



MEDINOVA

Kwaliteitsjaarverslag
2010



Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
2. Missie, visie en beleid.....	4
2.1. Missie	5
2.2. Visie	5
2.3. Beleid	6
2.3.1. Algemeen beleid	6
2.3.2. Algemeen kwaliteitsbeleid	7
2.3.3 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten.....	8
3. Kwaliteit van zorg.....	10
3.1. Keuzevrijheid en regie	10
3.2. Waardering voor de zorg door cliënt	10
3.3 Waardering voor de zorg door medewerkers	11
4. Klachten.....	11
4.1. Beleid	11
4.2 Resultaten	11
5. Toegankelijkheid	12
6. Veiligheid	13
6.1. Patiëntveiligheid	13
6.1.1. MIP-meldingen	13
6.1.2 Complicaties.....	14
6.1.3. Time-Out procedure	15
6.1.4 Apparatuur.....	15
6.1.5 Brandveiligheid	15
6.1.6 Risico Inventarisatie & Evaluatie.....	16
6.2. Veiligheid voor medewerkers	16
6.2.1. Algemeen personeelsbeleid.....	16
6.2.2. Ziekteverzuim	16
6.2.3 Vaccinatiebeleid	17
6.2.4 Prikaccidenten	17
6.2.5 Apparatuur.....	17
7. Prestatie Indicatoren.....	18
7.1. Inspectie voor de Gezondheidszorg	18
7.2. Zorgverzekeraars.....	18



MEDINOVA

8. De Medinova klinieken.....	19
8.1 Holding Medinova	19
8.2 Kliniek Klein Rosendael	19
8.3 Kliniek OMC Haarlem.....	19
8.4 Kliniek Zestienhoven	19

1. Inleiding

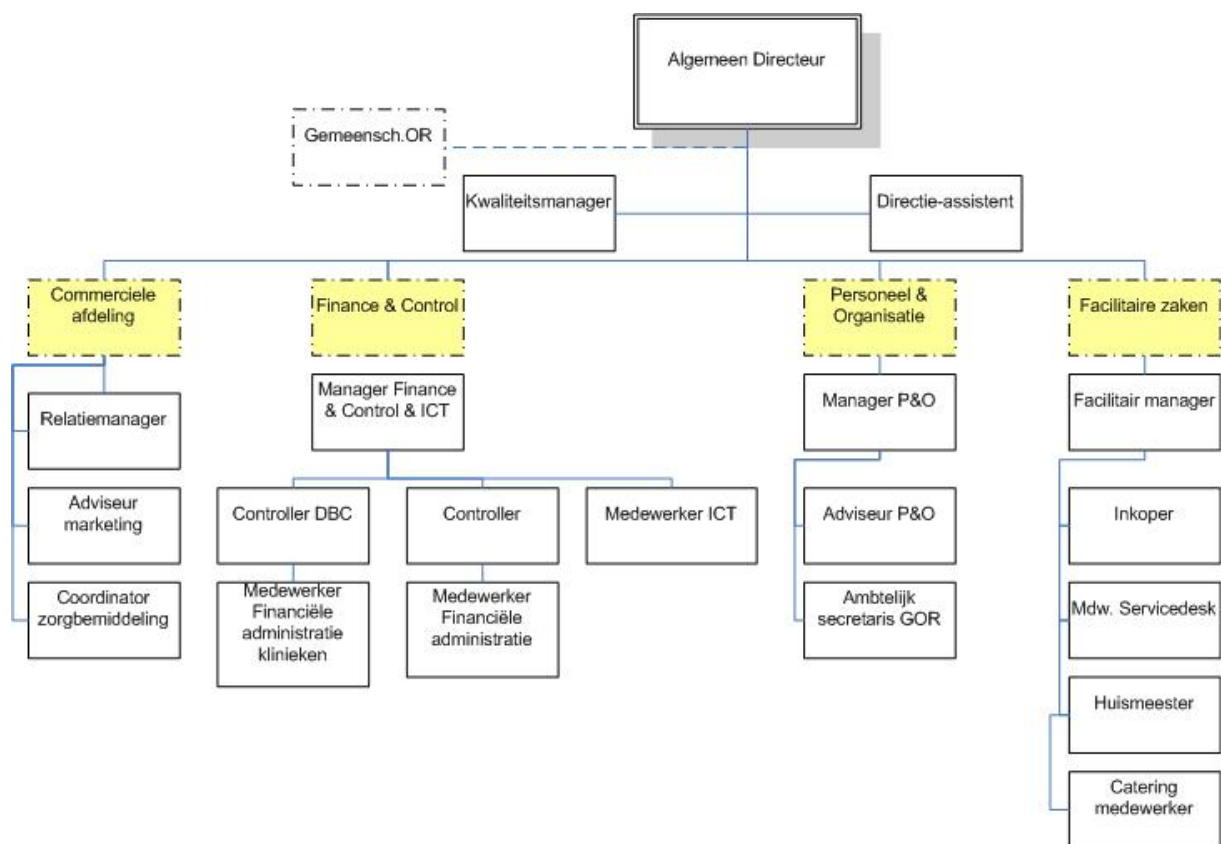


MEDINOVA

Voor u ligt het kwaliteitsjaarverslag 2010 van Medinova.

