

## Kwaliteitsjaarverslag 2016

### Stichting Huisartsenpost Amstelland

<i>Organisatie</i>	Stichting Huisartsenpost Amstelland
<i>Adres</i>	Laan van de Helende Meesters 8 1186 AM Amstelveen
<i>Auteur</i>	Liana Hakobyan, medewerker kwaliteit
<i>Vastgesteld</i>	Op 20 juni 2017 door het bestuur van de SHA

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	3	9.7 Personeelsvertegenwoordiging .....	21
1. Het kader .....	4	9.8 Vertrouwensartsen .....	21
1.1 Brancheorganisatie .....	4	9.9 Na- en bijscholingsactiviteiten kantoormedewerkers .....	21
1.2 Wijziging wetgeving .....	4	9.10 Ervaringsonderzoek .....	22
2. Toezicht en de verantwoording .....	4	9.11 Medisch coördinator en kwaliteitsarts .....	22
3. Missie en visie .....	4	10. Ketenpartners .....	23
3.1 Missie .....	5	11. Samenwerking met Ziekenhuis Amstelland .....	23
3.2 Visie .....	5	11.1 Spoedpost Amstelland .....	23
4. Werkgebied .....	5	11.2 Overlegstructuren .....	23
5. Kwaliteitsbeleid .....	5	11.3 Fysieke triage .....	24
6. Streefwaarden .....	8	11.4 Inspraak personeelsbeleid .....	24
6.1 Toegankelijkheid: telefonische bereikbaarheid .....	8	11.5 Aanvullende diagnostiek tijdens diensten .....	24
6.2 Toegankelijkheid: Fysieke bereikbaarheid .....	10	11.6 Veiligheid in de nachten .....	25
6.3 Tijdigheid: visites .....	10	11.7 Huisartsenzorg op weekdagen tussen 8:00 en 17:00 uur .....	25
6.4 Tijdigheid: reactietijden (telefonische) consulten .....	11	11.8 Zelfverwijzers tijdens gezamenlijke openingstijden .....	25
6.5 Autorisatietijden .....	12	12. Overige samenwerkingsverbanden .....	26
6.6 Kwaliteit triage .....	13	12.1 Huisartsencoöperatie Amstelland .....	26
7. Triagisten .....	13	12.2 Dienstapotheek Amstelland .....	26
7.1 Na- en bijscholingsactiviteiten .....	13	12.3 GHOR .....	26
7.2 Wijziging opleidingstraject .....	14	12.4 Huisartsenzorg voor vluchtelingen .....	27
7.3 Telefonische triage audits .....	14	13. Meldingen patiëntenzorg .....	28
7.4 Fysieke triage audits .....	15	13.1 Klachten .....	28
7.5 Triagetijden .....	15	13.2 Intern meldingen incidenten .....	28
8. Huisartsen .....	16	13.3 Meldingen betreffende externe organisaties .....	30
8.1 Na- en bijscholingsactiviteiten .....	16	13.4 Calamiteiten .....	30
8.2 Beleid waarnemend huisartsen .....	16	14. Communicatie en ICT .....	31
8.3 Collectieve verkoop nachtdiensten .....	16	14.1 Rapportages .....	31
8.4 Verkochte diensten .....	16	14.2 Website/Intranet/ Mailhosting .....	31
8.5 Interviews met individuele huisarts .....	16	14.3 Privacy beleid .....	31
8.6 Arts in opleiding tot specialist (huisartsgeneeskunde) .....	17	14.4 Regionaal schakelpunt .....	31
8.7 Kwaliteitscommissie .....	17	14.5 Zorgintensieve overdracht .....	31
8.8 Deelnemersvergadering .....	19	14.6 Camerasysteem voor fysieke triage audits .....	31
9. Interne organisatie .....	20	14.7 Wachtkamerscherm .....	32
9.1 Organisatievorm .....	20	14.8 Vooruitblik ICT .....	32
9.2 Bestuurssamenstelling .....	20	14.9 Nieuwsbrieven / mailings .....	32
9.3 Aanpassing organisatiestructuur .....	20	15. Werkafspraken/ Protocollen .....	32
9.4 Risicoanalyse .....	20	Vooruitblik .....	33
9.5 HKZ .....	21	Bijlage 1: Personalialia (status 31 december 2016) .....	34
9.6 Dienstoverdracht en -evaluatie .....	21	Bijlage 2: Afkortingen .....	35

## Voorwoord

In het jaar 2016 was er sprake van een stijging van bijna 7,4% van het aantal patiëntencontacten dat leidde tot een verrichting. De jaarlijkse benchmark van huisartsenposten laat landelijk een stijging zien van de zorgvraag tijdens avond-, nacht- en weekenduren. Het aantal telefoontjes, consulten en visites op de huisartsenpost neemt toe. De zorgvragen op de huisartsenpost krijgen daarnaast ook een meer dringend karakter. De verdere verschuiving naar meer dringende zorgvragen betekent een grotere belasting voor de medewerker(st)ers op de huisartsenpost. Een mogelijke verklaring kan liggen in de veranderende patiëntenpopulatie. Kwetsbare patiëntengroepen zoals ouderen en mensen met psychische klachten wonen langer thuis en doen buiten kantooruren een beroep op de huisartsenpost. Het goed organiseren van de zorg voor deze kwetsbare doelgroepen tijdens kantooruren draagt bij aan betere zorg, ook in de avond-, nacht- en weekenduren.

De Stichting Huisartsenpost Amstelland (SHA) maakt zich zorgen over de signalen van huisartsen en de triagistes over de toenemende werkdruk en de afnemende beschikbaarheid van waarnemend huisartsen en triagistes. We merken dat het gaat knellen. We kunnen de druk op de telefonische bereikbaarheid niet los zien van de toenemende zorgvraag in relatie tot de beschikbare mensen en middelen. In Een pakt deze problematiek landelijk op. Samen met haar leden zal In Een in het eerste kwartaal van 2017 de knelpunten analyseren zodat hierover, met belangrijke stakeholders zoals de patiëntenorganisaties, Landelijke Huisartsen Vereniging, zorgverzekeraars en de overheid, de dialoog gevoerd kan worden.

De SHA volgt deze ontwikkelingen op de voet.

In december 2016 is op landelijk niveau besloten om voor de herregistratie van triagisten de eis van gespreksbeoordeling volgens de kernset van In Een te laten vervallen. Dit omdat deze wijze van beoordelen veel werkstress oplevert bij de triagistes. Binnen de SHA zal in 2017 gekeken worden hoe vorm te gaan geven aan het opleidings- en beoordelingsbeleid.

Huisartsenpost Amstelland is regiobeheerder van het Regionale Schakelpunt (RSP) in de regio Amstelland. Eind 2016 had 77% van de huisartsen zich aangesloten op het RSP en 44,1% van de patiënten had toestemming gegeven voor inzage in hun dossier. Eenzelfde stijging is te zien bij het percentage aangemelde patiënten via de apothekers voor inzage in het medicatiedossier. Dit was een percentage van 69,1%. In 2017 zal Stichting Huisartsenpost Amstelland haar huisartsen verder ondersteunen bij het verkrijgen van de noodzakelijke opt-in en de nog niet op het RSP aangesloten huisartsen aanmoedigen om zich toch aan te sluiten.

Ook de samenwerking met de Spoedpost met ziekenhuis Amstelland is in 2016 weer geïntensiveerd. In 2016 hebben we een gezamenlijk pilotproject zelfverwijzers die zich overdag aan de balie van de spoedpost melden en die huisartsenzorg behoeven, met succes afgerond. Deze werkwijze is nu standaard in ons beleid opgenomen. Daarnaast zijn we begin 2016 gestart met een project aanvullende diagnostiek op de post: Huisartsen kunnen direct verwijzen naar de röntgenafdeling of naar het laboratorium van ziekenhuis Amstelland voor aanvullende diagnostiek.

In dit kwaliteitsjaarverslag vindt u de kwaliteitskenmerken van Stichting Huisartsenpost Amstelland en meer informatie over bovenstaande en andere initiatieven die de organisatie in 2016 heeft genomen om de kwaliteit van zorg- en dienstverlening te bevorderen. Dat de organisatie dit heeft kunnen realiseren is te danken aan de geweldige inzet van alle huisartsen, triagisten, kantoormedewerker(st)ers en alle anderen die hieraan een bijdrage hebben geleverd. Uiteraard in samenwerking met de ketenpartners in de regio. In dit verslag staan ook toekomstplannen beschreven die als doel hebben de uitvoering van de primaire taakstelling van de SHA te optimaliseren.

B.M. Reiss  
*Directeur*

## 1. Het kader

Voor instellingen met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid is, indien zij tenminste 50 werknemers in dienst hebben, de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) van kracht.

Stichting Huisartsenpost Amstelland is een zorginstelling met minder dan 50 werknemers in loondienst. Het bestuur van de SHA heeft echter aangegeven dat zij, alhoewel de SHA niet onder het bereik van de WTZi valt, toch zoveel mogelijk de transparantie-eisen uit het uitvoeringsbesluit WTZi wil volgen. Andere eisen en regels gesteld bij of krachtens het wettelijk kader vormen eveneens een regulier onderdeel van de bedrijfsvoering van de SHA.

De kernactiviteit van de SHA is het bieden van spoedeisende huisartsenzorg in de avonden (17.00 uur – 23.00 uur), de nachten (23.00 uur – 8.00 uur), de weekenden en op officieel erkende feestdagen. Met spoedeisende huisartsengeneeskundige zorg wordt zorg bedoeld die volgens de patiënt geen uitstel toelaat tot de volgende reguliere werkdag. Deze zorg biedt de SHA aan alle inwoners die woonachtig zijn in het werkgebied van de SHA, alsmede aan passanten. Waar nodig verwijst de SHA patiënten door naar andere zorgverleners.

### 1.1 Brancheorganisatie

De SHA is aangesloten bij InEen, een branchorganisatie waar de eerstelijnszorg zich heeft georganiseerd. De directie van de SHA neemt deel aan Beleids en Advies Commissie Acute Zorg (BAC).

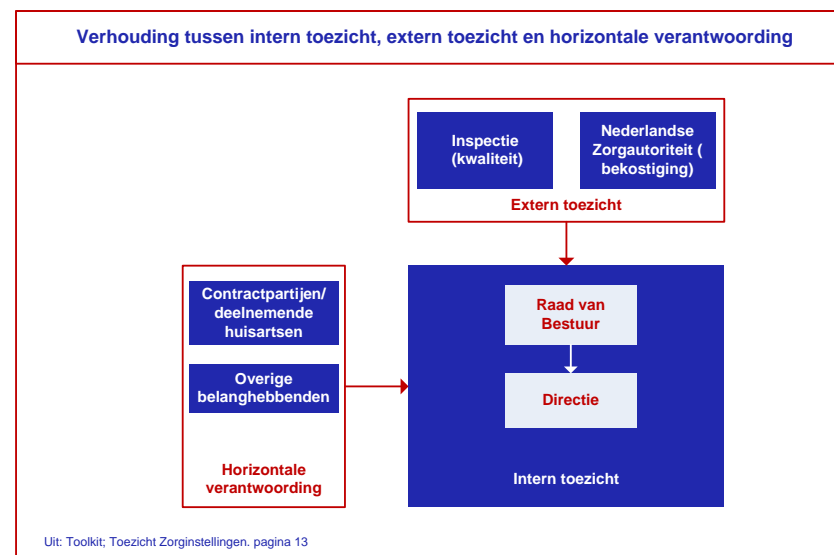
### 1.2 Wijziging wetgeving

Op 6 oktober 2015 heeft de Eerste Kamer ingestemd met het wetsvoorstel Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van minister Edith Schippers, van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De wet is per 1 januari 2016 in werking getreden, met voor enkele bepalingen een overgangperiode tot 1 januari 2017. Door invoering van de Wkkgz zijn de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector komen te vervallen. O.a. via de branchevereniging InEen werden de huisartsenposten geïnformeerd over welke consequenties de invoering van de Wkkgz heeft op het te voeren beleid en welke acties naar aanleiding hiervan ondernomen dienen te worden. Daarnaast is de wet DBA per mei 2016 in werking getreden. In het kader van deze wet is de VAR afgeschaft. Om

aan de eisen van deze wetten te voldoen is er een aantal acties door de SHA uitgevoerd (zie paragraaf 13.1). De vervolgacties zullen in 2017 uitgewerkt en afgerond worden.

## 2. Toezicht en de verantwoording

De verhouding tussen intern en extern toezicht en de horizontale verantwoording is hieronder schematisch neergezet.



Afbeelding 1. Toezicht en verantwoording

## 3. Missie en visie

De SHA heeft als primaire taak het exploiteren van Huisartsenpost Amstelland. Binnen deze taakstelling faciliteert de SHA spoedeisende huisartsenzorg in de avond- nacht en weekend (ANW) uren.

### 3.1 Missie

De SHA is, voor alle inwoners uit de regio Amstelland, de toegangspoort tot acute huisartsenzorg in de ANW uren. De SHA streeft naar het aanbieden van kwalitatief hoogwaardige spoedeisende huisartsenzorg, welke patiëntgericht, doeltreffend en doelmatig van aard is.

Om deze missie te realiseren zoekt de SHA samenwerkingsverbanden met partners binnen de acute zorgketen. Hierbij is sprake van een flexibele organisatie die recht doet aan de moderne eisen van bestuurlijke slagvaardigheid en verantwoordelijkheid en anderzijds voorziet in een goed functionerend kwaliteitszorg systeem.

