

# KWALITEITSJAARVERSLAG 2023



## Inhoud

<b>Inleiding</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Algemeen</b> .....	<b>4</b>
1.1 Algemene informatie .....	4
1.2 Medisch personeel.....	5
1.3 Verwijzers van Huid Medisch Centrum.....	6
<b>2. Kwaliteit, beleid en veiligheid</b> .....	<b>7</b>
2.1 Kwaliteitsmanagementsysteem .....	7
2.2 Veiligheidsmanagementsysteem .....	7
2.3 Klachten .....	9
2.4 Klanttevredenheid .....	9
2.5 Risico's en onzekerheden .....	9
2.6 Maatschappelijke aspecten .....	10
2.7 Interne en externe ontwikkelingen.....	10
2.8 Resultaten van audits.....	10
2.9 Realisatie kwaliteitsdoelstellingen 2023 .....	12
2.10 Kwaliteitsdoelstellingen voor 2024 .....	13

## 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 in 2023 naar tevredenheid.

Managementteam 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](http://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

##### *Toezielhouders*

Drs. S.J.J. Koomen

Drs. B.J.H. Dierick

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

## Zorgverzekeraars – contracten

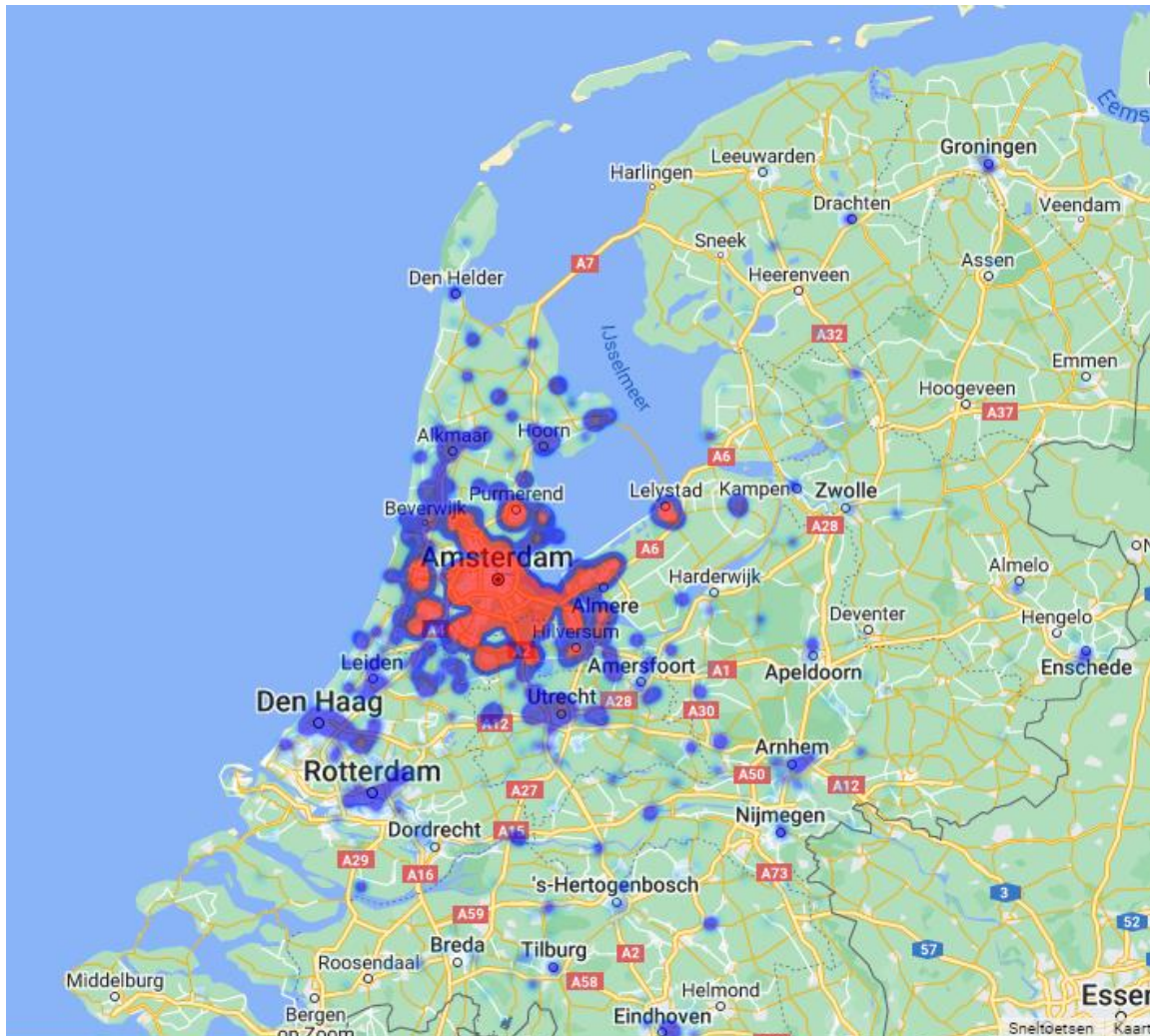
Huid Medisch Centrum heeft met alle zorgverzekeraars in Nederland een contract. Op de website is conform wettelijke verplichting de passantenprijslijst gepubliceerd.

