



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Particuliere klinieken in getal en praktijk

2019-2018

Het resultaat telt particuliere klinieken

Indicatoruitkomsten en praktijkbevindingen particuliere klinieken

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding	9
Hoofdstuk 1: Kengetallen	11
Hoofdstuk 2: Goed bestuur	13
Hoofdstuk 3: kwaliteit en veiligheid	19
Hoofdstuk 4: Professionaliteit	27
Bijlage 1: Uitgangspunten basisset	31
Bijlage 2: Indicatoren in het toezicht	32
Bijlage 3: Praktijkbevindingen – Goed bestuur	35
Bijlage 4: Praktijkbevindingen – Kwaliteit en veiligheid	42
Bijlage 5: Praktijkbevindingen – Professionaliteit	49
Bijlage 6: Data overige indicatoren	55

Samenvatting

In deze publicatie worden indicatoruitkomsten van particuliere klinieken¹ over de verslagjaren 2019 en 2018 beschreven. Om de indicatoruitkomsten in een praktijkcontext te plaatsen zijn voor een aantal onderwerpen naast de indicatoruitkomsten ook praktijkbevindingen² uit het toezicht toegevoegd.

Doordat begin 2020 de COVID-19 crisis uitbrak, is de publicatie van *het resultaat telt particuliere klinieken 2018* vertraagd. Daarom heeft de inspectie ervoor gekozen om de resultaten over 2019 en 2018 te combineren in één publicatie.

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 en hierover het gesprek met zorgaanbieders te voeren. De analyse van deze indicatoren is onderdeel van haar toezichtactiviteiten.

In de *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2019 en 2018* zijn drie groepen indicatoren te onderscheiden:

1. Aan te leveren door ziekenhuizen en door particuliere klinieken
2. Uitsluitend door ziekenhuizen aan te leveren
3. Uitsluitend door particuliere klinieken aan te leveren

De uitkomsten van indicatoren die door zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken worden aangeleverd, staan beschreven in de Jaarlijkse terugkoppeling indicatoren, die voor het verslagjaar 2018 in november 2019 en voor het verslagjaar 2019 in november 2020 werd verstuurd naar ziekenhuizen en particuliere klinieken die deze gezamenlijke indicatoren hebben aangeleverd. Deze uitkomsten worden (deels) beschreven in *Het resultaat telt 2018*³ en *Het resultaat telt MSZ 2019*⁴. De uitkomsten van indicatoren die uitsluitend door particuliere klinieken werden aangeleverd, zijn in dit rapport beschreven.

In deze editie van *het resultaat telt particuliere klinieken*, heeft de inspectie voor het eerst ook praktijkbevindingen toegevoegd, waardoor de indicatoruitkomsten worden aangevuld met praktijkbevindingen op hetzelfde onderwerp. Bevindingen uit de praktijk zijn minder abstract/ concreter dan indicatoruitkomsten, waardoor klinieken hier meer (concreet) van kunnen leren. Mogelijk dat de inspectie in de toekomst opnieuw, op andere onderwerpen, praktijkbevindingen gaat toevoegen aan het resultaat telt particuliere klinieken. De praktijkbevindingen in dit rapport zijn gedaan tijdens reguliere inspectiebezoeken in 2018.

De inspectie maakt alle data met indicatoruitkomsten van de indicatoren voor particuliere klinieken openbaar op de website <https://data.overheid.nl/>. Alle inspectierapporten worden openbaar gemaakt op <https://www.toezichtdocumenten.igj.nl/>.

De volgende onderwerpen worden in dit rapport uitgebreid besproken:

- Goed bestuur (hoofdstuk 2)
- Kwaliteit en veiligheid (hoofdstuk 3)
- Professionaliteit (hoofdstuk 4)

De overige indicatoruitkomsten, die uitsluitend door particuliere klinieken zijn aangeleverd, staan gepresenteerd in bijlage 6.

Hieronder staan de belangrijkste indicatoruitkomsten over het verslagjaar 2019 en 2018 en beelden uit de inspectiepraktijk samengevat.

[1] In dit rapport wordt, omwille van de leesbaarheid, de term 'particuliere klinieken' en 'klinieken' door elkaar gebruikt. Met de term 'klinieken', wordt in dit rapport dus 'particuliere klinieken' bedoeld.

[2] Bevindingen uit inspectiebezoeken die in 2018 hebben plaatsgevonden bij zorgaanbieders.

[3] <https://magazines.igj.nl/hetresultaattelt/2020/01/het-resultaat-telt-2018>

[4] Deze publicatie zal begin 2021 worden gepubliceerd.

Kengetallen

Over het verslagjaar 2019 hebben in totaal 530 particuliere klinieken gegevens aangeleverd (503 klinieken leverden daadwerkelijk zorg)⁵, waarmee het totaal aantal klinieken ten opzichte van 2017 (meest recente publicatie *het resultaat telt*) met 60 klinieken is gegroeid. Ten opzichte van 2018 steeg het totaal aantal klinieken met 25.

Goed bestuur – indicatoruitkomsten

Uitkomsten 2019

416 klinieken hadden afspraken met een ziekenhuis waar patiënten in geval van calamiteiten of complicaties, die niet in de particuliere kliniek of het medisch diagnostisch centrum behandelbaar zijn, terecht konden. Hiervan legde 89% deze afspraken, met de bestuurder van het ziekenhuis, schriftelijk vast.

Van de 361 klinieken die invasieve behandelingen uitvoerden, was bij 289 klinieken (80%) een arts 7x24 uur oproepbaar om patiënten te kunnen helpen bij spoedeisende nazorg.

82 klinieken huurden faciliteiten in een ziekenhuis, waarvan 74 klinieken (90%) schriftelijke afspraken hadden gemaakt over het gebruik van deze faciliteiten en 8 klinieken hadden uitsluitend mondelinge afspraken gemaakt.

Van de 364 klinieken, waar in de 24 maanden voorafgaand aan 31 december 2019 medisch specialisten werkzaamheden in de kliniek hebben verricht, beschikten 355 (98%) klinieken over een regeling mogelijk disfunctionerend medisch specialist.

480 klinieken beschikten over een meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld, waarvan 359 klinieken (75%), aan hun medewerkers met patiëntencontact, training voor het hanteren van deze meldcodes aanboden.

413 klinieken hadden een kwaliteitscertificaat.

Uitkomsten 2018

423 klinieken hadden afspraken met een ziekenhuis waar patiënten in geval van calamiteiten of complicaties, die niet in de particuliere kliniek of het medisch diagnostisch centrum behandelbaar zijn, terecht konden. Hiervan legde 90% deze afspraken, met de bestuurder van het ziekenhuis, schriftelijk vast.

Van de 356 klinieken die invasieve behandelingen uitvoerden, was bij 304 klinieken (85%) een arts 7x24 uur oproepbaar om patiënten te kunnen helpen bij spoedeisende nazorg.

86 klinieken huurden faciliteiten in een ziekenhuis, waarvan 78 klinieken (91%) schriftelijke afspraken hadden gemaakt over het gebruik van deze faciliteiten en 8 klinieken hadden uitsluitend mondelinge afspraken gemaakt.

Van de 362 klinieken, waar in de 24 maanden voorafgaand aan 31 december 2018 medisch specialisten werkzaamheden in de kliniek hebben verricht, beschikten 347 (96%) klinieken over een regeling mogelijk disfunctionerend medisch specialist.

448 klinieken beschikten over een meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld, waarvan 270 klinieken (60%), aan hun medewerkers met patiëntencontact, training voor het hanteren van deze meldcodes aanboden.

390 klinieken hadden een kwaliteitscertificaat.

[5] Een aantal klinieken hebben wel de indicatoren aangeleverd, maar hebben daarin aangegeven dat zij (nog) geen zorg hebben verleend in 2019. Soms is dit het gevolg van een tijdelijke stop in de zorgverlening wegens diverse omstandigheden. Soms is een nieuwe kliniek opgericht, maar heeft nog geen zorg geleverd. Soms blijft de reden ook onbekend.

Goed bestuur – Beeld uit inspectiepraktijk

In 2018 heeft de inspectie dit onderwerp in 46 inspectiebezoeken aan particuliere klinieken getoetst. Ruim een derde van alle getoetste onderdelen op dit onderwerp scoorde, in de bezochte klinieken, onvoldoende. Vrijwel alle klinieken hadden één of meer onvoldoendes op dit onderwerp, waarbij nieuwe klinieken slechter op dit onderwerp presteerden dan langer bestaande klinieken.

NB: De beelden uit de inspectiepraktijk zijn gebaseerd op bevindingen gedaan tijdens reguliere toezichtbezoeken. Het betrof zowel inspectiebezoeken aan nieuwe toetreders (NT-bezoeken) als aan langer bestaande klinieken (RT-bezoeken). Een gedetailleerde beschrijving wordt in hoofdstuk 2 en bijlage 3 gegeven.

Kwaliteit en veiligheid – indicatoruitkomsten

Uitkomsten 2019

In totaal gaven 119 klinieken aan gebruik te maken van implantaten. 119 klinieken maakten gebruik van een of meerdere registraties om geïmplanteerde implantaten te registreren.

361 klinieken voerden invasieve behandelingen uit. Van deze 361 klinieken gaven 302 klinieken (84%) aan de ASA-classificatie te registreren.

Van de 130 klinieken die gegevens hebben aangeleverd bij de vraag over ongeplande heroperaties na een cosmetische ingreep, gaven 36 klinieken (28%) aan dat zij geen heroperaties na een cosmetische ingreep registreerden.

Het gemiddelde percentage patiënten met een postoperatieve infectie na een cosmetische ingreep was 0,5% (spreiding 0% - 6,9%).

Het gemiddelde percentage postoperatieve infecties na het plaatsen van een knieprothese was 0,4% (spreiding 0% - 3,5%, mediaan 0,06%).

Het gemiddelde percentage postoperatieve operaties na het plaatsen van een heupprothese was 0,7% (spreiding 0% - 1,9%, mediaan 0,3%).

Van de 503 klinieken die de indicatoren hebben aangeleverd, gaven 32 klinieken (6%) aan dat ze geen patiënttevredenheidsonderzoek uitvoerden.

Uitkomsten 2018

In totaal gaven 122 klinieken aan gebruik te maken van implantaten. 121 klinieken maakten gebruik van een of meerdere registraties om geïmplanteerde implantaten te registreren.

356 klinieken voerden invasieve behandelingen uit. Van deze 356 klinieken gaven 293 klinieken (82%) aan de ASA-classificatie te registreren.

Van de 153 klinieken die gegevens hebben aangeleverd bij de vraag over ongeplande heroperaties na een cosmetische ingreep, gaven 45 klinieken (29%) aan dat zij geen heroperaties na een cosmetische ingreep registreerden.

Het gemiddelde percentage patiënten met een postoperatieve infectie na een cosmetische ingreep was 0,4% (spreiding 0% - 5,8%).

Het gemiddelde percentage postoperatieve infecties na een knieoperatie was 1% (spreiding 0% - 6,7%, mediaan 0,5%).

Het gemiddelde percentage postoperatieve operaties na een heupoperatie was 0,9% (spreiding 0% - 4,6%, mediaan 0,2%).

Van de 486 klinieken die de indicatoren hebben aangeleverd, gaven 35 klinieken (7%) aan dat ze geen patiënttevredenheidsonderzoek uitvoerden.

Kwaliteit en veiligheid – Beeld uit inspectiepraktijk

In 2018 heeft de inspectie dit onderwerp in 46 inspectiebezoeken aan particuliere klinieken getoetst. Circa een derde van alle getoetste onderdelen op dit onderwerp scoorde, in de bezochte klinieken, onvoldoende. Circa twee derde van de klinieken had één of meer onvoldoendes op dit onderwerp, waarbij nieuwe klinieken slechter op dit onderwerp presteerden dan langer bestaande klinieken.

NB: De beelden uit de inspectiepraktijk zijn gebaseerd op bevindingen gedaan tijdens reguliere toezichtbezoeken. Het betrof zowel inspectiebezoeken aan nieuwe toetreders (NT-bezoeken) als aan langer bestaande klinieken (RT-bezoeken). Een gedetailleerde beschrijving wordt in hoofdstuk 3 en bijlage 4 gegeven.

Professionaliteit – indicatoruitkomsten

Uitkomsten 2019

350 klinieken, van de 425 klinieken waar in het verslagjaar medisch specialisten werkzaam waren, hadden het IFMS in de volle omvang ingevoerd.

425 klinieken hadden een systeem van functioneringsgesprekken tussen de raad van bestuur en de zorgverleners.

Uitkomsten 2018

351 klinieken, van de 419 klinieken waar in het verslagjaar medisch specialisten werkzaam waren, hadden het IFMS in de volle omvang ingevoerd.

374 klinieken hadden een systeem van functioneringsgesprekken tussen de raad van bestuur en de medisch specialisten/artsen.

Professionaliteit – Beeld uit inspectiepraktijk

In 2018 heeft de inspectie dit onderwerp in 46 inspectiebezoeken aan particuliere klinieken getoetst. Circa een kwart van alle getoetste onderdelen op dit onderwerp scoorde, in de bezochte klinieken, onvoldoende. Circa de helft van de klinieken had één of meer onvoldoendes op dit onderwerp, waarbij nieuwe klinieken slechter op dit onderwerp presteerden dan langer bestaande klinieken.

NB: De beelden uit de inspectiepraktijk zijn gebaseerd op bevindingen gedaan tijdens reguliere toezichtbezoeken. Het betrof zowel inspectiebezoeken aan nieuwe toetreders (NT-bezoeken) als aan langer bestaande klinieken (RT-bezoeken). Een gedetailleerde beschrijving wordt in hoofdstuk 4 en bijlage 5 gegeven.

Conclusie

Sinds 2009 is het aantal klinieken dat indicatoren heeft aangeleverd meer dan verdubbeld van 229 in 2009 tot 530 in 2019. En dit aantal groeit nog steeds. Op hoofdlijnen zijn de resultaten op de thema's in dit rapport in de afgelopen drie jaar met elkaar vergelijkbaar.

Uit bovenstaande resultaten blijkt, dat goed bestuur en een goede organisatie van een particuliere kliniek niet vanzelfsprekend is. Bestuurlijke en organisatorische onderwerpen hebben veel aandacht nodig. Bijvoorbeeld bij onderwerpen als de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, kwaliteitsbeleid, omgang met (mogelijk) disfunctionerende zorgverleners en de aantoonbare bekwaamheid van zorgverleners.

In de praktijk presteerden, tijdens inspectiebezoeken, nieuwe particuliere klinieken (nieuwe toetreders) slechter, dan de langer bestaande klinieken. Dit wordt veelal veroorzaakt doordat nieuwe klinieken starten met zorgverlening, zonder een grondige of de juiste voorbereiding. Bestuurders van nieuwe klinieken realiseren zich soms onvoldoende welke bestuurlijke verantwoordelijkheden rusten op de bestuurder van een particuliere kliniek en welke voorwaarden nodig zijn voor goede zorg.

De mening en tevredenheid van patiënten vinden klinieken belangrijk, zo blijkt uit de goede prestaties op onderwerpen zoals patiënttevredenheidsonderzoek en de organisatie van het klachten en geschillenproces.

De inspectie verwacht van bestuurders en professionals een proactieve houding ten aanzien van kwaliteitsverbetering, waarbij indicatoruitkomsten worden gebruikt voor interne kwaliteitsverbetering. Hoewel de praktijkbevindingen in 2018 zijn gedaan, blijken deze onderwerpen nog steeds actueel. Bestuurders kunnen zich daarom, op deze onderwerpen, spiegelen aan de beschreven praktijkbevindingen en indien noodzakelijk verbeteringen doorvoeren.

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 klinieken⁶ en de cosmetische sector is sterk gegroeid. Dit betekent voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: inspectie) dat het toezichtveld groter is geworden in vergelijking met tien jaar geleden. Het aantal klinieken dat indicatoren heeft aangeleverd is meer dan verdubbeld van 229 in 2009 tot 530 in 2019).

In wet- en regelgeving en veldnormen (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. Zorgaanbieders en zorgverleners gebruiken de uitkomsten van indicatoren om van te leren en de zorg(verlening) te verbeteren. Voor de inspectie zijn de indicatoren een middel om risico's in de zorg te signaleren, de inspectie gebruikt deze uitkomsten om haar toezicht vorm te geven en om haar bezoeken te prioriteren. Op deze manier wordt inspectiecapaciteit gericht ingezet op plaatsen/onderwerpen waar het risico het grootst is.

In dit rapport worden zowel indicatoruitkomsten van indicatoren uit de *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2019* en 2018 als praktijkbevindingen uit het toezicht beschreven.

Doordat begin 2020 de COVID-19 crisis uitbrak, is de publicatie van *het resultaat telt particuliere klinieken 2018* vertraagd. Daarom heeft de inspectie ervoor gekozen om de resultaten over 2019 en 2018 te combineren in één publicatie.

In deze editie van *het resultaat telt particuliere klinieken*, heeft de inspectie voor het eerst ook praktijkbevindingen toegevoegd, waardoor de indicatoruitkomsten worden aangevuld met praktijkbevindingen op hetzelfde onderwerp. Bevindingen uit de praktijk zijn minder abstract/ concreter dan indicatoruitkomsten, waardoor klinieken hier meer (concreet) van kunnen leren. Mogelijk dat de inspectie in de toekomst opnieuw, op andere onderwerpen, praktijkbevindingen gaat toevoegen aan het resultaat telt particuliere klinieken. De praktijkbevindingen in dit rapport zijn gedaan tijdens reguliere inspectiebezoeken in 2018. In de inhoudelijke hoofdstukken worden de belangrijkste zaken uit de praktijkbevindingen in de blokken 'beelden inspectiepraktijk' beschreven. Een meer gedetailleerde beschrijving van de praktijkbevindingen wordt in bijlage 3, 4 en 5 gegeven.

Voor de praktijkbevindingen zijn de vastgestelde rapporten van inspectiebezoeken, die in 2018 zijn afgelegd, geanalyseerd. Dit betrof in totaal 46 inspectiebezoeken, waarvan 19 inspectiebezoeken aan langer bestaande klinieken (aangeduid met RT) en 27 inspectiebezoeken aan nieuwe toetreders (aangeduid met NT). Om de praktijkbevindingen zo bruikbaar mogelijk te maken voor het veld, zijn de bevindingen voor RT-bezoeken en NT-bezoeken apart beschreven. De rapporten van deze inspectiebezoeken zijn openbaar gemaakt op de website van de inspectie⁷. Zie voor een nadere toelichting op het toezicht bijlage 2.

De *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2019* en 2018 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 *Jaarlijkse terugkoppeling indicatoren* die voor het verslagjaar 2018 in november 2019 en voor het verslagjaar 2019 in november 2020 werd verstuurd naar ziekenhuizen en particuliere klinieken die deze gezamenlijke indicatoren hebben aangeleverd. Tevens werden deze uitkomsten (deels) beschreven in *het resultaat telt 2018*⁸ en *Het resultaat telt MSZ 2019*⁹. De uitkomsten van indicatoren die uitsluitend door particuliere klinieken werden aangeleverd, zijn in dit rapport beschreven.

De inspectie maakt alle data van de indicatoren particuliere klinieken openbaar op de website <https://data.overheid.nl/>. Alle inspectierapporten en brieven worden openbaar gemaakt op <https://www.toezichtdocumenten.igj.nl/>.

[6] In dit rapport wordt, omwille van de leesbaarheid, de term 'particuliere klinieken' en 'klinieken' door elkaar gebruikt. Met term 'klinieken', wordt in dit rapport dus 'particuliere klinieken' bedoeld.
[7] <https://www.igj.nl/onderwerpen/inspectierapporten>
[8] <https://magazines.igj.nl/hetresultaattelt/2020/01/het-resultaat-telt-2018>
[9] Deze publicatie zal begin 2021 worden gepubliceerd.

De indicatoruitkomsten en praktijkbevindingen zijn verdeeld in drie thema's en worden beschreven in de gelijknamige hoofdstukken:

- Goed bestuur (hoofdstuk 2)
- Kwaliteit en veiligheid (hoofdstuk 3)
- Professionals (hoofdstuk 4)

Daarnaast worden in het hoofdstuk 'kengetallen' de ontwikkelingen binnen de particuliere klinieken beschreven. De overige data met betrekking tot indicatoren die uitsluitend door particuliere klinieken zijn aangeleverd, staan gepresenteerd in bijlage 6.

Dataverzameling en –analyse

Aan alle bij de inspectie bekende adressen (locaties) van particuliere klinieken is in januari 2020 en januari 2019 gevraagd de gegevens van de *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2019 en 2018* via een digitale vragenlijst aan te leveren.

De inspectie heeft, net als in voorgaande jaren, de data over 2019 en 2018 geanalyseerd zoals deze door de klinieken zijn aangeleverd. De inspectie heeft de data niet voorafgaand aan de analyse 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.

Voor de praktijkbevindingen heeft de inspectie de vastgestelde rapporten, die zijn opgesteld naar aanleiding van een regulier inspectiebezoek, op de eerdergenoemde onderwerpen geanalyseerd. Dit betrof vastgestelde rapporten van bezoeken die zijn afgelegd in 2018. Deze rapporten zijn openbaar gemaakt op de website van de inspectie¹⁰.

[10] <https://www.igj.nl/onderwerpen/inspectierapporten>

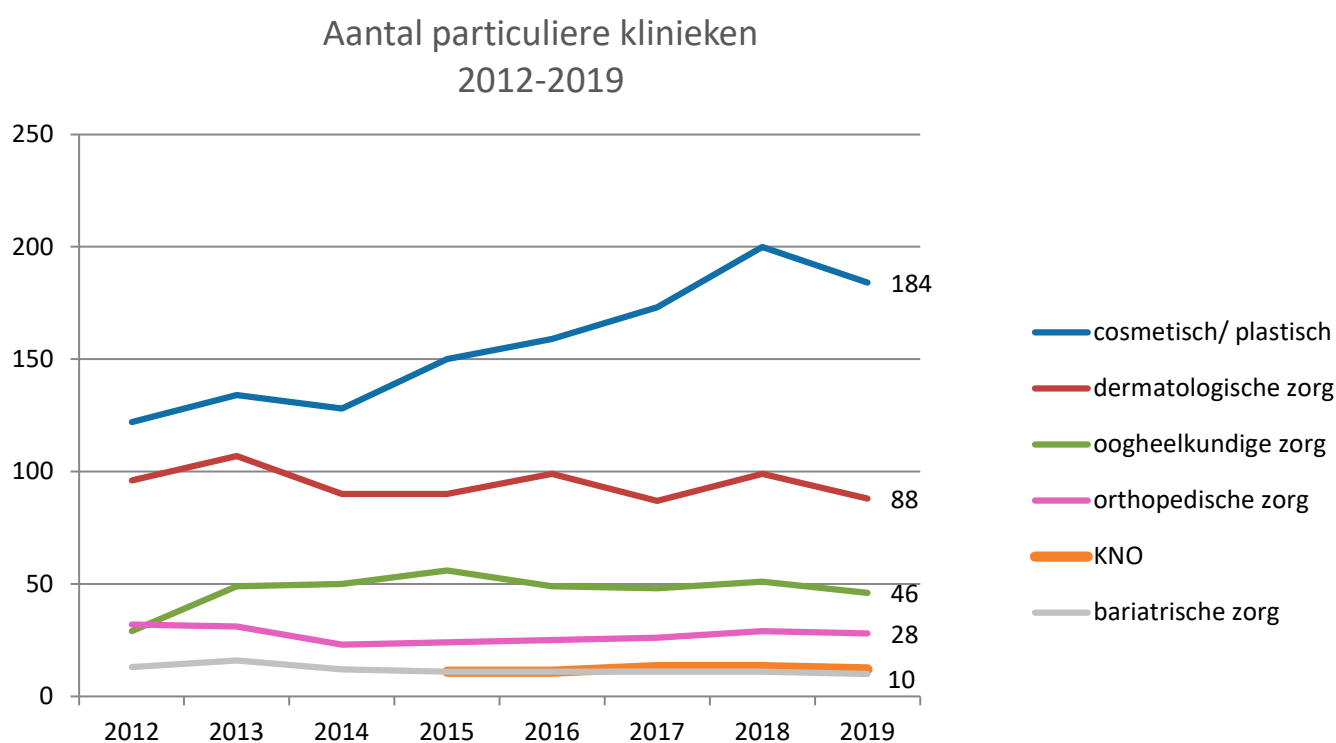
Hoofdstuk 1: Kengetallen

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

Bevindingen

In totaal hebben 530 particuliere klinieken gegevens aangeleverd over het verslagjaar 2019, waarvan 503 klinieken ook daadwerkelijk zorg hebben geleverd. In dit hoofdstuk, waarin de ontwikkelingen van het veld worden beschreven, is van 530 klinieken uitgegaan. Bij de hoofdstukken met betrekking tot indicatoruitkomsten is uitgegaan van het aantal klinieken (503) dat daadwerkelijk zorg heeft geleverd^[1]. In onderstaande figuren zijn de kengetallen weergegeven van klinieken die de afgelopen jaren data hebben aangeleverd.

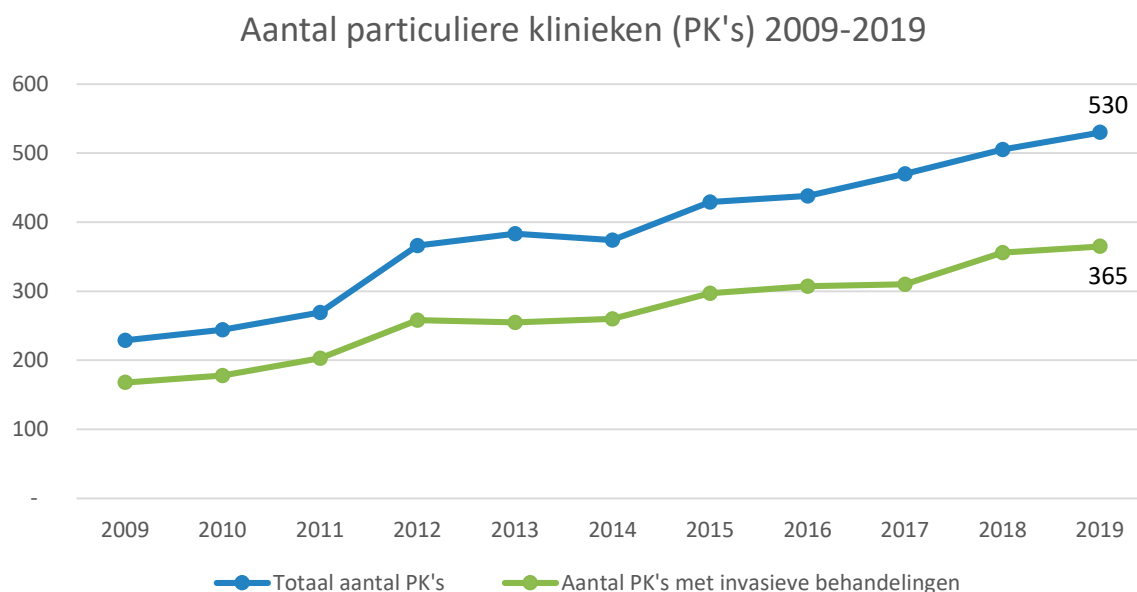
Figuur 1: Aantal particuliere klinieken (PK's) 2009 – 2019



Het aantal (locaties) particuliere klinieken is ten opzichte van 2018 met 25 gestegen (5 %). Ten opzichte van 2017 (meest recente publicatie het resultaat telt) steeg het aantal met 60 klinieken (13%). Het aantal klinieken waar patiënten invasief werden behandeld steeg met 9 (2,5 %) ten opzichte van 2018. Ten opzichte van 2017 steeg dit aantal met 55 klinieken (18%).

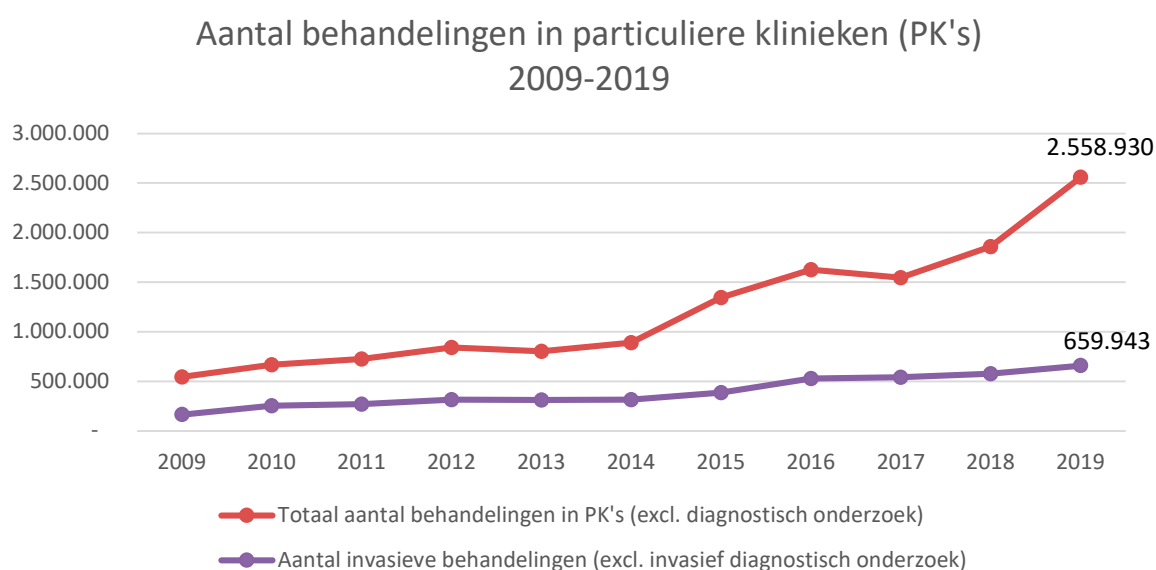
[1] Een aantal klinieken hebben wel de indicatoren aangeleverd, maar hebben daarin aangegeven dat zij (nog) geen zorg hebben verleend in 2019. Soms is dit het gevolg van een tijdelijke stop in de zorgverlening wegens diverse omstandigheden. Soms is een nieuwe kliniek opgericht, maar heeft nog geen zorg geleverd. Soms blijft de reden ook onbekend.

Figuur 2: ontwikkelingen behandelaanbod particuliere klinieken (PK's) 2012 – 2019



Uit bovenstaande figuur blijkt dat de grootste relatieve daling ten opzichte van 2018 heeft plaatsgevonden in de groep particuliere klinieken die dermatologische zorg aanboden (11%), die oogheelkundige zorg aanboden (10%) en die plastisch chirurgische/cosmetische zorg aanboden (8%). Het aantal klinieken met een ander behandelaanbod bleef vrijwel stabiel. Gezien bovenstaande specifieke ontwikkelingen en de algemene toename van het aantal particuliere klinieken, wordt deze groei veroorzaakt door klinieken die een ander behandelaanbod hebben dan in bovenstaande figuur wordt weergegeven. Uit de gegeven toelichtingen bleek er vooral een toename te zijn van particuliere klinieken die medisch specialistische revalidatiezorg aanboden (nieuwe klinieken).

Figuur 3: ontwikkelingen aantal behandelingen 2009 – 2019



In totaal gaven 82 klinieken aan dat zij in totaal 111.982 invasieve onderzoeken hebben uitgevoerd.

Van deze 82 klinieken hebben 2 klinieken (2,4 %) aangegeven dat zij geen invasieve behandelingen hebben uitgevoerd, maar uitsluitend invasieve diagnostiek hebben geleverd. In totaal voerden deze twee klinieken 406 invasieve onderzoeken uit.

Hoofdstuk 2: Goed bestuur

Inleiding

Goed bestuur is essentieel voor goede zorg. Goed bestuur betekent dat bestuurders door hun wijze van besturen goede en veilige zorg garanderen¹².

Onderdeel van goed besturen is onder andere het monitoren en tijdig sturen op de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. Hiervoor dient een bestuurder inzicht te hebben in zorguitkomsten en procesindicatoren. Om te kunnen beoordelen hoe de resultaten zich verhouden tot andere zorgaanbieders, dienen bestuurders de resultaten van hun kliniek, op een voor patiënten inzichtelijke wijze, te vergelijken met die van gelijksoortige zorgaanbieders.

Verder dient een bestuurder bijvoorbeeld te zorgen dat alle personele en materiele middelen bijdragen aan veilige en goede zorg en dient hij zorg te dragen dat alle organisatorische randvoorwaarden voor goede zorg aanwezig te zijn.

Gezien het grote belang van goed bestuur heeft de inspectie een apart hoofdstuk in het resultaat telt 2019-2018 aan dit onderwerp besteed. Hieronder worden de resultaten van indicatoren en beelden uit de inspectiepraktijk¹³ voor dit onderwerp weergegeven.

Indicatoruitkomsten

In deze paragraaf worden de uitkomsten weergegeven van indicatoren met betrekking tot bestuurlijke onderwerpen over verslagjaar 2019 en 2018.