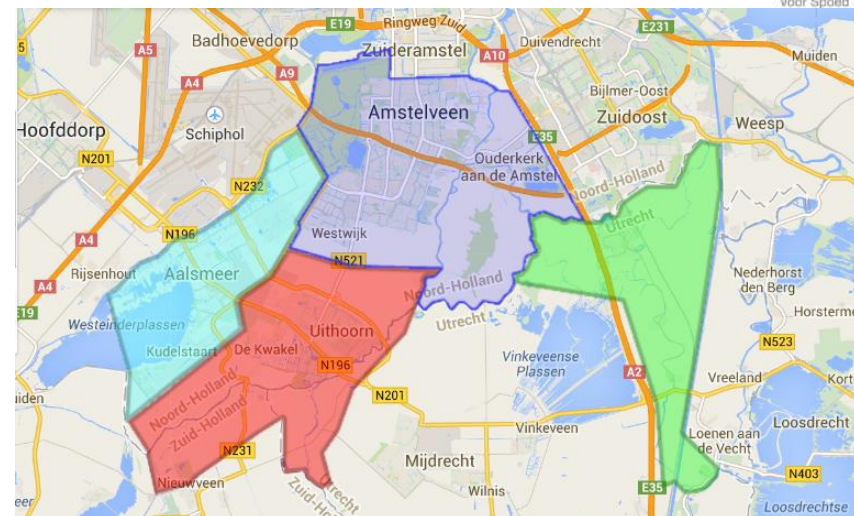
### 3.2 Visie

In de periode 2012–2015 richtte de SHA zich op het versterken van de basiszorg tijdens ANW uren, het verbeteren van de samenwerking binnen de spoedpost, het optimaliseren van de interne samenwerking binnen de SHA en het ontwikkelen van een kwaliteitstraject om de kwaliteit van de fysieke triage te borgen.

In 2016 is een aanzet gemaakt om een toekomstbestendige visie voor de SHA te formuleren. Deze gedachtenwisseling is echter vertraagd in afwachting van de landelijke visievorming waarbij wij goed willen aansluiten..

## 4. Werkgebied

De SHA is gevestigd in Ziekenhuis Amstelland (ZHA) te Amstelveen. Het werkgebied van de SHA bevindt zich in Amstelveen en de daar omheen liggende gemeentes: Ouder-Amstel, Abcoude, Uithoorn, De Ronde Venen, Nieuwkoop, Aalsmeer en Stichtse Vecht (zie afbeelding 2). Het werkgebied van de SHA telt ±184.000 inwoners. In het gebied zijn 54 dagpraktijken met een totaal van 78 huisartsen die aangesloten zijn bij de SHA in 2016.



Afbeelding 2. Werkgebied SHA

## 5. Kwaliteitsbeleid

Zoals beschreven in de missie streeft de SHA naar het aanbieden van kwalitatief hoogwaardige spoedeisende huisartsenzorg, welke patiëntgericht, doeltreffend en doelmatig van aard is. Dit streven wordt gekaderd door de geldende wet- en regelgeving o.a. de Wkkgz, normen van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ), richtlijnen van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de streefwaarden van InEen welke allen een geïntegreerd onderdeel uitmaken van het kwaliteitsbeleid van de organisatie. Door transparant te zijn over de prestaties van de SHA en door een systeem van interne risicobeheersing, borging en intern toezicht wordt er gestreefd naar het verlenen van kwalitatief hoogwaardige zorg en wordt inzichtelijk of de SHA inderdaad de missie weet te realiseren.

Dit jaarverslag geeft zowel een kwalitatief als een kwantitatief beeld van de prestaties van de SHA. Dit verslag toont de stand van zaken ten aanzien van de belangrijkste kwaliteitsindicatoren over heel 2016.

Zoals te lezen is wordt er middels het analyseren van klachten, incidenten en calamiteiten en door het aanbieden van scholing en training aandacht besteed aan

kwaliteitsbevordering. Ook de uitkomsten van de patiënt – en medewerkerstevredenheidsonderzoeken zorgen voor inzicht en zetten aan tot kwaliteitsbevorderende activiteiten.

Daarnaast bieden de aanwezige protocollen en werkafspraken eenduidigheid op de werkvloer. Dit draagt bij aan een professionele en prettige samenwerking tussen zowel professionals binnen de organisatie als met (acute) ketenpartners.

De wensen en belangen van de huisartsen worden in overweging genomen door de leden van de kwaliteitscommissie (KC), die advies geven aan de directie t.a.v. voorgenomen beleidswijzigingen. Deze brug- en adviesfunctie is een belangrijk onderdeel van het kwaliteitssysteem.

Voor de facilitering van de zorgverlening zijn ICT-systemen onmisbaar. Daarnaast maken de ICT-systemen evaluatie en borging van bepaalde kritische processen mogelijk en dragen ze voor een wezenlijk deel bij aan het transparant maken van het kwaliteitssysteem.

Met andere woorden, het kwaliteitsbeleid van SHA is gericht op:

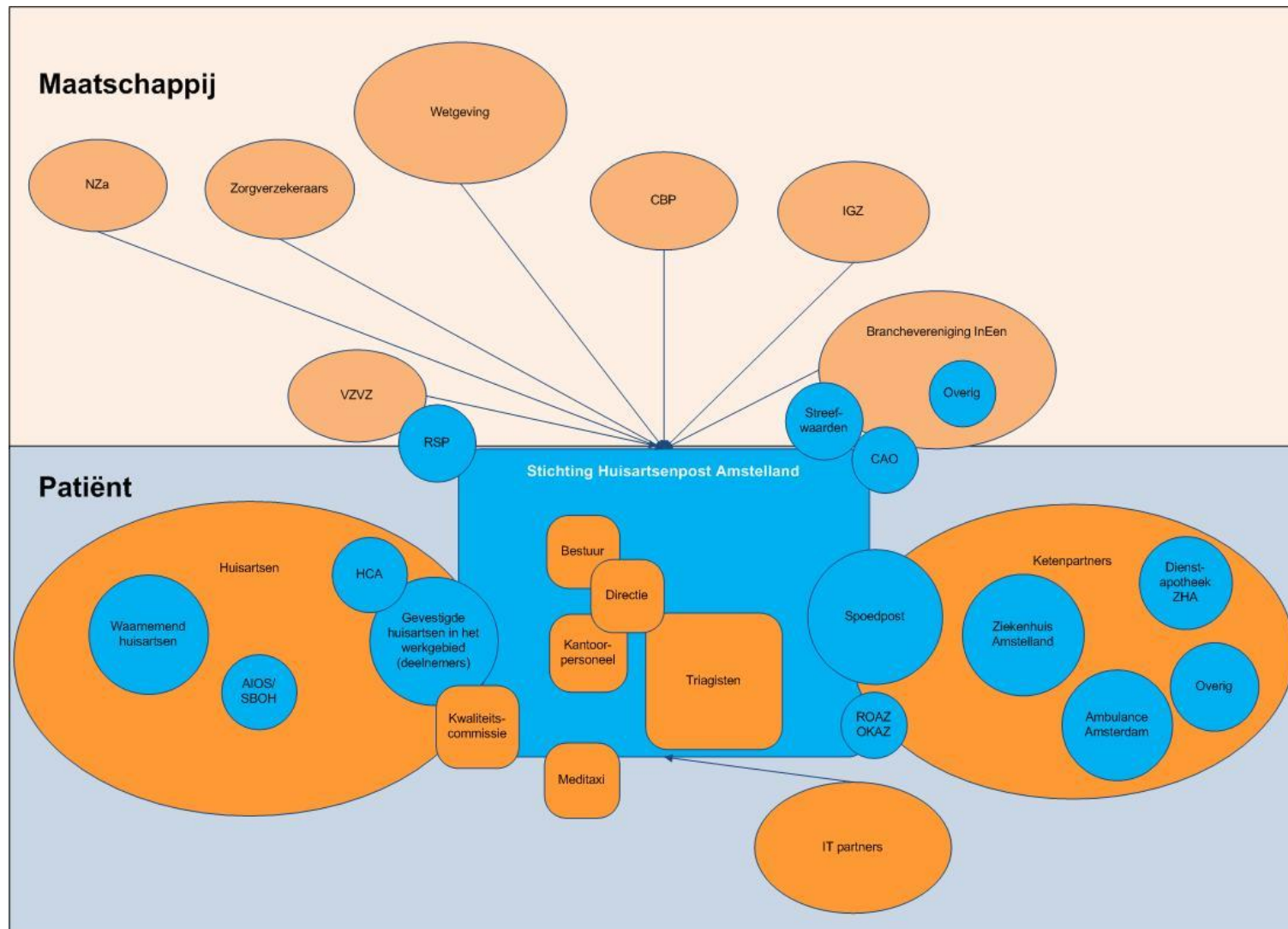
- Het voldoen aan wettelijke eisen die de overheid aan een huisartsenpost stelt;
- Het beheerst laten verlopen van primaire processen en de ondersteunende processen;
- Het continue werken aan verbetering van de organisatie en de zorgverlening;
- Het maximaal benutten van de beschikbare mensen en middelen;
- Het betrekken en motiveren van alle medewerkers tot het leveren van kwalitatief hoogwaardige spoedeisende huisartsenzorg, welke patiëntgericht, doeltreffend en doelmatig van aard is;
- De implementatie, evaluatie en borging van werkprocessen, procedures, afspraken en werkinstructies.

Het kwaliteitsbeleid tezamen met de organisatiestructuur voorziet de SHA enerzijds in een intern beheersinstrument en anderzijds geeft het de mogelijkheid om externe verantwoording af te leggen.

In onderstaande afbeelding staat weergegeven op welke spelers in het veld het kwaliteitsbeleid van de SHA zich af dient te stemmen en aan dient te sluiten.

In dit kwaliteitsjaarverslag staan de belangrijkste kwaliteitsindicatoren beschreven en hoe de SHA hierop in 2016 heeft gescoord. Hierbij wordt gebruik gemaakt van

het pas toe of leg uit principe. Naast het bieden van transparantie over de behaalde resultaten geeft het ook inzicht in wat de SHA heeft gedaan, dan wel nog zal ondernemen om verbetering te realiseren.



## 6. Streefwaarden

Sinds 1 januari 2014 zijn de aangepaste streefwaarden door branchevereniging InEen van kracht. Deze streefwaarden zijn opgesteld om bepaalde kwalitatieve (service) aspecten van de zorgverlening op huisartsenposten inzichtelijk te maken. Evenals in de voorgaande jaren is er ook in 2016 veel energie gestoken in het streven naar het behalen van de streefwaarden. De telefonische bereikbaarheid, aanrijdtijden en autorisatietijden zijn structureel gemeten en staan hieronder beschreven. Op basis van de uitkomsten zijn, waar nodig, verbetermaatregelen ingezet.

### 6.1 Toegankelijkheid: telefonische bereikbaarheid

Middels het telefoonsysteem is het mogelijk om de telefonische wachttijden te meten. In geval van een spoedsituatie kan de patiënt de 1 intoetsen. Deze oproep komt dan binnen op de spoedlijn. Voor de telefonische bereikbaarheid heeft de branchevereniging de volgende streefwaarden opgesteld:

- Bij gebruik spoedtoets 98% binnen 30 seconden beantwoord.
- Bij niet spoed 75% binnen 2 minuten en 98% binnen 10 minuten.

In de onderstaande tabel staan per kwartaal de resultaten m.b.t. de spoedoproepen weergegeven.

Toegankelijkheid	Q1	Q2	Q3	Q4
# spoedoproepen	538	485	490	474
% binnen 30 sec.	96,65%	96,91%	95,92%	97,47%

Tabel 1.1 Spoedoproepen per kwartaal 2016.2016.

In tabel 1.2 staat een overzicht van het aantal oproepen per jaar. Ook dit jaar wordt de dalende trend van de laatste zeven jaar door gezet. Een directe verklaring hiervoor is niet voorhanden.

Jaar	Aantallen
2016	1987
2015	2164
2014	2269
2013	2418
2012	3127
2011	3565

Tabel 1.2 Aantal spoedoproepen per jaar

De wachttijd wordt gemeten vanaf het moment dat de patiënt de spoedtoets indrukt (door 1 te kiezen op de telefoon).

Dit jaar is het percentage tijdig beantwoorde spoedoproepen sterk gestegen t.o.v. van 2015 (96,7% in 2016 t.o.v. 92,5% in 2015). Hiermee loopt het meer in lijn met 2014 (96,5%) en 2013 (97,8%).

De verbetering die wij gezien hebben kan voor een groot deel toegeschreven worden aan een bewustwordingscampagne bij de triagisten van het belang van tijdig beantwoorden van de spoedlijn. Daarnaast zijn er tijdens de diensten duidelijke rolverdelingen wie de spoedlijn opneemt.

In tabel 2.1 staan de resultaten weergegeven wat betreft de oproepen zonder spoed.

Toegankelijkheid	Q1	Q2	Q3	Q4
# oproepen	10914	10209	9553	10515
% binnen 2 min.	74,77%	73,96%	77,51%	77,05%
% binnen 10 min.	96,5%	96,4%	97,5%	97,7%

Tabel 2.1 Oproepen zonder spoed per kwartaal 2016.



Het absolute aantal oproepen is vrijwel gelijk aan die van 2015 en ligt veel hoger dan het aantal in de voorgaande twee jaren

Jaar	Aantallen
2016	41191
2015	41265
2014	37761
2013	36914

*Tabel 2.2 Aantal gewone oproepen per jaar*

### 6.2 Toegankelijkheid: Fysieke bereikbaarheid

Door de branchevereniging InEen is als streefwaarde gesteld dat:

- *Minimaal 90% van de inwoners de huisartsenpost binnen 30 minuten met de auto kan bereiken.*

Aangezien de omvang van het verzorgingsgebied (zie afbeelding 2) en de locatie van de SHA ongewijzigd zijn, wordt evenals de voorgaande jaren aan deze streefwaarde voldaan.

