

I. Jaarverslag 2007 van Doktersdiensten Groningen

Voorwoord

1. Algemeen

- Visie
- Organisatiestructuur
- Raad van Toezicht
- De Adviesraad
- Directeur/bestuurder

2. Intern

- Financiën
- Personeel en organisatie
- Ondernemingsraad
- Huisvesting posten
- PR en communicatie
- Vervoer

3. Commissies en werkgroepen

- Commissie Acute Zorg
- Scholingscommissie
- Roostercommissie huisartsen
- Roosteren assistenten
- ICT Beleidscommissie
- Adastra gebruikersgroep
- Kwaliteitscommissie

4. Extern

- Lentis/GGZ
- Thuiszorg
- CPA/Meldkamer
- GHOR
- Stadse Ziekenhuizen
- Perifere Ziekenhuizen

5. Onderzoek

- Onderzoek onder huisartsen en patiënten
- Onderzoek onder huisartsen
- Onderzoek onder patiënten
- Onderzoek zelfverwijzers op de CSO

6. Kwaliteit

- Algemene beleidsontwikkelingen
- Ontwikkelingen Kritische Kwaliteits Kenmerken (KKK's)
- Verdere kwaliteitsontwikkelingen
- Klachtenbehandeling door klachtenfunctionaris

7. Vooruitblik

II. Bijlagen

- bijlage 1: Kwantitatieve gegevens van de klachtenfunctionaris
- bijlage 2: Klachten en kwaliteit: voorbeelden
- bijlage 3: Kwantitatieve gegevens (KKK's)

Jaarverslag 2007 van Doktersdiensten Groningen

Voorwoord

Voor u ligt alweer het zesde jaarverslag van Doktersdiensten Groningen (kortweg DDG). In het jaarverslag is ook het kwaliteitsjaarverslag opgenomen. Daarnaast is er een populaire versie in de vorm van onze nieuwsbrief voor de snelle lezers onder ons.

We bestaan als provinciale doktersdienst bijna zes jaar. Intern begint de organisatie zich te stabiliseren en we hebben het afgelopen jaar dan ook tijd kunnen besteden aan verbeteringen in de organisatie. Daarnaast hebben we veel tijd geïnvesteerd in verbeteringen van de samenwerking met onze ketenpartners in de acute zorg. Patiënten weten ons te vinden. We constateren dat we een laagdrempelige organisatie zijn voor acute zorgverlening: voor zorg dus die niet uitgesteld kan worden tot het reguliere spreekuur van de eigen huisarts. Is dat erg? Ja en nee. We gaan nog altijd uit van 'dat wat de patiënt als spoed ervaart, spoed is' maar dat wat kan wachten tot de reguliere zorguren verwijzen we ook daar naartoe. Er is dus een zekere spanning, een discrepantie tussen de vraag van de patiënt/serviceverlening aan de ene kant en de identiteit van de organisatie/eisen van doelmatigheid/kostenbeheersing aan de andere kant. Zorg in anw-uren is dure zorg. Bovendien willen we blijven investeren in minimaal handhaven van het bereikte kwaliteitsniveau van spoedeisende huisartsgeneeskundige zorg in de avond- nacht en weekenduren. Daar komt nog bij dat de huisarts van overdag dezelfde is als die in de avond en nacht en we moeten denken om zijn welbevinden. Geen onnodige zorg maar goede zorg op het juiste moment op de juiste plek. De organisatie heeft inmiddels haar tweede evaluatieonderzoek onder huisartsen achter de rug en een derde patiënttevredenheidsonderzoek. In de bijlagen van dit jaarverslag kunt u kwantitatieve gegevens vinden. In financiële zin gaat het ons goed, we zijn sober en doelmatig. Gezien de eerste cijfers uit de landelijke benchmark zijn we misschien wel te sober als het gaat om inzet van personeel en faciliteiten. Wij beogen met al onze cijfers zo transparant mogelijk te zijn omdat we ons realiseren dat wij werken met gelden die ons door de overheid ter beschikking zijn gesteld voor de zorg voor patiënten.

Ik wens u lees- en cijferplezier bij het lezen van dit verslag.

G.J.M. Scholten
Directeur/Bestuurder DDG

1. Algemeen

Visie

Doktersdiensten Groningen (DDG) is dé eerstelijns instelling, die garant staat voor doelmatige en goede spoedeisende huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren. De kwaliteit van de hulpverlening aan de patiënt staat voorop. De DDG zet haar inhoudelijke, facilitaire en logistieke dienstverlening in de eerstelijns gezondheidszorg op zakelijke en verantwoorde wijze in. Kwaliteit en klanttevredenheid zijn de criteria voor het functioneren van de organisatie.

Organisatiestructuur

Doktersdiensten Groningen kent vanaf 1 januari 2008 een stichtingsstructuur met een Raad van Toezicht en een directeur/bestuurder. De Raad van Toezicht bestaat uit vijf leden. Daarnaast heeft de stichting een Adviesraad, die bestaat uit 15 huisartsen. Er is gekozen voor een Adviesraad om de betrokkenheid en medezeggenschap van de huisartsen vorm te geven. Voorts heeft de organisatie een Ondernemingsraad met 7 leden.

In 2007 was de DDG nog een vereniging met een bestuur, een directeur en een ledenraad. De vereniging bestond uit leden van de vier regionale verenigingen:

- Centrale Doktersdienst Eemsmond (CDDE), post in Delfzijl
- Centrale Doktersdienst Groningen (CDDG), post in Groningen
- Centrale Doktersdienst Oost (CDDO), posten in Stadskanaal en Winschoten
- Centrale Doktersdienst Schil (CDDS), posten in Hoogezand, Leek en Winsum.

De CDDO en CDDS zijn eind 2007 opgeheven en de CDDG en de CDDE zijn doorgegaan als zelfstandige verenigingen zonder statutaire verbinding met de DDG. De vereniging DDG is eind 2007 omgezet in een Stichting met een Raad van Toezicht model. Deze nieuwe structuur voldoet aan de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht (vanaf 1 januari 2008) van de DDG bestaat uit vijf leden. De Raad van Toezicht leden zijn benoemd door het bestuur van de vereniging en zullen in de toekomst zelf nieuwe leden benoemen. In de Raad van Toezicht zitten nu en in de toekomst geen huisartsen die actief zijn binnen de DDG. Twee oud-bestuursleden van de vereniging zijn toegetreden als lid van de Raad van Toezicht, de overige leden zijn extern geworven. Alle leden hebben zonder last of ruggespraak zitting in de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht vergadert minimaal tweemaal per jaar met de bestuurder. Tijdens de vergaderingen wordt aan de hand van begroting, jaarverslag en jaarrekening het beleid al dan niet goedgekeurd.

De Adviesraad

De Adviesraad bestaat uit 15 leden. Elke hagro heeft een contactpersoon voor de DDG. Uit deze 32 contactpersonen zijn 15 huisartsen (naar rato van het aantal huisartsen per post) als lid van de Adviesraad benoemd. De bestuurder overlegt regelmatig met de voorzitter van de Adviesraad over lopende zaken. De Adviesraad komt minimaal twee maal per jaar bijeen. Statutair ligt vast dat de Raad van

Toezicht jaarlijks tenminste eenmaal vergadert met de Adviesraad in aanwezigheid van de bestuurder.

Directeur/bestuurder

Het managementteam vergadert elke drie weken met de directeur/bestuurder. De leden van het management bereiden de stukken voor. Daarnaast ontvangt de directeur voeding van de verschillende adviesorganen zoals Kwaliteitscommissie, Roostercommissie, Ict-commissie, Scholingscommissie, Ondernemingsraad en Adviesraad. Rapportages van de Klachtencommissie en cijfers uit het callmanagementsysteem voorzien de directeur van stuurinformatie.

2. Intern

Financiën

De financiering van de DDG vindt plaats in het kader van de WTZi (Wet Tarieven Zorginstellingen) en de regelgeving van de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit). Op basis van een door de preferente zorgverzekeraar (en sinds 2007 ook door de tweede verzekeraar in de regio) goedgekeurde begroting, bepaalt de NZa het tarief per verrichting. Vervolgens declareert de DDG haar verrichtingen bij de zorgverzekeraars. Het tarief voor 2007 is in december 2006 door de NZa vastgesteld. Wanneer de omzet hoger is dan de voorgerecalculeerde omzet, wordt het overschot - tot 2% - in het Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK) opgenomen. De rest - boven 2% - wordt verdisconteerd in de tarieven van 2009. Huisartsenposten mogen een deel van de omzet gebruiken om een reserve - RAK - op te bouwen tot maximaal 10% van de begrote omzet. In 2007 is een positief resultaat behaald van € 539.181,-. Dit resultaat is te danken aan de hoeveelheid verrichtingen die gedaan zijn en de zuinige inzet van mensen en materialen. Elk jaar stijgt het aantal verrichtingen met een paar procent. Uit de interim-controle door de accountant - uitgevoerd in december 2007 - blijkt dat de financiën en de relevante bedrijfsprocessen van de DDG op orde zijn. De organisatie is 'in control'.

Personeel en organisatie

Bij de DDG werken 148 medewerkers (49 fte's), waarvan 77 doktersassistenten en 46 naw-assistenten (35 fte's), die allemaal werken tijdens avonden, nachten, weekenden en feestdagen. Daarnaast werken er 19 mensen op het bureau (14 fte's). De organisatie bestaat uit een bureauorganisatie, een callcentrum en zeven huisartsenposten. De mensen op het bureau zorgen voor de facilitering en bezetting van de posten. Op de posten werken huisartsen en assistenten en kunnen patiënten gezien worden voor een consult. Daarnaast huurt de organisatie auto's met chauffeur in voor het rijden van de visites.

De organisatie valt onder de CAO Huisartsenzorg. Over deze CAO wordt jaarlijks onderhandeld door de VHN (Vereniging Huisartsenposten Nederland) samen met de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) en de vakbonden.

Ondernemingsraad

De OR bestaat inmiddels drie jaar en heeft haar weg gevonden. De belangen van medewerkers worden goed vertegenwoordigd.

Huisvesting posten

De posten bestaan nu zes jaar en hebben al het nodige onderhoud gehad of krijgen dat binnen afzienbare tijd.

Post Groningen

Ondanks de uitbreiding in 2006 ontstond in 2007 opnieuw ruimtegebrek door de inhuizing van ketenpartner Lentis en door de komst van nurse practitioners op de post. Daarom is - hoewel geen optimale oplossing - in de hal een extra spreekkamer gebouwd. In alle werkruimtes is een alarminstallatie geïnstalleerd. Omdat de post evident uit de locatie groeit, is het in 2008 tijd voor concrete plannen voor herhuisvesting.

Post Hoogezand

Na een inspectie door de brandweer is in 2007 een installatie voor brandmelding geplaatst en zijn er enkele andere zaken gecorrigeerd.

Post Leek

De post Leek wisselde in 2007 tweemaal van eigenaar. In alle spreekkamers en in de assistentenruimte is een alarmeringssysteem geïnstalleerd. Eind 2007 startte een grote opknopbeurt.

