijn voorgesteld en door de directie zijn doorgevoerd binnen de organisatie.

## 5.8 Klachten

In 2015 heeft de HAP in totaal 14 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 13 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 2015 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/calamiteiten reglement is op het KMS 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.

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.

Alle leden van de VIM-commissie hebben een scholing gekregen in de PRISMA-methode. Alle VIM-meldingen worden conform deze methode geanalyseerd en volgens het Eindhovens model geclassificeerd.

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

In totaal zijn er in 2015, 38 incidenten gemeld. Met name in juni is er een piek van meldingen geweest naar aanleiding van de meetweek hygiëne en infectiepreventie. De kwaliteitscommissie heeft deze meetweek georganiseerd om de aandacht te richten op dit onderwerp. Het uitwerken van deze meldingen wordt tot midden 2016 uitgevoerd.

De oorzaken van de meeste incidenten liggen op het gebied van communicatie, menselijk handelen en protocollen. Oorzaken met betrekking tot menselijk handelen en communicatie is besproken met de betrokken medewerkers en ketenpartners. Protocollen zijn aangepast en in scholingsprogramma's zijn de acties opgenomen.

## 5.1.1. Samenvatting en conclusie

Het jaar 2015 kan wederom gekenmerkt worden als een jaar waarin het kwaliteitsmanagementsysteem volop in de aandacht heeft gestaan en ondanks het vertrek

van de kwaliteitsfunctionaris, die aandacht ook heeft gekregen. Vanaf juli 2015 is een nieuwe kwaliteitsfunctionaris van start gegaan die de werkzaamheden heeft opgepakt.

Het digitale documentbeheersysteem is volledig geïntegreerd binnen de huisartsenpost en biedt voldoende ondersteuning bij de realisatie van werkzaamheden. De werkgroep protocollen houdt zich bezig met het actualiseren van protocollen en het toezien op naleving hiervan. Door de auditcommissie is dit jaar het auditplan uitgevoerd conform planning. Het verbeterplan is met de directie besproken en de punten zijn opgepakt.

Er is door de nieuw opgerichte kwaliteitscommissie aandacht besteed aan het uitvoeren van PRI's. Een PRI (dienstoverdracht) hebben we niet kunnen uitvoeren door het vertrek van de kwaliteitsfunctionaris. Deze is doorgeschoven naar de planning 2016.



# 6 Ketenpartners in de spoedzorg

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



Met de locatie van de huisartsenpost in het Rivierenlandziekenhuis, is het samenwerkings-protocol 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 staan.

Drie keer per jaar wordt het protocol geëvalueerd en op de kritische overdrachtmomenten 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 2015 is er een *Samenwerkingsovereenkomst HAP Gelders Rivierenland, Veiligheidsregio Gelderland-Zuid sector, Regionale Ambulancevoorziening en Meldkamer Ambulancezorg*. Hierin zijn onder andere de

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

UI meldingen, POB klachten, verdenking CVA en evidente collum fracturen worden door de triagist, na overleg met regie-arts, 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 politheek 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.



## 6.4 STMR - Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk werk Rivierenland



De huisartsenpost en STMR hebben een overeenkomst gesloten die, onder bepaalde voorwaarden, verpleegkundige ondersteuning regelt voor 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 de 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 ProPersona. Uiteraard blijft de HAP verantwoordelijk voor de screening en behandeling van somatiek.

# 7. Toelichting op de resultatenrekening en balans 2015

van de B.V. Huisartsenpost Gelders Rivierenland

Voor het eerste jaar van de HAP als besloten vennootschap in plaats van een stichting, mocht in overleg met de preferente zorgverzekeraars en akkoord van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uitgegaan worden van een begroting van EUR 3.410.118.

Zoals uit de resultatenrekening 2015 blijkt, zijn de werkelijk gemaakte kosten EUR 77.860 lager uitgevallen dan was begroot en ook lager dan de kosten in 2014. Voeg daarbij een hogere omzet van de opbrengsten over 2015 dan begroot plus de rentebaten, dan komen we uit op een positief

saldo van EUR 136.480.

Ofschoon de HAP een B.V. geworden is mag er nog steeds geen winst gemaakt worden, vandaar dat het batig saldo is terug te vinden op de balans onder Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK) die gestegen is van EUR 176.890 in 2014 naar EUR 319.496 in 2015.

Voordeel van een hogere RAK is een gunstigere liquiditeitspositie. Echter zal de hogere opbrengst van de omzet in 2015 wel verrekend (terugbetaald) moeten worden in 2017.



