



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Het resultaat telt  
Particuliere klinieken

2016

**Indicatoren particuliere klinieken:  
scores, bevindingen en acties**

## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>Inleiding</b>	<b>11</b>
<b>1 Toezicht, handhaving en maatregelen</b>	<b>14</b>
<b>2 Kengetallen</b>	<b>19</b>
<b>3 Indicatoruitkomsten, bevindingen en acties</b>	<b>21</b>
3.1 Kwetsbare groepen	21
3.2 Operatieve zorg	25
3.3 Patiëntenrechten en -eisen voor goede zorg (Wkkgz)	29
3.4 Professionals	31
<b>Bijlage</b>	
Bijlage 1: Data overige indicatoren	35
Bijlage 2: Lijst met afkortingen	47

## Voorwoord

De zorg is constant in beweging en ontwikkeling. In het landschap van de medisch specialistische zorg is duidelijk te zien dat steeds meer planbare zorg wordt verplaatst van ziekenhuizen naar particuliere klinieken. Sinds de eerste uitgave van *Het Resultaat Telt – Particuliere klinieken* in 2009 is het zorgaanbod van de particuliere klinieken diverser geworden en het aantal klinieken flink toegenomen (+87%). Het toezichtveld is hiermee ook veranderd.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting heeft in lijn met deze veranderingen de aandacht voor kwaliteit en veiligheid binnen de particuliere klinieken de afgelopen jaren vergroot. Daartoe is in 2017 ook een nieuwe methode van toezicht houden geïntroduceerd. Hierbij wordt een directe verbinding gelegd tussen de indicatoren (het signaal) en de praktijk (inspectiebezoeken).

Concludeerden we eerder al dat de verbetering die we verwachtten uitbleef, ook nu blijkt uit de resultaten van de indicatoren en de inspectiebezoeken dat er nog veel niet goed gaat. Natuurlijk zijn er particuliere klinieken die wel voldoende de (veld)normen en richtlijnen naleven. Maar er zijn nog steeds (te) veel klinieken die hieraan niet voldoen.

Uit de resultaten blijkt verder dat particuliere klinieken in ieder geval op vier thema's structureel achterblijven. Dat zijn: kwetsbare groepen, operatieve zorg, patiëntenrechten en -eisen voor goede zorg en professionals. In 2017 zijn op deze vier thema's veertig – onaangekondigde – inspectie- of 'signaalbezoeken' uitgevoerd. Begin 2018 publiceren we de resultaten van deze bezoeken.

De inspectie vindt het van groot belang dat particuliere klinieken snel en aantoonbaar verbeteren, en zeker op deze vier thema's. In de analyse en in dit *Het resultaat telt*-rapport is daarom de focus hierop gelegd. Kortom, we bouwen dit jaar verder aan het geïntensiverde toezicht op de particuliere klinieken.

Van bestuurders vragen en verwachten we dat zij hun verantwoordelijkheid nemen en de uitkomsten van zowel dit rapport als dat over de inspectiebezoeken gebruiken voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg in hun instelling.

Mevrouw dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde,  
*Inspecteur-generaal Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting*

## Samenvatting

Indicatoren zijn voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: inspectie) een belangrijk middel om risico's in de zorg te signaleren. De analyse van deze indicatoren zijn onderdeel van haar toezichtactiviteiten. De uitkomsten van de indicatoren voor particuliere klinieken 2015 lieten zien dat het op onderdelen steeds een beetje beter gaat. Echter, de grote verbeterlag die de inspectie verwachtte, bleef uit. In 2016 is deze verbeterlag opnieuw uitgebleven. Te veel klinieken blijven structureel achter. De resultaten van de afgelopen jaren tonen aan dat het essentiële onderwerpen betreft. Hierbij zijn zowel de scores op de indicatoren als de toezichtresultaten van inspecties meegenomen.

De inspectie heeft deze onderwerpen geclusterd in de volgende vier thema's:

- 1 kwetsbare groepen
- 2 operatieve zorg
- 3 patiëntenrechten en -eisen voor goede zorg
- 4 professionals

In dit rapport is op deze vier thema's de nadruk gelegd bij het analyseren en bespreken van de data. De overige data staan gepresenteerd in Bijlage 1.

In 2017 zijn op elk van deze vier thema's tien onaangekondigde inspectiebezoeken (signaalbezoeken) afgelegd. De inspectie heeft in 2017 voor het eerst voor deze toezichtmethode gekozen, waarbij een directe verbinding wordt gelegd tussen de data (het signaal) en de praktijk (bezoeken). De resultaten van deze bezoeken worden begin 2018 op geaggregeerd niveau<sup>[1]</sup> door de inspectie gepubliceerd.

Hieronder staan de belangrijkste indicatoruitkomsten over het verslagjaar 2016.

