

HUISARTSSEN POST



Huisartsenpost
Gelders Rivierenland

Voor Speed 

Jaarverslag 2016

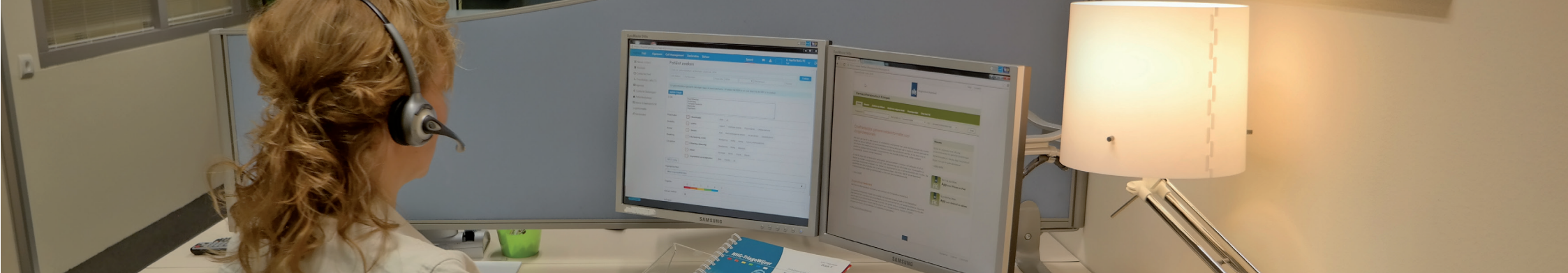
Jaarverslag 2016

Huisartsenpost Gelders Rivierenland

Het is het bestuur en de directie van de Huisartsenpost (HAP) Gelders Rivierenland te Tiel een genoegen u het jaarverslag 2016 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

2016



Ook in 2016 is het weer gelukt onze missie en visie uit te voeren: het leveren van acute huisartsenzorg, kwalitatief hoogwaardig, klantgericht en veilig uitgevoerd tijdens de avond-, nacht- en weekenduren.

Management en ondersteuning, triagisten, chauffeurs, huisartsen, commissieleden, vertrouwenspersoon: een groot compliment.

Er ontstaat krapte op de arbeidsmarkt: dit geldt voor triagisten, huisarts waarnemers, wijkverpleegkundigen en andere werkers in de zorg.

De verwachting is dat deze markt de komende jaren niet zal verbeteren en de zorgvraag in de komende jaren zal toenemen, niet alleen in aantallen maar misschien vooral in complexiteit.

Het worden uitdagende en misschien ook wel roerige tijden.



Eind 2016 hebben Wilma Schreuders en Kees Lambrechtse aangegeven per 1 oktober 2017 met hun werkzaamheden te stoppen.

Ze gaan hoe dan ook een hele mooie post achterlaten waar we met zijn allen trots op mogen zijn. Het bestuur bedankt alle medewerkers voor hun bijdrage hieraan.

Mede namens het bestuur van de huisartsenpost Tiel,

Jan Bennink



1	Organisatie post	5
2	Productie	6
3	Kwaliteit	7
4	Branchenormen	11
5	HKZ-certificering	13
6	Ketenpartners in de spoedzorg	19
7	Toelichting op de resultatenrekening en balans 2016 van de B.V. Huisartsenpost Gelders Rivierenland	21
8	Feitelijke organisatie	24
9	Organogram	27
10	Lijst met afkortingen	28

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 84 artsen geregistreerd als "geaccepteerde" waarnemers, waarvan 45 met een + aantekening voor regiediensten.

In 2016 zijn, van de totaal 1880 diensten, 1209 diensten via VVB verkocht: 700 zijn nachtdiensten, 157 weekenddag en 352 avonddiensten.

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

		Aantal contacten 2015		Aantal contacten 2016	
	Totaal		45.753		46.894
Leeftijd patiënt	0-10		8.988		9.494
	10-20		4.880		5.010
	20-40		10.061		10.334
	40-60		9.622		9.948
	60-80		8.076		7.950
	>80		4.128		4.157
Triage/Urgentie	U0		14		8
	U1	1.359	3,9%	1.257	2,7%
	U2	7.207	15,8%	8.387	17,9%
	U3	18.751	41,0%	18.955	40,4%
	U4	6.491	14,2%	6.228	13,3%
	U5	11.923	26,1%	12.059	25,7%
Soort contact	Consult		22.311		22.168
	Visite		3.730		3.691
	Tel cons (DA-advies)		17.491		18.194
	SOH		2.143		2.745

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

L	Bewegingsapparaat	18,4%	1	U	Urinewegen	5,4%	6
S	Huid en subcutis	13,7%	2	K	Hart vaatstelsel	4,6%	7
D	Spijverteringsorganen	13,0%	3	H	Oor	4,0%	8
A	Algemeen niet gespecificeerd	13,3%	4	F	Oog	3,4%	9
R	Luchtwegen	12,3%	5	P	Psychische problemen	3,3%	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, 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.

