



Handleiding voor verbeterdoelen in particuliere klinieken

december 2023

In deze handleiding geeft de Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ/inspectie) praktische aanwijzingen voor particuliere klinieken die de uitwerking van verbeterdoelen (uit "Basisset Medisch Specialistische Zorg 2023") bij de inspectie moeten aanleveren. De IGJ maakt met individuele particuliere klinieken afspraken over welke verbeterdoelen op welke manier moeten worden aangeleverd. Deze klinieken krijgen eind december/begin januari hiervoor een uitnodiging van de IGJ. Daarnaast bespreekt de IGJ de resultaten met deze klinieken in een persoonlijk gesprek. Als een kliniek deze uitnodiging niet heeft ontvangen, hoeft deze geen uitwerking van verbeterdoelen aan de inspectie aan te leveren.

Voor meer achtergrondinformatie over de thema's van onderstaande verbeterdoelen verwijst de IGJ naar de "Basisset Medisch Specialistische Zorg 2023"
<https://www.igj.nl/publicaties/indicatorensets/2022/10/14/basisset-medisch-specialistische-zorg-2023>

Algemeen

De verbeterdoelen zijn hoofdzakelijk ontwikkeld vanuit ziekenhuisperspectief en sluiten niet altijd even goed aan bij de zorgverlening in particuliere klinieken. Daarom geven we in deze handleiding specifieke aanwijzingen voor particuliere klinieken, zodat deze meer duidelijkheid krijgen welke informatie de IGJ van hen verwacht.

De kern van de terugkoppeling van een verbeterdoel is een beschrijving van de PDCA-cyclus ten aanzien van het thema van een verbeterdoel. De IGJ wil dat de kliniek en IGJ inzicht krijgen in de mate waarin het thema is geïmplementeerd. Binnen een verbeterdoel zijn *verbeteronderdelen* geformuleerd. Dit zijn belangrijke onderwerpen binnen het thema van een verbeterdoel waaraan minimaal voldaan moet worden.

Hieronder vertellen we welke zaken moeten worden aangeleverd en voor welke particuliere klinieken het verbeterdoel geldt. Als een kliniek van mening is, dat het verbeterdoel niet van toepassing is, dan verwacht de IGJ hierbij een motivatie.

Aanlevering informatie

In de aanlevering van een verbeterdoel is het van belang om te beschrijven:

- > hoe de verbeteronderdelen zijn vormgegeven;
- > hoe de implementatie is gemeten/geanalyseerd;
- > wat de concrete resultaten uit deze metingen/analyses zijn;
- > welke verbetermaatregelen (op basis van welke resultaten) zijn geformuleerd;
- > hoe het effect van deze verbetermaatregelen gemeten gaat worden.

Het is belangrijk om een zo concreet mogelijk antwoord op deze vragen te geven. Zodat de IGJ op basis van de antwoorden kan vaststellen of en in welke mate een verbeterdoel is geïmplementeerd. En hoe het kwaliteitssysteem voor de thema's uit de verbeterdoelen functioneert. Het is niet de bedoeling dat een kliniek beleidsdocumenten of protocollen aan de IGJ toestuurt, die de IGJ vervolgens moet beoordelen.

5 stappen per verbeterdoel

De IGJ verwacht dat een particuliere kliniek concreet de **volgende 5 stappen per verbeterdoel** (indien verbeterdoel van toepassing is voor kliniek) beschrijft:

Stap 1

Hoe zijn de separate **verbeteronderdelen** uit het verbeterdoel **vormgegeven**? Deze 'onderdelen' zijn hieronder met **onderstreepte cijfers** in het verbeterdoel aangegeven.

Bijvoorbeeld: Hoe is het systeem, organisatie, protocol vormgegeven/wat houdt het in/hoe is het georganiseerd etc.