### 6.3 Tijdigheid: visites

Aangaande spoedvisites zijn de volgende richtlijnen van kracht:

- *U0/U1: 90% binnen 20 minuten en 98 % binnen 30 minuten.*
- *U2: 90% binnen 1 uur en 98 % binnen 2 uur*

Het aantal gereden U1 visites en de gemiddelde reactietijden staan vermeld in tabel 3 en de resultaten van de gereden U2 visites in tabel 4.

Visites U1	Q4		Q3		Q2		Q1	
Aantal visites U1	13		14		11		3	
Aantal metingen aanrijdtijd	12		13		5		3	
Gemiddelde aanrijdtijd	0:15:11		0:12:32		0:14:19		0:29:00	
Aantal binnen 20 minuten	6	50,00%	13	100,00%	5	100,00%	1	33,33%
binnen 30 min.	10	83,33%	10	76,92%	5	100,00%	2	66,67%

Tabel 3. U1 visites per kwartaal 2016

Visites U2	Q4		Q3		Q2		Q1	
Aantal visites U2	303		223		258		248	
Aantal metingen aanrijdtijd	289		202		222		223	
Gemiddelde aanrijdtijd	0:27:23		0:33:26		0:31:03		0:33:00	
Aantal binnen 1 uur	265	91,70%	182	90,10%	205	92,34%	207	92,83%
binnen 2 uur	282	97,58%	200	99,01%	221	99,55%	221	99,10%

Tabel 4. U2 visites per kwartaal 2016.

De aanrijdtijden bij U2 visites hebben in 2016 aan de streefwaarde voldaan. In het eerste kwartaal van 2016 voldeed de registratie van de U1 ritten hier niet aan de streefwaarde. Na onderzoek bleek dat chauffeurs vaak vergaten uit te kloppen bij aankomst. Dit had te maken met het feit dat men zich naar de patiënt haastte om zorg te leveren.

Door elke individuele overschrijding te onderzoeken was te achterhalen dat het vrijwel in alle gevallen om registratiefouten ging en uit de vergelijking met de handgeschreven ritstaten bleek dat de ritten wel degelijk tijdig waren voltooid. In de loop van het jaar zien we een verbetering van de registratiedichtheid en de kwaliteit van de registratie. Nochtans blijven we elke individuele overschrijding terugkoppelen.

#### 6.4 Tijdigheid: reactietijden (telefonische) consulten

De reactietijden met betrekking tot (telefonische) consulten op de huisartsenpost worden verkregen uit CallManager. Hierbij wordt de tijd tussen het aannemen van een oproep door de triagist en het moment dat de huisarts de patiënt in behandeling neemt gemeten. Wat betreft de consulten zijn de volgende streefwaarden van kracht<sup>1</sup>:

- *Bij als U2 aangemerkte (spoed) zorgvragen waarvoor een consult geïndiceerd, wordt binnen een uur een afspraak op de huisartsenpost ingepland. Zodra de patiënt binnen is, wordt hij gemonitord en zo spoedig mogelijk geholpen.*
- *Bij U3 zorgvragen (dringend) is zorg binnen 4 uur aanwezig.*
- *Bij U4 zorgvragen (routine) is zorg binnen 8 uur aanwezig.*

De triagist van de SHA vraagt de patiënt met een U2 hulpvraag direct naar de huisartsenpost te komen. De triagist plant de patiënt vervolgens op de eerst mogelijke U2 plek in de agenda. Zodra de patiënt zich meldt, wordt de huisarts hierover door de triagist geïnformeerd. De patiënt met urgentie U2 wordt vervolgens als eerstvolgende door de huisarts uit de wachtkamer gehaald.

<sup>1</sup> De urgentie categorie U1 wordt niet met deze registratie meegenomen, omdat in geval van een U1 eerst gehandeld wordt alvorens de administratieve verwerking wordt gedaan. De tijden zouden daarom een vertekend beeld geven.

Zoals de streefwaarde voor U2 zorgvragen geformuleerd is, is het belangrijk dat de patiënt binnen 60 minuten een afspraak heeft en vanaf binnenkomst gemonitord wordt. Voor wat betreft de U2 consulten staan twee percentages weergegeven. De eerste is het percentage patiënten dat binnen 60 minuten een afspraak heeft gekregen wat de streefwaarde verlangt. Als tweede het percentage patiënten dat binnen 60 minuten door de huisarts is gezien wat de ambitie van de SHA is. Hieronder is een overzicht van de reactietermijnen bij consulten en telefonisch consulten.

Reactietermijn consulten	Q4	Q3	Q2	Q1
U2 %<60 min. afspraak	94%	92%	93%	91%
U2 %<60 min. bij huisarts	76%	78%	82%	86%
U3 %<4 uur	100%	100%	99%	99%
U4 %<8 uur	100%	100%	99%	100%
Reactietermijn telefonische consulten	Q4	Q3	Q2	Q1
U2 %<60 min.	88%	90%	86%	98%
U3 %<4 uur	98%	99%	98%	98%
U4 %<8 uur	99%	100%	100%	100%

Tabel 5. Reactietijden (telefonische) consulten per kwartaal 2016.

Ondanks de toename van hoog urgente zorgvraag in de afgelopen jaren (zie tabel 5.2) zijn dit jaar de streefwaarden behaald. Naast de aanpassingen in de agenda's om de toename van U2 consulten te accommoderen is er regelmatig op werkoverleggen aandacht besteed aan het belang van tijdig plannen. Ook de sturende rol van de leidinggevend triagisten op de werkvloer is hier erg belangrijk geweest.

We blijven dit zeer actief monitoren gezien ook de sterke groei in het aantal U2 consulten.

Kwartaal	U2 consulten
2014	
Q1	411
Q2	381
Q3	355
Q4	401
<b>Gem.</b>	<b>387</b>
2015	
Q1	464
Q2	469
Q3	369
Q4	483
<b>Gem.</b>	<b>446</b>
2016	
Q1	571
Q2	555
Q3	660
Q4	751
<b>Gem.</b>	<b>634</b>

Tabel 5.2 aantal U2 consulten per kwartaal plus het gemiddelde per jaar

Wekelijks wordt het plannen van U2 consulten gemonitord. Individuele gevallen die niet tijdig in de agenda gezet worden, worden uitgezocht en besproken.

De tijdigheid van de daadwerkelijke start van het consult is iets wat we wel monitoren maar is geen waarde waar actief op gestuurd kan worden. Een belangrijke factor hierin is bijvoorbeeld de snelheid waarmee de patiënt zich op de post kan melden. Hier heeft de post geen controle over.



### 6.5 Autorisatietijden

Wanneer een contact zelfstandig door een triagist wordt afgehandeld, dient dit door een huisarts geautoriseerd te worden. De branchevereniging stelt de volgende streefwaarde:

- 90% binnen 1 uur en 98% binnen 2 uur

Grondslag van deze streefwaarde is het (patiënt)veilig werken door de triagist onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Indien een zelfzorgadvies binnen een uur door een huisarts wordt geautoriseerd is de veiligheid voor de patiënt en de triagist geborgd.

Autorisatie	Q4	% q4	Q3	% q3	Q2	% q2	Q1	% q1
<b>Aantal autorisaties</b>	<b>4453</b>		<b>4036</b>		<b>4385</b>		<b>4463</b>	
<b>Binnen 1 uur</b>	<b>4229</b>	<b>95,0%</b>	<b>3785</b>	<b>93,8%</b>	<b>4097</b>	<b>93,4%</b>	<b>4203</b>	<b>94,2%</b>
<b>Binnen 2 uur</b>	<b>4427</b>	<b>99,4%</b>	<b>3987</b>	<b>98,8%</b>	<b>4344</b>	<b>99,1%</b>	<b>4424</b>	<b>99,1%</b>

Tabel 6. Autorisatietijden per kwartaal 2016.

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat de SHA wederom ruim voldeed aan de streefwaarden in 2016. Het gemiddelde lag weliswaar iets lager dan de voorgaande jaren maar dit had vooral te maken met de flinke toename van de te autoriseren contacten (16333 in 2015, 17337 in 2016).

Om dit niveau te handhaven wordt er structureel gemonitord. De borging ligt nu grotendeels bij de leidinggevend triagisten, die direct terugkoppeling geven aan de betrokken huisartsen op de werkvloer. Van vrijwel alle overschrijdingen zijn er duidelijke redenen aangegeven (o.a. te druk met U2 patiënten, vastgelopen PC, enz.) en hebben indien nodig vervolgacties plaatsgevonden.

### 6.6 Kwaliteit triage

De streefwaarde m.b.t. de diplomering van triagisten blijft als volgt:

- *Alle triagisten zijn gediplomeerd of in opleiding en binnen 2 jaar gediplomeerd.*
- *Indien gebruik wordt gemaakt van andere beroepsgroepen voor triage dient de bekwaamheid aangetoond te zijn.*

Alle triagisten werkzaam bij de SHA zijn gediplomeerd of zijn in opleiding voor het behalen van het diploma triage en acute zorg. Hiermee wordt voldaan aan de streefwaarde.

Daarnaast is in 2011 de herregistratie een feit geworden. De triagisten moeten elke vijf jaar aan de herregistratie-eisen voldoen. Het gaat dan om werkervaringsuren, nascholingsuren en een positieve beoordeling op de volgende competenties: communicatieve vaardigheden, praktijkbeoordeling en medisch inhoudelijke kennis.

<sup>2</sup> Huisartsenpost

## 7. Triagisten

### 7.1 Na- en bijscholingsactiviteiten

Ook in 2016 is er weer een groot aanbod geweest van na- en bijscholingsactiviteiten voor triagisten. Hieronder volgt een overzicht:

#### ➤ *Coach de Coach*

In 2016 zijn, in verband met verlenging van de licentie om kwaliteitsmetingen triage te kunnen uitvoeren, alle vier auditoren weer op herhalingstraining geweest en heeft er een ijking plaatsgevonden als examen. Daarnaast zijn twee triagisten gestart om opleidbaar te worden tot auditor.

#### ➤ *Reanimatie/AED*

Een reanimatie/AED training met uitgifte certificaat voor deelname heeft plaatsgevonden. Deze scholing wordt elk jaar herhaald om adequaat en deskundig te kunnen handelen.

#### ➤ *Scholing omtrent de acute psychiatrische patiënt*

Er is ingegaan op de verschijnselen van de in de huisartsenpost veel voorkomende psychiatrische ziektebeelden, gedrag voortvloeiend uit deze psychiatrische ziektebeelden, deze te herkennen en hier adequaat op te reageren.

#### ➤ *HAP-dag*

De NVDA heeft voor de eerste maal een HAP<sup>2</sup>-dag georganiseerd voor triagisten welke werkzaam zijn op een huisartsenpost. Vanuit de SHA hebben tien triagisten zich aangemeld voor deze dag waar de ins en de outs werden besproken m.b.t. de kernset van InEen. Ook zijn er door elke triagist twee workshops gevolgd: *ABCDE veilig stellen* en *Drugs en Alcohol*.

➤ “De achterkant van het gesprek”: Gesprekstechniek

In deze training werden de punten van de kwaliteitsmetingen besproken.

➤ Fysieke triage

Er is een uitgebreide training geweest met betrekking tot de fysieke triage. Tijdens deze training is ingegaan op alle (medische) aspecten ten aanzien van het eerste contact met een hulpvrager. Hierbij is veel medische achtergrondinformatie gegeven van veel voorkomende klachten. De training werd zeer hoog gewaardeerd door het team. Het heeft hen verdieping en hulpmiddelen aangereikt om de kwaliteit van fysieke triage te behouden en te verbeteren.

➤ Training/ oefening ‘het uitvoeren van verrichtingen’

In deze training zijn alle verrichtingen, welke op de huisartsenpost door triagisten (in opleiding) worden uitgevoerd, geoefend. Er werd gerefereerd aan bestaande protocollen met betrekking tot het uitvoeren van verrichtingen en er werd een uitleg gegeven over de verantwoordelijkheden van de triagist tijdens uitvoering.

➤ Leiding geven

Twee van de vier leidinggevend triagisten volgden een training ‘leidinggeven’. Daarnaast volgden de meewerkend leidinggevend triagisten een verdiepende training welke zich richt op leiderschap binnen samenwerking en hoe je de verschillende individuele kwaliteiten kan inzetten ten behoeve van het optimaliseren van de teamsamenwerking. Ook intervisie maakte onderdeel uit van deze training.

➤ SBAR training

In 2016 hebben de triagisten een bezoek gebracht aan Mets te Bilthoven alwaar zij een training hebben gevolgd om casuïstiek over te dragen middels de SBAR formule. Deze wijze van overdracht is geoefend in de daar aanwezige meldkamer.

### 7.2 Wijziging opleidingstraject

De SHA heeft besloten om vanaf 1 januari 2016 nieuwe triagisten in opleiding pas volledig zelfstandige nachtdiensten te laten draaien nadat ze het diploma Triagist Acute Zorg hebben behaald. Ze doen tijdens hun opleiding al wel halve nachtdiensten samen met een gediplomeerde triagist om ervaring op te doen. Om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen vallen triagisten in opleiding die voor 1 januari 2016 in dienst zijn getreden buiten deze beleidsaanpassing.

### 7.3 Telefonische triage audits

De triage is een essentieel onderdeel van het primaire proces. Door middel van de triage wordt de urgentie van de hulpvraag vastgesteld en de vervolgactie bepaald. Dit uiterst kritische proces wordt zo veilig mogelijk door triagisten uitgevoerd, met de Nederlandse Triage Standaard (NTS) als ondersteunende tool. De kwaliteit van de telefonische triage wordt gemeten middels audits. Een audit is een systematisch en onafhankelijk onderzoek waarbij de criteria, zoals vastgelegd in het opleidingsplan van de branchevereniging InEen, worden gescoord.