In 2016 zijn risico-inventarisaties uitgevoerd ten aanzien van de dienstoverdracht. Uit deze PRI kwamen geen belangrijke risico's naar voren.

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 aandacht functionaris Kindermishandeling en Huiselijk Geweld van de post neemt deel aan een regionaal overleg van aandacht functionarissen.

In 2016 zijn van de ruim 12.900 kind contacten, 24 met een vermoeden bevestigd en overgedragen aan de eigen huisarts.

Gezien de landelijke cijfers is dit laag. Daarnaast heeft het onderwerp ouderenmishandeling meer aandacht gekregen. In 2016 is voor iedere triagist een her-scholing via e-learning 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 is de werkwijze binnen Prototops met het Sputovamo-formulier een punt van aandacht geworden.

3.3 Opleiding/her-registratie triagisten

Er is een inwerkprotocol voor de nieuwe medewerkers. Nieuwe medewerkers krijgen na een intensieve inwerk maand een evaluatiegesprek.

Gezamenlijk wordt geëvalueerd of de inwerk maand 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 2016 zijn 28 triagisten, waarvan 4 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 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 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 post gegeven scholingen geaccrediteerd zijn. De HAP heeft hiervoor een instellingsaccreditering 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 werkoverleg met een vaste agenda + notulen verplicht
- 3 x per jaar intervisie groepen verplicht



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.

We merken dat de cultuur steeds veiliger wordt. We zien dat terug in een stijging van het aantal VIM. Begin 2016 is er een Leerkulien sessie georganiseerd met als onderwerp "Help een calamiteit". De vertrouwensarts heeft deze sessie begeleid waarbij ervaringen met calamiteiten bespreekbaar werden gemaakt.

In 2016 wordt een medewerkers tevredenheidsonderzoek uitgevoerd, met een gemiddeld tevredenheidscijfer van 7.2. Dit is gelijk aan de score van 2012.

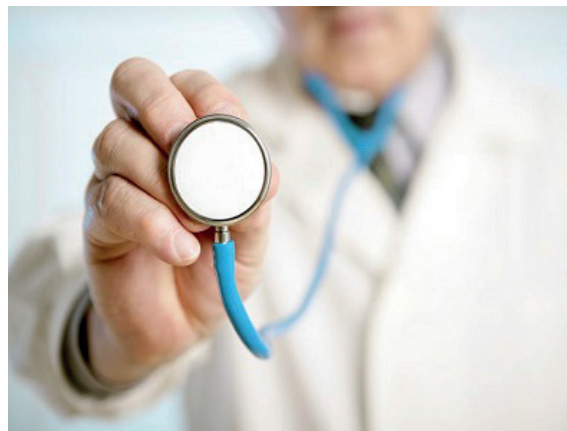
Vergeleken met de voorgaande meting in 2012 is de organisatie volgens de medewerkers gegroeid als het gaat om het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg en maatwerk in spoedeisende hulp. Echter is de bezettingsgraad van artsen en triagisten minder goed. Bij het tekort aan triagisten wordt de SOH-dienst tijdens het weekend, ingezet als triagist aan

de telefoon. Hierdoor mist de dienstdoende arts zijn ondersteuning. Het management is het hele jaar door aan het werven om de formatie op orde te krijgen, helaas is de spoeling met mogelijke kandidaten in onze regio erg dun.

3.5 Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim percentage in 2016 was totaal: 13,4%. Hiervan 4,44% lang en 8,09% extra lang verzuim.

We hebben 8 langdurig zieken op een team van 33 medewerkers, dit maakt het percentage zo hoog. Het percentage kort verzuim was 0,81%.



Het hoge verzuim en de moeilijkheid om aan voldoende gekwalificeerd personeel te komen is een risico voor uitval van de overige medewerkers. Door de inzet van 6 medisch studenten verwachten we een deel van de krapte in het rooster op te vangen.