### Algemeen: kengetallen

In totaal hebben 418 particuliere klinieken gegevens aangeleverd over het verslagjaar 2016. Ten opzichte van het vorige jaar is het aantal invasieve behandelingen<sup>[2]</sup> in klinieken toegenomen met 37%.

[1] Geaggregeerd: samengevoegd. Hier is bedoeld: het samenvoegen van gegevens zodat op een hoger niveau uitspraken te doen zijn, bijvoorbeeld over een groep in plaats van een individu of een specifieke instelling.

[2] Invasieve ingreep of behandeling: ingreep of behandeling waarbij men met apparatuur of anderszins in het te behandelen of onderzoeken lichaam binnendringt.

### Kwetsbare groepen

Kinderen en ouderen zijn kwetsbare groepen die op onderdelen specifiek beleid vereisen. Het is van belang dat een particuliere kliniek de risico's bij de behandeling van deze groepen goed in beeld heeft.

- Van de klinieken die invasieve behandelingen aanbieden (307 klinieken) behandelde 55% kinderen en 81% behandelde ouderen. Ruim de helft van de klinieken die patiënten van 70 jaar en ouder behandelden, had een delierprotocol (57%) en 45% screende de patiënten op delier.
- Van de 307 klinieken die invasieve ingrepen of onderzoeken uitvoerden, screenden acht klinieken niet op *body mass index* (BMI), niet op de ASA-klasse, niet op delier.
- KNO-ingrepen werden in elf klinieken uitgevoerd, waarvan zes klinieken kinderen behandelden. Van de zes klinieken voerden vijf klinieken tonsillectomieën uit. Op de vraag 'Registreerde u in het verslagjaar het aantal infecties en apneus dat het kind heeft doorgemaakt voorafgaande aan de indicatiestelling?' gaven alle vijf klinieken aan dit te doen (100%). Ditzelfde aantal (100%) geldt voor de registratie of het kind wel of geen apneus heeft doorgemaakt.

### Toezichtbezoeken

De toezichtbezoeken op het thema 'Kwetsbare groepen' toetsten de hierboven besproken indicatoren. Daarnaast werden elementen uit het *Handvest Kind en Ziekenhuis*<sup>[3]</sup> en de richtlijnen en standpunten van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie<sup>[4]</sup> getoetst.

### Operatieve zorg

Operatieve zorg is een kernactiviteit van veel particuliere klinieken. Of de operatie nu een kleine ingreep of een grote operatie betreft, een goede organisatie en uitvoering van de zorg is van groot belang voor de kwaliteit en veiligheid van het operatieve proces. Ongeacht de aard van de ingreep gaat het dan onder meer om de time-out en de controle op en registratie van postoperatieve wondinfecties (POWI).

- Van de 307 klinieken die aangaven invasieve ingrepen uit te voeren, gaven er 146 aan dat bij 100% van de patiënten de time-out werd uitgevoerd en vastgelegd.
- Bij 85 klinieken werd de time-out slechts bij 0 tot 10% van de patiënten uitgevoerd en vastgelegd.
- Van de 310 klinieken die de vraag over POWI-surveillance beantwoordden, gaven er 31 aan geen systematische controle uit te voeren.
- Van de 279 klinieken die patiënten systematisch controleerden op postoperatieve infecties, gaf 76% aan dit te doen door alle patiënten poliklinisch na de ingreep te controleren.

[3] Handvest Kind & Ziekenhuis: <https://www.kindenziekenhuis.nl/over-kz/handvest/default.asp?gclid=FD50ED6A795E4186BA97953D79D14CCF>

[4] Website NVA: <http://www.anesthesiologie.nl/kwaliteit/richtlijnen/>. De NVA hanteert in een aantal standpunten de leeftijdsgrens van 16 jaar.

### Toezichtbezoeken

De toezichtbezoeken op het thema 'Operatieve zorg' toetsten de hierboven besproken indicatoren. Daarnaast werden een aantal aanvullende zaken getoetst, waaronder het beleid inzake MRSA/BRMO en dossiervoering.

### Patiëntenrechten en -eisen voor goede zorg

Sinds 1 januari 2016 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van kracht<sup>[5]</sup>. Belangrijke thema's van de Wkkgz zijn het klachtrecht, de cliënteninformatie en openheid, kwaliteit, veiligheid en goed bestuur<sup>[6]</sup>. De Wkkgz geldt voor alle zorgaanbieders. Indicatoren van toepassing op dit thema betreffen het informed consent bij procedurele sedatie, de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, en de (schriftelijke) afspraken van de zorgaanbieder met een ziekenhuis.

