



Jaarverslag 2010



Voorwoord

Het jaar 2010 was in vergelijking met 2009 een rustig jaar waar we hard konden werken zonder verstoringen/hypes als Mexicaanse griep. Het jaar waarin we gecertificeerd zijn voor de HKZ. Ja, we kregen het papiertje maar wat we wilden was een professionele organisatie met professionele werkers. Daar ging het om en daar hebben we de laatste jaren met zijn allen hard voor gewerkt. Natuurlijk is het dan fijn dat een extern bureau je eigen waarneming bevestigt want blinde vlekken hebben we allemaal.

Wat is dan nu zo anders? Er is veel meer uniformiteit, alles wat we afgesproken hebben is terug te vinden en mensen weten het ook te vinden. Het is zo belangrijk dat we veilig en kwalitatief goed werken want we blijven een gekke organisatie. Een organisatie waar 600 mensen om de beurt in en uit vliegen. Mensen die je allemaal op dezelfde manier wilt bedienen en die op een eenduidige manier moeten werken. Dat is alleen maar te doen als mensen de verantwoordelijkheid nemen. Dat is zo fijn van werken met professionals: zij voelen zich verantwoordelijk en nemen de verantwoordelijkheid. Wat ook anders is, is de werkwijze van assistenten. Door het strikt werken met de telefoonkaart, wordt er op urgentie getrieerd en laat de assistente het diagnosticeren bij de huisarts. Voor de huisartsen is dit wel even wennen maar het leidt niet tot meer consulten of visites. Bovendien houdt het een ieder bij zijn of haar beroep. Voor dokters blijft geüniformeerd werken moeilijk. Het staat haaks op werken in hun dagpraktijk.

Daar zijn ze volledig autonoom en dan is het moeilijk om de pet van "medewerker" op te zetten om vijf uur. Huisartsen willen meer invloed op het beleid maar het ontbreekt hen aan tijd. Toch waren er ook dit jaar weer ongeveer 55 huisartsen actief in allerlei commissies e.d. Dan reken ik de 4 Mijl echt niet mee, want ook daar deden de huisartsen volop aan mee.

Meten is weten is nog altijd het credo en dat doen we volop. Maar cijfers alleen zeggen niet genoeg, daar hebben we toch de ervaring bij nodig. De klankbordgroep van assistenten, de ondernemingsraad en de adviesraad helpen ons om dat wat we meten ook te toetsen. Ook het afgelopen jaar heeft dit weer tot talloze verbeteringen geleid zoals u verderop in het verslag kunt lezen. Het meten aan de hand van de landelijk vastgestelde normen heeft geleid tot een andere agendavoering en een meer provinciaal beleid in het afhandelen van calls. Echt heel goed. Deze tevredenheid leidde tot een prachtig uitstapje naar Ameland. Het was een prachtige en zeer verdiende dag.

Hoe gaat het met onze patiënten? Wij hielden eind 2009 een tevredenheidsonderzoek waarvan wij de uitslag begin januari 2010 ontvingen. Ook de patiënt is tevreden. We kregen gemiddeld een 7.6. En de verbeterpunten hebben we opgenomen in onze jaarplannen.

Waren we nu alleen maar tevreden? Nee, natuurlijk niet! Een paar puntjes waar we mee geworsteld hebben.



De chauffeurs, de 45 mannen en vrouwen die het werk al jaren voor ons doen. Trouw en loyaal. Maar wat was het lastig om afstand te bewaren naar hen. Ze waren in dienst bij de vervoerders en wij huurden hen in.

Daardoor kwam de onvrede over salariëring ook bij ons. Zo begrijpelijk maar erg lastig voor DDG om iets te kunnen doen. Inmiddels zijn de chauffeurs gedetacheerd bij de DVG dochter van de RAV. Ook hierover meer in het verslag. Is dat de reden dat we nu in knalgele ambulanceauto's rijden? Nee, dat heeft puur met wettelijke maatregelen te maken. Rijden met spoed betekent dat we moeten rijden in auto's met gele striping.

Een ander lastig punt is de opvolging in Oost Groningen. Veel huisartsen bereiken de pensioengerechtigde leeftijd en willen graag een opvolger. Het blijft moeilijk om Oost Groningen als een aantrekkelijk gebied voor 'wonen en werken' te promoten. Als we al meer vuile was hebben dan vertellen wij u die niet want 'over all' zijn wij super tevreden met onze organisatie en ik hoop dat u met veel plezier dit verslag leest.

Ine Scholten
Directeur

Inhoudsopgave

hoofdstuk 1 Inleiding	5	hoofdstuk 4 Bestuurlijk	22
1.1. HKZ certificering.....	5	4.1. Raad van Toezicht	22
1.2. Aantal verrichtingen	5	4.2. Adviesraad	23
1.3. Nieuwe posten.....	5	4.3. Ondernemingsraad	24
1.3.1. UMCG.....	6	4.4. Commissies	24
1.3.2. Martini Ziekenhuis	6	4.4.1. Kwaliteitscommissie	24
1.3.3. Verbouw huidige locatie Damsterdiep.....	6	4.4.2. Calamiteiten- en incidenten commissie	25
1.4. Inzet NP-ers en PA's.....	6	4.4.3. Klachtencommissie	26
1.5. Chauffeurs over naar DVG.....	7	4.4.3.1. Werkwijze klachten commissie.....	26
1.6. Regionale inzage in dossiers afgebroken.....	7	4.4.3.2. Aantal klachten in 2010.....	26
1.7. Tevredenheidsonderzoek patiënten.....	8	4.4.4. Roostercommissie	27
1.8. Nieuwe auto's	8	hoofdstuk 5 Samenwerking met ketenpartners	28
1.9. Nieuwe agenda voering.....	9	5.1. Ambulancezorg Groningen en MKA.....	28
1.10. Tevredenheidsonderzoek huisartsen.....	10	5.2. Thuiszorg Groningen	28
hoofdstuk 2 Personeel	11	5.3. Lentis.....	29
2.1. Personeelsbeleid.....	11	5.4. SEH Stadskanaal.....	29
2.2. Ziekteverzuim.....	12	5.5. SEH Delfzijl.....	31
2.3. In-, door- en uitstroom	12	5.6. UMCG	33
hoofdstuk 3 Kwaliteit	13	5.7. Voorraadbeheer.....	33
3.1. Kwaliteit	13	5.8. ROAZ	34
3.2. Opleiding	13	5.9. GHOR.....	34
3.2.1. Triage assistenten	13	5.10. Zorgbelang.....	35
3.2.2. NP-ers	14	hoofdstuk 6 Het jaar 2011	35
3.2.3. NAW-ers	14	hoofdstuk 7 Doktersdienst Groningen: De getallen	36
3.2.4. Chauffeurs	14	7.1. Inzet assistenten	36
3.2.5. Bureau medewerkers	14	7.2. Inzet NAW-ers	37
3.3. Elektronisch waarneemdossier huisartsen en informatiebeveiliging.....	15	7.3. Inzet NP-ers/PA.....	37
3.3.1. GBZ.....	15	7.4. Aantal declarabele verrichtingen	37
3.3.2. Invoering UZI passen	15	7.5. Telefonische bereikbaarheid.....	37
3.3.3. GBZ/NEN 7510.....	16	7.6. Overzicht van gele formulieren naar onderwerp.....	38
3.3.4. Aansluiting LSP.....	16	7.7. Aanrijdtijden bij visites	38
3.4. Werkdruk en responsetijden	17	7.8. Verkochte diensten in 2010	39
3.5. Klachten en interne meldingen	18	7.9. O verzicht aantal klachten.....	41
3.5.1. Klachtenbemiddeling	18	7.10. O verzicht van de aard van de klachten.....	41
3.6. Interne meldingen.....	21	7.11 Resultaat na klachtenbemiddeling	41
3.7. Werkgroep palliatieve zorg.....	21		



Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1. HKZ Certificering

In april 2010 heeft DDG het HKZ kwaliteitscertificaat behaald (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorg). Dit landelijke kwaliteitskeurmerk bevestigt dat DDG haar zaken goed op orde heeft. Het HKZ-systeem bleek voor DDG een goede kapstok en katalysator om professioneler te gaan werken, zowel tijdens de diensten als in de ondersteunende processen (ICT, Telefonie, P&O, inkoop).

Duidelijkheid

Het HKZ-systeem heeft duidelijkheid gegeven over de verschillende taken van de NAW-ers, triage-assistenten, artsen, nurse practitioners (NP) en physician assistants (PA) en chauffeurs. Onderwerpen die onduidelijkheid of irritatie opleverden, zoals wanneer wordt de achterwacht opgeroepen en door wie, zijn verhelderd. Evenals pauzeschema's voor triage-assistenten en het boeken van consulten op andere posten. De overdracht naar de ambulance en SEH's is verhelderd. De samenwerking met Thuiszorg en Lentis/GGZ verloopt beter gestructureerd. Voor alle posten en auto's is er een uniforme bevoorrading van medicatie en materialen, zodat minder vaak wordt mis gegrepen. Koelkasten, autoclaven en AED-apparatuur worden nu systematisch gecontroleerd. Procedures bij storingen zijn aangescherpt. Kortom: het werken gaat soepeler en professioneler. Tijdens de halfjaarlijkse controle in november 2010 heeft Lloyds geen enkele afwijking gevonden!

1.2. Aantal verrichtingen

Het aantal verrichtingen van 2010 wijkt niet veel af van de cijfers van 2008 en 2007. Alleen het aantal verrichtingen in 2009 was behoorlijk hoger. Dit was toe te schrijven aan het feit dat een aantal feestdagen in het weekend viel en de Nieuwe Influenza A H1N1 (Mexicaanse griep), de griep die in het laatste kwartaal van 2009, heerste. De verwachting is dat de verrichtingen in de toekomst zich zullen stabiliseren op het niveau 2010, 2008 en 2007.

Verrichting	2010	2009	2008	2007
Visite	22.786	23.348	23.182	23.443
Consult	65.730	66.909	64.301	64.492
Tel. consult + herhalingsrecept	62.497	71.682	64.322	62.177
Totaal	151.013	161.939	151.805	150.112

1.3. Nieuwe posten

DDG is al geruime tijd bezig met de ontwikkeling van twee nieuwe posten in de stad ter vervanging van de post op het Damsterdiep: een nieuwe post op het terrein van het UMCG en een post in de "oudbouw" van het Martini Ziekenhuis.



1.3.1. UMCG

In april 2010 werd duidelijk dat de nieuwbouw op het terrein van het UMCG voorlopig geen doorgang kon vinden. Doordat bij de nieuwbouw rekening moest worden gehouden met het tracé van de toekomstige tram, voldeed de tekening niet meer aan de eisen van DDG. Bovendien waren de kosten te hoog. Eind 2010 kwam het UMCG met een nieuwe tekening waarbij het gebouw zowel qua breedte als hoogte verkleind was en daarmee op diverse onderdelen wederom niet voldeed aan de eisen. Bovendien was het investeringsbedrag nog steeds onverantwoord hoog. Er heeft eind 2010 op bestuurlijk niveau overleg plaatsgevonden om een aantal knopen door te hakken. De verwachting is dat in 2011 met de verdere uitwerking van een gewijzigd plan opnieuw kan worden gestart.

1.3.2. Martini Ziekenhuis

Na een wisseling op bestuurlijk niveau bij het Martini Ziekenhuis is eind 2010 het plan voor een satelliet post in het ziekenhuis weer opgepakt. Er is een projectplan opgesteld welke in 2011 zal worden uitgevoerd. Begin 2011 zullen de verschillende werkgroepen worden opgestart zodat aan het eind van 2011 de post in het Martini Ziekenhuis operationeel kan zijn. Dit wordt een post met beperkte openingstijden.

1.3.3. Verbouw huidige locatie Damsterdiep

Doordat de nieuwbouwplannen op het terrein van het UMCG zijn uitgesteld en de huidige locatie op het Damsterdiep niet meer voldoet heeft DDG samen met Lab Noord, de eigenaar van het gebouw, een plan gemaakt om op korte termijn o.a. de huisartsenpost te verbouwen.

Door ruimtes met Lab Noord te delen kunnen er meer spreekkamers worden gecreëerd in de huisartsenpost. In oktober 2011 moet de verbouwing zijn afgerond.

1.4. Inzet nurse practitioners (NP-ers) en physician assistant (PA)

Om de werkdruk voor artsen op te vangen zet DDG sinds 2008 NP-ers en sinds augustus 2010 een PA in. Op met name de vrijdag, zaterdag en zondag zijn de consultagenda's te druk voor de artsen op de posten Groningen, Stadskanaal en Winschoten. Zowel door artsen als patiënten wordt de inzet van NP-ers en PA geaccepteerd en gewaardeerd.

Inzet

In 2010 was de inzet als volgt:

Groningen:	vrijdagavond van 17.00 – 24.00 uur zaterdag van 14.00 – 22.00 uur zondag van 13.00 – 21.00 uur
Stadskanaal:	zaterdag en zondag van 11.00 – 19.00 uur
Sinds 30-10:	
Winschoten:	zaterdag van 10.00 – 18.00 uur, incidenteel op zondag

Werving

Er wordt naarstig gezocht naar uitbreiding van het aantal NP-ers en PA's. Het is echter erg lastig om goede mensen te vinden. Er zijn te weinig afgestudeerde NP-ers en PA's met huisartsgeneeskundige ervaring.

Vacatures staan op verschillende websites. Bovendien zijn de vacatures bekend bij de opleiding tot NP-er en de beroepsvereniging Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten (V&VN), afdeling NP. Daarnaast hebben we alle NP-ers die redelijk in de buurt wonen de vraag gesteld of ze bij ons willen werken. Dezelfde vraag hebben we via het hoofd van de opleiding tot PA voorgelegd aan alle afgestudeerde PA's. We hebben verschillende oriënterende gesprekken gevoerd en sommigen hebben een dienst meegelopen. Men haakt echter af in verband met het salaris, de ANW-uren, een andere baan. Of DDG vond ze niet geschikt. Daarnaast heeft DDG in 2009 en 2010 een tweede jaars NP-er in opleiding gehad. In augustus 2010 heeft deze NP-er de opleiding met succes afgerond.