Stap 2

Op welke wijze analyseert en beoordeelt de instelling de **verbeteronderdelen** uit het verbeterdoel? Deze 'onderdelen' zijn hieronder met **onderstreepte cijfers** in het verbeterdoel aangegeven.

Bijvoorbeeld: Door middel van audits, dossieronderzoek, digitale (automatische) registraties, enquêtes, indicatoren, patiënttracer, interviews etc.

Stap 3

Wat zijn de **concrete uitkomsten/resultaten** (objectieve feiten) van deze analyses genoemd onder 2?

Bijvoorbeeld: Als er in een verbeteronderdeel een protocol wordt gevraagd, kunnen bij de concrete uitkomsten bijvoorbeeld cijfers over de naleving van het protocol of uitkomsten van een evaluatie van een protocol worden beschreven. Deze cijfers kunnen worden verkregen uit de methoden genoemd onder 2.

Als er in een verbeteronderdeel wordt gevraagd om een systeem, organisatie of beleid te implementeren, kunnen bij de concrete uitkomsten bijvoorbeeld cijfers over het functioneren of effecten van dit systeem, organisatie of beleid worden beschreven. Deze cijfers kunnen worden verkregen uit de methoden genoemd onder 2.

Stap 4

Wat zijn de (eventuele) **verbetermaatregelen** die zijn geformuleerd naar aanleiding van bovenbedoelde analysemethoden (onder 2)? En **op welke concrete uitkomsten** (onder 3) zijn deze verbetermaatregelen gebaseerd?

Deze verbetermaatregelen moeten concreet (specifiek, meetbaar, tijdgebonden) worden geformuleerd en worden gekoppeld aan een eigenaar.

Stap 5

Hoe wordt het effect van de eventuele **verbetermaatregelen gemeten** en **wat** is het concrete **streefniveau**.

Verbeterdoel "Optimaal antistollingsbeleid particuliere klinieken"

Voor wie

Dit verbeterdoel hoeft alleen aangeleverd te worden door instellingen die operatieve zorg leveren.

Inhoudelijke verbeteronderdelen

De inspectie verwacht dat de instelling in de terugkoppeling over het verbeterdoel informatie aanlevert waaruit minimaal blijkt dat:

1. De instelling een peri-procedureel antistollingsprotocol bezit waarin het volgende is vastgelegd:

- A.** Wie legt afspraken over doorzetten of onderbreken van antitrombotica vast;
- B.** Wie stelt het bloedingsrisico vast;
- C.** Wie schrijft de antistollingsmedicatie voor;
- D.** Wie stelt de antistollingsstatus vast;
- E.** Welke antistollingsmedicatie wordt preoperatief al dan niet gestopt en indien gestopt voor hoe lang;
- F.** Wanneer wordt na de procedure de anticoagulantia herstart en op welke wijze;
- G.** Wanneer wordt welke plaatjesremmer(s) periprocedureel gestopt en voor hoe lang;
- H.** Wanneer wordt de plaatjesremmer(s) na de procedure herstart en op welke wijze;
- I.** Wanneer bestaat een indicatie voor overbrugging en op welke wijze wordt dit toegepast;
- J.** Wanneer bestaat een indicatie voor veneuze tromboseprofylaxe en op welke wijze wordt dit toegepast;
- K.** Welke comedicatie wordt gebruikt, inclusief de met stolling interfererende medicatie.
- L.** De volgende afspraken rondom communicatie komen terug in het protocol:
 - a.** Op welke wijze gecommuniceerd wordt met de patiënt over het beleid en hoe wordt aangetekend in het patiëntendossier dat deze communicatie heeft plaatsgevonden;
 - b.** Op welke wijze gecommuniceerd wordt met de behandelaar die de ingreep doet behandelend arts/trombosedienst/huisarts/apotheek over het beleid;
 - c.** Op welke wijze en door wie gecommuniceerd wordt in geval van wijziging (in procedure plan) met huisarts en patiënt;
 - d.** Op welke wijze en door wie het antistollingsbeleid vastgelegd wordt in de time out procedure.