- Informed consent: Alle klinieken die hebben aangegeven procedurele sedatie toe te passen, namen een informed consent af.
- Meldcode: Het overgrote deel van de klinieken heeft de meldcode geïmplementeerd (89%). Op de vraag of de organisatie opleiding of training aanbood om de meldcode te hanteren, gaf iets meer dan de helft (52%) aan dit te doen.
- Afspraken met een ziekenhuis: Van de 404 klinieken hebben 328 aangegeven (81%) afspraken te hebben met een ziekenhuis voor zorg, incidenten en complicaties die de setting van een particuliere kliniek overstijgen. De inspectie en een aantal wetenschappelijke verenigingen achten formele, schriftelijke afspraken tussen bestuurders van klinieken en ziekenhuizen van belang ter bevordering van de continuïteit en de kwaliteit van zorg. De inspectie toetst op het nemen van deze bestuurlijke verantwoordelijkheid. Een aantal wetenschappelijke verenigingen heeft in 2017 gewerkt aan een kaderregeling in de vorm van een modelovereenkomst voor afspraken tussen ziekenhuizen en klinieken. De concept overeenkomst wordt momenteel besproken door de veldpartijen.

### Toezichtbezoeken

Bij de toezichtbezoeken op het thema 'Patiëntenrechten en -eisen voor goede zorg' werden de hierboven besproken indicatoren in de praktijk getoetst. Daarnaast werden ook een aantal andere wettelijke verplichtingen van de Wkkgz getoetst om de stand van zaken op te kunnen maken na de invoering van deze wet in 2016. Het ging hierbij specifiek om de bekendheid met en aansluiting bij een geschillencommissie en het beleid rondom incidenten en calamiteiten.

[5] In verband met de overgangstermijn konden een aantal onderdelen per 1 januari 2017 worden ingevoerd. In de navolgende link staat welke onderdelen dit betreft: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/vraag-en-antwoord/voorschriften-zorgaanbieders-wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>

[6] Bron: Nivel, nulmeting Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), mei 2016

### Professionals

In iedere particuliere kliniek werken professionals. De kwaliteit van deze professionals bepaalt in hoge mate de kwaliteit van de geleverde zorg. Het is daarom van groot belang dat de kwaliteit van deze professionals wordt bewaakt en bevorderd.

- Het aantal klinieken waar medisch specialisten werden gevisiteerd, blijft achter bij de ziekenhuizen. Medisch specialisten aangesloten bij de NVKNO, NVVC, NVMDL en de NVPC werden relatief het minst vaak gevisiteerd.
- Van de 404 klinieken gaven 59 klinieken aan geen functioneringsgesprekken te voeren.
- Van de 404 klinieken gaven 58 klinieken aan geen regeling 'Disfunctioneren' te hebben ingevoerd.

### Toezichtbezoeken

De toezichtbezoeken op het thema 'Professionals' toetsten de hierboven besproken indicatoren. Daarnaast werd in deze bezoeken onder andere getoetst of en zo ja hoe door de klinieken (nog) op andere manieren werd gestuurd op de kwaliteit van de professionals.

## Inleiding

Sinds de eerste publicatie van *Het Resultaat Telt – Particuliere Klinieken* in 2009 is er veel veranderd. Zo is een deel van de medisch specialistische zorg verplaatst naar particuliere klinieken, is de cosmetische sector gegroeid en is er meer belangstelling van de media voor deze klinieken. Voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (inspectie) is daarnaast een belangrijke ontwikkeling dat het aantal particuliere klinieken flink is gegroeid, wat betekent dat het toezichtveld groter is geworden in vergelijking met acht jaar geleden (+87%).

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

De uitkomsten van de indicatoren voor particuliere klinieken wijzen uit dat het steeds een beetje beter gaat met het naleven van (veld)normen en richtlijnen. Echter, de grote verbetering blijft uit. Er zijn klinieken die voldoende laten zien de (veld)normen en richtlijnen na te leven, maar er zijn er (te) veel die structureel achterblijven. Een nadere analyse van de resultaten van afgelopen jaren, toont aan dat een aantal essentiële onderwerpen structureel achterblijft (hierbij zijn zowel de indicatoren als de toezichtresultaten opgedaan in de praktijk meegenomen). De inspectie heeft deze onderwerpen geclusterd in de volgende vier thema's:

- 1 kwetsbare groepen
- 2 operatieve zorg
- 3 patiëntenrechten en -eisen voor goede zorg
- 4 professionals

In dit rapport is op deze vier thema's de nadruk gelegd bij het analyseren en bespreken van de data. De overige data staan gepresenteerd in Bijlage 1.

Op elk van de vier thema's zijn tien gerichte onaangekondigde inspectiebezoeken (signaalbezoeken) afgelegd in 2017. De resultaten van deze bezoeken worden op geaggregeerd niveau<sup>[7]</sup> beschreven in een openbare publicatie, dat na het uitkomen van dit rapport wordt gepubliceerd. De inspectie heeft dit jaar voor het eerst voor deze methode gekozen, waarbij een directe verbinding wordt gelegd tussen de data (het signaal) en de praktijk (bezoeken).

