

JAARVERSLAG 2014

VOORWOORD



BIJLAGEN



HUISARTSENPOSTEN
NIJMEGEN EN BOXMEER



VOORWOORD

Voor 2014 zetten we de nodige stippen op de horizon. Op basis daarvan bepaalden we onze koers. Steeds opnieuw blijkt dat de huisartsgeneeskundige spoedzorg een dynamische tak is binnen de gezondheidszorg. Het is dan ook de kunst de uitgezette lijnen te volgen en ondertussen flexibel om te gaan met allerlei onvoorspelbare gebeurtenissen, zoals de dreiging van ebola, het fluctuerende aantal verrichtingen en het bericht over de mogelijke sluiting van meerdere afdelingen Spoedeisende Eerste Hulp in onze omgeving. Gelukkig bleken we daar in 2014 prima toe in staat. Al vijftien jaar lang bieden we huisartsgeneeskundige spoedzorg van hoge kwaliteit. Reden voor een feest. In oktober 2014 vierden we tijdens het symposium ons derde lustrum, samen met ruim 350 partners in en rondom de eerstelijnszorg.

Het lukte ons op verschillende vlakken ons fundament te verstevigen. Dit deden we in 2014 voor het eerst onder leiding van de adjunct-directeur en een eigen bestuur voor Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer. Samen gaven zij opnieuw een impuls aan het bezoeken van de huisartsengroepen. We zijn actief in gesprek gegaan met de huisartsen. Heel belangrijk als je onder de huisartsleden draagvlak wilt creëren. In dat kader staken we in 2014 eveneens veel energie in de werkgroep voor de nieuwe aansluitovereenkomst.

Op organisatorisch vlak focusten we ook op het versterken van onze basis. We namen de bureauorganisatie kritisch onder de loep en formuleerden duidelijke doelstellingen. Ook werkten we onze visie uit op huisartsenzorg in de keten van spoedzorg. We kijken met voldoening terug op de resultaten van de projectgroep 'Samenwerking huisartsenpost Nijmegen – Spoedeisende Eerste Hulp CWZ'.

En we zijn trots op het feit dat we als huisartsenpost Nijmegen de afspraken met de huisartsenpost Tiel en de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) van de Veiligheidsregio Gelderland actualiseerden en formeel vastlegden in een overeenkomst.

Al met al kunnen we stellen dat we een groot deel van onze voor-nemens voor 2014 realiseerden. Waar dat niet lukte, formuleerden we verbeterpunten en denken we in 2015 grote stappen te kunnen zetten. Dan richten we ons onder andere op het verkrijgen van meer opt-ins; heel belangrijk voor de kwaliteit van onze zorgverlening. En we werken aan het optimaliseren van de medicatiebewaking. Ook in 2015 blijven we onze zorg verbeteren!

Namens bestuur en directie,

Anja Meekes

Voorzitter

Huisartsenposten
Nijmegen en Boxmeer

Marion Borghuis

Directeur

Huisartsenposten
Nijmegen en Boxmeer

Marcia Bos

Adjunct-directeur

Huisartsenposten
Nijmegen en Boxmeer



SPOEDZORG

Een kind met koorts boven de 40°C, een snee, kneuzing of een plotseling onwel gevoel; wie in de avond-, nacht- en weekenduren een dringende zorgvraag heeft, kan bij Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer terecht. Al vijftien jaar staan wij garant voor huisartsgeneeskundige spoedzorg in Nijmegen en Boxmeer en omgeving. In die uren waarin de eigen huisarts niet bereikbaar is, staan onze huisartsen en dokters-assistenten voor patiënten klaar. We geven telefonisch advies, bieden hulp op de twee posten in Nijmegen en Boxmeer. En als het nodig is leggen we - al dan niet met spoed - visite af bij patiënten thuis. Juist bij spoedzorg is het belangrijk duidelijke afspraken te maken met ketenpartners. Zodat helder is wie wanneer wat doet.

Daarom zoeken we onze partners actief op; ambulancediensten, maar ook de afdelingen Spoedeisende Eerste Hulp van de ons omringende ziekenhuizen. Onze samenwerking draagt verder dan het vastleggen van de taakverdeling. We nemen onze samenwerkingsverbanden in de spoedzorg steeds opnieuw onder de loep, stellen ze bij, scherpen ze aan. Liefst gaan we nog een stap verder, door een gezamenlijke visie op spoedzorg te ontwikkelen. Want hoe zou de samenwerking in de keten van spoedzorg volgens ons sámen er idealiter uitzien? Met de Huisartsenkring Nijmegen e.o. maakten we een eerste aanzet voor een visie vanuit huisartsen. Zo werken we aan het optimaliseren van de spoedzorg. En dat allemaal natuurlijk in het belang van de patiënt.



Goede buren zijn we, de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) van het CWZ en post Nijmegen. We werken samen op het Spoedplein en delen feitelijk de voordeur. Voorafgaand aan onze verhuizing naar het plein stelden we samen werkafspraken vast. Die hebben we in 2014 met de projectgroep Samenwerking Huisartsenpost Nijmegen-CWZ/SEH nog eens kritisch bekeken. Doel? De samenwerking optimaliseren, zodat de kwaliteit van (huisartsgeneeskundige) spoedzorg erop vooruit gaat.

SAMEN OP HET SPOEDPLEIN

DIANE PEIJS, MEDISCH MANAGER SEH VAN HET CWZ: “De patiënt heeft er echt baat bij dat we samen op één spoedplein zitten.”

FEEDBACK

“We voelden de behoefte om te checken of het werkt hoe het nu loopt,” stelt Thijs Volkers, huisarts en lid van de projectgroep. “Het was goed om te horen wat beide partijen als knelpunten ervaren. We merken bijvoorbeeld dat het feedback geven op verwijzingen niet voldoende van de grond kwam. Ook kon wat ons betreft de logistiek van de röntgendiagnostiek beter.” Het CWZ op zijn beurt gaf aan te willen kijken naar de mogelijkheden voor gezamenlijke triage. “En we zagen kansen om meer met elkaar mee te kijken,” vult Diane Peijs aan, medisch manager SEH van het CWZ.

VERREGAANDE AFSPRAKEN

In totaal kwam de projectgroep vijf keer bijeen. “We constateerden dat een heleboel zaken al heel goed gaan,” vertelt Peijs. “De patiënt heeft er echt baat bij dat we samen op één spoedplein zitten.” Wat op basis van de bijeenkomsten verbeterde, is de telefonische doorverwijzing; patiënten komen sneller bij de juiste specialist uit. Ook werden op de SEH meekijkdagen gerealiseerd voor spreekuurassistenten en huisarts-ondersteunende doktersassistenten. Andersom ligt er een uitnodiging voor SEH-verpleegkundigen om op de post een kijkje te nemen. “We

hebben uitgesproken dat we in de toekomst graag in een informelere sfeer bij elkaar binnenlopen en elkaar raadplegen bij twijfel,” zegt Peijs. Wat labdiagnostiek betreft, verkenden we samen onder andere de mogelijkheid om de patiënt tijdens avond-, nacht- en weekenduren door te kunnen sturen naar de SEH om bloed te prikken. En er is besloten om te onderzoeken hoe patiënten de inrichting van het Spoedplein ervaren. Voor de logistiek bij röntgendiagnostiek was niet direct een pasklare oplossing voor handen. En de projectgroep werkte de plannen voor gezamenlijke 24-uurs-triage volgens de Nederlandse Triage Standaard niet verder uit. “Het aantal zelfverwijzers is inmiddels zo laag dat de investering die het in tijd en middelen zou vragen, niet opweegt tegen het resultaat,” legt Peijs uit.

LAAGDREMPELIG

Volkers besluit: “Belangrijk is dat we in laagdrempelig overleg opnieuw heldere afspraken hebben gemaakt én onderzocht hebben wat wel en wat niet kan. Daar heeft de patiënt uiteindelijk baat bij. Beide partijen zijn erop uit de juiste zorg op de juiste plek te bieden.”

