



Kwaliteitsverslag

Medisch Centrum Waalre

Periode 1 januari 2022 tot 31 december 2022

Opgesteld door het Q-team, de spil in kwaliteitsbewaking en bevordering



Datum: November 2022

Leden Q-team: Patrick Dielis, Dono Hardjowisastro, Janneke Louwerse

Directie: Henk Eijsbouts

Voorwoord

2022 staat in het teken van de uitbreiding van ons zakelijk klantenbestand, nieuwe specialisten en een nog steeds uitstekende klanttevredenheid. Maar helaas ontkomen ook wij niet aan een personeelstekort en een automatiseringsplicht -die niet in tred loopt met de zorg- en de groeiende macht van de zorgverzekeraars.

Binnen de kliniek zijn de effecten merkbaar van de huidige economische uitdagingen. Hoge energieprijzen en de teruggang van het te besteden budget van de consument zijn zichtbaar in de resultaten van de kliniek.

Een duurzaamheidsplan, een informatiebeveiligingsbeleid, NEN 7510, een verklaring van toepasselijkheid, de HASP, LIR, DBIR, verplicht elektronisch voorschrijven, het LSP, wachttijden registratie, informed consent, opt-ins, VIPP5 allemaal aanvullende eisen boven op de bestaande richtlijnen en wet- en regelgeving. Het verminderen van de regeldruk vanuit de overheid is ook dit jaar niet waargemaakt.

Hoe paradoxaal is het dat de overheid komt met een subsidie om voor de (verzekerde) zorgverleners de regeldruk te verminderen...

En helaas is dit niet de enige paradox binnen het huidige zorglandschap. Als kliniek hebben wij in het eerste uur van de Coronacrisis hulp geboden aan de ziekenhuizen, door onze (beademings-) apparatuur naar de ziekenhuizen te brengen en persoonlijke beschermingsmiddelen aan te bieden. Ook de jaren daarna hebben we voortdurend aangegeven hulp te willen bieden in de problematiek van de inhaalzorg. Toch geven alle betrokken partijen (zorgverzekeraars en zorgaanbieders) ons duidelijk te kennen geen gebruik te willen maken van onze capaciteit. Dit geeft ons als zorgverlener en burger van een beschaafd land 'jeuk'. Ook de beloofde bemiddeling blijft hierbij uit. Wederom een belofte die niet nagekomen wordt.

Het personeelsbestand is gelukkig gelijk gebleven en de kliniek heeft geen bezuinigingen hoeven door te voeren. Er zijn stappen gemaakt in het VIPP5 traject, de koppeling met een EVS/LSP is bijna gereed en de kliniek is gestart met de enorme taak van het doorgronden en eigen maken van de NEN 7510. Ook de behandeling van de oudere patiënt is een onderwerp geweest wat past in het veranderende zorglandschap.

Wat opvalt is dat de patiënt steeds mondiger wordt en -wellicht ingegeven door geldnood- steeds vaker probeert om (een gedeelte) van het betaalde bedrag terug te krijgen. In de review wordt dit ook nog belicht.

De verhuur van het OK-complex heeft meer vorm gekregen en er zijn met diverse partijen gesprekken en pilots gestart.

** De analyses in deze review hebben betrekking op de gegevens tot en met 1 oktober.*

Inhoud

Voorwoord	2
1. Kwaliteitseisen	4
2. Risico-inventarisatie	5
3. IZEP dimensies veiligheidscultuurmeting	7
4. VIPP-project	7
5. Interne audit	7
6. Klachten, MIP, complicaties en calamiteiten	10
7. Leveranciersbeoordeling	18
8. IFMS	19
9. Personeel	19
10. PROM	20
11. Gevaarlijke stoffen	21
12. RI&E	22
13. Realisatie opleidingsplan	22
14. Review Informatiebeheersysteem/-beleid	24
15. Overige aanpassingen en aanvullingen binnen het kwaliteitssysteem	24
16. Beoordeling van het systeem	26

Opvraagbare bijlagen:

Bijlage 1 Resultaten MedewerkersTevredenheidsOnderzoek MTO
Bijlage 2 Beschikbare informatie over de invoering van de PROM
Bijlage 3 Notitie Informed Consent
Bijlage 4 SWOT Analyse
Bijlage 5 Generieke PREM
Bijlage 6 Aanvulling verzuimbeleid
Bijlage 7 Protocol datalek
Bijlage 8 MDR binnen MCW
Bijlage 9 Jaarplanning 2023

1. Kwaliteitseisen

Wanneer de impact van corona en de voorgenomen hervorming van de gehele auditsystematiek in 2022 heeft het College geadviseerd het aantal wijzigingen in de toetsingscriteria en het reglement met ingang van 2022 te beperken. Alleen onderstaande wijzigingen zijn aan de ALV voorgelegd.

TOETSINGSCRITEIA

24 Externe beoordelingen infectierisico, medicatieveiligheid, gevaarlijke stoffen

Bij criterium 24 werd aangegeven welke onderdelen bij een externe beoordeling getoetst moeten worden en waar de beoordelingen en verslaglegging aan moeten voldoen, waarmee een minimale kwaliteit wordt geborgd.

De ervaring van de auditoren is dat er veel diversiteit is in de manier waarop de beoordelingen gedaan worden. Daarnaast is het voor auditoren en kliniekmedewerkers niet altijd duidelijk welke onderdelen in een externe beoordeling getoetst worden en op welke wijze. In samenwerking met de externe beoordelaars is daarom een Leidraad opgesteld. Daarin staat onder andere waar de beoordelingen aan moeten voldoen, hoe vaak de beoordeling plaats moet vinden, op welke wijze rapportage plaatsvindt en op welke termijn (kritische) tekortkomingen door de kliniek afgehandeld dienen te zijn.

De tekst onder criterium 24 wordt beperkt tot het noemen van de betreffende externe beoordelingen (a t/m c) en dit aan te vullen met waar een auditor op moet letten bij de betreffende beoordelingen (onder d).

Tevens wordt een hyperlink toegevoegd naar de betreffende Leidraad.

TOETSINGSREGLEMENT

Audits op afstand (pagina 34)

Het College van Deskundigen heeft op verzoek van het bestuur, samen met de Commissie Kwaliteit & Veiligheid (K&V), kaders opgesteld m.b.t. audits op afstand. Deze kaders hebben als doel om de kwaliteit van audits op afstand te borgen. Aanvullend daarop heeft nog een toets plaatsgevonden of deze kaders voldoen aan de AVG-wetgeving.

Het kader 'Audits op afstand' zal toegevoegd worden als 4.3 onder 4. De Audit.

Processtappen certificering (pagina 42) In het keurmerk staat bij processtappen certificering onder 2b: Twee medisch specialisten die elk minimaal 0,2 fte werkzaam zijn in de kliniek, op de werkvloer medische handelingen uitvoerend. Medisch specialisten zijn BIG- en RGS-geregistreerd.

In verband met collegiale raadpleging over patiënten en/of ingrepen en het overnemen van waarnemingsdiensten is het wenselijk dat deze twee specialisten hetzelfde specialisme uitoefenen. Dat was niet duidelijk geformuleerd. Daarom is het advies deze tekst als volgt aan te passen:

Twee medisch specialisten met hetzelfde specialisme en bevoegd voor de medische behandelingen die zij uitvoeren, die elk minimaal 0,2 fte werkzaam zijn in de kliniek. Medisch specialisten zijn BIG- en RGS-geregistreerd.

WANNEER GELDEN DE NIEUWE CRITERIA?

Vanaf januari 2022 gelden de nieuwe criteria voor ZKN-leden en kandidaat-leden. Nieuwe kandidaat-leden hebben één jaar vanaf aanmelding bij ZKN om het keurmerk te behalen. Na het behalen van het keurmerk en de ontvangst van het certificaat, krijgt de kliniek de status van ZKN-lid. Een kliniek mag het ZKN-keurmerk logo pas voeren na het behalen van het ZKN-keurmerk.

De gewijzigde criteria zijn ingegaan per januari 2022. Naast bovengenoemde eisen zijn er het afgelopen jaar diverse wetsveranderingen doorgevoerd die gevolgen hebben voor bepaalde procedures en werkwijzen binnen de kliniek, zoals de MDR (LIR), de vereisten in het EPD (VIPP), het kwaliteitskader voor cosmetische zorg, de implementatieagenda van ZE&GG, de aanbevelingen van de IGJ, de veranderingen in de wet WGBO, diverse richtlijnen van de vakverenigingen, voedselveiligheid, Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), het uitvoeringsbesluit Wkkgz, het Convenant Veilige Toepassing van Medische Technologie in de medisch specialistische zorg, NEN 8009:2018, de Leidraad Nieuwe Interventies in de Klinische Praktijk (NIKP), de marketing strategie en NEN 7510. Dit hebben we zeer aandachtig opgepakt.

2. Risico-inventarisatie

Jaarlijks wordt er door de kwaliteitsmedewerker een risico-inventarisatie gedaan. Deze wordt opgebouwd uit verschillende mogelijke bedreigingsvormen waaronder risico's uit complicaties, MIP-meldingen, klachten, interne en externe issues en risico's die voorkomen uit de uitvoer van processen. In de jaarplanning 2022 hadden we 1 PRI opgenomen. Deze PRI (E-Health) is nog niet uitgevoerd omdat deze op dit moment nog niet actueel is. Dit is o.a. gebleken uit het onderzoek naar de healthdot van Philips waarbij duidelijk is geworden dat deze stap nog niet opportuun is voor de kliniek. Wel is er een PRI uitgevoerd over de verhuur van de OK aan een Duitse partij en over de reiniging van gastroscopieën op de CSA. Uiteraard zijn de aanbevelingen die uit de PRI zijn gekomen uitgevoerd, opgenomen in het CAPA-plan of direct geïmplementeerd.

