

# Kapstokken ivm kwaliteitsindicatoren ahv Nederlands model “Kwaliteitsmodel Centrale Huisartsenposten”<sup>1</sup> .

De kwaliteitsaspecten zijn op twee wijzen geordend.

**Deel A** beschrijft een beperkt aantal kwaliteitsaspecten, de zg. kritische kwaliteitskenmerken.

**Deel B** biedt een systematisch en een zo compleet mogelijk overzicht van alle kwaliteitsaspecten.

## **Deel A - Kritische kwaliteitskenmerken (kkk's)**

Voor de beginnende dienstenstructuren is een aantal 'kritische kwaliteitskenmerken' (kkk's) geselecteerd. Deze kkk's zijn thematisch gerangschikt. Bijvoorbeeld: bereikbaarheid, veiligheid van de traject, continuïteit van zorg e.d.

Het benoemen van kkk's is een hulpmiddel om prioriteiten te stellen en knelpunten op te sporen. Een huisartsenpost richt zich in eerste instantie op het goed uitwerken van die onderdelen en vervolgens op het monitoren daarvan.

Bij de keuze van de kkk's is primair uitgegaan van een inschatting van de risico's. Waar zitten de grootste gevaren voor tekorten, fouten en missers? Wat moet er tenminste geregeld zijn om die risico's te voorkomen.

Iedere dienstenstructuur kan uiteraard haar eigen kkk's kiezen op basis van de eigen beleidsprioriteiten.

## **Deel B - Het ordeningsmodel**

Deel B bevat het complete model. Het model somt zoveel mogelijk alle aspecten op voor het regelen van:

- het primaire proces (kwaliteit van de zorgverlening)
- het ondersteunende proces (kwaliteit van de organisatie)

## **Naar certificering in de toekomst**

Huisartsenposten dienen eerst hun eigen kwaliteitssysteem en eigen normen te ontwikkelen. Daartoe dient dit model. Op de langere termijn zal waarschijnlijk certificering door een onafhankelijk orgaan wenselijk, zometeen noodzakelijk worden. In het opzetten van het ordeningsmodel is met die ontwikkeling reeds rekening gehouden.

Voor het opstellen van het model is aansluiting gezocht bij het HKZmodel (Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). Het HKZ-model is vertaald naar en aangepast aan de specifieke situatie van een Centrale Huisartsenpost. Indien in de toekomst gekozen wordt voor externe certificering via het HKZ-model kunnen de door de huisartsenposten zelf ontwikkelde normen zonder al te veel meerwerk worden getoetst aan en aangevuld met de normen van patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de wettelijke regelingen.

## **Deel A - Kritische kwaliteitskenmerken (kkk's) - THEMATISCHE INGANG**

De kritische kwaliteitskenmerken zijn een hulpmiddel om de risico's op hiaten en fricties op de sporen. Aan de hand van enkele voor de kwaliteit belangrijke thema's zijn uit het volledige ordeningsmodel een aantal aspecten geselecteerd.

Een huisartsenpost stelt voor de kkk's als eerste kwaliteitseisen op, regelt de verantwoordelijkheden en controleert of de uitvoering aan de eisen voldoet (monitoring).

Interne meldingen van incidenten en (vermeende) fouten, als ook klachten van patiënten zijn een belangrijk bron voor het opsporen van mogelijke hiaten in de zorg en fricties in de zorgverlening. Intern moeten er voorzieningen zijn voor zelfmeldingen en meldingen over organisatieproblemen en [vermeende] tekorten en fouten bij anderen.

Bijvoorbeeld de eigen huisarts van een patiënt die probleemsituaties tijdens de diensten signaleert. Of de dienstdoende arts die merkt dat een voorafgaande aanvraag niet goed is beoordeeld.

---

<sup>1</sup> Kwaliteitsmodel centrale huisartsenposten, LHV, dr. A.H.J. van de Rijdt - van de Ven, Werkgroep 'Kwaliteit & Diensten', Definitief werkconcept december 2001

Het hebben van goede meldingssystemen en een goede organisatie van de follow-up voor meldingen (als organisatie leren van fouten) geldt daarom als kkk.

Op basis van de gegevens uit de monitoring of aan de hand van incidenten en klachten kan vervolgens een gerichte analyse naar de oorzaken plaatsvinden. Die zaken moeten vervolgens als eerste beter worden geregeld.

Bijvoorbeeld: de wachttijden aan de telefoon zijn te lang: komt dit door onvoldoende lijnen, onvoldoende bezetting, onvoldoende vaardigheden van de assistentes of combinaties daarvan? Zijn patiëntenklachten over de triage terug te voeren op onduidelijke afspraken over zorgaanbod, werkgebied of bijzondere patiëntengroepen, onvoldoende instructies en protocollen, onvoldoende deskundigheid van assistenten, onvoldoende toezicht? etc.

De belangrijkste oorzaken worden opgespoord en daarvoor worden passende maatregelen genomen.

De thema's op basis waarvan de kkk's geselecteerd zijn, zijn:

1. toegankelijkheid
2. gepast gebruik en veiligheid van de triage
3. continuïteit van zorg
4. verantwoorde zorg
5. kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering

We geven een overzicht van welke aspecten daarvoor dan geregeld moet worden en hoe vervolgens de kwaliteit te meten zou zijn.

#### Toegankelijkheid

kritische kwaliteitskenmerken	nr. (deel B)	structuur metingen (eenmalig afvinken)	proces metingen	uitkomst metingen
informatie aan patiënten over de wijze waarop de CHP bereikbaar is	1.1.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- er zijn afspraken over de wijze waarop de patiënten regulier worden geïnformeerd</li> <li>- er zijn afspraken over informatie aan patiënten bij de start en bij ingrijpende wijzigingen</li> <li>- er zijn afspraken over het gebruik van doorschakel- en antwoordapparatuur</li> </ul>		
telefonische bereikbaarheid	1.1.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal lijnen en bezetting</li> <li>- er zijn criteria voor de snelheid waarmee telefonisch contact tot stand moet komen</li> <li>- er zijn regelingen voor bereikbaarheid bij spoed</li> <li>- er zijn regelingen voor storingen en overbelasting</li> </ul>		Via telefoonmaatschappij of eigen systeem meten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- % dat geen contact krijgt (lijnen bezet)</li> <li>- wachttijd voor 1<sup>o</sup> contact</li> <li>- tijdsduur voor 'in de wacht staan'</li> </ul> Klachten over niet bereikbaar zijn Klachten over 'in de wacht staan'
procedures voor aannemen telefoon	1.1.3	er is een telefoonprocedure voor <ul style="list-style-type: none"> <li>- werkwijze bij meerdere binnenkomende lijnen</li> <li>- werkwijze bij alarmsituaties</li> </ul>		

