



# Kwaliteitsverslag

# Medisch Centrum Waalre

Periode 1 januari 2021 tot 31 december 2021

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



**Datum:** Oktober 2021

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

**Directie:** Henk Eijsbouts

## Voorwoord

2021 kenmerkt zich wederom door het nieuwe vocabulaire met termen zoals, mondkapjesplicht, 1,5 meter afstand, inhaalzorg, vaccinatieplicht, vaccinatiebereidheid, het R-getal, thuiswerken-als-mogelijk, de NOW, TVL, Tozo en TONK. Maar ook de termen MDR, Samen beslissen, silicone partikels, reviewangst, een PGO, uitgestelde zorg, het LIR en een EVS hebben de woordenschat binnen de kliniek vergroot.

De maatschappij leeft gelukkig steeds meer mét Corona toch is de impact goed terug te zien in de bedrijfsvoering van het afgelopen jaar.

En ondanks de beloofde vermindering van de regeldruk, zijn de 3 R-en (Regels, Registratie en Rompslomp) alleen maar toegenomen. Of het nou de Europese wetgeving betreft zoals de MDR (LIR), richtlijnen vanuit het werkveld zoals vanuit de Nederlandse Vereniging van Reumatologie (NVA) of initiatieven vanuit de overheid zoals het 'Samen beslissen' en de wachttijdrapportage vanuit de NZA. Het uiteindelijke doel: Goede zorg met tijd en aandacht voor de patiënt dreigt verruimd te worden voor een starre regeldrang met overeenkomstige registratieplicht. De kortingen van de zorgverzekeraars, het steeds agressiever worden van de concurrerende markt voor de onverzekerde gezondheidszorg maken de marges minimaal en het werkplezier soms ver te zoeken.

Toch heeft het afgelopen jaar ook mooie dingen gebracht, bedankjes van tevreden patiënten, mooie reviews op ZorgkaartNederland, het versnellen van de digitalisering binnen de kliniek, de vele online meetings en opleidingen. En de tomeloze inzet van het zorgpersoneel wat altijd met een vriendelijke lach de patiënt ontvangt en verzorgt.

Het personeelsbestand is gelukkig gelijk gebleven en de kliniek heeft geen bezuinigingen hoeven door te voeren. Het nieuwe EPD heeft vorm gekregen en de (digitale) ontwikkelingen staan niet stil. Zo zal aan het einde van 2021 een koppeling met een EVS zijn gerealiseerd en zijn de stappen gemaakt zoals omschreven in het VIPP5 project.

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 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
5. Interne audit.....	8
6. Klachten, MIP, complicaties en calamiteiten .....	10
8. Leveranciersbeoordeling .....	18
9. IFMS.....	18
10. Personeel.....	19
11. PROM .....	20
12. Gevaarlijke stoffen .....	21
13. RI&E.....	21
14. Realisatie opleidingsplan .....	22
15. Overige aanpassingen en aanvullingen binnen het kwaliteitssysteem .....	23
16. Beoordeling van het systeem .....	25
Bijlage 1 Resultaten MedewerkerstevredenheidsOnderzoek MTO.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 2 Beschikbare informatie over de invoering van de PROM .....	33
Bijlage 3 Notitie Informed Consent .....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 4 SWOT Analyse.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 5 VIPP5 Projectplan.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 6 Generieke PREM .....	37
Bijlage 7 Aanvulling verzuimbeleid.....	41
Bijlage 8 Concept protocol datalek.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 9 MDR binnen MCW .....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 10 Jaarplanning 2023 .....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

## 1. Kwaliteitseisen

Wegens de impact van Corona heeft het College geadviseerd het aantal wijzigingen in de toetsingscriteria en het -reglement met ingang van 2021 te beperken. Alleen criteria c.q. thema's waar veel vragen over waren, zijn aan de ALV voorgelegd. Het gaat daarbij om onderstaande wijzigingen voor zover van toepassing voor de kliniek:

### criterium 22, Klachten

Alle informatie over klachten is samengevoegd onder criterium 22 en c is toegevoegd.

- De kliniek heeft een procedure voor het ontvangen en het afhandelen van klachten over zorg- en dienstverlening.
- Gedefinieerd is wat binnen de kliniek als klacht wordt afgehandeld. Vastgelegd is welke functionaris verantwoordelijk is voor de klachtafhandeling.
- Er is informatie over de klachtenprocedure voor patiënten op de website of via een meegegeven folder beschikbaar. Indien op de website van de kliniek geen informatie over de klachtenprocedure is opgenomen dient men iedere patiënt een folder mee te geven met de betreffende informatie, dit moet in het dossier aan te tonen zijn.

### criterium 27d

De kliniek gebruikt Patient Reported Outcome Measures (PROMs) voor het meten van de door de patiënt ervaren uitkomst. Aangezien het voor klinieken en auditoren onduidelijk was welke PROM bedoeld wordt, is dit criterium als volgt aangevuld: Indien er voor bepaalde aandoeningen geen gevalideerde PROM beschikbaar is, toont de kliniek aan welke inspanningen er gedaan zijn om toch ervaren uitkomsten van patiënten te meten.

### criterium 29d

De directie controleert jaarlijks of de registraties die worden toegepast om patiëntveiligheid te meten voldoen aan de wet- en regelgeving, valide en up-to-date zijn en documenteert dit. Dit criterium staat deels onder 2h en vervalt daarom. Criterium 2h wordt als volgt aangevuld: voldoen aan wet- en regelgeving door in een PDCAcyclus zichtbaar te maken dat een kliniek tijdens een jaarlijkse controle toetst of veranderingen in wet- en regelgeving hebben geleid tot aanpassingen in protocollen.

De gewijzigde criteria zijn ingegaan per januari 2021. De tot nu toe gebruikelijke overgangstermijn van 1 jaar wordt niet meer gehanteerd, tenzij bij toekomstige aanpassingen geadviseerd wordt dat wel te doen. 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 s in de Klinische Praktijk (NIKP), NEN 7510 en de Corona maatregelen. 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 2021 hebben we drie PRI's opgenomen. E-Health is nog niet uitgevoerd. Uiteraard zijn de aanbevelingen die uit de PRI's zijn gekomen die wel uitgevoerd zijn opgenomen in het CAPA-plan of direct geïmplementeerd.

Dit jaar hebben we een 3 PRI's uitgevoerd, 3 oude PRI's herzien en 1 Retrospectieve Risico Inventarisatie uitgevoerd.

Nieuwe PRI's:

- Vergroting capaciteit op de recovery
- Stroomuitval op de recovery
- Vervanging algemene heekunde

Herziene PRI's:

- PRI 4 Bladerscan → nieuwe opgesteld in verband met de ZE&GG en vernieuwde apparatuur.
- PRI 10 Plaatsen fillers Juvederm → aanschaf Hyaluronidase en zelf vervaardigen implantatenkaartje
- PRI 12 Digitale veiligheid → meenemen in de nulmeting voor de NEN 7510

RRI:

- Mentor implantaten → door de media-aandacht rondom de implantaten, heeft de RRI voor de mentor implantaten een continu karakter gekregen.

T:\administratief zkn\kwaliteit\PRI\PRI 15 Vergroting capaciteit recovery

T:\administratief zkn\kwaliteit\PRI\PRI 16 Stroomuitval op recovery en OK

T:\administratief zkn\kwaliteit\PRI\PRI 17. Bladderscanimplementatieagenda ZEGG

T:\administratief zkn\kwaliteit\PRI\PRI 18. Opvolging algemene heekunde

T:\administratief zkn\kwaliteit\PRI\RRI Mentor implantaten

T:\administratief zkn\kwaliteit\PRI 10. Plaatsen fillers juvederm

### **PRI Vergroting capaciteit op de recovery**

Voor het vergroten van de capaciteit van de kliniek is niet enkel het personeelstekort een bottleneck ook het aantal bedden op de recovery vormde een beperkende factor. Het vergroten van het aantal bedden op de recovery heeft niet enkel gevolgen voor de fysieke inrichting van de kliniek ook de werkwijze op de recovery moest bekeken worden om een veilige zorg te garanderen.

De kern van de geformuleerde risico's zijn de monitoring van de extra bedden en de patiënttevredenheid. Deze risico's zijn gemitigeerd door cameratoezicht, het stellen van randvoorwaarden aan het inzetten van (ingeleend) recovery personeel en het beter inzetten van monitoringssystemen (geluid aanzetten).

### **PRI Stroomuitval op de recovery**

Deze PRI is opgesteld naar aanleiding van het incident in het MUMC in Maastricht waarbij een stroomuitval tot een calamiteit heeft geleid. De inventarisatie is niet heel erg uitgebreid, de

mitigerende maatregel is geweest om alle apparatuur te testen. Hierdoor is naar voren gekomen dat er een 4-tal aandachtspunten zijn:

- De meeste apparatuur werkt naar behoren (gaat over op de accu of is niet kritisch bij een uitval van enkele minuten).
- Het deurensysteem is ontregeld geraakt. Door een update is dit verholpen.
- De luchtbehandeling werkte niet naar behoren en moet opnieuw opgestart worden. MBS heeft dit als aandachtspunt genoteerd bij ons dossier.
- Het niet functioneren van het noodaggregaat moet opgenomen worden in een bestaand proces (ontruimingsprocedure bij een calamiteit).