## Resultatenrekening 2015

|                                     | 2015<br>(in euro's) | begroting<br>(in euro's) | 2014<br>(in euro's) |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| <b>Bedrijfsopbrengsten</b>          | 3.466.856           | 3.410.118                | 3.394.831           |
| <b>Bedrijfslasten</b>               |                     |                          |                     |
| Afschrijvingen                      | 44.465              | 44.100                   | 20.516              |
| Personeelskosten assistentes        | 898.829             | 959.000                  | 940.076             |
| Kosten huisartsen                   | 1.279.801           | 1.317.218                | 1.282.210           |
| Vervoerskosten                      | 384.051             | 375.000                  | 379.900             |
| Huisvestingskosten                  | 137.667             | 134.500                  | 133.752             |
| Computerkosten en telefoon          | 153.673             | 120.000                  | 156.673             |
| Instrumentarium/verbruiksartikelen  | 44.824              | 42.000                   | 53.767              |
| Coördinatiekosten                   | 303.032             | 327.000                  | 292.904             |
| Organisatiekosten                   | 85.916              | 90.800                   | 81.005              |
|                                     | <u>3.332.258</u>    | <u>3.409.618</u>         | <u>3.340.803</u>    |
| <i>Subtotaal</i>                    | <u>134.598</u>      | <u>500</u>               | <u>54.028</u>       |
| <b>Rente</b>                        |                     |                          |                     |
| Rentebaten en -lasten               | 1.882               | -500                     | 234                 |
| <i>Resultaat</i>                    | <u>136.480</u>      | <u>0</u>                 | <u>54.262</u>       |
| Mutatie reserve aanvaardbare kosten | 142.645             | 0                        | 58.273              |
| <i>Resultaat boekjaar</i>           | <u>-6.165</u>       | <u>0</u>                 | <u>-4.011</u>       |

## Balans per

| <b>Activa</b>                             |         | 31-12-2015<br>(in euro's) |         | 31-12-2014<br>(in euro's) |
|---|---------|---------------------------|---------|---------------------------|
| <b>Vaste activa</b>                       |         |                           |         |                           |
| <b>Materiële vaste activa</b>             |         | 146.149                   |         | 148.727                   |
| <b>Vlottende activa</b>                   |         |                           |         |                           |
| <b>Vorderingen</b>                        |         |                           |         |                           |
| Debiteuren                                | 304.867 |                           | 427.542 |                           |
| Overige vorderingen en overlopende activa | 31.068  |                           | 45.449  |                           |
|   |         | 335.935                   |         | 472.991                   |
| <b>Liquide middelen</b>                   |         | 507.568                   |         | 168.366                   |
|   |         |                           |         |                           |
| <i>Totaal activa</i>                      |         | <u>989.652</u>            |         | <u>790.084</u>            |
|   |         |                           |         |                           |
| <b>Passiva</b>                            |         | 31-12-2015<br>(in euro's) |         | 31-12-2014<br>(in euro's) |
| <b>Eigen vermogen</b>                     |         |                           |         |                           |
| Gestort en opgevraagd kapitaal            | 100     |                           | 0       |                           |
| Wettelijke reserve                        | 57.836  |                           | 57.836  |                           |
|   |         | 57.936                    |         | 57.836                    |
| <b>Reserve aanvaardbare kosten</b>        |         | 319.496                   |         | 176.890                   |
|   |         |                           |         |                           |
| <b>Te verrekenen in tarieven</b>          |         | -10.137                   |         | -6.605                    |
| <b>Kortlopende schulden</b>               |         |                           |         |                           |
| Handelscrediteuren                        | 0       |                           | 0       |                           |
| Belastingen/sociale lasten                | 128.767 |                           | 82.503  |                           |
| Overige schulden en overlopende passiva   | 493.589 |                           | 479.460 |                           |
|   |         | 622.356                   |         | 561.963                   |
|   |         |                           |         |                           |
| <i>Totaal passiva</i>                     |         | <u>989.652</u>            | 0       | <u>790.084</u>            |

# 8 Feitelijke organisatie

## **Raad van Bestuur**

|                     |          |
|---------------------|----------|
| Dhr. M. Knijnenburg | huisarts |
| Dhr. A. Merkestein  | huisarts |
| Dhr. J. Bennink     | huisarts |