Voorbeelden voor de uitwerking van Kritische Kwaliteitskenmerken

#### 1.1.2 Informatie aan patiënten over de wijze waarop de CHP bereikbaar is

	omschrijving	documenten
kwaliteitseisen	Patiënten kunnen in principe alleen via de telefoon de CHP bereiken. Patiënten zijn hierover geïnformeerd en weten welk nummer ze buiten kantooruren moeten bellen.  Patiënten die buiten kantooruren de eigen huisarts bellen krijgen als melding .....	Patiëntenfolder  Handboek pag.....
verantwoordelijkheid voor uitvoering	De CHP zorgt dat er richtlijnen en informatiemateriaal beschikbaar zijn. Alle aangesloten huisartsen zijn zelf verantwoordelijk voor het goed informeren van patiënten	
verantwoordelijkheid voor bewaking	De assistente controleert aan de hand van signalen (meldingen van patiënten).	
kwaliteitsmetingen	registratie van het aantal 'foutmeldingen' (hoe vaak, bij wie). De hoofdasistente houdt dit bij en rapporteert dit aan de kwaliteitsfunctionaris die zondig maatregelen neemt	

**gepast gebruik** (geen onnodig gebruik en tijdig toegang bij echte spoed)  
en **veiligheid van de triage**

kritische kwaliteitskenmerken	nr. (deel B)	structuur metingen (eenmalig afvinken)	proces metingen	uitkomst metingen
omschrijving van huisartsenhulp buiten kantooruren  patiënten zijn hierover geïnformeerd	1.1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die omschrijving is aanwezig</li> <li>- deze is duidelijk en concreet</li> <li>- deze staat op schrift voor patiënten</li> </ul>		% oneigenlijk gebruik
werkwijze en protocollen voor triage (beoordeling op noodzaak en spoed)	1.1.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- er zijn protocollen voor triage</li> <li>- triagegesprekken zijn zodanig vastgelegd dat ze kunnen worden beoordeeld</li> <li>- er is een systeem voor beoordeling door de huisarts van de triage</li> <li>- er zijn afspraken over de beschikbaarheid van de huisarts voor overleg</li> <li>- kunnen aantonen dat de assistentes geschoold zijn in de vereiste kennis en vaardigheden</li> </ul>	steekproefsgewijze beoordelen van triagegesprekken en beoordelen of er volgens protocol wordt gewerkt	% triages dat door een huisarts is beoordeeld Aantal patiënten wat tijdens een dienstperiode meer dan 2x belt over eenzelfde vraag en waarbij de ziektelicht niet veranderd is Aantal interne meldingen van triagefouten Aantal klachten of triagefouten
procedures voor alarmsituaties afspraken / afstemming met 112meldingen, ambulancediensten	1.1.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- er zijn procedures voor alarmsituaties</li> <li>- er zijn criteria en procedures voor het inschakelen CPA</li> </ul>	tijdsverloop bij alarmsituaties	aantal klachten over afhandeling van alarmsituaties

**continuïteit van zorg**

kritische kwaliteitskenmerken	nr. (deel B)	structuur metingen (eenmalig afvinken)	proces metingen	uitkomst metingen
registratie	1.3.1	het registratiesysteem voorziet in goede overdracht tussen triage en zorgverlening gegevens over eerdere contacten met de CHP zijn beschikbaar		Aantal interne meldingen over geen of onvoldoende registratie van deze gegevens
verantwoordelijkheid van de eigen huisarts voor beschikbaarheid van patiëntgegevens	1.1.6	er is directe toegang tot het HIS of er zijn duidelijke afspraken over wat, wanneer en hoe informatie vooraf wordt doorgegeven.	evaluatie in de hagro's	Aantal interne meldingen over geen of onvoldoende beschikbaarheid van gegevens Klachten patiënten.
overdracht naar de volgende dienstdoende arts(en)	1.3.2	het registratiesysteem "meldt" eerdere contacten tijdens voorafgaande diensten	evaluatie in assistentenoverleg hagrobesprekingen	Aantal interne meldingen. Klachten van patiënten
waarneembericht	1.3.3	er is een vaste procedure die door het registratiesysteem automatisch wordt gegenereerd	evaluatie in de hagro's	Aantal interne meldingen over geen of onvoldoende terugrapportage
systeem om feedback te vragen	1.3.3	het terugrapportage systeem biedt de mogelijkheid aan de eigen huisarts feedback te vragen over het verdere verloop van de casus.	hagro-besprekingen over hoe vragen en ontvangen van feedback loopt	

verantwoorde zorg

kritische kwaliteitskenmerken	nr. (deel B)	structuur metingen (eenmalig afvinken)	proces metingen	uitkomst metingen
zelfstandige afhandeling door assistente	1.2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aanwezigheid van minimaal protocollen over:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- alarmsignalen</li> <li>- meest voorkomende vragen</li> <li>- complexe vragen</li> </ul> </li> <li>- zelfstandig afhandeling wordt zodanig vastgelegd dat deze kan worden beoordeeld</li> <li>- er is een systeem voor beoordeling door de huisarts van de zelfstandige afhandeling</li> <li>- er zijn afspraken over beschikbaarheid van de huisarts voor vragen en overleg</li> <li>- kunnen aantonen dat de assistentes geschoold zijn in de vereiste kennis en vaardigheden</li> </ul>	regelmatige toetsing, nascholing en evaluatie daarvan	interne meldingen van incidenten klachten patiënten
eisen professioneel handelen huisartsen	1.2.2 1.2.3 1.2.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- professionele eisen zijn omschreven</li> <li>- kunnen aantonen dat er systemen zijn voor onderlinge toetsing en feedback t.a.v. deze eisen</li> </ul>	regelmatige toetsing, nascholing en evaluatie daarvan	interne meldingen van incidenten klachten patiënten
beheer materialen en hulpmiddelen	2.4.4	er zijn 'aftekenlijsten' voor controle van hulpmiddelen en materialen	volgens een vaste procedure checken of voorgeschreven controles daadwerkelijk zijn uitgevoerd (checken aftekenlijsten)	interne meldingen over het ontbreken van materialen of defecten

Kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering

kritische kwaliteitskenmerken	nr. (deel B)	structuur metingen (eenmalig afvinken)	proces metingen	uitkomst metingen
registratie van alle CHP-contacten	1.3.1	alle zorgcontacten zijn traceerbaar, het gebruikte registratiesysteem is geschikt voor dit doel		interne meldingen over onvolledigheid of het ontbreken van registratie
een systeem voor toetsing en feedback	2.1.4	aanwezigheid van systemen voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>- toetsing en bewaking van de zorgverlening</li> <li>- feedback aan huisartsen en assistentes</li> <li>- analyse van problemen en knelpunten en het doen van verbetervoorstellen</li> </ul>	aanwezigheid van concrete voorbeelden van analyse van tekorten en verbetertrajecten	resultaten van verbetertrajecten
gestructureerde mogelijkheden voor interne melding van incidenten en (vermeende) fouten	2.1.5	er is een systeem voor melding van: <ul style="list-style-type: none"> <li>- organisatorische problemen</li> <li>- samenwerkingsproblemen</li> <li>- fouten en incidenten in de zorgverlening</li> </ul> er is een systeem voor analyse van problemen en knelpunten en het doen van verbetervoorstellen	evaluatie in assistentenoverleg en hurobesprekingen van de ervaringen met en bereidheid tot het melden.	overzicht van aantal en aard van de meldingen en de op basis daarvan ondernomen verbeteracties
Klachtenregeling patiënten	2.1.6	er is een klachtenregeling voor patiënten en patiënten zijn hierover geïnformeerd.		overzicht van aantal en aard van de klachten en de op basis daarvan ondernomen verbeteracties
Privacy		<ul style="list-style-type: none"> <li>- registratiesysteem/ patiëntendossiers zijn beveiligd tegen onbevoegd gebruik</li> <li>- er zijn richtlijnen voor alle medewerkers over privacybescherming en beroepsgeheim</li> </ul>		Interne meldingen en klachten
Evaluatie en bijstelling	2.1.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de kritische kwaliteitskenmerken voor de eigen organisatie zijn benoemd</li> <li>- er is een systeem voor het verzamelen van managementinformatie over die factoren de managementinformatie wordt periodiek geëvalueerd en op basis daarvan worden verbetertrajecten uitvoeren.</li> </ul>		Overzicht van de verbeteractiviteiten die zijn uitgevoerd  Overzicht van de resultaat van de verbeteractiviteiten.  Het kwaliteitsjaarverslag

## Opeenvolgende verbetertrajecten

Een huisartsenpost die alle kkk's aantoonbaar goed geregeld heeft, zal **een volgende stap** kunnen, en waarschijnlijk ook willen, zetten ter verhoging van de kwaliteit.

- Als vervolg op het realiseren van de kkk's kan aan de hand van deel B toegewerkt worden naar het formeel regelen van alle aspecten.
- Voor de meeste huisartsenposten zal het echter boeiender en uitdagender zijn nieuwe thema's voor kwaliteitsverbetering te kiezen.

Bijvoorbeeld:

1. **doelmatigheid:** analyse van productiecijfers (aard en aantallen van de contacten) in relatie tot doelpopulatie, bezettingsgraad posten en kosten (ook interessant voor vergelijking tussen posten)
2. **versterking van de CHP als 'eerste lijn':** terugdringen van onnodig gebruik ambulancediensten, SEH ziekenhuizen
3. **service en patiëntgerichtheid:** wachttijden op de post, wachttijd voor visites, medicatieverstrekking
4. **werkbare zorg:** werkbelasting tijdens de diensten, werksatisfactie, arbobeleid, veiligheid medewerkers
5. **afstemming met andere voorzieningen**
6. **eenheid in benaderingswijze en medisch beleid binnen de CHP**

Het is wel belangrijk in deel B bij te houden wat er formeel (schriftelijk) geregeld is en waar dat is terug te vinden. Voor de huisartsenposten die toe willen werken naar externe certificering is het bijhouden van zo'n overzicht een voorwaarde (het zg. kwaliteitshandboek).

## **Deel B - Het ordeningsmodel - EEN SYSTEMATISCH OVERZICHT**

In dit deel wordt een zo volledig mogelijk overzicht gegeven van alle kwaliteitsaspecten. Een huisartsenpost kan dit overzicht gebruiken om bij te houden welke onderdelen reeds voor de eigen dienst geregeld zijn en in welke documenten die regelingen zijn terug te vinden. Het volledige ordeningsmodel is een hulpmiddel om de interne organisatie goed op te zetten. Het is tevens een opstap naar externe certificering.

### Korte samenvatting (titels)

#### **1 KWALITEIT VAN DE ZORGVERLENING (PRIMAIRE PROCES)**

##### **1.1 Aanmelding en eerste acceptatie**

- 1.1.1 Zorgaanbod
- 1.1.2 Bereikbaarheid
- 1.1.3 Aanmelding via telefoon
- 1.1.4 Andere wijze van aanmelding
- 1.1.5 Beoordeling van de zorgvraag
- 1.1.6 Overdracht vooraf

##### **1.2 Zorgverlening**

- 1.2.1 Telefonische afhandeling door de assistente
- 1.2.2 Telefonische afhandeling door de huisarts
- 1.2.3 Consult op de CHP
- 1.2.4 Visite aan huis
- 1.2.5 Recepten
- 1.2.6 Samenwerken en verwijzen
- 1.2.7 Coördinatie lopende zorg

##### **1.3 Afsluiting en registratie**

- 1.3.1 Registratie
- 1.3.2 Overdracht binnen CHP
- 1.3.3 Terugrapportage aan de eigen huisarts

##### **1.4 Algemene aspecten van de zorgverlening en patiëntgerichtheid**

- 1.4.1 Informatie

- 1.4.2 Wachttijden
- 1.4.3 Privacy
- 1.4.4 Voorzieningen voor patiënten
- 1.4.5 Bejegening

## **2 KWALITEIT VAN DE ORGANISATIE (ondersteunend proces)**

### **2.1 Doelstellingen en kwaliteitsbeleid**

- 2.1.1 Een gezamenlijke visie en koers
- 2.1.2 Beleid
- 2.1.3 Betrokkenheid patiënten
- 2.1.4 Kwaliteitsbewaking
- 2.1.5 Melding van incidenten en (vermeende) fouten
- 2.1.6 Klachtenregeling patiënten
- 2.1.7 Evaluatie en bijstelling
- 2.1.8 Maatschappelijke verantwoording