### **PRI Opvolging algemene heekunde**

De specialist die momenteel de liesbreuken uitvoert gaat per oktober stoppen. Specialisten hebben een grote inbreng in de vormgeving van de processen binnen de kliniek. Wanneer er een specialist vertrekt waarmee de 'vakgroep' opgeheven wordt, is het belangrijk om de risico's en consequenties in kaart te brengen. Onderwerpen als werkmethodes, kritische processen, maar ook patiëntbenadering, marktbenadering en interne/ externe communicatie komen aan bod. Uit de PRI zijn de volgende aandachtspunten naar voren gekomen:

- De processen moeten inzichtelijk zijn en aangepast aan de situatie van de kliniek
- Er moet duidelijk worden op welke momenten er welke ondersteuning (materieel en personeel) wordt verwacht van de kliniek.
- Er wordt een marketing-communicatieplan opgesteld met aandacht voor acquisitie, patiëntinformatie online en op schrift en interne communicatie.

### **Herziene PRI's**

Uit onderzoek vanuit de implementatieagenda van de ZE&GG is gebleken dat het katheteriseren van patiënten als zeer vervelend wordt ervaren door de patiënt. Het is daarom noodzakelijk om dit zoveel mogelijk te beperken. Hiervoor is de PRI Bladderscan (PRI 4) herzien. Uiteindelijk is er besloten om een vereenvoudigde, gebruiksvriendelijkere bladderscan aan te schaffen. Deze nieuwe/herziene PRI maakt ook deel uit van het productdossier.

Vanwege de MDR zijn de wet-en regelgeving rondom (de registratie) van implantaten gewijzigd. Fillers vallen inmiddels ook onder implantaten. Hierom en omdat de behandeling (wederom) onder de verantwoordelijkheid van de plastisch chirurgen is komen te vallen is de PRI voor het plaatsen van de de fillers herzien. Hieruit is naar voren gekomen dat de kliniek Hyaluronidase op voorraad heeft en zelf implantatenkaartjes heeft laten maken. Daarnaast wordt de UDI van de gebruikte fillers ingescand in het EPD. Deze herziene PRI is ook opgenomen in het productdossier.

In 2021 is de kliniek gestart met het maken van de nulmeting voor NEN 7510. In dit kader wordt ook de PRI Digitale veiligheid herzien.

### **Retrospectieve Risico Inventarisatie - RRI**

Bij een bestaande productencyclus of procedure is een PRI niet altijd toepasselijk. Daarom werken we binnen de kliniek ook met een Retrospectieve Risico Inventarisatie.

Dit jaar hebben we de RRI van de Mentorprothese verder aangevuld. Deze RRI maakt ook deel uit van het productdossier.

## NEN 7510

In het kader van de informatiebeveiliging is er een (concept) protocol datalek opgesteld (bijlage 8) daarnaast is er een start gemaakt met de risico inventarisatie van alle informatiemiddelen binnen de kliniek. Deze inventarisatie incl mitigerende maatregelen wordt medio 2022 afgerond.

Daaropvolgend wordt er een analyse gemaakt van de overige vereisten uit de NEN 7510. De kwaliteitsfunctionaris zal daarvoor in januari 2022 een training volgen.

### Risico-inventarisatie 2022

Voor 2022 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 de risico analyse van de informatiemiddelen 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 hebben 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

17 specialisten en 22 medewerkers hebben het verzoek gekregen om de vragenlijst in te vullen. 2 specialisten en 12 medewerkers hebben de vragenlijst ingevuld dit is een percentage van respectievelijk 11,8 en 54,5. Wat opvalt is dat -met uitzondering van de specialisten- alle afdelingen vertegenwoordigd zijn. Hiermee is de doelstelling behaald. De belangrijkste aandachtspunten zijn de aansturing van de Back-office, de communicatie vanuit het management en het melden van incidenten.

### 4.1 VIPP-project

In 2021 is het VIPP5 project gestart en loopt het volgens planning.

*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: projectgroep opstellen intern VIPP5.
- 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 VIP (aansluiting DVZA, inrichten BzG etc.). Dit proces verloopt niet geheel vlekkeloos. Er is veel contact tussen de MMZ en Medicor. De kliniek ervaart nog veel obstakels in het gebruik van het EPD waardoor de VIPP5 planning eveneens in gevaar komt. Dit vormt ook voor 2022 een aandachtspunt. Voor het VIPP5 project is er een stuurgroep en een projectgroep opgericht. De aanwezige planning wordt up-to-date gehouden om het proces te blijven monitoren. Zie bijlage 5.

## 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 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.

- Opnemen in planning: onderwerp interne audit; verhuur OK aan derden, volledigheid dossiers in nieuwe EPD

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

In december 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 2021**

Er is een interne audit verzorgd door de heer Eijsbouts. In de audit van het gebruik van de nieuwe recovery kwamen de volgende aanbevelingen naar voren.

**Er zijn geen bijzonderheden geconstateerd die per direct opgepakt hoeven te worden. Wel is er discussie over de werkwijze m.b.t. de huisartsenbrief uit het EPD en is de benaming SIT niet bekend bij de medewerkers. Aandachtspunt is de werkwijze van het personeel bij een volle bezetting. Dit is tot nu toe nog niet het geval geweest.**



## 5.2 Interne audit apotheek

De audit apotheek werd uitgevoerd door de apotheker en kwaliteitsfunctionaris apotheek van het Elkerliek ziekenhuis te Helmond op 14 juli 2021.

De resultaten werden ingedeeld in kritische tekortkomingen en niet kritische tekortkomingen c.q. aanbevelingen. Uit deze audit zijn geen kritische tekortkomingen en 3 (categorieën) aanbevelingen gekomen. De aanbevelingen zijn direct uitgevoerd of worden in een voorkomend geval opgepakt.

### *M.b.t. EVS/EPD (Farmed Visie)*

- Ga na of koppeling mogelijk is met LSP (landelijke database voor uitwisseling van medicatiegegevens patiënt); indien mogelijk: test of LSP voor heel Nederland werkt
- Benut LSP voor medicatiebewaking (allergieën, bijwerkingen) en medicatie-overdracht (actueel medicatie overzicht beschikbaar bij voorschrijven)
- Zorg dat gebruik medicatie (frequentie inname per dag) bij afdrukken op etiket verschijnt (tijdens audit geconstateerd dat gebruik medicatie niet op afgedrukt etiket verschijnt; wel in systeem)
- 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.

### *M.b.t. Opiatenbeheer*

- Vereenvoudig het opiatenbeheer (fysiek + administratief) door het aantal opslaglocaties voor opiaten te beperken. Sla opiaten kantoor manager op in voorraadruimte Apotheek. Voorwaarde: voldoende ruimte (voorraadruimte Apotheek/ opiatenkar) en aanpassing sleutelprotocol.

### *M.b.t. medicinale gassen*

- Communiceer onderhoud, metingen en reparaties aan installaties en apparatuur medicinale gassen tijdig met toezichthoudend ziekenhuisapotheker EA en laat rapporten mede door hem ondertekenen (datum en paraaf voor gezien en akkoord)

### 5.3 Interne audit hygiëne

Op 20 oktober 2021 werd de audit hygiëne en infectiepreventie gehouden door Patricia Willemse, deskundige infectiepreventie van de afdeling hygiëne en infectiepreventie van het Elkerliek ziekenhuis te Helmond. De resultaten zijn op dit moment nog niet bekend maar zullen zo snel mogelijk aangevuld worden.

## 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 2021 geen officieel geregistreerde klachten gehad die via de geschillencommissie zijn beslecht. Wel zijn er veel ontevreden/klagende patiënten geweest. Deze klachten zijn afgehandeld volgens de procedure F.1.1. Klachtenprocedure zonder escalatie en tot tevredenheid van alle betrokken partijen. Twee klachten zijn nog in behandeling.

#### Klachten en Informed Consent

De toenemende klachten gaan in bijna alle gevallen over het resultaat van de behandeling. De klagers willen in alle gevallen geen redo maar geld terug. 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 willen. 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 ook uit dat een deel van de medewerkers het lastig vindt om een melding te maken. In 2021 zijn er 4 MIP meldingen geweest.

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

Groen (risico 'zeer laag'): 4

Geel (risico 'laag'): 0

Oranje (risico 'hoog'): 0

Rood (risico 'zeer hoog'): 0

Alle meldingen vallen in de categorie groen. De patiëntveiligheid is niet in gevaar geweest maar de bijna incidenten hebben wel aandacht nodig. De meldingen zijn allemaal opgepakt. Zo is er gekeken naar het functioneren van de leverancier MBS (dmv gesprekken tussen de directie en MBS), is er aandacht voor de wijze waarop de procedure mbt de post-operatieve medicatie is gewijzigd en is er extra aandacht voor de ontvangstcontrole van de medicatie.

