Review

Medisch Centrum Waalre

Periode 1 januari 2023 tot 31 december 2023

Datum: november 2023

Kwaliteitsfunctionaris: Janneke Louwerse

Management/Directie: Patrick Dielis COO**,** Alexander Gläser CEO

Voorwoord

2023 staat in het teken van de overname van de kliniek. Op 1 april 2023 heeft de heer Eijsbouts het stokje overgedragen aan de heer Gläser. De kliniek is in zijn geheel overgenomen en er hebben geen significante wijzigingen plaatsgevonden in de bedrijfsvoering.

Dit jaar hebben we, naast de continue verbetering van de dienstverlening, aandacht besteed aan de verhuur van het operatiecomplex, uitbreiding van ons zakelijk klantenbestand, het aantrekken van nieuwe specialisten en uiteraard de klanttevredenheid.

Een duurzaamheidsplan, een informatiebeveiligingsbeleid, NEN 7510, een verklaring van toepasselijkheid, de HASP, LIR, DBIR, RI&E, verplicht elektronisch voorschrijven, het LSP, 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 lijkt dan ook nog ver weg. Door de professionalisering van vakgroepen, normstellende instanties en (Europese) wetgeving wordt de regeldrang vanuit deze groepen steeds groter. Het perfectionisme van deze partijen zorgt voor een detaillering die de balans tussen de zorg voor de patiënt en de compliance met de norm verstoort. Met als effect dat de gestelde norm de waarde verdringt.

Het personeelsbestand is gelukkig nagenoeg gelijk gebleven en de kliniek heeft geen bezuinigingen hoeven door te voeren die effect zouden hebben op de kwaliteit van zorg. Er zijn stappen gemaakt in het VIPP5 traject, de koppeling met een EVS/LSP is bijna gereed, De RI&E is uitgevoerd en de kliniek is nog steeds volop bezig met de enorme taak van het doorgronden en eigen maken van de NEN 7510. Ook de pijnbeleving/-bestrijding bij patiënten, het Oxynorm gebruik en de ASA classificering zijn onderwerpen geweest die passen in het veranderende zorglandschap.

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

Inhoud

Voorwoord 2

1. Kwaliteitseisen 4

2. Risico-inventarisatie 5

3. IZEP dimensies veiligheidscultuurmeting 6

4. VIPP-project 6

5. Interne audit 7

6. Klachten, MIP, complicaties en calamiteiten 8

7. Leveranciersbeoordeling 14

8. IFMS 15

9. Personeel 15

10. PROM 16

11. Gevaarlijke stoffen 16

12. RI&E 17

13. Realisatie opleidingsplan 17

14. Review Informatiebeheersysteem/-beleid 18

15. Overige aanpassingen en aanvullingen binnen het kwaliteitssysteem 18

16. Beoordeling van het systeem 19

1. Kwaliteitseisen

Wegens de voorgenomen hervorming van de gehele auditsystematiek heeft het College van ZKN geadviseerd het aantal wijzigingen in de toetsingscriteria en het -reglement met ingang van 2023 te beperken. Onderstaande wijzigingen zijn aan de ALV van ZKN voorgelegd.

TOETSINGSCRITERIA

1. Er is een logische indeling toegepast van de toetsingscriteria, zonder de inhoud van de criteria aan te passen. Het aantal criteria is van 30 naar 21 teruggebracht en leesbaarheid is hiermee verhoogd.
2. Bestuurlijke verantwoordelijkheid is beschreven op één plek in norm 2
3. In norm 14 is nieuw toegevoegd dat de kliniek een beoordelingskader heeft met betrekking tot incidenten waarvoor een wettelijke meldingsplicht geldt aan de IGJ.
4. Ten behoeve van norm 16 monitoring van processen, uitkomsten en tevredenheid. Het uitvragen van de PROMs door een diagnostisch centrum. Het diagnostisch centrum doet slechts een deel van het behandeltraject en het uitvragen van PROMs op dit deel heeft geen toegevoegde waarde. Het uitvragen van de PROMs ligt dan bij de (hoofd)behandelaar. Die bepaalt welke behandeling wordt ingezet. Dat wordt niet bepaald door het diagnostisch centrum. Bij norm 16d zal worden toegevoegd: 'uitzondering geldt voor klinieken die een diagnostisch centrum zijn'.

