

2019-2020-  
2021

MEERJAREN KWALITEITS-,VEILIGHEID- EN VERBETERMANAGEMENT BELEID



KLINIEK VELDHOVEN  
BASTION 10  
5509 MJ VELDHOVEN  
040 -295 42 43  
KLINIEKVELDHOVEN.NL  
PERIODE: 2019-2020-2021  
VERSIE JULI 2019

## Meerjaren kwaliteits- en veiligheidsbeleid

De directie is verantwoordelijk voor het vastleggen en uitvoeren van een bij de kliniek passend meerjarenbeleid op het gebied van kwaliteit, veiligheid en risicobeheersing.

In het beleid beschrijft de directie haar missie, visie, doelstellingen en ambities richting de toekomst op de volgende onderwerpen:

1. Inleiding .....	3
2. Missie, visie en kernwaarden.....	4
3. De Toekomst .....	5
4. Het zorgaanbod in herkenbare medische disciplines, doelgroepen en behandelingen .....	6
5. Cliënttevredenheid.....	7
6. Cliënt, en medewerkerparticipatie bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van het beleid .....	8
7. Deskundigheidsbewaking en –bevordering, bijvoorbeeld middels een strategisch opleidingsplan .....	9
8. Voorzieningen voor behandeling .....	10
9. Infectiepreventie .....	11
10. Voldoen aan wet- en regelgeving .....	12
11. Continue verbetering van zorg- en dienstverlening .....	13
12. Verbetermanagement.....	14
<i>Inventariseer/inventarisatie: .....</i>	14
<i>Concreet .....</i>	14
<i>Q-team.....</i>	14
<i>Prioriteitstelling .....</i>	14
<i>Communiceer .....</i>	14
<i>Controleer en groei .....</i>	15
<i>Jaarlijkse beoordeling van medewerkers.....</i>	15
<i>Veiligheid .....</i>	15
<i>Hulpmiddelen.....</i>	15

Gecontroleerde uitgave	
Door	Functie
Mevr. C. Eijmberts	Kliniek Manager
Dhr. P. v.d. Ven	Directeur

Uitgave juli 2019

## **1. Inleiding**

Kliniek Veldhoven bestaat 15 jaar en houdt zich bezig met haartransplantaties, huidtherapie, injectables en plastisch cosmetische chirurgie.

### **Medisch;**

Momenteel zijn er 9 plastisch chirurgen werkzaam in de kliniek, elk minimaal 1 dag per week.

Afgezien van de haartransplantaties worden er met name borstcorrecties, ooglid- , gelaat- , schaamlipcorrecties en liposucties uitgevoerd.

Per september 2018 beschikt Kliniek Veldhoven over een eigen OK afdeling waar behandelingen onder algehele narcose plaatsvinden.

### **Kwaliteit en Veiligheid;**

Kliniek Veldhoven heeft het ZKN keurmerk sinds 2012 . De daarbij vigerende regelgeving en controles als ook aanpassingen worden continue gemonitord en/of geïmplementeerd.

Complicaties en klachten worden centraal geregistreerd, geanalyseerd en besproken waarna noodzakelijke veranderingen in werkwijze, protocollen, instrumentaria en andere processen worden toegepast.

Klanttevredenheid enquêtes worden regelmatig gehouden. Registratie, analyse en optimaliseren van wachttijden, ingrepen, zorgprocessen worden digitaal bijgehouden. De artsen van de kliniek zijn allen lid van hun branchevereniging en worden daardoor gestimuleerd om hun bijscholing bij te houden en innovatieve impulsen te lanceren. Voor alle medewerkers van de kliniek geldt dat zij gemotiveerd worden (d.m.v. jaarlijks uitvragen tijdens beoordelingsgesprek) om scholing, cursussen, workshop en dergelijke te volgen om de kennis en kunde minimaal op peil te houden en zonnodig uit te breiden. Dit wordt in een opleidingsplan geregistreerd.