3.6 Huisartsen/scholing

Adviesraad

Niet meer weg te denken uit de regio, de AdviesRaad (AR, voorheen klankbordgroep) van de huisartsenpost in Tiel. 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 bestuurder van de ZorgGroep (portefeuillehouder HAP).

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

In 2016 valt hierbij onder andere te denken aan:

- Verbouw HAP
- Aanbeveling calamiteiten afhandeling
- Acceptatie waarnemers

3.7 Scholing

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

3.8 Voorbereiding op rampen en crises /OTO-activiteiten

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	2016	Norm
Totaal aantal calls	45.754	46.894	
Telefonische bereikbaarheid spoed < 30 sec	99,9%	98,5%	98%
Telefonische bereikbaarheid niet spoed < 120 sec	68,9%	66,4	75%
Telefonische bereikbaarheid niet spoed < 600 sec	96,9%	91,1	98%
Fiattingen zelfstandige DA-adviezen < 60 min	93%	92%	92%
Fiattingen zelfstandige DA-adviezen < 120 min	98%	98%	98%
Aanrijdtijd U2 visite < 60 min	92%	82%	90%
Aanrijdtijd < 120 min	99%	99%	98%
Afhandeltijd bij U2 consult < 60 min	92%	85%	90%
Afhandeltijd bij U2 consult < 120 min	99%	99%	98%
Fysieke bereikbaarheid ≤ 30 min	100%	100 %	
Aantal patiënten klachten	14	24	n.v.t.
Aantal complimenten	1	2	n.v.t.
Aantal VIM meldingen	38	53	n.v.t.
Aantal VIM afgehandeld in meldjaar	28	30	n.v.t.
Aantal calamiteiten gemeld aan IGZ	5	3	n.v.t.
Aantal PRI uitgevoerd	3	1	n.v.t.
Aantal Interne audits uitgevoerd	4	5	n.v.t.
Gemiddelde tevredenheid patiënt	8,0	8,0	(2014)
Gemiddelde tevredenheid medewerker	7,2	7,2	



4.2 Beoordeling professioneel handelen

Triagisten

Procedure opleidings-, en begeleidingstraject triagisten en een Beoordelings- en diplomeringprocedure triagisten.

Beide documenten staan op het KMS.

4.3 Kwaliteit triage

Alle triagisten zijn binnen 2 jaar in het bezit van het diploma triagist. Hiermee voldoen we aan de norm. Een aantal triagisten hebben inmiddels hun herregistratie triagist ontvangen. De triagisten worden 2 keer 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 triagisten

(kernset), dit is een instrument dat 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 huisartsenpost 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 post 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 vraagt voortdurend onderhoud en blijft ook in 2016 een speerpunt. De in 2015 nieuw opgerichte Kwaliteitscommissie zal hier onder aansturing van directie en kwaliteitsfunctionaris een aantal taken in gaan oppakken.

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

N.a.v. 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 welke gecoördineerd wordt door de kwaliteitsfunctionaris.

5.5 Resultaten interne audits

De interne auditcommissie voert de audits binnen de post uit. In 2016 bestond de commissie uit twee huisartsen, een triagist, één chauffeur van de MAI, de financieel controller en de kwaliteitsfunctionaris als coördinator. Omdat de zittende triagist de commissie gaat verlaten zijn er eind 2016 twee nieuwe triagisten aangesteld die in 2017 de training zullen gaan doen.

In 2016 heeft de interne auditcommissie wederom gekozen voor de insteek van Risk Based Auditing en tracer audit. De directie heeft de prioriteit bij de keuze van de te auditen onderwerpen op de meest risicovolle processen gelegd. De onderwerpen waren:

Onderwerp	Scope
Veiligheid	Hygiëne • Apparatuur • Omgang medicatie • Veiligheid BHV • Deskundigheid • Cultuur/VIM • Informatieveiligheid
Dossiervorming en dossier raadplegen	Kwaliteit van de dossiervorming van de triagisten en artsen en in hoeverre wordt het dossier geraadpleegd bij een consult en visite
Werkplek	Hoe ervaren de medewerkers de werkplek. De stoelen, geluid, licht etc.
Medicatieveiligheid	Aanvragen, verwerken, afleveren, toedienen of monitoren van geneesmiddelen
Overdrachtsmomenten binnen de HAP	Overdracht van regie-arts naar visite arts. Overdracht AVK naar regiearts Einde dienst overdracht

Uit deze audits zijn nuttige bevindingen gedaan. Zo is naar voren gekomen dat het uitschrijven van medicatie en het gebruik van het LSP in Topicus niet duidelijk was. Er is naar aanleiding hiervan een instructie filmpje verstuurd en in de leerkuilen scholing begin 2017 is hier een presentatie over geweest.

