

Coöperatieve DoktersDienst Duin- en Bollenstreek u.a.

## Jaarverslag 2018



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

1. Inleiding .....	3
2. Beleid en strategie .....	4
2.1 Werkgebied.....	4
2.2 Meerjarenbeleid .....	4
2.3 Resultaten Jaarplan 2018.....	5
2.4 Samenwerking DDDDB en SHR .....	5
3. Organisatie .....	6
3.1 Bestuur, directie en kantoororganisatie .....	6
3.2 Algemene ledenvergadering (ALV) en klankbordgroep (KBG) .....	6
3.3 Commissies .....	6
3.4 Diensten huisartsen, waarnemers en aios .....	7
3.5 Personeelsbestand .....	8
3.6 Ziekteverzuim .....	8
3.7 Deskundigheidsbevordering .....	8
3.8 Organisatiestructuur .....	9
3.9 Arbobeleid.....	9
4. Bedrijfsvoering en middelen .....	11
4.1 Vervoer .....	11
4.2 Automatisering en communicatievoorzieningen .....	11
5. Patiëntenzorg.....	12
5.1 Inroostering huisartsen, triagisten en chauffeurs .....	12
5.2 Het primaire proces .....	12
5.3 Patiëntveiligheid.....	12
5.4 Patiëntencontacten / aantallen verrichtingen .....	13
6. Klachten, incidenten (VIM) en calamiteiten .....	14
6.1 Klachten.....	14
6.2 Veilig Incidenten melden (VIM).....	15
6.3 Calamiteiten.....	18
7. Resultaten kwaliteitsbeleid .....	19
7.1 Kwaliteitsmanagementsysteem/HKZ-certificering .....	19
7.2 Branchenormen .....	20
7.3 Signalering kindermishandeling.....	21
7.4 Overleggen en afspraken met ketenpartners .....	21
Bijlage 1.....	23
Bijlage 2.....	24

## 1. Inleiding

Het jaar 2018 heeft in het teken gestaan van samenwerking en professionalisering.

Er was aandacht voor het verminderen van de werkdruk en het voldoen aan de geldende branchenormen.

Het tijdig opnemen van de spoedlijn en tijdig autoriseren door de regiearts van telefonische contacten van de triagisten is duidelijk verbeterd. De aanrijtijden van de visiteauto's blijven onder de maat; dat is overigens deels te wijten aan een registratieprobleem. In 2019 vindt een grondige analyse plaats en moet daar verbetering in komen.

In 2018 is het opnieuw gelukt om een groot deel (>40%) van de zorgvragen telefonisch te behandelen. De toename in vraag blijft een punt van aandacht.

In 2018 is vastgesteld dat de triage in Voorhout blijft.

Ook in 2018 bleef de uitdaging om voldoende gekwalificeerd personeel te vinden groot en heeft continue aandacht gevraagd. Het ziekteverzuim was relatief hoog als gevolg van een aantal langdurig zieken.

Het verslagjaar 2018 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.

In 2019 blijft de DDDB streven naar hoge kwaliteit huisartsgeneeskundige spoedzorg voor de bewoners van onze regio.

Dhr. T.G.C. Koster, huisarts  
voorzitter DDDB

Mw. Immie Boomgaardt, MBA  
directeur DDDB

## 2. Beleid en strategie

### 2.1 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 215.000 inwoners. In het verslagjaar waren er totaal 53.910 contacten waarvan 2.650 contacten met passanten (patiënten van buiten de regio). Het aantal zelfverwijzers (patiënten die naar de huisartsenpost komen zonder eerst te bellen) was in 2018 in totaal 1.527.



De DDDDB is een coöperatieve vereniging, eind 2018 waren er 97 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 8 leden en zijn er 11 nieuwe leden verwelkomd.

### 2.2 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 tweede lijn.
- 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 vier huisartsenposten in de locatie Voorhout en Alphen aan den Rijn en twee spoedposten in het LUMC en het Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp.

De organisaties borgen de betaalbaarheid 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.

### 2.3 Resultaten Jaarplan 2018

- Plan van aanpak opgesteld t.b.v. herstructurering organisatiestructuur huisartsenpost.
- Uniforme taak- en rolbeschrijvingen medewerkers primair proces in concept gereed. Personele invulling en implementatie vindt plaats in Q1 2019.
- Planning en control cyclus is operationeel.
- Externe adviseur aangesteld t.a.v. het inrichten van een regionale onderzoekscommissie incidenten en calamiteiten.
- Voorbereiden van de implementatie van workflow management om een optimale (geautomatiseerde) planning van patiëntenstromen te realiseren.
- Taken en verantwoordelijkheden medisch managers en hun samenwerking met lijnmanagement zijn geborgd.
- Harmoniseren van backoffice processen. Inventarisatie van invulling van taken en verantwoordelijkheden van medewerkers in de backoffice is afgerond. In Q1 2019 vindt de implementatie hiervan plaats.
- Werven van triagisten via nieuwe kanalen en beroepsgroepen.
- Actualisatie crisisplan DDDDB en SHR.
- Privacyreglement op basis van de AVG aangepast.
- Bureau geselecteerd om in Q1 2019 een ervaringenonderzoek onder patiënten, huisartsen en medewerkers te laten uitvoeren.

