



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Het resultaat telt
Particuliere klinieken

2017

Indicatoruitkomsten particuliere klinieken

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Conclusie	11
Inleiding	12
Hoofdstuk 1 Toezicht	15
Hoofdstuk 2 Kengetallen	20
Hoofdstuk 3 Operatief proces	23
Hoofdstuk 4 Data overige indicatoren	44

Samenvatting

Indicatoren zijn voor zorgaanbieders van belang om risico's te signaleren, ervan te leren en verbeteringen op in te zetten. Voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: inspectie) zijn indicatoren een belangrijk middel om risico's in de zorg te signaleren. De analyse van deze indicatoren is onderdeel van haar toezichtactiviteiten.

De *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2017* (<https://www.igj.nl/documenten/indicatorensets/2016/08/08/basisset-medisch-specialistische-zorg-2017>) bestaat uit indicatoren die uitsluitend door ziekenhuizen of uitsluitend door particuliere klinieken worden aangeleverd en uit indicatoren die door zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken worden aangeleverd.

De uitkomsten van indicatoren die door zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken werden aangeleverd, zijn beschreven in de *feedback indicatoren medisch specialistische zorg* die in november 2018 werd verstuurd naar ziekenhuizen en particuliere klinieken die deze gezamenlijke indicatoren hebben aangeleverd. Tevens worden deze uitkomsten (deels) beschreven in het resultaat telt ziekenhuizen (<https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2019/03/28/het-resultaat-telt-ziekenhuizen-2017>). De uitkomsten van indicatoren die uitsluitend door particuliere klinieken werden aangeleverd, zijn in dit rapport beschreven.

De inspectie maakt alle data met indicatoruitkomsten van de indicatoren voor particuliere klinieken openbaar op de website <https://data.overheid.nl/>.

Omdat een belangrijk deel van de risico's binnen particuliere klinieken samenhangt met het operatieve proces, zijn dit jaar de indicatoren met betrekking tot het operatieve proces nader geanalyseerd. Hierbij zijn de uitkomsten zoveel mogelijk geclusterd naar behandel-aanbod, zodat de indicatoruitkomsten kunnen worden beoordeeld in de juiste context.

De volgende onderwerpen worden besproken in het hoofdstuk 'indicatoruitkomsten operatief proces':

- Kwalificatie behandelruimten
- Tijdige antibioticaprofylaxe
- Infecties na behandeling
- Stopmoment IV
- Procedurele sedatie
- Delier

De overige data met betrekking tot indicatoren die uitsluitend door particuliere klinieken zijn aangeleverd, staan gepresenteerd in Hoofdstuk 4.

Hieronder staan de belangrijkste indicatoruitkomsten over het verslagjaar 2017 kort samengevat.

Algemeen: kengetallen

In totaal hebben 470 particuliere klinieken gegevens aangeleverd over het verslagjaar 2017, waarmee het totaal aantal klinieken ten opzichte van 2016 met 32 klinieken is gegroeid. Het aantal klinieken dat cosmetische en/of plastische ingrepen aanboden groeide, met 8,8 procent, het sterkst.

Kwalificatie behandelruimten

Aan de behandelomstandigheden waaronder invasieve ingrepen^[1] worden uitgevoerd, worden onder andere eisen gesteld ten aanzien van de mate van steriliteit. Afhankelijk van het type ingreep worden andere eisen gesteld aan de behandelomstandigheden, waarbij het van belang is dat ingrepen onder de juiste behandelomstandigheden worden uitgevoerd. Het is belangrijk dat operatieafdelingen jaarlijks worden gevalideerd, om voldoende mate van steriliteit te kunnen waarborgen.

De inspectie heeft de indicator met betrekking tot behandelomstandigheden voor drie onderstaande groepen geanalyseerd.

Alle klinieken die invasieve ingrepen hebben uitgevoerd

In totaal voerden 310 klinieken van de 470 klinieken die gegevens hebben aangeleverd, in totaal 539.556 invasieve ingrepen uit waarvan:

- 93 klinieken beschikten over een eigen operatieafdeling klasse 1 prestatieniveau 1, waarvan drie klinieken geen tijdige validatie hadden uitgevoerd;
- 19 klinieken beschikten over een eigen operatieafdeling klasse 1 prestatieniveau 2, waarbij alle klinieken een tijdige validatie hadden uitgevoerd;
- 33 klinieken beschikten over een eigen operatieafdeling klasse 2, waarvan één kliniek geen tijdige validatie had uitgevoerd;
- 226 klinieken beschikten over minimaal één eigen behandelkamer.

Alle klinieken die orthopedische implantaten hebben geplaatst

In totaal hebben 16 klinieken bij 8.212 patiënten een knie- en/of heupprothese geplaatst, waarbij dit altijd onder de juiste behandelomstandigheden (klasse 1 prestatieniveau 1) werd uitgevoerd. Alle operatieafdelingen waren tijdig gevalideerd.

[1] Definitie invasieve ingrepen: behandelingen waarbij men met apparatuur of instrumentarium het lichaam binnendringt. Dit zijn dus snijdende ingrepen, waaronder operaties, inspuitingen en refractiechirurgie. [208] Daarnaast alle (endo)scopische ingrepen, zoals coloscopie.

Alle klinieken die borstimplantaten hebben geplaatst

In totaal hebben 33 klinieken bij 5.897 patiënten een borstimplantaat geplaatst, waarbij drie klinieken (9,1 procent) dit niet onder juiste behandelomstandigheden (klasse 1 prestatieniveau 1) hebben uitgevoerd. Vijf klinieken (15 procent) plaatsten de borstimplantaten in een operatieafdeling die niet tijdig was gevalideerd.

Tijdige antibioticaprofylaxe

Indien antibioticaprofylaxe niet (tijdig) aan de patiënt wordt gegeven, is de kans groter dat een patiënt een postoperatieve wondinfectie (POWI) ontwikkelt. In particuliere klinieken valt alleen het plaatsen van knie- en heupprothesen onder de ingrepen waarvoor deze indicator moet worden aangeleverd. Deze prothesen werden door 16 klinieken geplaatst, waarbij zowel het percentage operaties waarbij antibioticaprofylaxe werd gegeven als het percentage tijdige toediening van antibioticaprofylaxe 100 procent was.

Infecties na behandeling

Door onvoldoende surveillance op infecties na een invasieve ingreep kan het voorkomen dat een infectie niet wordt opgemerkt en daardoor onbehandeld blijft. Hierdoor kan een patiënt onnodig schade oplopen. Bij onvoldoende surveillance ontbreekt ook belangrijke stuurinformatie, waardoor onvoldoende maatregelen kunnen worden genomen om infecties terug te dringen.

De inspectie heeft de indicator met betrekking tot infecties voor vijf onderstaande groepen geanalyseerd.

Alle klinieken die invasieve ingrepen hebben uitgevoerd

In totaal voerden 310 klinieken in totaal 539.556 invasieve ingrepen uit, waarbij 95 procent van de klinieken infecties na een ingreep registreerde en 85 procent structureel controleerde op infecties na een behandeling.

Alle klinieken die cataractextracties hebben uitgevoerd

In totaal voerden 35 klinieken in totaal 42.724 cataractextracties uit, waarbij 100 procent van de klinieken infecties na een ingreep registreerde en eveneens 100 procent structureel controleerde op infecties na een ingreep. Van deze klinieken controleerde 86 procent door middel van een poliklinische controle.

Alle klinieken die refractiechirurgie hebben uitgevoerd

In totaal voerden 24 klinieken bij in totaal 13.672 patiënten refractiechirurgie uit, waarbij 100 procent van de klinieken infecties na een ingreep registreerde en eveneens 100 procent structureel controleerde op infecties na een ingreep. Alle klinieken controleerden op infecties door middel van een poliklinische controle.

Alle klinieken die borstimplantaten hebben geplaatst

In totaal hebben 33 klinieken bij 5.897 patiënten een borstimplantaat geplaatst, waarbij 31 klinieken infecties na een ingreep registreerde en eveneens 31 klinieken structureel

controleerde op infecties na een ingreep. Van deze 31 klinieken controleerde 94 procent door middel van een poliklinische controle.

Alle klinieken die orthopedische implantaten hebben geplaatst

In totaal hebben 16 klinieken bij 8.212 patiënten knie- en/of heupprothese(n) geplaatst, waarbij 100 procent van de klinieken infecties na een ingreep registreerde en eveneens 100 procent structureel controleerde op infecties na een ingreep. Alle klinieken controleerden op infecties door middel van een poliklinische controle.

Stopmoment IV (time-out)

Het volledig uitvoeren van de time-outprocedure verkleint het risico op onder andere verwisseling van patiënt, operatie of zijde. Ook neemt het risico af op het ontstaan van onvoorziene incidenten of complicaties.

De inspectie heeft de indicator met betrekking tot de uitvoering van stopmoment IV voor vijf onderstaande groepen geanalyseerd.

Alle klinieken die invasieve ingrepen hebben uitgevoerd

In totaal voerden 310 klinieken in totaal 539.556 invasieve ingrepen uit. Hiervan hebben 258 klinieken gegevens aangeleverd met betrekking tot stopmoment IV. Deze 258 klinieken behandelden in totaal 284.201 patiënten invasief. Het gemiddeld percentage uitgevoerde stopmomenten IV bij patiënten die een invasieve ingreep ondergingen betrof 94,4 procent.

Alle klinieken die uitsluitend refractiechirurgie hebben uitgevoerd

In totaal hebben 12 klinieken uitsluitend refractiechirurgie (zonder cataractextracties) uitgevoerd bij 10195 patiënten. Het gemiddelde percentage patiënten waarbij stopmoment IV was toegepast bij de ingreep van deze 12 klinieken was 99,6 procent.

Alle klinieken die uitsluitend cataractextracties hebben uitgevoerd

In totaal hebben 23 klinieken uitsluitend cataractextracties (zonder refractiechirurgie) uitgevoerd bij 39.087 patiënten. Het gemiddelde percentage patiënten waarbij stopmoment IV werd toegepast was 99,9 procent.

Alle klinieken die borstimplantaten hebben geplaatst

In totaal hebben 33 klinieken 10.712 borstimplantaten geplaatst. Het gemiddelde percentage patiënten waarbij stopmoment IV was uitgevoerd en vastgelegd 95,3 procent.

Alle klinieken die orthopedische implantaten hebben geplaatst

In totaal hebben 16 klinieken bij 8.212 patiënten knie en/of heupprothesen geplaatst. Het gemiddeld percentage patiënten waarbij stopmoment IV was uitgevoerd bedroeg 99,9 procent.

Alle klinieken die dermatologische ingrepen hebben uitgevoerd

In totaal voerden 32 klinieken invasieve dermatologische ingrepen uit, daarvan hebben 22 klinieken gegevens aangeleverd met betrekking tot de indicator 'stopmoment IV'. In totaal hebben deze 22 klinieken 24.727 patiënten behandeld, waarbij het gemiddeld percentage patiënten waarbij stopmoment IV was uitgevoerd 90,9 procent bedroeg.

Procedurele sedatie

Procedurele sedatie (PSA) wordt gegeven om het bewustzijn zodanig te verlagen dat angst voor/ tijdens een diagnostische/operatieve procedure vermindert en de procedure veilig uitgevoerd kan worden. PSA kan veilig worden uitgevoerd door niet-anesthesiologen als aan een aantal kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden is voldaan. De indicatoren bij procedurele sedatie geven weer of klinieken op bepaalde onderdelen voldoen aan de in de richtlijn opgenomen voorwaarden.

In totaal hebben 242 klinieken een vorm van anesthesie toegepast, waarvan 49 klinieken procedurele sedatie toepasten. In totaal pasten deze 49 klinieken bij 34.256 patiënten procedurele sedatie toe. Van deze 49 klinieken gaven 47 klinieken aan dat zij volgens het toetsingskader van de inspectie werkten, waarbij zij 99,3 procent van de patiënten screenden volgens de richtlijn. Zes klinieken gaven aan dat zij geen PSA-commissie bezaten en ook niet waren aangesloten bij een externe commissie. Alle 49 klinieken verkregen een *informed consent* voorafgaand aan de procedurele sedatie. Ook voldeden de personen die de procedurele sedatie uitvoerden in deze 49 klinieken aan alle bekwaamheidseisen.

Delier

Door het vroegtijdig signaleren van een risico op delier kan voorkomen worden dat een delier ontstaat na een ingreep. Het optreden van een delier heeft vaak een langere opname, een groter aantal complicaties en een toegenomen sterfte tot gevolg. Op de lange termijn kan het leiden tot een eerdere opname in een zorginstelling.

De inspectie heeft de indicator met betrekking tot delier voor vijf onderstaande groepen geanalyseerd.

Alle klinieken die invasieve ingrepen hebben uitgevoerd

In totaal gaven 259 klinieken aan dat zij 68.345 patiënten van 70 jaar en ouder invasief hebben behandeld. Van deze 259 klinieken gaven 209 klinieken (81 procent) aan dat zij een delierprotocol bezaten en 185 klinieken (71 procent) gaven aan dat zij alle patiënten van 70 jaar en ouder, voorafgaand aan een invasieve ingreep, structureel screenden op een verhoogd risico op een delier. In totaal werd, in 26 van de 259 klinieken, bij 127 patiënten afgezien van ingreep wegens een verhoogd risico op delier. Hiervan werden 118 patiënten doorverwezen.

Alle klinieken die cataractextracties hebben uitgevoerd

Alle 35 klinieken, die in 2017 cataractextracties hebben uitgevoerd, hebben patiënten van 70 jaar en ouder invasief behandeld. Eén kliniek had geen delierprotocol en zes klinieken screenden voorafgaand aan de ingreep niet structureel op een verhoogd risico op een delier. Zes klinieken die in het verslagjaar cataractextracties hebben uitgevoerd, hebben in totaal bij 31 patiënten afgezien van een ingreep wegens een verhoogd risico op delier. Al deze patiënten werden doorverwezen.

Alle klinieken die refractiechirurgie hebben uitgevoerd

Van de 24 klinieken die aangaven dat zij in 2017 refractiechirurgie hebben uitgevoerd, hebben 15 klinieken patiënten van 70 jaar en ouder invasief behandeld. Eén van de 15 klinieken waar patiënten van 70 jaar en ouder invasief werden behandeld had geen delierprotocol en twee van de 15 klinieken screenden voorafgaand aan de ingreep niet structureel op een verhoogd risico op een delier. Drie klinieken van de 15 klinieken die in het verslagjaar refractiechirurgie hebben uitgevoerd, hebben in totaal bij 16 patiënten afgezien van een ingreep in de kliniek wegens een verhoogd risico op een delier. Al deze 16 patiënten werden doorverwezen.

Alle klinieken die borstimplantaten hebben geplaatst

Van de 33 klinieken die aangaven dat zij onder andere borstimplantaten hebben geplaatst, gaven 29 klinieken aan dat zij in het verslagjaar in totaal 3.431 patiënten van 70 jaar en ouder invasief hebben behandeld. Twee klinieken hadden geen delierprotocol en vier klinieken screenden voorafgaand aan de ingreep niet structureel op een verhoogd risico op een delier. Vier klinieken die in het verslagjaar onder andere borstimplantaties hebben uitgevoerd, hebben in totaal bij 28 patiënten afgezien van behandeling wegens een verhoogd risico op een delier. Hiervan werden 24 patiënten doorverwezen.

