



# **KWALITEITSJAARVERSLAG**

**v1.0 2021**

Hoogveldseweg 7  
5451 AA, Mill  
085 - 020 31 71



## Inhoudsopgave

1. Introductie .....	3
1.1 Introductie kliniek .....	3
1.2 Missie en beleid .....	3
1.3 Medewerkers en behandelaars.....	4
2. Resultaten [jaartal] .....	4
2.1 Resultaten over [jaartal].....	4
2.2 Complicatieregistratie [jaartal].....	4
2.3 Klachten [jaartal].....	4
2.4 Patiënt- en cliënttevredenheid .....	5
3. Kwaliteit, beleid en veiligheid.....	5
3.1 Interne audits.....	6
3.2 Externe audits.....	6
3.3 Kwaliteitsveiligheidsysteem .....	6
3.4 Veilig Incidenten Melden (VIM).....	6
3.5 Wet & regelgeving.....	7
3.6 Gerealiseerde kwaliteitsdoelstellingen over [jaartal] .....	7
3.7 Opgestelde kwaliteitsdoelstellingen voor [jaartal]. .....	7
4. Infrastructuur en medische apparatuur.....	7
4.1 Infrastructuur .....	7
4.2 medische apparatuur .....	8
5. Leren en werken aan kwaliteit.....	8
5.1 Samen leren en werken aan kwaliteit .....	8



## **1. Introductie**

Bijgevoegd treft u het kwaliteitsjaarverslag van SK Specialistische Kliniek voor Plastische Chirurgie voor het jaar 2021 aan. In dit verslag kunt u lezen wat wij het afgelopen jaar gedaan hebben om de kwaliteit van onze dienstverlening hoog te houden en waar mogelijk zelfs nog verder te verbeteren.

Dit document is tot stand gekomen in samenwerking met onze kwaliteitsmanager en de directie. Wanneer u naar aanleiding van dit document nog vragen heeft of aanvullende informatie wenst, kunt u vanzelfsprekend contact opnemen.

### **1.1 Introductie kliniek**

SK is een gespecialiseerde kliniek voor de plastische chirurgie in zijn volledige omvang. Het is een kleine en gemoedelijke kliniek in het plaatje Mill. SK is gevestigd in gebouw de Meerhof en de buurman van kliniek ViaSana en DiaSana, waarmee we een nauwe samenwerking onderhouden.

### **1.2 Missie en beleid**

Zoals geformuleerd in ons Strategische zorgbeleidsplan:

*'Met dit document willen we een koers uitzetten voor de komende 5 jaar, zoveel mogelijk rekening houdend met de beperkingen en onduidelijkheden vanuit politiek en verzekeraars. De invloed van Corona heeft ertoe geleid dat de wachttijden voor planbare zorg zijn toegenomen. Hierdoor ontstaat een verhoogde vraag vanuit patiënten. Naast de toename van oncologische indicaties in het ziekenhuis bestaat de wens de zorg te leveren op de juiste plek, waardoor het extern leveren van deze zorg ons inziens legitimeert. We kunnen sneller schakelen. Waardoor korte wachttijden te borgen zijn. We kunnen goedkoper zorg leveren, omdat we geen dure gebouwen hebben te onderhouden. En op de huidige locatie, met 2 top operatiekamers, zijn we uiterst efficiënt in het leveren van die zorg.'*

*De onduidelijke factoren vanuit de politiek en zorgverzekeraars hebben ons niet weerhouden deze stapt te zetten, maar keuzes die worden gemaakt kunnen wel invloed hebben op de praktijkvoering. We zullen dit op de voet moeten blijven volgen en adapteren waar noodzakelijk.'*



### **1.3 Medewerkers en behandelaars**

Binnen SK zijn er op toerbeurt 4 erkende plastische chirurgen werkzaam. Zij vormen gezamenlijk ook de Organisatorische Eenheid Plastische Chirurgie in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis.

Tevens zijn er, eveneens op toerbeurt, 5 anesthesisten werkzaam binnen de kliniek. Zij zijn werkzaam in o.a. ViaSana en het Radboud MC.

Operatie- en verkoeverpersoneel werkt op ZZP basis en werken op meerder plekken, zoals: ViaSana, Catherina Ziekenhuis Eindhoven, VieCuri Medisch Centrum en diverse tandartspraktijken.

SK heeft 2 personeelsleden in loondienst en de secretariële taken worden gezamenlijk uitgevoerd door de maatschapsecretarissen.

De schoonmaak en baliemedewerkster zijn in dienst van KVS, de verhuurder van de Meerhof.

## **2. Resultaten 2021**

### **2.1 Resultaten over 2021**

De behandelingen die dit jaar zijn uitgevoerd zijn terug te vinden in bijlage 1.