### 2.4 Samenwerking DDDDB en SHR

In februari 2017 hebben de SHR en de DDDDB in het document 'SHR en DDDDB 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 heeft de integratie verder zijn beslag gekregen, zoals in voorgaande paragraaf reeds beschreven.

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

Eind 2018 is er een plan voorgelegd aan de ALV om te komen tot een bestuurlijke fusie met de SHR. In 2019 zal dit verder besproken worden.

## 3. Organisatie

### 3.1 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. Mw. I.K. Boomgaardt is tevens directeur van de SHR. De organisatie van de DDDDB wordt ondersteund door een team van medewerkers op het gebied van administratie, secretariaat en facilitaire zaken, kwaliteitsmanagement en klachtenbehandeling. Er is een meewerkend teamleider beschikbaar voor de operationele aansturing van het team van triagisten. Er zijn twee medisch managers werkzaam bij de DDDDB. Zij hebben beiden in 2018 de NHG-Kaderopleiding Huisarts en Spoedzorg succesvol afgerond. De P&O functionaris, beleidsmedewerker, kwaliteitsfunctionaris en ICT medewerker zijn vanuit de SHR ook werkzaam voor de DDDDB. Per 1 juli 2018 is de manager uit dienst getreden en opgevolgd door een interim-manager. De klachtenfunctionaris in dienst van de DDDDB is per 1 november 2018 uit dienst getreden en opgevolgd door een onafhankelijk klachtenfunctionaris via de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE).

### 3.2 Algemene ledenvergadering (ALV) en klankbordgroep (KBG)

De ALV kwam in 2018 tweemaal bijeen. In de ALV van 13 juni 2018 werd de jaarrekening 2017 en het jaarverslag 2017 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 2018 is de KBG driemaal bijeen geweest. Belangrijkste onderwerpen die aan de orde kwamen waren nascholing, ouderenzorg, waarnemers en aanpassing m.b.t. beleid AIOS.

### 3.3 Commissies

De DDDDB kent drie 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 VIM behandelt alle Veilig Incidenten Melden (VIM). De commissie onderzoekt of naar aanleiding van de meldingen verbetermaatregelen of nieuwe afspraken gemaakt moeten worden. Door het verrichten van analyses naar de basisoorzaken van VIM'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 of te voorkomen.
- 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. In 2019 wordt de huidige commissie Calamiteiten omgevormd tot een regionale onderzoekscommissie incidenten en calamiteiten, met een multidisciplinaire samenstelling en waar de leden afkomstig zijn van zowel de DDDDB als de SHR.

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 2018 kwam de FAC twee keer bijeen.

### 3.4 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 2018 hebben 113 externe waarnemers diensten gedaan in de huisartsenpost (t.o.v. 2017: 97). 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 regiendiensten (zie hiervoor paragraaf 6.3).

Tabel 1: Percentage diensten gedaan door waarnemers per dienst

	Tijd	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dav2	07:45-16:15	36,0	40,0	48,2	45,0	49,1	40,4
Dav1	07:45-16:15	34,2	39,1	38,7	47,7	46,9	38,4
Dac	07:45-16:15	30,4	35,5	50,4	45,9	41,8	43,9
Tu1	09:00-17:00	45,9	46,7	50,8	47,5	51,6	57,1
Tu2	13:00-21:00	46,8	44,1	50,8	39,3	45,3	46,8
Tu3	11:00-19:00	32,0	49,0	50,0	50,0	51,0	31,6
A1v2	16:45-00:15	24,1	27,6	26,5	27,8	35,0	27,8
A1v1	16:45-00:15	20,2	24,4	29,3	27,8	31,0	28,5
A1c	16:45-00:15	22,9	27,6	31,6	34,5	28,2	30,2
A2v2	15:45-00:15	38,7	38,2	44,1	42,2	50,2	40,2
A2v1	15:45-00:15	41,4	41,8	50,5	44,5	46,6	51,8
A2c	15:45-00:15	37,8	42,7	45,4	45,9	48,0	44,4
NA	23:45-08:00	64,6	74,2	73,2	70,4	73,4	61,5
Aw1	17:00-08:00	5,5	14,6	11,5	10,6	11,5	14,3
Aw2	08:00-08:00	18,2	28,2	30,6	21,2	24,4	26,0
Totaal		32,3	38,0	47,1	43,1	41,0	40,7

Uit tabel 1 is op te maken dat in 2018 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 daling bij de nachtdiensten, meer dan de helft van de nachtdiensten wordt nog steeds door waarnemers verricht. Achterwachtendiensten daarentegen worden relatief weinig verkocht. In 2018 is het totaal van alle diensten verricht door waarnemers nagenoeg gelijk gebleven ten opzichte van 2017.

