

KWALITEITSJAARVERSLAG 2022



Inhoud

Inleiding.....	3
1. Algemeen.....	4
1.1 Algemene informatie	4
1.2 Medisch personeel.....	5
1.3 Verwijzers van Huid Medisch Centrum	6
2. Kwaliteit, beleid en veiligheid	7
2.1 Kwaliteitsmanagementsysteem	7
2.2 Veiligheidsmanagementsysteem	7
2.3 Klachten	8
2.4 Klanttevredenheid	9
2.5 Risico en onzekerheden	9
2.6 Maatschappelijke aspecten	10
2.7 Interne en externe ontwikkelingen	10
2.8 Resultaten van interne audits (monitoren en meten)	11
2.9 Realisatie kwaliteitsdoelstellingen 2022	12
1) Elektronisch scholingsprogramma; e-learning modules.....	12
2) Kwaliteitssysteem monitoren	12
2.10 Kwaliteitsdoelstellingen voor 2023	14
1) Elektronisch scholingsprogramma; e-learning modules.....	14
2) Kwaliteitsindicatoren.....	14

Inleiding

Huid Medisch Centrum is een samenwerking van Amsterdam UMC 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.

Het kwaliteitsmanagementsysteem is verweven in de werkzaamheden en functioneerde ook in 2022 naar tevredenheid.

Directie Huid Medisch Centrum

1. Algemeen

1.1 Algemene informatie

Locaties

Huid Medisch Centrum Amsterdam Zuid Oost
Paasheuvelweg 28

Huid Medisch Centrum Amsterdam West
Osdorppelein 358

Huid Medisch Centrum Amsterdam Centrum
Reguliersgracht 130

Huid Medisch Centrum Amsterdam Watergraafsmeer
Linnaeushof 6

Website: www.huidmedischcentrum.nl

Telefoonnummer 020 – 215 60 60

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. Huid Medisch Centrum heeft een Wtza-vergunning onder AGB-nummer 22220978.

Missie en beleid

Huid Medisch Centrum wil een toonaangevend centrum zijn in het bieden van kwalitatief hoogwaardige dermatologische medisch specialistische 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 eenhoofdige bestuur met een driehoofdige Raad van Toezicht.

Bestuurder

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

Toeziethouders

Drs. S.J.J. Koomen

Drs. B.J.H. Dierick

Dhr. S.G. van de Vusse (voorzitter)