Dit jaar hebben we 2 PRI's uitgevoerd en 1 oude PRI herzien.

Nieuwe PRI:

- PRI 19 Verhuur aan Duitse partij
- PRI 20 Gastroscopieën op de CSA

Herziene PRI's:

- PRI 13 Beschikkingstelling OK faciliteit

T:\administratief zkn\kwaliteit\PRI\PRI 19 Verhuur aan Duitse partij

T:\administratief zkn\kwaliteit\PRI\PRI 20 Gastroscopieën op de CSA

T:\administratief zkn\kwaliteit\PRI\PRI 13 Beschikkingstelling OK faciliteit

PRI Verhuur aan Duitse partij

Om de bezetting van de OK's te optimaliseren heeft zich de mogelijkheid aangeboden om de OK (incl. personeel) te verhuren aan een Duitse partij. Momenteel heeft de kliniek al een aantal hurende partijen. Toch brengt de verhuur aan een buitenlandse kliniek bijzondere risico's met zich mee.

De kern van de geformuleerde risico's is de communicatie tussen de partijen. Niet alleen tussen de contractanten maar ook op de werkvloer. De verschillende wet-/regelgeving en kwaliteitseisen tussen beide landen en de verdeling van de verantwoordelijkheden tussen de contractanten en op de werkvloer vormen eveneens aandachtspunten. Deze risico's zijn gemitigeerd door een inventarisatie van de wet- en regelgeving, het opstellen van vertalingen (procedures/processen en officiële documenten), Nederlandse gebruikshandleidingen en voldoende ondersteuning op de werkvloer. Verder wordt er regelmatig geëvalueerd en wordt er in een later stadium een eigen protocol/procedure opgesteld.

PRI Gastroscoopieën op de CSA

Deze PRI is opgesteld naar aanleiding van de PRI Verhuur aan Duitse partij. Deze partij gebruikt gastroscoopieën in de OK. De sterilisatie van de scopen is bij de verhuur inbegrepen en moet verzorgd worden door de CSA van onze kliniek. Een snelle inventarisatie leert dat dit meer voeten in de aarde heeft dan op het eerste oog zichtbaar is. De PRI heeft deze risico's uiteengezet.

De grootste risico's zitten in het voldoen aan de wettelijke normen, eisen en richtlijnen. Maar ook moet de CSA beschikken over de juiste hulpmiddelen en procesomschrijvingen. Daarnaast moet er aandacht besteed worden aan het personeel, zowel in scholing als in commitment/werkplezier.

Herziene PRI's

Omdat de huurder van de OK niet meer binnen de landsgrenzen valt is het evident om de PRI Beschikkingstelling OK faciliteit te herzien en aan te vullen.

De aanvulling op de bestaande PRI zit met name in de extra risico's op het gebied van communicatie, wetgeving en de medewerkerstevredenheid.

Deze risico's worden gemitigeerd door voldoende overleg- en evaluatiemomenten met het OK-/CSA-personeel, een overzicht te maken van de verschillende wetgeving/kwaliteitskaders, voldoende begeleiding in de eerste periode en door het vertalen/formuleren van processen en procedures.

Risico-inventarisatie 2023

In 2023 wordt er een PRI gestart voor de risico's van E-Health binnen de organisatie. Deze was voor 2021 gepland maar is door vertragingen in o.a. het EPD project nog niet uitgevoerd. Deze PRI zal aangevuld worden met een risico analyse van de inzet van een PGO en PRI's die gedicteerd worden door omstandigheden zoals aan-/toegepaste wetgeving of veranderingen in de dienstverlening.

3. IZEP dimensies veiligheidscultuurmeting

Doelstelling 1: Quole heeft in 2021 een vernieuwd medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) geïntroduceerd. Hierbij wordt er aandacht besteed aan de veiligheidscultuur binnen de organisatie.

Prestatie indicator: 55% van de medewerkers in vaste dienst heeft het nieuwe onderzoek ingevuld.

Een van de belangrijkste speerpunten in 2020 was het verhogen van de betrokkenheid van de medewerkers en de bereidwilligheid om mee te doen aan een medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO). Omdat de vraagstelling in de voormalige IZEP Enquête zeer ingewikkeld was en de medewerkers een sceptische houding t.a.v. het doel van het onderzoek hadden, is er in 2021 een start gemaakt met een nieuw onderzoek. In dit onderzoek zijn ook vragen gesteld die te maken hebben met de veiligheidscultuur.

Resultaten MTO

13 specialisten en 21 medewerkers hebben het verzoek gekregen om de vragenlijst in te vullen. 2 specialisten en 16 medewerkers hebben de vragenlijst ingevuld dit is een percentage van respectievelijk 15,4 en 76,2. Wat opvalt is dat -met uitzondering van de specialisten- alle afdelingen vertegenwoordigd zijn. Hiermee is de doelstelling behaald. De belangrijkste aandachtspunten zijn de manier van leidinggeven (met name van de back-office/recovery) en mogelijkheid van opleiding (onderdeel beoordelingscyclus).

4. VIPP-project

In 2021 is het VIPP5 project gestart. Voor dit traject is subsidie aangevraagd. Vanwege de vertraging bij de EPD leverancier is er uitstel aangevraagd van de eerste evaluatie. Dit verzoek is gehonoreerd.

Prestatie-indicator: Alle relevante processen, het EPD systeem en de digitale omgeving zijn dusdanig ingericht dat VIPP5 werkbaar kan zijn binnen MCW (passend in de planning).

- Actie: project- en stuurgroep actief blijven betrekken bij de ontwikkelingen.
- Actie: Alle medewerkers worden geïnstrueerd over aangepaste werkwijze.
- Actie: Handboek aanpassen.

Resultaat: Sinds april 2021 wordt er binnen de kliniek gewerkt met een nieuw EPD. Deze leverancier (Medicor/Tenzinger) is bezig met de implementatie van de diverse vereisten vanuit VIPP (aansluiting DVZA, inrichten BzG etc.). Dit proces verloopt niet geheel vlekkeloos. Er is veel contact tussen de MMZ en Medicor. Uiteindelijk heeft de vertraging ook geleid tot het verzoek tot uitstel van de evaluatie (eerste module) voor de subsidieverlening. Dit is verleend, de tijdigheid en de contractuele afspraken tussen Tenzinger en de kliniek vormen ook voor 2023 een aandachtspunt. Vanwege de vertragingen zijn er nog geen instructies geweest, de werkwijze is ook nog niet veranderd ten behoeve van VIPP5.

5. Interne audit

Tijdens de interne audits wordt onderzocht of de processen verlopen zoals bedoeld (doen wat je zegt en zeggen wat je doet). Er wordt gezocht naar mogelijke verbeteringen en de audit richt zich daarmee op het proces en de randvoorwaarden, niet op het functioneren van een individu.

5.1 Interne audit kwaliteitsmedewerkers

Doelstelling: Jaarlijks wordt door de kwaliteitsmedewerker/ directie ten minste 1 interne audit uitgevoerd, op een afdeling en/of proces binnen de organisatie om te beoordelen of bepaalde afdelingen/risicovolle processen op de werkvloer volgens de regels verlopen en eventueel verbeterd kunnen worden.

Prestatie indicator: Het verloop van de processen wordt aan de hand van de landelijke richtlijnen, de opgestelde protocollen en werkinstructies onder de loep genomen. De betrokken medewerkers worden geïnterviewd. Een verslag van de bevindingen en eventuele verbeterpunten wordt hierna overgedragen aan de directie, volgens de interne audit procedure.

Aan de hand van de risico inventarisatie en voorgaande review wordt er een interne audit ingepland voor 2022 op het gebruik van het EPD.

Resultaat: De interne audit m.b.t. het gebruik van de OK, voor dit jaar is uitgevoerd door Henk Eijsbouts (gekwalificeerd auditor en directeur).

In 2023 volgt er een intensieve interne audit (van 1 week) om het gebruik van het EPD in relatie tot de kwaliteitsprocessen te evalueren. Hierbij wordt de wijze -en de compleetheid- van de invoer gecontroleerd aan de hand van -vastgelegde- protocollen, procedures en/of werkinstructies.

Analyse interne audits 2022

Omdat er nieuwe regelgeving is omtrent de luchtbeheersing op de OK is er een interne audit uitgevoerd op het gebruik van de OK met specifieke aandacht voor het opdekken onder het plenum. Deze interne audit is verzorgd door de heer Eijsbouts. In de audit van het gebruik van de ok kwamen de volgende aanbevelingen naar voren:

- Probeer altijd het operatiegebied centraal onder het plenum te plaatsen door zonodig de positie van de operatietafel aan te passen.
- Plaats de tafel waarop opgedekt wordt zo dicht als mogelijk bij het operatiegebied om optimaal schoon te werken en contaminatie te voorkomen.
- Beperk het aantal bewegingen en personen in de ok indien mogelijk. De patiënt en andere personen zijn de grootste bron van potentiële infectie op de OK.
- Zorg voor zo weinig mogelijk deurbewegingen.
- Er werden tijdens de audit geen afwijkingen van de norm geconstateerd.

