



CHN
Centrale Huisartsdienst Nijmegen

Centrale Huisartsdienst Nijmegen

Kwaliteitsjaarverslag 2009

Kwaliteitsjaarverslag 2009





Inhoud

Inleiding	3		
1 Missie en visie	4		
• Missie	4		
• Visie	4		
- Visie op kwaliteit	4		
2 Kwaliteitsbeleid	5		
• Opbouw van het kwaliteitssysteem	5		
• Realisatie voornemens 2009	5		
• Primaire processen	5		
• Secundaire processen	5		
• Activiteiten van de kwaliteitscommissie	5		
3 Klachten, meldingen en calamiteiten	6		
• Klachten in perspectief	6		
• Klachten over 2009	6		
• Meldingen	7		
• Analyse klachten en meldingen	7		
• Calamiteiten	7		
4 Dataverzameling kwaliteitsaspecten	8		
• Competentieontwikkeling doktersassistenten	8		
• Monitoring kwaliteitsaspecten	8		
- Callmanagementsysteem	8		
- Autorisatietijd	8		
- Aanrijdtijd visites	8		
- Wachtijd wachtkamer	9		
- Auditing en certificering	9		
Interne audits volgens het kwaliteitssysteem	9		
NEN-7511-2 certificering	9		
HKZ-certificering	10		
- Protocollen	10		
5 Beschrijving primaire processen	11		
• Verzorgingsgebied	11		
• Organisatie van de zorg	11		
• Ontwikkeling zorgvraag	11		
• Bereikbaarheid en beschikbaarheid	11		
• Zorginhoudelijke projecten	11		
- Signalering en opvang huiselijk geweld	11		
- Project terminale zorg	12		
		• Implementatie eerstelijnszorg	
		• Behoeften patiënt	12
		- Veiligheid	12
		- Privacy	13
		- Tevredenheid	13
		6 Beschrijving secundaire processen	14
		• Interne organisatie	14
		- Cliëntenraad	14
		- Medewerkers	14
		- Medewerkerstevredenheid/werkdruk	14
		- Ondernemingsraad	14
		- Vertrouwenspersoon	14
		- Huisvesting	15
		• Professionalisering, scholing en training	15
		- Doktersassistenten	15
		- Huisartsen/telefoonartsen/AIOS	16
		- Overig personeel	16
		• Samenwerking	17
		- Huisartsenkring	17
		- SEH	17
		- MKA en RAV	17
		- Apothekers	17
		- GGZ	17
		- AWBZ-instellingen en penitentiaire inrichtingen	17
		- GHOR	17
		- Regiobreed overleg ketenpartners	17
		- Meditaxi	18
		• Interne processen	18
		- Automatisering	18
		- Communicatie	18
		- Medische voorzieningen	18
		7 Voornemens kwaliteitsbeleid 2010	19
		Bijlagen	20
		Bijlage 1: Samenstelling bestuur en directie	20
		Bijlage 2: Organogram	21
		Bijlage 3: Medewerkers	22
		Bijlage 4: Bezetting huisartsenposten	23
		Bijlage 5: Zorg in cijfers	25
		Bijlage 6: Lijst van afkortingen	27



Inleiding

2009 is een bijzonder jaar geweest. Een jaar van terugkijken én vooruitzien. Een jaar om stil te staan bij het voorgaande succesvolle decennium én een jaar om weer in te spelen op nieuwe ontwikkelingen in de huisartsenzorg. Ook in 2009 heeft de CHN in samenwerking met professionals, bureaumedewerkers en ketenpartners verder gewerkt aan de kwaliteit binnen de acute huisartsgeneeskundige zorg in avond, nacht en weekend. Speerpunten van dit jaar zijn de zo geambieerde NEN-certificering, competentieontwikkeling van de doktersassistenten, maar ook bijvoorbeeld het verhogen van ons servicelevel als het gaat om telefonische bereikbaarheid. En laten we de protocollering rondom de pandemie Mexicaanse griep niet vergeten. We zijn in staat gebleken met extra menskracht en middelen de acute huisartsgeneeskundige zorg in avond, nacht en weekend te kunnen garanderen. Ook tijdens crisissituaties. Wat voor 2009 geldt, is ook op 2010 van toepassing: we blijven ons inzetten voor een goede kwaliteit.

Marion Borghuis, directeur CHN
Sibert Holla, medisch adviseur CHN
Sabine Verheggen, kwaliteits- en klachtenfunctionaris CHN

N.B.
Omdat we vorig jaar uitgebreid stil hebben gestaan bij de eerste tien jaar van onze organisatie, zal het kwaliteitsjaarverslag van dit jaar op sommige punten beknopter zijn. Hier en daar verwijzen we naar het kwaliteitsjaarverslag over 2008. Dit verslag is te vinden op www.cihn.nl.

Missie en Visie

MISSIE

De CHN wil garant staan voor acute huisartsgeneeskundige zorg in avond, nacht en weekend, waarbij de vraag van de patiënt centraal staat en nadrukkelijk vanuit het perspectief van de patiënt wordt gedacht.

VISIE

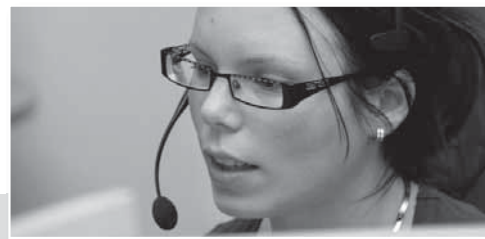
Met de term 'acute huisartsgeneeskundige zorg' bedoelen we hulpvragen waarvan de patiënt meent dat deze niet kunnen wachten tot reguliere dagzorg beschikbaar is. Het is de patiënt die contact opneemt en de hulpvraag stelt. Vervolgens is het aan de deskundige hulpverlener de taak door middel van triage het beste antwoord te geven. Bij het vaststellen van de urgentie wegen niet alleen strikt medische criteria mee. Ook het wegnemen van ongerustheid en paniek beschouwt de CHN als een wezenlijk onderdeel van het huisartsgeneeskundig denken. De zorg die de CHN biedt is huisartsgeneeskundig van aard: laagdrempelig, contextgericht, generalistisch, persoonlijk, integraal en gericht op continuïteit.

Visie op kwaliteit

De CHN streeft naar kwalitatief hoogwaardige zorg. De organisatie investeert daarom sterk in haar kwaliteitssystemen (zie pagina 9). Er is veel aandacht voor analyse van klachten en incidenten, opsporing van verbeterpunten en voor scholing en training van doktersassistenten. Verder ligt sterk de nadruk op de uitbouw en ontwikkeling van het triagesysteem, het elektronisch communicatiesysteem en de samenwerking binnen de keten van zorgaanbieders.

Voor een uitgebreidere beschrijving van onze missie en visie, zie het kwaliteitsjaarverslag van 2008, te vinden op www.cihn.nl.





Kwaliteitsbeleid

De laatste jaren is binnen de organisatie wat betreft kwaliteit steeds meer het accent komen te liggen op verfijning, systematisering en verdere uitbouw van het kwaliteitssysteem. Professionalisering van het primaire proces heeft daarbij centraal gestaan. Ook is de CHN actief op zoek gegaan naar manieren om de kwaliteit te meten en tot verbeteringen te komen.

OPBOUW VAN HET KWALITEITSSYSTEEM

Het kwaliteitssysteem is uit een aantal elementen opgebouwd. Zo is de CHN afhankelijk van input uit verschillende bronnen, zoals klachtenopvang, incidentmeldingen, interne audits en deelname aan onderzoeken. Interne besprekingen en besluitvormingen die daarop volgen, maken evengoed onderdeel uit van het kwaliteitssysteem, net als het geven van feedback op het werk. Ook de output in de vorm van verbeterplannen, preventieve en corrigerende maatregelen, scholing en training en mailings bepaalt voor een deel de opbouw van het kwaliteitssysteem. Voor een uitgebreidere beschrijving van de opbouw van het kwaliteitssysteem, zie het kwaliteitsjaarverslag van 2008, te vinden op www.cihn.nl.

REALISATIE VOORNEMENS 2009

Voor 2009 noemden we in het vorige verslag een aantal kwaliteitspeerpunten. Een belangrijke mijlpaal is het behalen van de NEN-certificering volgens de 7511-norm, de norm voor informatiebeveiliging in de zorg. Daarnaast is een aantal andere doelstellingen voor een groot deel bereikt; zowel in de primaire processen als bij de secundaire processen.

PRIMAIRE PROCESSEN

- Om betere reactietijden voor spoedvisites te realiseren, zijn wat betreft beltijd, alarmeringstijd en aanrijdtijd enkele stappen ondernomen. Er heeft een ABCDE-training plaatsgevonden voor triagisten. Ook is er aanvullend onderzoek gedaan naar de wijze waarop hoogurgente telefoontjes worden uitgevoerd.
- Om het servicelevel van de telefonische bereikbaarheid te vergroten is extra personeel ingezet. Dit heeft met name in het tweede kwartaal geleid tot een hoger servicelevel. De CHN blijft extra doktersassistenten inzetten en een streefdoel hanteren om 80% van de oproepen binnen 1 minuut te beantwoorden (zie pagina 11).
- Wat betreft de signalering en opvang van huiselijk geweld is er een protocol opgesteld.
- Ter verbetering van de zorg aan terminale patiënten in avond-, nacht- en weekenddiensten is een pilotproject uitgevoerd met PPZ-artsen (zie tekstblok op pagina 12).

- Er is extra aandacht besteed aan cardiale problematiek in de vorm van onder andere scholingsbijeenkomsten.
- Om mogelijkheden te onderzoeken hoe telefoonartsen beter kunnen functioneren, is een enquête gehouden. Daarnaast is een aantal focusgroepbijeenkomsten georganiseerd. Hier zijn concrete aanbevelingen uit voortgekomen (zie tekstblok op pagina 16).
- De samenwerking tussen de Spoedeisende Hulp CWZ en CHN is verder uitgewerkt. Werkgroepen zijn aan de slag gegaan, de bouw is van start gegaan. Wel moet er nog meer duidelijkheid komen over de financiële randvoorwaarden voor de samenwerking (zie pagina 17).
- Het protocol dat de samenwerking met GHOR regelt, is opnieuw bekeken. Afspraken zijn bestendigd. Door de dreiging van de pandemie Mexicaanse griep is de samenwerking verder uitgediept en daadwerkelijk in werking getreden (zie tekstblok op pagina 18).

