

Coöperatieve DoktersDienst Duin- en Bollenstreek u.a.

## Jaarverslag 2017



Coöperatieve DoktersDienst Duin- en Bollenstreek u.a.  
Rijnsburgerweg 4b, 2215 RA Voorhout  
Telefoon 0252 - 240 210 (kantoor)  
0252 - 240 212 (huisartsenpost)  
E-mail [info@dddb.nl](mailto:info@dddb.nl)  
Website [www.huisartsenpostduinenbollenstreek.nl](http://www.huisartsenpostduinenbollenstreek.nl)

KvK 28088515

## **INHOUDSOPGAVE**

Inleiding	3
Beleid en strategie	4
Organisatie	6
Bedrijfsvoering en middelen	11
Patiëntenzorg	12
Klachten, incidenten (MIP's) en calamiteiten	15
Resultaten kwaliteitsbeleid	20

## **BIJLAGEN**

Samenstelling bestuur en kantoororganisatie per 31-12-2017	24
Organogram DDDB	25

## Inleiding

In 2017 lag de nadruk voor de Coöperatieve Doktersdienst Duin- en Bollenstreek op samenwerking binnen de acute zorgketen. Samenwerking met de Stichting Samenwerkende Huisartsendiensten Rijnland (SHR) en met de ketenpartners zoals de RAV Hollands Midden, de SEH afdelingen van de ziekenhuizen, verschillende thuiszorgorganisaties en de crisisdienst van GGZ Rivierduinen. In 2017 was de werkdruk onder de triagisten en de huisartsen werkzaam op de huisartsenpost onverminderd hoog. De uitkomst van een intern onderzoek heeft geleid tot het formuleren van een aantal maatregelen, waarvan in 2018 moet blijken of deze maatregelen leiden tot een verminderde werkdruk.

Ook in 2017 blijft de vraag om voldoende gekwalificeerd personeel te vinden hoog; er is continue aandacht vanuit de organisatie om een verantwoorde personeelsbezetting te garanderen.

Per 1 september 2017 heeft er een directiewisseling plaatsgevonden. Vooruitlopend op een intensievere samenwerking met de SHR is er één directeur aangesteld voor beide organisaties.

Het verslagjaar 2017 kende opnieuw de intensiteit en hectiek, die kenmerkend is voor zowel de uitvoering van het primaire proces als de ondersteuning door de backoffice. We bedanken de aangesloten huisartsen, medewerkers, hidha's, waarnemers, aios en chauffeurs voor alle inzet, betrokkenheid en collegialiteit.

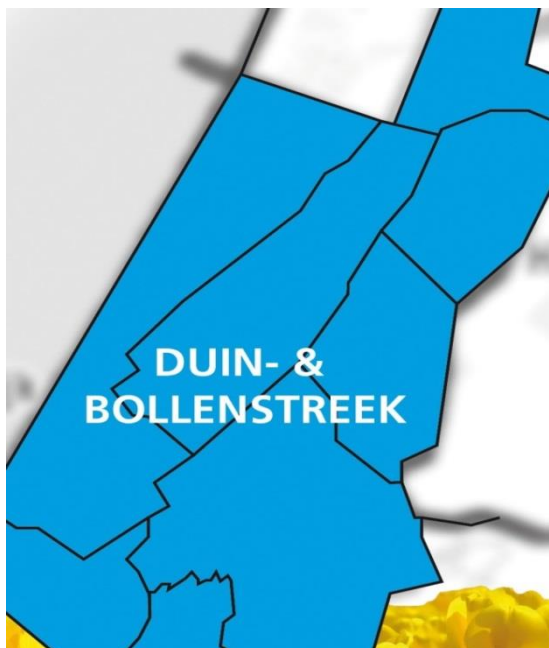
Dhr. Rolf H.M. de Vriend, huisarts  
voorzitter DDDB

Mw. Immie Boomgaardt, MBA  
directeur DDDB

## 1. Beleid en strategie

### 1.1 Werkgebied

De DDDDB verzorgt huisartsgeneeskundige spoedzorg tijdens de avond-, nacht en weekenduren (ANW-uren) en erkende feestdagen, voor de patiënten van de aangesloten huisartsen. Het werkgebied omvat de Duin- en Bollenstreek inclusief een deel van Oegstgeest. In het werkgebied wonen ruim 210.000 inwoners. In het verslagjaar waren er totaal 53.910 contacten waarvan 2.650 contacten met passanten (patiënten van buiten de regio). Daarnaast biedt de DDDDB zorg tijdens ANW-uren aan de bewoners van het Asielzoekerscentrum in Katwijk. In 2017 betrof dit 95 patiëntcontacten (in het voorgaande jaar 222). Het aantal zelfverwijzers (patiënten die naar de huisartsenpost komen zonder eerst te bellen) was in 2017 in totaal 1.527.



De DDDDB is een coöperatieve vereniging, eind 2017 waren er 94 coöperatieleden. De coöperatieve vereniging DDDDB is van, voor en door huisartsen uit de Duin- en Bollenstreek. Gezamenlijk wordt de huisartsenpost in Voorhout beheerd. In de loop van het verslagjaar is afscheid genomen van 6 leden en zijn er 8 nieuwe leden verwelkomd.

### 1.2 Meerjarenbeleid

Het landschap van de huisartsenzorg en huisartsenposten is sterk in beweging. Brancheorganisaties en huisartsengroepen oriënteren zich op de houdbaarheid van de huidige vorm van huisartsgeneeskundige spoedzorg in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren).

De DDDDB heeft samen met de SHR de volgende strategische keuzen gemaakt voor het meerjarenperspectief, te weten dat de huisartsgeneeskundige spoedzorg:

- Bestemd is voor de inwoners van een herkenbare sub-regio: acute huisartsenzorg, goed bereikbaar en geleverd door lokaal bekende huisartsen.
- Gediend is bij naadloze samenwerking in de keten van de acute zorg.
- Poortwachter is voor de tweedelijns.
- Goed gefaciliteerd is door de huisartsenpostenorganisatie.
- Ingebed is in een regionaal netwerk van acute zorg met patiëntgerichte afspraken over continuïteit van de huisartsenzorg.

De organisaties borgen de kwaliteit, patiëntveiligheid en toegankelijkheid van de huisartsgeneeskundige spoedzorg in de ANW-uren door:

- Continuering van 4 huisartsenposten in de regio Zuid-Holland Noord.
- Waarvan 2 lokale huisartsenposten in de locatie Voorhout en Alphen aan den Rijn en 2 spoedposten in het LUMC en het Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp.

De organisaties borgen de betaalbaarheid van de huisartsgeneeskundige spoedzorg door:

- Na oplevering van de nieuwe spoedpost in het LUMC (gepland voorjaar 2020) de consultfunctie in de nacht voor alle inwoners in de regio Zuid-Holland Noord te concentreren in het LUMC.
- Tegelijkertijd met deze concentratie de visiteauto's met huisarts te stationeren in Alphen aan den Rijn, Leiden en Voorhout om te kunnen voldoen aan de vraag (behoefte) en de wettelijk voorgeschreven aanrijdtijden.
- Telefonische triage van de huisartsgeneeskundige spoedzorg voor de gehele regio in de nacht te concentreren in het LUMC.

De organisaties borgen de kwaliteit en de betaalbaarheid van de facilitering van de huisartsgeneeskundige spoedzorg door:

- Het samenvoegen van de ondersteunende en facilitaire diensten van de huisartsenposten in één backoffice in 2018.
- De dienstverlening aan de aangesloten huisartsen te verbreden.
- Aan te sluiten bij het Netwerk Zorgorganisaties Leiden en Omstreken (NZLO).

### **1.3 Resultaten Jaarplan 2017**

Het Jaarplan 2017 is grotendeels uitgevoerd. Gerealiseerd zijn o.a.:

- Begeleiden en scholen van junior triagisten.
- Focus op risico's en kansen in kwaliteitsbeleid (HKZ).
- Opstellen klachtenbeleid en procedures conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Verbeteren van zorg aan palliatieve patiënten.
- Participeren in project nieuwbouw spoedpost LUMC-HAP.
- Implementatie het Huisartsen Informatie Systeem Topicus-HAP.
- Implementatie telefoniesysteem V-tel.
- Uitvoeren RI&E.
- IJking van auditoren t.b.v. afleggen audits triagegesprekken.
- Deskundigheidsbevordering intern audit team en crisisteam.

Een aantal zaken is gestart in 2017 en krijgt een vervolg of zal worden afgerond in 2018.

Het betreft o.a.

