



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# Particuliere klinieken in getal en praktijk

# 2020

Het resultaat telt particuliere klinieken

Indicatoruitkomsten en COVID-19 in particuliere klinieken



## Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>Hoofdstuk 1: Kengetallen</b>	<b>8</b>
<b>Hoofdstuk 2: Goed bestuur</b>	<b>12</b>
<b>Hoofdstuk 3: Kwaliteit en veiligheid</b>	<b>18</b>
<b>Hoofdstuk 4: COVID-19-crisis en particuliere klinieken</b>	<b>24</b>
<b>Bijlage 1: Uitgangspunten basisset</b>	<b>28</b>
<b>Bijlage 2: Indicatoren in het toezicht</b>	<b>29</b>
<b>Bijlage 3: Data overige indicatoren</b>	<b>32</b>

# Samenvatting

In deze publicatie worden indicatoruitkomsten van particuliere klinieken<sup>1</sup> over het verslagjaar 2020 beschreven. Daarnaast wordt de gang van zaken, uitkomsten van toezicht in particuliere klinieken, tijdens de COVID-19-crisis beschreven.

Indicatoren zijn voor zorgaanbieders en zorgverleners van belang om risico's te signaleren, ervan te leren en verbeteringen op in te zetten<sup>2</sup>. Voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: inspectie) zijn indicatoren een belangrijk middel om risico's in de zorg te signaleren en over de uitkomsten van de indicatoren het gesprek met zorgaanbieders te voeren<sup>3</sup>. De analyse van deze indicatoren is onderdeel van haar toezichtactiviteiten.

In de *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2020* 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 en verbeterdoelen die door zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken worden aangeleverd, staan beschreven in de *Jaarlijkse terugkoppeling indicatoren en verbeterdoelen*, die in oktober 2021 naar ziekenhuizen en naar particuliere klinieken is gestuurd. Deze uitkomsten worden ook (deels) beschreven in *Het resultaat telt MSZ 2020*.

De uitkomsten van indicatoren die uitsluitend door particuliere klinieken werden aangeleverd, zijn in dit rapport beschreven.

De inspectie maakt alle data, 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 besproken:

- Kengetallen/ ontwikkelingen sector (hoofdstuk 1)
- Goed bestuur (hoofdstuk 2)
- Kwaliteit en veiligheid (hoofdstuk 3)
- Particuliere klinieken tijdens de COVID-19-crisis (hoofdstuk 4)

De overige indicatoruitkomsten, die uitsluitend door particuliere klinieken zijn aangeleverd, staan gepresenteerd in bijlage 3.

Hieronder staan de belangrijkste indicatoruitkomsten over het verslagjaar 2020 en ontwikkelingen met betrekking tot de COVID-19-crisis in particuliere klinieken samengevat.

## Kengetallen

Over het verslagjaar 2020 hebben in totaal 588 particuliere klinieken gegevens aangeleverd (561 klinieken leverden daadwerkelijk zorg)<sup>4</sup>, waarmee het totaal aantal klinieken ten opzichte van 2019 met 58 klinieken (11%) is gegroeid. Dit is een grotere stijging dan in het voorgaande jaar het geval was. Toen nam het aantal klinieken dat gegevens aanleverden met 5% toe.

[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] Zie ook bijlage 1

[3] Zie ook bijlage 2

[4] Een aantal klinieken heeft wel de indicatoren aangeleverd, maar gaven daarin aan dat zij (nog) geen zorg hebben verleend in 2020. 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 onbekend.

### **Goed bestuur – indicatoruitkomsten**

453 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 92% deze afspraken, met de bestuurder van het ziekenhuis, schriftelijk vast.

Van de 410 klinieken die invasieve behandelingen uitvoerden, was bij 348 klinieken (85%) een arts 7x24 uur oproepbaar om patiënten te kunnen helpen bij spoedeisende nazorg.

97 klinieken huurden faciliteiten in een ziekenhuis, waarvan 94 klinieken (97%) schriftelijke afspraken hadden gemaakt over het gebruik van deze faciliteiten en drie klinieken hadden uitsluitend mondelinge afspraken gemaakt.

539 klinieken beschikten over een regeling mogelijk disfunctionerend zorgverlener.

543 klinieken beschikten over een meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld, waarvan 405 klinieken, aan hun medewerkers met patiëntencontact, training voor het hanteren van deze meldcodes aanboden.

459 klinieken hadden een kwaliteitscertificaat.

### **Kwaliteit en veiligheid – indicatoruitkomsten**

In totaal gaven 130 klinieken aan gebruik te maken van implantaten. Alle klinieken maakten gebruik van één of meerdere registraties om geïmplanteerde implantaten te registreren.

410 klinieken voerden invasieve behandelingen uit. Van deze 410 klinieken gaven 336 klinieken aan de ASA-classificatie te registreren.

Van de 155 klinieken die gegevens hebben aangeleverd bij de vraag over ongeplande heroperaties na een cosmetische ingreep, gaven 59 klinieken aan dat zij geen heroperaties na een cosmetische ingreep registreerden.

Het gemiddelde percentage postoperatieve infecties na het plaatsen van een knieprothese was 1,1% (spreiding 0% - 11,9%, mediaan 0,33%).

Het gemiddelde percentage postoperatieve operaties na het plaatsen van een heupprothese was 1,1% (spreiding 0% - 9,2%, mediaan 0,7%).

Van de 561 klinieken die de indicatoren hebben aangeleverd, gaven 46 klinieken aan dat ze geen patiënttevredenheidsonderzoek uitvoerden.

### **COVID-19 en particuliere klinieken - 2020-2021**

In de eerste COVID-19-golf heeft 72% van de particuliere klinieken een bijdrage geleverd aan de bestrijding van de COVID-19-crisis, waarbij onder andere personeel en middelen ter beschikking werden gesteld aan ziekenhuizen.

In de eerste golf leverden 216 klinieken nog zorg, waarvan 177 klinieken alleen urgente (niet-acute) reguliere zorg leverden.

In de loop van 2020 zijn in alle ROAZ-regio's vertegenwoordigers van particuliere klinieken aangesloten. Deze vertegenwoordigers participeerden in de ROAZ-regio's namens ZKN en vertegenwoordigden daarmee de ZKN-leden in de betreffende ROAZ-regio.

Met name in deze tweede golf ontstond een verschuiving van niet-acute reguliere zorg van ziekenhuizen naar particuliere klinieken. Deze verschuiving van zorg vermindert de druk op de ziekenhuizen en draagt daarmee bij tot het zoveel mogelijk in standhouden van de totale zorgcapaciteit.

Tijdens de tweede golf was er, in tegenstelling tot de eerste golf, nauwelijks personeel vanuit particuliere klinieken in ziekenhuizen werkzaam voor het opschalen van de COVID-19-zorg in ziekenhuizen. Dit werd veroorzaakt doordat de door ziekenhuizen gevraagde specifieke expertise (IC-personeel) niet of nauwelijks aanwezig was in particuliere klinieken. Daarnaast

speelden negatieve ervaringen van zorgverleners (en bestuurders) uit particuliere klinieken bij de inzet tijdens de eerste golf een rol, waarbij zorgpersoneel uit particuliere klinieken regelmatig het gevoel had niet zinvol te zijn ingezet in het ziekenhuis.

Tijdens inspectiebezoeken in klinieken die zorg uit ziekenhuizen hadden overgenomen constateerde de inspectie dat de overgenomen zorg in de getoetste particuliere klinieken op een zorgvuldige en verantwoorde manier was georganiseerd. Er werd een beperkt aantal tekortkomingen geconstateerd, waarvoor verbetermaatregelen werd gevraagd. Deze verbetermaatregelen betroffen hoofdzakelijk de dossiervoering.

De overgenomen zorg, in de bezochte klinieken, betrof hoofdzakelijk orthopedische zorg, zoals het plaatsen van heup- en knieprothesen en kruisbandoperaties.

De bekwaamheid van zorgverleners was in alle bezochte klinieken aantoonbaar op orde. En als patiënten (gedeeltelijk) werden overgedragen aan een particuliere kliniek, dan ging dit in overleg met de patiënt en werd hem toestemming gevraagd.

## Conclusie – Indicatoren

Sinds 2009 is het aantal klinieken dat indicatoren heeft aangeleverd meer dan verdubbeld van 229 in 2009 tot 588 in 2020. Dit aantal groeit nog steeds. Op hoofdlijnen zijn de resultaten op de thema's in dit rapport in de afgelopen twee jaar met elkaar vergelijkbaar.

Uit bovenstaande resultaten blijkt, dat een aantal bestuurlijke en organisatorische onderwerpen blijvend aandacht nodig heeft. Bijvoorbeeld de 7x24 uur beschikbaarheid van artsen bij spoedeisende nazorg van patiënten moet beter. Ook het bevorderen van kennis over het gebruik van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling heeft aandacht nodig. Daarnaast is het opvallend dat nog steeds een deel van de particuliere klinieken geen patiënttevredenheid onderzoekt. Dit geldt ook voor de registratie van heroperaties na een cosmetische ingreep, wat door een substantieel deel van de klinieken niet wordt geregistreerd.

De registratie van implantaten is duidelijk verbeterd en wordt nu door alle klinieken, die implantaten plaatsten, uitgevoerd.

De inspectie verwacht van bestuurders en professionals een proactieve houding ten aanzien van kwaliteitsverbetering, waarbij indicatoruitkomsten worden gebruikt voor interne kwaliteitsverbetering.

## Conclusie – COVID-19

Bestuurders van particuliere klinieken hebben, in het algemeen, hun bestuurlijke en maatschappelijke verantwoordelijkheid goed ingevuld tijdens de eerste golf. Het grootste deel van de particuliere klinieken heeft bijgedragen aan de crisisbestrijding. Hun werkwijze was afgestemd met achterwachtziekenhuizen en aanvullende deskundigen. Hierbij hadden de klinieken de nazorg voor bestaande patiënten niet uit het oog verloren.

De inzetbaarheid van zorgverleners uit particuliere klinieken in ziekenhuizen bleek tijdens de tweede golf beperkt, doordat ziekenhuizen voornamelijk behoefte hadden aan specifieke expertise (IC-personeel) die niet of nauwelijks aanwezig was in particuliere klinieken.

Particuliere klinieken hebben tijdens de tweede golf vooral een rol gespeeld (en spelen deze rol nog steeds) bij het zo veel mogelijk in stand houden van de niet-acute reguliere zorg, door deze zorg over te nemen uit ziekenhuizen. Tijdens gerichte inspectiebezoeken in klinieken die zorg hadden overgenomen uit ziekenhuizen, bleek dat de overgenomen zorg in de getoetste particuliere klinieken op een zorgvuldige en verantwoorde manier was georganiseerd.

# Inleiding

Sinds de eerste publicatie van *Het resultaat telt particuliere klinieken* in 2009 is er veel veranderd. Een substantieel deel van de medisch specialistische zorg vindt plaats in particuliere klinieken<sup>5</sup> en deze sector blijft groeien. Dit betekent voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: inspectie) dat het toezichtveld blijft toenemen. (Het aantal klinieken dat indicatoren heeft aangeleverd is meer dan verdubbeld van 229 in 2009 tot 588 in 2020)

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 2020* als ontwikkelingen in particuliere klinieken tijdens de COVID-19-crisis beschreven.

De *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2020* bestaat uit indicatoren en verbeterdoelen die uitsluitend door ziekenhuizen of uitsluitend door particuliere klinieken worden aangeleverd en uit indicatoren die door zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken worden aangeleverd. In bijlage 1 en 2 wordt een nadere toelichting gegeven op het gebruik van indicatoren en de toepassing van indicatoren in het toezicht.

De uitkomsten van indicatoren en verbeterdoelen die door zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken worden aangeleverd, staan beschreven in de *Jaarlijkse terugkoppeling indicatoren en verbeterdoelen*, die in oktober 2021 naar ziekenhuizen en naar particuliere klinieken is gestuurd. Deze uitkomsten worden ook (deels) beschreven in *Het resultaat telt MSZ 2020*.

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/>. Inspectierapporten en brieven worden openbaar gemaakt op <https://www.toezichtdocumenten.igj.nl/>.

De volgende onderwerpen worden in dit rapport besproken:

- Kengetallen/ ontwikkelingen sector (hoofdstuk 1)
- Goed bestuur (hoofdstuk 2)
- Kwaliteit en veiligheid (hoofdstuk 3)
- Particuliere klinieken tijdens de COVID-19-crisis (hoofdstuk 4)

De overige data met betrekking tot indicatoren die uitsluitend door particuliere klinieken zijn aangeleverd, staan gepresenteerd in bijlage 3.

## Dataverzameling en -analyse

Aan alle bij de inspectie bekende adressen (locaties) van particuliere klinieken is in januari 2021 gevraagd de gegevens van de *Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2020* via een digitale vragenlijst aan te leveren.

De inspectie heeft, net als in voorgaande jaren, de data over 2020 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.

[5] 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.

# Hoofdstuk 1: Kengetallen

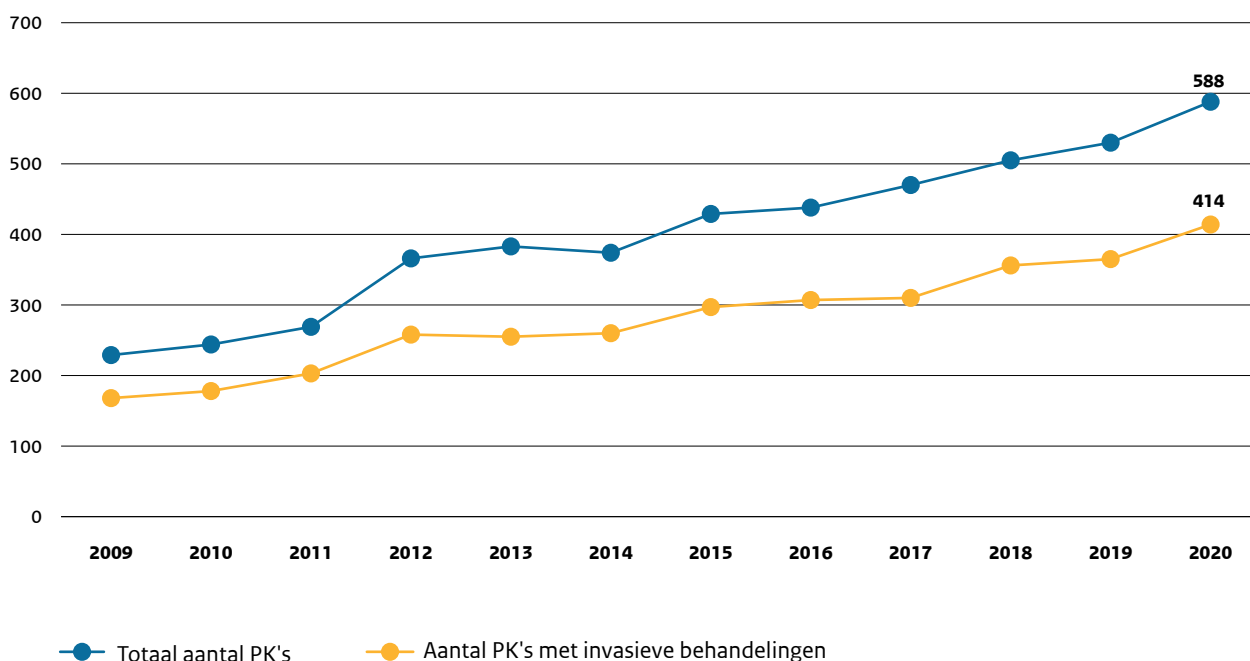
In dit hoofdstuk worden kengetallen weergegeven die inzicht geven in de aard en omvang van het veld.

## Bevindingen

In totaal hebben 588 particuliere klinieken gegevens aangeleverd over het verslagjaar 2020, waarvan 561 klinieken ook daadwerkelijk zorg hebben geleverd. In dit hoofdstuk, waarin de ontwikkelingen van het veld worden beschreven, is van 588 klinieken uitgegaan. Bij de hoofdstukken met betrekking tot indicatoruitkomsten is uitgegaan van het aantal klinieken (561) dat daadwerkelijk zorg heeft geleverd<sup>6</sup>. In onderstaande figuren zijn de kengetallen weergegeven van klinieken die de afgelopen jaren data hebben aangeleverd.

Figuur 1: Aantal particuliere klinieken 2009 – 2020

### Aantal particuliere klinieken (PK's) 2009 - 2020



Het aantal (locaties) particuliere klinieken is ten opzichte van 2019 met 58 gestegen (11 %). Dit is een grotere stijging dan in het voorgaande jaar het geval was. Toen nam het aantal klinieken met 5% toe.

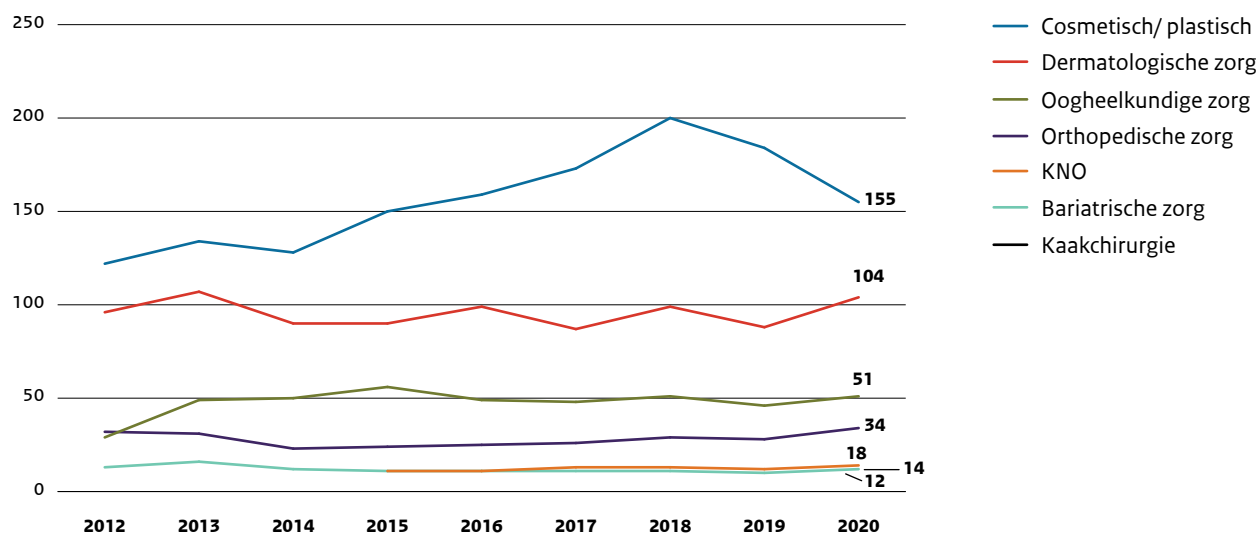
Het aantal klinieken waar patiënten invasief werden behandeld steeg met 49 (13 %) ten opzichte van 2019. Het voorgaande jaar nam dit aantal toe met 2,5%.

[6] Een aantal klinieken hebben wel de indicatoren aangeleverd, maar hebben daarin aangegeven dat zij (nog) geen zorg hebben verleend in 2020. 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 2012 – 2020

### Behandelaanbod particuliere klinieken 2012 - 2020

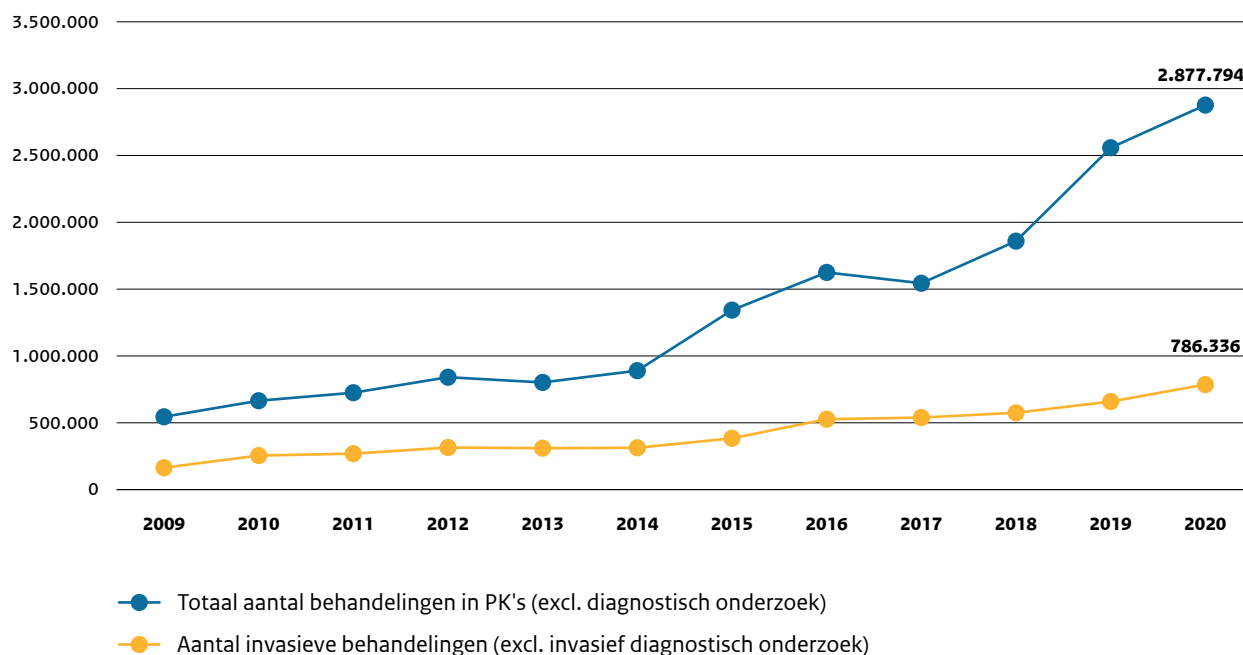


Uit bovenstaande figuur blijkt dat de grootste daling ten opzichte van 2019 heeft plaatsgevonden in de groep particuliere klinieken die plastisch chirurgische/cosmetische zorg aanboden (16%). Dit kan een gevolg zijn van de (tijdelijke/ gedeeltelijke) sluiting van deze klinieken tijdens de COVID-19-crisis, waardoor er wellicht klinieken failliet zijn gegaan of het hele jaar geen patiëntenzorg hebben geleverd. De komende jaren moet blijken hoe deze trend zich ontwikkelt.

Het aantal klinieken met een ander behandelaanbod is licht gestegen of gelijk gebleven ten opzichte van 2019. Over de laatste jaren is het gemiddeld aantal klinieken met dit behandelaanbod stabiel gebleven. 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. In totaal gaven 152 klinieken aan dat zij een ander (dan bovenstaand) behandelaanbod hadden, waarbij relatief veel klinieken aangaven dat zij medisch specialistische revalidatiezorg of pijnbehandeling aanboden.

Figuur 3: ontwikkelingen aantal behandelingen 2009 – 2020

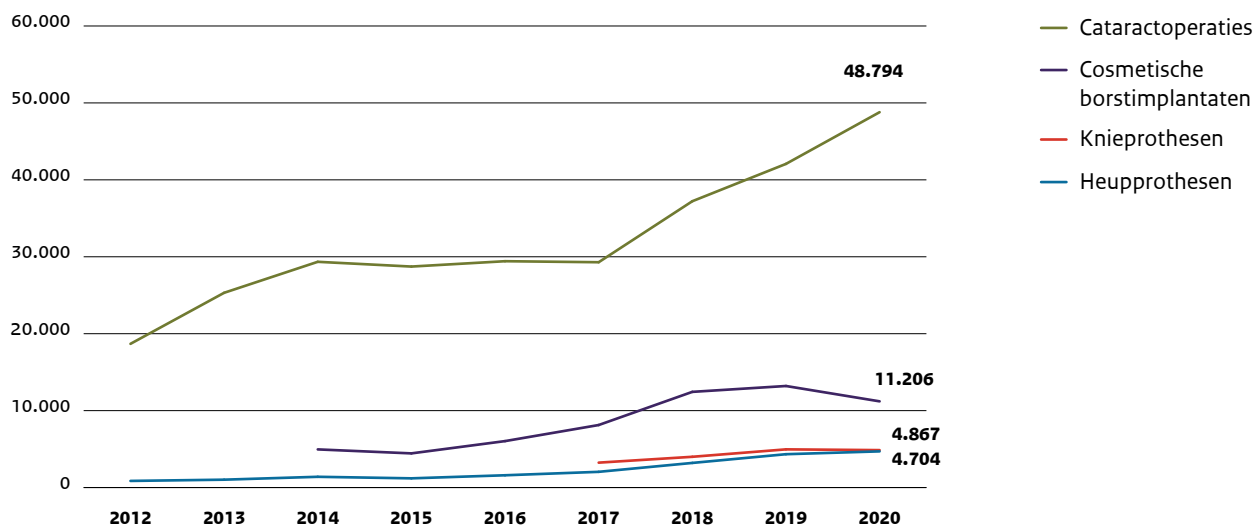
### Aantal behandelingen in particuliere klinieken (PK's) 2009 - 2020



In bovenstaande figuur is te zien dat het aantal behandelingen in particuliere klinieken blijft groeien. Het is opmerkelijk dat ondanks de COVID-19-crisis zowel het aantal behandelingen als het aantal particuliere klinieken blijft stijgen. Dit kan voor een deel worden verklaard doordat particuliere klinieken reguliere zorg uit ziekenhuizen hebben overgenomen, om de ziekenhuizen tijdens de COVID-19-crisis te ontlasten. Anderzijds is het ook de algemene trend van de afgelopen jaren die door lijkt te zetten.

Figuur 4: ontwikkelingen aantal specifieke behandelingen 2012 – 2020

### Ontwikkelingen type behandelingen 2012 - 2020



In bovenstaande figuur is te zien dat het aantal cataractoperaties in particuliere klinieken nog steeds snel toeneemt. Het aantal borstoperaties is afgenomen, maar dit kan een effect zijn van de (tijdelijke/ gedeeltelijke) sluiting van deze klinieken tijdens de COVID-19-crisis. Het aantal knie- en heupprothesen die in particuliere klinieken worden geplaatst groeit gestaag. Sommige gegevens zijn niet over de hele periode van 2012-2020 (op dezelfde manier) uitgevraagd, waardoor in de grafiek soms trendgegevens ontbreken.

In totaal gaven 118 klinieken aan dat zij in totaal 172.432 invasieve onderzoeken hebben uitgevoerd. Dit is een stijging ten opzichte van 2019, waar 82 klinieken in totaal 111.982 invasieve onderzoeken uitvoerden

Van deze 118 klinieken hebben 3 klinieken (2,5 %) aangegeven dat zij geen invasieve behandelingen hebben uitgevoerd, maar uitsluitend invasieve diagnostiek hebben geleverd. Dit is vergelijkbaar met 2019. In totaal voerden deze drie klinieken 151 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 garanderen.<sup>7</sup>

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 2020 aan dit onderwerp besteed. Hieronder worden de resultaten van indicatoren voor dit onderwerp weergegeven.

## Uitkomsten

In deze paragraaf worden de uitkomsten weergegeven van indicatoren met betrekking tot bestuurlijke onderwerpen over verslagjaar 2020.

### 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 ingeval 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, is hierbij van belang. Door deze afspraken te hebben met de raad van bestuur van een regionaal ziekenhuis is, op het moment dat opvang/ doorverwijzing noodzakelijk is, geen vertragende 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 2020

Van de 561 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren uit de Basisset Medisch Specialistische Zorg (hierna: kwaliteitsindicatoren) hebben aangeleverd, hadden 453 klinieken (81%) 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. Van deze 453 klinieken hadden 415 klinieken deze afspraken schriftelijk vastgelegd en 38 klinieken hadden deze afspraken uitsluitend mondeling gemaakt. 108 klinieken (19%) hadden geen enkele afspraak met een ziekenhuis voor bovenbedoelde opvang. Deze uitkomst is een lichte verslechtering ten opzichte van de 17% in 2019. In totaal was bij 146 klinieken (108 klinieken geen afspraken en 38 klinieken alleen mondelinge afspraken) dit onderdeel onvoldoende geregeld (26%). Dit is gelijk aan 2019.

### Waarborging 24-uurs continuïteit van zorg

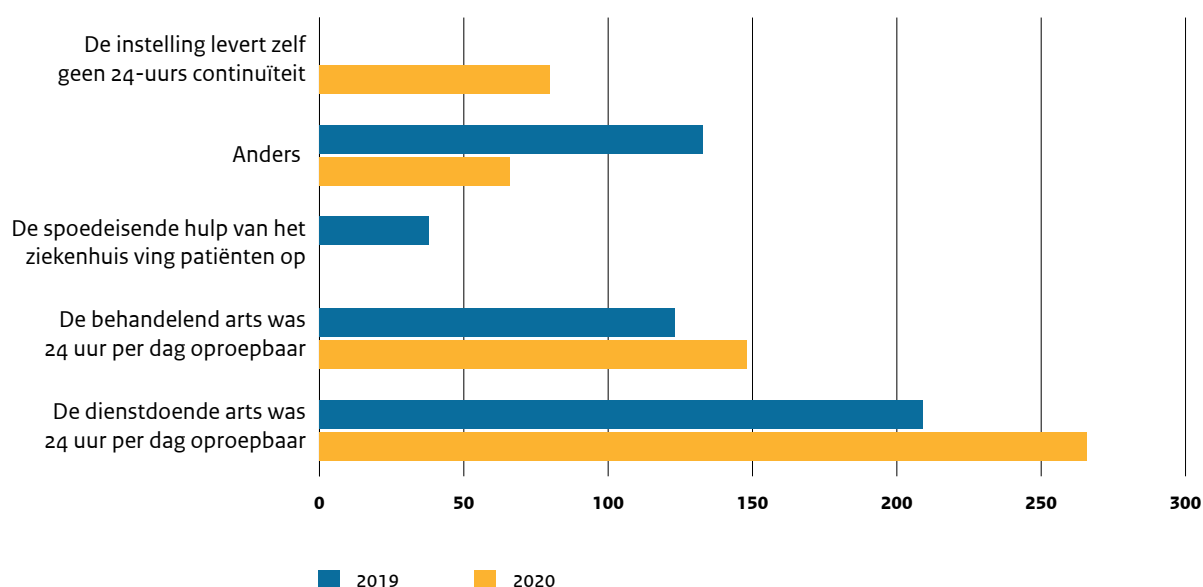
Het is van groot belang (en daarom een eis) dat een patiënt, na behandeling in een particuliere kliniek, altijd contact op kan nemen met de particuliere kliniek en kan worden beoordeeld door een arts. Eventueel kan een particuliere kliniek de 7x24 uur bereikbaarheid en beschikbaarheid organiseren middels 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.