## 2. Missie, visie en kernwaarden

De organisatie wordt gekenmerkt door een informele werksfeer. Problemen zijn er om te worden opgelost. Dus blijf er niet mee rondlopen maar maak ze kenbaar, dan zoeken we samen naar een oplossing. Bij problemen kun je altijd terecht bij de directie of HR Adviseur.

Iedere onderneming heeft een missie en visie, welke is bedoeld om de richting van het bedrijf duidelijk te maken zowel op korte als op lange termijn. In een notendop het verschil: een missie is waarvoor we staan. Wie zijn we, wat zijn onze waarden, hoe willen we met onze klanten en medewerkers omgaan? Een visie geeft aan: hoe gaan wij de wereld van morgen beïnvloeden zodat wij succes hebben?

### Missie

Wij van Kliniek Veldhoven zien het als onze taak om een krachtige bijdrage te leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van onze cliënten.



### Visie

Kliniek Veldhoven; een eerlijke prijs voor top kwaliteit.

Indien we bovenstaande succesvol willen uitvoeren, zullen we moeten voldoen aan een aantal kwaliteiten die de klant van Kliniek Veldhoven van groot belang vindt. Dat zijn onze kernwaarden.

### Kernwaarden

Aandacht : We hebben oog voor de wensen en verwachtingen van de cliënt en. Er is voor iedereen evenveel tijd en wij doen er alles aan om onze cliënten volledig en duidelijk te informeren. We doen wat we zeggen en we zeggen wat we (gaan) doen. Een goede service maakt daar een belangrijk onderdeel van uit.

Eerlijk : Goed advies is eerlijk. Dat betekent dat wij duidelijk zijn in wat we wel en wat we niet kunnen bieden. Waar wij niet achter staan, zullen wij niet adviseren of u afraden en respecteren hierbij uw mening. We behandelen de ander zoals we zelf graag behandeld en geholpen willen worden, waarbij openheid en integriteit centraal staat.

Toegankelijk : Onze zorgverlening is laagdrempelig en toegankelijk. Dit kenmerkt zich met name door iedereen de mogelijkheid te bieden om vrijblijvend op consult te komen. Wij vinden het belangrijk dat informatie geen drempel mag vormen om wensen of verwachtingen bespreekbaar te maken.

Deskundigheid : Deskundigheid betekent voor ons de belofte datgene wat we doen goed te doen. We bieden kwalitatief hoogwaardige zorg, met persoonlijke betrokkenheid die bij zorgverlening zo belangrijk is. Kliniek Veldhoven werkt volgens professionele standaarden en laat zich toetsen door derden. Wij staan garant voor een geborgde kwaliteit van medische zorg, een snelle efficiënte en persoonlijke behandeling, waar de cliënt centraal staat.

### 3. De Toekomst

#### **Medisch;**

De kliniek heeft in 2018 een state-of-the-art O.K. complex gebouwd waardoor plastisch chirurgische ingrepen onder algehele anesthesie plaats kunnen vinden. Vanaf 2021 verwachten we een bezettingsgraad van 60% te realiseren.

Begin 2019 is er een 2<sup>e</sup> behandelkamer voor haartransplantaties gerealiseerd waardoor we op termijn (uiterlijk 2021) naar 2 haartransplantatie behandelingen per dag kunnen gaan.

#### **Kwaliteit en Veiligheid;**

De kliniek is in 2018 wederom geheel opnieuw gekeurd voor het ZKN keurmerk. Dit is gedaan door de keuringsinstantie KIWA. Voor 2019 zijn een paar kleine wijzigingen in de toetsingscriteria. Volgende toetsing vindt plaats in november 2019 en wordt jaarlijks gecontinueerd.

Via het ZKN blijven we op de hoogte van alle wet- en regelgeving aangaande medisch specialistische zorg. Indien aanpassingen nodig blijken worden deze via ons meldingen-/kwaliteitssysteem opgevolgd.