In 2018 zijn er 36 nieuwe waarnemers aangenomen en 22 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 10 eerstejaars en ook 19 derdejaars AIOS gestart met diensten doen onder supervisie van hun huisartsen-opleider.

### 3.5 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 DDDB. De chauffeurs zijn in dienst bij Broeder de Vries (voorheen Meditaxi B.V.)

Tabel 2: Personeelsbestand in 2018 (t.o.v. 2017)

	aantal	fte
Triagisten	29 (26)	Min 10,42 Max 11,79 (Min 9,89)
Kantoorpersoneel	6 (7)	3,18 (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 2018 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 9,82% van de diensten van triagisten uitgevoerd door zzp'ers, uitzendkrachten en een medisch student.

### 3.6 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 2016 - 2018

	2016	2017*	2018
Verzuimpercentage triagisten (%)	5,99	2,69	13,52
Verzuimpercentage kantoormedewerkers (%)	2,25	1,12	8,81
Gemiddeld aantal ziekmeldingen per triagist	1,34**	1,02	1,48
Gemiddelde verzuimduur triagist in dagen	11,00**	3,54	57,72
Gemiddeld aantal ziekmeldingen per kantoormedewerker		0,38	0,33
Gemiddelde verzuimduur kantoormedewerker in dagen		7,23	3,62

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

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

### 3.7 Deskundigheidsbevordering

In 2018 hebben 4 triagisten de opleiding afgerond en is 1 triagist gestart met de 2-jarige gecertificeerde triage-opleiding. Zij heeft de opleiding nog niet afgerond, vanwege zwangerschapsverlof en daaraan gerelateerde ziekte. De overige triagisten zijn al in het bezit van het triagediploma. Het triagediploma heeft een geldigheidsduur van vijf jaar. In 2018 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:

- Onrust op de werkvloer
- Communicatie met patiënten, triagisten, huisartsen, chauffeurs en andere zorgverleners
- Persoonlijke onzekerheden en leerpunten
- Medisch-inhoudelijke onderwerpen.
- Hoe omgaan met calamiteiten
- Het herkennen en benoemen van emoties
- Het geven en ontvangen 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 2019 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 het najaar 2018 hebben deze herhalingscursussen plaatsgevonden.

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 van InEen te beoordelen.

Verder ook nog:

- Verdiepingstraining Triage
- Acute zieke patiënt
- Acuut ziek kind
- Een aantal triagisten zijn naar het NTS congres geweest
- Reanimatie en medisch technisch handelen
- E-learning: signaleren en handelen kindermishandeling

### 3.8 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 bestuursvergaderingen.

### 3.9 Arbobeleid

Gezien het grote aantal wisseldiensten is het niet mogelijk om op alle tijdstippen een bedrijfshulpverlener in te roosteren. In overleg met de Arbo-deskundige is vastgesteld dat alle triagisten zoveel EHBO-kennis hebben dat zij daardoor feitelijk allen als bedrijfshulpverlener kunnen optreden. Er 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. Huisartsen en triagisten, die betrokken zijn bij een klacht of calamiteit, kunnen ook gebruik maken van het BOT.

In 2018 is zes keer gebruik gemaakt van de ondersteuning door het BOT. Het BOT heeft na (first responder) reanimaties, agressie op de werkvloer, terminaal kind en vervolgens overlijden van kind,

de eerste opvang kunnen verlenen aan betrokken zorgverleners. De zorgverleners hebben dit als prettig ervaren.

De personeelsvertegenwoordiging (PVT) van de DDDB bestaat uit drie triagisten en een kantoormedewerker. In 2018 voerde de PVT vier maal overleg met de directeur en bracht o.a. advies uit over het inzetten van een procesbegeleider van Solid Sense bij het samenwerkingsproces van kantoorpersoneel DDDB en de SHR.

Tevens heeft de PVT voor de triagisten van de DDDB een bijeenkomst georganiseerd. Voorafgaand is er een enquête uitgezet om de meningen te inventariseren over de mogelijke plannen voor een algemeen triagecentrum.

## 4. Bedrijfsvoering en middelen

### 4.1 Vervoer

Voor het afleggen van visites wordt gebruik gemaakt van twee ambulanceauto's. De chauffeurs en auto's zijn gecontracteerd bij het vervoersbedrijf Broeder de Vries. 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 in de spoedkoffer aanwezig opiaten worden in aanwezigheid van de omloopassistent gecontroleerd. De chauffeurs zijn in het bezit van een EHBO- en reanimatiediploma en kunnen de visitearts bij diverse medische 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.

### 4.2 Automatisering en communicatievoorzieningen

De zorgverleners werken met het huisartseninformatiesysteem van Topicus-HAP.

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 2018 gestegen van 61,6 naar 69,9%.