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

### Resultaten 2020 – alle particuliere klinieken

Onderstaande figuur laat zien dat van de 561 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, bij 414 klinieken (74%) een arts 24 uur oproepbaar was. Dit is een verbetering ten opzichte van 2019 (66%). In totaal hebben 66 klinieken aangegeven dat zij de continuïteit van zorg op een andere manier hebben geregeld. 80 klinieken gaven aan geen 24-uurs continuïteit te hebben georganiseerd. Hiervan gaven twee revalidatieklinieken (12 en 19 locaties) aan dat hun behandelwijze niet leidde tot een hoger risico op calamiteiten dan reguliere activiteiten van een patiënt. Daarnaast gaven verschillende klinieken, die geen 24-uurs continuïteit leverden, aan dat de spoedeisende hulp van een ziekenhuis de patiënten opving. Een enkele kliniek lichtte toe dat zij alleen diagnostisch onderzoek uitvoerden.

### Bereikbaarheid buiten kantooruren

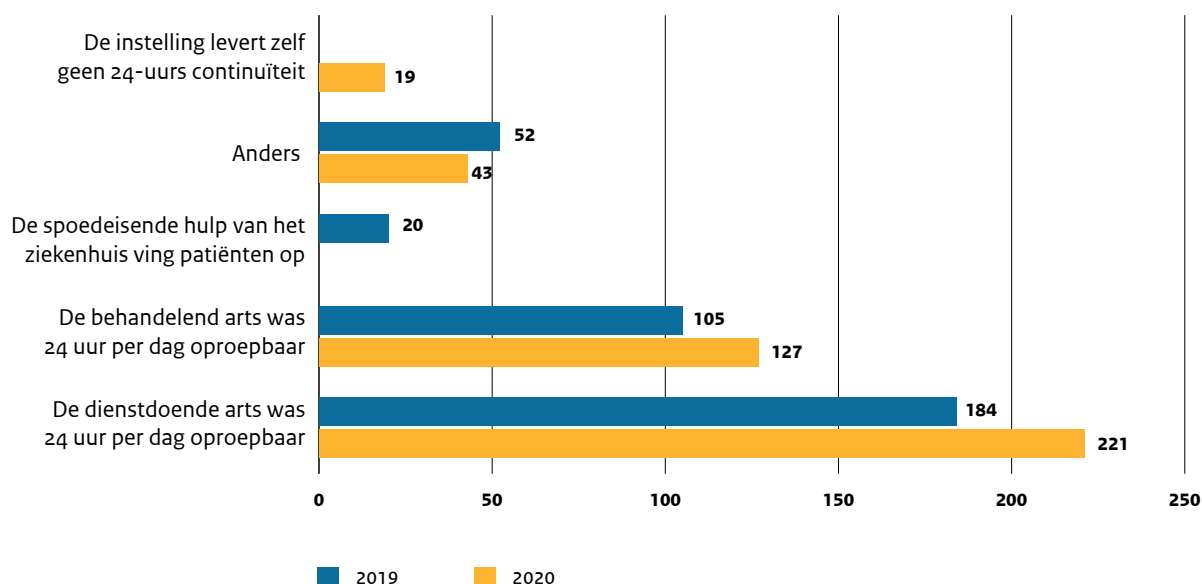


### Resultaten 2020– alle particuliere klinieken met invasieve ingrepen

Van de 561 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, voerden in totaal 410 klinieken invasieve behandelingen uit. Onderstaande figuur laat zien dat van deze 410 klinieken, bij 348 klinieken (85%) een arts 7x24 uur oproepbaar was. Dit is een verbetering ten opzichte van 80% in 2019. In totaal hebben 43 klinieken aangegeven dat zij de bereikbaarheid op een andere manier hebben geregeld. 19 klinieken gaven aan geen 24-uurs continuïteit te leveren, en gaven daarbij aan dat patiënten buiten openingstijden bij de spoedeisende hulp van een ziekenhuis in de buurt opgevangen werden.

Verschiedende klinieken gaven aan dat de spoedeisende hulp van een ziekenhuis patiënten opving als dat nodig was. Uiteraard kunnen patiënten ingeval van spoed bij een spoedeisende hulp van een ziekenhuis terecht voor spoedeisende hulp. Dit is een uiterste mogelijkheid voor patiënten die niet op een andere manier hulp kunnen krijgen. Het is echter geen alternatief voor de eigen opvang van patiënten door een kliniek. Als een particuliere kliniek zorg verleend, dient deze 7x24 uur laagdrempelig bereikbaar te zijn voor de opvang van haar eigen patiënten. Het is de verantwoordelijkheid van de bestuurder van een kliniek om de 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid van de kliniek te waarborgen.

## Bereikbaarheid buiten kantooruren bij PK met invasieve behandeling



### Afspraken met betrekking tot het gebruik van de OK of andere faciliteiten van een ziekenhuis of particuliere kliniek

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 verantwoordelijk is voor de kwaliteit en veiligheid van het gehuurde, als dit wordt ingezet bij het leveren van zorg (door de huurder).

#### Resultaten 2020

Van de 561 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, gaven 97 klinieken (17%) aan dat zij faciliteiten huurden in een ziekenhuis. Van deze 97 klinieken hadden 94 klinieken (97%) schriftelijke afspraken over het gebruik van deze faciliteiten en drie klinieken hadden uitsluitend mondelinge afspraken. In 2019 gaven 82 klinieken aan dat zij faciliteiten huurden in een ziekenhuis, waarvan 74 klinieken (90%) de afspraken over het gebruik schriftelijk hadden vastgelegd. Hiermee zijn de resultaten over 2020 verbeterd ten opzichte van die over 2019.

### Regeling mogelijk disfunctionerend zorgverlener

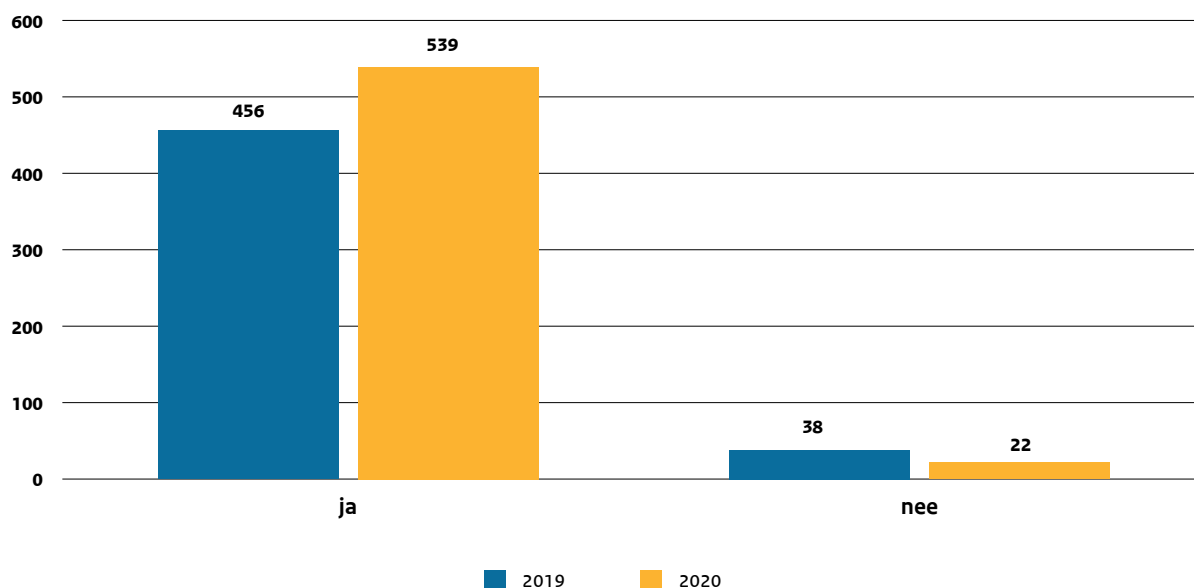
De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) schrijft in artikel 11 voor, dat zorgaanbieders onverwijld bij de inspectie melding doen van de opzegging, ontbinding of niet-voortzetting van een overeenkomst als bedoeld in artikel 4, eerste lid, onderdeel b, met een zorgverlener op grond van zijn oordeel dat de zorgverlener ernstig tekort geschoten is in zijn functioneren.

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. Met ingang van het verslagjaar 2020 is deze indicator gewijzigd van een indicator voor medisch specialisten in een indicator voor alle zorgverleners.

#### Resultaten 2020

Van de 561 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd gaven 539 (96%) klinieken aan een regeling mogelijk disfunctionerend zorgverlener te hebben. Dit is vergelijkbaar met 98% in 2019, ondanks dat de indicator gewijzigd is.

## Regeling disfunctioneren zorgverleners aanwezig



### 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.

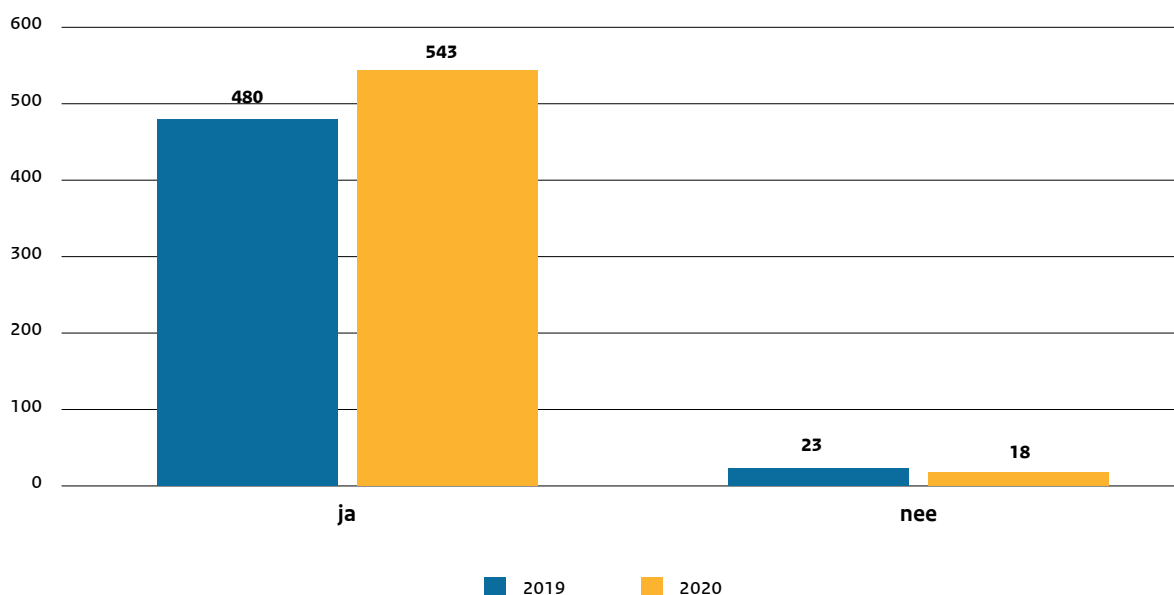
#### Resultaten 2020

Van de 561 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, gaven 543 klinieken (97%) aan dat zij beschikten over een meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld en deze code gebruikten. Dit is vergelijkbaar met 95% in 2019. In totaal beschikten (en gebruikten) 18 klinieken (3%) niet over dergelijke codes.

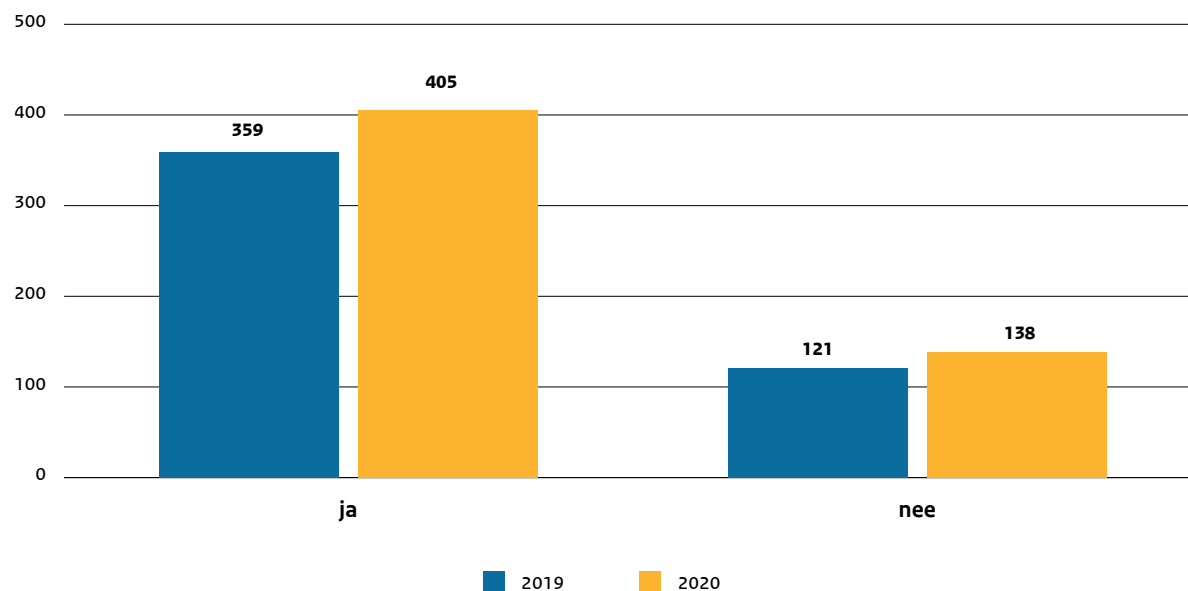
Van de 543 klinieken die over een meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld beschikten en deze gebruikten boden 405 klinieken (75%) aan hun medewerkers met patiëntencontact, training voor het hanteren van deze meldcodes aan. Dit is gelijk aan het percentage van 2019.

In totaal was dit onderdeel in 156 klinieken (18 geen codes en 138 geen training) onvoldoende geïmplementeerd (28%). Dit is ongeveer gelijk aan het percentage van 2019.

### Gebruik meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling



### Training voor hanteren meldcode



### 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 (certificering/accreditatie) is geen garantie voor kwaliteit, wel kan het helpen bij het realiseren van voorwaarden die noodzakelijk zijn voor goede kwaliteit en veiligheid.<sup>8</sup>

[8] [Samen anders kijken: over regeldruk en de zorg die je je eigen familie en naasten gunt | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#) 2018

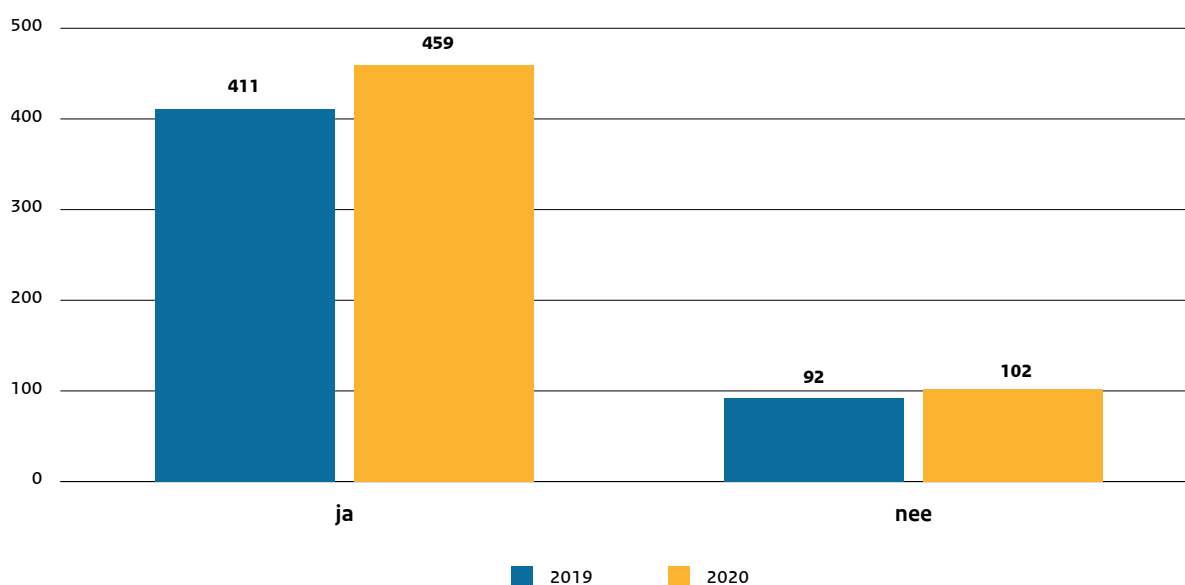


### Resultaten 2020

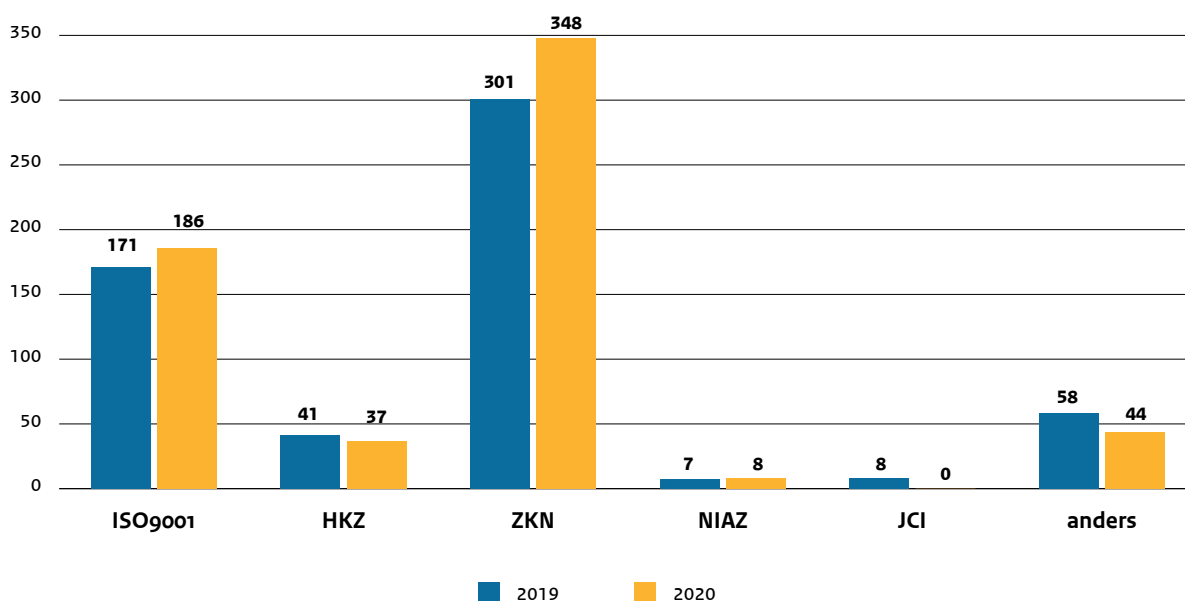
Van de 561 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren hebben aangeleverd, beschikten 459 klinieken (82%) over een kwaliteitscertificaat. In onderstaande figuur wordt de verdeling van verschillende certificeringen weergegeven. Sommige klinieken bezaten meerdere certificaten. In 2019 beschikte ook 82% van de klinieken over een (of meerdere) kwaliteitscertifica(a)t(en).

In onderstaande figuur wordt de verdeling van verschillende certificeringen weergegeven. Doordat sommige klinieken over meerdere certificaten beschikten is het totaal aantal hoger.

### Kwaliteitscertificaat aanwezig



### Soort kwaliteitscertificaat



# 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 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 en dat iedereen deze werkwijze binnen de kliniek hanteert. 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 niet alleen om het registreren maar juist om het leren van deze registraties (uitkomsten van zorg), 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 2020 gekregen. Hieronder worden de resultaten van de indicatoren voor dit onderwerp weergegeven.

## Uitkomsten

In deze paragraaf worden de uitkomsten weergegeven van indicatoren met betrekking tot kwaliteit en veiligheid over verslagjaar 2020.

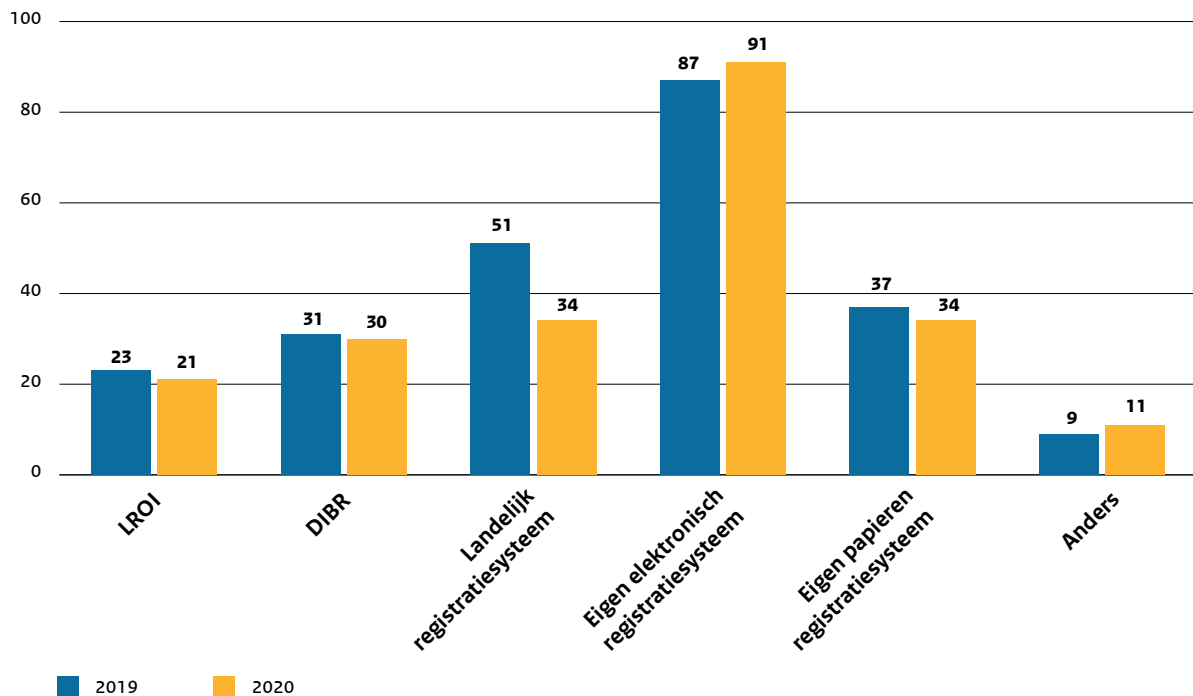
### Implantaten

Vanaf 1 januari 2019 is het verplicht om implantaten te registreren in het Landelijk Implantaten Register (LIR), zodat altijd te achterhalen is 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 (borstprothesen). Destijds bleek het lastig 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 specialisameniveau werden, vooruitlopend op de landelijke registratie, al landelijke registraties opgezet. De Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI) door de orthopedische vereniging en Dutch Breast Implant Registration (DBIR) door DICA. Deze registraties zijn nog steeds in gebruik. Naast de noodzaak om een goed werkend systeem te hebben voor het identificeren van patiënten en implantaten ingeval van problemen, kan de database ook worden gebruikt voor kwaliteitsdoeleinden door het monitoren van de geïmplanteerde implantaten.

### Resultaten 2020

Van de 561 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, gaven 130 klinieken (23%) aan gebruik te maken van implantaten. Dit is vergelijkbaar met 2019. Alle klinieken gaven aan gebruik te maken van een of meerdere registraties om geïmplanteerde implantaten te registreren. Veelal werd gebruik gemaakt van een landelijk registratiesysteem. De meeste klinieken die een papieren registratiesysteem bijhielden maakten ook gebruik van een elektronisch en/of landelijk registratiesysteem.

## Implantaten registratie systeem



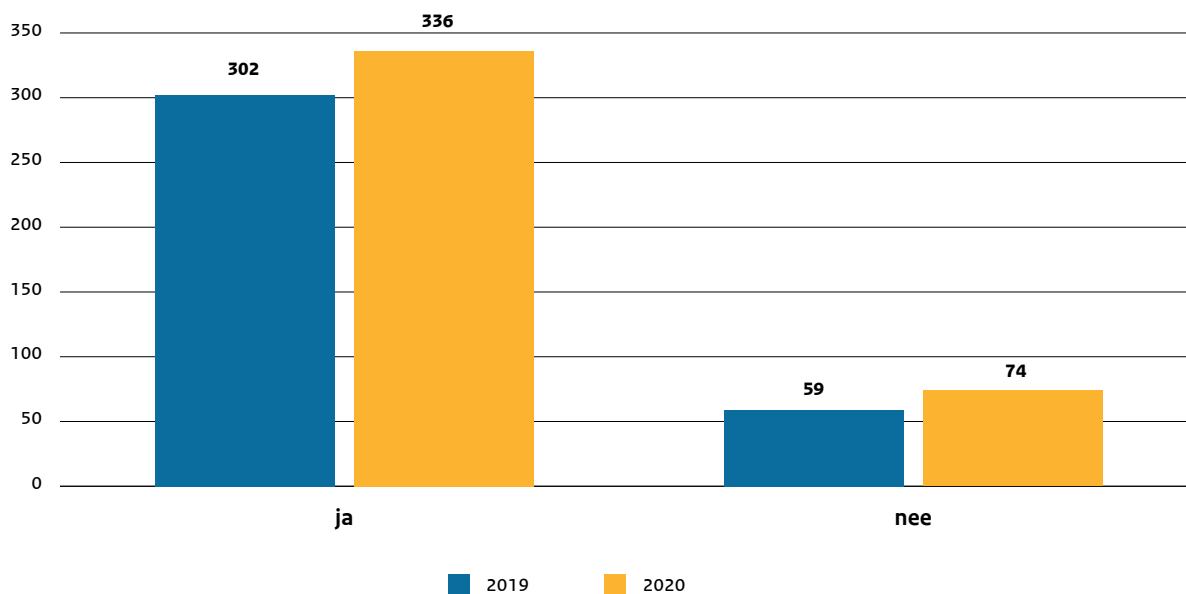
## ASA-classificatie

Patiënten met een grotere kans op complicaties tijdens en na een operatieve ingreep worden niet in een particuliere kliniek geopereerd vanwege de afwezigheid (in de kliniek) van aanvullende zorgvoorzieningen zoals bijvoorbeeld een intensieve-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-klasse III of hoger worden in principe alleen in ziekenhuizen opgenomen voor een operatie.

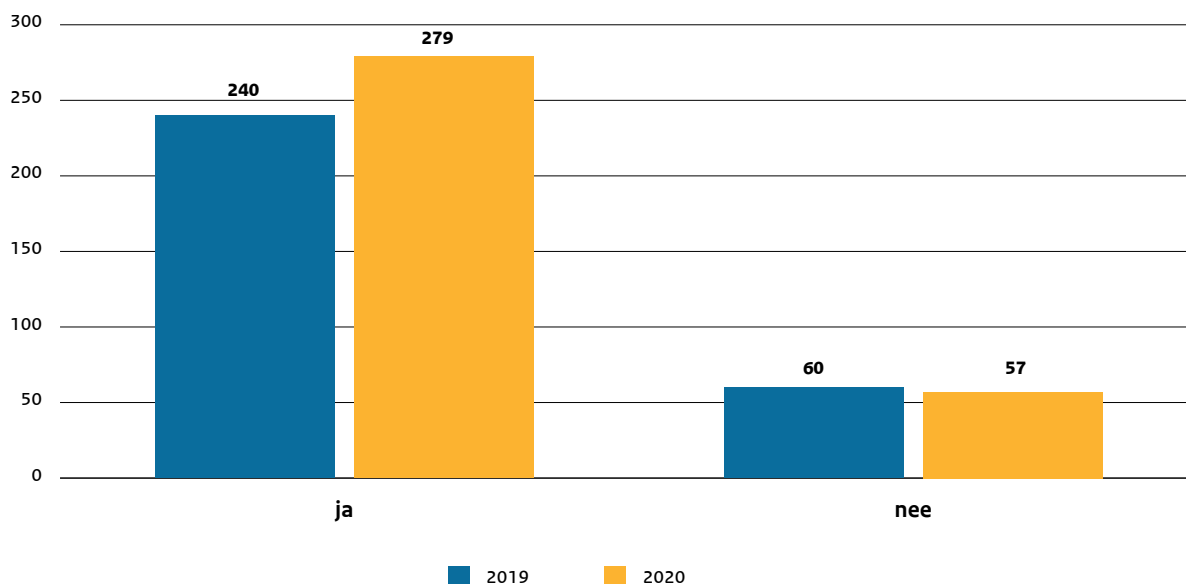
### Resultaten 2020

Van de 561 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) aanleverden, voerden 410 klinieken (73%) invasieve behandelingen uit. Van deze 410 klinieken gaven 336 klinieken (82%) aan de ASA-classificatie te registreren. Dit is iets minder dan de 84% in 2019. Van de 336 klinieken die de ASA-classificatie registreren gaven 279 klinieken (83%) aan dat zij onderscheid konden maken in ASA-classificatie. Dit is een verhoging ten opzichte van 2019 waarin het percentage 79% was.