Zorgverzekeraars – contracten

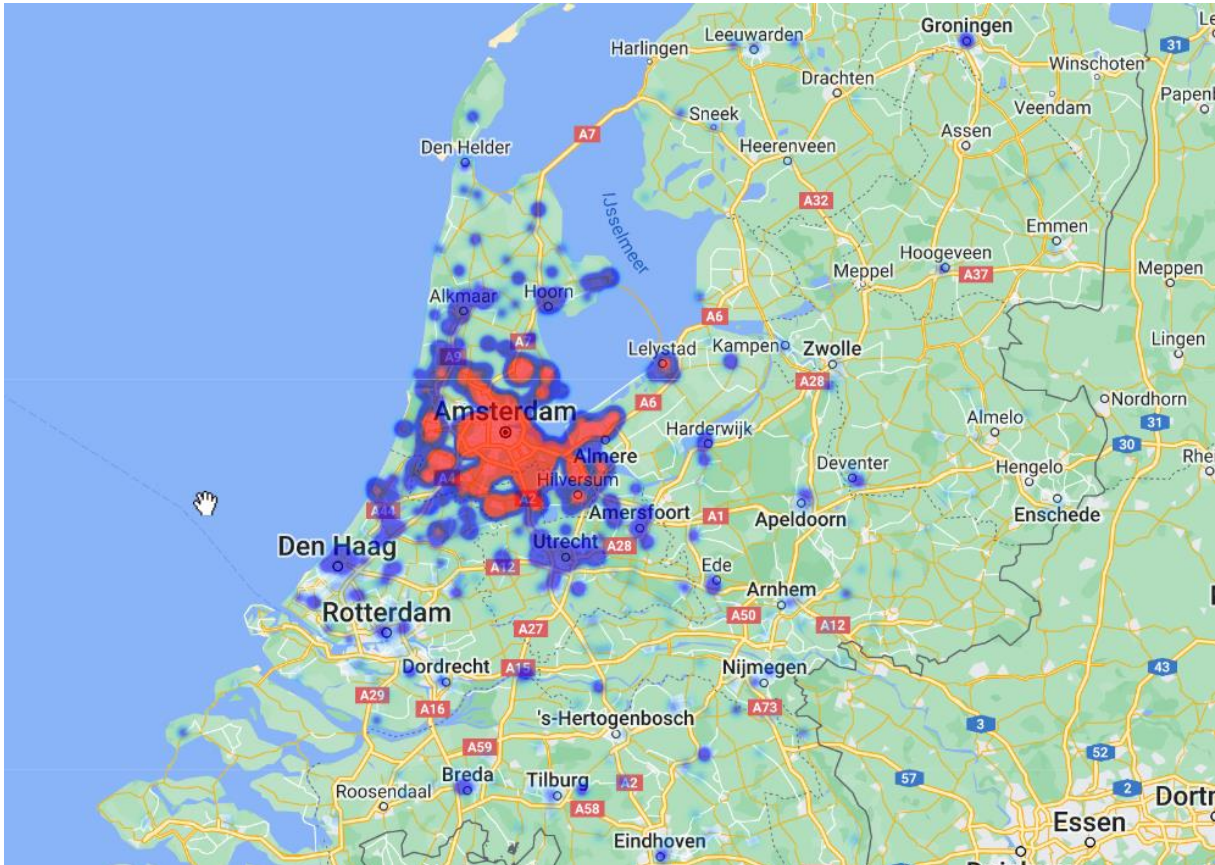
Huid Medisch Centrum heeft met alle zorgverzekeraars in Nederland een contract. Op de website is conform wettelijke verplichting de passantenprijslijst gepubliceerd.

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
Medisch specialisten en basisartsen 2022		
Marcel Bekkenk	Dermatoloog/ supervisor	49048415001
Rick Hoekzema	Dermatoloog/ supervisor	79021565601
Menno Gaastra	Dermatoloog/ supervisor	99042012001
Edwin van Leent	Dermatoloog/ supervisor	59045236301
Jan Mekkes	Dermatoloog/ supervisor	79022732301
Menno de Rie (tot 1 okt.)	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
Norbert Ipenburg	Dermatoloog/ supervisor	09919164001
Louise Gerbens	Dermatoloog	09916357801
Julia Klatter	Dermatoloog	49917481001
Sanne Vos	Dermatoloog	69049123501
Bart Nanninga	Dermatoloog	69022936801
Alexander Lokin (vanaf 1 okt.)	Dermatoloog	19920287601
Artsen in opleiding tot medisch specialist		
Sofieke Vermeulen	Arts-assistent	09925719501
Gayle van der Kraaij	Arts-assistent	79919389501
Lisa van Teeseling	Arts-assistent	99924780301
Maryam Soltanipoor	Arts-assistent	89919275701
Mijke Hofhuis	Arts-assistent	09920804301
Vidhya Narayan	Arts-assistent	39919260101
Kevin Kwee	Arts-assistent	59924181001
Mehmet Demirbas	Arts-assistent	59925348301
Mireille van Baar	Arts-assistent	09925198101

1.3 Verwijzers van Huid Medisch Centrum



Adherentie gebied verwijzers Huid Medisch Centrum 2022 (bron zorgdomein).

Onze top 25 verwijzers bestaat net als voorgaande jaren uit huisartsen uit de directe omgeving opgevolgd door de regio groot Amsterdam. Het aantal verwijzingen neemt verder toe. Ten opzichte van het voorgaande jaar is er sprake van een toename van 16,8%.