Post Stadskanaal

De post onderging een grote opknopbeurt. In samenwerking met het Refaja Ziekenhuis is de post verbouwd met als resultaat een extra spreek- en onderzoekkamer.

Post Winschoten

De post onderging een grote opknopbeurt. In samenwerking met het St. Lucas Ziekenhuis is in het kader van de veiligheid een deur tussen de triageruimte en spreekkamer geplaatst.

Post Delfzijl

In 2007 is een grote opknopbeurt van de post afgerond.

PR en communicatie

Het afgelopen jaar was de aandacht van de regionale media laag: geen nieuws is echter goed nieuws. Door de nieuwsbrief verder te verbeteren is gewerkt aan de interne communicatie. Omdat interne communicatie belangrijk is in een organisatie waar de medewerkers elkaar relatief weinig zien, is eind 2007 besloten om voor 20 uur per week een communicatiemedewerker aan te trekken. Ook gaat een extern bureau de website voor huisartsen en medewerkers gebruiksvriendelijker maken.

Vervoer

In 2007 ging de aansturing van de chauffeurs over naar de locatiemanagers. Er zijn afspraken gemaakt met de vervoerders om alle chauffeurs een individuele overeenkomst te laten tekenen waarin de spelregels voor het werken bij de DDG zijn vastgelegd. De uitrusting van de visiteauto is kritisch onder de loep genomen. De kleine verschillen die in de loop van de jaren tussen de auto's waren ontstaan zijn weer gelijk getrokken. Het streven is om alle auto's gelijk uit te rusten zodat het voor (waarnemend)huisartsen geen verschil maakt voor welke post zij werken.

3. Commissies en werkgroepen

Om de kwaliteit van onze dienstverlening op peil te houden en te verbeteren, en om de inbreng van artsen te organiseren heeft de DDG adviescommissies, die in 2007 veel werk hebben verzet.

Commissie Acute Zorg

Evenals in voorgaande jaren speelde de DDG in 2007 een actieve rol in de ontwikkelingen rond acute zorg. De DDG houdt bij keuzes steeds de centrale poortwachtersrol van de huisarts scherp in het oog. Dit om te voorkomen dat knelpunten uit de tweede lijn zich verplaatsen naar de eerste lijn (denk aan lange wachttijden). In de eerste lijn is het daarom gebruikelijk dat patiënten eerst telefonisch contact opnemen met de DDG. Zo worden de wachttijden in de wachtkamer beperkt.

De belangrijkste resultaten van de commissie Acute Zorg zijn:

- Samenwerkingsafspraken met de thuiszorg over taakdelegatie.
- Afspraken met GGZ en Thuiszorg over het onderling doorverbinden van elkaars patiënten.
- Concretisering van de samenwerking met het Refaja Ziekenhuis. Zodra de onderhandelingen over de financiën zijn afgerond en de communicatie rondom de startdatum definitief is, kan dit project starten.
- Concretisering van de samenwerking met het Delfzicht Ziekenhuis. Dit ging vooral over afstemming en vastlegging van eerder gemaakte afspraken.

Ook in 2007 maakte de DDG zich - zowel op provinciaal niveau (Stuurgroep, Projectgroep en Werkgroepen) als in bilateraal overleg met ketenpartners - sterk voor de acute zorg. In elk van de zeven actieve werkgroepen (één per ziekenhuis, GGZ, Thuiszorg, Telefonisch netwerk en Ketenzorg) heeft minimaal één huisarts zitting. Voor het bepalen en afstemmen van de koers zijn de werkgroepen ook vertegenwoordigd in de Klankbordgroep Acute Zorg, die bestaat uit huisartsen uit stad en provincie en vertegenwoordigers van de DDG en DHV. De Klankbordgroep komt elke acht weken bijeen (en zonodig ad hoc). Onderwerpen in 2007:

- De rol van de huisarts als poortwachter en de betekenis hiervan voor de DDG in de eerste lijn en in de samenwerking met ziekenhuizen.
- De positionering van de DDG ten opzichte van beide ziekenhuizen in de stad Groningen.
- De ontwikkelingen rond de telefonische toegang tot acute zorg.

De stuurgroep Acute Zorg die functioneerde onder voorzitterschap van de provincie, is eind 2007 overgedragen aan het UMCG. Het UMCG is wettelijk de coördinator voor het Traumacentrum Noord Nederland

Scholingscommissie

De Scholingscommissie adviseert bij het opzetten en uitvoeren van scholingsprogramma's voor assistenten, naw-assistenten en huisartsen. Goed geschoold personeel speelt immers een cruciale rol in de kwaliteit van de organisatie. De volgende scholingsactiviteiten vonden plaats in 2007:

Naw-assistenten

Naw-assistenten zijn studenten die een medische studie volgen en in hun tweede en derde leerjaar zitten. Hun primaire taak is het noteren van de patiëntgegevens (naw-gegevens: naam, adres, telefoonnummer, geboortedatum) en het doorschakelen van spoedtelefoontjes naar de spoedassistente, en de andere calls naar de post in het gebied waar de patiënt woont. Naw-assistenten moeten snel en accuraat kunnen werken, patiënten op correcte wijze te woord kunnen staan en effectief kunnen communiceren met de triagisten. Coördinatoren en ervaren triagisten leiden de nieuwe naw-assistenten op. In 2007 zijn er voor de naw-assistenten twee scholingsbijeenkomsten georganiseerd.

Scholingsactiviteiten voor assistenten

Assistenten konden rekenen op een gevarieerd aanbod aan scholing, individueel en in groepen:

- Intervisie
- Cursus blind typen
- Medisch inhoudelijke scholing
- Training omgaan met agressie
- Reanimatietraining
- Adastra bijscholing
- Training telefonische triage voor gevorderden

In 2007 zijn er 13 nieuwe assistenten in dienst gekomen. De inwerkperiode voor nieuwe assistenten is circa acht weken met een oplopend niveau naar zelfstandig werken. 15 naw-assistenten zijn nieuw en 3 bureaumedewerkers. Het afgelopen jaar hebben de VHN en het NHG op landelijk niveau een erkend diploma voor triagisten ontwikkeld. In 2008 pakt de DDG deze ontwikkeling op. Voor het diploma worden de assistenten getoetst op kennis en communicatieve vaardigheden. Om de communicatietoets af te kunnen nemen krijgen de locatiemanagers met een daartoe geselecteerde groep huisartsen een training.

Chauffeurs

Chauffeurs nemen een bijzondere plaats in binnen de DDG: zij zijn in dienst van een vervoersbedrijf, maar toch zeer intensief betrokken bij de organisatie. Hun primaire taak is het vervoer van de arts naar de verschillende visiteadressen. Hierbij moet de chauffeur

- de route plannen, rekening houdend met de aangegeven mate van spoed.
- op verantwoorde wijze rijden met sirene en zwaailichten.
- de voorraden (medicijnen en hulpmiddelen) in de auto op orde houden (onder verantwoordelijkheid van de apotheek).
- op verzoek van de huisarts medische instrumenten aanreiken en zo nodig de huisarts bijstaan.

De chauffeurs legden in 2007 allemaal met goed gevolg een op de functie toegesneden rijvaardigheidsproef af. Alle chauffeurs volgen de cursus Spoedeisende Hulpverlening met de onderdelen: assisteren bij gebruik defibrillator, verwisselen en onderhoud van zuurstofflessen, rijden met een voorrangvoertuig (sirenes en zwaailicht), EHBO en CCVT certificaat.

Huisartsen

De scholing van huisartsen in DDG-verband omvat minimaal het werken met het computersysteem, het kennis nemen van protocollen en werkwijzen, en het gebruiken van het instrumentarium van de DDG. Elke twee jaar biedt de DDG de

cursus reanimatie en defibrillatie aan. Huisartsen zijn verplicht zich jaarlijks bij te scholen om hun beroep te mogen uitoefenen (elk jaar 40 accreditatiepunten). Huisartsen zijn geen werknemers en nemen daardoor een bijzondere positie in op de posten. Deze bijzondere positie geldt ook voor de scholing. De DDG is niet verantwoordelijk voor de professionalisering van huisartsen maar ondersteunt deze wel door bijscholing te organiseren. Ook ondersteunt de DDG de scholingsbijeenkomsten die de CDDG voor alle huisartsen van de DDG organiseert. Deze avonden zijn vaak gericht op de spoedeisende huisartsgeneeskundige zorg.

Roostercommissie huisartsen

De Roostercommissie is verantwoordelijk voor het maken van de roosters voor de huisartsen. In de commissie zitten alle vertegenwoordigers van de roostergroepen. Momenteel zijn er nog vier roostercommissarissen actief, die zelf het basisrooster invullen voor hun roostergroep. Alle andere roostergroepen laten dit doen door de DDG. De Roostercommissie adviseert de directeur/bestuurder over eventuele wijzigingen in de roostersystematiek of het aantal diensten. Het rooster loopt van april tot april. De belangrijkste wijziging in 2007 is dat het rooster voor supervisieartsen is geïntegreerd in het basisrooster vóórdat het rooster wordt verspreid onder de huisartsen van de roostergroepen. Dit voorkomt dat huisartsen eerst een conceptrooster krijgen waaraan later nog diensten worden toegevoegd. Verder is de inzet van extra mensen tijdens lange weekenden aangepast.

Roosteren assistenten

De roosters van de assistenten zijn in 2007 via de roostergenerator van BOSOR gemaakt. Er is overgestapt naar een halfjaarlijks rooster: april-oktober en oktober-april. De roostergenerator is gevoed met de resultaten van een enquête onder assistenten. Na de nodige opstartperikelen kan gesteld worden dat het maken van het rooster een stuk vereenvoudigd is. Iedere post heeft een eigen roosteraar (assistente), die het rooster checkt op volledigheid en goede verdeling. In een roosteroverleg wordt vervolgens het (concept)rooster definitief gemaakt.

ICT Beleidscommissie

2007 stond in het teken van verdere professionalisering van het berichtenverkeer in de organisatie en tussen de DDG en ketenpartners (huisartsen, ziekenhuizen, GGZ en Thuiszorg). Denk aan:

- Overdracht van gegevens vanuit de huisartsenpraktijk naar de DDG,
- Monitoren van vervolgacties na bezoek aan de DDG,
- Verwijsbrieven automatisch faxen naar ziekenhuizen.
- Aanmaken van recepten in het callmanagementsysteem Adastra.
- Start met de voorbereiding van een pilotproject 'inzage in patiëntdossiers', waaraan 29 enthousiaste huisartsen meedoen (start in 2008).

De ICT Beleidscommissie komt elke acht weken bijeen en boog zich in 2007 over:

- Professionalisering van de informatieoverdracht binnen de DDG en tussen DDG en ketenpartners.
- Adviseren van de directie over leveranciers en ketenpartners in ICT
- Het volgen en commentariëren van beleidsontwikkelingen rond het WDH, zowel in de DDG als in het landelijke schakelpunt.

Adastra gebruikersgroep

Vier assistenten en één locatiemanager werken met de systeembeheerder aan verbetertrajecten om het gebruik van ICT/Adastra mogelijkheden te optimaliseren.