## **Management**

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Mevr. W. Schreuders-van Rosmalen | directeur   |
| Dhr. K. Lambrechtse              | directieondersteuner/controller                                       |
| Mevr. E. Weber                   | assistente locatiemanager   |
| Mevr. J. Hermans                 | kwaliteitsfunctionaris<br>(tot mei 2015)                              |
| Mevr. V. v. Vliet                | kwaliteitsfunctionaris/aandachts-<br>functionaris (vanaf 1 juli 2015) |

## **Klachtenbemiddelings-/calamiteitencommissie**

|                     |   |
|---------------------|---|
| Dhr. A. Renckens    | huisarts (tot 1 september 2015)                                       |
| Mevr. D. Decker     | huisarts (tot 1 maart 2015)   |
| Mevr. M. Leenhouts  | huisarts  |
| Dhr. J. Sündermann  | v/h huisarts  |
| Mevr. M van Wösten  | huisarts (vanaf 1 november 2015)                                      |
| Mevr. J. Hermans    | kwaliteitsfunctionaris<br>(tot mei 2015)                              |
| Mevr. V. van Vliet  | kwaliteitsfunctionaris/aandachts-<br>functionaris (vanaf 1 juli 2015) |
| Mevr. A. van Loo    | triagist  |
| Mevr. C. van Zijl   | triagist  |
| Dhr. K. Lambrechtse | klachtenbemiddelaar   |





### **VIM-commissie**

|                       |          |
|-----------------------|----------|
| Mevr. E. Scherpenzeel | triagist |
| Dhr. M. van Leest     | huisarts |
| Mevr. M. Versluys     | huisarts |

### **Kwaliteitscommissie**

|                        |  |
|------------------------|--|
| Dhr. A. Sana           | huisarts   |
| Mevr. R. Ramakers      | huisarts   |
| Dhr. W. Mol            | huisarts (tot 1 november 2015)                                   |
| Mevr. W. Schreuders    | directeur  |
| Mevr. M. Stam          | triagist   |
| Mevr. A. v. IJzendoorn | triagist   |
| Mevr. J. Hermans       | kwaliteitsfunctionaris (tot mei 2015)                            |
| Mevr. V. van Vliet     | kwaliteitsfunctionaris/aandachtsfunctionaris (vanaf 1 juli 2015) |

### **Audit commissie**

|                        |  |
|------------------------|--|
| Mevr. C. Ballegooijen  | triagist   |
| Mevr. A. Peters        | triagist   |
| Mevr. A. v. IJzendoorn | triagist   |
| Dhr. E. v. Veen        | chauffeur  |
| Dhr. P. Boon           | huisarts   |
| Mevr. M. Spronk        | huisarts   |
| Mevr. J. Hermans       | kwaliteitsfunctionaris (tot mei 2015)                            |
| Mevr. V. van Vliet     | kwaliteitsfunctionaris/aandachtsfunctionaris (vanaf 1 juli 2015) |

### **Klankbordgroep huisartsen**

|                     |          |
|---------------------|----------|
| Dhr. F. v.d. Heuvel | huisarts |
| Mevr. T. Loman      | huisarts |