U1-RITTEN: HUISARTS OF AMBULANCE



Als huisartsenpost vinden we het belangrijk U1-ritten te blijven verzorgen. Eerder maakten we met de RAV (Regionale Ambulance Voorziening) afspraken over wie wanneer uitrukt. Toch zagen we de afgelopen periode het aantal ritten dat we vanuit de post rijden afnemen. In 2014 namen we maatregelen om deze trend om te buigen.

Medisch adviseur Olaf Ouwendijk: “Bij indicaties waarin huisartsgeneeskundige zorg een duidelijke meerwaarde heeft (hypo’s, epilepsieaanvallen, koortsstuipen, complexe problematiek en terminale patiënten), gingen wij erop uit. In de overige gevallen reed de ambulancedienst. Op het moment dat we inschatten dat de visitearts langer dan 20 minuten nodig had om de patiënt te bereiken, schakelden we eveneens de ambulancedienst in. Zo probeerden we te voldoen aan de streefnorm van de inspectie voor de aanrijdtijden. Heel helder dus. Maar ja, gevolg was dat we steeds minder U1-ritten reden. Tot ongenoegen van de post én van de RAV. Huisartsen ervoeren de regels als te dwingend en vonden dat de kwaliteit van zorg leidend moest zijn. De RAV op zijn beurt merkte

dat de ambulancedienst te vaak onnodig uitrukte. Daarom besloten we in 2014 aan de vijf bestaande indicaties een zesde toe te voegen: U1-situaties waarbij onduidelijk is wat de patiënt mankeert omdat hij niet de klassieke symptomen vertoont die horen bij bijvoorbeeld een hartaanval of CVA. Is er behoefte aan goede diagnostiek, dan is de huisarts meer op z’n plaats dan de ambulancedienst.” Wat het effect van de maatregel is, is nog niet bekend. “In 2015 gaat de maatregel in. We monitoren het aantal U1-ritten en de aanrijdtijden. Net zoals we altijd deden en zullen blijven doen. Wat mij betreft laat de winst van deze maatregel zich niet uitdrukken in een percentage. Het gaat ons om de kwaliteit van zorg. Op casusniveau kijken we of die erop vooruit gaat.”

MEDISCH ADVISEUR OLAF OUWENDIJK: “Is er behoefte aan goede diagnostiek, dan is het beter dat de huisarts met de visiteauto uitrukt in plaats van dat de ambulance rijdt.”

IN DE KETEN

Naar aanleiding van landelijke ontwikkelingen besloten we om samen met Huisartsenkring Nijmegen e.o. een visie te formuleren op de keten van spoedeisende zorg. De koepel van zorgverzekeraars gaf namelijk aan de spoedeisende zorgstromen te willen concentreren. Daarnaast ligt er een plan om de meldkamers op te schalen naar tien grote landelijke regio's. Voor ons en de kring een reden om in een breder verband te kijken naar de positie van de huisarts in de keten van spoedzorg. We ontrafelden de keten en schreven de onderdelen van de

spoedketen - overdag en in de avond-, nacht- en weekenduren - verder uit, vanuit het perspectief van de huisarts. Eigenlijk schetsten we samen het ideaalplaatje: hoe zorgen we ervoor dat patiënten de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats krijgen en ervaren dat die zorg naadloos overgaat van de ene zorgprofessional op de andere. De volgende stap is om met alle partijen in de regio die betrokken zijn bij spoedzorg - inclusief patiëntenorganisaties - een regionale visie te ontwikkelen.



**SAMEN ERVOOR ZORGEN DAT DE
PATIËNT BIJ SPOED DE JUISTE ZORG,
OP HET JUISTE MOMENT,
OP DE JUISTE PLAATS KRIJGT**



SPOEDZORG

NU EN STRAKS

- BLIJVEN WE SAMEN MET DE SEH VAN HET CWZ MONITOREN HOE DE SAMENWERKING VERLOOPT. MOCHT HET NODIG ZIJN OM BIJ TE STUREN, DAN PAKT DE PROJECTGROEP DE DRAAD WEER OP.
- VORMT HET VISIEDOCUMENT OP DE KETEN VAN SPOEDZORG VOOR ONS DE BASIS OM IN 2015 DE KETENPARTNERS OP TE ZOEKEN EN MET HEN DE REGIONALE VISIE OP DE 24-UURS BESCHIKBAARHEID EN BEREIKBAARHEID VAN SPOEDZORG VERDER UIT TE WERKEN.
- RICHTEN WE ONS SPOEDBELEID IN OP HET VÓÓR ZIJN OF REDUCEREN VAN CALAMITEITEN DIE HET VAAKST VOORKOMEN. DIT DOEN WE DOOR SPECIFIEKE SITUATIES ZORGVULDIG TE ANALYSEREN.
- DOEN WE ONDERZOEK NAAR DE WIJZE VAN OVERLEG EN OVERDRACHT TUSSEN AMBULANCE EN HUISARTSEN. DOEL IS HELDER TE KRIJGEN WIE VANAF WELK MOMENT PRECIËS VERANTWOORDELIJK IS VOOR DE PATIËNT.



KWALITEIT



We werken constant en doelgericht aan kwaliteitsverbetering. Dat betekent dat we onszelf regelmatig een spiegel voorhouden. En ons afvragen: gaan we op de juiste manier met onze patiënten om? Doen we nog steeds de juiste dingen? Werken we wel goed en efficiënt? Registreren we eigenlijk adequaat? We maken gebruik van verschillende tools om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken, te borgen en deze waar nodig te verbeteren. Zo organiseren we op vaste momenten interne en externe audits. We voeren jaarlijks een directiebeoordeling uit. En natuurlijk hebben we veel houvast aan ons kwaliteitssysteem. Veel aandacht gaat uit naar het onderzoeken en afhandelen van klachten en calamiteiten. We gaan zorgvuldig na wat, waar en bij wie het mis ging; dat is belangrijk voor alle betrokken partijen (de patiënt, zijn naasten, arts en/of doktersassistente). Op basis daarvan formuleren we verbeteracties, omdat we geloven dat we van bijna elke situatie of iedere klacht wel iets kunnen oppikken.

Wat de kwaliteit van registratie betreft: we lieten in 2014 een tweede EPD-scan uitvoeren. Dankzij die scan kregen we weer beter zicht op de dossiervoering door onze huisartsen. We konden het effect meten van de scholing die we huisartsen aanboden na de eerste EPD-scan. En beoordelen of de kwaliteit van registratie erop vooruit was gegaan.

Voor de kwaliteitszorg van onze organisatie was ook het onderzoek naar de zorgconsumptie op de huisartsenposten van belang. Dit onderzoek van InEen leverde interessante inzichten op voor onze huisartsen. Die krijgen straks op praktijkniveau spiegelinformatie teruggekoppeld.

KLACHTEN, CALAMITEITEN EN MELDINGEN

Ieder jaar houden we nauwkeurig bij wat er aan interne meldingen, klachten of calamiteiten binnenkomt. Hoewel ze een teken zijn dat er iets mis gaat of is gegaan (wat uiteraard heel vervelend is voor de betrokkenen), zit er ook een positieve kant aan elke melding, klacht of calamiteit: we kunnen ervan leren.

KLACHTEN

- In 2014 kwamen er 41 klachten binnen; dat waren er 14 minder dan in het jaar ervoor. Het aantal klachten daalt al een paar jaar (in 2012 kwamen er 61 binnen, in 2011 telden we er 70).
- De meeste klachten gingen over een consult.
- 20 klachten hadden betrekking op medisch-inhoudelijke zaken. 10 gingen over medisch-inhoudelijke zaken waarbij ook communicatie een rol speelde. 8 klachten hadden te maken met communicatieproblemen en bejegening. De overige 3 klachten betroffen de organisatie.
- We konden geen trend ontdekken in de aard van klachten, behalve dan dat de meeste klachten over de huisarts gaan en niet of minder over de doktersassistente. Maar dat is al jaren zo.
- De gemiddelde afhandeltermijn was 20 dagen.
- We legden alle klachten en interne meldingen vast in het kwaliteitsmanagementsysteem. Dankzij dit systeem hebben we openstaande zaken goed in beeld en kunnen we de voortgang beter monitoren. Ook kunnen we op basis van dit systeem klachten beter overdragen; het dossier staat immers op één plek.