---

[7] Geaggregeerd: samengevoegd. Hier is bedoeld: het samenvoegen van gegevens zodat op een hoger niveau uitspraken te doen zijn, bijvoorbeeld over een groep in plaats van een individu of een specifieke instelling.

## Uitgangspunten

### 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 of 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 patiëntenpopulaties 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.

### Kwaliteitsverbetering is belangrijk

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

### De basisset is een ontwikkelingsmodel

Een indicatorenset is nooit af. De ontwikkeling van een indicator is 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.

Gemandateerde vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en verpleegkundige verenigingen (V&VN-afdelingen) ontwikkelen de indicatoren. 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 de indicatoren vast. Dat zijn de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Federatie Medisch Specialisten (de Federatie) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). De uiteindelijke beslissing om een nieuwe indicator in de basisset op te nemen, is de verantwoordelijkheid van de inspectie.

Algemene informatie over indicatoren en het laatste nieuws hierover is te vinden op [www.igj.nl](http://www.igj.nl).

## Dataverzameling en -analyse

Aan alle bij de inspectie bekende adressen (locaties) van particuliere klinieken en medisch diagnostische centra is in januari 2017 gevraagd de gegevens van de Basisset Particuliere klinieken 2016 vóór 1 maart 2017 via een digitale vragenlijst aan te leveren.

De inspectie heeft ervoor gekozen om, net als in voorgaande jaren, de data over 2016 te verwerken zoals deze 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.

# 1 Toezicht, handhaving en maatregelen

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

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

De indicatoruitkomsten spelen een belangrijke rol in het RT. In dit rapport staan deze uitkomsten 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.

### Selectieproces toezichtbezoeken

De algemene inspectiebezoeken worden door de inspectie vooraf gepland, maar zijn voor een kliniek altijd onaangekondigd. Klinieken worden daarbij geselecteerd op basis van een door de inspectie ingeschat risico met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van informatie uit verschillende bronnen. Eén van die bronnen is de *Basisset risico-indicatoren particuliere klinieken*<sup>[8]</sup>, die de inspectie jaarlijks uitvraagt aan de klinieken (de resultaten hiervan worden geaggregeerd door de inspectie gepubliceerd in dit rapport). Uit alle indicatoren is dan een selectie gemaakt van die indicatoren die een belangrijk signaal kunnen zijn voor het tekortschieten van de kwaliteit van zorg en/of het ontbreken van een passende organisatiestructuur. Zowel medisch inhoudelijke als organisatorische indicatoren maken deel uit van deze selectie. Deze indicatoren worden in een risicomodel gewogen naar het type behandelingen dat een kliniek uitvoert en naar combinaties van andere indicatoruitkomsten. Dit wordt aangevuld met informatie uit andere bronnen<sup>[9]</sup> tot één integrale risicoscore. Op basis van deze risicoscore worden klinieken geselecteerd voor een onaangekondigd toezichtbezoek. Als daar aanleiding toe is worden ook 'directe' inspecties uitgevoerd (figuur 1).

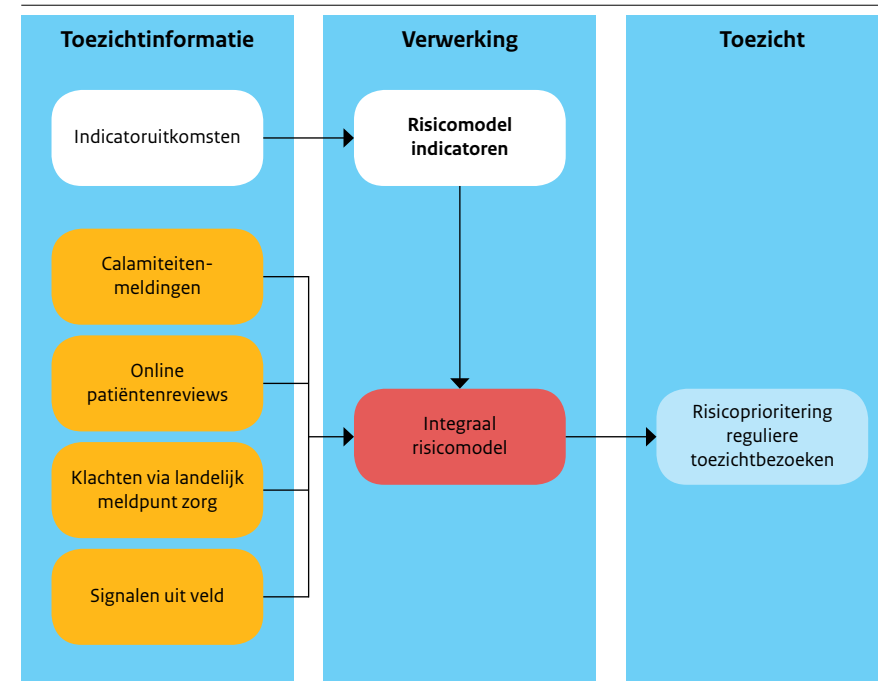
[8] Vanaf 1 januari 2017 (uitvraag in 2018) is dit de basisset Medisch Specialistische Zorg.