TOETSINGSREGLEMENT

Wijziging procedure omtrent aanvragen dispensatie, de auditor neemt besluit dispensatieverzoek i.p.v. ZKN. Goedgekeurd tijdens collegevergadering d.d. 19 april:

Aanvraagprocedure dispensatie:
• De kliniek moet uiterlijk 3 maanden voor het verlopen van het keurmerk een onderbouwd dispensatieverzoek in bij de eigen auditor.
• De auditor neemt het verzoek in behandeling.
• Is er sprake is van een nieuwe auditor dan neemt deze contact op met de auditor die de laatste twee opvolgingsaudits gedaan heeft.
• De auditor neemt binnen 6 weken na ontvangst van het dispensatieverzoek een besluit op basis van de criteria en auditresultaten van de afgelopen jaren.
• De auditor onderbouwt zijn/haar besluit en legt het, ter instemming voor, aan een collega-auditor binnen de CI.
• De auditor stuurt, na instemming, een schriftelijke bevestiging aan de kliniek en het College van Deskundigen.
• Vervolgens is het aan de auditor om te bepalen welke locaties wanneer geaudit worden.

WANNEER GELDEN DE NIEUWE CRITERIA?

Vanaf januari 2023 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 2023. 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. Ook prospectieve risico inventarisaties horen tot deze analyses.
In de jaarplanning 2023 hadden we 1 PRI opgenomen die al uit 2022 komt. Deze PRI (E-Health) is nog steeds niet uitgevoerd omdat deze 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. Ook binnen het VIPP5 traject is er niet gekozen voor een interactieve e-health toepassing maar voor een digitale vragenlijst.
Wel is er een PRI uitgevoerd over het oppakken van verzekerde bariatrische zorg. Daarnaast hebben we ook een oude PRI herzien. Uiteraard zijn de aanbevelingen die uit de PRI zijn gekomen uitgevoerd, opgenomen in het CAPA-plan of direct geïmplementeerd.

Dit jaar hebben we 1 PRI uitgevoerd en 1 oude PRI herzien.

Nieuwe PRI:
- PRI 21 Verzekerde bariatrische zorg

Herziene PRI's:
- PRI 3 MCW Diathermie op OK en POK

PRI 21 Verzekerde bariatrische zorg

Door de komst van de hurende partij Weight Dokters, is de vraag opgekomen of de kliniek ook behandelingen kan verzorgen in de (verzekerde) bariatrische zorg.

Op dit moment wordt bekeken of de risico's acceptabel zijn.

Herziene PRI 3 Diathermie op OK en POK
Deze PRI is opgesteld naar aanleiding van een MIP in 2015. Hierbij is een patiënt ernstig verwond door het gebruik van een diathermie. Uit de RI&E komt naar voren dat niet alleen het gebruik van een diathermie door de specialist veilig moet zijn, ook de omgeving moet veilig zijn. Om deze reden is er gekozen om deze PRI te herzien . Hierdoor kunnen we bepalen of we aan alle huidige veiligheidseisen voldoen.

CONCLUSIE

De grootste risico's zitten in het onjuist gebruik van de diathermie. Na onderzoek is gebleken dat alle materialen waar een eventuele statische lading of vonkoverdracht kan plaatsvinden, voldoen aan de wettelijke brandwerende/brandvertragende eisen. Alle materialen hebben dan ook de CE keurmerken. Dit betekent niet dat alle risico's gemitigeerd zijn. Het risico op brand blijft bestaan wanneer het gebruik van de materialen en/of het diathermie apparaat niet volgens de voorschriften gebeurt.

Risico-inventarisatie 2024
In 2024 wordt er een PRI gestart voor een actievere 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 medewerkertevredenheidsonderzoek (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
15 specialisten en 18 medewerkers hebben het verzoek gekregen om de vragenlijst in te vullen.
4 specialisten en 13 medewerkers hebben de vragenlijst ingevuld dit is een percentage van respectievelijk 26,7 (dit was 15,4 in 2022) en 72,2 (dit was 76,2 in 2022). Hiermee is de doelstelling behaald.