#### **EPD nieuwe software leverancier**

Een elektronisch patientendossier (EPD) is een software toepassing waarbij medische patiëntgegevens in digitale vorm bewaard en beschikbaar gemaakt worden. Het doel van een EPD is het huidige of toekomstige zorgproces rondom een patiënt te ondersteunen.

#### *Waarom gaan we over op een nieuw EPD?*

Wij werken op dit moment met een maatwerk CRM systeem. Om aan de nieuwe wet en regelgeving te blijven voldoen zal in 2020 een nieuw EPD geïmplementeerd worden. Dit zal betrekking hebben op efficiënter werken door onze zorgverleners, communiceren en veilig informatie delen mogelijk maken en tevens patiënten digitaal inzicht geven in hun dossier.

#### **4. Het zorgaanbod in herkenbare medische disciplines, doelgroepen en behandelingen**

Het zorgaanbod van Kliniek Veldhoven is gebaseerd op onverzekerde zorg in dagbehandeling en op te delen in;

Haartransplantaties

Plastische chirurgie

Huidtherapie/huidbehandelingen/huidzorg/injectables

##### *Doelgroep:*

Tot de doelgroep van de kliniek worden gerekend alle individuen vanaf de leeftijd van 18 jaar tot in principe 70 jaar (bij ouder dan 70 jaar wordt een delirium protocol gehanteerd), die hun kwaliteit van leven, door middel van een ingreep/operatie, willen verbeteren en een zo natuurlijk mogelijk resultaat willen behalen. Acceptatie vindt plaats middels de in- en exclusie criteria van de kliniek.

## 5. Cliënttevredenheid

Clienttevredenheid wordt in de kliniek op diverse manieren gemonitord. De meest belangrijke is de PREM enquête, in de kliniek de klanten enquête genoemd, aan het einde van het behandeltraject. Deze enquête wordt door de cliënten ingevuld op een tablet in de kliniek.

Voor deze enquête zijn de vragen gebruikt van de generieke PREM van het ZKN aangevuld met vragen die wij zelf nog belangrijk vinden om te stellen.

Per week wordt gekeken door de kwaliteitscoördinator wat de score van de enquête is. Hiervan wordt per email een kort verslag gestuurd naar de directie. Indien er bijzonderheden zijn wordt hier direct actie op ondernomen.

Verder hebben we een PROM (Patient Reported Outcome Measures) score die gemeten wordt voor en na de behandeling. Hiermee wordt gekeken of er daadwerkelijk een verbetering zit in de beleving van de cliënten van het behandelde gebied (Verbeteringspercentage behandelgebied). Dit doen we door aan de cliënten te vragen een rapportcijfer te geven aan het te behandelen gebied tijdens het consult, waarbij 1 zeer slecht en 10 uitmuntend. Dit zelfde vragen we bij de eindcontrole. Aan het einde van het behandeltraject hebben we dan een goede indicatie of de behandeling het gewenste effect heeft gehad en de cliënt tevreden de kliniek verlaat.

## **6. Cliënt, en medewerker participatie bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van het beleid**

### **Clientparticipatie;**

De huidige stand van zaken is dat de cliënten actief gevraagd wordt naar hun ervaring van de behandeling/behandeltraject binnen de kliniek. Dit wordt gedaan in de vorm van een klantenenquête en het actief vragen naar tips/verbetersuggesties, onveilige situaties en dergelijke. Via deze weg dragen zij direct bij aan de veiligheid binnen de kliniek.

Daarnaast is er de mogelijkheid voor de cliënten om bevindingen via het meldingenformulier (te vinden op de website) bij de kliniek bekend te maken. In de wachtruimte worden cliënten gewezen op het melden van bevindingen bij de receptie of de ideeënbus.

Er zijn dus meerdere wegen waarop een cliënt zich kan melden bij de kliniek. Echter is het zo dat dit enkel gaat om “verbeterslagen” niet om opstellen en uitvoeren.

### **Medewerker participatie**

Middels een meldingssysteem stimuleert de kliniek de medewerkers na te denken over verbetersuggesties o.a. inzake huidige processen, clientveiligheid, routing etc.