Wetenschappelijk onderzoek

Voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek is een nauwe samenwerking tussen Amsterdam UMC en Huid Medisch Centrum. Hierdoor kan ook de patiëntenpopulatie van Huid Medisch Centrum worden geïnccludeerd. De coördinatie wordt uitgevoerd door onderzoeksverpleegkundigen verbonden aan de afdeling dermatologie van het Amsterdam UMC. In 2022 liep er één wetenschappelijk onderzoek in Huid Medisch Centrum.

Deelname aan wetenschappelijk onderzoek 2022

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

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

Door: Phyllis Spuls, Pina Middelkamp, Louise Gerbens, Angela Bosma, Jitske Dijkstra, Arienna Hyseni.

2. Kwaliteit, beleid en veiligheid

2.1 Kwaliteitsmanagementsysteem

Het kwaliteitssysteem staat stevig in de organisatie en functioneert naar tevredenheid. Als directie hebben we goed zicht op risico's, lopende verbeteracties en incidenten die onze directe aandacht behoeven. De verschillende interne audits op het gebied van infectiepreventie, medicatie management en facilitair management geven het beeld van een geoliede organisatie.

Het risico denken en signaleren van kansen is in de organisatie verweven. Medewerkers binnen onze organisatie zijn niet bevreesd om afwijkingen, tekortkomingen of fouten te melden. Ze worden in werkoverleggen besproken, waarna er gezamenlijk wordt nagedacht over mogelijke verbetermaatregelen. De verantwoordelijkheden zijn door een platte organisatie 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. De leidinggevenden nemen in de coördinatie de grootste rol.

Het gedachtengoed van Safety II bleek na interviews door het landelijke programma 'Tijd voor Verbinding' in Huid Medisch Centrum al op natuurlijke wijze aanwezig in het denken en werken van medewerkers. 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. Door ons centrale kwaliteitsteam worden dingen die goed gaan gesignaleerd en gedeeld.

2.2 Veiligheidsmanagementsysteem

Goede zorg is veilige zorg. Naast hoge inhoudelijke medische kwaliteit willen wij vanzelfsprekend 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 2022 zijn er 51 incidenten gemeld. Daarvan was de risicoclassificatie voor 29 incidenten zeer laag, voor 10 incidenten laag, voor 9 incidenten midden, 0 hoog en 3 meldingen hadden geen classificatie.

Overzicht Veilig Incident Melden

Categorie	Aantal
Informatiebeveiliging incidenten	23
Onderzoek	8
Behandeling	7
Communicatie	9
Dossiervoering	2
Medicatie	1
Gebouw en beheer	1
Valincidenten	0
Apparatuur	0
Overig	0
Totaal	51

Van het aantal incidentmeldingen betreffende informatiebeveiliging zijn 3 meldingen aanleiding geweest tot melding bij de Autoriteit Persoonsgegevens. De meldingen waren van dusdanige aard dat er geen onderzoek is ingesteld.

Complicatieregistratie

Complicaties tijdens of naar aanleiding van een behandeling worden door de behandelend arts vastgelegd in het elektronische dossier van de patiënt. In 2022 zijn er 50 complicaties geregistreerd, waarvan 20 postoperatieve wondinfecties, 4 wonddehiscenties (waarvan 2 met infectie), 4 nabloedingen, 1 ulcus, 1 verbranding na UVB behandeling en 1 tijdelijk zenuwbeschadiging. Deze complicaties zijn periodiek besproken tijdens de complicatiebespreking van de artsen. Op basis van dit overleg wordt besproken of het noodzakelijk is om maatregelen te nemen.

2.3 Klachten

Er zijn 17 officiële klachten ingediend bij onze klachtenfunctionaris. Klachten van patiënten hebben over het algemeen



betrekking op bejegening, onvrede over het resultaat van de behandeling en kosten/declaraties. Onze klachtenfunctionaris is er in alle gevallen altijd uitgekomen met de betrokkenen (behandelend arts en patiënt). Er waren geen corrigerende maatregelen noodzakelijk. De externe geschillencommissie van de overkoepelende organisatie Zelfstandig Klinieken Nederland hoefde in geen van de gevallen ingeschakeld te worden.