[9] Calamiteitenmeldingen conform de Kwaliteitswet zorginstellingen tot 1 januari 2016 en vanaf 1 januari 2016 de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), bij inspectie; online patiëntenreviews (zorgkaart Nederland); meldingen bij Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ); signalen uit het veld.

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

Figuur 1

Overzicht selectieproces reguliere toezichtbezoeken



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

### Signaalbezoeken

Zoals in de inleiding gesteld, blijven een aantal onderwerpen structureel slecht scoren. Dat blijkt uit zowel de indicatoruitkomsten als de praktijk. Deze onderwerpen zijn geclusterd tot vier thema's en per thema zijn tien gerichte signaalbezoeken afgelegd in 2017. Onderstaand zijn de onderwerpen toegelicht die per thema zijn getoetst.



- 1 kwetsbare groepen
  - behandeling van kinderen in particuliere klinieken
  - screening: ASA-klasse en delier
- 2 operatieve zorg
  - uitvoering time-out
  - screening: POWI's en MRSA/BRMO
- 3 patiëntenrechten en -eisen voor goede zorg
  - afspraken met een ziekenhuis
  - geschillencommissie
  - meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
  - incidenten- en calamiteitenbeleid
  - informed consent
- 4 professionals
  - IFMS / functioneringsgesprekken
  - visitatie
  - beleid regeling disfunctioneren
  - bekwaam- en bevoegdheden
  - visitatiebeleid

Doordat er extra inspectieaandacht aan deze achterblijvende thema's wordt besteed, verwacht de inspectie dat ook binnen het veld extra aandacht aan deze onderwerpen zal worden gegeven. Begin 2018 zal de inspectie de geaggregeerde resultaten van de signaalbezoeken publiceren.

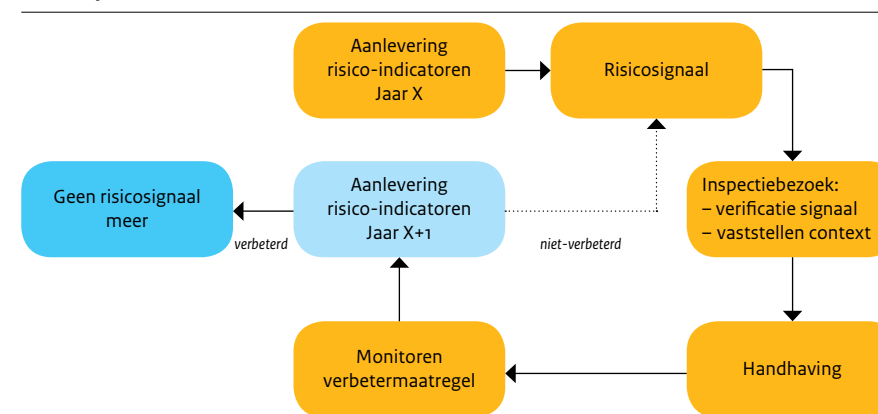
## Handhaving

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 inspectie-indicatie, voor de kwaliteit van de totale kliniek. Tijdens de onaangekondigde RT-bezoeken wordt, naast de algemene inspectieonderwerpen, aandacht aan deze signalen besteed. Het komt voor dat achteraf blijkt dat de resultaten van de indicatoren onjuist zijn aangeleverd, waardoor zo'n signaal een andere duiding krijgt. Het onjuist aanleveren van data wordt overigens ook als signaal gezien.

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

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

Figuur 2  
Toezichtcyclus



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<sup>[10]</sup> 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.

[10] Overal waar een mannelijke vorm is gebruikt, is ook de vrouwelijke en de genderneutrale vorm bedoeld.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geeft in haar begeleidende brief<sup>[11]</sup> bij *Het resultaat telt – Particuliere klinieken 2015* aan het beleid van de inspectie te onderschrijven inzake het toezicht: “Ik deel de conclusie van de IGZ dat een proactief en stringent toezichtbeleid op de sector noodzakelijk is. In die klinieken waar de zorg niet voldoet aan de minimale vereisten en/of klinieken verbeteringen niet goed en tijdig doorvoeren zal de IGZ niet aarzelen om maatregelen te nemen.”

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 gaan van stimuleringsmaatregelen tot en met haar bevoegdheid tot het opleggen van (bestuurlijke) maatregelen, te weten boete, bevel, aanwijzing of verscherpt toezicht<sup>[12]</sup>.

De signaalbezoeken op de vier thema's zijn een actie naar aanleiding van achterblijvende resultaten op deze thema's. De bezoeken zijn daarmee een algemene maatregel op sectorbreed geconstateerde tekortkomingen. De maatregelen die volgen uit de afgelegde signaalbezoeken worden gepubliceerd in een daarover in 2018 te verschijnen geaggregeerde publicatie.