### **2.2 Complicatieregistratie 2021**

Een overzicht van de meldingen en complicaties zijn terug te vinden in bijlage 2.

### **2.3 Klachten 2021**

In het jaar 2021 zijn er geen klachten van patiënten ontvangen.

SK heeft de klachtenprocedure op haar website vermeld staan. Deze is via 'Contact' te vinden. Onderstaand de stappen die SK adviseert om te volgen.

*Wij adviseren u in zo'n geval het volgende:*



*Stap 1. Bent u ontevreden? Neem contact op met uw behandelaar en maak dit kenbaar.*

*Stap 2. Komt u er samen niet uit? Neem dan contact op met de klachtenfunctionaris van de kliniek.*

*Stap 3. Komt u er met de klachtenfunctionaris niet uit dan is de 3e stap een schriftelijke klacht bij de directie van de kliniek.*

*Stap 4. Bent u nadien nog niet tevreden, dan kunt een klacht indienen bij De geschillencommissie.*

SK is aangesloten bij 'De Geschillencommissie'.

## **2.4 Patiënt- en cliënttevredenheid**

Patiënttevredenheid wordt gemeten door te vragen naar hun ervaring rondom de behandeling wanneer patiënten na hun operatie worden na-gebeld. Dit wordt in het dossier vermeld. Deze adat wordt nog niet op een andere locatie geregistreerd. Tevens is er voor bepaalde zorg geen fysieke nacontrole waardoor patiënten via de mail een verzoek om Zorgkaart in te vullen ontvangen. Doel is dit voor 2022 goed in te regelen.

Patiënten wordt gestimuleerd, wanneer ze op controle komen, om middels een iPad de Zorgkaart in te vullen. Iedereen dient zich nog bewust te worden deze handeling uit te voeren. Doel is om dit voor 2022 goed in te regelen.

## **3. Kwaliteit, beleid en veiligheid**

### **3.1 Kwaliteitsmanagementsysteem**

Het kwaliteitssysteem functioneert naar tevredenheid en is een onderdeel van het primaire proces, het verlenen van patiëntenzorg. Risico's worden besproken, verbeterpunten uit incidentmeldingen en audits worden gestructureerd opgepakt en geëvalueerd. De cyclus van verbeteren wordt doorlopen en gemonitord door het management en kwaliteitsteams.

Meldingen komen in de 'Digitale Kliniek' en worden periodiek behandeld en besproken.

SK is bezig om met KIWA certificering te regelen; ISO 9001 en NEN 8009. Hiervoor is bewust gekozen en niet te gaan voor ZKN certificeren. ZKN heeft een te uitgebreide certificering, welke voor SK te kostbaar is. Daarnaast werken we me de protocollen en werkwijze, personeel en specialisten die onderhevig zijn aan NIAZ certificering.



### **3.1 Interne audits**

In 2021 is er afgesproken om begin 2022 een interne audit uit te voeren aangaande handhygiëne. Al het personeel ontvangt de WHO vragenlijst aangaande kennis omtrent handhygiëne. De uitkomsten worden opgeslagen in de 'Digitale Kliniek'.

### **3.2 Externe audits**

Eveneens zal er juni/juli 2022 een audit gepland worden door de ziekenhuis hygiënist van het CWZ. Per september zal het CWZ inhaalzorg plannen in SK. Beginnende met plastische chirurgie.

Eind van het jaar 2022 staat de audit van de ziekenhuisapotheker gepland.

### **3.3 Kwaliteitsveiligheidsysteem**

Goede zorg is veilige zorg. Naast hoge kwaliteit willen wij ook veilige zorg leveren. Met ons veiligheidsmanagement systeem (afgekort VMS) monitoren en beheersen wij onze processen aangaande de veiligheid van patiënten en medewerkers. De kern van een VMS is het signaleren van risico's en het analyseren en voorkomen van incidenten. Het VMS is erop gericht de risico's voor de patiënt te beheersen en schade aan de patiënt te voorkomen. Voor het streven naar continue en blijvende verbetering wordt gewerkt met een verbetercyclus. Opgenomen in de 'Digitale Kliniek' en voor iedereen toegankelijk.

### **3.4 Veilig Incidenten Melden (VIM)**

Veilig Incident Melden (VIM) is een belangrijk onderdeel van het Veiligheid Management Systeem. Het Veilig Incidenten Melden is bedoeld om organisatie breed en op locatieniveau zicht te krijgen op oorzaken van ongewenste gebeurtenissen (risico's) in het zorg- en behandelproces. Hierin staan organisatorische of systeemp Problemen centraal. Door analyse van incidenten en bijna incidenten is het mogelijk risico's inzichtelijk te maken, onderliggende oorzaken op te sporen en weg te nemen door het inzetten van verbeteracties. De patiëntenzorg wordt op die manier veiliger gemaakt. Indien het een calamiteit betreft, wordt conform onze calamiteitenprocedure, de calamiteit gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In de 'Digitale Kliniek' is de procedure te vinden door te zoeken op 'veilig melden'.