1.5. Chauffeurs over naar Doktersdienst Vervoer Groningen (DVG)

Per 1 oktober 2010 zijn de doktersdienst- chauffeurs gedetacheerd bij DVG. DVG is een dochteronderneming van RAV. Omdat DDG te maken had met zes verschillende taxibedrijven, met allemaal hun eigen inbreng en verschil in aansturing voor de chauffeurs, heeft DDG besloten dit anders vorm te gaan geven. Het inzetten van DVG als tussenschakel heeft als voordeel dat we nu niet langer met zes verschillende bedrijven communiceren en onderhandelen. De keus om de chauffeurs onder te brengen bij DVG is ontstaan om drie redenen:

- 1) Het creëren van een eenduidige aansturing voor alle chauffeurs. De nieuwe leidinggevende van DVG is functioneel en hiërarchisch leidinggevende van de chauffeurs.

In het verleden werden de chauffeurs door DDG ingehuurd maar vielen functioneel en hiërarchisch onder de vervoerder van het taxibedrijf.

- 2) Eén aanspreekpunt voor DDG in plaats van zes.
- 3) De opleiding voor doktersdienstchauffeurs is onder gebracht bij DVG om zo continuïteit in de opleiding te kunnen garanderen. DVG heeft via RAV de opleiding in eigen huis en kan op die manier chauffeurs hun opleiding garanderen.

1.6. Regionale inzage in dossiers afgebroken (Intralink)

Begin 2010 waren er ongeveer 40 praktijken aangesloten op Intralink, voor het regionaal kunnen raadplegen van patiëntendossiers. Dit verliep niet vlekkeloos. Op te veel momenten was sprake van niet goed functioneren van de aansluitingen. Deels als gevolg van prioriteiten van His leveranciers en deels ook als gevolg van onvolkomenheden van de applicatie Intralink. DDG werd eind oktober gedwongen om te stoppen met de regionale inzage via Intralink. E-novation, de leverancier van Intralink, wilde stoppen om de volgende redenen:

- bedrijfsmatig en economisch: er waren te weinig afnemers van Intralink
- de Intralink applicatie bleek niet echt betrouwbaar; de continuïteit was slecht
- de informatiebeveiliging voldeed niet aan de landelijke norm



- de His-leveranciers richten zich geheel op het LSP
- GOZIS (Groninger open zorginformatie systeem) wordt afgebouwd en eindigt in 2012

Tweesporenbeleid

DDG heeft altijd een tweesporenbeleid voorgestaan en wilde zowel de huisartsen die alleen regionaal willen schakelen als ook de huisartsen die landelijk willen schakelen bedienen. Als gevolg van het besluit van E-novation werd DDG gedwongen om haar tweesporenbeleid te beëindigen. Uiteraard zal DDG het LSP blijven aanbieden.

1.7. Tevredenheidsonderzoek patiënten

DDG heeft in 2010 een patiënttevredenheidsonderzoek uit laten voeren. In de rapportage is onderscheid gemaakt tussen de posten die bij een ziekenhuis zitten, de post Groningen en de overige posten. Er zijn in het algemeen een aantal belangrijke conclusies te noemen. De patiënt geeft de triage-assistent een iets hogere waardering voor de dienstverlening dan voor de dienstverlening van de huisarts. De patiënt voelt zich goed geholpen door DDG. Het gemiddelde cijfer uit de drie rapporten voor de organisatie DDG is een 7,7. Dit is vergelijkbaar met andere huisartsenposten in Nederland.

Op het gebied van de communicatie kunnen we als organisatie nog verbeteringen bereiken. De patiënt wenst beter geïnformeerd worden over de behandelopties en de medicatie. Voorts heeft de patiënt het gevoel dat de triagegegevens niet altijd bekend zijn bij de behandelend arts.

Ook blijken ze niet altijd op de hoogte te zijn van het feit dat er een bericht naar hun eigen huisarts gaat na contact met DDG. Tot slot zouden we iets meer belangstelling voor de persoonlijke situatie van de patiënt kunnen tonen. DDG gaat aan de slag met deze verbeterpunten.

1.8. Nieuwe auto's

Begin januari 2010 is een groep van twee huisartsen en bureaupersoneel bijeen geweest om te beoordelen wat er anders moest bij aanschaf van nieuwe auto's. De nieuwe auto's moeten in de ambulance gele kleur worden afgeleverd. Dit in opdracht van de overheid om uniformiteit te creëren voor de hulpverleningsvoertuigen. Op basis van deze beraadslaging is de voorbereiding gestart.

Kern van de wijzigingen is:

- bedieningsgemak van de pc voor de huisartsen
- verbetering van het klimaat in de auto
- een nog betere voorziening voor verbruiksmateriaal achter in de auto

Bij de inrichting zijn allerlei kwaliteitseisen als referentiekader geraadpleegd. In de periode september tot december zijn de eerste drie nieuwe auto in gebruik genomen. Zoals gebruikelijk zijn allerlei kleine mankementen opgespoord.





Deze zijn en worden met spoed opgelost.

1.9. Nieuwe agendavoering

Sinds juni 2009 is DDG overgestapt op een genormeerde consultplanning per uur. Hiervoor waren de volgende redenen:

- de werkdruk vertoonde te veel pieken
- er waren lange wachttijden voor de patiënten

Dit bracht de volgende verbeteringen in de agenda's met zich mee.

Indeling consultagenda's huisartsen

De indeling voor de consultagenda huisartsen bestaat per uur uit: 4 consult plekken, 1 spoedplek en 1 plek voor dokterstelefoon en/of fiatteer.

Routineplekken en spoedplekken in agenda

Na ingebruikname van de nieuwe agendavoering is te zien dat de werkdruk beter verspreid is over de diensturen, maar er zijn ook verbeterpunten:

- 's avonds zijn er te weinig routine plekken beschikbaar zijn. Patiënten worden na 23.00 uur geboekt bij de nachtdienst arts omdat de agenda niet voldoende ruimte biedt
- in Groningen wordt er in de pauzes van de artsen consulten geboekt
- er wordt geen gebruik gemaakt van de overdrachtstijd.

Er is kritisch gekeken naar de bovengenoemde punten. De overdrachtstijd is afgeschaft, de pauzes van de artsen in Groningen worden verspreid gepland, de pauze van de artsen in de avonduren wordt met 10 minuten verkort. Zo kunnen er per spreekuur in de avond 3 extra consultplekken gecreëerd worden. Op deze manier hoopt DDG te bereiken dat er onnodig consulten worden doorgeschoven naar de nachtdienst-arts. Het aantal spoedplekken lijkt voldoende en blijft onveranderd.

Dokterstelefoon in agenda

Op de perifere posten wordt gemiddeld 0-1 dokterstelefoon per uur afgehandeld. In Groningen is dat 0-4 per uur. De in de agenda geplande tijd is hiervoor toereikend.

Fiatteren in agenda

Het streven van DDG is dat alle assistenten adviezen binnen het uur zijn gefiatteerd. Op zaterdag lukt dat in 15% van de te fiatteren calls niet. Op zondag is dat 28%.

Stappen in 2010 door DDG ondernomen om het fiatteren te verbeteren:

- er is aandacht in alle team-overleggen van de triage-assistenten geweest en daar is het belang uitgelegd van op tijd fiatteren
- er is in de nieuwsbrief een verzoek aan huisartsen en assistenten gedaan om alerter op het fiatteren te zijn



- het belang van op tijd fiatteren is besproken in de AR
- de taak van de dispatcher is uitgebreid, zij moet ieder uur controleren of de fiatteerlijst leeg is, zo niet dan de betreffende assistente/arts wijzen op zijn/haar taak

Ondanks alle inspanningen is het in 2010 nog niet gelukt alle adviezen binnen een uur te laten fiatteren.

NP-agenda

De indeling voor de agenda van de NP (alleen Stadskanaal, Groningen en per 1 oktober Winschoten) bestaat uit 4 consultplekken per uur. Over de indeling van de NP-agenda zijn de NP-ers tevreden. De NP-ers kunnen hun patiëntenpopulatie goed behandelen binnen de huidige agenda.

1.10 Tevredenheidsonderzoek huisartsen

Eind 2010 heeft een tevredenheidsonderzoek plaatsgevonden onder de huisartsen, waarnemers, Hidha's en AIOS-sen. Van de 443 aangeschreven artsen hebben 155 een vragenlijst ingevuld. Dit komt neer op een response van 35%. Op vrijwel alle onderdelen: communicatie, samenwerking, werkomstandigheden en werkverhoudingen scoort DDG boven het landelijk gemiddelde. Alleen op werkinhoud scoort DDG 0,3 lager dan het landelijk gemiddelde. Op het vlak van communicatie is opvallend dat men erg ontevreden is over

de beschikbare informatie over patiënten maar erg tevreden over de interne communicatie en de klachtenafhandeling. Op het vlak van samenwerking is men erg tevreden over de deskundigheid van de triage-assistenten en chauffeurs.

Het beleid omtrent zelfverwijzers kan beter. Ten aanzien van de werkinhoud weten artsen precies wat er van ze verwacht wordt. De artsen zijn duidelijk ontevreden over hun inspraakmogelijkheden aangaande het beleid maar opvallend is dat weinig artsen vervolgens bereid zijn om een bijdrage te leveren aan het beleid van DDG. Men is tevreden over de werkomstandigheden, al laat de slaapgelegenheid behoorlijk wat te wensen over. Ten slotte zijn de artsen tevreden over de manier waarop de werkwijzen zijn vastgelegd en ervaart men de samenwerking met alle collega's als erg prettig.

Hoofdstuk 2. Personeel

2.1. Personeelsbeleid

Het personeelsbeleid heeft als doel de ontwikkelingen van de organisatie te ondersteunen door faciliteiten en ondersteuning te bieden aan medewerkers. DDG werkt met medewerkers met specifieke kennis en vaardigheden. In dit kader leidt DDG medewerkers op en begeleidt hen voortdurend. Ook stelt DDG nieuwe medewerkers met de benodigde kwalificaties aan.

DDG hecht eraan dat de medewerkers in een gezonde en veilige omgeving hun werk kunnen doen. In 2010 is in dit kader binnen het bureau een werkplekonderzoek uitgevoerd. Op diverse posten zijn eveneens verbeteringen doorgevoerd, hier wordt nog steeds aan gewerkt.

2.1.1. Triage assistenten

In 2010 was het voor het eerst sinds jaren dat DDG minder last had van de krapte van triage-assistenten op de arbeidsmarkt.

2.1.2. Nurse practitioner

NP-ers nemen steeds meer consulten over van huisartsen.

Hierbij gaat het om consulten uit de volgende patiëntencategorieën:

- patiënten met recentelijk traumatisch letsel van het houding- en bewegingsapparaat

- patiënten met wonden waaronder brand-, snij-, barst-, steek-, chirurgische- en schaafwonden
- patiënten met mensen- katten- en hondenbeet
- patiënten met insecten- en tekenbeet
- patiënten met bevriezingsletsel graad 1
- patiënten met corpus alineum in KNO gebied

De volgende Enkelvoudige Veel Voorkomende Klachten (EVKK's) zijn hier in Stadskanaal in 2010 aan toegevoegd:

- patiënten met klachten van het houdings- en bewegingsapparaat, ook zonder recentelijk trauma
- patiënten met keel, neus- en oorklachten: acute keelpijn, oorpijn, ontsteking neus- en bijholten, trauma neus, neusbloeding, parotitis - ontsteking bijspeekselklieren, zwelling in de hals
- huidklachten - dermatologie: onduidelijke huidklachten, zonder koorts, met grote ongerustheid, waarbij een consult gewenst is

Uitzonderingen:

- patiënten met een hoge mate van co-morbiditeit of polyfarmacie
- patiënten met koorts gecombineerd met een van bovenstaande aandoeningen

Het is de verwachting dat in 2011 iedere NP-er en PA deze EVVK's kunnen verrichten en zijn de te plannen patiëntencategorieën op iedere post gelijk.



De krapte op de markt van NP-ers is fors, daarom is besloten om in 2011 zelf twee NP-ers op te leiden.

Iedere NP-er heeft een personeelsdossier met hierin de kopieën van alle relevante certificaten, waaruit blijkt dat de NP-er bekwaam en bevoegd is tot het behandelen van de aangewezen patiëntencategorieën. Wanneer eventuele lacunes zijn geconstateerd in het portfolio van de individuele NP (op basis van functieprofiel) is deze verplicht te zorgen voor aanvullende scholing. Alle NP-ers leveren zes Korte Praktijk Beoordelingen per jaar in: dit zijn verslagleggingen van patiënten behandelingen met een beoordeling door de dienstdoende huisarts of door de huisarts waar de NP-er overdag in dienst is.