Bijkomende bevindingen tijdens de audit:

- Stopmomenten worden correct bijgehouden.
- Er wordt dubbele controle toegepast bij toedienen medicatie.
- Status wordt correct bijgehouden in EPD.
- Kledinggebruik en werken volgens WIP is volgens de richtlijn.

- Er werd gewerkt in een rustige sfeer.
- Een lamp is kapot in het plenum. Zodra mogelijk vervangen.
- De tijd op het informatiescherm aan de wand is niet correct. Aanpassen.
- De aanduiding drukverschillen van de verschillende zone's is niet geheel correct. Controleren en aanpassen.
- Er staat een persoonlijke tas van medewerker op de grond in de voorruimte/wasruimte ok's

Aanbevelingen zijn gecommuniceerd met hoofd OK-assistente.

5.2 Interne audit apotheek

De audit apotheek werd uitgevoerd door de apotheker en kwaliteitsfunctionaris apotheek van het Elkerliek ziekenhuis te Helmond op 5 september 2022.

De resultaten werden ingedeeld in kritische tekortkomingen en niet kritische tekortkomingen c.q. aanbevelingen. Uit deze audit zijn geen kritische tekortkomingen en 2 (categorieën) aanbevelingen gekomen. De aanbevelingen zijn of worden opgepakt.

M.b.t. EVS/LSP/EPD (Farmed Visie)

- Benut LSP voor medicatiebewaking (allergieën, bijwerkingen) en medicatie-overdracht (actueel medicatie overzicht beschikbaar bij voorschrijven)
- Benut Z-index of G-standaard bij voorschrijven geneesmiddel in EVS/EPD
- Zoek, voor meegeven medicatie (al of niet via recept) een koppeling met EVS/EPD, zodat traceerbaar is welke medicatie is verstrekt; medicatieverificatie pre- en postoperatief met gebruik van EVS/EPD heeft de voorkeur. Verzoek QMCW is of de EA kan ondersteunen bij het realiseren van een functionerende koppeling tussen EPD QMCW en EVS en LSP (contactpersoon, testpersoon). Dit is toegezegd.

M.b.t. de opslagruimte medicatie

- Vervang de analoge thermometer in opslagruimte Voorraadruimte Apotheek door een min/max thermometer. Voordeel hiervan is dat op een min/max-thermometer de maximale en minimale temperatuur is af te lezen, gedurende een gekozen tijdsinterval.

5.3 Interne audit hygiëne

Op 30 juni 2022 werd de audit hygiëne en infectiepreventie gehouden door Patricia Willemse, deskundige infectiepreventie van de afdeling hygiëne en infectiepreventie van het Elkerliek ziekenhuis te Helmond.

Opmerkingen, aandachtspunten en kritische tekortkomingen

Nette ruimten, medewerkers weten wat ze doen en wat belangrijk is. Handhygiëne geoefend met UV-lamp dit geeft persoonlijke feedback. Er zijn geen kritische tekortkomingen. De bekende knelpunten blijven open staan, zijn ook lastig op te lossen binnen de beperkte ruimte die er is.

Op enkele plekken gestapelde steriele sets gezien, als mogelijke oorzaak werd genoemd dat de dag ervoor geen vaste medewerker had gewerkt. 1 medewerker droeg sieraden tijdens een voorbereidende handeling (medicatie klaarmaken).

6. Klachten, MIP, complicaties en calamiteiten

Alle geregistreerde klachten, meldingen, complicaties en calamiteiten zijn te allen tijde inzichtelijk voor de medewerkers middels het EPD.

6.1. Klachten

De klachten-/geschillenregeling is beschikbaar via internet

<https://www.medischcentrumwaalre.com/klachtenregeling> We hebben in 2022 geen officieel geregistreerde klachten gehad die via de geschillencommissie zijn beslecht. Wel zijn er 4 ontevreden patiënten geweest. Deze klachten zijn afgehandeld volgens de procedure

F.1.1. Klachtenprocedure zonder escalatie en tot tevredenheid van alle betrokken partijen. 2 klachten staan nog open en de kliniek is in afwachting van de reactie van de patiënt waarvan 1 een officiële klacht zou indienen (dreiging). Deze officiële melding is nu -na 4 maanden- nog steeds niet gemaakt. De andere patiënt zou aangeven wat zij graag als oplossing ziet zodra zij daar aan toe is.

Klachten en Informed Consent

De toenemende klachten gaan in bijna alle gevallen over het resultaat van de behandeling. Dit lijkt kenmerkend voor de ontwikkeling in de consumentenmarkt waarbij de consument (gesterkt door programma's zoals Radar en Kassa) mondiger wordt en -wellicht ingegeven door een geldgebrek- een compensatie wil.

Met name de laatstgenoemde beweegreden -om te klagen vanuit geldgebrek- brengt de kliniek in een lastige positie. Enerzijds wil de kliniek de mogelijkheid voor het uiten van het ongenoegen zo makkelijk mogelijk maken en stelt de kliniek de patiënttevredenheid boven alles. Anderzijds zijn er grenzen die ook bewaakt moeten worden in verband met de economische gezondheid van de kliniek. De angst voor een negatieve publieke review groeit bij (zorg-)aanbieders en dat weten sommige patiënten. Het adequaat handelen vergt veel tijd en 'diplomatie'.

Voor de kliniek is het mondiger worden van de patiënt uiteraard geen probleem. Om deze reden doet de kliniek ook mee aan de campagne van de overheid: Samen beslissen. Daarbij proberen we ingewikkelde constructies die zijn ontstaan uit de ondoorzichtigheid van de verzekerde zorg, zo duidelijk mogelijk te communiceren met de patiënt. Het document "Verzekerde zorg & Onverzekerde zorg" is daar een voorbeeld van.

Ook wordt er gekeken naar een manier van spraakherkenning waarmee er automatisch een verslag wordt gemaakt van het gesprek in de spreekkamer. Dit voorkomt verwarring over hetgeen er besproken is in de spreekkamer.

6.2. MIP

De bewustwording van veiligheid binnen de organisatie voor de patiënt maar ook voor de medewerker is duidelijk een punt dat de aandacht heeft binnen de organisatie. Het MTO wijst uit dat een klein deel van de medewerkers het lastig vindt om een melding te maken. Om deze reden hebben we een SMOK formulier gemaakt (Storing Melding OK). Hiermee willen we de drempel verlagen om een melding te maken van non-conformiteit op de OK waar wellicht een MIP melding uit kan voortkomen. In 2022 is er 1 MIP melding geweest.

De MIP meldingen zijn wat betreft de ernst gecategoriseerd in een kleurenmatrix

Groen (risico 'zeer laag'): 1

Geel (risico 'laag'): 0

Oranje (risico 'hoog'): 0

Rood (risico 'zeer hoog'): 0

De melding valt in de categorie groen. De patiëntveiligheid is niet in gevaar geweest maar de bijna incidenten hebben wel aandacht nodig. De melding is opgepakt. Zo is er gekeken naar het functioneren van de leverancier M** (dmv gesprekken tussen de directie en M**)

6.3. Complicaties

Onze complicaties worden onderverdeeld per specialisme. Er zijn in totaal 5 registraties;

Plastische chirurgie	3
Algemene chirurgie	0
Dermatologie	0
Anesthesie	0
Orthopedie	2

In deze en de vorige periode waren de meeste complicaties toe te kennen aan het specialisme plastische chirurgie. Dit betreft ook onze grootste patiëntenpopulatie. De complicaties bestaan uit 3x een wondinfectie welke is bestreden met een antibioticakuur. De 2 complicaties binnen orthopedie zijn tevens wondinfecties en zijn met een kleine antibioticakuur verholpen.

Omdat het uitblijven van de registratie van complicaties opvallend is geweest, is er -nogmaals- gecommuniceerd dat de complicaties geregistreerd moeten worden. Een oorzaak kan liggen in de interpretatie van een complicatie. Vaak zijn het 'schone' wonden die niet willen sluiten, door het spoelen wordt een infectie/complicatie voorkomen. Ook een heel klein abces dat direct behandeld kan worden en geen blijvende 'schade' geeft wordt door de plastisch chirurgen niet gezien als complicatie. Door de aard van de behandeling is dit bijna onoverkomelijk en niet zorgwekkend.

Registratie klachten/complicaties Mentorprothesen

In onderstaand overzicht is te lezen dat er in 2022 vanuit onze kliniek 2 patiënten bij Mentor (Bloomedical) zijn gemeld met een ruptuur/ capsulvorming van het implantaat.

Mentor Complaint web ID	Complaint Nr BloomMedical	PTE INI	Complaint Code	Date explanted
PC-001061985	N21090902	KLBvdE	46 Rupture + 42 Capsular Contracture	21-4-2021
PC-001014066	N21110102	A	46 Rupture	1-11-2021
PC-001053349	N22011201	MW	46 Rupture	12-1-2022
PC-001112269	N22031601	CvE	42 Capsular Contracture	16-3-2022

Infectiepercentage vergeleken met PREZIES

Er wordt gekeken naar een nieuwe werkwijze voor het vergelijken met landelijke infectiecijfers zodat dit een representatief vergelijk blijft.