Tijdens de audits in 2017 zal gekeken worden of de maatregelen effect hebben gehad. Daarnaast zijn zowel auditcommissie als directie zeer tevreden met de gekozen focus op de meest risicovolle processen. Daarom zal ook in 2017 wederom voor deze insteek worden gekozen.

Op de agenda van de auditcommissie voor 2017 staan de volgende onderwerpen:

- veiligheid
- kennisoverdracht
- werkplek
- protocollen en afspraken
- verwijzing naar specialist

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 die door de commissies voorgesteld en door de directie doorgevoerd zijn binnen de organisatie.

Als overall conclusie kan worden gezegd dat het kwaliteitssysteem van onze post naar tevredenheid functioneert.

5.8 Klachten

In 2016 zijn 24 klachten van patiënten ontvangen. Dit aantal is fors gestegen t.o.v. 2015 (14 klachten). De oorzaak van deze stijging is lastig te verklaren. Er zijn drie klachten gemeld door de ambulancedienst. Met de ambulancedienst zijn en worden op dit moment gesprekken gevoerd om de samenwerking te verbeteren. Daarnaast, als we naar de inhoud van de klachten kijken is een aantal klachten zeer terecht waarvan we kunnen leren.

Enkele klachten zijn, wat ons betreft, niet ontvankelijk. We hebben hiervan het gevoel dat de patiënten snel geagiteerd zijn. Ook deze klachten hebben wij zeer serieus genomen, maar we kunnen hieruit minder leerpunten halen.

Aard van de klachten is divers en varieert van onvolledige informatie en communicatie, bejegening arts/medewerker tot behandelkeuze van de arts. In 2016 ging wel het merendeel van de klachten over het behandeltraject. We houden in 2017 een vinger aan de pols of de toename een trend is.



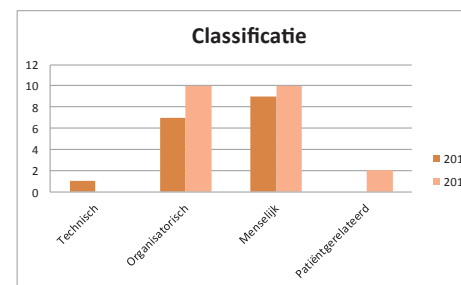
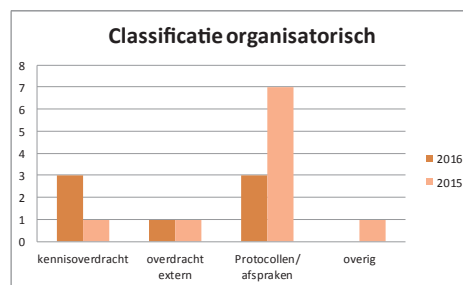
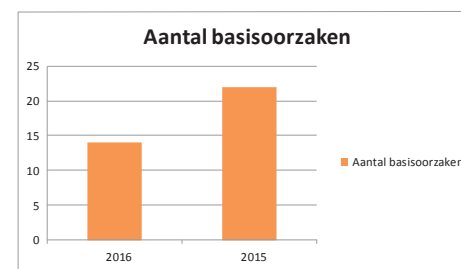
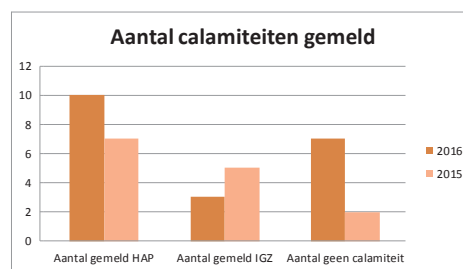
De HAP heeft een klachten(bemiddeling)functionaris. Hij wordt inhoudelijk begeleid door een commissie (Klachtenbemiddeling/calamiteitencommissie) bestaande uit drie huisartsen, twee triagisten en de kwaliteitsfunctionaris. Mocht de bemiddeling niet lukken, dan wordt in overleg met de klager de klacht ingediend bij een onafhankelijke klachtencommissie: Klachtencommissie voor Huisartsenzorg.