2.1.3. Physician Assistant

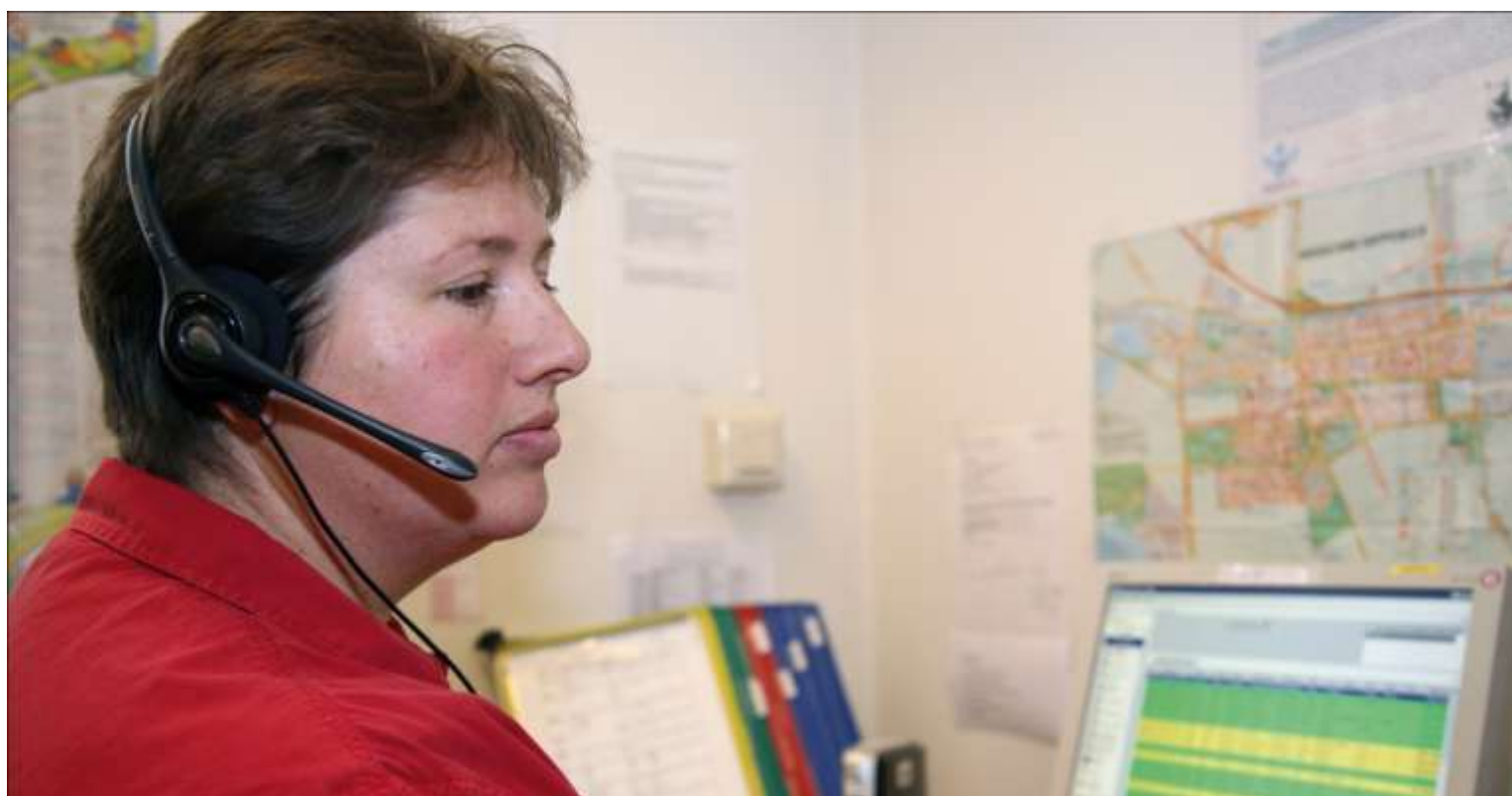
Een physician assistant (PA) is een meer medisch opgeleide assistent met als achtergrond verpleegkundige, fysiotherapie, logopedie enz. Vanwege de krapte op de markt van NP-ers is ook de markt van de PA verkend. Een PA kan dezelfde taken verrichten als de NP-er. Een PA heeft nog geen zelfstandige bevoegdheid zoals dat wel bij de NP-er het geval is. Daardoor worden de consulten gefiatteerd door de huisarts. Ook de PA levert zes Korte Praktijk Beoordelingen per jaar in. In augustus 2010 is de eerste PA aan de slag is gegaan voor DDG.

2.2. Ziekteverzuim

Het verzuimpercentage dat DDG als uiterst maximum hanteert, is 4% exclusief zwangeren. Ook in 2010 is het DDG wederom gelukt ruim onder dit percentage te blijven. Het voortschrijdende verzuimpercentage over 2010 is 2,39%. Zelfs het verzuimcijfer inclusief zwangeren komt ruim onder het streefcijfer, dit komt namelijk op een gemiddelde van 3,75% over het hele kalenderjaar 2010.

2.3. In-, door- en uitstroom

In het jaar 2010 zijn er 24 nieuwe medewerkers in dienst gekomen en zijn er 30 medewerkers vertrokken. Bijna de helft van de nieuwe medewerkers zijn NAW-assistenten. Zoals bekend is onder deze groep het verloop relatief hoog, dit is studie gerelateerd (co-schappen). Het vertrek kan gelukkig altijd goed worden opgevangen met het aanstellen van nieuwe studenten Geneeskunde die minimaal hun propedeuse hebben behaald. Naast de nieuwe NAW-ers zijn er voor de posten Groningen en Stadskanaal nieuwe assistenten geworven en aangenomen. Na het vertrek van de directiesecretaresse die ook alle facilitaire werkzaamheden deed, is de functie over twee nieuwe medewerkers verdeeld, een directiesecretaresse en een facilitair medewerker. Ook hebben we binnen de groep NP-ers onze eerste PA.





Hij doet dezelfde werkzaamheden als de NP-ers. Eén van de NP-ers die hier werkte op basis van een detacheringsovereenkomst is in het najaar van 2010 in dienst van DDG getreden.

Vertrekredenen van medewerkers zijn:

- co-schappen/studie (15)
- uitbreiding/wijziging uren in dagpraktijk, andere baan overdag en/of studie (3)
- pensioen/OBU (2)
- (nog) niet geschikt/verkeerde voorstelling van functie tijdens inwerkperiode (6)
- privé-omstandigheden (3)
- ontslagprocedure (1)

Hoofdstuk 3. Kwaliteit

3.1. Kwaliteit

DDG werkt hard aan het verbeteren van haar kwaliteit om zo de patiënt de beste mogelijke zorg te leveren maar ook haar (mede)werkers op een kwalitatief goede manier te faciliteren.

Zoals in de inleiding gemeld heeft DDG in april 2010 het HKZ kwaliteitscertificaat behaald (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorg).

3.2. Opleiding

3.2.1. Triage-assistenten

Iedere assistente die werkt voor DDG moet uiteindelijk een gecertificeerd triage-assistente worden. Van de assistenten die voor 2008 in dienst waren is 93% gecertificeerd. Dit betekent dat ze naast een diploma tot doktersassistente, of verpleegkundige, zijn geslaagd voor de kennistoets, communicatietoets en praktijkbeoordeling voor de landelijke opleiding tot triage assistent.

Na twee sessies van communicatietoetsen, afgenomen door een scholingsarts en de eigen locatiemanager was de conclusie dat de volgende triage-onderdelen al goed gaan:

- hulpvraag bepalen
- empathie tonen
- structureren en samenvatten



Er kwam ook naar voren dat een aantal aandachtsgebieden getraind moesten worden. Dat ging om de volgende punten:

- advisering: gestructureerd en niet teveel in één keer aanbieden / toets de patiënt: is het inhoudelijk duidelijk?
- U4: verwijzing naar eigen huisarts. Hoe communiceer je het vervolgbeleid als dit niet in overeenstemming is met de verwachting van de patiënt / ongerustheid
- triage kan soms sneller / stoppen als de urgentie is bepaald
- geen diagnose stellen / alleen urgentie bepalen (voorkomen van kokervisie)

Alle assistenten hebben een training op maat gehad via Van Campen Consulting, de zogenaamde "puntjes op de i training".

3.2.2. NP-ers

De portfolio's van alle NP-ers en PA zijn nu op orde. DDG kan hiermee aantonen dat we controle uitoefenen op de bevoegd- en bekwaamheid. De herregistratie van verpleegkundigen is sinds januari 2009 verplicht (Wet BIG). Een (her)registratie als NP-er is niet mogelijk omdat NP-er geen wettelijk beschermde titel/functie is. De (her)registratie als Verpleegkundig Specialist is relevant voor de NP-ers van DDG. Voor NP-ers geldt een scholingseis van 40 geaccrediteerde uren/punten per jaar. De inhoud van de geaccrediteerde scholing is landelijk vastgesteld.

3.2.3. NAW-ers

De NAW-ers volgen drie keer per jaar een dagdeel scholing. In deze scholing wordt o.a. aandacht besteed aan communicatieve en andere sociale vaardigheden. Standaard op het programma van deze bijeenkomsten staat:

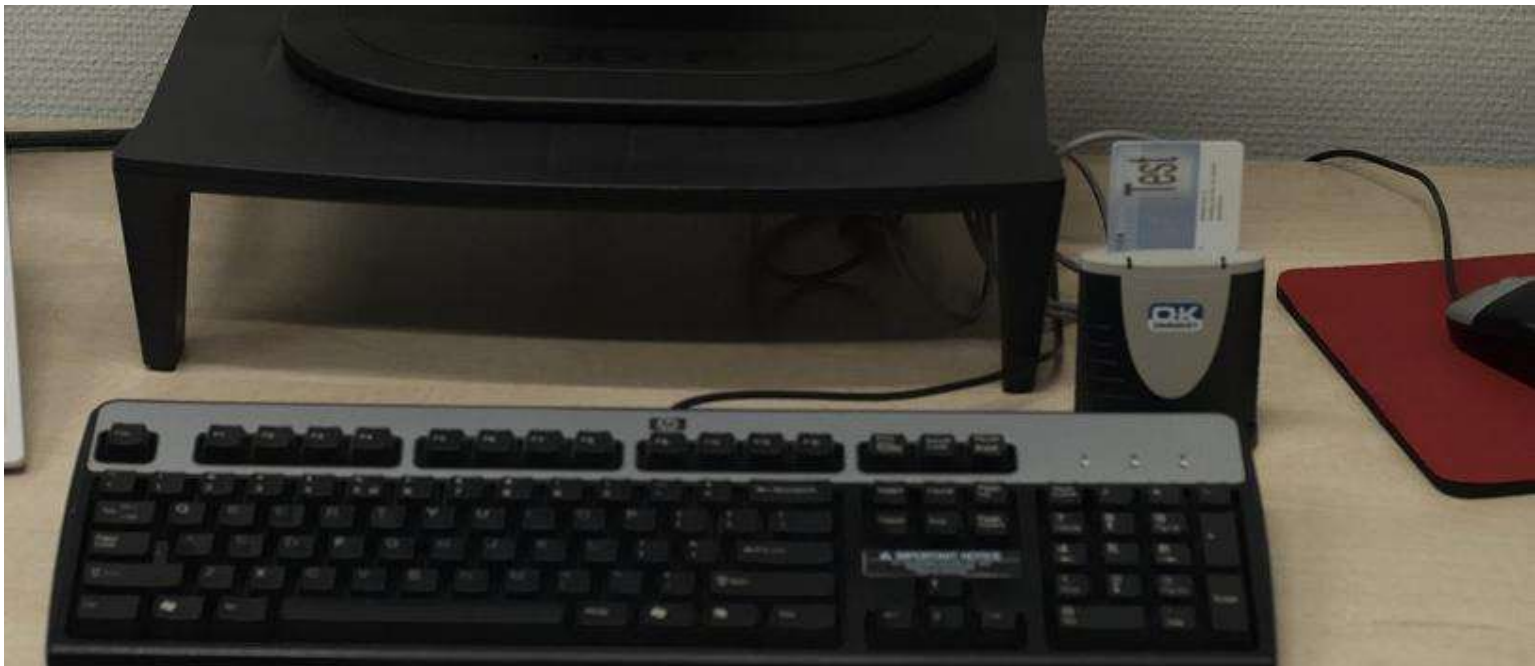
- het behandelen van nieuwe protocollen en het nogmaals onder de aandacht brengen van bestaande protocollen
- beluisteren van een aantal calls voor intervisie
- inbreng van de klachtenfunctionaris over de handelwijze van NAW-ers tijdens gesprekken
- bespreken van mogelijkheden ter verbetering van de registratie
- optimaliseren van de samenwerking met assistenten

3.2.4. Chauffeurs

In 2010 zijn de chauffeurs overgegaan naar RAV. Het opleiden van chauffeurs heeft RAV daarmee ook overgenomen van DDG.

3.2.5. Bureaumedewerkers

Bij bureaumedewerkers komt de opleidingsbehoefte in ieder geval tijdens het functioneringsgesprek aan de orde. Afhankelijk van de behoefte wordt al dan niet gestart met een opleidingstraject of een korte cursus. In 2010 hebben alle bureaumedewerkers deelgenomen aan een in company training voor Profit, het ERP-systeem waar DDG mee werkt. Ook heeft een deel van de bureaumedewerkers een training op het gebied van persoonlijke effectiviteit gevolgd.



Daarnaast hebben meerdere bureaumedewerkers functie-gerelateerde cursussen en trainingen gevolgd.

DDG is sinds 2010 een erkend leerbedrijf voor diverse MBO-opleidingen. In het kader hiervan zijn in 2010 op het bureau, bij het secretariaat en de ICT-afdeling, twee stagiairs opgeleid. Dit zal in 2011 worden gecontinueerd.

3.3. Elektronisch waarneemdossier huisartsen en informatiebeveiliging

Omdat medische gegevens privacygevoelig zijn, staat veiligheid voorop bij de registratie en de uitwisseling van gegevens. Daarom kan DDG alleen een elektronisch waarneemdossier realiseren als we een goed beheerd zorgsysteem (GBZ) realiseren en de norm voor informatiebeveiliging in de zorg (NEN7510) toepassen. Dit betekent onder andere dat DDG er voor moet zorgen dat de hard- en software geschikt is om gegevens te kunnen uitwisselen en dat DDG beschikt over een goede beveiliging waardoor alleen die personen toegang tot de gegevens hebben die hiertoe bevoegd zijn. Daarnaast is het bewust omgaan met deze gegevens een groot onderdeel van de informatiebeveiliging.

3.3.1. GBZ

GBZ staat voor een Goed Beheerd Zorgsysteem. Iedere zorginstelling die gegevens wil uitwisselen via het Landelijk Schakelpunt (het LSP) dient haar systemen aan te passen aan het verplichte informatiebeveiligingsniveau.

Om aan het beoogde beveiligingsniveau te voldoen zijn zowel technische- als menselijke aanpassingen nodig. Voorbeelden van technische aanpassingen zijn bijvoorbeeld het systeem klaarmaken voor UZI-pasgebruik, het toekennen van rechten binnen Adastras op basis van gebruikersgroepen en een technische goedkeuring van Adastras zelf. De menselijke aanpassingen bestaan uit DDG Controle en naleving van wetgeving en het juist gebruiken van de UZI-pas. In 2010 is het merendeel van de GBZ-eisen geïmplementeerd. Helaas was de technische goedkeuring van Adastras nog niet gereed. Voor maart 2011 wordt deze technische goedkeuring van Adastras verwacht. Dan voldoet DDG volledig aan de GBZ-eisen en kan aangesloten worden op het LSP.