SECUNDAIRE PROCESSEN

- De handelwijze bij vermoeden van disfunctioneren wordt geëvalueerd en eventueel aangepast.
- De CHN is als een van de eerste zorginstellingen opgegaan voor de NEN-certificering volgens de 7511-2 norm. Een groot aantal onderdelen van de organisatie is getoetst en beoordeeld (zie pagina 9), wat in november 2009 heeft geleid tot officiële certificering.
- De eerste voorbereidingen zijn getroffen voor HKZ-certificering (zie pagina 10).
- Voor nieuwe doktersassistenten is het scholingsprogramma aangepast om sneller over de juiste kennis te beschikken en specifieke werkafspraken te leren kennen (zie pagina 15).
- Verbetering van de interne en externe communicatie door onder andere de website te vernieuwen en logo's en briefpapier aan te passen op de nieuwe organisatie.

ACTIVITEITEN VAN DE KWALITEITSCOMMISSIE

De kwaliteitscommissie heeft de taak gevraagd en ongevraagd te adviseren over kwaliteitsbeleid. Tijdens bijeenkomsten bespreekt de commissie vaste items als klachtenoverzichten, calamiteiten en de jaarlijkse kwaliteitspeerpunten. Bovendien evalueert de commissie jaarlijks het kwaliteitsbeleid. Specifieke onderwerpen voor 2009 zijn: klachten over traumatologie, verbetering aanrijdtijden bij U1, palliatieve zorg en de functie van telefoonarts.

Taken als bemiddelen bij en analyseren van klachten, bespreken van protocollen en plannen en verzorgen van scholing liggen bij de kwaliteits- en klachtenfunctionaris, de medisch adviseur, de commissie scholing en de protocollenwerkgroep.

Klachten, meldingen en calamiteiten

De CHN streeft naar een snelle en zorgvuldige procedure op basis van hoor en wederhoor van patiënt en betrokken hulpverleners. Het belangrijkste doel van klachtenopvang is genoegdoening van de patiënt. De kwaliteits- en klachtenfunctionaris is de spil in klachtenafhandeling; zij verzorgt in samenwerking met de medisch adviseur de klachtenopvang en -bemiddeling van patiënten. Deze taak is per 1 januari 2009 overgenomen van de directeur. Ook als het gaat om interne meldingen is de kwaliteits- en klachtenfunctionaris het aanspreekpunt.

Eens per kwartaal worden klachten en meldingen in een groter verband geanonimiseerd besproken met bijvoorbeeld de kwaliteitscommissie. Calamiteitenmeldingen worden altijd gezamenlijk besproken en geanalyseerd. Klachten en meldingen bieden vaak aanknopingspunten voor kwaliteitsverbetering. Ze leiden tot individuele leerpunten voor betrokken medewerkers, huisartsen of organisatie. Daar waar het noodzakelijk en mogelijk is, zal de CHN de organisatie en het beleid aanpassen.

KLACHTEN IN PERSPECTIEF

Opvallend is dat er weinig klachten zijn over het meest kwetsbare onderdeel van het primaire proces op de huisartsenpost: de telefonische triage. Medische inschattingsfouten komen het vaakst voor. Dat is begrijpelijk gezien het feit dat huisartsgeneeskundige beslissingen vaak gebaseerd zijn op inschattingen.

jaar	04	05	06	07	08	09
klachten	51	44	48	37	38	49
per 10.000 verrichtingen	4,9	4,1	3,2	3,1	3,1	3,7
meldingen	58	39	38	36	61	47
per 10.000 verrichtingen	5,6	3,6	3,3	3,1	5,0	3,6

KLACHTEN OVER 2009

Voor het eerst sinds jaren is er een toename van het aantal klachten, van 38 in 2008 naar 49 in 2009. Onduidelijk is waar deze stijging vandaan komt. Het aantal klachten blijft relatief laag in verhouding tot het totale aantal verrichtingen.

Aantallen klachten

totaal aantal klachten	49
totaal aantal verrichtingen	132.277
verhouding aantal klachten : aantal verrichtingen	1 : 2.700
klachten als percentage van het aantal verrichtingen	0,04%

Inhoud van de klachten

medisch inhoudelijk	24
communicatie/bejegening	5
combinatie medisch inhoudelijk en communicatie	11
organisatie	9

Aard van de medisch inhoudelijke klachten

triage en zorgtoewijzing	9
diagnose door huisarts	23
behandeling door huisarts	5

Bij klachten over diagnose door de huisarts betreft het opvallend vaak traumatologische casuïstiek: in 13 van de 23 gevallen. Binnen de 13 traumatologische cases gaat het in 11 gevallen om fracturen.

Hulpverlener over wie geklaagd wordt

huisarts	39
doktersassistente	11
organisatie	11



Klachtenmelder

patiënt zelf	25
ouders minderjarig kind	10
overige familieleden	12
overig (begeleider/verzorger)	2

Geslacht patiënt

vrouw	29
man	20

Verdeling over de posten

Nijmegen	35
Boxmeer	6
Wijchen	5
Passanten	1

De meeste klachten zijn schriftelijk afgehandeld. De kwaliteits- en klachtenfunctionaris heeft dan meestal wel vooraf telefonisch contact met de klager opgenomen om bijvoorbeeld de klacht verder verduidelijkt te krijgen. In één geval leidt de klacht tot een bemiddelingsgesprek tussen klagers, huisarts, medisch adviseur en kwaliteits- en klachtenfunctionaris. In een ander geval volstaat een gesprek tussen medisch adviseur en klager. In zeven gevallen is de klacht telefonisch afgehandeld, in verband met gewenste snelheid of op verzoek van de klagers. In vier gevallen betreft dit een telefoontje van de betrokken huisarts; driemaal betreft het een telefoontje van de kwaliteits- en klachtenfunctionaris. Systematische registratie van de tijd waarbinnen klachten worden afgehandeld laat zien dat de gemiddelde afhandeltermijn in 2009 27 dagen is.

MELDINGEN

Er zijn 47 interne meldingen van medewerkers, huisartsen en ketenpartners. Dat is een daling ten opzichte van 2008 (61 meldingen). Wat de oorzaak is van die daling, is niet bekend. Het grootste deel van de meldingen is afkomstig van coördinerend doktersassistenten, de doktersassistenten zelf of huisartsen in dienst. Een ander deel is afkomstig van de eigen huisarts. Een klein deel is afkomstig van ketenpartners als specialisten, ambulancedienst, apotheker of patiënt zelf.

De meldingen zijn onderzocht en teruggekoppeld aan de betrokkenen. De afgelopen jaren is het niet nodig geweest gebruik te maken van de mogelijkheden om maatregelen te treffen tegen disfunctionerende huisartsen. De handelwijze zal in de loop van komend jaar worden geëvalueerd en eventueel worden aangepast.

Meldingen

triage en zorgtoewijzing	9
medisch inhoudelijk	22
organisatie	14
bejegening	2

ANALYSE KLACHTEN EN MELDINGEN

De analyse en bespreking van klachten en meldingen heeft geleid tot het formuleren van een aantal actiepunten. In alle gevallen is het zinvol gebleken terugkoppeling te geven aan de betrokkenen en leerpunten te formuleren. Ook hebben de specifieke cases een rol gespeeld in de scholing van doktersassistenten. ABCDE-systematiek, traumatologie, maar ook bijvoorbeeld urineweginfecties en oorklachten hebben wat dat betreft hoog op de agenda gestaan. Soms is het noodzakelijk specifieke punten nog eens extra onder de aandacht te brengen door middel van mailings of werkoverleggen, zoals bij de Mexicaanse griep het geval is geweest. Ook zijn de klachten en meldingen aanleiding geweest om bestaande protocollen en werkafspraken aan te scherpen of juist nieuwe protocollen te ontwikkelen en afspraken te maken. Zo is de richtlijn voor 'urgentie wonden' aangepast, zijn er afspraken gemaakt over 'onderhoud oorspuiten' en werkafspraken herbevestigd over 'zelfstandige afhandeling van de hulpvragen'.

CALAMITEITEN

In 2009 heeft de CHN vijf calamiteiten gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De CHN beschouwt de verplichte melding van calamiteiten als een extra stimulans om een nauwkeurige analyse te maken van incidenten met een onverwachte en (potentieel) voor de patiënt schadelijke of zelfs fatale afloop. De Inspectie heeft de CHN verzocht die analyse te gaan verrichten volgens een door hen toegestuurd format en bij voorkeur een onderzoek te doen volgens de Prisma-methode. Dit laatste zal aandacht krijgen in 2010.

Dataverzameling kwaliteitsaspecten

De laatste jaren heeft de CHN steeds meer gestreefd naar feitelijk inzicht in de daadwerkelijk geleverde kwaliteit. Dat betekent dat de competentieontwikkeling van doktersassistenten op de voet wordt gevolgd.

Daarnaast is er een callmanagementsysteem operatief wat zicht geeft op de toegankelijkheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid van de CHN. Autorisatietijd, aanrijdtijd en wachttijd worden gemonitord. Auditing en certificering zorgen voor een stevige basis van het kwaliteitssysteem.

COMPETENTIEONTWIKKELING DOKTERS-ASSISTENTEN

De afgelopen jaren is er sprake geweest van een groeiend inzicht in de triagesystematiek. Ook is er continu aandacht voor de ontwikkeling van protocollen. Scholingen en trainingen hebben hierbij ondersteuning geboden.

Feitelijk zijn er doorlopend scholingen en trainingen. Deze worden uitgevoerd door de commissie scholing die bestaat uit huisartsen en doktersassistenten. Een uitzondering hierop zijn de trainingen triagesystematiek en gespreksvoering; die zijn verzorgd door Van Campen Consulting. Bij de samenstelling van het programma streeft de commissie naar een evenwichtige mix van medisch-inhoudelijke onderwerpen, trainingen op het gebied van gespreksvoering en meer algemene zaken.

De CHN stelt deelname aan scholing door doktersassistenten verplicht, voor tenminste tien uur per jaar. Scholingen worden systematisch geëvalueerd en nabesproken.

Voor de exacte invulling van het scholings- en trainingsprogramma van 2009, zie pagina 15.

MONITORING KWALITEITSASPECTEN

Callmanagementsysteem

Gegevens over telefonische bereikbaarheid worden verzameld met behulp van een callmanagementsysteem. Verschillende betrokken partijen hanteren uiteenlopende normen. De normen vanuit de VHN zijn beduidend ruimer dan wat de verzekeraars, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en patiëntenorganisaties verwachten. De norm voor 2008, opgelegd door verzekeraars, is om 80% van de oproepen binnen 1 minuut te beantwoorden. Die norm is in 2009 verhoogd naar 90% in 30 seconden. De KKK-normen zijn in 2009 door de VHN verhoogd naar 75% in 2 minuten; 98% in 10 minuten. Laatstgenoemde normen zijn door de CHN in 2009 behaald (80% in 2 minuten; 72% in 1 minuut; 99% in 10 minuten).

