

KWALITEITSJAARVERSLAG 2020



Inhoud

Inleiding.....	3
1. Algemeen.....	4
1.1 Algemene informatie	4
1.2 Medisch personeel.....	5
1.3 Verwijzers van Huid Medisch Centrum	6
1.4 Wetenschappelijk onderzoek.....	7
2. Kwaliteit, beleid en veiligheid	7
2.1 Kwaliteitsmanagementsysteem	7
2.2 Veiligheidsmanagementsysteem	7
2.3 Klachten	8
2.4 Klanttevredenheid	8
2.5 Risico en onzekerheden	9
2.6 Maatschappelijke aspecten	9
2.7 Interne en externe ontwikkelingen.....	10
2.8 Resultaten van interne audits (monitoren en meten)	10
2.9 Realisatie kwaliteitsdoelstellingen 2020	11
2.10 Kwaliteitsdoelstellingen voor 2021	13

Inleiding

Huid Medisch Centrum is een samenwerking van Amsterdam UMC (AMC en VUmc) en Centrum Oosterwal. In Huid Medisch Centrum wordt in de volle breedte de dermatologische zorg aangeboden.

De dermatologische afdelingen van AMC en VUmc hebben in 2018 de huisarts verwezen zorg verplaatst naar Huid Medisch Centrum. Dit expertise centrum is mede ontstaan uit de wens van de overheid en zorgverzekeraars om de laag complexe zorg uit de academie te plaatsen in het kader van de doelstelling 'de juiste zorg op de juiste plek'.

Door de samenwerking kan Amsterdam UMC de opleidingsfunctie voor de dermatologie waarborgen, alsmede het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek op dermatologisch gebied.

Door de opleidingsfunctie is de output anders dan in een reguliere tweedelijns dermatologiepraktijk. Dat maakt dat er een gezonde balans moet zijn tussen de dermatologen en de dermatologen in opleiding. Hiervoor hebben wij dermatologen aangetrokken en gestuurd op de benodigde schaalvergroting.

In dit kader deed zich eind 2018 de situatie voor waarbij het MC Slotervaart ziekenhuis failliet werd verklaard. Het volledige team van de afdeling dermatologie van MC Slotervaart heeft zich met ingang van 1 januari 2019 geschaard onder Huid Medisch Centrum. Met ingang van 1 januari 2020 volgde de praktijk Dermatologie Amsterdam, waardoor we naast onze locaties in Zuid Oost en West ook vertegenwoordigd zijn in het centrum en Amsterdam Oost.

In 2018 is de basis van het kwaliteitssysteem aangelegd door de ontwikkeling van de benodigde beleidsdocumenten en protocollen. In 2019 is op basis hiervan het scholingsprogramma ontwikkeld en uitgerold door het centrale kwaliteitsteam. De kwaliteitsorganisatie is geïmplementeerd en twee doktersassistenten hebben een deel van de scholing overgenomen. Om het kwaliteitssysteem optimaal te laten functioneren is er in 2020 focus geweest op het digitaliseren van de PDCA cyclus. In 2021 is een intern auditteam gestart met het uitvoeren van interne audits.

Managementteam Huid Medisch Centrum

1. Algemeen

1.1 Algemene informatie

Locaties

Huid Medisch Centrum Amsterdam Zuid Oost
Paasheuvelweg 28

Huid Medisch Centrum Amsterdam West
Osdorpplein 358

Huid Medisch Centrum Amsterdam Centrum
Reguliersgracht 130

Huid Medisch Centrum Amsterdam Watergraafsmeer
Linnaeushof 6

Website: www.huidmedischcentrum.nl

Telefoonnummer 020 – 215 60 60

Rechtstreeks nummer voor intercollegiaal overleg 020 – 215 60 99

Instelling voor Medisch Specialistische Zorg

Huid Medisch Centrum heeft een erkenning door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport als instelling voor Medisch Specialistische Zorg.