### 6.3. Complicaties

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

Plastische chirurgie	4
Algemene chirurgie	0
Dermatologie	1
Anesthesie	0
Cosmetische Gynaecologie	0
Orthopedie	0

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 kleine abces, hematoom en 3x een wondinfectie welke is bestreden met een antibioticakuur.

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 abcessen 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 2021 vanuit onze kliniek 1 patiënt bij Mentor (Bloomedical) is gemeld met een ruptuur van het implantaat.

Mentor Complaint web ID	Complaint Nr BlooMEDical	PTE INI	Complaint Code	Date explanted
409414		LVR	46 rupture + 5 cosmetic	27-5-2015
		FD	Unknown	7-9-2016
PC-000431304	19021301	RHC	46 Rupture	13-2-2019
PC-000450220	19042501	DE	42 Capsular Contracture + 107 Misformed device	29-3-2018
PC-000496095	N19070201	IJG	23 Breast Pain + 42 Capsular Contracture + 47 Wrinkling + 48 Asymmetry	22-5-2019
PC-000592226	N19102901	vVRHJ	46 Rupture	18-9-2019
PC-000631602	N19123001	D	46 Rupture + 23 Breast pain + 47 Wrinkling/Ripples	19-12-2019
PC-000766445	N20091101	MC	46 Rupture	31-8-2020
PC-000781647	N20091102	vKBTM	46 Rupture + 42 Capsular Contracture	2-9-2020
PC-000857470	N21021001	MCW	46 Rupture	10-2-2021
	N21090902	KLbvde		

## 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:

- 1 excisie maligne dermatosen
- 2 buikwandcorrectie
- 1 borstaugmentatie

### Plastische chirurgie

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

- o CTG 033971 = plastische deformiteit van de mamma. Vergelijkbaar met MAMABL (met/z impl) en MAMLUM (met/z impl). Deze is (onverzekerd) 64 keer uitgevoerd bij 32 patiënten. Verzekerd zijn er 22 borstverkleiningen geweest en zijn er bij 11 vrouwen protheses verwijderd.

Het aantal infecties in 2021 bedraagt 1 op de geregistreerde behandelingen (1,16%). Landelijk gezien is dit percentage respectievelijk 5,5%, 4,6%, 1,8% en 2,7%.

### 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 4 geregistreerde behandelingen, oftewel een percentage van 0%.
- CTG 038640 = eenvoudige arthrotomie of achterste capsulotomie van de knie.  
Het aantal infecties bedraagt 0 op 2 geregistreerde behandelingen, oftewel een percentage van 0%. Landelijk gezien is dit percentage tevens 0%.
- CTG 038642 = Voorste en/of achterste kruisbandplastiek van de knie met transplantaat.  
Het aantal infecties bedraagt 0 op de 5 geregistreerde behandelingen. Dit is een percentage van 0%.
- CTG 038643 = totale of partiële meniscectomie.  
Het aantal infecties bedraagt 0 op de 13 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.

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. In 2022 wordt er gekeken naar een nieuwe manier van benchmarking.

#### **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 2021 is er een groei van 10% zichtbaar van het totaal aantal uitgevoerde borstvergroting t.o.v. 2020.

**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 registratiesysteem is dusdanig ingericht dan registratie van uitgevoerde borstvergrotingen inzichtelijk is (DBIR registratie en/of nieuwe EPD).
- Actie: medewerkers op de hoogte stellen van de nieuwe werkwijze.

### Analyse 2021 aantal borstvergrotingen

Het aantal borstvergrotingen is gegroeid met 20%. Hiermee is de doelstelling ruimschoots behaald.

### Redo's

**Doelstelling:** In 2021 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 een registratiesysteem 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 2021 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 2020:

- We hebben de tijdsperiode van 6 maanden gepakt (1-1-21 t/m 1-07-21)
- 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.

Er zijn in totaal 6 redo's geweest (4 minder dan in de vorige review). 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 in 2019 (augmentatie en dog-ear correctie).

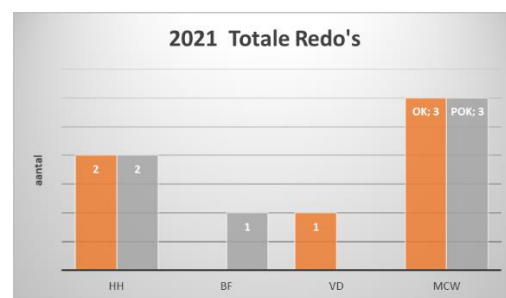
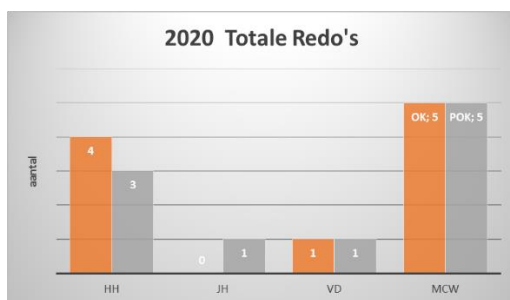
Behandeling	H. Hawinkels	V. Donders	Bas Franssen	Totaal *
Augmentatie	2			2,8%
Dogear correctie/ buikwandcorrectie	1		1	6%

MACS lift	1	1		8,3%
<b>*Percentage redo's t.o.v. het totaal aantal (specifieke) behandelingen</b>				

Als we het totale aantal redo's (incl de 2 redo's op behandelingen voor 2019 en de redo van de voormalig werkzame specialist) tegen het totaal aantal behandelingen -waar de redo's betrekking op hebben- aanhouden

Het percentage redo's ten opzichte van het aantal behandelingen waar de redo's betrekking op hebben is 3,9 in 2021. In 2020 was dit 7,3%. Dit is een daling van 3,4% t.o.v. 2020.

De doelstelling voor het maximale percentage redo's lag op maximaal 5%. Dit percentage is behaald voor de augmentatie met 2,8%. Voor de buikwandcorrectie is dat niet gehaald (6%) en bij de MACS-lift is dat ook niet behaald (8,3%).



### Analyse buikwandcorrecties en MACS-lift

Het niet behalen van de doelstelling voor het percentage redo's met betrekking tot de buikwandcorrecties en de MACS-lift verdient wat meer aandacht. Uit een korte analyse is naar voren gekomen dat de redo's op de buikwandcorrectie alle twee littekencorrecties zijn waarvan 1 van een patiënt van een specialist die niet meer werkzaam is in de kliniek. Ook de redo's op de MACS-lift betreffen littekencorrecties.

De redo's op de augmentaties betreffen 1x een littekencorrectie en 1x het corrigeren van de operatiewond die open stond.

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. Een dogear correctie (het verwijderen van overtollige huid na een borst- of buikoperatie) wordt als een kleine nacorrectie gezien.

### Aanpassing registratie in EPD

Omdat we meer grip willen krijgen op het aantal redo's hebben we een aanpassing aangevraagd bij de leverancier van het EPD (Medicor) waardoor we de behandeling als redo kunnen aanmerken waardoor een extractie uit het systeem eenvoudiger is.

## 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 per subgroep (polikliniek / OK), en een minima van 15% van de totaal behandelde patiënten per specialisme te worden ingevuld.

- Opnemen in planning: Uitwerken 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 waarbij de (on-) mogelijkheden van het nieuwe EPD wordt meegewogen.

*Prestatie-indicator:* Evaluatieplan wordt opgesteld door het Q-team en na goedkeuring van directie geïntegreerd in de huidige processen.

- Opnemen in planning: evaluatieplan opstellen en opvolging hiervan.
- Actie: het nieuwe EPD moet werkbaar zijn.

### Analyse 2021

In juni 2020 zijn we gestart met de invoering van een generieke PREM. Door COVID19 zijn het aantal behandelingen en de respons op de PREM lager dan verwacht. 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.medischcentrumwaalre.com/tevredenheid>.

Uit de eerste resultaten (okt 20 – sept 21) van de vernieuwde patiënttevredenheidsenquête (PREM) komt naar voren dat de patiënt tevreden is, de communicatie/deskundigheid van en met de zorgverleners hoog waardeert en vindt dat hij/zij voldoende informatie heeft gekregen. Er zijn geen vragen met een onvoldoende beoordeeld en 100% zal de kliniek aanbevelen aan mensen met dezelfde zorgvraag (net promotor score). Uiteraard kunnen we deze gegevens nog niet valideren en of vergelijken omdat de data/respons hiervoor nog niet afdoende (N=17) is. In de volgende review zal het resultaat beoordeeld worden en een plan van aanpak worden gemaakt voor eventuele negatieve trends.

De respons (n17 = 27% van de verstuurdde uitnodigingen) is terug te vinden via Survey Monkey. In vergelijking met vorig jaar is dit een stijging van 54% (2020 = n11).

De doelstelling in het *aantal* ingevulde formulieren is niet behaald. Dit komt vooral doordat er veel minder patiënten behandeld zijn vanwege de COVID19-periode daarnaast zijn we in maart gestart



met een nieuw EPD waardoor de registratie van de patiënten die een enquête willen ontvangen wellicht is afgenomen.