Uit het resultaat komt naar voren dat de meeste respondenten plezier hebben in hun werk, trots zijn op hun werk en blij zijn met de samenwerking met de collega's. Zij vinden dat zij op de juiste plek zitten in de kliniek, de lichamelijke belasting goed is en ze voelen zich gewaardeerd door de collega's. Zij voelen zich ook veilig genoeg om een collega aan te spreken op zijn of haar werk.

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 voor alle modules. Dit verzoek is gehonoreerd.

Prestatie-indicator: : In 2023 worden de VIPP5 deadlines gehaald.

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 (alle module) voor de subsidieverlening. Dit is verleend, de tijdigheid en de contractuele afspraken tussen Tenzinger en de kliniek vormden ook in 2023 een aandachtspunt. Inmiddels zijn er voor module 1 en module 2 externe audits gehouden en deze zijn succesvol afgerond. Voor module 3 is inmiddels een offerte ontvangen.

Omdat de infrastructuur binnen het VIPP5 traject niet optimaal is -omdat zorgverleners op verschillende platforms werken- zijn de normen vanuit de overheid aangepast. Ook de PGO's werken nog niet naar behoren. Inmiddels heeft de kliniek al wel communicatiemateriaal besteld en ontvangen maar deze worden nog niet ingezet. De kliniek kan de patiënt nog niet verwijzen naar een behoorlijk PGO, daarom staat de communicatie hieromtrent onhold.

De overige processen (zoals het tijdig wijzigingen van de gegevens in het patiëntdossier en het gebruik van digitale vragenlijsten) zijn wel aangepast en geïmplementeerd.

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 kwaliteitsmedewerker

Doelstelling: Jaarlijks wordt door de kwaliteitsfunctionaris / 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; Gebruik EPD

Resultaat: De interne audit m.b.t. het gebruik van het EPD is uitgevoerd door Janneke Louwerse (gekwalificeerd auditor en kwaliteitsfunctionaris). Daarnaast is er een interne audit uitgevoerd t.b.v. de ID check.

Analyse interne audit 2023

Interne digitale audit EPD gebruik
Met onderliggende interne audits: Stopmomenten, audit complicaties en audit PROMS

Interne audit ID controle
Uit deze audit zijn geen afwijkingen gesignaleerd. De steekproef heeft uitgewezen dat de ID van elke patiënt is gecheckt.

5.2 Interne audit apotheek
De audit apotheek wordt uitgevoerd door de apotheker en kwaliteitsfunctionaris apotheek van het Elkerliek ziekenhuis te Helmond op 18 september 2023. Zodra de uitkomsten bekend zijn zullen deze in de review worden opgenomen.

5.3 Interne audit hygiëne
Op 15 november 2023 wordt de audit hygiëne en infectiepreventie gehouden. Doordat de voorgaande hygiënist (Patricia Willemse, deskundige infectiepreventie van de afdeling hygiëne en infectiepreventie van het Elkerliek ziekenhuis te Helmond) vervangen is door een collega is de audit later in het jaar gepland. Zodra de resultaten bekend zijn zullen deze worden opgenomen in de review.

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 2023 1 officieel geregistreerde klacht gehad via de geschillencommissie. Het betreft een klacht over de nazorg van een buikwandcorrectie. Deze klacht is inmiddels door middel van een schikking beëindigd door de patiënt.
Verder zijn er 5 ontevreden patiënten geweest. Deze klachten zijn afgehandeld volgens de procedure F.1.1. Klachtenprocedure zonder escalatie en (zover bekend) tot tevredenheid van alle betrokken partijen.

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. Daarnaast is de drempel voor het aandragen van een geschil bij de geschillencommissie (vanzelfsprekend) laag voor de patiënt. Het adequaat handelen in dit krachtenveld 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.

6.2. MIP

Dit jaar 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 2023 is er 1 MIP melding en 1 SMOK 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. Omdat dit incident nog nooit eerder heeft plaatsgevonden en de oorzaak heel lastig te achterhalen is, is er voor gekozen om dit verder niet procedureel te wijzigen en enkel netjes af te handelen naar de patiënt toe. Mocht dit incident vaker voor komen dan wordt dit wel procedureel opgepakt.