Medinova is een netwerk van drie zelfstandige behandelcentra (ZBC's): Kliniek Klein Rosendaal te Rozendaal, Kliniek Zestienhoven te Rotterdam en Kliniek OMC Haarlem. In deze klinieken worden onderzoeken en behandelingen aangeboden op het gebied van orthopaedie, neurochirurgie, plastisch- en cosmetische chirurgie, oogheelkunde en algemene heelkunde. Deze klinieken worden geadviseerd en ondersteund door de Medinova-holding, waar de afdelingen Personeel & Organisatie, Finance & Controle, Facilitair, ICT, Commercie en Kwaliteit zijn ondergebracht.

Naast dit kwaliteitsjaarverslag legt Medinova verantwoording af over de geleverde zorg middels de Zichtbare Zorg indicatoren (van zorgverzekeraars) en de Prestatie Indicatoren voor Particuliere klinieken (van de Inspectie voor de Gezondheidszorg). Daarnaast rapporteert Medinova onder andere over kwaliteit in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (van CIBG).



Organogram Medinova

2. Missie, visie en beleid



2.1. Missie

Medinova levert uitstekende zorg en verbetert de kwaliteit van het dagelijkse leven van mensen met gezondheidsbeperkende klachten middels planbare, snijdende en snelle (dag)behandelingen. Onze toonaangevende en supergespecialiseerde artsen en team werken flexibel en volgens de hoogste kwaliteitseisen op het gebied van hygiëne en patiëntveiligheid in compacte zorg, waarbij respect voor de persoonlijke wensen en klachten van de kritische zorgconsument voorop staan.

Bij het uitvoeren van de missie zoals hierboven beschreven is de hoogste prioriteit dat dit gebeurd volgens:

- De geldende wet- en regelgeving
- Eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg
- ZKN-keurmerk
- NEN-EN-ISO 9001:2008
- Richtlijnen en/of behandelprotocollen opgesteld door de diverse beroepsgroepen
- Richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP)

2.2. Visie

Medinova richt zich op de cliënten met klachten op het gebied van orthopedie, neurochirurgie, oogheelkunde en in beperkte mate algemene chirurgie. Tevens wil Medinova een uitstekende aanbieder zijn voor cliënten met een behoefte aan interventie op plastisch chirurgisch gebied.

Dit doet Medinova door een beperkt aanbod van operaties op een kwalitatief hoog niveau met hoogwaardige en innovatieve apparatuur uit te voeren. Tevens worden zeer korte toegangstijden en een uitstekende cliëntgerichtheid gegarandeerd. Onderscheidend is ook onze samenwerking met de Rugpoli Velp en de pijnpoli in Ziekenhuis Rijnstate (Alysis Zorggroep). Op deze wijze is het mogelijk om het gehele zorgproces zo goed en efficiënt mogelijk te kunnen laten verlopen. Onze kernwaarden zijn daarbij:

- Klantgericht
- Servicegericht
- Kwaliteitsbewust
- Veiligheid voor patiënt en medewerker
- Ondernemend (pro-actief)
- Relaties aangaan met strategische partners
- Invulling geven aan goed werkgeverschap



2.3. Beleid

2.3.1. Algemeen beleid

In 2010 is de lijn van 2009 betreffende investeringen in de klinieken doorgetrokken.

In kliniek OMC Haarlem:

- Verbouwing van de spreekkamers
- Verbouwing van de ontvangstruimte en vervangen van het meubilair in deze ruimte
- De luchtbehandeling van de spreekkamers is vervangen.
- Daarnaast is voor deze kliniek een Funduscamera aangeschaft. Deze camera maakt een foto van het netvlies en het begin van de oogzenuw. Dit doet de funduscamera zonder dat de pupil verwijd hoeft te worden zoals vaak bij het z.g. oogspiegelen gebeurt. De inspectie van het netvlies is belangrijk omdat daar veel aan af te lezen is. Niet alleen oogafwijkingen maar ook systeemafwijkingen van het lichaam zoals diabetes.
- Alle medische en technische apparatuur is geregistreerd in Topdesk, waardoor onderhoud, beheer en actuele status per apparaat inzichtelijk is.