- Uitvoeren van onderzoek naar en invoeren capaciteitsplanning huisartsen en triagisten
- Werven triagisten via nieuwe kanalen en beroepsgroepen
- Actualiseren HaROP
- Invoeren gedragscode ICT

### **1.4. Samenwerking DDDB en SHR**

In februari 2017 hebben de SHR en de DDDB in het document 'SHR en DDDB bundelen krachten richting de toekomst', geschreven als onderligger voor integratie van de backoffice van beide organisaties. Het oorspronkelijke doel was dit plan in 2017 geheel af te ronden. Echter voortschrijdend inzicht heeft geleid tot een verschuiving van acties totdat de nieuwe gezamenlijke directeur benoemd was. In 2018 zal de integratie verder zijn beslag krijgen.

In het eerste halfjaar van 2017 werd in beide organisaties een formeel besluit- en medezeggenschapstraject doorlopen. Ook werd door leden van de Bestuurlijke Stuurgroep gewerkt aan de uitwerking van een drietal specifieke onderdelen:

- De keuze voor de vestiging van de gezamenlijke kantoorlocatie.
- Het profiel, de werving en selectie van een gezamenlijk aan te stellen nieuwe directeur.
- De uitwerking van de juridische structuur en de medezeggenschap.

De DDDB en de SHR hebben met deze aanpak uitvoering gegeven aan de wens en de noodzaak om elkaar te versterken waar nodig voor patiënten, medewerkers en stakeholders. De DDDB en de SHR werken op deze wijze gezamenlijk aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de 4 huisartsenposten in de regio Zuid-Holland Noord en aan de continuïteit en betaalbaarheid van maatschappelijk gewaardeerde voorzieningen.

## **2. Organisatie**

### **2.1 Bestuur, directie en kantoororganisatie**

Het bestuur van de DDDDB bestaat uit drie coöperatieleden (huisartsen) en twee externe bestuursleden (met een juridische en een economische achtergrond). Het bestuur is verantwoordelijk voor het algemene beleid van de coöperatie en legt verantwoording af aan de Algemene Ledenvergadering (ALV). Het bestuur kwam in het verslagjaar zeven maal bijeen.

De dagelijkse leiding van de DDDDB is in handen van de directeur. De operationeel manager geeft leiding aan de medewerkers in het primair proces. De organisatie van de DDDDB wordt ondersteund door een team van medewerkers op het gebied van administratie, secretariaat en facilitaire zaken, kwaliteitsmanagement en klachtenbehandeling. Ook is er een meewerkend teamleider voor het triagistenteam. Er zijn twee medisch adviseurs werkzaam bij de DDDDB, zij volgen beiden de NHG-Kaderopleiding Huisarts en Spoedzorg. In 2017 heeft een directiewisseling plaatsgevonden. Per 1 september 2017 is mw. Immie Boomgaardt aangetreden als directeur voor de DDDDB en de SHR. De P&O functionaris, kwaliteitsfunctionaris en ICT medewerker zijn vanuit de SHR ook werkzaam voor de DDDDB.

### **2.2 Algemene ledenvergadering (ALV) en klankbordgroep (KBG)**

De ALV kwam in 2017 vijfmaal (incl. twee extra ALV vergaderingen) bijeen. De ALV van de DDDDB heeft op 25 januari 2017 unaniem goedkeuring verleend op het voorgenomen besluit van het bestuur om de samenvoeging van beide kantoororganisaties tot één backoffice ter hand te nemen en te effectueren per 1 juli 2017. In de ALV van 14 juni 2017 werd de jaarrekening 2016 en het jaarverslag 2016 toegelicht en goedgekeurd.

Naast de ALV is er een klankbordgroep (KBG) waarin elke huisartsengroep (HAGRO) is vertegenwoordigd. De vergaderingen van de KBG worden voorgezeten door een van de medisch adviseurs. De KBG heeft een belangrijke functie als adviserend orgaan voor directie en bestuur. In 2017 is de KBG drie keer bijeen geweest. Belangrijkste onderwerpen die aan de orde kwamen:

- Het inhoudelijk onderzoek dat is uitgevoerd door het bureau Door2Doc (DDDB/SHR) naar de capaciteitsbehoefte en capaciteitsbeschikbaarheid van zorgverleners op de huisartsenpost. Doel van dit onderzoek is voldoende inzet van mensen, zowel kwalitatief als kwantitatief, om te kunnen voldoen aan de (stijgende) zorgvraag. De werkgroep 'Grip op werkdruk' heeft een aantal oplossingsrichtingen uitgewerkt en verbeteringen gerealiseerd of in gang gezet.
- Ook is er aandacht geweest voor de kwaliteit van de palliatieve spoedzorg tijdens de ANW-uren, het scholingsaanbod 'Reanimatie en vaardigheden spoedzorg' en de driedaagse training starclass ABCDE voor aangesloten huisartsen en waarnemers en het AIOS-beleid.

### **2.3 Commissies**

De DDDDB kent vier commissies, die multidisciplinair zijn samengesteld uit huisartsen, triagisten en kantoormedewerkers:

- De Commissie Kwaliteit houdt zich bezig met het bevorderen/borgen van de kwaliteit van de zorgverlening. Alle belangrijke protocollen en procedures worden door deze commissie getoetst. De commissie adviseert gevraagd en ongevraagd de directeur.
- De Commissie Klachten behandelt klachten van patiënten. Volgens de Wkkgz worden klachten opgevangen en bemiddeld door de klachtenfunctionaris. Als deze bemiddeling niet tot een oplossing leidt, dan wordt de klacht beoordeeld door de klachtencommissie. Alle klachten worden (geanonimiseerd) aan de Commissie Klachten gerapporteerd. Indien een klager het niet eens is met het oordeel van de Commissie Klachten, heeft een klager de mogelijkheid een klacht te deponeren bij de stichting Klachten en geschillen Eerstelijnszorg (SKGE). De DDDDB is per 1 januari 2017 aangesloten bij de SKGE.
- De Commissie MIP behandelt alle Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP). De commissie onderzoekt of naar aanleiding van de meldingen verbetermaatregelen of nieuwe afspraken gemaakt moeten worden. Door het verrichten van oorzakenanalyses van MIP's krijgt de DDDDB zicht op de risico's en kunnen doeltreffende maatregelen worden getroffen om de risico's op herhaling van incidenten te beperken.
- De Commissie Calamiteiten onderzoekt calamiteiten die aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gemeld dienen te worden. Hierbij gaat het om niet-beoogde of onverwachte gebeurtenissen, die betrekking hebben op de kwaliteit van zorg en die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt hebben geleid.



Naast deze zorginhoudelijke commissies kent de DDDDB ook een Financiële Audit Commissie (FAC). Deze commissie bestaat uit twee bestuursleden, de directeur en de controller. De commissie adviseert het bestuur o.a. ten aanzien van de begroting, de jaarrekening en de uitvoering van de administratieve organisatie. In 2017 kwam de FAC twee keer bijeen.

## 2.4 Diensten huisartsen, waarnemers en aios

De huisartsgeneeskundige spoedzorg, die door de DDDDB wordt geleverd, wordt verricht door de huisartsen die zijn aangesloten bij de DDDDB of de huisartsen die bij hen in dienst zijn (hidha's). Zij worden daartoe ingeroosterd. Het aantal diensten per jaar is gebaseerd op de dagpraktijkomvang (het aantal patiënten dat bij hen is ingeschreven). Daarnaast is het voor huisartsen mogelijk om diensten te verkopen aan externe waarnemers. Dit mogen alleen waarnemers zijn die aan door de DDDDB vastgestelde criteria voldoen en als zodanig zijn toegelaten tot de DDDDB-waarneempool.

In 2017 hebben 97 externe waarnemers diensten gedaan in de huisartsenpost (t.o.v. 2016: 102). Er zijn Toelatingsovereenkomsten afgesloten met door de DDDDB geaccepteerde waarnemers en er is afgesproken dat zij zich inschrijven bij BKV-Waarneembemiddeling. Er is een koppeling gemaakt tussen Waarneembemiddeling.nl en het roosterprogramma Bosor, waardoor voortdurend de actuele inzet en planning van huisartsen zichtbaar is. Er vindt periodiek overleg plaats met de groep waarnemers. Op de agenda stonden de interne en externe ontwikkelingen van de DDDDB, de functie van BKV-Waarneembemiddeling en de invulling van de regiediensten (zie hiervoor paragraaf 6.3).

