



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Toezichtvragen en verbeterdoelen

Particuliere klinieken in beeld 2025

Utrecht, september 2026

Beeld: ANP | Patricia Rehe

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Toezichtvragen particuliere klinieken	4
Verbeterdoelen particuliere klinieken	6
Verbeterdoel: valpreventie	8
Verbeterdoel: antistollingsbeleid	9
Verbeterdoel: pijnbeleid	11
Verbeterdoel: Optimaliseren van diagnostische processen	13

Inleiding

Om inzicht te krijgen in de sector van particuliere klinieken, vraagt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) jaarlijks gegevens op met de uitvraag 'Toezichtvragen msz'. De IGJ gebruikt deze informatie om risico's te signaleren en hier het toezicht op af te stemmen.

De IGJ vraagt daarnaast aan sommige grote (ketens van) particuliere klinieken om hun resultaten op bepaalde verbeterdoelen (zie publicatie: Verbeterdoelen msz) uit te werken. De verbeterdoelen helpen de IGJ om te beoordelen hoe volwassen het kwaliteits- en verbeterproces van een kliniek is.

Deze publicatie is gebaseerd op gegevens die de klinieken in de periode van januari 2026 tot en met april 2026 hebben aangeleverd over het verslagjaar 2025. We beschrijven de ontwikkelingen binnen de particuliere klinieken op hoofdlijnen. En we lichten een aantal resultaten van de toezichtvragen en verbeterdoelen toe. We kiezen ervoor om in deze publicatie alleen de toezichtvragen te beschrijven waarvan de resultaten voor zoveel mogelijk klinieken relevant zijn en waar nog verbetering mogelijk is.

De IGJ verwacht dat particuliere klinieken deze informatie bekijken en zo nodig verbetermaatregelen nemen.

In totaal leverden 837 particuliere klinieken gegevens in. De vragenlijst die de IGJ gebruikt om deze gegevens te verzamelen omvat 40 vragen over verschillende onderwerpen. Bijvoorbeeld organisatorische onderwerpen, zoals: aanwezige faciliteiten en de samenstelling van het personeel. Maar ook leverden klinieken gegevens aan over zorguitkomsten zoals: het percentage herbehandelingen na een cosmetische ingreep. De IGJ gebruikt deze gegevens om het toezicht op deze sector aan te scherpen.

Deze publicatie bestaat uit 2 delen

1. **Toezichtvragen.** Eerst beschrijven we op hoofdlijnen ontwikkelingen binnen de sector particuliere klinieken. Dan volgt wat opvalt over zorg inhoudelijke vragen en rond patiëntenperspectief. Hierbij kiezen we voor toezichtvragen waarvan de resultaten voor zoveel mogelijk klinieken relevant zijn en waar nog verbetering mogelijk is.
2. **Verbeterdoelen.** Daarnaast heeft de IGJ aan sommige grote (ketens van) particuliere klinieken gevraagd om hun resultaten bij bepaalde verbeterdoelen uit te werken. Deze verbeterdoelen gaan over een specifiek risicovol thema in de medisch specialistische zorg. Met de verbeterdoelen wil de IGJ dat particuliere klinieken een volledige verbetercyclus borgen. Een verbetercyclus begint met een plan en uitvoering van dit plan. Vervolgens is er een evaluatie van de uitvoering. Deze evaluatie is de input voor verbetermaatregelen. Zo begint de verbetercyclus opnieuw. Dit zijn:
 - > Antistollingsbeleid: veilig gebruik van antistollingsmedicatie;
 - > Pijnbeleid: realiseren van een optimaal pijnbeleid in een particuliere kliniek;
 - > Valpreventie: voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen ten gevolge van een val in een particuliere kliniek;
 - > Diagnostische processen: de complexiteit van het diagnostisch proces;
 - > Eigen verbeterdoel: een thema dat voor de eigen organisatie relevant is voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Particuliere klinieken is een verzamelnaam voor instellingen die verzekerde (ZBC) en/of onverzekerde zorg (privékliniek) leveren. Voor de leesbaarheid spreken we in deze publicatie ook over klinieken, waar we particuliere klinieken bedoelen.

Toezichtvragen particuliere klinieken

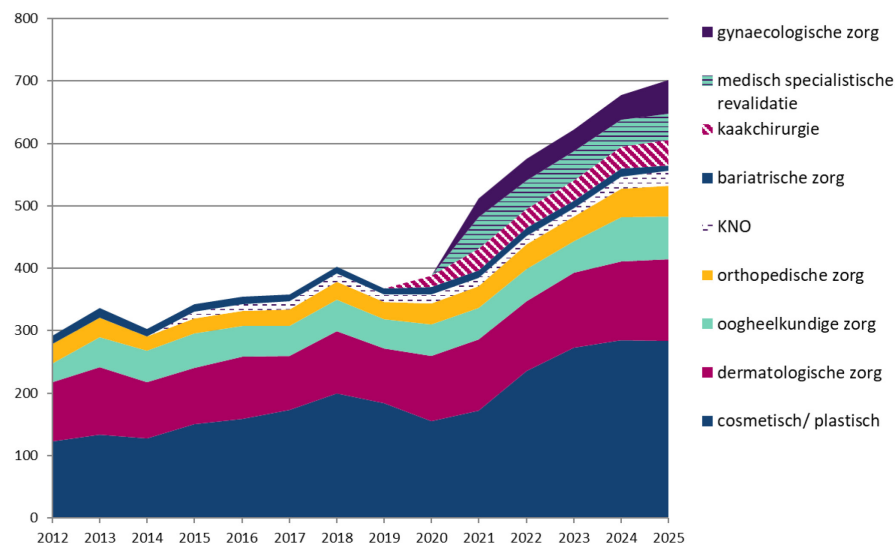


Ontwikkelingen 2025

- > Trend van groei van sector gaat door
- > Er zijn meer klinieken met gynaecologische zorg

In onderstaande grafiek is te zien hoe het aantal particuliere klinieken zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld en wat in grote lijnen de verschillende specialisaties inhouden.