6.3. Complicaties

Onze complicaties worden onderverdeeld per specialisme. Er zijn in totaal 24 registraties;

Plastische chirurgie	24
Algemene chirurgie	0
Dermatologie	0
Anesthesie	0
Orthopedie	0

In deze en de vorige periode waren de complicaties toe te kennen aan het specialisme plastische chirurgie. Dit betreft ook onze grootste patiëntenpopulatie. De complicaties bestaan uit 3x een hematoom, 2x necrotisch weefsel, 11x een (oppervlakkige) ontsteking en 1 x een nabloeding. In het geval van de nabloeding is er een AB (oraal) gestart. In 8 gevallen is de complicatiesoort niet gespecificeerd.

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 gezien als complicatie. Door de aard van de behandeling is dit bijna onoverkomelijk en niet zorgwekkend. Ter verduidelijking van de verschillen tussen een incident, complicatie en calamiteit is er een mail verstuurd naar de organisatie en is er een stuk geplaatst op intranet. Hierbij zijn ook de acties van de medewerkers gespecificeerd waaronder de meldingsplicht naar de IGJ toe.

Registratie klachten/complicaties Mentorprothesen

In onderstaand overzicht is te lezen dat er in 2023 vanuit onze kliniek 1 patiënt bij Mentor (Bloomedical) is gemeld met een ruptuur van het implantaat. Deze is onder garantie bevonden door Mentor

Complaint Nr BlooMEDical	Customer	Location	Physician	PTE INI	Date 1st report	Date shipment kit -> customer	Date receipt kit at BLO	Name Acc. Man. / Courier/Bel gie	Comments eg. Thorax photos	Complaint Code	Cata nr explant	Lot / Serie nr	Cata nr Replace	Lot / Serie nr	Date Implanted	Date explanted
R2301B01	Gusto	Woelle	Dr. Hawinkels	DF	16-01-2023	Unknown	16-01-2023	LdEbaum	1implantin kit	46 Rupture	324-5500	658057-004	TMPX-490	9785202--051	16-3-2018	9-1-2023

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 in het EPD. Aan het einde van het jaar wordt het berekende gemiddelde per specialisme vergeleken met het landelijk gemiddelde, de afwijking moet hierbij geanalyseerd en verklaard worden. Hierbij wordt gekeken naar de mogelijkheden binnen de SKI Tool.

- Opnemen in planning: complicatie bespreking per kwartaal, per specialisme.
- Actie: bewustwording registratie bij specialisten en medewerkers.
- Actie: representatief vergelijkingsmethode vinden voor de landelijke infectiecijfers.
- Actie: beoordeling cijfers irt landelijk gemiddelde

Resultaat: Er kon niet met 100% zekerheid worden gesteld dat elke infectie werd geregistreerd middels het complicatieformulier. Er is opnieuw een oproep gedaan naar het invullen van het formulier. Hieraan is gehoor gegeven en de registratie is nu up-to-date.
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 het eerste kwartaal in 2023 is dat – gezien het aantal registraties en de aard van de infecties- niet noodzakelijk gebleken. Voor het tweede kwartaal is er een analyse gemaakt. Deze analyse is besproken in het vakgroepoverleg plastische chirurgie.

Voor de vergelijking met het landelijke gemiddelde is gekeken naar de referentiecijfers van de PREZIES-module Postoperatieve wondinfecties (POWI) 2018, gepubliceerd via het RIVM.

LET OP: om de vergelijking representatief te maken is de periode aangepast. In de vergelijking met de landelijke infectiecijfers is er gebruik gemaakt van de periode 01-08-2022 tot 01-08-2023!

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 (afwijkende!) periode:
1 x CTS
2 x Borstlift (waarvan 1 x in combinatie met een buikwand)
1 x Augmentatie
6 x Buikwandcorrectie
8 x Mammareductie
1 x Ontlasten ontstoken mamma
7 x Blepharoplastiek superior
2 x Macs-lift
2 x Verwijderen mammaprothesen

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 een jaar (onverzekerd) 3 keer uitgevoerd. Verzekerd zijn er 32 borstverkleiningen geweest. Het aantal infecties in dit jaar bedraagt 8 op de geregistreerde behandelingen (22,8%). Landelijk gezien is dit percentage 6,6% (met implantaten) en 4,7% (zonder implantaten). Het hoge percentage van 22,8 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 2 geregistreerde behandeling, oftewel een percentage van 0%.
- CTG 038640 = eenvoudige arthrotomie of achterste capsulotomie van de knie.
  Het aantal infecties bedraagt 0 op 7 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 48 geregistreerde behandelingen. Dit is een percentage van 0%.
- CTG 038643 = totale of partiële meniscectomie.
  Het aantal infecties bedraagt 0 op de 43 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 en SKI