Elke personeelsbijeenkomst, die 2 maal per jaar plaatsvindt, komen soort, aantal en bijzonderheden van de ingekomen suggesties en meldingen ter sprake. Via deze weg laten we de medewerkers zien hoe meldingen worden opgevolgd. Zo denken we elke medewerker te inspireren om na te blijven denken over verbeteringen in hun eigen processen.



## **7. Deskundigheidsbewaking en –bevordering, bijvoorbeeld middels een strategisch opleidingsplan**

Per 1-1-2019 is er een HRM plan opgesteld waarin deze zaken duidelijk beschreven zijn.

Voor meer informatie hierover verwijzen we dan ook naar het HRM plan. Deze is te vinden in de map X:\Rapportages

## **8. Voorzieningen voor behandeling**

De kliniek kiest, in het kader van het ondernemingsbeleid, voor totale kwaliteit als belangrijkste factor voor continuïteit. Het leveren van optimale kwaliteit is een voorwaarde om continuïteit te waarborgen. In dit kader is het belangrijk om in de kliniek een voortdurende verbetering te bewerkstelligen voor apparatuur, instrumentarium, personeel en alle bijkomstige voorzieningen. Dit borgen we door jaarlijks interne en externe audits op deze onderwerpen te laten plaatsvinden.

De kliniek is zodanig ingericht dat per specialisme zo veel mogelijk een eigen 'etage' is ingericht. Naast dat dit er voor zorgt dat er een duidelijke scheiding in werkzaamheden intern is, geeft dit ook de mogelijkheid om de privacy van de cliënt gedurende het behandeltraject zo veel mogelijk te waarborgen.

Kliniek Veldhoven is ingericht op dagbehandeling. De behandeling van complicaties zal zoveel mogelijk plaatsvinden in de kliniek, echter kan het zijn dat voor sommige complicaties doorverwezen wordt naar het ziekenhuis.

## 9. Infectiepreventie

Kliniek Veldhoven realiseert zich terdege dat het voorkomen van infecties van grote noodzaak is voor de cliënt. De kliniek doet er binnen haar mogelijkheden alles aan om infecties te voorkomen.

Daartoe zijn verschillende protocollen, procedures, richtlijnen en werkinstructies van kracht;

Hygiëne	Gemaakt d.d.
PROTOCOL: HYG001 - Handenwassen behandelingen en controles	23-09-2011
PROTOCOL: HYG002 - Handenwassen chirurgisch	23-09-2011
PROTOCOL: HYG003 - Hygiëne maatregelen	06 -05-2011
PROTOCOL: HYG004 - Persoonlijke hygiëne medewerkers & derden	11-10-2018
PROTOCOL: HYG005 - Hygiëne maatregelen medewerkers operatie en/of behandelruimte	02-01-2012
PROTOCOL: HYG006 - Hygiënisch reinigen klompen	06-11-2012
PROTOCOL: HYG007 - Legionella preventie - Spoelen leidingen	7 -10- 2014
PROTOCOL: HYG008 - Mondneusmasker - Medisch	02-05-2012
PROTOCOL: HYG009 – Mondneusmasker – niet medisch	11-11-2014
PROTOCOL: HYG010 – MRSA richtlijnen voor medewerkers	14-10-2014
PROTOCOL: HYG011 - Persoonlijke hygiëne	06-05-2011
PROTOCOL: HYG012 – Persoonlijke hygiëne medewerkers	12-02-2016
PROTOCOL: HYG013 – Schoonmaken Icepacs/ijskoelers	September 2016
PROTOCOL: HYG014 - Schoonmaken instrumentarium	04-04-2012
PROTOCOL: HYG015 – Steriele handschoenen aantrekken	03-12-2014
PROTOCOL: HYG016- Sterilisatie procedure Maxima Medisch Centrum Veldhoven	06-05-2011

- MRSA toetsing in medische vragenlijst
- Werkinstructie; PC-HT-OK\_Wisselen klompen en jassen
- Werkinstructie; HYG\_Steriliteitscontrole

Jaarlijks bezoekt de ziekenhuishygiënist de kliniek voor een controle, deze rapporteert haar bevindingen en adviezen. Aan de hand van dit rapport worden verbeterlagen waar nodig gemaakt.

