

Jaarplan: doelstellingen en kwaliteitsplanning 2018-2021

Algemeen

Vanuit 2005 is de SCH uitgegroeid tot een professionele polikliniek cardiologie met een goede naam en contacten naar verwijzers en grotere centra voor invasieve diagnostiek en behandeling. Het beleid van de SCH is er op gericht voortdurend te werken aan het verder verbeteren van de kwaliteit, waarvan de details hieronder uitgewerkt zijn. Gezien de kwetsbaarheid van een kleine organisatie zijn intussen de contacten met het Radboud ziekenhuis geïntensifieerd, hetgeen heeft uitgemond in het voorleggen van een substitutie project aan een van de grote verzekeraars met als doel de toegankelijkheid van zorg te verbeteren en door via de juiste patiënt op de juiste plaats de druk op organisaties en kosten te verminderen. In de pilot die nu voorgesteld wordt, zullen de voor- en nadelen van deze benadering in kaart gebracht worden, om bij een positief resultaat deze werkwijze verder uit te kunnen rollen.

In de loop van 2018 zal met de verzekeraars waar nog een plafond in de afspraken voorkomt besproken worden of de kunnen worden verhoogd dan wel we op onze website variabele wachttijden zullen gaan vermelden. Inmiddels is besloten toch de investering voor aansluiting op de verwijzingsportaal Zorgdomein te doen, wat resulteert in meer verwijzingen en huisartsen die blij zijn met deze duidelijke en voor hen makkelijke manier van verwijzen; voorts zien ze onze korte toegangstijd van 2 dagen en zijn ze blij met onze snelle verslaglegging (zelfde dag Zorgmail). Voor ons werkt de verwijzing via Zorgdomein ook goed door complete informatie via de verwijzing en de mogelijkheid direct proactief in te plannen als de verwijzing binnen komt.

Documentatie kwaliteitssysteem

De afgelopen jaren zijn verbeteringen die duidelijk werden bij de audits van KIWA verwerkt. Op 7 september 2018 heeft inmiddels een succesvolle nieuwe audit voor het ZKN certificaat plaatsgevonden.

Kwaliteit en veiligheid EPD

Het VMS alsmede de AVG en NEN7510 zijn met volle aandacht binnen onze structuur geïmplementeerd en zal ook de komende jaren boven op de agenda blijven (als permanente PRi/PRA).

Audit ziekenhuishygiënist en ADR

Op basis van de ZKN-audit in 2013 heeft in 2014 een audit door een ziekenhuishygiënist plaats gevonden, waarbij alles in orde bevonden werd. Het advies was om gezien het ontbreken van invasieve activiteiten met een lage frequentie (eens per 2-3 jaar) vervolg audits te laten plaats vinden. Er is gekozen voor een termijn van 3 jaar, waarop september 2017 weer een audit heeft plaats gevonden, waarbij alles in orde was. Voorts in juli 2018 audit ADR, met vervolg audit in 2023.

Audit apotheker

Jaarlijkse controle van de medicatie en de opslag daarvan door onze toezichhoudend apotheker

Controle plan apparatuur

Voor alle medische apparatuur en de noodverlichting bestaan onderhoudscontracten met daarin opgenomen jaarlijkse controles.

Kwaliteit management cardiologen

In 2014 werd het IFMS in het verlengde van de visitatie van 2013 ingevoerd; in het laatste kwartaal van 2015 zullen weer KISZ lijsten en QuickScan ingevuld worden door beide cardiologen. In 2014 is hiervan afgezien, omdat de bevindingen bij de IFMS grotendeels overeenkwamen met de bevindingen bij het invullen van deze lijsten voor visitatie in 2013 en er geen nieuwe gezichtspunten verwacht werden. In het tweede kwartaal van 2017 heeft een nieuwe IFMS-audit plaatsgevonden, begin 2019 zal naar verwachting de nieuwe kwaliteitsvisitation van de NVvC plaatsvinden.

Patiënten tevredenheidsonderzoek

Jaarlijkse uitvoering van patiënten tevredenheidsonderzoek door het externe bureau Active Solutions volgens ZKN-richtlijnen met bespreking van de bevindingen en oppakken verbeterpunten. Dit zal elk jaar in het Kwaliteitsjaarverslag opgenomen worden. Het streven is om de hoge tevredenheidsscore (ruim boven de 8) en respons rate (rond 50 % reageerde op de mailing) in de komende jaren te evenaren. Zoals eerder gemeld hebben we besloten om binnen onze poliklinische setting zonder ingrepen geen PROM's meer te verrichten.

VMS

1 Algemeen

In 2013 is het VMS succesvol geïmplementeerd binnen de SCH. Dit heeft duidelijk geleid tot verbeteringen in de dagelijkse bedrijfsvoering op het gebied van kwaliteit van zorg en patiënt veiligheid. Hierdoor wordt dit beleid gedragen door alle medewerkers van de organisatie.

2 PRi's

Er zijn twee uitgebreide PRi's verder uitgewerkt in 2017, te weten:

PRi 1: In 2014 zijn de veiligheid van het EPD met onderliggende ICT-beheer structuur betreffende de risico's op dataverlies en toegang van onbevoegden nader als PRi uit gewerkt. Gezien het belang van dit aspect en de invoering van ons nieuwe EPD, dat uitgesteld is naar 2015, is besloten om de PRi in 2016 continu verder te vervolgen met uitbreiding met implementatie van de NEN7510 norm.

PRi 2: In feite geldt dat ook voor de tweede PRi betreffende de antistolling bij AF. De richtlijnen worden steeds strikter en maken het vervolgen van deze groep patiënten steeds belangrijker. Uit enkele onderzoeken van de afgelopen jaren komt naar voren dat er nogal wat patiënten met atrium fibrilleren wat betreft hun antistolling onder behandeld worden en een grotere kans lopen op het krijgen van een herseninfarct (CVA). Begin 2014 heeft de American College of Cardiology (ACC) de strengere Europese richtlijnen overgenomen toen duidelijk geworden was dat het volgen van deze richtlijnen een duidelijke reductie van het aantal herseninfarcten gaf. Hierop heeft de NVvC het advies gegeven de CHADS-2VASC scores in het EPD te implementeren volgens de richtlijnen van de ESC, NVvC, en nu ook ACC. In feite heeft de NVvC de PRi uitgevoerd en implementeren alle cardiologen van Nederland op basis van deze gegevens deze kennis in hun dagelijkse praktijk. Voor de IGZ rapportage is gekeken of alle patiënten met AF adequaat ontstold waren; dit bleek zo te zijn.

VIM

Binnen de SCH bestaat een positieve houding ten opzichte van het melden van VIM's, zeker omdat er in de praktijk direct wat mee gedaan wordt. Dit beleid wordt gecontinueerd, waarbij bij alle vergaderingen aandacht besteed wordt of er nog recente meldingen hebben plaats gevonden. Voorts worden op regelmatige basis VMS-vergaderingen gehouden. In de IFMS van 2014 is een klacht aan het Rijnstate ziekenhuis door een patiënte van ons verder uitgewerkt en heeft follow up met het Rijnstate ziekenhuis plaatsgevonden. Intussen heeft eind 2015 een gelijkaardig voorval plaatsgevonden dat pas in 2016 aan het licht kwam. In overleg met de huisarts van deze patiënte en patiënte zelf is een transmurale VIM bij het Rijnstate ziekenhuis ingediend. In 2016 hebben alleen minor events geresulteerd in enkele VIM's, 2017 en 2018 laten hetzelfde beeld zien.