[11] Brief bij rapport *Het resultaat telt particuliere klinieken 2015*. Kenmerk: 1090654-160901-CZ, 22-02-2017

[12] IGZ handhavingskader – Richtlijn voor transparante handhaving – december 2008, herzien januari 2013, [www.igj.nl](http://www.igj.nl).

## 2 Kengetallen

In dit hoofdstuk zijn kengetallen weergegeven die inzicht geven in de omvang van het veld.

### Bevindingen

In totaal hebben 418 particuliere klinieken en 20 medisch diagnostische centra (MDC)<sup>[13]</sup> gegevens aangeleverd over het verslagjaar 2016. In onderstaande tabel en figuren zijn de kengetallen weergegeven van klinieken en MDC's die de afgelopen jaren data hebben aangeleverd.

Tabel 1

Kengetallen particuliere klinieken (PK's) en MDC's 2009 – 2016

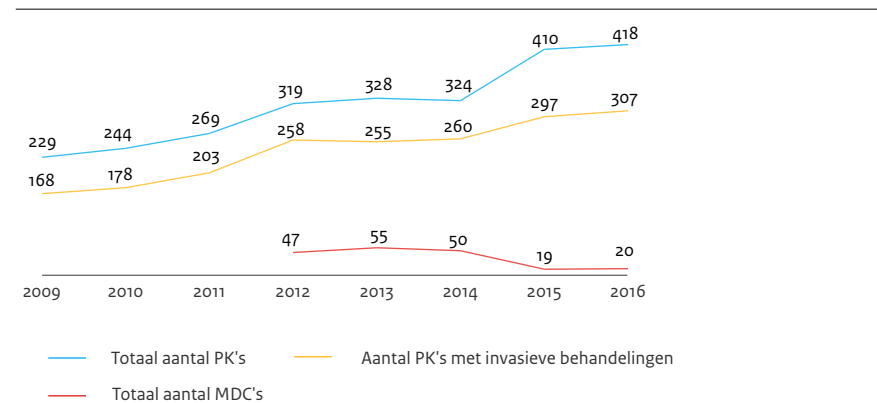
Instellingen en behandelingen	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Totaal aantal PK's	229	244	269	319	328	324	410	418
Totaal aantal MDC's				47	55	50	19	20
Totaal aantal behandelingen in PK's	545.203	665.768	725.769	841.885	802.873	890.723	1.343.376	1.625.983
Aantal PK's met invasieve behandelingen	168	178	203	258	255	260	297	307
Aantal invasieve behandelingen	164.385	254.156	269.510	315.059	310.827	313.226	384.023	527.074

[13] In 2016 (Het resultaat telt – particuliere klinieken 2015) is een andere analysemethode toegepast, waardoor de verdeling tussen particuliere klinieken en MDC's verschilt ten opzichte van vóór 2015 (Het resultaat telt – particuliere klinieken 2014). Voorheen hanteerde de inspectie een vaste selectie instellingen die als MDC's werden aangemerkt. Echter, instellingen die zich aanvankelijk uitsluitend op diagnostiek richtten, voerden steeds vaker ook behandelingen

uit. De scheiding tussen MDC's en particuliere klinieken vervaagde. Als gevolg hiervan heeft de inspectie instellingen die zichzelf in de indicatoren als particuliere kliniek typeren, ook als zodanig geanalyseerd. Ook als deze in de voorgaande jaren door de inspectie als MDC werden getypeerd. De typering door de instelling zelf is leidend geworden. Deze keuze heeft in de analyse een verschuiving van instellingen gegeven.