Deze werkwijze blijft in de toekomst zo gehandhaafd met dien verstande dat wanneer nieuwe of aanpassingen in protocollen, werkinstructies, procedures, etc. nodig zijn, deze zullen plaatsvinden. Bovendien hebben alle protocollen een geldigheidsduur van maximaal 2 jaar.

## **10. Voldoen aan wet- en regelgeving**

Het is voor Kliniek Veldhoven een gegeven dat zij voldoet aan de opgelegde wet- en regelgeving.

De kliniek richt zich onder andere op de wet- en regelgeving van;

- IGJ
- ZKN
- NVPC
- RI&E
- IL&T
- AVG
- NVCG
- WKKGZ
- Convenant medische technologie
- Kwaliteitswet zorginstellingen (KZ)
- BIG
- WGBO
- NVA
- Governance code

## 11. Continue verbetering van zorg- en dienstverlening

Kliniek Veldhoven hanteert een proces van continue verbetering. Kwaliteit is niet statisch maar dynamisch. Dat wil zeggen altijd voor verbetering vatbaar. Het proces van continue verbetering is gebaseerd op de PDCA (plan, do, check, act) cirkel van Deming.

Elke actie, bevinding (PLAN), heeft opvolging nodig (DO), Waarna controle volgt (CHECK), En evt. verdere actie ondernomen wordt (ACT).

Input voor de verbeteringen zijn de meldingen die binnenkomen via de meldingsformulieren. Daarnaast worden de uitkomsten van interne en externe audits indien nodig via ditzelfde systeem afgehandeld.

Het verbeterstelsel is gebaseerd op de Toetsingscriteria Keurmerk ZKN.

Doordat de kliniek een platte organisatie is met korte lijnen en een open deur beleid is er de neiging om probleempjes direct te bespreken en op te lossen waarna niet altijd de opvolging en oplossingen gedocumenteerd worden. Dit is een punt van aandacht die blijft spelen. Door bij iedere personeelsbijeenkomst de meldingen en opvolging te bespreken zorgen we dat medewerkers zich bewust blijven van het feit dat melden bijdraagt aan continue verbetering van de zorg, veiligheid, privacy, dienstverlening en bedrijfscontinuïteit.



## 12. Verbetermanagement

### *Inventariseer/inventarisatie:*

Waar liggen de belangrijkste verbeterpunten? Intern wordt dit gestimuleerd via het meldingenformulier. Daarop kunnen alle medewerkers hun meldingen tot verbeteren kenbaar maken. Voor externe/cliënten is er eveneens de mogelijkheid dit te melden via een meldingenformulier online, de ideeënbuis en ten slotte wordt op de klantenenquête expliciet gevraagd naar wat de zorgverleners beter kunnen doen.

Al deze meldingen worden besproken in het MT. Dit zal in de nabije toekomst niet veranderen.

### *Concreet*

Met deze meldingen gaan we aan de slag. Per melding wordt gekeken of dit realistisch en/of haalbaar is, of dat er een alternatief voor handen is. Is de melding van zo'n aard dat er inderdaad wat aan gedaan moet/kan worden dan wordt in het MT besproken welke maatregel (en) er moet worden genomen en wie daarvoor verantwoordelijk is. De kwaliteitscoördinator houdt gedurende het traject een controlerende rol, in geval deze niet zelf de verantwoordelijke is. Indien er externe middelen nodig zijn beslist de directie in hoeverre of op welke termijn deze worden aangeschaft/ingeplant.