### **2.2 Organisatie**

- 2.2.1 Organisationschema
- 2.2.2 Handboek interne procedures
- 2.2.3 Werkoverleg en dagelijkse afstemming
- 2.2.4 Financieel beleid
- 2.2.5 Financieel beheer

### **2.3 Aangesloten artsen en medewerkers**

- 2.3.1 toelatingseisen voor huisartsen
- 2.3.2 werving en selectie medewerkers
- 2.3.2 Functie- / taakomschrijvingen
- 2.3.4 Arbeidsvoorwaarden
- 2.3.5 Functionerings/beoordelingsgesprekken
- 2.3.6 Training en scholing
- 2.3.7 Hygiëne
- 2.3.8 Veiligheid medewerkers
- 2.3.9 Arbobeleid
- 2.3.10 Gedragsregels

### **2.4 Middelen en materialen**

- 2.4.1 Roosters en bezetting post door assistenten
- 2.4.2 Roosters en bezetting post door huisartsen
- 2.4.3 Beschikbaarheid vervoer en chauffeurs
- 2.4.4 Beheer materialen en hulpmiddelen
- 2.4.5 Gebouw
- 2.4.6 Beheer van het gebouw

### **2.5 Diensten door derden**

- 2.5.1 externe belcentrale
- 2.5.2 vervoer / chauffeurs
- 2.5.3 medicatievoorziening
- 2.5.4 inkoop / toeleveranciers

### **2.6 Onderzoek en Ontwikkeling**

- 2.6.1 ontwikkelen protocollen
- 2.6.2 onderzoek

### **2.7 Documenten**

- 2.7.1 beheer documenten
- 2.7.2 beschikbaarheid documenten

## Uitgebreide tekst

### **1 KWALITEIT VAN DE ZORGVERLENING (PRIMAIRE PROCES)**

#### **1.1 Aanmelding en eerste acceptatie**

##### 1.1.1 Zorgaanbod

omschrijving van:

- huisartsenzorg buiten kantooruren
- werkgebied / geografische begrenzing
- patiëntengroepen
- diensturen / openingsuren

richtlijnen voor beleid bij:

- passanten
- patiënten uit het werkgebied van huisartsen die niet zijn aangesloten, uit randgebieden
- illegalen

afspraken met belendende CHP's

afspraken over bijzonder patiëntengroepen zoals:

- terminale zorg
- psychiatrische problematiek
- verslaafden

afspraken met andere instellingen / organisatie zoals:

- tehuizen
- justitiële instellingen
- asielzoekerscentra

regelingen voor grootschalige inzet bij rampen / bijzondere omstandigheden

informatie aan patiënten over het zorgaanbod (zie 1.4.1)

##### 1.1.2 Bereikbaarheid

informatie aan patiënten over de wijze waarop de CHP voor zorgvragen bereikbaar is

ruimtelijke voorzieningen

- toegankelijkheid (bereikbaarheid met openbaar vervoer, herkenbaarheid, parkeermogelijkheden)
- afstand tussen woonplaats patiënt en spreekuurfaciliteit

telefonische bereikbaarheid

- wijze van melding op tel.nummer huisartsenpraktijk
  - technische voorzieningen CHP / externe belcentrale
  - bezetting aan telefoon (omvang / kwalificaties)
  - criteria voor snelheid waarmee telefonische contact tot stand moet komen
  - managementsysteem voor 'wachtrij'
  - regelingen voor spoed
  - afspraken bij storingen en overbelasting
- bij gebruik van een externe belcentrale
- regeling berichtentransfer

afstanden / aanrijtijden voor visites

weten waar de visiterijnde arts zich bevindt

bereikbaarheid van de huisartsenpost buiten diensturen (wel/geen berichtenmelding)

##### 1.1.3 Aanmelding via telefoon

procedure telefoon aannemen

- procedure bij meerdere binnenkomende lijnen
- regeling voor 'alarm-telefoon'
- bewaking niet afgewerkte contacten (zie ook 1.2.7)

checklist voor eerste acceptatie en opvragen informatie

##### 1.1.4 Andere wijze van aanmelding

procedure voor 'binnenlopers'

- in alarmsituaties (onmiskenbare spoed)
- overige situaties

#### 1.1.5 Beoordeling van de zorgvraag

werkwijze en protocollen voor triage:

- beoordeling op noodzaak
- beoordeling op spoed
- zorgvragen die altijd door de huisarts beoordeeld moeten worden
- consult of visite
- visite op sociale indicatie

procedures voor:

- levensbedreigende spoed (alarmsituaties) en criteria voor inschakelen ambulancedienst
- spoed consult of visite (binnen 1 uur)
- niet dringende consult- of visitevragen (en die niet tot de volgende werkdag kunnen wachten)
- vragen die niet op de CHP thuishoren (vragen die tot de volgende werkdag kunnen wachten en oneigenlijke vragen)

eventuele zelfstandig afhandeling door de assistente (advies, recept, verwijzen) valt onder de rubriek zorgverlening (1.2.1)

continuïteit van zorg

- beschikbaarheid van gegevens over eerdere contacten met de huisartsenpost (zie ook 1.3.2)

supervisietaak dienstdoende huisarts t.a.v. de beoordeling van de zorgvraag

- beschikbaar zijn voor vragen van assistentes
- overnemen complexe vragen
- controle van en feedback aan assistente over beoordeling zorgvraag

Bij gebruik van een externe belcentrale:

- aangepaste afspraken over kwaliteitsbewaking van en feedback

#### 1.1.6 Overdracht vooraf

verantwoordelijkheid van de eigen huisarts voor beschikbaarheid van patiëntgegevens

- bij welke patiënten
- op welke wijze

### 1.2 Zorgverlening

#### 1.2.1 Telefonische afhandeling door de assistente

richtlijnen voor zelfstandige afhandeling door assistente (protocollen / NHG-kaarten) voor:

- niet medische vragen
- informatie of (zelfzorg)advies bij medische vragen
- recept
- verwijzen naar spreekuur eigen huisarts
- verwijzen naar andere instanties

supervisietaak dienstdoende huisarts t.a.v. de afhandeling door assistente

- criteria voor overleg (wat mag een assistente zelf afhandelen, waarover eerst met de arts overleggen)
- beschikbaar zijn voor vragen
- controleren / paraferen recepten
- controle van en feedback aan assistente over afhandeling van de zorgvraag

#### 1.2.2 Telefonische afhandeling door de huisarts

eisen t.a.v. professioneel handelen huisarts (telefoonarts)