### Registratie ASA classificatie



### Onderscheid mogelijk in ASA classificatie



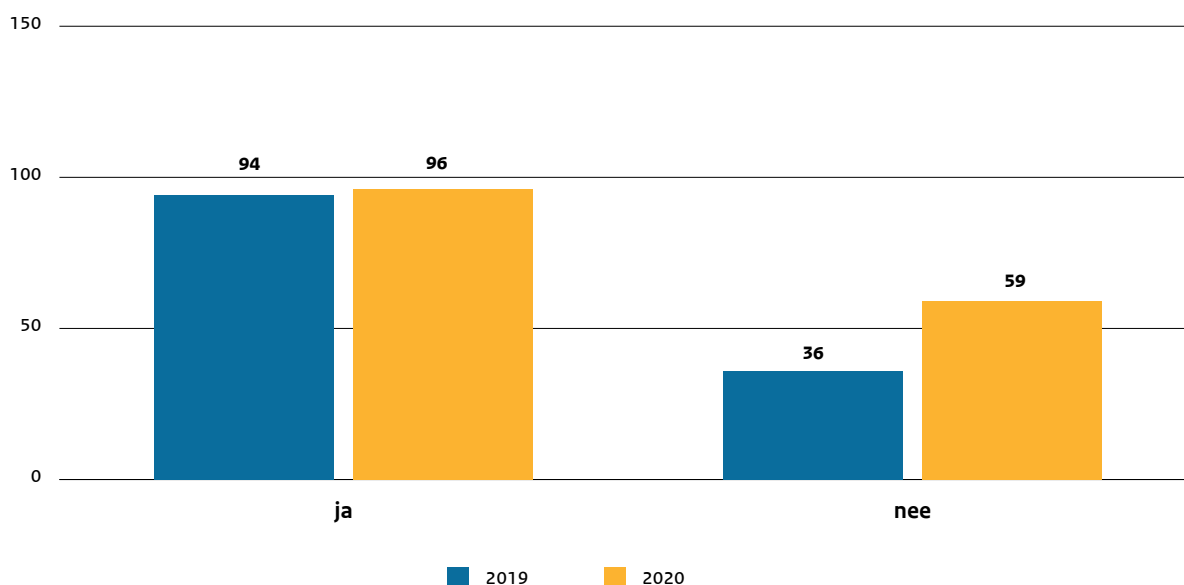
### Ongeplande herbehandelingen na cosmetische chirurgie

Een herbehandeling 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 ook ontstaan door suboptimale zorg. In deze paragraaf worden de indicatoruitkomsten besproken met betrekking tot heroperaties. 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 2020

Van de 561 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, hadden 155 klinieken gegevens aangeleverd bij deze vraag. Hiervan gaven 59 klinieken (38%) aan dat zij geen herbehandelingen na een cosmetische ingreep registreerden. Dit is beduidend meer dan de 28% in 2019. Van deze 59 klinieken gaven 11 klinieken als toelichting dat zij geen (cosmetische) ingrepen of operaties uitvoerden. Zes klinieken gaven aan dat zij geen cosmetische verrichtingen uitvoerden in 2020. Bij twee klinieken waren geen herbehandelingen voorgekomen en twee klinieken gaven aan dat zij wel complicaties registreerden, maar niet de herbehandelingen. De overige klinieken gaven geen toelichting. De inspectie benadrukt het belang van een goede registratie, omdat deze gegevens gebruikt kunnen worden om de kwaliteit te verbeteren. De inspectie verwacht van klinieken die geen herbehandelingen registreren, dat zij dit wel gaan doen en de gegevens gebruiken voor de kwaliteitsverbetering.

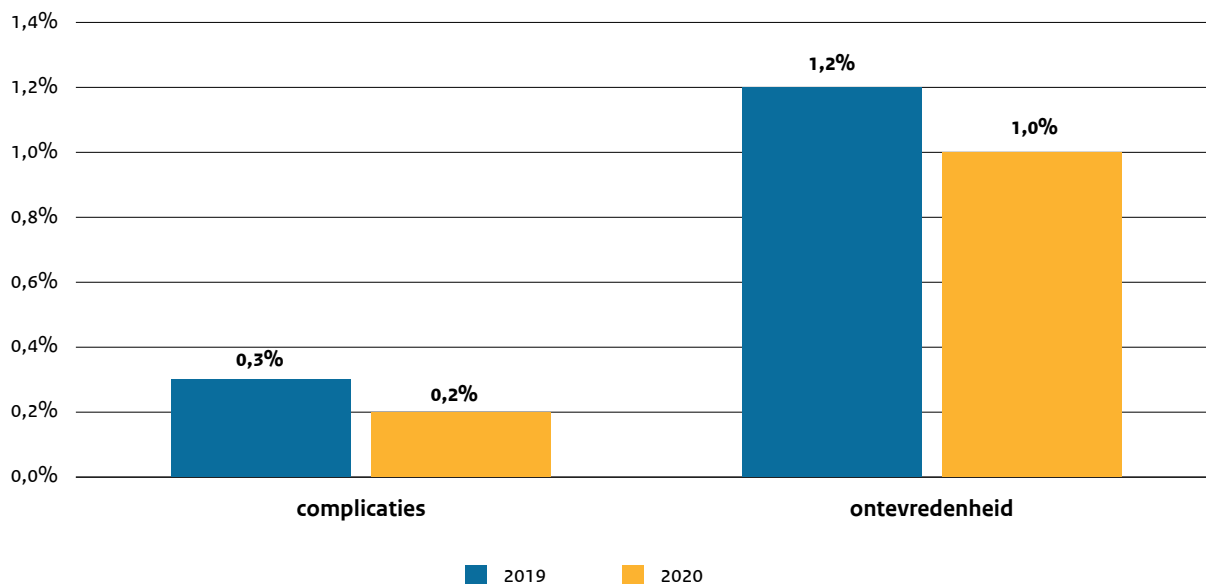
### Registratie ongeplande herbehandelingen



In de onderstaande grafiek is de verdeling in beeld gebracht tussen herbehandelingen ten gevolge van ontevredenheid van de patiënt en ten gevolge van een complicatie. Het gemiddelde percentage herbehandelingen ten gevolge van ontevredenheid bij de patiënt is 0,97% (spreiding 0% - 8,4%). Dit is iets lager dan de 1,24% in 2019. Van de 130 klinieken die de gegevens hebben aangeleverd scoorden 53 klinieken 0%.

Het gemiddeld percentage herbehandelingen ten gevolge van complicaties is 0,2% (spreiding 0% - 3,8%), waarbij 73 klinieken 0% scoorden. Dit is beduidend lager dan in 2019.

## Percentage ongeplande herbehandelingen naar oorzaak



### Infecties

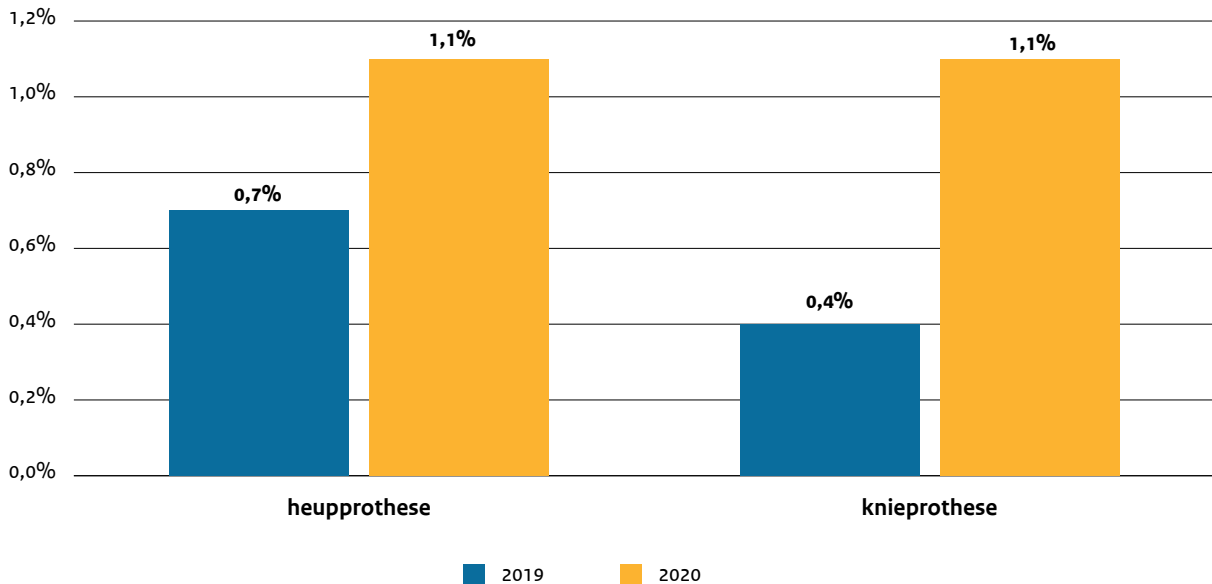
Eén van de complicaties die kan optreden na een ingreep is een infectie. Een infectie is niet altijd te voorkomen, maar kan ook het gevolg zijn van slecht ingerichte processen of ontoereikende bouwkundige omstandigheden. Het registreren van infecties en analyseren hiervan is belangrijk om te bepalen of deze infectie het gevolg geweest kan zijn van slecht ingerichte werkprocessen/ werkomstandigheden. Indien dit het geval is, kunnen hier verbetermaatregelen op genomen worden. Klinieken die op onderstaande indicatoren slecht scoren, moeten het operatieve proces analyseren om te kijken of verbetermaatregelen mogelijk zijn.

### Resultaten 2020

Van de 561 particuliere klinieken die de kwaliteitsindicatoren (Basisset Medisch Specialistische Zorg) hebben aangeleverd, plaatsten zeventien klinieken heupprothesen. In totaal hebben zij bij 4704 patiënten een heupprothese geplaatst, waarbij dit varieerde van 44 tot 708 patiënten per kliniek. Het gemiddelde percentage postoperatieve operaties na het plaatsen van een heupprothese was 1,1% (spreiding 0% - 9,2%, mediaan 0,7%). Dit ligt ruim boven de 0,65% van 2019. Deze stijging wordt met name veroorzaakt door één kliniek die een infectiepercentage van 9,2% (17 van de 185 operaties) heeft.

Negentien klinieken plaatsten knieprothesen. In totaal hebben deze negentien klinieken bij 4867 patiënten een knieprothese geplaatst. Dit varieerde van 3 tot 712 patiënten per kliniek. Het gemiddelde percentage postoperatieve infecties na het plaatsen van een knieprothese was 1,1% (spreiding 0% - 11,9%, mediaan 0,33%). Dit ligt beduidend hoger dan de percentages in 2019. Ook dit wordt veroorzaakt door één kliniek die een percentage van 11,9% (10 van de 84 operaties) heeft. Dit is bij dezelfde kliniek met het hoge percentage infecties bij heupprothesen, de kliniek geeft hier geen toelichting op. De inspectie gaat in gesprek met deze kliniek om hier een verklaring voor te vragen.

## Postoperatieve infecties



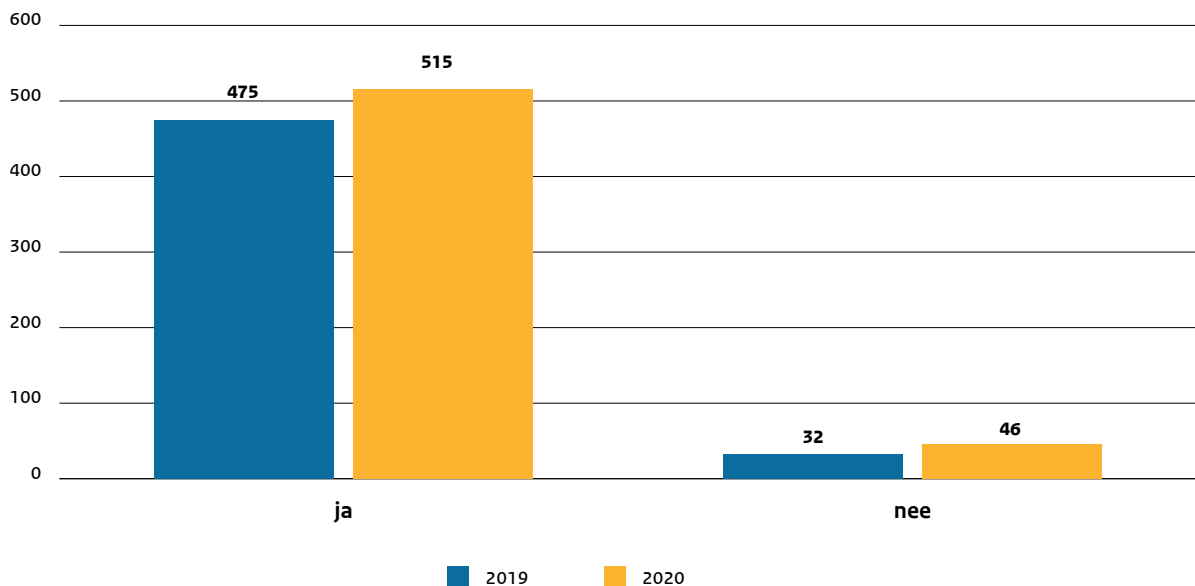
## Patiënttevredenheid

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 2020

Van de 561 klinieken die de indicatoren hebben aangeleverd, gaven 46 klinieken (8,2%) aan dat ze geen patiënttevredenheidsonderzoek uitvoerden. Acht klinieken gaven aan dat de COVID-19-crisis hier debet aan was. Andere klinieken gaven aan dat dit op een andere wijze gebeurde of dat dit niet elk jaar werd uitgevoerd. De overige klinieken gaven geen verklaring waarom geen patiënttevredenheidsonderzoek werd uitgevoerd.

## Uitvoeren patiënttevredenheidsonderzoek



# Hoofdstuk 4: COVID-19-crisis en particuliere klinieken

## Inleiding

Begin 2020 brak de COVID-19-crisis uit, waarbij de zorg één van de sectoren is waar deze crisis veel gevolgen voor heeft gehad en nog steeds heeft. Gelukkig ziet de inspectie bij zorgverleners en hun bestuurders grote professionele betrokkenheid en inzet om de grote vraag aan medisch specialistische zorg voor alle patiënten in goede banen te leiden.

De grote druk op de zorg heeft ook consequenties voor particuliere klinieken gehad en heeft dit nog steeds. Op verschillende momenten tijdens de COVID-19-crisis heeft de inspectie de stand van zaken/ knelpunten in particuliere klinieken geïnventariseerd. Hierbij is zowel aandacht besteed aan praktische zaken zoals de voorraad mondneusmaskers en andere beschermingsmiddelen en hulpmiddelen, als de rol van particuliere klinieken bij het in standhouden van de reguliere niet-acute zorg. Daarnaast heeft de inspectie regelmatig overleg gevoerd met veldpartijen om knelpunten te bespreken.

In dit hoofdstuk beschrijft de inspectie op hoofdlijnen de bevindingen die de inspectie gedurende de COVID-crisis in 2020 en begin 2021 heeft gedaan tijdens contacten met particuliere klinieken en de brancheverenigingen.

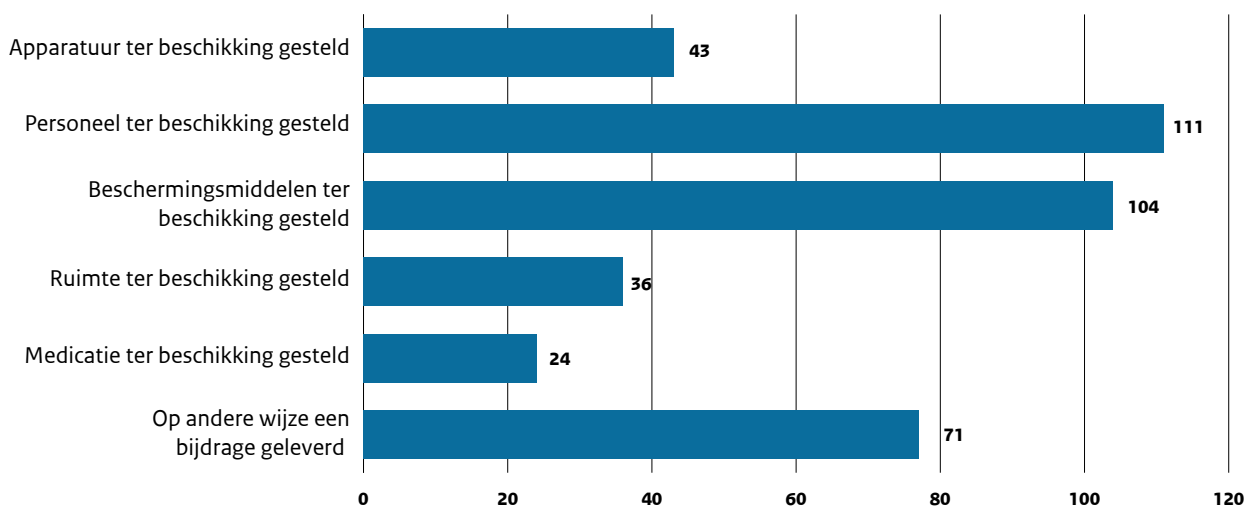
## Eerste golf

### Bevindingen digitale uitvraag

Tijdens de eerste golf in maart-mei 2020 was in het hele zorgveld een tekort aan beschermingsmiddelen. Dit probleem kwam ook naar voren uit de digitale uitvraag die de inspectie in april 2020 heeft uitgevoerd onder alle particuliere klinieken<sup>9</sup>. In totaal verstuurde de inspectie voor deze uitvraag 691 uitnodigingen en ontving zij 318 ingevulde vragenlijsten.

In deze uitvraag kwam verder naar voren dat veel particuliere klinieken personeel en middelen aan de ziekenhuizen ter beschikking hadden gesteld om ziekenhuizen te ondersteunen. In totaal had 72% (299) van de particuliere klinieken die de vragenlijst invulde een bijdrage geleverd aan de bestrijding van de COVID-19-crisis. In onderstaande grafiek staat aangegeven hoe deze particuliere klinieken hebben bijgedragen. De particuliere klinieken die anders hebben bijgedragen aan de crisisbestrijding, deden dat op verschillende manieren. Vaak was dat bijvoorbeeld het leveren van niet-acute planbare zorg. Zo konden ze de druk op de ziekenhuizen verminderen.

### Wijze van bijdrage aan crisisbestrijding



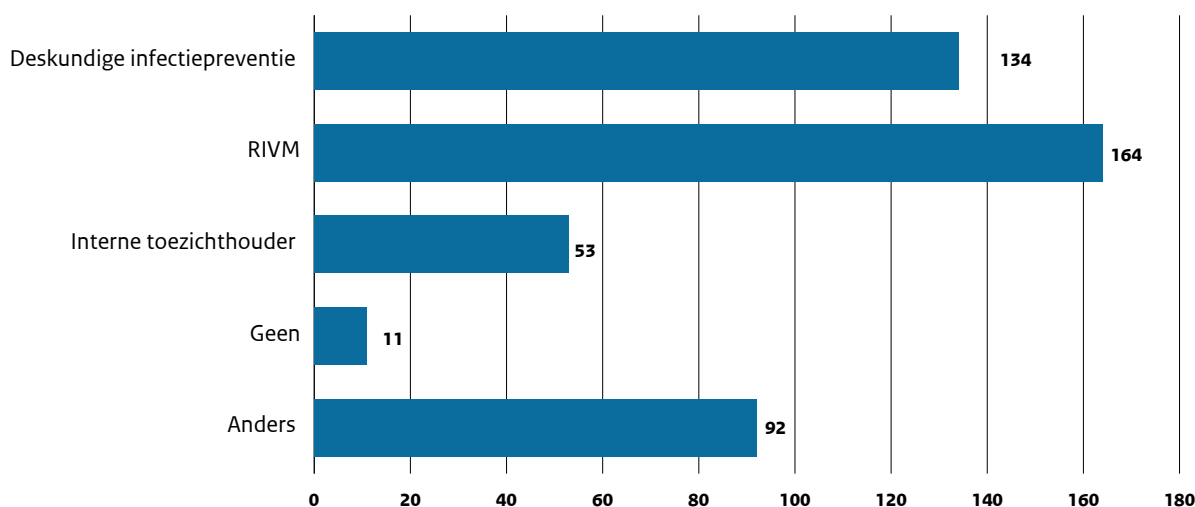
[9] De inspectie publiceerde een factsheet naar aanleiding van de deze uitvraag <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2020/05/20/covid-19-crisis-en-particuliere-klinieken>



Veel particuliere klinieken hadden hun werkwijze/ behandelaanbod aangepast. Dat konden aanpassingen zijn in bijvoorbeeld het behandelaanbod, patiëntenpopulatie of hadden de zorg afgeschaald. Bij deze aanpassingen werd vrijwel altijd externe deskundigheid geraadpleegd.

205 (95%) klinieken hebben aanvullende deskundigheid geraadpleegd over hun huidige werkwijze (zie onderstaande figuur). In de categorie 'anders' werd regelmatig aangegeven dat de wetenschappelijke vereniging en/of Zelfstandige Klinieken Nederland was geraadpleegd.

### Geraadpleegde deskundigheid



In totaal leverden 216 particuliere klinieken (68%) tijdens de eerste golf zorg. Daarvan leverden er 177 (82%) alleen urgente en noodzakelijke zorg. De 39 klinieken (18%) die aangaven dat zij niet alleen urgente en noodzakelijk zorg verleenden, boden voornamelijk oogheelkundige, revalidatie en dermatologische zorg. Verder gaven 102 klinieken (32%) aan dat ze waren gestopt met zorgverlening.

Van de 216 particuliere klinieken die zorg leverden, hadden er 138 (64%) de behandeling van patiënten, met een risico op benodigde achterwacht, vooraf afgestemd met het achterwachtziekenhuis.

Voor de (spoedeisende) nazorg van patiënten blijft de behandelend arts verantwoordelijk. Ook als een particuliere kliniek op een bepaald moment geen of minder zorg levert, moeten patiënten bij (spoedeisende) nazorg geholpen kunnen worden en dient een behandelend/ dienstdoend arts beschikbaar te zijn. Om deze reden heeft de inspectie tijdens de uitvraag aandacht aan dit onderwerp besteed. Hieruit bleek dat in 307 klinieken (97% van de 318 particuliere klinieken die de vragenlijst invulde) bij noodgevallen een dienstdoend/behandelend arts beschikbaar was om bestaande patiënten te helpen.

### Bevindingen belronde

De inspectie heeft in juli 2020 onder 37 particuliere klinieken, waarvan een aantal klinieken tientallen locaties bezitten, een belronde uitgevoerd. In deze belronde heeft de inspectie informatie verzameld over de toenmalige stand van zaken ten aanzien van de COVID-19-crisis in particuliere klinieken. De klinieken waren verspreid door heel Nederland en hebben een divers behandelaanbod. Daarmee was deze selectie representatief voor de particuliere klinieken als sector.

Uit deze belronde bleek dat het opstarten van de reguliere zorg over het algemeen zonder grote problemen verliep. Enkele klinieken hadden een verminderde productie vergeleken met de productie van voor de COVID-19-crisis. Dit werd grotendeels veroorzaakt door alle beperkende voorzorgmaatregelen, waardoor minder efficiënt gewerkt kon worden. Voor een klein deel werd dit veroorzaakt doordat sommige patiënten (kwetsbare ouderen) nog niet naar de kliniek durfden te komen. Bij de meeste klinieken was de productie gelijk of hoger dan voorheen. Met name in klinieken met onverzekerde cosmetische zorg was de productie een stuk hoger dan voorheen.

Alle benaderde particuliere klinieken pasten de algemene voorzorgmaatregelen van het RIVM, wetenschappelijke verenigingen en koepels toe en hadden de schoonmaak van de kliniek geïntensiveerd. Ook werd waar mogelijk videobellen ingezet voor de consulten.

Over het algemeen waren er geen tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen, medische hulpmiddelen of medicatie.

Klinieken hadden oog voor een kleine groep zorgmijders, die voornamelijk uit oudere kwetsbare patiënten bestond. Indien patiënten niet naar een kliniek durfden te komen, werd contact opgenomen met deze patiënten en uitleg gegeven. Een enkele patiënt volhardde in zijn beslissing om een ingreep uit te stellen. Veelal betrof dit behandeling van aandoeningen die wel lastig voor de patiënt zijn, maar waarvan behandeluitstel geen ernstige gevolgen voor de patiënt heeft.

## Tweede golf

Ook tijdens de tweede golf, die begon in het najaar van 2020 en duurde tot in de zomer van 2021, heeft de inspectie contact gehouden met zowel particuliere klinieken als brancheorganisaties.

In de loop van 2020 zijn in alle ROAZ-regio's vertegenwoordigers van particuliere klinieken aangesloten. Deze vertegenwoordigers participeerden in de ROAZ-regio's namens ZKN en vertegenwoordigden daarmee de ZKN-leden in de betreffende ROAZ-regio. Op deze wijze waren particuliere klinieken betrokken bij de actualiteiten in de ROAZ-regio en kon direct in de regio samengewerkt worden.

Met name in deze tweede golf ontstond een verschuiving van niet-acute reguliere zorg van ziekenhuizen naar particuliere klinieken. Deze verschuiving van zorg verminderde de druk op de ziekenhuizen en droeg daarmee bij tot het zoveel mogelijk in standhouden van de totale zorgcapaciteit. Deze verschuiving van zorg kan ook risico's met zich meebrengen. Daarom heeft de inspectie in november 2020 een brief aan alle particuliere klinieken gestuurd met daarin aandacht voor belangrijke risico's die kunnen ontstaan bij de overname van zorg door particuliere klinieken.

Mogelijke risico's zijn bijvoorbeeld dat door toename van het patiëntenaanbod vanuit ziekenhuizen de grenzen van de zorgafbakening worden overschreden en patiënten worden behandeld waarvoor een particuliere kliniek niet is toegerust. Daarnaast is het van belang dat, ondanks de toename van het aantal patiënten, de 7x24 uur continuïteit van de zorg blijft gehandhaafd. Dit heeft gevolgen voor de capaciteit van bijvoorbeeld waarneming en beschikbaarheid van zorgverleners buiten kantoortijden, maar ook voor de achterwachtfunctie van ziekenhuizen. Daarnaast is het van belang dat ook bij ad hoc inzet van extra (tijdelijk) personeel de bevoegd- en bekwaamheden van dit personeel op orde is.

Gezien de nijpende situatie die in het voorjaar 2021 in ziekenhuizen ontstond, heeft de inspectie op dat moment alle particuliere klinieken gevraagd om maximale ondersteuning aan de ziekenhuizen te bieden bij het opschalen van de COVID-19-zorg en personeel en middelen ter beschikking te stellen. In het verlengde hiervan heeft de inspectie in mei 2021 met alle vertegenwoordigers van particuliere klinieken in de ROAZ-regio gesproken over de rol van particuliere klinieken bij het opschalen van COVID-19-zorg in ziekenhuizen en de inzetbaarheid van zorgverleners uit particuliere klinieken in de ziekenhuizen. Hieruit kwam naar voren dat er op dat moment geen of nauwelijks (landelijk slechts enkele zorgverleners) personeel vanuit particuliere klinieken in ziekenhuizen werkzaam was voor het opschalen van de COVID-19-zorg in ziekenhuizen. De vertegenwoordigers van particuliere klinieken gaven aan dat dit hoofdzakelijk werd veroorzaakt doordat de door ziekenhuizen gevraagde specifieke expertise (IC-personeel) niet of nauwelijks aanwezig was in particuliere klinieken. Daarnaast speelden negatieve ervaringen van zorgverleners uit particuliere klinieken bij de inzet tijdens de eerste golf een rol, waarbij zorgpersoneel uit particuliere klinieken regelmatig het gevoel had niet zinvol te zijn ingezet in het ziekenhuis. Verder gaven de vertegenwoordigers van particuliere klinieken aan dat de bijdrage van particuliere klinieken voornamelijk bestond en bestaat uit het overnemen van reguliere zorg uit ziekenhuizen en dat particuliere klinieken hiervoor meer capaciteit bezitten dan werd benut.

## Bevindingen inspectiebezoeken

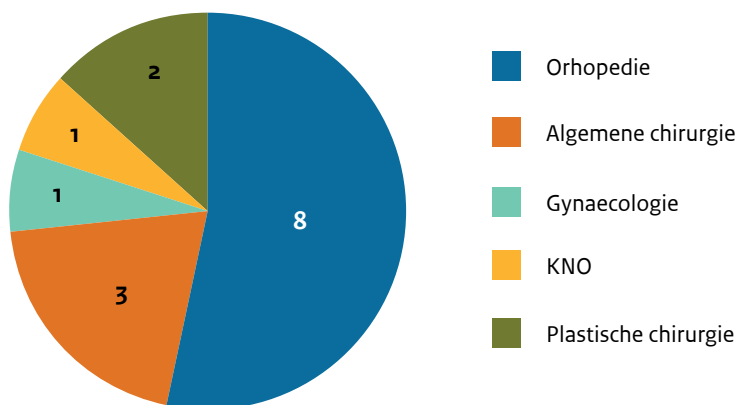
Om in de praktijk te toetsen of in klinieken die zorg uit ziekenhuizen hebben overgenomen deze zorg op een goede en veilige manier werd geleverd, heeft de inspectie een aantal particuliere klinieken bezocht. In totaal zijn in de periode april en mei 2021 acht particuliere klinieken bezocht, waarvan bekend was dat zij zorg uit ziekenhuizen hadden overgenomen. Deze inspectie-

bezoeken waren specifiek gericht op de risico's die samenhangen met het overnemen van zorg uit ziekenhuizen. De inspectie heeft een factsheet gepubliceerd over de belangrijkste bevindingen in deze bezoeken<sup>10</sup>.