2.4 Klanttevredenheid

Patiënttevredenheid is stabiel. We scoorden op Zorgkaart Nederland over alle locaties een gemiddeld cijfer van 9.1 (op een schaal van 1 tot 10). Men geeft terug dat ze het personeel als professioneel, deskundig en zorgzaam ervaren en zijn erg tevreden over de aandacht van de arts. Als verbeterpunt wordt meegegeven dat men graag van te voren hoort dat er sprake kan zijn dat men door een arts in opleiding wordt gezien uit hoofde van de opleidingsfunctie die op onze hoofdlocatie wordt uitgevoerd. Dit wordt bij de afspraakbevestiging wel medegedeeld. Hierbij is het belangrijk om te melden dat er altijd een dermatoloog (supervisor) mee kijkt met de behandeling door de artsen in opleiding. De supervisor is eindverantwoordelijk voor het behandelplan van de patiënt. Er is dus altijd sprake van een ervaren en deskundige blik.

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. Dit behoeft continue aandacht voor de dermatologen in opleiding daar de arts assistenten om de 18 maanden wisselen (soms kortere periode).

Met groei in het aantal zorglocaties, door de overname van bestaande praktijken, heeft een organische overgang ertoe bijgedragen dat nieuwe medewerkers hun eigen cultuur konden vermengen met die van Huid Medisch Centrum. Alle locaties hebben hun eigen kleur kunnen ontwikkelen onder de paraplu van Huid Medisch Centrum. Naast het centrale teamoverleg is er een locatieoverleg periodiek geagendeerd. Locatie specifieke afspraken worden daar met vertegenwoordiging van alle mensen die deel uit maken van het behandelteam gemaakt.

Om eilandcultuur te voorkomen en de optimalisatie van de inzet van mensen en middelen te vergroten, zijn er met ingang van 2022 meer personeelsleden op meerdere locaties werkzaam.



Medewerkers hebben een rol in het signaleren van mogelijke toekomstige risico's en zijn betrokken bij de risico inventarisaties van de organisatie en kritische processen. De risico inventarisaties zijn in 2022 geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

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 participeren in het landelijke Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling tussen Patiënt & Professional (VIPP) om steeds beter en makkelijker data te delen met onze patiënten en andere zorginstellingen. Dit is terug te zien in de doorontwikkeling van onze patiënten applicatie. Patiënten hebben toegang tot bepaalde gegevens van hun dossier. De volgende stap is op maat gemaakte patiënteninformatie en het kunnen aanleveren van eigen gezondheidsinformatie.

2.7 Interne en externe ontwikkelingen

Coronajaren

Het opvolgen van coronamaatregelen heeft met name impact gehad op de beperkte inzet van spreekuren en artsen en daarmee op de productie en wachttijden. Hierop volgend is in 2022 duidelijk actie ondernomen om deze op het goede niveau te brengen.

Veiligheid van medewerkers

Medewerkers worden af en toe helaas geconfronteerd met veeleisende en soms agressieve patiënten. 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 begin 2020 afgerond. De opvolging in 2020 kon niet doorgaan in verband met Corona. Het eerste deel van de training heeft medewerkers nuttige vaardigheden opgeleverd.

Mohs' chirurgie

In 2022 is gestart met de Mohs' chirurgie. Met deze werkwijze wordt een oncologische aandoening in het gelaat verwijderd, het preparaat direct onderzocht door de dermatoloog (of de snijranden vrij zijn) en zo nodig meer weefsel verwijderd (tot alle snijranden vrij zijn van kankercellen). Het kunnen aanbieden van Mohs' chirurgie past in onze missie om het volledig palet van dermatologische zorg aan te bieden.