Tabel 4: Overzicht opt-ins

Tijdstip	Opt-ins aantal	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%
Week 52 2018	146.072	69,9%

## 5. Patiëntenzorg

### 5.1 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 2018 werd in totaal 143 keer de achterwacht (huisarts) opgeroepen om enkele uren mee te werken in de huisartsenpost (in 2017 was dit 120 keer). Dit komt het meest voor tijdens de drukke dag- en avonddiensten in het weekend. Als een huisarts werd opgeroepen, was dit voor gemiddeld 1,7 uur (1,9 uur in 2017).

Tabel 5: Ingeroosterde bezetting

	Huisartsen	Triagisten	Auto met chauffeur
<b>Avond door de week</b>	3	3,5 of 4,5	2
<b>Avond weekend</b>	4 of 5	5	2
<b>Nacht</b>	2	1,5	1
<b>Zaterdag overdag</b>	6	7	2
<b>Zondag overdag</b>	5	7	2

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

### 5.2 Het primaire proces

De kerntaken van de DDDB zijn 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 2018 kon bij 44% (2017: 36,43%) van de contacten worden volstaan met een telefonische afhandeling door de triagisten door voorlichting, zelfzorgadvies of telefonisch door de dienstdoende regie- of consultarts. Een verwijzing - met een overbruggingsadvies - naar de eigen huisarts op de eerstvolgende werkdag behoort ook tot de mogelijkheden. Alle contacten die op deze wijze door de triagisten zijn afgehandeld, worden schriftelijk vastgelegd in het waarneembericht en binnen een uur door één 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.

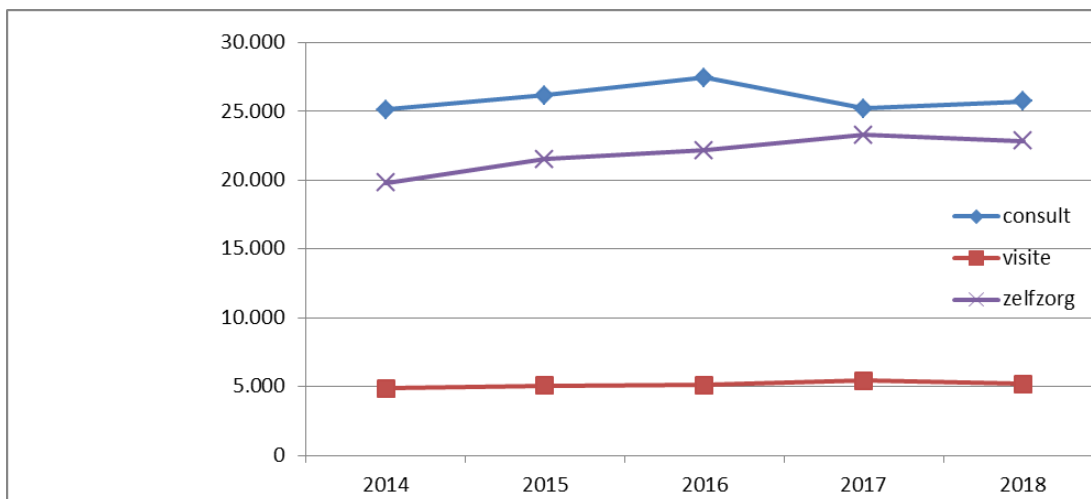
### 5.3 Patiëntveiligheid

Bij de DDDB 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 DDDB is een gecertificeerde zorginstelling volgens de kwaliteitsnormen HKZ 2015//ISO 9001.

## 5.4 Patiëntencontacten / aantallen verrichtingen

Na een aantal jaren van sterke stijging van de zorgvraag, en vervolgens een daling in 2017, is in 2018 een lichte stijging waarneembaar van het aantal consulten. Daarentegen zijn het aantal zelfzorgadviezen en visites licht gedaald. Met 53.761 patiëntcontacten op een bevolking van 215.000 inwoners, komt de DDDB op een zorgvraag van 25,0% ofwel: gemiddeld doet 1 op de 4 inwoners per jaar een beroep op de huisartsenpost.

Tabel 6: Percentage verrichtingen in 2018 afgezet tegen voorgaande jaren



	2014	2015	2016	2017	2018
consult	25.111	26.177	27.453	25.199	25.728
visite	4.878	5.073	5.106	5.422	5.204
zelfzorg / tel consult	19.820	21.515	22.166	23.289	22.829
<b>totaal</b>	<b>49.809</b>	<b>52.765</b>	<b>54.725</b>	<b>53.910</b>	<b>53.761</b>

%	2014	2015	2016	2017	2018
consult	50%	50%	50%	47%	48%
visite	10%	10%	9%	10%	10%
zelfzorg/tel consult	40%	41%	41%	43%	42%

## 6. Klachten, incidenten (VIM) en calamiteiten

De DDDDB kent voor patiënten een klachtenregeling, een onafhankelijke klachtenfunctionaris en een klachtencommissie. Er is ook een regeling Veilig incidenten melden (VIM), 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, huisartsen in opleiding, 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, VIM en calamiteiten dienen om de kwaliteit van de zorgverlening verder te verbeteren. Klachten en VIM'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.