Tabel 1: Percentage diensten gedaan door waarnemers per dienst

	Tijd	2013	2014	2015	2016	2017
Dav2	07:45-16:15	36,0	40,0	48,2	44,95	49,12
Dav1	07:45-16:15	34,2	39,1	38,7	47,71	46,93
Dac	07:45-16:15	30,4	35,5	50,4	45,87	41,77
Tu1	09:00-17:00	45,9	46,7	50,8	47,54	51,56
Tu2	13:00-21:00	46,8	44,1	50,8	39,34	45,31
Tu3	10:00-18:00	32,0	49,0	50,0	50,00	51,02
A1v2	16:45-00:15	24,1	27,6	26,5	27,84	34,99
A1v1	16:45-00:15	20,2	24,4	29,3	27,84	30,97
A1c	16:45-00:15	22,9	27,6	31,6	34,51	28,16
A2v2	15:45-00:15	38,7	38,2	44,1	42,20	50,16
A2v1	15:45-00:15	41,4	41,8	50,5	44,46	46,56
A2c	15:45-00:15	37,8	42,7	45,4	45,87	48,04
NA	23:45-08:00	64,6	74,2	73,2	70,41	73,35
Aw1	17:00-08:00	5,5	14,6	11,5	10,64	11,53
Aw2	08:00-08:00	18,2	28,2	30,6	21,17	24,37
Totaal		32,33	37,97	47,06	43,07	41,71

Uit tabel 1 is op te maken dat in 2017 bij sommige diensten een verdere toename heeft plaatsgevonden van het aantal diensten dat door waarnemers wordt verricht, maar dat bij andere diensten weer een daling waarneembaar is. Er was een lichte stijging bij de nachtdiensten, zodat bijna driekwart van deze diensten door waarnemers wordt verricht. Achterwachtendiensten daarentegen worden relatief weinig verkocht. In 2017 is in totaal 41,71% (2016: 43,07%) van alle diensten door waarnemers gedaan, dit is inclusief de regiediensten, die ook in 2017 bijna geheel zijn uitbesteed aan waarnemers.

In 2017 zijn er 31 nieuwe waarnemers aangenomen en 23 waarnemers uitgeschreven.

Om huisartsen in opleiding (aios) de mogelijkheid te bieden ervaring op te doen met het werken in een huisartsenpost is een aios protocol voor de DDDDB vastgesteld. Hierin is duidelijk omschreven onder welke condities een aios diensten kan doen. In het verslagjaar zijn in totaal 13 eerstejaars en ook 13 derdejaars aios gestart met diensten doen onder supervisie van hun huisartsen-opleider.

## 2.5 Personeelsbestand

Het personeel in loondienst omvat de triagisten en het kantoorpersoneel. De huisartsen ontvangen voor hun diensten een uurvergoeding en hebben geen arbeidsrelatie met de DDDDB. De chauffeurs zijn in dienst bij Meditaxi B.V.

Tabel 2: Gemiddeld personeelsbestand in 2017 (t.o.v. 2016)

	Gemiddeld aantal	Gemiddeld bruto fte
Triagisten	29 (26)	12,9 (11,4)
Kantoorpersoneel	8 (8)	4,63 (4,13)

Het merendeel van de triagisten heeft een contract voor 16 uur per week. Zij worden ingeroosterd binnen het overeengekomen minimum en maximum aantal formatie-uren. Er wordt ook gebruik gemaakt van de diensten van triagisten die als zzp'er werken, m.n. voor vervanging tijdens vakantieperiodes en bij ziekte. In 2017 was er sprake van onderbezetting van de formatie bij de triagisten. Een deel van het tekort is opgevangen doordat enkele triagisten meer uren werkten dan hun contracturen en contractuitbreiding. Verder is in het verslagjaar 5,3% van de diensten van triagisten uitgevoerd door zzp'ers, uitzendkrachten en een medisch student.

## 2.6 Ziekteverzuim

Verzuimbegeleiding is een permanent punt van aandacht. Er wordt frequent contact onderhouden met medewerkers die zich ziek gemeld hebben en waar mogelijk wordt actief gezocht naar mogelijkheden om werkhervatting – eventueel gedeeltelijk – te bespoedigen. Er is een contract met arbodienst Zorg van de Zaak voor verzuimcontrole en begeleiding bij re-integratie.

Tabel 3: Verzuimgegevens 2017 t.o.v. voorgaande jaren

	2016	2017*
Verzuimpercentage triagisten (%)	5,99	2,69
Verzuimpercentage kantoormedewerkers (%)	2,25	1,12%
Gemiddeld aantal ziekmeldingen per triagist	1,34**	1,02
Gemiddelde verzuimduur triagist in dagen	11,00**	3,54
Gemiddeld aantal ziekmeldingen per kantoormedewerker		0,38
Gemiddelde verzuimduur kantoormedewerker in dagen		7,23

\*Vanaf 1-3-2017, omdat de DDDDB over gestapt is op Arbo Concern.

\*\*Voorgaande jaren kon er geen splitsing worden gemaakt tussen kantoor en triagisten.

## 2.7 Deskundigheidsbevordering

In 2017 zijn 6 triagisten gestart met de 2-jarige gecertificeerde triage-opleiding. Zij hebben inmiddels de opleiding afgerond en hun diploma in ontvangst genomen. De overige triagisten zijn al in het bezit van het triagediploma. Het triagediploma heeft een geldigheidsduur van vijf jaar. In 2017 was voor 1 triagist de herregistratie aan de orde. Zij heeft dit traject met goed gevolg afgesloten.



Met alle triagisten zijn beoordelings- en coaching gesprekken gevoerd. Alle triagisten hebben (in kleine groepen) deelgenomen aan intervisie onder leiding van een huisarts.

Aan bod kwamen o.a. de volgende onderwerpen:

- Communicatie met patiënten, triagisten, huisartsen, chauffeurs en andere zorgverleners.
- Agressie in de huisartsenpost en hoe te handelen.
- Persoonlijke onzekerheden en leerpunten.
- Landelijke kernset van de triage.
- Medisch-inhoudelijke onderwerpen.
- Hoe veilige zorg te leveren.
- Waar liggen eigen grenzen en wanneer deze te bewaken en beslissingen te nemen.
- Het herkennen en benoemen van emoties.
- Het geven van feedback.
- Omgaan met werkdruk

Intervisie voor triagisten heeft een toegevoegde waarde ten aanzien van het verhogen van de kwaliteit van het handelen en het persoonlijk en professioneel functioneren. De deelnemers keken na de vierde bijeenkomst positief terug op het delen van ervaringen en de leerpunten die hieruit op persoonlijk en professioneel vlak naar voren kwamen. In 2018 gaat de volgende reeks van start.

Jaarlijks vinden er herhalingscursussen reanimatie en het gebruik van de AED plaats. Deze zijn bedoeld voor alle huisartsen, triagisten en chauffeurs. In januari/februari 2017 hebben deze herhalingscursussen plaatsgevonden. Ook heeft een Profcheck in september plaatsgevonden. De triagisten werden hierin getoetst op o.a. verpleegtechnische vaardigheden en reanimatie en AED-gebruik. De auditoren die de triageaudits uitvoeren krijgen jaarlijks een training waarbij een ijking wordt uitgevoerd om op een eenduidige wijze de triagegesprekken volgens de landelijk kernset te beoordelen.

## **2.8 Organisatiestructuur**

Voor het maken van kwartaalrapportages en het opstellen van de begroting en de jaarrekening wordt een controller van het accountantskantoor ingehuurd. Ook wordt gebruik gemaakt van een zzp'er voor de ondersteuning op ICT-gebied, en een zzp'er voor het voorbereiden en notuleren van vergaderingen en voor projecten, o.a. op het gebied van communicatie.

## **2.9 Arbobeleid**

Gezien het grote aantal wisseldiensten is het niet mogelijk om altijd een bedrijfshulpverlener in huis te hebben. In overleg met de Arbo-deskundige is vastgesteld dat alle triagisten zoveel EHBO-kennis hebben dat zij daardoor feitelijk allen als bedrijfshulpverlener kunnen optreden. Wel wordt jaarlijks een ontruimingsoefening gehouden voor triagisten en kantoorpersoneel en worden de diverse veiligheidsmaatregelen onder de aandacht gebracht.

De DDDDB en de SHR hebben één en dezelfde regeling Vertrouwenspersoon ten behoeve van het personeel. Deze functie wordt voor de DDDDB en SHR vervuld door een onafhankelijke vertrouwenspersoon, mevrouw J. van Beukering.

Omdat men tijdens het werk geconfronteerd kan worden met schokkende gebeurtenissen, kent de DDDDB een bedrijfsopvangteam (BOT), dat bestaat uit drie huisartsen en drie triagisten. De BOT-coördinator belt betrokkenen op als er een melding is gedaan en/of als men heeft aangegeven behoefte te hebben aan ondersteuning door het BOT, bijvoorbeeld na een reanimatie of een andere gebeurtenis tijdens de dienst. Dit staat dan vermeld op het evaluatieformulier. De triagist met stip (oudste van dienst) maakt collega's erop attent ingrijpende gebeurtenissen hier te vermelden. Het BOT kan rechtstreeks worden gebeld. Ook huisartsen en triagisten, die betrokken zijn bij een klacht of calamiteit, kunnen gebruik maken van het BOT.