Het totale verslag van de PREM is terug te lezen in bijlage 6.

## 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.



## 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. De inventarisatie en implementatie vergt veel tijd en zorgvuldigheid. De verwachting is dat dit project medio 2022 wordt afgerond.

## Telefonische bereikbaarheid

De telefonische bereikbaarheid is dit jaar opgepakt en er is een nieuwe centrale aangeschaft. Uiteraard zijn er nog zaken die nog niet goed zijn ingeregeld maar de bereikbaarheid van de klant is enorm toegenomen. Van de patiënten die in de wacht staan vragen per week ongeveer 5 patiënten om teruggebeld te worden.

## 8. 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:

Elkerliek Apotheek (allemaal zeer goed, telefonisch goed bereikbaar)

Allergan 2x zeer goed (service en snelle levering) rest goed

Tenzinger (Medicor) (alles goed behalve de flexibiliteit en de prijs/kwaliteit deze zijn matig)

Zeroplex (telefooncentrale) (allemaal zeer goed)

Yuco (allemaal zeer goed)

Koraal (allemaal zeer goed)

GE Healthcare (allemaal zeer goed)

Direct Contact (telefoondienst, alles goed behalve de kwaliteit en de flexibiliteit deze scoren matig)

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. De ontevredenheid is product gerelateerd (leverancier EPD (Medicor/Tenzinger) en de telefoondienst (Direct Contact). Met beide 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 8 uitgekozen leveranciers is de samenwerking direct goedgekeurd door de directie. Vanuit de vorige leveranciersbeoordeling en een MIP in 2021 is er wel contact geweest met de directie en MBS. In de opvolgende leveranciersbeoordeling zullen de afspraken geëvalueerd worden.

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.

## 9. IFMS

Alle medisch specialisten worden getoetst middels het IFMS-systeem. Het gesprek wordt gevoerd door de directie. In het najaar van 2020 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 feedback formulieren 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.

## 10. Personeel

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 Quole een onmogelijke opgave om het personeelsbestand enkel uit vaste medewerkers te laten bestaan. Quole werkt daarom, boven op het vaste bestand van 19 personen, met een personele schil van 15 oproepkrachten/inleners en 16 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

Als er wordt gekeken naar het aantal Fte's binnen de organisatie dan komt dat op 16. Waarvan 10,54 Fte's vast zijn die worden bekleed door 16 personen. De overige 5,54 Fte's worden door 31 mensen ingevuld (16 specialisten en 15 inleners/oproepkrachten).

Waar de organisatie op papier met 16,1 Fte's klein lijkt, is de personele organisatie met 50 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 detachingsbureau.

- 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. De PRI interne communicatie zal daarbij input leveren. Daarbij wordt er 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).

## 11. PROM

**Doelstelling:** De invoering van de PROM's vormt een aandachtspunt voor 2021. Wanneer deze nog steeds niet goedgekeurd zijn door de vakgroepen wordt er gekeken naar een alternatief

*Prestatie-indicator:* Eind 2021 zijn er PROM's opgesteld en worden deze uitgezet

- Opnemen in planning: Maken plan van aanpak en planning.
- Actie: Maken plan van aanpak en gereedmaken EPD.

**Resultaat:** De PROM's blijven een punt van discussie. Na het bestuderen van de beleids- en onderzoekstukken (zie bijlage 2), is de directie er niet van overtuigd dat de (generieke of behandelingsspecifieke) PROM's gebruikt moeten worden. Door de wildgroei aan (verschillende) PROM's en het uitblijven van het bewijs van een significante bijdrage aan het verbeteren van de zorg van 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 de sturen op de uitkomsten (P4P-pay for performance). Het argument dat de zorgverzekeraars -waaronder CZ- in selectieve zorginkoop de uitkomsten van de behandelingsspecifieke PROM: 'artrose van de knie/heup' gebruikt of wil gaan gebruiken, is niet bekrachtigd door de specialist. De zorgverzekeraars hebben wellicht het voornemen maar hebben dit niet geëffectueerd. Zij stuiten op dezelfde bezwaren als omschreven. Ook het gedeeltelijk invoeren door de vraagstelling in de spreekkamer te laten plaatsvinden waarbij de specialist kan helpen bij de interpretatie van de vragen is niet wenselijk. De zorgverzekeraars zijn hier pertinent tegen omdat dit de schijn wekt van de slager die zijn eigen vlees keurt.

Omdat wij een kleine kliniek zijn, is het niet opportuun om 'voorop' te lopen in dit soort projecten. Het zelf opstellen van –werkbaar- PROM's is dan ook geen optie. 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.

## 12. 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 werd voldaan.

Daarnaast is er een EHBO lijst opgesteld voor de behandeling van onbedoeld contact met een gevaarlijke stof.

Op 19 maart 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).

## 13. 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 opgenomen in het CAPA plan en wordt in het najaar van 2021 opgepakt.**
- In het verzuimbeleid is geen onderdeel opgenomen voor de vroege signalering van een burn-out. **Dit is inmiddels opgepakt zie bijlage 7.**
- 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 2022 opgepakt worden.**

Acties/aandachtspunten zijn opgenomen in het CAPA-plan en waar mogelijk al opgepakt.

## 14. 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 klinische lessen georganiseerd door de kwaliteitsmedewerker. Daarnaast gaat de aandacht uit naar de jaarlijkse BLS cursussen en de brandveiligheid door de BHV'er. De verantwoording hiervan ligt bij 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.

Door de Corona-maatregelen zijn er veel cursussen uitgesteld of geannuleerd. Dit geldt onder andere voor de training voor de voorbehouden handelingen (katheteriseren, infuus prikken en wondverzorging). De BLS opleiding is (aangepast) wel doorgegaan.

### **Analyse opleidingen 2021**

In deze periode zijn er diverse opleidingen en cursussen gevolgd:

9 en 10 maart	Interne opleiding EPD
18-5 / 20-5	Dutch Health Week
3 juni	Congres Operatie passende zorg
8 juni/2 nov	BHV cursus OCL Eindhoven
15 juni	Vipp5 – Tenzinger
17 juni	PREM in de praktijk – ZorgkaartNederland
22 juni	BLS
29 juni	Informatisering; wet- en regelgeving, waar moet je aan voldoen?
29 juni	MDR en postmarket surveillance

14 september	NEN 7510 Basistraining informatiebeveiliging
21 september	De optimale structuur van jouw zorgorganisatie – Tenzinger
30 september	Op koers met VIPP5
5 oktober	Digitale transformatie in de zorg – Zorgdomein
12 oktober	Klachten en Geschillen in de kliniek

De volgende opleidingen staan gepland:

- Training voorbehouden handelingen begin 2022

### **Evaluatie opleidingsplan**

Het opleidingsplan en de wijze waarop daar invulling aan wordt gegeven wordt als efficiënt ervaren doordat de medewerkers actief betrokken worden in het gehele opleidingsplan. Dit houdt de binding met de organisatie aanwezig en zorgt anderzijds voor een doorlopende ontwikkeling van de medewerker. Voor het komende jaar zal dan ook dezelfde werkwijze worden gehanteerd waarbij de medewerkers wordt gevraagd actief mee te denken in de opleidingsbehoefte. Dit wordt aangevuld door de individuele opleidingsbehoefte vanuit de –nog in te voeren- persoonlijke ontwikkelingsplannen (POP).

## **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 9). 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.

### **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 van 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. Eind 2021 medio 2022 zal er tevens een koppeling gemaakt worden met het Landelijk

SchakelPunt (LSP) om daadwerkelijk een actueel medicatieoverzicht te hebben van de patiënt. Op dit moment wordt dit uitgevraagd door middel van de Medische Anamnese.

### **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 is nog niet beschikbaar gesteld door de IGJ.



## 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.

Ook het afgelopen jaar hebben de Corona-maatregelen invloed gehad op de samenleving en op Quole Medisch Centrum Waalre als organisatie. Maar in tegenstelling tot 2020 heeft dit jaar in het teken gestaan van 'het kan en mag weer'. Aangescherpte (hygiëne-) protocollen zijn inmiddels ingebed in het kwaliteitssysteem waardoor we ook in 'het nieuwe normaal' te allen tijde de patiëntveiligheid kunnen garanderen.

Maar de kliniek is in 2021 een stapje verder gegaan en heeft diverse grote projecten opgepakt om te groeien en de komende jaren een speler te blijven in het zorglandschap. De implementatie van een nieuw EPD, de uitbreiding van de recovery, deelname aan de pilot van de NZA, het VIPP5 project, de nieuwe telefooncentrale en de omzetting van de ICT naar de Cloud zorgen voor een solide basis voor de toekomst. Dit past binnen de focus op continuïteit die samen met de Raad van Toezicht in 2020 is vastgesteld.