Zie voor meer informatie bijlage 5 (over het servicelevel) en pagina 15 (over training triagisten).

Autorisatietijd

De CHN registreert de autorisatietijd; de tijd die een doktersassistente nodig heeft om zelfstandig afgehandelde hulpvragen te laten autoriseren door een arts. Om zo nodig een beslissing te kunnen corrigeren hoort dat - volgens de normen van de VHN - binnen een uur te gebeuren.

Het bewust 'openhouden' van contacten, in afwachting van aanvullende informatie of hernieuwd contact, maakt het moeilijk de autorisatietijd exact te registreren. De algemene indruk is echter dat de norm voldoende wordt gerealiseerd. De telefoonarts draagt daar in belangrijke mate aan bij.

Aanrijdtijd visites

Sinds 2005 houdt de CHN in 'meetweken' de rittenstaten bij. Vanaf 2008 gebeurt dit op regelmatige basis. Ieder kwartaal worden over een periode van een week de ritten voor U1 en U2 bijgehouden om meer inzicht te krijgen in wachttijden voor visites gekoppeld aan de toegekende urgentie. De resultaten over de aanrijdtijden voor U2-visites komen redelijk overeen met de streefnormen (> 95% binnen 60 minuten). Analyse van verzamelde data in de meetweek en gerichte registraties bij U1-ritten geven aan dat verbetering mogelijk en wenselijk is als het gaat om de beltijd, de alarmeringstijd en de aanrijdtijd. De totale reactietijd (beltijd + alarmeringstijd + aanrijdtijd) bij U1 zou er als volgt uit moeten zien: 80% van de meldingen binnen 15 minuten, 90% binnen 20 minuten, 100% binnen 25 minuten. Met name de 15-minutennorm blijkt moeilijk te halen te zijn; de score hierop is in de loop van 2009 wel omhoog gegaan (in Q4 is 57% binnen 15 minuten ter plaatse, 86% binnen 20 minuten, 100% binnen 30 minuten). Doel is betere reactietijden voor spoedvisites (urgentie U1) te realiseren, voor zover gereden door huisartsen.

Om dit doel te bereiken is een stappenplan opgezet:

- ABCDE-training triagisten om te bereiken dat binnen 1 minuut duidelijk moet zijn dat het om een U1-urgentie gaat;
- Verhogen urgentiegevoel bij huisartsen en chauffeurs middels voorlichting;
- Verkorten aanrijdtijd door betere afspraken rond ritregistratie (achteraf) en routeplanning (door huisarts in plaats van chauffeur);
- Nader onderzoeken of rijden met alarmsignalen de aanrijdtijd kan verbeteren.

De ABCDE-training voor triagisten heeft in juni 2009 plaatsgevonden. Ook is er aanvullend onderzoek gedaan naar de wijze waarop hoogurgente telefoontjes worden uitgevoerd. De voorlichting moet echter nog plaatsvinden. Bovendien moeten de afspraken rondom ritorganisatie en routeplanning verder uitgewerkt worden.



Wachttijd wachtkamer

In 2009 is wat betreft consulten op de huisartsenpost driemaal de wachttijd in de wachtkamer gemeten. De resultaten laten zien dat er op één dag al sprake kan zijn van grote schommelingen, vaak veroorzaakt door onverwachte toeloop van hoogurgente zelfverwijzers. Toch behalen we gedurende de meetweken altijd de streefwaarde; gemiddeld is 95% van alle patiënten geholpen binnen 30 minuten na de oorspronkelijk afgesproken tijd. Bij kleine achterstanden springt regelmatig een visitearts bij. De achterwachting wordt ingezet zodra de wachttijd in de wachtkamer oploopt tot boven het uur; een extra huisarts springt dan bij.

Auditing en certificering

1 Interne audits volgens het kwaliteitsmanagementsysteem

Er is een planning voor de interne audits in 2008/2009. In het voorjaar van 2009 heeft de kwaliteits- en klachtenfunctionaris interne audits uitgevoerd in Boxmeer. Later geplande audits zijn nog niet uitgevoerd. Uit de externe audits, verricht door Lloyd's, blijkt dat het niet nodig is alle procedures één keer per jaar te auditten; wél is het belangrijk dat alle processen eens per drie jaar aan de beurt komen, of zoveel vaker indien er aanleiding toe is.

Dit heeft geleid tot een aantal aanpassingen:

- Toekennen van protocollen aan 'eigenaren'. Het is hun verantwoordelijkheid de protocollen regelmatig te reviseren. Hierdoor zijn interne audits te beperken.
- Een aanpassing van het auditprogramma waarin ook de NEN-procedures zijn verwerkt.
- De protocollencommissie komt voor medische protocollen nu een à twee keer per jaar bijeen om deze protocollen te bespreken (werkwijze via mail werkte onvoldoende). De onderlinge discussie die daarbij ontstaat is nuttig gebleken.

Uit de audits blijkt ook dat de toetsing van de doktersassistenten (toetsgesprekken) een belangrijke vorm van auditing is. Juist omdat

zij onderdeel uitmaken van het primaire proces. Feitelijk vormen zij het belangrijkste 'product' dat via de HAAK-plusmethode blijvend onderzocht zou moeten worden.

2 Certificering volgens de NEN 7511-2 normering.

De CHN is als een van de eerste zorginstellingen in Nederland opgegaan voor certificering van de informatiebeveiliging. Dit betekent dat de organisatie aan de hoogste landelijke normering voldoet als het gaat om bescherming van de privacy van patiënten. Voor certificering (volgens de NEN 7511-2 norm) is een groot aantal onderdelen van de organisatie getoetst en beoordeeld. Beschikbaarheid, juistheid en vertrouwelijkheid van gegevens staan aan de basis. Technische voorzieningen spelen daarbij een belangrijke rol: goede telefoon- en internetlijnen en geavanceerde hard- en software die het onbevoegden onmogelijk maakt het systeem in te gaan. Maar minstens zo belangrijk is het bewustzijn van de medewerkers. Zij moeten ervan doordrongen zijn dat patiëntengegevens vertrouwelijk zijn en ook als zodanig moeten worden behandeld.

In het voorjaar van 2009 is een projectgroep NEN samengesteld onder leiding van de kwaliteits- en klachtenfunctionaris. Hieraan hebben de locatiemanagers, de P&O-adviseur, de ICT-adviseur en de directeur deelgenomen. De werkgroep is regelmatig bijeengekomen om documenten zoals de middelenmatrix op te stellen en afspraken verder uit te werken. De eisen van de NEN worden bewust zoveel mogelijk geïntegreerd in het bestaande ISO-kwaliteitshandboek. In september 2009 vindt de eerstefase-audit plaats, in november de tweedefase-audit, gevolgd door de uiteindelijke certificering (op 30 november). De opbrengst is - naast het verkrijgen van het certificaat - zeer positief te noemen. Het bewustzijn als het gaat om privacy en veiligheid onder medewerkers is gegroeid. Dit heeft geleid tot ander gedrag en een andere houding in de omgang met documenten en patiëntengegevens.

NEN-certificering: mijlpaal

We hebben altijd gezegd: als we communiceren, dan doen we dat op een betrouwbare en veilige manier. Daarom beschouwt de CHN de NEN-certificering volgens de 7511-2 norm als een mijlpaal. Wat de certificering inhoudt? We hebben beter inzicht in risico's ten aanzien van kritische processen als telefonie, internet en patiëntenregistratiesysteem. Via feedback, functioneringsgesprekken en screening is er meer controle op medewerkers. Er is een informatiebeveiligingsplan ontwikkeld; de kwaliteits- en klachtenfunctionaris evalueert jaarlijks of dit goed wordt nageleefd. In ieder geval vinden er halfjaarlijks vervolgaudits plaats om vooral aan de eisen voor de NEN-certificering te blijven voldoen. Je zou kunnen zeggen dat er binnen de organisatie een cultuur is ontstaan waarin men zich bewust is van de privacy van de patiënt/cliënt én van elkaar. Meer dan ooit zit veiligheid in onze genen.



3 HKZ-certificering

Met de HKZ-certificering laat een zorg- of welzijnsorganisatie zien dat de cliënt altijd centraal staat en dat de organisatie voortdurend en systematisch werkt aan verbetering van het aanbod. Het kwaliteitssysteem voldoet aan de internationale ISO-9001-normen. In 2009 heeft de CHN de eerste voorbereidingen getroffen. Begin 2010 zal een prospectieve risicoanalyse worden gemaakt om de veiligheidsrisico's voor de patiënt in kaart te brengen. Vanaf september 2010 is HKZ-certificering verplicht omdat dan de ISO-certificering afloopt.

Protocollen

Nu de organisatie al langer in een stabiele fase is, is er behoefte aan systematische revisie en eventueel bijstelling van protocollen. Dat is een taak van de kwaliteits- en klachtenfunctionaris, in samenwerking met medisch adviseur en werkgroep. In 2009 zijn diverse procedures herzien, onder andere naar aanleiding van interne audits. Daarnaast is een set nieuwe procedures ontwikkeld die voor de NEN-certificering van belang zijn. Deze zijn geïntegreerd in het kwaliteitssysteem.





Beschrijving primaire processen

VERZORGINGSGBIED

De CHN telt in 2009 423.000 patiënten in haar verzorgingsgebied. De verdeling van de inwoners over de drie huisartsenposten is als volgt:

- Nijmegen e.o.: 217.000 inwoners;
- Wijchen: 99.000 inwoners;
- Boxmeer: 107.000 inwoners.

ORGANISATIE VAN DE ZORG

De zorg wordt verleend vanuit de drie huisartsenposten: Nijmegen, Boxmeer en Wijchen. Alle telefonische meldingen komen centraal binnen bij de belcentrale in Nijmegen die gekoppeld is aan de huisartsenpost. Op elk van de drie posten vinden consulten plaats. Vanuit elke post worden visites gereden.

Wanneer patiënten zich zonder afspraak melden, verzorgt een dokters-assistente de fysieke triage.

Voor de exacte organisatie van de Acute Zorgpost Boxmeer, het verzorgen van consulten en visites uit het werkgebied Wijchen tijdens de nachtelijke uren en de professionals die de feitelijke zorgverlening op zich nemen, zie het kwaliteitsjaarverslag van 2008, te vinden op www.cihn.nl.