Afspraken met een ziekenhuis

Deze indicator vraagt naar afspraken tussen een particuliere kliniek en een ziekenhuis in de regio voor de opvang en doorverwijzing van patiënten in geval van calamiteiten, complicaties of toenemende zorgvraag tijdens een behandeling, die de expertise en behandelsetting van een particuliere kliniek overstijgen. Deze afspraken zijn belangrijk om de opvang/doorverwijzing soepel te laten verlopen. De beschikbaarheid van relevante informatie uit medische dossiers voor het ziekenhuis en de verzekering van contactmogelijkheid tussen ziekenhuis en particuliere kliniek, dient onderdeel van deze afspraak te zijn. Door vooraf deze afspraken te maken met de raad van bestuur van een regionaal ziekenhuis is, op het moment dat opvang/doorverwijzing noodzakelijk is, geen verdragende discussie nodig over wie als opvang wil of zal fungeren en is uitwisseling van relevante informatie verzekerd. Op deze manier is een adequate opvang van patiënten, die in een particuliere kliniek worden behandeld, verzekerd.

Resultaten 2019

Van de 503 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren uit de Basisset Medisch Specialistische Zorg (hierna: kwaliteitsindicatoren) hebben aangeleverd, hadden 416 klinieken (83%) afspraken met een ziekenhuis waar patiënten in geval van calamiteiten of complicaties, die niet in de particuliere kliniek of het medisch diagnostisch centrum behandelbaar zijn, terecht kunnen. Van deze 416 klinieken hadden 370 klinieken deze afspraken schriftelijk vastgelegd en 46 klinieken hadden deze afspraken uitsluitend mondeling gemaakt. In totaal hadden 87 klinieken (17%) geen enkele afspraak met een ziekenhuis voor bovenbedoelde opvang. Met deze uitkomst is dit een lichte verslechtering ten opzichte van 2018. In totaal was bij 133 klinieken (87 klinieken geen afspraken en 46 klinieken mondelinge afspraken) dit onderdeel onvoldoende geregeld (26%). Dit is een lichte verslechtering ten opzichte van 21% in 2018.

Resultaten 2018

Van de 486 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, hadden 423 klinieken (87%) afspraken met een ziekenhuis waar patiënten in geval van calamiteiten of complicaties, die niet in de particuliere kliniek of het medisch diagnostisch centrum behandelbaar zijn, terecht kunnen. Van deze 423 klinieken hadden 384 klinieken deze afspraken

[12] <https://www.igj.nl/onderwerpen/goed-bestuur>

[13] Een meer gedetailleerde beschrijving van de praktijkbevindingen wordt in bijlage 3 gegeven.

schriftelijk vastgelegd en 39 klinieken hadden deze afspraken uitsluitend mondeling gemaakt. In totaal hadden 63 klinieken (13%) geen enkele afspraak met een ziekenhuis voor bovenbedoelde opvang. In totaal was bij 102 klinieken (63 klinieken geen afspraken en 39 klinieken mondelinge afspraken) dit onderdeel onvoldoende geregeld (21%). Dit is een lichte verbetering ten opzichte van 25% in 2017.

Waarborging 24-uurs continuïteit van zorg

Het is van groot belang dat een patiënt, na behandeling in een particuliere kliniek, 7x24 uur contact op kan nemen met de particuliere kliniek en kan worden beoordeeld door een arts. Eventueel kan een particuliere kliniek de 7x24 uur bereikbaarheid en beschikbaarheid organiseren middels waarneming. De waarnemer moet dan wel medische dossiers van de patiënten in kunnen zien en op de hoogte zijn van de behandelwijze door de particuliere kliniek. Deze 7x24 uur bereikbaarheid en beschikbaarheid is in het bijzonder van belang bij particuliere klinieken die invasieve behandelingen uitvoeren.

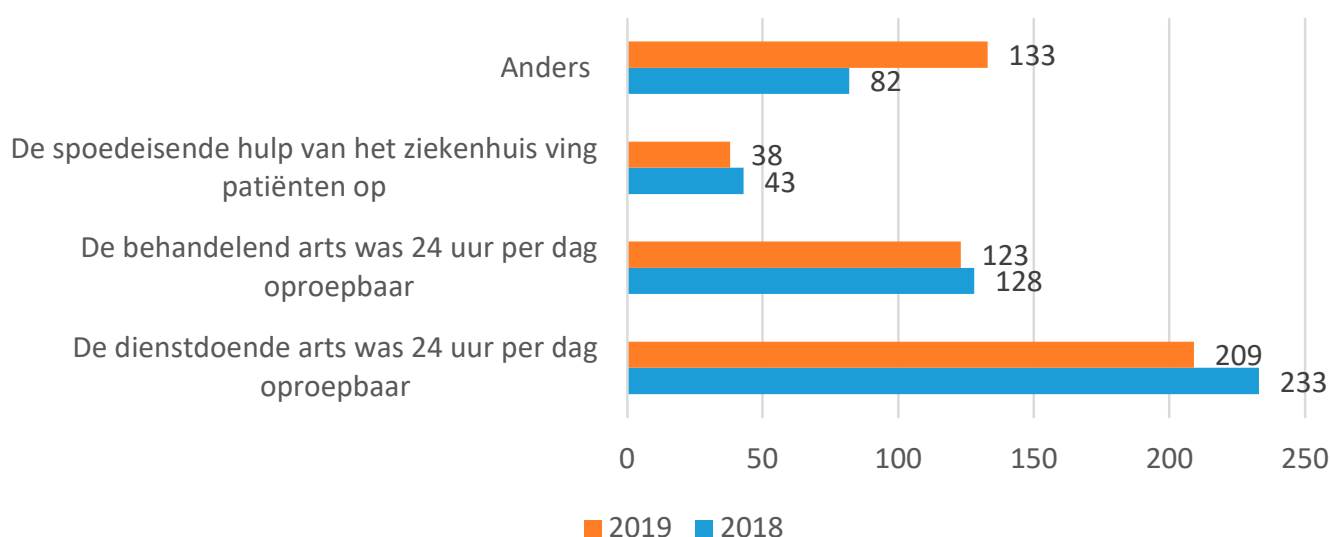
Resultaten 2019 – alle particuliere klinieken

Onderstaande figuur laat zien dat van de 503 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, bij 332 klinieken (66%) een arts 24 uur oproepbaar was. Dit is een verslechtering ten opzichte van 74% in 2018. In totaal hebben 133 klinieken aangegeven dat zij de continuïteit van zorg op een andere manier hebben geregeld.

Resultaten 2018 – alle particuliere klinieken

Onderstaande figuur laat zien dat van de 486 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, bij 361 klinieken (74%) een arts 24 uur oproepbaar was. Dit is een lichte verbetering ten opzichte van 69% in 2017. In totaal hebben 82 klinieken aangegeven dat zij de continuïteit van zorg op een andere manier hebben geregeld.

Bereikbaarheid buiten kantooruren



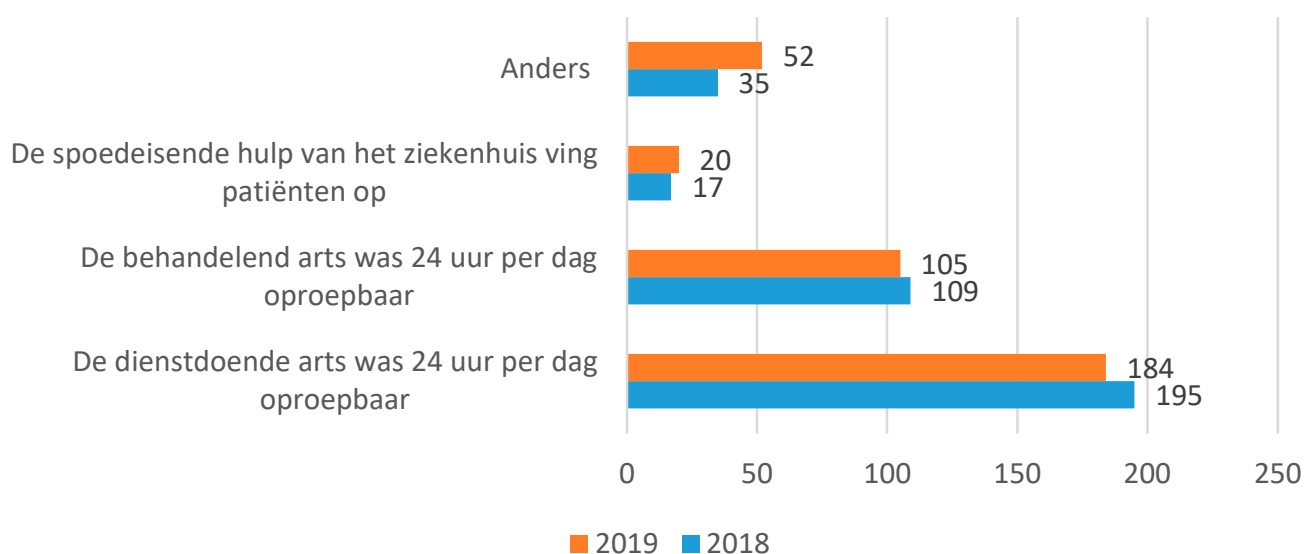
Resultaten 2019– alle particuliere klinieken met invasieve ingrepen

Van de 503 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, voerden in totaal 361 klinieken invasieve behandelingen uit. Onderstaande figuur laat zien dat van deze 361 klinieken, bij 289 klinieken (80%) een arts 7x24 uur oproepbaar was. Dit is een lichte verslechtering ten opzichte van 85% in 2017. In totaal hebben 52 klinieken aangegeven dat zij de bereikbaarheid op een andere manier hebben geregeld.

Resultaten 2018 – alle particuliere klinieken met invasieve ingrepen

Van de 486 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, voerden in totaal 356 klinieken invasieve behandelingen uit. Onderstaande figuur laat zien dat van deze 356 klinieken, bij 304 klinieken (85%) een arts 7x24 uur oproepbaar was. In totaal hebben 35 klinieken aangegeven dat zij de bereikbaarheid op een andere manier hebben geregeld.

Bereikbaarheid buiten kantooruren bij particuliere klinieken die invasieve behandelingen uitvoerden



Afspraken met betrekking tot het gebruik van de OK of andere faciliteiten van het ziekenhuis

Bij het huren of verhuren van faciliteiten is het van belang om afspraken over gebruik van personeel en middelen vast te leggen. Tevens moet een heldere verdeling van verantwoordelijkheden tussen huurder en verhuurder worden vastgesteld. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld scholing van personeel, schoonmaak, onderhoud en validatie van ruimten en/of middelen. De inspectie benadrukt dat de huurder eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit en veiligheid van het gehuurde, als dit wordt ingezet bij het leveren van zorg (door de huurder).

Resultaten 2019

Van de 503 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, gaven 82 klinieken (16%) aan dat zij faciliteiten huurden in een ziekenhuis. Van deze 82 klinieken hadden 74 klinieken (90%) schriftelijke afspraken over het gebruik van deze faciliteiten en 8 klinieken hadden uitsluitend mondelinge afspraken. In 2018 gaven 86 klinieken aan dat zij faciliteiten huurden in een ziekenhuis, waarvan 78 klinieken (91%) de afspraken over het gebruik schriftelijk hadden vastgelegd. Hiermee zijn de resultaten over 2019 vergelijkbaar met die over 2018.

Resultaten 2018

Van de 486 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, gaven 86 klinieken (18%) aan dat zij faciliteiten huurden in een ziekenhuis. Van deze 86 klinieken hadden 78 klinieken (91%) schriftelijke afspraken over het gebruik van deze faciliteiten en 8 klinieken hadden uitsluitend mondelinge afspraken. In 2017 gaven 97 klinieken aan dat zij faciliteiten huurden in een ziekenhuis, waarvan 86 klinieken (89%) de afspraken over het gebruik schriftelijk hadden vastgelegd.

Regeling mogelijk disfunctionerend medisch specialist

Het is van belang om mogelijk disfunctioneren van zorgverleners tijdig op te merken en een procedure te hebben vastgesteld, waarin beschreven is hoe hiermee omgegaan moet worden. Bijvoorbeeld welke mogelijkheden worden ingezet om het functioneren van de betreffende zorgverlener te verbeteren en onder welke condities de betreffende zorgverlener kan blijven werken (zelfstandig, onder supervisie, beperkt werkpakket etc.). Als de samenwerking (in welke vorm dan ook) wordt beëindigd wegens ernstig disfunctioneren, dan moet een kliniek dit bij de inspectie melden. Hoewel deze specifieke indicator uitsluitend medisch specialisten betreft, geldt deze eis voor alle zorgverleners¹⁴.

Resultaten 2019

Van de 503 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, gaven 364 klinieken aan dat er in de 24 maanden voorafgaand aan 31 december 2019 medisch specialisten werkzaamheden in de kliniek hebben verricht. Hiervan bezaten 355 (98%) klinieken een regeling mogelijk disfunctionerend medisch specialist. Dit is vergelijkbaar met 96% in 2018.

Resultaten 2018

Van de 486 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, gaven 362 klinieken aan dat er in de 24 maanden voorafgaand aan 31 december 2018 medisch specialisten werkzaamheden in de kliniek hebben verricht. Hiervan bezaten 347 (96%) klinieken een regeling mogelijk disfunctionerend medisch specialist. Dit is vergelijkbaar met 93% in 2017.

Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) schrijft in artikel 8 voor, dat zorgaanbieders een meldcode moeten vaststellen waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt omgegaan. De zorgaanbieder dient de kennis en het gebruik van deze meldcodes te bevorderen. Ook zorgaanbieders die cosmetische behandelingen uitvoeren, dienen altijd alert te zijn op dwang bij een patiënt die een cosmetische behandeling ondergaat.

Resultaten 2019

Van de 503 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, gaven 480 klinieken (95%) aan dat zij beschikten over een meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Dit is vergelijkbaar met 92% in 2018. In totaal beschikten 23 klinieken (5%) niet over dergelijke codes.

Van de 480 klinieken die over een meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld beschikten boden 359 klinieken (75%) aan hun medewerkers met patiëntencontact training voor het hanteren van deze meldcodes aan. Dit is een grote verbetering ten opzichte van 60% in 2018.

In totaal was dit onderdeel in 144 klinieken (23 geen codes en 121 geen training) onvoldoende geïmplementeerd (27%). Dit is een grote verbetering ten opzichte van 44% in 2018.

Resultaten 2018

Van de 486 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, gaven 448 klinieken (92%) aan dat zij beschikten over een meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. In totaal beschikten 38 klinieken (8%) niet over dergelijke codes. Dit is een lichte verbetering ten opzichte van 12% in 2017.

Van de 448 klinieken die over een meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld beschikten boden 270 klinieken (60%) aan hun medewerkers met patiëntencontact training voor het hanteren van deze meldcodes aan. Dit is vergelijkbaar met 62% in 2017.

In totaal was dit onderdeel in 216 klinieken (38 geen codes en 178 geen training) onvoldoende geïmplementeerd (44%).

[14] Wkkgz: artikel 11.c

Kwaliteitscertificaten

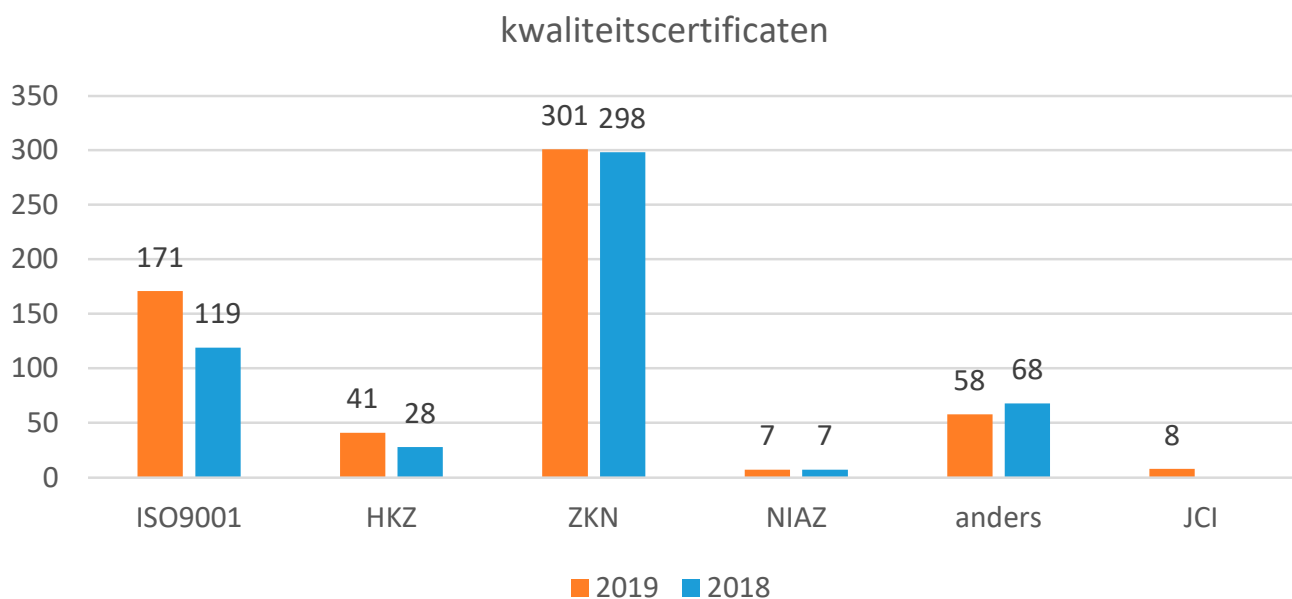
Een kwaliteitskeurmerk kan bijdragen aan het proces van bewaken, beheersen en verbeteren. Het maakt de processen in de organisatie transparant en helpt ze te verbeteren. Het bezit van een kwaliteitskeurmerk is geen garantie voor kwaliteit, wel helpt het vaak bij het realiseren van voorwaarden die noodzakelijk zijn voor goede kwaliteit en veiligheid.

Resultaten 2019

Van de 503 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, beschikten 413 klinieken (82%) over een kwaliteitscertificaat. In onderstaande figuur wordt de verdeling van verschillende certificeringen weergegeven. Sommige klinieken bezaten meerdere certificaten. In 2018 had 80% van de klinieken een kwaliteitscertificaat.

Resultaten 2018

Van de 486 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, beschikten 390 klinieken (80%) over een kwaliteitscertificaat. In onderstaande figuur wordt de verdeling van verschillende certificeringen weergegeven. Sommige klinieken bezaten meerdere certificaten. In 2017 had 75% van de klinieken een kwaliteitscertificaat.



Beelden uit inspectiepraktijk – Goed bestuur

In 2018 heeft de inspectie dit onderwerp in 46 inspectiebezoeken aan particuliere klinieken getoetst.

In bijna de helft van alle bezochte klinieken was het onderdeel 'bestuur' onvoldoende geregeld, doordat in vrijwel alle gevallen een vorm van intern toezicht ontbrak.

Meer dan de helft van de bezochte klinieken had het onderwerp 'meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling' niet op orde, doordat de meldcodes ontbraken en/of geen training voor het gebruik van deze codes werd gegeven.

Ongeveer een kwart van de bezochte klinieken had geen schriftelijke afspraken met een ziekenhuis in de regio voor de opvang en doorverwijzing van patiënten ingeval van calamiteiten, complicaties of toenemende zorgvraag tijdens een behandeling, die de expertise en behandelsetting van een particuliere kliniek overstijgen.

Eveneens circa een kwart van de bezochte klinieken had het proces met betrekking tot de verhuur of huur van faciliteiten niet op orde, waarbij soms schriftelijke huurafspraken ontbraken of het gehuurde niet aantoonbaar aan alle vereisten voldeed.

De organisatiestructuur bleek bij ongeveer een kwart van de bezochte klinieken niet in orde, doordat er geen structureel overleg tussen alle medewerkers plaatsvond, de medische eindverantwoordelijkheid niet was vastgelegd of de interne organisatiestructuur niet was beschreven.

Regelmatig bleek een kwaliteitssysteem afwezig, waardoor deze klinieken de zorguitkomsten niet structureel konden monitoren en geen adequate sturing op kwaliteit en veiligheid mogelijk was.

In meer dan de helft van het aantal bezochte klinieken werd het onderdeel 'disfunctionerende zorgprofessionals' als onvoldoende beoordeeld, doordat een regeling met betrekking tot dit onderwerp ontbrak, de meldplicht bij ontslag wegens ernstig disfunctioneren in de regeling ontbrak of het beleid gold niet voor alle zorgverleners.

Het proces met betrekking tot klachten en geschillen was bij ongeveer een kwart van de klinieken niet in orde, doordat een regeling inzake dit onderwerp ontbrak of de informatievoorziening aan patiënten, over dit proces, tekortschoot.

Het calamiteitenbeleid was bij circa een kwart van de klinieken onvoldoende vormgegeven, doordat het beleid ontbrak of er geen onafhankelijke onderzoekscommissie werd benoemd.

NB: De beelden uit de inspectiepraktijk zijn gebaseerd op bevindingen gedaan tijdens reguliere toezichtbezoeken. Het betrof zowel inspectiebezoeken aan nieuwe toetreders (NT-bezoeken) als aan langer bestaande klinieken (RT-bezoeken). Een gedetailleerde beschrijving wordt in bijlage 3 gegeven.

Hoofdstuk 3: kwaliteit en veiligheid

Inleiding

Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de kwaliteit van zorg in particuliere klinieken goed is. De inspectie toetst deze klinieken op een aantal onderwerpen om te bepalen of de kwaliteit van zorg voldoet aan de gestelde normen. Deze onderwerpen zijn zeer verschillend, zij variëren van het bijhouden van een implantatenregister, het registreren van postoperatieve wondinfecties en heroperaties tot het uitvoeren van patiënttevredenheidsonderzoeken. Verder is het belangrijk dat particuliere klinieken hun werkwijzen in protocollen beschrijven, zodat deze werkwijzen voor iedereen duidelijk zijn. Daarnaast verwacht de inspectie van particuliere klinieken dat zij de uitkomsten uit bijvoorbeeld de infectieregistratie en patiënttevredenheidsonderzoeken gebruiken om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het gaat dus niet alleen om het registreren maar juist om het leren van deze registraties, zodat patiënten binnen de particuliere klinieken optimale zorg krijgen.

Kwaliteit en veiligheid zal altijd een belangrijk onderwerp in het toezicht blijven, om deze reden heeft dit een apart hoofdstuk in het resultaat telt 2019 - 2018 gekregen. Hieronder worden de resultaten van indicatoren en beelden uit de inspectiepraktijk¹⁵ voor dit onderwerp weergegeven.

Indicatoruitkomsten

In deze paragraaf worden de uitkomsten weergegeven van indicatoren met betrekking tot kwaliteit en veiligheid over verslagjaar 2019 en 2018.

Implantaten

Vanaf 1 januari 2019 is het verplicht om implantaten te registreren in het landelijk register implantaten, zodat altijd is te achterhalen bij wie welk implantaat is ingebracht. Dit is van belang als er later problemen met een bepaald type implantaat aan het licht zouden komen. In het verleden zijn verschillende keren problemen geconstateerd bij implantaten zoals bijvoorbeeld bij bepaalde heupprothesen, de zogenaamde Metaal op Metaal (MOM) heupimplantaten en de PIP-implantaten. Hierbij bleek destijds dat het lastig was om te achterhalen bij wie deze implantaten waren ingebracht, omdat hier geen goede registratie voor bestond. De overheid heeft toen besloten dat er een landelijke registratie voor implantaten opgezet moest worden. Tot die tijd moesten de instellingen zelf een registratie van implantaten bijhouden. Op specialismeniveau werd, vooruitlopend op de landelijke registratie, al een landelijke registratie opgezet. De Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI) door de orthopedische vereniging en Dutch Breast Implant Registration (DBIR) door DICA. Naast de noodzaak om een goed werkend systeem te hebben voor het identificeren van patiënten in geval van problemen, kan de database ook worden gebruikt voor kwaliteitsdoeleinden door het monitoren van de geïmplanteerde implantaten.

Resultaten 2019

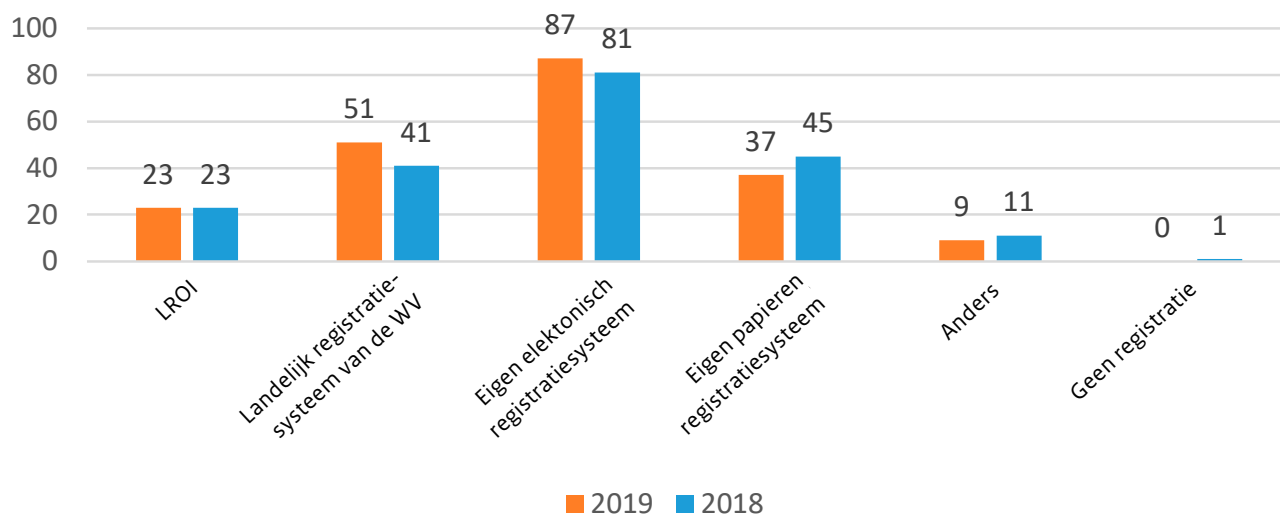
Van de 503 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, gaven 119 klinieken (24%) aan gebruik te maken van implantaten. Dit is vergelijkbaar met 2018. Eén kliniek gaf aan dat zij geen gebruik maakten van een of meerdere registraties om geïmplanteerde implantaten te registreren. Deze kliniek gaf in de toelichting aan, dat de registratie centraal plaats vond bij een andere kliniek van hetzelfde concern via het EPD en DBIR (LIR). Hiermee werden deze implantaten dus wel geregistreerd. Van de negen klinieken die aangaven van een 'ander' systeem gebruik te maken, schreven vier klinieken in de toelichting dat zij in het LIR registreerden.

Resultaten 2018

Van de 486 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, gaven 122 klinieken (25%) aan gebruik te maken van implantaten. Op één kliniek na, maakten alle klinieken gebruik van een of meerdere registraties om geïmplanteerde implantaten te registreren. De kliniek die geen registratie gebruikte, gaf in de toelichting aan dat 'per januari 2019 de implantaten na toestemming van de patiënt worden geregistreerd in DBIR'. Van de elf klinieken die aangaven van een 'ander' systeem gebruik te maken, schreven zes klinieken in de toelichting dat zij in DBIR registreerden.

[15] Een meer gedetailleerde beschrijving van de praktijkbevindingen wordt in bijlage 4 gegeven.

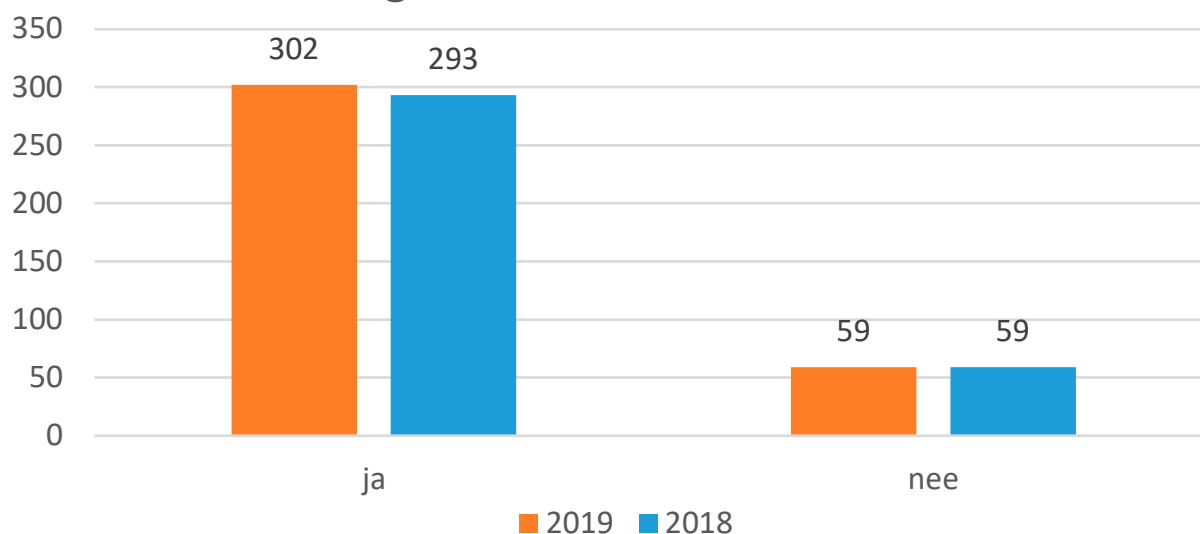
Implantaten registratiesysteem



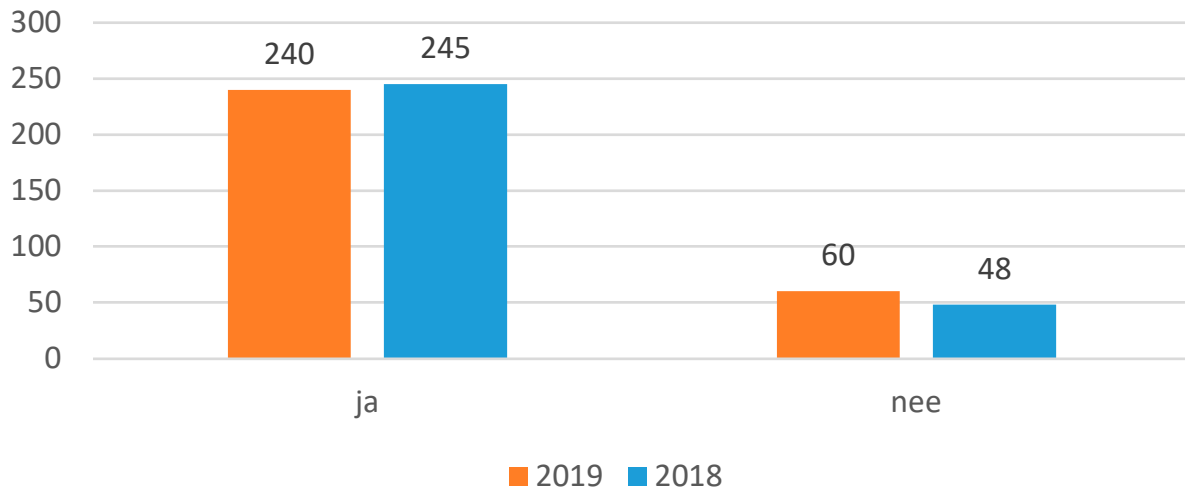
ASA-classificatie

Patiënten met een grotere kans op complicaties tijdens een ingreep worden niet in een particuliere kliniek geopereerd vanwege de afwezigheid van aanvullende zorgvoorzieningen zoals bijvoorbeeld een intensive-careafdeling of mogelijkheid tot aanvullende (spoed) diagnostiek. Om het risico op complicaties in te kunnen schatten, wordt voorafgaand aan de ingreep de gezondheidsstatus van de patiënt bepaald. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een internationaal veel gebruikte score (ASA) die in Amerika is ontwikkeld om patiënten voorafgaand aan een ingreep te classificeren om zo het anesthesierisico in te schatten. Patiënten met een ASA-III score of hoger worden in principe alleen in ziekenhuizen opgenomen voor een operatie.

Registratie ASA-classificatie



Onderscheid in ASA-classificatie



Resultaten 2019

Van de 503 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) aanleverden, voerden 361 klinieken (72%) invasieve behandelingen uit. Van deze 361 klinieken gaven 302 klinieken (84%) aan de ASA-classificatie te registreren. Dit is vergelijkbaar met de resultaten uit 2018. Van de 302 klinieken die de ASA-classificatie registreren gaven 240 klinieken (79%) aan dat zij onderscheid konden maken in ASA-classificatie.