3.3.2. Invoering UZI-passen

DDG is wettelijk verplicht te zorgen voor een adequate informatiebeveiliging bij inzage in patiëntgegevens. Dit houdt in dat iedereen die bij DDG te maken heeft met patiëntgegevens, verplicht wordt om gebruik te maken van een UZI-pas. DDG heeft in 2009 voor een groot aantal artsen, assistenten, NP-ers en NAW-ers een UZI-pas aangevraagd. Vanaf maart 2010 is stapsgewijs het gebruik van de UZI-passen ingevoerd. Op een enkel incident na is de invoering van de UZI-passen voor triage-assistenten en NAW-ers nagenoeg vlekkeloos verlopen. De storingen waren snel opgelost en hadden in bijna alle gevallen te maken met het vergeten van de pas.

Voor een betere ondersteuning van het werkproces zijn er op verzoek van de assistentes speciale balie- en dispatch-passen verstrekt. Procesbeschrijvingen en instructies zijn opgesteld voor stafbureau, artsen, NP-ers, NAW-ers en assistentes.

De invoering van de passen voor huisartsen is een wat langer traject. Niet alle huisartsen waren eind 2010 in het bezit van een UZI-pas. Het volledig overgaan op het gebruik van de UZI-pas door huisartsen zal doorlopen in 2011.

Resteert nog de invoering van het UZI-pasgebruik voor Adastra (unieke inlog) van de medewerkers werkzaam op het stafbureau van DDG. Alle bureaumedewerkers die toegang hebben tot Adastra zijn al in bezit van een UZI-pas. Het verplicht gebruik van de UZI-pas zal voor 1 maart 2011 ook voor deze gebruikersgroep gelden.

3.3.3. GBZ/NEN 7510

DDG sluit in maart 2011 aan op het LSP. Daartoe dient DDG te voldoen aan alle GBZ-eisen. De GBZ-eisen zijn gericht op alle medische gegevens. Maar DDG heeft meer gevoelige informatie. Hierbij valt te denken aan loongegevens, bedrijfsgegevens en financiële gegevens. De bescherming van dit soort gegevens is geregeld in de NEN-7510 norm. Omdat de GBZ-eisen voor een deel gelijk zijn aan de normen die in de NEN-7510 beschreven zijn, is DDG in 2010 begonnen met het implementeren van diverse onderdelen van de NEN-norm.

Voorbeelden van reeds gerealiseerde NEN-normen in 2010 zijn het voeren van een clean deskpolicy, verscherpt wachtwoordbeleid, het afsluiten van de computer bij het verlaten van de werkplek en de deuren die toegang geven tot kantoorruimten voorzien van een slot.

In 2011 verwacht DDG het NEN 7510 certificaat voor Informatiebeveiliging te behalen. Omdat het behalen van het certificaat geen eindpunt is, maar juist een start voor continue kwaliteitsverbeteringen op informatiebeveiligingsgebied, heeft DDG een informatiebeveiligingswerkgroep opgericht. Deze werkgroep zal in 2011 haar bijdrage leveren aan dit continue proces.

3.3.4. Aansluiting LSP

Administratief en technisch is de Adastra database via E-novation gekoppeld met het LSP. De organisatorische voorbereiding voor het gebruik van het LSP zijn afgerond. Alle procedures, werkinstructies, autorisaties etc. zijn gereed voor ingebruikname van het waarneemdossier. Met andere woorden: technisch is het opvragen van dossiers mogelijk. Dit is een hele prestatie geweest voor de betrokkenen van DDG, E-novation en van Nictiz. Het waarneemdossier opvragen via het LSP kan echter nog niet worden geactiveerd. Dit heeft te maken met het feit dat op 1 december 2010 er een nieuwe versie van LSP is geïmplementeerd.



Dat betekende nieuwe aanpassingen op het systeem. Sinds dat moment staat DDG weer “op onderhoud”. Daarbij is de kwalificatie LSP-connect in combinatie met Adastra voor E-novation verlopen. De koppeling van DDG met het LSP en activering van het waarneemdossier kan daarom op zijn vroegst per 1 maart 2011 gerealiseerd worden. E-novation heeft aangegeven dat dan de her-kwalificatie zal zijn afgerond. Sinds december 2010 is gestart met het aansluittraject van ongeveer 130 huisartsen, circa 100 praktijken. In maart 2011 zal naar verwachting voor meerdere praktijken en DDG de inzage via LSP mogelijk zijn.

3.4. Werkdruk en responsetijden

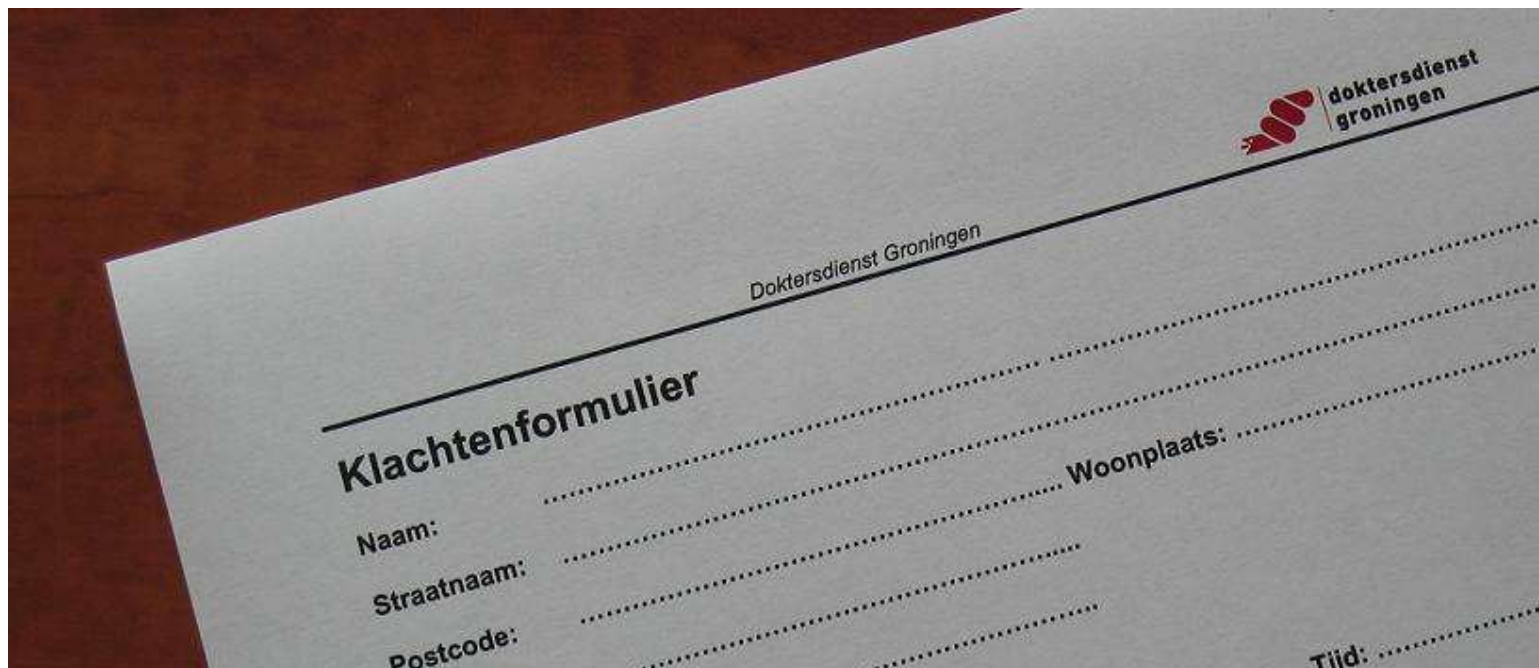
In 2009 werden met regelmaat onze responsetijden, binnen een bepaalde tijd de patiënt terugbellen, overschreden. Vaak werd bij drukte extra personeel ingezet. Dit leidde echter niet tot verbetering van de response tijden. Na een uitgebreide analyse van de situatie werden, om te kunnen voldoen aan de gewenste response tijden, de volgende acties ingezet:

- aanpassen dienstenstructuur o.b.v. het gemiddeld aanbod per uur en een normering van 6 calls per uur voor een assistente in de periferie en 9 calls voor de assistenten in Groningen en voor de extra diensten (balie-, spoed- en dispatchassistente worden niet in de berekening meegenomen)

- er wordt gewerkt aan de hand van de prestatiekolom. Patiënten die langer dan 15 minuten in de terugbellijst staan worden als vanzelfsprekend door de triage-assistente die als hiertoe in staat is gebeld
- een format ontwikkelen waarin de triages in aantal per uur, per locatie wordt weergegeven. Een positieve of negatieve afwijking van de norm wordt hierin ook weergegeven ten tijde van overschrijding van de responsecijfers.

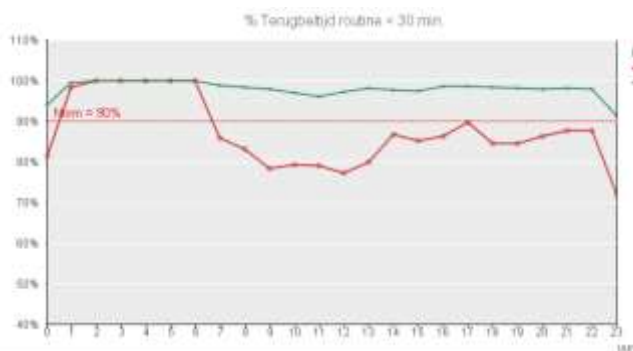
Op 3 januari 2010 is DDG gestart met een nieuw rooster, provincie breed. Dit rooster is aangepast aan de gemiddelde werkdruk per uur. Hierin zijn ook de pauzes berekend. Er is een nieuw pauzeschema gemaakt waarin de post Groningen ook is meegenomen. Verder zijn de namen van de diensten veranderd voor meer uniformiteit. Wekelijks worden weekendcijfers geanalyseerd en bekend gemaakt via de interne wekelijkse nieuwsbrief en geplaatst op intranet. Daar waar nodig wordt, in geval van afwijkingen op een bepaalde locatie, met de betrokken triage-assistente gesproken waardoor we nog meer inzicht krijgen. Ieder kwartaal wordt her-berekend of de formatie per uur nog steeds passend is bij het aantal binnenkomende calls per uur in het betreffende kwartaal. Dit was in 2010 het geval.



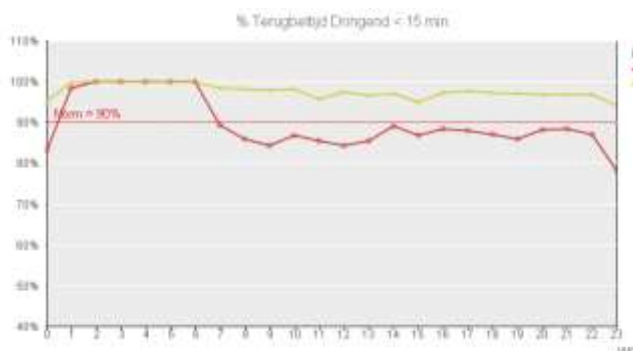


Na evaluatie van de ingezette acties blijkt dat DDG in bijna 99% van alle gevallen de patiënt op tijd terugbelt. Door een juiste bezetting en de inspanningen van onze triage-assistenten zijn de responsetijden in 2010 enorm verbeterd. De assistenten ervaren de werkdruk als prettiger en het pauzeschema werkt nagenoeg altijd.

Responsetijden triage routine:



Responsetijden triage dringend:



3.5. Klachten

Klachtenbemiddeling is een informele interventie die plaatsvindt naar aanleiding van een klacht met als doel om voor zover mogelijk de rechtspositie van de patiënt te beschermen; bij te dragen aan kwaliteitsverbetering van de zorg; bij te dragen aan een oplossing van problemen die de individuele patiënt via zijn klacht aan de orde stelt; een mogelijkheid te creëren tot herstel van de relatie.

De klachten*behandeling*, een formele procedure resulterend in een uitspraak, wordt bij DDG uitgevoerd door de klachtencommissie Doktersdienst Groningen (zie paragraaf 4.4.3.)

Alle klachten worden in eerste instantie gezien door de klachtenfunctionaris. Zij neemt dan contact op met de klager en geeft uitleg over de verschillende mogelijkheden van de klachtenregeling van DDG. De klager beslist welk traject wordt afgelegd. Wanneer een klager klachtenbemiddeling op prijs stelt, kunnen bemiddelende gesprekken worden gevoerd met de betrokken medewerker(s) en/of artsen.

3.5.1. Klachtbemiddeling in 2010

In 2010 hebben 118 personen klachten ingediend. De 118 personen die in eerste instantie hebben gekozen voor het bemiddelingstraject, hebben 126 klachten ingediend. De meeste klachten zijn gericht tegen huisartsen, namelijk 72 van de 126 klachten, 1 is gericht tegen een AIOS, 32 tegen triage-assistenten, 3 tegen NAW-assistenten, 3 tegen een nurse practitioner, 1 tegen een bureaumedewerker en 13



tegen de organisatie. Eén klacht was gericht tegen een ziekenhuismedewerker. De patiënt wist niet dat DDG en het betreffende ziekenhuis verschillende zorginstellingen zijn.

	2010	2009	2008
Aantal aanmelders	118	121	103
Aantal klachten	126	126	108

Met betrekking tot de wijze waarop de klachtenbemiddelaar de klachten afhandelt, is het altijd de klager die bepaalt op welke wijze dat gebeurt, hoewel natuurlijk ook de aard van de klacht mede kan bepalen welke stappen worden gezet. Zo is een klacht over een (verkeerde) diagnose in het algemeen het best af te handelen door bemiddeling: de huisarts kan zelf het best aangeven wat de huisarts op het moment dat de patiënt bij haar/hem was, zag en welke overwegingen aan de behandeling ten grondslag lagen. Bij 41,5% van de 126 klachten heeft de klachtenbemiddelaar naar aanleiding van een klacht gesprekken gevoerd met betrokken beklagden en de bevindingen overgebracht aan de klager. Deze vorm van klachtenafhandeling wordt dienstverlening genoemd. In 25% van de klachten bestond de ondersteuning door de klachtenbemiddelaar uit bemiddeling, waarbij een gesprek tussen klager en beklagde tot stand werd gebracht. Bemiddeling kan op verschillende wijzen. Soms is een telefoongesprek tussen de beklagde en klager voldoende.