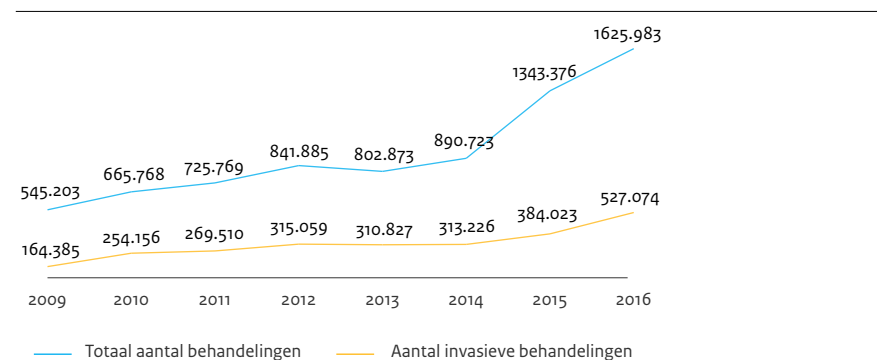
Figuur 3

Aantal particuliere klinieken (PK's) en MDC's 2009 – 2016



Figuur 4

Aantal behandelingen in particuliere klinieken (PK's) van 2009 – 2016



## 3 Indicatoruitkomsten, bevindingen en acties

In dit hoofdstuk worden de indicatoruitkomsten gepubliceerd van de vier thema's die de afgelopen jaren structureel slecht scoorden, zowel bij de indicatoruitkomsten als in de praktijk. Dit zijn de thema's kwetsbare groepen, operatieve zorg, patiëntenrechten en -eisen voor goede zorg, en professionals en deze worden achtereenvolgens besproken. Sommige particuliere klinieken hebben de selectievragen niet altijd juist en/of consequent beantwoord. Daarom is het aantal klinieken (n) dat de onder een selectievraag liggende subvragen heeft ingevuld, variabel.

Op elk thema werden in 2017 onaangekondigde inspecties uitgevoerd. Deze onaangekondigde inspecties toetsten in hoeverre de zorgaanbieder voldeed aan de vigerende wet- en regelgeving over het desbetreffende thema. Begin 2018 publiceert de inspectie de resultaten van deze bezoeken.

### 3.1 Kwetsbare groepen

Kinderen en ouderen zijn kwetsbare groepen die op onderdelen specifiek beleid vereisen. Voor een ingreep of operatie is het belangrijk dat de gezondheidstoestand van de patiënt<sup>[14]</sup> en de risico's die ermee gepaard gaan goed in beeld zijn.

#### Indicatoren

- aantal patiënten onder de 18 jaar;
- aantal patiënten van 70 jaar en ouder;
- KNO bij kinderen:
  - registratie infecties vóór indicatiestelling
  - registratie apneus vóór indicatiestelling;
- screening: ASA-klasse, BMI en delier.

#### Kinderen

De behandeling van kinderen (patiënten onder de 18 jaar) in een particuliere kliniek is een onderwerp dat frequent terug te vinden is in de uitgaven van *Het resultaat telt – particuliere klinieken*. De inspectie heeft vorig jaar aangekondigd te toetsen op de vereisten van het *Handvest Kind en Ziekenhuis*<sup>[15]</sup> en de richtlijnen en standpunten van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie<sup>[16]</sup>. Alleen onder specifieke voorwaarden mag deze doelgroep invasief behandeld worden in een particuliere kliniek. Bij patiënten onder de 18 jaar mogen geen cosmetische ingrepen worden uitgevoerd, met uitzondering van otoplastieken<sup>[17]</sup>.

[14] Overall waar een mannelijke vorm is gebruikt, is ook de vrouwelijke en de genderneutrale vorm bedoeld.  
 [15] Handvest Kind & Ziekenhuis: <https://www.kindenziekenhuis.nl/over-kz/handvest/default.asp?guid=FD5oED6A795E4186BA97953D79D14CCF>

[16] Website NVA: <http://www.anesthesiologie.nl/kwaliteit/richtlijnen/>. De NVA hanteert in een aantal standpunten de leeftijdsgrens van 16 jaar.  
 [17] Otoplastiek: correctie van afstaande oren.

### Ouderen

Het uitgangspunt is dat invasieve onderzoeken en behandelingen bij ouderen (patiënten van 70 jaar en ouder) niet in een particuliere kliniek kunnen plaatsvinden als na screening blijkt dat ze een verhoogd risico op delier hebben. Het is dus van belang om dit te screenen vóór het invasieve onderzoek of de behandeling plaatsvindt.

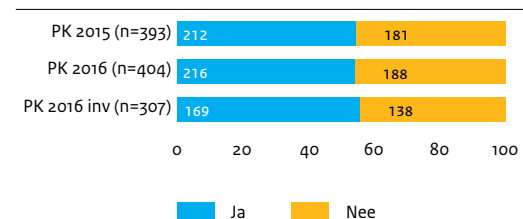
### Bevindingen

#### Behandeling patiënten < 18 jaar en ≥ 70 jaar

Van de 404 klinieken hebben er 216 (53%) aangegeven patiënten onder de 18 jaar te behandelen. Van de klinieken die invasieve behandelingen aanboden (307 klinieken), behandelde 55% kinderen. 316 van de 404 klinieken gaven aan patiënten ouder dan 70 jaar te behandelen (78%). Dit percentage ligt iets hoger voor de klinieken die invasieve behandelingen uitvoerden (81%).