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 zou hiervoor wellicht uitkomst

kunnen bieden. Met de SKI tool 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. Daarnaast zijn de infectiecijfers zeer beperkt. Onderstaand is de uitkomst van de vergelijking vanuit de SKI tool opgenomen:

SKI vergelijking - landelijke ZBC's data uit 2022		
Behandeling	Landelijk percentage	Percentage kliniek
CTS infectie binnen 30 dagen	1,6%	3,7 (1 complicatie geen infectie op 27)
Mammaprotheses (cosmetisch) die binnen 60 dagen geëxplanteerd zijn vanwege infectie	0,18	0
Mammaprotheses (cosmetisch) die na 60 dagen maar binnen 1 jaar geëxplanteerd zijn vanwege infectie: 0,34%	0,34	0
Liesbreukdata heeft geen infectiedata		
Voorste kruisband en arthroscopie van de knie data heeft geen infectiedata		

Conclusie gebruik SKI-tool

Momenteel bevat de SKI tool nog te weinig infectiecijfers voor een representatieve vergelijking van de infectiecijfers van de kliniek met het landelijke gemiddelde. In de volgende review zal de SKI tool enkel betrokken worden bij het vergelijken van de infectiecijfers indien de cijfers uitgebreid(-er) zijn.

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 2023 is er een groei van 10% zichtbaar van het totaal aantal uitgevoerde borstvergroting t.o.v. 2022.

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 2023 aantal borstvergrotingen
Het aantal borstvergrotingen is gedaald met 4%. Hiermee is de doelstelling niet behaald. Voorgaande periode was er een daling van 30,3%

Redo's

Doelstelling: In 2023 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 2023 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 2022:

- We hebben de tijdsperiode van 6 maanden gepakt (1-1-23 t/m 1-07-23)
- 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

Het percentage redo's ten opzichte van het aantal behandelingen waar de redo's betrekking op hebben was 3,6 in 2022. In 2023 is dit 2,44 dit is een daling van 1,16 procent.

De doelstelling voor het maximale percentage redo's lag op maximaal 5%. Dit percentage is behaald in het totaaloverzicht.

Patiëntervaringen/ PREM en PROM

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 30 patiënten 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 uitvoering van de PROM's Bij minimaal 50 patiënten zijn de PROM-vragen ingevuld.

Prestatie-indicator: Bij 50 patiënten zijn de PROM-vragen op meerdere momenten ingevuld (eerste consult/vervolg consult)

- Opnemen in planning: Tussentijdse controle invullen PROM-vragen
- Actie: analyse in 2023 realiseren mits de kosten het toelaten

Analyse 2023

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.medischcentrumwaalre.com/tevredenheid.

Uit de resultaten (juli 22 – juli 23) 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 meer dan 0.5 punten lager hebben gescoord dan vorig jaar.

Op bijna alle onderdelen wordt er een 9 of hoger op het gewogen gemiddelde gescoord. Behalve op onderstaande 3 vragen:

- Bepaalde u samen met de zorgverlener(s) welke zorg of behandeling u krijgt/kreeg? 8,5 was 9,0
- Hoe beoordeelt u het (voorlopige) effect van uw behandeling? 8,67 was 8,84
- Kreeg u vooraf informatie over de zorg in de kliniek, zodat u wist wat u kon verwachten? 8,5 was 9,12

PROM

In de PREM is dit jaar ook de laatste fase van de PROM vragen opgenomen. Wat opvalt is dat 67 % aangeeft nog steeds een beperking te ervaren in het dagelijks leven, waarvan 50% een beetje en 17% 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.