Prestatie-indicator: Elke infectie wordt gemeld middels het complicatieformulier. Aan het einde van het jaar wordt het berekende gemiddelde per specialisme vergeleken met het landelijk gemiddelde. Doelstelling is om het infectiepercentage van MCW binnen het eerste kwartaal te laten vallen van de landelijke cijfers.

- Opnemen in planning: complicatie bespreking per kwartaal, per specialisme.
- Actie: bewustwording bij specialisten en medewerkers.
- Actie: Inplannen per kwartaal in agenda bij specialisten door kwaliteitsmedewerker.
- Actie: representatief vergelijkingsmethode vinden voor de landelijke infectiecijfers.

Resultaat: Er kan niet met 100% zekerheid worden gesteld dat elke infectie wordt geregistreerd middels het complicatieformulier. Er is opnieuw een oproep gedaan naar het invullen van het formulier. Per kwartaal ziet de kwaliteitsmedewerker erop toe dat er met de eindverantwoordelijke specialist een bespreking over de geregistreerde complicaties plaats vindt waardoor verbeterpunten tijdig kunnen worden opgepakt. In 2021 is dat – gezien het aantal en de aard van de infecties- niet noodzakelijk gebleken.

Voor de vergelijking met het landelijke gemiddelde is gekeken naar de referentiecijfers van de PREZIES-module Postoperatieve wondinfecties (POWI) 2018, gepubliceerd via het RIVM. Omdat er niet meer op CTG code is gestratificeerd, is gebruik gemaakt van de afkortingentabel (bijlage 1) van de publicatie. Op basis van deze afkortingen is een vergelijking gemaakt met de behandelingen die binnen de kliniek zijn uitgevoerd.

De behandelingen die een infecties hebben veroorzaakt betreffen in deze periode:

- 3 mammareductie
- 1 halux valgus
- Laterale clavicula resectie

Plastische chirurgie

Van de ingrepen die in POWI tabel van PREZIES staan, wordt slechts 1 ingreep in MCW uitgevoerd;

- CTG 033971 = plastische deformiteit van de mamma. Vergelijkbaar met MAMABL (met/z impl) en MAMLUM (met/z impl). Deze is in 1 jaar (onverzekerd) 6 keer uitgevoerd bij 6 patiënten. Verzekerd zijn er 45 borstverkleiningen geweest bij 45 patiënten. Het aantal infecties in dit jaar bedraagt 3 op de geregistreerde behandelingen (5,8%). Landelijk gezien is dit percentage 6,6% (met implantaten) en 4,7% (zonder implantaten). Het hoge percentage van 5,8 is te wijten aan het soort behandeling. Binnen deze CTG code vallen ook behandelingen waarbij een kleine hoeveelheid weefsel wordt verwijderd. Dit is echter binnen onze kliniek nooit van toepassing waardoor wij in de kliniek te maken hebben met bovengemiddeld hoog percentage grotere wonden in vergelijking met de meeste ziekenhuizen. Dit geeft een groter risico op wondinfectie omdat de patiënt de wond zelf moet verzorgen. Alle infecties zijn met antibiotica en aanvullende wondverzorgingsinstructies verholpen.

Orthopedie

Van de ingrepen die in POWI tabel staan van PREZIES staan, wordt er geen ingreep uitgevoerd binnen de kliniek. Voorgaande jaren werden onderstaande ingrepen vergeleken met de gegevens van PREZIES. Voor de volledigheid zijn deze opgenomen in de review omdat er anders geen vergelijking /monitoring mogelijk is

- CTG 038100 = acromionresectie.
Het aantal infecties bedraagt 0 op de geregistreerde behandeling, oftewel een percentage van 0%.
- CTG 038640 = eenvoudige arthrotomie of achterste capsulotomie van de knie.
Het aantal infecties bedraagt 0 op 5 geregistreerde behandelingen, oftewel een percentage van 0%.
- CTG 038642 = Voorste en/of achterste kruisbandplastiek van de knie met transplantaat.
Het aantal infecties bedraagt 0 op de 40 geregistreerde behandelingen. Dit is een percentage van 0%.
- CTG 038643 = totale of partiële meniscectomie.
Het aantal infecties bedraagt 0 op de 41 geregistreerde behandelingen. Dit is een percentage van 0%.
- CTG 038826 = verwijderen 1 of meerdere schroeven uit een bot.
Het aantal infecties bedraagt 0 op de geregistreerde behandeling, oftewel een percentage van 0%.

Algemene Chirurgie

Van de ingrepen die in POWI tabel staan van PREZIES staan, wordt er geen ingreep in MCW uitgevoerd.

Evaluatie benchmarking met PREZIES

Aangezien het aantal behandelingen dat uitgevoerd wordt binnen de kliniek laag is, worden de cijfers eigenlijk te onnauwkeurig. Daarnaast zijn de indicatoroperaties die PREZIES gebruikt voor de infectiepercentages beperkter in de rapportages vanaf 2014. Dit maakt de vergelijking nog lastiger. De nieuwe SKI tool biedt hierin wellicht uitkomst. Hiermee is het mogelijk om te kijken naar landelijke infectiecijfers vanuit de IGJ-indicatoren. Het lastige is wel dat deze data gebaseerd is op gegevens die door de klinieken zelf aangeleverd worden en wellicht minder betrouwbaar. In de review van 2023 zal de beoordeling van deze tool worden opgenomen.

6.4 Calamiteiten

De definitie van een calamiteit, zoals de inspectie die hanteert:

"iedere niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid."

Er is binnen de kliniek geen calamiteit geweest in het afgelopen jaar wat pleit voor onze patiëntveiligheid.

Behandelingen en redo's

Behandelingen

Doelstelling: In 2022 is er een groei van 10% zichtbaar van het totaal aantal uitgevoerde borstvergroting t.o.v. 2021.

Prestatie-indicator: Er wordt een registratie gedaan van de uitgevoerde borstvergrotingen waarna een jaarlijks vergelijk opgemaakt kan worden en een groeilijn zichtbaar is.

- Actie: patiënt registratie systeem (EPD) is dusdanig ingericht dat registratie van uitgevoerde borstvergrotingen inzichtelijk is en te analyseren.

Analyse 2022 aantal borstvergrotingen

Het aantal borstvergrotingen was, in de periode januari 2021 tot en met juli 2021, 96. In de periode januari 2022 tot en met juli 2022 waren dit er 67. Dit is een daling van 30,3%. Hiermee is de doelstelling niet behaald.

Redo's

Doelstelling: In 2022 is het totaal aantal redo's dat wordt gedaan binnen MCW maximaal 5 % van de totaal aantal uitgevoerde operatieve ingrepen waar de redo's betrekking op hebben.

Prestatie indicator: Door middel van het EPD wordt het aantal redo's vastgelegd per oorzaak en specialist.

- Opnemen in planning.
- Actie: opstellen procedure voor registratie.
- Actie: Aanwijzen van persoon die de registratie zal uitvoeren.

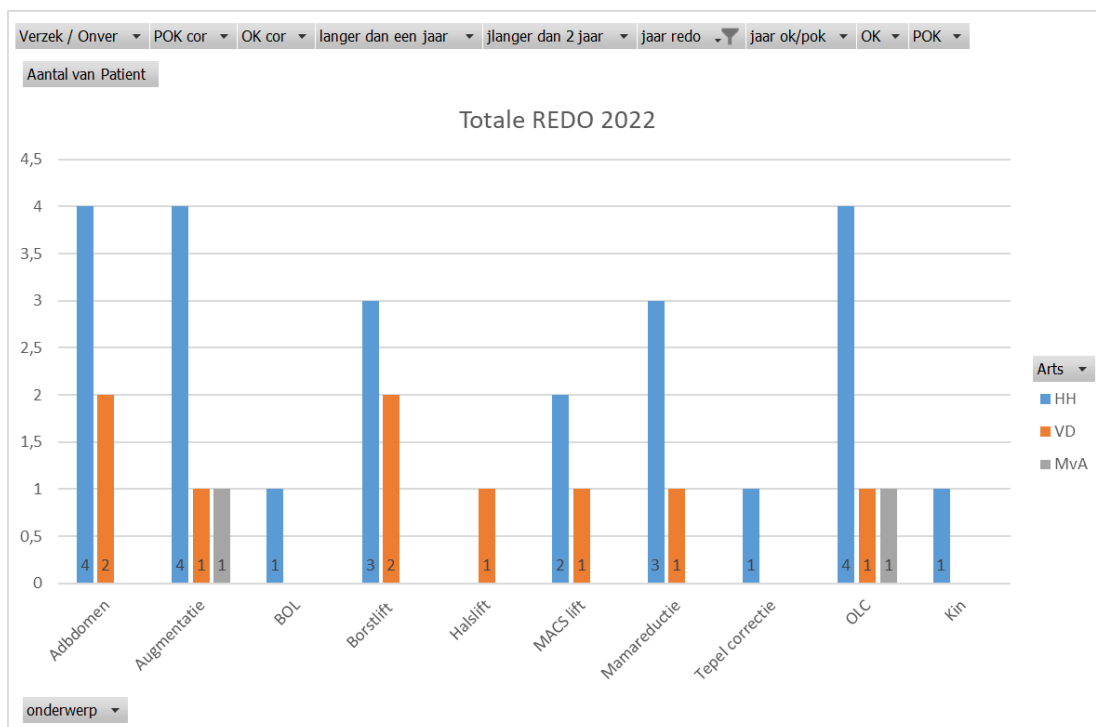
Analyse 2022 aantal redo's

Het meten van het aantal redo's is vooral van belang bij de onverzekerde zorg. Dit betreft de afdeling plastische chirurgie. Omdat het lastig is om een zuivere en bruikbare meting/vergelijking te maken zijn we uitgegaan van een aantal variabelen, deze komen overeen met de meting in 2021:

- We hebben de tijdsperiode van 6 maanden gepakt (1-1-22 t/m 1-07-22)
- We hebben voor het berekenen van het percentage redo's het totaal aantal uitgevoerde behandelingen gepakt waar de redo betrekking op heeft. LET OP: Dit geeft een hoog percentage redo's omdat we het niet vergelijken met alle behandelingen van de afdeling plastische chirurgie! Daarnaast kan dit ook nog vertekenen omdat de redo's niet altijd betrekking hebben een behandeling in deze periode.
- De redo's zijn gemeten per specialist en enkel van de onverzekerde zorg.
- De redo's zijn handmatig geregistreerd door de directie omdat zij meer grip wil hebben op het aantal redo's

Er zijn in totaal 34 redo's geweest (28 meer dan in de vorige review (6)). Dit zijn allemaal behandelingen waarbij het esthetische resultaat niet naar de tevredenheid van de patiënt was. In 2 gevallen betreft het een redo op een behandeling die langer dan 2 jaar geleden is uitgevoerd. In 15

gevallen was de behandeling langer dan een jaar geleden. **De enorme stijging in het aantal geregistreerde redo's heeft te maken met een verbeterde registratie door de directie.**



Om een zuiver beeld te krijgen van het percentage redo's ten opzichte van het totaal aantal behandelingen is het niet logisch om het aantal redo's wat gedaan is in 2022 te vergelijken met het aantal behandelingen in datzelfde jaar omdat de redo's geen betrekking hebben op dat jaar. Daarnaast is het niet relevant om de cijfers te vergelijken als er maar 1 redo is geweest in een bepaalde categorie, de gegevens hebben dan een te lage betrouwbaarheid om een uitspraak te doen over een structureel 'probleem'. De redo's van de abdomenplastics, de ooglidcorrecties en augmentaties in 2022 die betrekking hebben op een behandeling in 2021 worden vergeleken met het aantal behandelingen in 2021.

	2021	Redo's 2022	Percentage
Augmentaties	65	5	7,7
Abdomenplastic	35	3	8,6
OLC	261	5	1,9

Het percentage redo's ten opzichte van het aantal behandelingen waar de redo's betrekking op hebben is 3,9 in 2021. In 2022 is dit 3,6 dit is een daling van 0,3 procent.

De doelstelling voor het maximale percentage redo's lag op maximaal 5%. Dit percentage is behaald in het totaaloverzicht. Een verdere analyse laat zien dat het maximale percentage voor de augmentatie en de buikwandcorrectie niet behaald is. Ten opzichte van vorig jaar zijn deze percentages gestegen met respectievelijk 4,9 en 2,6 procentpunten.

Analyse buikwandcorrecties en augmentaties

Het niet behalen van de doelstelling voor het percentage redo's met betrekking tot de buikwandcorrecties en de augmentaties verdient meer aandacht. Uit een korte analyse is naar voren gekomen dat de redo's op de buikwandcorrecties alle drie littekencorrecties zijn.

De redo's op de augmentaties betreffen 2x een littekencorrectie en 2x kapselvorming en 1 x een tepelcorrectie. Van 3 van de 5 redo's is de initiële behandeling langer dan een jaar geleden.

Het genezen van een wond en het ontstaan van littekenweefsel (en/of kapselvorming) is zeer lastig te beheersen. Zeker als er (geen) sprake is geweest van een infectie.

Patiëntervaringen/ PREM

Doelstelling: Ieder jaar wordt er patiëntervaringsmeting gedaan om inzicht te krijgen in de tevredenheid van patiënten over het centrum en de behandelaar. De net promotor score ligt op 80 of hoger.

Prestatie indicator: Binnen MCW wordt aan diverse uitbehandelde patiënten gedurende het hele jaar medewerking gevraagd voor het invullen van een vragenlijst. Voor een juiste analyse te kunnen maken, dient de enquête door minimaal 50 patiënten en een minima van 15% van de totaal behandelde patiënten per specialisme te worden ingevuld.

- Opnemen in planning: Uitvoeren PREM.
- Actie: Opmerkingen uit meting bespreken met directie en waar nodig opnemen in het CAPA-plan.

Doelstelling: De invoering van de PROM's wordt opnieuw geëvalueerd. De beoordeling van de vakgroepen zijn hierbij leidend.

Prestatie-indicator: Evaluatieplan wordt opgesteld door het Q-team en ter goedkeuring aan directie en vakgroepen voorgelegd.

- Opnemen in planning: evaluatieplan opstellen en opvolging hiervan.
- Actie: actief de ontwikkelingen in de PROMS (ook irt EPD) blijven volgen

Analyse 2022

In juni 2020 zijn we gestart met de invoering van een generieke PREM. De polikliniekmedewerker registreert in een Excelbestand de uitbehandelde patiënten. Een maal in de 1 á 2 weken wordt op basis van deze lijst de uitnodiging voor het invullen van de patiënttevredenheidsenquête digitaal aan de patiënt toegestuurd. In de uitnodiging staat een link naar de vernieuwde enquête op onze website: <https://www.medischcentrumwaaire.com/tevredenheid>.

Uit de resultaten (okt 21 – sept 22) van de vernieuwde patiënttevredenheidsenquête (PREM) komt naar voren dat de patiënt tevreden is. Er zijn geen vragen met een onvoldoende beoordeeld en 100% zal de kliniek aanbevelen aan mensen met dezelfde zorgvraag (net promotor score). Er zijn geen onderdelen die 0.5 punten (of meer) lager hebben gescoord dan vorig jaar.

Op bijna alle onderdelen wordt er een 9 of hoger op het gewogen gemiddelde gescoord. Behalve op de vraag: Hoe beoordeelt u het (voorlopig) effect van uw behandeling. Hier is het gewogen gemiddelde een 8,84, vorige periode was dit een 8,93. Het lagere resultaat (onder de 9) heeft te maken met een 1 respondent die een 4 heeft gegeven.

PROM

In de PREM is dit jaar ook de laatste fase van de PROM vragen opgenomen. Wat opvalt is dat 7 respondenten aangeven nog steeds een beperking te ervaren in het dagelijks leven en/of in de vrije tijd, waarvan 4 een beetje en 2 zelfs best veel. In de volgende review worden deze cijfers nader geanalyseerd omdat deze aantallen op dit moment te klein zijn om een gefundeerde uitspraak/analyse te doen.

Respons

De respons (n26 = 34% van de verstuurde uitnodigingen) is terug te vinden via Survey Monkey. In vergelijking met vorig jaar is dit een stijging van 62% (2021 = n16).

De doelstelling in het *aantal* ingevulde formulieren is niet behaald. Wel is er een significante stijging in het aantal reacties (+ 62%).

Het totale verslag van de PREM is terug te lezen in de bijlage.

ZorgkaartNederland

Uiteraard wordt de kliniek op meerdere manieren gewaardeerd. ZorgkaartNederland.nl maakt daar ook een onderdeel van uit. Via deze website wordt de kliniek al jaren goed beoordeeld.

Waarderingen historie



Recente waarderingen

- 23 september 2022 - Geplaatst door de redactie**

Dr. Kleijn nam altijd de tijd voor mij om te luisteren en te adviseren.

9.7

[Lees meer](#)
- 10 juni 2022 - Geplaatst door de redactie**

Je word er als gast behandeld goede service ze geven je extra aandacht ben tevreden over de arts en verdere personeel nu verder herstellen van slijmbeursontsteking operatie gisteren uitgevoerd

9.9

[Lees meer](#)
- 2 juni 2022 - Geplaatst door de redactie**

Zeer tevreden met de vriendelijkheid van de medewerkers. Mooie accommodatie en huiselijke sfeer.

9.9

[Lees meer](#)

Informed Consent

Het verschaffen van de juiste informatie (Informed) aan de patiënt speelt een grote rol binnen verschillende richtlijnen en kwaliteitskaders. De toestemming die daarop volgt (Consent) is alleen dan geldig en bruikbaar als de informatie volledig, tijdig en begrijpelijk is. Om deze reden is er een notitie geschreven waarin een voorstel is gedaan voor een plan van aanpak om te voldoen aan de verschillende eisen in de diverse regelgeving rondom het Informed Consent (zie bijlage). De

inventarisatie en implementatie vergt veel tijd en zorgvuldigheid. De verwachting is dat dit project medio 2023 wordt afgerond.

7. Leveranciersbeoordeling

De directie heeft uit het overzicht van samenwerkende leveranciers de meest kritische en of essentiële leveranciers gekozen om te beoordelen. Dit zijn de volgende leveranciers geweest:

B**, alle criteria met goed beoordeeld, geen bijzonderheden

D M****, alle criteria met goed beoordeeld, geen bijzonderheden

E Th****, alle criteria met goed beoordeeld, geen bijzonderheden

E**, alle criteria met goed beoordeeld, geen bijzonderheden

K**, 2 criteria met goed beoordeeld, de rest zeer goed. Laatste tijd wordt er minder gebruik gemaakt van de diensten van Koraal

D**, op een aantal punten hebben zij matig gescoord, er is intensief contact geweest het gaat nu beter.