In 2017 is 6 keer gebruik gemaakt van de ondersteuning door het BOT. Het BOT heeft na een calamiteit, ernstig incident en bij agressie, de eerste opvang kunnen verlenen aan betrokken zorgverleners. De zorgverleners hebben dit als prettig ervaren.

In de personeelsvertegenwoordiging (PVT) van de DDDDB hebben drie triagisten en een kantoormedewerker zitting. In 2017 voerde de PVT vier maal overleg met de directeur en bracht o.a. advies uit over het aantrekken van een externe adviseur voor de ondersteuning bij de uitvoering van het Stappenplan DDDDB-SHR, de uitvoering van de Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) door ArboConcern, Scholingsplan, het conceptprofiel voor de nieuwe directeur, de juridische structuur voor de samenwerking en de ledenovereenkomst voor de aansluiting van de leden bij de nieuwe coöperatie. Tevens heeft de PVT de directie verzocht om personeelsbijeenkomsten te organiseren voor de medewerkers en hun hierin te informeren over de stand van zaken m.b.t. de samenwerking DDDDB/SHR.

De PVT heeft instemming verleend op het functieprofiel voor de preventiemedewerker en het voorgenomen besluit van beide besturen om de samenvoeging van de ondersteunende functies van de DDDDB en van de SHR in één gezamenlijke backoffice SHR-DDDB te kunnen omzetten in een definitief besluit.

### 3. Bedrijfsvoering en middelen

#### 3.1 Huisvesting en materiële voorzieningen

Het pand wordt gehuurd van de Hoogland Broedercongregatie. Dagelijks onderhoud en schoonmaak is uitbesteed aan een professioneel bedrijf. Voor onderhoud en ijking van medische apparatuur zijn serviceovereenkomsten afgesloten met leveranciers. Het voorraadbeheer van medische en verpleegkundige artikelen berust bij een tweetal triagisten onder verantwoordelijkheid van de operationeel manager/meewerkend teamleider. Belangrijke wijzigingen van het assortiment worden vooraf met de medisch adviseur afgestemd.

Er is in de HAP een dienstapotheek voorziening aanwezig, die geopend is tijdens de ANW-uren. Deze voorziening is beschikbaar voor de regio Duin- en Bollenstreek.

#### 3.2 Vervoer

Voor het afleggen van visites wordt gebruik gemaakt van twee ambulanceauto's. De chauffeurs en auto's zijn gecontracteerd bij het vervoersbedrijf Meditaxi B.V. De ambulanceauto's zijn uitgerust met een automatische externe defibrillator (AED), zuurstof en een spoedkoffer met een gestandaardiseerde inhoud. De spoedkoffer wordt dagelijks gecontroleerd onder verantwoordelijkheid van de dienstdoende visitearts. De chauffeurs hebben allen een EHBO- en reanimatiecursus gevolgd en kunnen de visitearts bij diverse handelingen assisteren bij de uitvoering van hun werkzaamheden.

In het geval van een levensbedreigende situatie (U1 rit) rijdt de ambulanceauto met zwaailicht en sirene. Hiervoor zijn strikte afspraken gemaakt met de Regionale Ambulancevoorziening Hollands Midden (RAVHM) en met de meldkamer. De DDDDB beschikt over drie portofoons op het C2000 netwerk, waardoor men rechtstreeks contact kan opnemen met de meldkamer en andere hulpverleners.

#### 3.3 Automatisering en communicatievoorzieningen

Zowel de DDDDB als de SHR hebben een nieuw Huisartseninformatiesysteem (HIS) geïmplementeerd (Topicus-HAP). De DDDDB heeft op 21 maart 2017 de livegating gerealiseerd.

Om patiënten zo goed en snel mogelijk te kunnen helpen, is het belangrijk dat de samenwerkende zorgorganisaties toegang hebben tot elkaars patiëntengegevens. Zo kan de zorgverlener op de HAP direct de relevante medische voorgeschiedenis inzien als er buiten kantooruren een patiënt een medische spoedvraag heeft. De zorgverleners hebben d.m.v. een gepersonaliseerde UZI-pas toegang tot Topicus. Zorgverleners mogen alleen medische gegevens raadplegen als de patiënt hiervoor schriftelijk toestemming heeft gegeven (opt-in) aan de eigen huisarts. De huisartsen in de regio zetten zich actief in aan het verhogen van opt-ins voor het Landelijk Schakelpunt (LSP). VZVZ (de organisatie achter het LSP) is verantwoordelijk om huisartsen te stimuleren zich aan te sluiten bij het LSP. Het percentage opt-ins in de regio Duin- en Bollenstreek is 2017 gestegen van 56,2 naar 61,6.

Tabel 4: Overzicht opt-ins

Tijdstip	Opt-ins	Opt-in percentage van totaal aantal inwoners in de regio
Week 51 2013	31.648	15,2%
Week 03 2014	33.879	16,3%
Week 01 2015	76.259	36,7%
Week 52 2015	108.512	52,2 %
Week 52 2016	116.776	56,2 %
Week 52 2017	132.511	61,6%

## 4. Patiëntenzorg

### 4.1 Inroosting huisartsen, triagisten en chauffeurs

In de avonden en in de weekenden fungeren twee huisartsen als visitearts en is één van de huisartsen de verantwoordelijke consultarts. Een regiearts is het eerste aanspreekpunt voor de triagisten en autoriseert de telefonische consulten in weekenden (dag/avond). In de nacht is er één huisarts die zowel de consulten als de visites verzorgt. Daarnaast is er een achterwachtarts in de nacht in de huisartsenpost aanwezig (zgn. slaapwachtdienst). Op deze wijze is gewaarborgd dat er in de nacht altijd een huisarts aanwezig is om in te springen bij noodsituaties of grote drukte.

In 2017 werd in totaal 120 keer de achterwacht (huisarts) opgeroepen om enkele uren mee te werken in de huisartsenpost (in 2016 was dit 90 keer). Dit komt het meest voor tijdens de drukke dag- en avonddiensten in het weekend. Als een huisarts werd opgeroepen, was dit voor gemiddeld 1,9 uur. (1,8 uur in 2016)

Tabel 5: Ingeroosterde bezetting (31-1-2017)

	Huisartsen	Triagisten	Auto met chauffeur
Avond door de week	3	3,5 of 3	2
Avond weekend	4	3 of 4	2
Nacht	2	1,5	1
Zaterdag overdag	6	6	2
Zondag overdag	5	6	2

In deze tabel is de inzet van de regie-arts meegenomen.

### 4.2 Het primaire proces

Tot de kerntaken van de DDDDB behoren de opvang en de beoordeling (triage) van de zorgvragen die door een patiënt worden voorgelegd. De triagisten bepalen de urgentie, beoordelen of een consult of visite moet worden afgesproken en handelen waar mogelijk zorgvragen zelfstandig af op basis van deskundigheid, ondersteund door werkafspraken en protocollen. Bij de urgentiebepaling wordt gebruik gemaakt van de Nederlandse Triage Standaard (NTS).

In 2017 kon bij 36,43% (2016: 28,25%) van de contacten worden volstaan met een telefonische afhandeling door de triagisten door voorlichting, zelfhulpadviezen en door verwijzing naar de eigen huisarts op de eerstvolgende werkdag. Alle contacten die op deze wijze door de triagisten zijn afgehandeld, worden schriftelijk vastgelegd in het waarneembericht en binnen een uur door een van de dienstdoende huisartsen gecontroleerd en geautoriseerd. Indien patiënten voor een consult worden uitgenodigd of een afspraak voor een visite krijgen, wordt het onderzoek en de behandeling door de dienstdoende huisarts verricht. Bij consulten voeren de triagisten (omloopfunctie) zo nodig kleine verrichtingen uit (nakijken urinemonsters, verpleegtechnische handelingen, het maken van een ECG). Tijdens visites kan de visitearts medisch geassisteerd worden door de chauffeur. Zij zijn opgeleid voor het opnemen van de bloeddruk, lichaamstemperatuur en de hartslag. Ook assisteren de chauffeurs bij het hechten van wonden en het plaatsen van urinekatheters. Van ieder contact wordt een waarneembericht opgesteld dat elektronisch naar de eigen huisarts van de patiënt wordt verzonden. De eigen huisarts kan hier de eerstvolgende werkdag over beschikken ten behoeve van het patiëntendossier en eventuele vervolgbehandeling.