Andere keren heeft men liever een face-to-face gesprek met de behandelend huisarts of met een locatiemanager, al dan niet in aanwezigheid van de klachtenbemiddelaar.

De klachtenbemiddelaar probeert zoveel mogelijk af te handelen via de bemiddeling, aangezien klagers dan in het algemeen meer tevreden zijn over de afgehandelde klacht dan bij dienstverlening. Toch waren er in 2010 vrij veel mensen die bemiddeling niet op prijs stelden. Als reden gaven zij bijvoorbeeld aan dat ze té boos zijn of waren voor een gesprek of dat ze bang zijn te emotioneel te reageren

In de overige gevallen is de klacht intern besproken; is de klacht verwezen naar een andere instantie (bijv. naar de klachtencommissie of naar de eigen huisarts); is advies of informatie gegeven aan de klager; is de klacht na anhoren alleen geregistreerd. Relatief gezien is er in 2010 vaak alleen informatie of advies gegeven of is de klacht alleen geregistreerd. Een voorbeeld van alléén registratie was bij een klacht over de huisartsendienstenstructuur in het algemeen. Klager wist wel hoe het systeem werkte, maar vond dat het vroeger, toen de eigen huisarts altijd dienst had, beter was voor de patiënt.



Onderwerp	2010	Percentage	2009	2008
methodisch-technisch handelen	77	61%	63%	58%
relatie	21	16,5%	18%	20%
organisatie	25	20%	15%	13%
financiën	3	2,5%	4%	9%
totaal	126	100%	100%	100%

77 Klachten waren van technische aard; dit is ongeveer 61% van het totaal aantal klachten. Klachten in deze categorie gaan bijvoorbeeld over onzorgvuldig of onvolledig onderzoek door de huisarts, een onjuiste beoordeling van de urgentie of over verkeerd inschatten van de hulpvraag van de patiënt. Er waren 21 klachten van relationele aard (16,5%). Klachten van relationele aard zijn bijvoorbeeld klachten die gaan over onvoldoende aandacht voor de patiënt. Er waren 25 klachten van organisatorische aard. Daaronder worden verstaan klachten die bijvoorbeeld betrekking hebben op wachttijden wanneer men opbelt of de tijd die men moet wachten voordat de visitearts er is. Tot slot waren er 3 klachten van financiële aard. Hierbij gaat om klachten over facturen en de prijzen van de dienstverlening.

Aan het eind van de klachtenbemiddeling vraagt de klachtenbemiddelaar in het algemeen of de klager tevreden is over de afhandeling.

Na ondersteuning door de klachtenbemiddelaar bleek 79% van alle klachten naar tevredenheid van de klager te zijn opgelost, 12% echter niet. In 5% van de gevallen komt men tot een compromis. Tot slot blijft in 4% van de zaken het resultaat onbekend.

	2010	Percentage	2009	2008
probleem opgelost (tevreden klager)	100	79%	78%	68%
probleem blijft (ontevreden klager)	15	12%	5,5%	10%
compromis (deels tevreden/deels ontevreden)	6	5%	12,5%	11%
resultaat onbekend	5	4%	4%	11%
totaal	126	100%	100%	100%

Klachten zijn voor DDG belangrijke signalen over de kwaliteit van de verleende zorg. Iedere week worden in het weekendoverleg met de locatiemanagers, kwaliteitsmedewerkers en de directie verschillende casussen besproken. Er wordt dan bezien of het beleid aangepast moet worden dan wel dat er andere maatregelen genomen moeten worden. Ook wordt regelmatig naar aanleiding van klachten advies gevraagd aan de kwaliteitscommissie. Naar aanleiding van klachten zijn verschillende maatregelen genomen om de kwaliteit van zorg te optimaliseren zoals:

- aanpassing van special notes in Adastra
- een nauwkeurige omschrijving van de openbare ruimtes waar DDG diensten verleent en waar niet triage assistenten geven duidelijker aan hoe lang het duurt voordat een huisarts komt of belt

3.6. Interne meldingen

In 2010 zijn via de zogenoemde 'gele formulieren' 604 verbetervoorstellen, klachten en meldingen ingediend. Ook meldingen van ketenpartners worden als geel formulier afgehandeld. Meldingen die eenvoudig op te lossen zijn, zoals het ontbreken van bepaalde medicatie op een huisartsenpost die aanwezig hoort te zijn, worden direct afgehandeld door de betrokken locatiemanager of kwaliteitsmedewerker. Alle overige meldingen worden besproken in het weekendoverleg door de directeur, de locatiemanagers, de ICT-medewerker, de kwaliteitsmanager en de klachtenfunctionaris. Gele formulieren die tijdens de weekendoverdracht worden bestempeld als 'incident' worden door de MIP-commissie behandeld. De overige formulieren worden afgehandeld door de verantwoordelijke medewerker. Er wordt gestreefd de formulieren binnen 6 weken af te handelen. Naar aanleiding van de 'gele formulieren' is in 2010 een groot aantal verbeteringen doorgevoerd zoals:

- duidelijker de afspraken met ketenpartners vastleggen
- een document met Duitse zinnen
- een brancard voor mensen die onwel worden

- achtergrond muziek in de verschillende wachtkamers om 'meeluisteren' met gesprekken te voorkomen
- een hor aan de buitenkant van de triageruimte beneden
- DDG stuurt voorlichtingsmateriaal aan sportverenigingen

Op het gebied van samenwerking met onder andere het Asielzoekerscentrum, Lab Noord en de Ambulancezorg worden de afspraken tegen het licht gehouden en daar waar verbeteringen mogelijk zijn doorgevoerd.

3.7 Werkgroep palliatieve zorg

De werkgroep heeft DDG beleid palliatieve zorg opgesteld. Dit is in maart 2010 door de Adviesraad goedgekeurd. Belangrijkste punt is dat de eigen huisarts tijdig een actuele overdracht moet invoeren in Adastra, het medisch elektronisch dossier dat gedurende de ANW-diensten wordt gebruikt. DDG heeft twee artikelen over palliatieve zorg geplaatst in DDG berichten, waaronder een interview met Karel Schuit. Tevens heeft een CDDG-nascholing over palliatieve zorg tijdens ANW plaatsgevonden. Begin 2011 evalueert DDG in welke mate het DDG beleid Palliatieve zorg in de praktijk gevolgd wordt.



De werkgroep palliatieve zorg heeft begin 2010 haar werkzaamheden afgerond. Deelnemers waren:

- H. Bakker, arts
- M. Bruinsma, arts
- E. van Dongen van het Technisch Team Thuiszorg Groningen
- F. Janssen, kwaliteitsmanager
- S. van Nierop, arts
- R. Peters, arts
- K. Schuit, arts en consulent palliatieve zorg te Groningen

Hoofdstuk 4. Bestuurlijk

Doktersdienst Groningen heeft een stichtingsstructuur met een Raad van Toezicht en een directeur/bestuurder. De Raad van Toezicht bestaat uit vijf leden. De organisatie heeft een ondernemingsraad met zeven leden.

4.1. Raad van Toezicht

Dit jaar heeft de Raad van Toezicht (RvT) zich onder andere gebogen over veiligheid en kwaliteit, de financiën en een aantal inhoudelijke punten. Naast de begroting, jaarrekening, en interim-controle ging het om de volgende onderwerpen: het TNO rapport over de dienstenverdeling, het plan om chauffeurs onder te brengen bij de RAV, de klachten, incidenten en calamiteiten over het gehele jaar, het patiënten ervaringsonderzoek, de HKZ audit rapportage en de financiële perikelen rondom het bouwen van een post bij het UMCG. Ook werd er zoals elk jaar geëvalueerd met de OR en vond er een gezamenlijk overleg met een deel van de Adviesraad plaats in aanwezigheid van de heer H.M. Bolle, de directeur van de VHN. In deze bijeenkomst is de toekomstvisie van de huisartsenposten onder de loep genomen. Een inspirerende en betrokken bijeenkomst. Aan het eind van het jaar namen we afscheid van de heer P. Boer, een zeer gewaardeerd RvT lid en oud voorzitter van het bestuur van DDG. Per 1 januari 2011 wordt hij opgevolgd door extern geworven heer J. Hamming.





4.2. Adviesraad

De stichting Doktersdienst Groningen heeft een Adviesraad (AR), die bestaat uit 15 huisartsen. 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 AR benoemd. De bestuurder overlegt regelmatig met de voorzitter van de AR over lopende zaken. Er is gekozen voor een AR om de betrokkenheid en medezeggenschap van de huisartsen vorm te geven. De AR houdt zich zo min mogelijk met geld en bestuurszaken bezig maar des te meer met kwaliteit en de praktijk. In 2010 zijn thema's als dienstenverdeling, CAO chauffeurs, dossier inzage, ICPC codering, inzet PA, stadse posten, samenwerking met DHV, evaluatie functioneren AR, aanpassing huisartsen reglement en invulling van de korte consultdienst aan de orde gekomen.

De dienstenverdeling in de nacht heeft veel aandacht van de AR gekregen. Binnen de groep huisartsen die bij DDG werken bestaat er verschil in het aantal uren dat men dienst doet op een post. Dit is afhankelijk van het aantal patiënten dat men heeft, in welk gebied men werkt en op welke post. In de nacht wordt er opgeschaald en is er één provinciale consultdienst in de nacht, de NC23. Deze wordt uitgevoerd in de stad. Een zeer ongeliefde dienst voor iedereen. De AR heeft een onderzoek laten uitvoeren door het bureau TNO Management Consultants of het nog wel gerechtvaardigd is dat ook provinciale dokters deze dienst moeten doen. Dit omdat Delfzijl en Stadskanaal nu ook in de nacht consulten op deze posten doen.

Dit heeft geleid tot enorme discussies in de AR en in de Hagro's tussen stad en ommeland. Uiteindelijk is er besloten tot een vermindering van de NC23 dienst voor huisartsen rondom Delfzijl en Stadskanaal met als gevolg een vermeerdering voor de overige huisartsen. Het uitgangspunt 'centraal waar het moet en perifeer waar het kan' is nog steeds de basis voor DDG en voor de verdeling van diensten. Het gelijkheidsbeginsel of een verdeling per post (zonder opschaling naar centraal) als uitgangspunt kreeg geen breed draagvlak toen men de consequenties op het totaal aantal diensten overzag. Een mooi bijkomend resultaat van dit gevoelige punt werd een hechte AR waar de stadse en ommelandse dokters elkaar stevig vast gehouden hebben.

Daarnaast hebben de leden in 2010 het functioneren van de AR geëvalueerd. De AR is zeer tevreden over het functioneren en de samenwerking met de bestuurder. Wat lastig blijkt te zijn is de communicatie met de achterban, vooral voor de hagro's waar de leden zelf geen deel van uitmaken. Zij vormen wel mede de achterban. Een overdracht via contactpersonen is vaak lastig en kan ongewenste vervormingen veroorzaken. Een veel gehoorde klacht is dat het bureau in Groningen 'maar' beslissingen neemt zonder ruggespraak met de achterban. De leden van de adviesraad ervaren juist veel inspraak en overleg. Belangrijk is dat er meer feedback vanuit de Hagro's moeten komen. Ze zullen nog actiever moeten worden betrokken bij de onderwerpen die de AR aangaan. Daartoe zal de informatieoverdracht beter moeten. De AR zal ervoor zorgdragen dat de Hagro's volledig op de hoogte



zijn van alle stukken en hun regelmatig informeren.

4.3. Ondernemingsraad (OR)

2010 was voor de OR een jaar waarin vele onderwerpen de revue passeerden. Een aantal van deze onderwerpen waren: instemming met het nieuwe roosterbeleid, nieuwe korte diensten voor drukke pieken in het weekend en om pauzes te kunnen inplannen. De OR heeft zich ingezet om de WD-dienst provincie breed in te roosteren, dit omdat ook bij ziekte in de provincie de WD-dienst opgeroepen werd. Uiteindelijk is dit niet doorgegaan omdat assistentes uit de periferie de GAL dienst in Groningen ook al draaien. Verder kwam aan de orde dat wanneer een assistente betrokken is bij een incident dit behoorlijk wat impact kan hebben. De OR vindt het daarom erg belangrijk dat als een assistente er prijs op stelt zij goed begeleid en ondersteund wordt. De OR was aanwezig bij de bezoeken van de arbeidsinspectie in Hoogezand en Groningen. De inspectie was tevreden maar op sommige posten kon het veiliger ingericht worden. De OR heeft aangegeven dat op de post Groningen iedereen zo naar boven kon gaan. Er is nu een cijferslot op de deuren gezet. In september is de OR weer op cursus geweest. Er is tijdens deze dagen kritisch naar de organisatie gekeken en een sterkte/zwakte analyse gemaakt, dit was voor de OR erg verhelderend. Ook heeft de OR plannen gemaakt om zichzelf in de toekomst meer zichtbaar en beter bereikbaar te maken. Deze dag is afgesloten met een eigen visie van de OR op DDG: "Doktersdienst Groningen blijft een gezonde organisatie (financieel en personeel) waar het prettig werken is en die

kwalitatief goede diensten levert en klanten (patiënten en huisartsen) tevreden stelt. De OR wil er op toezien dat dit zo blijft en nog liever beter wordt".

Verder heeft de OR in 2010 afscheid genomen van twee leden, Maureen Oostland en Itske Breedveld die gestopt zijn met hun OR-werk. Anneke Houwen is erbij gekomen en er is nog één vacature voor een nieuw lid.