Quole Medisch Centrum Waalre wil haar sterke punten benutten en sterker maken. Ze wil kansen oppakken en bedreigingen beheersen, dit vergt investeringen in tijd en geld. Toch merk ik dat de regeldruk vanuit het werkveld en de overheid steeds meer invloed krijgt op het realiseren van deze ambitie. De MDR, het 'samen beslissen', FTE vereisten vanuit de Nederlandse Vereniging Reumatologie (NVR), convenanten, de controles vanuit de IGJ, alle (nieuwe) wet- en regelgeving en de (gedwongen) automatisering beperken de ruimte voor ontwikkeling. De kliniek is voortdurend bezig om te voldoen aan alle eisen waardoor het oppakken van een nieuw of verbeterd zorgpakket verdrongen wordt door -het noodgedwongen- afstoten van reumatologische zorg en we het onderspit delven bij de flexibiliteit van de 'cowboys' in de onverzekerde zorgaanbieders.

Handen aan het bed maken plaats voor handen op het toetsenbord, iets waar de interesse en de fort van de gemiddelde zorgverlener niet ligt. De opstandigheid van de specialist en de medewerkers wordt dan ook steeds groter. Bij de keuze tussen het geven van zorg en het verzorgen van de administratie, verliest de administratie. Deze tendens is zorgelijk omdat niet alleen de betrouwbaarheid van de registratie in het gedrang komt, ook de welwillendheid om te voldoen aan toekomstige verplichtingen neemt af.

### Toekomst van de zorg

Dat de zorg geautomatiseerd en gedigitaliseerd gaat worden staat buiten kijf. Megadata, Machine learning, deep learning, data science voor predictie vraagstukken en zorg domotica staan voor de deur. Ontwikkelingen die een kleinschalige kliniek -waar patiëntcontact boven alles staat- over zich heen moet laten komen omdat een proactieve houding niet mogelijk is vanwege de investeringen, de schaalgrootte en (noodgedwongen) keuzes. En daar waar een kliniek met enorm hoge patiëntwaarderingen trots mag zijn op zijn prestatie loopt dit 'beste jongetje van de klas' ineens achteraan.

### De kracht van de kliniek

Met gepaste arrogantie vertrouw ik op de kracht van de kliniek 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 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 dit dan ook nooit aan

de medewerkers vragen. 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 in de klas te zijn als het gaat om patiënttevredenheid maar kijken af bij het slimste jongetje in de klas. We zullen niet vooroplopen in de technologie maar zullen geteste werkbare ontwikkelingen 'afkijken' in de markt en adequaat oppakken.

### **Samen met de patiënt**

Het mondiger worden van de patiënt houdt ons scherp. De traditionele (scheve) verhouding tussen een patiënt en de specialist wordt langzamerhand 'gezonder'. Het belang van campagnes zoals 'Samen beslissen' onderstreep ik. Toch waak ik ervoor dat deze verhouding naar de andere kant doorslaat. De oorzaak van de keerzijde van deze mondigheid ligt naar mijn mening in de digitalisering. De patiënt ontleent kennis en rechten aan de (social) media en neemt deze mee naar de kliniek. De nuance moet dan in de spreekkamer of in de klachtenbehandeling tot zijn recht komen. De angst voor slechte online reviews, schadeclaims en negatieve media-aandacht ligt op de loer en dit zal ik te allen tijde bestrijden met het aanmoedigen van de dialoog.

### **Conclusie**

De ontwikkelingen in de markt, de plannen van de overheid en de grillige marktwerking maken het werkveld van Quole Medisch Centrum Waalre weerbarstig. We zullen flexibel moeten zijn en alle zeilen bij moeten zetten om mee te gaan in de ontwikkelingen en ons duidelijk te profileren in de markt. Ons huidige kwaliteitssysteem vormt hierbij een stok achter de deur en een stimulans om voortdurend te blijven zoeken naar verbetering en het benutten van kansen. Het vasthouden aan normen en waarden en een realistische kijk op de (on) mogelijkheden van de organisatie bieden hiervoor de kaders. Zo zal onze organisatie altijd de patiënt (-veiligheid en -tevredenheid) en de kwaliteit van zorg centraal stellen. De investering in de digitalisering van de zorg zal nooit een negatieve uitwerking mogen hebben op de afstand tot de patiënt/klant. Tegelijkertijd kunnen we onze ogen niet sluiten voor de toenemende druk van de overheid in deze digitaliseringsdrang. Door mee te liften op (landelijke) initiatieven en te vertrouwen op de meerwaarde van de organisatie kunnen we meegaan met deze ontwikkelingen zonder de balans te verliezen.

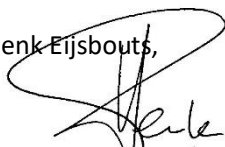
De komende tijd zal een tijd worden van het nemen van de juiste keuzes op de juiste tijd. De organisatie zal moeten blijven investeren in het aantrekken en behouden van personeel dat past binnen onze visie op zorg en de toekomst. Interne communicatie, 360 graden feedback en opleidingen & trainingen vormen belangrijke onderdelen binnen het kwaliteitssysteem. Onderdelen die ook in 2022 vorm krijgen door concrete doestellingen, monitoring en evaluatie.

We staan open voor de kansen die op ons pad komen en hebben het vertrouwen dat we met onze organisatie van mensen en middelen onze plek in de markt behouden.

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**

## **Bijlage 1 MDWtevredenheidsonderzoek**

Beste collega,

Jij bent als medewerkers heel erg waardevol voor de kliniek. Inzicht in de tevredenheid van de medewerkers kan de directie helpen om bepaalde keuzes te maken. In de bijlage vind je een vragenlijst over verschillende aspecten van de kliniek als werkgever en over de werksfeer binnen de kliniek. Ik zal ook wat uitgeprinte lijsten op de Back-office neerleggen. Uiteraard worden de resultaten geanonimiseerd zodat jouw antwoorden niet herleid kunnen worden naar jou als medewerker. Je mag de ingevulde vragenlijst in mijn postvakje leggen (anoniem) of inscannen en mailen.

Ontzettend bedankt voor je medewerking!

Vriendelijke groet en een prettige dag,

Janneke

## MEDEWERKERSTEVREDENHEIDSONDERZOEK

Hieronder vind je een werknemerstevredenheidsonderzoek, in de vorm van een enquête. Met jouw antwoorden kunnen wij onze kliniek verder verbeteren en zorgen dat je met plezier naar je werk blijft gaan. De reacties worden discreet en anoniem verwerkt. Het is wel belangrijk dat je de enquête zelf invult en je eigen mening geeft. De antwoorden op de vragen moeten dus alleen gaan over wat je zelf vindt. Er zijn geen foute antwoorden.

De antwoorden op de eerste algemene vragen kunt je zelf invullen. Bij de overige vragen geef je telkens aan in welke mate je het eens of oneens bent met de gegeven stelling. Dit geef je aan door het rondje van je keuze in te kleuren. Per vraag kun je kiezen uit zeven mogelijkheden:

0-0-0-0-0-0-0

1-2-3-4-5-6-7

1 = helemaal mee eens

2 = mee eens

3 = een beetje mee eens

4 = neutraal

5 = een beetje mee oneens

6 = mee oneens

7 = helemaal mee oneens

Voorbeeld

**De hond is het liefste huisdier van de mens**

Helemaal mee eens        Helemaal mee oneens

*In dit geval ben je het er helemaal mee eens dat de hond het trouwste huisdier is.*

Je kunt de enquête na het invullen in het postvakje van Janneke leggen of mailen naar [janneke.louwerse@quole.com](mailto:janneke.louwerse@quole.com)

Hartelijk dank voor je medewerking en veel succes!

Henk & Dono

## Persoonlijke gegevens

**Op welke afdeling/in welk team werk je? Er zijn afdelingen samengevoegd om de anonimiteit te waarborgen.**

- 0 Anesthesiologie incl. anesthesiologen
- 0 OK/CSA
- 0 Recovery/Back-office
- 0 Financiën/PR & communicatie/Huishoudelijke Dienst/Technische Dienst
- 0 Specialist

## Functie

**Ik voer mijn werk in de kliniek met plezier uit.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Mijn werkzaamheden zijn voldoende afwisselend.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Mijn werkzaamheden bieden voldoende uitdaging.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Mijn functie sluit goed aan bij mijn kennis en ervaring.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Ik heb voldoende eigen verantwoordelijkheid.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**In mijn huidige functie zit ik op de goede plek in de kliniek**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Ik voel mij door mijn direct leidinggevende gewaardeerd voor het werk dat ik doe.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Ik voel mij door mijn collega's gewaardeerd voor het werk dat ik doe.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

## Werkomstandigheden

**Ik ben tevreden over de veiligheid en hygiëne op het werk.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Er zijn voldoende middelen aanwezig om mijn werk goed en veilig uit te voeren.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Ik heb prettige werktijden.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Ik kan mijn werkzaamheden op tijd afronden.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Ik ervaar in mijn functie een hoge werkdruk of stress.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**De werkdruk of stress is toegenomen door de Coronapandemie**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Bij het uitvoeren van mijn functie is de lichamelijke belasting te groot.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Ik ervaar in mijn werk intimiderend, agressief of pestgedrag.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