Behandelaanbod particuliere klinieken 2013-2025



Sector blijft groeien

Het totaal aantal particuliere klinieken dat gegevens heeft aangeleverd, is gegroeid van 783 in 2024 naar 837 in 2025 (een groei van ruim 5%). Zij voerden gezamenlijk ruim 3 miljoen behandelingen uit, waarvan ruim

1,3 miljoen invasieve (door de huid/ in het lichaam) behandelingen. Hiermee zet de trend van groei door.

Meer klinieken met gynaecologische zorg

Het aantal particuliere klinieken dat gynaecologische zorg leverde en gegevens heeft aangeleverd, is ook dit jaar toegenomen: van 40 in 2024 naar 54 in 2025.



Zorginhoudelijk

- > Klinieken die operaties uitvoeren, hebben vaak geen zorgverlener met pijnbestrijding als aandachtsgebied
- > Elektronisch voorschrijven draagt bij aan veilige medicatiezorg
- > Training meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld vereist aandacht

Klinieken die operaties uitvoeren hebben veelal geen zorgverlener met pijnbestrijding als aandachtsgebied

Pijn is een belangrijk signaal van het lichaam. In veel gevallen moet pijn worden beschouwd als een factor die het resultaat van medische en chirurgische behandeling kan beïnvloeden. Pijn kan ook leiden tot een verminderde kwaliteit van leven bij patiënten. Het is daarom van essentieel belang dat pijn bij alle patiënten die zijn geopereerd tijdig herkend en waar mogelijk behandeld wordt. Een optimaal gepersonaliseerd pijnbeleid is dan ook belangrijk voor het welzijn van patiënten. Omdat pijn een belangrijk thema is binnen de zorg, is er een gelijknamig verbeterdoel door IGJ in samenwerking met veldpartijen gepubliceerd (zie pagina 11 in deze publicatie). In dit verbeterdoel worden een aantal randvoorwaarden gesteld, waarvan een aantal afgeleide toezichtvragen zijn geformuleerd en worden gesteld aan klinieken die niet uitgenodigd worden om het verbeterdoel aan te leveren. Cijfers genoemd in deze publicatie zijn gebaseerd op deze toezichtvragen.

Om invulling te geven aan het bovenstaande, is het van belang dat binnen een kliniek, die operaties uitvoert, minimaal één zorgverlener aanwezig is met 'pijn' als aandachtsgebied. Deze persoon is betrokken bij beleid en kan patiënten en zorgverleners binnen de kliniek adviseren over het herkennen en behandelen van pijn. Van de 108 klinieken die aangaven operaties uit te voeren, hadden 35 klinieken (32%) een zorgverlener met dit aandachtsgebied. Vorig jaar betrof dit 29%.

Uit het bovenstaande concludeert de inspectie dat het onderwerp 'pijn' meer aandacht krijgt in klinieken die operaties uitvoeren. Tegelijkertijd ziet de inspectie nog ruimte en noodzaak voor verdere verbetering. Daarom blijft de inspectie nadrukkelijk aandacht vragen voor dit belangrijke onderwerp. De inspectie zal veldpartijen hierop blijven aanspreken en in haar toezicht toezien op de organisatie hiervan.

Elektronisch voorschrijven draagt bij aan veilige medicatiezorg

Een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) ondersteunt de voorschrijver bij het signaleren van onveilige situaties en maakt daarom onderdeel uit van de professionele standaard. Een [EVS](#) dient ten minste de volgende functionaliteiten te bevatten: bewaking van interacties met andere geneesmiddelen, individuele gevoeligheden of overgevoeligheden van de patiënt, onjuiste doseringen, (pseudo)dubbelmedicatie en contra-indicaties en andere relevante patiëntkenmerken. Daarnaast verkleint een EVS de kans op fouten die kunnen ontstaan door onleesbare of handgeschreven recepten en ondersteunt het voorschrijvers bij complexe medicatiebeslissingen.

Van de 798 klinieken die aangaven medicatie voor te schrijven, beschikten 417 klinieken (68%) over een elektronisch voorschrijfsysteem met alle vijf de vereiste functionaliteiten voor medicatiebewaking.

De inspectie wijst klinieken erop dat het gebruik van een EVS een essentieel onderdeel is van het leveren van verantwoorde zorg. Het voorschrijven van geneesmiddelen zonder gebruik te maken van een elektronisch voorschrijfsysteem is niet toegestaan, tenzij sprake is van één van de in de [Richtlijn Elektronisch voorschrijven](#) beschreven uitzonderingssituaties. Voorschrijven zonder EVS is uitsluitend toegestaan wanneer elektronisch voorschrijven op de betreffende locatie niet mogelijk is en de voorschriften achteraf alsnog in een EVS worden ingevoerd, wanneer een voorschrijver uitsluitend een zeer beperkt palet aan geneesmiddelen voorschrijft en hiervoor vooraf een prospectieve risicoanalyse heeft uitgevoerd, wanneer een voorschrijver slechts zeer incidenteel geneesmiddelen voorschrijft en de medicatiebewaking aantoonbaar op een gelijkwaardig niveau uitvoert, of wanneer sprake is van een onvoorziene situatie waardoor elektronisch voorschrijven tijdelijk niet mogelijk is en de voorschrijver hierover achteraf verantwoording kan afleggen.