InEen heeft een kernset ontwikkeld voor het beoordelen van de kwaliteit van telefonische triagegesprekken op de huisartsenpost. Deze kernset geeft weer op welke aspecten een triagegesprek moet worden beoordeeld: vakkennis/ medische kennis, geprotocolleerd werken/logistiek en communicatieve vaardigheden. Deze kernset is een objectieve standaard voor het beoordelen van triagegesprekken. De kernset van InEen en de HAAKPlus<sup>®</sup>-score zijn inmiddels met elkaar verbonden in: *Alles IN EEN*.

Op de SHA wordt sinds het 2<sup>de</sup> kwartaal 2016 geaudit volgens *Alles IN EEN*. Deze audits zijn een onderdeel van de functionerings- en beoordelingsgesprekken met de triagistes.

#### 7.4 Fysieke triage audits

De SHA is in 2014 gestart met het meten van de kwaliteit van de fysieke triage. In samenwerking met een trainingsadviesbureau is het proces van de fysieke triage, op basis van afgesproken werkwijze en protocollen, geanalyseerd.

Op basis van de uitkomsten is een *audit scorelijst fysieke triage* ontwikkeld. In deze lijst zijn top-items opgenomen die behaald moeten worden om een verantwoorde en veilige fysieke triage uit te voeren. De fysieke triage audits worden vastgelegd op video.

In 2015 is, in samenwerking met het trainingsadviesbureau, het kwaliteit meetinstrument fysieke triage aangepast en afgestemd op de eisen van InEen en gespecificeerd voor de fysieke triage zoals deze wordt uitgevoerd op Spoedpost Amstelland. In 2016 zijn alle triagisten bovengemiddeld gescoord op de fysieke triage audit.

#### 7.5 Triagetijden

De duur van de triage is een belangrijk kwaliteitscriterium, met als hoofddoel de balans vinden tussen kwalitatief hoge triages en efficiëntie. Bij het meten van de triagetijden wordt onderscheid gemaakt tussen de fysieke en telefonische triage.

Door de wisseling van leverancier van de NTS module, zijn we pas weer van af het vierde kwartaal in staat om structureel triagetijden te meten. Doordat de meetmethode afwijkt van de vorige leverancier zijn de gemeten triagetijden gemiddeld iets langer dan voorheen. We schatten een minuut extra door administratietijd.

	consult	niet declareren	telefonisch consult	visite	Eindtotaal
Telefonisch	0:05:25	0:06:15	0:07:25	0:06:40	0:06:27
Fysiek	0:05:40	0:06:38			0:06:24
<b>Eindtotaal</b>	<b>0:05:27</b>	<b>0:06:37</b>	<b>0:07:25</b>	<b>0:06:40</b>	<b>0:06:26</b>

Tabel 7.1 Gemiddelde triagetijden vierde kwartaal 2016.

In tabel 7.1 staat ook telefonische consulten die niet gedeclareerd worden. Hierbij moet u denken aan oproepen die direct naar een SEH worden verwezen en overdrachten naar een ambulance.

Los van de digitale meting is de beleving dat de triagisten meer tijd nodig hebben om de triage te voltooien. Eén van de redenen is dat de gesprekstechniek in de afgelopen jaren is uitgebreid en een andere reden is dat de nieuwe NTS methodiek het uitvragen van meer items vereist. Dit alles zorgt ervoor dat de triages langer worden. Vooralsnog lijkt dit geen negatieve effecten te hebben op het halen van streefwaarden, mede omdat ook meer triagediensten zijn ingezet op drukke tijden.

## 8. Huisartsen

### 8.1 Na- en bijscholingsactiviteiten

Voor huisartsen zijn in 2016 de volgende trainingen georganiseerd:

- *Training ter bevordering van de signalerings- en opvolgingsvaardigheden m.b.t. kindermishandeling en huiselijk geweld*

Deze training is georganiseerd om te voldoen aan de Wet verplichte meldcode. Deze vereist dat er een regelmatig aanbod is van trainingen en andere vormen van deskundigheidsbevordering zodat triagisten en huisartsen voldoende kennis en vaardigheden ontwikkelen en ook op peil houden voor het signaleren van huiselijk geweld en kindermishandeling en voor het zetten van de stappen van de meldcode.

De training is in 2016 eenmalig aangeboden en enthousiast ontvangen door de deelnemende huisartsen.

- *Training regiearts*

In 2016 is de training regiearts twee maal aangeboden en in beide gevallen goed ontvangen door de deelnemers.

### 8.2 Beleid waarnemend huisartsen

In 2016 is het maximum aantal ingeschreven waarnemend huisartsen min of meer los gelaten. Van deze waarnemend huisartsen verwachten we dat ze vier diensten per half jaar bij de SHA komen werken, dit om nog enige kwaliteit te kunnen waarborgen. De eis dat een waarnemend huisartsen in het bezit moet zijn van een geldig AED-certificaat is op verzoek van de aangesloten huisartsen komen te vervallen. Wel vragen we alle waarnemend huisartsen een AED-cursus te volgen. Voor noodgevallen is een noodprocedure in het leven geroepen. Dit houdt in dat wanneer een door de SHA geaccepteerde waarnemend huisarts zijn inloggegevens is vergeten, er van een noodaccount gebruik gemaakt kan worden.

Er staan in 2017 een groot aantal veranderingen op stapel omtrent het registreren van waarnemers door de invoering van de Wkkgz en het afschaffen van de VAR. In 2016 is een start gemaakt om deze veranderingen in kaart te brengen en te bepalen hoe dit onze werkwijze zal beïnvloeden. Deze aanpassingen kunnen dan in de loop van 2017 worden ingevoerd.

### 8.3 Collectieve verkoop nachtdiensten

Gelijk aan voorgaande jaren zijn, op verzoek van de huisartsen met een deelnemersovereenkomst, de nachtdiensten collectief verkocht aan een waarneembureau. Het waarneembureau vult de diensten in met waarnemers uit het waarneembestand van de SHA.

### 8.4 Verkochte diensten

Via de gegevens in onderstaande tabel wordt inzicht verkregen in het percentage diensten dat door waarnemend huisartsen wordt vervuld. Globaal genomen komen de percentages redelijk overeen met vorig jaar.

2016	Avond	Weekend	Nacht	Gemiddeld
Aangesloten huisartsen	44,6%	55,2%	4,8%	42,0%
Hidha's	6,0%	2,7%	0,3%	3,5%
Waarnemer	49,4%	42,1%	94,9%	54,5%

Tabel 8. Overzicht de percentages verkochte diensten 2016.

Zoals beschreven worden de nachtdiensten collectief verkocht aan een waarneembemiddelingsorganisatie. Deze draagt daarmee de verantwoordelijkheid dat de nachtdiensten ingevuld worden. Mocht dat onverhoopt niet lukken dan blijft de ingeroosterde huisarts verantwoordelijk voor het invullen van deze dienst.

### 8.5 Interviews met individuele huisarts

Ook dit jaar heeft de medisch coördinator weer met een aantal huisartsen een persoonlijk gesprek gevoerd. Zowel aangesloten huisartsen als waarnemend huisartsen worden uitgenodigd voor een gesprek. Het doel van de gesprekken is om er achter te komen hoe het werken op de huisartsenpost door de huisartsen wordt ervaren. Uit de gevoerde gesprekken is gebleken dat de huisartsen in grote lijnen tevreden zijn over het werken op de huisartsenpost.



### 8.6 Arts in opleiding tot specialist (huisartsgeneeskunde)

Net als de voorgaande jaren hebben er in 2016 weer introductiecursussen voor de nieuwe huisartsen in opleiding tot specialist (AIOS) plaatsgevonden. Het doel van deze introductiecursus is de AIOS goed te informeren over het dienstdoen op de SHA.

#### ABCD-cursus

Naast het aanbieden van een introductiecursus dient de huisartsenpost ook zorg te dragen voor een ABCD cursus voor 3<sup>de</sup> jaars AIOS. Het doel hiervan is dat AIOS vaardig zijn in het verlenen van basic life support (BLS) en in het gebruik van de Automatische Externe Defibrillator (AED). Aangezien het aantal 3<sup>de</sup> jaars AIOS per startmoment erg klein is op de SHA, is gezocht naar een samenwerkingsverband met andere huisartsenposten.

Uiteindelijk worden er, in samenwerking met de twee opleidingsinstituten in de regio en een trainingsbureau, vanaf oktober ABCD-cursussen aangeboden. Door het aanbieden van deze cursus aan de 3<sup>de</sup> jaars AIOS die diensten komen doen op de SHA, voldoet de SHA aan haar verplichting hieromtrent. De samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd in contracten tussen het trainingsbureau, SBOH en de deelnemende huisartsenposten.

#### Bijeenkomst voor opleiders

De SHA acht het van belang dat er een goede samenwerking is tussen de organisatie en de opleiders en dat knelpunten met elkaar besproken worden. In dit kader organiseert de SHA éénmaal per jaar een bijeenkomst voor opleiders, zo ook in 2016.

Nieuwe ontwikkelingen op de huisartsenpost die van invloed kunnen zijn voor opleiders en AIOS werden besproken en bestaande afspraken werden verder geëvalueerd. Er is o.a. gesproken over de nachtdiensten en 3<sup>de</sup> jaar AIOS, de rol van (waarnemende) opleiders en het eventueel doen van eigen nachtdienst als achterwacht voor AIOS en over de behoefte aan een extra spreekkamer.

Er waren 13 van de ruim 25 opleiders aanwezig. De bijeenkomst is als zeer nuttig beschouwd.

#### Bijeenkomst voor opleidingscoördinatoren

In 2016 heeft er een VU- en UvA- opleidingscoördinatoren bijeenkomst plaatsgevonden. De aanleiding hiervoor was dat er een nieuwe versie van "Leidraad leren dienstdoen op de huisartsenpost" van de SBOH was uitgekomen. De veranderingen t.o.v. de vorige versie werden besproken en tevens was het een goed moment om ervaringen met elkaar uit te wisselen en enkele aandachtspunten te bespreken.

### 8.7 Kwaliteitscommissie

#### Reguliere vergaderingen

De voornaamste rol van de kwaliteitscommissie (KC) is het meedenken en adviseren over beleids- en kwaliteitsaspecten van de SHA. Naast de huisartsen die hun HAGRO vertegenwoordigen neemt er ook een waarnemend huisarts deel aan de KC. Deze waarnemer vertegenwoordigt de waarnemers. Vanuit kantoor zijn de directeur, de medewerker kwaliteit, medisch coördinator, praktijkbegeleider en informatiebeheerder van de SHA aanwezig. De KC wordt voorgezeten door de medewerker kwaliteit/ directeur en genotuleerd.

Tijdens de vergaderingen in 2016 zijn o.a. de volgende onderwerpen besproken:

- Aanpassing stroomschema inschakelen achterwacht huisartsen;
- Brief van en gesprek met een huisarts
- Calamiteiten: rapportages en beoordeling van de IGZ;
- Deelnemersvergadering 2016;
- Inzet AC2/AC3 en WAC2 diensten;
- Hoe waarnemers te betrekken bij de SHA;
- Laptop in de visiteauto;
- Missie en visie 2016 - 2020 (dit als vervolg op de beleidsdag van 14 april);
- Pilot project Servicemedicatie in de visitekoffer van de SHA;
- Reglement huisartsen (herziene versie vastgesteld);
- Signalering kindermishandeling en huiselijk geweld actiemaand;
- Stand van zaken aanpassingen waarneembeleid (zie paragraaf 8.2);
- Stand van zaken invulling nachten;
- Stand van zaken pilot zelfverwijzers overdag (zie paragraaf 11.7);
- Terugkoppeling vanuit de bouwcommissie;

- Verstrekken van inlogcode nieuwe waarnemer vlak voor de eerste dienst;
- Voorstel onderwerpen beleidsdag 2016;
- Voorstel regieartspoule (akkoord om voor te leggen tijdens ledenvergadering van de HCA);
- Werkafspraken tijdens nachtdienst;
- Workflow tijdens consultdienst: wat frustreert de workflow?

De notulen van de vergaderingen worden ter kennisgeving naar het bestuur gestuurd en op intranet geplaatst voor inzage door de aangesloten huisartsen. Daarnaast krijgt iedere huisarts persoonlijk een korte beschrijving van de vergadering toegestuurd.

De besluiten genomen door de KC die als advies gelden voor de directie, zijn door de directie allemaal onverkort overgenomen en geïmplementeerd.

### *Beleidsdag*

In het 2de kwartaal heeft de jaarlijkse beleidsdag van de kwaliteitscommissie plaatsgevonden. Tijdens de vergadering is er o.a. gesproken over het aanscherpen van de visie en de missie van de SHA en daarnaast, in de middagsessie, is er gekeken naar wat we aan verbeterstappen kunnen initiëren n.a.v. de uitkomsten van het huisartsentevredenheidonderzoek en de thema's genoemd in de deelnemersvergadering.

Om het denkproces met betrekking tot de visie te stimuleren is er een top vijf gemaakt betreffende de verwachte ontwikkelingen in de huisartsenpost:

- Zorgvragen
  - Hogere en complexere zorgvraag door chronisch zieken en ouderen
  - Hoger aantal trauma's door fracturen
  - Stijging vraag
  - Meer eerstelijns patiënten thuis i.p.v. in het ziekenhuis.
  - Bewuster voortraject bij ouderen; geen ambulance naar patiënten van 95.
- EHealth
  - EHealth en zelfmanagement: patiënten vragen eerst de "Thuisdokter.nl"
  - E-diagnostiek
  - Verandering/verplaatsing van zorg-> Nulde lijn, e-dokter
- Financiering nieuwe consultvormen
- Werktijden/locatie
- Eerste lijn huisartsen in zorgcentra

Gesproken is over megatrends en effecten op het zorglandschap. De SHA moet anticiperen op komende ontwikkelingen. Ziektes zullen niet dodelijk maar chronisch worden. Dit is een extra belasting voor de eerste lijn.