Missie en beleid

Huid Medisch Centrum wil een toonaangevend centrum zijn in het bieden van kwalitatief hoogwaardige dermatologische, flebologische en paramedische zorg in een persoonlijke en servicegerichte omgeving. Patiënt gerichte zorg met als uitgangspunt dat wij de patiënt in staat stellen om zelf te kunnen meebeslissen. Iedereen streeft ernaar om de patiënt op een zo goed mogelijke wijze te behandelen onder het motto - behandel mensen zoals je zelf ook behandeld zou willen worden.

Onze missie luidt als volgt: “Het leveren van dermatologische en flebologische zorg in de volle breedte, waarbij kwaliteit, klantvriendelijkheid en flexibiliteit centraal staan”.

Governance - bestuur & toezicht

Huid Medisch Centrum heeft een eenhoofdig bestuur met een vierhoofdige Raad van Toezicht.

Bestuurder

Dhr. S.J.W. Gaastra MBA/MBI

Toezielhouders

Prof. dr. M.H.H. Kramer

Drs. S.J.J. Koomen

Mevr. drs. G.J.M. van den Maagdenberg

Dhr. S.G. van de Vusse

Zorgverzekeraars – contracten

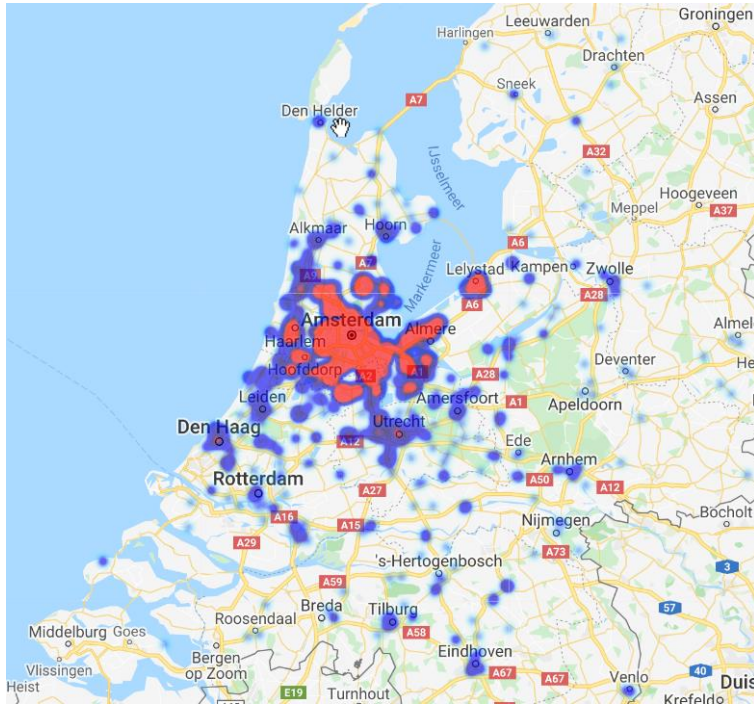
Huid medisch Centrum heeft met alle zorgverzekeraars in Nederland een contract. Op de website is conform wettelijke verplichting de passantenprijslijst gepubliceerd.

1.2 Medisch personeel

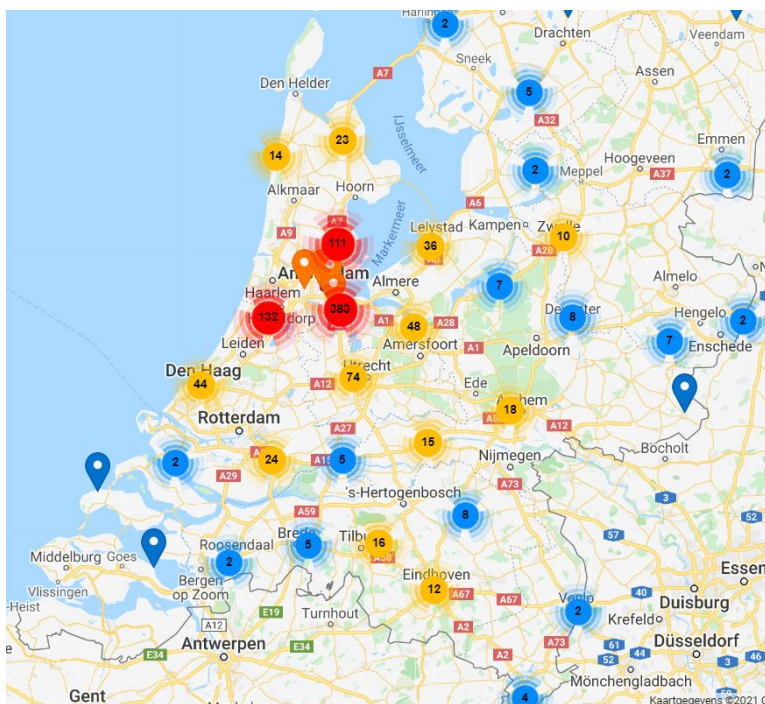
Het team van Huid Medisch Centrum bestaat uit medisch secretaresses, doktersassistenten, dermatologen en flebologen. Hieronder een overzicht van de werkzame artsen in Huid Medisch Centrum.