Onderwerp	2016	2015
Aantal binnengekomen klachten	24	14
Aantal opgelost door bemiddeling	23	13
Klacht doorgestuurd naar onafhankelijke klachtencommissie	1	1
Klacht heeft betrekking op		
Bejegening	4	6
Behandeltraject	15	7
Organisatie	5	0
Binnengekomen via		
Brief	8	12
Internet formulier	9	1
Overig	7	1
Aantal klachten naar tevredenheid opgelost		
Afgehandeld naar tevredenheid	12	13
Geen reactie meer van de klager	9	1
Niet tevreden	2	1
Binnengekomen complimenten	2	1

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 2016 zijn er in totaal 10 calamiteiten gemeld waarvan wij drie als calamiteit conform de procedure bij de IGZ hebben aangemeld. De basisoorzaken liggen voornamelijk op organisatorisch (protocollen en kennisoverdracht) of menselijk (kennis en ervaring en zorgvuldigheid) gebied. Tijdens werkoverleg en de nascholing begin 2017 zijn de casussen besproken. Daarnaast worden de casussen en de leerpunten in een nieuwsbrief besproken.



Voor de opvang van medewerkers die een calamiteit hebben meegemaakt hebben we een vertrouwenspersoon. Vanaf 2013 heeft de vertrouwensarts vijf meldingen gehad. Met drie hulpverleners zijn gesprekken gevoerd over de impact die het meemaken van een calamiteit op hen had. Met een hulpverlener zijn telefoongesprekken gevoerd, die vooral gingen over de bejegening door de calamiteitencommissie.

5.10 VIM

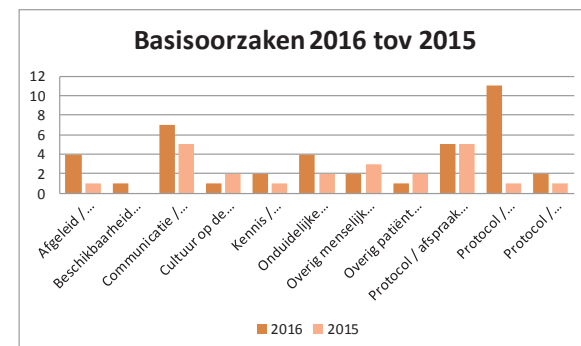
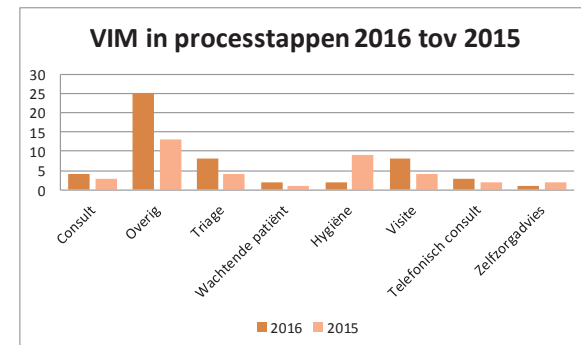
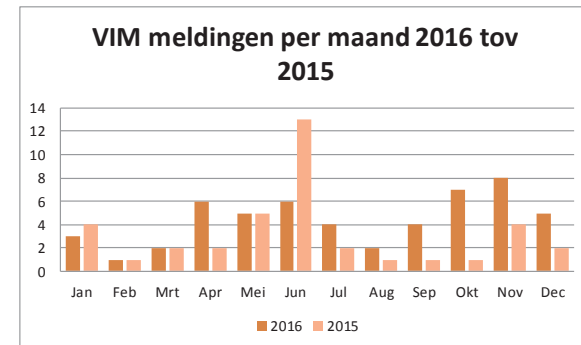
Op de post is reeds vele jaren een VIM-commissie functioneel. In 2016 is de commissie vernieuwd met leden. Er zijn 3 nieuwe triagisten en 2 nieuwe huisartsen aangesteld. Daarnaast neemt de kwaliteitsfunctionaris vanaf 2016 ook deel in de commissie. De VIM-commissie analyseert gemelde incidenten en bespreekt 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 dan wel 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.

In totaal zijn er 53 VIM's (Veilig en Incidenten Melden) gemeld. Dat is een toename van 40% ten opzichte van 2015. Wij denken dat deze toename komt door een verbetering van opvolging van verbeterpunten naar aanleiding van incidenten en een opener cultuur. Alle VIM's zijn direct in behandeling genomen en verbetervoorstellen zijn uitgezet. De oorzaken van de meeste incidenten liggen op het

gebied van protocollen en communicatie. Met name in het naleven van protocollen en instructies is een stijging te zien. Een aantal betroffen afspraken die niet nagekomen zijn door onze ketenpartners SEH en de thuiszorg. Deze zijn besproken en in 2017 staat een interne audit op het programma over het naleven van protocollen en afspraken.