ONTWIKKELING ZORGVRAAG

Het aantal contacten met de huisartsenpost is in de loop van de tijd enorm gegroeid. In de eerste jaren van het bestaan van de CHN heeft dit vooral te maken met de groei van het aantal inwoners in het verzorgingsgebied. De laatste jaren is een toename in de consumptie van de zorg een belangrijke factor geweest voor de groei van het aantal contacten. Het totale aantal verrichtingen in 2009 is met 8,8% gestegen ten opzichte van het totale aantal verrichtingen in 2008. De stijging is vooral te zien in het aantal telefonische consulten, dat in 2009 met 15,7% toeneemt.

Deze stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door de epidemie ten gevolge van het H1N1-influenza-A-virus (de Mexicaanse griep). Die epidemie is direct van invloed: ruim 70% van het aantal extra telefonische contacten houdt verband met de griepgolf. Maar ook indirect: tijdens de epidemie zijn toch al meer zorgvragen telefonisch afgehandeld. Worden de contacten over de Mexicaanse griep buiten beschouwing gelaten dan is de groei in telefonische contacten 2,55%.

Het aantal visites is ook met ruim 8% gestegen en behoudt daarmee zijn aandeel in het totaal. Het aantal consulten is licht toegenomen, maar veel minder dan de andere verrichtingen. Op het totale aantal verrichtingen is het aandeel van de consulten daarmee juist iets afgenomen. De toename van het aantal consulten en visites is - net als de toename in

telefonische contacten - terug te voeren op de Mexicaanse griep. Zie bijlage 5, tabel 8 en 9 voor meer informatie.

BEREIKBAARHEID EN BESCHIKBAARHEID

De CHN voldoet wat betreft telefonische bereikbaarheid ruim aan de KKK-norm zoals die dit jaar door de VHN is vastgesteld. De norm houdt in dat 75% van patiënten binnen 2 minuten een doktersassistente aan de telefoon moet krijgen. De CHN scoort hierop 80%.

De CHN heeft daarnaast haar eigen concrete streefdoelen gehanteerd.

Die zijn als volgt geformuleerd:

- verhoging van het percentage gesprekken dat binnen 1 minuut wordt aangenomen naar 80% of hoger;
- percentage gesprekken dat binnen 5 minuten wordt aangenomen ophogen naar 95%;
- percentage gesprekken dat binnen 10 minuten wordt aangenomen ophogen naar 100%.

Onderzoek uit 2008 laat zien dat er verbetering mogelijk is door op bepaalde tijdstippen meer personeel in te zetten of door de gesprekstijd te verkorten. Uit analyses van interventies blijkt echter dat verkorting van de gesprekstijd slechts beperkt haalbaar is: de interventie leidt niet tot de gewenste verbetering van de telefonische bereikbaarheid. Hierop is besloten op basis van de analyse van belpatronen de bezetting aan te passen. Deze extra inzet is gestart vanaf 1 februari 2009. Dit leidt tot duidelijke verbetering van het servicelevel tot iets boven de 80%. In de tweede helft van het jaar verstoort de griepedemie het beeld. Door de grote toename in het aantal telefonische contacten lukt het niet het gewenste servicelevel te behalen. Het percentage telefoontjes dat binnen één minuut wordt aangenomen neemt daardoor slechts toe van 68% naar 72% over het hele jaar. Het percentage gesprekken dat binnen vijf minuten wordt opgenomen stijgt naar 94%; dat van binnen tien minuten naar 99%. De wachttijd aan de telefoon en het percentage patiënten dat in de wachtrij komt, zijn licht afgenomen.

Zie bijlage 5, tabel 12 voor meer informatie.

ZORGINHOUDELIJKE PROJECTEN

Signalering en opvang huiselijk geweld

Voor signalering en opvang huiselijk geweld is er in het voorjaar van 2009 een protocol huiselijk geweld opgesteld. Dit is vervolgens geïmplementeerd door samenvattingskaarten en registratieformulieren te verspreiden over de spreekkamers van de huisartsen. Of dit heeft geleid tot een verbeterde signalering is op dit moment niet duidelijk.



De Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat in 2010 onderzoeken hoe de signalering en opvang van huiselijk geweld is geregeld bij de verschillende huisartsenposten. Mogelijk leidt dit toch tot aanpassing van de werkwijzen binnen de CHN.

Project terminale zorg

Om de zorg voor terminale patiënten in de avond-, nacht- en weekenddienst te verbeteren is in 2009 een pilotproject uitgevoerd. Daarbij is in het weekend een extra huisarts (PPZ-arts) ingeroosterd ten behoeve van terminale patiënten. Deze pilot is geflankeerd door onderzoek onder de huisartsen en patiënten door IQ healthcare. Ook is aandacht besteed aan het gebruik van nieuwe overdrachtsformulieren voor palliatieve patiënten.

Patiënten beoordelen de zorg van de PPZ-artsen als bijzonder positief. Ook de deelnemende PPZ-artsen zijn overwegend enthousiast over het initiatief. Het gebruik van de overdrachtsformulieren verdient nog aandacht. In 2010 beslist de CHN over het al dan niet voortzetten van het PPZ-project. Dan zal ook op de leerpunten uit de diverse onderzoeken worden ingehaakt.

BEHOEFTE PATIËNT

Veiligheid

Patiëntveiligheid is een belangrijk punt van aandacht bij de acute huisartsgeneeskundige zorg, en wel om verschillende redenen:

- het betreft relatief vaak risicovolle situaties: vergeleken met de huisartsenpraktijk overdag gaat het vaker om spoedeisende hulpvragen;
- triage vindt plaats zonder fysiek contact en wordt gedelegeerd aan triageassistenten;
- huisartsen baseren hun beleid veelal op een inschatting;
- in de regel kent de arts de patiënt niet.

Gezien de aard van de klachten en incidentmeldingen vormen inschattingfouten door huisartsen en ondertriage door doktersassistenten (een verkeerde inschatting van de urgentie) de belangrijkste veiligheidsrisico's. Voor een veilige triage gelden als voorwaarden: goede protocollen, adequate scholing en training en een gespreksvoering waarbij samenvattingen en controlevragen ingebouwd zijn.

Verder maakt flattering van door de triagiste afgehandelde contacten een belangrijk onderdeel uit van het veiligheidssysteem op de huisartsenpost.

Palliatieve zorg: tandje bijzetten

Als er iets is wat optimaal zou moeten functioneren, dan is het wel de zorg voor patiënten in hun laatste levensfase. Al in 2006 signaleren de leden van de CHN een aantal knelpunten in de zorg voor palliatieve patiënten tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten. De gegevensoverdracht verloopt niet optimaal; sommige huisartsen ervaren een tekort aan tijd voor zorgvuldige zorgverlening; de hulpverlening is te zeer 'verbrokkeld'. De CHN heeft begin 2009 een experiment opgezet. Doel is te onderzoeken of de inzet van één aparte huisarts gedurende het hele weekend en aanpassingen in de informatie-overdracht leiden tot een ervaren verbetering van de zorgkwaliteit door betrokken hulpverleners en patiënten. Gedurende 37 weken wordt in het ene weekend één aparte huisarts, de zogenaamde PPZ-arts, ingezet om geplande en ongeplande palliatieve zorg op zich te nemen. In het andere weekend verlenen de 'gewone' visiteartsen van de CHN de zorg. Om de informatieoverdracht te verbeteren is alle aangesloten huisartsen gevraagd actuele informatie over hun palliatieve patiënten over te dragen op de huisartsenpost. Dit kan middels een overdrachtsformulier.

Daarnaast zijn er voor de huisartsen en voor de patiënten en/of mantelzorgers speciale vragenlijsten ontwikkeld. De uitkomsten van de PPZ-weekenden zijn vervolgens afgezet tegen de 'standaard' weekenden. Een van de bevindingen is dat patiënten een hoger rapportcijfer geven aan de PPZ-artsen dan aan de niet-PPZ-artsen. In het bijzonder als het gaat om deskundigheid en vertrouwen scoren PPZ-artsen hoger. Overigens waren de scores ook voor de 'normale' zorg opvallend hoog.

Conclusie van het onderzoek? De inzet van PPZ-artsen kan de kwaliteit van palliatieve zorg buiten kantooruren verbeteren. Informatieoverdracht blijft een belangrijk aandachtspunt. Bovendien zou de inzet van de PPZ-arts niet moeten betekenen dat de 'eigen' huisarts de zorg makkelijker uitbestedt aan de huisartsenpost. De CHN hangt het standpunt aan dat de eigen huisarts in principe de zorg moet verlenen, tenzij dit niet mogelijk is.



Dat hoort zo georganiseerd te zijn dat correctie nog effectief mogelijk is: maximaal binnen een uur. Bovendien vereist het van de flatterend arts specifieke vaardigheid op het gebied van telefonische triage. Om dat beter te garanderen werkt de CHN al vanaf 2000 met een aparte telefoonarts. Hij is beschikbaar voor overleg, kan telefonische consulten voeren, zelfstandig afgehandelde contacten flatteren en waar nodig aanvullende vragen stellen en feedback geven. De functie van telefoonarts draagt in belangrijke mate bij aan de kwaliteit van de triage en aan de patiëntveiligheid. Momenteel worden de mogelijkheden onderzocht hoe telefoonartsen nóg beter kunnen functioneren. Zie tekstblok op pagina 16 voor meer informatie.

Privacy

De CHN heeft altijd grote waarde gehecht aan privacyaspecten van de zorg. In een privacyreglement zijn gedragsregels en procedures vastgelegd. Veel nadruk krijgen procedures rond het opnemen en beluisteren van geluidsopnames en inzage in de elektronisch vastgelegde data van patiënten.

Tevredenheid

Voor wat betreft de tevredenheid van de patiënt verwijzen we graag naar het kwaliteitsjaarverslag over 2008, te vinden op www.cihn.nl. In 2010 worden de tevredenheidsonderzoeken bij elk van de posten herhaald.



Beschrijving secundaire processen

INTERNE ORGANISATIE

De CHN is per 1 april 2009 definitief omgevormd tot een Coöperatie voor Integrale Huisartsenzorg Nijmegen en omstreken (CIHN). De nieuwe constructie maakt het mogelijk programma's voor chronische zorg op te zetten. Onder de CIHN hangen twee werkmaatschappijen: de bv Organisatie voor Chronische Eerstelijnszorg (OCE) en de bv CHN, die de avond-, nacht- en weekenddiensten organiseert. Vanuit de OCE worden eerstelijns-DBC's ontwikkeld en aangeboden aan zorgverzekeraars.