4.4. Commissies

Binnen DDG zijn verschillende commissies met huisartsen actief die de directeur adviseren. Deze commissies zijn de volgende:

1. Kwaliteitscommissie
2. Calamiteiten- en incidentencommissie
3. Klachtencommissie
4. Roostercommissie

4.4.1. Kwaliteitscommissie

De kwaliteitscommissie adviseert de directeur van de op het gebied van medisch inhoudelijke zaken. In 2010 heeft de commissie onder meer de volgende onderwerpen behandeld:

- aanvragen van artsen voor medicatie of instrumenten die nog niet tot het DDG assortiment horen
- concept werkwijzen over infectiepreventie, kindermishandeling, schedelletsel en dosering shockset voor kinderen



- uitbreiding takenpakket van de nurse practitioner en de physician assistant
- extra taken die gedelegeerd mogen worden aan Thuiszorg
- alarmsymptomen voor NAW-ers

De kwaliteitscommissie bestond in 2010 uit:

- F. Janssen (kwaliteitsmanager en voorzitter)
- M. Kroeze (kwaliteitsfunctionaris)
- S. van Nierop (arts)
- J. Post (arts)
- J. Ribbers (locatiemanager)
- B. Swierstra (arts)
- J. de Vries (arts)
- R. Weersink (arts)
- R. Zuidwijk (klachtenfunctionaris)

4.4.2. Calamiteiten- en incidenten commissie

Sinds 2010 analyseert een DDG-commissie incidenten en calamiteiten. Dit is verplicht zowel volgens het HKZ kwaliteitssysteem als voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Een calamiteit is "een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg, en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg van de patiënt heeft geleid. Voorbeelden: overlijden, heropname in een ziekenhuis, her-operatie of aanzienlijke verlenging van de opnameduur".

In 2010 heeft DDG twee calamiteiten gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In de eerste situatie is de patiënt overleden aan een streptokokkenpneumonie, 24 uur na diverse contacten met de huisartsenpost.

In de tweede situatie stond de visitearts 's nachts bij een dichte deur. De patiënt bleek gedurende de nacht op de grond te hebben gelegen met een CVA. Incidenten zijn (bijna) fouten of (bijna) ongevallen die tot schade kunnen leiden voor patiënten. Meldingen voor incidenten en calamiteiten komen bij DDG binnen via gele formulieren, via de eigen huisarts of via een klacht van de familie, patiënt of een andere hulpverlener. Calamiteiten en incidenten worden sinds 2010 geanalyseerd door een commissie. Hierin hebben zitting de artsen S. van Nierop, J. Post en R. Peters, evenals de klachtenfunctionaris R. Zuidwijk en kwaliteitsmanager F. Janssen. Per bijeenkomst is een wisselende locatiemanager aanwezig. De betrokken artsen en assistenten worden uitgenodigd een toelichting te geven op de gebeurtenissen. Dit is ons inziens essentieel voor een goede analyse. We hebben echter gemerkt dat het voor artsen en assistenten over het algemeen zwaar is om betrokken te worden bij de analyse. We moeten hier nog een goede middenweg in vinden. Begin 2011 evalueren we onze incidenten- en calamiteitenanalyse.

Het analyseren levert concrete aanbevelingen op voor triage-assistenten en artsen. Er waren drie incidenten waarbij er achteraf een subarachnoidale bloeding werd geconstateerd terwijl gedacht werd aan hoofdpijn of migraine. De NHG Telefoonwijzer geeft heldere richtlijnen voor plotselinge hoofdpijn. Bij enkele incidenten bleek dat artsen en triage-assistenten elkaars 'kokervisie' overnamen. In de jaarlijkse training voor triage-assistenten wordt hier aandacht aan besteed.

De casuïstiek met aanbevelingen over de incidenten en calamiteiten is verspreid onder alle artsen. Analyse van incidenten en calamiteiten: zinvol en lastig

4.4.3. Klachtencommissie

De 'Wet klachtrecht cliënten zorgsector' beoogt een laagdrempelige klachtmogelijkheid voor patiënten te bieden. De achterliggende gedachte daarbij is dat klachten, hoe vervelend de aanleiding ook kan zijn, gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. In dat kader schrijft deze wet voor dat elke zorgaanbieder een regeling moet hebben voor de behandeling van klachten. Voor de zorgaanbieder Doktersdienst Groningen wordt deze taak ingevuld door de klachtencommissie Doktersdienst Groningen (hierna: de commissie). Voor de invulling van deze taak hanteert de commissie een klachtenreglement.

4.4.3.1. Werkwijze klachten commissie

Als een klacht bij de klachtencommissie in behandeling komt, is er vaak al een heel traject van klachtbemiddeling geweest. Dit traject wordt door de klachtenfunctionaris van DDG bewaakt en gecoördineerd. Daarnaast vervult deze functionaris een belangrijke ondersteunende rol voor de commissie. Mevrouw M. Zuidwijk heeft deze functie in het verslagjaar vervuld. Als klachtbemiddeling niet tot een voor partijen positief resultaat leidt of klager aangeeft dat een bemiddelingspoging moet worden overgeslagen, wordt de klacht doorgestuurd en voorgelegd aan de klachtencommissie.

De beklagde partij wordt in de gelegenheid gesteld schriftelijk op de klacht te reageren. De klacht wordt vervolgens op een hoorzitting behandeld. Hierbij kunnen klager en beklagde over en weer hun standpunten toelichten. Bij dergelijke hoorzittingen zijn, naast de voorzitter en de secretaris, twee huisartsen, één medewerker van de DDG en één vertegenwoordiger van het patiëntenplatform aanwezig.

De commissie komt vervolgens op basis van de stukken in het dossier en het verhandelde op de hoorzitting tot een beoordeling van de gegrondheid van de klacht. Daarbij hanteert de commissie in beginsel als toetsingskader de vraag of de beklagde in de uitoefening van de taak de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die van deze beklagde mag worden verwacht. De overwegingen en conclusies van deze beoordeling worden schriftelijk aan partijen kenbaar gemaakt. Tevens wordt deze beoordeling toegezonden aan de directie van DDG. Naast dit oordeel heeft de commissie de mogelijkheid om aanbevelingen te doen ter verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening die DDG biedt. In het verslagjaar heeft de commissie daarvan geen gebruik gemaakt.

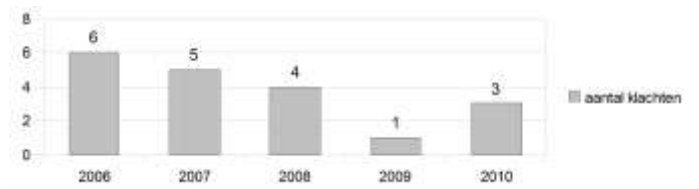
4.4.3.2. Aantal klachten in 2010

In 2010 heeft de Klachtencommissie Doktersdienst Groningen 3 klachten behandeld. Daarnaast is er nog een klacht ingediend die in beginsel behandeld zou



moeten worden door de Klachtencommissie DDG. Maar aangezien een deel van die klacht ook betrekking had op het handelen van huisartsen uit de dagzorg, is, na ieders toestemming, de klacht behandeld door de Stichting Klachtencommissie Huisartsenzorg Noord Nederland en zal in het jaarverslag van die klachtencommissie behandeld worden.

Het aantal door de commissie te behandelen klachten is vanaf 2006 steeds beperkt gebleven:



Van de klachten die in 2010 aan de commissie zijn voorgelegd zijn 2 klachten gegrond verklaard. De derde klacht was ingediend tegen twee huisartsen. De commissie heeft deze klacht voor zover gericht tegen één huisarts gegrond en overigens ongegrond verklaard. De beoordeling van deze klachten is in zekere zin opvallend. Naar het oordeel van de commissie hebben klagers terecht hun klacht ingediend. Het aantal behandelde klachten is te beperkt en de onderlinge verscheidenheid in casuïstiek en de nuance in de oordelen is te groot om iets in algemene zin te kunnen zeggen over de kwaliteit van de zorgverlening door DDG.

4.4.4. Roostercommissie

Jaarlijks komt de roostercommissie in de periode augustus – september bijeen voor de voorbereiding van het rooster voor het volgende jaar. Het lopende rooster wordt geëvalueerd en mogelijke verbeteringen worden daar waar mogelijk doorgevoerd. In september 2010 is de roostercommissie bijeen geweest waar de planning van de voorbereiding van het rooster 2011 – 2012 is besproken en akkoord bevonden. Naast de bespreking van deze planning zijn een aantal zaken naar voren gebracht die van doen hebben met:

- het actuele rooster
- de gang van zaken op de posten en in de auto's
- de achterwacht en de mate waarin deze wordt ingezet
- evenwichtige verdeling van de diensten over posten en auto's
- suggesties van commissieleden

In de roostercommissie zitten de volgende deelnemers:

Huisartsen:

CDDG : D. ter Borg en J. Drenthe

CDDS : B. Seldentuis, N. Groeneveld en J. Bakker

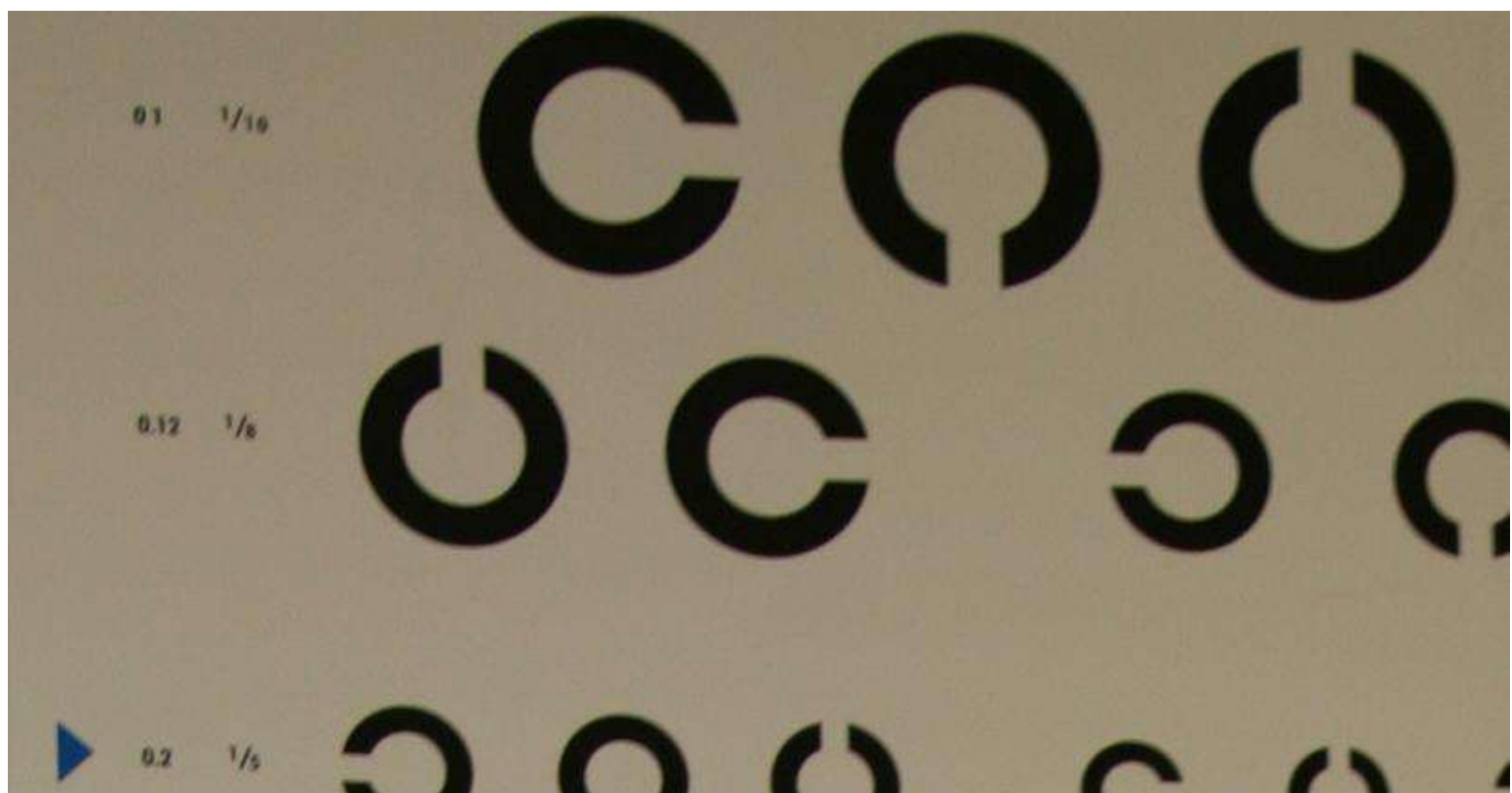
CDDE : E. Smelik en F. Bekker

CDDO : C. Spanier en D. Roelfsema

Voorzitter: S. van Nierop

Roosterfunctionaris: J. Ziengs

Projectmanager: H. Supheert





Hoofdstuk 5.

Samenwerking Ketenpartners

DDG werkt met diverse partners uit de eerste lijn nauw samen om de zorg voor de patiënt te optimaliseren.

5.1. Ambulance Zorg Groningen en MKA

Om de overdracht van huisarts naar de ambulance goed te laten verlopen heeft de werkgroep “Verbetering Overdracht MKA/DDG/Ambulance Zorg Groningen” in 2009 aantal verbetervoorstellen ontwikkeld, welke in 2010 geïmplementeerd zouden worden.

Er is in 2010 een telefoonkaart voor ketenpartners ontwikkeld waarop aangegeven is op welke wijze contact gezocht kan worden met DDG. Wettelijk mag 112 niet doorverbinden. We zoeken nog naar een manier om de overdracht efficiënt, veilig en kwalitatief goed te laten lopen. Dit proces loopt door in 2011.

Eind 2010 is besloten dat DDG gaat meewerken aan een simulatie programma, waar ook de Ambulance dienst, de Meldkamer en de SEH van het UMCG aan mee gaan werken. Tijdens dit project wordt een situatie nagebootst waarin een patiënt gevolgd wordt van DDG tot in het bed bij het ziekenhuis. De doelstelling is om te komen tot verbeterpunten en het leren kennen van de cultuur en werkwijze van de partners uit de acute keten. Het simulatie programma zal in 2011 van start gaan.