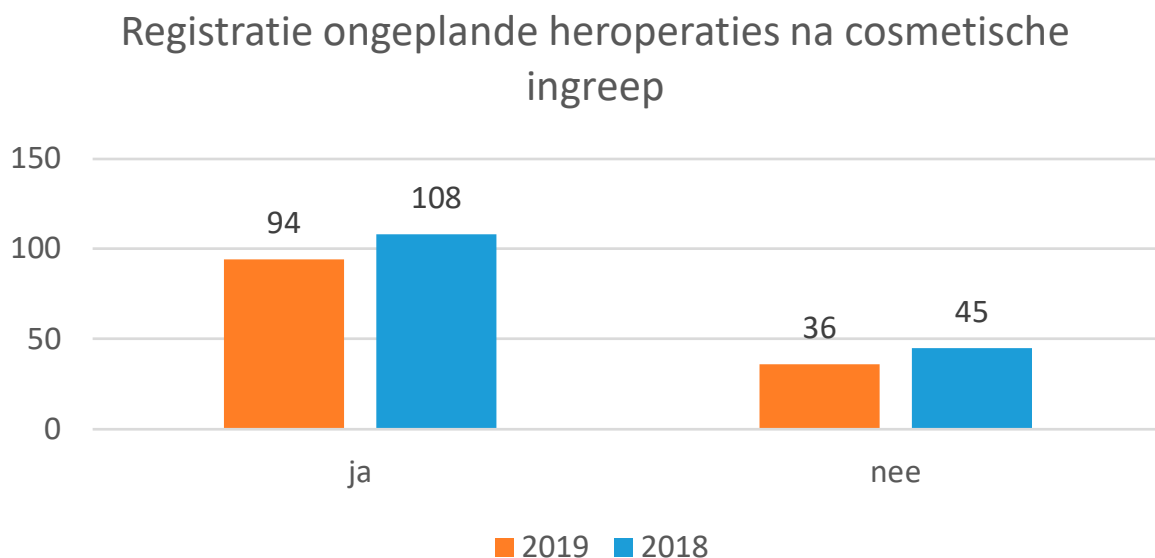
Resultaten 2018

Van de 486 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) aanleverden, voerden 356 klinieken (73%) invasieve behandelingen uit. Van deze 356 klinieken gaven 293 klinieken (82%) aan de ASA-classificatie te registreren. Dit is een lichte stijging ten opzichte van 2017 toen het percentage 79% bedroeg.

Van de 293 klinieken die de ASA-classificatie registreren gaven 245 klinieken (84%) aan dat zij onderscheid konden maken in ASA-classificatie.

Ongeplande heroperaties na cosmetische chirurgie

Een heroperatie na een cosmetische ingreep wordt uitgevoerd, omdat na de operatie complicaties zijn ontstaan of omdat de patiënt ontevreden is over het resultaat. Een complicatie is niet altijd te voorkomen, maar een complicatie kan echter ook ontstaan door suboptimale zorg. Bij dit onderdeel worden de indicatoruitkomsten besproken met betrekking tot heroperaties. Het onderdeel complicaties, en vooral wat de kliniek hiermee doet, wordt besproken in het hoofdstuk 'Professionals'. In de onderstaande grafieken wordt het aantal heroperaties na een cosmetische ingreep weergegeven, zowel heroperaties ten gevolge van een complicatie als heroperaties ten gevolge van ontevredenheid bij de patiënt.



Resultaten 2019

Van de 503 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, hadden 130 klinieken gegevens aangeleverd bij deze vraag. Hiervan gaven 36 klinieken (28%) aan dat zij geen heroperaties na een cosmetische ingreep registreerden. Van deze 36 klinieken gaven 23 klinieken als toelichting dat zij geen (cosmetische) ingrepen of operaties uitvoerden. Twee klinieken gaven aan dat zij geen heroperaties hebben uitgevoerd in 2019. Twee klinieken gaven aan dat zij wel complicaties registreerden, maar dat het aantal heroperaties nog niet uit hun systeem kon worden gehaald. De overige klinieken gaven geen toelichting.

In de onderstaande grafiek is de verdeling zichtbaar tussen heroperaties ten gevolge van ontevredenheid van de patiënt en ten gevolge van een complicatie. Het gemiddelde percentage heroperaties ten gevolge van ontevredenheid bij de patiënt is 1,24% (spreiding 0% - 12%). Dit is iets hoger dan 0,9% in 2018. Van de 130 klinieken die de gegevens hebben aangeleverd scoorden 52 klinieken 0%.

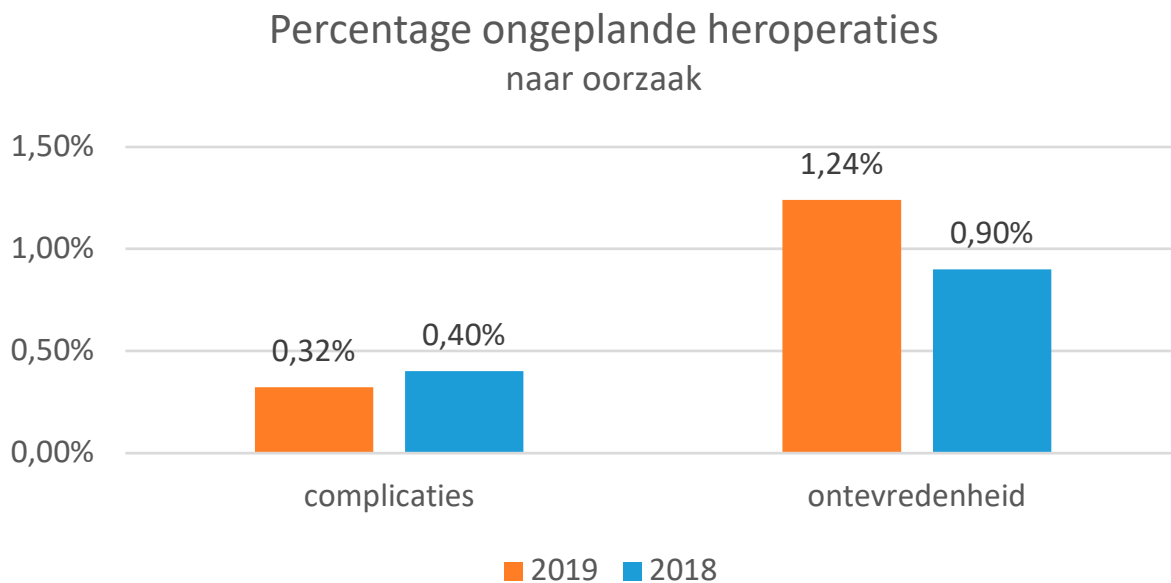
Het gemiddeld percentage heroperaties ten gevolge van complicaties is 0,3% (spreiding 0% - 10%), waarbij 69 klinieken 0% scoorden. Dit is vergelijkbaar met 2018.

Resultaten 2018

Van de 486 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, hadden 153 klinieken gegevens aangeleverd bij deze vraag. Hiervan gaven 45 klinieken (29%) aan dat zij geen heroperaties na een cosmetische ingreep registreerden. Van deze 45 klinieken gaven 22 klinieken als toelichting dat zij geen (cosmetische) ingrepen of operaties uitvoerden. Vijf klinieken gaven aan dat zij geen heroperaties uitvoerden in 2018. Twee klinieken gaven aan dat dit niet van toepassing was, waarbij zij geen toelichting gaven waarom dit niet van toepassing was voor hun kliniek. Eén kliniek gaf aan dat zij dit wel registreerden, maar door het faillissement van het IJsselmeer ziekenhuis de gegevens niet meer konden achterhalen. Een andere kliniek registreerde geen heroperaties en gaf als toelichting 'betreft ooglidcorrecties'. Dit is een onduidelijke toelichting.

In de onderstaande grafiek is de verdeling zichtbaar tussen heroperaties ten gevolge van ontevredenheid van de patiënt en ten gevolge van een complicatie. Het gemiddelde percentage heroperaties ten gevolge van ontevredenheid bij de patiënt is 0,9% (spreiding 0% - 7%). Van de 108 klinieken die de gegevens hebben aangeleverd scoorden 65 klinieken 0%.

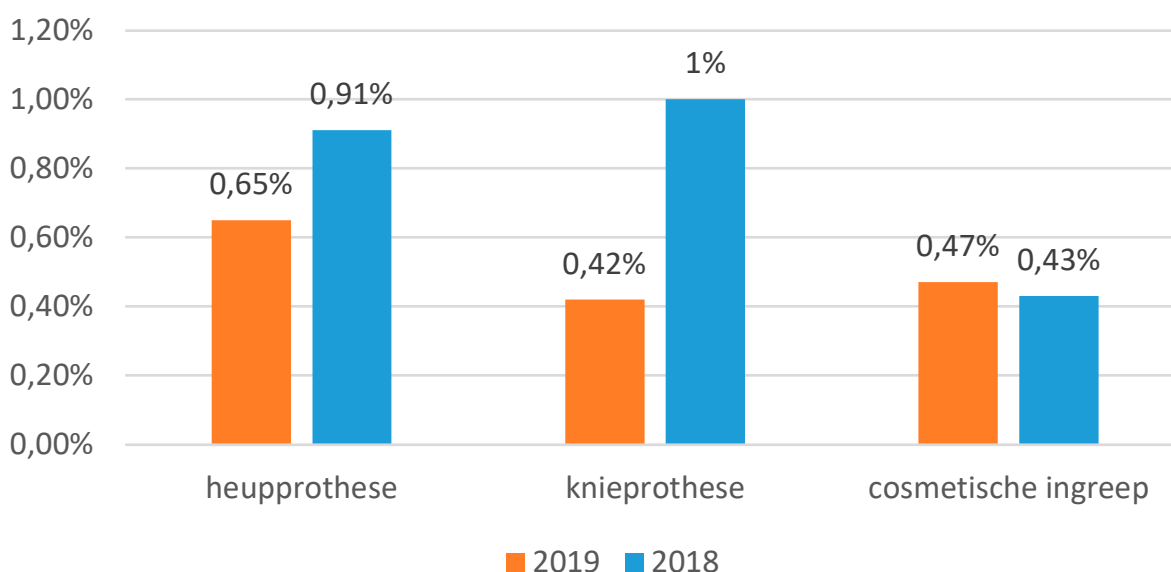
Het gemiddeld percentage heroperaties ten gevolge van complicaties is 0,4% (spreiding 0% - 6,2%), waarbij 79 klinieken 0% scoorden.



Infecties

Eén van de complicaties die kan optreden na een ingreep is een infectie. Een infectie is niet altijd te voorkomen, maar kan ook het gevolg zijn slecht ingerichte processen. Het registreren van infecties en analyseren hiervan is belangrijk om te bepalen of deze infectie het gevolg geweest kan zijn van werkomstandigheden. Indien dit het geval is, kunnen hier verbetermaatregelen op genomen worden. Infecties vallen onder complicaties, in het hoofdstuk 'Professionals' wordt het onderwerp complicatieregistratie en het houden van een complicatiebespreking behandeld. Klinieken die op onderstaande indicatoren slecht scoren, moeten het operatieve proces analyseren om te kijken of verbetermaatregelen mogelijk zijn.

Postoperatieve infecties



Resultaten 2019

Van de 503 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, hebben 127 klinieken (25%) aangegeven dat zij plastisch chirurgische/cosmetische ingrepen uitvoerden. Van deze 127 klinieken gaven 99 klinieken (78%) aan dat zij het aantal patiënten met een postoperatieve infectie registreerden. Dit is vergelijkbaar met 79% in 2018. Van de 28 klinieken die geen postoperatieve infecties registreerden, gaven 23 klinieken aan dat zij geen cosmetische ingrepen hebben uitgevoerd, één kliniek gaf aan dat zij geen postoperatieve infectie hebben gehad en de overige vier klinieken gaven geen toelichting. Het gemiddelde percentage patiënten met een postoperatieve infectie na een cosmetische ingreep was 0,5% (spreiding 0% - 6,9%). Dit resultaat is vergelijkbaar met 2018.

Zestien klinieken plaatsen knieprothesen. In totaal hebben deze zestien klinieken bij 4965 patiënten een knieprothese geplaatst. Dit varieerde van 12 tot 819 patiënten per kliniek. Het gemiddelde percentage postoperatieve infecties na het plaatsen van een knieprothese was 0,4% (spreiding 0% - 3,5%, mediaan 0,06%). Dit ligt iets onder het landelijk gemiddelde van 0,6% en is beduidend lager dan 1% in 2018.

Vijftien klinieken plaatsten heupprothesen. In totaal hebben zij bij 4335 patiënten een heupprothese geplaatst, waarbij dit varieerde van 33 tot 742 patiënten per kliniek. Het gemiddelde percentage postoperatieve operaties na het plaatsen van een heupprothese was 0,7% (spreiding 0% - 1,9%, mediaan 0,3%). Dit ligt ruim onder het landelijk gemiddelde van 1,2% en iets lager dan 0,9% in 2018.

Resultaten 2018

Van de 486 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, hebben 154 klinieken (32%) aangegeven dat zij plastisch chirurgische/cosmetische ingrepen uitvoerden. Van deze 154 klinieken gaven 121 klinieken (79%) aan dat zij het aantal patiënten met een postoperatieve infectie registreerden. Van de 33 klinieken die geen postoperatieve infecties registreerden, gaven 20 klinieken aan dat zij geen cosmetische ingrepen

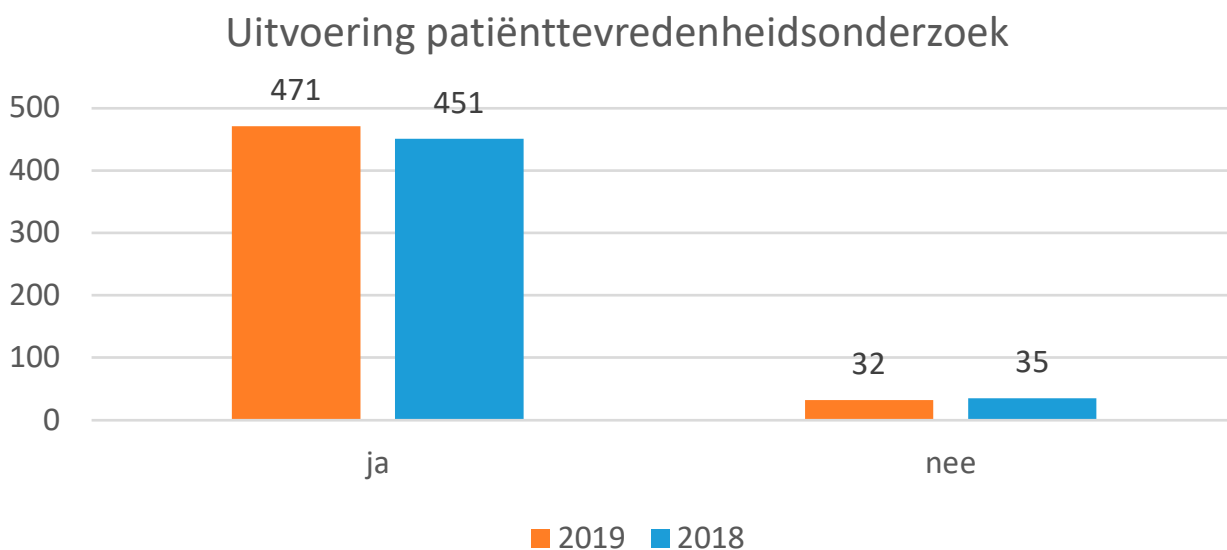
uitvoerden. Het gemiddelde percentage patiënten met een postoperatieve infectie na een cosmetische ingreep was 0,4% (spreiding 0% - 5,8%).

Zestien klinieken plaatsten knieprothesen. In totaal hebben deze zestien klinieken bij 3999 patiënten een knieprothese geplaatst. Dit varieerde van 1 tot 809 patiënten per kliniek. Het gemiddelde percentage postoperatieve infecties na het plaatsen van een knieprothese was 1% (spreiding 0% - 6,7%, mediaan 0,5%), dit ligt beduidend hoger dan het landelijk gemiddelde percentage van 0,6%.

Vijftien klinieken plaatsten heupprothesen. In totaal hebben zij bij 3201 patiënten een heupprothese geplaatst, waarbij dit varieerde van 6 tot 601 patiënten per kliniek. Het gemiddelde percentage postoperatieve operaties na het plaatsen van een heupprothese was 0,9% (spreiding 0% - 4,6%, mediaan 0,2%). Het landelijk gemiddelde infecties na een heupoperatie was 1,2%.

Patiënttevredenheid

Naast het bijhouden van een aantal objectieve parameters, kunnen ook subjectieve indicatoren aanleiding zijn voor het identificeren van verbetermogelijkheden. Patiënttevredenheidsonderzoeken kunnen hier een bijdrage aan leveren. Vaak komen hierdoor punten ten aanzien van logistiek, communicatie en attitude naar voren. Voor het behoud van patiënten en aantrekken van nieuwe patiënten kan hier waardevolle informatie uit naar voren komen.



Resultaten 2019

Van de 503 klinieken die de indicatoren hebben aangeleverd, gaven 32 klinieken (6%) aan dat ze geen patiënttevredenheidsonderzoek uitvoerden. Het merendeel gaf geen verklaring waarom geen patiënttevredenheidsonderzoek werd uitgevoerd. Een aantal klinieken gaf aan dat dit in 2019 is ingevoerd, maar dat door een technisch probleem de resultaten niet uit het EPD konden worden gehaald. Een aantal gaf aan dat dit in 2020 ging gebeuren en een aantal gaf aan dat dit niet elk jaar werd uitgevoerd.

Resultaten 2018

Van de 486 klinieken die de indicatoren hebben aangeleverd, gaven 35 klinieken (7%) aan dat ze geen patiënttevredenheidsonderzoek uitvoerden. Het merendeel gaf geen verklaring waarom geen patiënttevredenheidsonderzoek werd uitgevoerd. Een aantal gaf aan dat dit in 2019 ging gebeuren of in 2017 had plaatsgevonden. Eén kliniek gaf aan dat patiënten meestal maar één keer komen. Dit is geen logische reden om geen patiënttevredenheidsonderzoek uit te voeren, ook deze patiënten hebben de zorg van de betreffende kliniek ervaren.

Beelden uit inspectiepraktijk – Kwaliteit en veiligheid

In 2018 heeft de inspectie dit onderwerp in 46 inspectiebezoeken aan particuliere klinieken getoetst.

Bij circa een kwart de bezochte klinieken was het onderdeel 'incidenten (VIM)' niet op orde, doordat in de meeste gevallen een registratiesysteem voor (bijna)incidenten ontbrak.

Ongeveer een derde van de klinieken hadden de zorg onvoldoende gestandaardiseerd, waarvan in circa de helft van de gevallen de protocollen niet aan de eisen voldeden.

De organisatie van aantoonbare bekwaamheid van zorgverleners die voorbehouden handelingen uitvoeren, was bij ruim een derde van de klinieken niet op orde. Veelal ontbrak een overzicht van zorgverleners met daarbij hun bevoegd- en bekwaamheid voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Bij een enkele kliniek ontbrak beleid met betrekking tot dit onderwerp.

Het onderdeel interne en externe toetsing, waarbij audits op bepaalde onderwerpen worden uitgevoerd, was bij ruim een derde van de klinieken onvoldoende vormgegeven.

Bij vrijwel alle bezochte klinieken was de 'recall-procedure', voor het traceren van producten die patiënten kregen toegediend, geïmplementeerd, voldoende.

NB: De beelden uit de inspectiepraktijk zijn gebaseerd op bevindingen gedaan tijdens reguliere toezichtbezoeken. Het betrof zowel inspectiebezoeken aan nieuwe toetreders (NT-bezoeken) als aan langer bestaande klinieken (RT-bezoeken). Een gedetailleerde beschrijving wordt in bijlage 4 gegeven.

Hoofdstuk 4: Professionaliteit

Inleiding

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van zorgverleners, zoals medisch specialisten, artsen en verpleegkundigen. Het Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS) en het voeren van functioneringsgesprekken zijn gebruikelijke instrumenten om deze kwaliteit te waarborgen.

Het is belangrijk dat complicaties worden geregistreerd en worden besproken met collega artsen, zodat hiervan geleerd kan worden. Naast de complicaties kan ook worden geleerd van zaken die niet goed verlopen maar, geen complicatie zijn. Deze zaken worden incidentmeldingen genoemd. Dit onderdeel werd besproken in het hoofdstuk 'Kwaliteit'.

De inspectie vindt professionaliteit een belangrijk onderwerp in het toezicht en heeft om deze reden een apart hoofdstuk in 'Het Resultaat Telt 2019 - 2018' aan dit onderwerp besteed. Hieronder worden de resultaten van indicatoren en beelden uit de inspectiepraktijk¹⁶ voor dit onderwerp weergegeven¹⁷.

Indicatoruitkomsten

Hieronder worden de uitkomsten weergegeven van de indicatoren met betrekking tot het onderwerp 'professionaliteit'.

[16] Een meer gedetailleerde beschrijving van de praktijkbevindingen wordt in bijlage 5 gegeven.

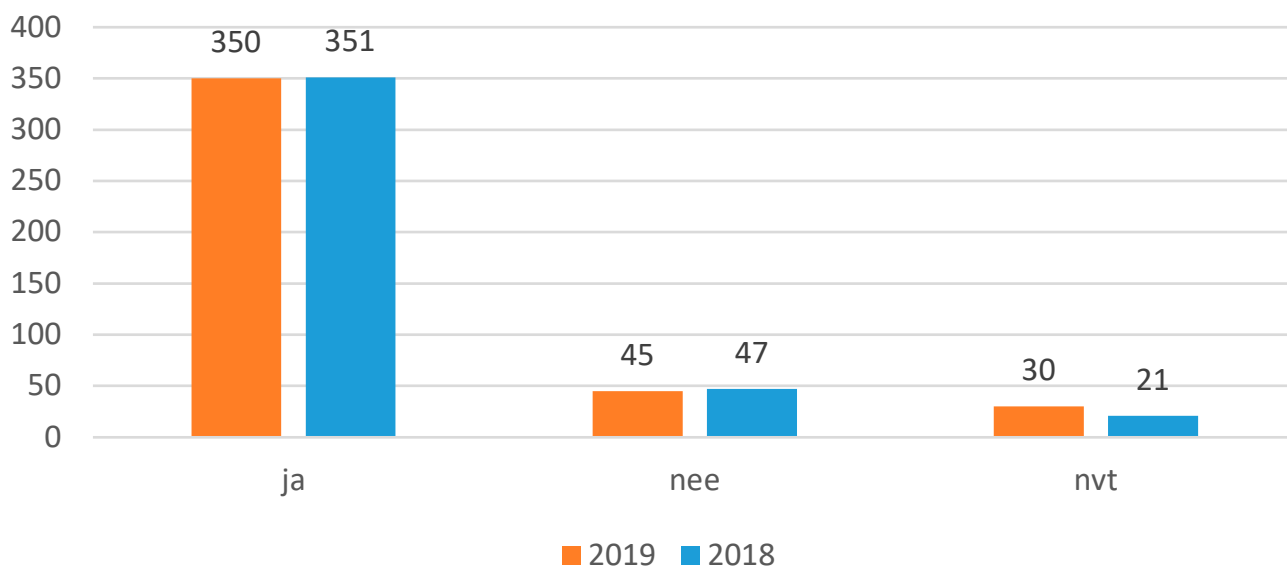
[17] <https://magazines.igi.nl/hetresultaattelt/2020/01/18-algemeen-kwaliteitsbeleid>

IFMS

IFMS is ontwikkeld door de Federatie Medisch Specialisten om het individueel functioneren van de medisch specialist te evalueren en verder te ontwikkelen. De belangrijkste pijlers zijn het leren van fouten, het gebruik van een 360-graden feedback instrument en het werken aan persoonlijke doelen. Deze leidraad was in eerste instantie ontwikkeld voor medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen. Aangezien steeds meer medisch specialisten ook buiten het ziekenhuis werken, heeft ZKN voor medisch specialisten, werkzaam in een particuliere kliniek, de 'IFMS Handreiking' ontwikkeld. In deze handreiking is ook opgenomen dat ZKN het IFMS niet alleen van belang acht voor medisch specialisten maar voor alle artsen die in een kliniek werken¹⁸.

Deze indicator vraagt of IFMS in de volle omvang is ingevoerd in een kliniek.

Invoering IFMS in de volle omvang



Resultaten 2019

Van de 503 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, hebben 425 klinieken aangegeven dat er medisch specialisten werkzaam waren. Van deze 425 klinieken hadden 350 klinieken (82%) het IFMS in de volle omvang ingevoerd. Dit is vergelijkbaar met 84% in 2018. In totaal gaven van de 425 klinieken 30 klinieken aan dat het IFMS niet van toepassing was, zonder dit verder toe te lichten. En 45 klinieken gaven aan dat het IFMS niet in de volle omvang was ingevoerd. Regelmatig werd hierbij toegelicht dat de medisch specialisten deelnamen aan het IFMS in het ziekenhuis, waar zij ook werkzaam waren. Het uitsluitend deelnemen aan het IFMS bij een andere werkgever is niet genoeg. Het gaat bij het IFMS ook om het beoordelen van het functioneren van de medisch specialist of arts binnen het team in een particuliere kliniek. De uitkomsten van het functioneren binnen een ziekenhuis, kunnen niet volledig worden gebruikt om het functioneren binnen een particuliere kliniek te beoordelen. De inspectie vraagt de klinieken, op wie het voorgaande van toepassing is, daarom om het IFMS ook binnen de kliniek toe te passen. Ook al heeft een medisch specialist het IFMS in een ziekenhuis gevolgd.

Van de 350 klinieken die het IFMS in de volle omvang hadden ingevoerd, hadden 330 klinieken (94%) afspraken met de raad van bestuur over de wijze waarop deelgenomen werd aan IFMS. Hiermee zijn deze resultaten vergelijkbaar met die over 2018. Van de 20 klinieken die aangaven dat er geen afspraken met de raad van bestuur waren over de wijze waarop werd deelgenomen aan IFMS, gaven drie klinieken als toelichting dat de raad van bestuur wordt gevormd door de betreffende medisch specialisten. Eén kliniek lichtte toe dat de medisch specialisten deelnamen aan het IFMS in het ziekenhuis waar deze ook werkzaam waren, één kliniek lichtte toe dat het een eenmanspraktijk betrof. Drie klinieken van hetzelfde concern lichtten

[18] <https://www.zkn.nl/uploads/documenten/website/ZKN-IFMS-Handreiking.pdf>

toe: “wij maken gebruik van een PA-constructie. Dit houdt in dat er een Physician Assistant werkzaam is onder de supervisie van een revalidatiearts.”

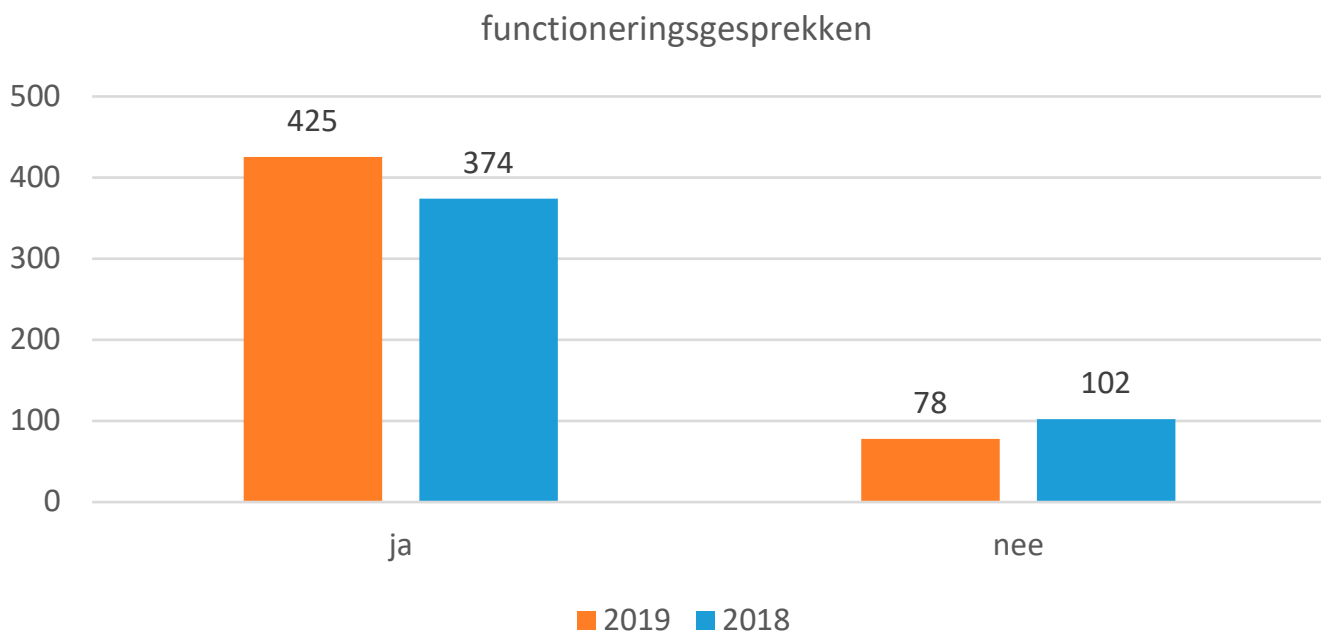
Resultaten 2018

Van de 486 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, hebben 419 klinieken aangegeven dat er medisch specialisten werkzaam waren. Van deze 419 klinieken hadden 351 klinieken (84%) het IFMS in de volle omvang ingevoerd. In totaal gaven van de 419 klinieken 21 klinieken aan dat het IFMS niet van toepassing was, zonder dit verder toe te lichten. En 47 klinieken gaven aan dat het IFMS niet in de volle omvang was ingevoerd. Regelmatig werd hierbij toegelicht dat de medisch specialisten deelnamen aan het IFMS in het ziekenhuis, waar zij ook werkzaam waren. Het uitsluitend deelnemen aan het IFMS bij een andere werkgever is niet voldoende.

Van de 358 klinieken die het IFMS in de volle omvang hadden ingevoerd, hadden 339 klinieken (95%) afspraken met de raad van bestuur over de wijze waarop deelgenomen werd aan IFMS. Van de 19 klinieken die aangaven dat er geen afspraken met de raad van bestuur waren over de wijze waarop werd deelgenomen aan IFMS gaf een kliniek als toelichting dat de artsen de raad van bestuur vormen. De overige 18 klinieken die aangaven geen afspraken te hebben of dat deze vraag voor hen niet van toepassing was, gaven geen verdere toelichting.

Functioneringsgesprekken

Het functioneringsgesprek is een belangrijk moment om te reflecteren op het functioneren van de betreffende medewerker. Zowel de medewerker als de raad van bestuur kunnen in dit gesprek wensen en verwachtingen uitspreken. Dit geldt zowel voor artsen als voor alle andere zorgverleners. Doordat de indicatortekst in 2018 (functioneringsgesprekken tussen artsen en bestuurder) anders was dan in 2019 (functioneringsgesprekken tussen alle zorgverleners en bestuurder), zijn de resultaten in beide jaren niet vergelijkbaar.



Resultaten 2019

Van de 503 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, hebben 425 klinieken (84%) een systeem van functioneringsgesprekken tussen de raad van bestuur en zorgverleners. Van de 78 klinieken die geen systeem hebben van functioneringsgesprekken tussen de raad van bestuur en zorgverleners, geeft een groot aantal klinieken aan dit in 2020 zal worden ingevoerd. Daarnaast wordt regelmatig aangegeven dat de kliniek geen raad van bestuur heeft. Echter, waar in de indicator ‘raad van bestuur’ wordt geschreven, mag uiteraard ook ‘directie’ worden gelezen.

Resultaten 2018

Van de 486 klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, hebben 374 klinieken (77%) een systeem van functioneringsgesprekken tussen de raad van bestuur en de medisch specialisten/artsen. Van de 102 klinieken die geen systeem hebben van functioneringsgesprekken tussen de raad van bestuur en de medisch specialisten/artsen, geeft een groot aantal klinieken als toelichting dat functioneringsgesprekken onderdeel zijn van IFMS; dat de medisch specialist/ arts de raad van bestuur vormt; ze een solopraktijk hebben of dat met de artsen geen functioneringsgesprekken worden gehouden, maar alleen met de overige medewerkers.

Beelden uit inspectiepraktijk – Professionaliteit

In 2018 heeft de inspectie dit onderwerp bij 46 inspectiebezoeken aan particuliere klinieken getoetst.

In bijna de helft van het aantal bezochte klinieken was het IFMS (individueel functioneren medisch specialist) onvoldoende geïmplementeerd.

Een meerderheid van de bezochte klinieken had het proces inzake 'functioneringsgesprekken' op orde.

Het inwerkprogramma en de bij- en nascholing waren bij een meerderheid van klinieken voldoende geregeld.

Bij circa een kwart van de klinieken was het onderdeel 'complicatieregistratie en – bespreking' onvoldoende vormgegeven, doordat in de meeste gevallen geen (structurele) complicatiebesprekingen plaatsvonden. Ook ontbrak soms een adequate registratie van complicaties op geaggregeerd en/of individueel (zorgverlener) niveau.

NB: De beelden uit de inspectiepraktijk zijn gebaseerd op bevindingen gedaan tijdens reguliere toezichtbezoeken. Het betrof zowel inspectiebezoeken aan nieuwe toetreders (NT-bezoeken) als aan langer bestaande klinieken (RT-bezoeken). Een gedetailleerde beschrijving wordt in bijlage 5 gegeven.

Bijlage 1: Uitgangspunten basisset

Kwaliteitsverbetering is belangrijk.

Het stimuleren van kwaliteitsverbetering is een belangrijk doel van de *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren*. De inspectie gaat ervan uit dat de uitkomsten van de 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. Daarnaast is het publiceren van cijfers over de kwaliteit van de geleverde zorg een verplichting die volgt uit de Wkkgz artikel 7.2.a.

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.

Bijlage 2: Indicatoren in het toezicht

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

De indicatoruitkomsten spelen een belangrijke rol in het risicogestuurd toezicht (RT). In dit rapport staan onder andere 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.

Daarnaast worden in het risicotoezicht alle nieuwe klinieken (NT) door de inspectie bezocht. Deze bezoeken hebben dezelfde inhoud en systematiek als de hiervoor beschreven RT-bezoeken. Op specifieke thema's legt de inspectie focusbezoeken (thema's in zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken) en signaalbezoeken (thema's uitsluitend in particuliere klinieken) af.