Clëntenraad

In 2008 zijn binnen de cliëntenraad problemen ontstaan die hebben geleid tot het uiteenvallen van de raad. In 2009 is er een nieuwe cliëntenraad ingesteld, bestaande uit vijf leden. Doel van de raad is de gemeenschappelijke belangen te behartigen van cliënten uit de CHN BV en de OCE BV. De cliëntenraad vergadert op regelmatige basis. Twee keer per jaar schuift de directie aan.

Medewerkers

De groei en de professionalisering van de organisatie zijn in de laatste jaren duidelijk zichtbaar geweest in de toename van het aantal medewerkers en hun taken. Ten opzichte van 2008 is er wat betreft 2009 te spreken van een stijging, met name als het gaat om 'kantoorpersoneel'. Het team is versterkt met een ICT-adviseur, ICT-medewerker, P&O-adviseur, extra medewerker FA en Teamleider Nijmegen.

Het aantal aangesloten huisartsen is gegroeid van 234 naar 236. Het aantal geaccepteerde waarnemers is gegroeid van 125 naar 151. Het aantal doktersassistenten is van 69 toegenomen naar 73. Een aantal personeelsleden vervult een combinatie (van bijvoorbeeld nachtassistenten, coördinerend doktersassistenten en/of spreekuurassistenten).

Zie bijlage 3, tabel 1 en 2 voor meer informatie.

Medewerkerstevredenheid/werkdruk

De oprichting van de CHN in 1999 was vooral bedoeld om de werkdruk van de huisartsen te verminderen. Toch is er de laatste jaren weer sprake van een toename van de werkdruk. Die wordt veroorzaakt door de groei van het totale aantal verrichtingen (in 2009 een groei van 8,8%). Telefoonartsen worden bijvoorbeeld door het groeiend aantal contacten zwaarder belast dan voorheen.

Werkdruktoename heeft verder te maken met:

- piekbelastingen en onregelmatigheid door ongeplande zorg en tussendoor geplande spoedconsulten;
- samenwerking zoals met de SEH in Boxmeer waarbij de huisartsen de

opvang verrichten van zelfverwijzers die oorspronkelijk naar de SEH gingen. Dit leidt tot verhoging van het aantal contacten en daarmee tot een grote mate van onvoorspelbaarheid; er wordt een groot beroep gedaan op het vermogen snel te schakelen.

Ten opzichte van 2008 is er in de weekavonden op de huisartsenpost Nijmegen één triageassistent bijgekomen (van vijf naar zes op een avond). Overdag in het weekend zijn er zes tot elf triageassistenten in plaats van zes tot tien.

Maar extra diensten inplannen is niet per se de beste oplossing. Er zijn grenzen aan de belastbaarheid van de huisartsen, die immers hun diensten verrichten naast hun reguliere dagtaak.

Eind 2008 is ervoor gekozen de toenemende werkdruk op de Acute Zorg Post in Boxmeer op te vangen door waarnemers in te zetten op de drukste tijden: vrijdagavond, zaterdag en zondag overdag, in totaal gemiddeld 23 uur per week.

Deze extra inzet is geëvalueerd en waardevol bevonden door de huisartsen. In 2009 is opnieuw voor dezelfde oplossing gekozen. Of de extra inzet stand kan houden is niet zeker. De Nederlandse Zorg Autoriteit heeft aangegeven niet akkoord te gaan met de uitbetaling van het tarief zoals dat gebruikelijk gehanteerd wordt voor waarnemers.

Daarbij, met de inzet van waarnemers is de toenemende werkdruk in met name samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen slechts ten dele op te vangen. Aan de beschikbaarheid van waarnemers zit immers ook een grens. De mogelijkheid om nurse practitioners in te zetten wordt momenteel onderzocht.

Ondernemingsraad

Vanaf 2007 is er een geformaliseerde ondernemingsraad. In 2009 bestaat de raad uit vijf leden. Directie en ondernemingsraad hebben een paar keer vergaderd waarbij de volgende punten (soms terugkerend) op de agenda staan: omvorming CHN naar CIHN, samenwerking SEH CWZ, nieuwbouw CWZ, lustrum CHN, examen triage, voorgenomen besluit om post Wijchen te sluiten, lopende zaken binnen CHN, begroting/financieel jaarverslag, cliëntenraad, privacy rondom openstellen medische dossiers.

Vertrouwenspersoon

In 2009 is geen enkele keer gebruikgemaakt van de diensten van de vertrouwenspersoon.



Huisvesting

In het kader van de samenwerking met het CWZ verhuist de post naar een nieuw te bouwen voorziening waar de SEH en de CHN zich samen zullen vestigen. De bouw is inmiddels gestart. De verhuizing vindt naar verwachting in 2011 plaats.

Nieuwbouw van het Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer is in volle gang. Naar verwachting wordt de bouw in 2011 afgerond. De Acute Zorgpost Boxmeer verhuist dan mee.

De beslissing over een mogelijke sluiting van de post in Wijchen is uitgesteld tot 2012. Er is toestemming van de gemeente Wijchen tot die tijd op de huidige locatie te blijven.

PROFESSIONALISERING, SCHOLING EN TRAINING

Doktersassistenten

Jaarlijks volgen alle doktersassistenten vier tot zes scholingen om hun kennis en communicatievaardigheden op peil te houden. In 2009 zijn ze geschoold in onderwerpen als AED/BLS, psychiatrie, wondverzorging (door SMK) en casuïstiek (aan de hand van leerpunten uit interne meldingen en klachten). Cardiale problematiek is in die scholingen bijvoorbeeld een extra punt van aandacht geweest (later ook in nieuwsbrieven nog eens benadrukt).

Daarnaast hebben de doktersassistenten twee trainingen gehad van het externe bureau Van Campen Consulting. Die zijn gericht op gesprekstechniek en ABCDE-signalen. Het gaat daarbij vooral om het snel signaleren van ABCDE-problemen met hoge urgenties.

Nieuwe doktersassistenten (zo'n zes tot twaalf per jaar) volgen een inwerkingscholingstraject waarbij ze alle ins en outs snel moeten leren en specifieke werkafspraken leren kennen. In het voorjaar van 2009 is dit traject weer door een groot aantal doktersassistenten gevolgd. Ondertussen is ook een vast scholingsprogramma opgesteld van drie keer twee uur waarvoor standaard powerpointpresentaties zijn gemaakt. De eerste serie start in het eerste kwartaal van 2010. De bedoeling is de training (enigszins afhankelijk van de instroom) twee keer per jaar te geven, in februari/maart en in september.

In aanvulling op de scholingen voor bestaande doktersassistenten en het inwerkingscholingstraject voor nieuwe doktersassistenten is er sinds 2007 de mogelijkheid alle doktersassistenten op te laten gaan voor het landelijk diploma 'triageassistent'.

Telefonische triage

Van goed naar beter

Telefonische triage is een essentieel en tegelijkertijd kwetsbaar onderdeel van het hulpverleningsproces op de huisartsenpost. Met name een goede gespreksvoering is van wezenlijk belang. Natuurlijk is daarop te trainen, maar de vraag is of zo'n triagetraining daadwerkelijk effect heeft. Daarom heeft de CHN het verbeteringstraject - onderdeel van de diplomering - begeleid met onderzoek vanuit IQ healthcare. Het verbeteringstraject houdt een set van trainingen in: triagisten volgen een training in het kwalitatief goed, effectief en efficiënt afhandelen van een triagegesprek; coördinerend doktersassistenten worden getraind in het aansturen van de triage (coachen) en het informeren van de huisartsen; huisartsen krijgen voorlichting en wordt de mogelijkheid geboden een training te volgen voor telefoonarts. Uit voorafmetingen blijkt dat de uitgangssituatie op een paar van de aandachtspunten (effectiviteit in het gesprek, communicatie, medische inhoud en registratie) al vóór aanvang goed is. Dat het nóg beter kan, laten de nametingen van het onderzoek zien. Op de meeste gespreksonderdelen wordt namelijk na de training hoger gescoord. De communicatie is erop vooruit gegaan, maar ook medische kennis en geprotocolleerd werken zijn sterk verbeterd. Wat betreft het overleg tussen triagist en huisarts is er een goede score op praktisch alle onderdelen. Wel wordt in slechts de helft van de gesprekken de reden genoemd voor overleg. Het onderzoek laat uitstekend zien wat de verbeterpunten zijn en waar eventuele nascholing op gericht zou moeten zijn.

Tegelijkertijd met het kwalitatieve onderzoek van IQ healthcare is ook een kwantitatief onderzoek uitgevoerd naar de effecten van de training op gespreksduur, variaties in gespreksduur, uitloggedrag en een mogelijke verschuiving in de verdeling van de verrichtingen ('Effect training beltijdverkorting en invoer Prototics', door R. Kho, maart 2009). Uit deze analyse is gebleken dat de gemiddelde gespreksduur niet wezenlijk is beïnvloed en slechts hooguit iets korter is geworden. De wijze van afhandeling (de verdeling tussen telefonisch consult, consult en visite) verandert nauwelijks: er worden iets minder gesprekken telefonisch afgehandeld.



Dit houdt in dat ze aan een aantal eisen moeten voldoen, getoetst door middel van:

- een kennistoets;
- een beoordeling van competenties op het gebied van gespreksvoering/communicatie, waarbij gebruik wordt gemaakt van de HAAK-plusmethode (vijf bandopnames worden beluisterd en gescoord);
- een praktijkbeoordeling (met aandacht voor samenwerking, organisatie en professionele ontwikkeling).

Daarna kunnen ze het diploma triageassistentie krijgen.

De CHN heeft ervoor gekozen de diplomering te laten verzorgen door een erkend opleidingsinstituut: Van Campen Consulting.

Veertig doktersassistenten die al werkzaam waren bij de CHN hebben het diploma in december 2008 ontvangen. Nieuwe doktersassistenten hebben na het inwerkingstraject een vergelijkbaar traject doorlopen. Hun kennis is eveneens getest aan de hand van een kennistoets, gevolgd door een toetsing van bandopnames. Op die manier hebben in 2009 nog eens zes doktersassistenten hun triagediploma gehaald.