Kliniek Klein Rosendaal:

- Investering in 8 nieuwe ECG monitoren voor de verkoeverafdeling.
- De ontvangstruimten zijn opgeknapt, het meubilair wordt in 2011 vervangen
- Spreekkamers op de eerste verdieping zijn opgeknapt
- Verbouwing van de keuken
- Alle medische en technische apparatuur is geregistreerd in Topdesk, waardoor onderhoud, beheer en actuele status per apparaat inzichtelijk is.

Kliniek Zestienhoven:

- Investering in 2 nieuwe anesthesiezuilen
- Keuken en enkele spreekkamers zijn verbouwd.
- Alle medische en technische apparatuur is geregistreerd in Topdesk, waardoor onderhoud, beheer en actuele status per apparaat inzichtelijk is.
- Koeling vervangen.

ICT:

In 2010 zijn op ICT gebied een aantal projecten opgestart, oa ICT beleid en beveiliging op basis van ISO NEN 7510, verkenning EPD, PACS en zorgmail en vervanging van de telefooncentrale. Alle medewerkers zijn getraind in het algemeen gebruik van hun PC en gebruik van de diverse softwareapplicaties die binnen de organisatie worden gebruikt.



MEDINOVA

Medinova heeft voor de orthopaedie in Kliniek Klein Rosendaal en Kliniek Zestienhoven het ICT-programma Combined Quality Care geïmplementeerd. In dit systeem worden de out-come indicatoren geregistreerd van patiënten na een Voorste Kruisband Reconstructie.

DOT

Het ministerie van VWS heeft het voornemen DOT met ingang van 1 januari 2012 in te voeren. In 2011 zal Medinova de voorbereiding op de invoering van DOT (DBC op weg naar Transparantie) continueren. Dit zal door onder andere aanpassing van software en werkprocessen een grote inspanning van de organisatie vergen.

Overige holding-afdelingen en klinieken

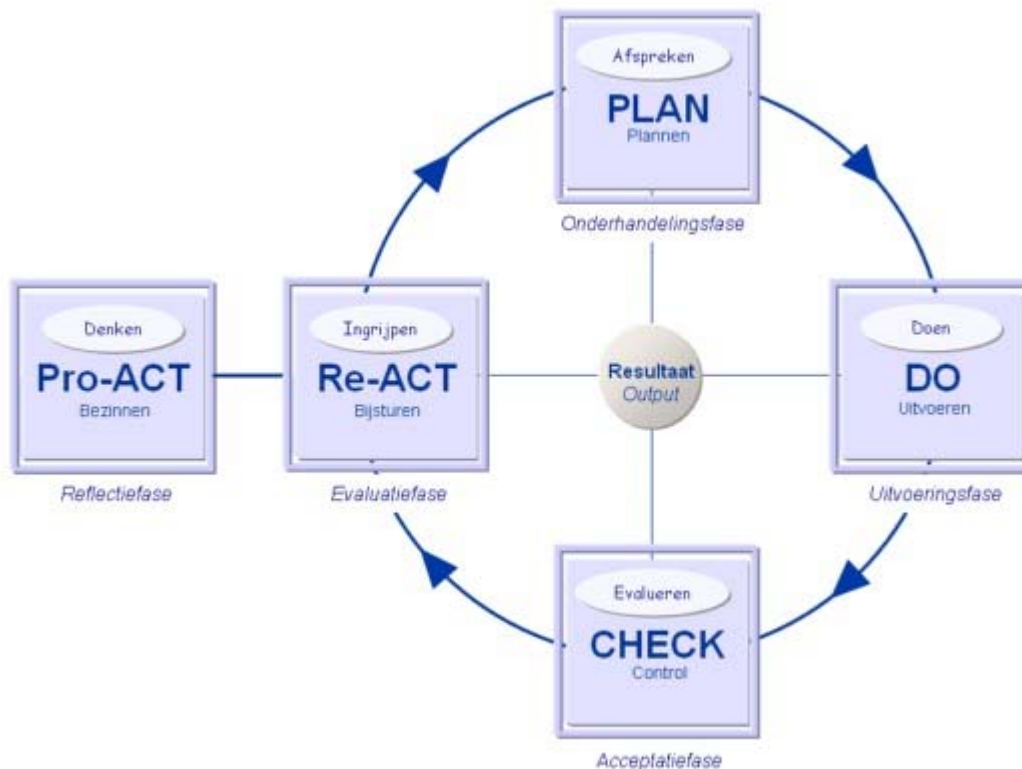
Bij alle afdelingen op de holding en in de klinieken is in 2010 toegewerkt naar de NEN-EN-ISO-9001:2008 en ZKN-keurmerk hercertificering in oktober 2010. Deze hercertificering is succesvol afgerond.