Naam		BIG registratienummer
Artsen / Medisch specialisten 2020		
Marcel Bekkenk	Dermatoloog/ supervisor	49048415001
Rick Hoekzema	Dermatoloog/ supervisor	79021565601
Menno Gaastra	Dermatoloog/ supervisor	99042012001
Edwin van Leent	Dermatoloog/ supervisor	59045236301
Mireille van der Linden (tot 11/'20)	Dermatoloog/ supervisor	49022526301
Jan Mekkes	Dermatoloog/ supervisor	79022732301
Menno de Rie	Dermatoloog/ supervisor	19023479101
Markus Starink	Dermatoloog/ supervisor	79061391001
Marjolein Wintzen	Dermatoloog/ supervisor	19045459401
Albert Wolkerstorfer	Dermatoloog/ supervisor	69044366301
Nathalie Boogaards	Dermatoloog	79911878001
Liesbeth van der Rhee	Dermatoloog	59911868701
Marjon van Gasselt	Dermatoloog	59021040101
Peter Lee	Dermatoloog	09061517901
Judith Serrarens	Dermatoloog	49064386001
Pascal Pronk	Fleboloog	19065129601
Clarissa van Vlijmen	Chirurg	69042897301
Bart Nanninga	Dermatoloog	69022936801
Jan Paul Eendenburg	Dermatoloog	79020820201
Artsen in opleiding tot medisch specialist		
Nicole Hendrix	Arts-assistent	89915762801
Tiago Matos	Arts-assistent	39919260101
Sanne Uitentuis	Arts-assistent	79921980501
Julia Klatte (tot 10/'20)	Arts-assistent	49917481001
Josephine Sillevius Smit	Arts-assistent	49924200001
Darryl Tio (tot 7/'20)	Arts-assistent	9919436601
Alexander Lokin	Arts-assistent	84108757

1.3 Verwijzers van Huid Medisch Centrum



Adherentie gebied Huid Medisch Centrum 2020 (bron zorgdomein)



Onze top 25 verwijzers bestaat uit huisartsen uit de directe omgeving opgevolgd door de regio groot Amsterdam. Verwijzers geven aan te selecteren op een korte toegangstijd (tijd tot eerste afspraak), onze directe lijn met de academie (hoofdlocatie) en bereikbaarheid van de locatie. Op de buitenlocaties is reden voor verwijzing met name gebaseerd op de dermatologen die bekend zijn bij de patiënten en verwijzers. Op de hoofdlocatie blijft het aantal verwijzingen voor een second opinion en verwijzingen boven regionaal blijven opvallend. Dit bevestigt het beeld dat we op de hoofdlocatie in Amsterdam Zuid Oost meer zorg leveren die tussen de 2^e lijn (algemeen ziekenhuis) en de 3^e lijn (academisch ziekenhuis) in zit.

1.4 Wetenschappelijk onderzoek

De patiëntenpopulatie die komt in Huid Medisch Centrum komt sinds de uitplaatsing van huisarts verwezen zorg niet meer in Amsterdam UMC. Daarom is er een nauwe samenwerking met betrekking tot de inclusie van patiënten voor wetenschappelijk onderzoek. In 2020 zijn er voor één wetenschappelijke onderzoek patiënten geïnccludeerd.