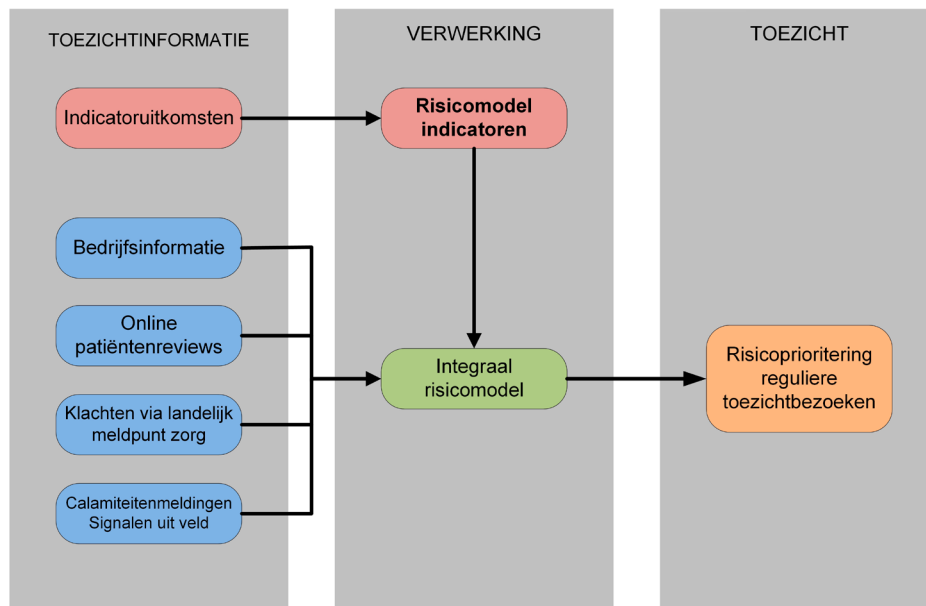
Selectieproces toezichtbezoeken

De algemene inspectiebezoeken zijn voor een kliniek onaangekondigd. Klinieken worden 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. 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 bronnen¹⁹ 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.

[19] 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.

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 en een verantwoorde toezichtlast voor zorgaanbieders. Dit is ook van belang omdat het aantal particuliere klinieken nog steeds groeit.

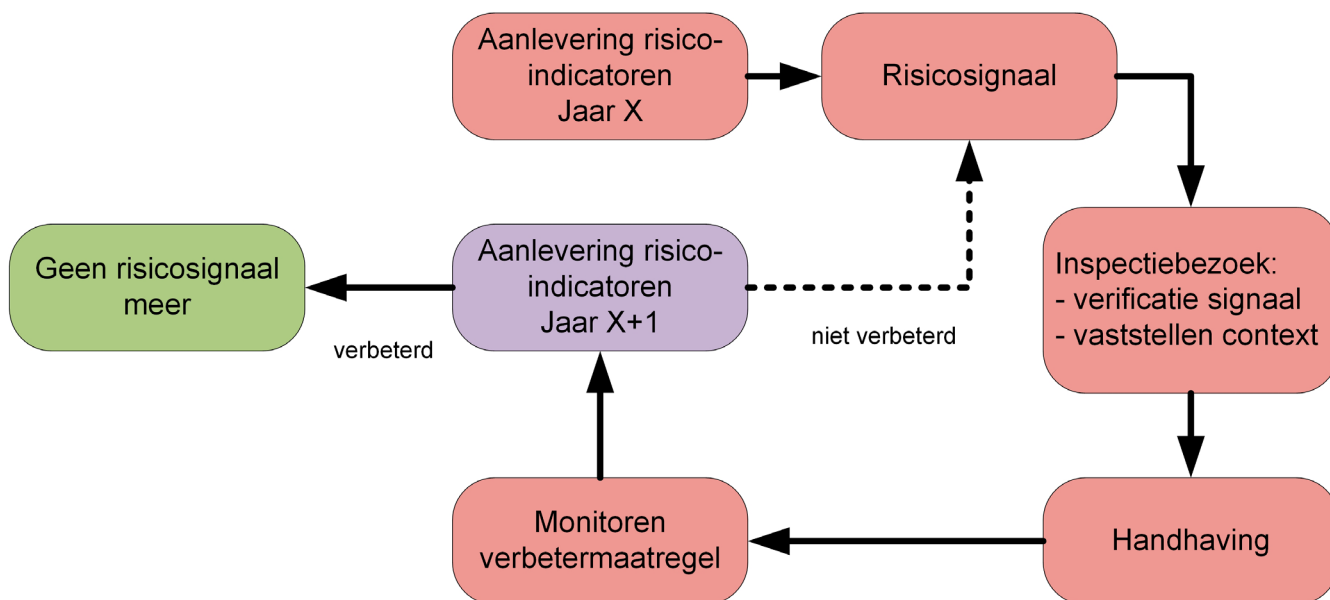
Handhaving

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 en het gesprek met de bestuurder over 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. 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 handavingskader 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 handavingsmaatregelen.

Bij de praktijkbevindingen, in de hiernavolgende hoofdstukken, beschrijft de inspectie het aantal voldoende en onvoldoende voor bepaalde toets-onderdelen. Voor alle toets-onderdelen die onvoldoende werden gescoord, werden verbetermaatregelen gevraagd.

Bijlage 3: Praktijkbevindingen – Goed bestuur

In deze bijlage beschrijft de inspectie praktijkbevindingen uit het toezicht voor het onderwerp 'goed bestuur'. Op deze manier worden de indicatoruitkomsten op dit onderwerp in een praktijkcontext geplaatst en kan de lezer zien welke bevindingen de inspectie in de praktijk op dit onderwerp doet. Klinieken kunnen zichzelf aan deze bevindingen spiegelen en zo nodig verbeteringen doorvoeren.

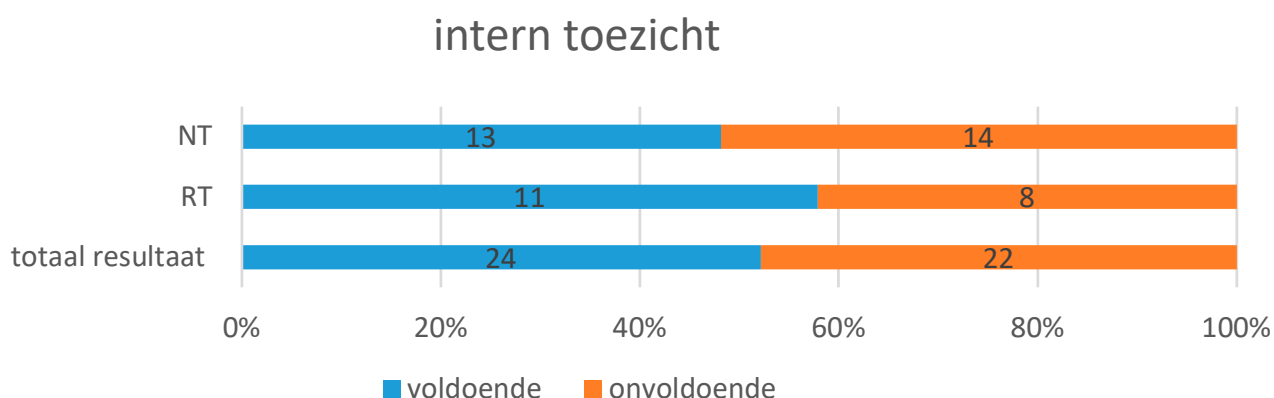
De hieronder beschreven praktijkbevindingen zijn gedaan tijdens reguliere toezichtbezoeken in 2018. Het betreft zowel inspectiebezoeken aan nieuwe toetreders (NT-bezoeken) als aan langer bestaande klinieken (RT-bezoeken). Om de praktijkbevindingen zo bruikbaar mogelijk te maken voor het veld, zijn de bevindingen voor RT-bezoeken en NT-bezoeken apart beschreven. Het betreft de resultaten van 19 RT-bezoeken en 27 NT-bezoeken.

Voor gedetailleerde informatie over de onderwerpen waarop getoetst wordt tijdens reguliere inspectiebezoeken en bijbehorende wet- en regelgeving verwijst de inspectie naar het algemene toetsingskader particuliere klinieken dat op de website van de inspectie is gepubliceerd.²⁰

Bestuur

De inspectie toetst bij dit onderwerp of er een vorm van intern toezicht aanwezig is in particuliere klinieken; of de bestuurlijke verantwoordelijkheden binnen de particuliere kliniek (juist) zijn verdeeld en vastgelegd en of er een bij de kliniek passende zorgafbakening is vastgesteld.

Bij 46 klinieken werd het onderwerp 'bestuur' getoetst, waarbij in 22 klinieken (48%) dit onderdeel als onvoldoende werd beoordeeld. In vrijwel alle klinieken waar dit onderdeel onvoldoende werd beoordeeld, ontbrak een vorm van intern toezicht. Nieuwe klinieken scoorden hier slechter dan langer bestaande klinieken.



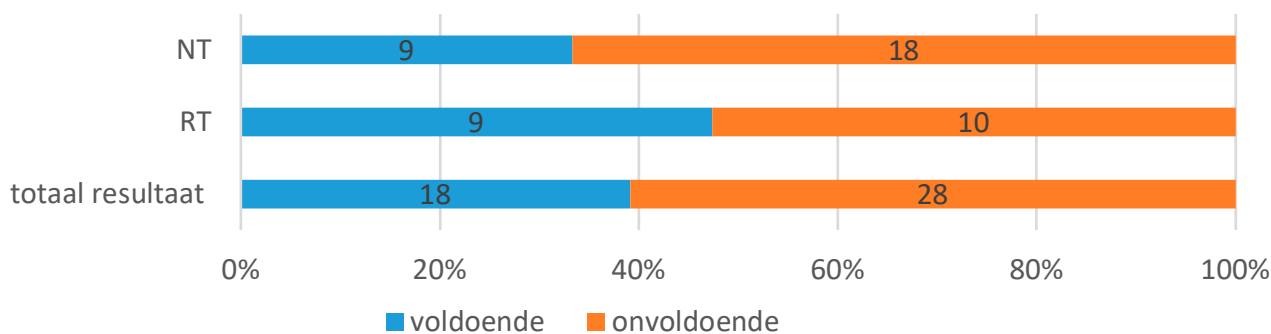
[20] <https://www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2019/10/31/toetsingskader-particuliere-klinieken>

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Bij dit onderdeel toetst de inspectie of de kliniek een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling heeft vastgesteld en of zorgverleners een vorm van scholing voor het toepassen van deze codes hebben ontvangen.

Bij 46 klinieken werd het onderwerp 'Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling' getoetst, waarbij in 28 klinieken (61%) dit onderdeel als onvoldoende werd beoordeeld. Van deze 28 klinieken bezaten 16 klinieken wel de hiervoor genoemde meldcodes, maar had het personeel geen enkele vorm van training gehad in het toepassen van deze codes. De 12 overige klinieken hadden geen van bovenstaande codes. Bij de RT-bezoeken werd bij 10 (53%) van de 19 klinieken dit onderdeel als onvoldoende beoordeeld. Deze resultaten zijn slechter dan de 44% klinieken die op basis van de indicatoren op dezelfde onderdelen onvoldoende scoorden. Nieuwe klinieken scoorden hier slechter dan langer bestaande klinieken.

meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld

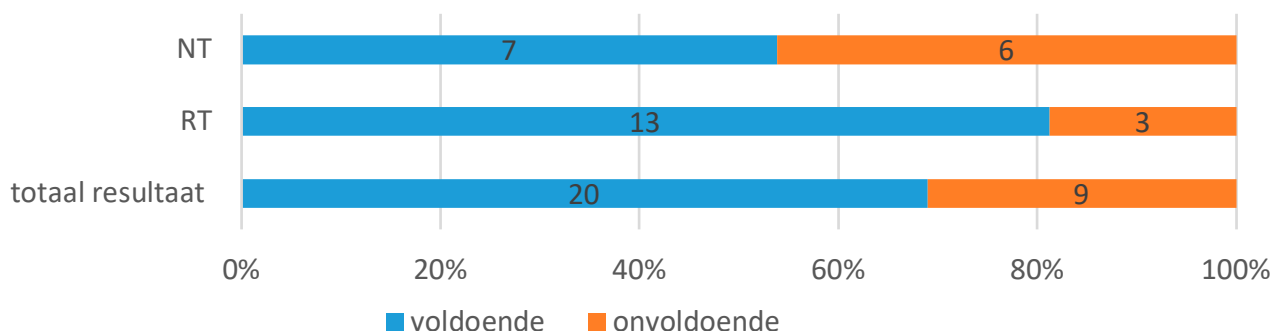


Afspraken ziekenhuis

Hier toetst de inspectie of een particuliere kliniek schriftelijke afspraken heeft met een ziekenhuis in de regio voor de opvang en doorverwijzing van patiënten ingeval van calamiteiten, complicaties of toenemende zorgvraag tijdens een behandeling, die de expertise en behandelsetting van een particuliere kliniek overstijgen.

In 29 klinieken werd getoetst of er op bestuurlijk niveau afspraken waren met een ziekenhuis in de regio waar de patiënt in geval van calamiteiten of complicaties, die niet in de particuliere kliniek of het medisch diagnostisch centrum behandelbaar waren, terecht kon. Van de 29 klinieken bezaten negen klinieken (31%) bovengenoemde schriftelijke afspraken niet. Bij de RT-bezoeken werd bij 3 (19%) van 16 klinieken dit onderdeel als onvoldoende beoordeeld. Dit komt overeen met de resultaten (21% onvoldoende) uit de indicatoren. Nieuwe klinieken scoorden hier slechter dan langer bestaande klinieken.

afspraken ziekenhuis

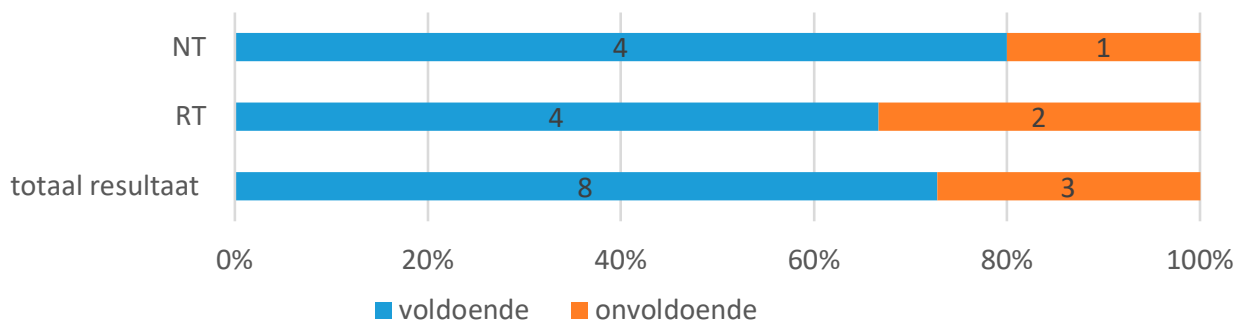


Huur/ verhuur faciliteiten

Bij dit onderdeel toetst de inspectie of er goede afspraken zijn gemaakt tussen huurder en verhuurder met betrekking tot de verantwoordelijkheidsverdeling. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld scholing van personeel, schoonmaak, onderhoud en validatie van ruimten en/of middelen. De inspectie benadrukt dat de huurder eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit en veiligheid van het gehuurde, als dit wordt ingezet bij het leveren van zorg (door de huurder).

In 11 klinieken werd het onderdeel ‘huur/ verhuur faciliteiten’ getoetst. In drie (27%) van de 11 klinieken werd dit onderdeel als onvoldoende beoordeeld. Twee klinieken bezaten niet de validatierapporten van de door hen gehuurde operatiekamers, waarvan één kliniek ook geen schriftelijke afspraken had gemaakt over de huur van de operatiekamer. De andere kliniek had de afspraken met huurder niet schriftelijk vastgesteld. Nieuwe klinieken scoorden hier beter dan langer bestaande klinieken.

huur/ verhuur faciliteiten

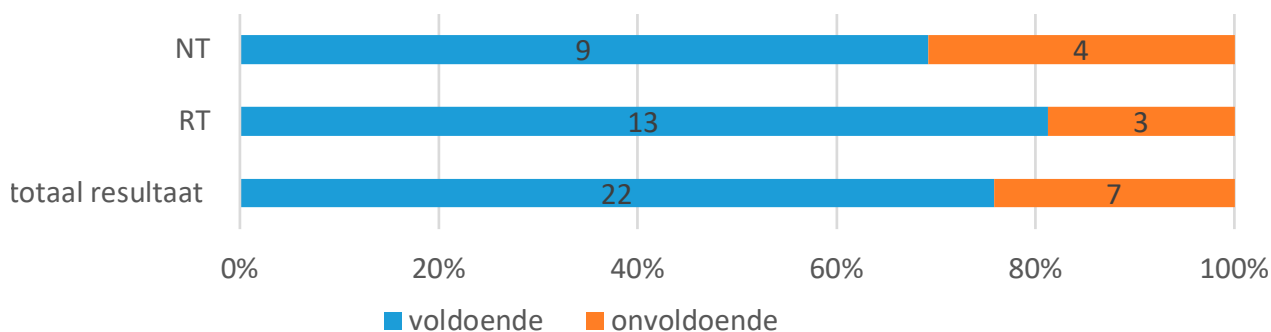


Organisatiestructuur

Hier toetst de inspectie of de organisatiestructuur bijdraagt aan een goede bedrijfsvoering en veilige zorg. Zo dient de medische eindverantwoordelijkheid binnen een kliniek te zijn beschreven en dient er structureel overlegd te worden met het personeel. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van functionarissen en de organisatiestructuur moeten helder zijn vastgesteld.

In 29 klinieken werd de organisatiestructuur getoetst, waarbij deze in zeven klinieken (24%) als onvoldoende werd beoordeeld. In vijf van deze zeven klinieken ontbrak een structureel overleg tussen alle medewerkers, in één kliniek was de medische eindverantwoordelijkheid niet vastgelegd en in een andere kliniek was de interne organisatie niet beschreven. Nieuwe klinieken scoorden hier slechter dan langer bestaande klinieken.

organisatiestructuur

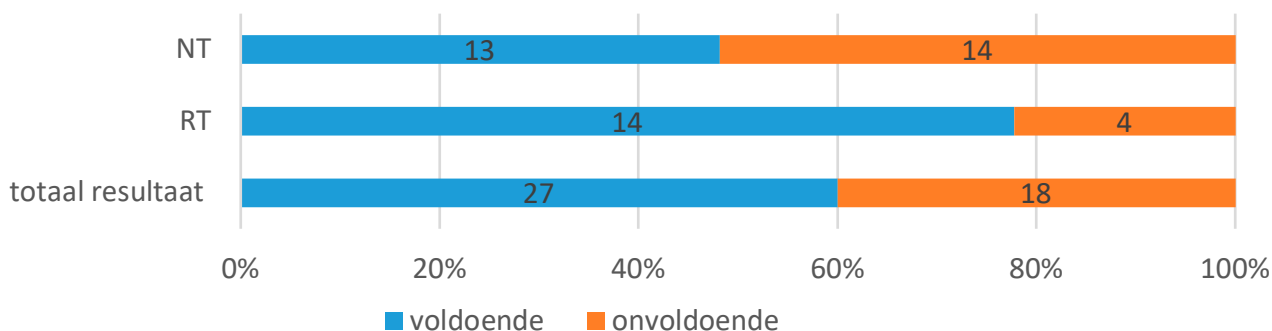


Kwaliteitsbeleid

Bij dit onderdeel toetst de inspectie of er een goed georganiseerd kwaliteitssysteem aanwezig is, waarin zorguitkomsten worden gemonitord en waar adequaat in gestuurd wordt (PDCA-cyclus).

Bij 45 klinieken werd het onderdeel 'kwaliteitsbeleid' getoetst. In 18 klinieken (40%) werd dit onderdeel als onvoldoende beoordeeld. In deze 18 klinieken ontbrak een kwaliteitssysteem, waardoor zorguitkomsten niet structureel werden gemonitord. Hierdoor ontbrak een adequate sturing op de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. Nieuwe klinieken scoorden hier slechter dan langer bestaande klinieken.

kwaliteitsbeleid

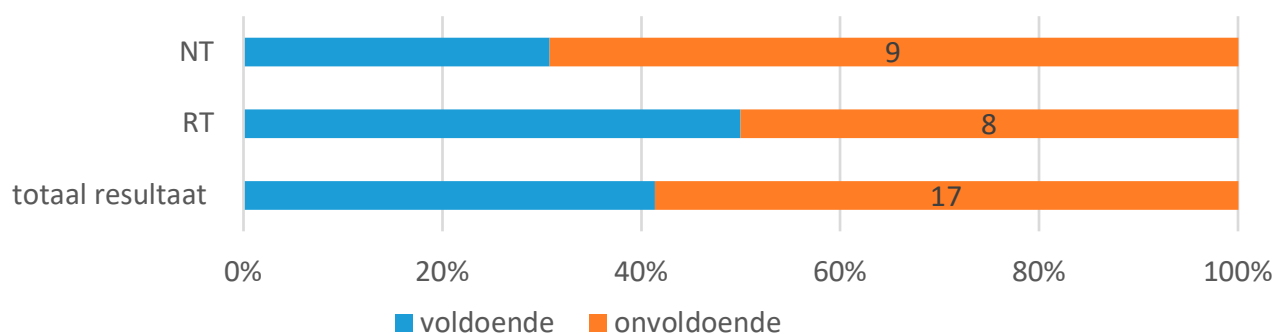


Disfunctionerende zorgprofessionals

De inspectie toetst bij dit onderdeel of de kliniek een vastgestelde regeling heeft, waarin staat beschreven hoe wordt omgegaan met mogelijk disfunctionerende zorgverleners en of deze regeling alle zorgverleners betreft. In deze regeling moet ook zijn opgenomen, dat als de samenwerking (in welke vorm dan ook; bijvoorbeeld ook waarneming) met een zorgverlener wordt beëindigd wegens ernstig disfunctioneren, dit dan bij de inspectie gemeld moet worden.

Bij 29 klinieken werd getoetst of er een regeling disfunctioneren aanwezig was, of deze gold voor alle zorgverleners en of de meldplicht bij de inspectie ingeval van ontslag wegens ernstig disfunctioneren deel uitmaakte van deze regeling. Bij 17 klinieken (59%) werd dit onderdeel als onvoldoende beoordeeld, waarbij in zeven klinieken deze regeling ontbrak, in vier klinieken ontbrak de meldplicht bij de inspectie en in zes klinieken gold deze regeling niet voor alle zorgverleners. Nieuwe klinieken scoorden hier slechter dan langer bestaande klinieken.

regeling disfunctioneren

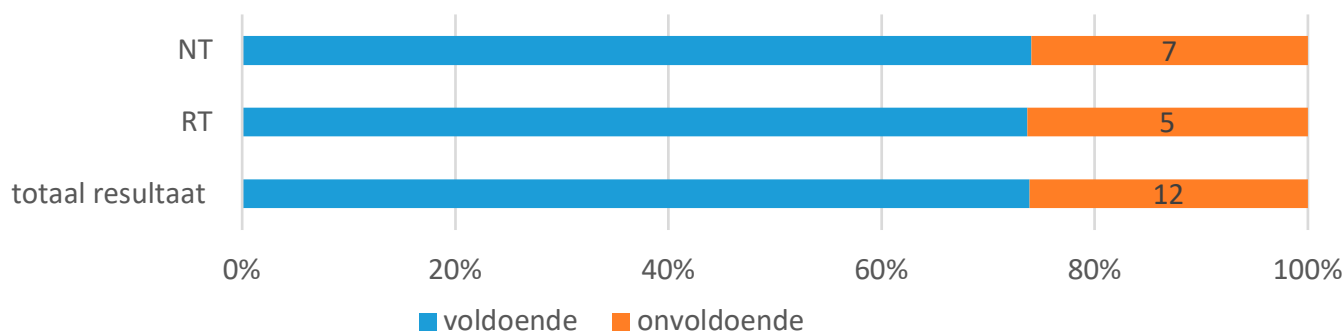


Klachten/ geschillen

Hier toetst de inspectie of een kliniek is aangesloten bij een door het ministerie van VWS erkende geschilleninstantie en of de geschillenregeling voldoende duidelijk onder de aandacht van patiënten wordt gebracht. Ook moeten klinieken een klachtenregeling bezitten en deze onder de aandacht van patiënten brengen.

Bij 46 klinieken werd het onderdeel 'klachten- en geschillenregeling' getoetst, waarbij in 12 klinieken (26%) dit onderdeel als onvoldoende werd beoordeeld. Drie klinieken hadden geen klachten en/of geschillenregeling. Bij de overige negen klinieken was de informatieverstrekking aan patiënten over de klachten- en geschillenregeling onvoldoende. Nieuwe klinieken scoorden hier hetzelfde als langer bestaande klinieken.

klachten/geschillen

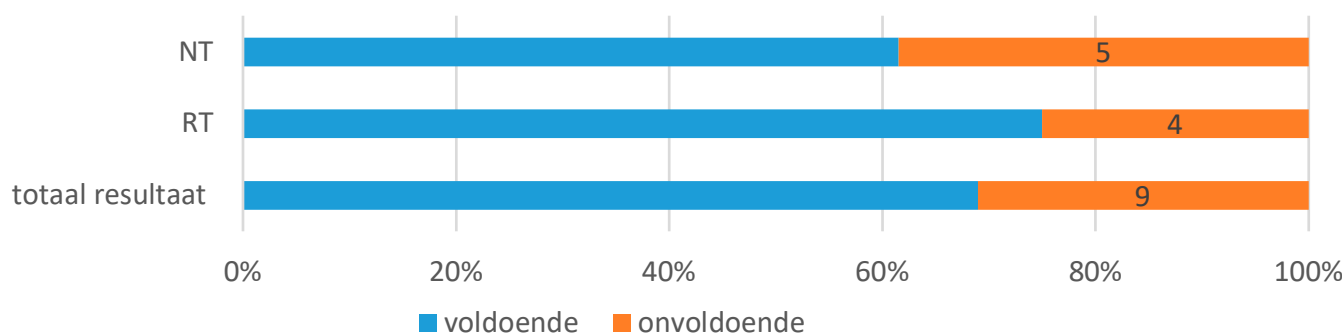


Calamiteitenbeleid

Bij dit onderdeel toetst de inspectie of de kliniek het proces van calamiteitenmelden en onderzoeken goed heeft ingericht.

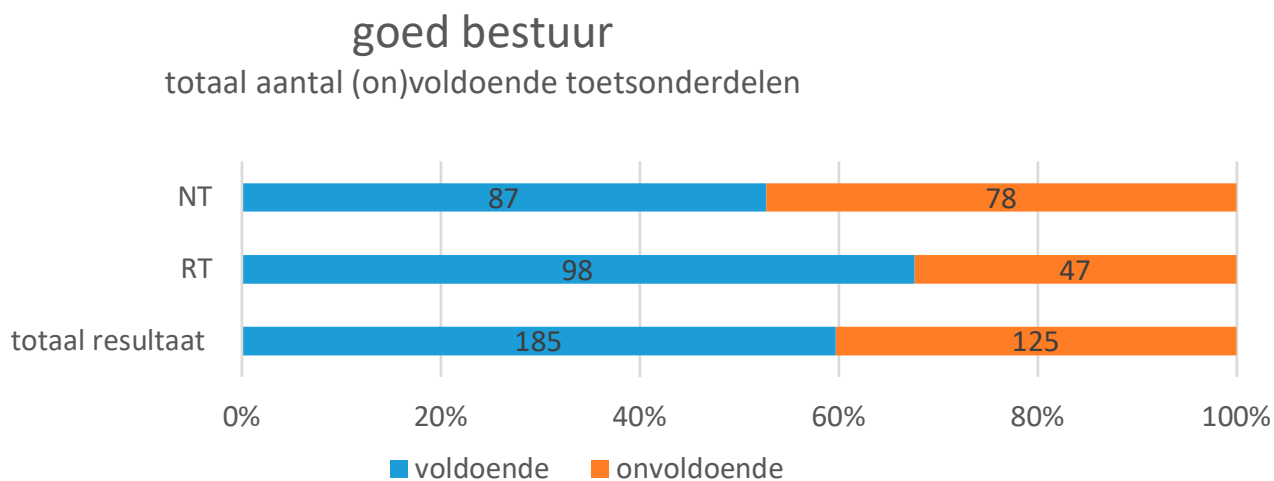
Bij 29 klinieken is het calamiteitenbeleid beoordeeld, waarbij negen klinieken onvoldoende scoorden op dit onderdeel. Zeven klinieken hadden geen calamiteitenbeleid en twee klinieken hadden geen onafhankelijke onderzoekscommissie benoemd. Nieuwe klinieken scoorden hier slechter dan langer bestaande klinieken.

calamiteitenbeleid



Conclusie

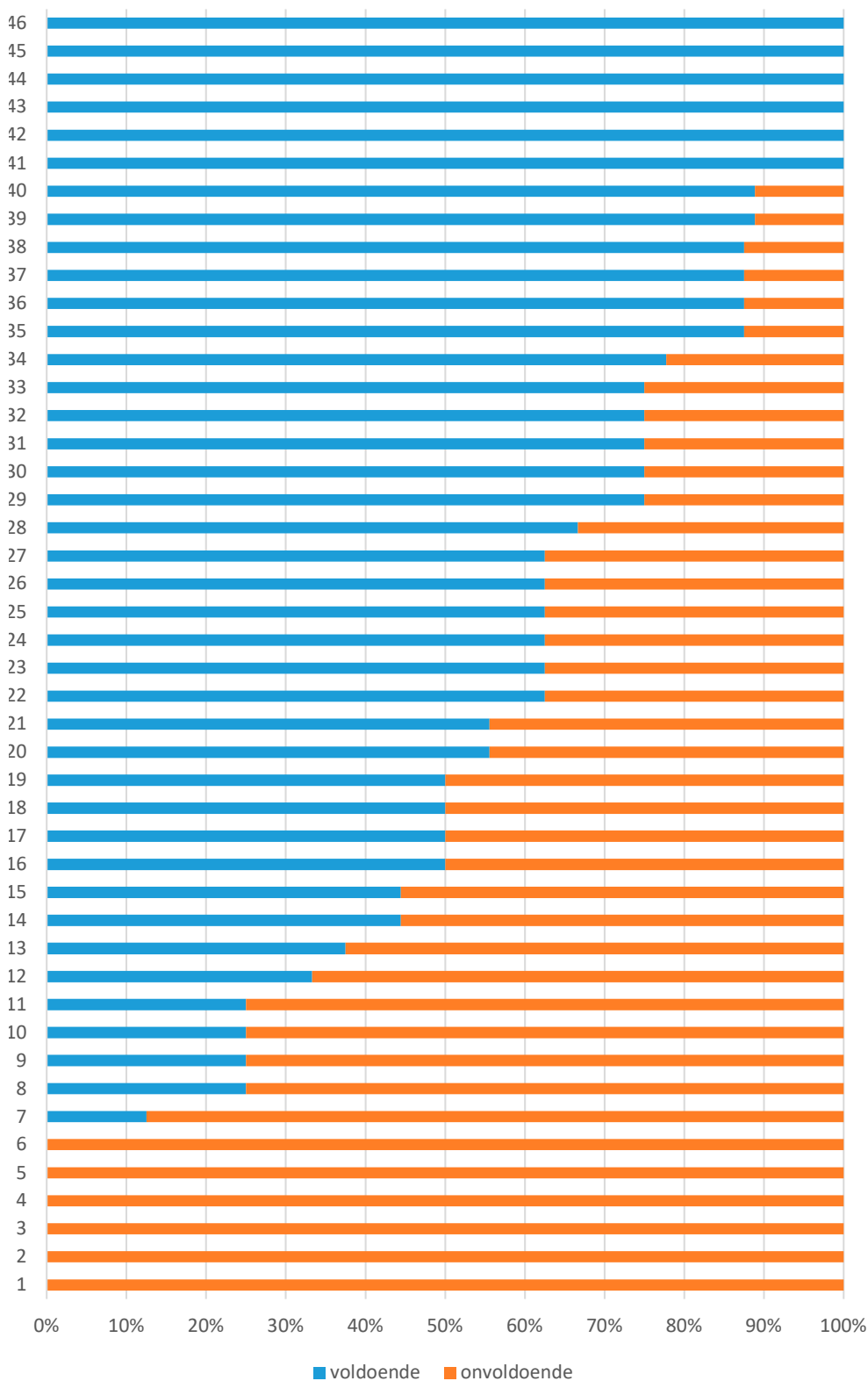
Onderstaande figuur laat zien dat, op het onderwerp 'goed bestuur', in totaal 125 verbetermaatregelen werden opgelegd in 46 klinieken. De langer bestaande klinieken, waar RT-bezoeken werden uitgevoerd, scoorden beter dan de nieuwe toetreders. Maar in beide groepen is nog veel verbetering mogelijk.



De onderdelen intern toezicht, meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld, regeling disfunctioneren en kwaliteitsbeleid scoorden het slechtst. Ook op de overige onderdelen valt nog winst te behalen.