2.3.2. Algemeen kwaliteitsbeleid

Al in 2007 hebben de klinieken van Medinova het ZKN-keurmerk behaald. Dit keurmerk is opgesteld door ZKN (zelfstandige Klinieken Nederland) specifiek voor ZBC's en privéklinieken. Vanaf 2007 is dit keurmerk jaarlijks getoetst door KIWA (certificerende instantie). Ook in 2010 is het keurmerk weer voor 1 jaar verlengd. (De punten waarop getoetst worden zijn na te lezen via www.zkn.nl).

Heel 2010 heeft in het teken gestaan van het behouden van een ISO-EN-NEN 9001:2008 certificaat. De reden om het ISO-certificaat te behalen was met name gericht op verdere optimalisering van de interne organisatie door het benoemen van meetpunten, het evalueren van deze meetpunten en het zo nodig bijstellen van de processen.

Deze Plan – Do – Check – Act-cyclus is nu op alle gebieden binnen de organisatie geïmplementeerd. Ook in 2011 zal aandacht gegeven worden aan het behouden van het ISO-certificaat, door middel van diverse interne audits, werkoverleggen en kwartaalbijeenkomsten.



In iedere kliniek is een kwaliteitscommissie benoemd. De kliniekmanager is voorzitter, maar daarnaast is altijd de kwaliteitsmanager aanwezig. De leden bestaan uit een afvaardiging van de diverse beroepsgroepen binnen de kliniek. De commissies komen iedere 2 maanden samen en bespreken bijvoorbeeld de volgende punten:

- Complicaties
- MIP (Melding Incident Patiënt)
- Klachten, tips van patiënten
- Uitslagen van patiëntenenquêtes
- Lopende projecten
- Etc.

2.3.3 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

Centraal binnen de klinieken van Medinova staat de persoonlijke aandacht voor de patiënt, zijn veiligheid, hygiëne en hoogwaardige medische zorg. Om dit alles meetbaar te maken zijn er diverse indicatoren benoemd waarmee Medinova de kwaliteit omtrent patiëntenzorg meet.

1. Patiëntenenquêtes

Iedere patiënt die binnen de klinieken van Medinova wordt behandeld ontvangt aan het einde van de behandeling een enquête van Mediquest. Mediquest voert deze enquête landelijk uit, waardoor benchmarking op landelijk niveau mogelijk wordt. De resultaten van



MEDINOVA

deze enquêtes worden één maal per kwartaal besproken met de kliniekmanagers. Indien de doelstelling niet gehaald wordt, zal er een Plan van Aanpak geschreven worden om te zorgen dat de doelstelling alsnog behaald wordt.

2. Complicaties worden één maal per 2 maanden in de kwaliteitscommissies van de klinieken besproken. Daarnaast worden deze rapportages besproken in het artsenoverleg van de betrokken beroepsgroep. Indien mogelijk worden verbeterpunten geformuleerd, uitgevoerd en geëvalueerd.
3. (Bijna) Incidenten (MIP, Melding Incident Patiënt) worden al sinds jaar en dag geregistreerd binnen de klinieken. Hiervoor is een formulier ontwikkeld voor alle 3 de klinieken. Door het formulier zorgvuldig in te vullen wordt ruim aandacht besteed aan een oorzaak-analyse. Alle MIP's worden besproken in de kwaliteitscommissie. De doelstelling is om bij iedere melding ook een actie te formuleren. Dit kan een aanpassing in een protocol zijn, maar ook een bespreking tijdens reguliere werkoverleggen.
4. Naar aanleiding van opmerkingen, tips of klachten van patiënten wordt ook altijd geëvalueerd of er ruimte is voor verbetering zodat eventuele klachten in de toekomst voorkomen kunnen worden. Ook eventuele adviezen van de Onafhankelijke Klachtencommissie leiden tot verbeteringen in het zorgproces.
5. In 2004 is Kliniek Klein Rosendaal gestart met het structureel volgen van patiënten na een hernia operatie. Patiënten worden preoperatief en na de operatie na 6 weken, 3 maanden, 6 maanden en 1 jaar gevraagd een enquêtes in te vullen. Hierdoor worden resultaten inzichtelijk op langere termijn. (Roland-scorelijst en VAS-score voor been- en rugpijn)
6. In 2010 is gestart met een digitaal patiëntvolgsysteem, Quality Care. Dit systeem maakt metingen mogelijk volgens internationale scorelijsten, ingevuld door patiënt, specialist en fysiotherapeut. Allereerst is er gestart met patiënten na een Voorste Kruisband Reconstructie. In 2011 zal dit verder uitgebreid worden met een schoudermodule en een hernia module. Resultaten worden pas na 2-5 jaar verwacht omdat patiënten voor langere periode zullen worden gevolgd.
7. Al sinds jaren worden resultaten na een Cataract operatie geregistreerd in het systeem van de NOG (Breebaart), hierdoor worden kwaliteitsindicatoren inzichtelijk en op langere termijn is vergelijk landelijk mogelijk.