Alle klinieken die orthopedische implantaten hebben geplaatst

Alle 16 klinieken, die in 2017 knie en/of heupprothesen hebben geplaatst, hebben patiënten van 70 jaar en ouder invasief behandeld. Alle klinieken bezaten een delierprotocol, één kliniek screende voorafgaand aan de ingreep niet structureel op een verhoogd risico op een delier. Twee van de 16 klinieken hebben aangegeven dat zij bij 20 patiënten afgezien hebben van ingreep wegens een verhoogd risico op delier. Al deze 20 patiënten werden doorverwezen.

Conclusie

De indicatoruitkomsten van klinieken die risicovolle ingrepen uitvoerden zoals het plaatsen van knie-/heupprothesen, borstimplantaten en het uitvoeren van refractiechirurgie en cataractextracties, lieten zien dat de operatieve zorg, wat deze indicatoren betreft, binnen deze klinieken grotendeels op orde was. Hoewel dit een positieve uitkomst is, impliceert 'grotendeels' dat er nog wel ruimte voor verbetering is. De inspectie verwacht dat bestuurders deze verbetering realiseren.

Klinieken die knie-/heupprothesen hebben geplaatst, scoorden op alle indicatoren met betrekking tot operatieve zorg het beste. Gevolgd door klinieken die refractiechirurgie en cataractextracties uitvoerden. Klinieken die borstimplantaten plaatsten, scoorden binnen bovenstaande groep het minst, maar voldeden nog steeds grotendeels aan de eisen.

De overige groep klinieken, waarvan de meerderheid kleine en minder risicovolle ingrepen uitvoerden, voldeed nog onvoldoende aan de eisen voor operatieve zorg. Omdat deze onderwerpen voor deze groep klinieken al lange tijd achterblijven, zal de inspectie in haar toezicht onverminderd aandacht aan deze onderwerpen blijven besteden en waar nodig zal zij maatregelen treffen.

De inspectie verwacht van bestuurders en professionals een proactieve houding ten aanzien van kwaliteitsverbetering en daarom verwacht de inspectie dat de indicatoruitkomsten worden gebruikt voor interne kwaliteitsverbetering.

Inleiding

Sinds de eerste publicatie van *Het Resultaat Telt – Particuliere Klinieken* in 2009 is er veel veranderd. Een deel van de medisch specialistische zorg vindt plaats in particuliere klinieken en de cosmetische sector is gegroeid. Dit betekent voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: inspectie) dat het toezichtveld groter is geworden in vergelijking met negen jaar geleden (aantal klinieken dat indicatoren heeft aangeleverd is meer dan verdubbeld van 229 in 2009 tot 470 in 2017)

In wet- en regelgeving en in landelijke afspraken (waaronder de richtlijnen) staat waar zorg aan moet voldoen om te kunnen spreken van goede zorg. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en de inspectie monitoren de zorg onder andere via indicatoren. Deze indicatoren zijn voor de inspectie een middel om risico's in de zorg te signaleren.

De *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2017* bestaat uit indicatoren die uitsluitend door ziekenhuizen of uitsluitend door particuliere klinieken worden aangeleverd en uit indicatoren die door zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken worden aangeleverd.

De uitkomsten van indicatoren die door zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken werden aangeleverd, zijn beschreven in de *feedback indicatoren medisch specialistische zorg* die in november 2018 werd verstuurd naar ziekenhuizen en particuliere klinieken die deze gezamenlijke indicatoren hebben aangeleverd. Tevens worden deze uitkomsten (deels) beschreven in *het resultaat telt ziekenhuizen* (<https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2019/03/28/het-resultaat-telt-ziekenhuizen-2017>). De uitkomsten van indicatoren die uitsluitend door particuliere klinieken werden aangeleverd, zijn in dit rapport beschreven.

De inspectie maakt alle data indicatoren particuliere klinieken openbaar op de website <https://data.overheid.nl/>.

Dit jaar heeft de inspectie de indicatoruitkomsten met betrekking tot het operatieve proces nader geanalyseerd, omdat een belangrijk deel van de risico's binnen particuliere klinieken samenhangt met het operatieve proces. Bovendien lieten de geaggregeerde resultaten met betrekking tot het operatieve proces in de afgelopen jaren weinig vooruitgang zien. Bij de analyse is zoveel mogelijk geprobeerd om de indicatoruitkomsten te clusteren naar behandelaanbod. Echter, omdat veel klinieken een divers behandelaanbod hebben, kunnen de indicatoruitkomsten veelal niet worden gerelateerd aan specifieke behandelingen. Bij de interpretatie van de resultaten moet hier rekening mee worden gehouden.

De volgende onderwerpen worden besproken in het hoofdstuk 'indicatoruitkomsten operatief proces':

- Kwalificatie behandelruimten
- Tijdige antibioticaprofylaxe
- Infecties na behandeling
- Stopmoment IV
- Procedurele sedatie
- Delier

De overige data met betrekking tot indicatoren die uitsluitend door particuliere klinieken zijn aangeleverd, staan gepresenteerd in Hoofdstuk 4.

Uitgangspunten

Kwaliteitsverbetering is belangrijk

Het stimuleren van kwaliteitsverbetering een belangrijk doel. De inspectie gaat ervan uit dat de uitkomsten van de risico-indicatoren in de kliniek zelf worden gebruikt om processen bij te stellen en te verbeteren.

Een indicator geeft een signaal over de (kwaliteit van de) zorg op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten

Over een negatief signaal stelt de inspectie vragen: schriftelijk, tijdens een toezichtbezoek of gesprek. De inspectie oordeelt over een kliniek niet alleen op basis van de indicatoren; zij gebruikt ook de uitkomsten van het incidententoezicht en het risicotoezicht.

Instellingen maken zelf resultaten openbaar

De gekozen indicatoren alleen geven, zonder nadere uitleg, geen goed beeld van de zorg in een individuele kliniek, bijvoorbeeld omdat het zorgaanbod en de patiëntenpopulatie per kliniek verschillen. Om die reden wordt aan de klinieken gevraagd om de eigen resultaten zelf openbaar te maken en van een nadere specifieke uitleg te voorzien. Dit kan in het kwaliteitsjaarverslag en via de website van de kliniek.

De basisset is een ontwikkelingsmodel

Een indicatorenset is altijd in ontwikkeling. De ontwikkeling van een indicator is onder andere afhankelijk van geboekte resultaten. Indicatoren die na verloop van tijd niet meer relevant of niet meer onderscheidend zijn, worden door andere indicatoren vervangen of aangepast.

De indicatoren worden ontwikkeld in samenwerking met gemandateerde vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en verpleegkundige verenigingen (V&VN-afdelingen). De inspectie stelt de indicatoren jaarlijks vast in overleg met de koepels van de professionals en van de instellingen waar de inspectie direct toezicht op houdt. Dat zijn de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Federatie Medisch Specialisten (de Federatie), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN).

Algemene informatie over indicatoren en het laatste nieuws hierover is te vinden op www.igj.nl.

Dataverzameling en -analyse

Aan alle bij de inspectie bekende adressen (locaties) van particuliere klinieken en medisch diagnostische centra is in januari 2018 gevraagd de gegevens van de *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2017* via een digitale vragenlijst aan te leveren.

De inspectie heeft ervoor gekozen om, net als in voorgaande jaren, de data over 2017 te verwerken zoals deze zijn aangeleverd. De inspectie heeft de data voorafgaand aan de analyse niet geverifieerd of gecorrigeerd. Particuliere klinieken hebben de selectievragen niet altijd juist en/of consequent beantwoord. Daardoor is het aantal klinieken (n) dat de onder een selectievraag liggende subvragen heeft ingevuld, variabel.

Hoofdstuk 1 Toezicht

In dit hoofdstuk wordt de toezichtssystematiek en de handhaving van het toezicht op de particuliere klinieken toegelicht.

Het toezicht op ziekenhuizen en particuliere klinieken bestaat uit het incidententoezicht (IT) en het risicotoezicht (RT). In het IT voert de inspectie onderzoek uit naar aanleiding van calamiteitenmeldingen, andere (incident)meldingen en signalen en is daarmee reactief. In het RT wordt het toezicht op basis van risico's (risicogestuurd) uitgevoerd en is daarmee proactief. Bij elke nieuw toetredende kliniek legt de inspectie een bezoek af met het bezoekinstrument RT als leidraad.

De indicatoruitkomsten spelen een belangrijke rol in het RT. In dit rapport staan deze uitkomsten voor de particuliere klinieken beschreven, maar eerst wordt het RT nader besproken.

Risicotoezicht

Jaarlijks worden onaangekondigde inspecties bij particuliere klinieken uitgevoerd. Dit kunnen algemene inspectiebezoeken zijn waarbij een organisatie in de volle breedte wordt geïnspecteerd of inspectiebezoeken waarbij een specifiek thema wordt getoetst. De inspectie voert binnen het RT drie typen RT-inspectiebezoeken uit, waarbij de inhoud van de bezoeken is afgestemd op de aard en omvang van de kliniek. Klinieken worden, op basis van het behandelaanbod, ingedeeld in drie risicocategorieën: laag, midden en hoog risico behandelaanbod. Bij deze drie categorieën behoren drie standaard bezoekinstrumenten, waardoor per categorie de meest relevante/ risicovolle onderwerpen worden getoetst.

Selectieproces toezichtbezoeken

De algemene inspectiebezoeken zijn voor een kliniek onaangekondigd. Klinieken worden daarbij geselecteerd op basis van een door de inspectie ingeschat risico met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. Hierbij wordt gebruik gemaakt van informatie uit verschillende bronnen. Eén van die bronnen is de *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren*, die de inspectie jaarlijks uitvraagt bij de klinieken (de resultaten hiervan worden geaggregeerd door de inspectie gepubliceerd in dit rapport).

Uit alle indicatoren is een selectie gemaakt van die indicatoren die een belangrijk signaal kunnen zijn voor het tekortschieten van de kwaliteit van zorg en/of het ontbreken van een passende organisatiestructuur. Zowel medisch inhoudelijke als organisatorische indicatoren maken deel uit van deze selectie.

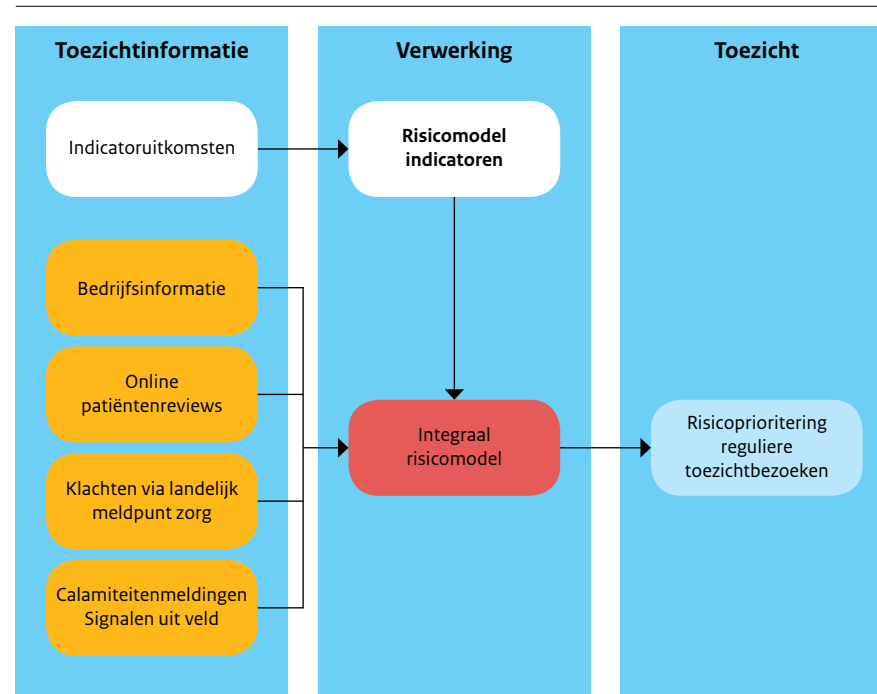
Deze indicatoren worden in een risicomodel gewogen naar het type behandelingen en/of ingrepen dat een kliniek uitvoert en naar combinaties van andere indicatoruitkomsten.

Dit wordt aangevuld met informatie uit andere bronnen^[2] tot één integrale risicoscore. Op basis van deze risicoscore worden klinieken geselecteerd voor een onaangekondigd toezichtbezoek (figuur 1).

Naast deze klinieken wordt een aantal klinieken geselecteerd met een lage risicoscore. Enerzijds is dit ter verificatie van de aangeleverde informatie en anderzijds om te voorkomen dat klinieken met een lage risicoscore niet worden bezocht.

Figuur 1

Overzicht selectieproces reguliere toezichtbezoeken



Bovenstaand figuur laat zien hoe via het risicogestuurde toezicht (RT) afwijkende indicatoruitkomsten worden gebruikt voor selectie van en onderzoek bij klinieken waar deze het hoogste risico opleveren. Deze werkwijze draagt bij aan een efficiënte inzet van de inspectiecapaciteit. Dit is van belang, omdat het aantal particuliere klinieken nog steeds groeit.

[2] Calamiteitenmeldingen conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), bij inspectie; online patiënten reviews (zorgkaart Nederland); meldingen bij Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ); signalen uit het veld.

Signaalbezoeken

In de praktijk blijft een aantal onderwerpen structureel slecht scoren. Deze onderwerpen zijn geclusterd tot twee thema's waarop de inspectie in 2019 extra signaalbezoeken zal afleggen. Deze signaalbezoeken zijn korte bezoeken op specifieke thema's. Doordat er extra inspectieaandacht aan deze achterblijvende thema's wordt besteed, verwacht de inspectie dat ook in het veld extra aandacht aan deze onderwerpen wordt gegeven. De (geaggregeerde) resultaten van deze signaalbezoeken worden door de inspectie gepubliceerd.

Onderstaand zijn de onderwerpen toegelicht die in 2019 per thema worden getoetst.

- 1 patiëntenrechten en -eisen voor goede zorg
- 2 professionals

Handhaving

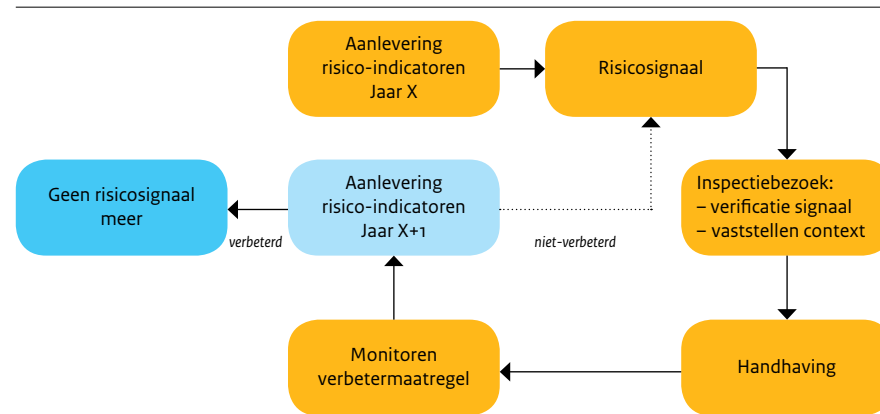
De indicatoren die gebruikt worden voor het risicomodel geven een indicatie van de kwaliteit van het desbetreffende (zorg)proces of thema. De uitkomst is daarnaast ook een signaal, een indicatie voor de inspectie, voor de kwaliteit van de totale kliniek. Tijdens de onaangekondigde RT-bezoeken wordt, naast de algemene inspectieonderwerpen, aandacht aan deze signalen besteed. Het komt voor dat achteraf blijkt dat de resultaten van de indicatoren onjuist zijn aangeleverd, waardoor zo'n signaal een andere duiding krijgt. Het onjuist aanleveren van data wordt overigens ook als signaal gezien.