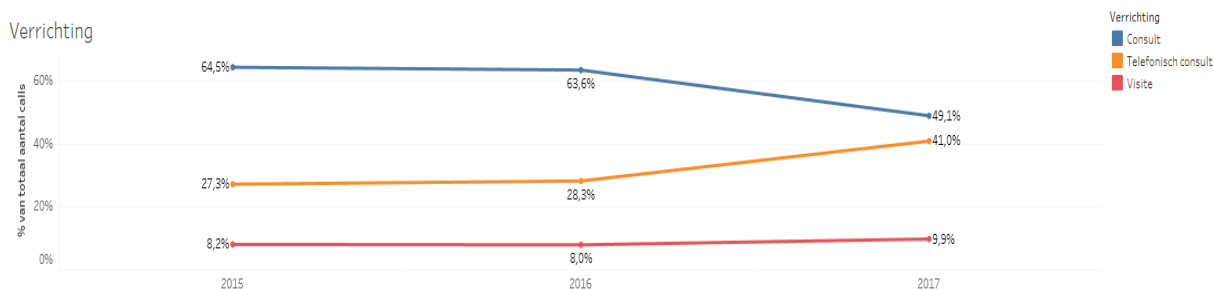
### 4.3 Patiëntveiligheid

Bij de DDDDB wordt veel aandacht besteed aan patiëntveiligheid; er worden op voorhand allerlei veiligheidsmaatregelen geborgd in het primair proces, en achteraf worden onveilige situaties gemeld, zodat deze geanalyseerd kunnen worden en er passende verbetermaatregelen kunnen worden getroffen. De DDDDB is een gecertificeerde zorginstelling volgens de kwaliteitsnormen HKZ 2012//ISO 9001.

#### 4.4 Patiëntencontacten / aantallen verrichtingen

Na een aantal jaren van sterke stijging van de zorgvraag, en vervolgens een daling en stabilisering, is in 2016 weer een stijging waarneembaar van het aantal gedeclareerde verrichtingen ten opzichte van 2014 en 2015. Zowel het aantal consulten, het aantal visites als het aantal telefonische consulten is toegenomen. Er zijn derhalve meer patiënten gezien. Met 54.000 patiëntcontacten op een bevolking van 215.000 inwoners, komt de DDBB op een zorgvraag van 25,07% ofwel: gemiddeld doet ruim 1 op de 4 inwoners per jaar een beroep op de huisartsenpost.

Tabel 6: Aantal verrichtingen in 2017 afgezet tegen voorgaande jaren

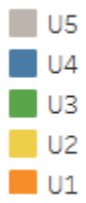


Aantal verrichtingen	2014	2015	2016	2017
Consulten	25.111	26.177	27.453	25.199
Visites	4.878	5.073	5.106	5.422
Telefonische consulten	7.129	7.136	6.707	3.649
Telefonische consulten door triagist	12.691	14.379	15.459	19.640
<b>Totaal</b>	<b>49.809</b>	<b>52.765</b>	<b>54.725</b>	<b>53.910</b>

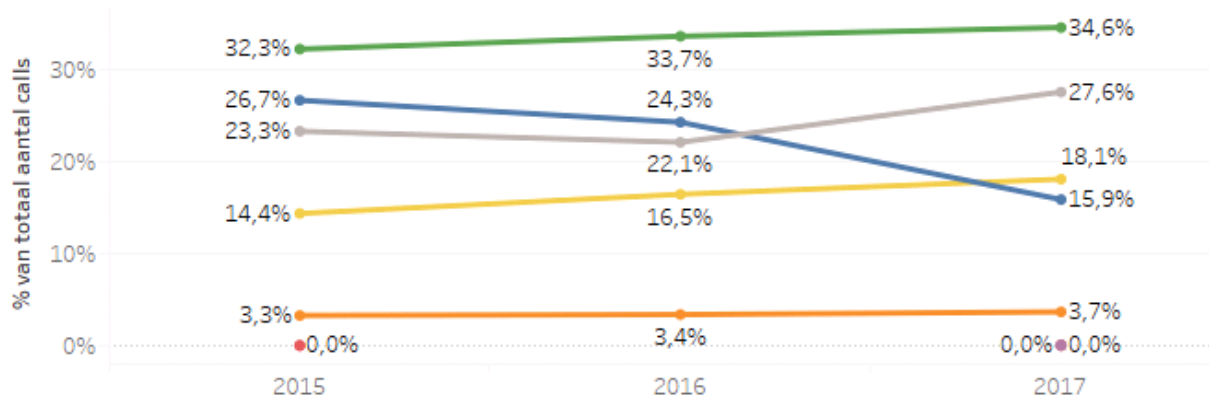
Percentage t.o.v. totaal	2014	2015	2016	2017
Consulten	50,4%	49,6%	50,2%	46,74%
Visites	9,8%	9,6%	9,3%	10,06%
Telefonische consulten	14,3%	13,5%	12,3%	6,77%
Telefonische consulten door triagist	25,5%	27,3%	28,2%	36,43%
<b>Totaal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

2017 kenmerkte zich door een daling van 3% van de totale verrichtingen. Met name het aantal consulten nam af. De duur van een consult nam gemiddeld toe, alsmede de complexiteit (toename zorg aan ouderen) van de consulten nam toe. De telefonische afhandeling door triagisten is gestegen naar 36,43%. Dit komt mede door de introductie van de regiearts op het triagecentrum.

## Urgenties over alle verrichtingen 2015 t/m 2017



### Urgentie





## 5. Klachten, incidenten (MIP's) en calamiteiten

De DDDDB kent voor patiënten een klachtenregeling, een onafhankelijke klachtenfunctionaris en een klachtencommissie. Er is ook een regeling Melding Incidenten Patiëntenzorg (MIP) die voorziet in een procedure voor het melden van (bijna) fouten, (bijna) ongelukken en calamiteiten in de uitvoering van de zorgtaken door medewerkers van de DDDDB (huisartsen, triagisten, chauffeurs en kantoorpersoneel). Verder is er een calamiteitenprocedure, die bedoeld is om calamiteiten te onderzoeken die aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gemeld moeten worden.

De behandeling van klachten, MIP's en calamiteiten dienen om de kwaliteit van de zorgverlening verder te verbeteren. Klachten en MIP's vormen input voor nieuwe werkafspraken en protocollen, of het wijzigen en aanscherpen hiervan. Samen met de Commissie Kwaliteit wordt hier vorm en inhoud aan gegeven. In de digitale nieuwsbrief van de DDDDB worden aanpassingen bekend gemaakt. Ook worden in deze nieuwsbrief situaties beschreven die geleid hebben tot een calamiteit en worden aanbevelingen gedaan om dergelijke situaties te voorkomen.

MIP's en klachten worden digitaal vastgelegd in Q-base en vervolgens worden daaraan acties gekoppeld en uitgezet. Q-base is een softwareprogramma dat ondersteuning biedt om gestructureerd de voortgang van de afhandeling te bewaken en aan het eind van het jaar makkelijker rapportages te maken. MIP's kunnen via een formulier op intranet digitaal gemeld worden en komen dan direct in Q-base terecht. Patiënten kunnen klachten schriftelijk maar ook digitaal melden via een formulier op de website van de DDDDB.

### 5.1 Klachten

#### Werkwijze

Iedere klacht, mondeling, per post, per e-mail of via de website ingediend, wordt zorgvuldig behandeld. De klachtenfunctionaris heeft persoonlijk contact met de klager. De klager krijgt de gelegenheid om de klacht toe te lichten en er vindt overleg plaats over de manier waarop de klacht wordt behandeld. Daarbij wordt zo veel mogelijk aangesloten op de wensen van de klager. De klachtenfunctionaris verzamelt alle relevante gegevens en bespreekt de klacht (indien van toepassing) met de persoon tegen wie de klacht is gericht. Omdat het via bemiddeling oplossen van een klacht de voorkeur heeft, zal de klachtenfunctionaris nagaan of dat mogelijk is. Als bemiddeling niet mogelijk is of als de klager niet tevreden is met het resultaat, kan de klager de klacht neerleggen bij de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE), waarbij de huisartsenpost met ingang van 2017 is aangesloten. Van die mogelijkheid is in 2017 geen gebruik gemaakt.

De eigen klachtencommissie van de huisartsenpost, die tot 2017 bestond en uitspraken kon doen over de gegrondheid van een klacht, is met ingang van 2017 omgevormd tot een klachtenadviescommissie. Deze commissie doet aanbevelingen aan de organisatie naar aanleiding van klachten, ter verbetering van de zorg of patiëntveiligheid.

#### Aantallen en aard van de klachten

Het aantal klachten lag in 2017 op een gebruikelijk niveau (31). In 2016 werden 36 klachten ontvangen. Ongeveer de helft van de klachten in 2017 ging over huisartsen, het merendeel daarvan ging over gemiste diagnoses. In onderstaande tabel zijn de klachten gerubriceerd naar inhoud.