- gebruik van
- protocollen
  - NHG-standaarden

#### 1.2.3 Consult op de CHP

protocollen voor receptietaken assistentes op CHP

- planning



- ontvangst

criteria voor wachttijd op de post en bewaking daarvan

protocollen voor medische taken assistentes op CHP

consult huisarts op CHP (consultarts): eisen t.a.v. professioneel handelen huisarts

- gebruik van
  - protocollen
  - NHG-standaarden
- receptuur (hoeveelheid etc., zie ook 1.2.5)
- snelheid van werken

#### 1.2.4 Visite aan huis

- procedures huisarts / visiteteam
- levensbedreigende situaties (alarm-visites)
  - planning overige visites
  - inzicht in waar het visiteteam zich bevindt
  - bereikbaarheid huisarts tijdens visites
  - overdracht van informatie tussen visiteteam en post

vervoer t.b.v. visites

taken chauffeur bij visite

- rijden met zwaailicht
- ondersteuning huisarts bij medische taken
- veiligheid huisarts
- communicatie met de post

extra vervoer bij dubbele spoed/ inzet achterwachtarts

eisen t.a.v. professioneel handelen huisarts

protocol bij overlijden patiënt

#### 1.2.5 Recepten

- afspraken over
- voorschrijfbeleid (formularium)
  - herhaalreceptuur
  - medicatie die onder de opiumwet valt
- procedures voor uitschrijven recepten en eventuele doorgeleiding naar dienstdoende apotheek (zie ook 1.2.6)
- recepten voor verbruiksmateriaal

#### 1.2.6 Samenwerken en verwijzen

- afspraken / afstemming met
- 112 meldingen / ambulancedienst
  - SEH ziekenhuizen
  - ziekenhuis/specialisten
  - ggz, crisisdienst
  - apotheken
  - andere zorgverleners (thuiszorg, verloskundigen, tandartsen)

#### 1.2.7 Coördinatie lopende zorg

- criteria en verantwoordelijkheden van assistentes en huisartsen is voor
- bewaking nog openstaande zorgaanvragen
  - bewaking maximale wachttijden
  - criteria voor inschakelen achterwachtarts (zie ook 1.4.2)
  - procedure voor inschakelen achterwachtarts

### 1.3 Afsluiting en registratie

#### 1.3.1 Registratie

registratiesysteem voor alle CHP-contacten en omschrijven van:

- doelen
  - wat
  - wanneer
  - door wie
  - hoe
- maken back-up  
bewaartermijn  
beveiliging (zie ook 1.4.3)

#### 1.3.2 Overdracht binnen CHP

- overdracht naar volgende dienstdoende arts(en)
- wanneer
  - hoe

#### 1.3.3 Terugrapportage aan de eigen huisarts

- waarneembericht
- inhoud
  - wijze van verzending

procedure voor melding bij overlijden patiënt

- systeem om
- de terugrapportage te bewaken
  - feedback te vragen

melding van afwezigheid eigen huisarts en hoe waarneming geregeld is.  
waarneembericht voor vervanger eigen huisarts tijdens langere afwezigheid

### **1.4 Algemene aspecten van de zorgverlening en patiëntgerichtheid**

#### 1.4.1 Informatie

- informatie aan patiënten over
- zorgaanbod (zie 1.1)
  - bereikbaarheid en wijze van aanmelding (zie 1.2)
  - werkwijzen en procedures
  - klachtenprocedure (zie ook 2.1.6)
- afspraken over de wijze waarop de informatie wordt gegeven
- via deelnemende huisartspraktijken
  - via de huisartsenpost
  - algemene informatie

#### 1.4.2 Wachttijden

- maximale wachttijden voor
- telefonisch contact met CHP (zie ook 1.1.2)
  - 'alarmvistes'
  - overige visites
  - consulten op de huisartsenpost
- criteria voor inschakelen achterwachtarts (zie ook 1.2.7)  
procedure voor inschakelen achterwachtarts  
vervoer voor inschakeling achterwachtarts

#### 1.4.3 Privacy

- beveiliging registratiesysteem / patiëntdossiers voor onbevoegd gebruik  
richtlijnen voor privacybescherming en zich houden aan het beroepsgeheim  
privacyreglement

#### 1.4.4 Voorzieningen voor patiënten

- regeling voor medicatieverstrekking (zie ook 1.2.5)

regelingen voor noodvervoer bij bezoek aan de post

#### 1.4.5 Bejegening

bereidheid tot informatie en overleg  
gedragscode / gedragsregels voor omgang met patiënten  
toepassen algemene kwaliteitscriteria NP/CF

## **2 KWALITEIT VAN DE ORGANISATIE (ondersteunend proces)**

### **2.1 Doelstellingen en kwaliteitsbeleid**

#### 2.1.1 Een gezamenlijke visie en koers

een visie op huisartsenzorg buiten kantooruren (inclusief zorg voor bijzondere patiëntengroepen)

een visie op 'een goede CHP' (belangrijkste kwaliteitsaspecten, zie ook deel A) b.v.:

- *Doelmatigheid*: analyse van productiecijfers (aard en aantallen van de contacten) in relatie tot doelpopulatie, bezettingsgraad posten en kosten (ook interessant voor vergelijking tussen posten)
- *versterking van de CHP als 'eerste lijn'*: terugdringen van onnodig gebruik ambulancediensten, SEH ziekenhuizen
- *service en patiëntgerichtheid*: wachttijden op de post, wachttijd voor visites, medicatieverstrekking
- *werkbaar zorg*: werkbelasting tijdens de diensten, werksatisfactie, arbobeleid, veiligheid medewerkers
- *afstemming met andere voorzieningen*
- *eenheid in benaderingswijze en medisch beleid binnen de CHP*

#### 2.1.2 Beleid

jaarplan met prioriteiten  
beleidsplan voor de langere termijn  
afstemming van het beleid met ziekenhuizen, SEH, ambulancedienst, ggz e.a.