## Arbeidsvoorwaarden

**Ik ben tevreden over mijn loon, het is passend voor het werk dat ik doe.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**De secundaire arbeidsvoorwaarden in de kliniek zijn goed**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**De extra inspanningen die ik doe, worden voldoende beloond.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Kosten die ik maak voor het werk worden voldoende vergoed.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

## Opleiding en ontwikkeling

**Persoonlijke ontwikkeling en doorstroom zijn voor mij belangrijk in mijn werk (-plezier)**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Opleiding en ontwikkeling worden aangemoedigd binnen de kliniek.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Er zijn binnen de kliniek voldoende mogelijkheden voor bijscholing en ontwikkeling.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Ik kan mij persoonlijk goed ontwikkelen in mijn functie.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Opleiding en ontwikkeling is een vast onderwerp in de functionerings- en beoordelingscyclus.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

## Collega's en leidinggevende

**De band tussen mij en mijn collega's in de kliniek is goed.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Mijn collega's springen altijd bij, als dat noodzakelijk is.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Samenwerking tussen verschillende collega's en afdelingen is goed.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Ik ben tevreden over de aansturing vanuit mijn direct leidinggevende.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**De manier van leidinggeven van mijn direct leidinggevende bevalt mij goed.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Ik heb het gevoel dat ik altijd bij mijn direct leidinggevende terecht kan.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

## Communicatie en veiligheid

**Als een collega een fout maakt dan kan ik hem of haar er op aanspreken.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Ik voel mij comfortabel bij het officieel aangeven van incidenten op de werkvloer.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**De kliniek biedt ruimte om verbeteringen aan te dragen.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Het management houdt mij goed op de hoogte van ontwikkelingen die belangrijk zijn voor mijn werk.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Er zijn voldoende (overleg-)momenten met de afdeling om mijn werk goed uit te kunnen voeren.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

## Algemeen

**Ik voel me verbonden met de kliniek.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Ik ben trots op mijn werk.**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

**Ik zie mij over vijf jaar nog wel actief zijn voor de kliniek**

Helemaal mee eens 0 0 0 0 0 0 Helemaal mee oneens

## Opmerkingen

**Ruimte voor opmerkingen of zaken die niet aan de orde zijn gekomen:**

*Bedankt voor je medewerking!*



## Bijlage 2 Beschikbare informatie over de invoering van de PROM

Het Linnean Initiatief beoogt patiënten en zorgprofessionals te ondersteunen bij het verkrijgen van uitkomstinformatie om betere, geïnformeerde keuzes te kunnen maken over de behandeling van patiënten. Hiervoor zijn goede en praktisch toepasbare meetinstrumenten nodig die inzicht geven in behandelresultaten, zowel klinische als door de patiënt ervaren uitkomsten. Patiënt ervaren uitkomsten worden gemeten met instrumenten genaamd Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). Dit zijn belangrijke tools om (veranderingen in) aspecten van ervaren gezondheid en kwaliteit van leven op een gestandaardiseerde manier in kaart te brengen. Om het gebruik van PROMs in de spreekkamer te ondersteunen en om uitkomstmetingen in de zorg een beetje meer te standaardiseren, ontwikkelde de werkgroep PROMs en PREMs van het Linnean Initiatief het Linnean 'menu' van generieke PROMs. Het menu bevat een lijst met uitkomsten die voor veel patiënten met verschillende aandoeningen relevant zijn (Patient-Reported Outcomes, PROs). Voor elk van deze uitkomsten - PROs - worden enkele meetinstrumenten – generieke PROMs - aangeboden.

Er worden geen PROs of PROMs voorgeschreven die bij alle patiënten gemeten of gebruikt zouden moeten worden omdat geen enkele PRO voor alle patiënten relevant is en omdat geen enkele PROM bewezen valide en betrouwbaar is voor alle patiënten. De uiteindelijke keuze voor PROs en PROMs voor een bepaalde patiëntengroep of zorgpad dient gezamenlijk gemaakt te worden in overleg met alle betrokken zorgprofessionals en patiënten.

Door zoveel mogelijk generieke PROMs te gebruiken beogen we de belasting en praktische toepasbaarheid voor patiënten (met name patiënten met meerdere aandoeningen) en zorgprofessionals zo klein mogelijk te houden, wildgroei van vragenlijsten te voorkomen, en de interpretatie van uitkomsten zoveel mogelijk vergelijkbaar te maken.

- Meet alleen dingen die relevant zijn voor de patiënt en die terug te koppelen zijn. Op deze manier ontvangt de patiënt informatie over zijn ziekteactiviteit/aandoening;
- Meet alleen zo vaak als voor de patiënt echt nodig is en op het moment dat voor de patiënt relevant is;
- Overweeg licentievrije instrumenten boven instrumenten met een licentie;
- Overweeg nieuwe methoden om vragenlijsten af te nemen (CAT) die patiëntvriendelijker (korter) en preciezer in staat zijn de gezondheid van de patiënt te schatten;

De short forms kunnen op papier of per computer, tablet, of telefoon worden afgenomen en zijn gratis. Voor het gebruik van CAT is een koppeling nodig met het Dutch-Flemish Assessment Center. Diverse systemen, zoals KLIK ([www.hetklinkt.nu](http://www.hetklinkt.nu)), beschikken over zo'n koppeling. PROMIS CATs zijn ook in Epic beschikbaar. Aan het gebruik van CATs zijn wel kosten verbonden. Het gebruik van short forms en CATs kan worden gecombineerd. Scores van short forms en CATs die dezelfde uitkomst meten (bv depressie) zijn uitgedrukt op dezelfde schaal en direct vergelijkbaar.

Relevante websites:

- [www.healthmeasures.net/promis](http://www.healthmeasures.net/promis)
- [www.dutchflemishpromis.nl](http://www.dutchflemishpromis.nl)

### PROMS TOOLBOX

Zorginzicht.nl

PROMs bestaan al sinds de jaren '70 en werden aanvankelijk vooral gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. De laatste jaren neemt het gebruik van PROMs in de Nederlandse gezondheidszorg sterk toe. Dit heeft te maken met ontwikkelingen in de zorg en veranderende opvattingen over gezondheid en zorg.

Het biomedische model met 'harde' klinische parameters (bijv. sterfte en morbiditeit) hebben steeds meer plaats gemaakt voor een bio-psychosociaal model dat de psychosociale aspecten, ervaren gezondheid en kwaliteit van leven van patiënten voorop stelt. De gezondheidszorg verschuift daarmee van puur medische behandeling naar voorbereiding en ondersteuning van patiënten, gericht op deelname in werk, gezin, sport en vrije tijd. Patiëntgerichte en doelmatige zorg zijn nog meer op de voorgrond komen te staan met de recente opkomst van waardegedreven zorg (value based health care of VBHC). Hierbij is toenemende aandacht voor de waarde van zorg voor de patiënt en wat die belangrijk vindt. Deze ontwikkelingen brengen een groeiende belangstelling voor PROMs met zich mee, omdat ze gezondheidsuitkomsten en kwaliteit van leven meten en daarmee inzicht kunnen geven in de (toegevoegde) waarde van zorg voor patiënten. PROMs zijn vooral bedoeld als meetinstrument voor het vaststellen, evalueren en monitoren van gezondheid of kwaliteit van leven. De informatie kan op twee niveaus worden gebruikt: op individueel niveau (in de individuele patiëntenzorg) of op geaggregeerd (groeps)niveau (voor kwaliteitsverbetering, transparantie en onderzoek).

Over het algemeen zijn PROMs bruikbaar voor vier doeleinden (en bijbehorende subdoelen):

#### 1. Individuele patiëntenzorg

- screening, anamnese en diagnostiek (diagnose stellen en zorgtoewijzing of verwijzingen);
- vaststellen van gespreksonderwerpen;
- gezamenlijke besluitvorming (samen beslissen over behandelopties en -plan);
- ondersteuning van zelfmanagement (bijvoorbeeld: zelfmonitoring op afstand);
- monitoren van gezondheid en kwaliteit van leven tijdens de behandeling;
- evaluatie van het behandelresultaat.

#### 2. Interne kwaliteitsinformatie en -verbetering

- terugkoppeling van resultaten naar zorgaanbieders (via feedback of spiegelrapportages);
- benchmarking: vergelijken van teams, afdelingen en zorgaanbieders;
- identificeren van best practices;
- sturings- en managementinformatie voor kwaliteitsverbetering.

#### 3. Externe kwaliteitsinformatie en transparantie

- publieke, openbare informatie over zorguitkomsten en kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld om patiënten te helpen bij het kiezen van een zorgaanbieder);
- verantwoordingsinformatie voor toezicht en beleid (voor inspectie, zorgautoriteit, beleidsmakers)
- zorginkoop-informatie (voor zorgverzekeraars, voor selectieve inkoop op kosten en kwaliteit).