Voor de doktersassistenten op de posten in Boxmeer en Wijchen is in eerste instantie een ietwat afwijkend traject gevolgd. Aangezien ze geen telefonische triage doen, is het niet mogelijk een diploma te halen (een deelcertificaat van het diploma blijkt namelijk geen optie). Zij kregen in plaats daarvan een praktijktoets, dat wil zeggen: een fysieke triage-toets. In de loop van 2009 is besloten doktersassistenten van de posten Boxmeer en Wijchen toch de mogelijkheid te bieden het volledige diploma voor triageassistentie te behalen. Hiertoe krijgen zij een extra communicatietraining. Bovendien zullen ze stage lopen op de belcentrale in Nijmegen, waarna toetsing van de telefoongesprekken plaatsvindt. In 2010 wordt dit afgerond.

Huisartsen/telefoonartsen/AIOS

In principe gaat de CHN ervan uit dat huisartsen zelf de verantwoordelijkheid nemen om hun kennis op peil te houden. Lacunes worden uiteraard gesignaleerd. Ook ziet de CHN erop toe dat er een adequaat aanbod is van trainingen op het gebied van spoedeisende zorg.

De CHN voelt zich wel verantwoordelijk voor de kwaliteit van het werk als telefoonarts. De steeds professionelere werkhouding van triagisten is van invloed op de wisselwerking tussen triagist en telefoonarts. Daarom heeft de CHN in 2008 samen met Van Campen Consulting telefoonartstrainingen georganiseerd. Ook in 2009 zijn deze diverse keren aangeboden. Ruim honderd huisartsen hebben inmiddels de cursus gevolgd.

Om mogelijkheden te onderzoeken hoe telefoonartsen beter kunnen functioneren, is een aantal focusgroepbijeenkomsten georganiseerd. Deze bijeenkomsten zijn voorafgegaan door een enquête onder huisartsen, waarnemers en doktersassistenten Nijmegen. De werkwijze heeft geleid tot een aantal concrete aanbevelingen die in 2010 worden besproken met bestuur en leden.

Om AIOS voor te bereiden op de taak van telefoonarts start een pilot voor trainingen van AIOS. Hierover is in december 2009 een overeenkomst ondertekend met de VOHA.

Overig personeel

De CHN biedt balie medewerkers de mogelijkheid de opleiding tot doktersassistentie te volgen. Het is de bedoeling dat in de toekomst alleen nog gediplomeerde doktersassistenten patiënten opvangen aan de balie en triage verrichten op binnenlopers.

Chauffeurs (van Meditaxi, het bedrijf waar de CHN een overeenkomst mee heeft) hebben in de loop van de tijd steeds meer medisch ondersteunende

Functie telefoonarts: werkt het?

De CHN werkt al sinds 2000 met telefoonartsen. Het idee is dat zij in belangrijke mate bijdragen aan de kwaliteit van de triage en de patiëntveiligheid. Maar werkt het ook zo? Wat vinden triagisten en telefoonartsen er zelf eigenlijk van? Voorafgaand aan drie focusgroepbijeenkomsten, begin 2009, krijgen zij een enquête voorgelegd met als belangrijkste vraag: hoe kijken huisartsen en triagisten aan tegen de functie van telefoonarts en de manier waarop die wordt ingevuld en hoe kan deze functie verbeterd worden? Triagisten reageren over het algemeen positief op de aanwezigheid van een telefoonarts tijdens hun diensten. Zij vinden dat zij hun werk niet zonder telefoonarts kunnen doen. Huisartsen zijn redelijk tevreden over de uitvoering van hun functie, maar ervaren soms een te grote werkdruk. Die werkt een zekere vorm van kwetsbaarheid in de hand. Met het draagvlak zit het wel goed. Zowel de triagisten als huisartsen zijn van mening dat de functie van telefoonarts in de huidige hoedanigheid voortgezet moet worden. Wél zijn er verbeterpunten. Om een greep te nemen uit de aanbevelingen: er moeten maatregelen getroffen worden om de werkdruk te verminderen; er moet meer ruimte zijn voor deskundigheidsbevordering; er moet meer gelegenheid zijn om feedback te krijgen; telefoonartsen moeten beter weten met welke triagisten ze te maken hebben (ze kennen niet iedereen); de overdracht bij opvolging van de dienst zou beter moeten verlopen. In 2010 worden deze - en andere - aanbevelingen nader besproken.



taken gekregen. Hun werkgever verzorgt passende scholing en training. Stafleden krijgen scholing en training op maat aangeboden, zoals op het gebied van loonadministratie, klachtbemiddeling, personeel en organisatie, PR en communicatie en informatiebeveiliging. Jaarlijks is er een intern symposium voor alle medewerkers. Dat heeft dit jaar in het teken gestaan van het tienjarig bestaan.

SAMENWERKING

Huisartsenkring

Al vanaf de eerste plannen bestaat er een krachtige synergie tussen de CHN en de Huisartsenkring Nijmegen en Omstreken.

De samenwerking is opnieuw geïntensiveerd rondom de plannen om de coöperatie om te vormen tot een bredere organisatie (zie bijlage 2).

SEH

In 2007 startte de Acute Zorg Post in Boxmeer, het resultaat van de samenwerking tussen het Maasziekenhuis Pantein en de Huisartsenpost Boxmeer. Op deze post is het de verantwoordelijkheid van de huisartsen de zelfverwijzers op te vangen. Spreekuurassistenten verzorgen de triage, behalve 's nachts. Dan vangen SEH-verpleegkundigen de patiënten op. In 2009 is er een toename van het aantal verrichtingen te zien ten opzichte van het jaar daarvoor. Het aantal consulten stijgt van 15.521 naar 16.180. Het grootste deel van de toename in het eerste jaar en ook in 2009 is terug op te voeren op het aantal zelfverwijzers. Wat dit voor de werkdruk oplevert, leest u op pagina 14.

Sinds 2006 is er al sprake van een samenwerking met het CWZ. Na een gezamenlijke intentieverklaring (2007) en een overeenkomst over de huur van ruimte in een nieuw te bouwen deel van het CWZ (2008) is in 2009 verder gewerkt aan de inrichting van de SEH-post. Hoewel er nog weinig duidelijkheid is over hoe de samenwerking tussen de SEH en huisartsenpost in de praktijk vorm gaat krijgen, is er in diverse werkgroepen (Inhoud, Bouw, Financiën) wel op inhoudelijk niveau samengewerkt. Zo zijn er aan de hand van veel voorkomende klachten protocollen opgesteld. Ook zijn de bouwplannen eind 2009 definitief afgerond. Of de beoogde samenwerking daadwerkelijk kan worden gerealiseerd is afhankelijk van de financiële randvoorwaarden. Bovendien zal er een oplossing moeten komen voor de verwachte toename in werkdruk (zoals die ook in Boxmeer gesignaleerd is). De problemen dienen landelijk te worden opgelost.

MKA en RAV

De CHN heeft goede afspraken met de Meldkamer Ambulancedienst (MKA) en de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) over verantwoordelijkheden binnen de keten, samenwerking en overdracht en

inzet bij hoog-urgente hulpvragen.

Regelmatig is er overleg, waarbij onder andere casuïstiek wordt besproken en geanalyseerd.

Apothekers

In het kader van het project ZEGEN is er regelmatig overleg met apothekers over elektronische informatieuitwisseling. De Nijmeegse apothekers zijn betrokken bij de voornemens voor samenwerking tussen SEH en CHN. Te zijner tijd zullen ze op de SEH-post een spoedapotheek inrichten.

GGZ

De CHN heeft met de afdeling Acute Zorg van GGZ afspraken over consultatie en verwijzing bij crisissituaties. Er vindt jaarlijks overleg plaats, waarbij onder meer de afspraken worden geëvalueerd. Hoe de samenwerking vorm krijgt bij de inrichting van de SEH-post in het CWZ is nog niet bekend.

AWBZ-instellingen en penitentiaire inrichtingen

De CHN heeft met een aantal AWBZ-instellingen afspraken gemaakt, die jaarlijks worden geëvalueerd.

In overleg met de penitentiaire inrichtingen in de regio is nauwkeurig omschreven wat van huisartsen verwacht mag worden in de avond-, nacht- en weekenddienst.

GHOR

Vanaf 2005 bestaan er afspraken met de GHOR over inzet van huisartsen bij rampen en grootschalige gezondheidszorgproblemen (zoals een influenzapandemie).

In het voorjaar van 2009 is het protocol dat de samenwerking met GHOR regelt opnieuw bekeken en zijn afspraken bestendigd. Door de dreiging van de pandemie Mexicaanse griep is de samenwerking in de zomer verder uitgediept en ook daadwerkelijk in werking getreden. Samen met de Huisartsenkring is een continuïteitsplan opgesteld met betrekking tot de Mexicaanse griep. Maatregelen zijn genomen om een verhoogde vraag aan te kunnen (uitbreiding telefoons, uitbreiding telefooncentrale, scholing medisch studenten, et cetera). De CHN heeft bij de opschaling van de zorg veel baat gehad bij de voorbereidingen die samen met GHOR zijn getroffen.

Regiobreed overleg ketenpartners

De CHN participeert vanaf 2004 in een overlegstructuur in de regio Nijmegen (TANGO), waarin alle organisaties deelnemen die betrokken zijn bij de acute hulpverlening. In dat overleg worden nieuwe ontwikkelingen en problemen in de ketenzorg gesignaleerd en besproken.

In 2004 is het project Zorginformatie Nijmegen (ZEGEN) van start ge-



gaan, een samenwerkingsproject op het gebied van elektronische communicatie. Dat heeft uitgemondd in een koploperschap EPD en landelijke aansluiting op het LSP.

Verder neemt de CHN sinds 2007 deel aan ROAZ, een bestuurlijk overleg van de ketenpartners in Traumaregio Oost. Het betreft een initiatief van de landelijke overheid, waarbij de coördinatie is toegewezen aan het Traumateteam Oost.

In 2009 heeft de CIHN door rondetafelgesprekken met ketenpartners de contacten geïntensiveerd. In de toekomst willen we hier een gevolg aan geven.

Meditaxi

De CHN werkt sinds 2007 samen met Meditaxi, een bedrijf dat landelijk veel ervaring heeft met vervoer voor huisartsenposten.

INTERNE PROCESSEN

Automatisering

De CHN heeft als een van de koplopers de eerste toepassingen van het EPD en de uitwisseling van medicatiegegevens en huisartswaarneemgegevens in de praktijk getest.

In oktober 2009 is dit koploperschap beëindigd.

Na een intensieve voorbereidingsfase is de CHN in 2009 officieel aangesloten op het Landelijk Schakelpunt (LSP), onderdeel van de infrastructuur voor de elektronische uitwisseling van patiënteninformatie. Die aansluiting op het LSP betekent dat de CHN via beveiligde ICT inzage heeft in de professionele samenvatting van de patiënt.