### *Q-team*

Het Q-team overleg vindt één keer per zes weken plaats. Dit is een (vast) multidisciplinair team bestaande uit een arts (de medisch eindverantwoordelijke), de kliniekmanager, hoofdverpleegkundige PC, verpleegkundige haarteam, afgevaardigde huidteam, officemanager en kwaliteitscoördinator. Indien iemand verhinderd is wordt geprobeerd deze voor dat overleg te vervangen door een collega van dezelfde discipline om zo toch alle afdelingen vertegenwoordigt te hebben. De onderstaande punten zijn vaste onderwerpen in dit overleg;

1. Notulen vorig overleg / Openstaande punten
2. AVG
3. Toezicht op naleving en procedures
4. Protocollen status
5. Meldingen (Mips/incidenten/etc.)
6. ZKN criteria
7. Interne en Externe audits

Uiteraard zijn dit niet de enige agenda punten deze worden naar behoefte van (één van ) de teamleden uitgebreid per overleg.

### *Prioriteitstelling*

In het MT/door de directie wordt bepaald welke punten als eerste aangepakt worden en welke wat langer kunnen wachten.

### *Communiceer*

Sinds 2016 is het streven om alle medewerkers die een verbeter suggestie hebben ingediend een persoonlijke (mondelinge)feedback te geven nadat het verbeterpunt besproken dan wel afgehandeld is. Op deze manier houden we iedereen op de hoogte. Voor veranderingen die betrekking hebben op meerdere personen worden deze gecommuniceerd in de Weekly Update. Dit creëert tevens draagvlak voor het kwaliteitssysteem.

Daarnaast worden alle meldingen door het MT besproken in het maandelijks overleg. Bovendien wordt twee keer per jaar tijdens de personeelsbijeenkomst de meldingen besproken in aantal en soort en de meest opvallende meldingen die extra aandacht verdienen.

### *Controleer en groei*

Drie maanden na de implementatie van het verbeterpunt controleert/evalueert de kwaliteitscoördinator hoe de eerste periode verlopen is met de mensen die het betreft dan wel de medewerkers die er rechtstreeks mee te maken hebben. Ging het goed? Komen er nog manco's uit? Etc. Op deze manier evolueert het verbeterproces steeds verder.

Daarnaast dient per jaar een aantal inventarisaties en analyse plaats te vinden buiten de verbeterpunten om. Dit zijn de Prospectieve Risico Inventarisatie en Analyse en de Retrospectieve Risico Analyse. De PRI lijst dient aangevuld te worden met risico's uit de primaire bedrijfsvoering.

Ook hier dient 3 maanden na implementatie een controle moment ingebouwd te worden.

### *Jaarlijkse beoordeling van medewerkers*

Ieder jaar vinden er functionerings- en beoordelingsgesprekken plaats met alle medewerkers. Tips en/of suggesties die uit deze gesprekken naar voren komen worden met de directie besproken en waar nodig actie op ondernomen.

### *Medewerkers tevredenheid onderzoek*

Eenmaal per twee jaar wordt er een MTO uitgevoerd.

### *Veiligheid*

De veiligheid van medewerkers, cliënten, bezoekers en de kliniek wordt gewaarborgd door het continue kwaliteitsverbetersysteem.

Concreet betekent dit dat er jaarlijks interne en externe audits plaatsvinden. Het meldingen systeem zorgt voor een geleidelijke aanvoer van mtv's, mip's, klachten, e.d. die zorgen voor veiligheid technische verbeteringen. Daarnaast wordt de cliënten actief gevraagd naar de veiligheid in de kliniek en gedurende de behandeling. Daaruit voorvloeiende opmerkingen / verbeterpunten worden in het MT dan wel Q-team verder besproken en waar nodig acties ondernomen.

### *Hulpmiddelen*

- Risicomatrix
- Meldingenformulier (F017)
- PDCA (Plan Do Check ACT)
- PRI (Prospectieve Risico Inventarisatie)
- PRA (Prospectieve Risico Analyse)
- RRA (Retrospectieve Risico Analyse)
- Interne Audit
- Risico indicatoren
- Veiligheidsdoelstellingen