Totaaloverzicht praktijkbevindingen 'goed bestuur'

In onderstaande grafiek worden de totaalscores op het onderwerp 'goed bestuur' van de bezochte klinieken, per kliniek(nummer) weergegeven. In ieder hoofdstuk wordt dezelfde kliniek met hetzelfde klinieknummer aangeduid.



Bijlage 4: Praktijkbevindingen – Kwaliteit en veiligheid

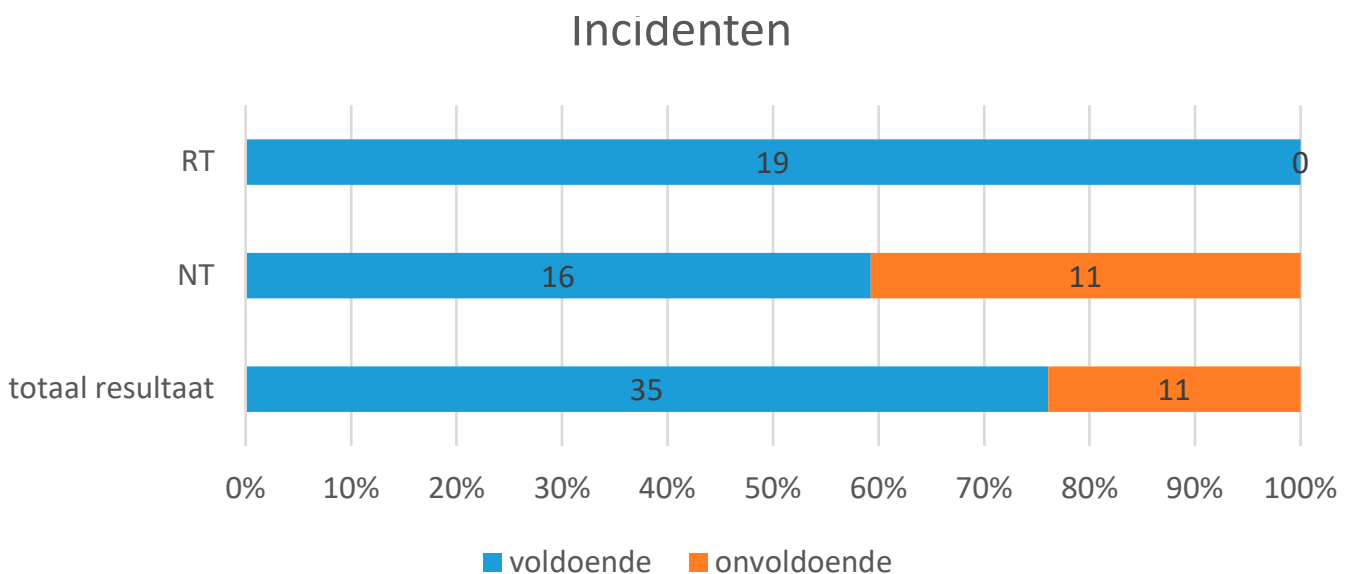
In deze bijlage beschrijft de inspectie praktijkbevindingen uit het toezicht voor het onderwerp ‘kwaliteit en veiligheid’. Op deze manier worden de indicatoruitkomsten op dit onderwerp in een praktijkcontext geplaatst en kan de lezer zien welke bevindingen de inspectie in de praktijk op dit onderwerp doet. Klinieken kunnen zichzelf aan deze bevindingen spiegelen en zo nodig verbeteringen doorvoeren.

De hieronder beschreven praktijkbevindingen zijn gedaan tijdens reguliere toezichtbezoeken in 2018. Het betreft zowel inspectiebezoeken aan nieuwe toetreders (NT-bezoeken) als aan langer bestaande klinieken (RT-bezoeken). Om de praktijkbevindingen zo bruikbaar mogelijk te maken voor het veld, zijn de bevindingen voor RT-bezoeken en NT-bezoeken apart beschreven. Het betreft de resultaten van 19 RT-bezoeken en 27 NT-bezoeken.

Voor gedetailleerde informatie over de onderwerpen waarop getoetst wordt tijdens reguliere inspectiebezoeken en bijbehorende wet- en regelgeving verwijst de inspectie naar het algemene toetsingskader particuliere klinieken dat op de website van de inspectie is gepubliceerd.^[21]

Incidenten (VIM)

Bij dit onderdeel toetst de inspectie of klinieken over een procedure beschikken waaruit blijkt hoe een zorgaanbieder omgaat met signalen van incidenten en of een registratiesysteem aanwezig is waarin incidenten geregistreerd worden (VIM-systeem). Door het registreren van incidenten wordt overzicht en inzicht verkregen in zaken die nog te verbeteren zijn. Ook het registreren van bijna-incidenten is belangrijk, omdat ook daar verbeterpunten uit halen zijn. Voor het uitvoeren van een retrospectieve risico-inventarisatie moeten klinieken beschikken over een deskundig multidisciplinair team dat deze risico-inventarisatie volgens een daarvoor geschikte methode uitvoert.



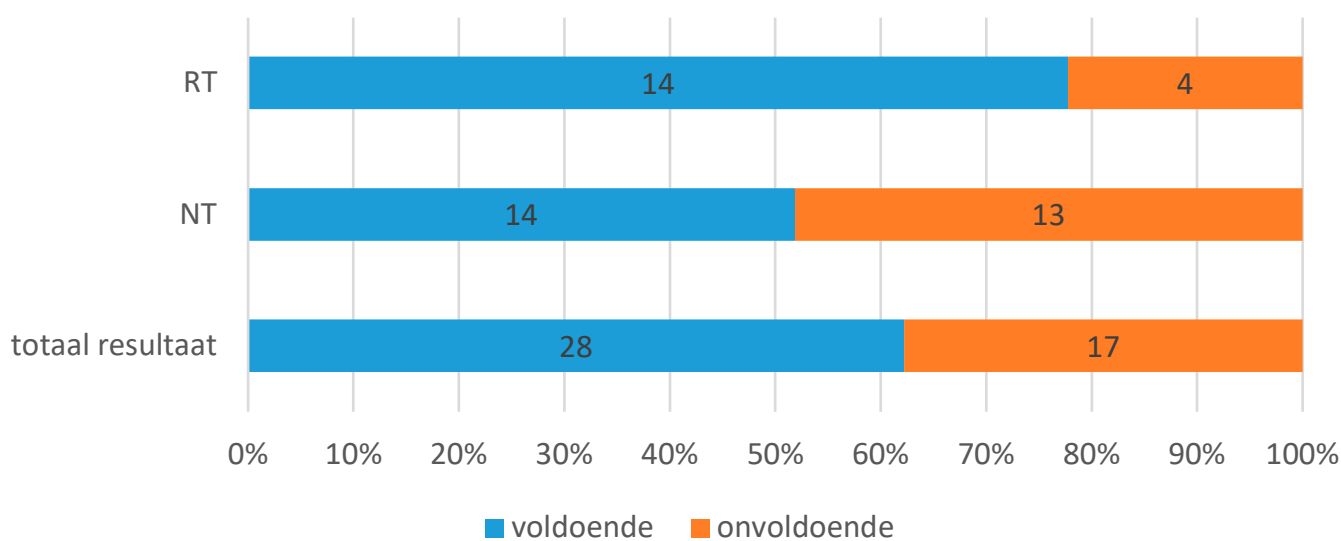
Van de 46 klinieken waar dit onderwerp werd getoetst, scoorden elf klinieken (24%) onvoldoende. Dit betrof allemaal nieuwe klinieken. De meeste klinieken die onvoldoende scoorden beschikten niet over een registratiesysteem om incidenten in te melden. Slechts twee klinieken beschikten niet over een VIM-procedure. Uit de rapportages van de bezoeken bij langer bestaande klinieken bleek, dat alle negentien bezochte klinieken op dit onderwerp voldoende scoorden.

[21] <https://www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2019/10/31/toetsingskader-particuliere-klinieken>

Gestandaardiseerde en geprotocolleerde zorg

Hier toetst de inspectie of klinieken beschikken over protocollen waarin alle behandelwijzen en zorgprocessen zijn beschreven. Deze protocollen horen gebaseerd te zijn op richtlijnen. Protocollen zorgen ervoor dat alle medewerkers op een eenduidige wijze werken. Belangrijk is dat bij alle medewerkers bekend is welke protocollen relevant voor hen zijn en dat zij de laatste versie ter beschikking hebben. Protocollen moeten tenminste het volgende bevatten: titel, datum van opmaak, datum tot wanneer het protocol geldig is, naam van de auteur en van de autorisator.

Gestandaardiseerde en geprotocolleerde zorg

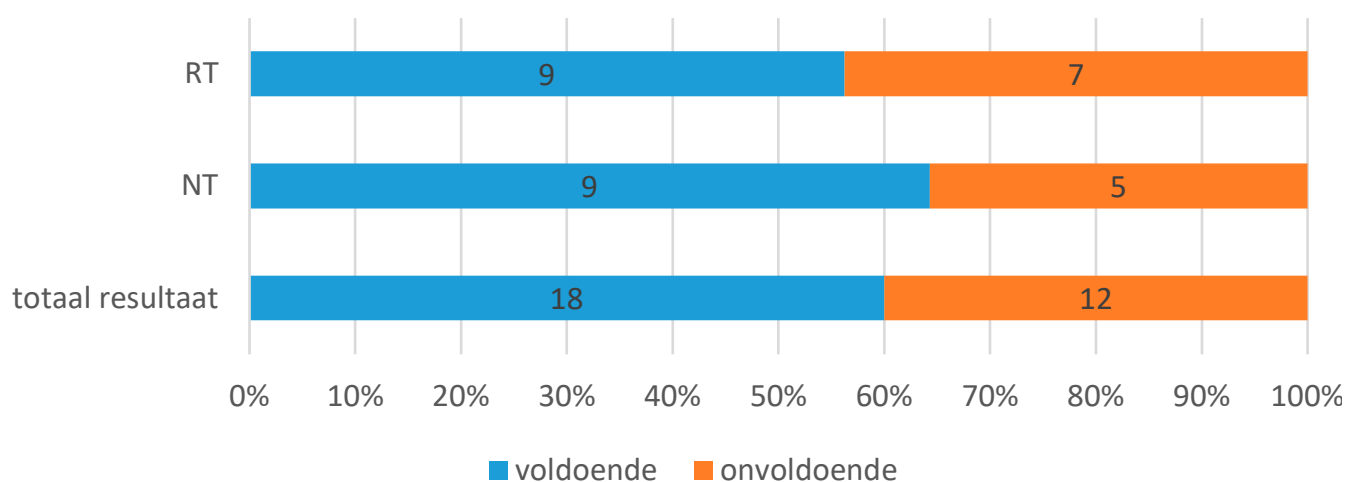


Van de 45 klinieken waar werd getoetst of de zorg gestandaardiseerd en geprotocolleerd was, voldeden zeventien klinieken niet aan de gestelde criteria. Dit betrof met name nieuwe klinieken. Van de 27 nieuwe klinieken had bijna de helft de protocollen niet op orde. De meest voorkomende lacune was de afwezigheid van de datum van opmaak, tot wanneer het protocol geldig was en de namen van de auteur en autorisator. Ook werd regelmatig gezien dat de naam van de auteur en de autorisator dezelfde was, terwijl het belangrijk is dat een protocol wordt 'tegen gelezen' door een ander dan de auteur. Dit om te beoordelen of het duidelijk is (voor één uitleg vatbaar) en of het volgens de laatste richtlijn is beschreven.

Voorbehouden handelingen

De inspectie toetst hier of alle medewerkers, die voorbehouden handelingen uitvoeren, hiervoor bevoegd en bekwaam zijn. De zorgaanbieder moet inzichtelijk hebben welke voorbehouden handelingen worden uitgevoerd in de kliniek om te bepalen welke medewerkers ingezet kunnen worden en over welke competenties zij hiervoor moeten beschikken. Bestuurders moeten ten aanzien van de voorbehouden handelingen aantonen dat de uitvoerende medewerkers hiervoor bevoegd en bekwaam zijn. Hiervoor kunnen onder andere opleidingen, trainingen, visitaties/ intercollegiale toetsing en monitoring van zorguitkomsten worden gebruikt. De kliniek moet beschikken over een overzicht van bij de kliniek (zorgaanbieder) voorkomende voorbehouden handelingen inclusief een overzicht van medewerkers waarin de bekwaam- en bevoegdheid per medewerker voor een voorbehouden handelingen is vastgelegd.

Voorbehouden handelingen

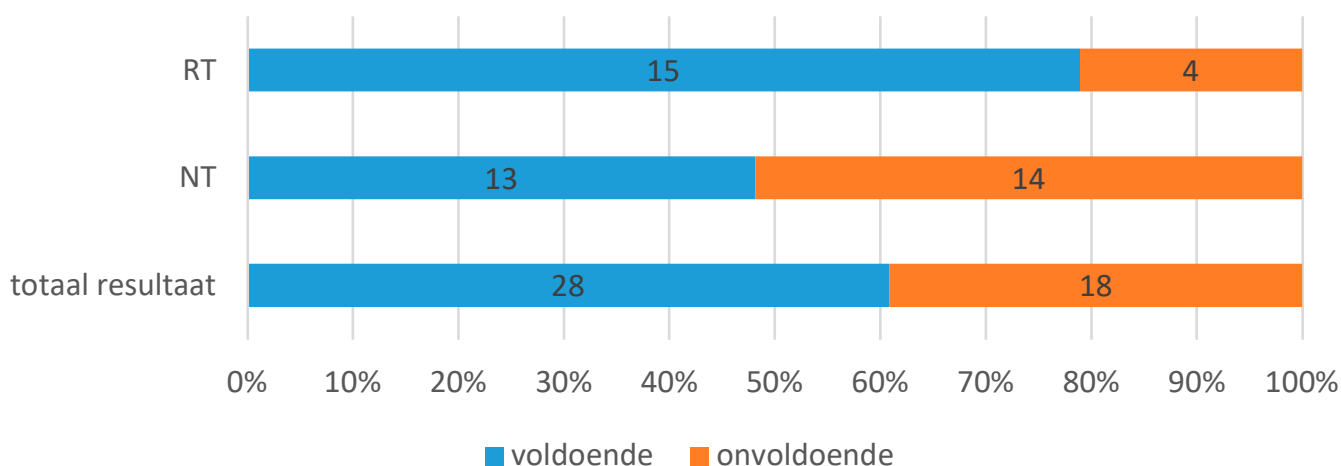


Van de totaal 30 klinieken die op dit onderdeel zijn getoetst, voldeden twaalf klinieken (40%) niet aan de voorwaarden. Van de veertien nieuwe klinieken voldeden vijf klinieken niet. Bij de klinieken die langer bestaan scoorden zeven van de zestien getoetste klinieken onvoldoende op dit onderdeel. De meeste klinieken die hier niet voldoende op scoorden, hadden geen (compleet) overzicht met voorbehouden handelingen waarin was opgenomen welke medewerkers hiervoor bevoegd en bekwaam waren. Een paar klinieken hadden voor dit onderdeel ook geen beleid vastgesteld. Dit gold zowel voor nieuwe als voor langer bestaande klinieken. Een voorbehouden handeling is altijd een handeling waaraan een zeker risico is verbonden en daarom alleen door medewerkers mag worden uitgevoerd die daarvoor bevoegd, opgeleid en getraind zijn.

Interne en externe toetsing

Om te beoordelen of de processen worden gevolgd conform de afgesproken werkwijze, is het goed om een interne toetsing uit te voeren. Dit kan worden gedaan door op verschillende onderwerpen, inclusief dossiervoering, een audit uit te voeren. Een interne audit kan door alle medewerkers, die hiervoor een training hebben gevolgd, uitgevoerd worden. Op het gebied van infectiepreventie en medicatie is het goed om ook een externe audit uit te laten voeren door een hygiënist/ deskundige infectiepreventie en een apotheker. Dit is zeker van belang als een kliniek net is gestart. Hygiëne en medicatie zijn twee gebieden waar risico's voor de patiëntveiligheid aan zijn verbonden.

Interne/externe toetsing

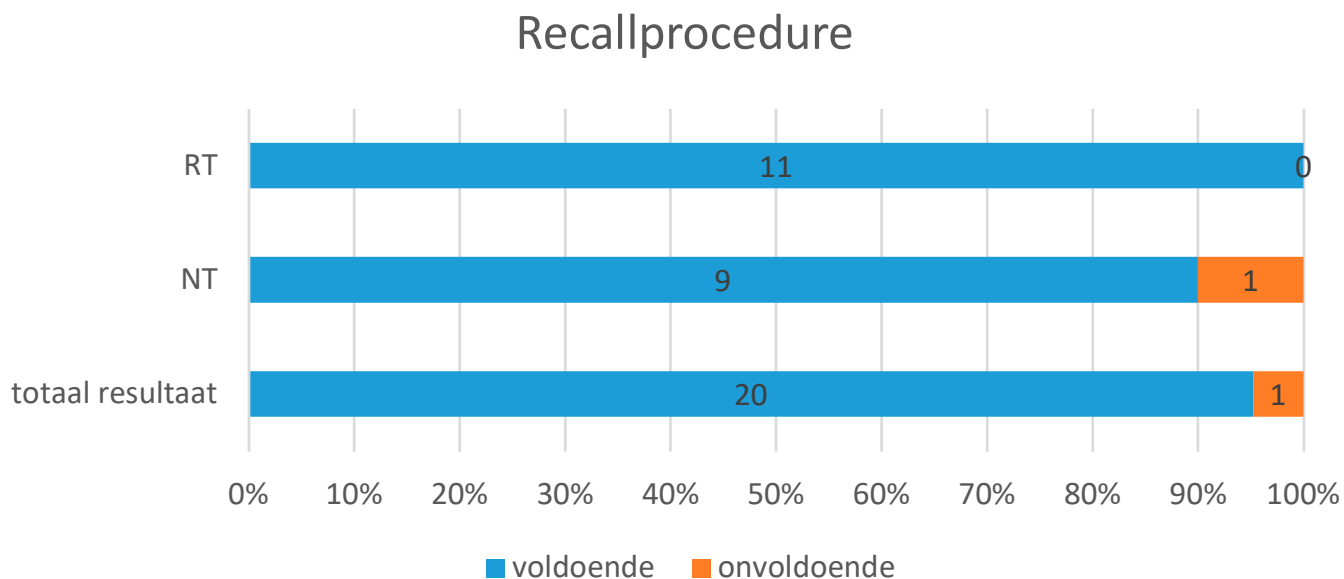


Van de 46 klinieken waarbij de uitvoering van interne en externe toetsing werd getoetst, scoorden 18 klinieken (39%) onvoldoende.

Van de langer bestaande klinieken had iets meer dan drie kwart een vorm van interne en externe toetsing uitgevoerd in de kliniek. Bij de nieuwe klinieken was dat nog niet de helft.

Recall-procedure

Hier toetst de inspectie of een kliniek een adequate recall-procedure bezit. Een recall-procedure is noodzakelijk om bij eventuele problemen, patiënten te kunnen traceren die het betreffende product toegediend/ geïmplantéerd²² hebben gekregen. Ingeval van implantaten is het nodig dat patiënten waarbij een ondeugdelijk implantaat is geïmplantéerd, zo snel mogelijk getraceerd worden om de gevolgen van dit ondeugdelijk product te beperken.



Van de 21 klinieken waar het onderdeel 'recall-procedure' is getoetst, scoorde één kliniek onvoldoende. Deze kliniek beschikte niet over een recall-procedure. De kliniek registreerde patiënten, die een implantaat hadden gekregen, niet in een (landelijke) database. Zij waren alleen te traceren via het medisch dossier van de betreffende patiënt.

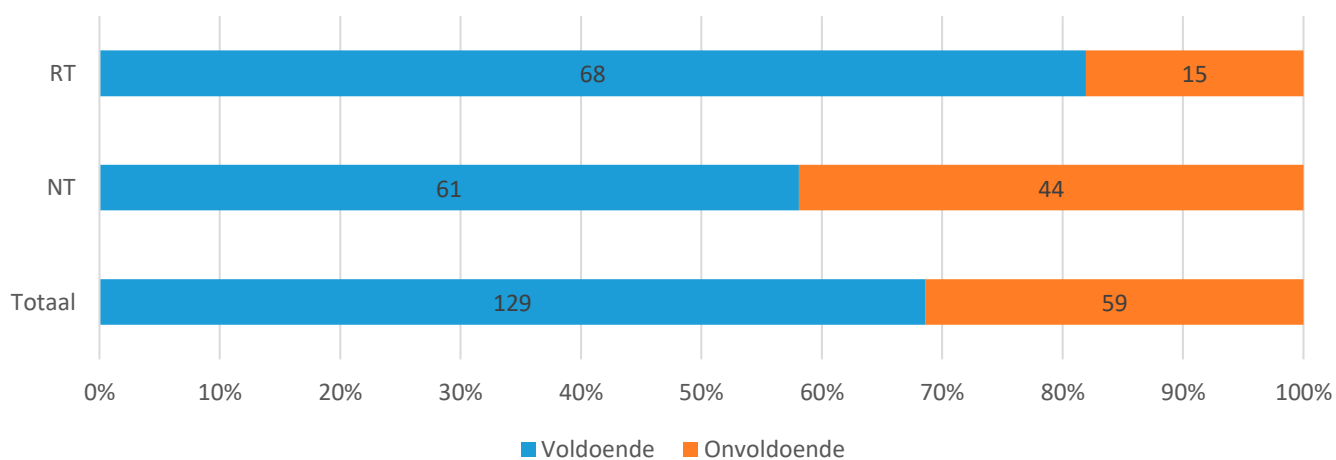
[22] Hieronder vallen ook endoscopen. Per patiënt moet worden vastgelegd welke endoscoop is gebruikt.

Conclusie

Op het onderdeel 'kwaliteit en veiligheid' werden in totaal 59 verbetermaatregelen opgelegd waarvan ongeveer 75% bij nieuwe klinieken. Voor de onderdelen 'incidenten' en 'recall-procedure' scoorden de langer bestaande klinieken relatief goed. Op het onderdeel voorbehouden handelingen scoorden de langer bestaande klinieken slechter dan de nieuwe toetreders. Hier is zeker nog winst te behalen. Ook de onderdelen waar zowel langer bestaande als nieuwe klinieken verbetermaatregelen kregen, blijven aandachtspunten voor klinieken.

Kwaliteit en veiligheid

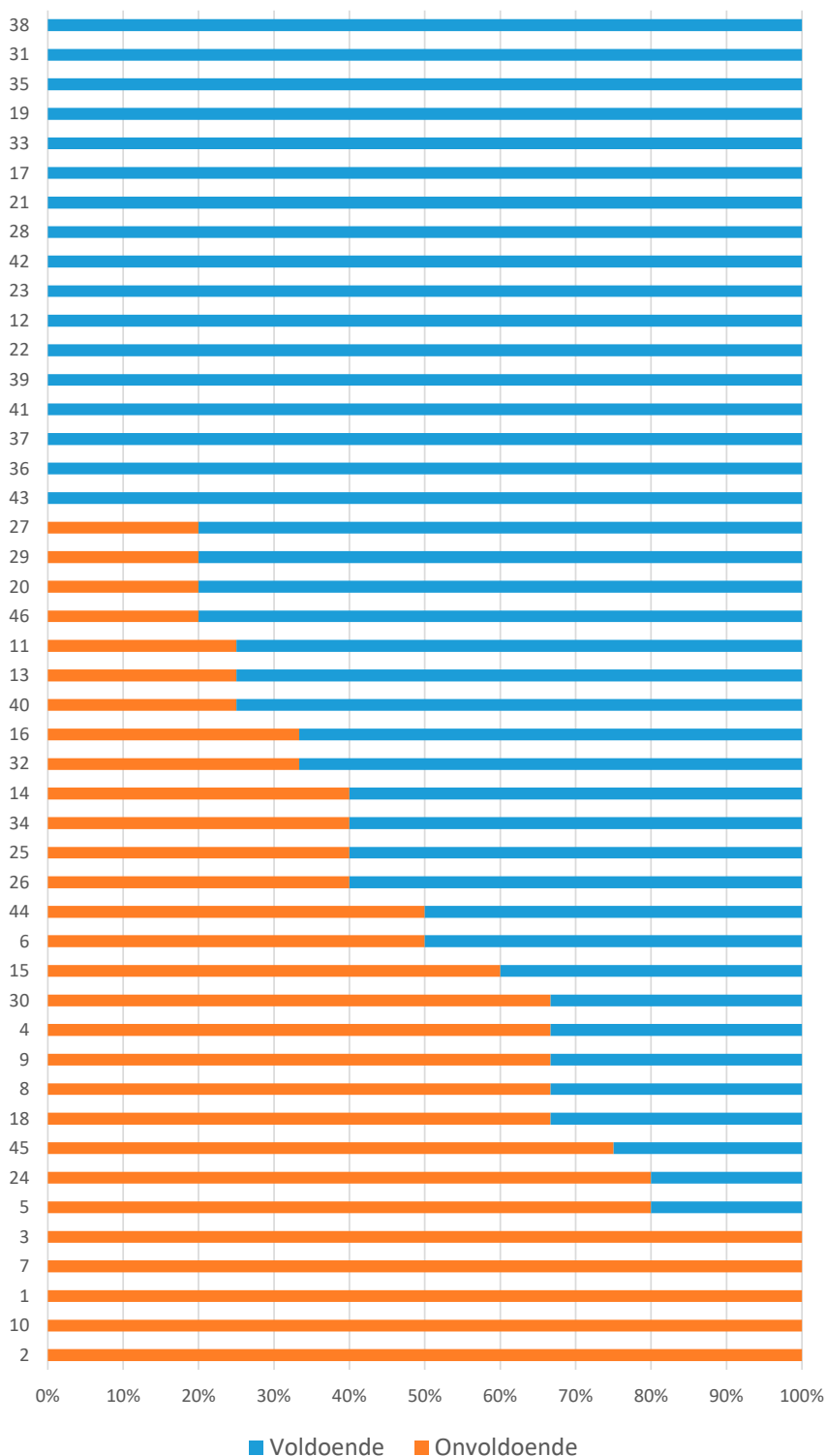
totaal aantal (on)voldoende toetsonderdelen



Totaaloverzicht praktijkbevindingen 'kwaliteit en veiligheid'

In onderstaande grafiek worden de totaalscores op het onderwerp 'kwaliteit en veiligheid' van de bezochte klinieken, per kliniek(nummer) weergegeven. In ieder hoofdstuk wordt dezelfde kliniek met hetzelfde klinieknummer aangeduid.

Kwaliteit en veiligheid
totaalscore per kliniek



Bijlage 5: Praktijkbevindingen – Professionaliteit

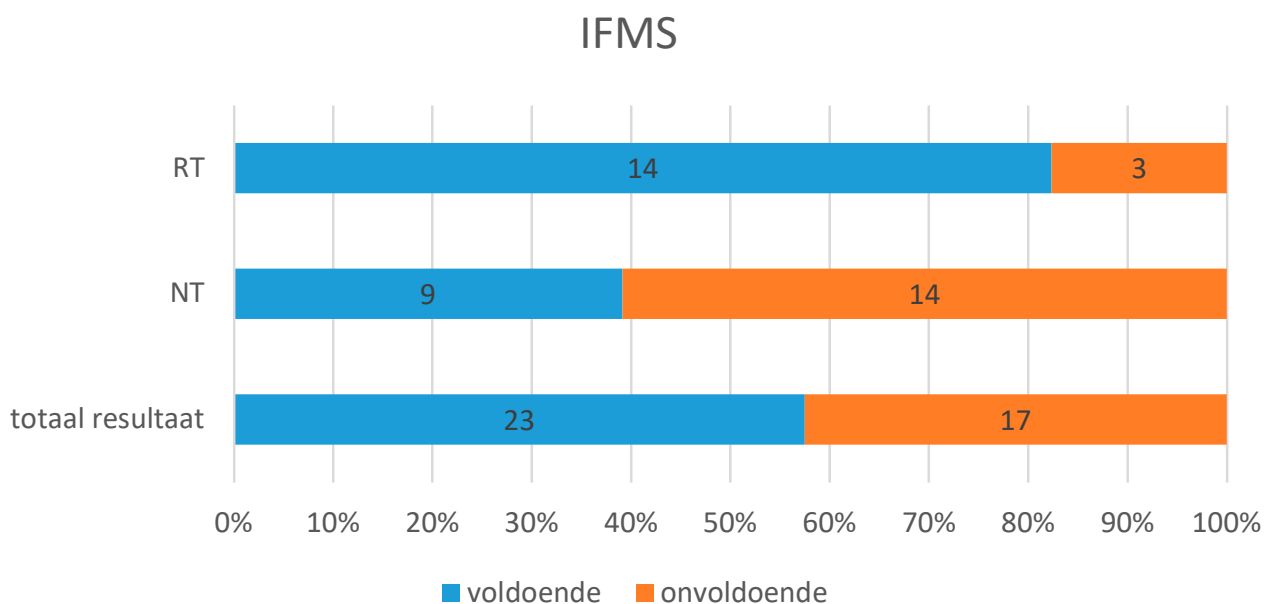
In deze bijlage beschrijft de inspectie praktijkbevindingen uit het toezicht voor het onderwerp 'professionaliteit'. Op deze manier worden de indicatoruitkomsten op dit onderwerp in een praktijkcontext geplaatst en kan de lezer zien welke bevindingen de inspectie in de praktijk op dit onderwerp doet. Klinieken kunnen zichzelf aan deze bevindingen spiegelen en zo nodig verbeteringen doorvoeren.

De hieronder beschreven praktijkbevindingen zijn gedaan tijdens reguliere toezichtbezoeken in 2018. Het betreft zowel inspectiebezoeken aan nieuwe toetreders (NT-bezoeken) als aan langer bestaande klinieken (RT-bezoeken). Om de praktijkbevindingen zo bruikbaar mogelijk te maken voor het veld, zijn de bevindingen voor RT-bezoeken en NT-bezoeken apart beschreven. Het betreft de resultaten van 19 RT-bezoeken en 27 NT-bezoeken.

Voor gedetailleerde informatie over de onderwerpen waarop getoetst wordt tijdens reguliere inspectiebezoeken en bijbehorende wet- en regelgeving verwijst de inspectie naar het algemene toetsingskader particuliere klinieken dat op de website van de inspectie is gepubliceerd.²³

IFMS

Hier wordt getoetst of tweejaarlijks (een vorm van) IFMS wordt gevoerd met medisch specialisten.



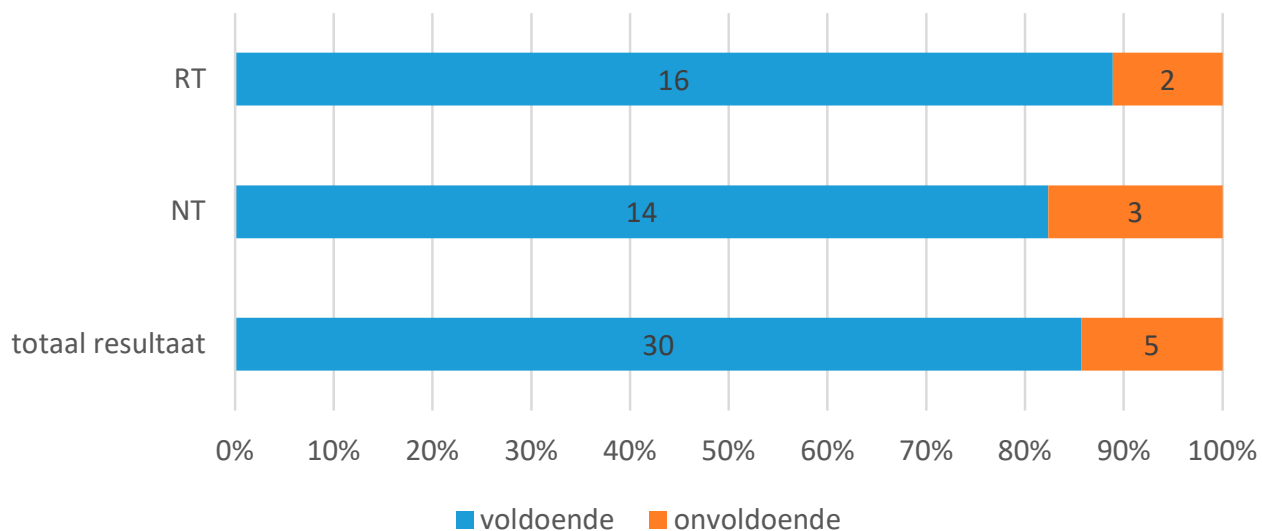
Van de 40 klinieken waar het onderdeel 'IFMS' werd getoetst, scoorden 17 klinieken (43%) onvoldoende op dit onderwerp.

Uit de bovenstaande grafiek is een groot verschil te zien tussen nieuwe toetreders en al langer bestaande klinieken. Bij de nieuwe toetreders lijkt IFMS nog niet op het netvlies te staan. De inspectie hecht hier grote waarde aan en zal het toezicht hierop continueren.