In de middag zijn de verbeterstappen op korte termijn besproken. De volgende verbeterstappen betroffen:

- Meer invloed/ zeggenschap van HA op de beleidvorming
- Beter waarneembeleid
- Betere sfeer op de werkvloer, gebrek aan teamgevoel
- Betere faciliteiten
- Afname onrust onder triagisten – veel geklaag en groot verloop
- Betere afspraken over opvolging o.b.v. triage uitkomst
- Hoge werkdruk

Bovenstaande verbeterstappen zijn omgezet in concrete acties en zijn afgerond of lopen in 2017 nog door.

### *8.8 Deelnemersvergadering*

Begin december heeft er een deelnemersvergadering, onder leiding van een extern adviseur, plaatsgevonden. Thema van de deelnemersvergadering was “Grip op triage”

Aanleiding van dit thema was de onrust over triage. Huisartsen klagen over de vele U2's die achteraf niet spoedeisend (b)leken te zijn.

Aan de hand van de volgende drie stellingen werd er gediscussieerd.

- Als huisartsen zelf triageren met NTS zouden er minder consulten op de SHA zijn.
- Contextfactoren bij een U1 zijn onbelangrijk..
- Het aantal U3+ urgenties daalt als de huisarts zijn/haar bereikbaarheid verbetert.

Roulerend in groepen hebben de aanwezige huisartsen de mogelijkheid gekregen om hun mening te geven over iedere stelling. Het was een zeer nuttige avond

waaruit de SHA veel input heeft ontvangen. Hetgeen ter tafel is gekomen zal door de SHA verder worden uitgewerkt om in de KC te bespreken.

## 9. Interne organisatie

### 9.1 Organisatievorm

De gekozen organisatievorm van de SHA is het Raad van Beheer model, dit houdt in dat de bestuurlijke taken zijn verdeeld tussen het bestuur en de directeur. In dit model is het bestuur verantwoordelijk voor het besturen van de SHA en is er sprake van delegatie van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van het bestuur naar de directeur en van de directeur naar de praktijkbegeleider, de kwaliteitsmedewerker, de informatiemanager en het secretariaat. Het organigram is weergegeven in onderstaande afbeelding en in bijlage 1 staan de personalia vermeld.

### 9.2 Bestuursamenstelling

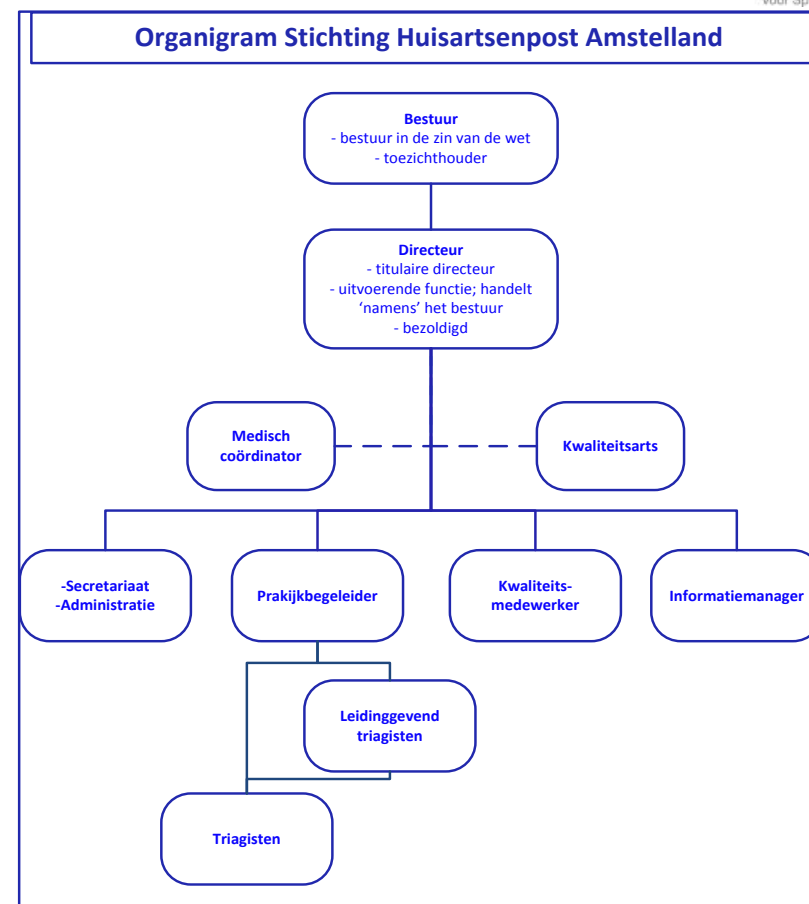
Het bestuur van de SHA bestaat uit 5 leden; 2 A leden en 3 B leden. De A leden worden benoemd door de Huisartsencoop Amstelland (HCA) en kunnen alleen in regio Amstelland praktiserende huisartsen zijn. De 3 B leden worden door het bestuur benoemd. In 2016 waren de B leden een jurist, een persoon uit het bankwezen en een organisatiedeskundige (zie bijlage 1: Personalia).

Het bestuur heeft in 2016 een adviseur benoemd om hen met name te ondersteunen op het financiële vlak.

### 9.3 Aanpassing organisatiestructuur

Vanaf 2015 is het team van vier leidinggevend triagisten gestart met het uitvoeren van hun functie op de werkvloer. Daarnaast vindt er sindsdien doorlopend training plaats om de leidinggevende vaardigheden van de leidinggevend triagisten te ontwikkelen.

Door deze nieuwe structuur is de samenwerking met de SEH verbeterd, de triagisten voelen zich meer ondersteund en ook de huisartsen ervaren de komst van de leidinggevendenden als zeer positief.



Afbeelding 3. Organigram

### 9.4 Risicoanalyse

De SHA streeft naar een doelmatige bedrijfsvoering, waarbij het bedrijfsrisicoanalyse model volgens de methodologie van het COSO Enterprise Risk Management ondersteunend is. Eens in de vier jaar wordt er een risicoanalyse uitgevoerd, zodat inzicht verkregen wordt in de bedrijfsrisico's en de organisatie in staat wordt gesteld deze te minimaliseren.

In 2015 is, onder begeleiding van een externe partij, de risicoanalyse uitgevoerd.

Naast de opvolging van de in 2015 geïdentificeerde bedrijfsrisico's werd er op advies van de externe partij een jaarkalender opgesteld. De jaarkalender heeft als doel de risico's en de te nemen acties systematisch te monitoren en de borging. Er wordt nog gezocht naar een functioneel en handzaam format voor een dergelijke jaarkalender, hetgeen in 2017 verder zal worden uitgewerkt.

### 9.5 HKZ

Zorginstellingen die HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) gecertificeerd zijn, worden verondersteld een bepaald kwaliteitsniveau te bieden. De doelstelling is om de zorgprocessen en documentatie op de SHA zo veel mogelijk in lijn van de HKZ vorm te geven.

Er is een focusgroep opgericht, bestaande uit een triagist, de kwaliteitsarts, de directeur en de kwaliteitsmedewerker, die tijdens verscheidene bijeenkomsten de HKZ normen puntsgewijs heeft besproken. Per punt is genoteerd op welke wijze de SHA reeds voldoet, dan wel welke acties ondernomen moeten worden om aan de norm te gaan voldoen.

De uitvoering van de zogenaamde nulmeting is in het 1ste kwartaal van 2016 afgerond. In 2016 kwam echter ook het nieuwe ISO-compatibele certificatieschema voor de huisartsenposten beschikbaar. De nulmeting moet volgens het nieuwe schema aangepast worden. De belangrijkste wijzigingen zijn de risico- en kansgerichte benadering en de verschuiving van een procesgerichte naar een resultaat gerichte benadering. Door deze wijzigingen vermindert de administratieve ballast.

In 2017 zal gekeken worden welke actiepunten n.a.v. de uitgevoerde nulmeting opgepakt gaan worden. Op basis van deze uitkomsten zal bepaald worden of en zo ja wanneer er een HKZ audit gepland zal worden. De SHA staat er dan ook positief tegenover dat de HKZ in beweging is.

### 9.6 Dienstoverdracht en -evaluatie

Aan zowel het begin als het einde van iedere dienst is tijd vrij gepland voor de dienstoverdracht en -evaluatie. Alle aanwezige huisartsen, chauffeurs en triagisten (behalve één triagist met telefonische triagedienst) worden geacht bij de overdracht en evaluatie aanwezig te zijn.

Tijdens de overdracht worden o.a. openstaande contacten en zorgintensieve patiënten overgedragen en worden er belangrijke (nieuwe) werkafspraken

gecommuniceerd. Tijdens de evaluatie wordt besproken hoe de afgelopen dienst is verlopen. Mochten bepaalde zaken niet goed verlopen zijn, wordt dit genoteerd. Te denken valt aan het niet tijdig autoriseren van een zelfzorgadvies, het niet tijdig beantwoorden van een spoedlijn en technische storingen.

Het dienstoverdracht en -evaluatieformulier wordt online ingevuld en levert o.a. als voordeel op dat managementinformatie eenvoudiger te verkrijgen is.

### 9.7 Personeelsvertegenwoordiging

De taakstelling van de personeelsvertegenwoordiging (PVT) is het behartigen van zowel de belangen van alle werknemers als de belangen van de organisatie.

Eén van de leden van de PVT was voor een periode van vier maanden met zwangerschapsverlof en zal begin 2016 haar functie weer vervullen.

In de vergaderingen zijn oa de volgende punten behandeld:

- Het fietsplan
- ORT tijdens pauzes
- Werving personeel
- Vaststelling personeelsbeleid.

### 9.8 Vertrouwensartsen

De SHA heeft sinds 2010 twee vertrouwenspersonen aangesteld. Dit is in navolging van de Arboret die werkgevers verplicht om beleid te voeren gericht op het beschermen van werknemers tegen 'ongewenste omgangsvormen' en de nadelige gevolgen daarvan. In 2016 werd er een nieuwe vertrouwensarts aangesteld, dit betreft een vrouw waardoor de SHA nu zowel een mannelijke als een vrouwelijke vertrouwensarts aan kan bieden.

### 9.9 Na- en bijscholingsactiviteiten kantoormedewerkers

In 2016 heeft alleen de directeur deelgenomen aan na- en bijscholingsactiviteiten te weten een seminar "van VAR naar DBA".

Daarnaast heeft zij diverse seminars gevolgd en congressen bijgewoond.

### 9.10 Ervaringsonderzoek

Eens in de 3 jaar voert de SHA een patiënt- en medewerker ervaringenonderzoek uit. In navolging op het vorige patiënt- en medewerker ervaringenonderzoek is eind 2015 een herhalingsonderzoek uitgevoerd. Om een goede vergelijking te maken met de resultaten van het vorige onderzoek, is deze door hetzelfde onderzoeksbureau uitgevoerd. Het doel van de onderzoeken is inzicht te krijgen in de ervaring van patiënten en medewerkers om zo de kwaliteit van zorgverlening op de SHA te verbeteren. Nieuw ten opzichte van de eerdere onderzoeken was dat in 2015 ook de kantoormedewerkers gevraagd waren om een aantal vragen aangaande het werken op de SHA te beantwoorden. In het eerste kwartaal van 2016 is het rapport verschenen.

In het tweede kwartaal 2016 werden de resultaten door medewerkers van een onafhankelijk onderzoeksbureau gepresenteerd. Van de uitgebreide onderzoeksrapporten zijn samenvattingen gemaakt en op intranet en /of externe website geplaatst. De belangrijkste uitkomsten van het onderzoek onder de huisartsen zijn tijdens de jaarlijkse beleidsdag 2016 van de Kwaliteitscommissie besproken. Naar aanleiding van de uitkomsten zijn diverse verbetermaatregelen genomen om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren (zie paragraaf 8.8).

### 9.11 Medisch coördinator en kwaliteitsarts

De medisch coördinator en de kwaliteitsarts, beiden praktijkhoudend huisarts, zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het medisch inhoudelijk deel van de geldende en te ontwikkelen werkafspraken. Daarnaast maakt de medisch coördinator deel uit van de monitorgroep, de klachtencommissie en de calamiteitencommissie. De kwaliteitsarts is verantwoordelijk voor het beleid inzake de huisarts in opleiding op de SHA en heeft zitting in de commissie veilig incident melden (VIM). De medisch coördinator en kwaliteitsarts fungeren als elkaars back-up bij afwezigheid.



## 10. Ketenpartners

De SHA zoekt samenwerking en maakt afspraken met ketenpartners waar dat wenselijk dan wel nodig is. De SHA heeft vele ketenpartners waar ze structureel dan wel incidenteel overleg mee pleegt. Met name met:

- Ambulance
- Thuiszorgorganisaties
- GGD instellingen
- De huisartsenpost Amsterdam

De SHA maakt deel uit van o.a. het Operationele ketenoverleg acute zorg. Daarnaast wordt de SHA extern vertegenwoordigd in het regionale overleg acute zorg (ROAZ). Voor deze vorm is gekozen i.v.m. de grote hoeveelheid deelnemers aan dit platform. Speciale samenwerkingsverbanden zijn er met Ziekenhuis Amstelland en de Huisartsencoöperatie Amstelland.