#### 4. Onderzoek voor wetenschap en beleid

- kennis vergroten over het beloop van ziektes en aandoeningen;
- vergaren van wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van behandelingen en interventies;
- prognostische informatie (ter ondersteuning van behandelkeuzes);
- ontwikkelen en evalueren van richtlijnen en zorgstandaarden;
- monitoren en evalueren van beleid (bijvoorbeeld door onderzoek naar praktijkvariatie);
- (inter)nationaal vergelijken van prestaties en uitkomsten van zorgaanbieders en zorgsystemen.

Het is dus belangrijk dat het doel, de doelgroep en de kenmerken van de PROM op elkaar zijn afgestemd. Bijvoorbeeld: voor vergelijkingen over de tijd (monitoring) of tussen groepen, organisaties, landen etc. (benchmarking) zijn twee specifieke meeteigenschappen van groot belang, namelijk: gevoelig genoeg om veranderingen te meten (responsiviteit) en geschikt om verschillen tussen eenheden of groepen te meten (onderscheidend vermogen). De keuze van de PROM is dan essentieel, en ook de tijdsperiode waarover gemeten wordt. Daarnaast is het voor benchmarking essentieel dat er per analyse-eenheid (bijvoorbeeld per zorgaanbieder) voldoende respondenten zijn

om zinvolle vergelijkingen te maken. Zie de PROM-cyclus voor meer informatie over de keuze van een PROM.

Eén of meerdere gebruiksdoelen?

Vaak wordt gestreefd naar het gebruik van de PROM voor meerdere doelen (zowel voor individuele patiëntenzorg als voor interne en externe kwaliteitsinformatie). En dat op meerdere niveaus (lokaal, regionaal, landelijk of internationaal).

Bijvoorbeeld: als lokaal wordt gestart met PROMs in de spreekkamer, wil men vaak ook al voorsorteren op de mogelijkheid om later de uitkomsten op geaggregeerd en landelijk niveau te vergelijken voor benchmarking en kwaliteitsverbetering. Maar dit is niet eenvoudig, omdat elk doel andere eisen stelt aan de vragenlijst, dataverzameling, meetmomenten, data en analyses. Bij gebruik in de spreekkamer is het bijvoorbeeld belangrijk om meetmomenten te koppelen aan consulten. Voor benchmarking is weer van belang dat die meetmomenten gestandaardiseerd zijn om een goede vergelijking mogelijk te maken.

De ervaring leert dat het belangrijk is om één primair gebruiksdoel of voornaamste toepassing van PROMs te kiezen, en dat als basis te nemen voor het ontwerp van het PROM-traject. Je kunt bij de opzet wel vast rekening houden met andere gebruiksdoelen. Maar je kunt ook besluiten om pas in een later stadium op te schalen naar andere doelen.

Daarom is het belangrijk dat zorgorganisaties, voordat ze starten met PROMs, eerst goed nagaan of het wel nuttig en haalbaar is om PROMs te gebruiken (zie ook: [5.2](#) en [Checklist](#)). Aan de andere kant is het aannemelijk dat de kost voor de baat uit gaat. De voor patiënten relevante uitkomsten, gemeten met PROMs, zijn dé maatstaf om goede besluiten over waardegedreven en doelmatige zorg te kunnen nemen.

Veel zorgorganisaties worstelen met de vraag: zal ik zelf lokaal een PROM-project opstarten, of aansluiten bij landelijke of internationale PROMs-initiatieven? Deze kwestie heeft forse consequenties voor:

- het doel waarvoor PROMs kunnen worden gebruikt;
- de methode (bijv. of en hoe de uitvraag aansluit op het zorgproces);
- wat voor gegevens er worden verzameld;
- met welke PROM;
- wat voor soort resultaten dit oplevert.

Elke benadering heeft voor- en nadelen. Er valt ook niet altijd iets te kiezen, omdat voor sommige patiëntengroepen nog geen (inter-)nationale initiatieven bestaan om bij aan te sluiten.

Het grote voordeel van een lokaal initiatief is dat initiatiefnemers gebruik kunnen maken van lokaal aanwezige motivatie en energie. Ze kunnen PROMs zo goed mogelijk laten aansluiten op de lokale situatie. Op die manier kun je veel sneller stappen maken en besluiten nemen dan bij landelijke of internationale initiatieven. Er kleven echter ook belangrijke nadelen aan een lokale benadering:

1. Je kunt geen gebruik maken van de mogelijkheden en voordelen die landelijke of internationale initiatieven bieden. Bijvoorbeeld het bestuderen van praktijkvariatie, en benchmarken of vergelijken van scores tussen zorgaanbieders of landen. Doelen die afhankelijk zijn van de mogelijkheid om te benchmarken, zijn niet goed haalbaar met een lokale benadering.
2. Lokale initiatieven hebben doorgaans beperktere middelen (capaciteit, geld) en kunnen daardoor minder investeren in ontwikkeling, testen, etc. Nationale en internationale initiatieven kunnen vaak meer expertise inschakelen en hebben vaak meer middelen.

3. Als een lokaal initiatief later toch wil aansluiten bij een landelijk of internationaal initiatief, is er een groot risico dat de lokale initiatieven zich dan alsnog moeten aanpassen omdat er (inter)nationaal andere keuzes of voorwaarden gelden.
4. Als lokale initiatieven later toch willen aansluiten bij internationale initiatieven, kan dit leiden tot een methode- of trendbreuk, waardoor vergelijking met eerdere metingen problematisch wordt. Dit probleem geldt overigens ook als vragenlijsten herzien worden in de tijd (zie citaat hierna).

“Soms moet je vaststellen dat een vragenlijst in ontwikkeling blijft en soms wordt er geconcludeerd dat er eigenlijk toch net een andere lijst nodig is. Maar als je hem aanpast, dan verlies je de vergelijking met vorig jaar. Dan heb je een trendbreuk.”

Lokale initiatieven doen er dus verstandig aan om zoveel mogelijk aan te sluiten bij wat er landelijk of internationaal is. Als er landelijk of internationaal nog niet zoveel voor een specifieke doelgroep is, kunnen lokale initiatieven hun eigen aanpak ontwikkelen. Wel is het dan verstandig om in contact te blijven met landelijke koepel- of brancheorganisaties en andere (lokale) initiatieven. Dit om zoveel mogelijk te harmoniseren, want zodra PROMs worden gebruikt voor vergelijkingen (tussen afdelingen, locaties, regio's of landen), is harmonisatie of standaardisatie van vragenlijsten en metingen noodzakelijk. Voor internationale initiatieven kan dit bijvoorbeeld door te zorgen dat een PROM-project 'ICHOM-compatible' is (zie 4.1).

Te klein voor een zorgvuldige implementatie?!?

Randvoorwaarden voor PROMs

- Voor de toepassing van PROMs is het belangrijk om goed op de volgende randvoorwaarden te letten:
- patiëntbetrokkenheid ('door en voor patiënten') en de centrale rol van patiënten(organisaties);
- attitudes en draagvlak, zoals visie, enthousiasme en vertrouwen in het gebruik van PROMs;
- praktische zaken, zoals voldoende tijd, expertise en beschikbare middelen, de infrastructuur, en de aansluiting op het werkproces waarin PROMs worden gebruikt;
- methodologische aspecten, zoals meeteigenschappen en de gebruiksvriendelijkheid van PROMs;
- overige zaken die van invloed zijn op het daadwerkelijke gebruik en de impact van PROMs, zoals terugkoppeling, interpretatie en transparantie van resultaten.

Governance code 2019 ZKN

Het kwaliteit- en veiligheidsbeleid en bijbehorende plannen worden op de website van de kliniek geplaatst. Zodoende hebben patiënten inzicht in het waarborgen van kwaliteit in de kliniek. Klinieken stellen een plan op om te zorgen dat zij binnen 3 jaar de PROMs en PREMS deskundig meten en publiceren.

**Bijlage 6 Generieke PREM**

## Resultaat generieke PREM

Uit de eerste resultaten van de vernieuwde patiënttevredenheidsenquête (PREM) komt naar voren dat de patiënt tevreden is, de communicatie/deskundigheid van en met de zorgverleners hoog waardeert en vindt dat hij/zij voldoende informatie heeft gekregen. Er zijn geen vragen met een onvoldoende beoordeeld en 100% zal de kliniek aanbevelen aan mensen met dezelfde zorgvraag. Uiteraard kunnen we deze gegevens nog niet valideren en of vergelijken omdat de data/respons hiervoor nog niet afdoende is. In de volgende review zal het resultaat beoordeeld worden en een plan van aanpak worden gemaakt voor eventuele negatieve trends.

### Demografie

Van de respondenten is 75% tussen de 45 en 74 jaar oud. 80% is vrouw en heeft een MBO (33%) of HBO (47%) opleiding. Zij beoordelen hun gezondheid allemaal met goed (44%), zeer goed (31%) of uitstekend (25%).

### Dialoog zorgverlener – patiënt

12% waardeerde de vraag of de zorgverlener goed naar hem/haar heeft geluisterd met een 8, 12% met een 9 en 76% met een 10.