VIM'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. VIM's kunnen via een formulier op intranet digitaal gemeld worden en komen dan direct in Q-base terecht. Patiënten kunnen klachten naast schriftelijk per mail/post ook digitaal een melding maken via een formulier op de website van de DDDDB.

### 6.1 Klachten

#### Werkwijze

Iedere ingediende klacht wordt zorgvuldig en serieus behandeld. De DDDDB maakt gebruik van een onafhankelijke klachtenfunctionaris van de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE). De klachtenfunctionaris neemt contact op 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 SKGE, waarbij de DDDDB is aangesloten.

#### Aantallen en aard van de klachten

In 2018 zijn 7 meer klachten ingediend dan in 2017 (39 t.o. 31). In tabel 8 zijn de klachten gerubriceerd naar aard van de klacht.

#### Bemiddeling

Alle in 2018 ontvangen klachten konden met inzet van de klachtenfunctionaris door bemiddeling worden opgelost.

Tabel 8: Overzicht aantallen en aard van de klachten

Aard van de klachten	2017		2018	
	aantal	%	aantal	%
Medisch inhoudelijk arts	15	48	21	53
Bejegening door arts	4	13	2	5
Triage en advies triagist	5	16	13	33

Bejegening door triagist	0	0	0	0
Bereikbaarheid / wachttijden	4	13	1	3
Kosten / eigen risico	1	3	1	3
Organisatie en communicatie	2	6	1	3
<b>Totaal</b>	<b>31</b>		<b>39</b>	

Verbetermaatregelen voor de organisatie zijn: adequaat toezicht houden op de wachtkamer en fysieke triage verrichten bij zelfverwijzers. Deze punten worden in 2019 opgepakt door de werkgroep Regiearts.

## 6.2 Veilig Incidenten melden (VIM)

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

In het laatste kwartaal van 2018 is in Q4 door het MT besloten dat de MIP-commissie omgevormd wordt tot VIM-commissie. De belangrijkste wijzigingen die zijn doorgevoerd:

De leden van de commissie krijgen een andere (actievere) rol; de melding blijft binnen de commissie en er wordt alleen anoniem over gerapporteerd; een melding is niet terug te herleiden naar de melder door andere dan de commissieleden; er wordt gebruik gemaakt van hoor- en wederhoor; de melder wordt op de hoogte gebracht van de uitkomsten van het onderzoek en de te nemen verbetermaatregelen.

Het aantal VIM-meldingen is licht gestegen t.o.v. 2017 van 91 naar 108 meldingen. De huisartsen en medewerkers melden zaken die niet goed zijn verlopen tijdens de dienst.

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

Tabel 9: Aantallen en aard van VIM's

Categorie	Aantal registraties 2017	Aantal registraties 2018
Overig	15	10
Privacy	1	1
Bereikbaarheid/bezetting post	1	2
Communicatie	4	6
Visiteauto/chauffeur	0	1
Medicatie en voorraadbeheer	4	7
Medische zorg	8	13
Overdracht aandachtspatiënt	3	3
Registratie patiënt-/contactgegevens	0	2
Samenwerking ketenpartners	33	30
Triage/urgentiebepaling	2	4
Veilig werken	0	3
Verantwoordelijkheden/bevoegdheden	2	8
Webformulier: nader in te delen	18	12
<b>Totaal</b>	<b>91</b>	<b>102</b>



Tabel 10: Basisoorzaken van onderzochte VIM's vanaf tweede kwartaal 2018

Basisoorzaken	Totaal	Opmerking
Menselijk handelen: geen controle	3	Checken dossier Controle aan de balie
Menselijk handelen: onvoldoende deskundigheid	5	Diagnose stellen Behandeling Urgentie van behandeling
Menselijk handelen: niet naleven van richtlijnen en procedures	9	Overdracht Afhandelen visites Opruimen spreekkamers Bereikbaarheid achterwacht en meewerken tijdens de dienst Bereikbaarheid van dag praktijk
Menselijk handelen: vergissing	5	Bereikbaarheid achterwacht Medicatie
Communicatie: Informatieoverdracht	3	Overdracht pt naar HAP
Organisatie: taken, bevoegdheden en verantwoordelijken	6	Overdracht pt naar derden Beroep doen op collega's HAP door dag praktijk Inzet buiten de regio
Organisatie: Ontbreken protocollen en richtlijnen	2	Triage: MRSA en BMRO Implementeren nieuwe werkwijze
Techniek: software	1	Bij indienen MIP, komen eerdere ingediende MIP met naam en toenaam in beeld.
Techniek: apparatuur	6	Print recept apotheek Zuurstofflessen ECG- apparaat Overig materiaal
Overig	3	Voorraad en controle Geen VIM (1): agressie Calamiteit
Patiënt gerelateerd	1	

### 6.2.2 Uitsplitsing ketenpartners

In 2018 hebben 30 VIM-meldingen betrekking op de samenwerking, met ketenpartners van de DDDb (zie tabel 11). Alle meldingen zijn besproken met de ketenpartners. Het aantal ketenmeldingen met RAVHM blijft in verhouding hoog. Deze meldingen hebben betrekking op de overdracht, beoordeling en vervoer van de patiënt. De basisoorzaken zijn de samenwerking en onduidelijkheid over de onderlinge werkafspraken. Met de RAV zijn de werkafspraken geëvalueerd. Er is gewerkt aan een nieuw stroomschema om de samenwerkingsafspraken en verantwoordelijkheden inzichtelijker te maken. Dit schema wordt in juli 2019 verwacht.