Kwaliteitscommissie

De Kwaliteitscommissie adviseert de directeur op medisch inhoudelijk gebied en over algemene kwaliteitsaspecten. De commissie bestaat uit vijf huisartsen uit diverse regio's, één locatiemanager, de klachtenfunctionaris, de kwaliteitsmedewerker en de directeur. De commissie overlegt regelmatig met een aantal disciplines van het bureau. Tevens is de commissie een snelle helpdesk als het gaat om medisch inhoudelijke vragen en vragen rondom de primaire werkprocessen. Het afhandelen van kwaliteitsvragen, advies over inhoudelijke klachten en het ontwikkelen van protocollen die specifiek voor het werken binnen de DDG zijn, waren het afgelopen jaar de belangrijkste aspecten waar de commissie zich voor heeft ingezet.

4. Extern

Lentis/GGZ

In september 2006 is het Meldpunt Acute Zorg van Lentis in het gebouw van de DDG van start gegaan, aanvankelijk zonder iets te veranderen aan de werkprocessen. Het afgelopen jaar is de samenwerking geëvalueerd en is besloten om de werkwijze te veranderen waardoor de werkprocessen beter op elkaar aansluiten.

Voordelen van het werken op één locatie:

- Voor de DDG een effectiever manier om GGZ problematiek over te kunnen dragen aan de GGZ. Zowel de consulten als de visites en telefonische adviezen.
- De mogelijkheid om elkaar wederzijds te assisteren tijdens een consult of visite.
- Voor de patiënt de voordelen van ketenzorg: juiste zorg op juiste plek.
- Voor de GGZ de mogelijkheid om somatische problematiek van GGZ patiënten over te dragen aan de huisarts. Als gevolg daarvan is het mogelijk dat een huisarts visites aflegt in een intramurale instelling.

Thuiszorg

De DDG en Thuiszorg sloegen de handen ineen. Het resultaat is meer samenwerking en een betere positionering van beide organisaties in de eerste lijn:

- Realisering van één telefonisch netwerkkloket voor de eerstelijns instellingen.
- Betere samenwerking door het inventariseren en uitbreiden van de overdrachtmomenten en het vaststellen van verbetermogelijkheden.
- Realisering van taakdelegatie binnen de eerste lijn.
- Start met uitwisseling van patiëntgegevens.

CPA/Meldkamer

Een werkgroep verbetert de samenwerking en de communicatie op de werkvloer. Zo is de uitwisseling van triagisten en centralisten van de meldkamer in gang gezet. Ook wordt gewerkt aan een betere aansluiting van werkwijzen. Op ICT niveau wordt

gekeken naar mogelijkheden om elkaars informatiesystemen inzichtelijker en waar wenselijk, toegankelijker te maken.

GHOR

De DDG formeerde in 2006 met het GHOR en met hulp van een externe deskundige een crisisteam (waarin ook de DHV vertegenwoordigd is). Dit team ontwikkelde het deeldraaiboek organisatie huisartsgeneeskundige zorg tijdens een pandemie. Het deeldraaiboek influenzapandemie is klaar voor zover het de inzet van huisartsen betreft. Hoe de rol van de DDG wordt ingevuld is nog niet vastgesteld.

De geplande inkoop van beschermingsmaterialen is uitgesteld, omdat eerst wordt onderzocht of dit voor alle ketenpartners gezamenlijk kan.

De twee huisartsen in het crisisteam namen deel aan een rampenoefening onder regie van het GHOR. Zij deden zo ervaring op met het organiseren van hulp bij plaatselijke grootschalige calamiteiten.

Stadse Ziekenhuizen

UMCG

De werkgroep samenwerking DDG en het UMCG heeft in 2007 stilgelegen. Na het bespreken van het programma van eisen voor een huisartsenpost en de afronding van de eerste fase van de werkgroep, kreeg het UMCG te maken met het vertrek van een aantal betrokken personen, waardoor de voortgang even stagneerde. In die periode zijn er ook andere opties onderzocht. Even leek het haalbaar om in te huizen bij de GGD maar door uitbreiding van hun takenpakket werd dit onmogelijk. In 2008 worden de samenwerking met en de verhuisplannen naar het UMCG opnieuw opgepakt. De belangrijkste randvoorwaarden blijven:

- Triage aan de poort onder verantwoordelijkheid van de huisarts.
- Geen verzwaring of vermeerdering van diensten. Meerwerk wordt - zowel materieel als immaterieel - ondersteund en gecompenseerd.
- Herkenbaarheid van de DDG als huisartsenorganisatie: niet opgaan in het concern UMCG. Een eigen uitstraling om zo duidelijk zichtbaar te blijven.

Het afgelopen jaar namen huisartsen, door drie weekenden mee te draaien, een kijkje in de keuken van het UMCG. Ze keken mee in het werk van de triage-verpleegkundige om inzicht te krijgen in de aard en de zwaarte van het werk en te beoordelen wat de huisarts vanuit zijn deskundigheid zou bestempelen als huisartsenproblematiek. Zie ook hoofdstuk 5 (Onderzoek).

Inmiddels is de nurse practitioner nauwelijks meer weg te denken op de post in Groningen en staat er een uitbreiding naar de post Stadskanaal op het programma. Dankzij taakdelegatie kan zo - ondanks de stijging van het patiëntenaantal voorkomen worden dat huisartsen meer diensten moeten doen.

Martini Ziekenhuis

De samenwerking met het Martini Ziekenhuis is nog in discussie. Gezien het aantal zelfverwijzers is het in feite niet nodig om een post bij dit ziekenhuis te openen. Tenzij de post in Leek wordt gesloten lijkt het voor de doelmatigheid van de DDG organisatie zelfs beter van niet. Het sluiten van de post in Leek is een reële optie maar niet zomaar te verwezenlijken. Ook hier moeten immers bereikbaarheid, beschikbaarheid en patiënttevredenheid wel meegewogen worden. Het tot stand komen van de zuidelijke ringweg kan helpen om dit besluit te nemen, evenals de ontwikkelingen in de oudbouw van het Martini Ziekenhuis. Bij de afweging gaat het

om een functioneel evenwicht tussen enerzijds de patiëntgerichtheid van de huisartsgeneeskundige zorg en anderzijds de poortwachterrol en de regie van de huisarts in de eerste lijn en de spreiding van de voorziening spoedeisende huisartsenzorg.

Perifere Ziekenhuizen

Samenwerking perifere ziekenhuizen

Doel van de samenwerking met de perifere ziekenhuizen is het verbeteren van de samenwerking tussen de SEH en de DDG met minimale inzet van personeel op de rustige uren en optimale zorg. De uitgangspunten zijn:

- Huisarts als poortwachter en dus triage van alle patiënten (ook de zelfverwijzers) door de medewerkers van de huisartsenpost onder verantwoordelijkheid van de huisarts.
- Verbeteren van de hulpverlening aan patiënten uit de provincie in de nachturen (overdragen van patiënten van de DDG aan de SEH).

Refaja Ziekenhuis Stadskanaal

De nieuwe manier van samenwerken, inclusief de verantwoordelijkheden van elke discipline, is inmiddels concreet beschreven in stroomschema's. Hieraan hebben deskundigen uit alle disciplines meegewerkt. De start van de nieuwe werkwijze is gepland op 1 augustus 2008.

Vanaf dat moment kan een patiënt die 's nachts een consult nodig heeft verwezen worden naar Stadskanaal. De visitearts bepaalt aan de hand van de klacht of de patiënt gezien wordt door een arts-assistent van het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de visitearts, of dat de patiënt wordt overgedragen aan het ziekenhuis en dus onder verantwoordelijkheid van de specialist wordt gezien.

Delfzicht Ziekenhuis Delfzijl

De werkwijze die bij de start van de samenwerking is afgesproken, is formeel vastgelegd en met de verschillende partijen gecommuniceerd. Wanneer een patiënt 's nachts een consult nodig heeft, is dit mogelijk in Delfzijl, mits de dokter niet op visite is. Is dat wél het geval, dan kan de patiënt zich melden bij de SEH en daar wachten op de visitearts. Wanneer het langer duurt dan verwacht, wordt de patiënt geholpen door de SEH onder verantwoordelijkheid van het ziekenhuis.

Sint Lucas Ziekenhuis Winschoten

De aanpak van de samenwerking met het Refaja Ziekenhuis en met het Delfzicht Ziekenhuis bieden goede aanknopingspunten voor het Sint Lucas Ziekenhuis. Gesprekken hierover zijn gaande.

5. Onderzoek

Onderzoek onder huisartsen en patiënten

Huisarts/onderzoeker dhr. J.Post deed in 2006 een onderzoek onder huisartsen. Enkele jaren daarvoor, in 2002 kort na de start van de DDG, voerde hij hetzelfde onderzoek uit. Beide keren stond de vraag naar de tevredenheid van de huisartsen met het werk in de anw-uren centraal. De werkprocessen, de werkplek, de visiteauto's, de communicatie intern of extern, de grootte van de visitegebieden, zijn allemaal belangrijke factoren die de tevredenheid van de huisarts beïnvloeden en daarmee ook zijn of haar kwaliteit van werken. Als zorginstelling en als facilitaire organisatie voor huisartsen hecht de DDG aan kwaliteitsverbetering en

beleidsontwikkeling, die gebaseerd zijn op de ervaringen in de praktijk. De DDG laat daarom regelmatig onderzoek onder huisartsen uitvoeren. Omdat het tevredenheidsonderzoek onder huisartsen pas compleet is wanneer ook de tevredenheid van de patiënten is gemeten, vond begin 2007 een dergelijk onderzoek plaats.

Onderzoek onder huisartsen

Hieronder worden enkele thema's uit het onderzoek aangestipt.

- **Werkbelasting:** de belasting van de diensten telt zwaarder met het toenemen van de leeftijd van de huisarts. Ook een drukkere praktijk overdag maakt dat de dienst zwaarder valt.
- **Grootte van de gebieden:** de gebieden waarin de diensten worden gedaan worden door de huisartsen als veel te uitgestrekt ervaren.
- **Positie van de assistenten:** veel huisartsen willen meewerken aan scholing van assistenten in het toewijzen van een visite. Dit bevordert de efficiëntie van de DDG. Het gebruik van een triage expertsysteem ondersteunt daarbij.
- **Nurse practitioners:** ondanks de toenemende belasting zijn de huisartsen sterk verdeeld over de wenselijkheid om nurse practitioners in te schakelen om de werkdruk te verminderen. Onder meer is veel huisartsen nog niet duidelijk wat de rol van de nurse practitioners zal zijn wanneer de samenwerking met de ziekenhuizen wordt geïntensiveerd. (en er extra consulten zullen zijn).
- **Informatie en communicatie:** net als in 2002 zegt bijna 90% van de huisartsen dat men de HIS gegevens ter beschikking wil stellen voor de DDG. De huisartsen willen dat hun collegae de informatie over terminale patiënten en probleempatiënten beter overdragen.
- **Commissies:** er wordt veel huisartsenwerk verricht in de verschillende commissies. De huisartsen vinden dat deze commissies duidelijker moeten laten zien wat ze aan het doen zijn.
- **Medicijnverstrekking:** 70% van de huisartsen vindt dat er bij elke post een apotheek moet zijn. Er is meer duidelijkheid nodig over apotheekdiensten.
- **Samenwerking ketenpartners:** de meerderheid van de huisartsen is ontevreden over de bereikbaarheid van de Thuiszorg. Het meldpunt van de GGZ is sinds 1 september 2006 bij de DDG. 65% van de huisartsen staat neutraal tegenover de vraag of dit een verbetering is; 40% van de huisartsen in de stad vindt het een verbetering (gemiddeld 30%). Slechts 2% van de huisartsen heeft klachten over samenwerking met de CPA.
- **Samenwerking met ziekenhuizen:** de afgelopen jaren is het aantal huisartsen, dat positief denkt over het verplaatsen van de huisartsenpost in de stad Groningen naar of nabij een ziekenhuis, gegroeid.
- **Een meerderheid van de huisartsen geeft aan dat zij tijdens een DDG-dienst bij een hulpvraag alleen de noodzakelijke dingen willen doen.** Uit het patiëntenonderzoek blijkt dat een meerderheid van de patiënten verwacht dat de hulpvraag zoveel mogelijk wordt afgehandeld.