#### 2.1.3 Betrokkenheid patiënten

afstemming van het beleid met patiëntenorganisaties  
rapportage kwaliteitsbeleid (kwaliteitsjaarverslag, zie ook 2.1.8)  
satisfactieonderzoek bij patiënten

#### 2.1.4 Kwaliteitsbewaking

een systeem voor

- toetsing en bewaking van de zorgverlening
- feedback aan dienstdoende huisartsen en assistentes over de door hen gegeven zorg
- knelpunten en problemen in de afhandeling vast te leggen met als doel als organisatie daarvan te leren (zie ook 2.1.5 en 2.1.7)

satisfactieonderzoek (zie ook 2.1.4)

#### 2.1.5 Melding van incidenten en (vermeende) fouten

gestructureerde mogelijkheden voor melding van, door de betrokken zorgverlener of door anderen binnen de huisartsenpost:

- organisatorische problemen
- samenwerkingsproblemen
- fouten en incidenten in de zorgverlening

training / bevorderen van een cultuur voor tijdig melden

persoon (kwaliteitsfunctionaris) of orgaan (kwaliteitscommissie) die verantwoordelijk is voor evaluatie van meldingen en het doen van verbetervoorstellen

#### 2.1.6 Klachtenregeling patiënten

klachtenregeling voor patiënten

persoon (kwaliteitsfunctionaris) of orgaan (kwaliteitscommissie) die verantwoordelijk is voor evaluatie van meldingen en het doen van verbetervoorstellen

#### 2.1.7 Evaluatie en bijstelling

Jaarlijks aangeven welke kwaliteitskenmerken in dat jaar prioriteit hebben.

Systematisch managementinformatie verzamelen over die aspecten voor periodieke evaluatie en op basis daarvan verbetertrajecten uitvoeren.

#### 2.1.8 Maatschappelijke verantwoording

Verantwoording van gemaakte beleidskeuzen.

Resultaten van het kwaliteitsbeleid publiceren en een kwaliteitsjaarverslag (conform eisen KWZ)

### **2.2 Organisatie**

#### 2.2.1 Organisationschema

overzicht van

- de verschillende organen
- taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van die organen
- onderlinge relaties

#### 2.2.2 Handboek interne procedures

beschrijvingen van vaste procedures (zie ook 2.7.1)  
regelingen voor calamiteiten

#### 2.2.3 Werkoverleg en dagelijkse afstemming

overleg structuur

- per dienst
  - per post
  - assistentenoverleg
- wijze van communicatie met de hagro's

#### 2.2.4 Financieel beleid

voldoen aan de voorwaarden voor financiering  
begrotingen  
kwartaal/ jaarrekeningen

#### 2.2.5 Financieel beheer

registratie t.b.v. de facturering (welke patiënt, welke verrichtingen, waar moet de factuur naar toe?)  
facturering  
controle betalingen  
budgetbeheer

### **2.3 Aangesloten artsen en medewerkers**

#### 2.3.1 toelatingseisen voor huisartsen

voorwaarden voor deelname / individuele aansluitingsovereenkomst  
controle op inschrijving en huisartsenregister en medewerkersovereenkomst met zorgverzekeraar  
rechten en verplichtingen bij deelname  
specifieke eisen t.a.v. kennis en vaardigheden (b.v. reanimatie, traumatologie) en bereidheid om de huisartsenpost gerelateerde nascholing te volgens  
criteria en procedure voor uitsluiting  
positie huisarts in opleiding (haio)  
voorwaarde voor toelating waarnemers

#### 2.3.2 werving en selectie medewerkers

vereiste kennis en vaardigheden:  
- assistentes  
- chauffeurs

- eventuele andere medewerkers

#### 2.3.2 Functie- / taakomschrijvingen

voor alle medewerkers in dienst van de CHP (assistentes, hoofdassistentes, management)

- taken, doel van de functie
- verantwoordelijkheden
- bevoegdheden
- functie-eisen
- plaats in de organisatie

Taakomschrijvingen en verantwoordelijkheden

- consult arts
- visitearts
- telefoonarts
- coördinerend arts (de per dienst eerst verantwoordelijke arts voor functioneren van de CHP)

Taakomschrijvingen en verantwoordelijkheden chauffeurs

- bij visites
- op de post

#### 2.3.4 Arbeidsvoorwaarden

CAO

rechtspositie

totale werklust

- maximale duur diensten
- frequentie van dienstdoen
- frequentie van nachtdiensten voor de verschillende disciplines

#### 2.3.5 Functionerings/beoordelingsgesprekken

functioneringsgesprekken

- frequentie
- door wie

beoordelingsgesprekken

- frequentie
- door wie
- consequenties

#### 2.3.6 Training en scholing

scholingsplan assistentes

scholingsplan chauffeurs

scholingsaanbod huisartsen

#### 2.3.7 Hygiëne

Procedures voor

- hygiëne en sterilisatie
- infectiepreventie
- prikaccidenten
- persoonlijke hygiëne en kleding / gebruik witte jas

#### 2.3.8 Veiligheid medewerkers

beveiliging medewerkers tegen geweld

vaardigheden in het om kunnen gaan met agressie

brandveiligheid

inbraakpreventie

#### 2.3.9 Arbobeleid

aandacht voor werksatisfactie

periodieke risico-inventarisatie en evaluatie

verzuimbeleid

klachtenregeling ongewenste seksuele intimiteiten

### 2.3.10 Gedragsregels

(zie ook 2.3.1)

verplichting tot melden van fouten en incidenten

regels omtrent bereikbaarheid /beschikbaarheid voor eigen patiënten in bijzondere situaties

gedragslijn t.a.v. alternatieve geneeswijzen

omgangsregels tussen medewerkers

zorgvuldigheid in de communicatie met patiënten over andere artsen en assistentes (elkaar

niet afvallen zonder de ander gehoord te hebben)

gedragsregels t.a.v. roken, alcoholgebruik e.d

## 2.4 Middelen en materialen

### 2.4.1 Roosters en bezetting post door assistenten

criteria voor de benodigde bezetting plus achterwacht

verantwoordelijkheid voor maken roosters

procedures voor

- aanvang diensten

- onvolledige bezetting bij aanvang dienst

- ziekmeldingen

- inschakelen achterwachtassistente

### 2.4.2 Roosters en bezetting post door huisartsen

criteria voor de benodigde bezetting plus achterwacht

verantwoordelijkheid voor maken roosters

afspraken over toewijzing en grondslag voor het aantal diensten

procedures voor

- aanvang diensten

- onvolledige bezetting bij aanvang dienst

- inschakelen achterwachtarts (zie ook 1.4.2)

regels voor inzet waarnemers/vervangers

### 2.4.3 Beschikbaarheid vervoer en chauffeurs

criteria voor de benodigde beschikbaarheid

procedures voor inzet van extra vervoer bij het inschakelen van de achterwacht

### 2.4.4 Beheer materialen en hulpmiddelen

richtlijnen voor

- inrichting en inventaris post

- inventaris (dienst) auto

- inventaris visitetas

verantwoordelijkheden voor onderhoud

- reinigen, steriliseren

- ijking meetinstrumenten

- checklist voor controle instrumenten en voorraden op de post (dagelijks, wekelijks, over een langere termijn)

- checklist voor controle visitekoffer (dokterstas)

- melding en vervanging ontbrekende of defecte instrumenten en materialen

verantwoordelijkheid voor inkoopbeleid

### 2.4.5 Gebouw

eisen t.a.v.:

- aantal werkruimtes, oppervlakte e.d.