## 11. Samenwerking met Ziekenhuis Amstelland

### 11.1 Spoedpost Amstelland

Stichting Huisartsenpost Amstelland en Ziekenhuis Amstelland zijn tot een geïntegreerde samenwerking gekomen in Spoedpost Amstelland. Er is een uniforme telefonische en fysieke toegang georganiseerd voor de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van ZHA en de SHA, zodat de bevolking van Amstelveen en omstreken bij één voordeur terecht kan voor spoedeisende hulp. Het personeel van de SHA en SEH ZHA werken op zodanige manier samen dat kwaliteitswinst wordt bereikt, dat wachttijden worden gereduceerd en dat de spoedpost als geheel efficiënt werkt.

De SHA en de SEH ZHA hebben voor de Spoedpost de volgende doelstellingen vastgesteld:

- Het verbeteren van de toegankelijkheid en bewegwijzering van de acute zorg door middel van één loket voor de spoedzorg;
- Het ontwikkelen van multidisciplinaire samenwerking, elkaar helpen bij piekdruk, ervaring opdoen met taakverdeling en zo mogelijk taakherschikking;

- Het boeken van kwaliteitswinst voor de patiënt door inzet van adequate competenties, trefzekere werkafspraken, snelle berichtgeving over en weer tussen SHA en SEH ZHA;
- Het voorkomen van overbodig/dubbel onderzoek en anamnese;
- Het realiseren van een basis voor het maken van ketenafspraken in de acute zorg met partners (ambulance, apotheek, GGZ, academische ziekenhuizen).

Door de intensieve samenwerking tussen de SEH van ZHA en de SHA is er concrete invulling gegeven aan het landelijke streven naar een meer doelmatig gebruik van de acute zorg. De Spoedpost heeft een goede en herkenbare uitgangspositie verworven. Aangezien de gezondheidszorg veranderlijk is, dient er continue nagedacht te worden over hoe de zorgverlening op de Spoedpost betaalbaar en toegankelijk te houden.

### 11.2 Overlegstructuren

#### SEH-SHA overleg

Tweewekelijks, en adhoc indien nodig, vindt er overleg plaats tussen de teamleider van de SEH en de praktijkbegeleider van de SHA. In dit overleg worden werkafspraken gemaakt en geëvalueerd en wordt casuïstiek besproken. Dit alles met als doel verbetering van de kwaliteit van zorgverlening op de werkvloer.

#### Management overleg

De samenwerking tussen de manager acute en intensieve zorg ZHA en de directeur van de SHA verloopt goed. Maandelijks is er overleg waarin de beleidsmatige zaken tussen SHA en ZHA aan de orde komen. In 2016 is o.a. gesproken over: NTS in SAP ingebouwd, callmanager koppelen aan SAP, zorgdomein, Zirop, bezetting roosters in vakantieperiodes, project diagnostiek op de huisartsenpost, kosten gemene rekening eind afrekening 2015, inschakelen weekend-avond-nacht (WAN)-hoofd in de nacht en nachtdiensten op de huisartsenpost, zelfverwijzers doordeweeks overdag met vervolgadvis huisarts, triage-plus, extra ruimte voor de SHA, apotheek in de nacht en de evaluatie van het gezamenlijk functioneren als spoedpost.

### Monitoroverleg

De monitorgroep is opgericht om knelpunten in de samenwerking tussen de SHA en ZHA te bespreken.

Namens ziekenhuis Amstelland zijn de manager acute en intensieve zorg en een specialist aanwezig. De SHA wordt vertegenwoordigd door de directeur en de medisch coördinator. Tijdens de overleggen zijn o.a. de volgende onderwerpen besproken:

- Deur dicht in de nachten
- Evaluatie zelfverwijzers overdag doordeweeks
- Stand van zaken aanvullende diagnostiek ;hoe het geregeld is met de rekeningen voor een X-foto die door de SHA is aangevraagd
- Gezamenlijk VIM's melden
- Stand van zaken NTS plus project
- Afsluiten project eigen huisarts overdag nu vast onderdeel van het zorgproces

De samenwerking verloopt momenteel soepel en er is daarom weinig aanleiding tot regulier vergaderen. Bovendien nemen de leden van de monitorgroep indien noodzakelijk direct contact met elkaar op om zaken te bespreken.

### 11.3 Fysieke triage

De fysieke triage wordt 24 uur per dag uitgevoerd door de triagisten van de SHA. Dus ook wanneer de huisartsenpost gesloten en de SEH ZHA open is. Alle triagisten van de SHA zijn geschoold in de fysieke triage.

In 2016 is gestart met het triage plusproject. Het uitgangspunt van dit project is dat door het eerder inzetten van vooronderzoek de doorstroom op de SEH effectiever en efficiënter kan verlopen. Het inzetten en gedeeltelijk uitvoeren van de vooronderzoeken dienen dan te worden gedaan door de fysieke triagist van de SHA.

Bij de evaluatie van het project in het vierde kwartaal 2016 met de SEH is gebleken dat de inzet van plus triagisten door de SEH zeer gewaardeerd wordt. Behalve dat het de doorstroom verbeterd is, is de klanttevredenheid gestegen. Wachtijd wordt efficiënter gebruikt.

De reeds geschoolde Plus Triagisten zijn in het vierde kwartaal 2016 in de fysieke triage dienst zelfstandig vooronderzoek gaan inzetten.

De verwachting is dat er in 2017 meer triagisten hierin geschoold gaan worden.

### 11.4 Inspraak personeelsbeleid

Aangezien de triagisten in dienst van de SHA tijdens sluitingstijden van de SHA de fysieke triage verrichten onder verantwoordelijkheid van de SEH ZHA is ervoor gekozen de teamleider van de SEH zitting te laten nemen in de sollicitatiecommissie van de SHA. Op deze manier heeft de SEH inspraak in het aanname beleid en wordt de onderlinge samenwerking versterkt.

Bovendien is de teamleider van de SEH medebeoordelaar van de triagist op het onderdeel fysieke triage. Op basis van de competenties van InEen wordt er per triagist door de teamleider van de SEH, in samenspraak met het team SEH verpleegkundigen, een beoordeling gegeven over de kwaliteit van de fysieke triage. De teamleider van de SEH sluit (enkel voor dit punt) aan bij de functionerings- en beoordelingsgesprekken van de triagisten om de beoordeling van de fysieke triage gezamenlijk te bespreken. Deze samenwerking wordt door beide partijen als plezierig ervaren.

### 11.5 Aanvullende diagnostiek tijdens diensten

In 2016 is begonnen met de pilot aanvullende diagnostiek. De artsen krijgen hiermee de mogelijkheid om direct patiënten naar röntgenafdeling of het lab te verwijzen zonder tussenkomst van de SEH. De afspraak is dat dit alleen gebruikt wordt bij een lage vooraf kans op een aandoening.

Op dit moment zijn alleen cijfers bekend van het insturen naar de röntgenafdeling (zie tabel 9)

	Ja	nee	onbekend	Eindtotaal	Ja	nee	onbekend
Q1	7	25	2	34	20,59%	73,53%	5,88%
Q2	13	46	1	60	21,67%	76,67%	1,67%
Q3	19	75	0	94	20,21%	79,79%	0,00%
Q4	35	57	0	92	38,04%	61,96%	0,00%
<b>Eindtotaal</b>	<b>74</b>	<b>203</b>	<b>3</b>	<b>280</b>	<b>26,43%</b>	<b>72,50%</b>	<b>1,07%</b>

Tabel 9 Directe diagnostieaanvraag 2016 plus uitkomst (ja = breuk)

Uiteindelijk bleek 26,4% van de ingestuurde patiënten toch een breuk te hebben.



In 2017 zal worden geëvalueerd of dit project geslaagd is.

### 11.6 Veiligheid in de nachten

De SEH van ZHA is 's nachts gesloten. Doordat patiënten verwachten er ziekenhuiszorg te kunnen krijgen, kunnen er patiëntonveilige situaties ontstaan. De SHA is namelijk niet ingericht om op deze niet geplande (ongereguleerde) acute 2<sup>de</sup> lijns zorgvragen, adequaat in te spelen. 's Nachts kunnen patiënten alleen na telefonische triage bij de huisartsenpost terecht. Zo ontstaat de mogelijkheid om altijd te kunnen triëren en indien 2<sup>de</sup> lijns zorg vereist is de patiënt door te verwijzen naar een SEH in de buurt.

De afgelopen jaren is al op verschillende manieren geprobeerd om patiënten te informeren over de sluitingstijden van de SEH, helaas kan niet 100% voorkomen worden dat er 's nachts onaangekondigd patiënten voor de deur van de SHA staan. Met ZHA is de werkafpraak gemaakt dat de triagist in uitzonderlijke gevallen de hulp in mag roepen van het weekend-avond-nacht (WAN)-hoofd van ZHA. Het doel van deze afspraak is om de patiëntveiligheid van de zelfverwijzers in de nacht te vergroten. De keren dat er hulp wordt gevraagd van het WAN-hoofd worden geregistreerd en geëvalueerd.

### 11.7 Huisartsenzorg op weekdays tussen 8:00 en 17:00 uur

Sinds de oprichting van Spoedpost Amstelland is er door de HCA de wens uitgesproken om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om de huisartsengeneeskundige zorg voor zelfverwijzers, patiënten die niet door een (huis)arts zijn verwezen naar de SEH, overdag goed te organiseren. Voorheen werden tussen 8:00 en 17:00 uur op weekdays alle patiënten gezien op de SEH, ook wanneer uit de triage bleek dat het een huisartsengeneeskunde hulpvraag betrof. Er is toen, net als op andere huisartsenposten, nagedacht hoe we ervoor konden zorgen dat deze patiënten in de eerste lijn geholpen zouden kunnen worden.

In dit kader vindt er een registratie plaats van het aantal zelfverwijzers op weekdays tussen 8:00 en 17:00 uur.

Met de SEH is de afspraak gemaakt dat zelfverwijzers, waarbij de vervolgactie huisarts is geïndiceerd (U3-U5), naar de eigen huisarts worden verwezen. Deze verwijzing vindt plaats nadat de verpleegkundige met stip dit heeft geautoriseerd. Indien de patiënt geen eigen huisarts in de regio heeft, dan kunnen ze terecht bij

gezondheidscentrum Marne. Tijdens het 1<sup>ste</sup> monitoroverleg in 2016 zijn de werkafspraken geëvalueerd en is akkoord gegeven om deze te continueren.

### 11.8 Zelfverwijzers tijdens gezamenlijke openingstijden

Op basis van de gegevens uit de Nederlandse Triage Standaard (NTS) kan het aantal zelfverwijzers worden gemeten. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal zelfverwijzers per vervolgtraject. Het gaat hierbij alleen om de zelfverwijzers tijdens de gezamenlijke openingstijden met SEH ZHA, dus op weekdays tussen 17.00 en 23.00 uur en op weekend- en feestdagen tussen 08.00 en 23.00 uur. Door gebreken in de software bleek de registratie van zelfverwijzers minder secuur dan in voorgaande jaren. Hierdoor waren de aantallen lager dan verwacht. Door het overstappen naar de NTS van een andere leverancier kon in het vierde kwartaal weer nauwkeuriger gemeten worden.

Zelfverwijzers	Q4	Q3	Q2	Q1
% Advies	19,2%	18%	22%	18%
% Fast Track	0,0%	1,8%	1,4%	2,4%
% Huisarts	46,8%	45,1%	40,5%	42,5%
% SEH	33,9%	35,0%	36,0%	37,2%
<b>Totaal aantal</b>	<b>1108</b>	<b>623</b>	<b>797</b>	<b>687</b>

Tabel 10. Percentages en totaal aantal zelfverwijzers vermeld per vervolgtraject en per kwartaal 2016.

Wat betreft het vervolgtraject valt op dat het percentage patiënten dat gepresenteerd werd aan de SEH precies gelijk is gebleven ten op zichte van 2015 (35,5%). Dit is wel lager dan in voorgaande jaren (2014 39% en 2013 45,3%).

## 12. Overige samenwerkingsverbanden

### 12.1 Huisartsencoöperatie Amstelland

De huisartsen in de regio Amstelland hebben zich verenigd in de Huisartsen coöperatie Amstelland (HCA.).

#### Ledenvergaderingen HCA

De SHA krijgt op de ledenvergadering van de HCA tijd om zaken betreffende de huisartsenpost met de huisartsen te bespreken. Het afgelopen jaar zijn tijdens deze vergaderingen o.a. de volgende onderwerpen ingebracht:

- Verkoop nachtdiensten 2017;
- Inzet AC2/AC3 en WAC2 diensten;
- Stand van zaken vacature Klachtenfunctionaris;
- Vacature medisch coördinator;
- Regiearts-poule;
- Medicatieverificatie;
- Zorgintensieve overdracht;
- Missie en Visie;
- Overdracht ambulanceverpleegkundige en huisarts);
- Kwaliteitsjaarverslag;
- AED certificering waarnemers;
- Wel/niet reanimeren doorgeven aan meldkamer;
- Gebruik Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI)-pas op de SHA (update);
- Aanvullende diagnostiek op de SHA (zie paragraaf 11.5);
- Zelfverwijzers doordeweeks overdag met vervolgdadvies huisarts (zie paragraaf 11.7);
- Waarneembeleid (zie paragraaf 8.2).

#### KC-HCA overleg

Enkele leden van het bestuur van de HCA hebben periodiek overleg met enkele leden van de KC om over lopende zaken te spreken. Hiermee wordt beoogd de samenwerking te versterken.

### 12.2 Dienstapotheek Amstelland

De samenwerking met de dienstapotheek verloopt goed. De lijnen zijn kort waardoor er makkelijk overlegd kan worden. Helaas sluit de dienstapotheek om 23.00 uur zijn deuren. Dat betekent dat alle patiënten die rond deze tijd op de huisartsenpost behandeld worden en medicatie voorgeschreven krijgen naar het OLVG West moeten om hun medicijnen te halen.

