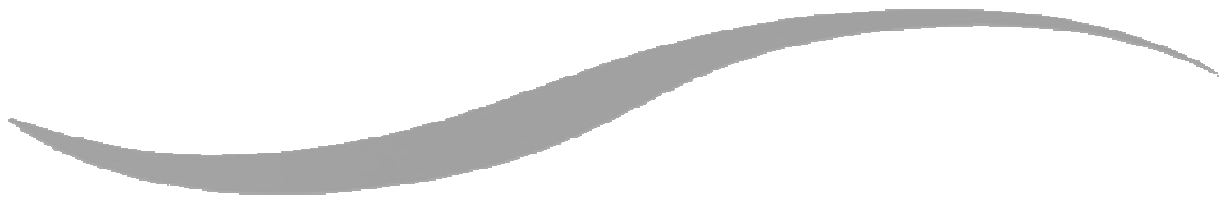


Jaarverslag

Psoriasisdagbehandelingscentrum
Midden-Nederland te Ede

2010



Inhoudsopgave

1.	VOORWOORD	2
2.	PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	3
2.1.	Algemene gegevens	3
2.2.	Structuur	3
2.3.	Kerngegevens	3
2.4.	Samenwerkingsrelaties	6
3.	BESTUUR, TOEZICHT EN BEDRIJFSVOERING	7
3.1.	Normen voor goed bestuur	7
3.2.	Raad van Bestuur	7
3.3.	Raad van Toezicht	8
3.4.	Bedrijfsvoering	9
3.5.	Cliëntenraad	10
4.	BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	11
4.1.	Meerjarenbeleid	11
4.2.	Algemeen beleid	12
4.3.	Algemeen kwaliteitsbeleid	13
4.4.	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van cliënten	14
4.5.	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van medewerkers	22
4.6.	Samenleving	24
4.7.	Financieel beleid	25

1. Voorwoord

Hoewel 2010, net als 2009, economisch gezien een turbulent jaar was, blijkt (ook uit dit jaarverslag) dat economie en gezondheidszorg twee volkomen verschillende begrippen zijn. Anders gezegd: ziekte houdt zich niet aan economische wetten en regels, noch aan bloei of neergang van de economie.

Ziekte is een toestand die bij het leven hoort en betreft het gestoord zijn van de werking van onderdelen van het lichaam. Ziektebestrijding kan wel te lijden hebben van de neergang van de economie, waardoor er bijvoorbeeld minder geld voor beschikbaar is. Ook kan door verslechterde economische omstandigheden er minder geld beschikbaar zijn voor onderzoek naar oorzaken van ziektes.

Anderszins kan ziekte en ziekteverzuim leiden tot minder arbeidsprestaties en arbeidssatisfactie waardoor ook de economie ongunstig beïnvloed kan worden. Met andere woorden: minder ziekte, minder verzuim en beter draaien van economische processen door het kunnen inzetten van gezonde werkers.

Dus, hoe minder zieken of ziektes, des te meer kansen voor het bloeiend houden of weer bloeiend krijgen van de economie. Dus, ook in economisch onzekere tijden is het van belang te blijven investeren in een goede gezondheidszorg.

Psoriasis is een chronische ziekte. Er zijn geen middelen of mogelijkheden deze aandoening in één keer te genezen.

Dat dagbehandeling, zoals door ons gegeven, voor vele patiënten met psoriasis een uitkomst is blijkt uit resultaten van de doorlopende enquête die in ons centrum gehouden wordt. Men weet de behandelingen naar waarde te schatten en wij weten daardoor te voldoen aan één van onze doelstellingen, namelijk dat de door ons gegeven therapie leidt tot het gewenste resultaat en dat de patiënt tevreden is met de wijze waarop dit resultaat bereikt wordt.

Wat ons betreft: ook wij blijven ons inzetten voor de patiënt met psoriasis, opdat deze een zo normaal mogelijk leven kan leiden en daardoor zijn / haar steentje op eigen wijze aan onze economie zal kunnen bijdragen.

Daarnaast zullen wij ons in 2011 weer inzetten om, als gespecialiseerd expertisecentrum in de dermatologie, onze kennis en ons kunnen te vergroten.

Dr. D. de Hoop, Voorzitter Raad van Toezicht

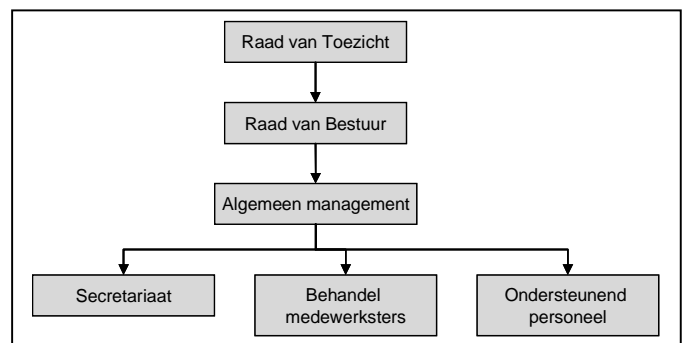
2. Profiel van de organisatie

2.1. Algemene gegevens

Psoriasisdagbehandelingscentrum Midden-Nederland
Padberglaan 10
6711 PD Ede
0318 650776
KVK 09104066
info@psoriasis-ed.nl
www.psoriasis-ed.nl

2.2. Structuur

Het Psoriasisdagbehandelingscentrum (PDBC) is een Stichting. Het bestuur wordt uitgevoerd volgens het Raad-van-Toezicht model. Gezien de omvang van de organisatie is een ondernemingsraad niet verplicht. Voor de cliëntenraad is er een samenwerkingsverband met het Ziekenhuis Gelderse Vallei.



2.3. Kerngegevens

2.3.1. Kernactiviteiten

De kernactiviteit is behandeling van de huidziekte psoriasis door middel van lichttherapie in de vorm van dagbehandeling. Het sterke punt van het PDBC is

Profiel van de organisatie

dat alle mogelijke belichtingen kunnen worden toegepast, in combinatie met andere (systemische) therapieën. Dit betreft UVA en UVB, en allerlei deelbelichtingen. Een patiënt wordt in principe driemaal per week behandeld, in een serie van ongeveer dertig behandelingen. Een behandeling bestaat meestal uit een zoutbad, gevolgd door UVB (TL-01) belichtingen, veelal gegeven in combinatie met ditranol-crème behandelingen in kort contact therapie. In een kleiner aantal gevallen is er behandeling met Bad-PUVA. De mogelijkheid van belichting op hardnekkige plaatsen, zoals het hoofd, handen en voeten, en ditranol-crème behandelingen zijn uniek, maar wel arbeidsintensief. De patiënt met psoriasis komt in het PDBC in een informele, laagdrempelige en prettige sfeer. Onderling contact van patiënten is van groot belang en kan van grote steun zijn in het aanvaarden van deze chronische ziekte.