In haar toezicht beoordeelt de inspectie of zorgaanbieders een EVS op de juiste wijze hebben ingericht en toepassen. Daarbij toetst de inspectie onder meer of de voorschrijver tijdens het voorschrijven gebruikmaakt van de medicatiebewakingsfuncties van het EVS. Indien geen EVS aanwezig is (dat alle bovengenoemde functionaliteiten bevat), toetst de inspectie of er sprake is van een uitzonderings situatie die in de richtlijn wordt beschreven. In dat geval zal de zorgaanbieder aan moeten tonen dat de (handmatige) werkwijze voorziet in dezelfde functionaliteiten als een EVS zou bieden.

Training meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld vereist aandacht

Overall in de maatschappij kunnen professionals worden geconfronteerd met (signalen van) kindermishandeling en/of huiselijk geweld, ook bij zorgorganisaties. Daarom zijn zorgaanbieders op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht te beschikken over een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Deze meldcode beschrijft hoe zorgverleners moeten handelen bij vermoedens of signalen van kindermishandeling of huiselijk geweld.

Vrijwel alle particuliere klinieken (98%) beschikken over een meldcode. De scholing van zorgverleners in het gebruik van deze meldcode blijft echter een belangrijk aandachtspunt. Bij 24% van de klinieken worden zorgverleners niet getraind in het toepassen van de meldcode. Dit betekent een verslechtering ten opzichte van voorgaande jaren. Wanneer training ontbreekt, is het onzeker of de meldcode in de praktijk op de juiste manier wordt gebruikt. Daarom blijft de IGJ aandacht besteden aan dit onderwerp door hier structureel naar te vragen en de toepassing van de meldcode tijdens inspectiebezoeken te bespreken.

Verbeterdoelen particuliere klinieken

Op basis van gesignaleerde risico's in de Nederlandse gezondheidszorg zijn voor 2025 verbeterdoelen vastgesteld. Het doel hiervan is het stimuleren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Daarnaast bieden deze verbeterdoelen zowel de IGJ als het zorgveld inzicht in de kwaliteit van de medisch specialistische zorg, ongeacht of deze zorg wordt geleverd in ziekenhuizen of in particuliere klinieken.

De IGJ vroeg een groep grotere particuliere klinieken om een uitwerking van deze verbeterdoelen aan te leveren. Deze verbeterdoelen richten zich op specifieke risicovolle thema's binnen de medisch specialistische zorg en beschrijven de beoogde resultaten die moeten worden behaald. Klinieken mogen zelf bepalen op welke wijze zij deze doelen realiseren en aantonen, aangezien dit onder meer afhankelijk is van hun organisatie, de inrichting van systemen en de samenstelling van hun patiëntengroep. Hierdoor kunnen klinieken een aanpak kiezen die het best aansluit bij hun eigen praktijk om de realisatie van de verbeterdoelen te onderbouwen.

Resultaten particuliere klinieken

In totaal hebben 15 particuliere klinieken, die waren uitgenodigd om verbeterdoelen aan te leveren, met in totaal circa 220 locaties, verbeterdoelen aangeleverd. Verderop in deze publicatie worden de bevindingen per verbeterdoel op hoofdlijnen beschreven. De bevindingen in deze publicatie zijn gebaseerd op een analyse van ongeveer twee derde van de door particuliere klinieken aangeleverde verbeterdoelen.

De inspectie stuurde daarnaast een brief naar de klinieken die een verbeterdoel hebben aangeleverd met een beoordeling en ging met alle particuliere klinieken in gesprek over alle door hen aangeleverde verbeterdoelen. De brieven die bij deze gespreksverslagen horen, zijn [openbaar](#).

Sommige bevindingen kunnen worden gelezen als tekortkomingen die een risico vormen voor de zorg. Dit is echter niet altijd eenduidig uit de aangeleverde informatie af te leiden, omdat dit kan afhangen van diverse factoren, zoals het type behandelingen dat een kliniek uitvoert, de patiëntengroep die wordt behandeld en de wijze waarop de kliniek is georganiseerd. Deze verschillen maken het lastig om alle bevindingen op uniforme wijze te interpreteren.

In dialoog

De IGJ ging met alle klinieken die deze verbeterdoelen hebben aangeleverd in gesprek over de bevindingen. Het is van belang dat particuliere klinieken verantwoording afleggen over de kwaliteit van de geleverde zorg. Via de verbeterdoelen kunnen zij zelf invulling geven aan de wijze waarop zij dit doen, zodat de verantwoording aansluit bij hun eigen werkwijze. Dit stimuleert het gesprek over de thema's die in de verbeterdoelen centraal staan. Daarnaast kan de IGJ in deze gesprekken haar bevindingen toelichten. Ook wordt vastgesteld of sprake is van tekortkomingen die een risico vormen voor de zorg en daarom moeten worden hersteld. Indien herstel nodig is, ziet de IGJ er binnen het reguliere toezicht op toe dat deze tekortkomingen tijdig worden opgepakt en opgelost.

Handleiding en aanleverformulieren

Bij de ontwikkeling van de verbeterdoelen lag het zwaartepunt op het ziekenhuisperspectief. Hierdoor zijn niet alle onderdelen uit een verbeterdoel even relevant voor een particuliere kliniek. Daarom heeft de IGJ een handleiding en aanleverformulieren voor particuliere klinieken gemaakt. Zodat zij meer duidelijkheid krijgen over de onderdelen waarop zij moeten reflecteren en de manier waarop zij deze reflectie moeten aanleveren.