Gegevens uitwisselen en digitaal afspraken maken

In 2022 is de basis gelegd voor uitwisseling van gegevens met patiënten (VIPP 5). Volgend op deze ontwikkeling wordt het ook mogelijk voor de patiënt om zijn eigen afspraak digitaal te maken. Dit vraagt ook om aanpassingen van de administratieve processen. De ICT randvoorwaarden zijn aangepast en in 2023 zal deze mogelijkheid verder worden geïmplementeerd.

2.8 Resultaten van interne audits (monitoren en meten)

De organisatie-brede interne audits zijn uitgevoerd door externe experts. Deze interne audits zijn gebaseerd op kwaliteitseisen en wet- en regelgeving. De processen die beoordeeld zijn hebben betrekking op het primaire proces.

Infectiepreventie

In 2022 is onze jaarlijkse expert audit over infectiepreventie uitgevoerd op de hoofdlocatie door een ziekenhuishygiënist. Op de satelliet locaties heeft het centrale kwaliteitsteam een interne audit gelopen. De satelliet locaties worden eens per twee jaar getoetst door een externe expert auditor. In alle audits is infectiepreventie, de opslag van steriele hulpmiddelen, als ook de naleving van protocollen en specifiek beleid op de poliklinische OK en zelfstandige behandelkamers getoetst. We voldoen aan de kwaliteitseisen en hebben mogelijke verbeterpunten onder de aandacht gebracht bij medewerkers.

Management van Medicatie

Deze jaarlijkse audit is in mei-juni van 2022 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 verbeterpunten onder de aandacht gebracht bij medewerkers.

ADR wetgeving - Gevaarlijke stoffen over de weg

Begin 2022 werd er een expert audit gevaarlijke stoffen uitgevoerd. Op verschillende ADR onderwerpen werden tekortkomingen geconstateerd daar ADR wet –en regelgeving niet voldoende was geborgd. Er is direct een plan van aanpak opgesteld die de tekortkomingen heeft weggenomen. In overleg werd in augustus 2022 een her-audit uitgevoerd. Hier werden geen tekortkomingen meer geconstateerd. Het proces rondom ADR is tot op heden goed op orde. Dit blijkt uit interne toetsingen en evaluaties.

2.9 Realisatie kwaliteitsdoelstellingen 2022

Naast onze prioriteit om goede zorg te kunnen leveren en onze organisatie financieel gezond te houden hebben we gewerkt aan de realisatie van de volgende kwaliteitsdoelstellingen.

1) Elektronisch scholingsprogramma; e-learning modules

Specifiek: Verder ontwikkelen van digitale scholing per kwaliteit en patiëntveiligheid thema's; patiëntveiligheid, toegang tot zorg, rechten en plichten van de patiënt, zorg voor patiënten, anesthesie en chirurgische zorg, aangevuld met kwaliteitsmanagement en facilitair management. De scholing van medewerkers kan in de toekomst individueel en op ieder moment worden gevolgd.

Meetbaar: December 2022 zijn bovenstaande thema's klaar qua inhoud, verwerkt in de e-learning module van Confluence. Gedurende 2023 wordt aantoonbaar welke (verplichte) scholing door welke medewerker gevolgd is. Afname van de e-learning wordt vastgelegd in persoonlijk portfolio/rapport.

Acceptabel: De modules over de zorg gerelateerde thema's zijn in 2020-2021 op papier ontwikkeld. Deze dienen in 2022 gedigitaliseerd te worden in de e-learning module van Confluence.

Realistisch: Ja, het benodigde budget wordt hiervoor beschikbaar gesteld.

Tijdsgebonden: December 2022 zijn de benoemde thema's uitgewerkt als e-learning module in Confluence en gereed voor gebruik.

Status: de uitdaging is naast het vertalen vooral de beschikbaarheid van ICT ondersteuning geweest. Er is een grote afhankelijkheid van de mogelijkheid voor de inzet van ICT-medewerkers. Deze zijn beperkt beschikbaar doordat de prioriteit in beginsel ligt bij onderhoud en ontwikkeling van de primaire systemen die de zorgorganisatie ondersteunen.