Het PDBC is afhankelijk van seizoensinvloeden. In het hoogseizoen (februari tot juni) wordt elke werkdag van 8:30 tot 20:30 behandeld in twee diensten van ieder zes uur, en met drie behandelassistentes per dienst. Zaterdag wordt er één dienst gedraaid met drie medewerksters. In totaal zijn er dan 33 diensten (bedoeld als roosterperiodes) van zes uur. In het laagseizoen (juli tot februari) is het PDBC op maandag, woensdag en vrijdag vaak volledig bezet, en wordt er op dinsdag en donderdag alleen een ochtenddienst met één of twee behandelassistentes uitgevoerd. Op zaterdag is het PDBC gesloten. In het laagseizoen zijn er dan tussen de 20 en 22 diensten (roosterperiodes) per week. Tussensituaties kunnen voorkomen, en de bezetting van het PDBC is verder afhankelijk van het weer: weinig zon geeft meer psoriasisproblemen en dus meer vraag naar behandelingen.

Alle behandelingen van het PDBC vallen in het publieke deel van de gezondheidszorg. Er wordt gewerkt volgens de DBC-structuur. Met ingang van 2008 zijn de DBC's voor onze activiteiten verplaatst van het A-segment naar het B-segment. Dit betekende dat er voor het kostendeel onderhandelingen moesten plaatsvinden met de zorginkoop van de koepels van zorgverzekeraars. Er waren voor 2010 contracten met alle belangrijke koepels van verzekeringsmaatschappijen. Eind 2010 zijn de nieuwe onderhandelingen voor 2011 gestart.

2.3.2. Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

In termen van individuele lichtbehandelingen is de maximum capaciteit 72 behandelingen per dag bij een volledige bezetting van personeel. Vanwege de seizoensinvloeden is de precieze omvang van het gebruik van deze capaciteit moeilijk te geven: buiten het hoogseizoen worden op dinsdag, donderdag en zaterdag weinig behandelingen gegeven en wordt op de andere dagen zo mogelijk met verminderde capaciteit gewerkt. Als indicatie kan een efficiëntie van de capaciteit op jaarbasis van ca. 74% worden gegeven. Het PDBC heeft een personeelsomvang van 5,8 FTE.

Behandelingen vinden plaats volgens één DBC: 11.0.20.82. Daarnaast is er een DBC met de code 11.0.20.14, waarmee een consult zonder daaropvolgende behandeling wordt gedeclareerd. Van deze DBC's zijn er respectievelijk 996 en 22 gedeclareerd via het Vecozo portal. Uit deze aantallen is niet automatisch het aantal individuele behandelingen in 2009 af te leiden, omdat de bovenstaande aantallen de DBC's aangeven, die in het verslagjaar zijn gesloten. Van die DBC's kunnen individuele behandelingen al in 2009 zijn gegeven (DBC in 2009 geopend). Het aantal DBC 's voor 2010 iets lager dan in 2009.

2.3.3. Werkgebieden

Patiënten bezoeken de kliniek vanuit een groot verzorgingsgebied. De nadruk valt in de regio rondom Ede: 49,3 % van het totale aantal patiënten in 2010 was afkomstig uit Ede, Bennekom, Wageningen en Veenendaal. Dit gebied is vergelijkbaar met het verzorgingsgebied van Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV). Per provincie zijn de percentages in het totale aantal behandelde patiënten als volgt: Gelderland: 69,5 % (Ede-Wageningen-Bennekom-Barneveld: 37,1 %), Utrecht: 25,1 % (Veenendaal: 13,3 %), Noord-Holland: 2,3 %, Noord-Brabant 1,0 %, Overijssel 0,8 %, Flevoland 0,5 %, en Drenthe, Limburg en Groningen ieder 0,3 %. Het totale aantal patiënten was 383 (2009: 384) voor de declaraties die via Vecozo zijn ingediend. Het percentage patiënten uit Gelderland is ten opzichte van 2009 licht gestegen, vanuit Veenendaal iets gedaald. Dit is een tegengestelde beweging ten opzichte van 2008. Uit deze

cijfers blijkt dat het PDBC nog steeds in een grote behoefte voorziet in het verzorgingsgebied van ZGV maar ook daarbuiten.

2.4. Samenwerkingsrelaties

Het PDBC heeft met een aantal verschillende organisaties samenwerkingsregelingen, overeenkomsten of contracten. Dit zijn:

- Ondersteuning bij calamiteiten, klachtenregeling, cliëntenraad, apotheek: Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede).
- Samenwerkingsverband Maatschap Dermatologie Gelderse Vallei.
- 2care4Skin.
- Padberglaankliniek.
- Officiële instanties voor controle op doelmatigheid en rechtmatigheid van behandelingen: Nederlandse Zorgautoriteit, DBConderhoud en DIS.
- Periodieke inspecties: Staatstoezicht Volksgezondheid, Arbeidsinspectie, Legionella inspectie (VROM), Looncontrole (UWV), visitatie Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV).
- Contracten met alle koepels van zorgverzekeraars: Agis, Achmea, CZ, Delta Lloyd, Menzis, Multizorg, Ohra, UVIT (VGZ, Univé, IZA en Trias). Met andere zorgverzekeraars worden op individuele basis contracten afgesloten wanneer dat nodig is.
- Administratieve regelingen: Ernst & Young, Raet, Nationale Nederlanden, Pensioenfonds PGGM.
- Beroeps- en belangenverenigingen: Psoriasis Vereniging Nederland (PVN), Huidfonds, Beroepsvereniging van Zorgprofessionals, Dermatologie (V&VN).

3. Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

Als kleine zorginstelling is tot 2006 gewerkt met een Raad van Bestuur bestaande uit twee leden. Op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) alsmede het op 1 januari 2006 in werking getreden Uitvoeringsbesluit Wet Toelating Zorginstellingen is in 2006 een Raad van Toezicht ingesteld. Bij de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht is eveneens rekening gehouden met de aanbevelingen voor goed bestuur en goed toezicht uit hoofde van de Zorgbrede Governancecode (2010).

3.1. Normen voor goed bestuur

De Zorgbrede Governancecode wordt door het PDBC gevolgd behoudens enkele uitzonderingen die het functioneren als kleine zorginstelling met zich meebrengen. 2007 was het eerste jaar waarin het PDBC volledig volgens het Raad van Toezicht model heeft gewerkt. Dit heeft zodanig gefunctioneerd dat ook voor 2010 geen veranderingen zijn aangebracht.