3. Kwaliteit van zorg

3.1. Keuzevrijheid en regie

Patiënten bij Medinova hebben de vrijheid om hun specialist te kiezen. De patiënt heeft, nadat het behandelplan is geformuleerd, zelfde (mede) de regie in handen van het gehele behandeltraject. Het moment van operatie is door de patiënt zelf te kiezen, mits medisch aanvaardbaar. Het is de patiënt zelf die uiteindelijk beslist, na het advies van de specialist, om een bepaalde behandeling te starten. Met name bij plastisch chirurgische ingrepen wordt door een verplichte bedenktijd van 7 dagen de patiënt nogmaals gedwongen zijn behandeling te overwegen en de voors en tegens tegen elkaar af te wegen. Alle patiënten tekenen een Informed Consent voordat zij de behandeling ondergaan.

3.2. Waardering voor de zorg door cliënt

In 2010 ontvingen alle patiënten na een behandeling een enquête van Mediquest. Dit is een landelijke enquête, waardoor vergelijking met het landelijke gemiddelde mogelijk wordt.

Ontvangen enquêtes 2010

Kliniek Klein Rosendaal: 1761

Kliniek OMC Haarlem: 371

Kliniek Zestienhoven: 924

Resultaten

Onderwerp	Kliniek Klein Rosendaal	Kliniek OMC Haarlem	Kliniek Zestienhoven
Behandeling	8.5	8.6	8.2
Totaal indruk	8.6	8.5	8.3
Bejegening	8.6	8.5	8.3
Informatie	8.3	8.1	7.8
Nazorg	8.3	8.3	7.9

In 2011 zal Medinova geen enquêtes meer versturen van Mediquest, maar stappen de klinieken over naar de ZKN-klanttevredenheidsenquêtes. Deze vragenlijst is korter en gemakkelijker aan te passen op specifieke wensen van de kliniek, waardoor wij hopen dat de respons groter zal worden.



3.3 Waardering voor de zorg door medewerkers

In 2010 heeft de organisatie hard gewerkt om de resultaten van het medewerkerstevredenheidsonderzoek te formuleren in een plan van aanpak en de punten in de klinieken verder uit te werken. Dit heeft geresulteerd in onder andere een maandelijkse nieuwsbrief per kliniek en een standaard agenda voor alle werkoverleggen.

In 2011 zal het medewerkerstevredenheidsonderzoek worden herhaald, waarbij Medinova streeft om het gemiddelde cijfer te verbeteren van een 7,3 naar een 7,5.

4. Klachten

4.1. Beleid

Medinova hanteert één klachtenprocedure voor alle drie de klinieken. Iedere medewerker is op de hoogte van deze procedure. Dit blijkt uit het aantal doorverwijzingen van de medewerkers naar de verantwoordelijke voor de klachtenafhandeling. Op de website van Medinova staat de contactpersoon voor klachten en het klachtenreglement van de Onafhankelijke Klachtencommissie. In de patiëntenenquête wordt specifiek gevraagd aan patiënten of zij de klachtenprocedure gemakkelijk hebben kunnen vinden, 99% scoort daar "ja".

De Onafhankelijke klachtencommissie bestaat uit 3 leden, die allen niet werkzaam zijn bij, of anderszijds gerelateerd zijn aan Medinova. De kwaliteitsmanager van Medinova, ook verantwoordelijk voor de interne klachtenafhandeling, is secretaris van de commissie, maar geen lid.

4.2 Resultaten

Medinova hanteert een ruime definitie van "Klacht". Niet alleen claims of brieven aan de klachtencommissie worden geregistreerd, maar ook patiënten die bellen met een klacht of verzoek om verdere informatie, welke telefonisch of schriftelijk zijn af te handelen, worden meegenomen in de registratie.

In 2010 is één klacht in de onafhankelijke klachtencommissie behandeld. Al voor de behandeling van de klacht zijn verbeterpunten in de betreffende kliniek vastgesteld, uitgevoerd en geborgd in de protocollen. Deze verbeteringen zullen in de kwaliteitscommissie geëvalueerd

Binnen de klinieken zijn er klachten binnen gekomen, welke door een schriftelijke of telefonische reactie konden worden opgelost. In enkele gevallen heeft er een gesprek plaats gevonden met de



MEDINOVA

betrokken medewerker/specialist en kliniekmanager. Door deze pro-actieve houding richting de patiënt met een klacht, is gebleken dat veel klachten intern zijn op te lossen door een zorgvuldige en constructieve communicatie tussen kliniek en patiënt.