5.2. Thuiszorg Groningen

Elk jaar wordt de samenwerking met Thuiszorg Groningen (TZG) geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. TZG wordt ingeschakeld indien patiënten, die contact hebben met DDG tijdens de ANW-uren, een zorgvraag hebben die het best door TZG kan worden afgehandeld. Het gaat hierbij met name om katheterproblematiek. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal keren waarop DDG TZG heeft ingeschakeld voor het verrichten van een handeling.

Verrichtingen	2010	2009	2008
Katheterproblematiek	276	246	216
Overige verpleegkundige handelingen	84	36	-
Totaal	360	282	216

Ook medewerkers van TZG nemen contact op met DDG met zorgvragen voor patiënten. In 2010 is DDG in 5.892 keer gebeld door TZG. In 2009 was dit 5.316 keer. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de urgentie bij aannahme van de calls van verpleegkundigen en TZG-medewerkers.



Urgentie bij aanname verpleegkundigen en thuiszorgmedewerkers	2010	2009
Spoed:	10%	10%
Medisch dringend:	10%	9%
Dringend ketenpartner:	76%	75%
Routine: (foutief gerouteerd):	4%	6%

Indien er sprake is van routine, moet de call bij DDG door de NAW-er worden gerouteerd als "dringend ketenpartner". In 4% van alle calls gaat dit niet goed. In 2011 blijft dit een punt van aandacht. De medewerkers van DDG en TZG zijn zeer tevreden over de onderlinge samenwerking; alle procedures zijn helder en duidelijk.

5.3. Lentis

Lentis heeft in de post aan het Damsterdiep een eigen ruimte waar zij een meldpunt hebben voor mensen die behoefte hebben aan geestelijke ondersteuning. Ieder jaar wordt de samenwerking geëvalueerd en worden verbeterpunten opgesteld. Over het algemeen is men tevreden over de samenwerking. Een aantal zaken is voor verbetering vatbaar. Het komt nogal eens voor, vooral 's nachts, dat de Lentis-medewerker om assistentie wordt gevraagd bij pogingen om agressieve patiënten tot rust te brengen.

Hoewel het in deze gevallen vaak een cliënt van Lentis betreft, is dit toch niet een (primaire) taak van de Lentis-medewerker. De assistenten van DDG zijn op de hoogte van de meldingsprocedure bij de politie. De samenwerking met de Meldkamer en de politie is prima; na een melding is de politie altijd snel op de post.

Een ander punt is de spreekkamers. Voor gesprekken met een patiënt maakt Lentis gebruik van één van de spreekkamers van DDG. Deze worden echter niet ervaren als veilig. Het is geen 'prikkelarme' omgeving; er liggen te veel (medische) spullen waarmee eventueel gegooid kan worden of op andere manieren misbruik van gemaakt kan worden. Ook lukt het niet altijd om een vaste spreekkamer hiervoor te gebruiken. Voor alle spreekkamers geldt dat er slechts één toegangsdeur is. Bij opkomende agressie is er geen vluchtdeur. Wel zijn alle spreekkamers voorzien van een alarmknop. Lentis zou dan ook graag een eigen, prikkelarme ruimte ter beschikking willen hebben. Er wordt in 2011 gekeken naar de mogelijkheden om bij de verbouwing van de huidige post een ruimte te creëren.

5.4. SEH Stadskanaal

Elk jaar wordt de samenwerking met de SEH van het Refaja Ziekenhuis geëvalueerd en indien nodig bijgesteld met als doel om naadloos met elkaar samen te werken. De evaluatie vindt plaats aan de hand van eventuele meldingen/klachten, het aantal verrichtingen per maand en door evaluatie binnen de reguliere overleggen. Binnen dit reguliere overleg worden de actiepunten geformuleerd



die moeten leiden tot gewenste resultaten.

In 2010 zijn er drie meldingen gekomen over het doorverwijzen van patiënten tijdens de nachtdienst naar de kinderarts. Alle doorverwijzingen naar de SEH in de nacht van januari t/m juli zijn geanalyseerd. Er werd op verschillende wijzen doorverwezen. Bovendien werden de oproepen op verschillende manieren afgesloten in Adastra. De doorverwijzingsprocedure is daarom scherper geformuleerd en opnieuw onder de aandacht gebracht bij de receptionisten, verpleegkundigen en artsen van het Refaja Ziekenhuis en onze assistenten en huisartsen. In juli en augustus 2010 hebben triage-assistenten middels een formulier bijgehouden wanneer en op welke wijze ze een nachtconsult in Stadskanaal (en Delfzijl) plannen. Dit verliep volgens de procedure.

Daarnaast is sinds juli 2010 in Adastra een nieuwe regel aangemaakt. De visitearts vinkt nu bij doorverwijzing naar de SEH bij een nachtconsult vanwege afwezigheid door visites: "doorverwezen naar Refaja in verband met afwezigheid visitearts" aan. Hierdoor vindt er een correcte afhandeling plaats in Adastra.

De SEH heeft een voorstel gedaan over een efficiëntere doorverwijzing naar de SEH en röntgen in geval van verdenking van een fractuur. De NP/PA, of huisarts vult nu een röntgenbrief in, waardoor opnieuw, overbodig en soms pijnlijk onderzoek door de arts-assistent kan worden overgeslagen.

Aantal verrichtingen:

Zelfverwijzers in aantallen per week (gemiddeld)		
Periode	Aantal per weekend	Aantal totaal
1-1 t/m 31-10-2008	4	7
Start samenwerking:		
Periode	Aantal per weekend	Aantal totaal
1-11 t/m 31-12-2008	6	11
2009	10	18
2010	9	16

Door een toename van zelfverwijzers en de overname van consulten door de NP/PA in Stadskanaal is het aantal consulten vanaf de start van de samenwerking gestegen. Door het inroosteren van een NP/PA in Winschoten, sinds 30 oktober 2010, worden consulten vanuit Winschoten niet meer overgenomen door Stadskanaal.

Consulten in het weekend (gemiddeld):			
Periode	Aantal door arts	Aantal door NP/PA	Totaal
1-1 t/m 31-10-2008	105	-	105
Start samenwerking:			
Periode	Aantal door arts	Aantal door NP/PA	Totaal
1-11 t/m 31-12-'08	92	24	116
2009	87	33	120
2010	84	38	122

Van de nieuwe regel in AdastrA (de follow-up) "doorverwezen naar Refaja in verband met afwezigheid visitearts" is geen gebruik gemaakt. Deze stond onderaan in de follow-up en is nu onder de regel "doorverwezen naar SEH Refaja" geplaatst.

Consulten in de nacht (gemiddeld):		
Periode	Nacht consulten	Opmerkingen
2009	393	1,1/ nacht
2010	364	1/nacht
Totaal doorverwezen naar SEH:	84	23%
Doorverwijzing ivm afwezigheid visite arts	0	

5.5. SEH Delfzijl

Sinds april 2009 wordt er gewerkt volgens hieronder genoemde afspraken en zijn de samenwerkingsafspraken tussen DDG en de SEH van het OZG locatie Delfzicht geformaliseerd.

Gemaakte afspraken zijn:

- huisarts fungeert als poortwachter
- de stroom zelfverwijzers loopt via de HAP tijdens de openingstijden van de post. Tijdens de nachtelijke uren worden de zelfverwijzers door de receptionist naar de SEH verwezen of telefonisch doorverwezen naar de DDG



- DDG en Delfzicht Ziekenhuis gaan actief uitdragen dat patiënten voor medische hulp altijd eerst moeten bellen
- als de huisarts in de nacht een consult heeft op de post Delfzijl en hij/zij wordt weggeroepen voor een visite, kan hij/zij de patiënt overdragen aan de SEH. De patiënt wordt behandeld door de SEH medewerker onder verantwoordelijkheid van het Delfzicht Ziekenhuis

Naar aanleiding van een analyse van doorverwijzingen van DDG naar de SEH Stadskanaal, was de constatering dat er op verschillende wijzen werd doorverwezen. Dit gebeurde volgens protocol door de visitearts, maar ook door assistenten vanuit Groningen. Bovendien werden de oproepen op verschillende manieren afgesloten in Adastra (assistentenadvies en de follow up werd niet ingevuld). De huidige doorverwijzing procedure van Stadskanaal en Delfzijl is scherper geformuleerd en opnieuw onder de aandacht gebracht. In juli/augustus hebben assistenten middels een formulier bijgehouden wanneer en op welke wijze ze een nachtconsult in Delfzijl (en Stadskanaal) plannen. We hebben geconstateerd dat iedereen dat correct deed volgens de procedure.

Daarnaast is sinds 7 oktober 2010 in Adastra een nieuwe regel aangemaakt in het scherm van nazorg (de follow-up).

De visitearts vinkt bij doorverwijzing naar de SEH bij een nachtconsult vanwege afwezigheid door visites: “doorverwezen naar Delfzicht in verband met afwezigheid visitearts” aan. Hierdoor vindt er een correcte afhandeling plaats in Adastra.

Zelfverwijzers in aantallen per week (gemiddeld)			
Periode	door de week	Aantal per weekend	Aantal totaal
2008			16
2009	7	7	14
2010	4	6	10

Consulten in de nacht van 24.00 tot 8.00 uur (gemiddeld):		
Periode	Nacht consulten	Opmerkingen
2008	322	0,9/nacht
2009	348	0,95/nacht
2010	290	0,8/nacht
Totaal doorverwezen naar SEH:	54	19%
Doorverwijzing ivm afwezigheid visite arts	0	





Van de nieuwe regel in AdastrA (de follow-up) “doorverwezen naar Delfzicht in verband met afwezigheid visitearts” is geen gebruik gemaakt. Deze stond onderaan in de follow-up en is nu onder de regel “doorverwezen naar SEH Delfzicht” geplaatst.

De samenwerking met artsen, triageassistenten, verpleegkundigen, arts-assistenten en receptionisten van het OZG locatie Delfzicht en de DDG verloopt naar tevredenheid. De werkwijze is aangescherpt en verloopt nu volgens afspraak.

Het aantal zelfverwijzers is afgenomen in 2010, ondanks de vrees van artsen uit regio Delfzijl dat er een forse toename van zelfverwijzers zou komen. Voor de bouw van twee energiecentrales in Noord-Groningen zijn veel buitenlandse medewerkers aangetrokken (naar schatting een paar duizend medewerkers), die gedurende de werkzaamheden aan de energiecentrales in regio Delfzijl verblijven.

Het aantal consulten en visites in de nacht zijn iets gedaald in vergelijking tot 2009 en 2008.

5.6. UMCG

Door het uitstellen van de nieuwbouwplannen zijn de ontwikkelingen op het vlak van een intensievere inhoudelijke samenwerking niet veel verder gekomen. Het doorverwijzen over en weer verloopt goed.

5.7. Voorraadbeheer

Nadat in 2009 het voorraadbeheersysteem, waaronder de bevoorrading van posten en auto's van medicatie, apparaten en materialen vallen, volledig vernieuwd werd, was 2010 het jaar van fine tuning en werken naar de HKZ-norm.

In 2010 was op iedere post en auto dezelfde apparatuur beschikbaar. Deze apparatuur werd nog niet gestructureerd onderhouden en gekalibreerd. Met de groothandel is afgesproken dat alle apparatuur 1x per jaar onderhouden en gekalibreerd werd. Van de kalibratie wordt een goedkeuringsrapport gemaakt en het apparaat zelf wordt voorzien van een goedkeuringssticker.

Het fine tuning bestond uit bijvoorbeeld het vastleggen van alle afspraken met contact-apotheken en de groothandel in een service level agreement (SLA). Dit is ook een eis van HKZ. Zo is in de SLA met de contactapotheken vastgelegd welke medicatie geleverd mag worden, hoe vaak gecontroleerd moet worden op aanwezige hoeveelheden en uiterste houdbaarheidsdata. Met de groothandel zijn in de SLA afspraken over levertijden, kalibreren en het jaarlijks onderhoud vastgelegd.

In april 2010 heeft de auditor aangegeven onder de indruk te zijn van het voorraadbeheersysteem van DDG. Daarnaast werd een aantal aandachts- en verbeterpunten aangegeven die in de loop van 2010 zijn verwerkt.

Hiertoe is de controle en het onderhoud van koelkasten geoptimaliseerd. De temperatuur in de koelkasten wordt wekelijks gecontroleerd. Bij afwijkingen wordt beoordeeld of de houdbaarheid van de medicatie in gevaar is en of deze moet worden vervangen. Voor AED's zijn korte handleidingen geschreven waardoor in één oogopslag te zien is wat gedaan moet worden bij, tijdens en na gebruik. Ook is nu direct duidelijk hoe een storing verholpen moet worden.

Voor het autoclaaf gebruik is ook een korte handleiding geschreven. Het schoonmaken van de autoclaaf en het steriliseren en bewaren van de instrumenten is duidelijk beschreven en voldoet aan de WIP-richtlijnen.

DDG heeft in 2010 het voorraadbeheersysteem naar het gewenste en vereiste niveau weten te tillen. Voor 2011 ligt nog een uitdaging op het gebied van uitschrijven van voldoende IMM recepten voor de aanvulling van medicatie na toediening aan de patiënt. Indien geen recept wordt uitgeschreven, betaalt DDG de medicatie nu. Ook zijn we van plan de materialen in de loop van 2011 via een scansysteem te bestellen bij de groothandel.

5.8. ROAZ

In 2010 zijn er vier vergaderingen van het ROAZ geweest. Het traumacentrum heeft het voorzitterschap van het ROAZ.

Dit overleg krijgt een belangrijke rol toegewezen in het signaleren van onevenwichtigheid in de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de acute zorg in onze provincie.