De inspectie handhaaft als na verificatie van de indicatoruitkomsten blijkt dat de afwijkingen tot risico's leiden. Indien naar aanleiding van inspectiebezoeken maatregelen zijn opgelegd, bewaakt de inspectie of noodzakelijke verbeteringen worden geïmplementeerd. Maar het is de verantwoordelijkheid van iedere zorgaanbieder om wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden na te leven, om risico's op gezondheidsschade zoveel mogelijk te beperken en de veiligheid van de patiënt te waarborgen. De inspectie verwacht dat bestuurders hun verantwoordelijkheid nemen om de kwaliteit en veiligheid op orde te brengen en te waarborgen. Indien blijkt dat bestuurders in gebreke blijven, handhaaft de inspectie.

Doordat de indicatoren jaarlijks worden uitgevraagd, vindt structureel monitoring van (verbeteringen van) de kwaliteit van zorg plaats (figuur 2).

Figuur 2

Toezichtcyclus: risicomodel-inspectiebezoeken



Van de inspectie wordt verwacht dat zij gericht, stringent en transparant toezicht houdt op de particuliere klinieken. De inspectie doet dit door onaangekondigde inspecties en gesprekken met bestuurders en medewerkers van de klinieken. De bestuurder is eindverantwoordelijk voor goede zorg, voor de kwaliteit en veiligheid binnen zijn organisatie en moet erop sturen dat professionals zich aan de wet- en regelgeving houden.

Vanwege de verantwoordelijkheid van bestuurders voor goede zorg, dus ook voor kwaliteit en veiligheid, verwacht de inspectie dat zij bij het verzamelen en analyseren van de indicatorresultaten kijken of hun kliniek op koers ligt en dat zij, indien nodig, maatregelen nemen.

Maatregelen

Zorgaanbieders en zorgverleners moeten goede zorg aanbieden en verlenen. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is daar duidelijk over en de inspectie ziet daarop toe. Goed bestuur en intern toezicht moeten leiden tot de uitkomst dat patiënten veilige en goede zorg krijgen. Naleving van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen, standaarden en afspraken zijn hiervoor het uitgangspunt.

Het handhavingskader van de inspectie is hiervoor leidend. De inspectie handhaaft op basis van de risico's doelgericht en proportioneel. Het uitgangspunt is vertrouwen in de bestuurders. De inspectie gaat ervan uit dat zij invulling geven aan hun primaire verantwoordelijkheid: goede zorg leveren. De uitkomsten van inspecties beziend, blijkt dat een aantal bestuurders deze verantwoordelijkheid niet of onvoldoende waarmaakt. Als de inspectie dit constateert, dan handhaaft zij. De inspectie doet dit door gebruik te maken

van de maatregelen die haar ter beschikking staan. Deze lopen uiteen van advies- en stimuleringsinterventies tot het opleggen van afdwingbare handhavingsmaatregelen.

De signaalbezoeken op de twee thema's zijn een actie naar aanleiding van achterblijvende resultaten op deze thema's. De bezoeken zijn daarmee een algemene maatregel op sectorbreed geconstateerde tekortkomingen.

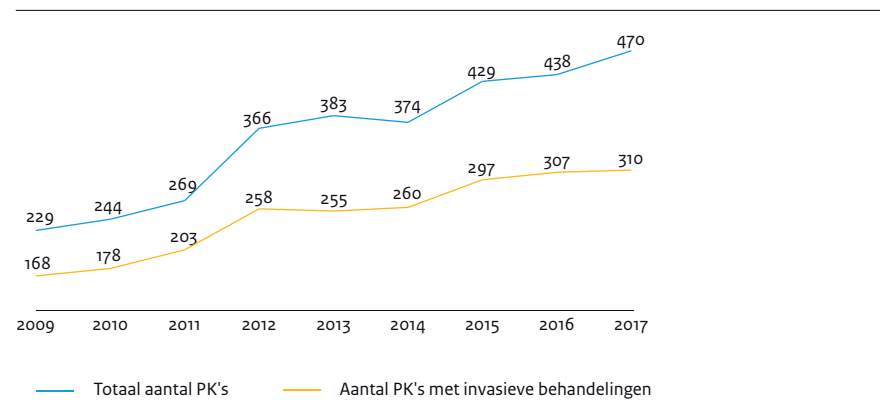
Hoofdstuk 2 Kengetallen

In dit hoofdstuk worden kengetallen weergegeven die inzicht geven in de aard en omvang van het veld.

Bevindingen

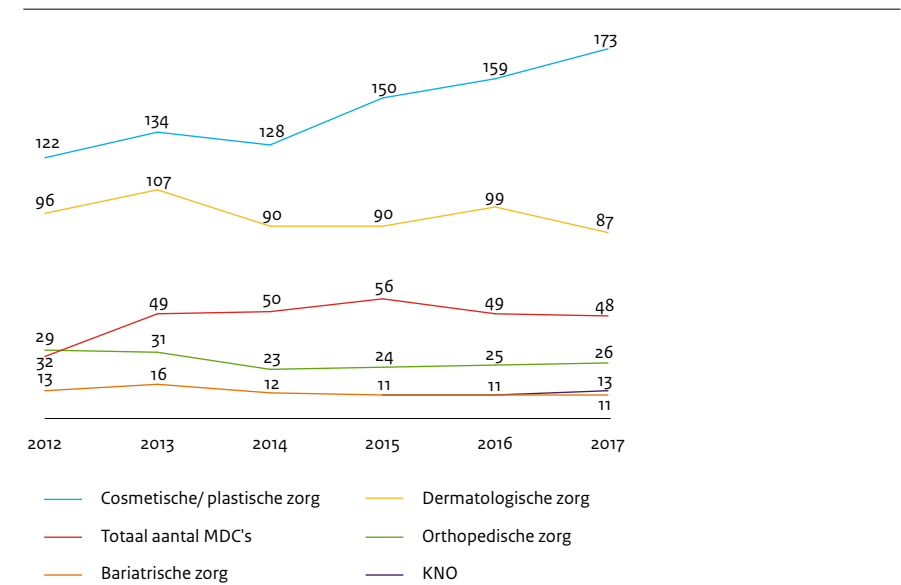
In totaal hebben 470 particuliere klinieken gegevens aangeleverd over het verslagjaar 2017. In onderstaande figuren zijn de kengetallen weergegeven van klinieken die de afgelopen jaren data hebben aangeleverd.

Figuur 3
Aantal particuliere klinieken (PK's) dat indicatoren heeft aangeleverd 2009 – 2017



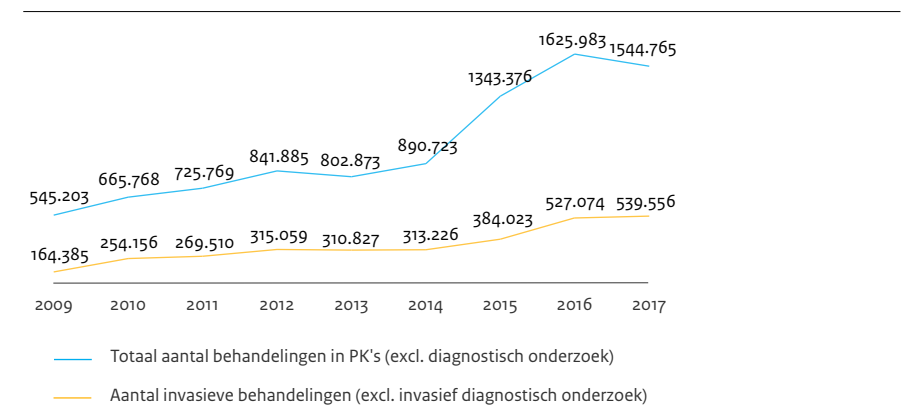
Het aantal (locaties) particuliere klinieken dat gegevens heeft aangeleverd is ten opzichte van vorig jaar is met 32 gestegen (7,3 procent). Het aantal klinieken dat invasieve ingrepen uitvoerde bleef vrijwel gelijk.

Figuur 4
Ontwikkelingen behandelaanbod particuliere klinieken (PK's) 2012 – 2017



Uit bovenstaande figuur blijkt dat de grootste stijging (8,8 procent) heeft plaatsgevonden in de groep particuliere klinieken die cosmetische en/of plastische chirurgie aanbod. Het aantal klinieken met een dermatologisch behandelaanbod is met 12 procent afgenomen ten opzichte van vorig jaar. Het aantal klinieken met een ander behandelaanbod bleef vrijwel stabiel.

Figuur 5
Ontwikkelingen aantal behandelingen 2009 – 2017



Van de 470 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basiset Medisch Specialistische Zorg 2017) hebben aangeleverd gaven 64 klinieken (14 procent) aan dat zij in totaal 137.558 keer invasieve diagnostiek hebben uitgevoerd (gemiddeld 2.183 invasieve diagnostiek per kliniek; mediaan 841; spreiding 2-12.213). Van deze 64 klinieken hebben 12 klinieken (19 procent) aangegeven dat zij geen invasieve ingrepen hebben uitgevoerd, maar uitsluitend invasieve diagnostiek hebben geleverd. In totaal voerden deze 12 klinieken 11.007 keer invasieve diagnostiek uit (gemiddeld 917; mediaan 260; spreiding 3-4.020).

Hoofdstuk 3 Operatief proces

In de basiset indicatoren voor Medisch Specialistische Zorg is een aantal indicatoren rond het operatieve proces opgenomen. De inspectie heeft in dit hoofdstuk de analyse van de thema's over het voorkomen van infecties en het voorkomen van complicaties en incidenten rondom de operatieve zorg beschreven.

Indicatoren

Onder het thema 'voorkomen van infecties' vallen de volgende indicatoren:

- kwalificatie behandelruimten
- tijdige antibioticaprofylaxe
- infecties na behandeling

Onder het thema 'voorkomen van complicaties en incidenten rondom de ingreep' vallen de volgende indicatoren:

- stopmoment IV; time-out procedure
- procedurele sedatie
- delier

Kwalificatie behandelruimten

Inleiding

Aan de behandelomstandigheden waaronder invasieve ingrepen worden uitgevoerd, worden onder andere eisen gesteld aan de mate van steriliteit. Wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten bepalen onder welke omstandigheden bepaalde ingrepen, invasieve behandelingen, moeten worden uitgevoerd. Operatieafdelingen moeten jaarlijks worden gevalideerd.

De inspectie heeft drie groepen onderscheiden waarbij duiding wordt gegeven aan de indicator; alle klinieken waar invasieve ingrepen op een operatieafdeling worden uitgevoerd, klinieken waar heup- en knieprotheses worden geplaatst en klinieken waar borstprotheses worden geplaatst. Ingrepen waarbij heup-, knie- of borstprotheses worden geplaatst moeten, conform het standpunt van de betreffende wetenschappelijke verenigingen, altijd worden uitgevoerd in een operatieafdeling klasse 1 prestatieniveau 1 om de kans op een infectie bij het inbrengen van een prothese zo veel mogelijk te verlagen.

Doel indicator

Voorkomen van postoperatieve wondinfecties door het toepassen van infectiepreventie-maatregelen gericht op de luchtkwaliteit in operatiekamers en opdekruimten van operatieafdelingen klasse 1.

Richtlijnen

- Luchtbehandeling in operatiekamer en opdekruimte in operatieafdeling klasse 1; WIP 2014;
- Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen; WIP 2011;
- Standpunt OK-classificering cosmetische ingrepen; NVPC 14-10-2016;
- Preventie van postoperatieve wondinfectie bij een totale heupprothese; NOV 2010

Risico's

Indien het luchtbehandelingssysteem van operatieafdelingen niet jaarlijks wordt gevalideerd en voldoet, is het risico aanwezig dat deze niet goed (meer) functioneert zonder dat de gebruiker dit opmerkt. Hierdoor is de kans groter dat de patiënt een postoperatieve wondinfectie (POWI) krijgt met als gevolg dat patiënten kunnen overlijden, langer ziek zijn en/of meer zorg nodig hebben. Dezelfde risico's gelden voor het uitvoeren van ingrepen in de verkeerde behandelomstandigheden.

Bevindingen

Algemeen

Het aantal klinieken dat invasieve ingrepen uitvoerde was 310, hiervan voerden 111 klinieken ingrepen uit in een operatieafdeling klasse 1, prestatieniveau 1. Van deze 111 klinieken beschikten 93 klinieken zelf over een dergelijke operatieafdeling. De overige 18 klinieken voerden ingrepen in een operatieafdeling klasse 1, prestatieniveau 1 uit op externe locatie. Bijvoorbeeld een andere kliniek of een ziekenhuis waar een operatieruimte werd gehuurd. Van de 93 klinieken die zelf over een operatiekamer klasse 1, prestatieniveau 1 beschikten, beschikten drie klinieken over een validatierapport dat ouder dan één jaar was. Dit betrof de volgende klinieken: Oogziekenhuis Zonnestraal (twee locaties) en Victoria Kliniek. Van de 25 klinieken die ingrepen uitvoerden op een operatieafdeling klasse 1, prestatieniveau 2 beschikten 19 klinieken zelf over een dergelijke operatieafdeling. Alle 19 klinieken beschikten over een validatierapport dat niet ouder dan één jaar was. In totaal voerden 37 klinieken ingrepen uit op een operatieafdeling klasse 2, waarvan 33 klinieken zelf beschikten over een dergelijke operatieafdeling. Alleen 'Stichting Polikliniek De Blaak' beschikte over een validatierapport dat ouder dan een jaar was. In 230 klinieken werden invasieve ingrepen (ook) in een behandelkamer uitgevoerd. Van deze 230 klinieken beschikten 226 over een eigen behandelkamer.

Orthopedie

Figuur 6

Behandelruimten in klinieken waar heup- en knieprothesen worden geplaatst

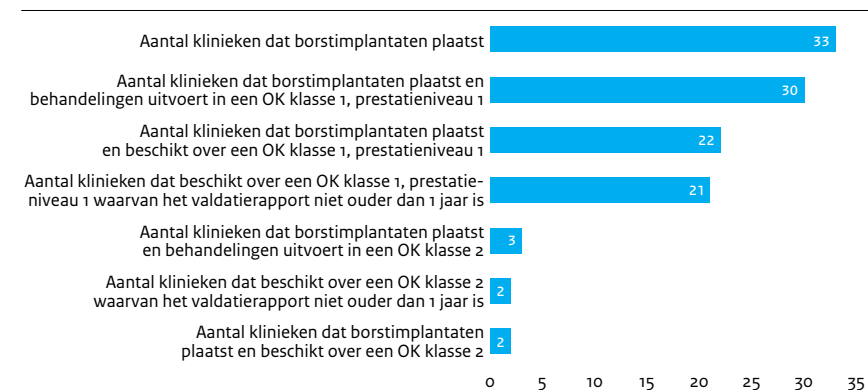


Heup- en/of knieprothesen werden op zestien locaties van tien klinieken geplaatst. Alle tien de klinieken gaven aan dat ingrepen plaatsvonden op een operatieafdeling klasse 1, prestatieniveau 1. Van de zestien locaties beschikten dertien over een eigen operatiekamer. Alle klinieken beschikten over een actueel validatierapport van de operatieafdeling dat niet ouder dan één jaar was.