### 12.3 GHOR

In samenwerking met de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR), de LHV en de HCA heeft de SHA in 2013 een convenant opgesteld en ondertekend. Ook beide HaROP documenten (Huisartsen Rampen OpvangPlan Flitsramp en Infectieziekten) zijn eind 2013 vastgesteld. Door de ondertekening van het convenant en vaststelling van de HaROP documenten zijn de taken en de verantwoordelijkheden van de SHA in de keten bij rampen en infectieziekten vastgelegd. In 2014 zijn de afspraken nog geëvalueerd en is besloten deze ongewijzigd te continueren.

#### Opleiden, trainen en oefenen

In 2016 is er vooral aandacht besteed aan het als organisatie, in samenwerking met de dagpraktijken, zo goed mogelijk voorbereid zijn op crisis (flitsramp/infectieziekten) die impact hebben op de bedrijfsvoering.

Er is een opleiden, trainen en oefenen (OTO) jaarplan 2017 opgesteld. In het jaarplan OTO wordt vastgesteld waarom welke OTO-activiteiten, met welke doelen, voor welke doelgroepen en onder welke randvoorwaarden, in het desbetreffende jaar ontwikkeld en uitgevoerd gaan worden. Het jaarplan heeft het karakter van een werkplan: wie gaat wat doen het komende jaar op basis van concrete, haalbare, meetbare en inspirerende doelen.

De functie van dit jaarplan is om sturing te geven aan de inzet van OTO-activiteiten in het komende jaar, zodat deze leiden tot een goede voorbereiding op rampen door sleutelfunctionarissen en daarmee tot kwaliteitsverbetering van de crisisbeheersingsorganisatie. Het jaarplan is ingediend bij het ROAZ die de OTO-gelden beheert. Eind van het jaar is het officiële bericht ontvangen dat het jaarplan is goedgekeurd.

In het kader van OTO- jaarplan hebben er verschillende oefeningen / trainingen plaatsgevonden. In het eerste kwartaal heeft er een table-top oefening/training plaatsgevonden tijdens de ABCD-cursus. De aanwezige huisartsen maakten hier kennis met hun taken en rol tijdens een crisis in de regio. In het derde kwartaal

heeft er een bereikbaarheidsoefening plaatsgevonden en in het vierde kwartaal - een scenario-oefening/training in samenwerking met ziekenhuis Amstelland. Eveneens in het kader van het OTO-jaarplan zal in het 2017 de HaROP-app naar verwachting worden geïmplementeerd. Het wachten is op de nieuwe versie van deze app.

#### *12.4 Huisartsenzorg voor vluchtelingen*

In het 2015 werd de SHA geïnformeerd over de waarschijnlijke komst van een asielzoekerscentrum in Amstelveen. Het verzoek van Menzis COA (Centraal Orgaan opvang asielzoekers) Administratie (MCA) was om mee te denken over hoe de huisartsenzorg voor de groep vluchtelingen verblijvend in het asielzoekerscentrum het beste georganiseerd zou kunnen worden.

Gezamenlijk met de HCA werd gezocht naar een manier om tegemoet te komen aan het verzoek van de MCA om 24/7 acute huisartsenzorg te bieden aan vluchtelingen die in de pre-POL zouden verblijven. De werkafspraken omtrent het AZC werden beschreven in het Asielzoekers: stroomschema werkwijze.

Per eind april was de pre-POL operationeel. In het vierde kwartaal verbleven er geen vluchtelingen meer in het AZC, maar destijds was er nog geen besluit genomen over een definitieve aansluiten van het AZC. Mocht in de nabije toekomst het centrum weer in gebruik genomen worden dan zullen de gemaakte werkafspraken en protocollen geëvalueerd worden.



### 13. Meldingen patiëntenzorg

#### 13.1 Klachten

In het kader van de Wkkgz worden er eisen gesteld aan de behandeling van klachten voor de zorginstellingen. Het is vanaf 1 jan 2017 verplicht om over een onafhankelijke klachtenfunctionaris te beschikken die gratis is voor de patiënten. De klachtenfunctionaris bemiddelt bij het vinden van een oplossing waar iedereen tevreden over is. Daarnaast is de nieuwe klachtenprocedure verplicht die voldoet aan de eisen van de nieuwe wet. De zorginstelling dient bovendien aangesloten te zijn bij een erkende geschilleninstantie per 1 januari 2017.

De SHA heeft vanaf het vierde kwartaal 2016 een onafhankelijke klachtenfunctionaris beschikbaar gesteld voor de patiënten. Daarnaast is in het vierde kwartaal 2016 een nieuw Klachtenreglement opgesteld dat vanaf januari 2017 in werking zal treden. Vanaf het vierde kwartaal 2016 is de SHA aangesloten bij een geschilleninstantie.

In onderstaande tabel staat weergegeven hoeveel klachten er per kwartaal zijn ontvangen en afgehandeld. Uit de gegevens blijkt dat de meeste klachten van medisch technische of organisatorische aard waren. Het totaal van 42 nieuwe klachten is meer dan in 2015 (32 klachten).

Nagenoeg alle klachten zijn besproken met patiënt en de direct betrokken medewerker(s) en naar tevredenheid afgehandeld. Twee klachten zijn eind 2016 nog niet afgehandeld, hier zal in 2017 opvolging aan gegeven worden. De meeste klachten brachten geen structurele veranderingen teweeg. Drie klachten gingen over het feit dat patiënten 's nachts zonder afspraak zonder triage weggestuurd werden door de portier. Inmiddels zijn er maatregelen genomen om dit in de toekomst te voorkomen. Ook patiënten die zonder afspraak komen zullen nu getriageerd worden.

Klachten	Q4	Q3	Q2	Q1
Medisch technische	2	7	6	5
Organisatorisch	4	0	3	1
Triage	0	0	0	0
Bejegening	0	2	1	1
Financieel	2	7	6	5
overig	4	0	3	1
Geen klacht voor de SHA	0	0	0	0
Openstaand voorgaand kwartaal	0	0	0	1
<b>Totaal</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>8</b>
Afgehandeld	7	12	10	8
Naar DokH	0	0	0	0

Tabel 11. Klachten per type en per kwartaal 2016.

#### 13.2 Intern meldingen incidenten

VIM (veilig incident melden) is van belang om de geleverde patiëntenzorg waar mogelijk te verbeteren. Indien er een (bijna) incident plaats heeft gevonden die de patiëntenzorg negatief beïnvloed heeft / zou kunnen hebben, dient dit gemeld te worden. De meldingsbereidheid van medewerkers is een belangrijk aspect. Indien de bereidheid laag is en er dus weinig (bijna) incidenten gemeld worden, is er minder zicht op wat er verbeterd kan worden.

Het is dan ook wenselijk om de bereidheid tot het melden van (bijna) incidenten op een goed niveau te houden, al dan niet te verbeteren. Het melden van incidenten is daarom een vast onderdeel van de functioneringsgesprekken met triagisten. Er wordt dan aandacht besteed aan het nut en de noodzaak van melden van incidenten. Er wordt daarnaast benadrukt dat de VIM-meldingen zijn gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorgverlening en niet zijn gericht op beantwoorden van een schuldvraag of het opsporen van disfunctioneren van zorgverleners.

Zoals in onderstaande tabel staat vermeld fluctueert het aantal meldingen per kwartaal; het gemiddelde van 13 ligt lager dan het gemiddelde van 17 in 2015 en 15 in 2014.

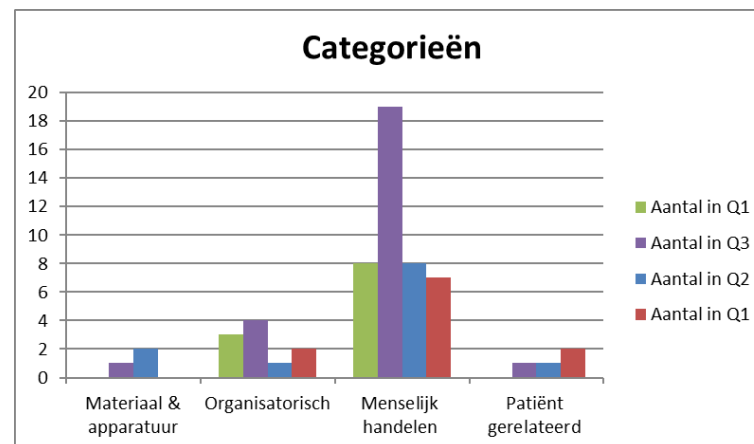
VIM	Q1	Q2	Q3	Q4	Totaal
<b>Totaal aantal</b>	10	21	11	9	51

Tabel 11. Incidenten meldingen interne organisatie per kwartaal 2016.

De meldingen betreffende de interne organisatie zijn uitgesplitst in vier categorieën: materiaal & apparatuur, organisatorisch, menselijk handelen en patiënt gerelateerd. Zoals zichtbaar in onderstaande grafiek vallen ieder kwartaal de meeste meldingen in de categorie menselijk handelen. Deze categorie omvat o.a. vergissing, communicatie, onbevoegd uitgevoerde handeling en protocol niet nageleefd/onbekend.

Vanwege het kleine aantal meldingen per jaar en de uiteenlopende onderwerpen waarover incidenten gemeld worden zijn er ook dit jaar geen duidelijke trends waargenomen. Het blijft voornamelijk acteren op individuele incidenten. Indien er wel meerdere meldingen over hetzelfde onderwerp worden ontvangen, wordt er uiteraard altijd gezocht naar een structurele oplossing.

Naast het opstellen en aanpassen van werkafspraken en protocollen, hebben n.a.v. incidenten op individuele basis gesprekken plaatsgevonden met betrokken triagisten en huisartsen om de betrokkenen te herinneren aan bestaande procedures en afspraken evenals om (persoonlijke) leerpunten te bespreken.



Grafiek 1. Incidenten per categorie per kwartaal 2016.

#### Agressiemeldingen

In 2016 zijn er twee agressiemeldingen ontvangen. Eén van de twee agressiemeldingen werd ook als klacht ontvangen en als zodanig afgehandeld. De tweede agressiemelding had betrekking op verbale agressie jegens de triagist. Naar aanleiding van deze melding zijn er extra uren beveiliging aangevraagd. Alle incidenten zijn nabesproken met de melders. Ze hebben allen aangegeven geen behoefte te hebben aan verdere nazorg.

### 13.3 Meldingen betreffende externe organisaties

Naast de meldingen aangaande de interne organisatie heeft de VIM-commissie in 2016 21 incidentmeldingen betreffende externe organisaties ontvangen. Dit totaal ligt iets hoger dan dit van vorig jaar (19 meldingen).

Meldingen externe organisaties	Q1	Q2	Q3	Q4	Totaal
<b>Aantal</b>	7	6	3	5	21

Tabel 12. Meldingen betreffende externe organisatie per kwartaal 2016.

De ontvangen meldingen hadden o.a. betrekking op de meldkamer (Ambulance Amsterdam), verscheidene afdelingen van ziekenhuis Amstelland en thuiszorgorganisaties.

Alle meldingen zijn besproken met de ketenpartner waarop het incident betrekking had en is er al dan niet gezamenlijk nagedacht over het aanpassen van bestaande werkafspraken (intern en/of extern).

### 13.4 Calamiteiten

Het melden van calamiteiten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is voor zorginstellingen wettelijk verplicht. De calamiteiten-procedure is, i.t.t. de VIM-procedure, voor het afleggen van externe verantwoording. Het onderzoek naar de calamiteit betreft zowel het functioneren van het interne kwaliteitssysteem als het beroepsmatig handelen van de betrokkene(n). Bij ieder incident dient de medewerker van de SHA zich af te vragen of het een calamiteit betreft. Als het incident een calamiteit betreft, zal de directeur het bij de IGZ melden.

Binnen de SHA is het melden van calamiteiten een belangrijk aandachtspunt. Zo worden o.a. anonieme calamiteitenverslagen ter informatie aangeboden aan de leden van de KC en wordt beoordeeld of het zinvol is om de casus ter lering aan te bieden aan alle huisartsen (bijv. d.m.v. een casusbeschrijving in de nieuwsbrief en/of casusbespreking bij een training).

In 2016 zijn er door het bestuur van de SHA drie calamiteiten gemeld bij de IGZ. Alle drie de calamiteiten werden zorgvuldig onderzocht door de calamiteitencommissie van de SHA en de rapportages werden op tijd ingediend bij de IGZ. Grotendeels voldeden de onderzoeken aan de criteria van de IGZ. Op grond hiervan werd het onderzoek naar deze meldingen afgesloten. Door de SHA werden er verbetermaatregelen geformuleerd en uitgevoerd op basis van de uitkomsten

van de PRISMA-analyse; waar mogelijk werden deze maatregelen geborgd in de kwaliteitscyclus van de SHA.

In het derde kwartaal van 2016 is er op verzoek van de SHA een gesprek geweest met de IGZ naar aanleiding van de calamiteitenrapportages. Doel van het gesprek was het verschaffen van helderheid over de verwachtingen van de inspectie ten aanzien van het calamiteitenonderzoek en het bespreken van eventuele onduidelijkheden die bij de huisartsenpost leefden. Daarnaast wilde de inspectie zich een beeld vormen over de algemene gang van zaken binnen de huisartsenpost.

## 14. Communicatie en ICT

### 14.1 Rapportages

De huidige rapportagemethodiek werkt goed en wordt intensief gebruikt voor periodieke rapporten. Naast de standaard rapportages wordt deze ook gebruikt voor enkele adhoc vragen (aantal patiënten van buiten de regio/ voorschrijven van medicatie). Ook is er onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van de werkdruk van de artsen.