Aantal klachten intern afgehandeld (medinova-breed):	31
Aantal klachten doorgestuurd naar Klachtencommissie:	1
Aantal klachten doorgestuurd aan aansprakelijkheidsverzekering:	4

5. Toegankelijkheid

Medinova werkt niet met wachtlijsten. Patiënten kunnen binnen 10 dagen op het spreekuur gezien worden en daarna binnen 10 dagen geopereerd. Mocht de patiënt voor eerste consult of operatie niet binnen de gestelde termijn terecht kunnen, dan zal direct extra spreekuur gehouden worden of extra operatietijd ingepland worden. Hierdoor ontstaan geen wachttijden. De afdeling OK-planning in samenwerking met hoofd OK en kliniekmanager houden per week de wachttijden voor alle ingrepen en spreekuren in de gaten en ondernemen actie wanneer dat nodig is.

De zorgtrajecten die Medinova aanbied zijn in hun geheel afgestemd op de patiënt. Bijvoorbeeld door zelf diagnostisch onderzoek uit te voeren of door middel van contracten met diverse MRI-centra in Nederland wordt het zorgtraject zo veel mogelijk gestroomlijnd.

6. Veiligheid

6.1. Patiëntveiligheid

6.1.1. MIP-meldingen

In 2010 is er in alle klinieken nogmaals een duidelijke instructie gegeven over het invullen van de MIP (Melding Incident Patiënt). Daardoor zien wij in 2010 ook op alle klinieken een stijging van de (bijna-) incidentmeldingen. Dit geeft aan dat medewerkers steeds beter op de hoogte zijn van deze procedure en vaker met name bijna-incidenten melden ter voorkoming van een echt incident. Dit komt zowel de veiligheid voor de medewerker als de veiligheid voor de patiënt ten goede.

Doelstelling en resultaat:

Iedere Melding Incident Patiënt wordt na inlevering in het eerst volgende kwaliteitsoverleg in de kliniek besproken, de oorzaak wordt vastgesteld en er wordt een actie geformuleerd, hierbij wordt een verantwoordelijke aangewezen en een tijdspad afgesproken. In het daarop volgende overleg wordt geëvalueerd of de actie voldoende is uitgevoerd en of het risico op herhaling is weggenomen.

In 2010 is bij alle meldingen volgens bovenstaande afspraak verwerkt. Dit heeft geleid tot vele verbeteringen op het gebied van patiëntveiligheid en aanpassingen in protocollering.

Categorie-indeling MIP (Medinova-breed):

Categorie	Aantal	Percentage t.o.v. alle operatieve behandelingen	Verbeteracties
Valincident	4	0,02%	Aanpassingen in protocol verpleging
Ontbrekend of kapot instrumentarium/materiaal			Evaluatie uitgevoerd van de diverse meldingen is uitgevoerd met de hoofden OK:
Categorie op te splitsen in 3 groepen:			
KKR:			<ul style="list-style-type: none"> • Verbeterplan kliniek Zestienhoven in samenwerking met externe sterilisatie. • Aanpassingen in protocollen voorbereiden operatiekamers en bewaren checklijsten • overschakelen naar steviger verpakkingsmateriaal.
<ul style="list-style-type: none"> • Ontbrekend instrumentarium 	12	0,08%	
<ul style="list-style-type: none"> • Beschadiging in buitenverpakking 	8	0,05%	
16H:			
<ul style="list-style-type: none"> • Ontbrekend instrumentarium 	14	0,09%	
Overigen:	11	0,07%	
Administratieve fout	26	0,17%	Aanpassing in protocol
Protocol niet gevolgd	24	0,16%	Besproken in de werkoverleggen
Communicatiefout	24	0,16%	Training medewerkers frontoffice



MEDINOVA

Overigen	24	0,16%	Diverse maatregelen als protocollering aanscherpen en bespreken in werkoverleg
Totaal	142	0,95%	

Deze MIP's hebben niet geleid tot complicaties of langere operatieduur. Door bovenstaande maatregelen inzake de MIP's over instrumentaria zien we niet alleen een terugloop in het aantal MIP meldingen op dit vlak, maar ook de voorbereiding van de operatie (klaarzetten van instrumentarium) verloopt beter en zorgvuldig.

6.1.2 Complicaties

Complicaties worden door de specialisten geregistreerd. Medinova hanteert de complicatieregistratie die door de diverse landelijke specialisten verenigingen zijn opgesteld. De definitie van een complicatie, vastgesteld door De Orde van Medisch Specialisten luidt:

“Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade.”

Alle complicaties worden besproken in de kwaliteitscommissies van de betreffende klinieken en in de complicatie/casusbespreking per specialisme. Hierdoor kunnen er ook direct maatregelen genomen worden als de complicatie in de toekomst te voorkomen is. Doordat iedere beroepsgroep één vertegenwoordiger heeft in de kwaliteitscommissie zijn besluiten snel te maken en door te voeren in het primaire proces en in de protocollen.