CALAMITEITEN

- We meldden zes calamiteiten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg; dat waren er evenveel als in 2013.
- We analyseerden en rapporteerden volgens de Prisma-methode. Voor systematische reconstructie van de feiten maakten we gebruik van verschillende methoden.
- Op basis van de reconstructies formuleerden we basisoorzaken en verbetervoorstellen. Nieuw is dat het managementteam van Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer ook hiernaar kijkt. En stilstaat bij de vraag of de basisoorzaken en verbetervoorstellen goed op elkaar aansluiten, en of de voorstellen uitvoerbaar en haalbaar zijn.
- Het bestuur van Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer beslist of het mogelijk is de voorgestelde verbeterprocessen ook uit voeren.

Welke acties ondernamen we?

Klachten gaan niet altijd over gemaakte 'fouten'. Vaak is er onbegrip in het spel, of is er sprake van communicatieproblemen, onvoldoende uitleg of verschillen in verwachtingen. Sommige klachten (en de leerpunten die we op basis daarvan formuleerden) namen we mee in onze scholingen, in onze nieuwsbrief of als wijziging van een protocol.

Welke acties ondernamen we?

Veel leerpunten integreerden we in onze scholingen voor de huisartsen en/of de doktersassistenten. Of we namen ze op in casuïstiekbesprekingen. We kwamen in actie om technische storingen te voorkomen en een vangnet te creëren voor het geval onze systemen uitvallen. Ook namen we de samenwerking met een penitentiaire instelling onder de loep (we zegden die samenwerking overigens op). Onze verbetervolglijst helpt ons alle verbetermaatregelen beter op te volgen.

KLACHTEN, CALAMITEITEN EN MELDINGEN

INTERNE MELDINGEN

Sinds 2014 kunnen huisartsen, doktersassistenten en ketenpartners interne meldingen, klachten en incidenten (bijvoorbeeld met betrekking tot agressie) digitaal doorgeven via Infoland (onderdeel van ons kwaliteitsmanagementsysteem). In 2014 gingen de meeste interne meldingen over de vraag of we wel de juiste urgentie toekenden. Of dat we de patiënt wel de juiste behandeling gaven. Een ander deel betrof werkafspraken (binnen onze organisatie of met andere zorgpartners).



NIET TE VERGETEN!

Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer is al jaren voor beide posten HKZ- en NEN-gecertificeerd. Op onze [website](#) leest u meer daarover. De HKZ-certificering voor de kwaliteit van onze dienstverlening werd in september 2013 voor een periode van drie jaar verlengd (volgens de norm HKZ-Huisartsendiensten 2012). Eerder al kregen we een verlenging van ons NEN 7510-certificaat voor informatiebeveiliging, ook voor een periode van drie jaar. We zijn trots op het feit dat we goed gecertificeerd zijn.

Welke acties ondernamen we?

We gaven individueel feedback aan de direct betrokken zorgverleners. Ook bespraken we meldingen in werkoverleggen en de nieuwsbrief. Of we namen ze mee in onze protocollen. Aan het onderwerp HET-trauma's (hoogenergetische trauma's) wijdden we een casuïstiekbespreking voor huisartsen, en een scholing voor doktersassistenten. Met de ambulancedienst voerden we gesprekken over verruiming van het U1-beleid. Zo verbeterden we onze zorgverlening en de samenwerking met onze ketenpartners.

EPD-SCAN REGISTRATIEGEDRAG STERK VERBETERD

In het kader van patiëntveiligheid is het van groot belang dat de kwaliteit van de medische verslaglegging op orde is. Om na te gaan of onze huisartsen voldoen aan de richtlijnen Adequate Dossievorming met het EPD (ADEPD) lieten we NIVEL in 2012 een EPD-scan uitvoeren, in 2014 gevolgd door een tweede scan. Die eerste scan was op ons verzoek al uitgebreid met indicatoren voor de kwaliteit van verslaglegging binnen de ketenzorg. Huisartsen kregen op praktijkniveau spiegelinformatie uit de eerste scan. Op basis daarvan konden ze verbeterpunten formuleren, een keuze maken uit beschikbare cursussen en hun patiëntendossiers op orde te brengen. De tweede EPD-scan (uitgevoerd bij ongeveer 80 praktijken in de regio Nijmegen) liet zien dat dit goed heeft uitgepakt. De volledigheid van de dossiers was ten opzichte van 2012 zichtbaar verbeterd. Vooral praktijken die in de eerste meting lager scoorden, boekten over het algemeen vooruitgang.

HUISARTSEN
HEBBEN MEER
VERTROUWEN
GEKREGEN IN
GEGEVENS-
UITWISSELING

NUTTIG HULPMIDDEL

De deelnemende huisartsen beschouwden de EPD-scan als een nuttig hulpmiddel om hun dossiervoering op een hoger niveau te brengen. Door de combinatie van scan en scholing hebben huisartsen meer vertrouwen gekregen in de gegevensuitwisseling, zowel binnen de praktijk als met de huisartsenposten. Bovendien gaven ze aan dat ze naar aanleiding van de EPD-scan het dossier veel beter bij zijn gaan houden. Voor ons als organisatie was het goed om te zien dat de uitvoer van de EPD-scans in combinatie met een gericht cursusaanbod echt heeft bijgedragen aan beter registratiegedrag onder de huisartsen.

Meer weten over de onderzoeksresultaten en -conclusies? Download [De kwaliteit van de verslaglegging in medische dossiers. EPD scan Nijmegen, Eindrapport, NIVEL 2014.](#)

Hoe hoog onze zorgconsumptie is? In vergelijking met de meeste andere posten in Nederland relatief hoog. Dat is van het begin af aan al zo. Onze huisartsen geven aan te willen weten waar het 'm nu in zit. Komen patiënten te snel met kleine klachten naar de post? Triëren we goed?

ZORGCONSUMPTIE SPIEGELEN

ONDERZOEKSRISULTATEN

In 2013 onderzocht IQ healthcare in opdracht van InEen de zorgconsumptie op een aantal huisartsenposten. Naar aanleiding van het onderzoek onderzochten we onze eigen cijfers. We hebben onder andere gekeken naar de totale zorgconsumptie en naar de verschillen tussen praktijken.

“Een paar dingen vielen op,” vertelt Geert-Jan Janssen, bestuurder van Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer. “We zagen bijvoorbeeld dat het belgedrag van patiënten die vaak bellen van invloed is op de hoge zorgconsumptie. In de eerste maanden van 2014 was een groepje van 425 patiënten samen verantwoordelijk voor 7% van de contacten. Huisartsen zouden na kunnen

gaan welke mensen dat zijn en hoe het komt dat ze vaak bellen. Ook zagen we dat het aantal contacten tussen 17.00 en 19.00 uur relatief hoog is. Dat heeft wellicht te maken met de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de eigen huisarts. Want bij grote praktijken en bij praktijken waarbij de dokter vier tot vijf dagen werkt, is die consumptie op de post betrekkelijk laag.” De ligging is volgens Janssen een derde opvallend punt. “Praktijken in Nijmeegse achterstandswijken hebben een hogere zorgconsumptie. Dit komt overeen met de constatering van IQ healthcare dat sociaal-economische status een indicator is voor hogere consumptie. Ook zien we een verschil in regio en stad. In regio Boxmeer gaat 1 op

de 4 patiënten naar de post, tegen 1 op de 3,5 in de stad Nijmegen.”

TERUGKOPPELEN

Nu is de vraag: wat doen we met al deze informatie? Janssen legt uit: “We staan op het punt de gegevens op doktersniveau terug te koppelen - te spiegelen - naar de praktijken. Dit is in eerste instantie puur bedoeld ter info. Op termijn vragen we de huisartsen wat aan hun praktijkresultaten opviel, wat ze ermee hebben gedaan en waar ze eventueel behoefte aan hebben. Van daaruit zetten we eventueel volgende stappen.”