Daarvan gaf 35% aan dat de assistentes goed luisterden, 27% geeft aan dat de specialisten goed luisteren en 82% geeft aan dat ze goed konden praten over zijn/haar wensen.

29% vond de uitleg van de zorgverlener begrijpelijk en een 8 waard, 71% gaf de begrijpelijkheid een 10.

### Deskundigheid zorgverlener

Het vertrouwen van de deskundigheid van de zorgverleners wordt door 18% beoordeeld met een 8, 82% vertrouwt de zorgverleners volledig en geeft een 10. 88% geeft aan op de deskundigheid van de arts te vertrouwen 53% vertrouwt (ook) op de deskundigheid van de verpleegkundige en 12% baseert het vertrouwen op iets anders.

### Behandeling, informatieverstrekking

Bij de vraag of de voor- en nadelen goed besproken zijn door de arts, geeft 6% een score van 7, 29% een 8, 6% een 9 en 53% een 10.

Van deze groep geeft 47% aan dat de nadelen van de behandeling goed genoeg zijn verteld, 60% geeft aan dat de voordelen goed aangegeven zijn en 73% gaf aan dat het te verwachten resultaat goed besproken is.

### Behandeling, Samen beslissen

6% geeft aan dat zij samen met de specialist hebben bepaald welke behandeling hij/zij krijgt en waardeert dit met een 8, 31% met een 9 en 56% waardeert dit met een 10. Van deze groep geeft 13% aan dat de zorgverlener de ruimte gaf om samen te beslissen, 13% geeft aan wel de ruimte te hebben gekregen maar de beslissing over te willen laten aan de specialist, 13% geeft aan de voorkeur

voor een bepaalde behandeling aan te kunnen geven. En 73% geeft aan voldoende informatie te hebben gekregen om zelf een goede beslissing te kunnen maken.

### **Behandeling, het resultaat**

19% beoordeelt het (voorlopige) resultaat met een 7, 19% met een 8, 6% met een 9 en 56% met een 10.

### **NET Promotor score**

100% zou de kliniek aanbevelen bij mensen met dezelfde zorgvraag.

### **Informatieverstrekking nazorg**

Op de vraag of de patiënt vooraf voldoende informatie heeft gehad zodat hij/zij wist wat hij/zij kon verwachten geeft 6% een 7, 19% een 8, 6% een 9 en 63% een 10. Hiervan vindt 60% de informatie begrijpelijk, 27% geeft aan dat er verteld is waarom de behandeling nodig is, 40% geeft aan dat er precies verteld is wat de behandeling inhoudt, 47% geeft aan dat er verteld is wat de bijwerkingen en gevolgen van de behandeling inhouden en dat er voldoende is verteld over de nazorg. Bij 13% is de informatie ook aan familie of naasten verteld.

1 respondent geeft aan het advies over klachten en ziekte thuis te beoordelen met een 6. 13% beoordeelt dit met een 8, 25% met een 9 en 38% met een 10. Voor 19% is de vraag niet van toepassing. Deze groep baseert de waardering met name op dat de kliniek heeft aangegeven wat de patiënt moet doen bij problemen (92%) 67% baseert het op de verstrekte informatie over welke klachten of gezondheidsproblemen hij/zij kon verwachten. 58% gaf aan, gesproken te hebben over de hulp die hij/zij wellicht nodig heeft na de behandeling.

### **Informatieverstrekking medicatie**

De respondenten geven aan voldoende informatie te hebben gekregen over de medicatie, 13% waardeert dit met een 7, hetzelfde percentage met een 8, 25% waardeert dit met een 9 en 31% met een 10. Voor 19% was de vraag niet van toepassing.

Van deze groep geeft 92% aan dat zij uitleg hebben gekregen over het doel en de werking, 17% geeft aan de waardering gebaseerd te hebben omdat zij voldoende informatie hebben gekregen over de bijwerkingen en 25% op de informatie over de wisselwerking met andere medicatie.

### **Hygiëne**

7% ervaart de kliniek als schoon en geeft de kliniek een 8, 13% geeft een 9 en 80% een 10. 100% gaf aan dat de waardering gebaseerd is op dat er bij de persoonlijke verzorging hygiënisch gewerkt werd. 36% gaf daarbij aan dat hun waardering ook op de hygiëne van het toilet is gebaseerd.

### **Top 5 belangrijkste onderwerpen**

Op de vraag welke 5 onderwerpen de patiënt het belangrijkst vindt is als volgt gereageerd:

- Ik vooraf informatie krijg over de zorg in de kliniek, zodat ik weet wat ik kan verwachten. 66,67%
- Ik samen met de zorgverlener(s) bepaal welke zorg en/of behandeling ik krijg. 66,67%
- De voor-en nadelen van de behandeling of operatie aan mij zijn verteld. 80,00%
- Ik duidelijk informatie krijg over de werking van mijn medicijnen (indien van toepassing). 40,00%
- Ik adviezen krijg van zorgverleners over hoe ik met mijn ziekte of klachten kan omgaan in de thuissituatie (indien van toepassing). 40,00%
- De zorgverlener(s) goed naar mij luisteren. 60,00%
- Ik vertrouwen heb in de deskundigheid van de zorgverleners. 86,67%
- Er een goede samenwerking is tussen de zorgverleners in het ziekenhuis. 40,00%
- De verschillende afspraken in de kliniek goed op elkaar aansluiten. 33,33%
- Er schoon gewerkt wordt door de medewerkers van de kliniek. 46,67%

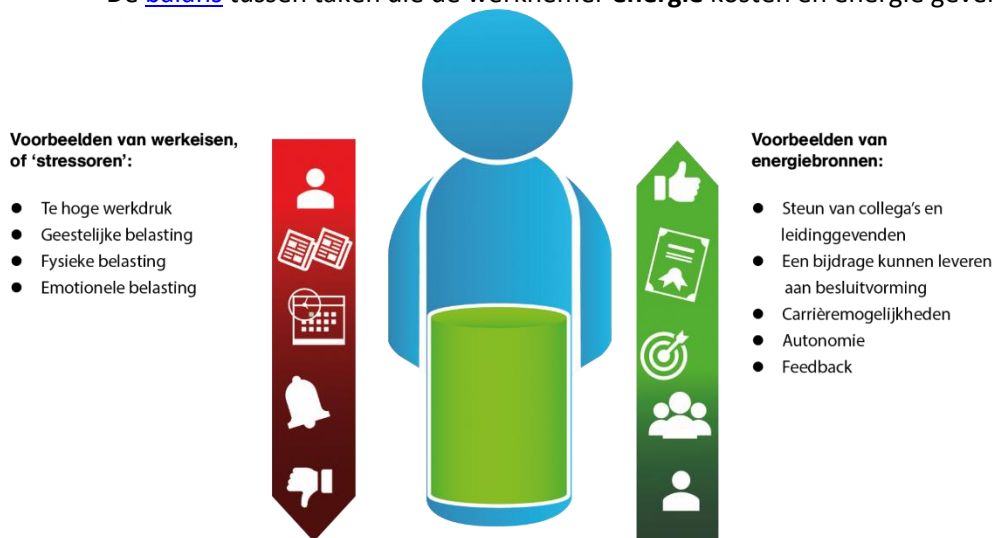


**Bijlage 7 Aanvulling verzuimbeleid**

## Aanvulling Verzuimbeleid MCW

De volgende signalen kunnen duiden op een (dreigende) burn-out:

- De werknemer voelt zich **moe**, komt mat over en heeft een **lagere productiviteit**.
- Is steeds **cynischer** over de werkdruk, de werkactiviteiten en heeft veel moeite met veranderingen.
- De werknemer is vaker **ontevreden** en sneller **geïrriteerd** dan anders.
- Meldt zich **vaker ziek**, heeft steeds meer lichamelijke klachten en een eventueel doktersbezoek draagt niet structureel bij tot herstel en beter functioneren.
- De werknemer kan maar **moeilijk herstellen** van het werk. Hij heeft na het werk meer dan een uur nodig om bij te komen, of heeft zelfs het hele weekend nodig om te herstellen.
- De **balans** tussen taken die de werknemer **energie** kosten en energie geven, is scheef.



### Hoe gaat MCW om met psychische klachten door werkstress

De sleutel voor het verminderen van [stress](#) is het benutten van energiebronnen, zoals hulp vragen aan anderen en werk op een andere manier invullen. Het beschermt de werknemer tegen psychische klachten als gevolg van werkstress of een burn-out. Werknemers die hun energiebronnen blijven benutten, gaan namelijk anders om met de ervaren werkdruk. De leidinggevende gaat dan ook bij signalen van een burn-out of andere psychische klachten door werkstress met de werknemer in gesprek. Samen wordt er bepaald wat er nodig is om de werkdruk te verminderen. Er wordt onder andere gevraagd aan de werknemer waar hij vroeger energie van kreeg en hoe het komt dat dit verdwenen is. Hiermee activeert de leidinggevende de werknemer om actief op zoek te gaan naar datgene waar hij energie van krijgt.