Doelstelling en resultaat

Medinova toetst de percentages van complicaties per ingreep aan de landelijke en/of internationale studies. Landelijk vergelijk blijft erg lastig. De definitie van complicatie wordt niet altijd zuiver gehanteerd en niet altijd zijn bij (inter)nationale studies de in- en exclusie criteria duidelijk, waardoor één op één vergelijk niet mogelijk blijkt. Gebleken is na jaren structurele complicatieregistratie dat Medinova op alle specialismen uitstekend scoort. Bij de meest voorkomende complicaties: nabloedingen en wondinfecties, liggen onder de 1% bij alle specialismen.



6.1.3. Time-Out procedure

De Time-Out procedure is in alle klinieken in gebruik genomen. In het kort houdt de procedure in dat de chirurg vlak voor de operatie, met het gehele OK-team, een time-out inlast. Tijdens deze time-out worden onder andere de volgende punten nogmaals gecheckt en afgetekend:

- Naam patiënt en voorletters
- Geboortedatum
- Soort ingreep
- De te opereren zijde (links/rechts)
- Compleet instrumentarium
- Röntgen/MRI aanwezig, van de juiste patiënt.
- REGISTRATIE: Time-out registratie formulier (in medisch dossier bewaard)

Medio 2011 zal er een evaluatie plaats vinden om te kijken of de procedure nu goed wordt uitgevoerd en of verbeteringen mogelijk zijn. Daarnaast zullen landelijke ontwikkelingen of ontwikkelingen in ziekenhuizen nauwlettend in de gaten worden gehouden (bijv. SURPASS, TOP)

6.1.4 Apparatuur

Binnen de klinieken wordt er zeer gestructureerd gewerkt met de diverse leveranciers voor de controles van apparatuur op de operatiekamers, spreekkamers en behandelkamers. Bijvoorbeeld door systematische controles van de luchtbehandeling, (half) jaarlijkse controle van apparatuur en een jaarlijkse audit van de ziekenhuishygiëniste. De controle datum wordt in een systeem (Topdesk) vastgelegd en tevens de datum waarop de volgende controle weer uitgevoerd dient te zijn. Alle apparaten worden voorzien van stickers met de eerst volgende controledatum.

6.1.5 Brandveiligheid

In Kliniek Klein Rosendael is een grote investering gedaan in de brandveiligheid van het gebouw, waarbij onder andere de brandmeldinstallatie zijn vervangen. Eind 2010 heeft de lokale brandweer hiervoor een audit uitgevoerd, en nog enkele verbeterpunten geformuleerd waar begin 2011 actie op ondernomen wordt.

De andere 2 klinieken zijn gekeurd door de brandweer en goed bevonden. Daarnaast worden er jaarlijks trainingen voor BedrijfsHulpVerleners (BHV) georganiseerd. Jaarlijks wordt er een ontruimingsoefening uitgevoerd onder toezicht van de brandweer.



6.1.6 Risico Inventarisatie & Evaluatie

In alle klinieken van Medinova wordt om de twee jaar een Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) uitgevoerd. Hieruit wordt door de ARBO-commissie een plan van aanpak opgesteld en goedgekeurd door de Ondernemingsraad. De ARBO-commissie bestaat uit de manager P&O, manager facilitair, manager kwaliteit en een afvaardiging van de Gemeenschappelijke Ondernemings Raad (GOR). Door het uitvoeren van dit plan van aanpak verbetert zowel de patiëntveiligheid als de veiligheid voor de medewerkers. Dit is meetbaar gemaakt door de meldingsprocedure voor incidenten, bijna-incidenten en bedrijfsongevallen. Begin 2010 is er wederom een nieuwe RI&E uitgevoerd. Een plan van aanpak is gemaakt en goedgekeurd door de Gemeenschappelijke Ondernemingsraad en in de loop van 2010 uitgevoerd. Hierbij valt te denken aan optimalisering van de werkplekken, door aanpassing van bijvoorbeeld buro's, stoelen en instructie aan de medewerkers over houding achter de PC.

6.2. Veiligheid voor medewerkers

6.2.1. Algemeen personeelsbeleid

De afdeling P&O bestaat in haar huidige vorm ongeveer vijf jaar. In deze vijf jaar is er op personeelsvlak veel gebeurd op het gebied van vastleggen en implementeren van beleid.

In de afgelopen jaren zijn de eerste grote stappen gemaakt in het structureren en het vastleggen van de werkwijze van de afdeling P&O. Vanuit een reactieve werkwijze zijn de eerste stappen gemaakt in het ontwikkelen van de basis van de afdeling P&O. Deze basis bestaat uit de in-, door- en uitstroom; werving & selectie; verzuimbeleid; introductie, regels rondom opleidingen; een exit-procedure; evaluatie van het salaris- en functiehuis en het werken met een online beoordelingssystematiek. De procedures worden op dit moment in de lijn goed geïmplementeerd, waarbij de afdeling P&O nu in plaats van een volledig uitvoerende taak een meer coördinerende en toetsende taak heeft.