In deze bezoeken constateerde de inspectie dat de overgenomen zorg in de getoetste particuliere klinieken op een zorgvuldige en verantwoorde manier was georganiseerd. Er werd een beperkt aantal tekortkomingen geconstateerd, waarvoor verbetermaatregelen werden geformuleerd. Deze verbetermaatregelen betroffen hoofdzakelijk de dossiervoering. Nergens waren deze tekortkomingen zo ernstig, dat de inspectie moest handhaven door bijvoorbeeld een bevel of aanwijzing op te leggen.

De overgenomen zorg betrof, in de acht bezochte klinieken, hoofdzakelijk orthopedische zorg, zoals het plaatsen van heup- en knieprothesen en kruisbandoperaties. Alle acht klinieken hadden orthopedische zorg uit ziekenhuizen overgenomen. Daarnaast werd ook algemene en plastisch chirurgische, KNO en gynaecologische zorg overgenomen. De onderstaande figuur geeft aan welk type zorg werd overgenomen door de acht bezochte klinieken.

### Aantal klinieken, type overgenomen zorg



Alle getoetste particuliere klinieken hadden vooraf een risicoanalyse (prospectieve risicoanalyse) uitgevoerd voor deze overname van zorg. Zowel het logistieke proces als het zorgproces was onderdeel van deze risicoanalyses.

Omdat in veel gevallen de zorg voor een patiënt gedeeltelijk werd uitgevoerd door het verwijzende ziekenhuis en gedeeltelijk door de particuliere kliniek, was de dossiervoering een uitdaging. In veel gevallen konden de patiëntendossiers van het ziekenhuis niet (digitaal) worden gekoppeld aan die van de particuliere kliniek, waardoor gedeeltes moesten worden overgetypt of gescand. Hierbij werden enkele tekortkomingen vastgesteld, waarbij informatie in patiëntendossiers ontbrak.

In de meeste gevallen werden patiënten in een particuliere kliniek geopereerd door een samengesteld team met zorgverleners uit het verwijzende ziekenhuis en zorgverleners van de particuliere kliniek. Hierbij werden door een aantal klinieken, voorafgaand aan het traject van overname van zorg, operatiesimulaties gebruikt om de teams ervaring te laten opdoen, alvorens daadwerkelijk de eerste patiënt werd geopereerd. Bij de operaties werd regelmatig gebruik gemaakt van medische hulpmiddelen (bijvoorbeeld prothesen), medicatie en/of operatietechnieken die niet bekend waren bij een deel van het samengestelde team. In deze gevallen werd hier aanvullende scholing voor georganiseerd.

Ook de bekwaamheid van zorgverleners was in alle bezochte klinieken aantoonbaar op orde. Als patiënten (gedeeltelijk) werden overgedragen aan een particuliere kliniek, dan ging dit in overleg met de patiënt en werd de patiënt om toestemming gevraagd.

[10] <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2021/07/08/particuliere-klinieken-namen-zorg-zorgvuldig-over---factsheet-juli-2021>

# 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 - verbeterdoelen.**

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.

Daarnaast zijn en worden verbeterdoelen ontwikkeld, waarbij een instelling wordt gestimuleerd om zelf te leren en te verbeteren op een bepaald onderwerp. Met name het inrichten van een goede PDCA-cyclus op een bepaald onderwerp staat hier centraal. De wijze waarop een instelling de realisatie van een verbeterdoel aantoont mag zij zelf bepalen, zolang dit maar gebaseerd is op feiten (aantoonbaar) en navolgbaar is.

De indicatoren en verbeterdoelen 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/ verbeterdoelen en het laatste nieuws hierover is te vinden op [www.igi.nl](http://www.igi.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.

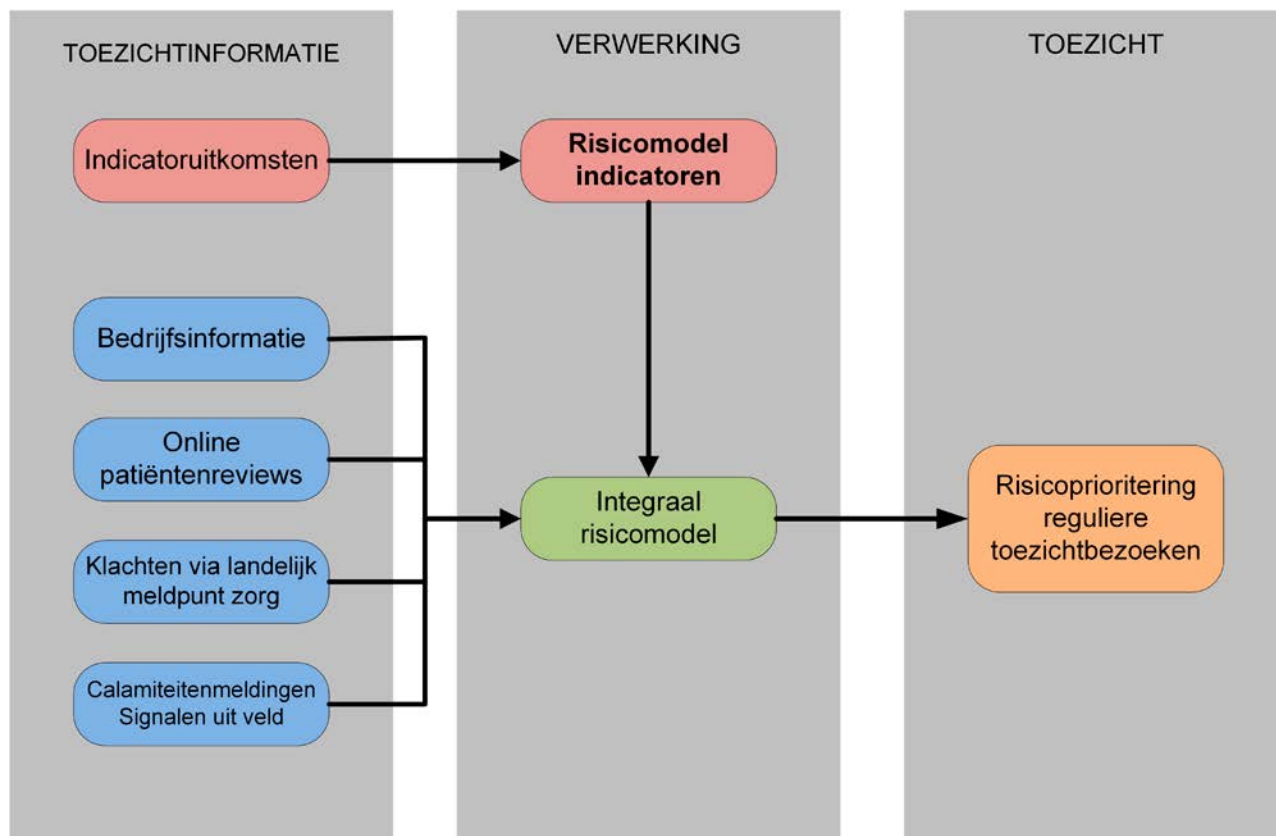
### Selectieproces toezichtbezoeken

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 organisatie-structuur. Zowel medisch inhoudelijke als organisatorische indicatoren maken deel uit van deze selectie. Deze indicatoren worden in een risicomodel gewogen naar het type behandelingen en/of ingrepen dat een kliniek uitvoert en naar combinaties van andere indicatoruitkomsten. Dit wordt aangevuld met informatie uit andere bronnen<sup>[11]</sup> 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.

[11] 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.

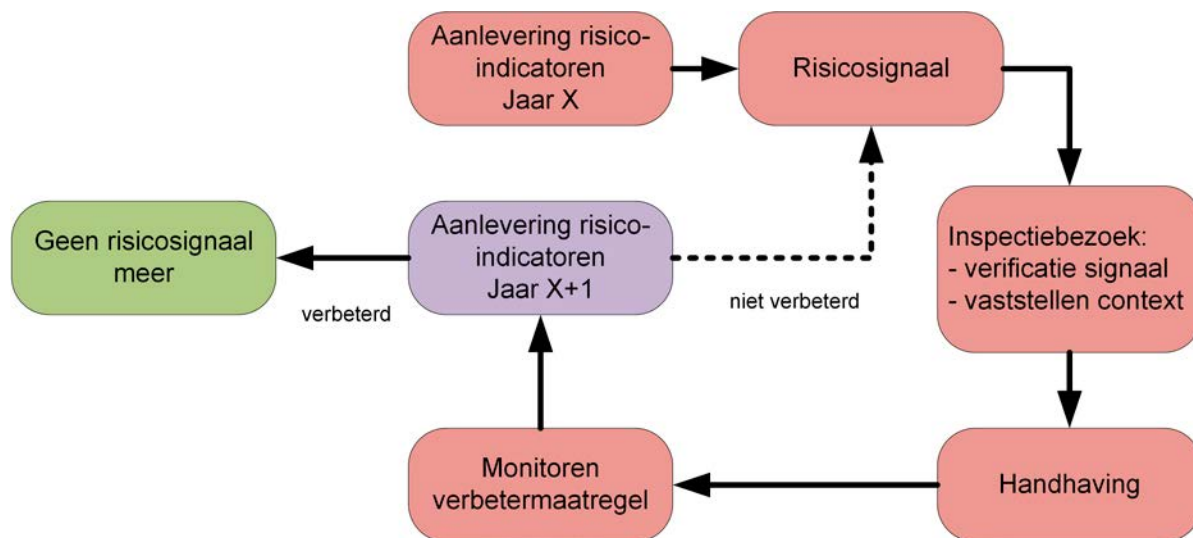
### Handhaving

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

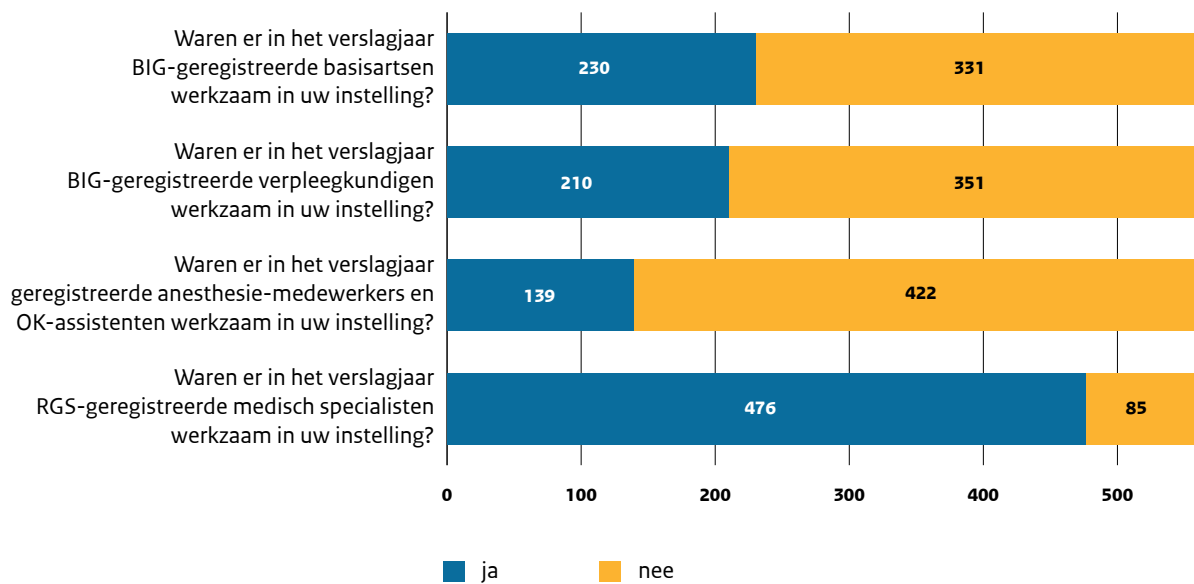
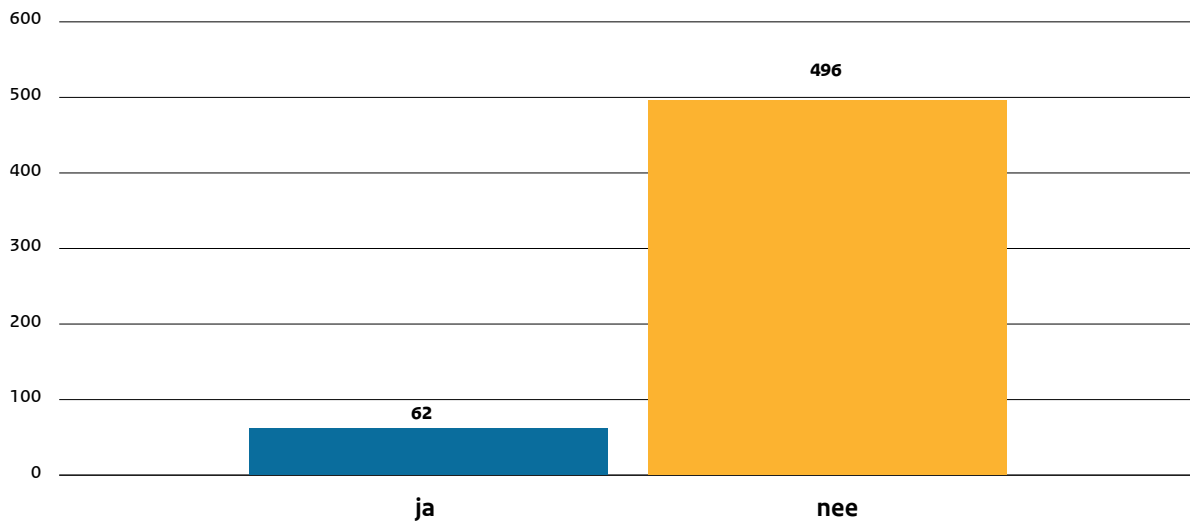
Zorgaanbieders en zorgverleners moeten goede zorg aanbieden en verlenen. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is daar duidelijk over en de inspectie ziet daarop toe. Goed bestuur en intern toezicht moeten leiden tot de uitkomst dat patiënten veilige en goede zorg krijgen. Naleving van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

Het handhavingskader van de inspectie is hiervoor leidend. De inspectie handhaaft op basis van de risico's doelgericht en proportioneel. Het uitgangspunt is vertrouwen in de bestuurders. De inspectie gaat ervan uit dat zij invulling geven aan hun primaire verantwoordelijkheid: goede zorg leveren. De uitkomsten van inspecties beziend, blijkt dat een aantal bestuurders deze verantwoordelijkheid niet of onvoldoende waarmaakt. Als de inspectie dit constateert, dan handhaaft zij. De inspectie doet dit door gebruik te maken van de maatregelen die haar ter beschikking staan. Deze lopen uiteen van advies- en stimuleringsinterventies tot het opleggen van afdwingbare handhavingsmaatregelen.

## Bijlage 3: Data overige indicatoren

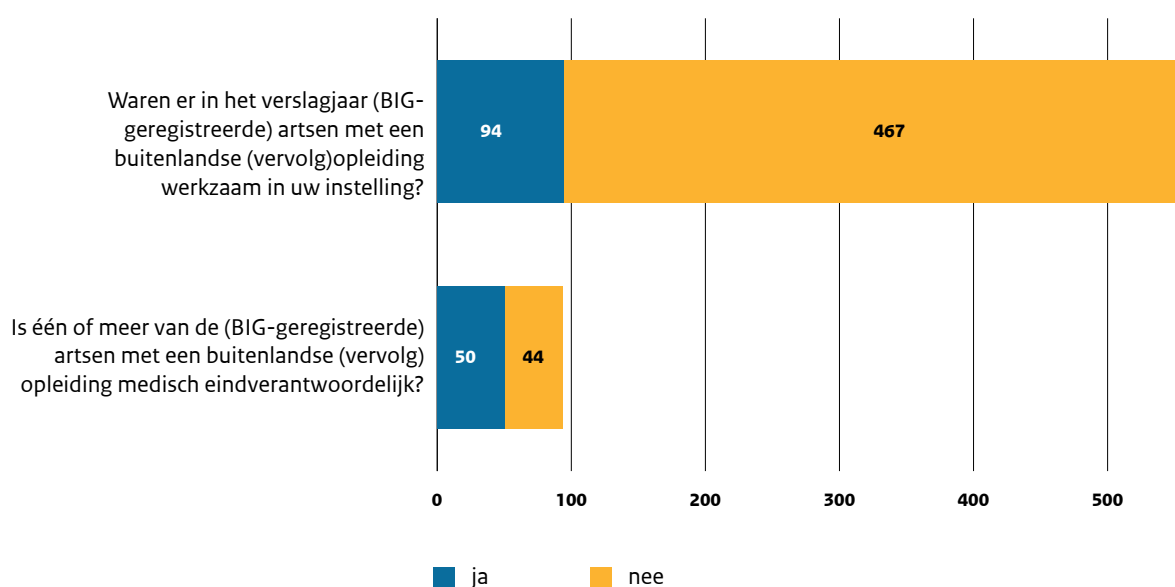
In dit hoofdstuk worden de overige indicatoruitkomsten van de indicatoren voor particuliere klinieken, zonder verdere toelichting, weergegeven. Het betreft hier indicatoren die niet in bovenstaande hoofdstukken worden besproken.

### Is het mogelijk in uw instelling te overnachten na een behandeling?



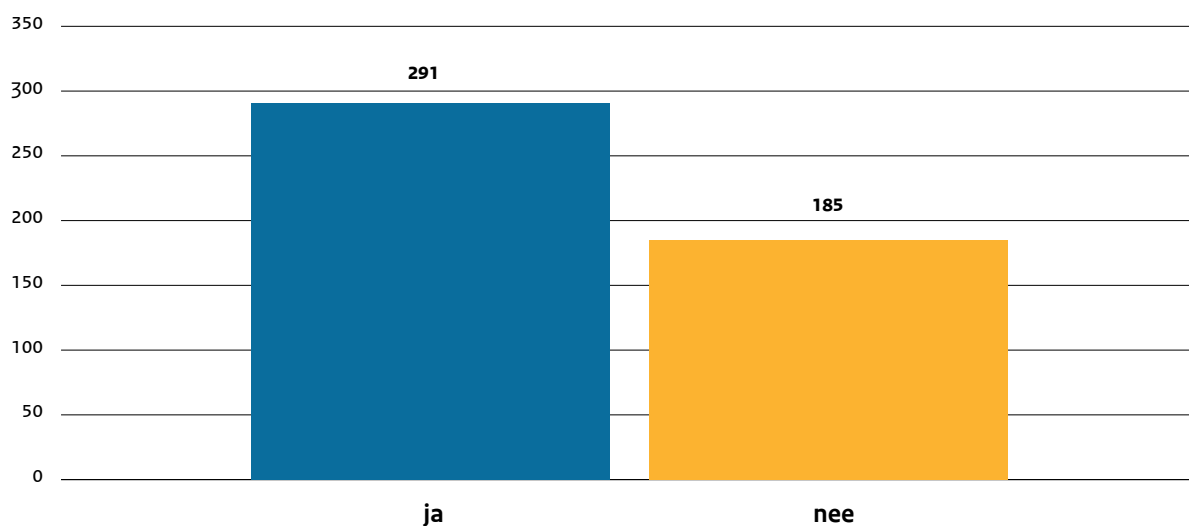


vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Het aantal BIG-geregistreerde basisartsen (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.	230	1,26	1,29	0,90	0,00	10,00
Het aantal BIG-geregistreerde verpleegkundigen (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.	210	3,68	5,70	1,40	0,01	38,00
Het aantal geregistreerde anesthesiemedewerkers en OK-assistenten (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.	139	2,96	5,28	1,20	0,03	45,68
Het aantal RGS-geregistreerde medisch specialisten (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.	476	2,00	3,10	1,20	0,00	40,00
Het totaal aantal personeelsleden (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.	561	11,37	20,76	5,48	0,00	276,00



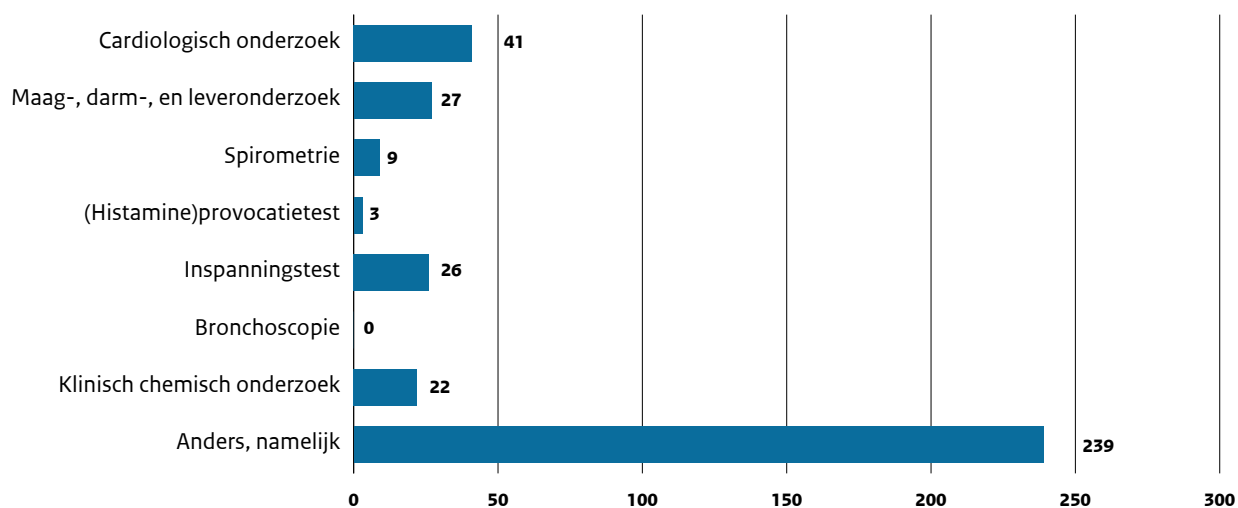
vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Het aantal (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg) opleiding (NIET in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.	94	1,38	0,80	1,00	0,00	5,00
Het aantal (RGS-geregistreerde) medisch specialisten (NIET in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.	476	4,94	5,97	3,00	0,00	61,00
Het aantal BIG-geregistreerde basisartsen (NIET in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.	230	2,21	2,33	2,00	0,00	18,00

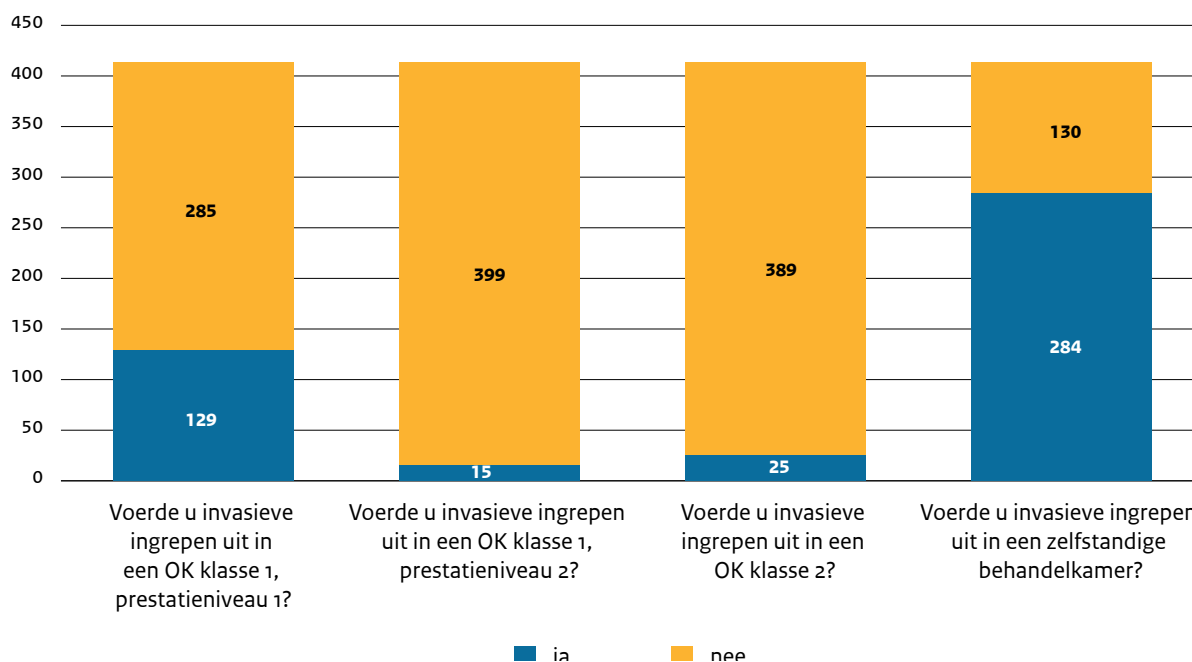
### Waren de in het verslagjaar in uw instelling werkzame medisch specialisten ook werkzaam bij een ziekenhuis?



vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Het aantal in uw instelling werkzame medisch specialisten, dat in het verslagjaar ook nog werkzaam was bij een ziekenhuis (NIET in FTE)?	291	4,58	5,34	3,00	0,00	44,00

### Typen onderzoek in klinieken

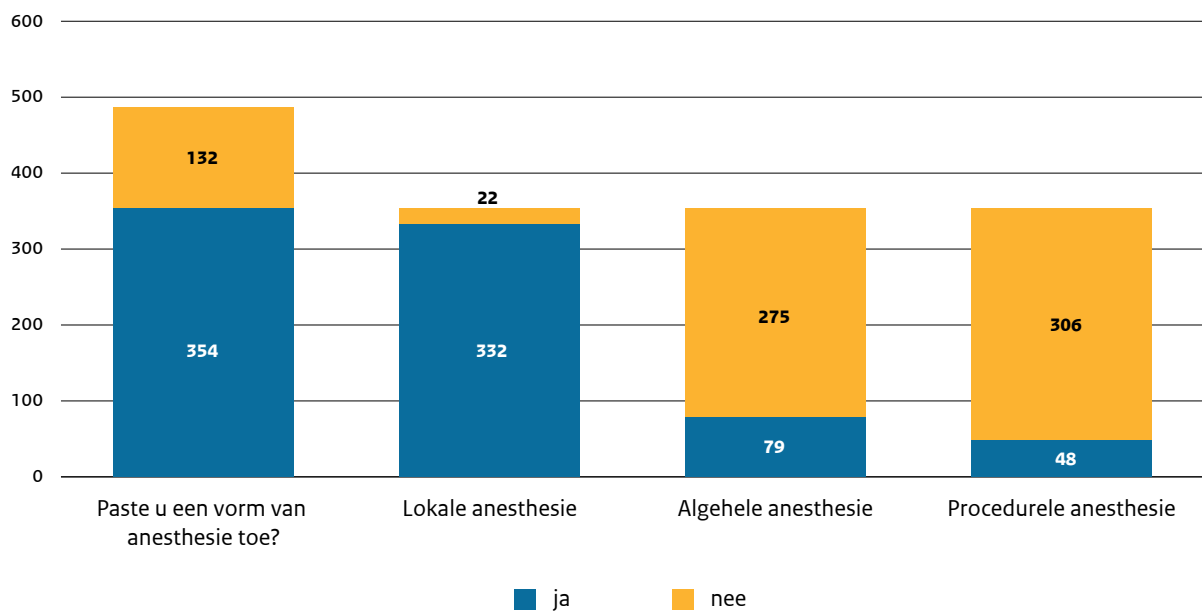




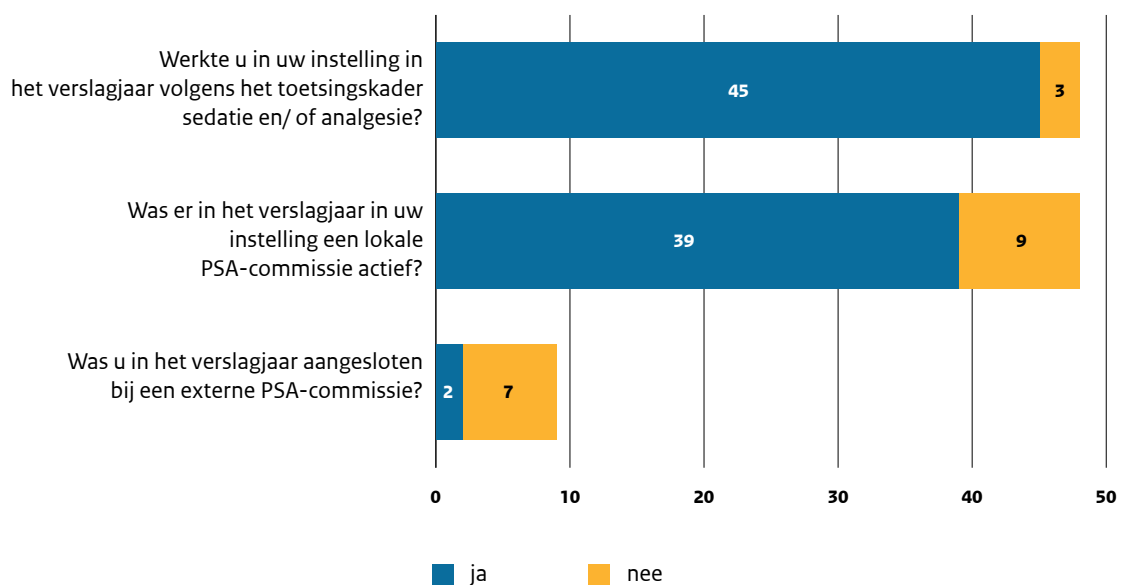
vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Hoeveel OK's klasse 1, prestatieniveau 1 behoren tot uw eigen instelling?	129	1,43	1,16	1,00	0,00	4,00
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 1, prestatieniveau 1?	129	0,40	0,70	0,00	0,00	3,00
Hoeveel OK's klasse 1, prestatieniveau 2 behoren tot uw eigen instelling?	15	1,13	0,52	1,00	0,00	2,00
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 1, prestatieniveau 2?	15	0,13	0,52	0,00	0,00	2,00
Hoeveel OK's klasse 2 behoren tot uw eigen instelling?	25	1,08	0,57	1,00	0,00	2,00
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 2?	25	0,12	0,33	0,00	0,00	1,00
Hoeveel zelfstandige behandelkamers behoren tot uw eigen instelling?	284	2,00	1,57	1,00	0,00	13,00
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van behandelkamers?	284	0,06	0,48	0,00	0,00	7,00