3.2. Raad van Bestuur

Aan het begin van het verslagjaar bestond de Raad van Bestuur (RvB) uit één persoon, namelijk Mw. A.M.E. Visser-van Andel, dermatoloog, in het dagelijks leven werkzaam in de Gelderse Vallei in Ede, en als dermatoloog werkzaam in het PDBC. In het verslagjaar is in deze situatie geen verandering gekomen. De taak en werkwijze van de RvB is vastgesteld overeenkomstig de Zorgbrede Governancecode. De RvB is eindverantwoordelijk voor het besturen van het PDBC, onder meer inhoudende verantwoordelijkheid voor realisatie van doelstellingen, de strategie en het beleid en de daaruit voortvloeiende resultatenontwikkeling. De RvB legt hierover verantwoording af aan de Raad van Toezicht (RvT).

De bezoldiging voor de RvB is voor 2010 overeenkomstig marktconforme normen vastgesteld door de Raad van Toezicht en gegevens hierover zijn opgenomen in de DigiMV-rapportage. De omvang van het PDBC brengt mee dat de taak van de RvB een parttime functie is. Er is geen bezwaar dat het lid

van de RvB eveneens als dermatoloog werkzaam is in het ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede. Het komt de afstemming op het gebied van patiëntenzorg ten goede. Voor het overige worden de eisen van belangenverstrengeling conform de Zorgbrede Governancecode nagekomen.

Tijdens de driemaandelijke vergaderingen tussen RvT en RvB worden, voor zover mogelijk, duidelijke genotuleerde afspraken gemaakt. In de erop volgende vergadering worden de notulen formeel vastgesteld.

3.3. Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht (RvT) is net als vorig jaar uit de volgende personen samengesteld:

de heer dr. D. de Hoop (VZ),
de heer ir. W.C.M. Albersen (Lid).

De heer de Hoop, dermatoloog, heeft als één van de oprichters van het PDBC, ervaring in de patiëntenzorg zoals deze in het PDBC plaatsvindt.

De heer Albersen, bedrijfskundig ir., heeft als ondernemer in de zorgsector ervaring met zorgorganisaties en met de processen zoals die plaatsvinden in het PDBC.

De RvT heeft tot taak toezicht te houden op het besturen door de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in het PDBC. Daarnaast ziet de RvT toe op de doelrealisatie die de Raad van Bestuur wil bereiken door middel van zijn strategie, beleid en beheer.

Samen hebben zij een goed zicht op hetgeen in het PDBC gebeurt en hetgeen er volgens hen zou moeten gebeuren. De afstand tot bestuur en directie is klein waardoor de communicatielijnen kort zijn.

De RvT kan adequaat de rol van toezicht in het PDBC vervullen. Enerzijds omvat dit toezicht de benodigde dermatologische kennis en inzicht in toekomstige ontwikkelingen in de dermatologie, toegespitst op de behandeling van patiënten met psoriasis, anderzijds is er ervaring vanuit het bedrijfsleven gerelateerd aan de zorg, dan wel affiniteit met de zorg.

De bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht is opgenomen in de DigiMV-rapportage.

In 2010 zijn er door de RvT tweemaandelijks gesprekken gevoerd met de RvB. Naast rapportages over dagelijkse beslommeringen werden tijdens deze gesprekken vooral onderwerpen besproken die de toekomst betreffen. Hierbij werd vooral aandacht besteed aan SWOT-analyses en werden mogelijke veranderprocessen besproken.

Door de korte lijnen, zoals de tweemaandelijks vergaderingen met de RvB vindt onderlinge beoordeling en evaluatie direct plaats.

Het overleg met de externe accountant wordt gevoerd door de RvB.

3.4. Bedrijfsvoering

De dagelijkse leiding in het PDBC is opgedragen aan een manager, mevrouw G. van Raamsdonk. De bevoegdheden zijn vastgelegd in een functieomschrijving. Deze bevoegdheden strekken zich uit tot interne handelingen. De vertegenwoordiging van het PDBC vindt plaats door de Raad van Bestuur op grond van wet en statuten. Dit betekent dat het aangaan van (arbeids-)overeenkomsten slechts zijn voorbehouden aan de Raad van Bestuur, eventueel op voorspraak van de manager. Eveneens worden de betalingen verricht door de Raad van Bestuur, nadat de facturen zijn geaccordeerd door de manager, een en ander volgens de vastgelegde interne AO/IC.

De validatie van de DBC's is ingebouwd in de bij Medicore aangeschafte software (het MCIS).

Zowel de interne AO/IC alsmede de juistheid van de gedeclareerde DBC's worden gecontroleerd door de externe accountant. De externe accountant rapporteert aan de Raad van Toezicht.

Voorts wordt de begroting en het jaarwerkplan van het PDBC ter goedkeuring voorgelegd aan de Raad van Toezicht.

Onzekerheden en risico's

De behandelwijze die het PDBC toepast voor psoriasis is effectief en dient de gestelde doelen. In hoofdstuk 4 wordt deze uitspraak onderbouwd. Echter de huidige DBC systematiek sluit niet goed aan bij een Dagbehandelingscentrum voor chronisch zieken omdat een behandeling niet echt wordt afgerond. De

zorgbehoefte wisselt voortdurend. Soms zijn behandelingen verspreid over het jaar noodzakelijk of 25-30 behandelingen in een periode van 10 weken en soms kan de cliënt een jaar of meerdere jaren zonder behandeling. En zeer incidenteel is zelfs het aantal van 30 behandelingen onvoldoende en wordt een 35-40 tal behandelingen aangeboden.

Er is met de zorgverzekeraars overeengekomen de behandeling in drie DBC 's onder te brengen waardoor beter maatwerk kan worden geleverd.

Een nieuw vraagstuk en mogelijk risico is de overgang naar DOT ("DBC's Op weg naar Transparantie", zie voetnoot ¹), waarbij de effecten van het nieuwe financieringssysteem voor het PDBC in de zomer van 2011 zichtbaar gaan worden.

3.5. Cliëntenraad

Voor de cliëntenraad is het PDBC aangesloten bij het Ziekenhuis Gelderse Vallei. Met de cliëntenraad zijn geen specifieke issues besproken. Het PDBC heeft geen commissie van vertrouwenslieden.

In 2009 is gestart met een doorlopend klanttevredenheidsonderzoek, volgens een door ZKN goedgekeurde methode. De resultaten zijn informatief voor het PDBC en worden in hoofdstuk 4.4 verder besproken.

¹ Met de invoering van DOT per 1/1/2012 wordt beoogd om een eenvoudiger tariefstructuur voor medische zorg in te voeren. Door middel van een controle vooraf over een geplande behandeling vervallen mogelijk enkele nog bestaande vrijheden in het systeem.