Borstimplantaten

Figuur 7

Behandelruimten in klinieken waar borstimplantaten worden geplaatst



Van de 33 klinieken die borstimplantaties (definitieve borstimplantaten en tijdelijke implantaten zoals tissue-expanders) uitvoerden, voerden 30 klinieken ingrepen uit in een operatiekamer klasse 1, prestatieniveau 1. Van deze 30 klinieken beschikten 22 klinieken zelf over een operatiekamer klasse 1, prestatieniveau 1. Eén kliniek beschikte over een validatierapport ouder dan één jaar: Victoria Kliniek. De overige acht klinieken voerden

de ingrepen uit in een andere zorginstelling. Medcentric, dat ingrepen uitvoerde in het ziekenhuis ZorgSaam, beschikte over een validatierapport dat ouder dan een jaar was. Van de 33 klinieken die borstimplantaties uitvoerden hebben drie klinieken aangegeven alleen ingrepen uit te voeren in een operatiekamer klasse 2 en niet in een operatiekamer klasse 1 prestatieniveau 1. Dat waren de klinieken 'Essential Aesthetics', 'Beekmanklinieken' en 'Medisch Centrum Bloemendaal'. Deze drie klinieken voldeden hiermee niet aan de eisen.

Ontwikkelingen in 2017-2019

Op dit moment wordt een nieuwe richtlijn inzake luchtbehandeling ontwikkeld, waarin de eisen worden beschreven voor diverse behandelomstandigheden. Zodra deze richtlijn is vastgesteld en gepubliceerd, zal de indicator, indien nodig, hierop worden aangepast.

Tijdige antibioticaprofylaxe

Inleiding

Bij een groot aantal behandelingen is aangetoond dat het toedienen van antibiotica voorafgaand aan de operatie bijdraagt aan het verminderen van postoperatieve wondinfecties (POWI). Het optimale tijdstip van het toedienen van de antibiotica ligt tussen de vijftien en zestig minuten voor de incisie. De indicator 'tijdige antibioticaprofylaxe' bestaat uit twee stappen: het percentage operaties waarbij antibiotica is toegediend en het percentage operaties waarbij deze antibiotica tijdig is toegediend.

Doel indicator

Voorkomen van wondinfecties door gerichte en tijdige profylaxe.

Richtlijnen

- Richtlijn peroperatief proces; NVA, NVH, 2011
- VMS thema 'Voorkomen van wondinfecties na een operatie', 2009

Risico's

Indien antibioticaprofylaxe niet (tijdig) aan de patiënt wordt gegeven is de kans groter dat een patiënt een postoperatieve wondinfectie (POWI) ontwikkelt. Dit kan leiden tot overlijden van de patiënt, langer ziek zijn en/of meer zorg nodig hebben.

Bevindingen

Voor deze indicator is een aantal indicatoroperaties bepaald waarvoor deze indicator aangeleverd moet worden. Voor wat betreft operaties die uitgevoerd worden in particuliere klinieken vallen alleen de knie- en heupoperaties hieronder. Van de 470 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, gaven zestien klinieken aan dat zij knie- en/of heupprothesen hebben geplaatst. Opvallend is dat Annatommie mc voor zes locaties precies dezelfde getallen

aanleverde en dat Ave Orthopedische Klinieken voor de locatie MC Slotervaart aangaf slechts zeven knie- en/of heupprothesen in het verslagjaar te hebben geplaatst. Van de zestien klinieken hadden twee aangegeven dat het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe niet bekend was, waarvan Reinaert kliniek als toelichting gaf 'in EPD' en Kneeclinik hiervoor geen toelichting gaf. Het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe behoort bij alle klinieken bekend te zijn. Dit is belangrijke stuurinformatie voor de kliniek.

De klinieken waarvan de gegevens bekend waren gaven allemaal aan dat bij alle indicatoroperaties peroperatieve antibioticaprofylaxe werd gegeven.

Dertien van de veertien klinieken gaven aan dat bij 100 procent van de ingrepen antibioticatoediening tijdig, tussen de vijftien en zestig minuten voor de incisie, plaatsvond. Alleen Stichting ViaSana gaf aan dat dit bij 99,2 procent het geval was. Een percentage van 100 procent is in het algemeen niet in overeenstemming met de bevindingen die tijdens inspectiebezoeken worden gedaan. Mogelijk zijn deze percentages niet daadwerkelijk gemeten, maar gebaseerd op veronderstelde/gewenste resultaten. Door op deze wijze te registreren wordt een mogelijkheid tot verbetering van de kwaliteit van zorg gemist en is sturing op dit onderdeel niet mogelijk.

Infecties na behandeling

Inleiding

De indicator infecties na behandeling bestaat uit twee indicatoren, namelijk: surveillance van postoperatieve infecties en het aantal patiënten met een (postoperatieve) infectie na een invasieve ingreep. Het voorkomen van infecties start met het registreren van infecties na een invasieve ingreep. Een goede infectieregistratie maakt het mogelijk om op deze onbedoelde zorguitkomst te sturen. Onderdeel van een betrouwbare registratie is een systematische controle op postoperatieve infecties bij invasief behandelde patiënten. De poliklinische controle is een betrouwbare controlemethode.

Surveillance van infecties omvat meer dan het registreren hiervan. Door het verwerken, analyseren en interpreteren van de gegevens kunnen interventies/maatregelen genomen worden om de kans op infecties te reduceren.

Doel indicator

Het verkleinen van de kans op (postoperatieve) infecties bij invasieve ingrepen.

Richtlijn

Postoperatieve wondinfecties, WIP 2011

Risico's

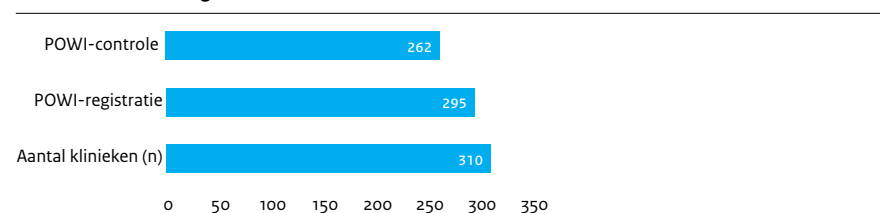
Door onvoldoende surveillance op infecties na een invasieve ingreep kan het voorkomen dat een infectie niet wordt opgemerkt en daardoor (te lang) onbehandeld blijft. Hierdoor kan een patiënt onnodig schade oplopen. Bij onvoldoende surveillance ontbreekt ook belangrijke stuurinformatie, waardoor onvoldoende maatregelen kunnen worden genomen om infecties terug te dringen.

Bevindingen

Algemeen

Figuur 8

Infecties na behandeling

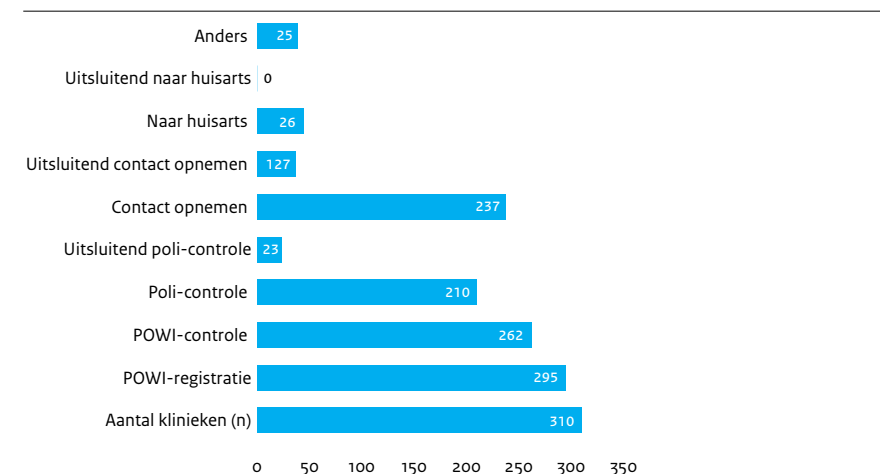


Van de 470 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basiset Medisch Specialistische Zorg 2017) hebben aangeleverd, gaven 310 klinieken (66 procent) aan dat zij bij patiënten invasieve ingrepen hebben uitgevoerd. In totaal verrichtten deze 310 klinieken 539.556 invasieve ingrepen (gemiddeld 1.763 ingrepen per kliniek; mediaan 1.008; spreiding 3- 12.325) bij in totaal 377.653 patiënten.

Van de 310 klinieken die invasieve ingrepen hebben uitgevoerd, gaven 295 klinieken (95 procent) aan dat zij het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een invasieve ingreep registreerden en 262 klinieken (85 procent) voerden een systematische controle op postoperatieve infecties uit bij alle patiënten die een invasieve ingreep hadden ondergaan.

Figuur 9

POWI-surveillance klinieken met invasief behandel aanbod



Voor de indicator die vraagt naar de vorm van de postoperatieve controles die worden uitgevoerd, bestaan vijf antwoordcategorieën^[3]:

- patiënten worden poliklinisch gecontroleerd na een invasieve ingreep (in grafiek: 'poli-controle');
- patiënten worden geadviseerd om contact op te nemen met de zorgaanbieder bij tekenen van infectie (in grafiek: 'contact opnemen');
- patiënten worden geadviseerd om contact op te nemen met de huisarts bij tekenen van infectie, waarbij patiënten de huisarts moeten vragen om hierover te rapporteren aan de zorgaanbieder (in grafiek: 'naar huisarts');
- andere vorm van controle (in grafiek: 'anders')
- geen beleid (geen enkele kliniek heeft dit antwoord gegeven)

Als in bovenstaande grafiek 'uitsluitend' wordt vermeld, dan betekent dit dat een kliniek uitsluitend deze controlemethode gebruikt.

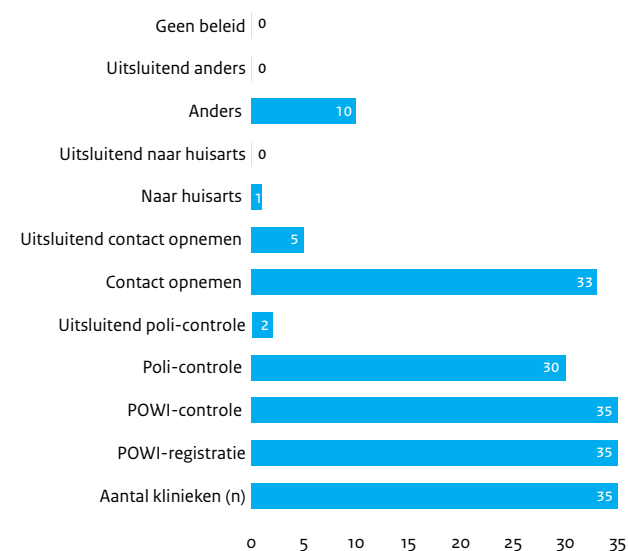
In totaal voerden 262 klinieken een systematische controle op postoperatieve infecties uit. Hiervan voerde 210 klinieken ten minste één poliklinische controle uit, waarbij 23 klinieken dit als enige vorm van controle hanteerden. Zoals uit bovenstaande figuur blijkt, adviseerden 237 klinieken ten minste om bij tekenen van infectie contact met de kliniek op te nemen.

[3] Zie Basiset Medisch Specialistische Zorg 2017

Cataract

Figuur 10

Cataractextracties



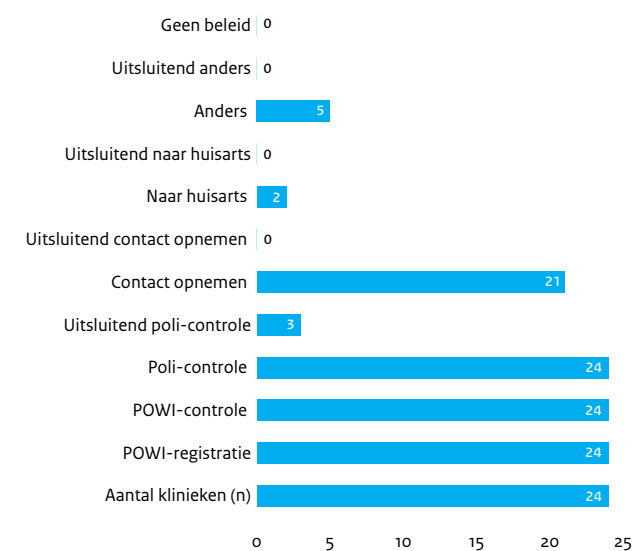
Van de 470 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basiset Medisch Specialistische Zorg 2017) hebben aangeleverd, gaven 35 klinieken (13 procent) aan dat zij in totaal 42.724 cataractextracties (gemiddeld 1221 per kliniek; mediaan 1.189; spreiding 24-3.803) hebben uitgevoerd. Alle 35 klinieken registreerden infecties en voerden een systematische controle uit op postoperatieve infecties. Het gemiddelde infectiecijfer bedroeg 0,03 procent ($p_{10}=0,0$ procent; mediaan=0,0 procent; $p_{90}=0,04$ procent; spreiding 0,0-0,6 procent). Drie klinieken hadden een infectiepercentage boven p_{90} (0,04 procent). Dit betrof klinieken met lage aantallen, waardoor een enkele infectie al een verhoogd infectiepercentage geeft.

De controlevormen worden in bovenstaande grafiek weergegeven. Hieruit blijkt dat 30 klinieken (86 procent) klinieken ten minste poliklinische controle uitvoerden, waarbij 2 klinieken dit als enige vorm van controle hanteerden. 33 Klinieken adviseerden ten minste patiënten om bij tekenen van infectie contact met de kliniek op te nemen, waarbij vijf klinieken dit als enige vorm van controle hanteerden. Deze vijf klinieken voldeden hiermee niet aan de richtlijn. Alle 35 klinieken die cataractextracties uitvoerden, hanteerden minstens één van bovenstaande twee controlevormen.

Refractiechirurgie

Figuur 11

Refractiechirurgie



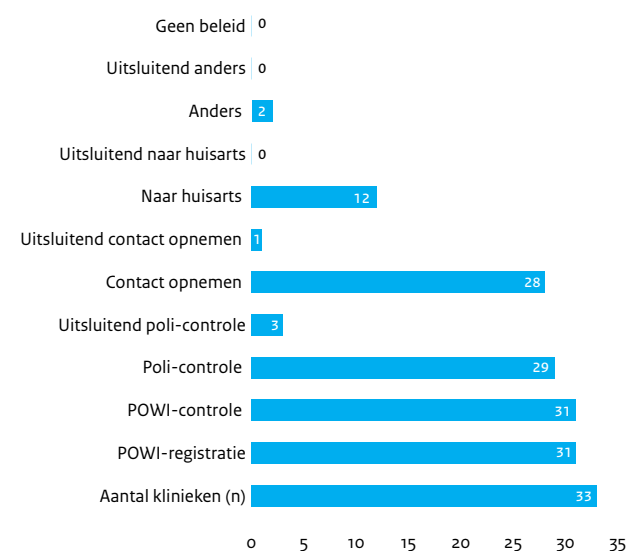
Van de 470 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basiset Medisch Specialistische Zorg 2017) hebben aangeleverd, gaven in totaal 24 klinieken aan dat zij in 2017 refractiechirurgie hebben uitgevoerd bij in totaal 13.672 patiënten (gemiddeld 570 patiënten per kliniek; spreiding 3-3.059). Alle 24 klinieken registreerden infecties en voerden een systematische controle uit op postoperatieve infecties. Het gemiddelde infectiecijfer bedroeg 0,02 procent ($p_{10}=0,0$ procent; mediaan=0,0 procent; $p_{90}=0,06$ procent; spreiding 0,0-0,2 procent).