De meeste meldingen van de GGZ gaan over de bereikbaarheid en opvang bij crisis. GGZ heeft inmiddels haar bereikbaarheid verbeterd.

Tabel 11: Uitsplitsing VIM's ketenpartners 2017 t.o.v. 2018

Subcategorie	Aantal registraties 2017	Aantal registraties 2018
Crisisdienst GGZ	9	6
Dienstapotheek	1	1
GGD	0	0
Meldkamer	6	1
Politie	1	1
Regionale ambulancedienst	11	12
Thuiszorg	3	4
Verzorgingshuizen	1	0
Ziekenhuizen	0	1
Overig	1	4
In 2018: o.a. samenwerking verloskundige, ATAL, HOZO		
<b>Totaal</b>	<b>33</b>	<b>30</b>

### Ketenmeldingen

In 2018 zijn er 4 ketenmeldingen gemeld bij de DDDB. De meldingen zijn afkomstig van het ziekenhuis, RAV, thuiszorg en fysiotherapeut. Deze meldingen hebben te maken met insturen van patiënt, behandeling van patiënt en bejegening van medewerkers van deze organisaties. De meldingen zijn onderzocht en besproken met betrokken huisartsen.

### 6.3 Calamiteiten

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.

In 2018 zijn 3 calamiteiten gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Deze calamiteit zijn geanalyseerd door de Commissie Calamiteiten middels de PRISMA-methode. Er zijn verbetermaatregelen geformuleerd en geïmplementeerd, waaronder het onder de aandacht brengen van de leerpunten in de maandelijkse nieuwsbrief en bespreking tijdens de werkoverleggen.

## 7. 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 digitaal evaluatieformulier. 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 (HDS). 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, VIM'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 2018 enkele onderwerpen die bijzondere aandacht hebben gekregen. Deze worden hieronder weergegeven.

### 7.1 Kwaliteitsmanagementsysteem/HKZ-certificering

In het kader van het kwaliteitsmanagementsysteem zijn in 2018 de volgende activiteiten uitgevoerd en de volgende resultaten bereikt:

#### *Surveillance 1, transitieaudit*

De externe auditor van het bureau LRQA Lloyd's Register Nederland B.V. heeft in mei 2018 de DDDB getoetst volgens de nieuwe HKZ norm HDS 2015. De auditor heeft twee non-conformities vastgesteld, waarvoor een plan van aanpak met verbetermaatregelen door de organisatie is opgesteld. De non-conformities hebben betrekking op het uitvoeren in interne audits en risico-inventarisaties op kritische processen. Door onvoldoende formatie bij de kwaliteitsafdeling en wisseling van de directie is de interne auditplanning in 2017/eerste helft 2018 onvoldoende uitgevoerd en zijn er geen risico-inventarisaties uitgevoerd op processen van zorg- en dienstverlening die cruciaal zijn voor het voldoen aan de eisen en verwachtingen van de patiënt. Voor het overige geldt dat er sprake is van een operationeel kwaliteitsmanagementsysteem. De organisatie is op 13 juni 2018 transitie naar de nieuwe norm verleend.

#### *Interne audits en risicoanalyses*

In 2018 zijn de volgende onderwerpen geaudit: Veilig incidenten melden, beleid zelfverwijzers en het beleid omloopfunctie.

De belangrijkste aanbevelingen:

- procedure MIP herbenoemen en aanpassen door VIM om veilig melden te waarborgen.
- verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van omloopfunctie helder beschrijven en implementeren
- inwerkprogramma of opleiding van triagist uitbreiden met aandacht voor fysieke triage
- maak een duidelijke en eensluidende werkinstructie waarin de urgenties zijn gedefinieerd. En neem dit op in Qlink.
- weerbaarheids/communicatietraining voor triagisten die moeite hebben met de mondigheid van de patiënt (en zelfverwijzer).
- ABCDE cursussen (jaarlijks of om het jaar) herhalen en dit borgen.