Het is goed om te zien dat de klinieken, die gevraagd zijn om over de verbeterdoelen te rapporteren, hier over het algemeen mee aan de slag zijn gegaan. Tegelijkertijd zijn er nog enkele punten die verbetering vragen. Bijvoorbeeld het formuleren van concrete (volgens 'SMART'-methode) verbetermaatregelen kan en moet beter. Verder ontbrak in de terugkoppeling regelmatig een aantoonbare verbetercyclus (volgens 'PDCA'-methode) met een concrete uitwerking daarvan. Feitelijke onderbouwing met behulp van data ontbrak bij het merendeel van de verbeterdoelen. Deze feiten/data zijn niet alleen belangrijk om aan de IGJ te laten zien, maar zijn vooral ook voor de zorgaanbieder zelf noodzakelijk als stuurinformatie. Ook deze algemene bevindingen zullen worden besproken met de klinieken en waar nodig zal de IGJ afspraken maken over verbetering.

Inspiratiesessie en uitwisselbijeenkomsten

In het kader van 'leren en verbeteren' vindt op 5 oktober 2026 opnieuw een inspiratiesessie plaats voor ziekenhuizen en particuliere klinieken. Deze sessie gaat over het verbeterdoel 'Ondervoeding'. Afgelopen jaar vond eveneens een inspiratiesessie plaats, die was gericht op het verbeterdoel 'Antistollingsbeleid'. Van deze sessie hebben we een [Rode draad - Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid](#) gepubliceerd. Daarnaast organiseert de Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) een bijeenkomst waarin klinieken ervaringen kunnen uitwisselen en van elkaar kunnen leren.



Verbeterdoel: valpreventie

Voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen ten gevolge van een val in een particuliere kliniek.

Valpreventie

Als (kwetsbare) ouderen ten val komen heeft dat vaak ernstige gevolgen voor hun zelfstandigheid, zelfredzaamheid en mobiliteit. Vallen en valgerelateerd letsel hebben dan ook grote gevolgen voor de kwaliteit van leven van deze ouderen. Daarnaast komt een deel van de ouderen te overlijden als gevolg van een val.

De groep patiënten met valgerelateerd letsel is ook de groep waarvoor preventie van een herhaalde val belangrijk is. Een eerdere val is namelijk de belangrijkste voorspeller voor opnieuw vallen. Daarnaast kunnen de gevolgen van de val, waaronder functieverlies, ook de kans op opnieuw vallen vergroten.

Algemeen beeld

Particuliere klinieken moeten zicht hebben op valincidenten tijdens opname, eventuele trends signaleren en gericht verbeteren. Alle beoordeelde klinieken gaven aan planbare zorg te leveren met aandacht voor valpreventie. Zo werd bij opname in alle klinieken een valrisicobeoordeling uitgevoerd volgens een vastgelegd protocol, waarna bij een verhoogd risico preventieve maatregelen tijdens de opname werden ingezet.

Het verbeterdoel vraagt aan te tonen dat de kliniek de multifactoriële valrisicobeoordeling en de daarop gebaseerde behandeling tijdens de opname heeft geborgd. Uit de aangeleverde informatie bleek dat dit niet bij alle beoordeelde klinieken expliciet als multifactoriële valrisicobeoordeling was beschreven. Eén beoordeelde kliniek benoemde deze beoordeling afzonderlijk en gaf aan gebruik te maken van een specifieke multifactoriële valrisicobeoordeling. De overige beoordeelde klinieken beschreven wel verschillende vormen van valrisicobeoordeling,

maar maakte niet altijd duidelijk dat sprake was van een multifactoriële aanpak.

De beoordeelde klinieken beschikten over beleid voor het signaleren van valrisico bij kwetsbare ouderen. Dit gebeurde door middel van screening op risicofactoren en een gestructureerde risico-inventarisatie, waarbij onder andere werd gevraagd: 'Bent u de afgelopen 12 maanden gevallen?', 'Bent u bezorgd om te vallen?' en 'Heeft u moeite met bewegen, lopen of uw balans te houden?'. Meerdere klinieken gaven daarnaast aan aanvullende instrumenten toe te passen, zoals de kwetsbaarheidsscore (GFI), medicatiebeoordeling met aandacht voor valrisico verhogende middelen, beoordeling van alcoholgebruik, bloeddrukmetingen inclusief orthostatische hypotensie, evaluatie van de voedingstoestand (SNAQ-score), en het in kaart brengen van mobiliteits-, visus- en gehoorbeperkingen.

Bij een positieve valrisicobeoordeling werden in veel klinieken gerichte interventies ingezet, zoals het verstrekken van antislipsokken, verwijzing naar een valpreventiepoli, het betrekken van een begeleider en het toezien op correct gebruik van hulpmiddelen zoals een bril of gehoorapparaat. Bij één kliniek vormde een positieve valrisicobeoordeling een exclusie criterium voor behandeling. Ook werden patiënten geadviseerd om bij duizeligheid rustig en geleidelijk op te staan. Daarnaast informeerden klinieken de patiënt over het verhoogde valrisico, werd de behandelend arts op de hoogte gebracht en werd het risico vastgelegd in de verpleegkundige rapportage binnen het EPD.