De controlevormen worden in bovenstaande grafiek weergegeven. Hieruit blijkt dat alle 24 klinieken (100 procent) ten minste poliklinische controle uitvoerden, waarbij 3 klinieken dit als enige vorm van controle hanteerden.

Borstimplantaten

Figuur 12

Borstimplantaten



Van de 470 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basiset Medisch Specialistische Zorg 2017) hebben aangeleverd, gaven 33 klinieken aan dat zij (in totaal 10.712) borstimplantaten hebben geplaatst bij in totaal 5.897 patiënten. Van deze klinieken voerden 31 klinieken een systematische controle op postoperatieve infecties uit. Twee klinieken deden dit niet: Medisch Centrum Waalre en ABC Clinic. Van bovenstaande 33 klinieken registreerden 31 klinieken postoperatieve infecties. Twee klinieken deden dit niet en gaven daarbij de volgende toelichting:

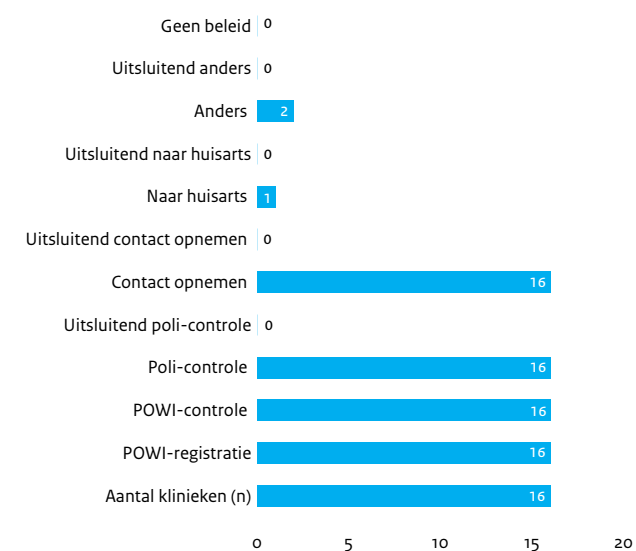
- Arenborghoeve: 'geen infectie gehad'
- Beekmanklinieken: 'Behandeling wordt vastgelegd in het EPD. Om technische redenen zijn hier geen aantallen mogelijk'

De controlevormen worden in bovenstaande grafiek weergegeven. Hieruit blijkt dat 29 van de 33 klinieken ten minste poliklinische controle uitvoerden, waarbij 3 klinieken dit als enige vorm van controle hanteerden. En 28 van de 33 klinieken adviseerden ten minste patiënten om bij tekenen van infectie contact met de kliniek op te nemen. Alle 33 klinieken die borstimplantaten plaatsten, hanteerden minstens één van bovenstaande twee controlevormen.

Orthopedische implantaten

Figuur 13

Knie-heupprothesen



Van de 470 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basiset Medisch Specialistische Zorg 2017) hebben aangeleverd gaven 16 klinieken aan dat zij in 2017 knie en/of heupprothesen hebben geplaatst bij in totaal 8.212 patiënten. In totaal hebben deze 16 klinieken bij 4.558 patiënten een knieprothese geplaatst (gemiddeld 285 patiënten per kliniek; mediaan 264; spreiding 3-810) en 15 klinieken hebben in totaal bij 3.654 patiënten een heupprothese geplaatst (gemiddeld 244 patiënten per kliniek; mediaan 322; spreiding 2-635).

Het gemiddelde infectiecijfer bij heupprothesen (n=15) bedroeg 0,5 procent (p10=0,0 procent; mediaan=0,5 procent; p90=0,9 procent; spreiding 0-0,9 procent)

Het gemiddelde infectiecijfer bij knieprothesen (n=16) bedroeg 0,2 procent (p10=0 procent; mediaan=0 procent; p90=0,4 procent; spreiding 0-1,45 procent). Eén kliniek had een infectiepercentage van 1,45 procent (8/553) en scoorde daarmee boven p90. Alle 16 klinieken voerden een systematische controle op postoperatieve infecties en registreerden postoperatieve infecties. Ook hanteerden alle 16 klinieken zowel poliklinische controle, als het advies om contact met de zorgaanbieder op te nemen bij tekenen van infectie, als controlemethode voor postoperatieve infecties.

Stopmoment IV; time-out procedure

Inleiding

Vlak voordat invasieve ingrepen daadwerkelijk worden uitgevoerd wordt stopmoment IV, de time-out procedure, toegepast. Bij deze procedure zijn zowel de operateur, de anesthesioloog als het assisterend operatiepersoneel aanwezig. Ook de patiënt wordt bij de procedure betrokken. Tijdens de procedure wordt een aantal zaken gecontroleerd zoals: de juiste patiënt, de juiste operatie, de juiste zijde, stollingsstatus, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering van de patiënt, aanwezigheid van bevoegd en bekwaam personeel en materialen en eventuele bijzonderheden. De operateur is verantwoordelijk voor het toepassen van de time-out en de verslaglegging hiervan in het medisch dossier.

Doel indicator

Het voorkomen van verwisseling van de juiste patiënt, operatie of zijde en controle op het aanwezig zijn van de juiste materialen en middelen. Daarnaast wordt beoordeeld aan de hand van de laatste informatie of het voldoende veilig is de operatie uit te voeren.

Richtlijn

Richtlijn perioperatief proces; NVA, NVH, 2011

Risico's

Het niet of niet volledig toepassen van de time-outprocedure verhoogt het risico op onder andere verwisseling van patiënt, operatie of zijde. Ook neemt het risico toe op het ontstaan van onvoorziene incidenten of complicaties.

Bevindingen

Algemeen

Van de 470 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg 2017) hebben aangeleverd, gaven 310 klinieken aan dat zij invasieve ingrepen uitvoerden. Van deze 310 klinieken heeft één kliniek aangegeven dat zij geen gegevens konden aanleveren betreffende stopmoment IV. 46 Klinieken hebben 0 ingevuld bij het aantal patiënten waarbij een invasieve ingreep werd goedgekeurd en ingepland. Daarnaast gaven vijf klinieken aan dat zij bij meer dan 100 procent van de behandelde patiënten stopmoment IV hadden toegepast, deze klinieken zijn in de analyse geëxcludeerd. Dit betreft de volgende klinieken: Arenborghoeve, Mosaderma Dr. Mulkens Kliniek, Lasik Centrum oogkliniek, Stolmed Klinieken en Cosmed Kliniek. In totaal werden van 310 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden, 52 (bovenstaande) klinieken geëxcludeerd. Hierdoor werden voor deze indicator uiteindelijk 258 klinieken geanalyseerd.

In totaal voerden deze 258 klinieken die de gegevens hebben aangeleverd, bij 284.201 patiënten een invasieve ingreep uit (gemiddeld 1102 patiënten per kliniek; spreiding 1-5805).

Het gemiddeld percentage toegepaste stopmomenten IV bij patiënten die een invasieve ingreep ondergingen betrof 94,4 procent, spreiding 0 – 100 procent, mediaan 100 procent. Van de 258 klinieken hebben 12 klinieken aangegeven dat bij geen van de patiënten stopmoment IV was toegepast. Dit betrof klinieken waar ingrepen met *injectables*^[4] werden uitgevoerd, haartransplantaties en dermatologische ingrepen werden uitgevoerd en klinieken waar gynaecologische onderzoeken en ingrepen plaatsvonden.

Oogheelkunde

In totaal hebben 48 klinieken aangegeven dat zij oogheekundige ingrepen hebben uitgevoerd in 2017; 13 klinieken voerden alleen refractiechirurgie uit, 23 klinieken alleen cataractoperaties en 12 klinieken voerden beide ingrepen uit.

Van de 13 klinieken die alleen refractiechirurgie uitvoerden (geen cataractextracties), gaf kliniek Ooglaser Select aan dat zij niet actief waren (een 'slapend label') en alleen een website bezaten. Deze kliniek is in de analyse geëxcludeerd. Het gemiddelde percentage patiënten waarbij stopmoment IV werd toegepast was in deze 12 klinieken, 99,6 procent (spreiding 95,7 – 100 procent, 11 klinieken registreerden 100 procent).

In totaal voerden 23 klinieken alleen cataractoperaties (geen refractiechirurgie) uit. Het gemiddelde percentage patiënten waarbij stopmoment IV werd toegepast was in deze 23 klinieken, 99,9 procent (spreiding 99,3 – 100 procent, 20 klinieken registreerden 100 procent).

Van de 12 klinieken die zowel refractiechirurgie als cataractextracties uitvoerden was bij de Lasik Centrum oogkliniek het percentage patiënten waarbij stopmoment IV werd toegepast hoger dan 100 procent en is daarom geëxcludeerd. Het gemiddelde percentage patiënten waarbij stopmoment IV werd toegepast was in deze 11 klinieken, 99,3 procent (spreiding 91,8 – 100 procent, 10 klinieken scoorden 100 procent).

Borstimplantaten

Van de 470 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg 2017) hebben aangeleverd, gaven 33 klinieken aan dat zij (in totaal 10.712) borstimplantaten hebben geplaatst. Van deze 33 klinieken hadden twee klinieken een percentage patiënten waarbij het stopmoment IV werd toegepast hoger dan 100 procent, deze twee klinieken zijn in de analyse geëxcludeerd. Dit betrof Kliniek Arenborghoeve en Cosmed Kliniek. Van de overige 31 klinieken was het gemiddelde percentage patiënten waarbij stopmoment IV werd toegepast en vastgelegd 95,3 procent (spreiding 25,7 – 100 procent, mediaan 100 procent). Van bovenstaande 31 klinieken hadden zeven klinieken een percentage onder 100 procent, variërend van 25,7 tot 99,9 procent. Het merendeel van deze klinieken voerden naast borstimplantaties ook andere invasieve ingrepen uit zoals injectables, dermatologische ingrepen en diagnostische ingrepen, de hiervoor genoemde percentages hebben betrekking op het totaal aan uitgevoerde invasieve ingrepen.

[4] Botox-injecties en niet-permanente fillers

Orthopedische ingrepen

In totaal hebben 26 klinieken aangegeven dat zij in 2017 orthopedische ingrepen hebben uitgevoerd. Van deze 26 klinieken hebben 16 klinieken knie en/of heupprothesen geplaatst. Het gemiddeld percentage patiënten, bij deze 16 klinieken, waarbij stopmoment IV werd toegepast bedroeg 99,9 procent (spreiding 98,4 procent – 100 procent, mediaan 100 procent). Van de 16 klinieken hadden 15 klinieken een percentage van 100 procent.

Dermatologie

Van de 470 klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd gaven 34 klinieken aan uitsluitend dermatologische ingrepen uit te voeren, hiervan werden 2 klinieken geëxcludeerd in de analyse. Stichting Medisch Centrum Baarn gaf aan een slapende stichting te zijn en Intermedica kliniek gaf aan geen invasieve ingrepen uit te voeren. Van de overige 32 klinieken hebben 22 klinieken gegevens aangeleverd met betrekking tot de indicator 'stopmoment IV'. In totaal hebben deze 22 klinieken 24.727 patiënten behandeld (gemiddeld 1124 patiënten per kliniek, mediaan 573, spreiding 4 – 4464). Het gemiddeld percentage patiënten waarbij stopmoment IV werd toegepast was 90,9 procent (spreiding 0 – 100 procent, mediaan 100 procent). Van de 22 klinieken hadden 20 klinieken een percentage van 100 procent. Twee locaties van Dermatologie Praktijk Eendenburg/Nanninga hadden een percentage van 0 procent.

Procedurele sedatie

Inleiding

Procedurele sedatie (PSA) wordt gegeven om het bewustzijn zodanig te verlagen dat de patiënt zo comfortabel mogelijk een diagnostische/ operatieve procedure kan ondergaan en de procedure veilig uitgevoerd kan worden. PSA kan veilig worden uitgevoerd door niet-anesthesiologen als aan een aantal kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden is voldaan. De indicatoren bij procedurele sedatie geven weer of klinieken op bepaalde onderdelen voldoen aan de in de richtlijn opgenomen voorwaarden. De inspectie heeft voor het toetsen van de richtlijn een toetsingskader opgesteld.

De vereiste onderdelen waar de indicatoren op zijn gericht zijn de volgende:

- Werken volgens de richtlijn sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer en het toetsingskader sedatie en/of analgesie van de inspectie
- Aansluiting bij PSA-commissie
- Expertise personeel
- Informed consent

Doel indicator

Beoordelen of klinieken waar procedurele sedatie wordt toegepast voldoen aan de voorwaarden om veilige zorg verlenen.

Richtlijn

Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer, NVA 2012

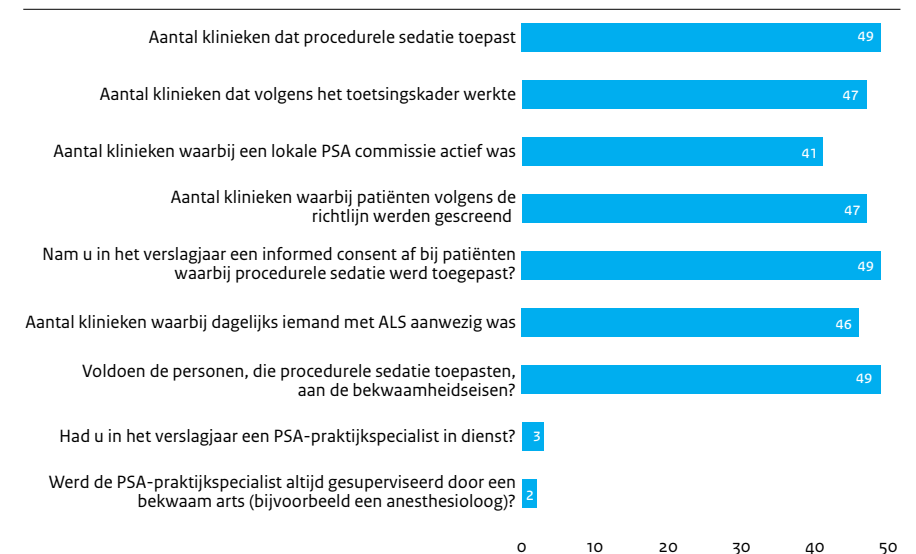
Risico's

Bij het niet voldoen aan de bovenstaande onderdelen waar de indicatoren op gericht zijn bestaat het risico dat zich onverwacht situaties voordoen die ernstig letsel of het overlijden van de patiënt tot gevolg kunnen hebben.

Bevindingen

Figuur 14

Procedurele sedatie



Van de 470 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg 2017) hebben aangeleverd, gaven 242 klinieken aan een vorm van anesthesie toe te passen waarvan 49 klinieken procedurele sedatie toepasten.

In totaal pasten deze 49 klinieken bij 34.256 patiënten procedurele sedatie toe (gemiddeld 699 patiënten per kliniek; spreiding 1-3069).

Van deze 49 klinieken gaven 47 klinieken aan dat zij volgens het toetsingskader van de inspectie werkten.

Zowel de Stichting Melles Hoornvlietkliniek als het Oogcentrum Eibergen gaven aan dat zij geen screening uitvoerden zoals deze in de richtlijn was opgenomen. Oogcentrum Eibergen had aangegeven volgens het toetsingskader te werken waarin wordt verwezen naar de screening zoals beschreven in de richtlijn. Het Oogcentrum Eibergen gaf echter als

toelichting dat zij volgens de Duitse richtlijnen werkten omdat de anesthesioloog uit Duitsland kwam. Het is opmerkelijk dat de Stichting Melles Hoornvlieskliniek aangaf niet te werken volgens het toetsingskader maar wel de screening volgens de richtlijn uitvoert bij 96 procent van de patiënten. Het gemiddelde percentage patiënten waarbij een screening volgens de richtlijn had plaatsgevonden was 99,3 procent (spreiding 69,9 – 100 procent), bij 45 klinieken was dit 100 procent.