4. Beleid, inspanningen en prestaties

Het hoofddoel van de Stichting is het exploiteren van een dagbehandelingscentrum voor personen met dermatologische aandoeningen en voorts al hetgeen dat met een en ander rechtstreeks of zijdelings verband houdt of daartoe bevorderlijk kan zijn. De daarvan afgeleide doelen zijn:

1. Elke patiënt dient tevreden te zijn over de resultaten na het afronden van een kuur.
2. Het PDBC biedt een laagdrempelige, niet klinische behandelomgeving, waarin een patiënt zich thuis voelt.
3. Het PDBC wil fungeren als voorbeeldcentrum in Nederland.
4. Er wordt een innovatief beleid op het gebied van behandelmethoden en behandelapparatuur gevoerd.
5. Er is gekwalificeerd personeel met actuele kennis.
6. Lotgenoten contact wordt gestimuleerd.

4.1. Meerjarenbeleid

Het PDBC heeft zich sinds de oprichting gespecialiseerd in de lichttherapeutische behandeling van psoriasispatiënten, met behoud van de mogelijkheden om andere therapieën toe te passen wanneer daar medische wenselijkheid voor is. Ondanks de ontwikkeling van nieuwe medicijnen voor psoriasis, is het aantal behandelingen in de loop van de afgelopen jaren gemiddeld lichtelijk gedaald. Het PDBC realiseert zich dat stilstand gaat resulteren in achteruitgang. Daarom zijn acties ondernomen om met behulp van een SWOT analyse en gesprekken met de samenwerkingspartner ZGV nieuwe lijnen uit te zetten. Vooralsnog zijn er geen concrete ontwikkelingen maar het één en ander moet leiden tot een meerjaren strategisch plan 2011 – 2014. Daarbij komt onder meer aan de orde of er markuitbreiding en/of productuitbreiding nagestreefd gaat worden. De hoofddoelen en afgeleide doelen worden geëvalueerd en bijgesteld.

Plannen voor 2011:

- ↳ Ontwikkelen Strategisch beleid 2011 – 2014.

- ↳ De effecten van DOT inventariseren, analyseren en de organisatie/bedrijfsprocessen aanpassen Meerjarenbeleid ontwikkelen voor de periode 2011 – 2014.

4.2. Algemeen beleid

Algemeen uitgangspunt is om aan patiënten met psoriasis een optimale behandeling te bieden die tenminste hetzelfde effect zal geven als een klinische behandeling, maar die daarnaast ook de voordelen van een ambulante behandeling heeft. Dit algemene beleidsdoel wordt op een aantal terreinen uitgewerkt, zoals kwaliteitsbeleid, inclusief aantoonbare kwaliteit van de zorg, personeelsbeleid, financieel beleid en facilitair management. Een aantal aspecten hiervan staan nader uitgewerkt in de onderstaande hoofdstukken.

Uitgebreide onderhandelingen zijn gevoerd met de zorgverzekeraars om afspraken te maken over de vergoeding van de behandeling, en na overeenkomen van het tarief per behandeling over de wijze waarop dit middels de DBC-systematiek ook gedeclareerd kan worden. Het PDBC heeft de e-tool van het samenwerkingsverband DBCservices geïmplementeerd en is daarin aangemeld. Uiteindelijk is einde 2010 de situatie zo dat van de zes koepels van verzekeraars, één koepel de e-tool niet gebruikt, een tweede koepel een eigen onderhandeltool heeft en de e-tool alleen gebruikt voor accorderen en een derde koepel erkent dat de e-tool een heel zwaar middel is voor de onderhandeling van slechts 1 DBC. In dat laatste geval kan er individueel onderhandeld worden. Daarmee is de efficiëntie van de e-tool van DBCservices voor het PDBC beperkt.

Medicore, de fabrikant van het patiënten-administratieprogramma (Medicore Informatie Systeem: MCIS) heeft in 2010 een proces gedraaid om de DOT systematiek en procedures in het systeem uit te werken. Dit betekent dat andere trajecten, zoals een betere inbedding van de medische modules langzamer verloopt dan gewenst. Na de uitgebreide testperiode van versie 2.x van MCIS in 2009, verloopt het gebruik van het systeem in het PDBC zonder veel problemen.

De ondersteuning op gebied van ICT is inmiddels een groot onderdeel geworden in het managen van het PDBC. De jaarcyclus van verslaglegging omvat een toenemend aantal ICT aspecten. Te noemen vallen DigiMV, scorelijst IGZ, kwaliteitsindicatoren ZichtbareZorg, NZA, en prestatieindicatoren CBS. In het verslagjaar is een enquête ingevuld over de jaarverslaglegging, waaruit uiteindelijk naar voren is gekomen dat de administratieve last als erg zwaar wordt ervaren.

De ICT infrastructuur van het PDBC is geëvalueerd. Als gevolg daarvan zijn de nodige aanpassingen uitgevoerd. Daarnaast wordt een actieve bijdrage geleverd aan de Medicoere gebruikersgroep Somatiek, teneinde de noodzakelijke functionaliteit voor het medisch dossier in het systeem beschikbaar te krijgen.

Plannen voor 2011:

- ↪ Implementatie van de nieuwe website.
- ↪ Laatste fasen van de implementatie en testen van DOT.
- ↪ Uitfaseren van de interne MCIS-server en outsourcen van het systeem.
- ↪ Verbetering medisch dossier in Medicoere.

4.3. Algemeen kwaliteitsbeleid

Het PDBC heeft de ambitie om "Centre of Excellence" te zijn. Het stelt zich ten doel te streven naar accreditatie volgens een gangbaar en toepasbaar kwaliteitsmodel, dat in de sector herkenbaar is. Los van een formeel kwaliteitssysteem heeft het PDBC een visie op kwaliteit, waarin de positie van de zorgvrager, aandacht voor ons medisch handelen, en de kwaliteit van onze organisatie belangrijke aspecten zijn. In 2010 is besloten om het kwaliteitssysteem in te richten volgens het model van ISO healthcare. Er is een concreet plan van aanpak gemaakt en met ondersteuning van een externe consultant wordt het kwaliteitsmanagementsysteem ingericht. De protocollen, die vanaf 2006 worden onderhouden, zullen onderdeel gaan uitmaken van het kwaliteitsmanagementsysteem en van de verbetercycli. Er is ook een interne kwaliteitsmedewerker (part-time) aangesteld. Hierbij is het belangrijk te constateren dat een kwaliteitscertificaat niet is gebaseerd op een handboek,

maar op een breed gedragen kwaliteitsgedachte. De invulling zal dan ook een periode van veel inzet en aandacht vergen.