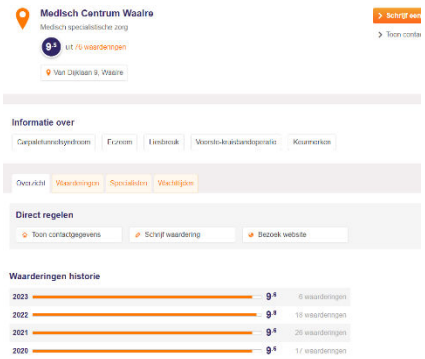
Beperkt uw gezondheid/uiterlijk u in uw dagelijkse bezigheden? Wilt u uw situatie beoordelen op dit moment, dus na uw behandeling? 33% nee – 50% ja, een beetje – 17% ja, best veel

Beperkt uw gezondheid/uiterlijk u in uw vrije tijd? Wilt u uw situatie beoordelen op dit moment, dus na uw behandeling? 50% nee - 50% ja, een beetje

Kunt u ondanks uw gezondheid/uiterlijk doen wat u wilt doen? 83% ja - 17% ja, met wat moeite.

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 (zie bijlage). De inventarisatie en implementatie vergt veel tijd en zorgvuldigheid. De verwachting is dat dit project medio 2024 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:

Bloomedical
Koraal
Directklantcontact
I-Level
Yuco
TIB Nederland
Medicor

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 3 punten ‘matig’ scoorden. We zijn over geen enkele leverancier ontevreden.

De COO beoordeelt of de leverancier werkt volgens de organisatie eisen, klanteisen en wet- en regelgeving. Van alle 7 uitgekozen leveranciers is de samenwerking direct goedgekeurd door de directie. In het verleden heeft een leveranciersbeoordeling en een MIP in 2021 aanleiding gegeven voor extra is er contactmomenten tussen de directie en MBS. De problemen zijn inmiddels opgelost.

Van alle kritische en of essentiële leveranciers die een zorginhoudelijke bijdrage leveren, is hun kwaliteitsregistratie/controle gecheckt.

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 1x per 2 jaar 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 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

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 19 personen, met een flexibele personele schil van 8 oproepkrachten/inleners en 15 specialisten. Dit zorgt weliswaar voor de benodigde flexibiliteit maar brengt ook extra (management) aandachtspunten met zich mee.

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 14,3. Waarvan 12 Fte’s vast zijn die worden bekleed door 19 personen. De overige2,3 Fte’s worden door 23 mensen ingevuld (14 specialisten en 8 inleners/oproepkrachten).

Waar de organisatie op papier met 14,3 Fte’s klein lijkt, is de personele organisatie met 43 personen groot. Dit vergt veel HR-capaciteit.

Komende periode gaan we ons samen met de nieuwe directie 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 in 2022 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 2024.

Het is inmiddels mogelijk om een analyse te maken van de ingevoerde PROM vragen. Met behulp van deze analyse is er ook een interne audit uitgevoerd. De specialisten voeren de PROMS nog niet consequent in. Dit wordt onder de aandacht gebracht. Vanwege deze onbetrouwbare input is er besloten om de ingevoerde PROMS nog niet inhoudelijk te beoordelen. In de review van 2024 zal de beoordeling wel beiden omvatten zowel de betrouwbaarheid van de input als de beoordeling van de output (het inhoudelijke resultaat).

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, deze is vanuit de RI&E dit jaar extra verspreid binnen de kliniek. 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.

In oktober vindt er een ontruimingsoefening plaats in samenwerking met de huurders van de begane grond.

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. De audit heeft plaatsgevonden op 11 september 2023. De resultaten worden op dit moment verwerkt in een rapport. De auditor heeft aangegeven dat op een aantal kleine puntjes de audit succesvol is verlopen en geeft een rapportcijfer van 9,5. Er zijn geen kritische tekortkomingen geconstateerd.

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. In 2023 heeft de kwaliteitsfunctionaris een nieuwe RI&E uitgevoerd. Daar zijn diverse punten uitgekomen en deze zijn opgenomen in CAPA-plan.

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 overname van de kliniek en de afname datum van de voorgaande RI&E zijn aanleiding geweest om de RI&E opnieuw uit te voeren.

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 wetswijzigingen worden aangeboden door ZKN. Op indicatie is hiervan door de kwaliteitsmedewerker gebruik gemaakt.

Analyse opleidingen 2023

In deze periode zijn er diverse opleidingen en cursussen gevolgd:

Evaluatie opleidingsplan

De communicatie over de opleidingsmogelijkheden binnen de P&O cyclus en vanuit de manager vormen hierbij aandachtspunten.

14. Review Informatiebeheersysteem/-beleid

De recente incidenten maken 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.