Lopende studies 2020

Studie: Prospectief register systemische therapie en lichttherapie voor kinderen en volwassenen met atopisch eczeem (TREAT NL)

Gezocht: Patiënten met atopisch eczeem die vanwege onvoldoende ziektecontrole met topicale therapie in aanmerking komen voor systemische behandeling of lichttherapie.

Door: Phyllis Spuls, Pina Middelkamp, Angela Bosma, Arienna Hyseni. Investigator initiated.

2. Kwaliteit, beleid en veiligheid

2.1 Kwaliteitsmanagementsysteem

Het kwaliteitssysteem staat stevig in de organisatie en functioneert naar alle tevredenheid. Als directie hebben we goed zicht op risico's, lopende verbeteracties en incidenten die onze directe aandacht behoeven. De verschillende interne audits geven het beeld van een geoliede organisatie. Het risico denken en signaleren van kansen is in de organisatie verweven. Niemand binnen onze organisatie is bevreesd om afwijkingen, tekortkomingen of fouten te melden. Ze worden in werkoverleggen besproken, waarna er gezamenlijk wordt nagedacht over mogelijke verbetermaatregelen. De verantwoordelijkheden zijn laag in de organisatie belegd waardoor deze zeer slagvaardig is en zaken snel kunnen worden opgepakt. De digitale verbetermodule helpt om de PDCA cyclus te borgen en de oplossingen te evalueren en bij te stellen. Hierdoor blijft het niet alleen bij plannen maken en uitvoeren. De leidinggevendenden (welke ook zitting hebben in decentrale kwaliteitsteam) nemen in de coördinatie de grootste rol.

2.2 Veiligheidsmanagementsysteem

Goede zorg is veilige zorg. Naast hoge kwaliteit willen wij ook veilige zorg leveren. Met ons veiligheidsmanagement systeem (VMS) monitoren en beheersen wij onze processen aangaande de veiligheid van patiënten en medewerkers. De kern van een VMS is het signaleren van risico's en het analyseren en voorkomen van incidenten. Het VMS is erop gericht de risico's voor de patiënt te beheersen en schade aan de patiënt te voorkomen. Voor het streven naar continue en blijvende verbetering wordt gewerkt met een verbetercyclus.

Veilig Incidenten Melden

Veilig Incident Melden (VIM) is een belangrijk onderdeel van het Veiligheid Management Systeem. Het Veilig Incidenten Melden is bedoeld om organisatie breed en op locatieniveau zicht te krijgen op oorzaken van ongewenste gebeurtenissen (risico's) in het zorg- en behandelproces. Hierin staan organisatorische of systeemproblemen centraal. Door analyse van incidenten en bijna incidenten is het mogelijk risico's inzichtelijk te maken, onderliggende oorzaken op te sporen en weg te nemen door het inzetten van verbeteracties. De patiëntenzorg wordt op die manier veiliger gemaakt. Indien het een calamiteit betreft, wordt conform onze calamiteitenprocedure, de calamiteit gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In 2020 zijn er 80 (bijna) incidenten gemeld.

Daarvan was de risicoclassificatie voor 41 incidenten zeer laag, voor 22 incidenten laag, voor 12 incidenten midden, 1 hoog en 4 meldingen geen classificatie. De (bijna) incidenten betroffen de medische behandeling, informatiebeveiliging, medicatie en diagnostisch onderzoek. Opvallend is de stijging van meldingen ten aanzien van informatiebeveiliging. Daarvan gaven 2 meldingen aanleiding tot melding bij de Autoriteit Persoonsgegevens. De meldingen waren van dusdanige aard dat er geen onderzoek is ingesteld.