In 2010 is een Periodiek Medisch Onderzoek (PMO) aangeboden aan de medewerkers. Hiervan is zeer veel gebruik gemaakt.

6.2.2. Ziekteverzuim

Hieronder treft u een overzicht van het ziekteverzuim per locatie.

Locatie	Ziekteverzuim %	Aantal Fte
Holding	5.5	27.92
Kliniek Klein Rosendaal	5.2	45.02
Kliniek OMC Haarlem	5.2	31.48
Kliniek Zestienhoven	6.5	36.96



6.2.3 Vaccinatiebeleid

Iedere medewerker die in direct contact staat met patiënten is binnen Medinova gevaccineerd tegen Hepatitis B. In 2010 is ook de (seizoens)griepvaccinatie aangeboden aan alle medewerkers van de klinieken.

6.2.4 Prikaccidenten

Binnen iedere kliniek is een duidelijk protocol opgesteld voor prikaccidenten. Deze afspraken zijn gemaakt met een klinisch chemicus uit een naburig ziekenhuis of huisartsenlaboratorium. Prikaccidenten worden intern ook gemeld als MIP (melding Incident Patiënt) en zo besproken in de kwaliteitscommissie.

6.2.5 Apparatuur

Kwaliteitseisen op het gebied van medische apparatuur worden (half)jaarlijks getoetst aan de landelijke eisen. Bij aanschaf van nieuwe apparatuur wordt dit altijd volgens protocol gedaan. Er wordt een projectgroep opgezet met een afvaardiging van belanghebbende beroepsgroepen en na een nauwkeurige testfase en evaluatie wordt er een keuze gemaakt. De holding heeft hier een ondersteunende rol in, bijvoorbeeld op financieel- of inkoopgebied.

Controles van medische apparatuur wordt volgens de landelijke norm periodiek uitgevoerd door een externe firma en bij sommige apparatuur door de leverancier zelf.

Er wordt door deze bedrijven structureel over de voortgang gerapporteerd aan de facilitair manager en hoofden OK. Deze rapportages zijn voor alle MT-leden op een centraal punt op de server inzichtelijk.



7. Prestatie Indicatoren

7.1. Inspectie voor de Gezondheidszorg

Medinova heeft voor 1 maart 2011 haar set Prestatie Indicatoren over verslagjaar 2010 aangeleverd aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

7.2. Zorgverzekeraars

Medinova heeft voor 14 mei 2010 haar set ZN-Inkoop Indicatoren aangeleverd via Zichtbare Zorg over verslagjaar 2009. Voor de volgende operaties worden kwaliteitsindicatoren aangeleverd:

- Endoscopische herniaoperatie
- Varices
- Liesbreuk
- Staar
- Knieoperatie (gewrichtsvervangende ingreep)

Doordat Medinova goed scoort bij deze indicatoren hebben wij van Menzis het predicaat: Topzorg ontvangen voor 2011. Daarnaast is Medinova voor Achmea op een aantal ingrepen Preferred Provider geworden.

In 2011 zal Medinova over verslagjaar 2010 op dezelfde wijze gegevens aanleveren via Zichtbare Zorg.



8. De Medinova klinieken

8.1 Holding Medinova

Algemeen directeur: Mevrouw. drs. Y. Mansveld, arts.

Bij de holding zijn de volgende afdelingen ondergebracht:

- Finance & Control (locatie Rozendaal)
- Personeel & Organisatie (locatie Rozendaal en Haarlem)
- Facilitair (locatie Haarlem)
- Commercie (locatie Haarlem)
- Kwaliteit (locatie Rozendaal)
- ICT (locatie Haarlem)

8.2 Kliniek Klein Rosendaal

Rosendaalselaan 30

6891 DG Rozendaal

026 - 362 06 80

Kliniekmanager: Mw. M. Wennink

Specialismen: Orthopaedie, neurochirurgie, heelkunde en plastische chirurgie.

8.3 Kliniek OMC Haarlem

Amsterdamsevaart 268

Gebouw Haarlemmerpoort

2032 EK Haarlem

023 – 535 00 00

Kliniekmanager: Dhr. E. Pluijmers, vanaf medio 2010 Mw. T. Lammerts

Specialismen: Oogheelkunde en refractiechirurgie.

8.4 Kliniek Zestienhoven



Vliegveldweg 65

3043 NT Rotterdam

010 - 298 98 98

Kliniekmanager: Dhr. F. Paas

Specialismen: Orthopaedie en plastische chirurgie (plastisch chirurgie tot 1-1-2011)