#### Bemiddeling

Bijna alle in 2017 ontvangen klachten (28 van de 31) konden met inzet van de klachtenfunctionaris, de klagers en de 'aangeklaagden' door middel van bemiddeling worden opgelost. Drie klachten werden niet via bemiddelingen opgelost. Twee daarvan betroffen klachten die in onderzoek zijn genomen als calamiteit. De klachtenadviescommissie heeft, met het oog op mogelijke verbeterpunten voor de zorgkwaliteit en patiëntveiligheid, de in 2017 ingediende klachten bestudeerd. De klachtenadviescommissie heeft naar aanleiding daarvan een aantal aanbevelingen gedaan, die de klachtenfunctionaris onder de aandacht heeft gebracht van de organisatie of de betreffende zorgverlener. Hieronder is een aantal aanbevelingen van de klachtenadviescommissie opgenomen.

### Aanbevelingen van de klachtenadviescommissie in 2017

- In enkele gevallen is een huisarts of triagist geadviseerd voortaan met vergelijkbare situaties anders om te gaan, bijvoorbeeld ten aanzien van bejegening, risicoweging, verslaglegging, toepassing van NHG-Standaarden of de Nederlandse Triage Standaard (NTS).
- Voor patiënten woonachtig tegen de grens van een van de werkgebieden van de huisartsenpost Duin- en Bollenstreek en de huisartsenpost Leiden-Alphen, die hun eigen huisarts in het andere werkgebied hebben, moeten afspraken worden gemaakt over het informeren van de eigen huisarts over het contact van de patiënt met een van de huisartsenposten. Dat is in het belang van goede dossiervoering en de voortzetting van zorg door de eigen huisarts.
- In de nieuwsbrief informatie plaatsen over de behandeling van bijtwenden.
- In overleg met een handchirurg kennis over lichamelijk onderzoek ter uitsluiting van handpeesletsel vergroten en beleid protocolleren.
- Vergroten van kennis over behandeling van brandwonden bij kinderen en beleid te protocolleren.
- Triagisten geven bij voorkeur aan dat patiënten die direct naar de huisartsenpost kunnen komen, soms toch enige tijd in de wachtkamer moeten wachten op een consult.
- Triagisten leggen aan patiënten uit dat het, afhankelijk van de urgentie, soms enkele uren kan duren voordat een visite kan worden gebracht.
- In het scholingsprogramma voor triagisten wordt aandacht besteed aan het omgaan met situaties waarin tijdens het triagegesprek blijkt dat het aanbod van de huisartsenpost niet aansluit op de wensen en verwachtingen van de patiënt.
- Onderzocht wordt wat de meest patiëntveilige manier is om een tijdens ANW-uren vastgestelde intolerantie voor bepaalde medicatie bekend te maken aan de eigen huisarts van de patiënt.

### Klachtenoverzicht 2017, ingedeeld naar de aard van de klacht

hoofdcategorie	subcategorie	aantal	%
<b>Triage</b>	<b>Urgentiebepaling</b>	<b>3</b>	<b>9,7%</b>
	<b>Niet eens met keuze voor telefonisch advies, consult of visite</b>	<b>3</b>	<b>9,7%</b>
	<b>Kwaliteit van verstrekt advies en informatie</b>	<b>2</b>	<b>6,5%</b>
<b>Behandeling</b>	<b>Gemiste fractuur</b>	<b>2</b>	<b>6,5%</b>
	<b>Gemiste andere diagnose</b>	<b>12</b>	<b>39%</b>
	<b>Kwaliteit van advisering of informatievoorziening</b>	<b>2</b>	<b>6,5%</b>
<b>Bejegening</b>	<b>Bejegening door arts</b>	<b>2</b>	<b>6,5%</b>
<b>Bereikbaarheid en wachttijden</b>	<b>Wachttijd in wachtkamer</b>	<b>1</b>	<b>3%</b>
	<b>Wachttijd voor visite</b>	<b>2</b>	<b>6,5%</b>
<b>Financiële zaken</b>	<b>Verkeerde / onterechte factuur</b>	<b>1</b>	<b>3%</b>
<b>Organisatie</b>	<b>Samenwerking ketenpartners</b>	<b>1</b>	<b>3%</b>
<b>Totaal</b>		<b>31</b>	<b>100%</b>

Tabel 8: Overzicht aantallen en aard van de klachten

aard van de klachten	2016		2017	
	aantal	%	aantal	%
Medisch inhoudelijk arts	13	36%	15	48%
Bejegening door arts	4	11%	4	13%
Triage en advies triagist	3	8%	5	16%

Bejegening door triagist	3	8%	0	0%
Bereikbaarheid / wachttijden	3	8%	4	13%
Kosten / eigen risico	4	11%	1	3%
Organisatie en communicatie	5	14%	2	6%
Ongemotiveerd / overig	1	3%	0	0%
<b>Totaal</b>	<b>36</b>		<b>31</b>	

## 5.2 Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP's)

### 5.2.1 Aantal en aard van de MIP's

Het aantal MIP-meldingen is na een daling (2016: 67) in het verslagjaar weer gestegen naar 91. De huisartsen en medewerkers melden zaken die niet goed zijn verlopen tijdens de dienst. Eind 2015 is de DDDDB overgestapt op een digitaal registratiesysteem voor de MIP's: Q-base. Medewerkers en huisartsen kunnen via intranet een digitaal MIP-formulier invullen, waardoor de MIP direct in Q-base staat en er afhandelacties aan gehangen kunnen worden.

Eenvoudige MIP's worden direct afgehandeld door één van de kantoormedewerkers en alleen ter kennisgeving voorgelegd aan de MIP-commissie. De meer complexe MIP's, waarbij het advies van de MIP-commissie gewenst is, worden door de kwaliteitsfunctionaris voorgelegd aan de MIP-commissie.

Tabel 9: Aantallen en aard van MIP's in 2017 t.o.v. 2016

Categorie	Aantal registraties 2016	Aantal registraties 2017
Overig	9	15
Privacy	1	1
Bereikbaarheid/bezetting post	3	1
Communicatie	3	4
Visiteauto/chauffeur	1	0
Medicatie en voorraadbeheer	0	4
Medische zorg	6	8
Overdracht aandachtspatiënt	1	3
Registratie patiënt-/contactgegevens	0	0

Samenwerking ketenpartners	32	33
Triage/urgentiebepaling	8	2
Veilig werken	0	0
Verantwoordelijkheden/bevoegdheden	0	2
Webformulier: nader in te delen	3	18
<b>Totaal</b>	<b>67</b>	<b>91</b>

### 5.2.2 Uitsplitsing ketenpartners

In 2017 had ongeveer een derde de MIP's betrekking op de overdracht, afstemming en samenwerking met ketenpartners van de DDDDB (zie tabel 10). Er waren veel MIP's over het overdrachtmoment van visitearts naar ambulance, en over de samenwerking met de meldkamer. Begin 2016 is samen met de RAVHM en de huisartsenposten in de regio een nieuwe werkinstructie vastgesteld en gecommuniceerd binnen alle regionale huisartsenposten en de RAVHM. Echter in de praktijk blijkt dat de instructie nog veel vragen oproept. De DDDDB is structureel aanwezig bij het overleg met de RAVHM om de werkbaarheid van de werkinstructie te optimaliseren. In 2017 zijn er 9 MIP meldingen geweest over de bereikbaarheid van de crisisdienst. De DDDDB is naar aanleiding van deze meldingen in overleg gegaan met de crisisdienst, met als resultaat verbeterde bereikbaarheid.

Tabel 10: Uitsplitsing MIP's ketenpartners 2017 t.o.v. 2016

Subcategorie	Aantal registraties 2016	Aantal registraties 2017
Crisisdienst GGZ	4	9
Dienstapotheek	0	1
GGD	0	0
Meldkamer	3	6
Politie	0	1
Regionale ambulancedienst	15	11
Specialistenteam / thuiszorg	2	3
Verzorgingshuizen	3	1
Ziekenhuizen	2	0
Overig	3	1
<b>Totaal</b>	<b>32</b>	<b>33</b>

## **5.3 Calamiteiten**

### **5.3.1 Calamiteitenregeling**

Huisartsenposten zijn als zorginstelling verplicht calamiteiten in de zorgverlening te melden aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Een calamiteit wordt aldus gedefinieerd: Een calamiteit is 'iedere niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid'. Bij een calamiteitenmelding gaat het niet zo zeer om de verwijtbaarheid, maar vooral om de vermijdbaarheid; dus om er als organisatie lering uit te trekken.