Complicatieregistratie

Complicaties na een behandeling worden door de behandelend arts vastgelegd in het elektronische dossier van de patiënt. In 2020 zijn er 39 complicaties geregistreerd, waarvan 22 wondinfecties, 11 wonddehiscenties, 3 nabloedingen, 1 wondgenezingsstoornis, 1 ulcus en 1 verbranding bij UVB behandeling. Deze complicaties zijn periodiek besproken tijdens de complicatiebespreking van de artsen (in opleiding). Op basis van dit overleg wordt besproken of het noodzakelijk is om maatregelen te nemen.

2.3 Klachten

Er zijn 20 officiële klachten ingediend bij onze klachtenfunctionaris. Klachten van patiënten hebben over het algemeen betrekking op bejegening, onvrede over het resultaat van de behandeling en het eigen risico (dus een onverwachte bijdrage van een behandeling die onder de verzekering valt). Onze klachtenfunctionaris is er in alle gevallen altijd uitgekomen met de betrokkenen en er waren geen corrigerende maatregelen noodzakelijk. De geschillencommissie hoefde niet ingeschakeld te worden.

2.4 Klanttevredenheid

Patiënttevredenheid is stabiel en fluctueert tussen 3 decimalen. Ons gemiddeld cijfer van 7.4 (op schaal van 10) stelt ons tevreden. Men geeft terug dat ze het personeel als professioneel, deskundig en zorgzaam ervaren en zijn erg tevreden over de aandacht van de arts. We delen deze complimenten op de



werkoverleggen. Men is minder tevreden over de privacy (ontbreken van omkleedhokje of gordijn), consulttijd ten opzichte van de reistijd (bovenregionaal), behandeling niet verwachte resultaat en vindbaarheid van de locatie.

Reviews op Google, Facebook en Zorgkaart NL zijn inmiddels in aantal dusdanig toegenomen dat we daar ook een analyse op kunnen uitvoeren. Patiënten geven ons positieve reviews en cijfers op alle drie de platformen. Op Zorgkaart NL is ons gemiddelde cijfer gestegen naar een 8.8 (schaal van 10: n=373). Op google scoren we een 3.7 van de 5 sterren (n=19) en facebook 4.3 van de 5 sterren (n=6). We gaan met deze beoordelingen aan de slag door de personen uit te nodigen om direct contact op te nemen met ons zodat we in gesprek kunnen.

2.5 Risico en onzekerheden

Vanaf de oprichting is er veel geïnvesteerd in de essentiële onderdelen die nodig zijn voor een veiligheidscultuur. Er is veel aandacht besteed aan samenwerking, communicatie en het elkaar aanspreken. Het contact tussen de zorgverleners is laagdrempelig. Medewerkers spreken elkaar makkelijk aan, voelen zich vrij om (bijna)incidenten te melden en verbeteringen aan te dragen. Dit behoeft continue aandacht daar de arts assistenten om de 18 maanden wisselen (soms kortere periode).

Met groei in het aantal zorglocaties, door de overname van bestaande praktijken, is het de uitdaging om te zorgen dat onze visie en missie overal hetzelfde wordt uitgedragen en er één veiligheidscultuur heerst. Door de opening van de extra vestigingen is er veel aandacht geweest van management en medewerkers van de hoofdlocatie voor de scholing van nieuwe collega's, gezamenlijke werkoverleggen, management overleggen op de locaties en gezamenlijke activiteiten. In coronatijd hebben digitale overlegvormen de fysieke bijeenkomsten waar mogelijk vervangen. Gezamenlijke activiteiten (zoals bedrijfsuitjes, etentjes en borrels) zijn komen te vervallen in 2020.



Medewerkers hebben een actieve rol in het signaleren van mogelijke toekomstige risico's en zijn betrokken bij de risico inventarisaties van de organisatie en kritische processen. In 2020 is er vanwege corona voor gekozen de risico inventarisatie in kleiner comité te houden en medewerkers de gelegenheid te geven schriftelijk mee te denken. Het onderzoek hoe we Safety II gedachtengoed kunnen implementeren heeft hierdoor ook

stilgelegen. Deze benadering doet naast analyses van wat fout gaat, meer recht aan de variaties in de dagelijkse praktijk, wat goed gaat en helpt de veerkracht van zorgverleners (oplossingsvermogen) en het leervermogen van de organisatie te vergroten. Deels zit dit al in de attitude van onze medewerkers verweven, maar is nog geen bron van onze verbetercyclus.