Plannen voor 2011:

- ↳ Verdere invulling van een kwaliteitsmanagementsysteem, gevolgd door een externe audit (nulmeting).
- ↳ Afronding definitieve versie van het kwaliteitsmanagementsysteem, certificering.
- ↳ Inrichten verbetercycli.

4.4. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van cliënten

Kerngedachte achter het hoofddoel van het PDBC is de centrale positie van de patiënt. Psoriasis is net als veel andere dermatologische aandoeningen vooral een "uiterlijke" ziekte. De kwaliteit van de behandelingen is gerelateerd aan de Kwaliteit van Leven. Kwalitatief goede behandelingen betekenen dus niet alleen een goed medisch resultaat, maar ook de tevredenheid van de patiënt met het behaalde resultaat en (sociale) acceptatie van de behandeling en van de ziekte.

Het PDBC werkt klantgericht, individueel en laagdrempelig ("patiënten zijn klanten"). Patiënten komen meestal op verwijzing van hun huisarts of medisch specialist. Binnen twee weken wordt een afspraak ingepland waarna over het algemeen binnen een week ook met de daadwerkelijke behandeling kan worden begonnen. Slechts in periode waarin door feestdagen behandeldagen uitvallen, blijkt deze planning incidenteel in de praktijk moeilijk haalbaar te zijn.

Als patiënten voor hun intake komen, wordt door de arts samen met de patiënt een behandelplan opgesteld. Over het algemeen wordt uitgegaan van dertig behandelingen, waarbij na iedere tien behandelingen een controle en zonodig aanpassing van de behandeling plaatsvindt. Tussentijds kan altijd op aangeven van patiënt of behandelassistent een extra afspraak met de arts worden gemaakt.

De ernst en uitgebreidheid van de psoriasis worden d.m.v. de PASI -score vastgelegd (zie hoofdstuk 4.4.1). Deze score wordt bij ieder patiënt aan het begin bij de intake, tijdens de behandeling en aan het einde van de

Beleid, inspanningen en prestaties

behandeling bepaald. Op deze wijze kan de voortgang en effectiviteit van de behandeling worden bijgehouden. Daarmee is de PASI score een belangrijk instrument voor kwaliteitsmanagement.

Voor de monitoring van de kwaliteit van de zorg kunnen door het PDBC verschillende prestatie-indicatoren worden toegepast. Een indicator is de leeftijdsopbouw, zoals omschreven in de Basisset 2009 Kwaliteitsindicatoren van de IGZ. Een specifiek behandelingsgerichte indicator is de PASI-score.

De indeling van de cliënten naar leeftijdsgroepen, zoals beschreven in de Basisset van de IGZ, is als volgt:

	totaal	vrouwen	mannen
jonger dan 18 jaar	15	12	3
tussen 18 en 40 jaar	125	53	72
tussen 40 en 60 jaar	156	61	95
ouder dan 60 jaar	87	37	50
totaal	383	163 (43 %)	220 (57 %)

Uit dit overzicht blijkt dat de behandelingen van het PDBC geschikt zijn voor een zeer brede leeftijdsopbouw. Evenals in voorgaande jaren worden er per categorie meer mannen dan vrouwen behandeld, hoewel het aandeel mannen ten opzichte van voorgaande jaren iets is afgenomen (2009: 59 %). De categorie jonger dan 18 jaar verdient extra aandacht. Het aantal cliënten in die groep is gestegen tot 15 (2009: 10). Het PDBC kan dus een rol spelen bij de behandeling van psoriasis voor jong volwassenen.

In 2009 is het systeem voor klanttevredenheidsonderzoek gestart. Hierbij is gekozen voor een elektronisch systeem, dat door ZKN is goedgekeurd. Het systeem zoals voor het PDBC ontwikkeld omvat 37 vragen, waarvan de meeste verplicht onderdeel zijn volgens de ZKN normen. Deze vragen vallen uiteen in 35 vragen over de behandeling en de kliniek en twee vragen over de achtergrond van de patiënt. In het verslagjaar is door 19 cliënten het onderzoek ingevuld. Het resultatenoverzicht geeft de volgende informatie:

Beleid, inspanningen en prestaties

Vraag	resultaat	2009	2010
1. Type behandeling	UVB: PUVA: anders:	16 9 2	14 5 0
2. Behandelend arts	Er wordt door vier artsen behandeld		
3. Termijn voor afspraak	Binnen twee weken:	88 %	74 %
4. Termijn voor eerste afspraak acceptabel	Ja:	100 %	100 %
5. Kwaliteit van eerste ontvangst	schaal 1 – 10:	8.9	8.6
6. Kwaliteit van intake	schaal 1 – 10:	8.3	8.2
7. Voorlichting over de behandeling	schaal 1 – 10:	7.9	7.7
8. Informatie over nazorg	schaal 1 – 10:	7.7	8.1
9. Informatie voorafgaand aan de behandeling	schaal 1 – 10:	7.8	7.7
10. Tijd en aandacht van de arts	schaal 1 – 10:	8.0	8.1
11. Begrip van arts voor eigen inbreng patiënt	schaal 1 – 10:	8.5	8.2
12. Persoonlijk contact met arts	schaal 1 – 10:	8.0	8.0
13. Persoonlijk contact met behandelassistent	schaal 1 – 10:	9.0	8.8
14. Bejegening door behandelaar	schaal 1 – 10:	8.5	8.5
15. Medische deskundigheid van de arts	schaal 1 – 10:	8.4	8.5
16. Begeleiding en verzorging door personeel	schaal 1 – 10:	8.9	9.0
17. Beoordeling uiteindelijk resultaat	schaal 1 – 10:	8.2	8.0
18. Behandeling door dezelfde arts gedurende de gehele kuur	Ja: Nee:	12 10	11 7
19. Algehele beoordeling van de behandeling	schaal 1 – 10:	8.4	8.4
20. Beoordeling van de nazorg	schaal 1 – 10:	8.0	7.6
21. Aantal ingediende klachten		1 (3.7 %)	0
22. Zijn de klachten kenbaar gemaakt		ja	n.v.t.
23. Is de klacht naar tevredenheid opgelost		nee	n.v.t.
24. Reden van keuze voor het PDBC (meerdere antwoorden mogelijk)	Positieve eigen ervaring: Reisafstand: Deskundigheid van artsen: Advies van huisarts: Via vrienden of familie: Anders:	18 12 9 6 6 5	12 8 4 4 4 6
25. Wijze van eerste kennismaking via	Dermatoloog: Vrienden of familie: Huisarts: Website: Anders:	17 6 2 1 1	8 4 2 2 2
26. Bereikbaarheid en parkeergelegenheid	schaal 1 – 10:	7.2	7.4
27. Opinie over hygiëne	schaal 1 – 10:	7.5	7.8
28. Telefonisch bereikbaarheid	schaal 1 – 10:	8.5	8.4
29. Beoordeling van de telefonische contacten	schaal 1 – 10:	8.5	8.6
30. Vergoeding door zorgverzekeraar van gehele kuur	Ja: Nee:	23 2	13 3
31. Eerdere behandelingen	Ja: Nee:	21 6	14 5