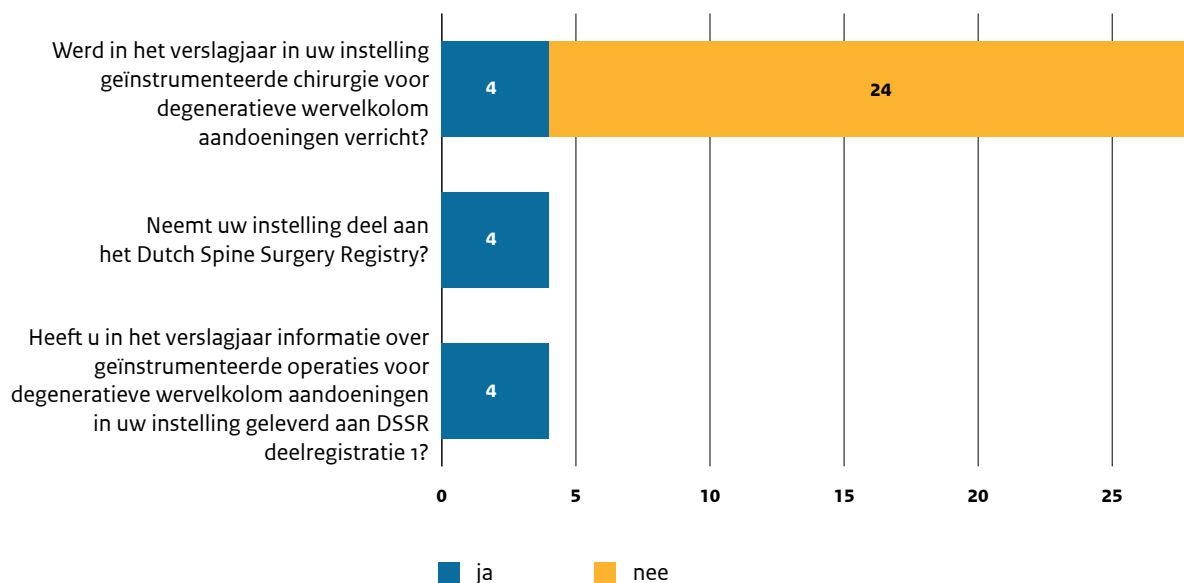
vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Hoeveel patiënten jonger dan 18 jaar (<18 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?	256	230,43	661,43	29,00	0,00	7.967,00
Hoeveel patiënten in de leeftijd van 18 jaar tot 70 jaar werden in het verslagjaar behandeld?	561	1.429,61	2535,55	663,00	0,00	32.302,00
Hoeveel patiënten in de leeftijd van 70 jaar en ouder (>=70 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?	439	513,45	942,39	141,00	0,00	7.572,00
Hoeveel patiënten waarvan de leeftijd onbekend was werden in het verslagjaar behandeld?	561	151,52	3563,08	0,00	0,00	84.392,00

vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Teller: Het aantal patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd in het verslagjaar.	414	776,52	1067,66	341,00	0,00	6.044,00
Noemer: Het totaal aantal patiënten waarbij een operatie is uitgevoerd in het verslagjaar (binnen een operatieafdeling).	414	767,62	1120,83	297,00	0,00	6.881,00
Percentage patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd (wordt automatisch berekend)	305	98,42	9,20	100,00	0,00	100,00



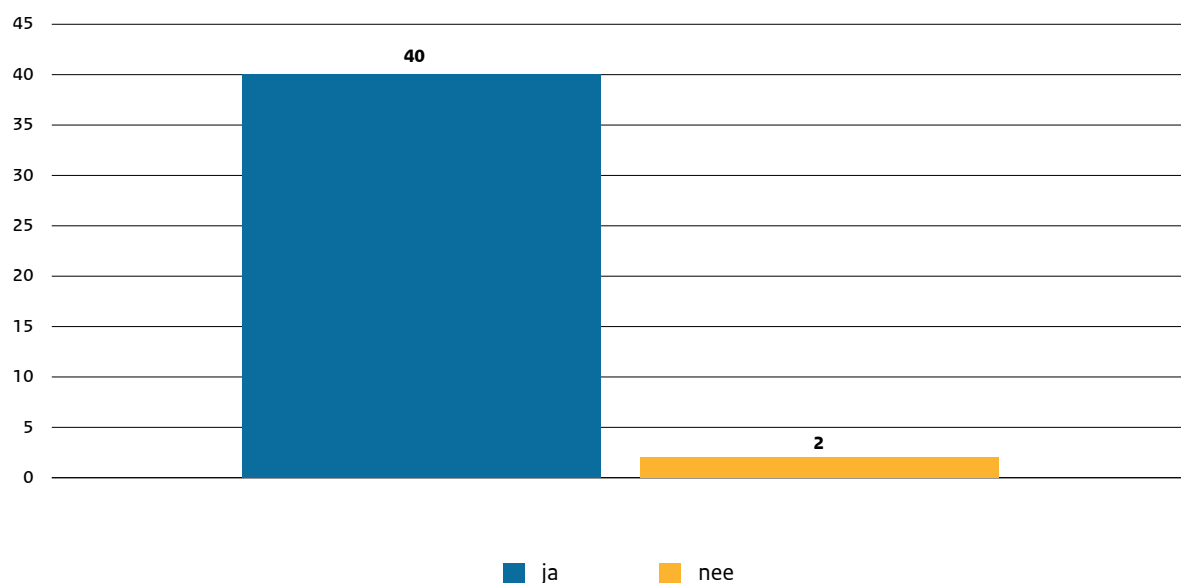
vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Het aantal patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast in het verslagjaar.	48	779,42	768,51	558,50	0,00	3.054,00





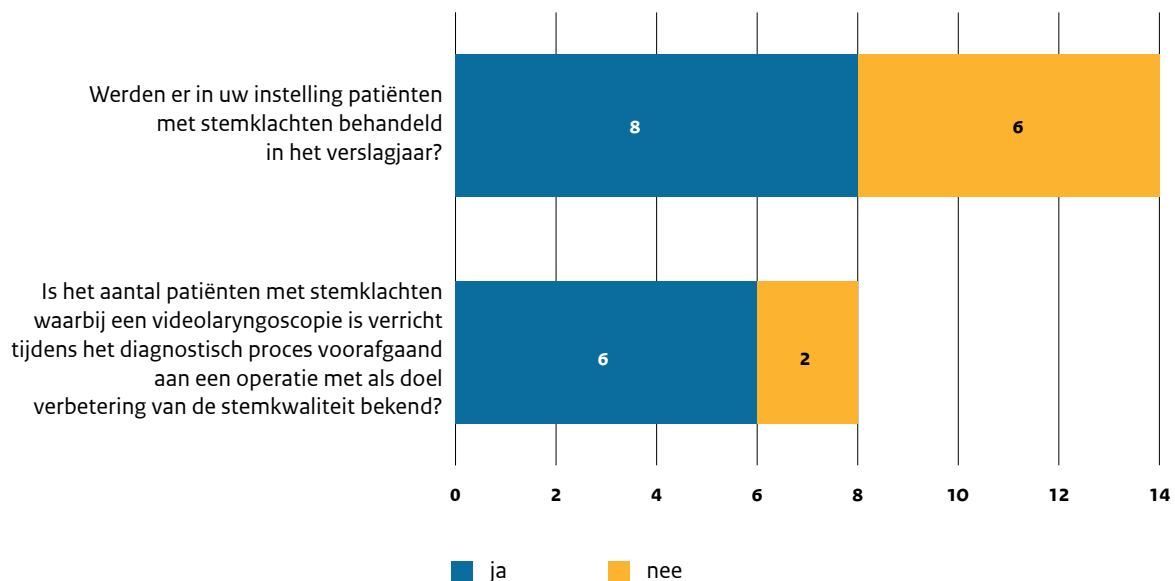
vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Teller: Het aantal geïndstrumenteerde operaties voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen in het verslagjaar waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DSSR.	4	33,00	43,18	17,00	3,00	95,00
Noemer: Het totaal aantal geïndstrumenteerde operaties voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen uitgevoerd in uw instelling in het verslagjaar.	4	60,50	28,83	58,50	30,00	95,00
Percentage geïndstrumenteerde operaties voor degeneratieve wervelkolom aandoeningen waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DSSR (wordt automatisch berekend)	4	53,06	54,21	53,33	5,56	100,00

Voerde u, in het verslagjaar, cataractoperaties in het landelijke NOG-registratiesysteem in?



vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Teller: Het aantal operaties in het verslagjaar waarbij de patiënt na de cataractoperatie minstens 1 regel visuswinst behaald heeft.	42	1.106,83	702,70	1081,50	1,00	3.076,00
Noemer: Het totaal aantal cataractoperaties in het verslagjaar.	42	1.161,76	739,05	1104,00	1,00	3.204,00
Percentage cataractoperaties waarbij minstens 1 regel visuswinst behaald werd (wordt automatisch berekend)	42	95,48	3,21	95,99	86,64	100,00
Teller: Het aantal operaties in het verslagjaar waarbij de patiënt na 4-6 weken binnen 1 dioptrie op hun beoogde refractie is uitgekomen.	42	1.114,38	703,56	1077,50	1,00	3.108,00
Noemer: Het totaal aantal cataractoperaties in het verslagjaar.	42	1.170,69	736,51	1125,50	1,00	3.204,00
Percentage cataractoperaties waarbij na 4-6 weken binnen 1 dioptrie op de beoogde refractie is uitgekomen (wordt automatisch berekend)	42	95,35	3,70	95,79	82,45	100,00

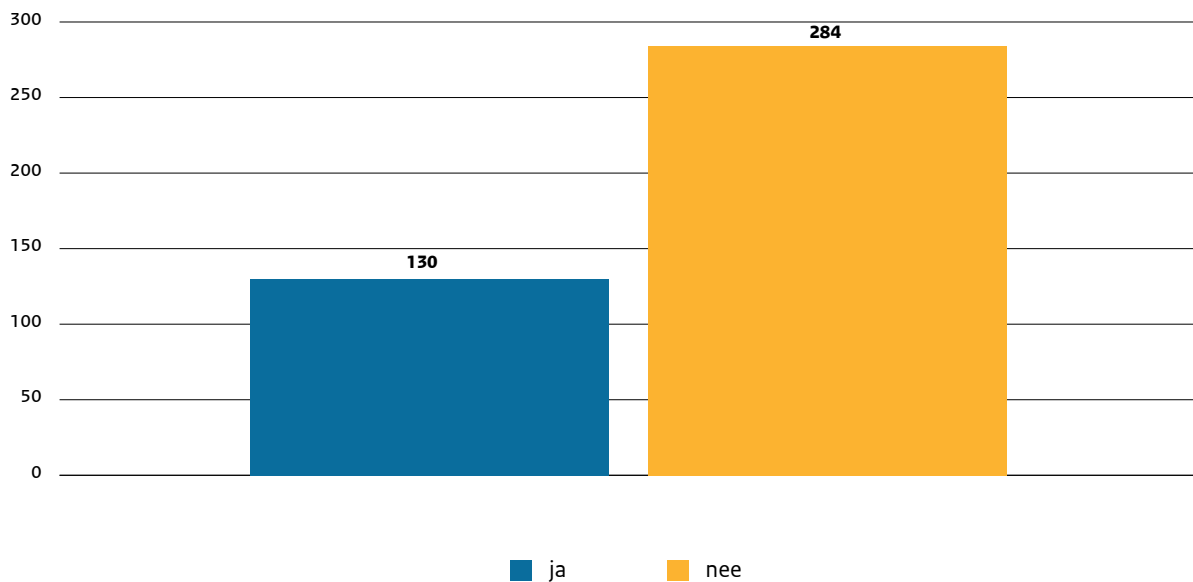
vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Teller: Het aantal cataractoperaties in het verslagjaar dat is ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem.	40	1.311,55	890,44	1193,00	48,00	4.144,00
Noemer: Het totaal aantal cataractoperaties in het verslagjaar in uw instelling.	42	1.448,67	979,83	1440,00	0,00	4.605,00
Percentage cataractoperaties in het verslagjaar dat is ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem (wordt automatisch berekend)	40	87,21	16,46	93,48	31,67	100,00



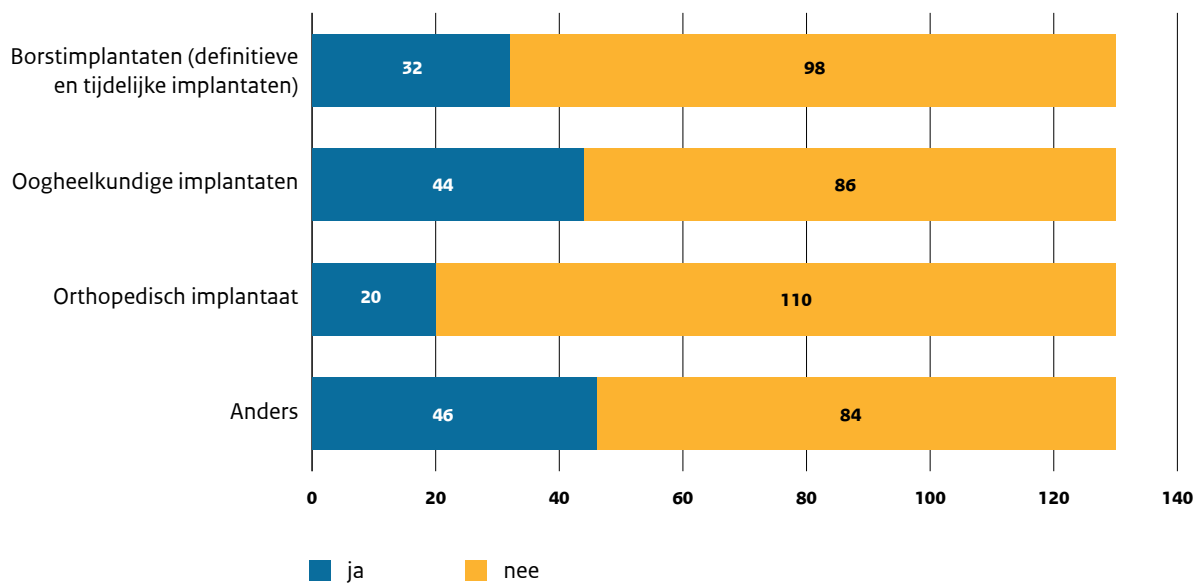
vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Teller: Het aantal patiënten met stemklachten waarbij een videolaryngoscopie is verricht tijdens het diagnostisch proces voorafgaand aan een operatie met als doel verbetering van de stemkwaliteit in het verslagjaar.	6	15,50	20,96	7,00	3,00	57,00
Noemer: Het totaal aantal patiënten met stemklachten die een operatieve ingreep met als doel verbetering van de stemkwaliteit heeft ondergaan in het verslagjaar.	8	11,75	19,15	3,50	0,00	57,00
Percentage patiënten met stemklachten waarbij een videolaryngoscopie is verricht tijdens het diagnostisch proces voorafgaand aan een operatie met als doel verbetering van de stemkwaliteit (wordt automatisch berekend)	6	99,02	2,40	100,00	94,12	100,00

vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Teller: Het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij postoperatieve controle heeft plaatsgevonden na 24 maanden (d.w.z. patiënten die in 2018 zijn geopereerd en in het verslagjaar nog voor follow-up kwamen).	10	503,60	371,28	465,50	0,00	1.196,00
Noemer: Het totaal aantal patiënten waarbij in 2018 bariatrische chirurgie is uitgevoerd?	10	561,60	412,85	527,00	0,00	1.293,00
Percentage patiënten waarbij postoperatieve controle heeft plaatsgevonden na 24 maanden (wordt automatisch berekend)	10	81,09	28,67	90,07	0,00	95,05

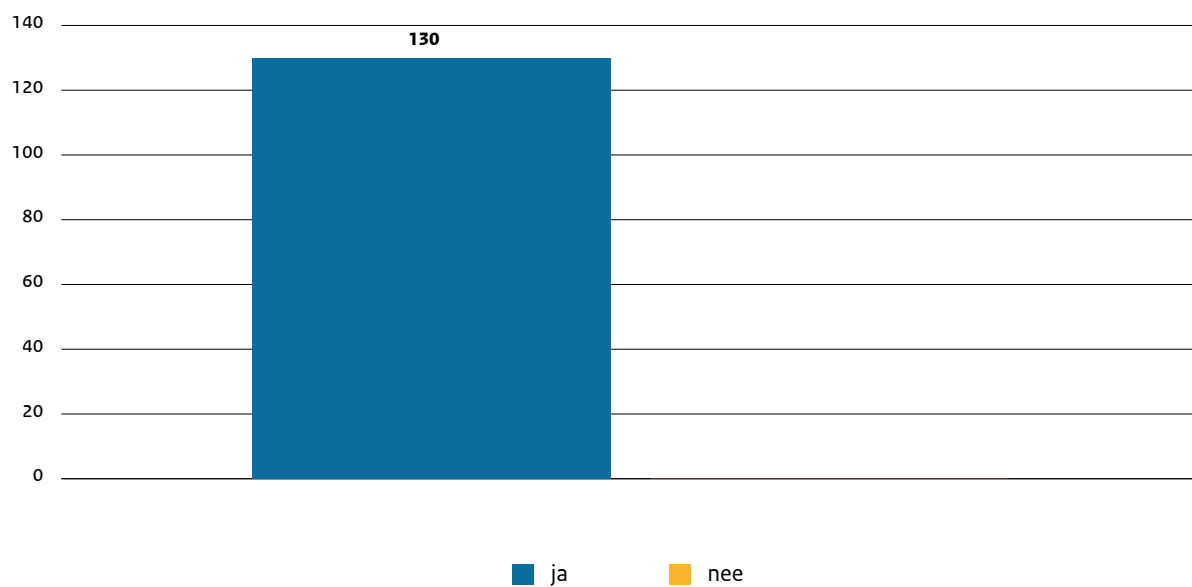
### Gebruikte uw instelling implantaten in het verslagjaar?



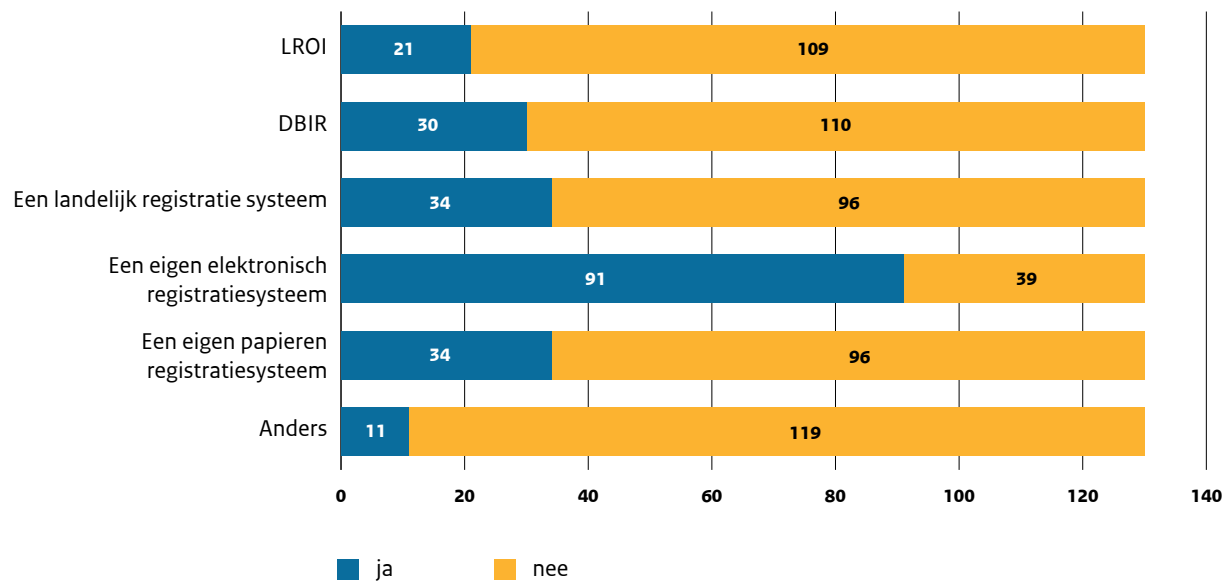
### Typen implantaten



### Registreerde uw instelling implantaten in het verslagjaar?

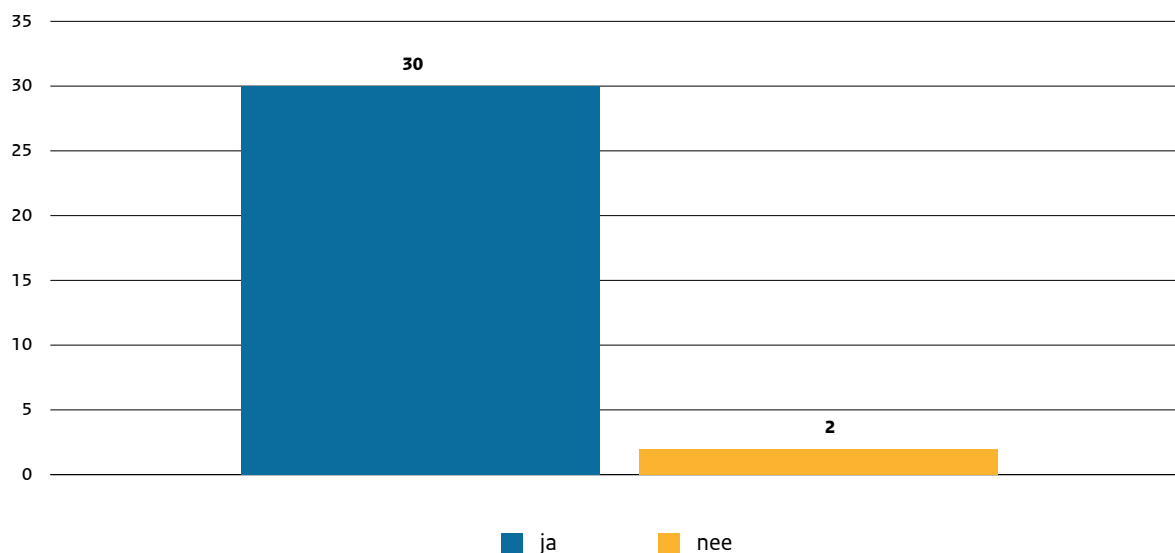


### Gebruikt registratiesysteem voor implantaten



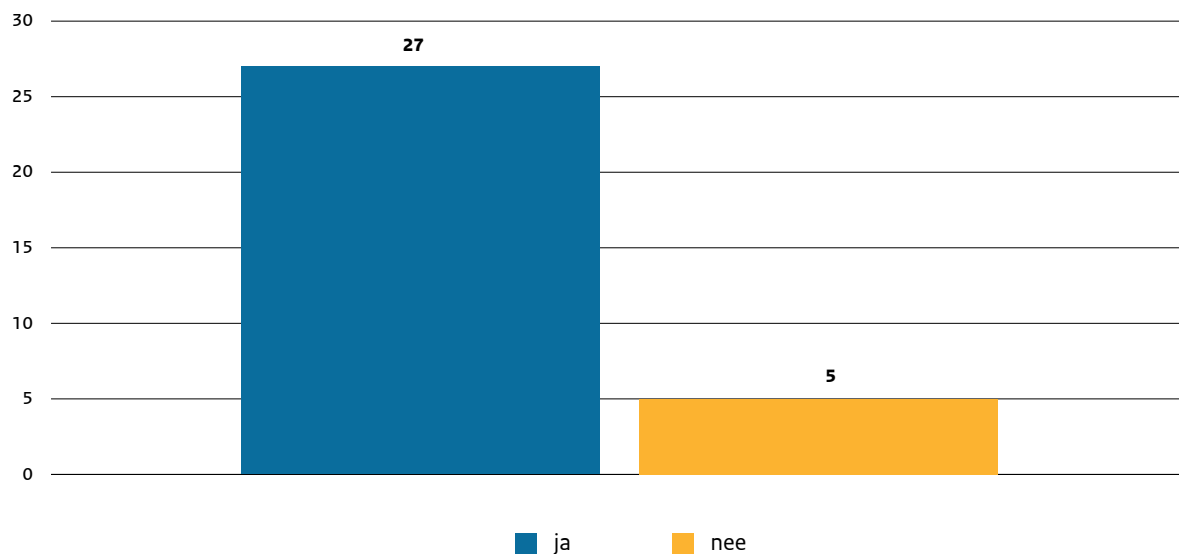


### Registreerde uw instelling in de DBIR in het verslagjaar?



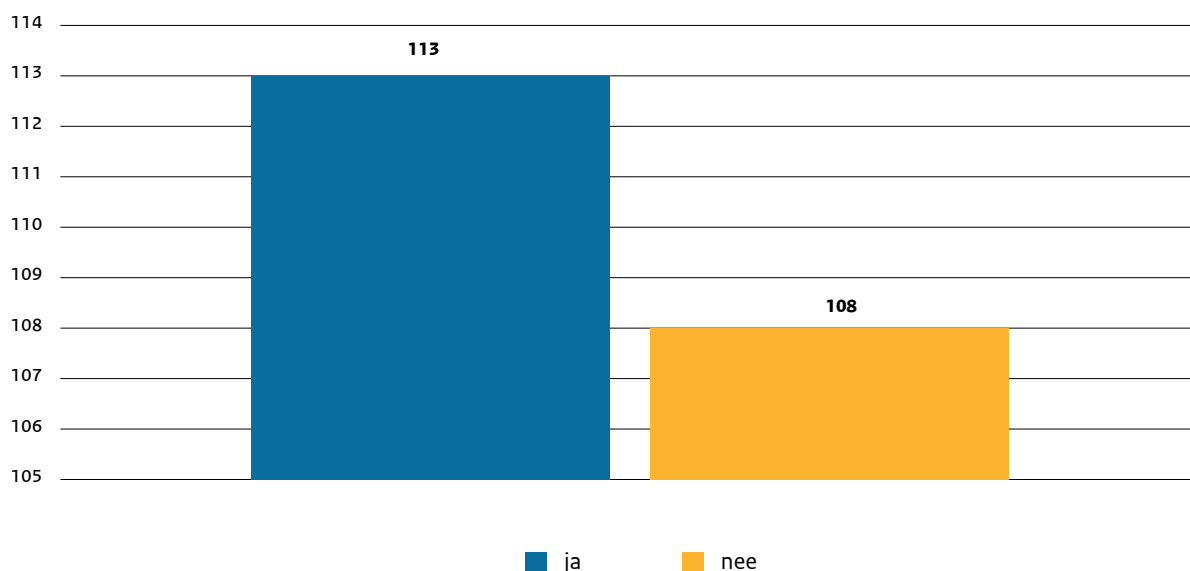
vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Teller: Het aantal geregistreerde borstprothesen en expanders in de DBIR in het verslagjaar.	30	382,93	495,62	281,00	1,00	2.141,00
Noemer: Het aantal daadwerkelijk aangeleverde borstprothesen en expanders in het verslagjaar.	30	385,70	496,83	281,00	1,00	2.141,00
Percentage geregistreerde borstprothesen en expanders in de DBIR in het verslagjaar (wordt automatisch berekend)	30	98,20	8,05	100,00	56,52	100,00
Teller: Het aantal borstprothesen en expanders in het verslagjaar waarvan de informatie in de DBIR volledig geregistreerd is.	30	373,30	469,25	281,00	1,00	1.930,00
Noemer: Het aantal geregistreerde borstprothesen en expanders in de DBIR in het verslagjaar.	30	382,93	495,62	281,00	1,00	2.141,00
Percentage borstprothesen en expanders waarvan de informatie in de DBIR volledig geregistreerd is (wordt automatisch berekend)	30	99,24	2,50	100,00	90,11	100,00

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?