2.6 Maatschappelijke aspecten

De Juiste Zorg op de Juiste Plek is een initiatief van zorgpartijen en wordt ondersteund door VWS. In dit gedachtegoed staat het dagelijks functioneren van mensen centraal. Van daaruit wordt gezocht naar manieren om zorg te verplaatsen (dichterbij mensen thuis), (duurdere) zorg te voorkomen en zorg te vervangen door bijvoorbeeld eHealth. We hebben een patiënten applicatie ontwikkelt waarin zij toegang hebben tot hun dossier, patiënteninformatie en worden uitgenodigd een actieve bijdrage te leveren bij het aanleveren van informatie. Ze kunnen bijvoorbeeld vragenlijsten invullen om hun zorguitkomst in beeld te brengen.

2.7 Interne en externe ontwikkelingen

In het zorgmodel zijn diverse verbeteringen aangebracht om het primaire proces efficiënter en effectiever in te richten. Door coronamaatregelen is ons primaire proces in 2020 tijdelijk anders ingericht, waardoor we minder patiënten hebben gezien. Tijdens de eerste golf hebben wij alleen spoedzorg geleverd voor de dermatologie van AUMC en Huid Medisch Centrum op de hoofdlocatie van Huid Medisch Centrum. De overige locaties waren gesloten. Deze tijd is benut om alle locaties corona proof in te richten voor patiënten en medewerkers.

Verbetermodule Improve 2.0

In 2019 is er een nieuw programma, Confluence, aangeschaft om documenten te kunnen beheren. In dit systeem zijn alle documenten door een reviewproces heen gegaan en gekoppeld aan een eigenaar. Het volgen van het reviewproces was opnieuw een updaterronde van de documenten. Ook zijn er in dit systeem pagina's aangemaakt voor de verschillende teams. Artsen en doktersassistenten kunnen hier medische protocollen, richtlijnen en notulen van hun werkoverleg vinden.

Veiligheid van medewerkers



Medewerkers worden geconfronteerd met veeleisende en soms agressieve patiënten dan wel met patiënten die weigeren te betalen. Medewerkers ervaren hierin soms dat het hen ontbreekt aan vaardigheden in de omgang met deze patiënten. De coronamaatregelen leidde bijvoorbeeld tot minder begrip van patiënten. Hiervoor is een communicatietraining georganiseerd voor alle medewerkers. Het eerste deel van een communicatietraining

is verzorgd in begin 2020. De opvolging in 2020 kon niet doorgaan in verband met Corona. Het eerste deel van de training heeft medewerkers wel nuttige vaardigheden opgeleverd.

2.8 Resultaten van interne audits (monitoren en meten)

De organisatie-brede interne audits zijn uitgevoerd door externe experts. Dit zijn een apotheker, een ziekenhuishygiëniste en een deskundige steriele medische hulpmiddelen (MDR). Deze interne audits zijn gebaseerd op kwaliteitseisen en wet- en regelgeving. De processen die beoordeeld zijn hebben betrekking op het primaire proces.

Interne Expert audits Infectiepreventie

Begin 2020 is onze jaarlijkse audit over infectiepreventie audit uitgevoerd op alle locaties door een ziekenhuishygiëniste van Tensen en Nolte. Hierin is de opslag van steriele hulpmiddelen, als ook de naleving van (corona)protocollen en beleid getoetst op de polikliniek en OK complex (zelfstandige behandelkamer op buitenlocaties). We voldoen aan de kwaliteitseisen en hebben kleine verbeterpunten onder de aandacht gebracht bij medewerkers.

Management van Medicatie

Deze jaarlijkse audit is ook begin 2020 uitgevoerd op alle locaties door een externe apotheker. Hierin is de opslag van (high risk) medicatie, als ook de naleving van protocollen en beleid getoetst op de polikliniek, OK complex (zelfstandige behandelkamer op buitenlocaties). We voldoen op dit onderwerp aan de kwaliteitseisen en hebben kleine verbeterpunten onder de aandacht gebracht bij medewerkers.