I-**, scoort nu goed en 2x zeer goed, er heeft een gesprek plaatsgevonden en zij pakken de issues op. Vandaar de goede score

Y**, alles is zeer goed, prettige samenwerking

M**, 1 keer matig de rest goed, er zijn diverse gesprekken geweest ook naar aanleiding van een MIP in 2021. Dit is goed opgepakt

Voor de leveranciersbeoordeling is door de medewerker -welke eerste contactpersoon is- een leveranciersbeoordeling ingevuld. Hieruit komt duidelijk naar voren dat we over de meeste leveranciers tevreden zijn. Er zijn 2 leveranciers die op 2 punten 'matig' scoorde. En 1 leverancier waar we in het verleden ontevreden over waren (M**). De ontevredenheid is aangekaart bij de partijen. Met alle partijen is inmiddels contact geweest en zijn er afspraken gemaakt.

De directie beoordeelt of de leverancier werkt volgens de organisatie eisen, klanteisen en wet- en regelgeving. Van alle 9 uitgekozen leveranciers is de samenwerking direct goedgekeurd door de directie. Vanuit de vorige leveranciersbeoordeling en een MIP in 2021 is er contact geweest met de directie en M**. In de leveranciersbeoordeling van dit jaar scoren zij voldoende.

Van alle kritische en of essentiële leveranciers die een zorginhoudelijke bijdrage leveren, is hun kwaliteitsregistratie/controlle gecheckt. De certificaten zijn opgeslagen onder T:\administratief zkn\kwaliteit\Leveranciers\leveranciers 2021\certificaten

We blijven te allen tijde kritisch kijken naar de leveranciers en gaan gesprekken aan om de samenwerking te optimaliseren.

8. IFMS

Alle medisch specialisten worden getoetst middels het IFMS-systeem. Het gesprek wordt gevoerd door de directie. In 2022 zijn er diverse gesprekken gevoerd. Deze worden ondersteund door de online 360 graden feedback vragenlijsten. De verslagen zijn toegevoegd aan het personeelsdossier. De resultaten van de 360 graden feedbackformulieren zijn terug te vinden onder T:\administratief zkn\kwaliteit\IFMS

De PDCA-cyclus in de IFMS-cyclus.

In de ideale IFMS-cyclus wordt er naar aanleiding van de bevindingen een Persoonlijk OntwikkelingsPlan geschreven. Doordat de specialisten maar voor een klein gedeelte van hun werkzame uren aanwezig zijn in onze kliniek is besloten dat de IFMS-gesprekken worden beoordeeld door de directie. Als er zaken zijn die opgepakt dienen te worden, valt dat onder de reguliere procedure voor maatregelen ter verbetering of personeelszorg. Medisch Centrum Waalre stelt als werkgever geen POP op omdat dit proces (gezien de geringe aanwezigheid) te omslachtig -en daarmee niet werkbaar- is. De specialisten zien er op toe dat hun persoonlijke ontwikkeling bij hun hoofdwerkgever een plaats heeft in de P-Cyclus.

9. Personeel

Doktersassistente	2 medewerkers
Management	2 medewerkers
Stafdiensten	5 medewerkers
OK personeel	7 medewerkers
Specialisten	12 medewerkers
Verpleegkundige	6 medewerkers
CSA	1 medewerkers

Voor Quole Medisch Centrum Waalre is (vast) personeel haar grootste asset. Gezien de (gebrekkige) beschikbaarheid van kwalitatief hoogwaardig opgeleid personeel in de huidige arbeidsmarkt is het voor de kliniek een onmogelijke opgave om het personeelsbestand enkel uit vaste medewerkers te laten bestaan. Zij werkt daarom, boven op het vaste bestand van 24 personen, met een flexibele personele schil van 15 oproepkrachten/inleners en 12 specialisten. Dit zorgt weliswaar voor de benodigde flexibiliteit maar brengt ook extra (management) aandachtspunten met zich mee. Dit zijn o.a.

- De betrokkenheid bij de inleners. Omdat de medewerkers maar 1 x in de maand bij Quole werken is het belangrijk om ze betrokken te houden.
- Een goede afstemming binnen de teams. Doordat de teams alleen in wisselende samenstelling te vormen zijn vormt de afstemming en het op elkaar ingespeeld zijn een aandachtspunt.
- Een goede communicatie. Omdat de aanwezigheid van de inleners, oproepkrachten en specialisten minimaal is -en hun werkzaamheden vaak steriel plaatsvinden- is de communicatie en het te kiezen communicatiemiddel-/moment belangrijk.
- De controle op de kwaliteit van het werk van de oproepkrachten en de inleners. Omdat de inleners en oproepkrachten de diverse handelingen in een lage frequentie uitvoeren is een verscherpt toezicht van de collega's belangrijk.

- De samenwerking tussen de vaste (fulltime) medewerkers, oproepkrachten en inleners. De medewerkers dienen 'verschillende bazen', dit kan leiden tot frictie.
- Andere gewoontes en aangeleerde werkwijzen. Het hanteren van uniforme werkwijzen is een aandachtspunt omdat de inleners, oproepkrachten en specialisten hun hoofdbetrekking ergens anders hebben.

De ontwikkeling van de HR-cyclus is volle gang is. De valse kleinschaligheid en de scheve verhouding door de machtspositie van het personeel i.v.m. de arbeidsmarkt maakt dit een complex proces.

Valse kleinschaligheid

Waar de organisatie op papier met Fte's kleiner lijkt, is de personele organisatie met 51 personen groot. Dit vergt veel HR-capaciteit.

Tot op heden hebben we de volgende beheersmaatregelen toegepast:

- Er wordt altijd een inlener bij een vaste kracht gezet.
- Er worden functioneringsgesprekken gepland/gevoerd.
- Het personeelsdossier is uitgebreid en er zijn digitale overzichten van bekwaamheden en overige HR gerelateerde zaken.
- Er worden 360 graden feedback gesprekken gevoerd met de specialisten.
- Er zijn SLA's afgesproken met het detacheringsbureau.
- Er wordt actief geworven om het vaste personeelsbestand aan te vullen. Diverse sollicitatiegesprekken zijn reeds gevoerd.
- De oproepkrachten en nieuwe medewerkers worden via de vernieuwde 'spiekboekjes' laagdrempelig en efficiënt op de hoogte gebracht van de noodzakelijke informatie.

Komende periode gaan we ons richten op het vervolmaken van de HR-Cyclus. Er wordt gekeken naar intercollegiale (360 graden) feedback bij de medewerkers en de beoordelingscyclus van inleners/oproepkrachten. Tot slot wordt er gekeken naar het vervolmaken van het scholingsplan in de vorm van Persoonlijke OntwikkelingsPlannen (POP).

10. PROM

Doelstelling: De invoering van de PROM's wordt opnieuw geëvalueerd. De beoordeling van de directie en vakgroepen zijn hierbij leidend.

Prestatie-indicator: Evaluatieplan wordt opgesteld door het Q-team en ter goedkeuring aan directie en vakgroepen voorgelegd.

- Opnemen in planning: evaluatieplan opstellen en opvolging hiervan.
- Actie: actief de ontwikkelingen in de PROMS (ook irt EPD) blijven volgen

Resultaat: De PROM's blijven een punt van discussie. Om toch te buigen voor de druk die uitgeoefend wordt door diverse partijen heeft de directie besloten een generieke PROM te gebruiken. Door de wildgroei aan (verschillende) PROM's en het uitblijven van het bewijs van een significante bijdrage aan het verbeteren van de zorg voor de patiënt, lijkt het meer op een extra belasting dan op een kwaliteit verbeterende maatregel voor de patiënt. Er zijn veel vraagtekens bij de bevraging in relatie tot co-morbiditeit, de individuele zorgpaden en het sturen op de uitkomsten

(P4P-pay for performance). Uiteindelijk is er besloten om de generieke PROM slechts gedeeltelijk in te voeren door de vraagstelling in de spreekkamer te laten plaatsvinden waarbij de specialist kan helpen bij de interpretatie van de vragen. Ondanks dat de zorgverzekeraars hier tegen zijn omdat dit de schijn wekt van de slager die zijn eigen vlees keurt verdient deze werkwijze de voorkeur. Omdat de laatste fase van de PROM anoniem is middels de PREM kan er wel een onafhankelijk eindoordeel worden gevormd. Een discrepantie tussen de PROM vragen in het EPD en de PROM vragen in de PREM kan interessant zijn en wordt meegenomen in de review van 2023.

Momenteel is het nog niet mogelijk om een analyse te maken van de ingevoerde PROM vragen. De EPD leverancier vraagt een enorm bedrag om dit technisch te realiseren. In verband met de keuzes die gemaakt moeten worden door de enorm gestegen kosten heeft de directie besloten dit niet te prioriteren voor dit jaar.

Noot: Omdat wij een kleine kliniek zijn, is het niet opportuun om 'voorop' te lopen in dit soort projecten. Uiteraard blijven de specialisten de ontwikkelingen in de ziekenhuizen waar zij ook werkzaam zijn volgen en zal de kliniek bij een positief resultaat deze ontwikkeling overnemen.