5.11 TIM

De pilot Transmuraal Incident Melden (TIM) tussen huisartsen en ziekenhuis loopt vanaf halverwege 2015. En met succes. Er zijn tot nu toe in totaal 70 meldingen gedaan: 38 meldingen vanuit de 2e lijn en 32 meldingen vanuit de 1e lijn (huisartsen), waarvan 5 vanuit de Huisartsenpost. De CHV Gelders Rivierenland en de Commissie Patiëntveiligheid (CPV) van Ziekenhuis Rivierenland hebben daarom besloten om de TIM procedure te formaliseren. De eerste stap is het instellen van een formele TIM-commissie (LPV transmuraal).



5.12 Samenvatting en conclusie

In 2016 zijn alle kwaliteitsactiviteiten voortgezet zoals in de voorgaande jaren. De komst van de medisch adviseur in 2016 heeft een positieve uitwerking gehad op de kwaliteit.

Het digitale documentbeheersysteem is volledig geïntegreerd binnen de huisartsenpost en biedt voldoende ondersteuning bij de realisatie van werkzaamheden. De protocollenwerkgroep houdt zich bezig met actualiseren van protocollen en toezien op naleving hiervan. In 2016 heeft de protocollenwerkgroep negen protocollen behandeld. Er is een nieuw protocol geschreven over verstrekken van medische gegevens. En er zijn nieuwe protocollen gemaakt in het kader van informatiebeveiliging zoals gedragsregels en bewaartermijnen. In 2016 moesten tien SOH protocollen herzien worden. De SOH groep is bezig deze te vernieuwen.

Door de auditcommissie is dit jaar het auditplan uitgevoerd conform planning. Onderwerpen op de planning waren veiligheid, dossiervorming en dossier raadplegen, werkplek, medicatieveiligheid en overdrachtsmomenten HAP. Uit deze audits zijn nuttige bevindingen gedaan. Zo is naar voren gekomen

dat het uitschrijven van medicatie en het gebruik van het LSP in Topicus niet duidelijk zijn. Naar aanleiding hiervan zijn acties ondernomen zoals een instructiefilm en een presentatie tijdens de leerkuilen 2017.

Er is door de nieuw opgerichte kwaliteitscommissie aandacht besteed aan het uitvoeren van prospectieve risico inventarisaties (PRI's). In 2016 zijn er twee PRI's uitgevoerd. Één over dienstoverdracht en de andere over informatiebeveiliging.



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 patiënten en doelmatigheid voor de organisatie voorop staan.

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 2015 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.

UI meldingen, POB klachten, verdenking CVA en evidente collum fracturen 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 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. 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 post valt onder de verantwoordelijkheid van de dienstapotheek.

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-sond



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 Pro Persona. Uiteraard blijft de HAP verantwoordelijk voor de screening en behandeling van somatiek.

7. Toelichting op de resultatenrekening en balans 2016

van de B.V. Huisartsenpost Gelders Rivierenland

Toelichting op de resultatenrekening en balans 2016 van de B.V. Huisartsenpost Gelders Rivierenland

Over 2016 mocht in overleg met de preferente zorgverzekeraars en akkoord van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uitgegaan worden van een begroting van EUR 3.530.831.

Zoals uit onderstaande resultatenrekening 2016 blijkt zijn de werkelijk gemaakte kosten EUR 12.078 hoger uitgevallen dan was begroot. Echter een hogere omzet van de opbrengsten over 2016 dan begroot plus de rentebaten resulteerde in een positief saldo van EUR 108.166.

Van dit batig saldo kan slechts EUR 50.862 overgeheveld worden naar de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK), omdat die reserve is gemaximeerd op 10% van de omzet, uitkomend op EUR 365.692.

Het restant van EUR 51.132 zal worden verrekend in de tarieven van 2018.