MDR wetgeving - Medical Device Regulation

Een deskundige in steriele medische hulpmiddelen van Tensen en Nolte heeft ons bevoorrading getoetst aan de nieuwe Europese wetgeving aangaande medische hulpmiddelen. De opvolging van haar rapportage wordt samen met onze logistiek medewerker opgepakt. In mei 2021 dienen we aan de wetgeving te voldoen. Echter hebben diverse leveranciers laten weten geen tijd te hebben voor een dergelijke toetsing tijdens de coronacrisis. Het leveren van hun diensten heeft hun volledige focus.

2.9 Realisatie kwaliteitsdoelstellingen 2020

Huid Medisch Centrum heeft zich in 2020 voornamelijk gericht op de voortgang en weer opschalen van de patiëntenzorg.

Dashboard kwaliteitsindicatoren en prestatie indicatoren

Specifiek: Om de resultaten van onze bedrijfsvoering en kwaliteitsmanagementsysteem inzichtelijk te maken willen wij een dashboard inrichten. De directie is unaniem van mening dat het meten om het meten niet het doel kan en mag zijn. Een beperkte zinnige set van indicatoren is beter dan een uitgebreide set waarbij de toegevoegde waarde onduidelijk is.

Meetbaar: Periodiek willen we uitkomsten analyseren, delen met medewerkers, besluiten nemen en onderbouwen. Daarnaast gebruiken we de uitkomsten voor externe verantwoording.

Acceptabel: Wanneer een kwaliteitsindicator of prestatie indicator langdurig boven de door ons gestelde norm uitkomt wordt besloten of indicator naar de achtergrond gaat.

Realistisch: De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren is een uitdaging. Data wordt opgeslagen in verschillende systemen waardoor het lastig is om data tegen elkaar af te zetten. Wij streven ernaar eerst een kleine set KPI's te ontwikkelen, waarna uitbreiding.

Tijdsgebonden: Eind 2020 moeten de eerste resultaten zichtbaar zijn.

Status:

We hebben een kleine set indicatoren benoemd in 2020. Deze bestaat uit patiënttevredenheid, Incidentmeldingen en de PROM voor patiënten met eczeem(POEM). We hebben in 2020 de analyses teruggekoppeld in de werkoverleggen.

Implementatie kwaliteitssysteem op alle locaties

Specifiek: Gericht op de veranderingen in de organisatie door de uitbreiding met nieuwe vestigingen is het noodzakelijk dat werkprocessen en werkwijzen worden geüniformeerd en de kwaliteitsorganisatie alle locaties faciliteert. Hierdoor zal toezicht en (be)sturing van kwaliteit en patiëntveiligheid mogelijk blijven. Additionele aanpassingen in de organisatie kunnen hieruit voortvloeien.

Meetbaar: Middels interne audits kan de naleving van afspraken beoordeeld worden.

Acceptabel: Bij zorg gerelateerde normen betreft dit onder andere onderwerpen als toegankelijkheid van de zorg, beoordeling van zorg, patiënten rechten, hospitality en continuïteit van de zorg. Met betrekking tot de organisatie betreft het onder andere infectiepreventie, kwalificaties van medewerkers, bestuur, toezicht en leiderschap, management van informatie, facilitair management en gebouw technische aspecten.

Realistisch: Het huidige kwaliteitssysteem wordt uitgerold.

Tijdsgebonden: Dit betreft een continu doelstelling waarvan de voortgang en resultaten jaarlijks beoordeeld moeten worden.

Status: Medewerkers zijn meegenomen in het bestaande scholingsprogramma via teams meetings, danwel in kleine groepjes in begin van het jaar. De benodigde interne audits infectiepreventies en medicatie management zijn uitgevoerd. Verbeteracties zijn opgepakt door het management. Daarnaast heeft het managementoverleg plaatsgevonden op de verschillende locaties (indien mogelijk). Communicatie verloopt via de teamleiders en directie. De locaties in Amsterdam West, Centrum en Oost zijn begin 2020 getoetst door de KIWA op de ZKN normen set. Alle locaties voldoen aan de kwaliteitseisen.