Veel klinieken hadden geborgd dat valincidenten tijdens opname werden geanalyseerd. In vergelijking met vorig jaar had een groot deel van deze klinieken op basis van de uitkomsten van deze analyses passende verbetermaatregelen genomen, waardoor de aanpak en opvolging van valincidenten concreter zichtbaar zijn geworden. Over het algemeen was er een duidelijke koppeling tussen analyse en verbeteracties, wat laat zien dat klinieken actief stuurden op kwaliteitsverbetering. Tegelijkertijd viel op dat de analyses voornamelijk waren gebaseerd op incidentregistraties (VIM-meldingen), waardoor de kwaliteitsmeting beperkt en grotendeels reactief was. Verdere versterking is mogelijk door ook procesmetingen, naleving van afspraken en audits structureel

mee te nemen in de evaluatie. Een sterke meldcultuur blijft daarbij belangrijk, omdat registratie van incidenten bijdraagt aan inzicht en verbetering; het uitsluitend streven naar minder incidentenmeldingen kan leiden tot het vermijden van het melden van een incident en dat mag niet het doel zijn.



Goede voorbeelden van klinieken ter inspiratie

- > Organiseren van themadagen of klinische lessen voor medewerkers over valpreventie en de toepassing van het bijbehorende protocol.
- > Schriftelijke instructies over veilig bewegen en begeleiding in de thuissituatie verstrekken aan patiënten na ontslag.
- > Gebruik maken van een tolk of begeleider om de communicatie over valrisico en preventieve maatregelen te verbeteren wanneer taal een belemmering vormt.
- > Een poster over valpreventie is door een beoordeelde kliniek ontwikkeld en gedeeld via e-mail, voorzien van een link naar het protocol. De poster is daarnaast opgehangen op de verpleegafdeling om de aandacht voor valpreventie te vergroten.
- > Veiligheidsrondes organiseren, waarbij systematisch wordt gecontroleerd op onder meer losse snoeren en obstakels die een valrisico voor patiënten kunnen vormen. Op deze manier worden valrisico's tijdig gesignaleerd en waar mogelijk beperkt.
- > Medewerkers gedurende het jaar via interne nieuwsberichten informeren over valpreventie, waaronder de maatregelen binnen de organisatie en de procedure voor het melden van valincidenten.
- > Valpreventie-adviezen zijn opgenomen in de patiëntjourney-app door een beoordeelde kliniek en tijdens de jaarlijkse 'Week van de Valpreventie' is extra aandacht besteedt aan het onderwerp via interne communicatie en patiëntinformatie.



Verbeterdoel: antistollingsbeleid

Veilig gebruik van antistollingsmedicatie.

Antistolling

Aan het gebruik van antistollingsmedicatie zijn risico's verbonden. Te veel kan leiden tot bloedingen en te weinig kan leiden tot infarcten of (recidief) trombose. Ook neemt de complexiteit van de zorg voor patiënten die antistollings-medicatie gebruiken toe. Dit komt doordat er meer soorten medicijnen worden gebruikt en er meer oudere patiënten zijn met meerdere aandoeningen. Daarom is het belangrijk dat particuliere klinieken het antistollingsprotocol goed naleven. En dat het altijd mogelijk is om een beroep te doen op een zorgprofessional met kennis en expertise van antistollingsmedicatie. Samenhang in de keten van zorg is hierbij cruciaal.

Dit verbeterdoel is van toepassing voor particuliere klinieken die operaties uitvoeren.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Het hebben van een antistollingsprotocol én een verbetercyclus zodat het protocol in de praktijk goed wordt nageleefd.
2. Duidelijke afspraken over hoe de lokale antistollings-expertise is georganiseerd én een verbetercyclus van de lokale antistollingsexpertise.

Algemeen beeld

Alle beoordeelde klinieken waarvan het verbeterdoel was geanalyseerd, beschikten over een protocol voor het veilig gebruik van antistollingsmedicatie. In deze protocollen waren onder andere de verantwoordelijkheidsverdeling binnen de antistollingszorg en de afspraken over het voorschrijven en beheren van antistollingsmedicatie vastgelegd. Bij enkele van de klinieken waren de afspraken over de communicatie met patiënten en andere zorgverleners over het

antistollingsbeleid nog onvoldoende uitgewerkt. Vrijwel alle beoordeelde klinieken beschreven wel op welke wijze het antistollingsbeleid periodiek werd geëvalueerd.

Bijna alle beoordeelde klinieken hadden de lokale antistollingsexpertise georganiseerd. Bij de meeste klinieken was ten minste één arts, veelal een anesthesioloog, verantwoordelijk voor deze expertise en ook buiten kantooruren bereikbaar wanneer patiënten waren opgenomen. Eén beoordeelde kliniek beschikte niet over een georganiseerde lokale antistollingsexpertise.

Hoewel bijna alle klinieken aangaven het antistollingsbeleid periodiek te evalueren, was bij het merendeel onvoldoende duidelijk hoe het functioneren van de lokale antistollingsexpertise zelf werd geanalyseerd of gemonitord. Veel klinieken verwezen naar casuïstiekbesprekingen, VIM-meldingen, audits, dossieronderzoek of periodieke evaluaties binnen de vakgroepen. Deze activiteiten gaven wel inzicht in het antistollingsbeleid, maar beantwoordden niet de vraag hoe het functioneren van de lokale antistollingsexpertise werd beoordeeld. De inspectie verwacht dat klinieken expliciet analyseren of de antistollingsexpertise in de praktijk naar behoren functioneert, bijvoorbeeld door inzicht te hebben in de inzet van de expertise, de bereikbaarheid, de beschikbaarheid buiten kantooruren en de wijze waarop vragen worden afgehandeld. Opvallend is dat veel klinieken, ondanks het ontbreken van een dergelijke analyse, concluderen dat de lokale antistollingsexpertise voldoende is geborgd en dat wijzigingen in de organisatie of een nadere evaluatie daarom niet nodig zijn. De inspectie verwacht dat klinieken hier kritischer op reflecteren en het functioneren van de lokale antistollingsexpertise systematisch evalueren. Alleen op die manier ontstaat inzicht in mogelijke verbeterpunten en kan de kwaliteit van de antistollingszorg verder worden versterkt.