[23] <https://www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2019/10/31/toetsingskader-particuliere-klinieken>

Functioneringsgesprekken

Functioneringsgesprekken

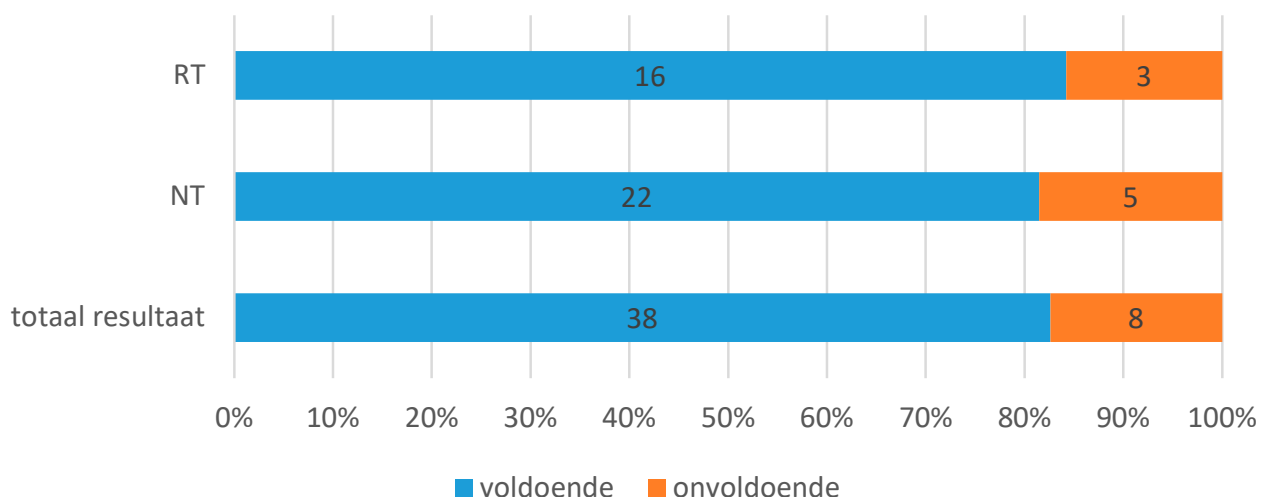


Bij het onderdeel functioneringsgesprekken wordt getoetst of met alle medewerkers, inclusief artsen, die in de kliniek werken jaarlijks een functioneringsgesprek wordt gevoerd. Dit onderdeel is bij 35 klinieken beoordeeld, waarbij vijf klinieken (14%) onvoldoende scoorden.

Inwerkprogramma, bij- en nascholing

Het onderdeel 'inwerkprogramma, bij- en nascholing' wordt alleen getoetst tijdens inspectiebezoeken aan de particuliere klinieken, hier zijn geen indicatoren over opgesteld. Om goede zorg aan patiënten te kunnen verlenen is het noodzakelijk dat nieuwe medewerkers, van assistent tot arts goed zijn ingewerkt in een kliniek. Hiervoor is het onontbeerlijk dat de kliniek over een inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers beschikt. Om op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen moeten artsen en andere zorgverleners regelmatig bij- en nascholing volgen. De bestuurder van een kliniek moet weten of een zorgverlener voldoende scholing heeft gevolgd om goede zorg te kunnen verlenen. Dit maakt onderdeel uit van de bekwaamheid van de zorgverlener. Daarnaast moet de kliniek een beleid hebben waarin opgenomen is welke afspraken er zijn gemaakt ten aanzien van bij- en nascholing. Hierin kunnen bijvoorbeeld afspraken staan over welke scholing verplicht is en hoe de scholing wordt aangeboden.

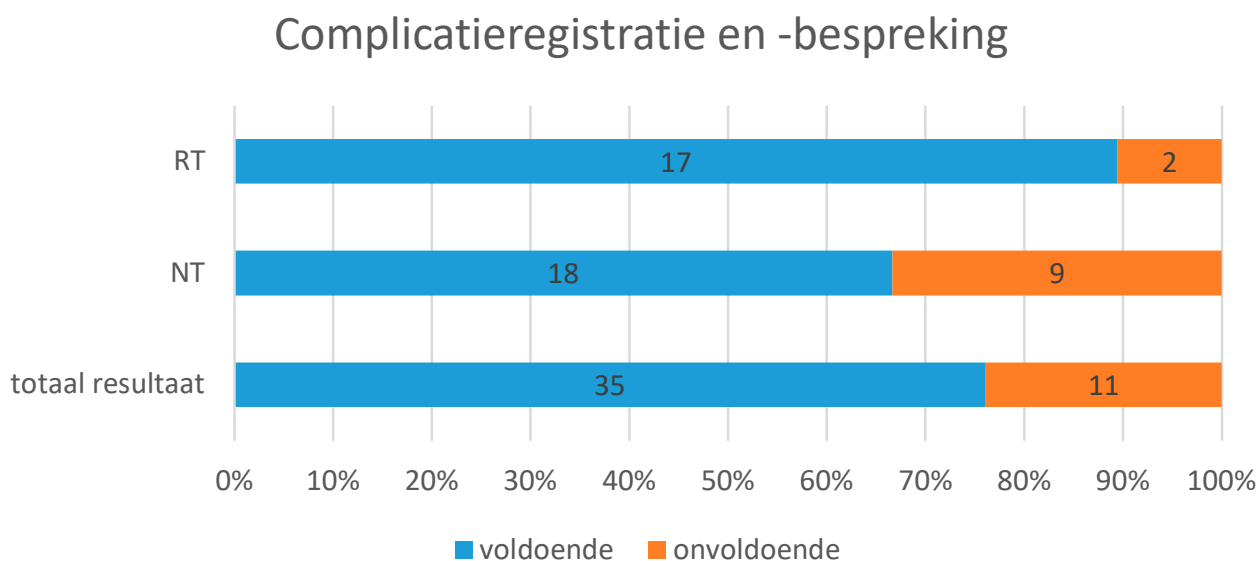
Inwerkprogramma, bij- en nascholing



Bij 46 klinieken is getoetst op het onderdeel 'Inwerkprogramma, bij- en nascholing, waarbij acht klinieken (17%) onvoldoende scoorden op dit onderdeel. Van deze acht klinieken was ruim de helft een nieuwe toetreders. De meest voorkomende reden dat klinieken hier onvoldoende op scoorden was dat zij geen inwerkprogramma hadden en/of geen opleidingsbeleid of -plan. Vier klinieken hadden geen zicht op welke scholing werd gevolgd door de medewerkers, inclusief de artsen.

Complicatieregistratie en -bespreking

Net als bij het onderdeel ‘inwerkprogramma, bij- en nascholing’ wordt dit onderdeel ‘complicatieregistratie en –bespreking’ alleen getoetst tijdens inspectiebezoeken aan particuliere klinieken. Hiervoor zijn geen indicatoren opgesteld. Om te leren en verbeteren is het belangrijk een complicatiebespreking te houden met collega artsen en/of andere zorgverleners. Een complicatie is niet altijd te voorkomen, maar het registreren en op geaggregeerd niveau bekijken en bespreken van complicaties kan zeker punten ter verbetering van de kwaliteit van zorg opleveren. Voor artsen die een eenmansbedrijf hebben, kan het deelnemen aan een complicatiebespreking soms lastig te organiseren zijn. Toch is ook voor de kleinere klinieken een complicatiebespreking van toegevoegde waarde en hecht de inspectie hier grote waarde aan.



Van de 46 klinieken waarbij de inspectie dit onderdeel heeft getoetst, scoorden 11 klinieken (24%) onvoldoende. Van de elf klinieken die onvoldoende scoorden, waren negen klinieken nieuw. De meest voorkomende reden dat een kliniek onvoldoende scoorde, was dat zij geen (structurele) complicatiebespreking of mogelijkheid daartoe hadden. Een aantal klinieken had geen informatie over complicaties op geaggregeerd niveau beschikbaar. Twee klinieken registreerden geen complicaties, ook niet op individueel (patiënt) niveau. Als klinieken geen complicaties registreren en hier geen informatie uit halen, missen zij essentiële informatie om van te leren en te verbeteren.

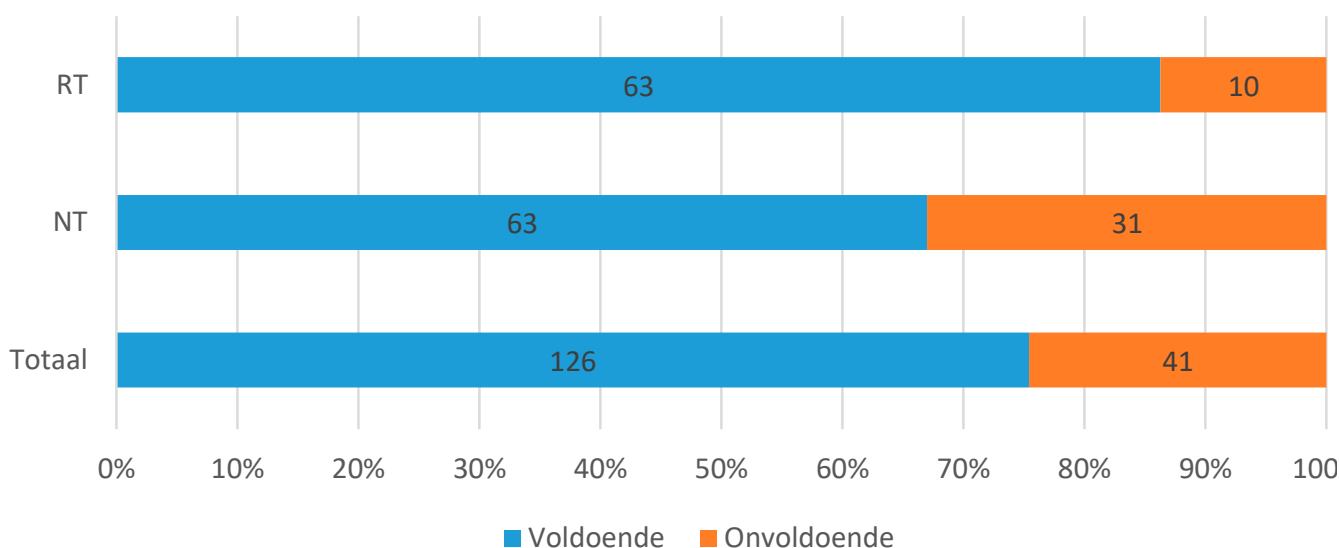
Conclusie

Ten aanzien van IFMS geeft de informatie uit de indicatoren een positiever beeld van het uitvoeren van IFMS in de klinieken, dan uit de rapporten van de toezichtbezoeken blijkt. Bij de indicatoren geeft 75% aan dat zij IFMS in de volle omvang hebben toegepast in de kliniek, tegen 58% uit de toezichtbezoeken. Uit de rapporten van de toezichtbezoeken blijkt dat het percentage wordt beïnvloed door de nieuwe toetreders. Bij klinieken die langer bestaan heeft 82% IFMS ingevoerd, dit komt meer overeen met de uitkomsten uit de indicatoren.

Ten aanzien van het houden van functioneringsgesprekken blijkt, dat de meeste klinieken deze functioneringsgesprekken met medewerkers houden. Zowel uit de indicatoren als uit de toezichtrapporten blijkt dat dit nog niet altijd met de artsen plaatsvindt. Hier is voor de klinieken nog een mogelijkheid om te verbeteren. Aangezien de onderdelen 'Inwerkprogramma, bij- en nascholing' en 'Complicatieregistratie –bespreking' alleen in inspectiebezoeken worden getoetst, is geen vergelijking met indicatoruitkomsten mogelijk. Met name het laatste onderdeel laat nog ruimte voor verbetering.

Professionaliteit

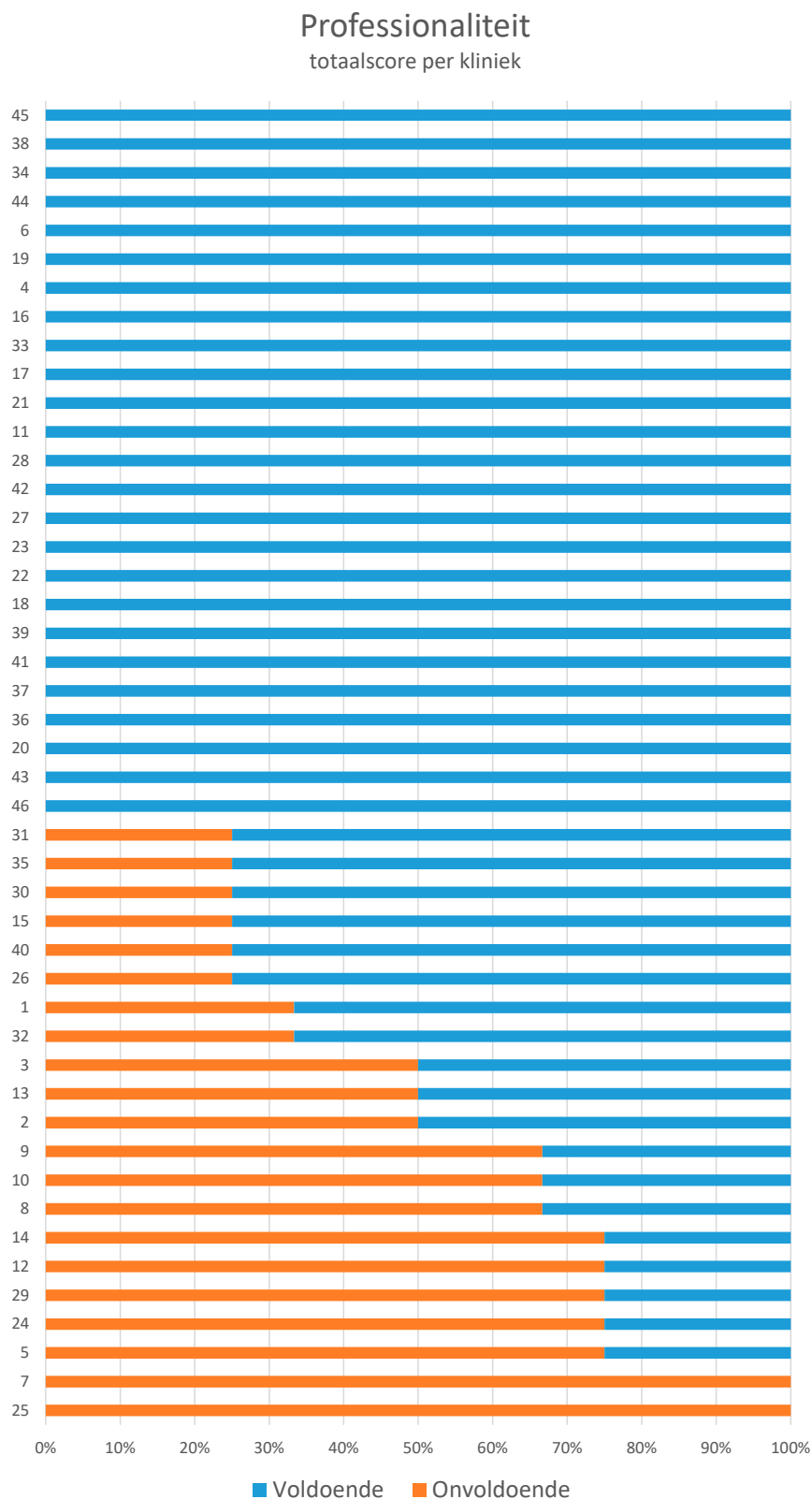
totaal aantal (on)voldoende toetsonderdelen



De vier onderdelen uit het bezoekinstrument die onder 'Professionaliteit' vallen gaven samen 41 verbetermaatregelen voor de in totaal 46 bezochte klinieken. Ruim 75% van de verbetermaatregelen betrof nieuwe toetreders. 27 van de 46 klinieken waren nieuwe toetreders, van deze 27 klinieken hadden zestien klinieken één of meer verbetermaatregelen. Bij de negentien langer bestaande klinieken waar een bezoek is gebracht hadden acht klinieken één of meer verbetermaatregelen.

Totaaloverzicht praktijkbevindingen 'professionaliteit'

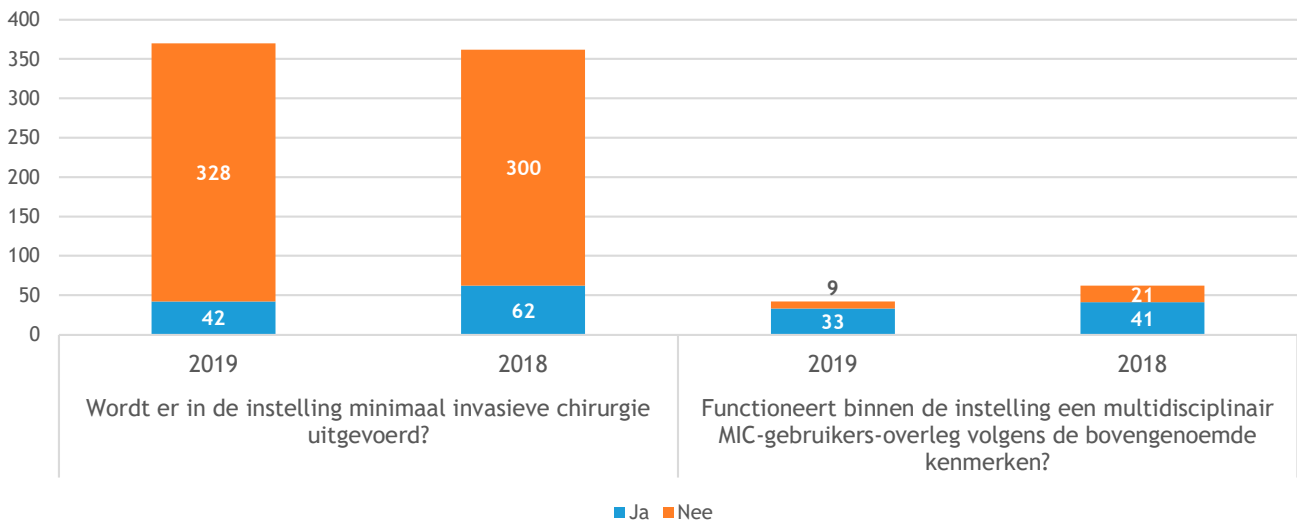
In onderstaande grafiek worden de totaalscores op het onderwerp 'professionaliteit' van de bezochte klinieken, per kliniek(nummer) weergegeven. In ieder hoofdstuk wordt dezelfde kliniek met hetzelfde klinieknummer aangeduid.



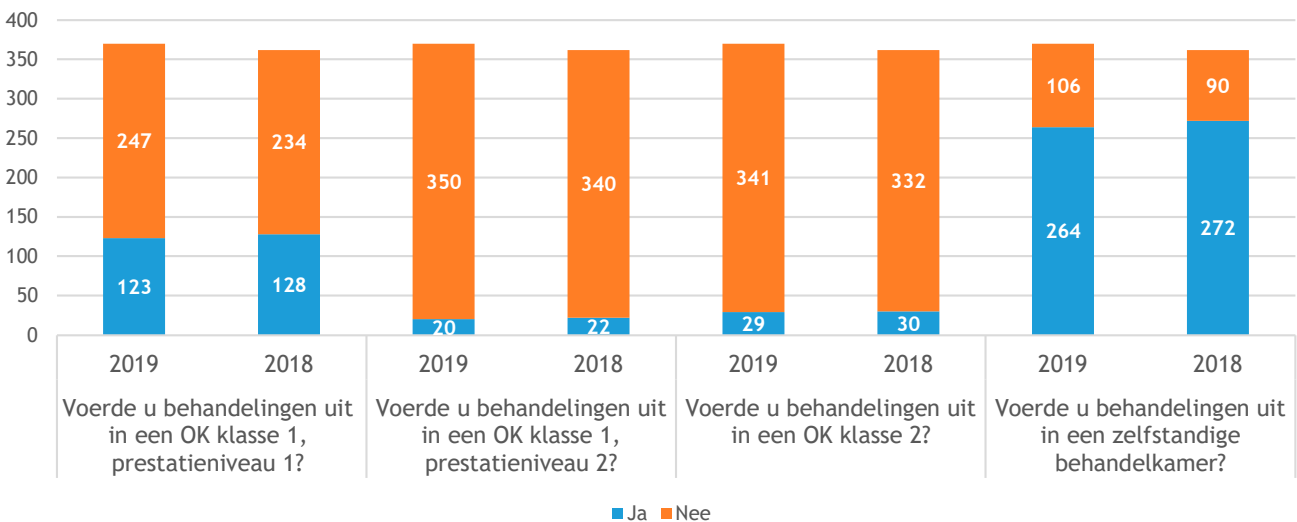
Bijlage 6: Data overige indicatoren

In dit hoofdstuk worden de overige indicatoruitkomsten van de indicatoren voor particuliere klinieken, zonder verdere toelichting, weergegeven. Het betreft hier indicatoren die niet in bovenstaande hoofdstukken worden besproken.

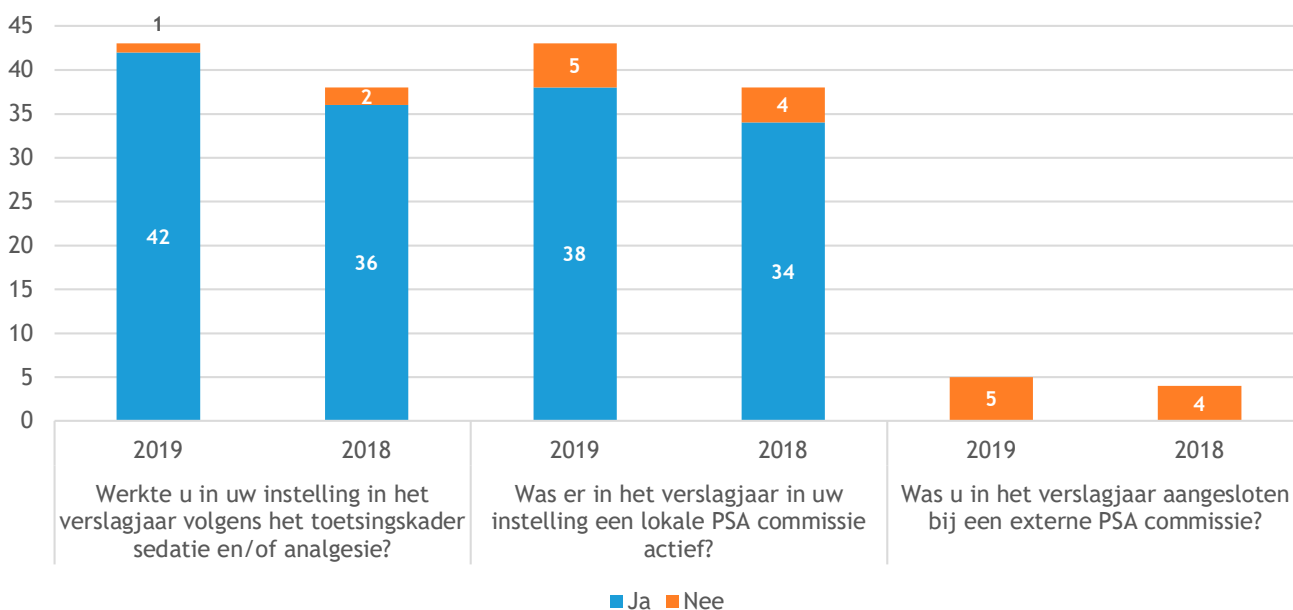
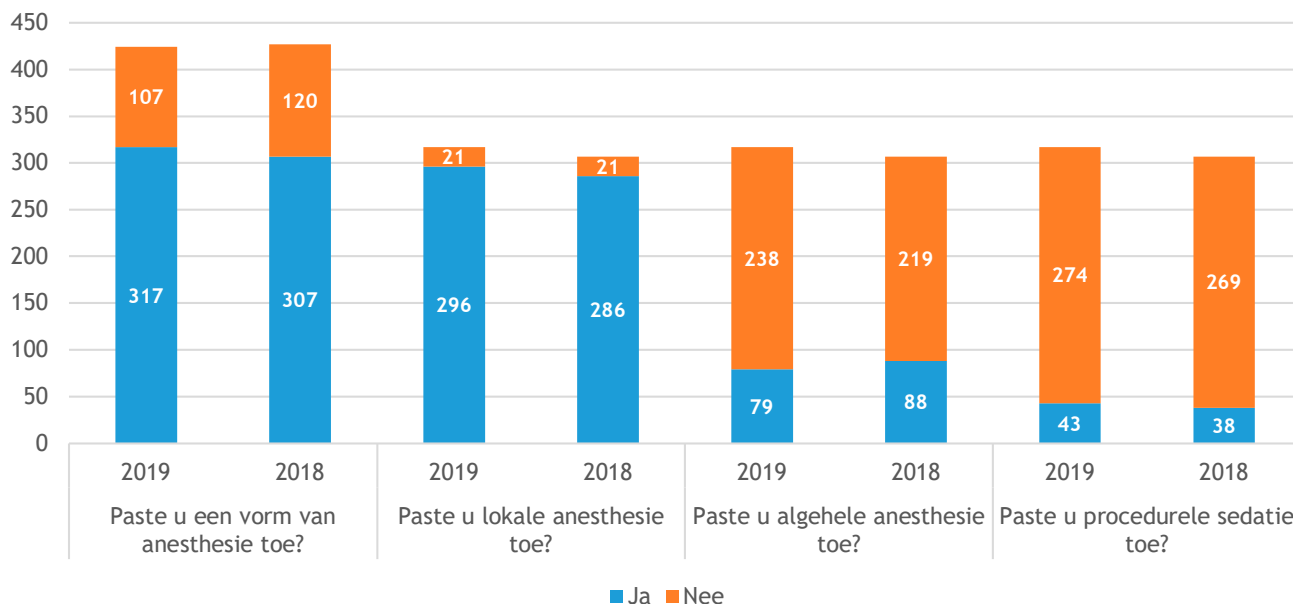
1.1.1 Indicator Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg



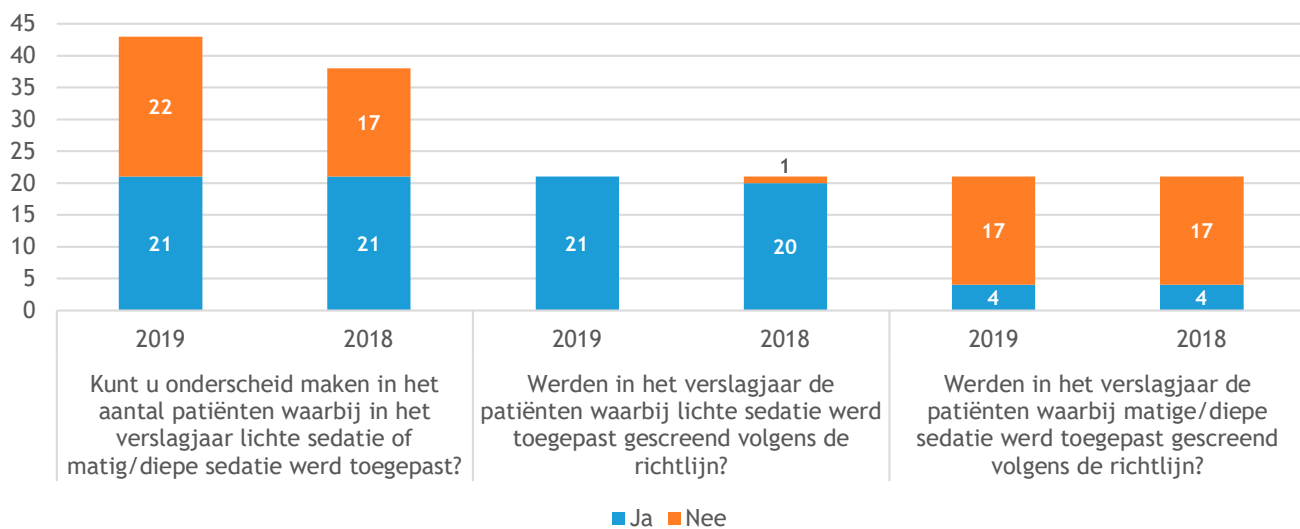
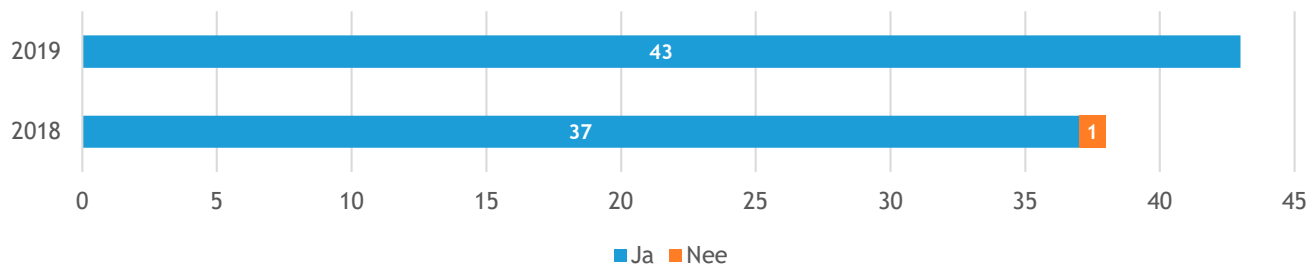
1.1.2 Indicator Kwalificatie behandelruimte

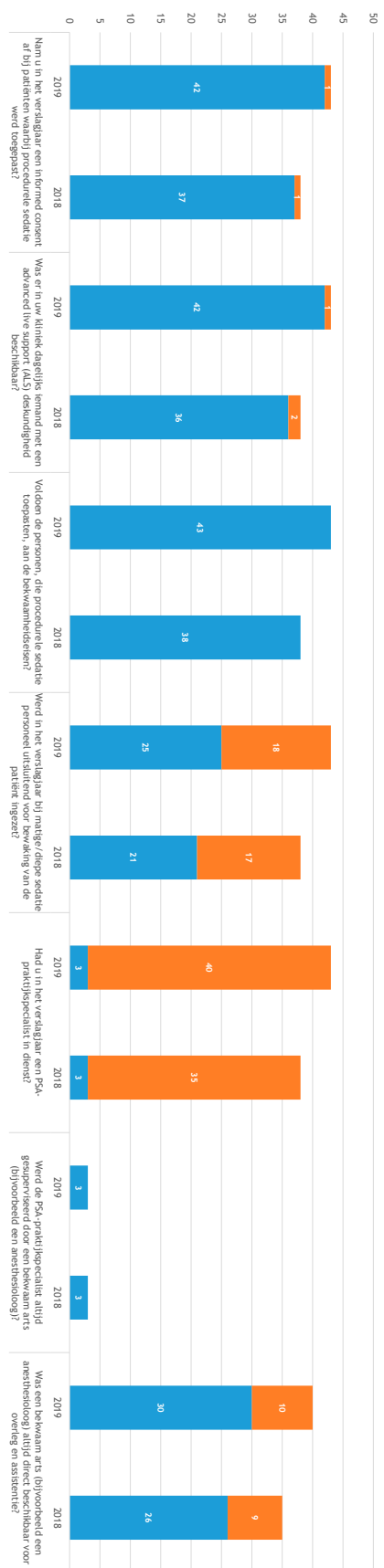


1.2.2 Indicator Procedurele sedatie



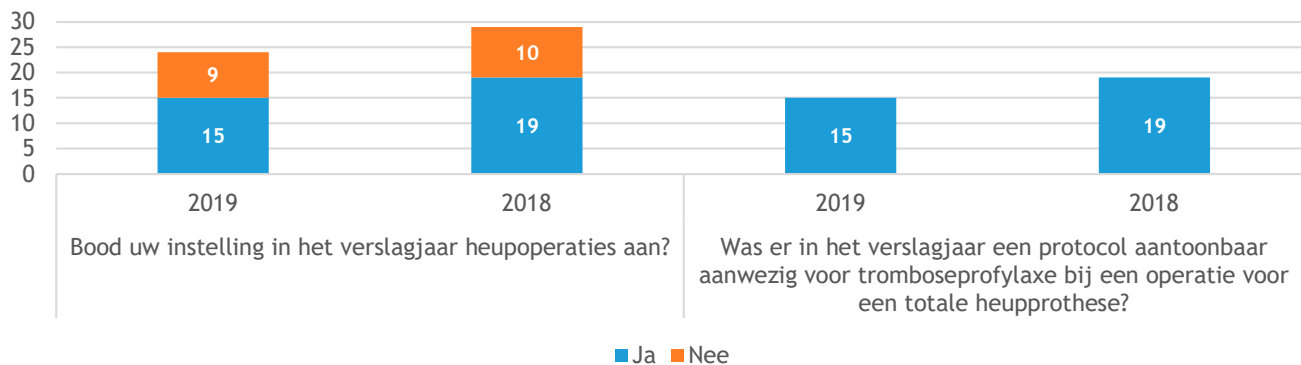
Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn?