Het inlogbeleid is aangescherpt en met een online cursus wordt bij nieuwe medewerkers awareness gecreëerd over het belang van een goede informatiebeveiliging daarnaast 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 overleg-/afstemmingsmomenten zijn 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. Dit jaar is er speciale aandacht besteed aan de pijnbeleving van de patiënt en het gebruik van pijnstilling.

Sinds 2022 is er een antistollingsprotocol aanwezig 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. Er is op initiatief van dit pijnteam een onderzoek gestart naar de -post OK- pijnbeleving van de patiënt en het gebruik van pijnmedicatie. Dit onderzoek gebeurt via een korte vragenlijst die wordt meegegeven aan patiënten die pijnstilling (Oxynorm) voorgeschreven krijgen en/of een zwaardere operatie hebben ondergaan.

Met dit onderzoek willen we meer grip krijgen op de hoeveelheid Oxynorm die de patiënt slikt in de thuissituatie in relatie tot de pijnbeleving. Hierbij gaat er extra aandacht uit naar de mogelijke verslavingsrisico's en een eventuele opvolging/begeleiding die we vanuit de kliniek moeten opstarten. De eerste resultaten worden medio oktober verwacht.

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 niet accuraat gebleken en moest worden aangepast.

Daarbij is 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. Dit heeft tot nu toe niet geleid tot een goede koppeling, er zijn wel stappen gezet door FarmedVisie en Medicor.

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.

Aanpassingen vanuit de RI&E, Zwangerschapsbeleid en Beleid ongewenst gedrag

Uit de RI&E zijn een aantal verbeterpunten gekomen waaronder het implementeren van een beleid voor zwangerschap en een beleid t.a.v. ongewenst gedrag. In dat kader zijn er ook vernieuwde registraties opgesteld.

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.

Dit jaar stond in het teken van de overname van de kliniek. Het nieuwe management neemt de tijd om zich de bedrijfsvoering en het zorglandschap in Nederland eigen te maken. Grote kansen liggen in het internationale karakter van de overname partij en de diversiteit in de behandelingen die zij reeds uitvoeren. Schaalvergroting en een herijking van de

behandelfocus liggen dan ook redelijk voor de hand. Uiteraard wordt dit ook ingegeven door de ontwikkelingen in de markt en het zorglandschap.

Het kwetsbare zorgstelsel zal ook een rol spelen in het bepalen van de toekomstvisie van het management. Zorgverzekeraars krijgen het niet voor elkaar om de financiële prikkel ondergeschikt te maken aan de zorgvraag van de patiënt. De zorgkosten worden steeds hoger ter faveure van de zorgverzekeraars en ten kosten van de (kleinere) klinieken. Zorgverzekeraars zijn immers niet genegen om dezelfde voorwaarden aan de kleinere klinieken te bieden zoals zij dat aan de ziekenhuizen doen. Er zijn dan ook afgelopen jaar geen verhogingen in de vergoedingen geweest die de inflatie noch de verhoogde inkoopkosten hebben kunnen compenseren. En dat terwijl de premies voor de patiënten gestaag verhoogd worden.

Ook dit jaar hebben we 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.

Onze hoop is gevestigd op het nieuwe kabinet en de realisatie van de partijen dat er te veel fouten zijn gemaakt in het zorglandschap en daarmee de verzorgingsstaat. Totdat er daadwerkelijk stappen gezet worden om de zorg en de regeldruk naar een acceptabel niveau te brengen, zullen we nog steeds kiezen voor kwaliteit voor de patiënt en proberen we met ons duurzaamheidsbeleid, slimme inkoop en bewuste keuzes de continuïteit van de kliniek te waarborgen.

De kracht van de kliniek
Met gepaste arrogantie vertrouwen we 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 ons 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. We zullen dan ook nooit aan de medewerkers vragen hierin concessies te doen. En als directie blijven we 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 herijken van gemaakte keuzes in het verleden en het maken van nieuwe 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, schaalvergroting, internationalisering en ‘omdenken’ vormen kernbegrippen om succesvol de toekomst in te stappen.

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. Maar zeker ook het vertrouwen waar zij blijk van geven in ons als nieuwe directie.

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

Alexander Gläser CEO/Owner Patrick Dielis COO