### **5.3.2 Belangrijkste verbeteracties n.a.v. de calamiteiten en MIP's**

In 2017 zijn zeven calamiteiten gemeld bij de IGJ, waarvan er drie als ketencalamiteit samen met de RAVHM zijn gemeld. De zeven calamiteiten zijn geanalyseerd door de Commissie Calamiteiten middels de PRISMA-methode. Er zijn verbetermaatregelen geformuleerd en waar mogelijk reeds geïmplementeerd, waaronder het onder de aandacht brengen van de leerpunten in de maandelijkse nieuwsbrief. De IGJ heeft alle calamiteitenrapportages ontvangen, van 4 rapportages is de DDDDB nog in afwachting van een beoordeling door IGJ.

De volgende verbetermaatregelen zijn doorgevoerd: afschalen van urgentie gebeurt in overleg met de regiearts/consultarts. In het scholingsplan 2018 t.b.v. de triagisten is een training fysieke triage ABCDE methodiek en casus bespreking opgenomen. De huisartsen wordt een training gericht op het uitvragen van de ABCDE methodiek aangeboden.

## 6. Resultaten kwaliteitsbeleid

Kwaliteit en patiëntveiligheid maken bij de DDDB vanzelfsprekend onderdeel uit van het dagelijkse werk. De DDDB werkt met een uitgebreid en samenhangend systeem van protocollen, procedures en werkinstructies. Iedere dienst wordt begonnen met een overdracht, waarbij alle dienstdoende huisartsen, triagisten en chauffeurs aanwezig zijn. Aan het eind van iedere dienst is er een evaluatie waarin alle bijzonderheden worden besproken en schriftelijk worden vastgelegd in een evaluatieformulier. Met ingang van eind 2016 gebeurt dit digitaal. Deze gestructureerde manier van werken wordt van groot belang geacht, omdat de diensten door een verscheidenheid aan mensen in steeds wisselende samenstellingen worden verricht. De DDDB heeft een kwaliteitsmanagementsysteem waarmee de kwaliteit van de zorgverlening geborgd wordt, en is gecertificeerd op basis van het HKZ-certificatieschema voor Huisartsen Diensten Structuren. Dit betekent dat de DDDB intern de zaken goed op orde heeft, patiëntgericht wordt gewerkt en verbetering en vernieuwing van de acute zorg en de dienstverlening structureel wordt beoefend.

De afhandeling en analyse van klachten, MIP's en calamiteiten en de daaruit voortvloeiende continue verbetercyclus maken onderdeel uit van het kwaliteitsbeleid van de DDDB. De rapportages hierover zijn opgenomen in hoofdstuk 5. Naast deze permanente aandacht voor kwaliteit en patiëntveiligheid waren er in 2017 enkele onderwerpen die bijzondere aandacht hebben gekregen. Deze worden hieronder weergegeven.

### 6.1 Kwaliteitsmanagementsysteem/HKZ-certificering

In het kader van het kwaliteitsmanagementsysteem zijn in 2016 de volgende activiteiten uitgevoerd en de volgende resultaten bereikt:

#### *Hercertificering*

De externe auditor van het bureau LRQA Lloyd's Register Nederland B.V. heeft een zogenoemd surveillance bezoek gebracht en op basis van de bevindingen een auditrapportage opgesteld. De auditor heeft geen non-conformities opgesteld. De DDDB is erg tevreden met het behaalde resultaat en hoopt in 2018 aan de nieuwe norm HKZ 2015 te voldoen.

#### *Interne audits*

In 2017 zijn de volgende onderwerpen geaudit: Triagecodering en palliatieve zorgverlening.

### 6.2 Branchenormen

Brancheorganisatie InEen heeft een aantal branchenormen vastgesteld met betrekking tot de uitkomsten van de kwaliteit van de acute zorg. De belangrijkste branchenormen worden hieronder weergegeven en toegelicht.

Norm	Gemiddeld 2017	4e kwartaal	3e kwartaal	2e kw 2017	1e kw 2017
Telefonische bereikbaarheid: * spoedlijn 98% < 30 seconden * zonder spoed 75% < 2 minuten * totaal 98% < 10 minuten	93,75% 68,94% 95,43 %	94,77% 69,61% 93,46 %	96,6% 70,9% 97,2 %	96,3% 65,5% 95,3 %	88,3% 70,2% 95,8%
Fysieke bereikbaarheid: * minimaal 90% van de inwoners < 30 minuten	haalbaar	haalbaar	haalbaar	haalbaar	haalbaar
Aanrijtijden: * U1 spoedritten: 95% , 20 minuten ter plaatse U1 spoedritten: 100% , 30 minuten ter plaatse	74% 91%	75% 90%	80% 87%	73% 92%	89% 98%
Autorisatietijden: * 100% < 60 minuten * gemiddelde tijd	91% 23:74	92% 23:45	92% 21:24	91% 25:43	88,99% 27:02



#### *Telefonische bereikbaarheid*

Norm: zonder spoed wordt de telefoon in 75% van de gevallen binnen 2 minuten en in 98% van de gevallen binnen 10 minuten opgenomen.

Resultaat 2017: 68,9% van de niet-spoed calls werd binnen 2 minuten beantwoord en 95,4% binnen 10 minuten. De telefonische bereikbaarheid staat onder druk vanwege onderbezetting in de formatie van de triagisten en een toename van het aantal telefoontjes. In 2018 wordt op basis van een uitgevoerd capaciteitsonderzoek de noodzakelijke beschikbaarheid verder verhoogd om te kunnen voldoen aan de normen.

#### *Telefonische bereikbaarheid bij spoed*

Norm: de spoedlijn wordt in 98% van de gevallen binnen 30 seconden opgenomen.

Resultaat 2017: de spoedlijn werd in 93,8% van de gevallen binnen 30 seconden beantwoord. Iedere triagist kan een spoedlijn opnemen.

#### *Fysieke bereikbaarheid*

Norm: Minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van de huisartsenpost kan binnen 30 minuten per auto de huisartsenpost bereiken.

Resultaat 2017: dit is het geval in de Duin- en Bollenstreek.

#### *Aanrijdtijden U1 spoedritten*

Norm: 95% van de ritten is binnen 20 minuten ter plaatse, 100% van de ritten is binnen 30 minuten ter plaatse.

Resultaat 2017: 74% van de U1 spoedritten was binnen 20 minuten ter plaatse. 91% van de ritten was binnen 30 minuten ter plaatse.

De aanrijdtijden bij spoedvisites zijn vanaf 1 maart 2017 digitaal in Topicus- HAP geregistreerd. Uit de resultaten blijkt dat het tijdig vertrekken van de visitewagens vanuit de huisartsenpost een aandachtspunt blijft. In 2018 zal een risicoanalyse worden verricht over het proces visites rijden, inclusief het rijden van U1-visites.

#### *Autorisatietijden*

Norm: 90% van de telefonische consulten door een triagist moet binnen 60 minuten geautoriseerd worden door een huisarts. 98% van de telefonische consulten moeten binnen 120 minuten worden geautoriseerd.

Resultaat 2017: 91% van de telefonische consulten van triagisten worden binnen 60 minuten geautoriseerd. Het percentage autorisaties voldoet aan de geldende norm.

### **6.3 Signalering kindermishandeling**

De DDDDB heeft een protocol gebaseerd op de KNMG Meldcode kindermishandeling, huiselijk geweld en ouderenmishandeling (HOK). Bij elk contact met een patiënt in de leeftijd van 0 tot 18 jaar wordt de huisarts gevraagd een korte vragenlijst in te vullen. Hierop kan aangegeven worden of er signalen voor kindermishandeling zijn. De medisch adviseur (i.c. de aandachtsfunctionaris HOK) ontvangt meldingen vanuit Topicus. De medisch adviseur informeert bij de eigen huisarts van het betreffende kind of volwassene wat er met het signaal gedaan is.

In 2017 (vanaf 21 maart 2017 i.v.m. overgang naar Topicus) was er contact met in totaal 14.988 patiënten in de leeftijd van 0-18 jaar. Er werden 46 vermoedens van kindermishandeling geregistreerd na het verrichten van de telefonische triage. Nadat een consult met de dienstdoende huisarts plaatsvond zijn 17 vermoedens bevestigd. Hiervan zijn 6 kinderen doorverwezen naar de kinderarts en 11 kinderen zijn onder de aandacht gebracht van de eigen huisarts. Er zijn 9 meldingen van huiselijk geweld geregistreerd, waarvan 6 meldingen reeds bekend waren bij de eigen huisarts en patiënten van 3 meldingen ontvingen zorg door eigen huisarts.

#### **6.4 PR & Communicatie**

In het verslagjaar is 5 maal de digitale nieuwsbrief verschenen. Daarnaast is er in januari een themanieuwsbrief uitgebracht over de stand van zaken ten aanzien van de samenwerking tussen de DDDDB en de SHR.