- veiligheid voor medewerkers (2.3.7)

- brandveiligheid

- inbraakpreventie

### 2.4.6 Beheer van het gebouw

verantwoordelijkheid voor

- onderhoud gebouw
  - schoonmaken
- procedures voor openen en sluiten gebouw

## **2.5 Diensten door derden**

### 2.5.1 externe belcentrale

- afspraken over
- de te leveren diensten
  - kwaliteitseisen t.a.v. die diensten
- procedures voor bewaking van de kwaliteit

### 2.5.2 vervoer / chauffeurs

- afspraken over:
- de te leveren diensten
  - kwaliteitseisen t.a.v. die diensten
- procedures voor bewaking van de kwaliteit

### 2.5.3 medicatievoorziening

- afspraken met apotheek over levering / controle
- noodvoorraad op de post
  - visitetas

### 2.5.4 inkoop / toeleveranciers

- procedures voor de controle van geleverde materialen

## **2.6 Onderzoek en Ontwikkeling**

### 2.6.1 ontwikkelen protocollen

- een duidelijke procedure voor het ontwikkelen, uittesten, invoeren en evalueren van protocollen
- vast stramien voor de vormgeving

### 2.6.2 onderzoek

- richtlijnen voor deelname aan extern onderzoek en afspraken over de besluitvorming

## **2.7 Documenten**

### 2.7.1 beheer documenten

- een systematisch overzicht van alle afspraken, regels en procedures (bijhouden van dit overzichtschaam)
- voor alle documenten status en eerst verantwoordelijke persoon aangeven

### 2.7.2 beschikbaarheid documenten

- het op elke werkplek beschikbaar hebben van de voor die werkplek relevante:
- procedures
  - protocollen
  - NHG-standaarden

**Enkele interessante artikels ivm huisartsenposten en huisartsendienstenstructuren in Nederland met betrekking tot kwaliteitsindicatoren;**

**Huisartsenposten in Nederland. Essentiële schakel in de acute zorgketen.**

Toekomstvisie - 18 mei 2004 (LHV afdeling huisartsenposten)

De visie op de huisartsenposten en de ANW-zorg (avond, nacht en WE zorg) kan worden samengevat met de volgende

zes punten:

1. De behoefte van de patiënt staat centraal. De kwaliteitskenmerken van de ANW-zorg zijn **beschikbaarheid, bereikbaarheid en goed spreiding, goede en persoonsgerichte zorg.**
2. Huisartsgeneeskunde voor spoedeisende vragen en acute zorg gedurende 7 maal 24 uur staat voorop.
3. ANW-zorg is **onderdeel van de reguliere huisartsgeneeskunde** en huisartsenzorg; de inzet en betrokkenheid van huisartsen is voor de kwaliteit van deze zorg cruciaal.
4. De huisartsenpost ontwikkelt zich tot een **vitale schakel in een aangesloten keten** voor spoedeisende, acute zorg. Er komt nauwe **samenwerking** en heldere afbakening met andere voorzieningen in de acute keten.
5. De deskundigheid, de infrastructuur en de faciliteiten van de huisartsenposten is breder inzetbaar dan alleen voor ANW-zorg. Ze zullen een belangrijke rol spelen in de vernieuwing en **versterking van de eerstelijnszorg** in Nederland.
6. De ontwikkeling van het stelsel van huisartsenposten en de acute zorg als geheel is **regionaal maatwerk op basis van duidelijke landelijke kaders** voor kwaliteit en financiering.

**BIJLAGE 6 - 24019472**

**Verslag van de bijeenkomsten *Kwaliteitskenmerken HDS-en,***

d.d. 24 februari 2004 en 16 maart 2004

**3. Bespreking kwaliteitskenmerken**

Centrale kwaliteitskenmerken volgens LHV:

- telefonische bereikbaarheid;
- fysieke bereikbaarheid (in zin van toegankelijkheid en aanrijdtijden);
- triage/verantwoordelijkheden;
- alarmsituaties : uitwerking in de keten;

additionele kwaliteitskenmerken :

- registratie (nog embryonaal in ontwikkeling, maar wel belangrijk);
- klachtenafhandeling (procedure moet er zijn, maar lokale invulling mogelijk).

LHV voegt hieraan toe de essentiële kwaliteitskenmerken in de optiek van de zorgaanbieder :

- telefonische bereikbaarheid;
- triage (inhoudelijke kwaliteit)
- vastleggen en inzage van gegevens van behandeling;
- follow up van behandeling.

ZN voegt hieraan toe het element 'passende zorg':

- kwaliteit van behandelend/verantwoordelijk persoon;
- bejegening van patiënt;
- creëren 'binnenloop'-faciliteit op HAP : fysieke triage om te voorkomen dat mensen die niet willen bellen, doorlopen naar de SEH.

**fysieke bereikbaarheid**

- hieronder ook scharen : toegankelijkheid, bewegwijzering, parkeerfaciliteiten, beschikbaarheid dienstdoende apotheek

**Medisch dossier / medische informatievoorziening / registratie**

NHG gaat ervan uit dat HAP niet per se hoeft te beschikken over alle patiëntengegevens, dit is misschien zelfs onwenselijk. Die gegevens moeten beschikbaar zijn, die medisch inhoudelijk van belang zijn :

- recente ziektegegevens (excerpt);



- medicijngegevens;
  - actuele problemen : informatie over patiënten, met wie iets kan gebeuren tijdens een ANW dienst;
  - historie ANW-gegevens specifieke patiënten;
  - terugkoppeling ANW-behandelgegevens aan huisarts.
- NPCF wijst op de noodzaak van spelregels rond informatiebeheer : privacy en andere juridische punten.

## **Ketenzorg - ontwikkelingen**

### *Spreidingsnormen*

De IGZ geeft aan dat haar onderzoek uitwijst dat er **qua landelijke spreiding van de HDS-en verbetering mogelijk** is. De locatie van de HAP's is nu grotendeels historisch bepaald. De veldpartijen zouden onderling moeten proberen om tot optimalisatie te komen, dat valt te prefereren boven een uitspraak van de centrale overheid. Mochten veldpartijen er onderling niet uitkomen, dan is een landelijke norm onvermijdelijk. De IGZ vindt het overigens niet wenselijk om nu al van een 30-minutennorm te spreken, zolang nog discussie bestaat over 15 minuten.