Zes klinieken gaven aan dat zij geen PSA-commissie bezaten, waarbij geen van deze zes klinieken was aangesloten bij een externe commissie. Van deze zes klinieken gaf Stichting Transmurale Specialistische Zorg Dokkum aan, dat in 2018 aansluiting is gezocht bij de PSA-commissie van Nij Smellinghe i.s.m. DC Klinieken.

Alle 49 klinieken gaven aan dat bij patiënten waar procedurele sedatie werd toegepast een *informed consent* werd afgenomen. Slechts bij één kliniek was het percentage patiënten waarbij *informed consent* was afgenomen lager dan 100 procent (98,1 procent). Alhoewel dit lager is dan bij de overige klinieken kan aangenomen worden dat dit een realistische meting is en deze informatie gebruikt kan worden om tot verbetering te komen. Bij de overige klinieken is niet duidelijk of de uitkomsten uit een daadwerkelijke meting komen of deze zijn ingevuld omdat het een procedurele afspraak is. In dit laatste geval kan deze informatie niet gebruikt worden om verbetering te bewerkstelligen.

Drie klinieken gaven aan dat in hun kliniek niet dagelijks iemand beschikbaar was met een Advanced Live Support (ALS) deskundigheid. Clinique Dr. Don had hierbij als toelichting aangegeven dat verscheidene collega's BLS (Basic Life Support) hebben en een aantal collega's ALS. VivaNeo Medisch Centrum Kinderwens en Al-Gitaan Stichting Moslim Besnijdenissen gaven als toelichting dat bij hen geen matige/diepe sedatie werd toegepast.

Bij 3 van de 49 klinieken was een PSA-praktijkspecialist werkzaam. Bij twee klinieken werd deze altijd gesuperviseerd door een daartoe bekwaam arts, bijvoorbeeld een anesthesioloog. Het Oogcentrum Eibergen gaf aan dat de anesthesioloog de PSA-praktijkspecialist was en dus zelf de sedatie verzorgde.

Ontwikkelingen in 2017-2019

De indicator Procedurele sedatie wordt tot en met 2019 in de huidige vorm (volledig) uitgevraagd waarbij over 2019 de doelgroep van deze indicator 'procedurele sedatie' is gewijzigd van 'patiënten \geq 18 jaar' naar 'alle patiënten'. Vanaf 2020 vervalt een aantal subvragen in deze indicator.

Delier

Inleiding

Delier (plotseling optredende ernstige verwardheid) komt in ziekenhuizen bij kwetsbare oudere patiënten regelmatig voor. De indicator delier bestaat voor de particuliere klinieken uit twee indicatoren; beschikt de kliniek over een delierprotocol en het percentage patiënten van 70 jaar en ouder waarbij op delier is gescreend. Vanaf 2017 zijn twee vragen toegevoegd; er wordt gevraagd naar het aantal patiënten waarbij van de ingreep wordt afgezien en of wordt doorverwezen voor de betreffende ingreep indien een verhoogd risico op delier is vastgesteld.

Doel indicator

Door het vroegtijdig signaleren van een risico op delier, kan voorkomen worden dat er een delier ontstaat na een ingreep. Als een ingreep noodzakelijk is kan deze worden uitgevoerd in een instelling waar de voorwaarden aanwezig zijn om veilige zorg te leveren aan patiënten met een risico op een delier.

Richtlijn

NVKG Richtlijn delier Volwassenen, 2013

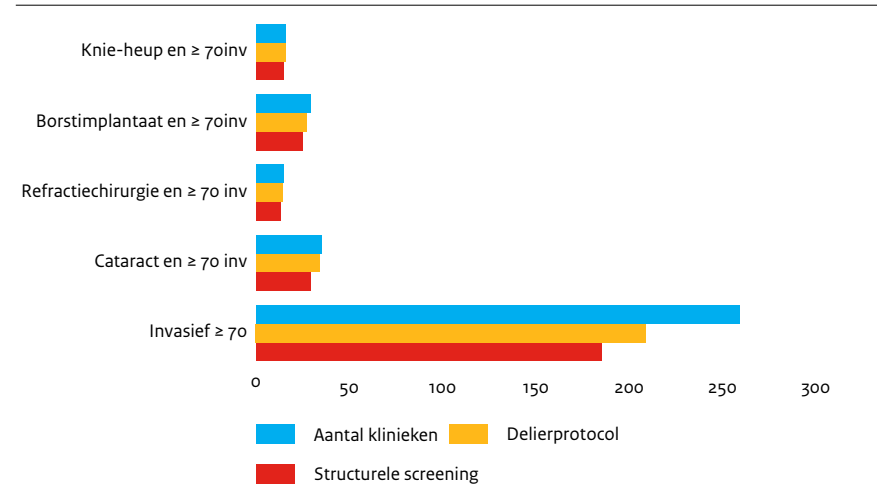
Risico's

Als onvoldoende wordt gescreend op het risico voor een delier bestaat de kans dat bij een ingreep onverwacht een delier optreedt dat mogelijk voorkomen had kunnen worden. Het optreden van een delier heeft vaak een langere (ziekenhuis)opname, een groter aantal complicaties en een toegenomen (ziekenhuis)sterfte tot gevolg. Op de lange termijn kan het leiden tot een eerdere opname in een zorginstelling.

Bevindingen

Figuur 15

Delier



Algemeen

Van de 470 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basiset Medisch Specialistische Zorg 2017) hebben aangeleverd, gaven 259 klinieken (55 procent) aan dat zij bij patiënten van 70 jaar en ouder een invasieve ingreep hebben uitgevoerd. Van deze 259 klinieken gaven 209 klinieken (81 procent) aan dat zij een delierprotocol bezaten en 185 klinieken (71 procent) gaven aan dat zij alle patiënten van 70 jaar en ouder, voorafgaand aan een invasieve ingreep, structureel screenden op een verhoogd risico op een delier. In totaal voerden deze 259 klinieken bij 68.345 patiënten van 70 jaar of ouder een invasieve ingreep uit (gemiddeld 264 patiënten per kliniek; spreiding 1-2.791). Bij 127 patiënten (in 26 klinieken van de 259) werd afgezien van een ingreep wegens een verhoogd risico^[5] op delier (gemiddeld 5 patiënten per kliniek; mediaan 2; spreiding 1-19). Hiervan werden 118 patiënten doorverwezen.

[5] Om een goed beeld te kunnen vormen van het doorwysbeleid moeten de cijfers met betrekking tot het afzien van behandeling wegens een verhoogde kans op een delier, worden gerelateerd aan de cijfers met betrekking tot het aantal patiënten met een, tijdens de screening geconstateerd, verhoogd risico op delier.

De cijfers met betrekking tot het aantal patiënten met een verhoogd risico op delier, zijn echter onbetrouwbaar. Een groot aantal klinieken heeft namelijk dezelfde aantallen patiënten opgegeven die een verhoogd risico op een delier zouden hebben, als het aantal patiënten waarvan de risicoscore is vastgelegd in het dossier.

Cataract

In totaal hebben 35 klinieken aangegeven dat zij in 2017 cataractextracties hebben uitgevoerd bij in totaal 29.290 patiënten (gemiddeld 837 patiënten per kliniek; spreiding 12-2.561).

Alle 35 klinieken hebben aangegeven dat zij bij patiënten van 70 jaar en ouder een invasieve ingreep hebben uitgevoerd.

Van deze 35 klinieken gaven er 34 aan dat zij een delierprotocol bezaten. Retina Total Eye Care gaf aan dat zij geen protocol bezaten en gaf daarbij de volgende toelichting: 'Geen enkele van onze patiënten heeft een ASA-status van meer dan II. We behandelen geen patiënten met uitgebreide systeemproblematiek op de achtergrond. Wij behandelen patiënten onder topicale verdoving met oogdruppels. Patiënten gaan niet onder narcose en overnachten niet in de kliniek. Patiënten met een verlaagde cognitie kunnen door ons niet behandeld worden omdat een patiënt met verlaagde cognitie niet kan deelnemen aan het shared informed consent proces.'

Van bovenstaande 35 klinieken gaven er 29 aan dat zij alle patiënten van 70 jaar en ouder, voorafgaand aan een invasieve ingreep, structureel screenden op een verhoogd risico op een delier. Zes klinieken gaven aan dit niet te doen en gaven daarbij de volgende toelichtingen:

- Bergman Clinics locatie Den Bosch: 'in 2018 wordt gestart met de structurele screening'
- Bergman Clinics locatie Ede: 'in 2018 wordt gestart met de structurele screening'
- Retina Total Eye Care: 'Patiënten worden allemaal door de behandelend arts gescreend en geclassificeerd. Als zodanig is er geen protocol. Maar de sociale en medische omstandigheden worden goed in kaart gebracht en spelen een rol bij de beslissingen of wij denken dat de patiënt bij ons behandeld kan worden. Dus er bestaat een informeel deliriumprotocol deze kan geformaliseerd worden.'
- Oogcentrum Noord Holland: 'In de kliniek worden geen klinische patiënten behandeld'
- Medisch Centrum Jan van Goyen Emmastraat: 'Het betreft alleen lokale verdoving'
- Oog & Welzijn: 'in 2018 vindt screening wel plaats'

Zes klinieken die in het verslagjaar cataractextracties hebben uitgevoerd, hebben in totaal bij 31 patiënten afgezien van een ingreep wegens een verhoogd risico op delier (gemiddeld 5 patiënten per kliniek; mediaan 5; spreiding 1-12). Al deze patiënten werden doorverwezen.

Refractiechirurgie

In totaal hebben 24 klinieken aangegeven dat zij in 2017 refractiechirurgie hebben uitgevoerd bij in totaal 13.672 patiënten (gemiddeld 570 patiënten per kliniek; spreiding 3-3.059). Hiervan hebben 15 klinieken (63 procent) aangegeven dat zij bij patiënten van 70 jaar en ouder een invasieve ingreep hebben uitgevoerd. Van deze 15 klinieken hadden 14 klinieken een delierprotocol. Retina Total Eye Care gaf aan dat zij geen protocol bezaten en gaf daarbij de volgende toelichting: 'Geen enkele van onze patiënten heeft een ASA status van meer dan II. We behandelen geen patiënten met uitgebreide systeemproblematiek op

de achtergrond. Wij behandelen patiënten onder topicale verdoving met oogdruppels. Patiënten gaan niet onder narcose en overnachten niet in de kliniek. Patiënten met een verlaagde cognitie kunnen door ons niet behandeld worden omdat een patiënt met verlaagde cognitie niet kan deelnemen aan het shared informed consent proces.'

Van bovenstaande 15 klinieken gaven er 13 aan dat zij alle patiënten van 70 jaar en ouder, voorafgaand aan een invasieve ingreep, structureel screenden op een verhoogd risico op een delier. Twee klinieken gaven aan dit niet te doen en gaven daarbij de volgende toelichtingen:

- Bergman Clinics locatie Utrecht: 'Vanaf 2018 gaan we structureel screenen'
- Retina Total Eye Care: 'Patiënten worden allemaal door de behandelend arts gescreend en geclassificeerd. Als zodanig is er geen protocol. Maar de sociale en medische omstandigheden worden goed in kaart gebracht en spelen een rol bij de beslissingen of wij denken dat de patiënt bij ons behandeld kan worden. Dus er bestaat een informeel deliriumprotocol deze kan geformaliseerd worden.'

Drie klinieken die in het verslagjaar refractiechirurgie hebben uitgevoerd, hebben in totaal bij 16 patiënten afgezien van een behandeling wegens een verhoogd risico op delier (aantal patiënten waarbij werd afgezien van een ingreep was 6; 7; 3). Al deze patiënten werden doorverwezen.

Borstimplantaten

Van de 470 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg 2017) hebben aangeleverd, gaven 33 klinieken aan dat zij onder andere (in totaal 10.712) borstimplantaten hebben geplaatst. Van deze 33 klinieken gaven 29 klinieken aan dat zij in het verslagjaar in totaal bij 3.431 (gemiddeld 118 per kliniek; mediaan 26; spreiding 1-1.539) patiënten van 70 jaar of ouder een invasieve ingreep hebben uitgevoerd. Van deze 29 klinieken hadden 27 klinieken een delierprotocol. Twee klinieken hadden geen delierprotocol en gaven de volgende toelichting:

- Bergman Clinics locatie Heerenveen: 'cliënten verbleven maximaal 24 uur. In 2018 gaan we wel gericht screenen'. Bergman Clinics locatie Heerenveen gaf over de jaren 2015 en 2016 een toelichting met dezelfde strekking, namelijk dat deze screening in het daaropvolgende jaar zou worden ingevoerd.
- Plastisch Cosmetisch Centrum Spaarne: 'Binnen onze instelling worden deze patiënten niet geopereerd'

Van bovenstaande 29 klinieken gaven 25 klinieken aan dat zij alle patiënten van 70 jaar en ouder, voorafgaand aan een invasieve ingreep, structureel screenden op een verhoogd risico op een delier. Vier klinieken deden dit niet en gaven daarbij de volgende toelichtingen:

- Bergman Clinics locatie Heerenveen: 'Cliënten verbleven maximaal 24 uur. In 2018 gaan we wel gericht screenen'
- Plastisch Cosmetisch Centrum Spaarne: 'Binnen onze instelling worden deze patiënten niet geopereerd'

- A Klinieken: 'Screening vond plaats tijdens intake maar werd niet zichtbaar vastgelegd in het dossier.'
- Medisch Centrum Bloemendaal: 'Indien er aanwijzingen zijn voor een te verwachten delirium worden de vragen gesteld zoals bovenstaand uitgelicht.'

Vier klinieken die in het verslagjaar onder andere borstimplantaties hebben uitgevoerd, hebben in totaal bij 28 patiënten afgezien van een behandeling wegens een verhoogd risico op delier (aantal patiënten waarbij werd afgezien van een ingreep was 19;5;3;1). Hiervan werden 24 patiënten doorverwezen.

Orthopedische implantaten

In totaal hebben 16 klinieken aangegeven dat zij in 2017 knie en/of heupprothesen hebben uitgevoerd bij in totaal 8.212 patiënten. In deze 16 klinieken is bij 4.558 patiënten een knieprothese geplaatst (gemiddeld 285 patiënten per kliniek; mediaan 264; spreiding 3-810) en 15 klinieken hebben bij 3.654 patiënten een heupprothese geplaatst (gemiddeld 244 patiënten per kliniek; mediaan 322; spreiding 2-635). Alle 16 klinieken hebben aangegeven dat zij bij patiënten van 70 jaar en ouder een invasieve ingreep hebben uitgevoerd en over een delierprotocol beschikten.

Van deze 16 klinieken gaven 15 klinieken aan dat zij alle patiënten van 70 jaar en ouder, voorafgaand aan een invasieve ingreep, structureel screenden op een verhoogd risico op een delier. De Kneeclinik locatie Haarlem deed dit niet en gaf als toelichting: 'Dat wordt door externe anesthesie onderzocht'.

Twee van de 16 klinieken hebben aangegeven dat zij bij 20 patiënten afgezien hebben van een behandeling wegens een verhoogd risico op delier (aantal patiënten waarbij werd afgezien van een behandeling was respectievelijk 19 en 1). Al deze patiënten werden doorverwezen.