Dit was het laatste jaar waarin de inspectie het verbeterdoel 'Veilig gebruik van antistolling' heeft uitgevraagd. De afgelopen vijf jaar is op dit complexe en risicovolle thema veel bereikt.



Goede voorbeelden van klinieken ter inspiratie

- > De lokale antistollingsexpertise is georganiseerd in samenwerking met een ziekenhuis in de regio, waardoor aanvullende expertise beschikbaar is wanneer dat nodig is.
- > Het perioperatieve antistollingsbeleid is opgenomen in het interne auditprogramma. Hierbij worden periodiek verschillende onderdelen van het beleid getoetst.
- > Er zijn goede voorbeelden van kwaliteitsfunctionarissen die de uitvoering van het beleid analyseren en beoordelen. Interne audits, TOP-audits en dossieronderzoeken worden gedaan. Ook worden incidenten met antistolling geanalyseerd.
- > Een beoordeelde kliniek vergelijkt het beleid rondom tromboseprofylaxe tweemaal per jaar met de regionale afspraken en richtlijnen en actualiseert het beleid indien nodig.
- > Naar aanleiding van een interne audit heeft een beoordeelde kliniek de informatievoorziening aan patiënten over Fraxiparine verbeterd.
- > Op basis van de analyse heeft een beoordeelde kliniek concrete verbetermaatregelen geformuleerd, waaronder het vergroten van de bekendheid van de anesthesiologische antistollingsexpertise en het verduidelijken van de bereikbaarheid buiten kantooruren. Het effect van deze maatregelen wordt geëvalueerd door de toets/enquête opnieuw uit te voeren.



Verbeterdoel: pijnbeleid

Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de particuliere kliniek.

Optimaal pijnbeleid

Pijn is een belangrijk signaal voor het lichaam en kan leiden tot een verminderde kwaliteit van leven. Het is belangrijk dat pijn bij alle patiënten tijdig herkend en behandeld wordt. Zodat de zorg verbetert en er minder risico's zijn voor patiënten.

Dit verbeterdoel is van toepassing voor particuliere klinieken die operaties uitvoeren.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. een pijnbeleid
2. goede toegang tot expertise
3. een passend signaleringssysteem
4. beheersing van gebruik pijnmedicatie
5. niet farmacologische interventies bij pijn

Algemeen beeld

Uit de aangeleverde informatie bleek dat de beoordeelde klinieken een pijnbeleid hadden ingevoerd. Dit beleid bestaat uit drie onderdelen: het opsporen van pijn (zoals de pijnmeting, de frequentie van meten, de praktische uitvoering en de eventuele vervolgacties op basis van de uitkomsten), de behandeling van pijn en de interne sturing op de uitvoering van de pijnscreening en -behandeling. Niet alle beoordeelde klinieken gaven echter inzicht in hoe zij de praktische uitvoering van de pijnmetingen en de opvolging van de resultaten intern aanstuurden en bewaakten.

Alle beoordeelde klinieken beschikten over lokale pijnexpertise. Deze expertise was volgens de klinieken belegd binnen de vakgroep

anesthesiologie, waar ten minste één arts met pijn als aandachtsgebied werkzaam was.

Opvallend was dat ook bij de vraag 'Op welke wijze is het functioneren van deze lokale pijnexpertise geanalyseerd of gemeten?' de meeste beoordeelde klinieken vooral beschreven welke activiteiten of kwaliteitsinstrumenten zij hadden ingezet, zoals periodiek vakgroep overleg, interne audits of tracers, jaarlijkse controle van het pijnprotocol, dossieronderzoek, complicatieregistratie, patiënttevredenheidsonderzoeken en het bijhouden van ontwikkelingen via de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA). Deze antwoorden gaven vooral inzicht in de borging van het pijnbeleid, maar minder in de wijze waarop het functioneren van de lokale pijnexpertise zelf werd geëvalueerd.

Slechts één beoordeelde kliniek beschreef expliciet hoe het functioneren van de lokale pijnexpertise werd geanalyseerd. Deze kliniek deed dit door structureel behandelend artsen te bevragen over onder andere de frequentie waarmee de anesthesioloog werd geconsulteerd en de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de pijnexpertise, zowel binnen als buiten kantooruren. Daarnaast werd het functioneren periodiek besproken tijdens het Medisch Specialisten Overleg (MSO), waarin casuïstiek, ervaringen en verbeterpunten rondom het pijnbeleid en de pijnexpertise, inclusief niet-farmacologische interventies, werden geëvalueerd.