Momenteel zijn drie huisartsenposten, meer dan twintig apothekers en meer dan honderd huisartsen in de regio Nijmegen aangesloten op het LSP. Wekelijks zijn er rapporten over de communicatie via het LSP. De logging-gegevens worden maandelijks geanalyseerd.

Problemen met de communicatie via het LSP (huisartsen zijn onvoldoende geïnformeerd over het feit dat zij na de aansluiting op het LSP de patiënten ook nog moeten aanmelden) zorgen echter voor een laag gebruik van het LSP. In 2010 wordt dit verder onderzocht.

Communicatie

Verbetering van de interne en externe communicatie is ook een van de speerpunten geweest van 2009. Het accent ligt op vernieuwing van de website (internet en extranet), aanpassing van logo's en briefpapier op de nieuwe organisatie, intensivering contacten met ketenpartners en verbetering van de interne communicatie tussen de medewerkers. Tijdens een managementdag in juni is door MT-leden uitgebreid gesproken over de nieuwe structuur (veel nieuwe medewerkers), de wijze van samenwerken en communiceren. Het is de bedoeling hier later op terug te komen.

Medische voorzieningen

Behandeldkamers en visiteauto's zijn duidelijk beter toegerust dan de gemiddelde huisarts in de dagpraktijk gewend is. De voorzieningen van de huisartsenpost zijn in zekere zin normstellend. Ze hebben geleid tot een groter kwaliteitsbewustzijn onder huisartsen waar het gaat om hulpmiddelen voor de spoedzorg.

De Mexicaanse griep

Welke zorginstelling heeft er eigenlijk niet mee te maken gehad: de Mexicaanse griep. Tijdens de Vierdaagse (juli 2009) neemt de zorgvraag op de posten enorm toe. De belcentrale heeft te maken met 8-26% meer telefonische hulpvragen per dag dan gemiddeld. Ook gedurende de pandemie (sept/okt-dec 2009) zijn er beduidend meer patiëntencontacten. Om een vergelijking te maken: gemiddeld zijn er per week 2300 contacten; tijdens een 'doorsnee' griepseizoen zijn dat er 2500; in week 44 en 45 respectievelijk 3129 en 3392. In één weekend telt de CHN 1914 contacten, bijna 500 meer dan in een normaal weekend tijdens een gewoon griepseizoen. Op het hoogtepunt ligt het aantal contacten 50% hoger dan normaal voor de tijd van het jaar. Om het hoofd te kunnen bieden aan de epidemie heeft de CHN - volgens een van tevoren opgesteld draaiboek - extra maatregelen moeten treffen op het gebied van menskracht, middelen en organisatie. Zo zijn er extra huisartsen, doktersassistenten en balie- en stafmedewerkers ingezet. Daarnaast is de hulp ingeroepen van medisch studenten en AIOS die - na een intensieve training - als triagist aan het werk zijn gezet op de belcentrale. Het aantal werkplekken is opgeschaald en het aantal telefoonlijnen uitgebreid. In het begin van de epidemie wordt elke patiënt met een influenza-achtig ziektebeeld thuis bezocht. Huisartsen maken daarbij zelfs gebruik van eigen vervoer. Later zijn er griepoli's geïnstalleerd om patiëntenstromen te kunnen scheiden. Een en ander uiteraard ondersteund door een strakke organisatie (met een continuïteitsplan voor de huisartsenzorg), goede samenwerking (met onder andere GHOR, GGD en LHV-Huisartsenkring Nijmegen), heldere triagerichtlijnen (opgesteld door het NHG) en een gedegen communicatie (zowel intern als extern). Uit evaluatie is gebleken dat de CHN in staat is huisartsgeneeskundige zorg te organiseren én garanderen tijdens een pandemie.



Voornemens Kwaliteitsbeleid 2010

- Verbeteren continuïteit van zorg bij terminale patiënten (voortzetting PPZ-project en vaststellen van visiedocument);
- Verbeteren U1-ritten; snelheid bij triage en wegsturen arts (behalen KKK-normen);
- Formuleren van actiepunten op basis van het focusonderzoek telefoonarts;
- Behalen en behouden van vastgesteld servicelevel telefonische triage;
- Overstappen van ISO-certificering naar HKZ-certificering;
- Scholing traumatologie;
- Betere voorbereiding van AIOS op hun toekomstige rol als telefoonarts (project telefoonartstraining);
- Verder vormgeven van interne audits, ingebed in het kwaliteits-systeem.





Bijlage 1: Samenstelling bestuur en directie

Bestuur CIHN

- Theo Voorn:** emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde te Oosterhout, voorzitter bestuur
Herman Verblackt: voormalig huisarts te Groesbeek
Herman Levelink: huisarts te Nijmegen
Theo Bluemer: huisarts te Nijmegen
Wim Muilenburg: organisatieadviseur te Nijmegen, extern adviseur en penningmeester bestuur

Directie

- Marion Borghuis:** directeur

Commissies

Bestuur en directie worden ondersteund en geadviseerd door de volgende commissies:

- Commissie Kwaliteit
- Commissie Scholing
- Commissie Statuten en reglementen
- Commissie Protocollen
- Commissie Huisartsenpost Nijmegen
- Commissie Huisartsenpost Boxmeer
- Commissie Huisartsenpost Wijchen





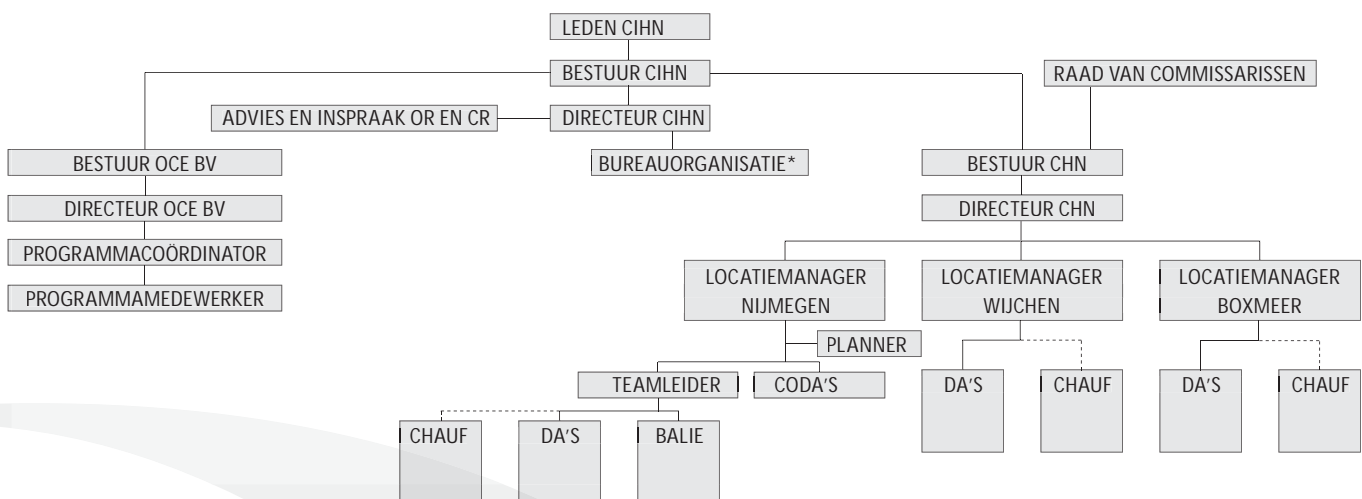
Bijlage 2: Organogram

De juridische omvorming van CHN naar CIHN vond plaats op 1 april 2009. Het bestuur van de CIHN bestaat uit vijf of zeven bestuursleden. Onder de verantwoordelijkheid van het CIHN-bestuur is de directeur belast met de dagelijkse aansturing van de CIHN en de dochtervennootschappen OCE BV en CHN BV. Vanuit de CIHN zijn bestuursleden benoemd voor het bestuur van de dochtervennootschappen. Hiermee is sprake van een personele unie. Het bestuur van de OCE BV en CHN BV bestaat uit drie of vijf bestuursleden.

De Organisatie voor Chronische Eerstelijnszorg (OCE BV) heeft als doel het ontwikkelen en aanbieden van chronische eerstelijnszorg in de regio's Nijmegen-Stad inclusief Lent-Oosterhout, Rijk van Nijmegen, Maas en Waal en indien gewenst Land van Cuijk/Noord-Limburg. De OCE BV is opgericht in 2008. De OCE BV wordt aangestuurd door de directeur. Ultimo 2009 heeft de OCE BV één programmacoördinator in dienst.

De Centrale Huisartsdienst Nijmegen (CHN BV) heeft als doel het organiseren en leveren van avond-, nacht- en weekendzorg (ANW-zorg) aan patiënten in de regio's Nijmegen-Stad inclusief Lent-Oosterhout, Rijk van Nijmegen, Maas en Waal en Land van Cuijk/Noord-Limburg. De CHN BV is opgericht op 1 april 2009. De CHN BV wordt aangestuurd door de directeur. Daaronder worden de huisartsenposten in Nijmegen, Wijchen en Boxmeer geleid door locatiemanagers. Zij dragen de verantwoordelijkheid voor de uitvoering en aansturing van het zorgproces op betreffende huisartsenposten.

De bureauorganisatie valt hiërarchisch onder de CIHN. Op basis van dienstverleningsovereenkomsten verrichten de bureaumedewerkers hun activiteiten voor de CIHN, OCE BV en/of CHN BV. De bureauorganisatie bestaat uit secretariaatmedewerkers, medewerkers van de financiële administratie en staf-functionarissen als medisch adviseur, beleidsmedewerker en kwaliteits- en klachtenfunctionaris.



*De bureauorganisatie verleent diensten voor zowel CHN BV als OCE BV.



Bijlage 3: Medewerkers

Personeel in dienst CHN

Tabel 1: Personeeloverzicht voor de huisartsenposten Nijmegen, Boxmeer en Wijchen uitgedrukt in personen

	Nijmegen	Boxmeer	Wijchen
Doktersassistenten	56	10	7
Baliemedewerkers	4	nvt	nvt
Overige medewerkers (ondersteuning, planning, leidinggevend)	12	2	2
Totaal	72	12	9

Opmerkingen:

- In bovenstaande tabel vervult een aantal personeelsleden een dubbele functie.
- In bovenstaande tabel zijn alle personeelsleden in loondienst van de CHN BV opgenomen. Directie en staf vallen onder de CIHN.