### 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 in 2023.

Naam		BIG registratienummer
<b>Medisch specialisten en basisartsen 2023</b>		
Marcel Bekkenk	Dermatoloog/ supervisor	49048415001
Bart Nanninga	Dermatoloog/ supervisor	69022936801
Menno Gaastra	Dermatoloog/ supervisor	99042012001
Edwin van Leent	Dermatoloog/ supervisor	59045236301
Jan Mekkes	Dermatoloog/ supervisor	79022732301
Norbert Ipenburg	Dermatoloog/ supervisor	09919164001
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
Louise Gerbens	Dermatoloog	09916357801
Julia Klatte	Dermatoloog	49917481001
Sanne Vos	Dermatoloog	69049123501
Thijs Siegenbeek van Heukelom	Dermatoloog	59917963101
Alexander Lokin	Dermatoloog	19920287601
<b>Artsen in opleiding tot medisch specialist</b>		
Sofieke Vermeulen	Arts-assistent	09925719501
Angela Bosma	Arts-assistent	79921847401
Jose van der Waa	Arts-assistent	09926687601
Loes Vos	Arts-assistent	79927331801
Sander Kuipers	Arts-assistent	19916363501
Vidhya Narayan	Arts-assistent	39919260101
Kevin Kwee	Arts-assistent	59924181001
Mehmet Demirbas	Arts-assistent	59925348301

### 1.3 Verwijzers van Huid Medisch Centrum



#### **Adherentie gebied verwijzers Huid Medisch Centrum 2023 (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 is stabiel.

#### **Wetenschappelijk onderzoek**

Voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek is er een nauwe samenwerking met Amsterdam UMC. Hierdoor kan ook de patiëntenpopulatie van Huid Medisch Centrum worden geïncludeerd. De coördinatie ligt bij de onderzoeksverpleegkundigen van de afdeling dermatologie van het Amsterdam UMC.

#### *Deelname aan wetenschappelijk onderzoek 2023*

*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 goed werkende 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 2023 werden er binnen Huid Medisch Centrum in het totaal 78 VIM meldingen in ons systeem gemeld. Op Paasheuvelweg 54 meldingen, Osdorpplein 15 meldingen, Linnaeushof 5 meldingen en op Reguliersgracht 4 meldingen.

Vijfentwintig meldingen kregen de risicoclassificatie zeer laag, 32 laag, 10 midden, 2 hoog en voor 3 gevallen werd er geen risicoclassificatie ingevuld. De meldingen met een hoog risico hebben geleid

tot de afspraak om een allergie voor medicatie ten aller tijde te registreren op de vaste plek in het dossier en niet in de decursus en de procesaanpassing in het opvolgen van PA uitslagen. De meldingen met een midden hoog risico zijn aanleiding geweest voor onderzoek naar het proces van de aanvraag van pathologisch onderzoek en de verwerking ervan bij de leverancier.

Hierbij werd met achttien VIM meldingen een trend gezien in de categorie 'informatiebeveiliging'. In tegenstelling tot vorig jaar ging het nu voornamelijk om een 'verkeerd gekoppelde verwijfsbrief in het dossier', patiënten die een 'verkeerd formulier' (lab of recept) hadden meegekregen en om verkeerd geregistreerde gegevens (adres, huisarts, e-mail) in het dossier. Deze onderwerpen zijn allen onder extra de aandacht gebracht tijdens werkoverleggen.

Wij zien het als positieve ontwikkeling dat wij een stijging in het aantal VIM meldingen zien. Binnen Huid Medisch Centrum wordt gestreefd naar een proactieve veiligheidscultuur waarin medewerkers worden gestimuleerd om (bijna) incidenten te melden om continue verbetering van kwaliteit en veiligheid in de zorg te bewerkstelligen.