#### **6.5 Overleggen en afspraken met ketenpartners**

##### **Regionale ambulancevoorziening Hollands Midden (RAVHM)**

De operationeel manager heeft enkele keren per jaar overleg met de RAVHM. Aan dit overleg nemen leidinggevenden en kwaliteitsfunctionarissen deel van de RAVHM en huisartsenposten Gouda, Leiden, Den Haag en Duin- en Bollenstreek. Hieruit is onder andere een convenant 'Samenwerking HAP-RAVHM' voortgekomen, die na enkele bijstellingen op 1 maart 2016 is ingegaan. De medisch adviseurs van de DDDDB hebben in 2017 een aantal overleggen gehad met management van de RAVHM om de mogelijkheden van verdere samenwerking op gebied van nascholing en werkzaamheden t.a.v. het primair proces te bespreken. Voor 2018 wordt een ABCDE-training georganiseerd i.s.m. de RAVHM voor de aangesloten huisartsen en huisartsopleiders. Dit moet de komende jaren verder zijn beslag krijgen.

##### **GGZ Rivierduinen**

In 2015 is het overleg op directieniveau met GGZ Rivierduinen voortgezet en hebben de directeur en de voorzitter van het bestuur van de DDDDB een aantal gesprekken gevoerd met de nieuwe de directie van GGZ Rivierduinen over de samenwerking en de knelpunten die hierin worden ervaren. Voornaamste aandachtspunt voor de DDDDB is een laagdrempelige toegang tot de GGZ. GGZ Rivierduinen zet zich actief in om de zaken rond de crisisdienst en de opvang van verwarde personen te organiseren en te verbeteren o.a. door het starten met Intensive Home treatment (IHT). Het aanbod van het IHT is met ingang van 2016 voor alle inwoners van de Duin- en Bollenstreek geregeld. De DDDDB is positief over deze ontwikkelingen en verwacht dat dit de zorg aan de patiënten in de regio zal verbeteren.

In 2017 is de samenwerking met enige regelmaat geëvalueerd. Een zogeheten meldkamer GGZ, geïmplementeerd in juni, vergemakkelijkt de toegang tot de crisisdienst GGZ. De opvang van verwarde personen, in PEH (psychiatrisch eerste hulp), werd eveneens gerealiseerd. Ook al is er nog geen directe verwijsmogelijkheid voor huisartsen hiernaartoe, toch werd dit als een verbetering voor de gehele zorgketen gezien.

##### **Dienstapothek Bollenstreek (DAB)**

De apotheker van de DAB en de directie, alsmede de medisch adviseur en de operationeel manager van de DDDDB hebben periodiek overleg over de dienstverlening aan patiënten. De sluiting van de DAB in de nacht per 1 juli 2014 werd als een beperking van de dienstverlening aan patiënten beschouwd. Per 1 februari 2017 is de DAB weer opengesteld op alle momenten dat de DDDDB dienst doet. Dit wordt als een groot pluspunt beschouwd in de zorgverlening naar de patiënten uit de regio.

##### **Marente, thuis- en ouderenzorg**

Er is overleg gevoerd met zowel de manager thuiszorg van Marente over de acute bereikbaarheidsdienst als de specialist ouderengeneeskunde (SOG). De SOG is degene die een spoedopname kan regelen en is ten allen tijde beschikbaar voor consultatie. De werkafspraken tussen de DDDDB en Marente zijn protocollair vastgelegd. Deze zijn per 1 januari 2017 ingaan en tussentijds geëvalueerd. Belangrijkste afspraak is het hanteren van het één ingangsprincipe tijdens de ANW-uren. Ongeacht of er al een thuiszorgorganisatie in beeld is, wordt door Marente zorg geleverd; of dit op gebied van persoonlijke verzorging is dan wel medisch-technische handelingen.

In 2018 zijn nieuwe ontwikkelingen aangekondigd op gebied van transmurale afspraken, alsmede het RAP (regionaal aanmeldpunt Zuid-Holland-Noord) voor aanmelden van patiënten voor Eerstelijns Verblijf-bedden.

##### **'s Heerenloo en zorg aan patiënten met een verstandelijke beperking**

Contacten zijn nog in 2016 gelegd met de verantwoordelijk AVG-arts van zorginstelling 's Heerenloo te Noordwijk. Er is de optie van de consultfunctie door de dienstdoend AVG-arts in geval van spoedeisende problematiek bij extramurale AVG-patiënten.

**LEO, verloskundige zorg**

In 2017 was overleg met vertegenwoordigers van LEO, coöperatie van verloskundigen in leiden en omgeving. De onderlinge samenwerking verloopt in het algemeen goed.

## Bijlage1. Samenstelling bestuur en kantoororganisatie per 31-12-2017

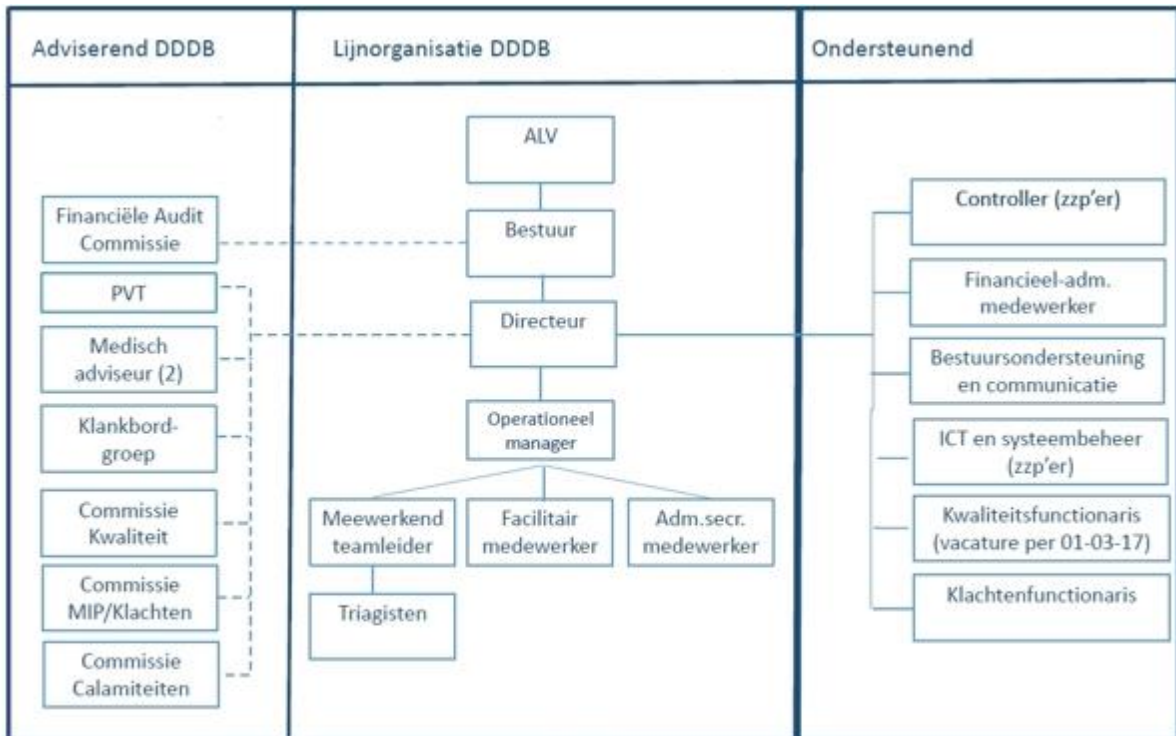
### Bestuur

Voorzitter:	dhr. R.H.M. de Vriend, huisarts
Secretaris:	dhr. Q.E.V. Ruitenbergh, huisarts
Lid:	dhr. M. K. Moerman, huisarts
Lid:	dhr. drs. J. Last
Lid:	dhr. mr.drs. M.J. van Paridon

### Kantoororganisatie

Directeur:	mw. E. Koster MHA (tot 1-9-2017)
Directeur:	mw. I. Boomgaardt (vanaf 1-9-2017)
Operationeel manager:	mw. J.M.H. Mackaaij-Klück MHM
Meewerkend teamleider:	mw. J. Timan
Medisch adviseur:	dhr. H. Essers, huisarts
Medisch adviseur:	dhr. T.G.C. Koster, huisarts
Accountant:	mw. G. de Vos
ICT:	dhr. W. Moens
Financieel medewerker:	mw. R. E. de Groot-van der Niet
Kwaliteitsfunctionaris:	mw. drs. R. Woudsma (tot 1-4-2017)
Kwaliteitsfunctionaris:	mw. S. Luesink (vanaf 1-4-2017)
Klachtenfunctionaris:	dhr. C.C. Berghuis
Adm.-secretarieel medewerker:	mw. A.J. Krukkert
Adm.-secretarieel medewerker:	mw. M. Witteman
Facilitair medewerker:	mw. B.E van Vliet

Bijlage 2. Organogram DDDB



Versie 7.0 d.d. 27-07-2017