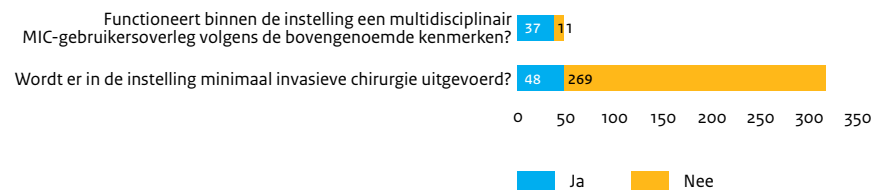
Hoofdstuk 4 Data overige indicatoren

In dit hoofdstuk staan, op geaggregeerd niveau, de overige data die particuliere klinieken in de *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2017*^[6] hebben aangeleverd. De data worden weergegeven zoals de klinieken deze hebben aangeleverd. In de basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2017 wordt een nadere beschrijving van de indicatoren gegeven. De klinieken kunnen inzicht verkrijgen hoe zij zich verhouden tot andere klinieken. Op <https://data.overheid.nl/> staan data op naam en kunnen klinieken zich spiegelen. De totalen zijn altijd gebaseerd op het aantal klinieken dat de vraag heeft beantwoord en kunnen per indicator verschillen. Het antwoord 'nee' betreft niet altijd een negatieve uitkomst. De gegevens op de x-as kunnen per indicator verschillen.

Operatief proces

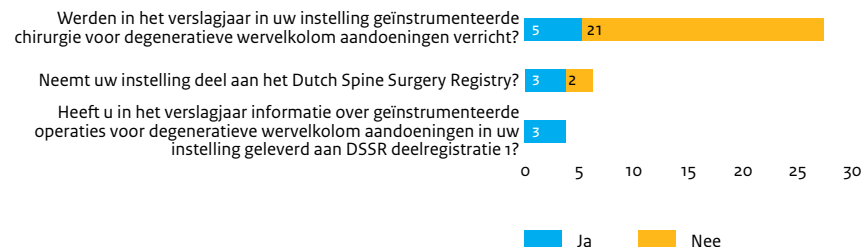
Figuur 16

Minimaal invasieve chirurgie (MIC) gebruikersoverleg



Figuur 17

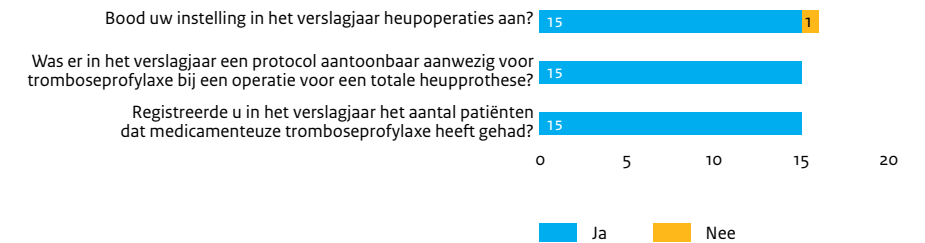
Dutch Spine Surgery Registry



[6] <https://www.igj.nl/documenten/indicatoren-sets/2016/o8/o8/basisset-medisch-specialistische-zorg-2017>

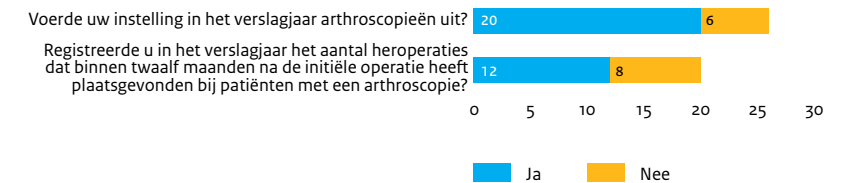
Figuur 18

Tromboseprofylaxe



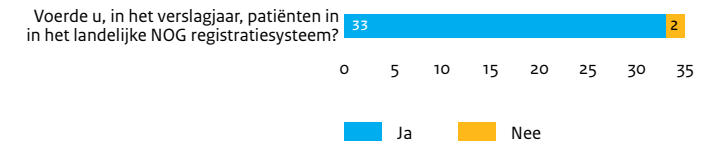
Figuur 19

Heroperaties na arthroscopie



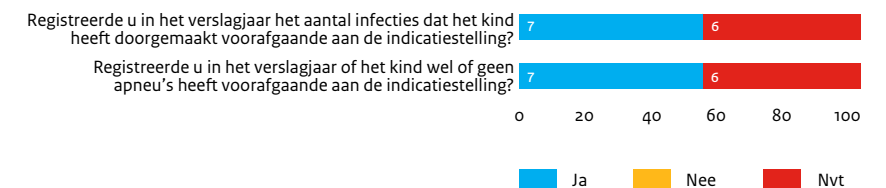
Figuur 20

Cataractregistratie NOG



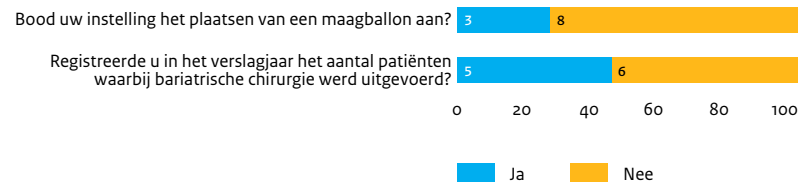
Figuur 21

KNO



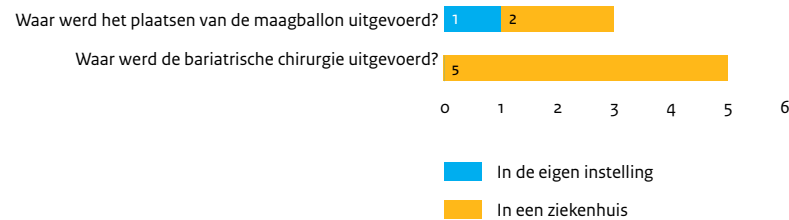
Figuur 22

Bariatrische chirurgie



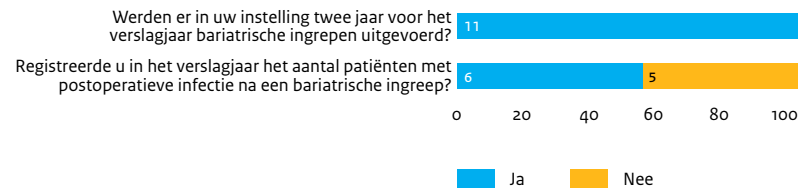
Figuur 23

Bariatrische chirurgie



Figuur 24

Postoperatieve controle en postoperatieve infecties



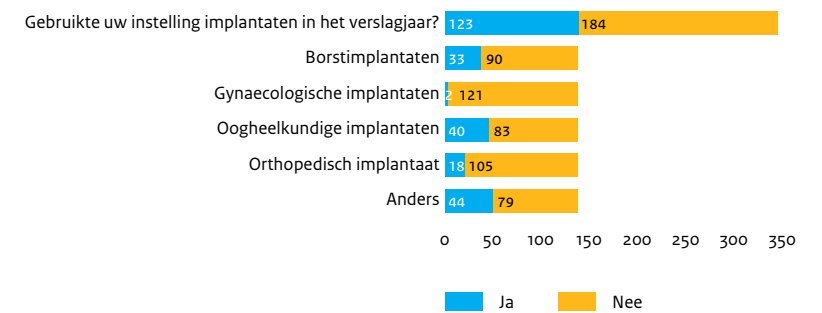
Tabel 1

Bariatrie

	Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij een maagballon is geplaatst in het verslagjaar?	Wat is het totaal aantal patiënten van 14 jaar en ouder in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd?	Wat is het totaal aantal patiënten van 18 jaar maar jonger dan 18 jaar in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd?	Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij een maagband werd geplaatst (alle leeftijden)?	Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij een sleeve resectie werd uitgevoerd (alle leeftijden)?	Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie werd uitgevoerd (exclusief maagballonnen)?
Aantal klinieken	3	5	5	5	5	5
Gemiddeld	44	684	0	15	432	684
Mediaan	23	489	0	0	372	489
Standaarddeviatie	53	446	0	26	304	446
Minimum	4	177	0	0	28	177
Maximum	104	1235	0	61	786	1235

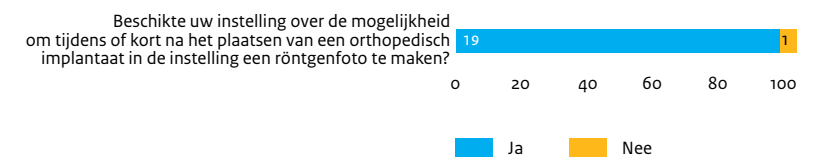
Figuur 25

Gebruik implantaten



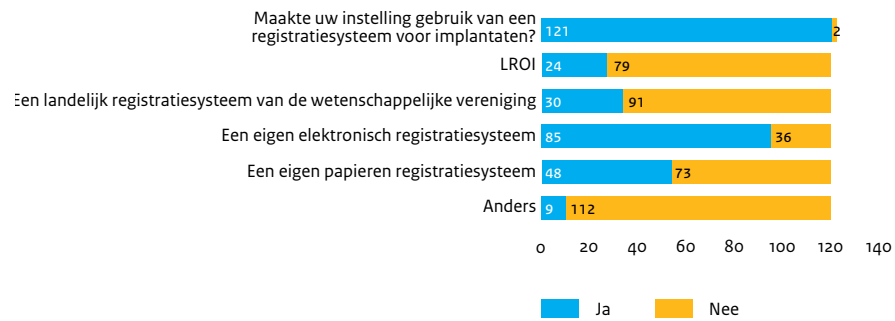
Figuur 26

Orthopedische implantaten



Figuur 27

Implantaten

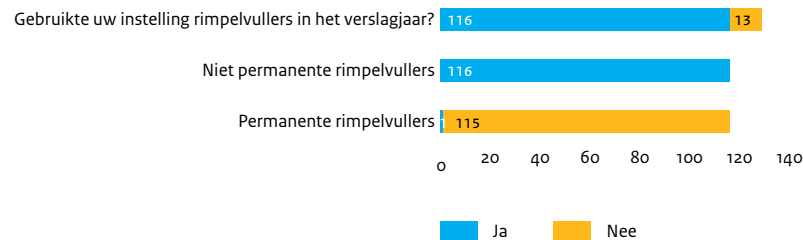


Door een implantatenregister bij te houden kunnen bij problemen met een implantaat patiënten zo nodig actief worden opgespoord.

LROI staat voor Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten. LROI is een register voor gewrichtsprothesen. Hierin staan de gewrichtsprothesen (heup, knie, enkel, schouder, elleboog, pols, vinger en duim) die in Nederland geplaast zijn; zowel de primaire als de revisieoperaties. <http://www.lroi.nl>