#### Overzicht Veilig Incident Melden

Categorie	Aantal
Informatiebeveiliging incidenten	22
Onderzoek	19
Behandeling	10
Communicatie	12
Dossiervoering	8
Medicatie	1
Gebouw en beheer	1
Valincidenten	0
Apparatuur	5
Grens overschrijdend gedrag	0
Totaal	78

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

In 2023 werden er 67 complicaties geregistreerd. Hiervan werden op 2542 operatieve ingrepen 65 complicaties (2,6%) in de dermatologie gemeld. Dermato-chirurgie betrof 52 complicaties en Mohs chirurgie 13 complicaties. In 35 gevallen is dit een postoperatieve wondinfectie (POWI), waarvan 9 in het gelaat, 6 in de hals/nek en 5 op het been. De andere 30 complicaties betroffen wonddehiscentie (soms gepaard met wondinfectie), nabloeding, wondgenezingsstoornis, , hematoom, ulcus na excisie, cellulitis na biopt en necrose bij niet vitaal transplantaat.

In de flebologie werden 2 complicaties (0,78%) gemeld op een totaal 257 varices ingrepen verricht. In één geval is er een postoperatieve wondinfectie na een Muller ingreep ontstaan en in één geval is de sheet tijdens het laseren afgebroken en achtergebleven in het vat. De complicatie waarbij sheet is achtergebleven in het vat is samen met de chirurgen en de leverancier van het medische hulpmiddel onderzocht. In gezamenlijkheid zijn de protocollen nauwkeurig doorlopen. De leverancier geeft aan dat er geen andere meldingen bekend zijn, waardoor een groter onderzoek dan wel recall nodig werd geacht.

In de medische werkoverleggen worden complicaties besproken waaruit lering kon worden getrokken.



## 2.3 Klachten

Er zijn 23 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 9.0 (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's en onzekerheden

Voor onze zorgorganisatie is de veranderende wet- en regelgeving een blijvend risico. Wijzigingen op korte en middellange termijn waar we als organisatie in moeten volgen stroken niet altijd met ons beleid en bedrijfsvoering.



Andere risico's hebben betrekking op uitval van ICT systemen en informatiebeveiliging. Onze risico's brengen we in kaart tijdens onze prospectieve risico analyses op organisatie en locatie niveau.



Medewerkers hebben in de risico analyse een signalerende rol en bijdrage. De risico inventarisaties zijn in 2023 geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

Een uitdaging voor Huid Medisch Centrum is onstabiele bezetting in de personele bezetting. Langdurige uitval door ziekte en juist geschoold personeel vinden zijn daar debet aan. Dit heeft effect op de werkdruk en vraagt

flexibiliteit van de overige medewerkers. De werksfeer en inzet van de teams is echter goed en hoog. Wat niet wegneemt dat we hier oog voor moeten hebben en blijvend het gesprek moeten voeren hierover.

## 2.6 Maatschappelijke aspecten

Er is een duurzaamheidsproject gestart waar projectmatig gekeken naar de reductie van onder andere ziekenhuisafval en het gebruik van milieuvriendelijkere medische hulpmiddelen en processen.

Huid Medisch Centrum participeert in het landelijke Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling tussen Patiënt & Professional (VIPPP) 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 hierdoor toegang tot bepaalde gegevens van hun dossier. De volgende stap is op maat gemaakte patiënteninformatie en het kunnen delen van de eigen gezondheidsinformatie.

## 2.7 Interne en externe ontwikkelingen

In 2022 en 2023 is de basis gelegd voor uitwisseling van gegevens met patiënten (VIPPP 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 2024 zal deze mogelijkheid verder worden geïmplementeerd.

## 2.8 Resultaten van audits

De organisatie-brede audits zijn uitgevoerd door een auditor van Qualicor, externe experts en het centrale kwaliteitsteam (intern). Deze audits zijn gebaseerd op kwaliteitseisen en wet- en regelgeving. De processen die beoordeeld zijn hebben direct en indirect betrekking op het primaire proces, de patiëntenzorg.

### *Externe audit*

Uit de jaarlijkse audit voor de ZKN certificering zijn drie verbeterpunten gekomen waarvoor een verbeterplan diende te worden aangeleverd. Dit betrof de cliëntenraad, handhygiëne tijdens een operatieve ingreep en aanpassing van het Mohs protocol. De verbeterpunten zijn gerealiseerd en ingestuurd aan de lead auditor van Qualicor. De lead auditor heeft de uitkomsten van de verbeterplannen goedgekeurd.

### *Infectiepreventie audit door adviseur infectiepreventie Tensen & Nolte*

De hoofdlocatie wordt jaarlijks getoetst en de buitenlocaties één keer in de twee jaar. De keuze om tweejaarlijks te toetsten is omdat er geen veranderingen op deze locaties plaats hebben gevonden. Interne audits, door het centrale kwaliteitsteam, worden wel jaarlijks uitgevoerd. Dit jaar is de locatie op het Osdorpplein getoetst.