Onderzoek onder patiënten

De Groningers zijn in overgrote meerderheid positief over de zorg- en dienstverlening van de DDG. In vergelijking met 47 andere huisartsenposten in Nederland scoort de DDG goed. Huisartsen krijgen een 8 voor hun communicatieve en medische vaardigheden. Het onderzoek werd uitgevoerd door het Nederlands Kenniscentrum van het UMC Radboud Nijmegen. Men vroeg patiënten naar hun verwachtingen, de mogelijke belemmeringen bij het komen naar de post, hun

oordeel over de communicatie en inhoudelijke kwaliteit van de zorg, de huisarts, de organisatie van de huisartsenpost en eventuele andere contacten over hetzelfde probleem voor en na het contact met de huisartsenpost.

Kritisch zijn Groningers over de inrichting van de posten en met name het ontbreken van apotheken op de huisartsenposten zelf. Verder gaan ze opvallend vaker vóór of nadat zij zorg van de huisartsenpost hebben ontvangen voor dezelfde klacht naar de eigen huisarts of het ziekenhuis. Vooral ouderen (65+) gaan voor dezelfde klacht meerdere keren langs de hulpverleners.

Onderzoek zelfverwijzers op de CSO

Landelijk bestaat er van verschillende kanten belangstelling voor verdere samenwerking met ziekenhuizen en eventueel integratie van de acute zorg buiten kantooruren. Huisartsen stellen zich op het standpunt dat patiënten die op eigen initiatief naar de SEH van een ziekenhuis gaan, eerst moet worden beoordeeld door de eerstelijns, onder het motto: gepaste zorg op de juiste plek.

In de stad Groningen zijn er al vanaf de start in 1999 gesprekken gaande over nauwere samenwerking met het UMCG. Volgens de cijfers van het UMCG gaat het om een groep van 6500 patiënten die zich buiten kantooruren meldt bij de centrale spoedopvang (CSO). Een wezenlijk aantal in vergelijking met de 25.000 consulten op de huisartsenpost in Groningen. De veronderstelling is dat een belangrijk deel van de zelfverwijzers op de CSO zich ten onrechte in de tweede lijn meldt, waardoor lange wachttijden en volle wachtkamers ontstaan. Bij de huisartsen is niet duidelijk welke patiënten zichzelf verwijzen naar de CSO. Aangezien alle zelfverwijzers op de CSO eerst worden gezien door een triageverpleegkundige, is het idee ontstaan huisartsen mee te laten lopen met de triageverpleegkundige om zo een beeld te krijgen van de groep zelfverwijzers. Welke patiëntengroepen melden zich spontaan op de CSO, wat is de urgentie en hoe wordt de patiënt verder geholpen? Ook onderzochten de huisartsen of zij patiënten kenden van het werk op de DDG en beoordeelden ze of de patiënt zich op de juiste plek in de acute zorgketen heeft gemeld.

In de weekenden - exclusief de nachten - melden zich 1 à 2 zelfverwijzers per uur op de centrale spoedopvang van het UMCG. Dit zijn vooral mannen tussen 15 en 30 jaar. In 97% van de contacten herkende de huisarts de patiëntproblematiek van zijn spreekuur bij de DDG en 86% werd na triage als routine in de wachtkamer gezet. Daaruit blijkt dat zelfverwijzers als regel geen vreemde of zware pathologie met zich meenemen. In 66% van de contacten ging het om klachten na een ongeluk; meestal de kleinere trauma's. De grotere trauma's worden met de ambulance binnen gebracht en vallen buiten deze verkenning. Het merendeel van de zelfverwijzers (60%) was duidelijk niet op de juiste plek in de tweede lijn, aldus de huisartsen. Dat 86% na triage in de wachtkamer belandde toont ook een duidelijk verschil in de prioritering met de DDG, waar elke snijwond als dringend wordt behandeld. Opvallend is dat 11% werd geholpen door de triageverpleegkundige. Hiermee wordt het officiële ziekenhuisbeleid van geen patiënt de deur uit zonder onderzoek door een arts om praktische redenen doorkruist. Het aantal zelf afgehandelde patiënten verschilt per triageverpleegkundige. Ook blijkt 10% van de zelfverwijzers het advies te krijgen om contact op te nemen met de doktersdienst. Soms neemt de triageverpleegkundige zelf contact op met de doktersdienst (het telefoonnummer van de dispatcher hangt in de spreekkamer). De huisartsen maken tot slot herhaaldelijk melding van de lange wachttijden op de CSO. Een herbezinning op de logistiek is voor een patiëntvriendelijke benadering van belang.

6. Kwaliteit

Juist in de acute zorg komt het aan op kwaliteit. Deskundige hulp moet snel beschikbaar zijn wanneer dit noodzakelijk is. Gezien het grote belang hiervan heeft de VHN kwaliteitscriteria ontwikkeld. Hiervan zijn er vijf uitgewerkt, de zogenaamde KKK's. De DDG volgt het kwaliteitsbeleid van de VHN en spant zich in om zo goed mogelijk te scoren op deze kwaliteitskenmerken. Op haar beurt wil de DDG haar ervaringen met de KKK's inbrengen op koepelniveau zodat huisartsenposten kunnen leren en profiteren van elkaar. Met deze wisselwerking hoopt de DDG een bijdrage te leveren aan het tot stand komen van een samenhangend, doelmatig en efficiënt landelijk kwaliteitsbeleid. Uiteindelijk wil de DDG een organisatie zijn die intern de zaken goed op orde heeft, de zorgvragers principieel centraal stelt en voortdurend werkt aan verbetering van zorg- en dienstverlening.

Ontwikkelingen Kritische Kwaliteits Kenmerken (KKK's)

De vijf kwaliteitskenmerken zijn: telefonische bereikbaarheid, kwaliteit van triage, aanrijdtijden, alarmsituaties en interne meldingen. In het afgelopen jaar is het volgende bereikt:

Telefonische bereikbaarheid

De DDG maakt gebruik van een callcenter waar speciaal opgeleide medische studenten de telefoon opnemen. Om te waarborgen dat patiënten in geval van levensbedreigende hulpvragen direct een spoedassistent aan de lijn krijgen, is gezorgd voor de mogelijkheid van een voorkeuze toets. Uit eigen metingen (statistieke telefooncentrale) blijkt dat van de spoedoproepen 100% en van de niet-spoedoproepen tenminste 98% binnen een halve minuut wordt beantwoord.. De scores worden constant gemonitord en wekelijks geëvalueerd.

Kwaliteit van triage

Doktersassistenten met ruime ervaring (5-10 jaar) in de huisartsenpraktijk doen de triage. Protocolen (NHG Telefoonwijzer) garanderen de basis van de triage-kwaliteit. Een superviserende huisarts fiatteert alle triages binnen een uur. Deskundige triage maakt dat de huisarts kan bouwen op betrouwbare informatie: de essentiële schakel tussen huisarts en assistent.

Aanrijdtijden

Aanrijdtijden vormen voor de DDG een onderdeel van het protocol 'Spoed moet goed'. Hierin zijn duidelijke afspraken met de RAV (Regionaal Ambulance Vervoer) geformuleerd over hoe men elkaar kan assisteren bij afhandeling van spoed en dringende visites. De DDG auto's zijn zichtbaar op een scherm in de meldkamer wat een betere verdeling en inzet van auto's en personeel mogelijk maakt. Voor de DDG is het wel een probleem dat de visitetijden in de regio kunnen oplopen door de grote rijafstanden in de werkgebieden in de provincie. Het is niet haalbaar bij spoed ergens binnen 15 minuten te zijn. De kans dat dit zo blijft is groot, omdat de inrichting van de DDG gestoeld is op samenwerking met de RAV. Wanneer de DDG ergens binnen 15 minuten moet zijn wordt de RAV ingeschakeld. De DDG houdt - bij een A1 rit - een grens van 30 minuten aan. Voortdurende monitoring geeft ook informatie over hoe tot een optimale verdeling van de beschikbare auto's gekomen kan worden (herindeling visitegebieden en/of uitbreiding auto's).

Alarmsituaties

Ook dit onderdeel valt onder het protocol 'Spoed moet goed'. Ritten binnen 15 minuten worden in principe gedaan door de RAV. Voor onderlinge communicatie en afstemming maakt de DDG gebruik van het C2000 systeem. Chauffeurs zijn geschoold in gebruik en toepassing. C2000 maakt het ook mogelijk om de communicatie tussen hulpverleners en de meldkamer gaande te houden bij rampen. De DDG is begonnen met onderzoek naar wat nodig is om de spoedeisende huisartsgeneeskundige zorg op te kunnen schalen in geval van pandemieën (GHOR)

Interne meldingen

Cruciaal bij interne meldingen is het gebruik van de zgn. gele formulieren. Medewerkers uit alle geledingen gebruiken deze formulieren om aan te geven waar men last van heeft of om verbetervoorstellen in te dienen. Hiermee is de kwaliteit van alle werkprocessen gediend en bovendien leidt het tot een grotere betrokkenheid van werknemers bij de organisatie. Ook bevordert deze procedure het oplossingsgericht denken in plaats van het probleemdenken. In de DDG geldt voorts een richtlijn voor de afhandeling van MIP meldingen. Deze voldoet nog niet aan de formele eisen en wordt in het komende jaar aangepast.

Naar een kwaliteitssysteem - een cyclus van verbetering

De klant staat centraal. De DDG richt zich daarvoor allereerst op de KKK's. De kunst is om de kwaliteitskenmerken te vertalen in adequate operationele criteria. Naarmate de DDG beter slaagt in deze vertaalslag, kunnen de eigen prestaties beter beoordeeld worden en uitgedrukt in cijfers. Zo ontstaat een goed sturingsinstrument, waarmee ook de vergelijking met andere huisartsenposten mogelijk wordt (spiegelinformatie, benchmark).