In 2018 zijn twee risicoanalyses verricht over het primair proces 'visite rijden' en 'samenwerking tijdens de nachtdienst DDDB en SHR'. Een risicoanalyse is bedoeld om een proces te onderzoeken op mogelijke fouten. Wat kan er allemaal misgaan? En hoe kun je de kans dat dit echt gebeurt zo klein mogelijk maken? Uitvoeren van een risicoanalyse helpt zorgverleners om kritisch naar de eigen

werkwijze te kijken. Daarbij stimuleert deze analyse het bewustzijn van patiëntveiligheid en het begrip tussen de verschillende zorgverleners die bij het proces betrokken zijn. Patiëntveiligheid is leidend. Het gaat om het voorkomen van schade aan patiënten en om deze schade zoveel mogelijk te beperken door de interventie van triagist en/of huisarts.

Uit de risicoanalyse naar het proces 'visite rijden' zijn de volgende risico's benoemd: de basisoorzaken van het niet halen van aanrijdtijden, onduidelijkheid in verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden voor agendaplanning, afhandelen visites, en de rol van de regiearts.

De aanbevelingen over het stroomlijnen van het proces en benoemen van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden in verschillende proces onderdelen zijn gedaan aan het managementteam. In 2019 worden de verbetermaatregelen geïmplementeerd en op hun effectiviteit geëvalueerd.

In gezamenlijkheid is door zorgverleners uit verschillende disciplines van de DDDB en de SHR eind 2018 een risicoanalyse uitgevoerd naar de mogelijke missers die op kunnen treden bij verschillende scenario's t.a.v. samenwerking in de nacht. Deze analyse heeft een helder beeld gegeven welk scenario de minste gevolgen heeft op het gebied van patiëntveiligheid. In 2019 wordt een voorstel van de herstructurering van de nachtdiensten voorgelegd aan de besluitvormende organen van de DDDB en de SHR.

## 7.2 Branchenormen

Brancheorganisatie InEen heeft een aantal branchenormen vastgesteld met betrekking tot de uitkomsten van de kwaliteit van de acute zorg. De belangrijkste branchenormen worden in tabel 12 weergegeven en toegelicht.

Tabel 12

Branchenorm	Q1 2018	Q2 2018	Q3 2018	Q4 2018	Totaal 2018	Totaal 2017
<b>Telefonische bereikbaarheid:</b>						
spoedlijn 98% < 30 seconden	93%	95%	95%	97%	95%	94%
zonder spoed 75% < 2 minuten	65%	74%	71%	74%	71%	69%
totaal 98% < 10 minuten	93%	97%	96%	96%	95%	95%
<b>Aanrijdtijden:</b>						
U1 spoedritten: 95% < 20 minuten ter plaatse	78%	78%	69%	70%	74%	72%*
aantal U1 ritten	63	63	39	50	215	
U1 spoedritten: 100% < 30 minuten ter plaatse	90%	89%	92%	90%	90%	91%*
U2 spoedritten: 90% < 60 minuten ter plaatse	82%	84%	86%	85%	84%	86%*
aantal U2 ritten	822	638	660	751	2871	
U2 spoedritten: 98% < 120 minuten ter plaatse	97%	98%	99%	99%	98%	99%*
<b>Autorisatietijden:</b>						
90% < 60 minuten	90%	94%	94%	91%	91%	93%*
98% < 120 minuten	97%	98%	98%	98%	98%	98%*

\* 2017 is gebaseerd op de laatste 3 kwartalen van 2017, gegevens van het eerste kwartaal ontbreken, omdat Topicus toen nog niet werd gebruikt.

Toelichting:

### *Telefonische bereikbaarheid*

Het management heeft voortdurend aandacht gegeven aan het belang van het beantwoorden van de spoedlijn door de triagisten binnen de hiervoor gestelde normen. In 2019 zal dit gecontinueerd worden en de verstoringen zullen in het triagisten team besproken worden.

### *Aanrijdtijden*

Bij analyse van de resultaten van de aanrijdtijden blijkt dat er visites zijn waarbij de urgentie na triage in eerste instantie anders is dan de uiteindelijke urgentie. Dit betekent dat de urgentie in een latere fase is verhoogd door een nieuwe inschatting van de situatie. Bij het bepalen van de aanrijdtijd wordt gekeken naar de laatst bekende urgentie en wordt als startmoment het eerste contact genomen. De tijd tussen het eerste contact en het verhogen van de urgentie wordt dus meegenomen in de aanrijdtijd. Dit is volgens de definitie van InEen, maar voor de bepaling van de responsetijd niet ideaal.

Uit de resultaten blijkt dat het tijdig vertrekken van de visitewagens vanuit de huisartsenpost een aandachtspunt blijft. In 2018 is een prospectieve risicoanalyse verricht over het proces visites rijden, inclusief het rijden van U1 visites. Implementatie van de voorgestelde verbetermaatregelen zal in het eerste kwartaal van 2019 plaatsvinden.

#### *Autorisatietijden*

Het percentage autorisaties voldoet aan de geldende norm.

### **7.3 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 manager (i.c. de aandachtfunctionaris HOK) ontvangt meldingen vanuit Topicus. De medisch manager informeert bij de eigen huisarts van het betreffende kind of volwassene wat er met het signaal gedaan is.