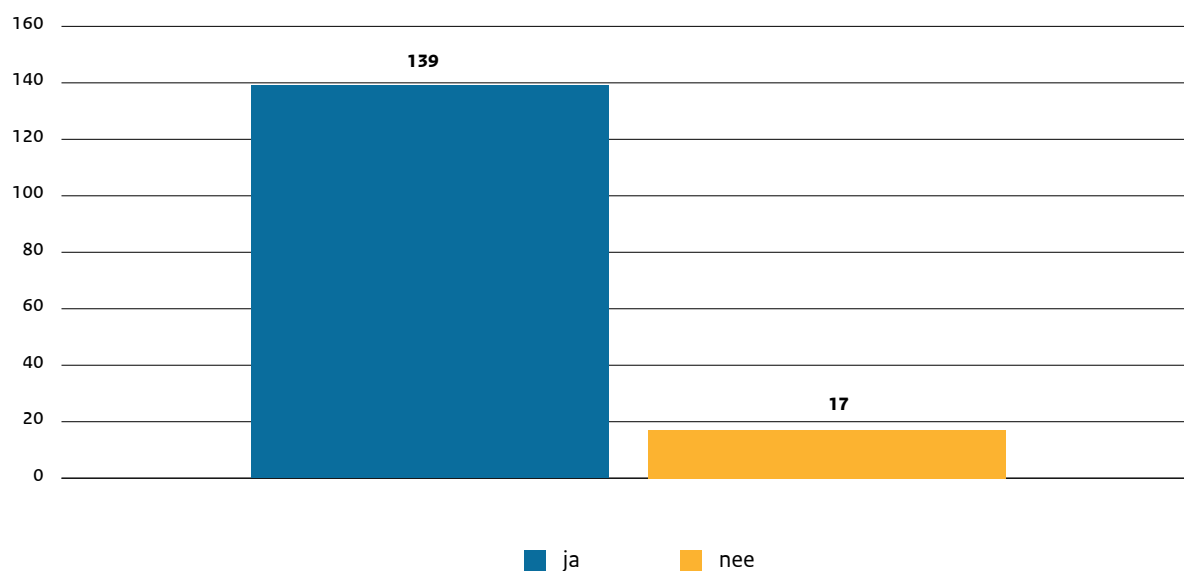


vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Teller: Het aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een borstaugmentatie met prothese(n) voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar.	27	1,30	1,77	0,00	0,00	6,00
Noemer: Het totaal aantal geplaatste borstprothesen voor borstaugmentatie voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar.	32	350,19	483,99	221,50	0,00	2.141,00
Percentage explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een borstaugmentatie met prothese(n) voor cosmetische doeleinden (wordt automatisch berekend)	27	0,50	0,89	0,00	0,00	3,85

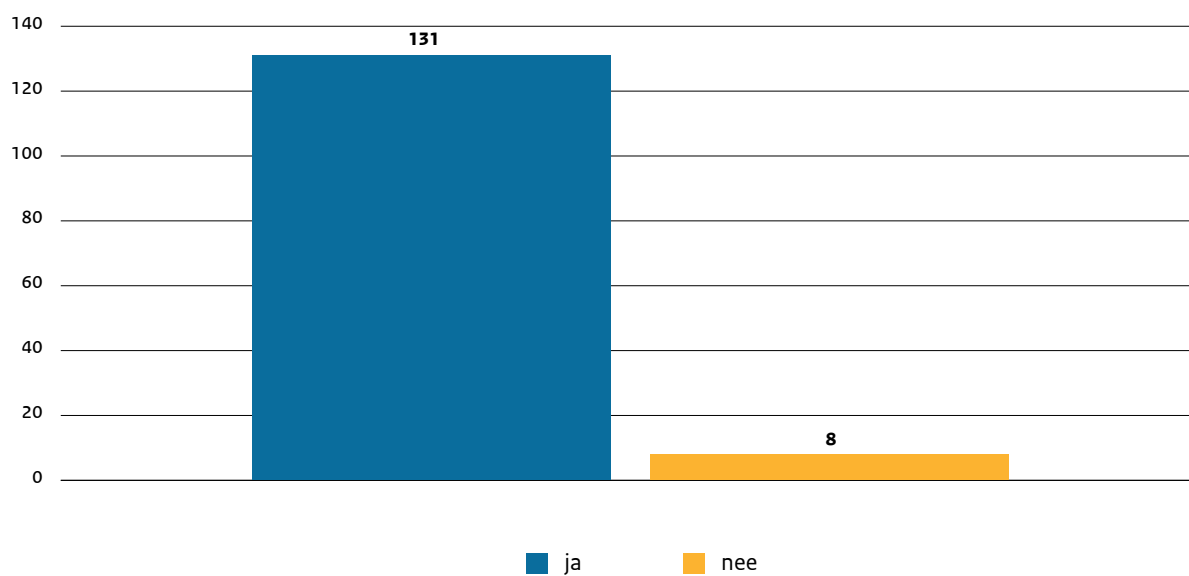
Registreerde u in het verslagjaar het aantal ongeplande herbehandelingen dat binnen twaalf maanden na de initiële behandeling heeft plaatsgevonden bij patiënten die een invasieve cosmetische behandeling ondergingen?



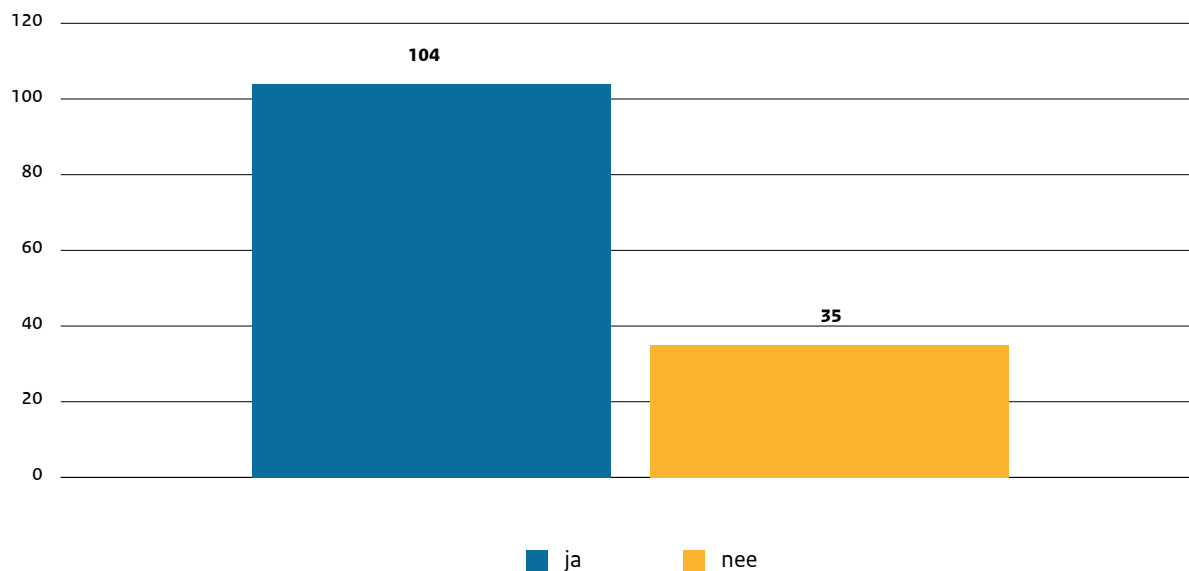
### Gebruikte uw instelling rimpelvullers in het verslagjaar?



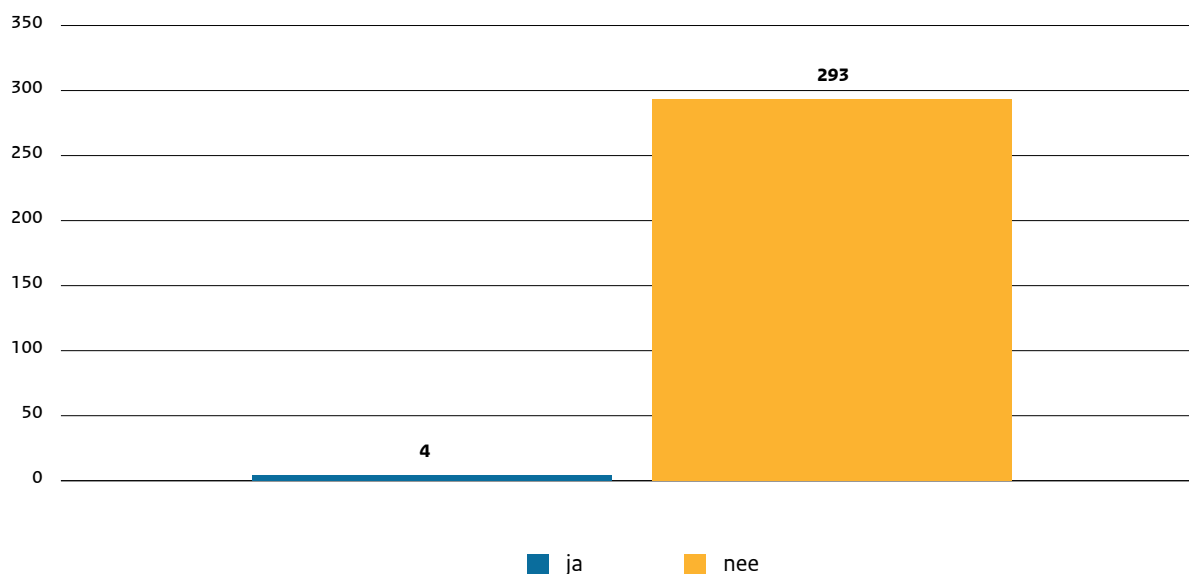
### Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem (track and trace) voor rimpelvullers?



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

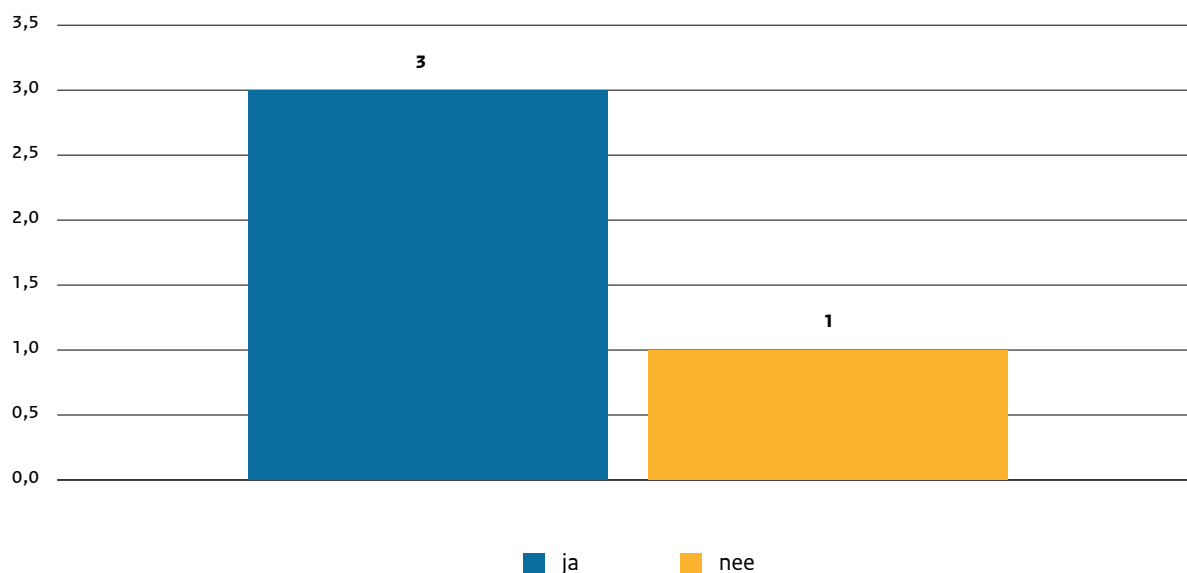


**Behandelt u patiënten met diabetische voetwonden?**

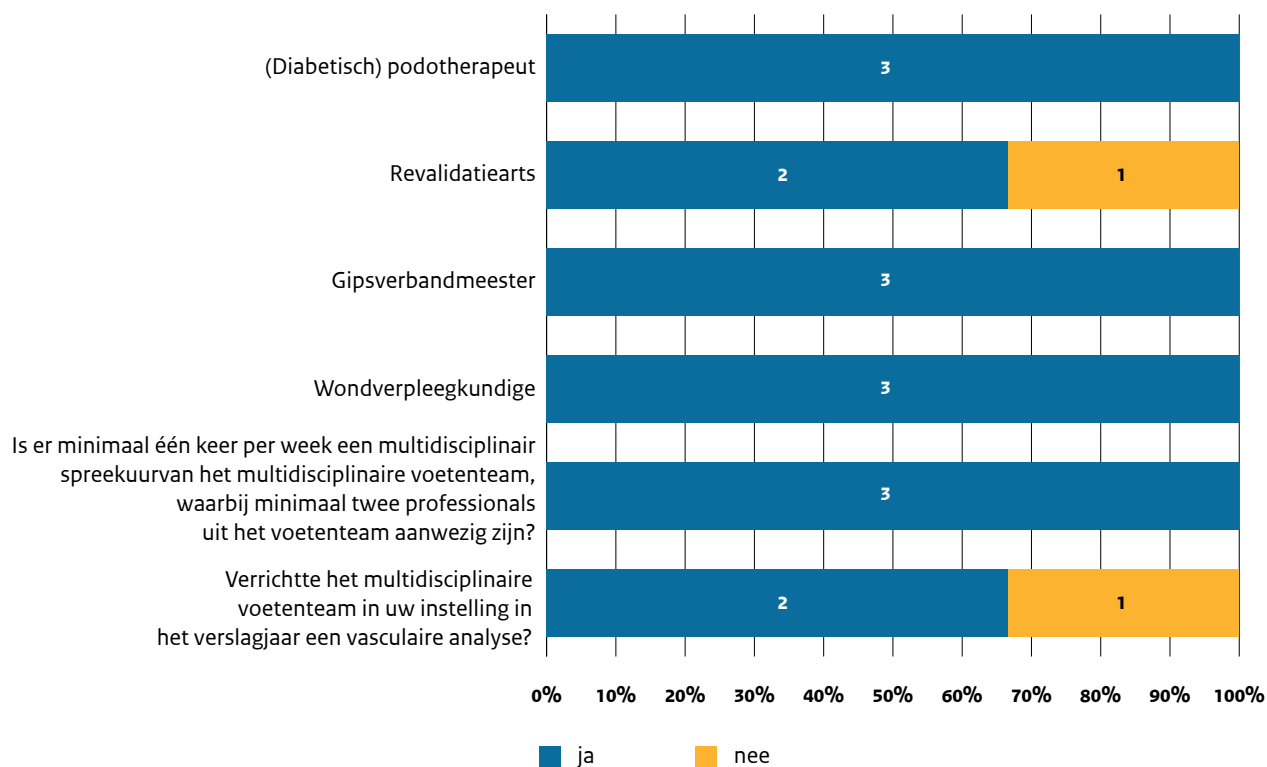


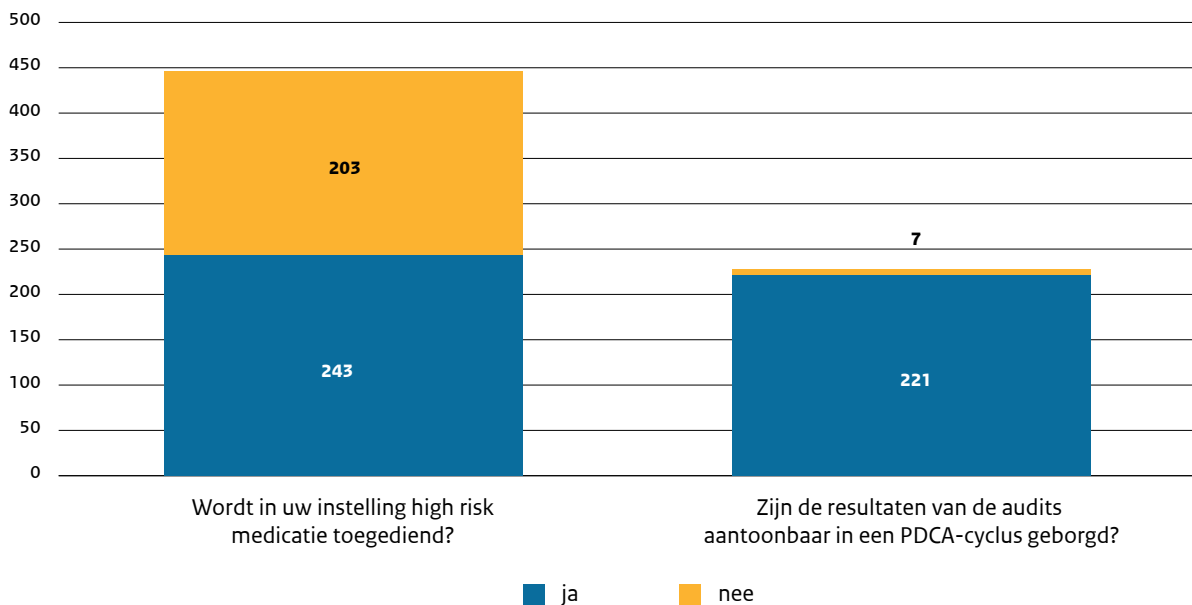
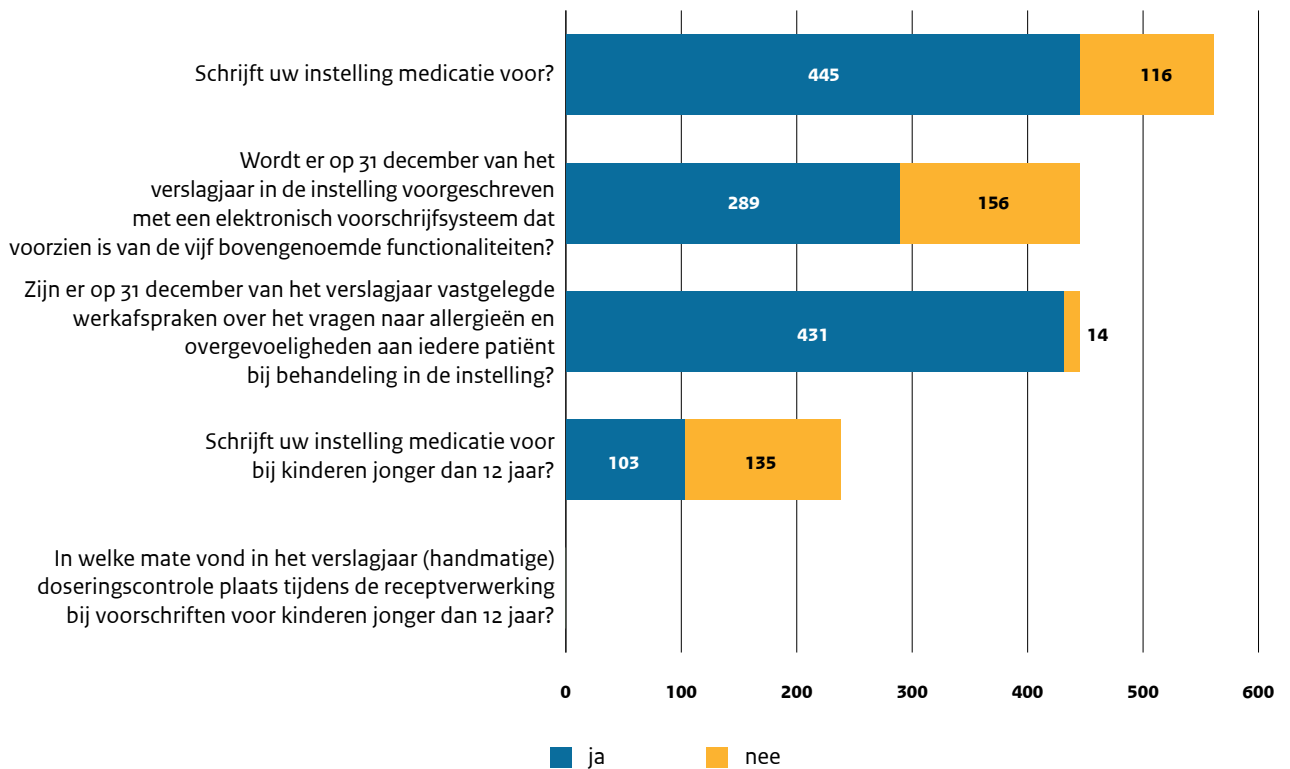
vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Teller: Het aantal nieuwe patiënten in het verslagjaar met diabetes mellitus en een voetulcus met vasculaire analyse binnen 8 dagen.	2	96,00	103,24	96,00	23,00	169,00
Noemer: Het totaal aantal nieuwe patiënten in het verslagjaar met diabetes mellitus en een voetulcus dat is gezien door het multidisciplinaire voetenteam.	2	96,00	103,24	96,00	23,00	169,00
Percentage nieuwe patiënten in het verslagjaar met diabetes mellitus en een voetulcus met vasculaire analyse binnen 8 dagen (wordt automatisch berekend)	2	100,00	0,00	100,00	100,00	100,00

### Functioneert binnen uw instelling een multidisciplinair voetenteam?

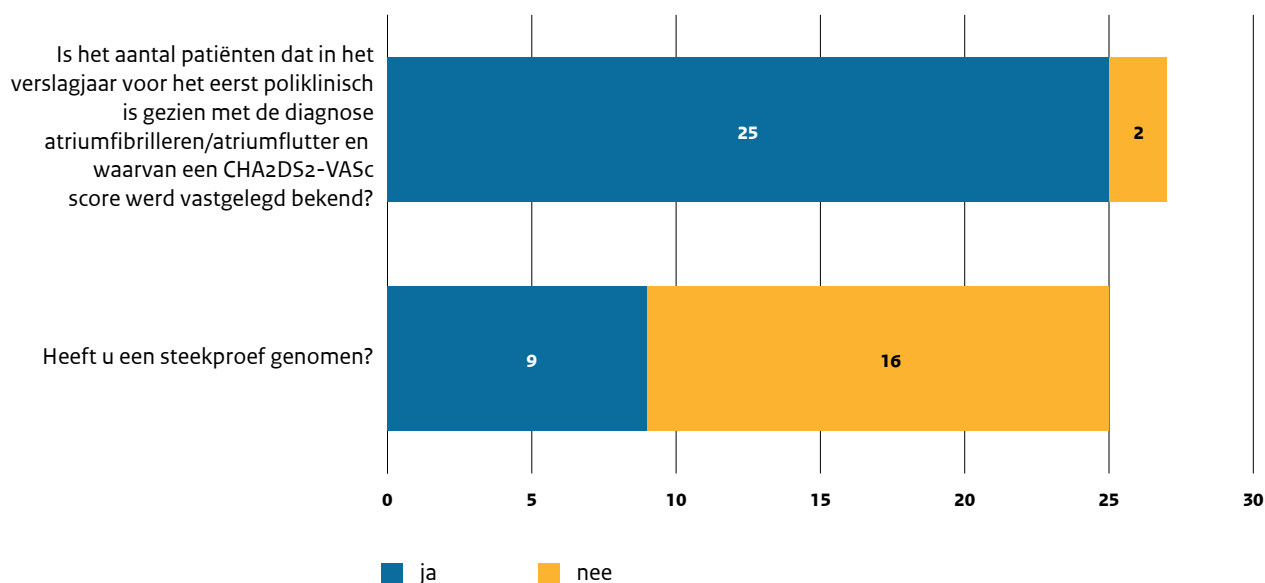
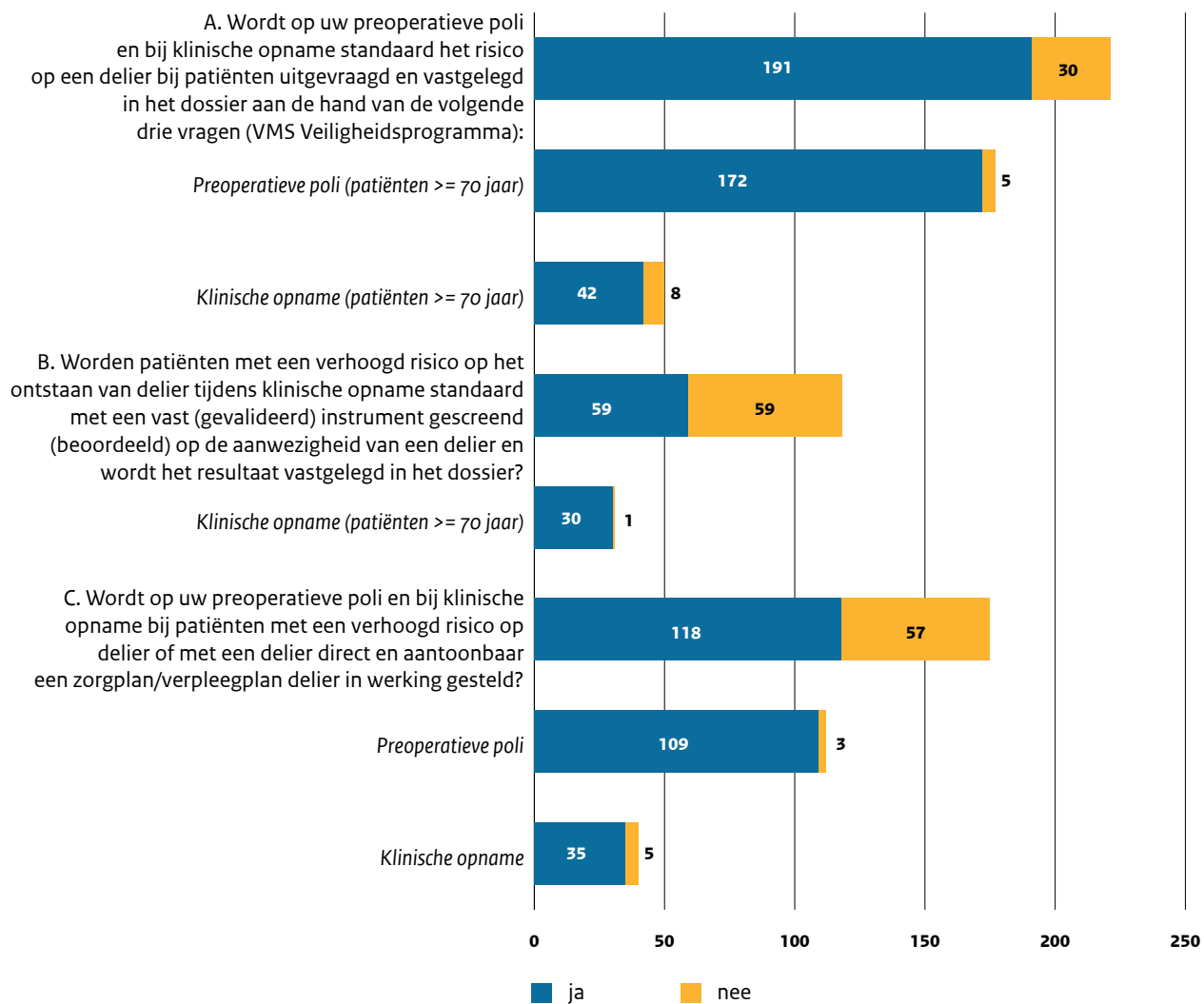


### Samenstelling diabetisch voetenteam

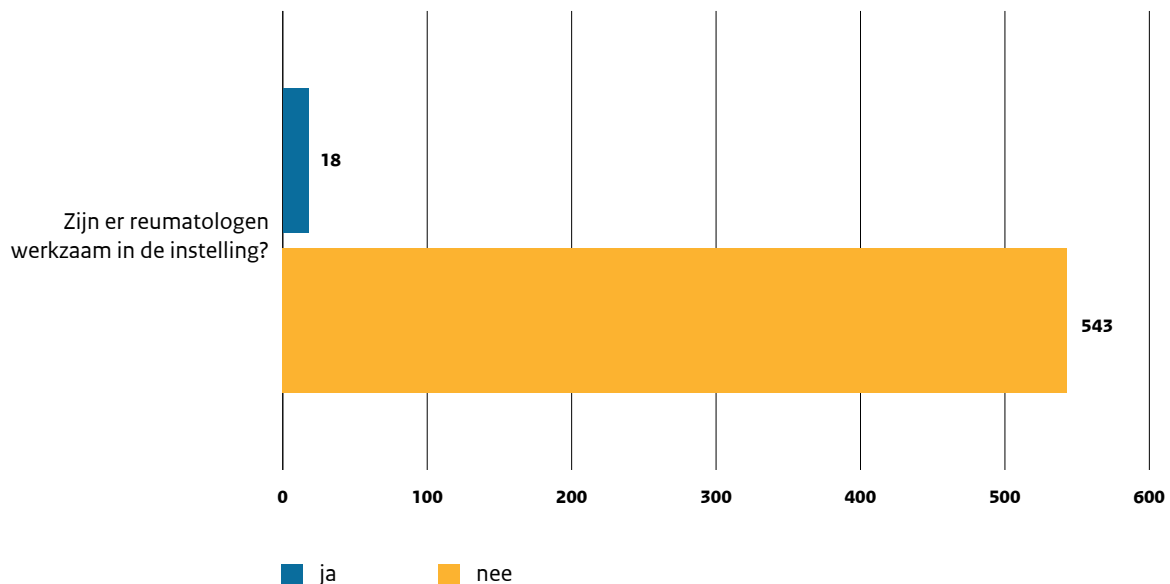




vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Teller: Het aantal afdelingen waar in het verslagjaar high risk medicatie werd toegediend en in het verslagjaar aantoonbaar een interne audit is uitgevoerd op het thema VTGM en het toedienen van parenterale geneesmiddelen.	243	1,28	0,95	1,00	0,00	10,00
Noemer: Het aantal afdelingen waar in het verslagjaar high risk medicatie werd toegediend.	243	1,35	0,98	1,00	1,00	12,00
Percentage afdelingen waar in het verslagjaar high risk medicatie werd toegediend en in het verslagjaar aantoonbaar een interne audit is uitgevoerd op het thema VTGM en het toedienen van parenterale geneesmiddelen (wordt automatisch berekend)	243	93,62	24,18	100,00	0,00	100,00