'Meten is weten' luidt het aloude adagium en de DDG wil in de bedrijfsvoering dan ook graag bijsturen op basis van goede managementinformatie. Het software pakket QlikView genereert snel relevante stuurinformatie uit ons registratiesysteem. Dit heeft direct een positief effect op de bedrijfsvoering, hetgeen onder meer heeft geleid tot de onderbouwde inzet van voldoende zorgverleners op de wisselende vraag tijdens anw-uren. De registratie van de afhandeling van calls gebeurt met Adastral/Lifeline. Dit registratiesysteem heeft zich in Engeland al bewezen. De data die gegenereerd worden uit Adastral sluiten goed aan bij de data uit de telefooncentrale van de DDG.

Voor de zorg- en medisch inhoudelijke zaken is er de Kwaliteitscommissie, die de directeur adviseert op medisch inhoudelijk gebied en over algemene kwaliteitsaspecten. Door de brede opzet en een goede inbedding van de leden in de organisatie is draagvlak bij de achterban verzekerd.

De DDG wil zich opstellen als een lerende organisatie en start regelmatig verbetercycli op. In het komende jaar wil de DDG dit verder formaliseren door te gaan werken volgens een gecertificeerd systeem van waarborging van kwaliteit: HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). De DDG sluit hiermee aan bij een landelijk ordeningsmodel voor gebruik in de grootschalige HDS'en.

Verdere Kwaliteitsontwikkelingen

Inwerkboekjes

Voor nieuwe medewerkers, waarnemende huisartsen, triage-assistenten en naw-assistenten zijn informatieboekjes ontwikkeld om nieuwe medewerkers door de eerste fase van onbekendheid te helpen. Voor de assistenten en de naw-assistenten zijn spelregels opgesteld over wat er van hen wordt verwacht.

Scholing

De intervisie voor assistenten kreeg een vervolg onder begeleiding van huisartsen met supervisie bevoegdheid. Het biedt assistenten de mogelijkheid een eigen telefoongesprek te bespreken met collega's.

Avonden voor waarnemers

Ook in 2007 zijn er avonden voor waarnemers georganiseerd. Doel is contacten te onderhouden met een groeiende groep enthousiaste huisartsen. Van belang is daarnaast de werkafspraken te verduidelijken en eventuele knelpunten uit de praktijk te verbeteren. Huisartswaarnemers moeten ingeschreven staan bij waarneembemiddeling.nl. Via deze beheerpagina kunnen we de gegevens van de waarnemer controleren zodat de waarnemers van de DDG allemaal voldoen aan de gestelde eisen.

Nurse practitioner

De trend in de acute zorg geeft geen aanleiding om minder drukte op de post te verwachten in de nabije toekomst. Omdat de DDG een werkplek wil zijn waar huisartsen met plezier aan het werk zijn, is gezocht naar ondersteuning door nurse practitioners. Dit werkt alleen als de nurse practitioner een domein heeft waarbinnen zij zelfstandig taken overneemt van de huisarts (= taakherschikking). In 2006 is op één locatie gestart met ondersteuning van de huisartsen door een nurse practitioner. De richtlijn van traumatologie (UMCG) is leidend bij haar werkgebied. De protocollen waarmee ze werkt zijn uitgebreid besproken met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In 2007 is de nurse practitioner ingeburgerd geraakt en een tweede is inmiddels gestart. In 2008 staat uitbreiding met een nurse practitioner op de post in Stadskanaal op het programma.

Evaluatie onderzoek

In 2007 heeft de DDG de sinds jaren ingezette lijn van evaluatie voortgezet met twee onderzoekslijnen, namelijk een tevredenheidsonderzoek onder patiënten (de voorbereiding is getroffen in 2006) en een tevredenheidsonderzoek onder huisartsen. De uitkomsten van het onderzoek bieden aanknopingspunten voor verbeteringen en veranderingen. Zie ook hoofdstuk 5 (Onderzoek) en voor medewerkers van de DDG het intranet.

Klachtenbehandeling door klachtenfunctionaris

Wanneer patiënten of hun naasten niet tevreden zijn over de zorg van de DDG, kan men een klacht indienen. De klachtenfunctionaris inventariseert alle klachten na binnenkomst en neemt contact op met de klager, die bepaalt hoe de klacht behandeld gaat worden. De klager kan kiezen voor klachten**bemiddeling** of klachten**behandeling**. De klachten**behandeling** gebeurt door de Klachtencommissie DDG. Als hij of zij dat wil kan de klager kiezen voor klachtenbemiddeling. Wanneer het niet lukt om de klacht tot tevredenheid op te lossen kan hij of zij de klacht alsnog aan de Klachtencommissie voorleggen. Hieronder vindt u een overzicht van de

klachtenbemiddeling in 2007. Over de klachtenbehandeling door de Klachtencommissie DDG verschijnt een apart jaarverslag.

De patiënten en hun klachten

In 2007 hebben 119 personen klachten ingediend. Dat is een behoorlijke vermindering ten opzichte van 2005 en 2006 toen resp. 160 en 152 personen klachten indienden. De vermindering in 2006 ten opzichte van 2005 was te verklaren uit een vermindering van het aantal klachten met een financiële achtergrond. Dat is dit jaar niet het geval, integendeel: op dat specifieke punt zien we nu juist weer een geringe stijging. Ook zijn de mogelijkheden om een klacht in te dienen niet verminderd.

De 119 personen die in eerste instantie kozen voor het bemiddelingstraject, dienden 135 klachten in: 105 personen 1 klacht, 13 personen 2 klachten en 1 persoon 4 klachten. Men kan klagen over verschillende aspecten van de zorg. Zo vond de persoon die 4 klachten indiende dat de triage-assistente de urgentie verkeerd inschatte, een verkeerd advies gaf, dat er ten onrechte geen visite was gereden en dat hij niet tevreden was over het fenomeen huisartsenpost (hetgeen hij uitdrukkelijk als klacht zag).

Ongeveer eenderde van de klachten komt in eerste instantie telefonisch binnen. In die gevallen wordt altijd gevraagd de klacht óók schriftelijk in te dienen, waarbij de klachtenbemiddelaar eventueel helpt de klacht schriftelijk te formuleren. Van de mogelijkheid om via de website van de DDG een klacht in te dienen wordt regelmatig gebruik gemaakt. Ruim 20% van alle ingediende klachten kwam in 2007 via de website binnen. Van het klachtenformulier dat vrijwel in iedere wachtkamer van de huisartsenpraktijken ligt en ook via de website is te downloaden, wordt steeds minder gebruik gemaakt.

In het algemeen dient de patiënt zelf de klacht in, al gebeurde dat in 2007 verhoudingsgewijs minder dan in de jaren daarvoor. In 2007 diende de partner van de patiënt relatief vaak een klacht in. Wanneer iemand anders dan de patiënt een klacht indient, wordt altijd aan de patiënt gevraagd of hij/zij achter het indienen van de klacht staat en zo mogelijk wordt de klacht dan verder afgehandeld met de klager en de patiënt samen. De patiënt moet in alle gevallen schriftelijk toestemming geven voor inzage in de medische gegevens, voor zover nodig voor de afhandeling van de klacht. Natuurlijk zijn er omstandigheden waarbij de patiënt niet (meer) om toestemming kan worden verzocht.

Vergeleken met voorgaande jaren waren in 2007 relatief meer patiënten 75 jaar en ouder. Bij de meeste van deze klachten was één van de kinderen of een ander familielid degene die de klacht indiende. Bij de afhandeling van deze klachten blijkt nogal eens dat de patiënt de klacht in eerste instantie niet nodig vindt. In de gesprekken tussen patiënt, klager en klachtenbemiddelaar blijkt echter meestal dat toch ook de patiënt vindt dat niet alles goed is gegaan en gaat deze akkoord met klachtenbemiddeling. Mocht blijken dat de patiënt zelf geen klacht wil indienen en geen toestemming geeft voor inzage in de patiëntgegevens, dan wordt het moeilijk. Zonder de mogelijkheid tot inzage kan de klacht niet (goed) behandeld worden. Wel kan de klacht dan geregistreerd worden.

De meeste klachten zijn gericht tegen huisartsen: 60 van de 135 klachten, Twee zijn gericht tegen een aios (arts in opleiding tot specialist), 42 tegen triage-assistenten, 10 tegen naw-assistenten en 21 tegen de organisatie. In 2007 is niet eenmaal geklaagd over een chauffeur. De klager bepaalt tegen wie de klacht zich richt. Dit

kan iemand anders zijn dan degene die verantwoordelijk is voor de verleende zorg. Zo is bij medisch-inhoudelijke klachten meestal de huisarts verantwoordelijk voor de adviezen van de triage-assistente. Wanneer de klacht gaat over zo'n advies, ziet de klager dat vrijwel altijd als een klacht tegen de triage-assistente en niet tegen de huisarts.

Klachten tegen naw-assistenten zijn vorig jaar toegenomen. Deze klachten gaan vaak over het verkeerd invoeren van naw-gegevens van de patiënt of het niet juist controleren van de verzekeringsgegevens, waardoor iemand anders dan de patiënt een factuur krijgt.

In 67% van de 135 klachten heeft de klachtenbemiddelaar over de klacht gesproken met de beklaagden en de bevindingen overgebracht aan de klager. Deze vorm van klachtenafhandeling wordt dienstverlening genoemd.

In 13% van de 135 klachten kwam een gesprek tussen klager en beklaagde tot stand. Klachtenbemiddeling kan op verschillende manieren gebeuren. Soms is een telefoongesprek tussen de beklaagde en klager voldoende, andere keren heeft men liever een gesprek in aanwezigheid van de klachtenbemiddelaar. In het algemeen zijn klagers na bemiddeling meer tevreden dan na dienstverlening.

Aan het eind van de klachtenbemiddeling vraagt de klachtenbemiddelaar of de klager tevreden is over de afhandeling. Na ondersteuning door de klachtenbemiddelaar bleek 67% van alle klachten naar tevredenheid van de klager te zijn opgelost, 15% niet. In bijlage 1 vindt u de tabellen.

Organisatie

24 klachten waren van organisatorische aard. Bij de organisatorische klachten vallen drie soorten op: de wachttijden aan de telefoon (4), de bewegwijzering (4) en organisatieregels (5).

Relatie

Er waren 27 klachten van relationele aard, denk aan klachten over de (on)vriendelijkheid van de hulpverlener. Zes klachten betroffen het handelen van triage-assistenten, 21 het handelen van huisartsen bij een consult/visite.

Van de relationele klachten is ongeveer 70% naar volle tevredenheid van de klager opgelost. Vergeleken met voorgaande jaren waren bij de relationele klachten relatief meer klagers tevreden na afhandeling van de klacht.

Methodisch-technisch handelen

69 klachten waren van technische aard. Dit zijn bijvoorbeeld klachten over een foutieve of onjuiste behandeling, het voorschrijven van een fout of ongeschikt geneesmiddel of het onjuist beoordelen van de urgentie. 35 van deze klachten waren gericht tegen huisartsen en 29 tegen triage-assistenten, de overige tegen andere hulpverleners.

Binnen deze categorie valt op dat ongeveer 25% van de klagers vindt dat de urgentie verkeerd is beoordeeld.