Balans per

Activa		31-12-2016 (in euro's)		31-12-2015 (in euro's)
Vaste activa				
Materiële vaste activa		102.632		146.149
Vlottende activa				
Vorderingen				
Debiteuren	350.935		304.867	
Overige vorderingen en overlopende activa	<u>30.683</u>		<u>31.068</u>	
		381.618		335.935
Liquide middelen		667.837		507.568
		<u>1.152.087</u>		<u>984.980</u>
<i>Totaal activa</i>				
Passiva		31-12-2016 (in euro's)		31-12-2015 (in euro's)
Eigen vermogen				
Gestort en opgevraagd kapitaal	100		100	
Wettelijke reserve	<u>57.836</u>		<u>57.836</u>	
		57.936		57.936
Reserve aanvaardbare kosten		365.692		314.769
Te verrekenen in tarieven		51.132		-10.083
Kortlopende schulden				
Belastingen/sociale lasten	89.466		128.767	
Overige schulden en overlopende passiva	<u>587.861</u>		<u>493.591</u>	
		677.327		622.358
		<u>1.152.087</u>		<u>984.980</u>
<i>Totaal passiva</i>				

Resultatenrekening 2016

	2016 (in euro's)	begroting 2016 (in euro's)	2015 (in euro's)
Bedrijfsopbrengsten	3.650.161	3.531.331	3.466.856
Bedrijfslasten			
Afschrijvingen	42.124	46.100	49.138
Personeelskosten assistentes	1.040.468	987.000	900.255
Kosten huisartsen	1.307.721	1.352.581	1.279.801
Vervoerskosten	392.123	395.000	384.051
Huisvestingskosten	140.860	138.250	137.667
Computerkosten en telefoon	167.536	145.000	158.673
Instrumentarium/verbruiksartikelen	48.521	45.000	43.398
Coördinatiekosten	319.766	331.500	298.032
Organisatiekosten	83.790	90.400	85.916
	3.542.909	3.530.831	3.336.931
<i>Subtotaal</i>	107.252	500	129.925
Rente			
Rentebaten en -lasten	914	-500	1.882
<i>Resultaat</i>	108.166	0	131.807
Mutatie reserve aanvaardbare kosten	50.862	0	137.918
<i>Resultaat boekjaar</i>	57.304	0	-6.111

8 Feitelijke organisatie

Raad van Bestuur

Dhr. J. Bennink

Dhr. M. Knijnenburg

Dhr. A. Merkestein

huisarts

huisarts

huisarts

Klachtenbemiddelings-/calamiteitencommissie

Mevr. M.C. van Baal

Dhr. K. Lambrechtse

Mevr. M. Leenhouts

Mevr. A. van Loo

Dhr. J. Sündermann

Mevr. V. van Vliet

Mevr. C. van Zijl

huisarts en medisch adviseur

klachtbemiddelaar/controller

huisarts

triagist

v/h huisarts

kwaliteitsfunctionaris

triagist

VIM – commissie

Mevr. L. van den Berg

Mevr. K. van de Most

Mevr. M. van Lankveld

Mevr. A. IJzendoorn

Mevr. V. van Vliet

triagist

huisarts

huisarts

triagist

kwaliteitsfunctionaris

Kwaliteitscommissie

Mevr. M.C. van Baal

Mevr. E. Kanselaar

Mevr. M. van Mels

Mevr. M. Stam

Drh. S. Sana

huisarts medisch adviseur

triagist

triagist

triagist

huisarts



Mevr.W. Schreuders
Mevr.V. van Vliet

Audit commissie

Dhr. P. Boon
Dhr. K. Lambrechtse
Mevr. M. van Mels
Mevr. L. van Panwijk
Mevr.A. Peters
Mevr. M. Spronk
Dhr. E. van der Veen
Mevr.V. van Vliet

Adviesraad huisartsen

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

Vertrouwenspersoon

Mevr. L. Jansen

Management

Mevr.W. Schreuders- van Rosmalen
Dhr. K. Lambrechtse

directeur
kwaliteitsfunctionaris/voorzitter

huisarts
klachtbemiddelaar/controller
triagist
triagist
triagist
chauffeur
kwaliteitsfunctionaris