2) Kwaliteitssysteem monitoren

Specifiek: Volgend op de vernieuwingen in de organisatie en de gemaakte beleidsafspraken is het zaak deze intern te monitoren/toetsen door middel van interne audits. In 2022 is een aantal medewerkers opgeleid tot interne auditor voor het uitvoeren van interne audits.

Meetbaar: December 2022 zijn op verschillende kwaliteitsonderwerpen m.b.t. onder andere facilitair management, medicatiemanagement en infectiepreventie de beleidsnormen vertaald in een audit-format. Medewerkers worden als auditor opgeleid en er wordt een planning gemaakt wanneer de interne audits worden uitgevoerd en de uitkomsten hiervan worden teruggekoppeld binnen de organisatie.

Acceptabel: Ja, de medewerkers die de interne audits uitvoeren worden in het gehele proces gefaciliteerd door het centrale kwaliteitsteam, waardoor we een gezamenlijk doel bereiken; inzicht te krijgen in de naleving van onze interne beleidsafspraken en het functioneren van het algehele kwaliteitssysteem.

Realistisch: Binnen 1 jaar hebben wij onze beleidsnormen vertaald naar een audit-format, onze auditors opgeleid, interne audits uitgevoerd en teruggekoppeld binnen onze organisatie.

Tijdsgebonden: Januari 2022 wordt gestart met het uitwerken van thema's in een audit-format, medio zomer worden processen geïmplementeerd bij onze medewerkers die opgeleid worden tot interne auditors en een auditplanning gemaakt. December 2022 zijn interne audits uitgevoerd,

uitkomsten zichtbaar en teruggekoppeld binnen de organisatie.

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

Status: de interne audits zijn op de beoogde onderwerpen uitgevoerd. Uit de geleerde les vanuit ons partner zorgbedrijf is de keuze gemaakt de interne audits niet door onze medewerkers te laten uitvoeren maar dit proces te laten bij het centrale kwaliteitsteam.

De reden hiervan is dat de druk op de zorgorganisatie niet alleen al groot genoeg is, maar ook een pilot aldaar ons heeft doen inzien dat interne audits niet door alle medewerkers uitgevoerd kunnen worden. Om een audit uit te voeren is veel kennis nodig over de inhoud en de zin/achterliggende reden van de afspraken. We hebben daarom deze doelstelling bijgesteld en de audits vanuit het centrale kwaliteitsteam uitgevoerd.

3) Doorontwikkeling dashboard kwaliteitsindicatoren en prestatie-indicatoren

Specifiek: Doorontwikkeling van het dashboard Insight met een tweede indicator, om hiermee de resultaten van een eczeem behandeling inzichtelijk te maken.

Meetbaar: Januari 2022 wordt er een besluit genomen over de te gebruiken data verzameling. Aan de hand van deze beslissing wordt het EPD ingericht en dataverzameling gestart.

Acceptabel: Ja, de vragenlijst wordt geïmplementeerd in het EPD en het werkproces, zodat de dataverzameling van start gaat via Insight.

Realistisch: Ja, de basis is al gelegd in het EPD en in Insight. De grootste uitdaging is de ICT capaciteit (personele beschikbaarheid) voor de implementatie van deze doelstelling.

Tijdsgebonden: In december 2022 zijn de doorontwikkelingen zichtbaar en data is in het dashboard te herleiden.

Status: Na interne discussie is besloten de zorguitkomst voor de behandeling van eczeem te verzamelen middels de (POEM) vragenlijst. De vragenlijst is geïmplementeerd in het EPD en in het zorgproces. Uit de evaluatie en dataverzameling is gebleken dat zowel patiënten als zorgverleners niet de toegevoegde waarde zien van een dergelijke vragenlijst. In de data is te zien dat patiënten slechts eenmalig de vragenlijst invullen. Hierdoor ontstaat er geen goed beeld van de zorguitkomst. Meerdere keren is de vragenlijst opnieuw geïmplementeerd, maar zonder succes. De meerwaarde tijdens de behandeling wordt niet gezien en de uitleg aan patiënten kost te veel tijd. We onderzoeken daarom of een andere manier van uitvragen van de vragenlijst realistisch is en een andere vragenlijst meer van toegevoegde waarde.