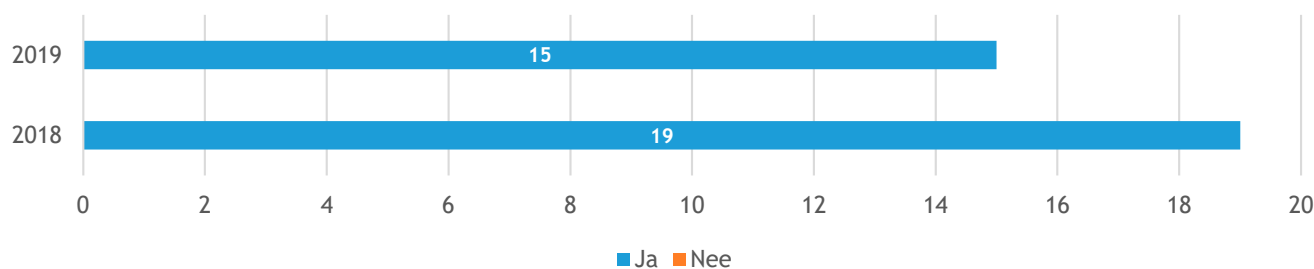


■ Ja ■ Nee

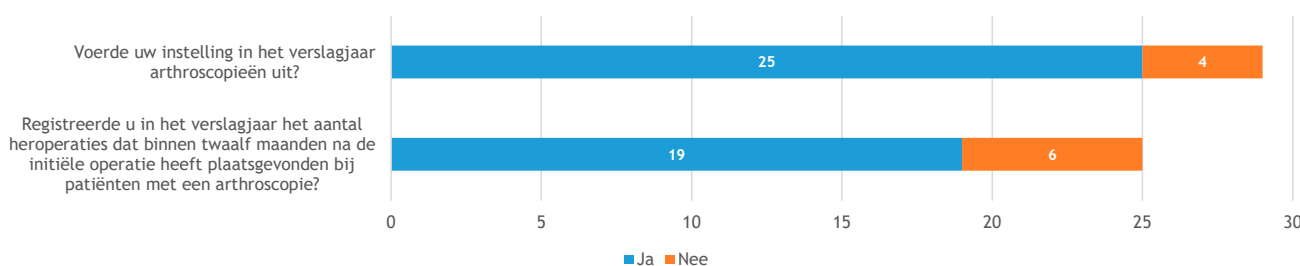
1.4.4 Indicator Richtlijn of protocol tromboseprohylaxe



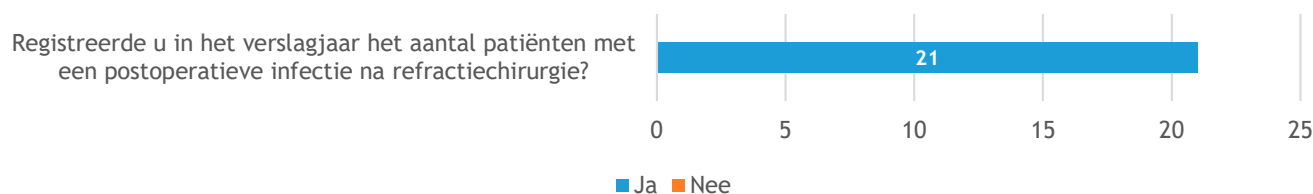
Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten dat medicamenteuze tromboseprohylaxe heeft gehad?



1.4.8 Indicator Ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden (2018)²⁴



1.5.2 Indicator Infectie na refractiechirurgie (2018)²⁵

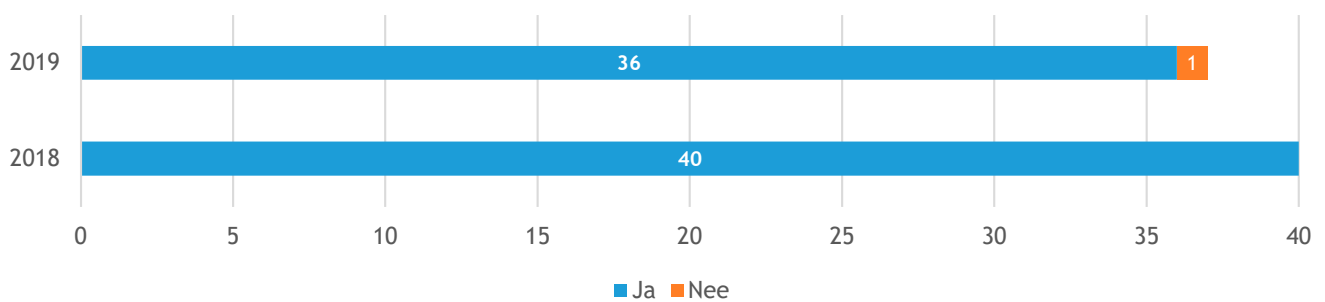


[24] In 2019 is deze indicator vervallen
 [25] In 2019 is deze indicator vervallen

	Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na refractiechirurgie?	Wat was in het verslagjaar het totaal aantal patiënten waarbij irrefractiechirurgische ingrepen werd uitgevoerd?	Percentage patiënten met een postoperatieve infectie na refractiechirurgie
Aantal klinieken	21	21	21
Gemiddelde	0,24	488,90	0,03
Mediaan	0,00	224,00	0,03
Standaarddeviatie	0,54	681,14	0,08
Minimum	0	5	0
Maximum	2	2.080	0,37

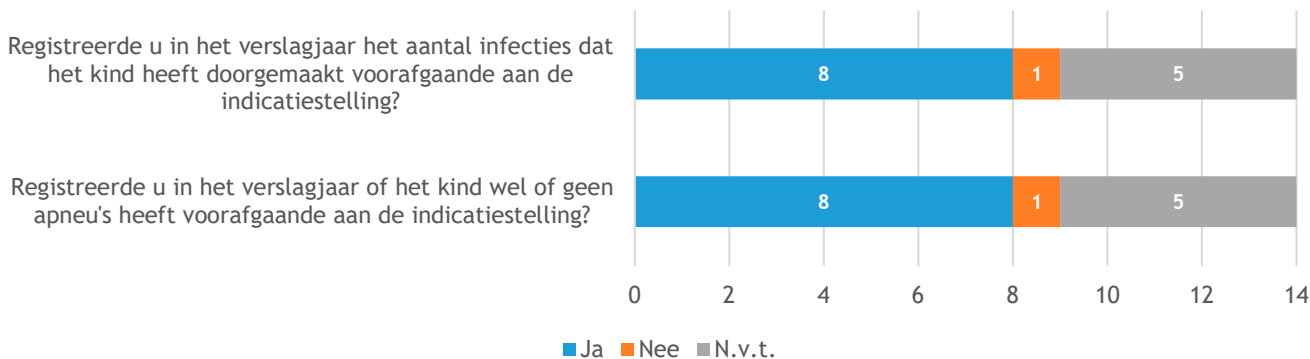
1.5.3 Indicator Cataractregistratie

Voerde u, in het verslagjaar, patiënten in in het landelijke NOG registratiesysteem?

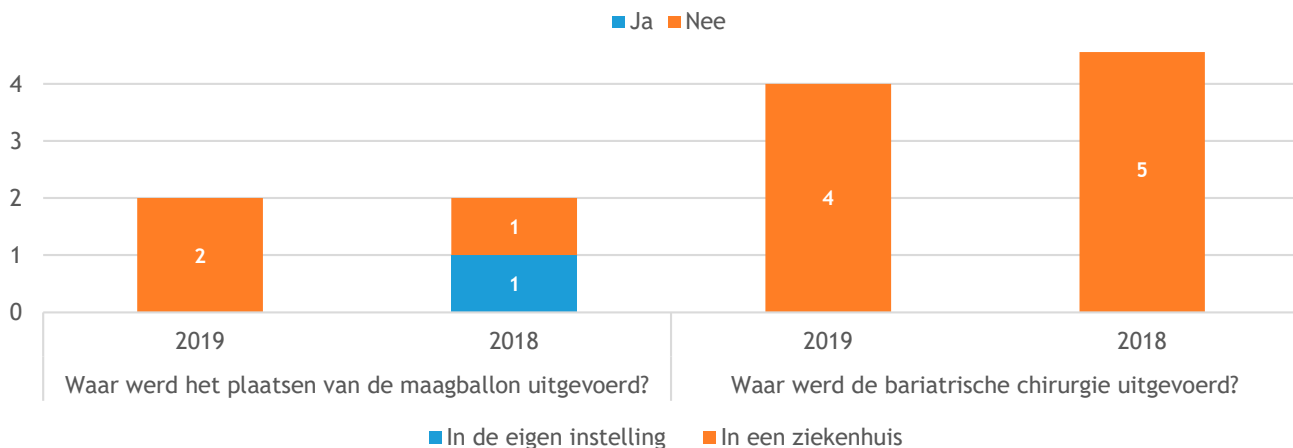
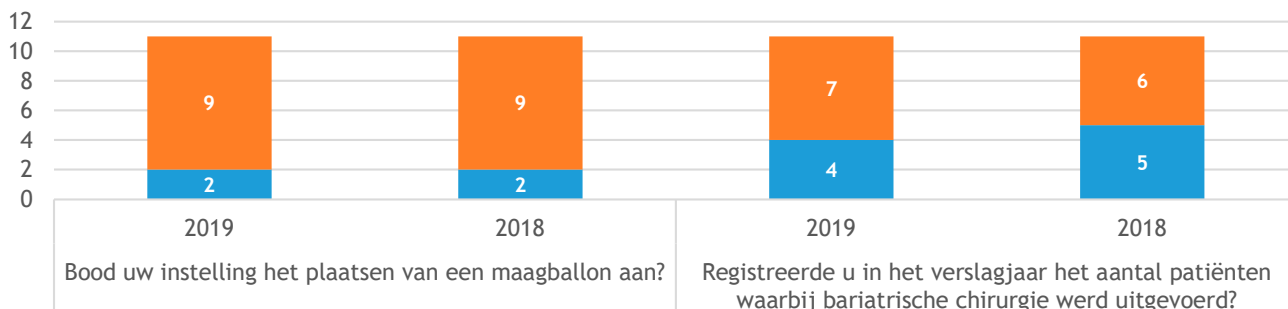


	Wat was in het verslagjaar het aantal cataractoperaties dat is ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem?		Wat was in het verslagjaar het aantal cataractoperaties in uw instelling?		Percentage cataractoperaties dat is ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem? (wordt automatisch berekend)	
	2019	2018	2019	2018	2019	2018
Aantal klinieken	36	40	37	40	36	40
Gemiddelde	1.380,00	1.217,13	1.524,32	1.293,35	89,37	94,08
Mediaan	1.279,00	1.137,50	1.514,00	1.253,00	95,99	98,27
Standaarddeviatie	900,45	860,14	966,96	873,64	14,48	11,45
Minimum	96	69	140	69	50	36
Maximum	4.380	4.461	4.789	4.461	100	100

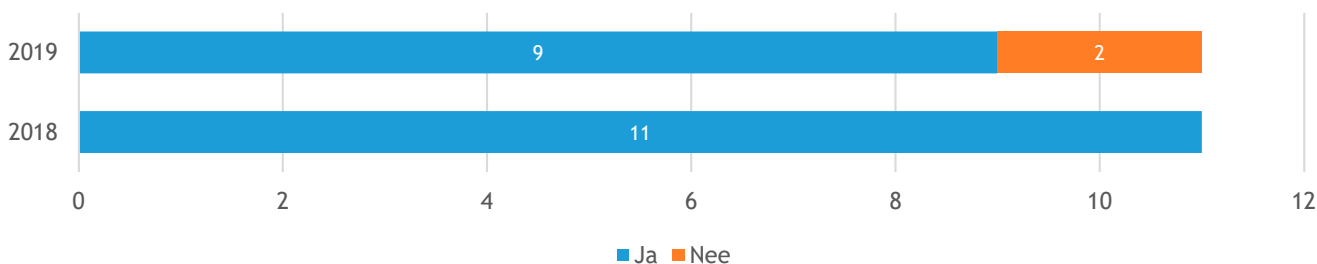
1.7.1 Indicator Implementatie ZATT richtlijn (2018)²⁶



1.8.1 Indicator Aantal bariatrische ingrepen



Werden er in uw instelling twee jaar voor het verslagjaar bariatrische ingrepen uitgevoerd?

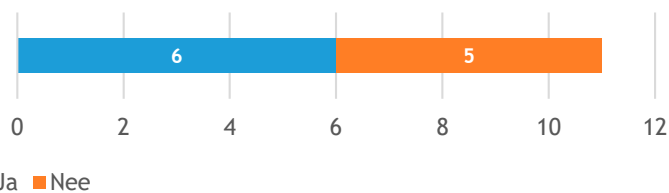


[26] In 2019 is deze indicator vervallen

	Wat was in het verslagjaar het totaal aantal patiënten waarbij postoperatieve controle heeft plaatsgevonden na 24 maanden (d.w.z. patiënten die in 2016/2017 zijn geopereerd en in het verslagjaar nog voor		Wat was het totaal aantal patiënten waarbij in 2016/2017 bariatrische chirurgie is uitgevoerd?		Percentage patiënten waarbij postoperatieve controle heeft plaatsgevonden na 24 maanden (wordt automatisch berekend)	
	2019	2018	2019	2018	2019	2018
Aantal klinieken	9	11	9	11	9	11
Gemiddelde	516,33	403,91	592,89	483,00	87,58	83,94
Mediaan	456,00	308,00	526,00	373,00	86,69	84,18
Standaarddeviatie	343,13	342,41	393,99	389,47	3,81	14,82
Minimum	81	72	92	72	81	43,75
Maximum	1.052	1.002	1.235	1.174	94	100,00

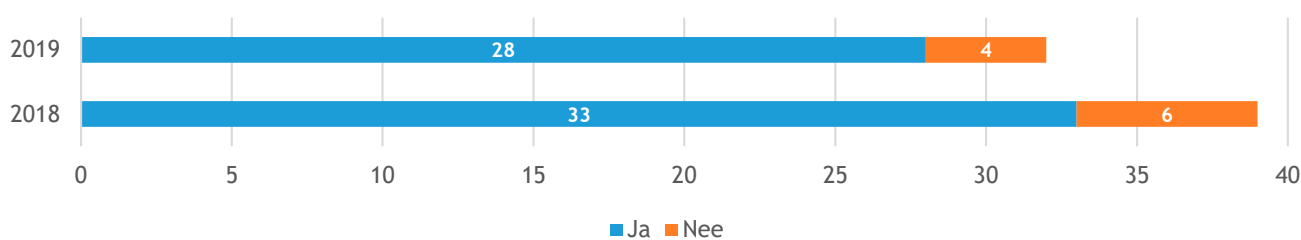
(verslagjaar 2018)²⁷

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met postoperatieve infectie na een bariatrische ingreep?



1.10.1 Indicator Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie

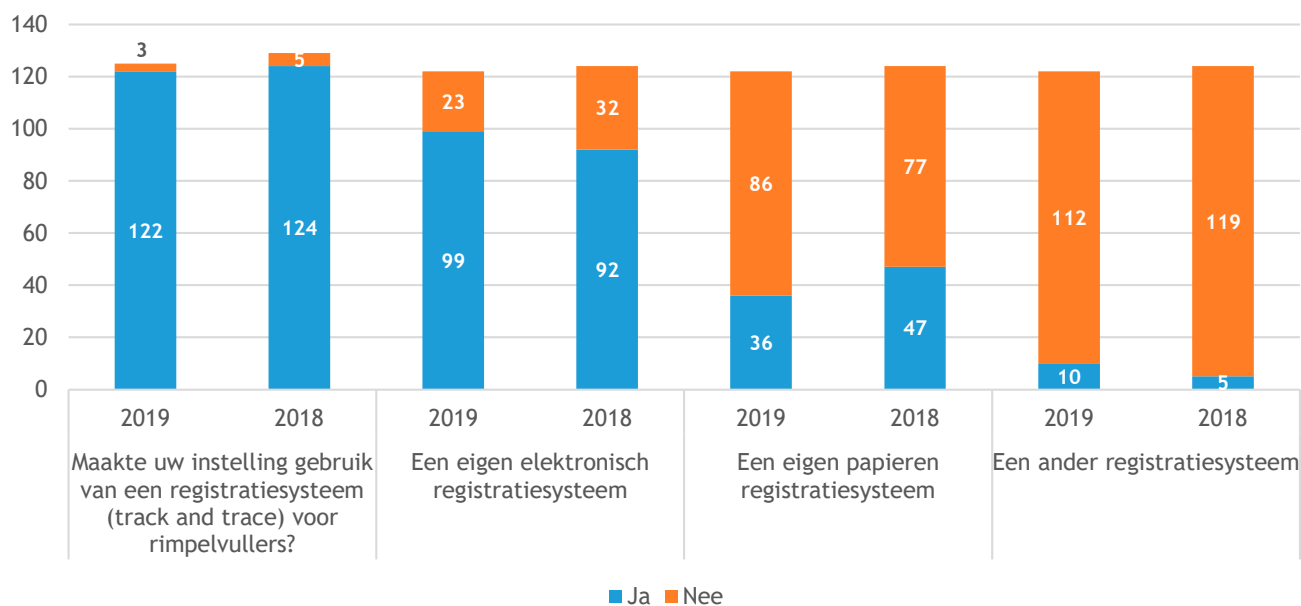
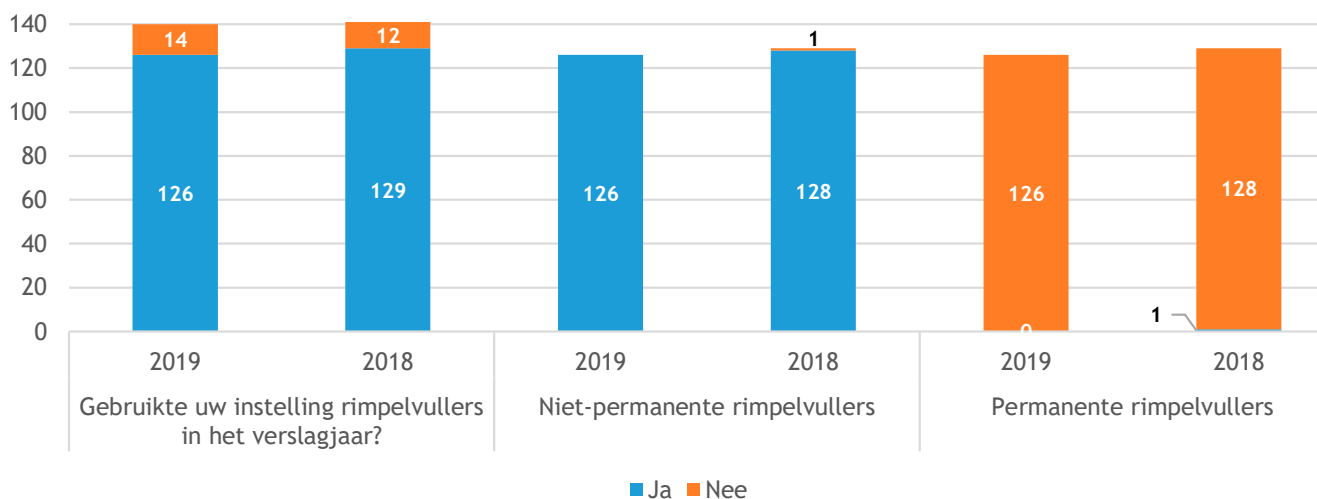
Registreerde u in het verslagjaar het aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een borstaugmentatie met prothesen voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar?



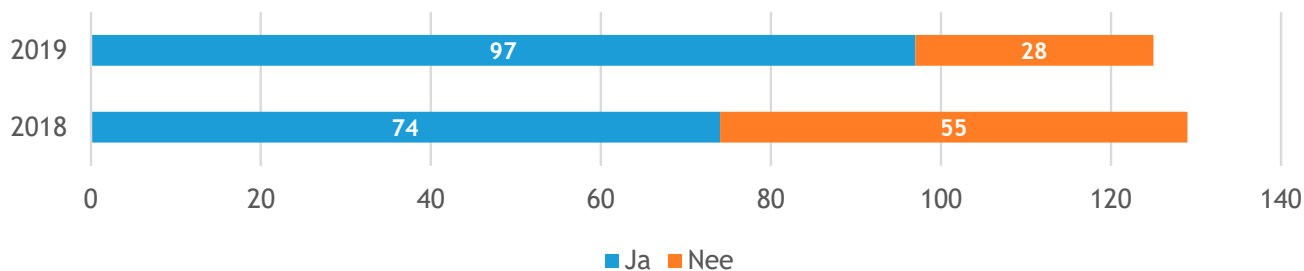
[27] In 2019 is deze indicator vervallen

	Wat was in het verslagjaar het aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een borstaugmentatie met prothese(n) voor cosmetische doeleinden?		Wat was in het verslagjaar het aantal geplaatste borstprothesen voor borstaugmentatie voor cosmetische doeleinden?		Percentage explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een borstaugmentatie met prothese(n) voor cosmetische doeleinden (wordt automatisch berekend)	
	2019	2018	2019	2018	2019	2018
Aantal klinieken	28	33	32	39	28	33
Gemiddelde	1,29	4,64	412,56	318,95	3,83	0,95
Mediaan	0,00	0,00	258,50	172,00	0,00	0,00
Standaarddeviatie	2,21	23,80	655,94	457,64	18,85	2,58
Minimum	0	0	0	0	0	0
Maximum	10	137	3510	2.326	100	11

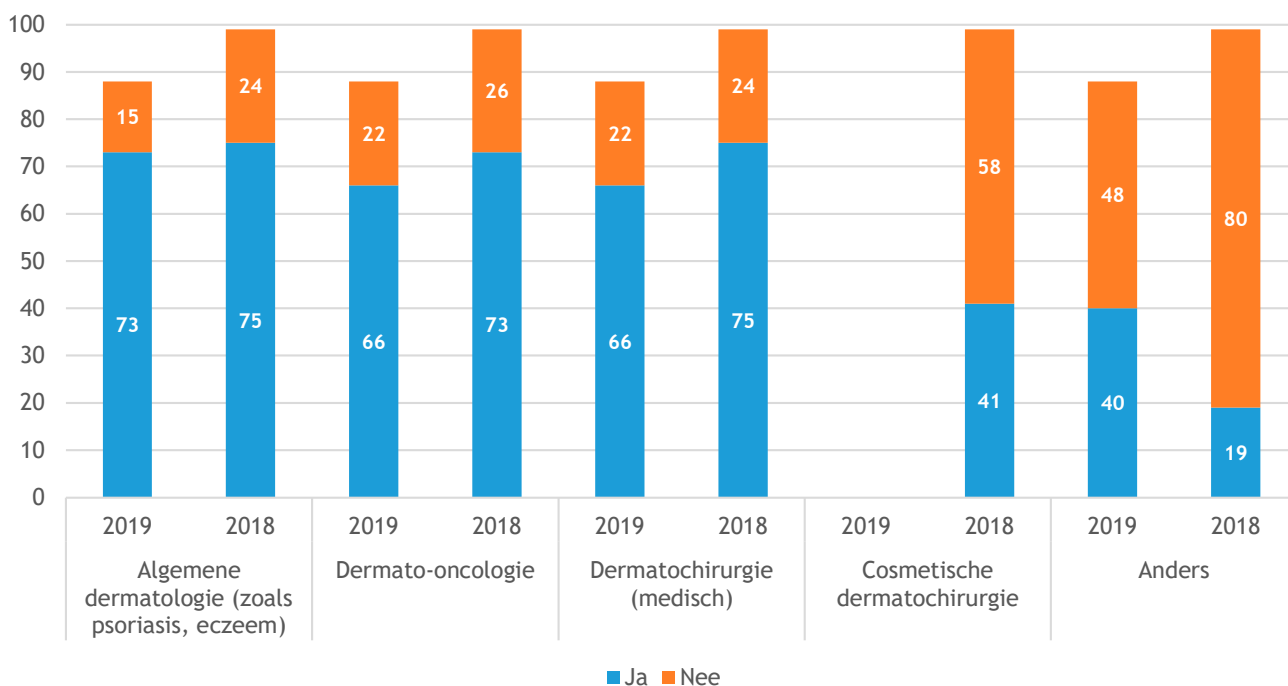
1.10.4 Indicator Registratie rimpelvullers



Verstrekt u aan uw patiënten een productpaspoort met relevante gegevens omtrent de lot en chargenummers van de toepaste rimpelvuller(s)?



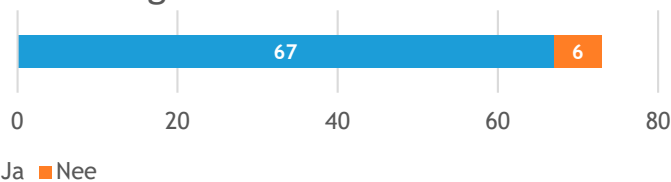
1.11.1 Indicator Dermatologische behandelingen



(Verslagjaar 2018)²⁸

Dermato-oncologie

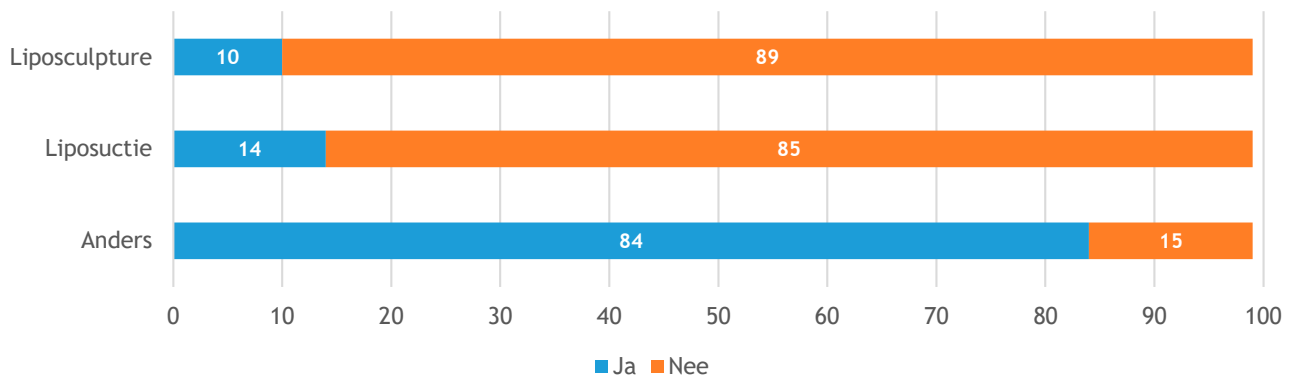
U heeft aangegeven dermato-oncologie uit te voeren. Werkt u daarbij samen met een ziekenhuis met oncologische expertise?



[28] In 2019 is deze indicator vervallen

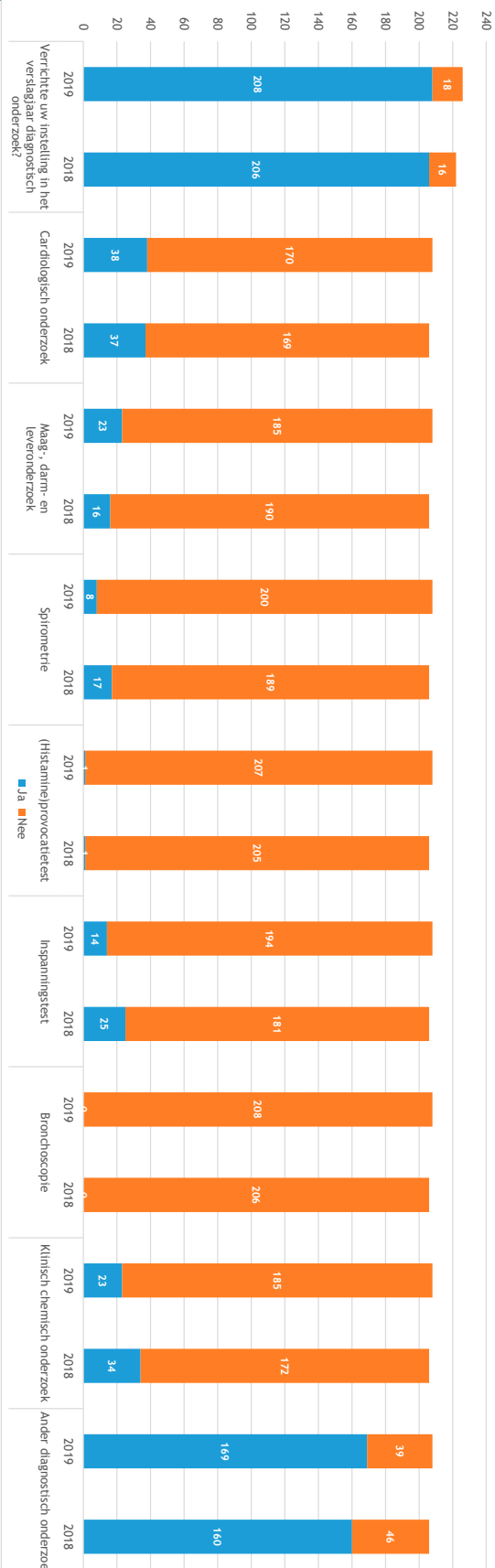
(verslagjaar 2018)²⁹

Cosmetische dermatochirurgie

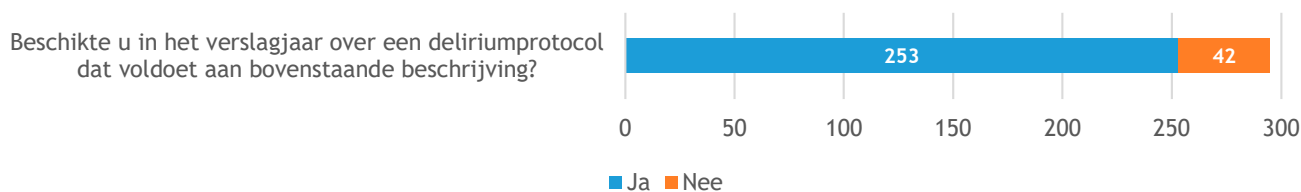


[29] In 2019 is deze indicator vervallen

5.1.1. Indicator Diagnostisch onderzoek

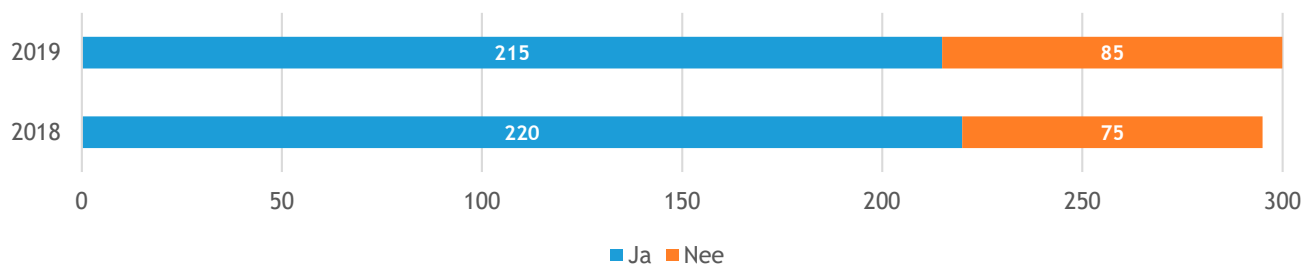


8.3.1 Indicator Deliriumbeleid (2018)



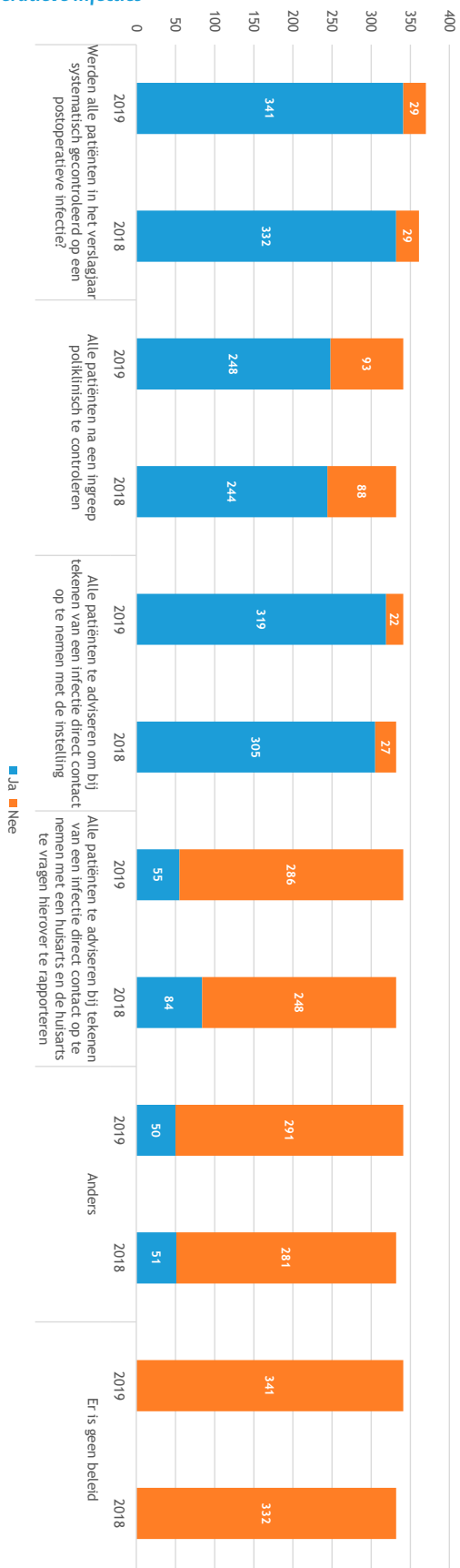
8.3.2 Indicator Deliriumbeleid³⁰

Screende u in het verslagjaar structureel patiënten van 70 jaar en ouder die een invasieve behandeling, operatie of onderzoek ondergingen op het risico voor delirium?