HUISARTS EN BESTUURDER

GEERT-JAN JANSSEN: “Dankzij de spiegelinformatie krijg je als huisarts inzicht in de zorgconsumptie van jouw patiënten op de post. Het is puur bedoeld ter info, een eerste stap in bewustwording.”



HOE GOED DOEN WE 'T?

Telefonische bereikbaarheid, tijdigheid van onze dienstverlening en autorisatietijd van zelfstandig afgehandelde telefonische consulten zijn belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van zorg. Ze zijn van grote invloed op de patiëntveiligheid. We zetten onze prestaties van 2014 op een rij.

TELEFONISCHE BEREIKBAARHEID

De brancheorganisatie InEen stelde eind 2013 een nieuwe norm vast voor telefonische bereikbaarheid: 75% van de patiënten moet binnen 120 seconden een doktersassistente aan de lijn hebben. Met een percentage van 73% haalden we die norm bijna. Het servicelevel was in 2014 lager dan vorig jaar omdat we experimenteerden met de bezetting (één triagist minder op doordeweekse avonden). Dit zorgde er helaas voor dat de prestaties daalden. Tegelijkertijd kregen we goed in beeld op welke momenten extra inzet van triagisten echt nodig is. Begin 2015 pasten we de bezetting van de belcentrale aan om beter aan te sluiten op de vraag.

Iets anders wat speelde is het toenemen van de gesprekstijd. Die trend zette zich ook in 2014 voort. Die langere gesprekken zijn het gevolg van externe eisen. Doktersassistenten moeten namelijk de identiteit van de patiënt controleren en bijvoorbeeld nagaan of er kindermishandeling in het spel is. Ook de registratie van medicatie en het gebruik van de Nederlandse Triage Standaard spelen een rol. Verder bleek in 2014 dat de rapportages over onze spoedlijn niet betrouwbaar zijn. Daarop namen we steekproeven; in de meeste gevallen pikten we de spoedlijn snel op. Met de leverancier werken we aan verbetering van de rapportages.

TIJDIGHEID HULPVERLENING

Als het gaat om het beoordelen van onze visiteaanrijdtijden - dus hoe snel we bij U1- en U2-ritten ter plekke zijn - dan gaan we uit van de nieuwe streefnormen van InEen (zoals vastgelegd in december 2013, en overgenomen door de zorgverzekeraars). Uit systematische steekproeven blijkt dat we die normen halen (zie tabel).

AUTORISATIETIJD

Op de posten meten we structureel de tijd tussen het afsluiten van een telefonisch consult tot het beoordelen/fiatteren van het consult door de huisarts. We voldoen aan de streefnormen autorisatietijd van InEen (zie tabel). Het fiatteerpercentage stijgt al sinds 2012.

VISITEAANRIJDTIJDEN

2014			
			(Nieuwe) norm InEen
U1	binnen 20 minuten	92%	> 90%
U1	binnen 30 minuten	100%	> 98%
U2	binnen 60 minuten	97%	> 90%
U2	binnen 120 minuten	100%	> 98%

AUTORISATIETIJD

Percentage zelfstandig afgehandelde telefonische consulten binnen 1 uur geautoriseerd	Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer 96,4%	Streefwaarde vanaf 2014: gemiddeld 90%
Percentage zelfstandig afgehandelde telefonische consulten binnen 2 uur geautoriseerd	Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer 98,3%	Streefwaarde vanaf 2014: gemiddeld 98%



KWALITEIT

NU EN STRAKS

MEDICATIEBEWAKING

Een belangrijk speerpunt binnen de huisartsenzorg is medicatieoverdracht. Zorgverleners - onder wie de apothekers - ontwikkelen op allerlei vlakken activiteiten om die overdracht op orde te krijgen. Ook Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer doet er alles aan om te voldoen aan de richtlijn elektronisch voorschrijven zoals de inspectie die heeft opgesteld. Ideaal zou zijn als we via de opt-in-regeling van alle patiënten toestemming hebben voor inzage in het medisch dossier en medicatiedossier. Dan is de medicatiebewaking automatisch geregeld. Maar de realiteit is anders. Want ongeveer de helft van de patiënten gaf die toestemming tot nu toe, de andere helft nog niet.

ONS PROTOCOL

In 2014 onderzochten we of het mogelijk was een technische aanpassing te doen in ons huisartseninformatiesysteem. Helaas bleken daar te veel haken en ogen aan te zitten. Daarom houden we het volgende protocol aan: als we van de patiënt geen toestemming hebben voor inzage in zijn medisch dossier - en communicatie via het Landelijk SchakelPunt (LSP) dus niet mogelijk is, dan vraagt de triagist aan de patiënt welke medicijnen hij gebruikt (of ze vraagt de patiënt de medicijnen mee te nemen naar de post, of klaar te leggen als de huisarts een visite thuis aflegt). Na handmatige invoer van de medicijnnamen, verifieert de huisarts of het geneesmiddel dat hij voorschrijft geen interactie aangaat met de pillen die de patiënt al slikt. De apotheker zorgt uiteraard voor de finale check.

De beste oplossing is natuurlijk dat alle patiënten voor opt-in tekenen. Nu en in de toekomst blijven we hen stimuleren dit vooral te doen.



- EVALUEREN WE DE GEDEELDE EN GEDRAGEN MISSIE, VISIE EN KERNWAARDEN VAN HUISARTSENPOSTEN NIJMEGEN EN BOXMEER EN STELLEN WE ZE BIJ.
- WILLEN WE SAMEN MET DE HUISARTSENKRING NIJMEGEN E.O. ZORGVRAGEN IN AVOND, NACHT EN WEEKEND REDUCEREN. DIT DOEN WE OMDAT DE DAGZORG IN PRINCIPE VAN HOGERE KWALITEIT IS. DE EIGEN HUISARTS KENT DE PATIËNT BETER DAN DE WAARNEMEND HUISARTS. HIJ HEEFT HET DOSSIER BESCHIKBAAR, KENT DE CONTEXT VAN DE PATIËNT EN KAN DAARDOOR DE ERNST VAN DE KLACHT(EN) BETER INSCHATTEN.
- VERBETEREN WE DE KWALITEIT EN VEILIGHEID IN DE NACHTEN OP HUISARTSENPOST BOXMEER. DIT DOEN WE BIJVOORBEELD DOOR DE BEZETTINGSGRAAD VAN DOKTERSASSISTENTEN AAN TE PASSEN.



SAMENWERKING

De kwaliteit van onze huisartsgeneeskundige (spoed)zorg ontstaat in samenhang en samenwerking met anderen: zorgprofessionals, ketenpartners, apothekers, patiëntenorganisaties, belangenorganisaties en andere eerstelijnsorganisaties. Met succes werkten we de afgelopen jaren aan een sterke huisartsenorganisatie, gericht op integrale zorg. Ook in de toekomst blijven samenwerking en samenhang de rode draad in ons werk. Een partner met wie we al lang optrekken is Huisartsenkring Nijmegen e.o. We vinden elkaar in onze visie op hoe zorg overdag naadloos over moet en kan gaan in de zorg in avond, nacht en weekend. Het afgelopen jaar werkten we nauw samen in verschillende projecten, activiteiten en scholingen. In de toekomst verwachten we nog veel meer gezamenlijk te opereren.

Een andere belangrijke speler in het veld is de cliënt. Die zien we niet alleen als patiënt, maar ook als een goede gesprekspartner. Samen met de cliënt kunnen we onze diensten verfijnen. Daarvoor is het belangrijk dat we openheid van zaken geven en bijvoorbeeld onze kwaliteitsdocumenten voor inzage beschikbaar stellen aan de cliëntenraad. En dat we ook echt iets met de adviezen van de raad doen. Die bereidheid was er het afgelopen jaar. En die zal er ook blijven. Omdat we geloven dat een open houding, waarin er ruimte is voor het perspectief en de visie van een ander, dé sleutel is voor sterke eerstelijnszorg.