2.10 Kwaliteitsdoelstellingen voor 2023

De kwaliteitsdoelstellingen voor 2023 hebben betrekking op verdere ontwikkeling van de introductie van nieuwe medewerkers en continue kunnen faciliteren van medewerkers om bijgeschoold, bevoegd en bekwaam te blijven. In 2023 worden ook kwaliteitsindicatoren verder ontwikkelt en geïntroduceerd op de werkoverleggen als periodiek onderwerp. Om de afhankelijkheid van ICT capaciteit te verlagen wordt een aantal indicatoren periodiek middels een dashboard in kaart gebracht. Dit is de zogenaamde kwaliteitsmonitor.

1) Elektronisch scholingsprogramma; e-learning modules

Specifiek: Verder ontwikkelen van digitale scholing per kwaliteitsthema; patiëntveiligheid, toegang tot zorg, rechten en plichten van de patiënt, zorg voor patiënten, anesthesie en chirurgische zorg, aangevuld met kwaliteitsmanagement, Bestuur & Leiderschap en facilitair management. De scholing van medewerkers kan individueel en op ieder moment worden gevolgd.

Meetbaar: December 2023 zijn de aanvullende thema's klaar qua inhoud. De thema's die gereed zijn zijn verwerkt in de e-learning module van Confluence. In 2023 is een systeem ingericht welke scholing verplicht is en aantoonbaar gevolgd moet worden.

Acceptabel: De modules over de zorg gerelateerde thema's (exclusief de aanvullende thema's) zijn in 2023 gedigitaliseerd in de e-learning module van Confluence.

Realistisch: Ja, het benodigde budget is hiervoor beschikbaar gesteld. Capaciteit van ICT krijgt uitbreiding.

Tijdsgebonden: December 2023 zijn de benoemde thema's uitgewerkt als e-learning module in Confluence en gereed voor gebruik.

2) Kwaliteitsindicatoren

2a kwaliteitsdashboard

Specifiek: Ingebruikname van het dashboard Insight na afronden Implementatie van de indicator over patiënt tevredenheid.

Meetbaar: In 2021 is de dataverzameling overgegaan op Brightfish.

Acceptabel: Ja, de vragenlijst is geïmplementeerd in het EPD en het werkproces ingericht.

Realistisch: Ja, de basis is gelegd in het EPD en in Insight. De grootste uitdaging is de ICT capaciteit (personele beschikbaarheid) voor de benodigde digitale aanpassingen.

Tijdsgebonden: In december 2023 zijn de ontwikkelingen van het dashboard zichtbaar en de data te monitoren voor artsen.

2b kwaliteitsmonitor

Specifiek: Kwaliteitsmonitor verder ontwikkelen met indicatoren over complicaties, incidentmeldingen en post operatieve wondinfecties. Data tweemaandelijks delen met teams / medewerkers. Dit loopt parallel aan de ontwikkeling van het dashboard Insight, waar deze indicatoren mogelijk in kunnen worden overgenomen.

Meetbaar: Periodiek willen wij het resultaat delen met medewerkers en bespreken op de managementlagen van de organisatie.

Acceptabel: Tweemaandelijks beschikbaar stellen van de data middels grafieken door het centrale kwaliteitsteam.

Realistisch: Ja, data is beschikbaar en kan worden weergegeven in grafieken.

Tijdsgebonden: In 2023 wordt de data besproken in management en werkoverleggen. Eind 2023 heeft een evaluatie plaatsgevonden over de bruikbaarheid van de data en de mogelijkheden voor continue monitoring.