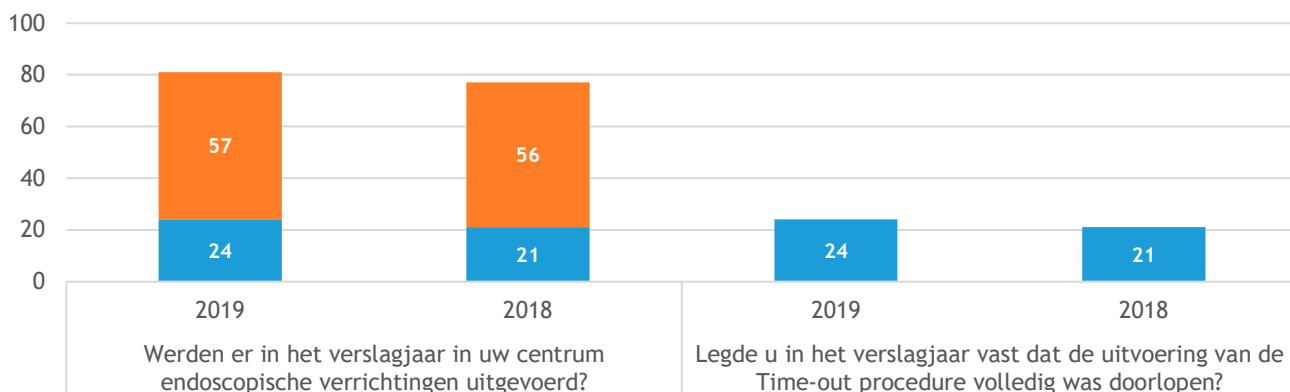


[30] In 2019 is deze indicator vervallen

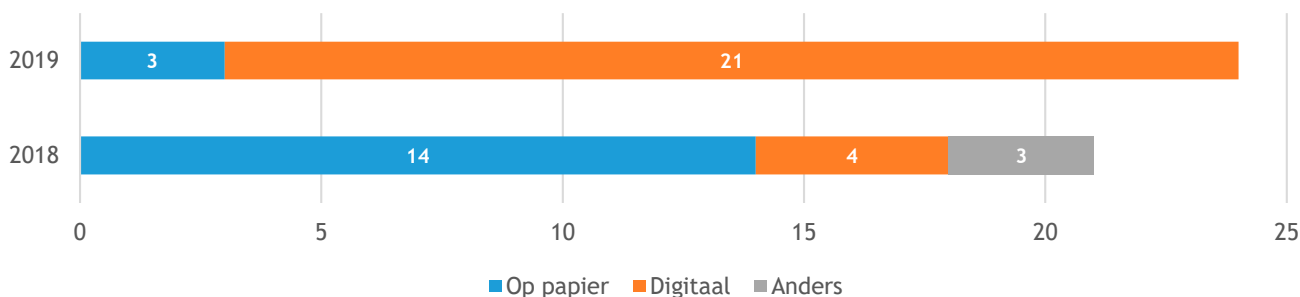
12.1.1 Indicator Surveillance van postoperatieve infecties



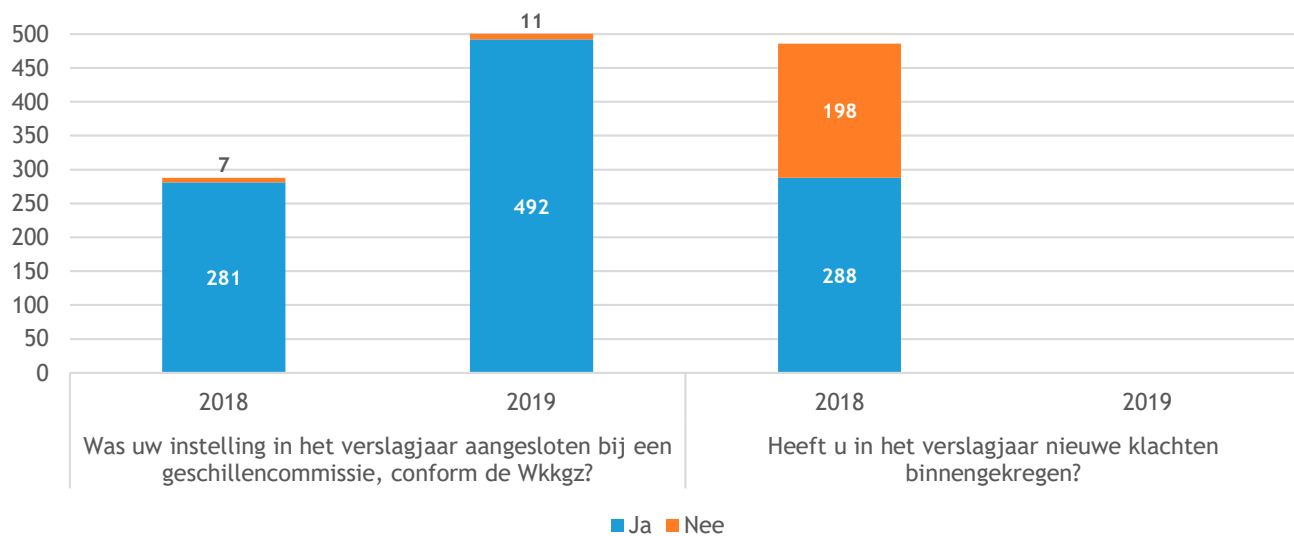
14.1.1 Indicator Uitvoering time-out procedure bij endoscopische verrichtingen



Hoe legde u de uitvoering van de time-out procedure vast?

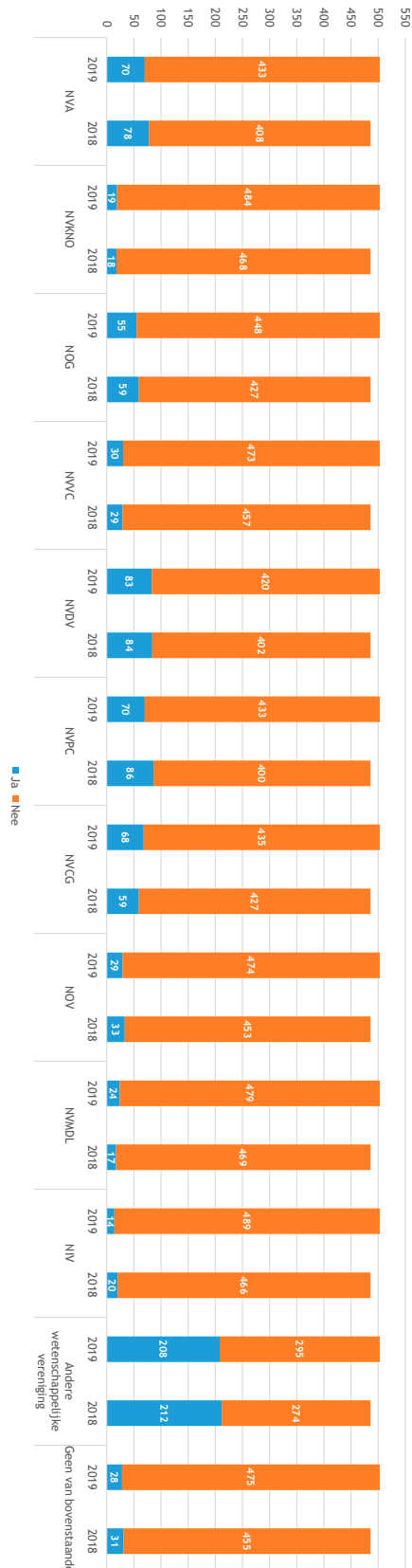


18.2.1 Indicator Klachten en geschillen (vraag over klachten is in 2019 vervallen)



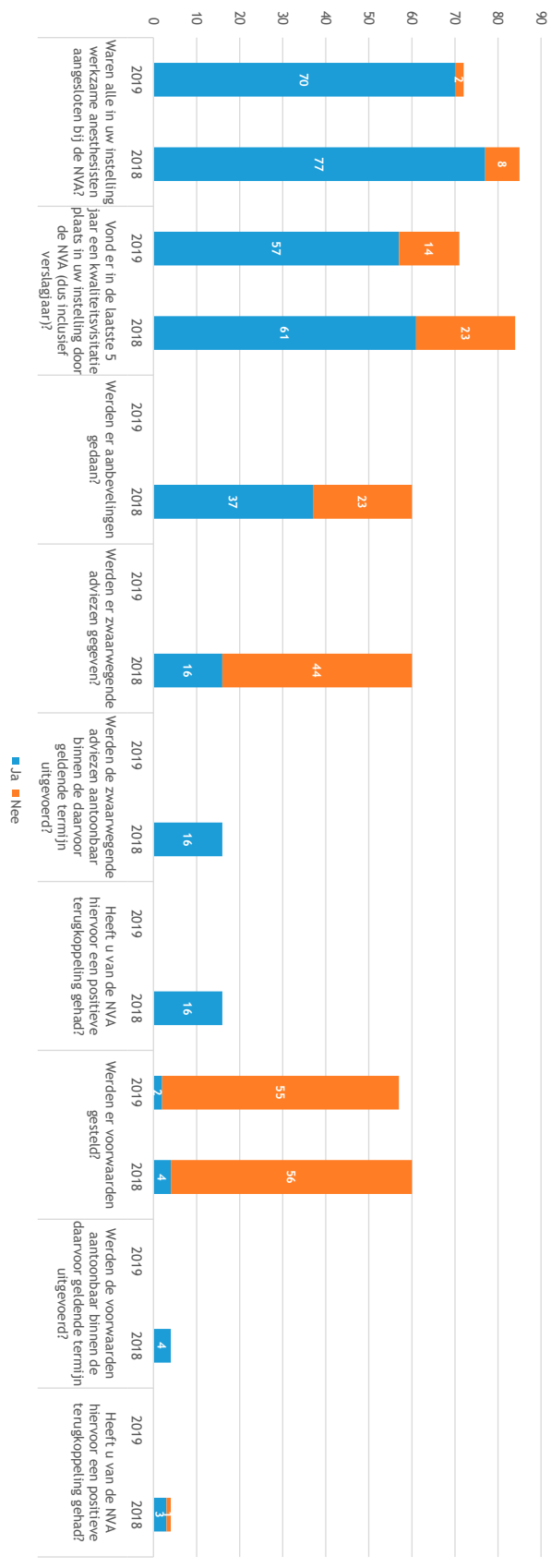
	Wat is het totaal aantal nieuwe klachten, ingediend bij uw instelling?		Wat is het totaal aantal nieuwe klachten, ingediend bij uw instelling, dat tot maatregelen heeft geleid?		Wat was in het verslagjaar het aantal geschillen, behandeld door de geschillencommissie?	
	2019	2018	2019	2018	2019	2018
Aantal klinieken	NA	288	NA	288	492	285
Gemiddelde	NA	14,53	NA	5,66	0,09	0,17
Mediaan	NA	5,00	NA	1,00	0,00	0,00
Standaarddeviatie	NA	32,16	NA	19,66	0,64	0,52
Minimum	NA	1	NA	0	0	0
Maximum	NA	348	NA	266	10	5

18.5 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen

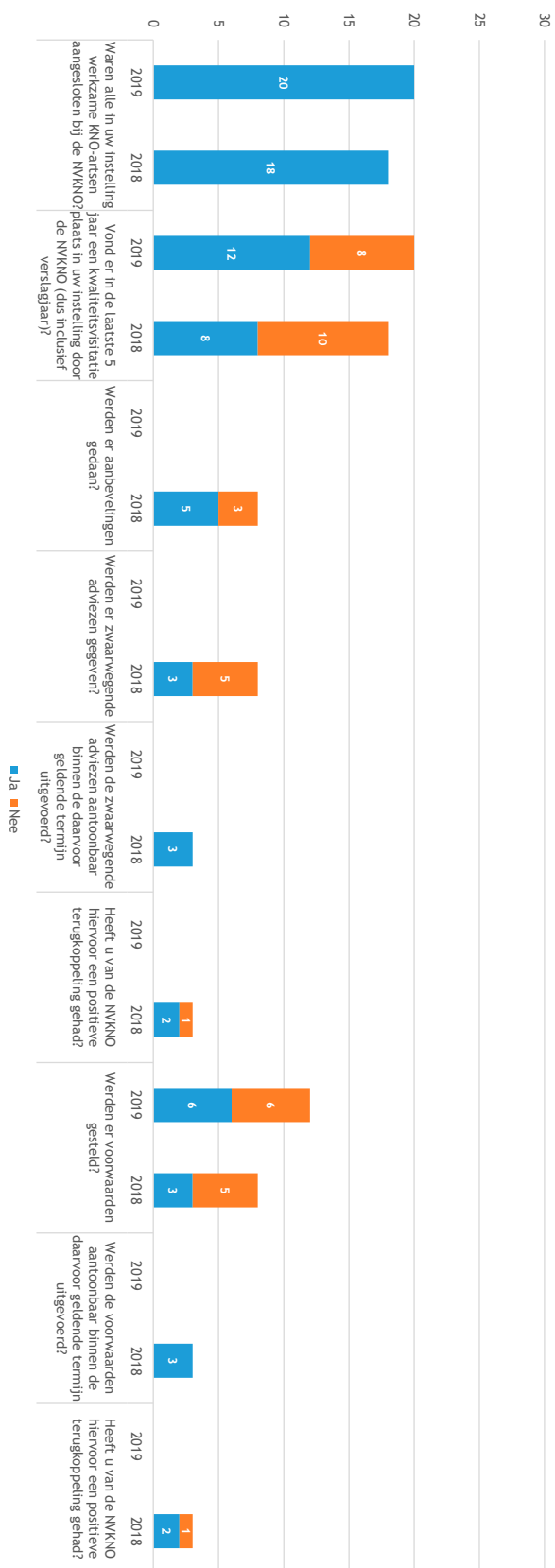


2018: Bij welke wetenschappelijke vereniging waren in uw instelling werkzame artsen aangesloten?
2019: Tot welk medisch specialisme behoorden de in uw instelling (in het verslagjaar) werkzame artsen?

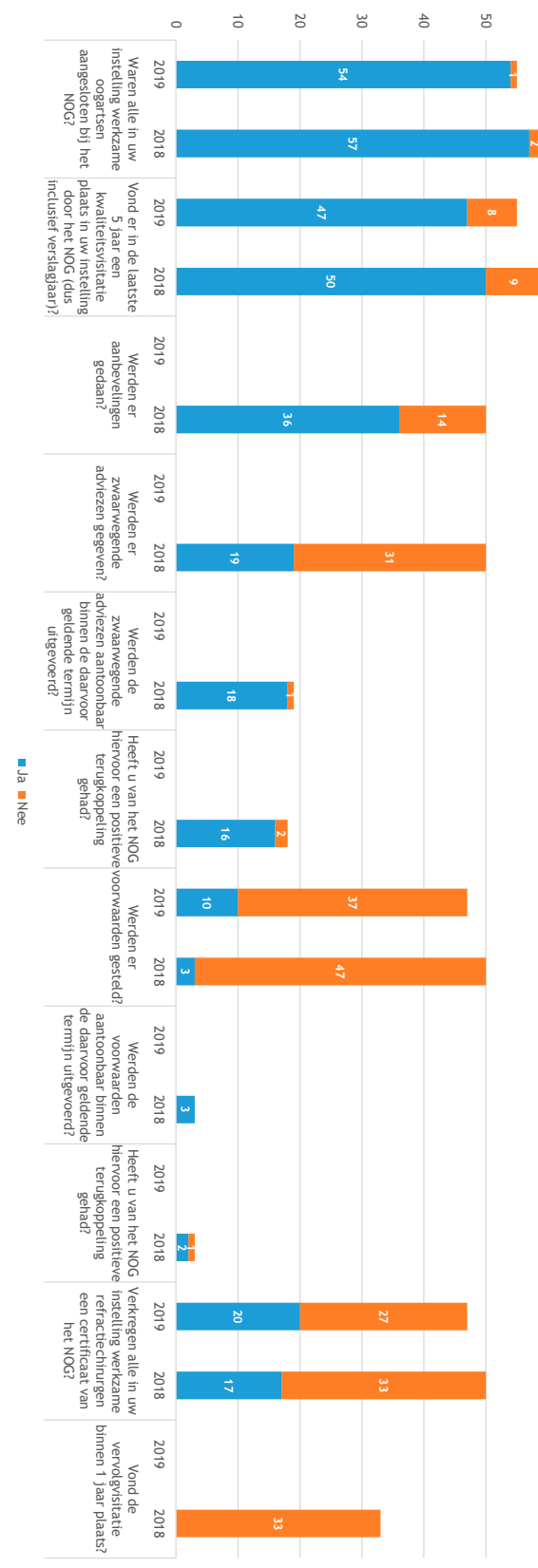
18.5.1 Indicator *Visitatie door NVA (niet alle vragen uit 2018 werden ook 2019 gesteld, waardoor bij een aantal vragen de gegevens over 2019 ontbreken)*



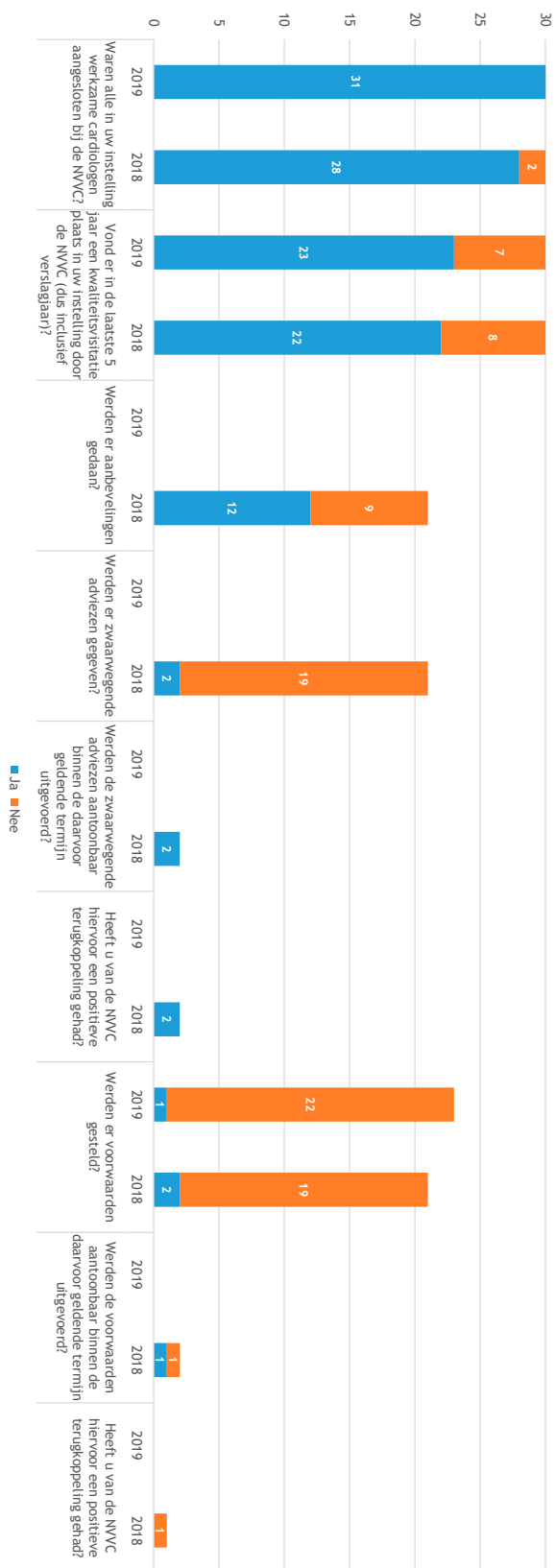
18.5.2 Indicator Visitatie door NVKNO (niet alle vragen uit 2018 werden ook 2019 gesteld, waardoor bij een aantal vragen de gegevens over 2019 ontbreken)



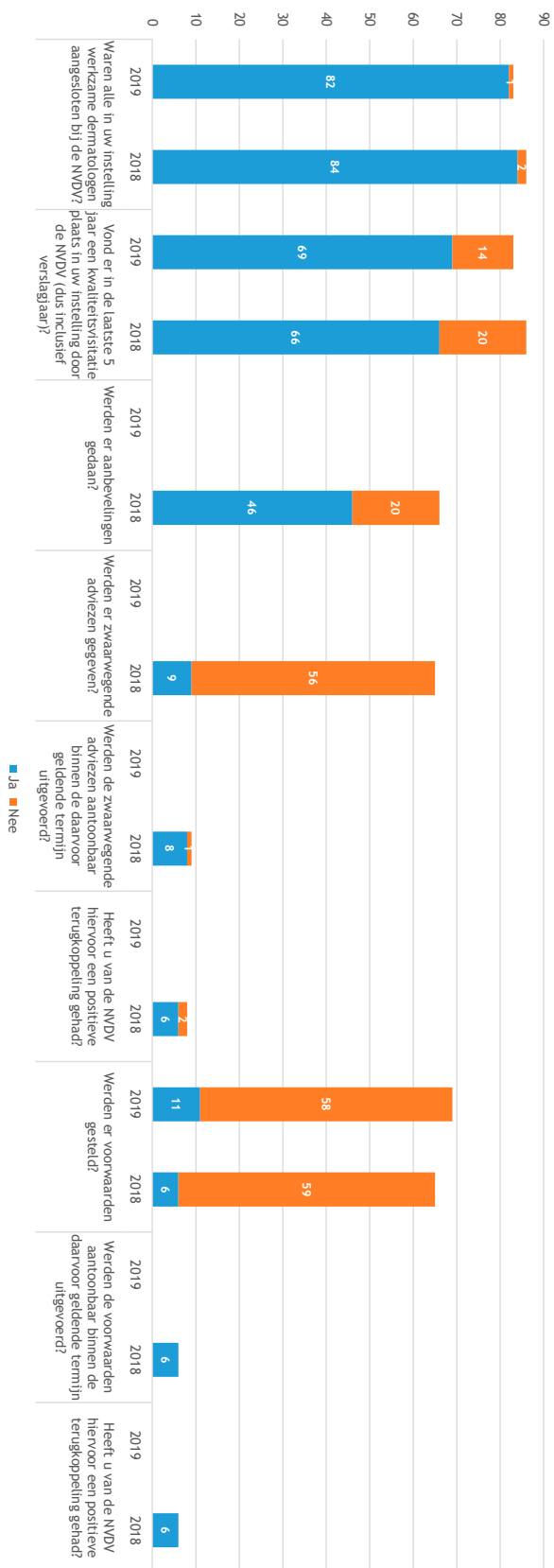
18.5.3 Indicator Visitatie door NOG (niet alle vragen uit 2018 werden ook 2019 gesteld, waardoor bij een aantal vragen de gegevens over 2019 ontbreken)



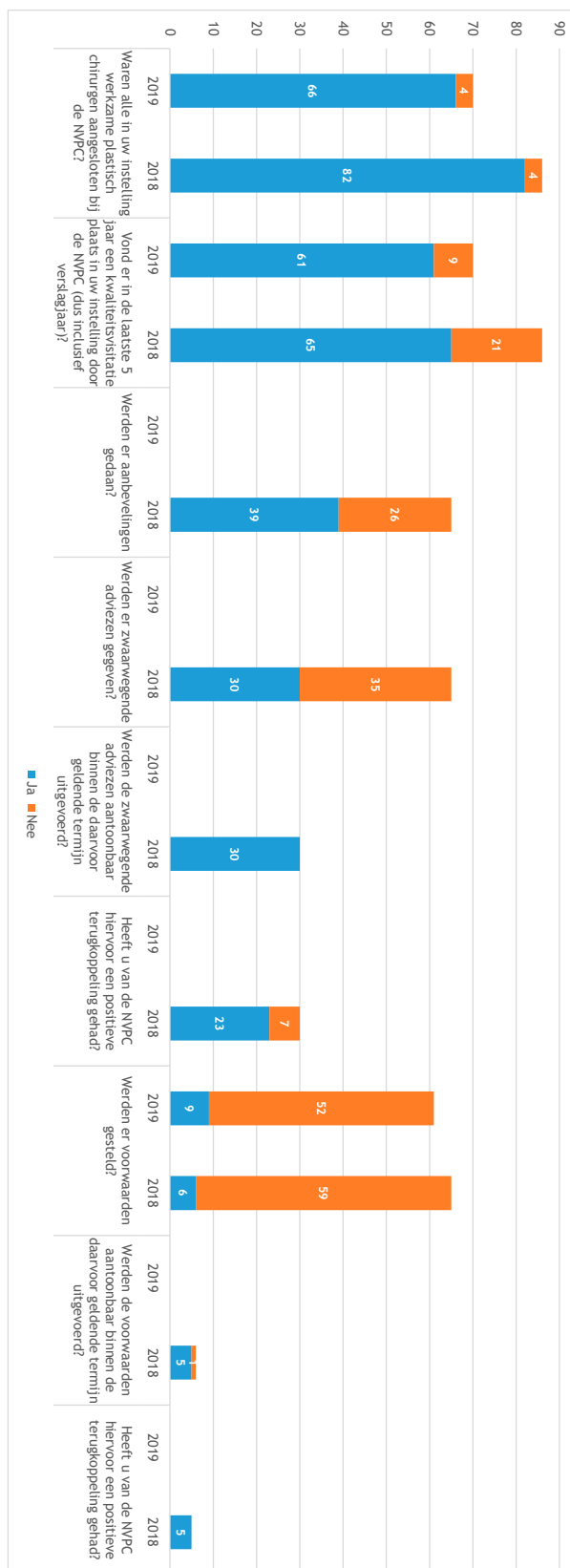
18.5.4 Indicator Visitatie door NVVC (niet alle vragen uit 2018 werden ook 2019 gesteld, waardoor bij een aantal vragen de gegevens over 2019 ontbreken)



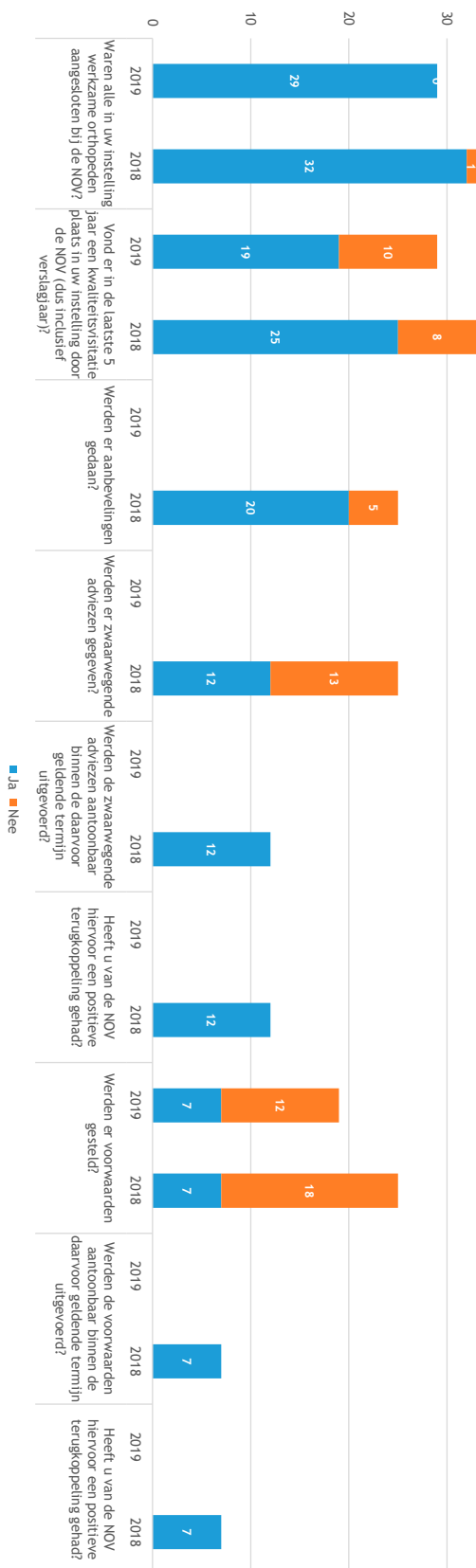
18.5.5 Indicator Visitatie door NVDV (niet alle vragen uit 2018 werden ook 2019 gesteld, waardoor bij een aantal vragen de gegevens over 2019 ontbreken)



18.5.6 Indicator Visitatie door NVPC (niet alle vragen uit 2018 werden ook 2019 gesteld, waardoor bij een aantal vragen de gegevens over 2019 ontbreken)

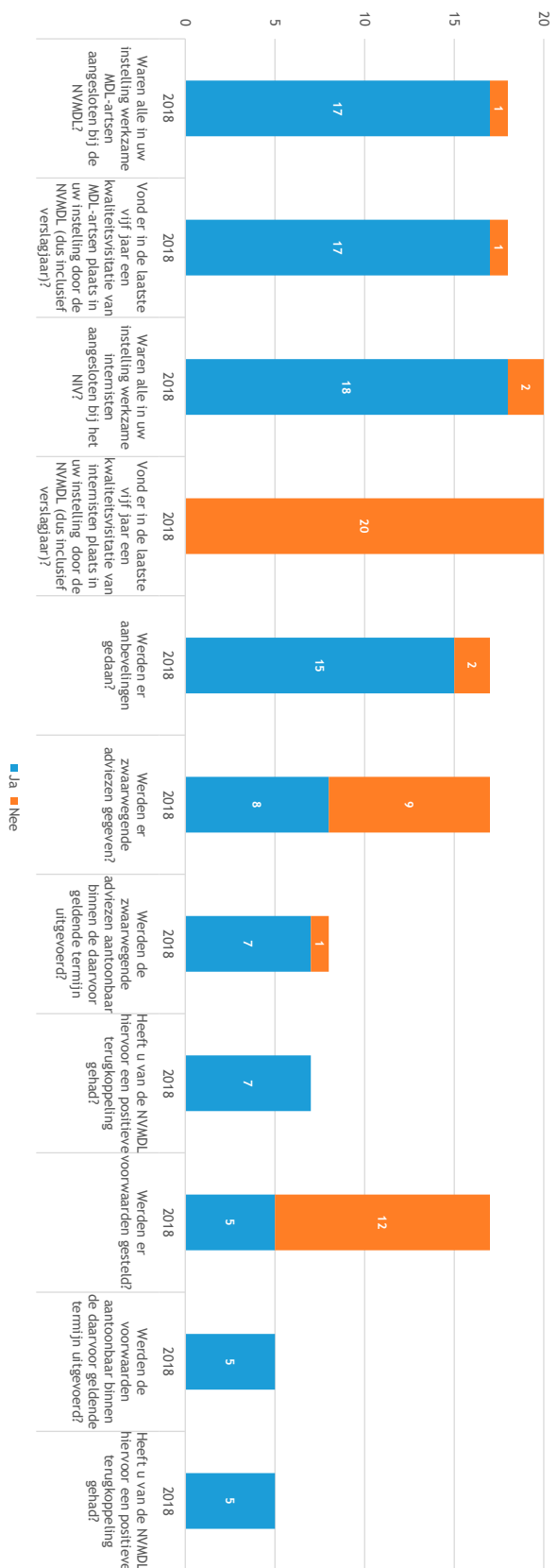


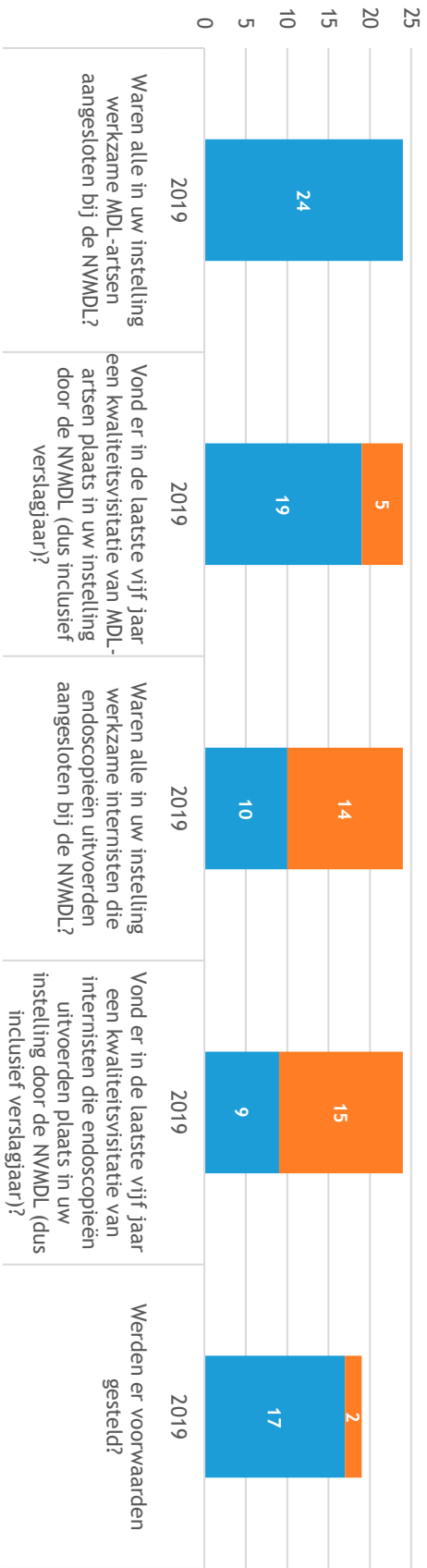
18.5.7 Indicator Visitatie door NOV (niet alle vragen uit 2018 werden ook 2019 gesteld, waardoor bij een aantal vragen de gegevens over 2019 ontbreken)



18.5.8 Indicator Visitatie door NVMDL

Verslagjaar 2018





18.5.9 Indicator visitatie door NVCG (niet alle vragen uit 2018 werden ook 2019 gesteld, waardoor bij een aantal vragen de gegevens over 2019 ontbreken)