### 14.2 Website/Intranet/ Mailhosting

In 2016 bleek dat de grenzen van de mogelijkheden van de website ten aanzien van het gebruik van het intranet bereikt waren. Om dit verder te kunnen ontwikkelen is besloten tot de aanschaf van Office 365 licenties. Hiermee kan op basis van SharePoint in eigen beheer het intranet verder uitgebreid worden. Een bijkomend voordeel is ook dat dit de mogelijkheid biedt tot een betere en goedkopere mailhosting. Het opzetten en migreren is in het vierde kwartaal 2016 uitgevoerd.

### 14.3 Privacy beleid

Vanuit de autoriteit persoonsgegevens (AP) voorheen het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) is er veel aandacht voor de bescherming van privacy en beveiliging van persoonsgegevens op huisartsenposten.

De AP verwacht dat er via ICT-systemen alleen toegang tot patiëntendossiers verkregen kan worden na een zogenaamde twee-factor authenticatie. Dit houdt in dat er naast een gebruikersnaam en wachtwoord een andere vorm van controle van de gebruiker plaats dient te vinden, bijvoorbeeld door iets wat je hebt (zoals een Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI)-pas).

Binnen de SHA is besloten tot de ingebruikname van de UZI-passen (zie paragraaf 14.4). Daarnaast zijn er strikte afspraken betreffende de gebruikersrechten van triagisten in Call Manager. Slechts een zeer beperkt aantal triagisten heeft toegang tot de afgehandelde contacten. Zij hebben hiervoor een privacyverklaring ondertekend waarin zij aangeven de toegang alleen voor de aan hun toegewezen werkzaamheden te zullen gebruiken.

In het kader van (de borging van) de privacy beschikt de SHA over de volgende documenten: Privacybeleid, administratieve processen, continuïteitsplan,

procedure bewaartermijnen en beveiligingsbeleid. Al deze documenten worden periodiek gereviewd om te kijken of ze nog voldoen aan de wettelijk gestelde eisen.

### 14.4 Regionaal schakelpunt

Via het Regionale Schakelpunt (RSP) kunnen zorgaanbieders op regionaal niveau patiëntgegevens met elkaar uitwisselen. De SHA is aangewezen als regiobeheerder voor regio Amstelland (het adherentiegebied van de SHA). De RSP-stuurgroep (bestaande uit twee huisartsen, een apotheker, een externe ICT adviseur, de directeur en de informatiebeheerder van de SHA, heeft als doel om de implementatie in goede banen te leiden. Samen met VZVZ zijn de volgende zaken besproken:

- Stand van zaken UZI-pas triagisten en huisartsen;
- Start opvragen externe patiëntendossiers en medicatiedossiers;
- Overzicht aantal ingespoelde patiënten RSP (verleende toestemming voor inzage).

In 2016 is gepoogd om te starten met het verplicht inloggen met de uzi-pas. Er bleken echter nog veel technische problemen te zijn waardoor dit nog niet geslaagd is. In 2017 zal dit project doorgang vinden.

Het aantal patiënten dat toestemming bij de huisarts heeft gegeven blijft gestaag stijgen. Inmiddels is het aantal aangemelde patiënten gestegen van 56859 (juli) naar 59533 (oktober). Dit is 44,1% van de patiënten in de regio. Eenzelfde stijging is te zien bij het percentage aangemelde patiënten bij de apothekers voor inzage in het medicatiedossier. Dit is gestegen van 76561 (juli) naar 80016, een percentage van 69,1%.

Van de 2393 geslaagde opvragingen zijn er 67 door een huisarts geraadpleegd wat neer komt op een percentage van 2,8.

### 14.5 Zorgintensieve overdracht

De werkwijze van de ZIO's is inmiddels volledig geïntegreerd. In 2016 is een aantal kleine inhoudelijke aanpassingen gedaan aan het ZIO-formulier.

### 14.6 Camerasysteem voor fysieke triage audits

Het werken met het camerasysteem gaat goed en is volledig geïntegreerd in het auditen.

#### 14.7 Wachtkamerscherf

Het doel van het wachtkamerscherf is bezoekers goed te informeren en te animeren tijdens hun verblijf in de wachtkamer van de SHA. Het dient een goed functionerend systeem te zijn waarop eenvoudig en tegen aanvaardbare kosten relevante up-to-date informatie getoond kan worden.

De presentatie die getoond wordt, wordt periodiek gecontroleerd op actualiteit en waar gewenst aangepast. Sinds 2016 is de wachttijdapplicatie op het wachtkamerscherf in gebruik. Hierdoor zijn de patiënten beter op de hoogte van de wachttijd.

#### 14.8 Vooruitblik ICT

De aangekondigde nieuwbouw van Call Manager is in 2016 geschrapt door de CGM-Labelsoft. Besloten is om de komende tijd door te blijven werken met Call Manager en geen nieuw aanbestedingstraject te starten. Een belangrijke reden hiervoor is dat de telefoonleverancier heeft aangekondigd dat per 2018 Televantage end of life zal zijn. Dit betekent dat er in 2017 een nieuw telefoniesysteem zal worden aangeschaft. De projectgroep hiervoor is in het derde kwartaal van 2016 begonnen met een aanbestedingstraject bij verschillende leveranciers.

De verwachting is dat midden 2017 een nieuw systeem in gebruik zal worden genomen.

#### 14.9 Nieuwsbrieven / mailings

(Twee) maandelijks worden er nieuwsbrieven verspreid om melding te maken van leuke, interessante en/of belangrijke interne en externe ontwikkelingen. Zeer belangrijke zaken worden via een persoonlijke mailing gecommuniceerd. Alle nieuwsbrieven en mailings worden na verzending op intranet geplaatst.

### 15. Werkafspraken/ Protocollen

Werkafspraken vormen een belangrijk onderdeel van het kwaliteitssysteem van de SHA. De werkafspraken worden zowel periodiek als ad-hoc (bijvoorbeeld n.a.v. een

VIM) gereviewd en waar nodig herzien. In 2016 zijn er ook enkele nieuwe protocollen vastgesteld en is er een aantal in ontwikkeling:

Nieuw en vastgesteld:

- Spoedmedicatie spreekkamers – pilot;
- Asielzoekers: stroomschema werkwijze;
- Acute (gespecialiseerde) thuiszorg;
- Crisisdienst – procedure acute psychische klachten / acute verslavingsproblematiek;
- Noodaccount CallManager voor huisartsen;
- Meldplicht datalekken;
- Diagnostiek aanvragen.

Nieuw in ontwikkeling:

- Servicemedicatie bij de spoedkoffer voor de nachtpilot;
- Vernietiging patiëntendossier;
- Aanmeldings- en inwerkprocedure triagisten met diploma in dienst van de SHA



## Vooruitblik

Komend jaar zal de SHA verder invulling geven aan de nieuwe kwaliteitswet. De SHA streeft ernaar om medio 2017 te voldoen aan alle wettelijke bepalingen zoals vermeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Dit met als doel de kwaliteit van zorgverlening op de huisartsenpost nog een niveau hoger te tillen.

Kwetsbare patiëntengroepen zoals ouderen en mensen met psychische klachten wonen langer thuis en doen buiten kantooruren een beroep op de huisartsenpost. Zoals ook vermeld in het voorwoord draagt het goed organiseren van de zorg voor deze kwetsbare doelgroepen tijdens kantooruren bij aan betere zorg, ook in de avond-, nacht- en weekenduren. De SHA zal in samenwerking met de Huisartsen coöperatie Amstelveen (HCA) die de dagzorg vertegenwoordigt, zich verdiepen in deze problematiek.

De grote uitdaging voor 2017 ligt in de toenemende werkdruk op de post en de afnemende beschikbaarheid van waarnemend huisartsen en triagistes. We merken dat het gaat knellen. De werkdruk op de huisartsenpost wordt door de huisartsen als hoog ervaren. Ook de dagzorg wordt steeds drukker, er komen veel taken bij de huisarts terecht. Met deze bagage komt de huisarts op de post zijn dienst doen. Dit wordt als zeer zwaar ervaren. De triagisten krijgen het ook steeds drukker. 44% van alle contacten worden door de triagist zelfstandig afgehandeld. Doordat de arbeidsmarkt voor triagisten erg krap is, is hier ook sprake van een behoorlijk werkdruk probleem. In 2017 zullen we met elkaar oplossingsrichtingen moeten bedenken. We houden hieromtrent de landelijke ontwikkelingen nauw in het oog.

In 2017 willen we onderzoeken of de beeldtriage een hulpmiddel kan zijn om de patiëntenstroom naar de post te kunnen beïnvloeden. Door de tot stand gekomen videoverbinding kan de triagiste, bij een visueel waarneembare klacht, niet alleen horen maar ook zien wat er aan de hand is. Op deze wijze kan mogelijk een betere urgentie vastgesteld worden en eventueel een onnodig bezoek aan de huisartsenpost voorkomen worden.

Omdat het huidige telefoniesysteem aan vervanging toe is, is een pakket van eisen geformuleerd waaraan de nieuwe telefooncentrale zal moeten voldoen. Een van de eisen is een call back module. Deze module geeft de mogelijkheid om

de patiëntenstroom te beïnvloeden en de wachttijden aan de telefoon te verminderen.

In het kader van de Zorgbrede Governancecode en het wetsvoorstel “bestuur en toezicht rechtspersonen” wil de Raad van bestuur van de SHA in 2017 haar organisatie omzetten van een Directie-Raad van Bestuurmodel naar een model met een toezichthoudend orgaan: Het Raad van Bestuur-Raad van Toezicht model. Samenwerking met de huisartsen coöperatie Amstelland (HCA) en de kwaliteitscommissie is hierbij van groot belang. Hoe borgen we de invloed van de deelnemende huisartsen op de huisartsenpost? De deelnemende huisartsen die nu namens de HCA in het bestuur van de SHA zitten kunnen na de transitie geen functie meer hebben binnen de raad van toezicht. Dit zou in strijd zijn met de zorgbrede governancecode

16 mei 2017

B.M. Reiss, directeur

## Bijlage 1: Personalia (status 31 december 2016)

### Bestuursleden:

De heer F. Lekanne Deprez, voorzitter  
De heer F. Garnier, huisarts, adviseur  
De heer E. Traa, bestuurslid  
Mevrouw A. Pinkster, secretaris  
Mevrouw M. v/d Kuyl, huisarts, bestuurslid  
Mevrouw E. Gielen, huisarts, bestuurslid

### Kantoorpersoneel:

Mevrouw B. Reiss, directeur  
Mevrouw N. Vessaz, kwaliteitsmedewerker tot 1-9-2016  
Mevrouw L. Hakobyan, kwaliteitsmedewerker vanaf 1-9-2016  
De heer S. van Gelder, informatiemanager  
Mevrouw M. Liefding, directie assistent  
Mevrouw N. van Gijzel-Dalmeijer, praktijkbegeleider  
Mevrouw M. Platjouw, administratief medewerker  
De heer T. Schrijver, huisarts, klachtenfunctionaris (freelance)  
Mevrouw F. Bakker, huisarts, medisch coördinator (freelance)

### Leden kwaliteitscommissie:

De heer A. Gobel, huisarts  
De heer J. de Vries, huisarts  
Mevrouw A. v/d Linden, huisarts  
De heer F. Borstlap, huisarts  
Mevrouw F. Bakker, huisarts  
Mevrouw S. Shachar alternerend met de heer JW Luykx, huisartsen  
De heer E. Weve, huisarts  
De heer H. Kieviet, huisarts

### Vertrouwensartsen:

De heer A. Bon  
Mevrouw A. Honselaar

### Leden van de personeelsvertegenwoordiging:

Mevrouw M. Platjouw  
Mevrouw N. van Lochem-Sluymmer  
Mevrouw P. Keijzer-Lacks

### Triagisten:

Mevrouw N. Arts-Pronk  
Mevrouw G. Beaucaire-Blankers (LT)  
Mevrouw K. van Beek  
Mevrouw A. Blokhuis-van der Hoeven  
Mevrouw M. de Boer  
Mevrouw M. Deen-Treffers  
Mevrouw E. Donk (LT)  
Mevrouw M. Hendriks  
Mevrouw M. Jolink-Hulshof (LT)  
Mevrouw A. Kastelijn  
Mevrouw P. Keijzer-Lacks  
Mevrouw A. Kottman  
Mevrouw N. van Lochem-Sluymmer (LT)  
Mevrouw M. Platjouw  
Mevrouw J. Remmink  
Mevrouw A. Tulleners  
Mevrouw M. Verreijdt  
Mevrouw L. Verwer  
Mevrouw S. Wevers  
Mevrouw S. vd IJssel

## Bijlage 2: Afkortingen

AIOS:	arts in opleiding tot specialist
ANW:	avond- nacht en weekend
AP:	Autoriteit Persoonsgegevens
CBP:	College Bescherming Persoonsgegevens
GHOR:	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
HaROP:	huisartsen rampen opvangplan
HKZ:	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HCA:	Huisartsencoöperatie Amstelland
IGZ:	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KC:	kwaliteitscommissie
LHV:	Landelijke Huisartsen Vereniging
LT:	Leidinggevend triagist
MCA:	Menzis COA (Centraal Orgaan opvang asielzoekers) Administratie
NHG:	Nederlands Huisartsen Genootschap
NTS:	Nederlandse Triage Standaard
NVDA:	Nederlandse Vereniging Van Doktersassistenten
POL:	pre-opvanglocatie
PVT:	personeelsvertegenwoordiging
ROAZ:	regionaal overleg acute zorg
RSP:	Regionaal Schakelpunt
SBAR:	Situation, Background, Assessment, Recommendation
SEH:	spoedeisende hulp
SHA:	Stichting Huisartsenpost Amstelland
UZI:	Unieke Zorgverlener Identificatie
VIM:	veilig incident melden
WAN:	weekend-avond-nacht
Wkkgz:	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
WTZi:	Wet toelating zorginstellingen
ZHA:	Ziekenhuis Amstelland
ZIO:	Zorgintensieve overdracht