Verbetermodule Improve 2.0 implementeren

Specifiek: Implementatie van een digitale ondersteuning om verbeterpunten uit de verschillende bronnen (VIM, klachten, audits, IGJ bezoek) in één systeem te monitoren.

Meetbaar: De kwaliteitsteams bespreken maandelijks de verbeterpunten en beleggen deze in de organisatie.

Acceptabel: Stapsgewijs worden verbeterpunten ingevoerd in het systeem.

Realistisch: Het centrale kwaliteitsteam draagt het vullen en monitoren pas over als alle verbeterpunten zijn ondergebracht en het proces functioneert.

Tijdsgebonden: Eind 2020 worden alle verbetercycli gemonitord in de nieuwe module.

Status: De Module improve 2.0 is werkzaam en wordt gevuld met verbeteracties uit incidenten en audit verbeterpunten. Dit draait op managementniveau. De volgende stap is de implementatie op team- / medewerkersniveau.

2.10 Kwaliteitsdoelstellingen voor 2021

Huid Medisch Centrum gaat zich in 2021 richten op de doorontwikkeling van het sturen op kwaliteit met behulp van indicatoren en de implementatie van een eenduidig kwaliteitsmanagement en veiligheidscultuur op alle locaties.

Dashboard kwaliteitsindicatoren en prestatie indicatoren

Specifiek: De doorontwikkeling van een dashboard met kwaliteitsindicatoren.

Meetbaar: Periodiek willen we uitkomsten kunnen analyseren, delen met medewerkers, besluiten nemen en onderbouwen. Daarnaast gebruiken we de uitkomsten voor externe verantwoording.

Acceptabel: Wanneer een kwaliteitsindicator of prestatie indicator langdurig boven de door ons gestelde norm uitkomt wordt besloten of indicator naar de achtergrond gaat.

Realistisch: De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren is een uitdaging. Data wordt opgeslagen in verschillende systemen waardoor het lastig is om data tegen elkaar af te zetten. Wij streven ernaar eerst een kleine set KPI's te ontwikkelen, waarna uitbreiding.

Tijdsgebonden: Gedurende 2021 wordt de indicator patiënttevredenheid verder door ontwikkeld, met filters op tijd en per arts.

Implementatie verbetermodule Improve 2.0 naar team- en medewerkersniveau

Specifiek: Implementatie van een digitale ondersteuning om verbeterpunten uit de verschillende bronnen (VIM, klachten, audits, IGJ bezoek) in één systeem te monitoren.

Meetbaar: De teams bespreken maandelijks de verbeterpunten en beleggen deze in het team.

Acceptabel: Verbeterpunten worden herhaald besproken in werkoverleggen.

Realistisch: Het centrale kwaliteitsteam draagt het vullen en monitoren pas over als alle verbeterpunten zijn ondergebracht en het proces functioneert.

Tijdsgebonden: Eind 2021 worden alle verbetercycli gemonitord in de nieuwe module.

Elektronisch scholingsprogramma; e-learning modules

Specifiek: Ontwikkelen van digitale scholing per kwaliteit en patiëntveiligheid thema's, HiX, verpleegtechnische handelingen en apparatuur. De scholing van medewerkers kan hierdoor individueel op ieder moment worden gevolgd.

Meetbaar: Het wordt aantoonbaar per medewerker welke verplichte scholing is gevolgd.

Acceptabel: De modules over de 8 zorg gerelateerde thema's, aangevuld met facilitair management, management van informatie en infectiepreventie zijn gereed qua inhoud.

Realistisch: Klassikaal scholingsprogramma's op verschillende thema's zijn ontwikkeld. In 2021 dient dit te worden omgezet naar een les op papier en proces dient gedigitaliseerd te worden (afname toets en opslag in persoonlijk portfolio / rapport). Het benodigde budget wordt hiervoor beschikbaar gesteld.

Tijdsgebonden: Eind 2021 is er een inhoudelijke opzet van de benoemde thema's uitgewerkt voor de e-learning module.