LUSTRUM MET EEN KONINKLIJK RANDJE

Het lustrumsymposium op 30 oktober 2014 was eigenlijk vooral een feest van onze zusterorganisatie OCE Nijmegen. Zij bestond op dat moment vijf jaar. Maar we stonden ook stil bij ons eigen vijftienjarig bestaan. Samen vierden we het succes van integrale eerstelijnszorg, en de wijze waarop we spoedzorg en ketenzorg met elkaar hebben weten te integreren. Daarnaast bogen we ons over de vraag: zijn we klaar voor wat er in de eerste lijn op ons afkomt in de komende jaren? In verschillende workshops beten de circa 350 aanwezigen zich hierin vast. Een feestelijk moment was de uitreiking van een lintje aan huisarts Wim van Beurden, bestuurslid van CIHN. Hij kreeg een Koninklijke onderscheiding Ridder in de Orde van Oranje Nassau, onder andere voor zijn werk als huisarts in de Nijmeegse wijk Hatert en zijn bestuurswerk voor de huisartsenkring, OCE Nijmegen en CIHN. Van de feestelijke middag verscheen een dvd. Op onze website vindt u een [impressie](#) van deze dag.

ALS ÉÉN PARTIJ

Kring en post: we gaan samen al lang mee. Het afgelopen jaar ontwikkelden we een gedeelde visie op regionale spoedzorg, traden we onze stakeholders gezamenlijk tegevoet en voerden we samen meerdere projecten uit. Guido Adriaansens, huisarts en voorzitter van de Huisartsenkring Nijmegen e.o.: “In de toekomst gaan we ons contact nog verder intensiveren. Dat is in het belang van de patiënt, maar ook van de huisarts zelf.”

“Ons streven is dat de patiënt 24 uur per dag eenduidige en eenvoudige huisartsenzorg krijgt. De zorg overdag moet feitelijk probleemloos overgaan in de zorg tijdens de avond-, nacht- en weekenduren, ook al is de aard van de problematiek anders. Daar werken we samen aan.” In dat licht bezien, vindt Adriaansens het zeer zinvol dat post en kring in 2014 samen met de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) aan tafel zaten. Daarnaast kijkt hij tevreden terug op de overleggen tussen kring, post en de Spoedeisende Eerste Hulp van verschillende ziekenhuizen. “De plannen van Zorgverzekeraars Nederland om zorgstromen te concentreren triggerden ons om goed na te denken over de rol van de huisarts binnen regionale spoedeisende zorg. We formuleerden samen een duidelijke visie over samenwerking met alle organisaties in de keten van spoedzorg. Vanuit deze visie zoeken we aansluiting op de ideeën van de tweede lijn.

Verder trokken kring en post samen op in een project over palliatieve zorg. Ook stemden we nascholingscursussen op elkaar af. “We hebben gewoon goed en constructief samengewerkt,” stelt Adriaansens. “In de toekomst willen we nog meer als één partij ons beleid uitdragen naar onze achterban en de stakeholders. En de kracht en saamhorigheid van onze beroepsgroep zichtbaar maken. Daarnaast zou het voor externe partijen prettig zijn als duidelijk is dat ze afspraken maken met de groep regionale huisartsen en niet met verschillende partijen.”

EN VERDER...

... werkten we ook samen met apothekers, GGZ, AWBZ-instellingen, GHOR, ROAZ, Meditaxi én met Huisartsenpost Rivierenland in Tiel. Met laatstgenoemde sloten we in juli 2014 een overeenkomst met de RAV, over hulpverlening bij acute zorgvragen. Eerder maakten we met de RAV al goede afspraken over dagelijkse patiëntenzorg. Die actualiseerden we en vulden we aan. We legden vast dat de Meldkamer Ambulancezorg en de huisartsenposten de (spoed)meldingen in behandeling nemen aan de hand van de Nederlands Triage Standaard. Verder formaliseerden we de afspraken rond het rijden van U1-ritten door huisartsen. Ook beschreven we hoe huisartsenpost en ambulance-dienst elkaar bijstaan bij extreme drukte.



KORTE LIJNEN MET CLIËNTENRAAD

In het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg is het contact met onze cliënten erg waardevol. Zij kunnen met ons meedenken en ons helpen om de positie van patiënten te versterken. Met de oprichting van de cliëntenraad in 2007 formaliseerden we de inbreng van de cliënt. De raad heeft de bevoegdheid gevraagd en ongevraagd advies te geven over ons beleid. In 2014 dacht de raad bijvoorbeeld mee over de opt-in-regeling. Hoe zorgen we ervoor dat we van zo veel mogelijk patiënten toestemming krijgen om het medisch dossier en het medicatiedossier op de post in te zien? We namen onder andere samen de website door die als doel had patiënten te informeren over de opt-in-regeling. In het kader van het project 'Verbeteren samenwerking tussen huisartsenpost en Spoedeisende Hulp' gaf de raad advies over de inrichting van het Spoedplein (de raad is overigens tevreden over de huidige opzet). De raad heeft sinds 2014 toegang tot ons digitaal kwaliteitshandboek Infoland. Nu kunnen de leden onze kwaliteitsdocumenten inzien en deze gebruiken in hun advies.

De cliëntenraad heeft een eigen [jaarbericht 2014](#) opgesteld.



- BIEDEN WE ELK JAAR OP DE POST STRUCTUREEL EEN STAGEPLAATS AAN TWEE DERDEJAARS DOKTERSASSISTENTEN IN OPLEIDING. DIT KAN OMDAT WE SAMENWERKINGSAFSPRAKEN FORMALISEERDEN MET HET ROC, HET KENNISCENTRUM CALIBRIS EN DE HUISARTSENKRING NIJMEGEN E.O.
- WILLEN WE IN 2015 DE CLIËNTENRAAD NÓG MEER EN EERDER BETREKKEN BIJ RELEVANTE ONDERWERPEN. OP DE AGENDA? KWALITEIT VAN ZORG, SAMENWERKING IN DE KETEN VAN SPOEDZORG, DE BEGROTINGSCYCLUS EN ADVISERING IN DE BENOEMING VAN DRIE LEDEN VAN DE RAAD VAN COMMISSARISSEN. BOVENDIEN VRAGEN WE DE CLIËNTENRAAD MEE TE WERKEN AAN DE OPZET VAN HET PATIËNTTEVREDENHEIDSONDERZOEK DAT WE IN 2016 GAAN UITVOEREN.
- WILLEN WE NET ALS MET RAV GELDERLAND OOK MET RAV BRABANT MIDDEN-WEST-NOORD EEN OVEREENKOMST SLUITEN.



SCHOLING



Als je zoals wij continu goede zorg wilt leveren, dan is het belangrijk dat iedereen die op de post werkt goed geschoold en getraind is. Dit jaar gaven we onze jaarlijkse scholingsplannen een stevigere basis; we werkten een helder scholingsbeleid uit.

In 2014 lag de focus op de scholing van onze doktersassistenten en het monitoren van hun vaardigheden. We maakten het hen mogelijk de jaarlijks verplichte scholingen te volgen, zodat ze in staat zijn hun kennis op peil te houden. Ook zorgden we ervoor dat de scholingen blijven aansluiten bij actuele ontwikkelingen en bij de vragen en wensen van doktersassistenten.

Wat de huisartsen betreft realiseren we ons dat zij op de post andere problematiek of andere situaties tegenkomen dan in de (eigen) praktijk. Daarom vinden we dat we hen de juiste ondersteuning moeten bieden. Dat doen we door trainingen te verzorgen, of casuïstiekbesprekingen te organiseren. Vaak vrijblijvend; wie wil of kan, haakt aan. Wél stelden we eisen aan nascholing in reanimatievaardigheden. We leveren nu eenmaal huisartsgeneeskundige spoedzorg; de kans dat een huisarts op de post iemand moet reanimeren is groter dan in de eigen huisartsenpraktijk. Daar moeten wij en onze huisartsen op voorbereid zijn.

HELDER BELEID

Al langere tijd werken we met jaarplannen voor scholing. Sinds 2014 ligt er een helder beleid aan ten grondslag. Kwaliteitsfunctionaris Sabine Verheggen: “We legden alle rechten en plichten rondom scholing vast. Zo weten onze medewerkers precies waar ze aan toe zijn.”