43 klachten in deze categorie zijn tot tevredenheid van de klager opgelost. Bij 13 klachten bleef het probleem bestaan.

Financiën

In 2007 werden 15 klachten van financiële aard ingediend. Bij 12 van deze klachten vond de klager dat er ten onrechte een factuur was toegezonden.

Klachten en kwaliteit

Klachten zijn voor de DDG belangrijke signalen over de kwaliteit van de verleende zorg. Iedere week bespreken de locatiemanagers en de directie verschillende

casus. Zij bezien dan of het beleid aangepast moet worden dan wel of er andere maatregelen nodig zijn. Regelmatig wordt advies gevraagd aan de Kwaliteitscommissie. In de organisatie zijn naar aanleiding van klachten verschillende maatregelen genomen om de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Een aantal voorbeelden uit 2007 vindt u in bijlage 2 en voor medewerkers van de DDG op intranet.

Vooruitblik

Er wachten ons het komende jaar weer vele veranderingen. We gaan werken met de nieuwe bestuursstructuur van de DDG. De structuur voldoet aan de eisen van de nieuwe wet WTZi. Met een Adviesraad, die moet borgen dat de huisartsen voldoende invloed en zeggenschap houden met betrekking tot het reilen en zeilen van de DDG.

Ook krijgen we te maken met een nieuwe bekostiging systematiek van de acute zorg waarbij het de vraag is of er geld vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn komt of dat we op een andere manier gecompenseerd worden.

Een andere ontwikkeling die nu echt op gang gaat komen is de investering zowel qua tijd als geld in automatisering om te komen tot opening van patiëntendossiers. En natuurlijk gaan we door met het verder ontwikkelen van het telefonisch netwerk voor de patiënten in onze regio en het verbeteren van de samenwerking tussen de ketenpartners van de eerste en de tweede lijn. Naar verwachting zullen we de post Groningen in 2008/9 verplaatsen en tevens de samenwerking met de stadse ziekenhuizen, de GGZ en de Thuiszorg intensiveren. Kortom een uitdaging voor 2008.

Bijlage 1

Kwantitatieve gegevens van de klachtenfunctionaris

Tabel 1: aantal aanmelders/aantal klachten

	2007	2005	2006
aantal aanmelders	119	160	152
aantal klachten	135	200	170

In 2007 zijn door 119 personen 135 klachten ingediend: door 105 personen 1 klacht, door 13 personen 2 klachten en door 1 persoon 4 klachten. Men kan klagen over verschillende aspecten van de zorg. Zo kan bijvoorbeeld de klacht zijn dat de klager vindt dat hij niet serieus is genomen en dat de urgentie verkeerd zou zijn beoordeeld. Dan is er sprake van 1 klager en 2 klachten. Vergeleken met voorgaande jaren is een tendens te bespeuren dat het aantal klachten afneemt.

Tabel 2: wijze van binnenkomst

	2007	perc.	2005	2006
klachtenformulier	28	21%	43%	25%
brief	29		30%	20%
telefoon	46	34%	26%	34%
persoonlijk	1	1%	0%	1%
digitaal	29	21,5%	0%	18%
overig	2	1%	1%	2%
totaal	135	100%	100%	100%

Het aantal mensen dat via het klachtenformulier een klacht indient, neemt nog steeds af. Daarnaast blijft voor klagers het digitale klachtenformulier een aantrekkelijke manier om de klacht in te dienen.

Tabel 3: status aanmelder

	2007	perc.	2005	2006
patiënt/betrokkene	48	36%	48%	43%
echtgenoot/partner	24	18%	12%	8%
dochter/zoon	21	16%	6%	16%
ouder(s)/verzorger(s)	26	19%	24%	21%
overige familie	7	5%	2%	3%
kennis	7	5%	2%	5%
overig	2	1%	6%	4%
totaal	135	100%	100%	100%

Tabel 4: geslacht van de klager

	2007	perc.	2005	2006
man	53	44,5%	49,4%	42,8%
vrouw	66	55,5%	50,6%	57,2%
totaal	119	100%	100%	100%

Tabel 5: leeftijd patiënt

	2007	perc.	2005	2006
0-11	18	15,1%	18%	16,5%
12-15	2	1,7%	3%	2,5%
16-17	1	0,8%	1%	1,0%
18-24	12	10,1%	13%	11,0%
25-49	28	23,5%	23%	27,0%
50-64	19	16,0%	23%	18,0%
65-74	15	12,6%	11%	14,5%
ouder dan 75	23	19,3%	7%	8,5%
onbekend	1	0,8%	1%	1,0%
totaal	119	100%	100%	100%

Wat opvalt is dat er in 2007 relatief meer klachten voor en door patiënten van 75 jaar en ouder zijn ingediend

Tabel 6: categorie onderwerp

Vergeleken met de 2 voorafgaande jaren valt op dat er relatief veel financiële klachten ingediend zijn.

	2007	perc.	2005	2006
methodisch-technisch handelen	69	51%	48%	58%
relatie	27	20%	28%	20%
organisatie	24	18%	16%	17%
financiën	15	11%	8%	5%
Totaal	135	100%	100%	100%

Tabel 7: type zorg

In deze tabel wordt aangegeven welke zorg **uiteindelijk** werd verleend aan de patiënt.

	2007	perc.	2005	2006
onbekend/n.v.t	2	1,5%	0,5%	3,5%
telefonisch advies triage-assistente	22	16,0%	34,0%	24,0%
consult	64	47,5%	42,0%	48,0%
visite	28	21,0%	23,0%	16,0%
ambulance	15	11,0%	0,0%	5,0%
anders	4	3,0%	0,5%	3,5%
totaal	135	100%	100%	100%

Wat bij de uiteindelijk verleende zorg opvalt, is dat het aantal klachten dat betrekking had op ambulancezorg in 2007 nog verder is toegenomen.

Tabel 8: locatie van de huisartsenpost waarop de klacht betrekking heeft

In deze tabel wordt aangegeven waar de beklagde werkzaam was ten tijde van het ontstaan van de klacht. Wat van invloed is op de absolute getallen, is dat de huisartsenpost in Groningen de langste openingstijden heeft en ook dat de klachten die betrekking hebben op NAW-assistenten altijd onder de huisartsenpost Groningen worden geregistreerd.

	2007	Perc.	perc. klachten afgezet tegen calls per locatie	2005	perc. klachten afgezet tegen calls per locatie	2006	perc. klachten afgezet tegen calls per locatie
Delfzijl	9	7%	0,07	7%	0,12%	7%	0,09
Groningen	58	43%	0,10	44%	0,15%	45%	0,13
Hoogezand	6	4%	0,08	3%	0,12%	2%	0,04
Leek	5	4%	0,04	5%	0,09%	9%	0,12
Stadskanaal	16	12%	0,09	9%	0,11%	11%	0,11
Winschote	6	4%	0,03	8%	0,10%	11%	0,12
Winsum	5	4%	0,10	4%	0,19%	1%	0,04
visiteauto	24	18%	0,07	16%	0,14%	13%	0,09
DDG organisatie	6	4%		4%		1%	
totaal	135	100%		100		100	

Tabel 9: klacht gericht tegen

	2007	perc.	2005	2006
organisatie	21	16%	11%	9%
huisarts	42	31%	25%	31%
huisarts-waarnemer	18	13%	17%	17%
AIOS	2	1,5%	1%	1%
triage-assistente	42	31%	38%	37%
NAW-assistent	10	7,5%	5%	4%
chauffeur	0	0%	3%	1%
totaal	135	100%	100%	100%

Tabel 10: beroepsgroep en categorie onderwerp

In deze tabel wordt weergegeven over welk onderwerp een klacht is ingediend tegen de verschillende beroepsgroepen. Zo zijn tegen de huisartsen 24 klachten ingediend op methodisch-technisch terrein, 16 relationele klachten 2 organisatorische klachten en 0 financiële klachten.

	Metho- disch- technis	Relatie	Organisatie	Financiën	Totaal
organisatie	-	-	11	10	21
huisarts	24	16	2	-	42
huisarts-waarnemer	11	6	-	1	18
AIOS	1	1	-	-	2
triage-assistente	29	4	6	3	42
Naw-assistent	4	-	5	1	10
chauffeur	-	-	-	-	-
totaal	69	27	24	15	135

Tabel 11: vorm van ondersteuning

De klager bepaalt de manier van ondersteuning door de klachtenbemiddelaar:

- dienstverlening: de klachtenbemiddelaar voert over de klacht een gesprek met de beklagde(n) en de bevindingen worden medegedeeld aan de klager;
- bemiddeling: het tot stand brengen van een gesprek tussen klager en beklagde(n), al dan niet in aanwezigheid van de klachtenbemiddelaar;
- alleen intern bespreken: de klacht wordt besproken in de organisatie opdat er verbeteringen in dienstverlening kunnen plaatsvinden;
- het aanhoren en registreren van de klacht;
- het geven van informatie en/of advies;
- verwijzing, bijvoorbeeld naar het bedrijf waar de chauffeur werkt tegen wie een klacht gericht is.

	2007	perc.	2005	2006
dienstverlening	90	67%	69%	55%
bemiddeling	17	13%	13%	24%
alleen intern bespreken	8	6%	0%	3%
registratie	10	7%	5%	8%
info/advies geven	5	3,5%	1%	3%
verwijzing	5	3,5%	12%	7%
totaal	135	100%	100%	100%

Tabel 12: resultaat klager

Na ondersteuning vraagt de klachtenbemiddelaar wordt of de klager tevreden is.

	2007	perc.	2005	2006
probleem opgelost (tevreden klager)	91	67%	60,0%	64%
probleem blijft (ontevreden klager)	20	15%	14,5%	12%
compromis (deels tevreden/deels ontevreden)	18	13%	18,5%	16%
resultaat onbekend	6	5%	7,0%	8%
totaal	135	100%	100%	100%

Tabel 13: resultaat en beklagde

In deze tabel wordt per beroepsgroep aangegeven of voor de klager het probleem opgelost is. Zo zijn er van de 42 klachten die gericht waren tegen een huisarts 29 naar tevredenheid opgelost, 7 niet, 4 deels wel, maar ook deels niet en van 2 klachten is het resultaat onbekend

klacht gericht tegen	2007 totaal	probleem opgelost	probleem blijft	com-promis	resultaat onbekend
organisatie	21	13	3	4	1
huisarts	42	29	7	4	2
huisarts-waarnemer	18	12	1	4	1
AIOS	2	2	-	-	-
triage-assistente	42	25	9	6	2
NAW-assistent	10	10	-	-	-
chauffeur	0	-	-	-	-
totaal	135	91	20	18	6

Tabel 14: resultaat en categorie onderwerp

In deze tabel wordt per onderwerp bekeken of de klager tevreden was.

categorie onderwerp	2007 totaal	probleem opgelost	probleem blijft	Com- promis	resultaat onbeken d
methodisch- technisch handelen relatie	69	43	13	10	3
organisatie	27	19	3	3	2
financiën	24	18	2	4	-
totaal	15	11	2	1	1
	135	91	20	18	6

Bijlage 2

Klachten en kwaliteit

Klachten zijn voor de DDG belangrijke signalen over de kwaliteit van de verleende zorg. De DDG heeft ook in 2007 verschillende maatregelen genomen om de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Hieronder worden enkele voorbeelden genoemd.