### **3.5 Wet & regelgeving**

De kliniek voldoet aan alle relevante wet en regelgeving. De belangrijkste wet en regelgeving staan hieronder opgesomd:

- Wtza vergunning
- WKKGZ

### **3.6 Gerealiseerde kwaliteitsdoelstellingen over 2021**

Tot doel was gesteld om het kwaliteitsportaal te vullen met de noodzakelijke documenten. Dit is voor 95% gelukt. Het productdossier voor de mamma implantaten is klaar. Op dit moment wordt nog de laatste gelegd aan de hand van het productdossier van PRP behandeling en is een start gemaakt met de matjes voor de liesbreuken. Hier wordt 3<sup>e</sup> kwart van 2022 gestart.

Het inrichten van de DBIR en LIR moest op orde. De DBIR registraties voor 2021 zijn allemaal ingevoerd. Voor de LIR zijn er nog problemen met het online registreren. Wanneer er geen barcode wordt gebruikt werden er geen juiste protheses gevonden, enkel expanders. Inmiddels is hierover contact geweest met de LIR. Deze zorgt voor aanpassingen. Tevens is nu duidelijk welk nummer handmatig te registreren.

### **3.7 Opgestelde kwaliteitsdoelstellingen voor 2022.**

Onderstaande doelen voor 2022 staan op de planning:

- Functionerende LIR registratie.
- Productdossier voor liesbreuk matjes.
- Certificering door KIWA, samenstelling van medewerkers die dat zullen gaan voorbereiden.
- Externe audits voor de OK en apotheek.

## **4. Infrastructuur en medische apparatuur**

### **4.1 Infrastructuur**

In de bijlage een plattegrond van de faciliteiten. De verhuurder KVS SV draagt zorg voor een functionerende werkomgeving. Onderhoud van apparatuur op en rondom de operatiekamers, verkoever en dagbehandeling vallen onder verantwoordelijkheid van KVS SV.



## **4.2 medische apparatuur**

Medische apparatuur op en rondom de operatiekamers is de verantwoordelijkheid van de verhuurder, KVSU.

SK heeft een aantal apparaten in eigen beheer.

Harmony laser console. Onderhoud en service door SK

PDL laser. Onderhoud en service door CWZ

Centrifuge. Onderhoud en service door SK

Erbium Yag laser. Onderhoud en service door SK

## **5. Leren en werken aan kwaliteit**

### **5.1 Samen leren en werken aan kwaliteit**

Er is een intensieve samenwerking op verschillende niveau's met diverse zorgverleners en instanties, zoals: ViaSana, DiaSana, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en ziekenhuis Pantein. Personeel wat op ZZP basis werkzaam is binnen de kliniek is werkzaam in o.a. Catherina Ziekenhuis en VieCurie, alwaar ze dienen te voldoen aan opleidingseisen. Deze kennis nemen ze mee naar SK. Opleidingsschema's worden op elkaar afgestemd, om te voorkomen dat zaken dubbel worden uitgevoerd.

Voor hygiënisch werken hebben we speciale aandacht besteed. Afsproken is om in 2022 personeel bewust te maken van handhygiëne. Een kennis vragenlijst zal aan personeel worden aangeboden.

SK heeft in 2021 personeel BLS geschoold.

De plastisch chirurgen zijn in maart 2021 door de beroepsgroep gevisiteerd. Er zijn geen op- of aanmerking uit de visitatie gekomen.

De volgende audits staan gepland voor 2022: ziekenhuis apotheek en de CWZ ziekenhuis hygiënist.