WAAROM NU? “Lange tijd was onduidelijk wat de eisen waren voor herregistratie als triagist. In 2014 is dat verduidelijkt. Daarop konden we goed naast elkaar leggen hoeveel scholing je volgens de CAO als organisatie moet aanbieden, hoeveel uren scholing je als triagist verplicht bent te volgen, hoe we die scholingsuren uitbetalen en wat er gebeurt als je níet aan de eisen voldoet. Ook is nu helder dat we wat scholing betreft van spreekuurassistenten of coördinerend doktersassistenten meer verwachten dan van ‘gewone’ doktersassistenten.”

EN VERDER? “We leggen ons scholingsbeleid nu jaarlijks voor aan de ondernemingsraad, die heeft immers instemmingsrecht bij verplichte scholingen. En we zorgen ervoor dat alle scholingen geaccrediteerd zijn.”

WAT BETEKENT HET VOOR JUL-LIE AANBOD? “We schroeven het aantal scholingen iets op. We willen medewerkers namelijk voldoende gelegenheid bieden om aan hun plichten te voldoen. Bovendien zorgen we ervoor dat we actuele issues inbedden in ons scholingsaanbod. We zien

bijvoorbeeld dat intercollegiaal overleg een belangrijk verbeterpunt is. En uit casuïstiekbesprekingen blijkt dat triage bij pijn op de borst blijvend aandacht behoeft. Daar passen we onze trainingen op aan. Op basis van de klachten die binnenkomen, nemen we communicatie met de patiënt mee in ál onze scholingen.”

EN WAT LEVERT HET OP? “Zo’n goed uitgewerkt scholingsbeleid draagt bij aan de professionalisering van onze medewerkers en dus aan de kwaliteit van zorg.”



HET SCHOLINGSBELEID DRAAGT
BIJ AAN KWALITEIT VAN ZORG

DOKTERSASSISTENTE ONMISBARE ZORGPROFESSIONAL

Onze doktersassistenten zijn het eerste aanspreekpunt in onze huisartsenzorg tijdens de avond-, nacht- en weekenduren. Ze verrichten de telefonische triage en bepalen (eventueel in overleg met de telefoonarts) welke urgentie ze aan een zorgvraag toekennen. Een belangrijke functie dus; ze moeten goed toegerust zijn op hun taken en werkzaamheden. Ook in 2014 zijn we intensief bezig geweest met het trainen, coachen en auditen van onze doktersassistenten in Boxmeer en Nijmegen.

HANDIG!

We implementeerden een digitaal systeem waarin doktersassistenten hun vorderingen kunnen bijhouden wat betreft toetsing volgens de HAAK-plusmethode. Ze zien in één oogopslag wat ze al gedaan hebben voor herregistratie als triagist en wat ze nog moeten doen.

TRAINEN, TOETSEN, MONITOREN

Alle doktersassistenten kregen medisch-inhoudelijke trainingen (waaronder casuïstiek), de communicatietraining Puntjes op de i en een e-learning over kindermishandeling. Aanvullend volgden ze herhaalt trainingen in het gebruik van de Nederlandse Triage Standaard. Bovendien coachten we doktersassistenten op individueel niveau in het omgaan met dit systeem.

Voor doktersassistenten op post Nijmegen geldt dat we hen ondersteunden in het behalen én behouden van het triagediploma. We zorgden voor toetsing volgens de HAAK-plusmethode en spanden ons in om alle scholingen te accrediteren. Tijdens telefoondiensten monitorde we hun voortgang. Nieuwkomers kregen inwerkingscholing, een basistraining én we namen hen de kennistoets af.

Doktersassistenten in Boxmeer doorliepen een ander traject. Omdat zij in principe geen telefonische triagediensten doen, kunnen zij niet voldoen aan de eisen die aan het triagediploma worden gesteld*. Wel trainden we ze in fysieke triage. Na toetsing (in 2015) kunnen zij hiervoor een certificaat halen.



FUNCTIONERINGSGESPREKKEN

Met het aannemen van een extra teamleider waren we ook beter in staat om volgens planning functioneringsgesprekken te voeren met doktersassistenten. We vinden het belangrijk met elk van hen leer- en verbeterpunten te formuleren en door het jaar heen op gezette tijden ieder persoonlijk te coachen, begeleiden en auditen.

* InEen maakte eind 2014 bekend dat er toch een 'beperkt triagistendiploma' komt voor doktersassistenten die alleen fysieke triage doen. Hoe dit exact zal worden uitgevoerd en getoetst is nog niet duidelijk.

REANIMATIEVAARDIGHEDEN OP PEIL

Sinds 1 januari 2014 vragen we huisartsen schriftelijk te verklaren dat ze voldoen aan de eis om één keer in de twee jaar een reanimatiecursus te volgen. Om hen hierin te faciliteren, organiseerden we in 2014 drie cursussen AED/BLS, waarin plaats was voor twaalf huisartsen per keer. Uiteraard stond het de huisartsen vrij om elders een cursus te volgen. Voorwaarde is dat ze daarbij een officieel reanimatiecertificaat van de Nederlandse Reanimatie Raad kregen. Huisartsen die te laat hun verklaring inleveren, herinneren we schriftelijk aan de nascholingseis. Zo borgen we de veiligheid van de huisartsgeneeskundige spoedzorg op de post. Jaarlijks registreren we of huisartsen aan de eis voldoen.



WELKOM CURSUSAANBOD

Een huisarts vertelt over de AED/BLS-cursussen die Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer organiseerde: "Als huisarts heb je een persoonlijke verantwoordelijkheid om je bij te scholen. Voor mij is dat niet per se afhankelijk van de eisen die een organisatie als de post of de beroepsgroep stelt. Het aanbod AED/BLS-cursussen in de regio is beperkt. Een training van twee uur is kort, maar wel genoeg om het basisreanimatietraject te doorlopen, te oefenen met de handelingen die je moet verrichten en het hanteren van de zuurstof en AED. Het is goed om alles nog een keer voorbij te zien komen. Stel dat ik in mijn praktijk of op de post iemand moet reanimeren - wat overigens steeds minder vaak voorkomt -, dan kan ik terugvallen op mijn kennis."

"Als huisarts heb je een persoonlijke verantwoordelijkheid om je bij te scholen. Het is goed om in zo'n AED/BLS-cursus alles nog een keer voorbij te zien komen."

EN VERDER...

Behalve 'reguliere' doktersassistenten zijn er op post Nijmegen ook huisartsondersteunende doktersassistenten (HODA's). Ze verzorgen net als de 'gewone' doktersassistenten (telefonische) triage. Daarnaast draaien ze zelfstandig spreekuur. Op beide posten werken we ook met spreekuurdoktersassistenten (SUDA's). Die bieden ondersteuning bij het spreekuur. Zowel de HODA's als de SUDA's kregen scholing op maat, zoals de jaarlijkse AED/BLS-cursus.



SCHOLING

NU EN STRAKS

- NEMEN WE DE ABCD-CHECK EN -PROBLEMATIEK STEEDS OPNIEUW MEE IN SCHOLINGEN VAN DE DOKTERSASSISTENTEN EN HUISARTSEN.
- CONTINUEREN WE DE TELEFOONARTSTRAININGEN EN NEMEN WE ACUTE KLINISCHE SYMPTOMEN OP IN ONZE CASUÏSTIEKBESPREKINGEN VOOR HUISARTSEN.
- TOETSEN WE DE DOKTERSASSISTENTEN VAN BOXMEER OP HUN VAARDIGHEDEN IN FYSIEKE TRIAGE.
- HERORIËNTEREN WE ONS OP SCHOLING VOOR HODA'S, OOK OMDAT IN DECEMBER 2015 DE HODA-DIPLOMA'S KOMEN TE VERVALLEN.
- GAAN WE JAARLIJKS IN OP HET VOEREN VAN MOEILIJKE OF COMPLEXE GESPREKKEN (OMGAAN MET WEERSTAND, AGRESSIE EN PSYCHISCHE PATIËNTEN).