- Een klaagster die allergisch was voor een bepaalde voedingsstof, vond dat dit onvoldoende was onderkend door de DDG-medewerker. Aan de Kwaliteitscommissie is gevraagd of de assistenten daar extra op geattendeerd zouden moeten worden. Aangezien de allergie maar zeer beperkt voorkomt (anders dan klaagster suggereerde) werd daarop negatief geadviseerd.
- Een vrouw die in een verpleeghuis werkte, belde over een prikaccident. De Kwaliteitscommissie heeft zich hierover gebogen en geadviseerd over het te voeren beleid.
- Een visiteauto zou naar de verkeerde plaats zijn gestuurd, waardoor de patiënt te laat was behandeld. Er waren twee plaatsen met die naam, waar een verschillende visite-auto naartoe moest. De assistente stuurde de verkeerde auto aan. Bij het onderzoeken bleken de lijsten waarop de plaatsen staan met daarachter welke auto erheen moet, onduidelijk. De lijsten zijn aangepast.
- Een vrouw belde omdat een kennis die bij haar op bezoek was een epileptisch insult had. Zij wenste direct hulp, maar had geen gegevens van haar kennis. In overleg met de triage-assistente heeft de naw-assistent laten weten dat de vrouw zelf 112 moest bellen. De vrouw voelde zich in de steek gelaten. Bij navraag bleek de naw-assistent in de veronderstelling dat wanneer je geen naw-gegevens kunt krijgen van patiënten, de beller zelf 112 moet bellen. Naar aanleiding van deze klacht is aan alle naw-assistenten en triage-assistenten uitgelegd dat bij spoed en onvoldoende of geen gegevens van de patiënt, de DDG contact opneemt met de RAV. Ook is naar aanleiding van deze klacht afgesproken dat de kwaliteitsmedewerker de opleiding voor naw-assistenten inhoudelijk gaat bekijken.
- Een man klaagde dat hij om circa 00:20 uur had gebeld en dat het lang duurde voordat hij iemand aan de lijn kreeg. Op dat moment bleek alleen een onervaren naw-assistent aan de telefoon te zitten. Naar aanleiding van deze klacht is met de naw-coördinatoren afgesproken om bij de inroosting van naw-assistenten rekening te houden met de tijd die zit tussen indiensttreding en het alléén dienst doen op het callcenter.
- Eén klacht betrof een vrouw die een dag eerder uit het ziekenhuis was ontslagen. De naw-assistente verzuimde deze informatie te noteren en in de triage van de triage-assistente is het niet meer ter sprake gekomen, omdat de patiënt ervan uitging dat het bekend was. Achteraf bleek deze informatie uiterst belangrijk. In een scholingsbijeenkomst van naw-assistenten is de casus besproken.
- Naar aanleiding van enkele klachten over de behandeling van complicaties na behandeling elders, bijvoorbeeld een ziekenhuis, heeft de Kwaliteitscommissie geadviseerd over de stroomlijning van de zorg wanneer iemand belt na een behandeling elders.

- Naar aanleiding van een klacht wordt in de scholing van assistentes aandacht besteed aan de verschillende vormen van Diabetes Mellitus en wat je wel en niet als triage-assistente mag doen.
- Twee klachten gingen over een nachtelijk consult op de post in Stadskanaal. Men vond de bewegwijzering in het Refajaziekenhuis onvoldoende zodat de post slecht te vinden was in het donker. Ook voelde men zich alleen gelaten, omdat er langere tijd niemand bij hen kwam om te vragen hoe het ging. Bij evaluatie van de klachten bleek dat niet gehandeld was zoals afgesproken met het Refajaziekenhuis. De klacht is besproken met de betrokken medewerker van het ziekenhuis. Bovendien is gecontroleerd of alle huisartsen op de hoogte zijn van het beleid met betrekking tot de nachtelijke consulten op de post in Stadskanaal. Deze klacht was mede aanleiding de situatie op de post in Delfzijl te evalueren, zodat patiënten ook daar 's nachts goed worden opgevangen.
- Een vrouw vertelde dat zij was geopereerd aan haar benen en een nabloeding had. De triage-assistente adviseerde de vrouw naar de post te komen. De vrouw vond de assistente te weinig invoelend: ze vroeg bijvoorbeeld niet of de vrouw alleen was, zelf vervoer had enzovoorts. Daarnaast vertelde de vrouw dat zij in paniek was, maar wel rustig bleef praten. Die paniek werd niet onderkend, aldus de klaagster. Haar klachten zijn besproken met de locatiemanagers. In de scholing van assistentes wordt voortaan aandacht besteed aan het invoelend vermogen. Dit gaat dan om triages die objectief goed zijn, maar die soms als te zakelijk worden ervaren door patiënten. Daarnaast blijft het probleem dat mensen soms in paniek zijn wanneer zij bellen, of in elk geval achteraf vertellen dat zij dit waren, maar op het moment van bellen niet als zodanig overkomen. Veel assistenten vinden het moeilijk om dit goed te duiden.
- Een ambulanceverpleegkundige belde met de DDG (0900-9229) om de gegevens van een patiënte door te geven die nog zou moeten worden gezien. De patiënte klaagde dat zij na aankomst op de post nog erg lang moest wachten voordat zij gezien werd door de huisarts, terwijl de ambulanceverpleegkundige had gezegd dat dit direct zou gebeuren. Bij analyse van de klacht bleek dat de naw-assistent de ambulanceverpleegkundige niet volgens protocol had doorverbonden met de triage-assistente op de post, maar zelf had overlegd met de triage-assistente. Daarna vertelde de naw-assistente aan de ambulanceverpleegkundige dat de patiënte naar de post mocht komen. De triage-assistente had dus geen urgentie bepaald, terwijl uit het verhaal van de ambulanceverpleegkundige bleek dat de patiënte direct gezien zou moeten worden. De naw-assistente had dat onvoldoende begrepen. Aangezien het vaker voorkomt dat een ambulanceverpleegkundige wil overleggen is deze casus besproken tijdens de naw-scholingsavond en met triage-assistenten tijdens teamoverleggen.
- Volgens een vrouw was haar toegezegd dat de visiteauto er binnen een half uur zou zijn. Dit bleek echter niet het geval. Bij analyse van de klacht bleek dat de huisarts inmiddels een dringende visite had binnengekrepen waar zij naartoe was gegaan. Noch de triage-assistente, noch de huisarts hadden de visite aan de vrouw als dringend of spoed beoordeeld. Naar aanleiding van deze casus zijn de assistentes nogmaals erop geattendeerd dat zij bij een routinevisite moeten uitleggen dat er geen medische indicatie is voor een spoed- of dringende visite en dat het wel 3 uur kan duren voordat er een huisarts komt. Ook is het goed te zeggen dat weer contact opgenomen moet worden wanneer het slechter gaat met de patiënt.
- Tijdens het behandelen van een klacht vertelde een huisarts dat hij voor een KDO (kortdurende opname) plek voor een patiënt vele uren had besteed aan het bellen naar verschillende verpleeghuizen vóórdat er iets geregeld was. Naar aanleiding van deze

opmerking en een interne melding over een gelijksoortige casus, is contact opgenomen met het zorgkantoor. Mede naar aanleiding van dit soort klachten blijken er per 1 oktober per regio enkele crisisbedden in verpleeghuizen te zijn ingekocht, zowel somatisch als psychogeriatrisch. Ook zijn er per regio crisiscoördinatoren benoemd, die in de anw-uren gebeld kunnen worden. Er is echter geen garantie dat er altijd een plek zal zijn, maar de crisiscoördinatoren kunnen dan adviseren wat wel mogelijk is.

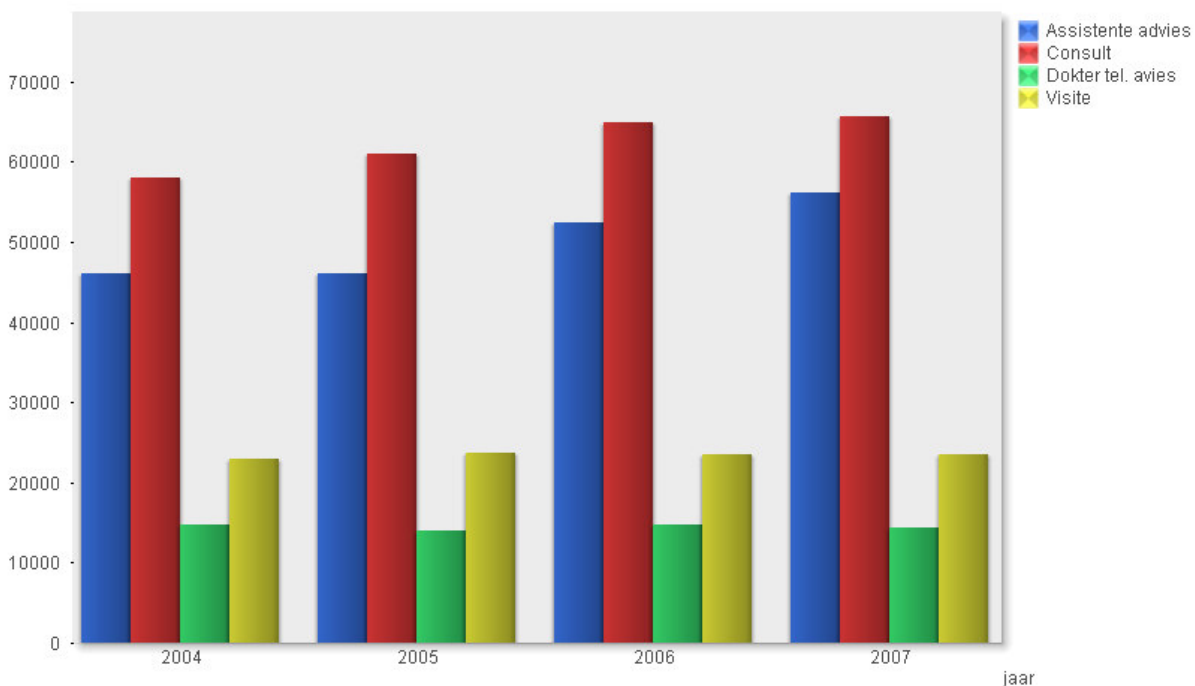
- Een patiënt in de buurt van Leek stond op de lijst om te worden teruggebeld door een triage-assistente. Een triage-assistente uit een andere perifere post dan Leek belde terug om de triage te doen. In dat gesprek werd een consult aangeboden in Leek, waarmee de patiënt instemde. Deze patiënt wist echter niet waar de post in Leek was en vroeg aan de triage-assistente hoe zij moest rijden. De triage-assistente bleef het antwoord schuldig, aangezien zij onbekend was in Leek. Naar aanleiding van deze klacht worden er in alle huisartsenposten routebeschrijvingen neergelegd van routes naar andere huisartsenposten.
- Een patiënt werd verwezen naar het UMCG. In overleg tussen de huisarts en een verpleegkundige van de CSO ging de patiënt naar het UMCG. Hij kreeg geen verwijsbrief mee. Bij aankomst in het UMCG hoorde hij dat hij gewoon op zijn beurt moest wachten omdat hij geen verwijsbrief bij zich had. Dit heeft vele uren geduurd. Naar aanleiding van deze klacht is er overleg geweest met de manager zorg CSO en is het beleid ten aanzien van verwijzing naar een SEH- of CSO-afdeling verduidelijkt met een bericht in het beginscherm van Adastra.
- Bij analyse van een klacht over het verkeerd inschatten van de urgentie bleek dat er na de triage nog tweemaal was gebeld met de DDG om te vragen hoe lang het nog kon duren voor de huisarts kwam, aangezien het slechter met de patiënt ging. Door de naw-er was echter niet genoteerd dat er was teruggebeld. Aangezien deze informatie erg belangrijk kan zijn, zijn alle naw-assistenten er nadrukkelijk op gewezen dat het essentieel is dat zij in Adastra noteren wanneer mensen terugbellen. Tijdens een scholingsavond is ook nog voorgedaan hoe zij dat moeten doen