Huisartsen

Tabel 2: Overzicht van aantal huisartsen voor de huisartsenposten Nijmegen, Boxmeer en Wijchen ultimo 2009

	Nijmegen	Boxmeer	Wijchen	Totaal
Huisartsen	129	56	51	236

Opmerking:

- De gepresenteerde cijfers in bovenstaande tabel zijn exclusief het aantal geregistreerde waarnemers. Het aantal geregistreerde waarnemers bij de CHN bedraagt 151.



Bijlage 4: Bezetting huisartsenposten

Bezetting huisartsenpost Nijmegen

Tabel 3: Bezetting huisartsen naar type functie op de huisartsenpost Nijmegen in 2009

Nijmegen	Telefoonartsen	Consultartsen	Visiteartsen	Totaal
Week avond	1	1	2	4
Week nacht	1 gecombineerde telefoon- en consultarts		1	2
Weekend dag	2	2	2	6
Weekend avond	1	2	2	5
Weekend nacht	1 gecombineerde telefoon- en consultarts		1	2

Tabel 4: Bezetting doktersassistenten naar type functie op de huisartsenpost Nijmegen in 2009

Nijmegen	Triage	Spreekuurassistenten	Coördinerend doktersassistenten	Totaal
Week avond	6	nvt	1	7
Week nacht	1	nvt	nvt	1
Weekend dag	6 - 11	1	1	8 - 13
Weekend avond	6	1	1	8
Weekend nacht	2	nvt	nvt	2

Tabel 5: Totale bezetting huisartsen, doktersassistenten, baliemedewerksters en chauffeurs op de huisartsenpost Nijmegen in 2009

Nijmegen	Huisartsen	Doktersassistenten	Baliemw.	Chauffeurs	Totaal
Week avond	4	7	1	2	14
Week nacht	2	1	nvt	1	4
Weekend dag	6	8 - 13	1	2	17 - 22
Weekend avond	5	8	1	2	16
Weekend nacht	2	2	nvt	1	5



Bezetting huisartsenpost Wijchen c.q. Boxmeer

Tabel 6: Bezetting huisartsen naar type functie op de huisartsenpost Wijchen c.q. Boxmeer in 2009

Wijchen/Boxmeer	Consultartsen	Visiteartsen	Totaal
Week avond	1	1	2
Week nacht	1 gecombineerde consult- en visitearts		1
Weekend dag	1	1	2
Weekend avond	1	1	2
Weekend nacht	1 gecombineerde consult- en visitearts		1

Opmerkingen:

- In het weekend wordt op de huisartsenpost in Boxmeer op zaterdag van 11.00-23.00 uur en op zondag van 11.00-19.00 uur een extra waarnemer ingezet.
- Op de huisartsenpost Wijchen is door de week en in het weekend een huisarts aanwezig voor het afleggen van visites in de nacht. Op de huisartsenpost Wijchen vinden geen consulten in de nacht plaats; deze worden op de huisartsenpost in Nijmegen verricht.

Tabel 7: Totale bezetting huisartsen, doktersassistenten en chauffeurs op de huisartsenpost Wijchen c.q. Boxmeer in 2009

Wijchen/Boxmeer	Huisartsen	Doktersassistenten	Chauffeurs	Totaal
Week avond	2	1	1	4
Week nacht	1	nvt	1	2
Weekend dag	2	1	1	4
Weekend avond	2	1	1	4
Weekend nacht	1	nvt	1	2

Opmerking:

- In het weekend wordt op de huisartsenpost in Boxmeer op zaterdag van 11.00-23.00 uur en op zondag van 11.00-18.30 uur een extra doktersassistent ingepland. Omdat deze inzet alleen geldt voor de huisartsenpost Boxmeer, is deze niet opgenomen in bovenstaande tabel.



Bijlage 5: Zorg in cijfers

Aantal inwoners

De CHN telde in 2009 423.000 patiënten in haar verzorgingsgebied.

De verdeling van dit aantal over de drie huisartsenposten is als volgt:

- Nijmegen e.o.: 217.000 inwoners;
- Wijchen: 99.000 inwoners;
- Boxmeer: 107.000 inwoners.

Consumptiegetallen 2009

Tabel 8: Consumptiegegevens CHN totaal en uitgesplitst naar huisartsenpost in 2009

	HAP Nijmegen	HAP Wijchen	HAP Boxmeer	Totaal
Telefonische consulten	61.826	222	251	62.299
Consulten	26.472	12.263	16.180	54.915
Visites	7.720	3.851	3.492	15.063
Totaal	96.018	16.336	19.923	132.277

Opmerking:

- Alle telefonische consulten uit het gehele werkgebied van de CHN komen centraal binnen op de huisartsenpost in Nijmegen. De categorie telefonische consulten is ook opgenomen voor de posten Wijchen en Boxmeer, omdat de verzoeken om herhaalrecepten evenals een beperkt aantal binnenlopers op de posten worden geregistreerd als telefonische consult.

Tabel 9: Consumptiegegevens CHN uitgesplitst naar type verrichtingen in 2009 en 2008

	2009		2008	
	Absoluut	%	Absoluut	%
Telefonisch consult	62.299	47,1%	53.844	44,3%
Consult	54.915	41,5%	53.791	44,2%
Visite	15.063	11,4%	13.945	11,5%
Totaal	132.277	100%	121.580	100%

Opmerkingen:

- Het totale aantal verrichtingen in 2009 is met 8,8% gestegen ten opzichte van het totale aantal verrichtingen in 2008 (2,55% wanneer de contacten over de Mexicaanse griep buiten beschouwing worden gelaten). Het grootste deel van deze stijging komt voor rekening van de telefonische consulten. Deze nemen in absolute aantallen toe met 15,7% in 2009. Het aandeel van de telefonische consulten in het totaal groeit daarmee flink. Het aantal visites stijgt met ruim 8% en behoudt daarmee zijn aandeel in het totaal. Het aantal consulten neemt licht toe (met 2%), maar veel minder dan de andere verrichtingen. Op het totale aantal verrichtingen is het aandeel van de consulten daarmee juist iets afgenomen.



Tabel 10: Consumptiegegevens per 1.000 inwoners voor het CHN werkgebied en landelijk uitgesplitst naar type verrichting in 2009 en 2008

	2009		2008	
	Absoluut	%	Absoluut	%
Telefonisch consult	147	47,1%	128	44.3%
Consult	130	41,5%	127	44.2%
Visite	36	11,4%	33	11.5%
Totaal	313	100%	288	100%

Tabel 11: Consumptiegegevens CHN uitgesplitst naar wijze van afhandeling in 2006, 2007, 2008 en 2009 en landelijk (VHN benchmark)

	CHN 2009	CHN 2008	CHN 2007	CHN 2006	VHN benchmark 2008
Telefonisch consult	47.1%	44.3%	45.9%	45.3%	40.0%
Consult	41.5%	44.2%	43.1%	42.7%	49.3%
Visite	11.4%	11.5%	11.0%	12%	10.7%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Tabel 12: Data telefonische bereikbaarheid

Gemiddelde wachttijd	1:00 min	
Afgehandeld binnen:	1 minuut	72%
	2 minuten	80%
	10 minuten	99%
Percentage dat in de wachtrij komt	35%	
Gemiddelde gesprekstijd	5:06 min	

Opmerking:

- De hernieuwde KKK-norm van de VHN ligt op 75% van de patiënten die binnen 2 minuten een doktersassistente aan de telefoon moet krijgen. Deze norm wordt ruim behaald. Door extra inzet van doktersassistenten aan de telefoon is het percentage 'aangenomen telefoon binnen 60 seconden' toegenomen van 68% naar 72%. De wachttijd en het percentage patiënten dat in de wachtrij komt, is licht afgenomen ten opzichte van 2008.



Bijlage 6: Lijst van afkortingen

ABCDE	Airways, Breathing, Circulation, Disabilities, Environment	OR	Ondernemingsraad
AIOS	Arts in Opleiding tot Specialist	OSG	Opleidingsinstituut Spoedeisende Geneeskunde
ALV	Algemene Ledenvergadering	RAK	Reserve Aanvaardbare Kosten
ANW	Avond, Nacht en Weekend	RAV	Regionale Ambulance Voorziening
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
BO	Bond voor Ouderen	SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
BSN	Burger Service Nummer	TANGO	Totale Acute Nijmeegse Geïntegreerde Opvang
CHN	Coöperatieve Huisartsdienst Nijmegen	UMC	Universitair Medisch Centrum
CIHN	Coöperatie voor Integrale Huisartsenzorg Nijmegen	UZI-pas	Unieke zorgverlenersidentificatie-pas
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	VECOZO	Veilige Communicatie in de Zorg
CTG/ZAio	Collega Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting	VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
CWZ	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ministerie)
DBC	Diagnose behandelcode	WDH	1. Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen 2. Waarneem Dossier Huisartsen
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongelukken	WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier	WTZI	Wet toelating zorginstellingen
Fte	Fulltime equivalent	ZEGEN	Zorginformatie Nijmegen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg		
GHOR	Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen		
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg		
ISO	International Organization for Standardization		
KBO	Katholieke Bond voor Ouderen		
KKK	Kritisch Kwaliteits Kenmerk		
KVO	Katholieke Vrouwen Organisatie		
KWAZO	Kwaliteit van Zorg (onderzoeksinstituut)		
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging		
LRQA	Lloyd's Register Quality Assurance		
LSP	Landelijk Schakel Punt		
MIPSO	Meldingen Incidenten in Patiëntenzorg Samenwerking en Organisatie		
MKA	Meldkamer Ambulancezorg		
MRSA	Multi Resistente Staphylococcus Aureus (ziekenhuisbacterie)		
NEN	Nederlands Normalisatie-instituut		
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap		
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg		
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit		
OCE	Organisatie voor Chronische Eerstelijnszorg		



Colofon

Uitgave

Centrale Huisartsdienst Nijmegen (CHN)

Redactieraad

Sibert Holla, medisch adviseur CHN

Sabine Verheggen, kwaliteits- en klachtenfunctionaris CHN

Tekst

Letters & Pixels: Margriet van Aalten

Fotografie

Bart Nijs, Tanja Overdijk, Gerard Verschooten

Vormgeving

Ter Haar Romeny & Ketel

Productiecoördinatie

BTC Communicatie

Adres- en contactgegevens CHN

Gerard van Swietenlaan 3

6525 GB Nijmegen

T 024 352 35 81

F 024 352 35 80

E chnkantoor@chn.umcn.nl

www.cihn.nl





Adres- en contactgegevens CHN

Gerard van Swietenlaan 3

6525 GB Nijmegen

T 024 352 35 81

F 024 352 35 80

E chnkantoor@chn.umcn.nl

www.cihn.nl