2. De instelling lokale antistollingsexpertise heeft georganiseerd, waarbij er minstens één arts met antistolling als aandachtsgebied beschikbaar is. Als bij de zorgaanbieder patiënten overnachten of in het weekend verblijven/worden behandeld, moet deze arts ook buiten kantooruren bereikbaar zijn. De arts met antistolling als aandachtsgebied moet ook een waarnemer hebben in verband met mogelijke afwezigheid.

Verbeterdoel “Valpreventie particuliere klinieken”

Voor wie

Dit verbeterdoel hoeft alleen aangeleverd te worden door instellingen die operatieve zorg leveren in dagbehandeling of met klinische opname.

Inhoudelijke verbeteronderdelen

De inspectie verwacht dat de instelling in de terugkoppeling over het verbeterdoel informatie aanlevert waaruit minimaal blijkt dat:

1. De instelling een valrisicobeoordeling bij opname toepast en heeft vastgelegd hoe met dit risico wordt omgegaan.

Verbeterdoel “Optimaal pijnbeleid particuliere klinieken”

Voor wie

Dit verbeterdoel hoeft alleen aangeleverd te worden door instellingen die operatieve zorg leveren.

Inhoudelijke verbeteronderdelen

De inspectie verwacht dat de instelling in de terugkoppeling over het verbeterdoel informatie aanlevert waaruit minimaal blijkt dat:

1. Binnen de instelling het pijnbeleid is vastgelegd, waarbij minimaal de volgende elementen zijn beschreven:

- A.** Opsporing van pijn (pijnmeting, frequentie meting, praktische uitvoering, eventuele acties n.a.v. pijnmeting);
- B.** Behandeling van de pijn;
- C.** De wijze van interne sturing op de uitvoering van screening en behandeling van pijn.

2. De instelling lokale pijnexpertise heeft georganiseerd, waarbij er minstens één arts met pijn als aandachtsgebied beschikbaar is. Als bij de instelling patiënten overnachten of in het weekend verblijven/worden behandeld, moet deze arts ook buiten kantooruren bereikbaar zijn. De arts met pijn als aandachtsgebied moet ook een waarnemer hebben in verband met mogelijke afwezigheid.

3. De instelling een *werkend* signaleringssysteem heeft voor het opsporen van pijn. Inclusief acties die daar eventueel uit volgen.

4. De instelling aandacht heeft voor het beheersen van het gebruik van pijnmedicatie. (Dit in het kader van pijnmedicatie die potentieel verslavend kan zijn en maatschappelijke verantwoordelijkheid voor duurzaamheid).

5. De instelling aandacht heeft voor niet-farmacologische interventies bij pijn.

Verbeterdoel "Continuïteit van zorg particuliere klinieken"

Voor wie

Dit verbeterdoel hoeft alleen aangeleverd te worden door instellingen die operatieve zorg leveren aan patiënten van 70 jaar en ouder.

Inhoudelijke verbeteronderdelen

De inspectie verwacht dat de instelling in de terugkoppeling over het verbeterdoel informatie aanlevert waaruit minimaal blijkt dat:

- 1.** Binnen de instelling afspraken zijn gemaakt over de tijdigheid van een overdracht bij ontslag (<24 uur).
- 2.** Binnen de instelling gebruikt wordt gemaakt van een standaard overdracht bij patiënten van 70 jaar of ouder die minimaal de volgende onderdelen bevat:
 - A.** Actuele aandoeningen en interventies tijdens opname;
 - B.** Behandelplan met acties die de eerste week moeten plaatsvinden;
 - C.** De basisset medicatiegegevens;
 - D.** Contactgegevens (naam en telefoonnummer) van de persoon/collega, waar men extra informatie kan opvragen of waarmee te overleggen;
 - E.** Het reanimeer- en behandelbeperkingenbeleid.