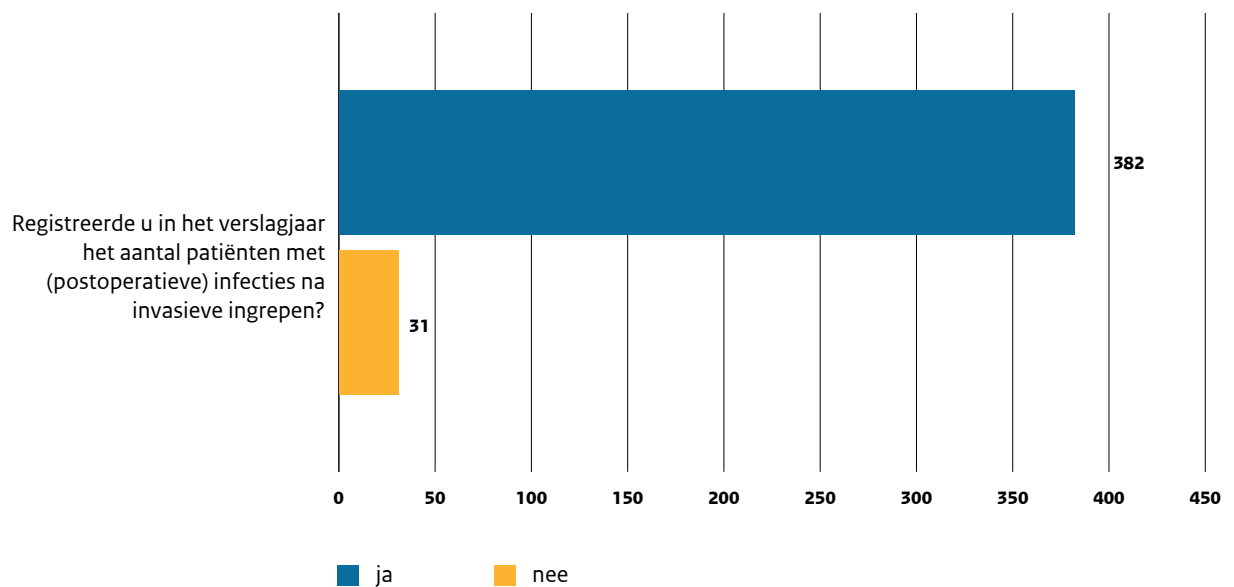
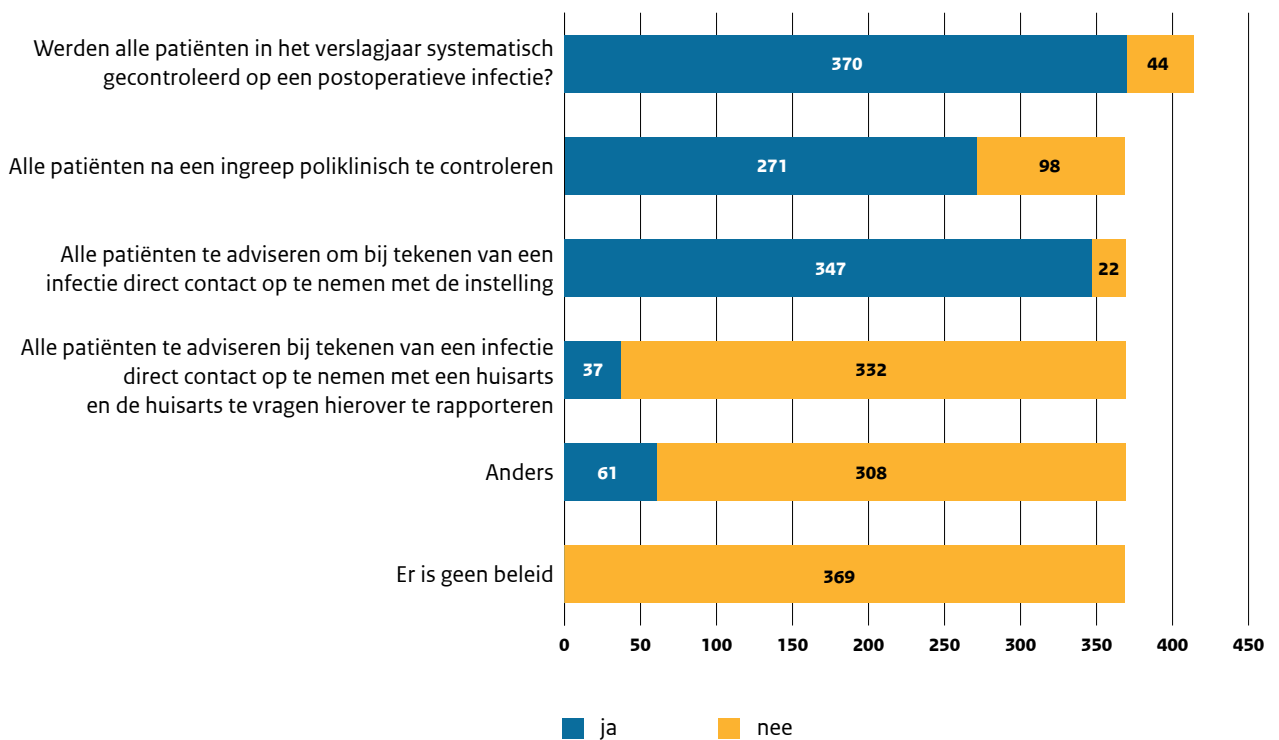


vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Populatiegrootte: N =	9	90,56	28,33	100,00	15,00	100,00
Teller: Het aantal nieuwe patiënten dat in het verslagjaar voor het eerst poliklinisch is gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en waarvan een CHA2DS2-VASc score werd vastgelegd.	25	106,20	84,95	91,00	10,00	389,00
Noemer: Het aantal nieuwe patiënten dat in het verslagjaar voor het eerst poliklinisch is gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter.	25	108,60	85,28	93,00	10,00	389,00
Percentage nieuwe patiënten dat voor het eerst poliklinisch is gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en waarvan een CHA2DS2-VASc score werd vastgelegd (wordt automatisch berekend)	25	97,49	4,90	100,00	76,92	100,00
Teller: Het aantal nieuwe patiënten dat in het verslagjaar poliklinisch is gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en een CHA2DS2-VASc score van $\geq 2$ bij mannelijke patiënten en $\geq 3$ bij vrouwelijke patiënten waarbij gestart is met DOAC of vitamine K-antagonisten	25	67,28	47,78	51,00	10,00	203,00
Noemer: Het aantal nieuwe patiënten dat in het verslagjaar poliklinisch is gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en een CHA2DS2-VASc score van $\geq 2$ bij mannelijke patiënten en $\geq 3$ bij vrouwelijke patiënten.	25	69,44	49,69	52,00	10,00	208,00
Percentage nieuwe patiënten dat voor het eerst poliklinisch is gezien met de diagnose atriumfibrilleren/atriumflutter en een CHA2DS2-VASc score van $\geq 2$ bij mannelijke patiënten en $\geq 3$ bij vrouwelijke patiënten waarbij gestart is met DOAC of vitamine K-antagonisten	25	97,71	3,17	100,00	90,08	100,00

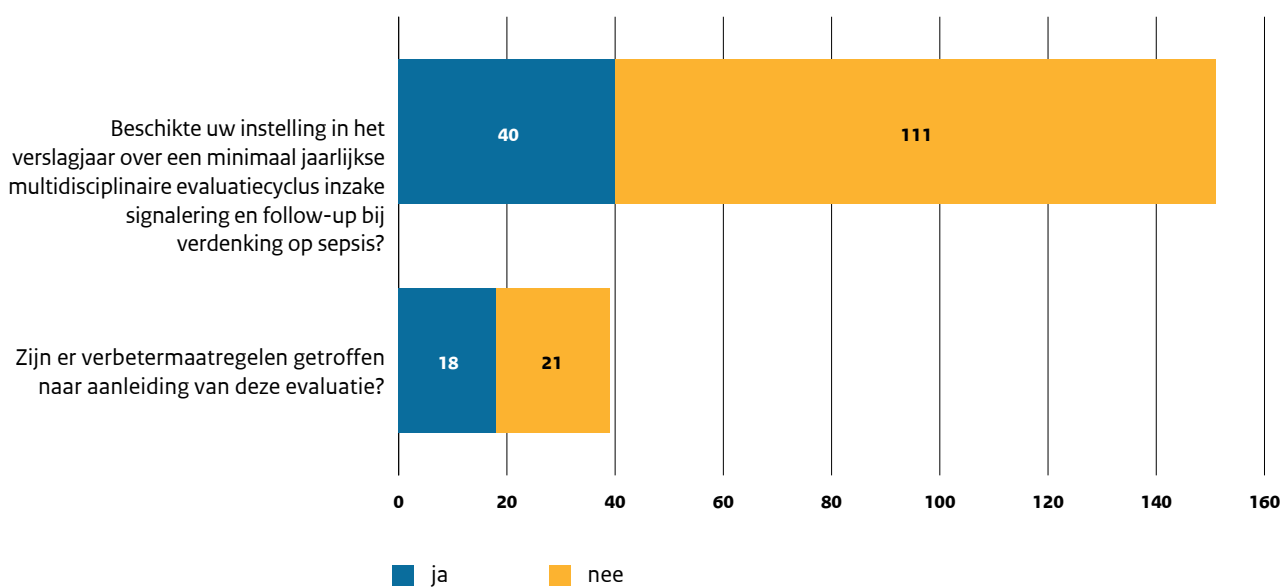
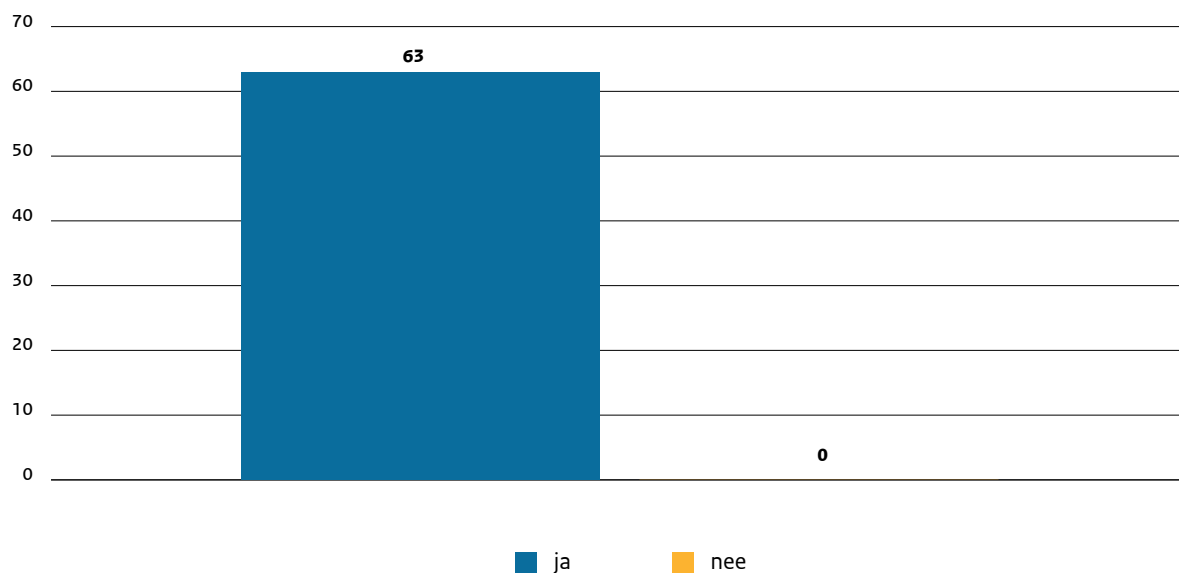


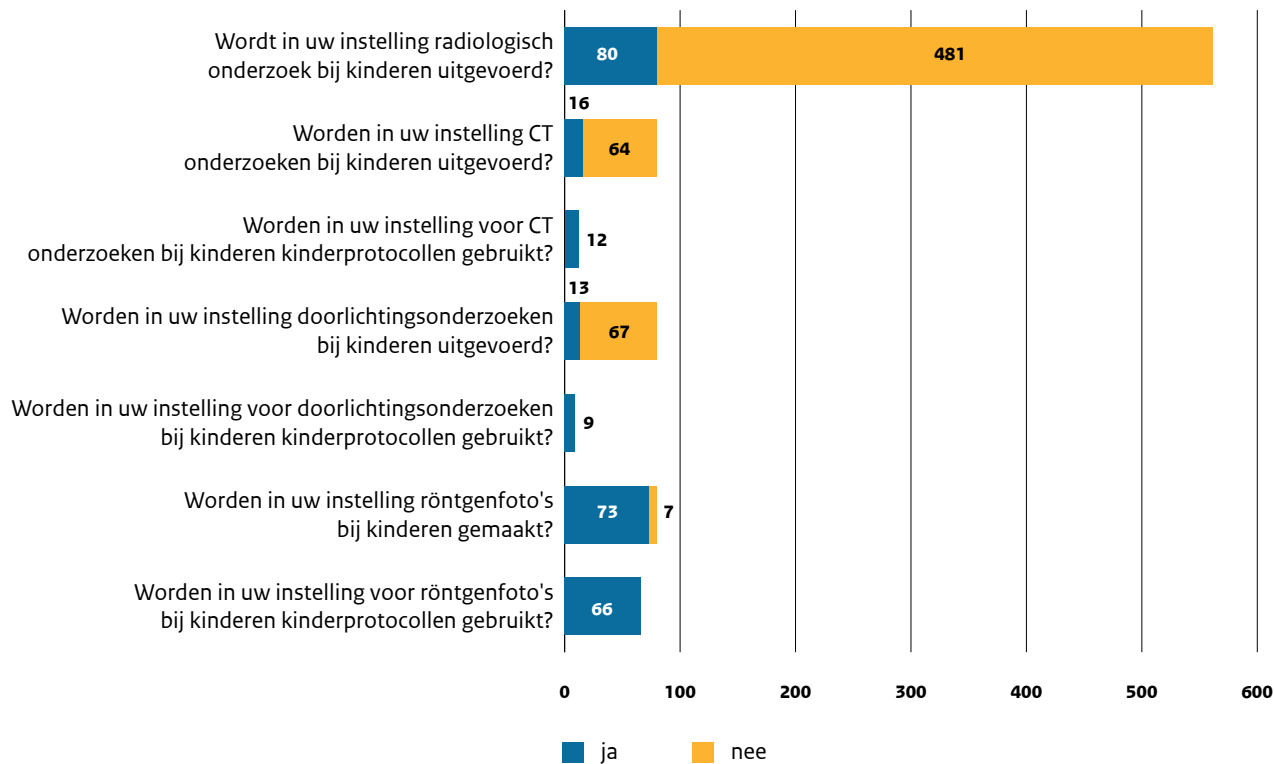
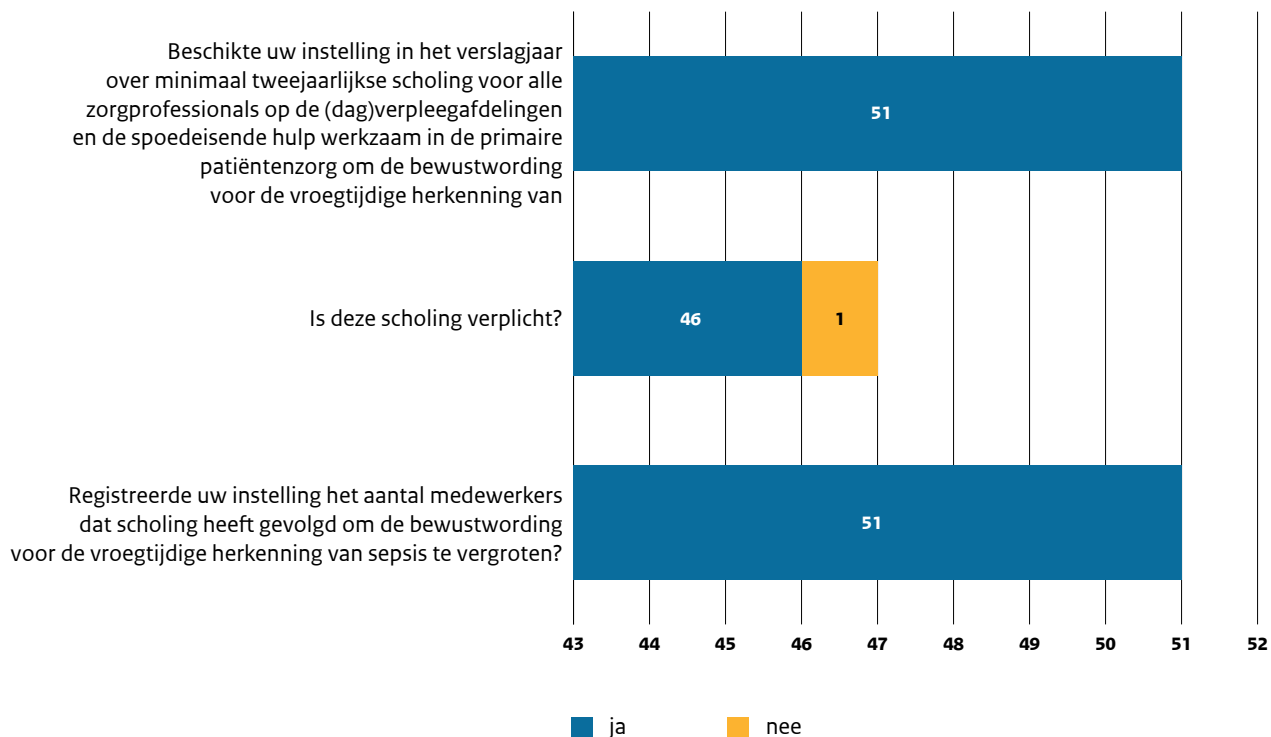
vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
A. Aantal reumatologen werkzaam in uw reumatologiepraktijk op 31 december van het verslagjaar.	18	2,00	1,03	2,00	1,00	5,00
B. Aantal fte reumatologen werkzaam in uw reumatologiepraktijk op 31 december van het verslagjaar.	18	0,85	0,71	0,65	0,10	2,80

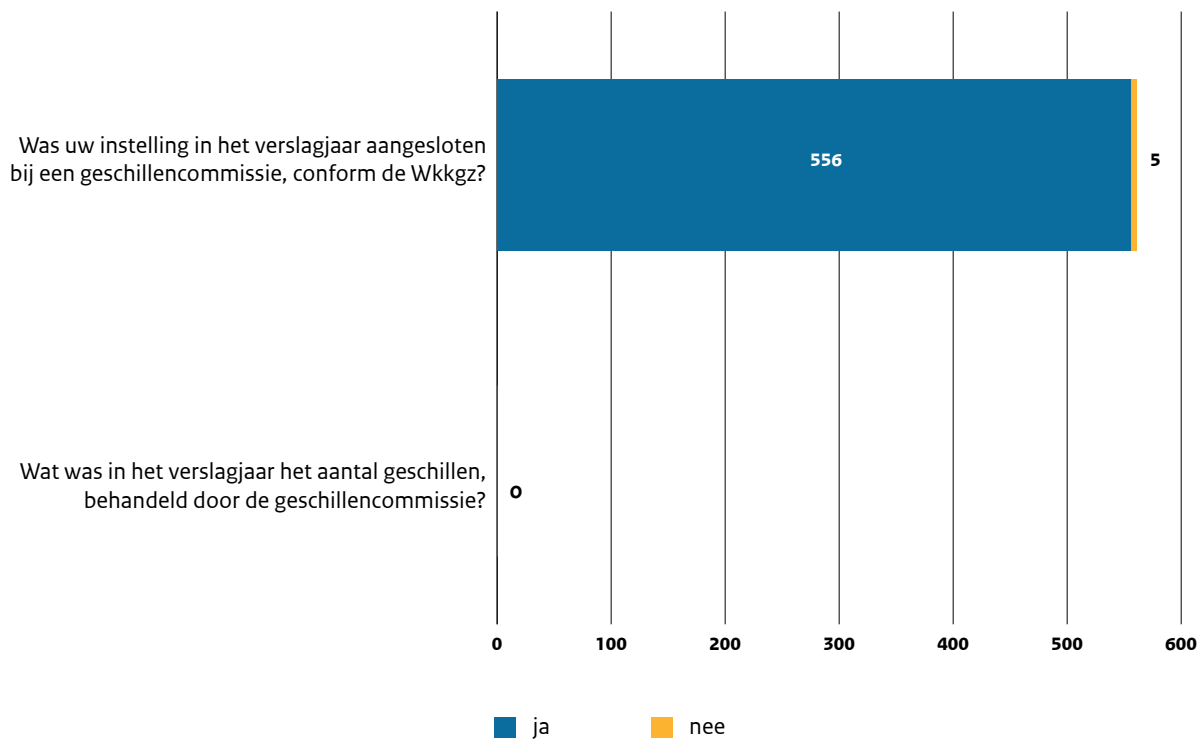
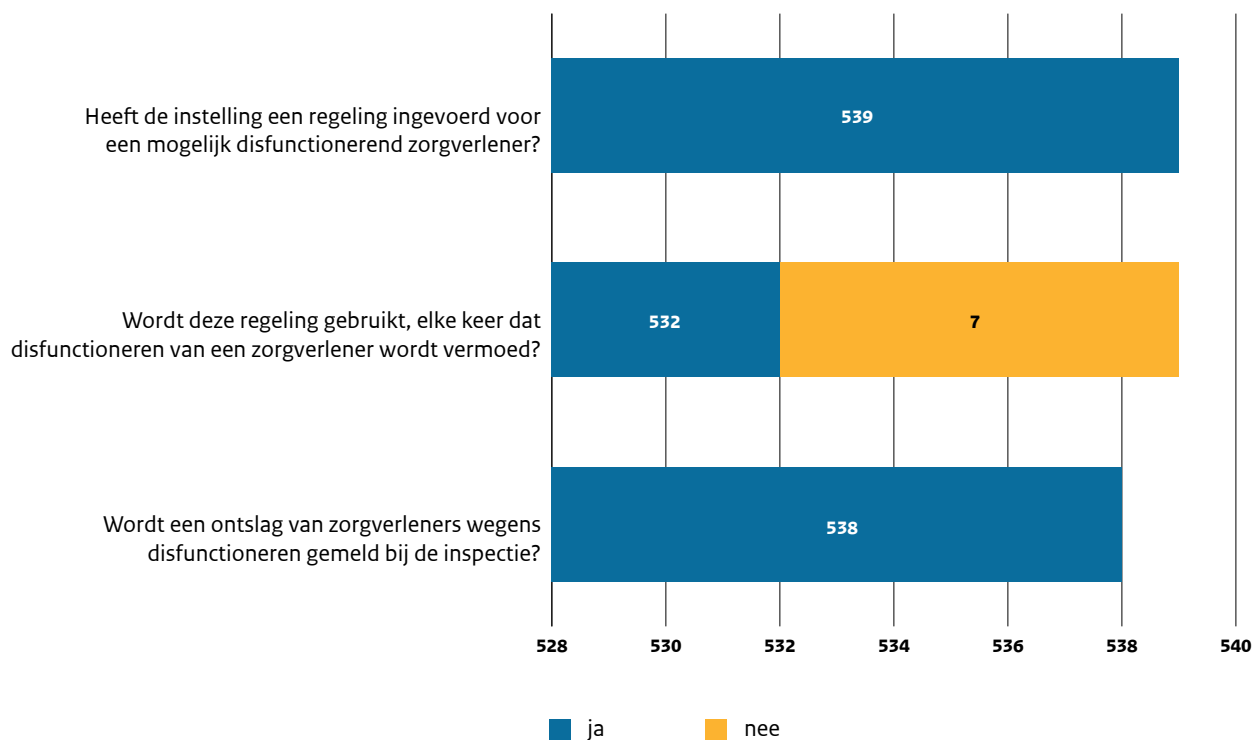




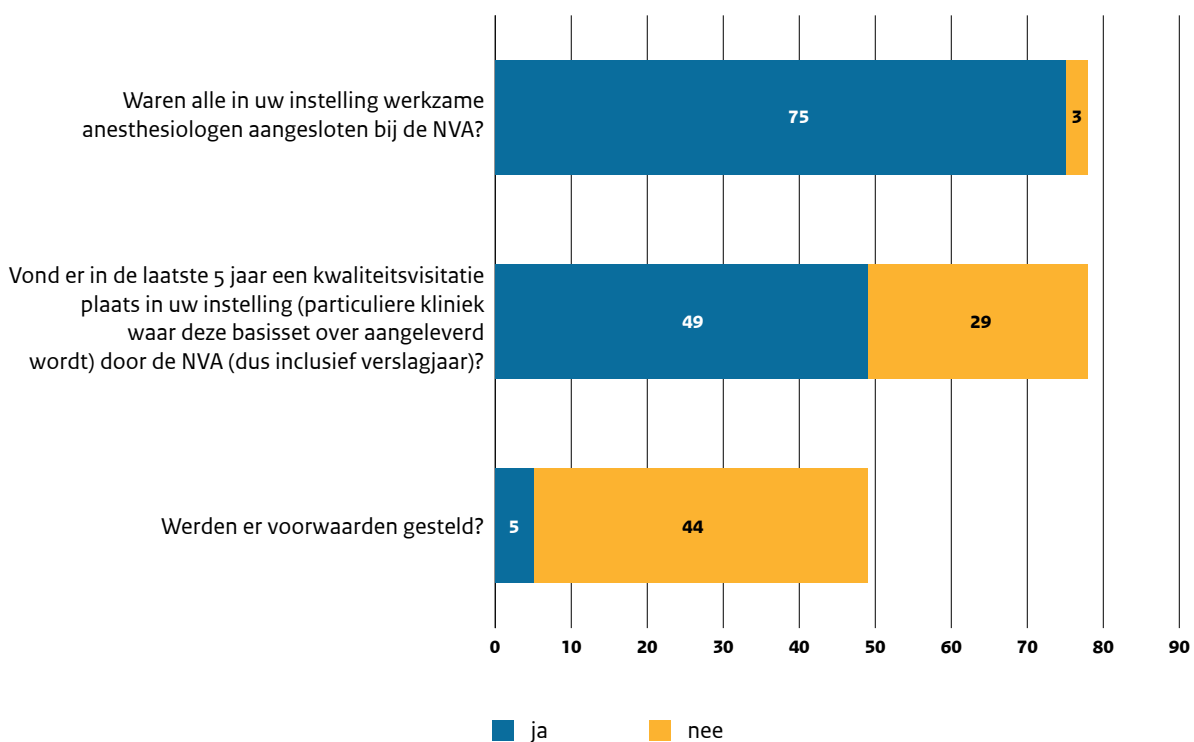
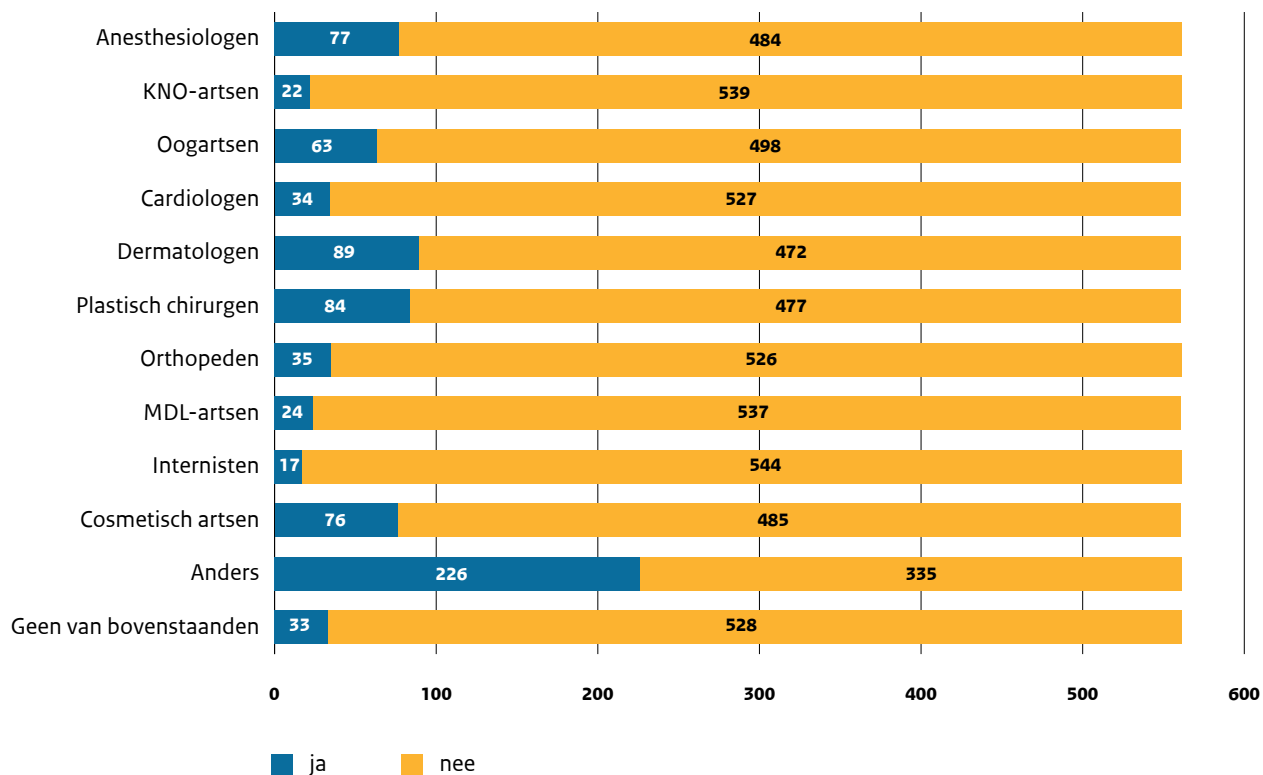
**Beschikt uw instelling over een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt?**