Bijlage 3

Kwantitatieve gegevens (KKK's)

Aantal telefonische oproepen per type dienstverlening

Type dienstverlening	2004		2005		2006		2007		stijging tov 2004
	aantal	verhouding	aantal	verhouding	aantal	verhouding	aantal	verhouding	
Assistente advies	46125	32,5%	46062	31,8%	52503	33,7%	56192	35,1%	21,8%
Consult	58.043	40,9%	60.987	42,1%	64.992	41,7%	65.757	41,1%	13,3%
Dokter tel. advies	14.688	10,4%	14.063	9,7%	14.668	9,4%	14.334	9,0%	-2,4%
Visite	22.976	16,2%	23.637	16,3%	23.534	15,1%	23.581	14,8%	2,6%
Totaal	141.832		144.749		155.697		159.864		

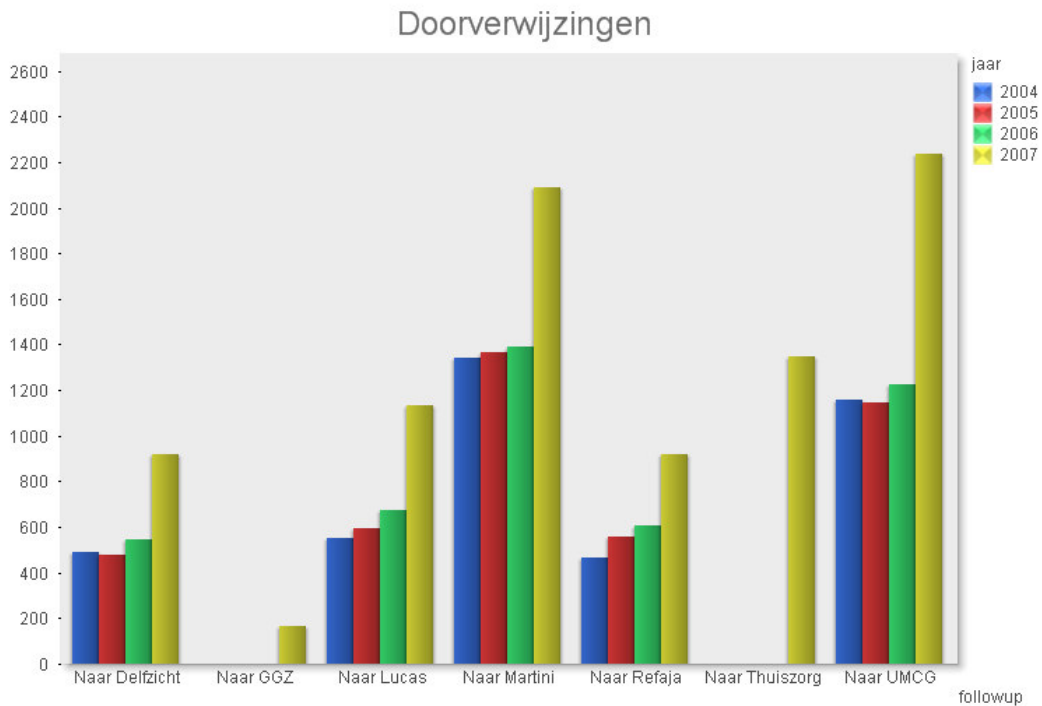


Opmerking:

Assistentie advies inclusief directe doorverwijzing naar de ambulance dienst en inclusief de vraag om een herhalingsrecept.

Doorverwijzingen ziekenhuis, Lentis, Thuiszorg, CPA (followups)

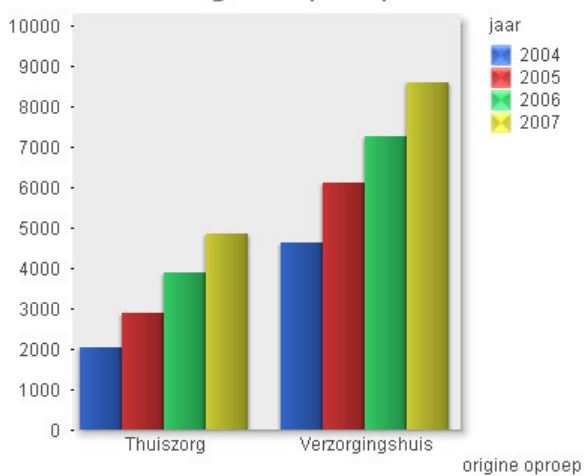
Doorverwijzing	2004		2005		2006		2007		stijging tov 2004
	aantal	% op totaal	aantal	% op totaal	aantal	% op totaal	aantal	% op totaal	
CPA	1.483	1,0%	867	0,6%	930	0,6%	2.278	1,4%	53,6%
Naar GGZ (Lentis)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	166	0,1%	nvt
Naar Delfzicht	490	0,3%	479	0,3%	548	0,4%	919	0,6%	87,6%
Naar Lucas	551	0,4%	596	0,4%	676	0,4%	1133	0,7%	105,6%
Naar Martini	1344	0,9%	1366	0,9%	1393	0,9%	2092	1,3%	55,7%
Naar Refaja	464	0,3%	556	0,4%	607	0,4%	918	0,6%	97,8%
Naar Thuiszorg	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1349	0,8%	nvt
Naar UMCG	1157	0,8%	1147	0,8%	1223	0,8%	2236	1,4%	93,3%



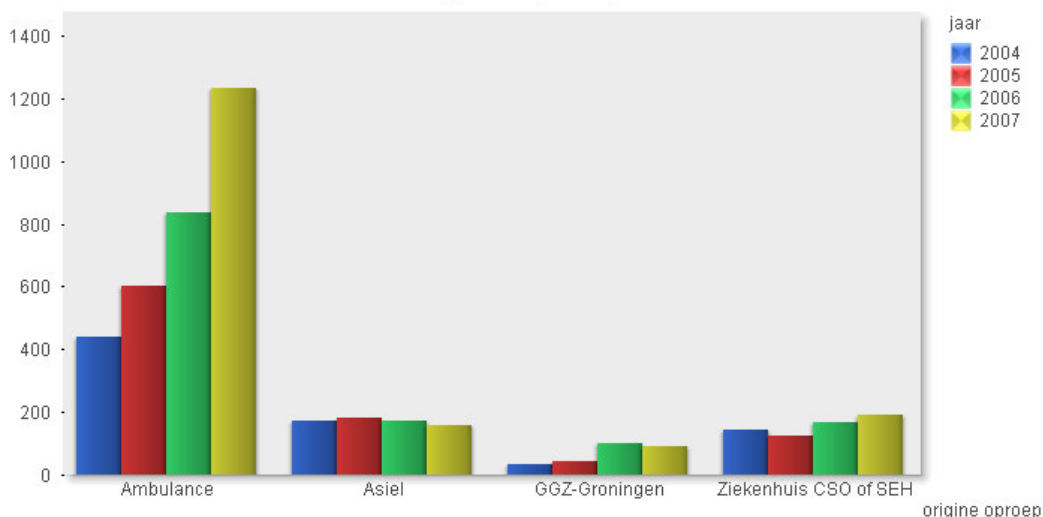
Oorsprong oproep (call origin) ziekenhuizen (SEH), Lentis, Thuiszorg, AZC

oorsprong oproep (Call origin)	2004		2005		2006		2007		stijging tov 2004
	aantal	% op totaal	aantal	% op totaal	aantal	% op totaal	aantal	% op totaal	
Ambulance	441	0,31%	604	0,42%	836	0,54%	1234	0,77%	179,8%
AZC	173	0,12%	182	0,13%	172	0,11%	159	0,10%	-8,1%
GGZ-Groningen (Lentis)	35	0,02%	43	0,03%	100	0,06%	92	0,06%	162,9%
Thuiszorg	2023	1,43%	2878	1,99%	3873	2,49%	4860	3,04%	140,2%
Verzorgingshuis	4626	3,26%	6113	4,22%	7249	4,66%	8609	5,39%	86,1%
Ziekenhuis CSO of SEH	142	0,10%	126	0,09%	167	0,11%	193	0,12%	35,9%

origine oproep



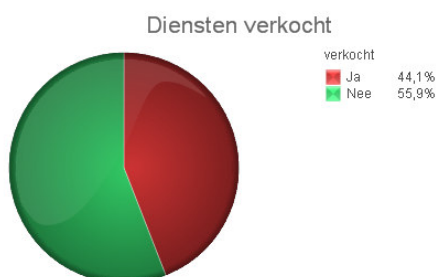
origine oproep



Verkochte diensten Algemeen



Verkochte nachtdiensten



Verkochte nachtdiensten per post en type dienst (duty station).

Dienst	% diensten verkocht
Delfzijl visitedienst	56,8%
Groningen visitedienst	33,0%
Grn Nachtconsult/tel.dokt - Groningen	46,6%
Stadskanaal/Winschoten visitedienst	40,8%
Leek-Winsum visitedienst	43,1%
Hoogezand visitedienst	42,4%

Overige cijfers

Gemiddeld aantal contacten per 1000 inwoners: 244

Totaal gebruik spoedknop (geen wachttijd): 383 (0,2% van totale aanbod)

Gemiddelde terugbeltijd spoed: 0:01:41

Gemiddelde terugbeltijd anders dan spoed: 0:09:00

Gemiddelde autorisatietijd (na triage): 0:50:59

Opmerkingen

- Spoedknop is de mogelijkheid van de patiënt in geval van spoed de wachtrij te verlaten in geval van spoed, hoe vaak dit terecht bleek is niet te meten.
- Terugbeltijd is de tijd gemeten tussen de laatste actie van de NAW-er en de eerste actie van de assistente gelogd in het systeem van Adastra. Om die reden is de terugbeltijd spoed te verwaarlozen (naw-er verbind de patiënt in dit geval direct door naar de assistente).
- Autorisatietijd is de tijd gemeten tussen de laatste actie van de assistente en de eerste actie van de fiatteerarts gelogd in het systeem van Adastra.