Beleid, inspanningen en prestaties

32. Aantal gevolgde kuren		tussen 1 en 6	tussen 1 en 4
33. Wens om terug te komen voor een volgende kuur	Ja:	100%	100 %
34. Aanbeveling kliniek aan anderen	Ja: Nee:	18 5	14 1
35. Totale beoordeling	schaal 1 – 10:	8.5	8.4
36. Geslacht	Man: Vrouw:	20 (74,0 %) 5 (18,5 %)	14 (74 %) 5 (26 %)
37. Leeftijd	Jonger dan 18 jaar: 18-24 jaar: 25-34 jaar: 35-44 jaar: 45-54 jaar: 55-64 jaar: 65-74 jaar:	 1 (3,8 %) 1 (3,8 %) 10 (38,4 %) 11 (42,3 %) 2 (7,6 %) 1 (3,8 %)	 1 (5.3 %) 1 (5.3 %) 2 (10.5 %) 3 (15.8 %) 6 (31.6 %) 5 (26.3 %) 1 (5.3 %)

De algehele beoordeling van de behandeling en de kliniek kan als heel goed worden bestempeld (vraag 35: 8.4). In vergelijking met het vorige jaar zijn er slechts nuance verschillen. In 2009 waren er 27 respondenten, in 2010 slechts 19 en daardoor is het onderzoek helaas niet representatief.

Een vergelijking is mogelijk met de indicatoren voor geslacht en leeftijd uit de Basisset van de IGZ. De voorgeschreven leeftijdscategorieën in deze basisset verschillen van die van het klanttevredenheidsonderzoek. Het zwaartepunt ligt echter ook hier op de middelbare leeftijd (40 – 60 jaar). Er is een overrepresentatie van mannen in het klanttevredenheidsonderzoek (vraag 37: 74 % tegenover 59 % voor alle cliënten).

Plannen voor 2011:

- ↳ Verhogen van de deelname van patiënten aan het onderzoek naar 80%.

4.4.1. Kwaliteit van zorg

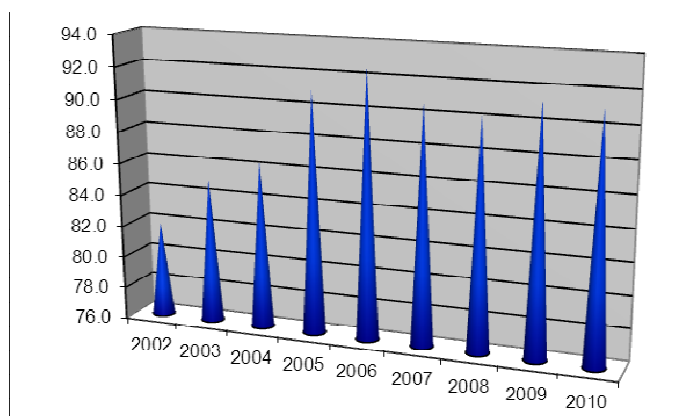
De behandelingen van het PDBC dienen optimaal te worden uitgevoerd. Dit doel wordt uitgewerkt in een aantal doelstellingen, zoals aanpassing aan de individuele situatie van de patiënt, goede documentatie van de behandelingen zodat het behandelproces aantoonbaar onder controle is, en zeer frequent overleg met de patiënt door de medewerkers en de artsen zodat een goede evaluatie en terugkoppeling mogelijk is.

Elke zes weken vindt er een genotuleerde personeelsvergadering plaats, waarin de geboden zorg en kwaliteit in algemene zin wordt geëvalueerd.

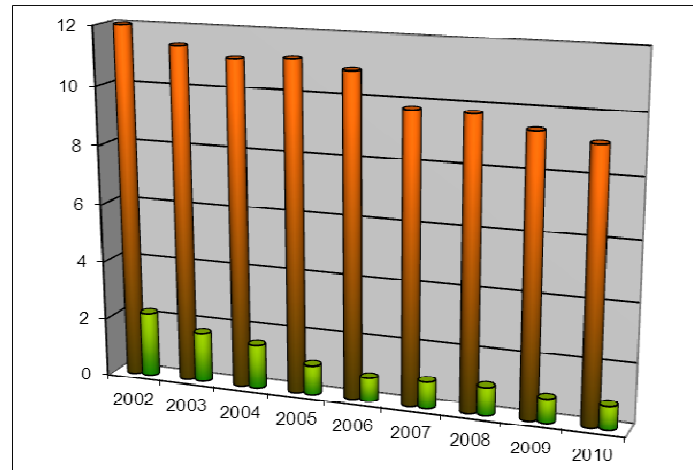
Voor de monitoring van de kwaliteit van de zorg kunnen door het PDBC verschillende prestatie-indicatoren worden toegepast. Een indicator die specifiek op het effect van de behandeling van de chronische aandoening psoriasis gericht is, bestaat (nog) niet in de Basisset 2009 Kwaliteitsindicatoren van de IGZ. Daarom wordt al jaren de internationaal erkende PASI score (psoriasis area and severity index) gebruikt.

De waarde nul geeft aan dat er geen aandoening van enig huidoppervlak is. Naarmate de score hoger is, is de aandoening erger. De maximale waarde van de score is 72. De score na beëindiging van de behandelkuur moet natuurlijk substantieel lager zijn dan vóór de start van de behandelingen.

De bereikte resultaten aan het einde van de behandelkuur ten opzichte van de



Figuur 2. Verbetering van de PASI score in procenten aan het einde van de behandelkuur ten opzichte van de beginscore.



Figuur 1. Gemiddelde PASI score aan het begin (oranjegekleurde kolom) en aan het einde van de behandelingen (groengekleurde kolom).

beginscore staan in het overzicht van figuur 1. De gemiddelde eindscore was 0,8 in 2010.

De trend in de jaren 2003 – 2006 dat de gemiddelde verbetering, uitgedrukt in procenten van de PASI score, een stijging vertoonde is al enige jaren niet voortgezet, zoals staat weergegeven in figuur 2. In de begin PASI score is vanaf 2006 een

afnemende trend zichtbaar. Dit is mogelijk te verklaren door de situatie dat de ernstig aangedane patiënten op nieuwe systemische therapieën zijn ingesteld, en dus in mindere mate voor lichtbehandeling in aanmerking komen. Ook is er een maatschappelijke trend dat de emotionele last van een ziekte als psoriasis als zwaarder wordt ervaren in verhouding tot de strikt medische indicatie weergegeven door de PASI score.