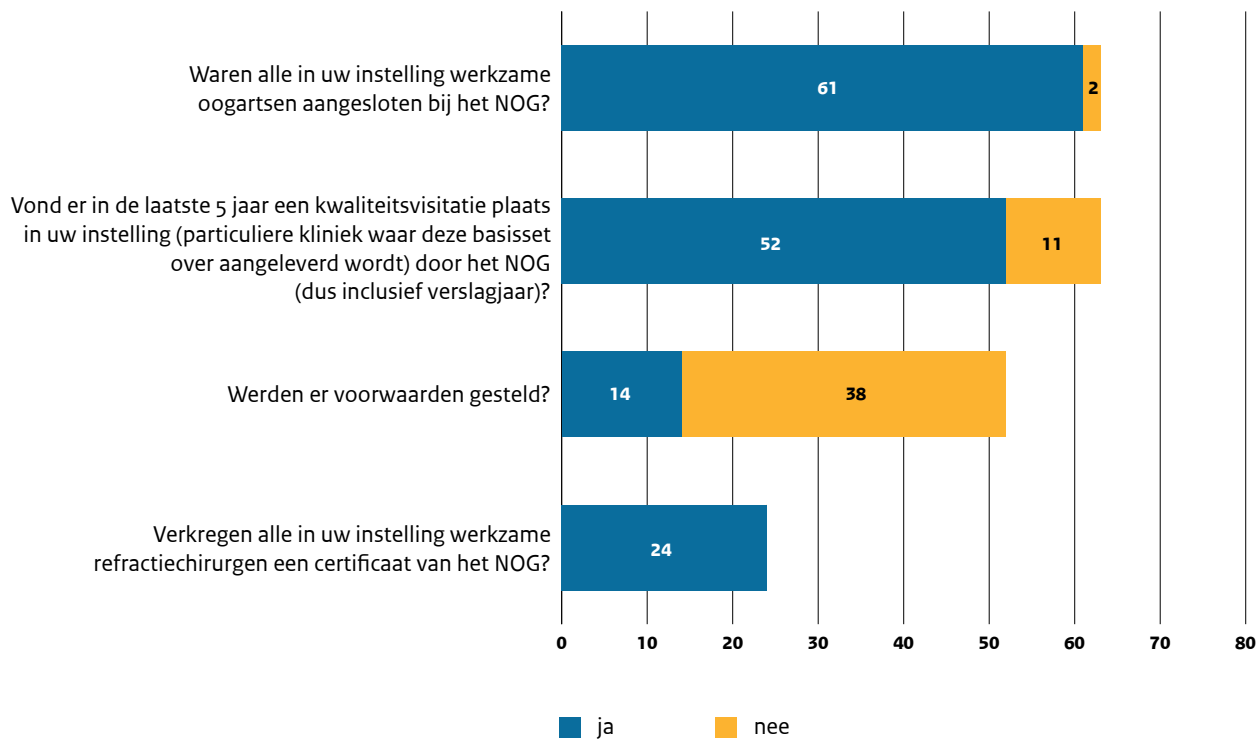
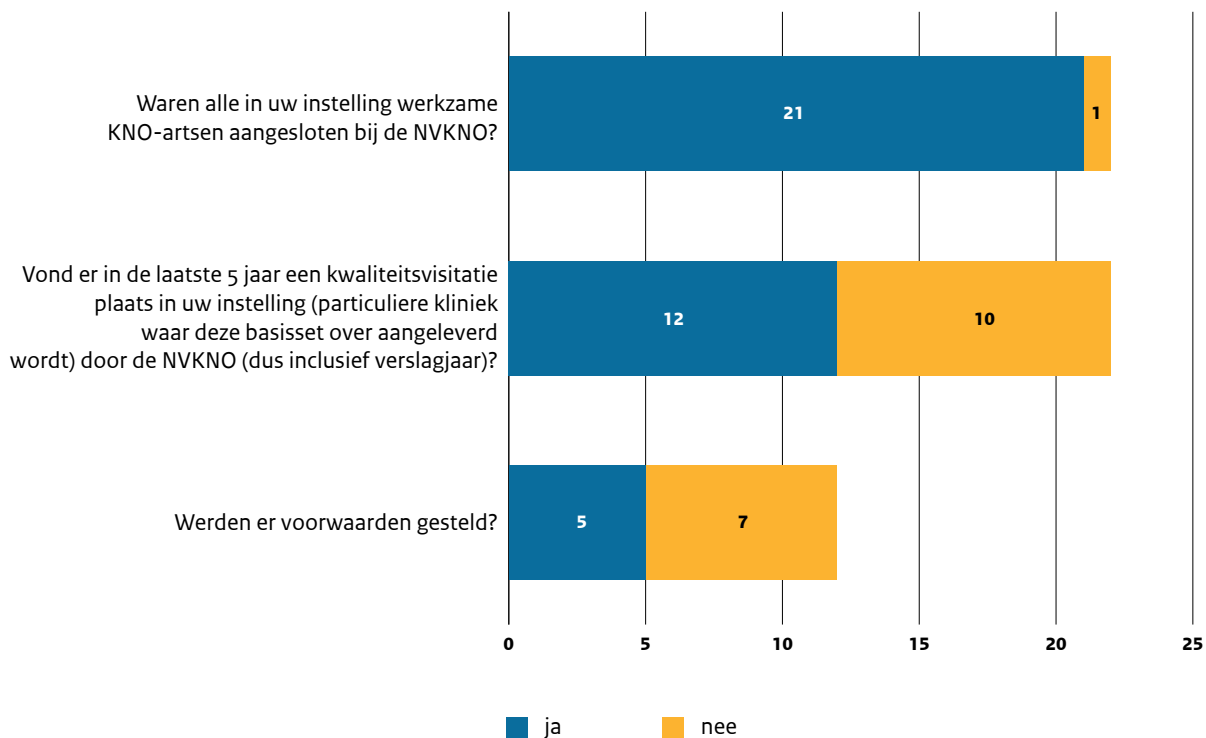


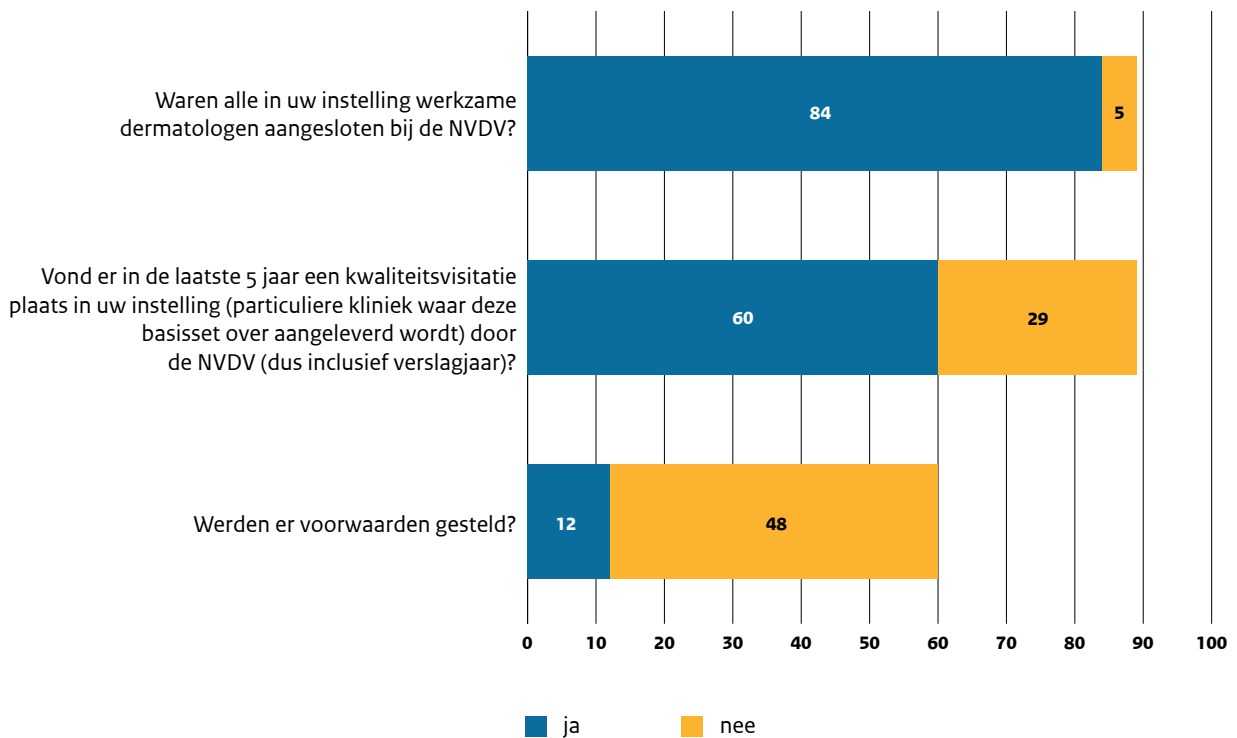
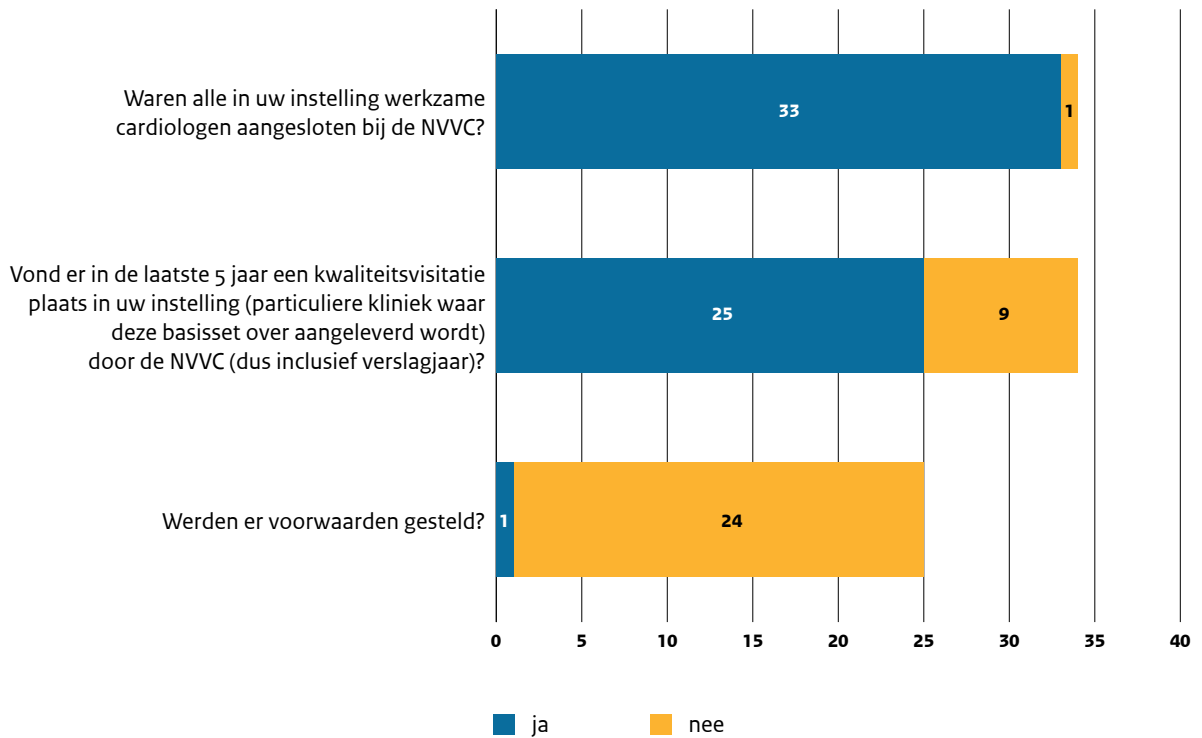


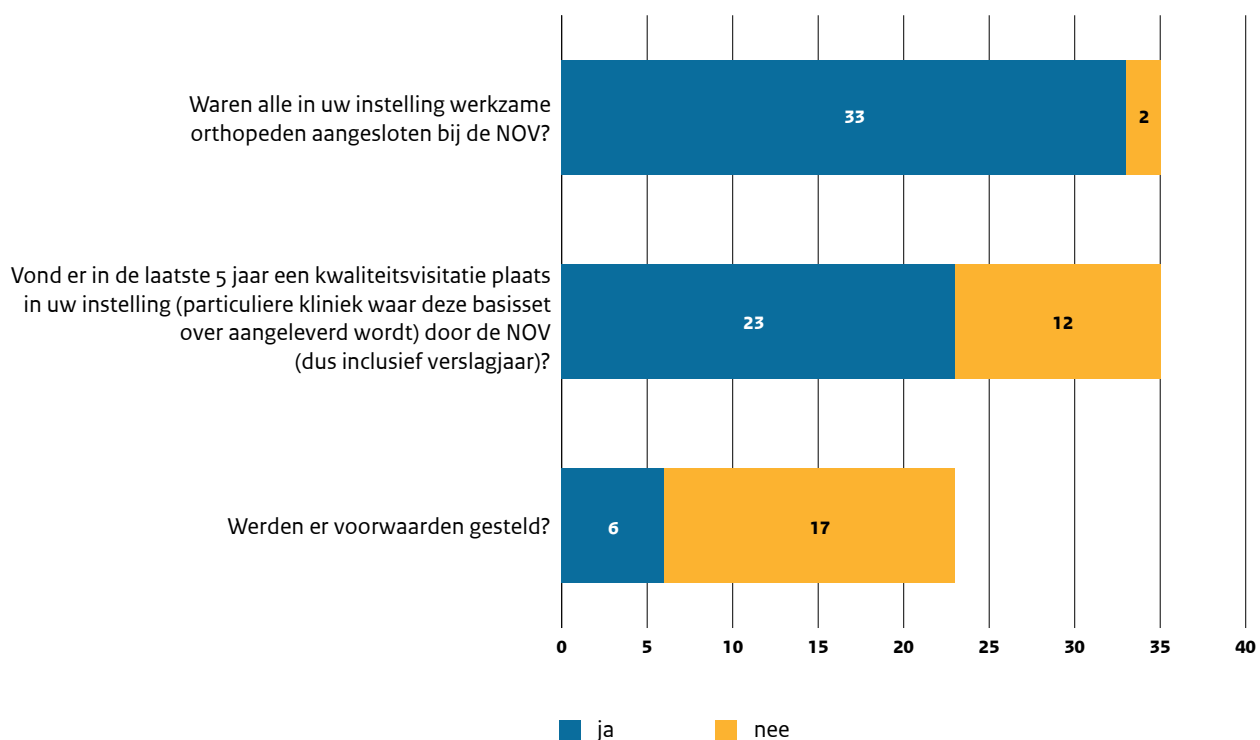
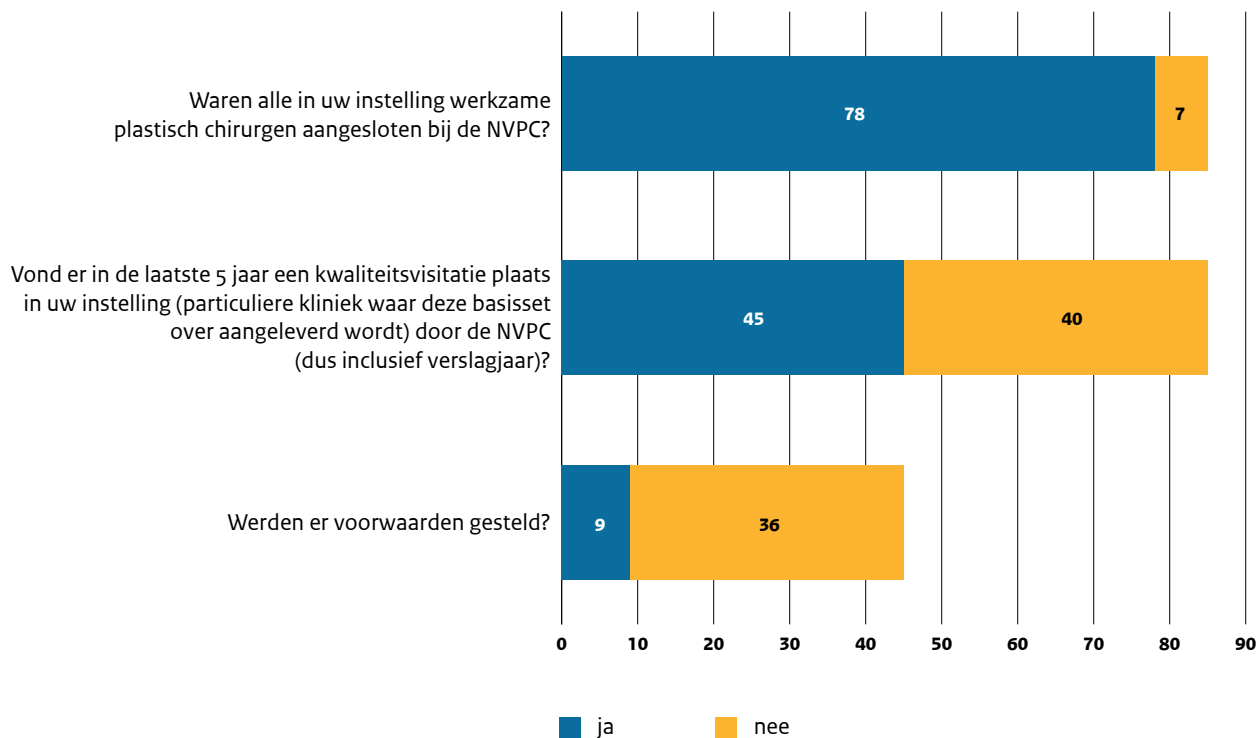


### Bij instelling werkzame specialisten/ artsen

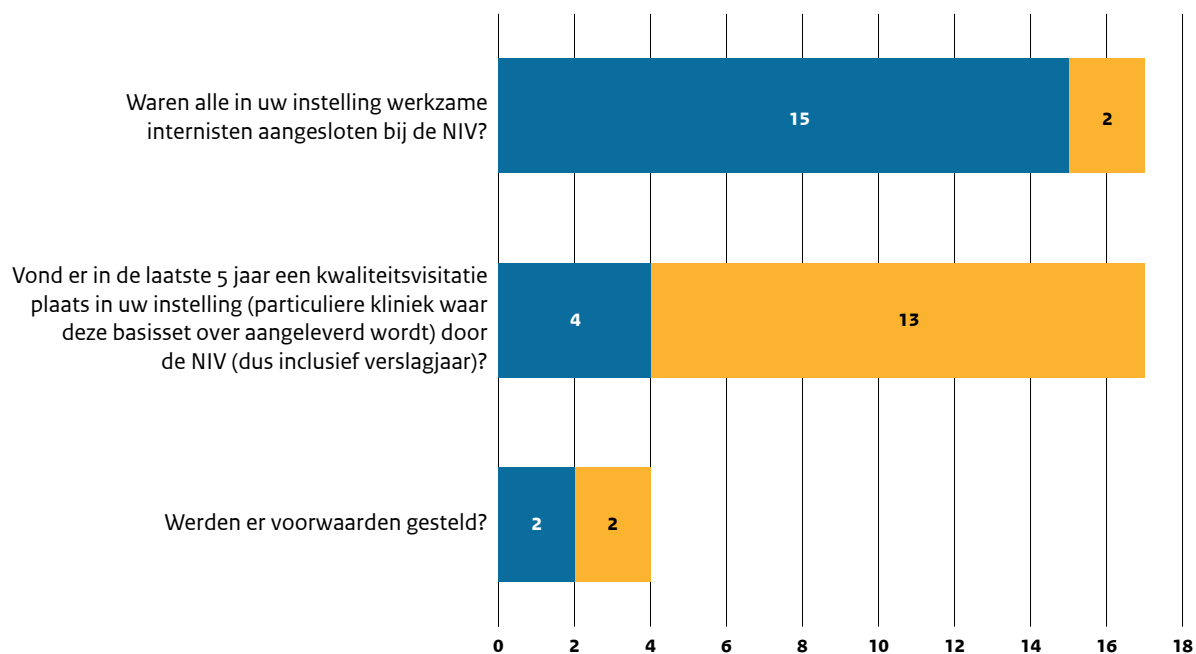
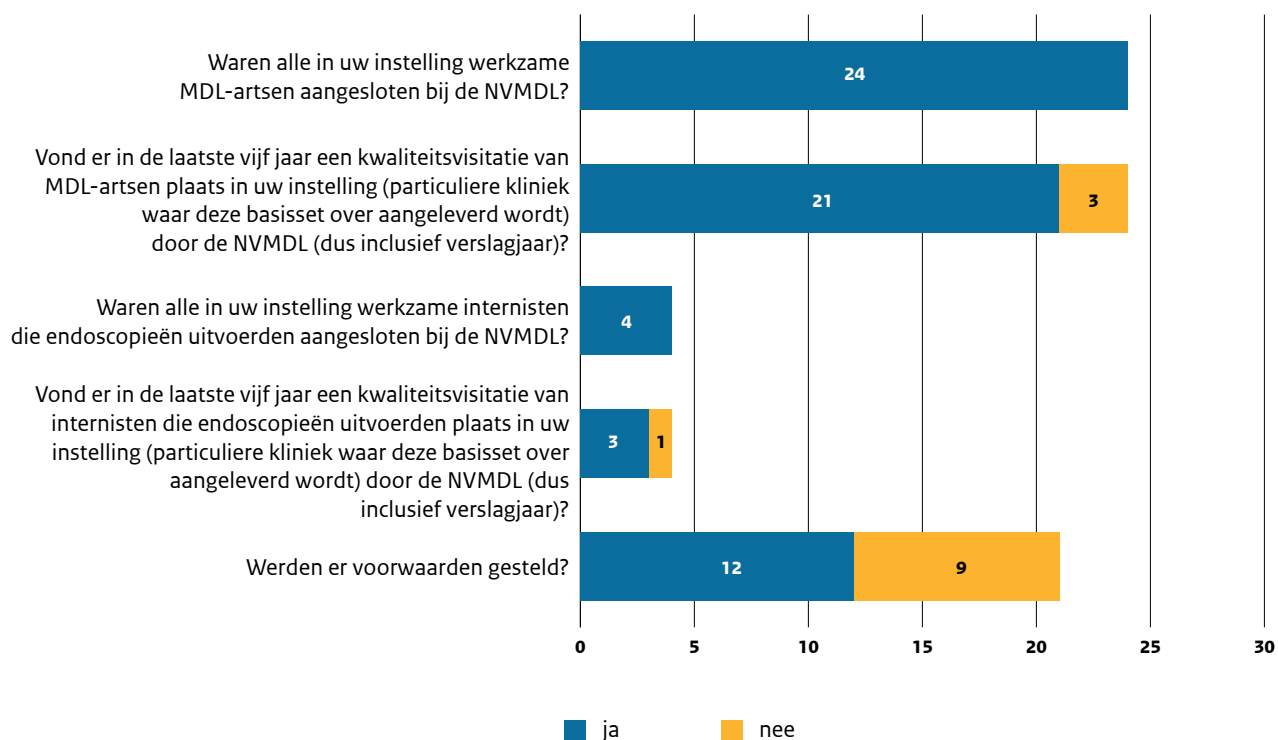


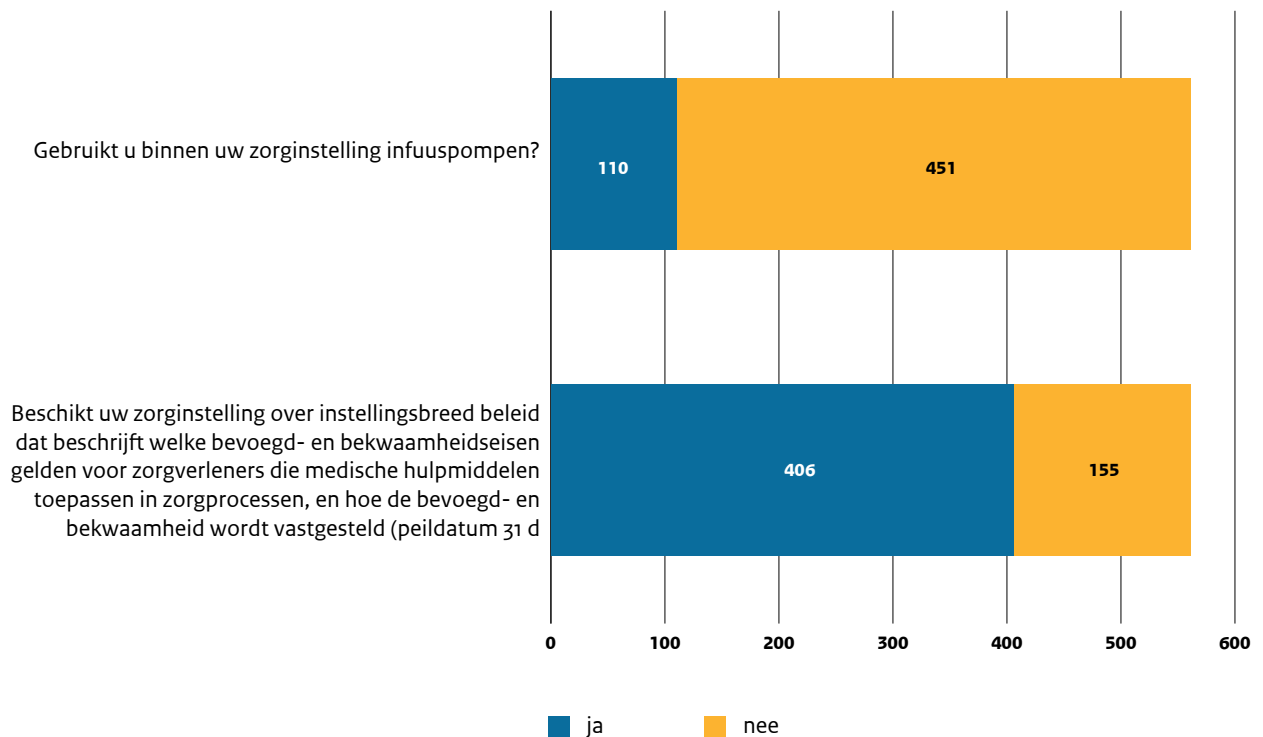
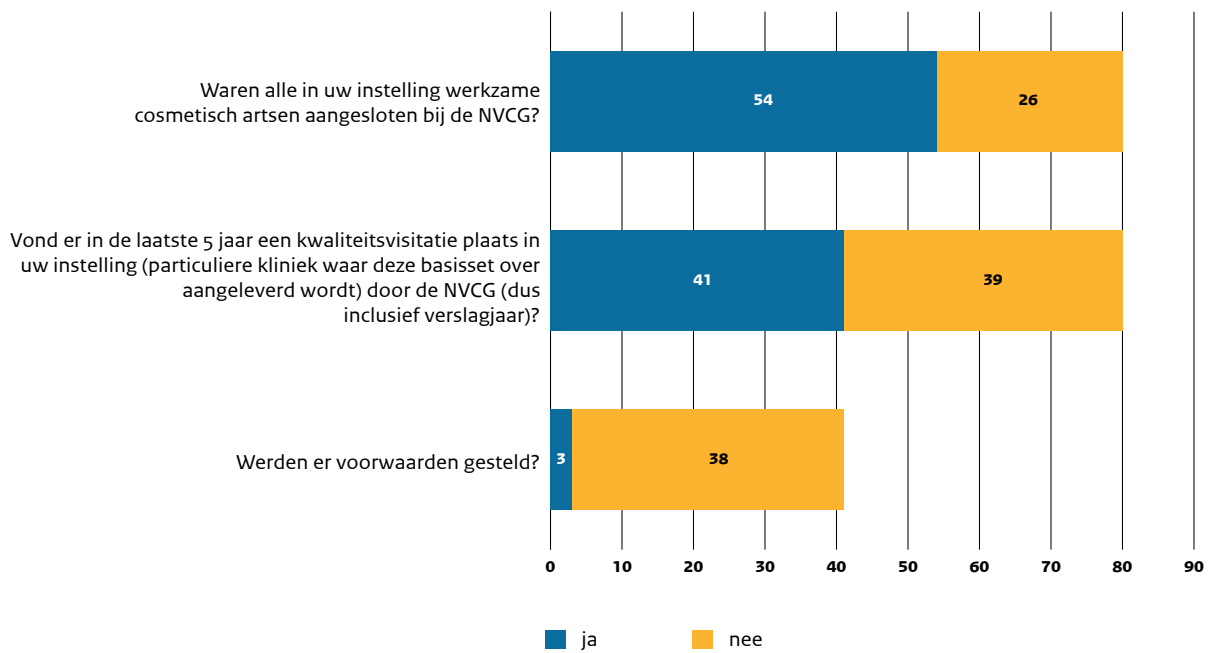












vraag	n	gemiddelde	sd	mediaan	min	max
Teller: Het aantal zorgverleners in uw instelling met een functie die het bedienen van infuuspompen omvat, dat op de peildatum was getoetst en geregistreerd aan uw instellingsbreed beleid met de vastgestelde eisen voor kennis en vaardigheden ten aanzien v	110	10,24	14,63	5,00	0,00	104,00
Noemer: Het aantal zorgverleners in uw instelling met een functie die het bedienen van infuuspompen omvat (peildatum 31 december van het verslagjaar).	110	10,37	14,96	5,50	0,00	104,00
Percentage zorgverleners in uw instelling met een functie die het bedienen van infuuspompen omvat dat op de peildatum 31 december was getoetst en geregistreerd aan de vastgestelde eisen voor kennis en vaardigheden (wordt automatisch berekend)	107	99,39	4,41	100,00	57,14	100,00