11. Gevaarlijke stoffen

Dit jaar hebben alle nieuwe medewerkers een interne toetsing gedaan welke gericht was op de aanwezigheid van en het omgaan met gevaarlijke stoffen bij Quole Medisch Centrum Waalre. De medewerkers hebben daarvoor middels E-learning een presentatie gehad met daarop aansluitend een toetsing. De doelstelling vanuit de directie was dat elke medewerker de toetsing met een minimale score van 80% moest hebben behaald. Hieraan is voldaan.

Daarnaast is er een EHBO lijst opgesteld voor de behandeling van onbedoeld contact met een gevaarlijke stof. De V.I.B.'s (veiligheid informatiebladen) worden voor alle nieuwe gevaarlijke stoffen aangevraagd en adequate maatregelen worden opgepakt. Deze maatregelen bestaan o.a. uit persoonlijke beschermingsmiddelen, EHBO aanwijzingen/hulpmiddelen (zoals oogdouches) en spillkits.

Op 10 mei 2022 is er een brandoefening/evacuatie geweest.

Externe audit ADR

In de ZKN-toetsingscriteria versie januari 2018 is opgenomen dat er 1 x in de 3 jaar een toetsing dient te worden uitgevoerd door een aantoonbaar gecertificeerd veiligheidsadviseur ADR. Op aanwijzing van deze adviseur kan de toetsingstermijn verlengd worden naar 5 jaar. Deze toetsing heeft plaatsgevonden op vrijdag 28 september 2018, het verslag is binnengekomen op 18 oktober 2018. In dit verslag staat 1 kritische tekortkoming. Dit betreft het geschatte gewicht dat genoteerd wordt op de afvalbegeleidingsbrief. Deze schatting komt niet overeen met de werkelijk aangeboden hoeveelheid afval. De betrokken medewerker is gewezen op dit feit en zal er voor zorgdragen dat de geschatte hoeveelheden worden aangepast naar reële aantallen en zal de berekening handgeschreven toevoegen op iedere afvalbegeleidingsbrief. De kritische tekortkoming werd hiermee opgeheven. De eerstvolgende toetsing zal plaatsvinden volgens de aanwijzing van de auditor na 5 jaar (2023). De aangescherpte toetsingscyclus van 3 jaar geldt pas na 2023.

12. RI&E

In oktober 2015 heeft de kwaliteitsmedewerker deelgenomen aan een workshop door KMO Solutions en is er een RI&E opgemaakt. Aansluitend is er in november 2015 door Human Capital Care een RI&E toetsing gedaan binnen Medisch Centrum Waalre. De directie heeft in oktober 2020 de bestaande RI&E herzien en up-to-date gebracht. De vragen uit de RI&E van ZorgRie zijn hiervoor nogmaals ingevuld. Hierbij kwamen de volgende risicofactoren aan het licht:

- Er is nog geen ARBO-beleidsplan waar ook extra aandacht wordt besteed aan zwangere medewerkers (inhalatie anesthetica). ***Gezien de kleinschaligheid van de kliniek en de leeftijdsopbouw van de risicovolle functies, is dit risico verwaarloosbaar.***
- De taakomschrijving van de preventiemedewerker (directie) is niet beschikbaar. ***Dit is inmiddels opgepakt.***
- In het verzuimbeleid is geen onderdeel opgenomen voor de vroege signalering van een burn-out. ***Dit is inmiddels opgepakt.***
- Het onderdeel met betrekking tot de gevaarlijke stoffen is in orde behalve het plaatsen van de gevaarlijke stoffen in lekbakken en het opstellen van een EHBO overzicht voor de gevaarlijke stoffen. ***Dit is inmiddels opgepakt en uitgevoerd***
- De fysieke belasting van de medewerkers wordt niet gemeten middels een Beleidsspiegel of de tilthermometer/RugRadar. ***Dit zal medio 2023 opgepakt worden.***

Noot: De RI&E is een wettelijke verplichting, beschreven in de Arbeidsomstandigheden wet, artikel 5. In dit artikel is heel veel terug te vinden over de RI&E, maar helaas niet de frequentie. Wat we wel terug kunnen vinden in artikel 5, lid 4 is het volgende:

“...De risico-inventarisatie en -evaluatie wordt aangepast zo dikwijls als de daarmee opgedane ervaring, gewijzigde werkmethoden of werkomstandigheden of de stand van de wetenschap en professionele dienstverlening daartoe aanleiding geven...”.

De afgelopen 2 jaar zijn er geen grote wijzigingen geweest die aanleiding hebben gegeven om de RI&E te wijzigen of aan te vullen. Ook het MTO geeft geen aanleiding tot een wijziging. In 2023 zullen we uit volledigheid een nieuwe RI&E opstellen.

13. Realisatie opleidingsplan

Het opleidingsplan van Medisch Centrum Waalre is onderverdeeld in thema's;

- Kwaliteit en veiligheid;
- Leiderschap;
- Samenwerking en cultuur;
- Logistiek en processen;
- Gastvrijheid, klantgerichtheid en service;
- Overig/ generiek.

Bij elk thema wordt gekeken naar de doelgroep, accreditatie en aantal deelnemende medewerkers.

Tijdens het jaarlijkse functioneringsgesprek wordt van medewerkers verwacht dat zij kijken naar het persoonlijk ontwikkelen en hoe de organisatie kan aansluiten. Dit wordt in het verslag als dusdanig vastgelegd.

Medewerkers worden elk jaar verzocht om onderwerpen aan te geven waarin ze graag intern geschoold willen worden. Deze scholing kan verzorgd worden als intercollegiale scholing op medisch vlak of vanuit een leverancier.

Op het gebied van kwaliteit en veiligheid worden waar nodig klinische lessen georganiseerd door de kwaliteitsmedewerker. Daarnaast gaat de aandacht uit naar de jaarlijkse BLS cursussen en de brandveiligheid voor de BHV'er. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij het hoofd BHV. De organisatie van interne scholingen wordt gedaan door de kwaliteitsmedewerker. Diverse scholingen ter bevordering van de organisatieontwikkelingen op het gebied van kwaliteit, patiëntveiligheid en wetwijzigingen worden aangeboden door ZKN. Op indicatie is hiervan door de kwaliteitsmedewerker gebruik gemaakt.

Analyse opleidingen 2022

In deze periode zijn er diverse opleidingen en cursussen gevolgd:

NEN 7510 Verdiepingstraining
VOG, introductie Medcore, uitleg werkwijze OK, meeloop dagen
Codman gebruikers interface
Databank wet en regelgeving
ZKN Academie | PRI en PRA, prospectieve risico inventarisatie en analyse (digitaal)
VIPP 5 vragenuurtje VIPP 5 - Module 1
ZKN Academie | Nivel, rapporten veiligheidscultuur en vermijdbare schade
Beheer Platform Aorta (BPA)
Marketing 101 Voor Klinieken
ZKN Academie | ZKN-Keurmerk behalen en behouden
'Digitale toegankelijkheid: nut én noodzaak'
ZKN Academie | ZKN-Keurmerk behalen en behouden
Kennisessie Zorgaanbieders – wat kan ik verwachten van Medicatieoverdracht?
VIPP5 || Gebruikersbijeenkomst Tenzinger
Samen Beslissen #HOEDAN?!

ZKN academie | Hygiëne en infectiepreventie lunchsessie deel 1 en 2
ZKN Academie | Informatiebijeenkomst LORENZ database wet- en regelgeving
VIP bijpraat uurtje
ZKN academie | Digitale kliniek marketing – Wat mag juridisch wel en niet?
gevaarlijke stoffen online voor nieuwe medewerkers
Bewustwording informatiebeveiliging - alle medewerkers online
Mentor garantie door leverancier Bloomedical
Nieuwe toren, namens Orthopedie

Evaluatie opleidingsplan

Het opleidingsbeleid binnen de kliniek wordt niet goed beoordeeld in het MTO. De communicatie over de opleidingsmogelijkheden binnen de P&O cyclus en vanuit de manager vormen hierbij aandachtspunten. Dit wordt opgepakt. Zo worden er berichten op intranet geplaatst en is de MMZ alert op de individuele opleidingsbehoefte.

14. Review Informatiebeheersysteem/-beleid

Een recent incident binnen een tandartsengroep maakt pijnlijk duidelijk dat een adequate informatiebeveiliging geen overbodige luxe is. Daar waar het opgestelde beleid richting en sturing geeft, geeft de NEN 7510 en de bijlage A een concrete invulling aan dit beleid.

Het eigen maken van de NEN 7510, het inrichten van de beheersprocessen en de bewustwording binnen het management en de medewerkers zijn in het afgelopen jaar de speerpunten geweest. Er is veelvuldig contact geweest met I-Level die de kliniek ondersteunt op het gebied van automatisering. Er zijn diverse vragen gesteld om meer grip te krijgen op de huidige vormen van beveiliging.

Onlangs is het inlogbeleid aangescherpt, is er met een online cursus awareness gecreëerd over het belang van een goede informatiebeveiliging en is er een informatiebeveiligingsfunctionaris aangesteld.

Dit jaar is er geen sprake geweest van een datalek of een ander informatiebeveiligingsincident.

De directie is overtuigd van het belang van een goed beveiligde informatieomgeving en heeft geïnvesteerd in een intensievere ondersteuning vanuit I-Level.

De komende tijd wordt bijlage A van de NEN 7510 verder uitgewerkt en zullen er diverse vergaderingen tussen het management, de informatiebeveiligingsfunctionaris en I-Level om 'in control' te komen.