### *Samenwerkingsvormen*

Overigens wil de IGZ er niet onmiddellijk vanuit gaan dat alle HAP's ondergebracht moeten worden bij een SEH. Het doel van samenwerking moet **versterking van de keten** zijn, maar **met behoud van het eigen karakter van de huisartsenzorg**. Ook de AMvB omschrijft de ANWzorg als reguliere huisartsenzorg, zij het buiten 'kantoor tijden'. Uit dat oogpunt is de IGZ ook geen voorstander van het idee om voor de ANW-zorg structureel gebruik te maken van het 112-nummer.

De LHV wijst erop dat de samenwerking van SEH en HAP maar één voorbeeld is van mogelijke samenwerkingsvormen. Ook een **keten van acute-eerstelijnsvoorzieningen** is mogelijk : ANW-zorg gecombineerd met verloskundige hulp, thuiszorg en spoed-GGZ. Hiervoor pleit ook het feit dat binnen de ANW-zorg uiteindelijk weinig SEH-gevallen voorkomen, de meeste zorgvragen blijven binnen de eerstelijns.

**Utrecht, 6 mei 2004. De koepelorganisatie van Huisartsenposten – onderdeel van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) – onderschrijft in hoofdlijnen de conclusies van het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ heeft medio 2003 de huisartsenposten onderzocht om na te gaan of de zorg van huisartsenposten voldoet aan de eisen van verantwoorde zorg. Daarnaast is de toegankelijkheid van de huisartsenposten onderzocht.**

De koepelorganisatie van huisartsenposten heeft een set duidelijke kwaliteitscriteria vastgesteld en de huisartsenposten zijn momenteel bezig deze daadwerkelijk in te voeren. Daarbij wordt samengewerkt met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. De normen richten zich op een aantal belangrijke aspecten van de huisartsenposten:

1. fysieke en telefonische bereikbaarheid,
2. de kwaliteit van de triage en
3. de rol van de huisarts hierbij
4. een klachtenregeling

### **Bereikbaarheid**

Huisartsenposten hanteren als norm dat patiënten binnen 30 minuten een huisartsenpost kunnen bereiken. De Inspectie noemt hier ten onrechte 15 minuten. In acute gevallen is de norm in Nederland dat een ambulance binnen een kwartier aanwezig kan zijn. Over het algemeen wordt samen met de Spoedeisende Hulp van ziekenhuizen deze norm gehaald

### **De triage**

De Huisartsenposten onderkennen het belang van een kwalitatief goede triage. De triage wordt uitgevoerd door een doktersassistent of verpleegkundige. Achter deze assistent is altijd een huisarts beschikbaar voor het geval een medisch oordeel direct nodig is. Het advies van de doktersassistent

wordt altijd gecheckt door een huisarts. In geval van twijfel neemt de huisarts contact op met de patiënt. De kwaliteit van de triage zal door scholing en goede controle worden gewaarborgd

### **De organisatie en kwaliteit**

Huisartsenposten zijn er in geslaagd niet alleen doelmatig te werken, maar ook de inzet van assistenten en huisartsen goed af te stemmen op het aanbod van patiënten, zodat de bezetting zo goed mogelijk op peil is. Ook is voor geval van plotseling hoog aanbod van patiënten vaak een huisarts als 'achterwacht' beschikbaar om in te vallen. Doordat door de koepel van huisartsenposten en het Nederland Huisartsen Genootschap het werk van de huisartsenpost steeds meer in normen en protocollen wordt vastgelegd kan de kwaliteit van het werk ook steeds beter worden gewaarborgd. In tegenstelling tot de klassieke waarneming in kleiner verband is daarmee de huisartsenzorg in de ANW van huisartsenposten transparant gemaakt.

De huisartsenposten realiseren zich dat er voor het waarborgen van de kwaliteit nog veel werk te doen is. Voor de komende jaren moet dat een speerpunt in het beleid zijn. Er is een instrument gemaakt voor het vastleggen en bewaken van de kwaliteitscriteria door huisartsenposten.

### **Tevredenheid van de patiënten**

Uit een reeks onderzoeken naar de klanttevredenheid blijkt dat patiënten de huisartsenposten over het algemeen een hoog cijfer geven (ruim een 8). Onderzoeken werden onder meer door de Universiteit van Nijmegen uitgevoerd.

### **Rapport College van Zorgverzekeringen (CvZ)**

In opdracht van de minister van VWS heeft het CvZ het afgelopen half jaar een onderzoek gedaan naar de huisartsenposten in Nederland vanuit vier invalshoeken:

1. kostenverschillen en doelmatigheid,
2. kwaliteit,
3. samenhang en integratie binnen de acute-zorgketen en
4. de sturing door zorgverzekeraars bij de regionale inkoop van goede en doelmatige zorg.

Directe aanleiding was de budgettaire problematiek en de vraag naar meer samenhang en samenwerking in de zogenaamde acute keten (spoedeisende ANW-huisartsenzorg, specialistische spoedeisende hulp van ziekenhuizen en het ambulancevervoer).

Het CvZ concludeert dat:

- de **normering** een **globaal karakter** moet krijgen en niet te gedetailleerd moet zijn; het CVZ denkt aan een bedrag per verzekerde met een aantal regionale componenten;
- verdere doelmatigheid hier en daar mogelijk is, maar **niet via generieke maatregelen**;
- verdere **samenwerking in de acute zorgketen** (met name met ziekenhuizen) voor de patiënt voordeel zal opleveren en op den duur ook kostenvoordelen (minder specialistische zorg en minder diagnostiek); die samenwerking zal vooral stap voor stap en op basis van regionale omstandigheden moeten groeien waarbij het **huisartsgeneeskundige karakter** een belangrijk aspect is;
- voor de kwaliteit van de huisartsenposten er een set **landelijke kwaliteitscriteria** moet komen over met name de **bereikbaarheid en beschikbaarheid**;
- **sturing** tenslotte het beste **regionaal** op basis van de bestaande zorgvraag vorm kan worden gegeven.

De huisartsenposten kunnen zich in hoofdlijnen vinden in de conclusies en aanbevelingen van het College van Zorgverzekeringen. De bevindingen worden beschouwd als een ondersteuning van de koers van de huisartsenposten.