Infectiepreventie is overall goed op orde. Inknippen van steriele gazen, invullen houdbaarheid tot sticker van multi-dose preparaten, re-cappen van naalden blijven aandacht vragen. Het scholingsprogramma van 2024 staat in het teken van infectiepreventie.

Er wordt tevens bekeken of de luchtverversing op de zelfstandige behandelkamers kan worden terug gedraaid. De huidige mate van luchtverversing is niet noodzakelijk conform de richtlijn voor dermatologisch chirurgische ingrepen.

### *Medicatiemanagement audit door apotheker Pharmacor*

Uit de audit medicatiemanagement is gebleken dat opslag en gebruik van (risico) medicatie op orde is. Een aandachtspunt is het invullen en controleren op houdbaarheid van multidose preparaten. Dit werd niet structureel geconstateerd. In het algemeen zijn de locaties schoon en netjes. Er is geen sprake van grote voorraden.

### *Interne audits*

Er zijn interne audits uitgevoerd op de zorg gerelateerde thema's infectiepreventie, medicatiemanagement en facilitair management. De audits zijn uitgevoerd door het centrale kwaliteitsteam in samenwerking met de operationeel manager. De onderwerpen waren op alle locaties op orde op een aantal aandachtspunten na. De aandachtspunten zijn teruggekoppeld aan de teams in werkoverleggen en indien noodzakelijk opgenomen in de verbetermodule. De interne audits zijn apart gedocumenteerd.

### *RI&E*

De risico inventarisatie is geactualiseerd door het managementteam. Doordat er geen Arbo gerelateerde wijzigingen hebben plaatsgevonden in de organisatie zijn er geen nieuwe risico's toegevoegd.

## 2.9 Realisatie kwaliteitsdoelstellingen 2023

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:** De bovenstaande thema's zijn verwerkt in de e-learning module van Confluence. Gedurende 2023 is aantoonbaar welke (verplichte) scholing door welke medewerker gevolgd is. Afnames van de e-learning wordt vastgelegd in persoonlijk portfolio/rapport.

**Acceptabel:** De modules over de zorg gerelateerde thema's zijn 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 2023 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. We hebben de scholing daardoor zoals voorheen klassikaal aangeboden.

### 2. 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:** Er wordt 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 2023 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. 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 2024

De kwaliteitsdoelstellingen voor 2024 hebben betrekking op verder ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en deze informatie delen op de werkoverleggen.

### Kwaliteitsdoelstellingen

#### *1 Patiënten applicatie Mijn Huid Medisch Centrum*

**Specifiek:** Inrichting en implementatie van de patiënten applicatie. Patiënt heeft inzage in zijn dossier, kan digitaal afspraken maken (en beheren) en digitaal patiënteninformatie raadplegen via de applicatie.

**Meetbaar:** Iedere 3 maanden wordt de voortgang van de doelstelling geëvalueerd.

**Acceptabel:** Stijging van het aantal gebruikers met 20% van de applicatie na de implementatiefase.

**Realistisch:** Ja, de uitdaging betreft de personele beschikbaarheid binnen het ICT team. Wanneer blijkt dat de ICT capaciteit dit niet toelaat, zal deze worden ondersteund door externen.

**Tijdsgebonden:** In december 2025 is de patiënten applicatie ingericht en geïmplementeerd.

#### *2 Kwaliteitsmonitor*

**Specifiek:** Doorontwikkeling van dashboard Insight met de kwaliteitsindicatoren; complicaties, incidentmeldingen en post operatieve wondinfecties.

**Meetbaar:** Data tweemaandelijks middels grafieken beschikbaar stellen, delen met medewerkers en bespreken op de managementlagen van de organisatie.

**Acceptabel:** Ja, dit betreft een aanpassing in het digitale proces welke betrekking heeft op het ICT team. Deze zullen, wanneer blijkt dat de ICT capaciteit dit niet toelaat door personele beschikbaarheid, ondersteund worden door externen.

**Realistisch:** Ja, de uitdaging betreft de personele beschikbaarheid binnen het ICT team. Wanneer blijkt dat de ICT capaciteit dit niet toelaat, zal deze worden ondersteund door externen.

**Tijdsgebonden:** Juli 2025 zijn kwaliteitsindicatoren; complicaties, incidentmeldingen en post operatieve wondinfecties voor het centrale kwaliteitsteam in realtime te monitoren, analyseren en te volgen in ons dashboard Insight en data tweemaandelijks middels grafieken beschikbaar worden gesteld binnen de organisatie.