15. Overige aanpassingen en aanvullingen binnen het kwaliteitssysteem

Het inscannen van gebruikte instrumentensets van de CSA

Voor de invoering van de MDR is er een grondige analyse gemaakt op alle punten die de kliniek moet oppakken om te (blijven) voldoen aan de MDR (bijlage). Uiteraard zijn deze verplichtingen opgepakt. In de gedachte van deze wet is er ook gestart met het registreren van de instrumentensets die gebruikt zijn bij een patiënt. De registratie gebeurt door middel van een barcode welke gescand wordt en bij het dossier van de patiënt wordt geregistreerd. Hierdoor is -in het geval van een recall- snel te achterhalen welke set bij welke patiënt is gebruikt. Momenteel worden er problemen ervaren bij de hoge kosten van de hulpmiddelen (hittebestendige tape waar de barcode op moet). Omdat er wellicht een nieuw voorraadbeheersysteem komt (Copernicare) is het zoeken naar een acceptabele oplossing mbt de tape nog even 'onhold' gezet.

IGJ verbeterdoelen

Niet alle verbeterdoelen vanuit de IGJ hebben raakvlak met het zorgaanbod van de kliniek. De verbeterdoelen die betrekking hebben op het antistollingsbeleid en op postoperatieve pijn zijn opgepakt.

Er is een antistollingsprotocol geschreven en de deskundigheid van de specialisten wordt (via de ziekenhuizen waar zij werkzaam zijn) up-to-date gehouden.

Er is een pijnteam opgesteld en deze zijn al een aantal keer bij elkaar gekomen. Op de agenda staat bijvoorbeeld het beleid bij pijnmedicatie maar ook non-farmacologische pijnbestrijding en pijnbeleving wordt besproken.

Medicatieveiligheid

In het kader van de medicatieveiligheid is er een start gemaakt met de koppeling tussen het EPD en een EVS. In de planning stond dat er medio 2022 tevens een koppeling gemaakt zou worden met het Landelijk SchakelPunt (LSP) om daadwerkelijk een actueel medicatieoverzicht te hebben van de patiënt. Op dit moment wordt dit echter nog steeds uitgevraagd door middel van de Medische Anamnese. De koppeling is weliswaar gerealiseerd maar de uitvraging is nog niet betrouwbaar. Zo worden er bij een testpersoon enkel gegevens weergegeven van voor 2015. En bij andere testpersonen helemaal niets. Vanwege de strenge toegangseisen tot het systeem kan enkel een specialist met een UZI-pas de koppeling testen. Binnen de kliniek heeft slechts 1 persoon een UZI-pas, hij is 1 x in de 2 weken op de kliniek en heeft dan niet altijd tijd om te testen. Met de ondersteunende apotheker zijn afspraken gemaakt om deze testfase te versnellen. Zie ook het audit rapport van de apotheker.

Veilig gebruik apparatuur

Voor het veilig gebruik van de apparatuur is er een grondige inventarisatie van de aanwezige apparatuur gemaakt. Elk apparaat heeft een stamkaart. Op deze stamkaart staat, de naam, serienummer, of het apparaat gemodificeerd is, en zo ja door wie (MDR), wie het apparaat mag gebruiken (restricties), door wie het apparaat onderhouden wordt en waar het staat.

Compliance document IGJ-bezoek

In augustus heeft de IGJ de kliniek geïnspecteerd. Hierbij hebben zij o.a de implantaten registratie, het informed consent, de productdossiers (incl levensfases), recall procedures, risico-inventarisaties en de patiëntdossiers gecontroleerd. Als voorbereiding op deze inspectie is er een document opgesteld van 119 pagina's. Het rapport van de IGJ heeft geen kritische tekortkomingen vastgesteld. Er is verzocht om een aanpassing van het productdossier, de PROM vragen zijn opgenomen in het EPD en er zijn vragen opgenomen in het EPD over de communicatie tussen patiënt en specialist. De IGJ heeft de inspectie op 14 maart 2022 afgesloten

16. Beoordeling van het systeem

Woord van de directie

Een goed kwaliteitssysteem draagt bij aan een toekomstbestendige organisatie van zorg. Inspelen op ontwikkelingen, een gezonde financiële situatie en goed werkgeverschap geven de organisatie bestaansrecht. De ingebedde cyclus van continue verbetering binnen het kwaliteitssysteem helpt en ondersteunt de organisatie in het management van haar processen. Of het kwaliteitssysteem van onze organisatie afdoende is, zal blijken uit de mogelijkheid van Quole Medisch Centrum Waalre om ook in de toekomst haar bestaansrecht te kunnen claimen.

Gelukkig is dit jaar Corona verder naar de achtergrond gezakt. Maar waar Corona voorgaande jaren vooral de kwetsbaarheid van mensen blootlegde legt Corona dit jaar het kwetsbare en zieke zorgstelsel pijnlijk bloot. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars krijgen het niet voor elkaar om de financiële prikkel ondergeschikt te maken aan de zorgvraag van de patiënt. De inhaalzorg wordt daardoor niet verdeeld over de klinieken die capaciteit over hebben waardoor de patiënt uiteindelijk niet de zorg krijgt die hij verdient en kan krijgen. Verwoede pogingen om met de zorgverleners en zorgverzekeraars om tafel te gaan zitten om tot een oplossing te komen -in het belang van de patiënt- zijn zonder enige vorm van scrupules afgewezen.

Maar we kijken ook vooruit en hebben dit jaar wederom een balans proberen te vinden tussen de toenemende regeldruk en het belang van de kliniek. Waarbij we de kwaliteit van zorg aan de patiënt en het personeel te allen tijde vooropstellen. De kliniek probeert om de ambities van alle regelgevende partijen bij te benen maar blijft kritisch op het nut en de noodzaak.

En nu staan de koude maanden voor de deur waarbij voor iedereen de kille oorlogen voelbaar zijn. De oorlog in Oekraïne en de prijzenoorlog in de supermarkt en aan de pomp. Aangejaagd door Rusland en verwelkomt door de oppermacht van de energiebedrijven die er deze winter opnieuw warmpjes bij zitten. Maar ook de zorgverzekeraars die hun budgetten niet verhogen ondanks de enorme stijging in de kostprijs bij de zorgverlener. Terwijl zij ondertussen wel hun premies verhogen en de patiënt duperen. Dit in combinatie met het steeds kleiner worden van het besteedbare budget van de consument maakt het zorglandschap nog grilliger. De uitgestelde zorg zal daarmee niet alleen vergroot worden door de ziekenhuizen maar zal zeker ook door de prioriteiten van de patiënt onder druk komen te staan. Mij rijst de vraag of er überhaupt nog sprake is van een verzorgingsstaat of dat dat inmiddels vervangen is door een niemandsland waar de zorgverzekeraars, energiebedrijven en de oliemaatschappijen koning zijn.

Het kan me niets anders dan gevoelens van machteloosheid geven en me voor keuzes zetten die ik eigenlijk niet wil maken. Een prijsverhoging of toeslag zorgt ervoor dat de kliniek gezond blijft maar ondertussen doet de kliniek dan hetzelfde als alle andere producenten. Ze jaagt de inflatie aan en de consequenties worden bij de consument gelegd. Zolang we kunnen zullen we nog steeds kiezen voor kwaliteit voor de patiënt en proberen we met ons duurzaamheidsbeleid, slimme inkoop en bewuste keuzes de gevolgen zo veel mogelijk zelf te dragen.

De kracht van de kliniek

Met gepaste arrogantie vertrouw ik op de kracht van de kliniek. Haar toegewijde personeel en haar wil om de patiënt tevreden te stellen. Het uitgangspunt: Bij ons bent u geen nummer, maar gast! is actueler dan ooit en zal bij mij altijd de doorslag geven in het maken van keuzes. Wet- en regelgeving, digitalisering en administratie zullen nooit de kracht van de handen aan het bed en het luisterend oor kunnen vervangen. Ik zal dan ook nooit aan de medewerkers vragen hierin concessies te doen. En als directeur blijf ik scherp op de verplichtingen die op ons pad komen als zij deze ruggengraat aantasten.

We blijven ons best doen om het beste jongetje van de klas te zijn als het gaat om patiënttevredenheid maar proberen achter de schermen keuzes te maken die ons hoofd boven water houden.

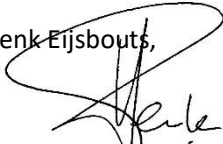
Conclusie

De komende tijd zal een tijd worden van het maken van de juiste keuzes op de juiste tijd. De organisatie zal moeten blijven investeren in het aantrekken en behouden van personeel dat past binnen onze visie op zorg en de toekomst. Communicatie, duurzaamheid, het aanboren van nieuwe inkomstenbronnen en 'omdenken' vormen kernbegrippen om de kou te trotseren.

Mijn bijzonder hartelijke dank gaat uit naar het voltallige team, alle toegewijde medewerkers, zorgverleners en medisch specialisten, die steeds klaar staan voor de beste dienstverlening, de beste medisch specialistische zorg, kwaliteit en veiligheid voor de patiënt.

Ook in de toekomst blijft het motto: 'bij ons bent u geen nummer, maar gast'

Henk Eijsbouts,



CEO Quole Kliniek

Eigenaar algemeen en klinisch directeur Medisch Centrum Waalre

Voorzitter Raad van Bestuur Stichting Verzekerde Chirurgische Zorg