Het is van belang dat DDG de positie van de huisartsgeneeskundige zorg in het algemeen en die van de ANW diensten in het bijzonder scherp voor ogen houdt en voor het voetlicht brengt. Allerlei beleidsvoornemens zullen door het ROAZ moeten worden vertaald naar de Groninger situatie. Belangrijke zaken die in 2010 aan de orde zijn geweest:

- de toekomst van de Ziekenhuizen en SEH's in Groningen
- betere afstemming van zorg van eerste naar tweede lijn ten aanzien van een 5 tal toestandsbeelden (CVA – hartfalen – acute heup – acute psychiatrie en acute verloskunde)

5.9. GHOR

Het GHOR heeft zich in 2010 met name gebogen over de evaluatie van de opvang van de pandemie. Er zijn de nodige leerpunten uit gehaald, steeds met de kanttekening dat het gelukkig allemaal is meegevallen. Voor DDG is gebleken dat de perceptie van de dagpraktijken een geheel andere is geweest dan die van DDG. In de toekomst moet hierin een betere afstemming plaatsvinden. Deze afstemming zal in de Adviesraad zijn beslag moeten krijgen.





5.10. Zorgbelang

DDG werkt structureel samen met Zorgbelang. Eén keer per kwartaal is er op directieniveau overleg. In 2010 zijn er diverse malen overleg geweest met Zorgbelang om te kijken hoe de belangen van de doven, binnen het adherentiegebied van DDG, het best kunnen worden behartigd. Nu is het zo dat de doven contact moeten zoeken met DDG middels de fax. Er is een inventarisatie gemaakt van wat de alternatieve contactmogelijkheden voor de doven kunnen zijn. Dit onderzoek loopt nog en zal in 2011 verder uitgewerkt worden. Tevens is er contact geweest over de tekst van de algemene brochure van DDG. Hierover heeft Zorgbelang advies gegeven. In vrijwel alle gevallen is dit advies overgenomen.

Hoofdstuk 6. Het jaar 2011

Verpleegkundig specialist krijgt meer bevoegdheden

Verpleegkundig specialisten (de officiële benaming van NP-ers) en physician assistants zullen in 2011 bepaalde taken voortaan zelfstandig uitvoeren. Door NP-ers en PA's meer bevoegdheden te geven hoopt het kabinet Rutte dat de zorg doelmatiger wordt en de oplossing van het personeelstekort in zicht komt. De physician assistant heeft een medische HBO-masteropleiding voltooid en kan zelfstandig routinematige taken van artsen gaan uitvoeren zoals endoscopieën verrichten, katheterisaties doen, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Ook de verpleegkundig specialist mag door de herschikking zelfstandig bepaalde taken uitvoeren, zoals injecties geven, geneesmiddelen voorschrijven en puncties verrichten. Veel van deze taken zijn niet van toepassing op de huisartsenpost. Op de huisartsenpost zal zich dit vooral vertalen in geprotocolleerde uitbreiding van taken.

Huisartsenposten in de stad

Eind 2011 zal de nieuwe post in het Martini Ziekenhuis operationeel zijn. De korte consultdienst, die nu plaats vindt op het Damsterdiep, zal uitgevoerd worden op de nieuwe post. De verbouw van de huidige post zal in 2011 plaatsvinden en zal naar verwachting voor 1 oktober zijn afgerond. Voor wat betreft de nieuwbouw op het terrein van het UMCG is de verwachting dat DDG op zijn vroegst per 1 januari 2014 het nieuwe pand zal betrekken.

Onderzoek naar de ervaren werkdruk op de posten

Onder leiding van het NHG gaan we samen met huisartsen per huisartsenpost kijken naar de werkdruk. Vragen die tijdens dit onderzoek gesteld zullen worden zijn "Wat kunnen we als DDG aan de hoge werkdruk doen?" en "Hoe krijgt de werkdruk vorm?". De uitkomsten van dit onderzoek zullen worden vertaald in beleid met als doel het werken bij DDG voor huisartsen prettiger te maken.

Hoofdstuk 7. Doktersdienst Groningen: de getallen

7.1. Inzet assistenten

Post	Uren 2010	Uren 2009	Verschil	Percentage
Delfzijl	4.561	4.788	-227	-4,74%
Groningen	26.234	25.725	509	1,98%
Hoogezand	2.642	2.708	-66	-2,44%
Leek	5.424	5.635	-211	-3,74%
Stadskanaal	5.069	5.316	-247	-4,64%
Winschoten	5.105	5.460	-355	-6,50%
Winsum	2.905	2.856	49	1,72%
Totaal	51.940	52.488	-548	-1,04%

Op vrijwel alle posten is de inzet van het aantal uren naar beneden gegaan. Dit heeft vooral te maken met het feit dat vrijwel alle feestdagen in het weekend vielen en er dus minder personeel ingezet hoefde te worden. Daarnaast zit in de cijfers van 2009 de Mexicaanse griep in verwerkt. Aan het einde van het jaar is het aantal ingezette uren in 2009 behoorlijk gestegen.





7.2. Inzet NAW-ers

	Uren 2010	Uren 2009	Vershil	Percentage
NAW-ers	16.291	17.643	-1.352	-7,66%

De daling van het aantal uren van NAW-ers is, net zoals met de assistenten, vrijwel geheel te wijten aan het feit dat de feestdagen op weekenddagen vielen. Ook de Mexicaanse griep zit in de cijfers van 2009 verwerkt. Eind 2009 is gedurende een periode van 5 tot 6 weken opgeschaald in bezetting.

7.3. Inzet NP-ers/PA

	Uren 2010	Uren 2009	Vershil	Percentage
Groningen	1.873	1.744	129	7,40%
Stadskanaal	924	907	17	1,87%
Winschoten	210	0	210	-
Totaal	3.007	2.651	356	13,43%

In augustus 2010 is een PA gestart. Deze is ingewerkt in Groningen wat de stijging van 7,40% verklaart en vervolgens eind oktober in Winschoten in gezet. In 2009 was in Winschoten nog geen PA actief.

7.4. Aantal declarabele verrichtingen

Verrichting	2010	2009	Vershil	Percentage
Visite	22.786	23.348	-562	-2,4%
Consult	65.730	66.909	-1.179	-1,76%
Tel. consult + herhalingsrecept	62.497	71.682	-9.185	-12,81%
Totaal	151.013	161.939	-10.926	-6,75%

Het verminderen van het aantal verrichtingen is, net zoals bij de inzet van personeel, toe te schrijven aan de in het weekend vallende feestdagen en de Mexicaanse griep eind 2009.

7.5. Telefonische bereikbaarheid

Calls	Norm	2010	2009
Aanname van de call binnen 30 seconden	90%	92,3%	91.5 %
Aanname calls via spoedtoets	100%	100%	100%
Terugbellen dringende calls binnen 15 minuten	95%	97,3%	87.5 %
Terugbellen routine calls binnen 30 minuten	90%	97,9%	84.6 %

7.6. Overzicht van afgehandelde gele formulieren naar onderwerp

Onderwerp geel formulier	2010	Percentage	2009
agressie	4	0,66	-
documentatie	54	8,94%	42
geneesmiddel	21	3,47%	36
hulpmiddel	55	9,11%	43
ICT	103	17,05%	108
Interieur HAP	29	4,8%	27
patiëntencontact	15	2,48%	17
samenwerking < DDG	76	12,58%	35
samenwerking derden	133	22,02%	110
vervoer	1	0,18	-
werkbelasting	24	3,98%	20
werkomstandigheden	18	2,98%	9
werkwijze DDG	71	11,75%	86
Totaal	604	100%	533

7.7. Aanrijdtijden bij visites

Soort visite of consulten	Eis	2010	2009
U1 Levensbedreigend	binnen 15 minuten	Ambulance	Ambulance
U1 Huisartsenspoed	binnen 30 minuten	22 minuten	25 minuten
U2	binnen 90 minuten	46 minuten	45 minuten
U3	binnen 4 uur	1 uur en 17 minuten	1 uur en 19 minuten
U4	geen tijdsdruk	2 uur en 5 minuten	1 uur en 55 minuten

U1 levensbedreigend wordt altijd gerealiseerd in samenwerking met de ambulancedienst. DDG kan in alle gevallen voldoen aan de gestelde eis.



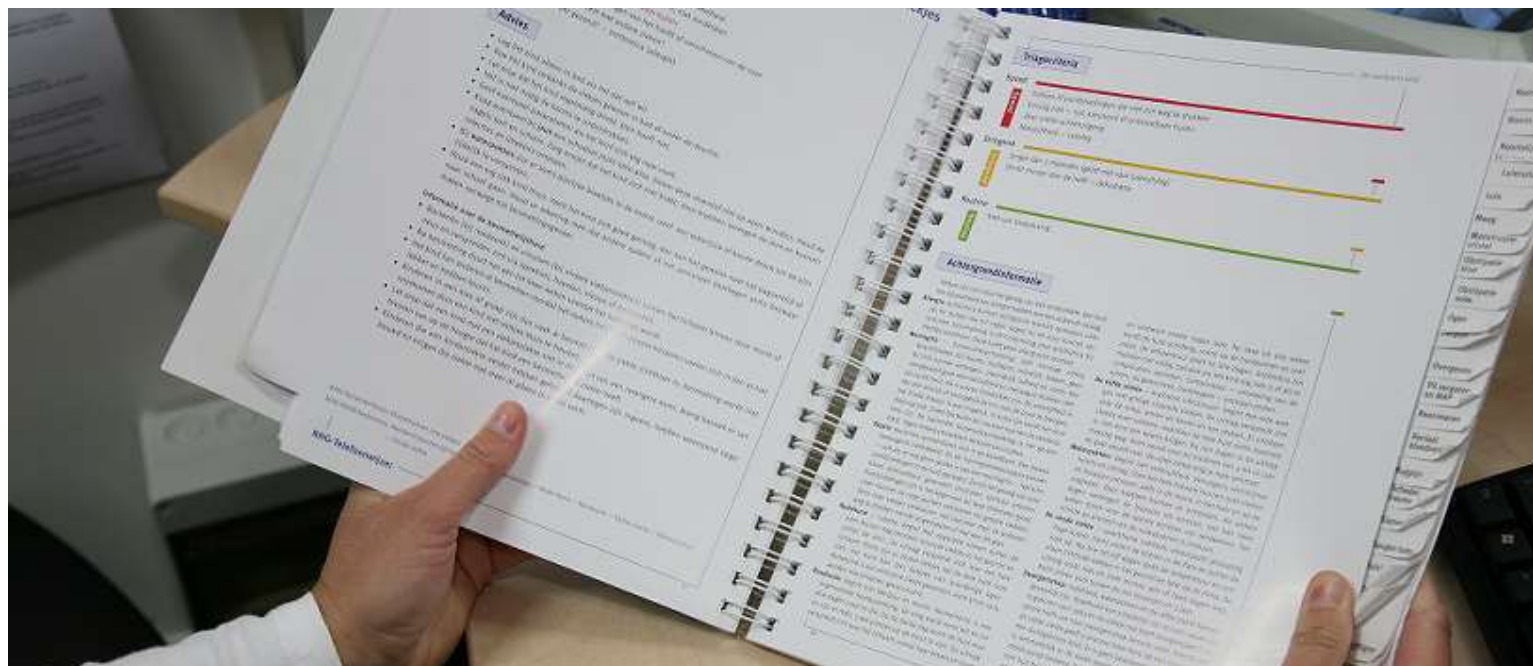


7.8. Verkochte diensten in 2010

post	dagdeel dienst	2010	2010	% verkocht 2010	% verkocht 2009
		totaal	verkocht		
Delfzijl	Avond	730	120	16,4%	18,8%
	Dag	220	43	19,5%	21,1%
	Nacht	365	104	28,5%	25,4%
	Totaal	1315	267	20,3%	21,0%
Groningen	Achterwacht	478	12	2,5%	2,9%
	Avond	1260	87	6,9%	7,3%
	Dag	571	56	9,8%	8,2%
	Nacht	732	162	22,1%	17,1%
	Totaal	3041	317	10,4%	9,1%
Hoogezand	Avond	620	73	11,8%	15,4%
	Dag	222	28	12,6%	17,1%
	Nacht	365	69	18,9%	21,0%
	Totaal	1207	170	14,1%	17,4%

post	dagdeel dienst	2010 totaal	2010 verkocht	% verkocht 2010	% verkocht 2009
Leek	Avond	367	43	11,7%	12,7%
	Dag	119	18	15,1%	20,7%
	Totaal	486	61	12,6%	14,6%
Stadskanaal	Avond	730	124	17,0%	17,4%
	Dag	226	46	20,4%	18,1%
	Nacht	365	77	21,1%	18,8%
	Totaal	1321	247	18,7%	17,9%
Winschoten	Avond	365	43	11,8%	11,6%
	Dag	229	51	22,3%	23,6%
	Totaal	594	94	15,8%	16,4%
Winsum	Avond	620	38	6,1%	10,2%
	Dag	221	29	13,1%	12,2%
	Nacht	365	103	28,2%	22,5%
	Totaal	1206	170	14,1%	14,3%
Totaal		9170	1326	14,5%	14,6%





7.9. Overzicht aantal klachten

	2010	2009	Vershil	Percentage
Aantal klachten	126	126	0	0%

7.10. Overzicht van de aard van de klachten

	2010	Percentage	2009
methodisch-technisch handelen	77	61%	63%
Relatie	21	16,5%	18%
Organisatie	25	20%	15%
Financiën	3	2,5%	4%
Totaal	126	100%	100%

7.11 Resultaat na klachtenbemiddeling

	2010	Percentage	2009
Probleem opgelost (tevreden klager)	100	79%	78%
Probleem blijft (ontevreden klager)	15	12%	5,5%
Compromis (deels tevreden/deels ontevreden)	6	5%	12,5%
Resultaat onbekend	5	4%	4%
Totaal	126	100%	100%

Colofon

Redactie: Marieke Uilkema

Eindredactie: Ine Scholten en Marieke Uilkema

Fotografie: Koos Boertjens, Bernhard Vaartstra



Doktersdienst Groningen

Postadres:

Postbus 5064

9700 GB Groningen

Bezoekadres:

Damsterdiep 191 c

9713 EC Groningen

T (050) 316 84 00

F (050) 316 84 42

administratie@doktersdienstgroningen.nl

www.doktersdienstgroningen.nl



**doktersdienst
groningen**