Alle beoordeelde klinieken gaven aan te beschikken over een adequaat signaleringssysteem voor het opsporen van pijn, waarin afspraken waren vastgelegd over de frequentie van pijnmetingen en de registratie daarvan. De pijnmetingen werden systematisch uitgevoerd volgens een vast protocol, meestal met behulp van de VAS- of NRS-score, op vooraf bepaalde momenten in het zorgproces, zoals op de verkoeper, tijdens de opname, bij ontslag en, waar van toepassing, tijdens de postoperatieve nazorg. De uitkomsten werden vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier. Daarnaast hadden alle beoordeelde klinieken beleid ontwikkeld waarin de pijnmetingen waren gekoppeld aan passende vervolgacties. Bij een verhoogde pijnscore (veelal VAS of NRS ≥ 4) werd volgens het lokale pijnprotocol een interventie ingezet, waarna het effect

van de behandeling opnieuw werd beoordeeld en vastgelegd. Hiermee was er niet alleen aandacht voor het tijdig signaleren van pijn, maar ook voor een gestructureerde opvolging en evaluatie van de ingezette interventies.

De meeste beoordeelde klinieken hadden beleid opgesteld voor het verantwoord gebruik van potentieel verslavende pijnmedicatie. Dit beleid was vastgelegd in pijnprotocollen en richtte zich op een zorgvuldig en terughoudend voorschrijfbeleid. Opioïden werden alleen voorgeschreven wanneer daar een medische indicatie voor was en meestal voor een beperkte duur. Daarbij gaven de klinieken aan waar mogelijk te kiezen voor opioïde sparende strategieën, zoals locoregionale anesthesie, niet-opioïde pijnmedicatie en niet-farmacologische interventies. Daarnaast besteedden zij aandacht aan goede voorlichting aan patiënten over het gebruik en de afbouw van pijnmedicatie. Het voorschrijven en gebruik van pijnmedicatie werd geregistreerd en in veel klinieken periodiek geëvalueerd, zodat het voorschrijfbeleid kan worden gevolgd en waar nodig kon worden bijgestuurd.

Alle beoordeelde klinieken gaven aan dat ook niet-farmacologische interventies onderdeel waren van het pijnbeleid. Veelgenoemde interventies waren goede voorlichting over pijn en pijnverwachting, mobilisatie en houdingsadviezen, warmte- en koudetherapie, afleiding door bijvoorbeeld muziek of televisie en extra aandacht of begeleiding door verpleegkundigen. In enkele klinieken werd daarnaast gebruikgemaakt van aanvullende interventies, zoals fysiotherapie, ademhalings- en ontspanningsoefeningen of digitale ondersteuning via een pijncoach-app.



Goede voorbeelden van klinieken ter inspiratie

- > Voorlichting aan patiënten vóór de ingreep over de te verwachten pijn en de mogelijkheden om hiermee om te gaan.
- > Vroege mobilisatie, houdingsadviezen en begeleiding door een fysiotherapeut, afhankelijk van de ingreep.
- > Afleiding en ontspanning, bijvoorbeeld door muziek, televisie, ademhalingsoefeningen of ontspanningstechnieken.
- > Gebruik van een (zelfmanagement)zorgapp die patiënten ondersteunt bij het signaleren van pijn en het verkrijgen van passende informatie en adviezen.



Verbeterdoel: Optimaliseren van diagnostische processen

Realiseren van een optimaal diagnostisch proces in de particuliere kliniek

Optimaliseren van diagnostische processen

Het diagnostisch proces is complex. Een diagnostisch proces omvat functieonderzoek, laboratoriumdiagnostiek, beeldvorming, pathologisch en microbiologisch onderzoek. Daarnaast zijn de anamnese, lichamelijk onderzoek, klinisch redeneren, afweging van risico's, het nauwgezet volgen van het beloop en heroverwegen van de werkdiagnose in multidisciplinair overleg (MDO) onderdeel van het diagnostisch proces. Daarbij kunnen patiëntgebonden factoren zoals atypische klachten, een taalbarrière en/of multimorbiditeit het diagnostisch proces bemoeilijken. Bij het leren van elkaar spelen onder andere MDO's, casuïstiekbesprekingen, complicatiebesprekingen en het delen van goede voorbeelden een belangrijke rol.

In het diagnostisch proces zijn verschillende aspecten van belang, namelijk: veiligheid, effectiviteit, efficiëntie, tijdigheid, patiëntgerichtheid en rechtvaardigheid. Te veel aanvullend onderzoek (overdiagnostiek) en te weinig diagnostiek (onderdiagnostiek) moeten worden voorkomen. Diagnostiek moet in het kader van passende zorg ook passen bij de individuele patiënt.

In dit verbeterdoel ligt de focus op het diagnostisch proces en niet op de medisch inhoudelijke diagnostische keuzes door de zorgprofessional. Pre-analytische risico's (patiëntverwisselingen, afnamefouten, opslag en transport issues) vallen ook buiten het bereik van dit verbeterdoel.

Dit verbeterdoel heeft betrekking op alle instellingen die diagnostiek aanvragen en/of uitvoeren.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Leren van het diagnoseproces via actieve feedback van de uitvoerders van diagnostiek aan de behandelaars (aanvragers van diagnostiek) waarbij er sprake is een actieve leercultuur tussen aanvrager en uitvoerder.;
2. De borging van de communicatieketen van aanvraag naar uitslag, ongeacht de locatie van de diagnostiek. Het gaat om het inrichten van een zogenaamde *closed loop* (een sluitende communicatieketen tussen diagnostiek en aanvrager, zeker in geval van onverwachte en kritieke bevindingen).

Algemeen beeld

Dit was het eerste jaar dat het verbeterdoel 'optimalisatie diagnostische processen' door de inspectie werd uitgevraagd. Hierbij werd van beoordeelde klinieken verwacht dat het verbeterdoel voor twee diagnostische processen werd uitgewerkt.