## Bijlage 1 behandelingen 2021

Aantal	per	omschrijving	code
26	0411000216	Capsul(ect)omie evt protheses	216
21	0411000331	Triggerfingerrelease	331
16	0411000211	Mammareduct,ptos.corr enk/dubz	211
14	0411000303	Extirpatie ganglion, cyste	303
12	0411000330	Inspuiting(en)tendinitis,voll	330
11	0411000381	Sel fasciectomy, tr/tr 1straal	381
10	0411000351	CTS,decompr carp tun/kl r.nac	351
9	0411000382	Sel fasc.tom, tr/tr mult stral	382
9	0411000131	Bleph.plast, onder/bov enk/dubz	131
8	0411000332	Tenolyse	332
6	0411000364	CMC1 resectie artroplastiek	364
4	0411000301	Spalkbeh vingers, contracturen	301
4	0411000510	Exc1-3 ben tum/naev wo FG/etc	510
3	0411000352	Decompr overige compr syndr	352
3	0411000411	Spalk behandeling	411
3	0411000503	Def/t nt FG, tr/tr1-3/sl def<1%	503
2	0411000505	Def t nt FG, tr/tr>3%/sl def1-3	505
2	0411000506	Littc nt FG, tr/tr>3%/sl def1-3	506
2	0411000414	Uitgebr analyse chron polskl	414
2	0411000371	Excochl, seq.tom, exost, carp bos	371
2	0411000125	Loc corr ptosis wenkbrauwen	125
2	0411000337	Pees transpositie / reinsertie	337
2	0411000133	Corr ptosis palp, lev pl/fr sus	133
2	0411000051	Dermabrasie, peel, laserbeh<1%	051
2	0411000511	Maligne tumor in FG tr/tr<1%	511
2	0411000320	Conservatieve beh, repositie	320
2	0421000051	Dermabrasie, peel, laserbeh<1%	051
2	0421000211	Mammareduct,ptos.corr enk/dubz	211
2	0421000331	Triggerfingerrelease	331
2	0421000351	CTS,decompr carp tun/kl r.nac	351
2	0421000364	CMC1 resectie artroplastiek	364
1	0421000381	Sel fasciectomy, tr/tr 1straal	381
1	0421000506	Littc nt FG, tr/tr>3%/sl def1-3	506
1	0421000510	Exc1-3 ben tum/naev wo FG/etc	510
1	0421000514	Exc ben tum/ PW tr/tr>3% nt FG	514
1	0421000352	Decompr overige compr syndr	352
1	0421000353	Beh neuroom, zenuw tumor	353
1	0421000332	Tenolyse	332



1	0421000216	Capsul(ect)omie evt protheses	216
1	0421000052	Dermabrasie,peel,laserbeh>1%	052
1	0421000125	Loc corr ptosis wenkbrauwen	125
1	0411000514	Exc ben tum/ PW tr/tr>3% nt FG	514
1	0411000052	Dermabrasie,peel,laserbeh>1%	052
1	0411000003	Kortd conserv(mede)beh, littek	003
1	0411000040	Conservatieve behandeling	040
1	0411000134	Entr-/ectropion correctie	134
1	0411000215	Mamma augmentatie enk/dubbelz	215
1	0411000344	Herst lets buigpees peeskoker	344
1	0411000221	Inbr/vervang prothese,enk/dubz	221
1	0411000226	Tepel(hof)reconstr enk/dubz	226
1	0411000375	Amputatie vinger part/geheel	375
1	0411000380	Inspuiting, vol beh ziekten	380
1	0411000353	Beh neuroom, zenuw tumor	353
1	0411000360	Inspuiting, vol beh:gewrichten	360
1	0411000362	Artroplast IG/MCP+strekp.trpos	362
1	0411000502	Littekencorr nt FG,tr/tr<1%	502
1	0411000508	E 1-3 ben tum/naevi nt FG litt	508

**215**



## **Bijlage 2 Complicaties en meldingen 2021**

Steriele gel voor plexus	10-12-2021	Verbetering
Infuus achtergebleven, elleboogsplooi	5-11-2021	Complicatie
POK kar niet aangevuld	27-8-2021	Klacht intern
Necrose stukje huid	3-9-2021	Complicatie
Wonddehiscentie	2-7-2021	Complicatie
Verdenking infectie na trigger	27-6-2021	Complicatie
Nabloeding mamma	28-5-2021	Complicatie
Document mappen in digitale kliniek	21-6-2021	Revisie document



### **Bijlage 3 Plattegrond gehuurde**

Souterrain

- 0.007V kleedruimte
- 0.010V personeelsruimte
- 0.011V sanitair
- 0.012V sluis/trappenhuis
- 0.013V trappenhuis

Begane grond

- 1.001V sluis/trap
- 1.002V trappenhuis
- 1.003V verkoever
- 1.004V verlengde OK gang
- 1.005V lift
- 1.006V OK gang
- 1.007V OK2
- 1.008V opdekruijnte
- 1.009V OK1
- 1.011V sluis OK
- 1.012V gang
- 1.013V dagverpleging
- 1.014V kleedkamer
- 1.015V Toilet
- 1.016V wachtruimte
- 1.018V spreekkamer 3
- 1.019V overleg
- 1.020V spreekkamer 4
- 1.021V gang
- 1.022V toilet
- 1.023V toilet
- 1.024V anesthesie
- 1.025V spreek- behandelkamer



#### **Bijlage 4 Plattegrond gemeenschappelijke ruimten**

Souterrain

□ 0.000V entree

□ 0.0018V tochtsluis

□ 0.001V personenlift

□ 0.002V toilet

□ 0.0004V Spreekkamer 1 (magazijn)

□ 0.006V sluis

□ 0.014V Lift

□ 0.015V opslag vuil

□ 0.016V opslag schoon

Begane grond

□ 1.000V Lift

□ 1.017V personenlift

Souterrain



begane grond



1e verdieping