De verbetering van de symptomen van psoriasis met ruim 91 % na de lichtkuur is niettemin een consolidatie van de resultaten van de afgelopen jaren.

Zoals aangegeven is de Kwaliteit van Leven een sterk in belang toenemende factor. Dit vraagt een steeds meer op de individuele situatie toegesneden behandeling. De sociaal-emotionele factoren zijn geen onderdeel van de PASI-score, zodat dit niet zichtbaar is in de trend grafieken. Teneinde aan dit aspect een betere invulling te geven, wordt al enige tijd overwogen om de Skindex te implementeren. Dit is een score voor zowel de medisch/fysische als voor de sociale aspecten van Psoriasis, in te vullen door de patiënt zelf. De mogelijkheid dat de patiënt zelf de index invult en vervolgens met de arts bespreekt staan in tegenstelling tot de eisen die aan een veilig computernetwerk moeten worden gesteld. Niettemin moet binnen de randvoorwaarden van stabiliteit en betrouwbaarheid gestreefd worden naar gebruik van de Skindex.

In het zorgdossier worden verschillende formulieren gebruikt om de behandelingen en de resultaten daarvan te documenteren. Deze worden gebruikt in het zorgplan, welke periodiek door de behandelend arts en patiënt wordt besproken op voortgang, gewenste bijstelling en aanpassing. De inzet om tot een volledig elektronisch dossier te komen zijn in het verslagjaar voortgezet. De fabrikant van ons informatiesysteem heeft in de afgelopen jaren veel extra inspanningen verricht om nieuwe modules te ontwikkelen voor agenda en DOT functionaliteit. Dit betekent aan de ene kant dat het PDBC volledig aan de eisen van de Kaderregeling AO/IC voldoet, maar dat anderzijds de patiëntendossiers voor een deel nog niet elektronisch zijn gedocumenteerd.

Plannen voor 2011 zijn:

- ↳ De formulieren voor het zorgdossier vereisen blijvende aandacht voor mogelijkheden tot verbetering.
- ↳ Het medisch dossier in het Medicoresysteem zal verder ontwikkeld worden. Een zeer overwogen structuur, toegesneden op de eisen van ons PDBC, is hierbij wel essentieel.
- ↳ De invoering van de Skindex als evaluatie van Kwaliteit van Leven wordt nagestreefd.

4.4.2. Klachten

Voor de klachtenregeling is aansluiting gezocht en gevonden bij de klachtencommissie van Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede. In 2010 is er geen klacht ingediend bij de commissie. Er is een overeenkomst gesloten met Ziekenhuis Gelderse Vallei voor ondersteuning bij medische calamiteiten. Bij eventuele calamiteiten kunnen patiënten in dit ziekenhuis worden opgenomen. Er is tot nu toe geen calamiteit geweest waarvoor van deze dienst gebruik gemaakt moest worden.

4.4.3. Toegankelijkheid

Het PDBC streeft naar een hoge graad van toegankelijkheid. In de visie van het PDBC omvat "toegankelijkheid" zowel fysieke toegankelijkheid, het realiseren van de medisch noodzakelijke doorlooptijd als een hoge transparantie van informatie.

Het PDBC is gelegen aan een kleine straat, op loopafstand van station Ede-Wageningen. De nabijheid van het station maakt het parkeren in de buurt soms lastig; het PDBC heeft echter zelf vijf parkeerplaatsen.

De telefonische bereikbaarheid is goed. Op dagen dat het PDBC open is (5 à 6 dagen per week), is er altijd iemand die de telefoon kan aannemen, en patiënten een afspraak kan geven of vragen van patiënten kan beantwoorden. Ook in het klanttevredenheidsonderzoek komt dit tot uiting (vraag 28: 8,4). Een zeer goede beschikbaarheid van informatie wordt bereikt door de uitgave van folders en boeken over het PDBC en over de ziekte psoriasis in brede zin,

vermelding van informatie in het tweemaandelijks blad van de PVN, door de website en door een speciaal informatie e-mailadres op deze site.

De website wordt blijvend goed bezocht. Meerdere malen per week wordt een vraag gesteld via het e-mail formulier van de website.

De tijd tussen een eerste aanvraag en de eerste behandeling bedraagt in principe niet meer dan 10 werkdagen. Dit wordt ook aangegeven in het klanttevredenheids-onderzoek (vraag 3). In deze periode van twee weken vindt ook de eerste intake en bezoek aan de arts plaats. Een goede voortgang van de behandelingen in een kuur is medisch noodzakelijk. Een frequentie van drie behandelingen voor een patiënt per week (het medisch verantwoorde maximum) kan gehaald worden, behoudens weken met feestdagen.

4.4.4. Veiligheid

De integriteit van de personen die om enigerlei reden in het PDBC aanwezig zijn dient gegarandeerd te zijn. Een manier om hieraan invulling te geven is "respect". Dit is een algemeen principe en wordt in de organisatie van het PDBC dan ook specifiek ingevuld met een aantal elementen. Doelstellingen op dit terrein zijn gericht op veiligheid van personen in fysieke zin (brandveiligheid, risico-preventie, arbo), en op veiligheid van informatie (vertrouwelijkheid, databeveiliging).

Enige tijd geleden is er een risico-inventarisatie en -evaluatie uitgevoerd van het PDBC door Mætis Arbo. Deze inventarisatie omvat 100 elementen in 19 groepen van mogelijke risico's. Een aantal risico's zijn sinds het onderzoek aangepakt en verholpen. Alle medicijnen worden geleverd door een BIG geregistreerde apotheker. Er is een calamiteiten- en ontruimingsplan. Dit is als protocol in het protocollenboek opgenomen. Ook worden regelmatig brandslangen, vluchtroutes en vooral brandblussers gecontroleerd. Er hangen plattegronden met vluchtroutes.

Er is een preventiemedewerker aangesteld. Er is een AED unit voor reanimatie aanwezig in de kliniek. In het kader van het veiligheidsbeleid zijn door de medewerkers een aantal cursussen gevolgd. Hier wordt nader op ingegaan in het hoofdstuk over personeelsbeleid (4.5.1).

Beleid, inspanningen en prestaties

Twee maal per week worden alle warmwaterleidingen met heet water van 90 °C doorgespoeld. De controle op Legionella in het warmwater systeem voor de baden wordt volgens de voorschriften tweemaal per jaar uitgevoerd. Er is een evaluatie van de procedures ter voorkoming van Legionella uitgevoerd.