PRIVACY & GEGEVENSUITWISSELING



Op onze posten werken we dagelijks met privacygevoelige patiëntgegevens. We zien ze in, vullen ze aan en wisselen ze uit met bijvoorbeeld de SEH-arts, of de apotheker. Mits we daarvoor toestemming hebben van de patiënt natuurlijk. Dit omgaan met privacygevoelige informatie vraagt om een zorgvuldige werkwijze. Met het nieuwe integrale beleid voor informatiebeveiliging dat we dit jaar opstelden, legden we een stevigere basis neer. Dit beleid biedt houvast aan zowel zorgverleners als bureaumedewerkers.

In het belang van de patiënt proberen we ervoor te zorgen dat er ook zo veel mogelijk informatie uit te wisselen valt. Bij het leveren van huisarts-geneeskundige zorg kan het cruciaal zijn om snel en goed inzage te hebben in het medisch dossier en het medicatiedossier van de patiënt. We helpen onze huisartsen die toestemming voor inzage te verkrijgen. Ook wijzen we onze patiënten op het belang van inzage; we stimuleren hen toestemming te verlenen via de opt-in-regeling.

Zo'n toestemmingsprocedure moet niet nodeloos ingewikkeld zijn, vinden we. Toen in 2014 een wet werd voorbereid die het voor patiënten tijdrovend en verwarrend maakt om toestemming te verlenen, hebben we daartegen geageerd. Veel patiënten gaan ervanuit dat gegevens worden gedeeld; de inspectie eist dat iedere behandelaar goed geïnformeerd is. Hoe soepeler die toestemming voor inzage verloopt, hoe beter.

BELEIDSDOCUMENT INFORMATIEBEVEILIGING **DE REGELS OP EEN RIJ**

In 2014 boden we huisartsen en medewerkers handvatten om zorgvuldig om te kunnen gaan met vertrouwelijke informatie van patiënten (en personeel). In het licht van de veranderende wetgeving, geen overbodige luxe.

Het beschermen van privacy van patiënten is vastgelegd in wetten, normen en gedragscodes; bijvoorbeeld de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst, de Wet bescherming persoonsgegevens, NEN-normen en Gedragscode elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. Binnenkort verandert de wet- en regelgeving; vanuit Europa en in Nederland. Het beleidsdocument biedt duidelijkheid en helpt professionals op weg.

WAT VERANDERT ER?

Organisaties krijgen te maken met strengere eisen, op het gebied van beleid, uitvoering en borging van privacygevoelige informatie. Dat heeft gevolgen voor iedere professional in de zorg. In het geval dat er onverhoopt gegevens uit het systeem 'leken', moet dit in de toekomst gemeld worden bij het CBP (College Bescherming Persoonsgegevens). De praktijk of huisartsenpost kan zelfs aansprakelijk worden gesteld, met hoge boetes tot gevolg. Informatiebeveiliging gaat dan ook voor een groot deel over de veilige inrichting van processen.

TOEKOMST

Wanneer de nieuwe wetgeving in werking gaat, is niet met zekerheid te zeggen. Wel willen we huisartsen en medewerkers voorbereiden op de wijzigingen. Allereerst zetten we de huidige regels nog eens op een rij en geven we uitleg, waardoor het gemakkelijker wordt om ze toe te passen. De focus ligt daarbij op de patiënten- en personeelsdossiers.





DE RECHTEN VAN DE PATIËNT

Samen met onze zusterorganisatie OCE Nijmegen schreven we een brief aan de Eerste Kamer, over de wijzigingen in het wetsvoorstel 'Elektronische uitwisseling van gegevens in de zorg'. Volgens het voorstel moeten patiënten straks steeds opnieuw toestemming geven voor inzage in hun dossier. Wij zijn het daar niet mee eens. Bestuurslid Herman Levelink legt uit waarom.

"Op dit moment kunnen patiënten via opt-in wel of niet toestemming geven voor inzage in (bepaalde) gegevens in hun dossier. Bij spoedgevallen kan de huisarts op de huisartsenpost of de arts op de spoedeisende hulp via het Landelijk Schakelpunt relevante informatie opzoeken. De patiënt kan via zijn eigen zorgverlener het dossier inzien. Ook kan hij via www.vzvx.nl checken wie zijn dossier heeft bekeken."

STEEDS OPNIEUW

"De Kamer wil echter dat mensen steeds opnieuw aangeven wie er

wat mag inzien. Dat is niet werkbaar; voor patiënten is het verwarrend, het kost veel tijd en het maakt het bijvoorbeeld lastiger om de juiste medicatie voor te schrijven in een spoedsituatie. Dat moeten we niet willen. Sterker nog, Inspectie eist dat iedere behandelaar juist is geïnformeerd."

TEVREDENHEID VAN 98%

"98% van de patiënten is tevreden met de huidige situatie en is zelfs geïrriteerd als gegevens niet bekend zijn bij andere zorgverleners dan hun eigen huisarts. Wij



pleiten ervoor om zaken niet onnodig ingewikkelder te maken. Investeer liever in veilige elektronische systemen voor uitwisseling en in het creëren van een ruimer bewustzijn bij betrokkenen om hier goed mee om te gaan. Een extra aandachtspunt hierbij is om de regionale indeling van het LSP los te laten, zodat ook buiten de regio uitwisseling kan plaatsvinden. In 2015 behandelt de Eerste Kamer de wet. Mogelijk kiest de minister ervoor om vooraf advies te vragen in het werkveld. Dat zou verstandig zijn. Als het aan ons ligt gaat dit voorstel van tafel."

- INVESTEREN WE OPNIEUW IN VOORLICHTING GEVEN AAN PATIËNTEN OVER DE OPT-IN-REGELING.
- WERKEN WE WEER HARD TOE NAAR DE DRIEJAARLIJKE NEN-HERCERTIFICERING.



BIJLAGEN

HUISARTSENPOSTEN NIJMEGEN EN BOXMEER IS VERANTWOORDELIJK VOOR SPOEDEISENDE HUISARTSENZORG IN DE AVOND-, NACHT- EN WEEKENDUREN IN NIJMEGEN EN OMGEVING. DAT DEDEN WE IN 2014 VOOR ZO'N 432.582 INWONERS, MET RUIM 230 AANGESLOTEN HUISARTSEN DIE BIJ TOERBEURT DIENST DOEN.

SAMENSTELLING BESTUUR EN DIRECTIE

Onze organisatie is een dochtervennootschap van de Coöperatie voor Integrale Huisartsenzorg Nijmegen (CIHN). De CIHN is een coöperatie, waarvan de leden - de aangesloten huisartsen - het hoogste besluitvormende orgaan vormen. Het bestuur formuleert de strategie; huisartsen bekrachtigen deze vervolgens in de algemene ledenvergadering. In 2014 vonden op CIHN-niveau acht algemene ledenvergaderingen plaats. Voorafgaand aan één van deze ledenvergaderingen was er een bijeenkomst voor huisartsen over de professionele autonomie van de huisarts in relatie tot de vigerende wet- en regelgeving en de maatschappelijke transparantie.

BESTUUR

Het bestuur van Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer telt vier bestuursleden. Deze bestuursleden zijn vanuit het CIHN-bestuur benoemd. Hiermee is sprake van een personele unie. Het organogram laat zien hoe onze organisatie is opgebouwd. In 2014 vergaderde het bestuur van Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer zes keer (en het CIHN-bestuur negen keer).