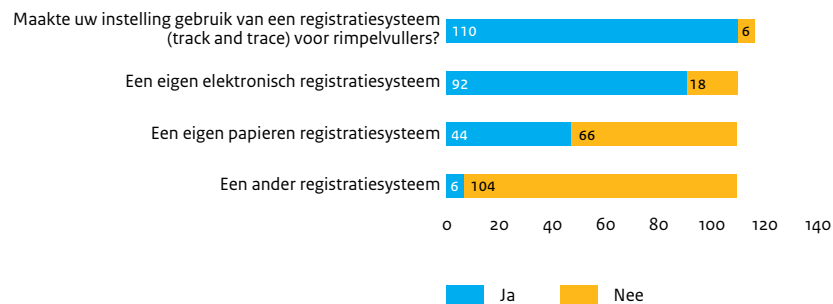
Figuur 28

Rimpelvullers



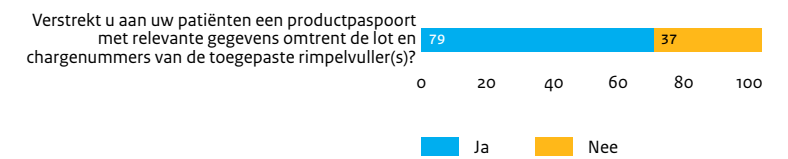
Figuur 29

Registratie rimpelvullers



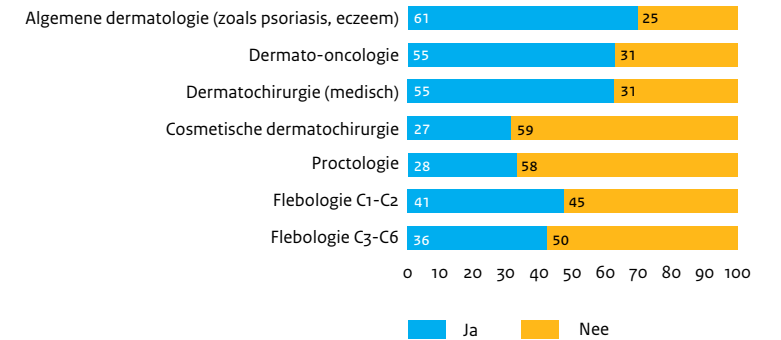
Figuur 30

Productpaspoort



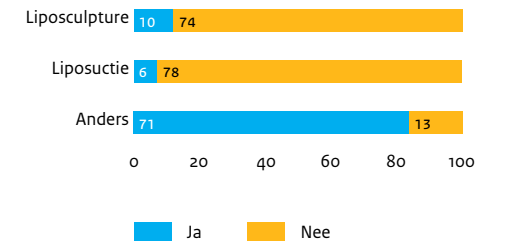
Figuur 31

Dermatologie-aanbod



Figuur 32

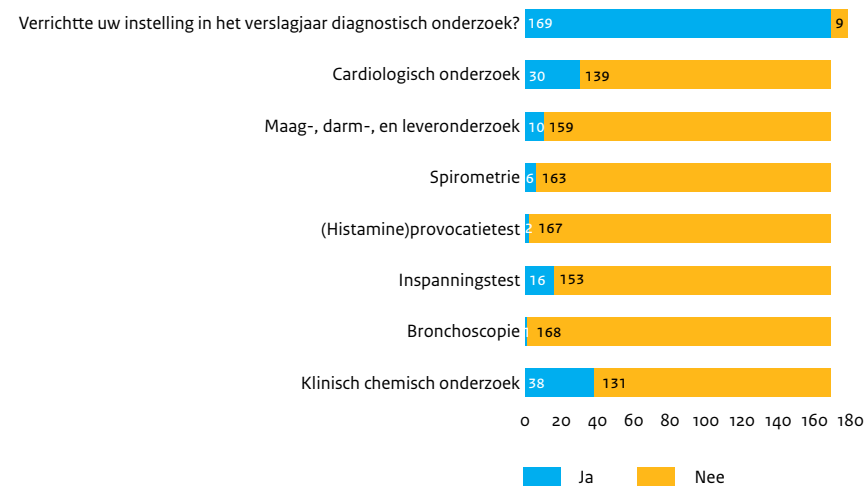
Cosmetische dermatologie



Diagnostisch onderzoek

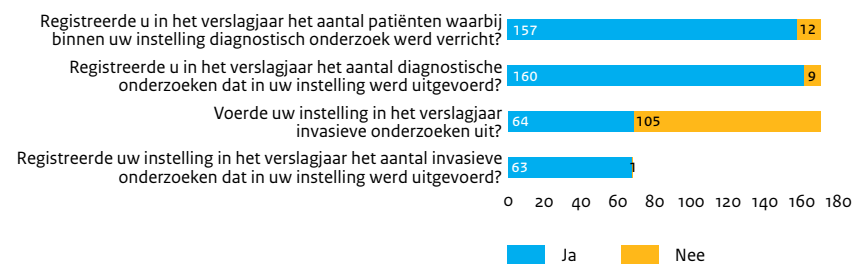
Figuur 33

Type diagnostisch onderzoek



Figuur 34

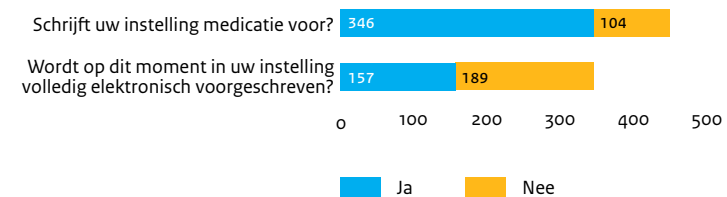
Kengetallen diagnostisch onderzoek



Zorgproces

Figuur 35

Medicatie



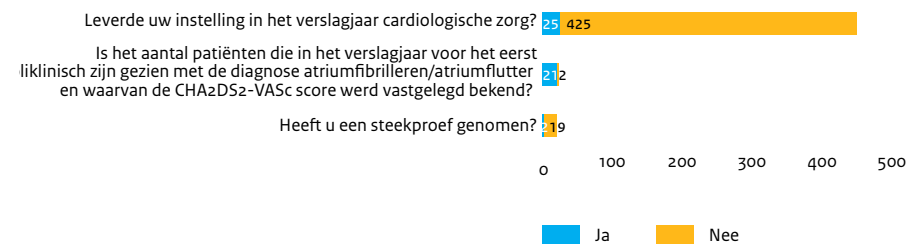
Figuur 36

Voetwonden



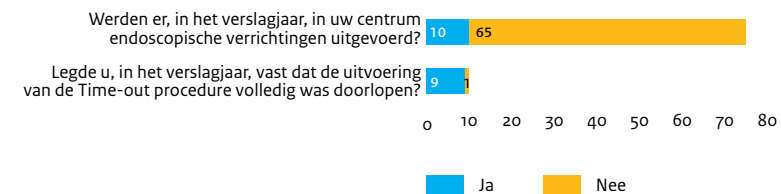
Figuur 37

Cardiologie



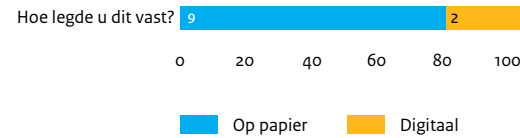
Figuur 38

Endoscopische verrichtingen



Figuur 39

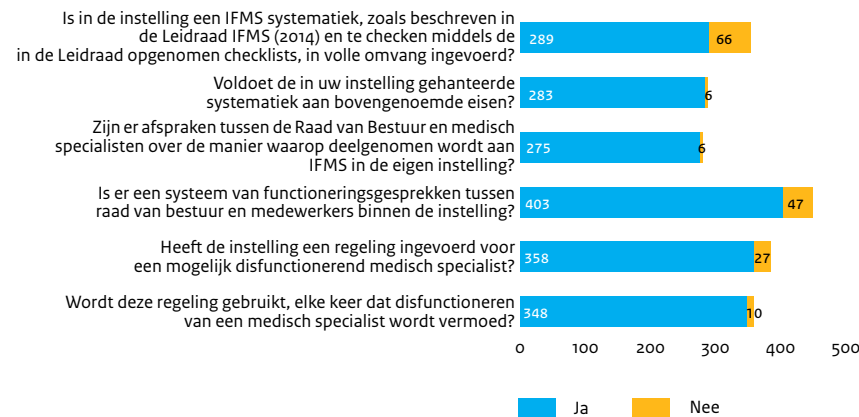
Registratie Time-out



Organisatie

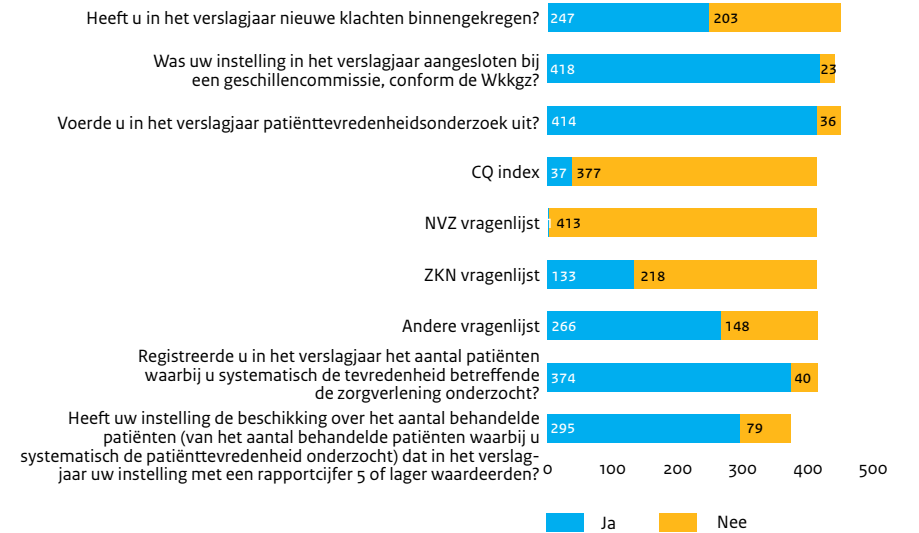
Figuur 40

Functioneren medisch specialisten



Figuur 41

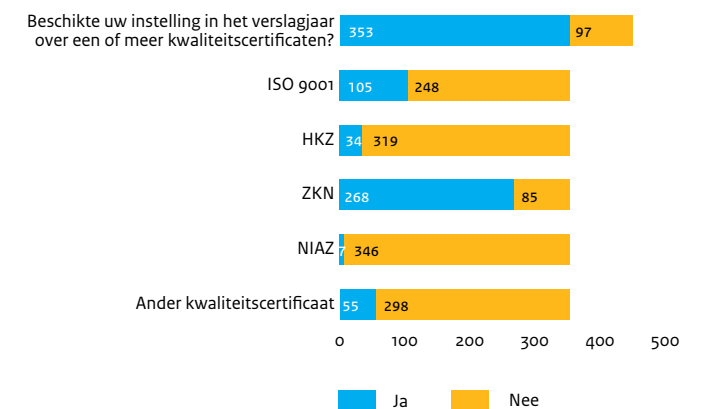
Patiënttevredenheid



Met de **CQ-index** (Consumer Quality Index) wordt de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief in kaart gebracht. Het is een gestandaardiseerde systematiek om klantervaringen in de zorg te meten, te analyseren en te rapporteren.

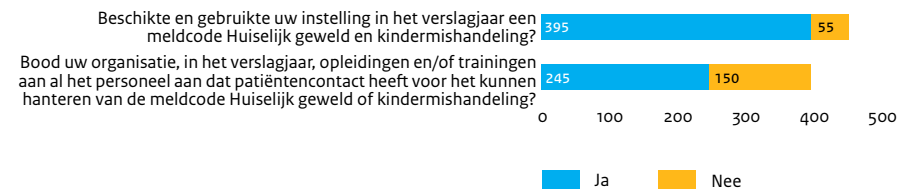
Figuur 42

Kwaliteitscertificaat



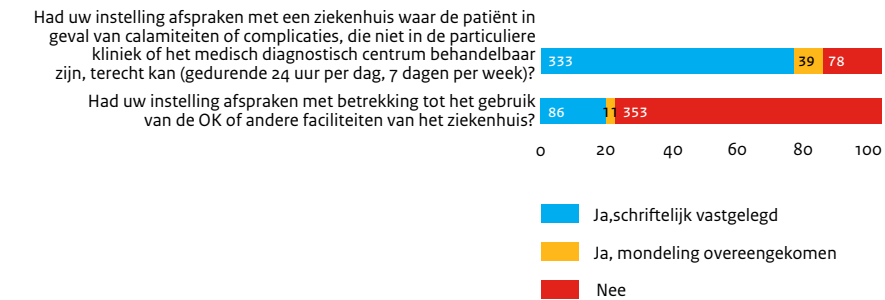
Figuur 43

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling



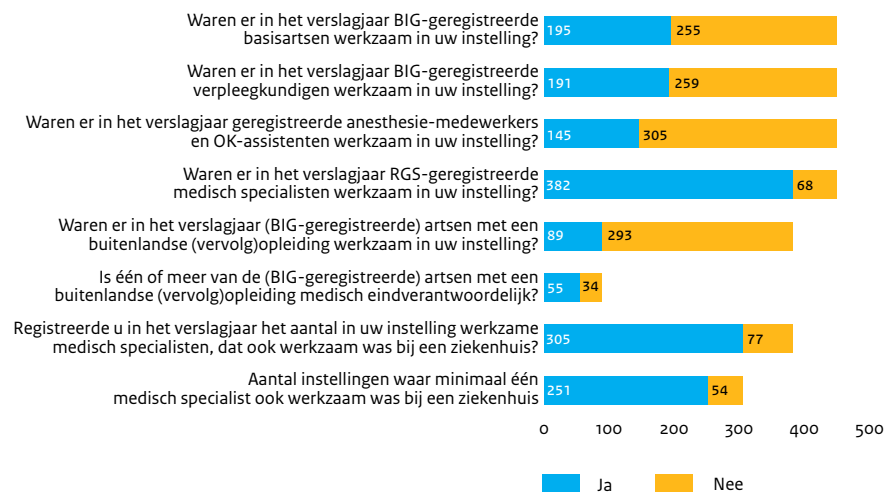
Figuur 44

Afspraken ziekenhuis



Figuur 45

Personeel



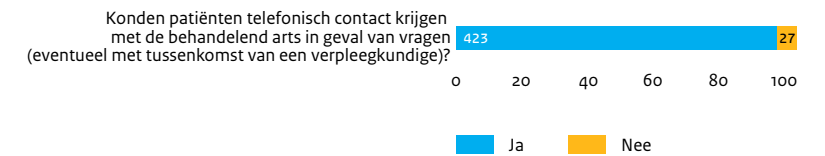
Figuur 46

Continuïteit van zorg



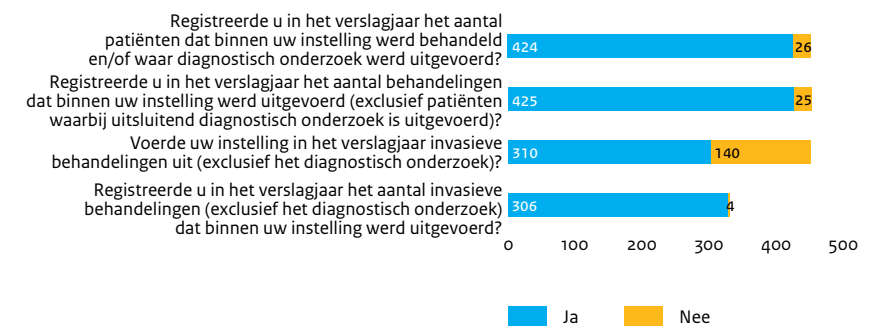
Figuur 47

Bereikbaarheid



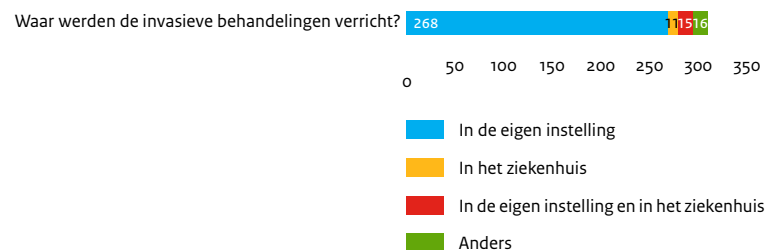
Figuur 48

Registratie patiënten



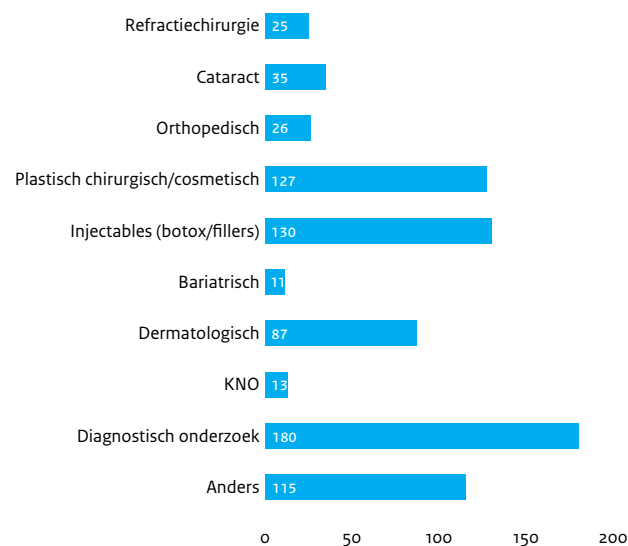
Figuur 49

Locatie invasieve behandelingen



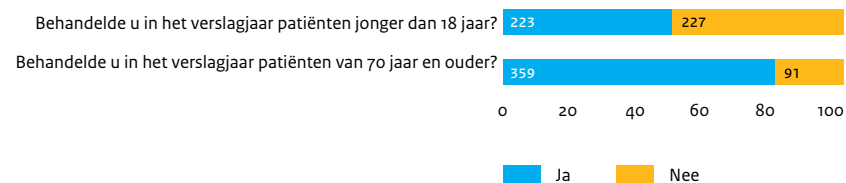
Figuur 50

Behandelaanbod



Figuur 51

Leeftijd patiënten



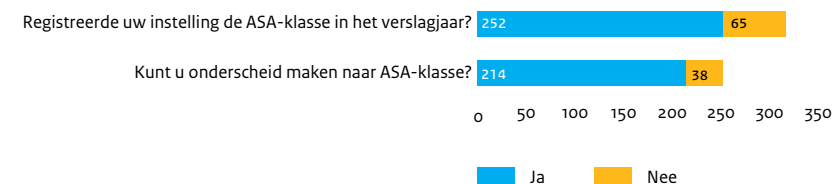
Tabel 2

Leeftijd patiënten

	Hoeveel patiënten jonger dan 18 jaar werden in het verslagjaar behandeld?	Hoeveel patiënten in de leeftijd van 18 jaar tot 70 jaar werden in het verslagjaar behandeld?	Hoeveel patiënten in de leeftijd van 70 jaar en ouder werden in het verslagjaar behandeld?	Hoeveel patiënten waarvan de leeftijd onbekend was werden in het verslagjaar behandeld?	Hoeveel patiënten jonger dan 18 jaar werden in het verslagjaar invasief behandeld?	Hoeveel patiënten in de leeftijd van 70 jaar en ouder werden in het verslagjaar invasief behandeld?
aantal klinieken	224	448	358	448	223	358
Gemiddeld	225	1627	487	572	55	190
Mediaan	28,5	792,5	144	0	1	29
Standaarddeviatie	627	3384	897	11956	294	370
Minimum	0	0	0	0	0	0
Maximum	7270	25273	7164	253062	3764	2791

Figuur 52

ASA-klasse



Tabel 3

Aantal patiënten – ASA-klasse

	Aantal patiënten met ASA-klasse 1	Aantal patiënten met ASA-klasse 2	Aantal patiënten met ASA-klasse 3 en hoger	Aantal patiënten met ASA onbekend
aantal klinieken	223	223	225	225
Gemiddeld	750	414	22	477
Mediaan	375	126	0	0
Standaarddeviatie	932	673	90	1634
Minimum	0	0	0	0
Maximum	6339	6639	880	14079



2017

Het resultaat telt
particuliere klinieken

www.igj.nl