In 2018 was er contact met in totaal 15.904 kinderen in de leeftijd van 0-18 jaar. Er werden 28 vermoedens van kindermishandeling geregistreerd na het verrichten van de telefonische triage. Nadat een consult met de dienstdoende huisarts plaatsvond zijn 16 vermoedens ontkracht. Eén casus werd als evident kindermishandeling gesignaleerd en kind is doorverwezen naar de SEH. Elf casussen zijn doorverwezen naar de kinderarts en 8 kinderen zijn onder de aandacht gebracht van de eigen huisarts. Er zijn 12 meldingen van huiselijk geweld geregistreerd, die op 1 melding na overgedragen zijn aan de eigen huisarts.

### **7.4 Overleggen en afspraken met ketenpartners**

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

De meewerkend teamleider alsmede medisch manager hebben enkele keren per jaar overleg met de RAVHM. Aan dit overleg nemen leidinggevenden en kwaliteitsfunctionarissen deel van de RAVHM en huisartsenposten Gouda, Leiden 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 managers van de DDDDB hebben in 2018 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. In 2018 zijn ABCDE-trainingen 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.

In 2018 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.

#### **Stichting Samenwerkende Dienstopotheken Rijnland**

De directie van de Stichting Samenwerkende Dienstopotheken Rijnland en de apotheker van de Dienstopotheek Bollenstreek, alsmede de directeur en de medisch manager van de DDDDB hebben periodiek overleg over de dienstverlening aan patiënten.

### **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 2018 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.

### **'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. Aanscherpen van contacten wordt in begin 2019 verwacht.

### **Zorgcoördinatie in de regio**

In 2018 zijn verkennende gesprekken gevoerd tussen RAVHM, SHR, DDDDB, GGZ, VVT instellingen over een gezamenlijke coördinatie in de regio tijdens ANW uren. De eerste verkenning lijkt positief en in 2019 zal hier meer vorm aangegeven worden.

### **Samenwerking VVT-organisaties**

In 2018 hebben de VVT-organisaties in de regio Zuid-Holland Noord een virtueel coördinatiepunt voor de eerstelijnsverblijfbedden en de crisisbedden Wlz ingericht. Van 2 januari t/m 1 juli was er s een regionaal aanmeldpunt (RAP-ZHN) 7 dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar. Na 1 juli was dit aanmeldpunt niet meer bereikbaarheid tijdens ANW uren vanwege te weinig vraag. Een aantal keren per jaar vind overleg plaats over de onderlinge samenwerking en mogelijkheden om de onplanbare zorg beter op elkaar af te stemmen. Gezamenlijke triage (zie hierboven) is een voorbeeld van deze uitwerking.

## Bijlage 1.

### Samenstelling bestuur en kantoororganisatie per 31 december 2018

#### Bestuur

Voorzitter:	dhr. R.H.M. de Vriend, huisarts
Secretaris:	dhr. Q.E.V. Ruitenbergh, huisarts
Lid:	dhr. M.K. Moerman, huisarts (tot 31 december 2018)
Lid:	dhr. drs. J. Last (tot 1 juli 2018)
Lid:	dhr. mr.dr.s. M.J. van Paridon
Lid:	mw. C. E.P.M. den Houting (vanaf 1 juli 2018)

#### Kantoororganisatie

Directeur:	mw. I.K. Boomgaardt
Operationeel manager:	mw. J.M.H. Mackaaij-Klück (tot 1 juli 2018)
Manager:	dhr. E. Bouman (vanaf 1 april 2018 op interim-basis)
Meewerkend teamleider:	mw. J. Timan
Medisch manager:	dhr. H. Essers, huisarts
Medisch manager:	dhr. T.G.C. Koster, huisarts
Accountant:	mw. G. de Vos (gedetacheerd vanuit van Velzen accountants & adviseurs)
Systeembeheer:	dhr. W. Moens
Financieel medewerker:	mw. R. E. de Groot-van der Niet
Beleidsmedewerker:	mw. C.J.A. de Groot (vanaf 1 maart 2018)
Kwaliteitsfunctionaris:	mw. S. Luesink (tot 1 april 2018)
Kwaliteitsfunctionaris:	mw. H. Breimer (vanaf 1 april 2018 op interim-basis)
Kwaliteitsfunctionaris:	mw. M. de Clercq (vanaf 15 augustus 2018)
Klachtenfunctionaris:	dhr. C.C. Berghuis (tot 1 november 2018)
Klachtenfunctionaris:	mw. J. Bosma (SKGE, vanaf 1 mei 2018)
Data analist:	mw. M. A. W. J. Epping-Immerzeel (vanaf 1 september 2018)
Adm.-secretarieel medewerker:	mw. A.J. Krukkert
Adm.-secretarieel medewerker:	mw. M. Witteman
Facilitair medewerker:	mw. B.E. van Vliet

## Bijlage 2.

### Organogram DDDB (31-12-2018)