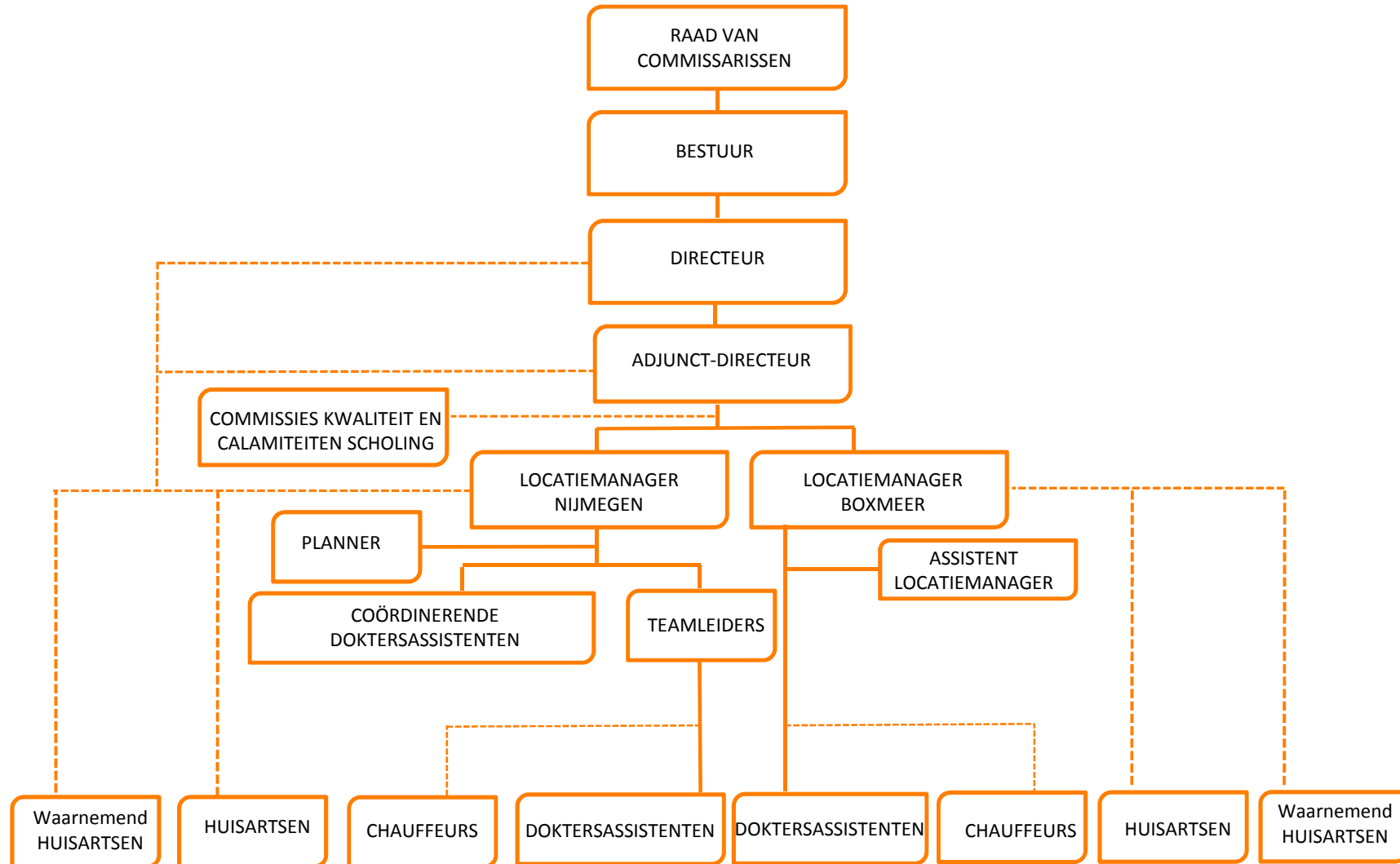
DIRECTIE

De directeur is, onder verantwoordelijkheid van het CIHN-bestuur, belast met de dagelijkse aansturing van de CIHN en de vennootschappen Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer B.V., OCE Nijmegen B.V., en OCE Praktijkondersteuning B.V. Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer wordt aangestuurd door de adjunct-directeur. De directie bestaat daarmee uit twee directieleden: Marion Borghuis (directeur) en Marcia Bos (adjunct-directeur).

UITVOERING BESTUURSBELEID

De directie is eindverantwoordelijk voor de uitvoering van het bestuursbeleid. Onder aansturing van een locatiemanager vindt de zorgverlening op de huisartsenposten plaats door professionals zoals (waarne-mend) huisartsen, (coördinerend) doktersassistenten en chauffeurs. Eind 2014 had Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer 74 medewerkers in dienst. Ter ondersteuning van het primaire proces kan Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer gebruikmaken van de bureauorganisatie van CIHN, op het gebied van secretariaat, financiën, ICT, P&O, communicatie, kwaliteit, medisch advies en beleid.

ORGANOGRAM HUISARTSENPOSTEN NIJMEGEN EN BOXMEER 2014



SAMENSTELLING BESTUUR

BESTUUR	CIHN	HUISARTSENPOSTEN NIJMEGEN EN BOXMEER	OCE NIJMEGEN	OCE PRAKTIJK-ONDERSTEUNING
Anja Meekes Huisarts te Nijmegen	Voorzitter	Voorzitter		
Herman Levelink Gepensioneerd huisarts te Nijmegen	Lid	Lid	Lid	Lid
Geert-Jan Janssen Huisarts te Millingen aan de Rijn	Lid	Lid		
Theo Bluemer Huisarts te Nijmegen	Lid		Voorzitter	Voorzitter
Wim van Beurden Huisarts te Nijmegen	Lid		Lid	Lid
Wim Muilenburg Organisatieadviseur - tot juli 2014	Lid	Lid		

TABELLEN

TABEL 1 PATIËNTEN ULTIMO 2014

Huisartsenpost Nijmegen	327.093
Huisartsenpost Boxmeer	105.489
Totaal	432.582

TABEL 2 TYPE VERRICHTINGEN IN 2014 EN 2013

TYPE VERRICHTING	2014		2013		INEEN BENCHMARK 2013
	Aantal	%	Aantal	%	%
Telefonisch consult	51.521	40,7%	52.420	40,7%	39,5%
Consult	62.702	49,5%	62.844	48,8%	50,4%
Visite	12.479	9,8%	13.554	10,5%	9,9%
Totaal	126.702	100%	128.818	100%	100%

OPMERKING: *Opvallend is de relatieve en absolute daling van het aantal visites in 2014*

TABEL 3 TYPE VERRICHTINGEN PER 1.000 INWONERS

	2014	2013	2012	2011
Aantal inwoners	433.000	431.000	431.000	427.000
Telefonisch consult	119	122	127	133
Consult op afspraak	130	132	129	134
Consult zelfmelders	15	14	21	11
Visite	29	31	32	33
Totaal	293	299	309	311
Totaal excl. zelfmelders	278	285	288	300

OPMERKING: *We zijn het aantal zelfmelders gaan bijhouden vanaf de verhuizing van post Nijmegen en post Wijchen naar het Spoedplein bij het CWZ (juni 2011). In 2012 nam het aantal zelfmelders toe. De laatste twee jaar is het aantal zelfmelders stabiel. De totale consumptie daalt al een aantal jaar.*

TABEL 4 TELEFONISCHE BEREIKBAARHEID

	2014	2013	2012	2011
Gemiddelde wachttijd	1:41	1:22	1:10	0:57
Afgehandeld binnen 1 minuut	65%	70%	72%	72%
Afgehandeld binnen 2 minuten	73%	78%	81%	80%
Afgehandeld binnen 10 minuten	98%	99%	99%	98%
Gemiddelde gesprekstijd	6:22	6:02	5:31	5:10

OPMERKING: *Onder invloed van nieuwe eisen (zoals invoering check op kindermishandeling, BSN-controle, medicatie uitvragen en invoering digitaal NTS) nam de gesprekstijd de laatste jaren toe. Dit is direct van invloed op de afhandeltijd en wachttijd.*



HUISARTSENPOSTEN
NIJMEGEN EN BOXMEER

HUISARTSENPOSTEN NIJMEGEN EN BOXMEER IS ONDERDEEL VAN
DE COÖPERATIE INTEGRALE HUISARTSENZORG NIJMEGEN | CIHN

Huisartsenpost Nijmegen

Weg door Jonkerbos 108
6532 SZ Nijmegen

Telefoon (024) 352 35 81

Fax (024) 352 35 73

Huisartsenpost Boxmeer

Dokter Kopstraat 1
5835 DV Beugen

chnkantoor@cihn.nl

www.huisartsenpostnijmegen.nl

www.huisartsenpostboxmeer.nl