De inspectie zag dat enkele beoordeelde klinieken stappen hadden gezet richting het implementeren van een actieve leercultuur rondom het diagnostisch proces tussen aanvrager en uitvoerder. Binnen deze klinieken werd gewerkt aan een meer uniforme inrichting van diagnostische processen, waarbij digitale werkwijzen, geharmoniseerde procedures en geactualiseerde protocollen bijdroegen aan betere samenwerking en terugkoppeling tussen betrokken professionals.

Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van digitale workflows, waarbij aanvragen en uitslagen digitaal werden verwerkt en afwijkingen, zoals verschillen in doorlooptijden, beter inzichtelijk werden gemaakt. Ook waren er initiatieven waarbij multidisciplinaire werkgroepen met specialisten en uitvoerders van diagnostiek gezamenlijk keken naar verschillen in werkwijzen, de kwaliteit van aanvragen en mogelijkheden voor verbetering.

Daarnaast zag de inspectie dat enkele beoordeelde klinieken structurele overlegmomenten hadden ingericht tussen aanvrager en uitvoerder van diagnostiek. Hierbij werden onder andere de samenwerking, bereikbaarheid, kwaliteit van de aanvragen, doorlooptijden en eventuele knelpunten besproken. Ook werden meldingen, klachten en afwijkingen

uit het kwaliteitsmanagementsysteem gebruikt om verbeteringen in het diagnostisch proces te realiseren. Deze overlegmomenten droegen bij aan een lerende samenwerking tussen de verschillende disciplines.

Tegelijkertijd constateerde de inspectie dat bij een aantal beoordeelde klinieken de actieve leercultuur tussen aanvrager en uitvoerder nog onvoldoende was ingericht. Wanneer diagnostische aanvragen niet (volledig) waren gedigitaliseerd, bijvoorbeeld met papieren aanvraagformulieren, werd structurele terugkoppeling en kennisdeling tussen aanvrager en uitvoerder bemoeilijkt. Daarnaast ontbrak bij sommige beoordeelde klinieken voldoende stuurinformatie om het diagnostisch proces op organisatieniveau te analyseren. Hierdoor was er onvoldoende inzicht in bijvoorbeeld de kwaliteit van de aanvragen, doorlooptijden, afwijkingen en verbeterpunten.

De inspectie constateerde dat meerdere beoordeelde klinieken onvoldoende lieten zien hoe zij het verbeterdoel in de praktijk uitvoerden. Met name was onvoldoende duidelijk hoe de volledige communicatieketen van aanvraag tot uitslag (*closed loop*) was ingericht en hoe uitvoerders structureel feedback gaven aan aanvragers over de kwaliteit en volledigheid van diagnostische aanvragen. Ook ontbrak bij veel klinieken een vaste evaluatiecyclus waarin deze werkwijze periodiek werd beoordeeld en waar nodig werd verbeterd.

Voor het borgen van de communicatie en opvolging van kritieke diagnostische bevindingen en nevenbevindingen zag de inspectie dat de beoordeelde klinieken verschillende vormen van beleid en procedures hadden ingericht. De mate waarin dit proces was geborgd, verschilde per kliniek. Een aantal beoordeelde klinieken beschikte over specifieke protocollen of werkafspraken waarin het signaleren, communiceren en verifiëren van kritieke uitslagen was vastgelegd.

Tegelijkertijd constateerde de inspectie dat niet alle beoordeelde klinieken het proces van aanvraag tot en met uitslag volledig digitaal en protocollair hadden ingericht. Bij enkele beoordeelde klinieken verliepen onderdelen van het diagnostisch proces nog grotendeels handmatig. Voorbeelden hiervan waren het aanvragen van microbiologisch onderzoek via papieren formulieren en het handmatig verwerken van

uitslagen die via Zorgmail binnenkwamen in het elektronisch patiëntendossier.

Hierdoor ontstaan risico's op fouten, zoals onjuiste registratie, vertraging in het beschikbaar komen van uitslagen of het niet tijdig signaleren en opvolgen van kritieke bevindingen. Ook bleek dat voor sommige diagnostische processen specifieke protocollen voor kritieke bevindingen of nevenbevindingen nog ontbraken.

De inspectie zag dat meerdere beoordeelde klinieken afspraken hadden gemaakt over het communiceren van kritieke bevindingen en het informeren van de aanvrager. De mate van borging en uitwerking verschilde echter. Waar sommige klinieken beschikten over duidelijke protocollen, escalatieafspraken en digitale ondersteuning, waren bij andere klinieken nog verbeteringen nodig om de volledige keten van aanvraag, beoordeling, terugkoppeling en verificatie van ontvangst en begrip van kritieke uitslagen aantoonbaar te borgen.



Goede voorbeelden van klinieken ter inspiratie

- > Een multidisciplinaire werkgroepen is ingericht waarin specialisten en röntgenlaboranten gezamenlijk verschillen in aanvraagbeleid en uitvoering bespreken en verbetermaatregelen formuleren.
- > Jaarlijks wordt de samenwerking met laboratoria geëvalueerd, waarbij onderwerpen zoals bereikbaarheid, kwaliteit van aanvragen, wijze van aanlevering, ontvangst van uitslagen, doorlooptijden en verbeterpunten worden besproken.
- > Een beoordeelde kliniek heeft afspraken over wie wordt gecontacteerd wanneer de primaire aanvrager niet bereikbaar is, bijvoorbeeld via een dienstdoende specialist of een spoednummer.
- > Kritieke bevindingen worden in het elektronisch patiëntendossier gemarkeerd met een urgentievlag, zodat deze bij raadpleging direct herkenbaar en zichtbaar zijn.