huisarts
huisarts
huisarts
huisarts
huisarts
huisarts

huisarts

directeur
managementondersteuner/controller



Mevr. E. Weber
Mevr. V. van Vliet

assistente locatiemanager
kwaliteitsfunctionaris

Teamleider M.A.I

Dhr. H. Lamers

Secretariële ondersteuning

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

management
bestuur en calamiteiten commissie

Colofon

Website
www.haptiel.nl

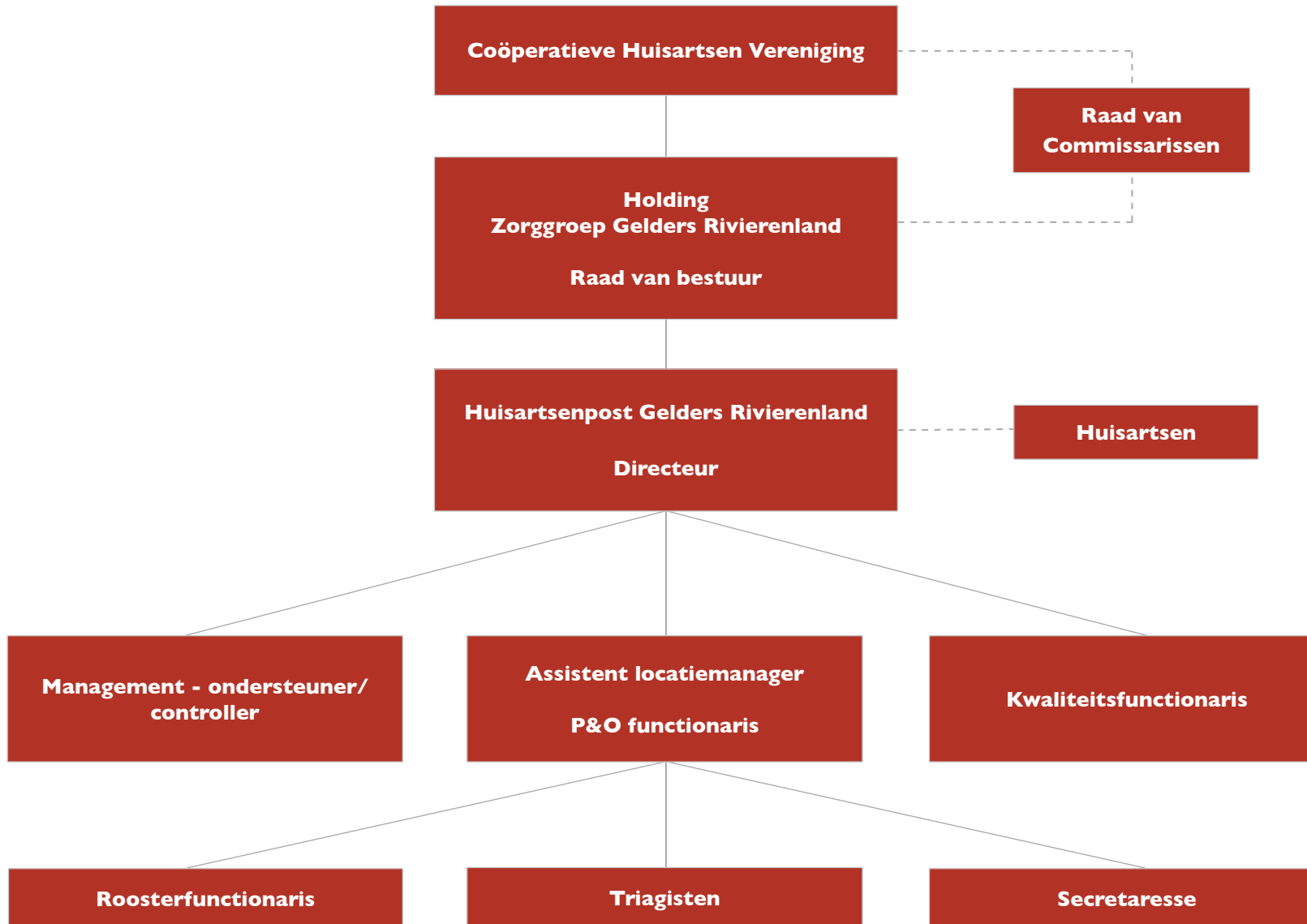
Fotografie
Mevr. A. Wijnja

Redactie en vormgeving
Dhr. K. Lambrechtse
Mevr. W. Schreuders
Mevr. V van Vliet
Mevr. A. Wijnja

Druk
De Meerpaal Grafimedia

huisartsenpost

9 Organogram



I 0 Lijst met afkortingen

AD	Acute Dienst Pro Persona
AED	Automatische Externe Defibrillator
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
TIM	Transmuraal Incident Melden
VIM	Veilig Incidenten Melden
WB	Waarneembemiddeling
WDH	Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen



SpoedEisende Hulp
HuisArtsenPost
Eerste Hart Hulp
Regio-Apotheek
Nachtingang

B

Huisartsenpost
Gelders Rivierenland

Pres. Kennedylaan 1a
4002 WP Tiel
T 0344-799111
F 0344-618597
E info@haptiel.nl

HUISARTSEN



Voor Speed 

POST