Dhr. P. Salomé  
Dhr. E. de Vries  
Dhr. T. v.d. Wösten

huisarts  
huisarts  
huisarts

### **Vertrouwenspersoon**

Mevr. L. Jansen

huisarts

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

Dhr. H. Lamers

### **Secretariële ondersteuning**

Mevr. A. Wijnja  
Mevr. C. de Lang-van Amstel

management  
bestuur en calamiteitencommissie

### **Colofon**

*Website*  
www.haptiel.nl

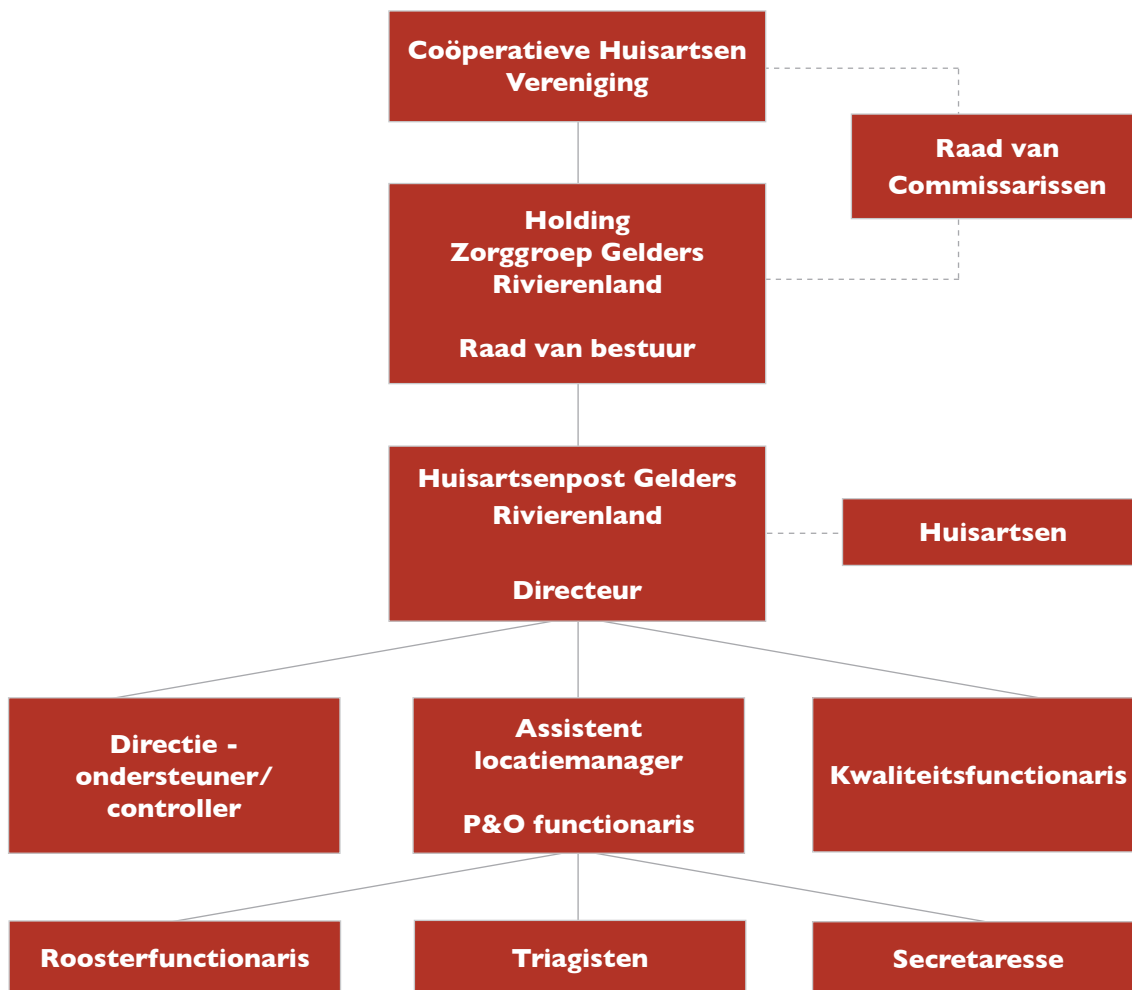
*Fotografie*  
Mevr. A. Wijnja

*Redactie en vormgeving*  
Mevr. W. Schreuders- van Rosmalen  
Mevr. V van Vliet  
Dhr. T. Wösten (verslag AR)  
Mevr. A. Wijnja

*Productie*  
De Meerpaal Grafimedia



## 9 Organogram



# 10 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  |
| GHOR   | Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio                    |
| IGZ    | Inspectie voor de Gezondheidszorg                                      |
| HAAK   | Hulpvraag- Achtergrondinformatie-Advies-Klantreactie                   |
| HAGRO  | Huisartsen Groep   |
| HAP    | Huisartsenpost   |
| HaROP  | Huisartsen RampenOpvangPlan  |
| 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   |
| OTO    | Opleiden, Trainen en Oefenen   |
| OVD    | Oudste van Dienst  |
| POB    | Pijn op de borst   |
| PRI    | Prospectieve risico-inventarisatie                                     |
| PRISMA | Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis |
| RAV    | Regionale Ambulance Voorziening  |

|       |   |
|-------|---|
| SEH   | Spoedeisende Hulp                                       |
| SLA   | Service Level Agreement                                 |
| SMART | Specifiek Meetbaar Acceptabel Realistisch Tijdgebonden  |
| SOEP  | Subjectief/Objectief/Evaluatie/Plan                     |
| STMR  | Stichting Thuiszorg & Maatschappelijk werk Rivierenland |
| VIM   | Veilig Incidenten Melden                                |
| WB    | Waarneembemiddeling                                     |
| WDH   | Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen          |



Ziekenhuis Rivierland

SpoedEisende Hulp  
HuisArtsenPost  
Eerste Hart Hulp  
Regio-Apotheek  
Nachtingang







**Huisartsenpost  
Gelders Rivierenland**

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



**Huisartsenpost**  
Gelders Rivierenland

Voor Spood 

**POST**