Alle informatie in het Medico systeem wordt beveiligd met individuele wachtwoorden. Er zijn verschillende toegangsniveaus voor artsen, behandelmedewerkers, management en systeembeheer. Alle veranderingen in dossiers worden automatisch opgeslagen in een logboek. Dit wordt gecompliceerd met een geheimhoudingsverklaring in de ondertekende arbeidscontracten. Dagelijks wordt een back-up van het systeem gemaakt om de continuïteit van het werk van het PDBC te garanderen. In 2009 is een verbeterde procedure voor het maken van dagelijkse back-ups gestart.

Plannen voor 2011:

- ↳ Continuering van de controle op fysieke veiligheid.

4.5. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van medewerkers

4.5.1. Personeelsbeleid

Het personeelsbeleid richt zich op ontwikkeling van het personeel binnen de grenzen die het PDBC met zich mee brengt. De doorgroeimogelijkheden zijn beperkt door de vrij platte personeelsstructuur. Wel wordt gestreefd om alle personeelsleden eigen taken te geven, om de betrokkenheid bij het PDBC te vergroten. Als instrument in het personeelsbeleid worden jaarlijks functioneringsgesprekken gehouden. Hierbij komen verschillende aspecten van evaluatie en planning aan de orde. Een onderdeel van de formulieren voor de functioneringsgesprekken is een medewerkerraadpleging voor mogelijke verbeterpunten in het PDBC.

Voor wat betreft opleidingen zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

- De workshop over Psoriasis en eczeem van de V&VN is gevolgd.
- De Conferentie "kwaliteit in de zorg" van de vereniging ISO healthcare Nederland is bijgewoond.
- In het PDBC zijn klinische lessen gegeven voor alle medewerkers.

Beleid, inspanningen en prestaties

- ☑ Alle medewerkers hebben een BHV-opleiding gevolgd die jaarlijks wordt bijgehouden.
- ☑ Voor het gebruik van de AED unit hebben alle medewerkers een training gevolgd.
- ☑ De aangestelde preventiemedewerker heeft de daarbij behorende opleidingen met succes gevolgd.

Het PDBC is aangesloten bij de arbodienst van Mætis Arbo en neemt daarbij het verzuimbeleid over van deze organisatie. Uitgangspunt is het principe dat ziekteverzuim een vorm van gedrag is: in veel gevallen kiest een werknemer min of meer bewust om al dan niet te verzuimen. Deze keuze kan het gevolg zijn van de arbeidsomstandigheden, als de belasting die hieruit voortkomt niet meer in balans is met de belastbaarheid van de werknemer. Preventieve maatregelen, verhogen van de verzuimdrempel, effectieve verzuimbegeleiding, en verlagen van de drempel voor betermelding zijn onderdeel van het verzuimbeleid.

Het verloop onder de vaste personeelsleden is beperkt. In 2010 is er uitsluitend kort verzuim geweest. Op basis van het totale aantal niet gewerkte dagen wegens ziekte is het verzuimpercentage: 2,1 %.

In 2010 was er geen zwangerschapsverlof.

De omvang van de gehele vaste personeelsbezetting is 5,8 FTE. Er zijn geen vacatures in de vaste formatie geweest. De pool van goed ingewerkte flexibele medewerkersters, die ingezet worden in het hoogseizoen van het PDBC omvat 1,75 FTE.

Plannen voor 2011:

- ↪ Geven van klinische lessen.
- ↪ Bijscholing op het gebied van psoriasis en therapieën.
- ↪ Bijscholing BHV.
- ↪ Jaarlijkse herhaling van de training voor reanimatie met de AED unit.
- ↪ Jaarlijkse training preventiemedewerker.
- ↪ Er wordt door het ROC A12 een tweeluik gegeven over omgang met patiënten, met thema als "Afstand en nabijheid".
- ↪ Opleiding voor doktersassistente voor één van de medewerkers.

- ↳ Ad-hoc trainingen bij onvoorziene ontwikkelingen, zoals op het gebied van automatisering.

4.5.2. Kwaliteit van het werk

De kwaliteit van de arbeid in het PDBC is op voldoende niveau. Enkele kanttekeningen hierbij zijn dat sommige activiteiten fysiek wat ongemakkelijk zijn, dat regelmogelijkheden enigszins beperkt worden door hetzelfde soort werk, en dat taakroulering/functiedifferentiatie mede afhankelijk is van de mogelijkheden van de medewerkers die op dat moment werken. Er is een onderhoudsmedewerker voor klein technisch onderhoud.

Aan zaken als werkdruk, taakroulering en functiedifferentiatie wordt aandacht besteed.

4.6. Samenleving

Het PDBC neemt actief deel aan een aantal maatschappelijke processen, zowel landelijk als regionaal of zelfs in wijkverband.

De Psoriasis Vereniging Nederland (PVN) organiseert jaarlijks een landelijke themadag in oktober met tweejaarlijks een informatiemarkt. Het PDBC presenteert zich altijd op deze informatiemarkt, die in 2011 weer gehouden zal worden. De dag van PVN in 2009 werd goed bezocht, waarbij ook onze eigen stand veel belangstelling kreeg. Dit is een goede motivatie om weer aan de volgende PVN dag mee te doen.

Goede contacten met huisartsen zijn heel belangrijk om de kansen dat een patiënt de juiste behandeling krijgt voor psoriasis optimaal te maken. Zoals eerder gemeld, zullen de contacten die het PDBC heeft in dit netwerk worden verbeterd en verder uitgebouwd.

Het PDBC is zich bewust van de plaats in de eigen leef- en werkomgeving. Verder wordt aandacht gegeven aan veiligheid en buurtpreventie. Er zijn goede contacten met het achter het PDBC gelegen cultureel centrum De Brink.

- ↳ Bijdrage aan de landelijke dag van de PVN.

4.7. Financieel beleid

In 2010 werden ruim duizend dbc's gedeclareerd. Het aantal open dbc's aan het eind van het boekjaar lag rond het zelfde niveau als het aantal bij opening van het boekjaar. Om het PDBC ook in de komende jaren rendabel te houden, is het afhankelijk van de ontwikkelingen met het DOT systeem en de mogelijkheden die dan blijven bestaan om een kostendeekkende prijs te declareren. De huidige afspraak is om per jaar 3 dezelfde dbc's te kunnen declareren, waardoor het mogelijk is een serie behandelingen te geven, maar ook voor patiënten die minder behandelingen nodig hebben een reëel bedrag te declareren bij de zorgverzekeraar. Wat betreft personeel is de verwachting dat het aantal behandelassistentes op hetzelfde peil zal blijven. Wel bestaat de kans dat door wetgeving en eisen van verzekeraars er aan de managementkant extra personeel moet worden aangetrokken. Dit zal dan weer een duidelijke toename van personeelskosten betekenen.