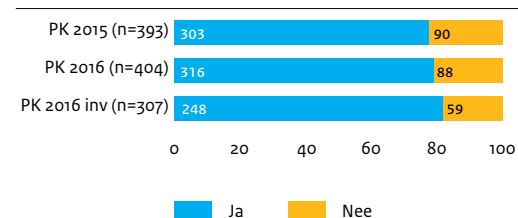
Figuur 5

Aantal particuliere klinieken (PK) dat patiënten jonger dan 18 jaar behandelt 2015 – 2016 (inv: invasieve behandeling)



Figuur 6

Aantal particuliere klinieken (PK) dat patiënten ouder dan 70 jaar behandelt 2015 – 2016 (inv: invasieve behandeling)



#### Screening: ASA-klasse

Van de 307 klinieken die invasieve ingrepen of onderzoeken uitvoerden en de vraag voorgelegd kregen 'Registreerde uw instelling in het verslagjaar de ASA-klasse?' hebben

232 klinieken aangegeven dat te doen. Van deze 232 klinieken hebben 28 klinieken aangegeven wel ASA-klasse te registreren, maar geen onderscheid te kunnen maken naar ASA-klasse 1, 2, 3 en hoger.

#### Screening: delier

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) heeft vorig jaar aangegeven dat in particuliere klinieken het risico op delier kleiner is dan in ziekenhuizen. Maar het risico op het optreden van een delier is mogelijk hoger dan door NVKG ingeschat door onvoldoende herkenning van dat risico<sup>[18]</sup>. Daarom vinden de inspectie en de NVKG het belangrijk dat bij alle patiënten van 70 jaar en ouder die een invasief onderzoek of behandeling ondergaan, het risico op delier vooraf wordt vastgesteld. Van de 307 klinieken die invasieve ingrepen of onderzoeken uitvoerden in het verslagjaar hadden 175 klinieken een delierprotocol (57%) en screenen 138 (45%) op het risico op delier bij patiënten van 70 jaar en ouder.

#### Screening: BMI, ASA-klasse en delier

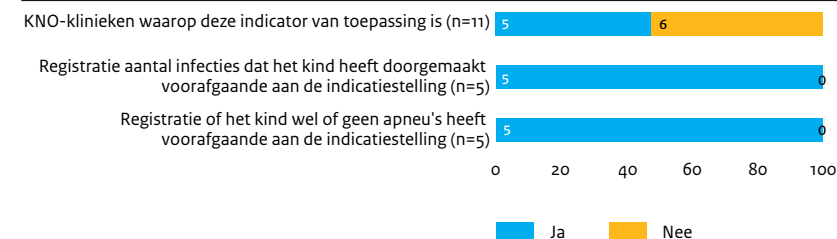
Van de 307 klinieken die invasieve ingrepen of onderzoeken uitvoerden, screenen acht klinieken niet of niet volledig op de volgende risicogebieden: *body mass index* (BMI), ASA-klasse en delier.

#### KNO bij kinderen

KNO-ingrepen werden in elf klinieken uitgevoerd. In zes hiervan werden kinderen behandeld. Van die zes klinieken voerden er vijf tonsillectomieën uit. De indicator is hiermee van toepassing op de genoemde vijf klinieken. Op de vraag 'Registreerde u in het verslagjaar het aantal infecties dat het kind heeft doorgemaakt voorafgaande aan de indicatiestelling?' gaven alle vijf klinieken aan dit te doen (100%). Ditzelfde geldt voor de registratie of het kind wel of geen apneu heeft gehad voorafgaande aan de indicatiestelling.

Figuur 7

Aantal particuliere klinieken dat voorafgaande aan de indicatiestelling het aantal infecties en apneus registreert



[18] Het resultaat telt – Particuliere klinieken 2015

### Acties naar aanleiding van bevindingen

De toezichtbezoeken op het thema 'Kwetsbare groepen' toetsten de hierboven besproken indicatoren. Daarnaast werden een aantal aanvullende onderwerpen met betrekking tot de kwetsbare groepen getoetst. Het betrof:

#### Kinderen

- schriftelijke voorlichting toegespitst op kinderen;
- ouders/verzorgers kunnen hele dag bij kind;
- artsen aantoonbaar gespecialiseerd in behandeling kinderen of aantoonbare raadpleging van voor kinderen gekwalificeerde artsen;
- zorgverleners (anders dan artsen) aantoonbaar opgeleid voor behandeling en/of verzorging van kinderen;
- geen anesthesie bij kinderen < 3 jaar;
- geen cosmetische behandeling < 18 jaar (met uitzondering van otoplastieken).

#### Ouderen

- protocol delier;
- screening vastgelegd (dossieronderzoek n=5);
- beleid bij positieve screening.

#### Overig

- geen algehele anesthesie ASA > 2;
- ASA-klasse geregistreerd en geen invasieve behandeling met anesthesie ASA > 2 (dossieronderzoek n=5).

## 3.2 Operatieve zorg

Zonder een adequate registratie van zorguitkomsten en zonder bijbehorende sturing kan er geen sprake zijn van veilige zorg van goede kwaliteit. Particuliere klinieken voeren uitsluitend goed planbare ingrepen uit, vaak met een beperkt behandelaanbod. Dit betekent dat bij veel indicatoren een registratie van alle behandelde patiënten mogelijk is. Deze registraties zijn noodzakelijk om de gezondheid van de individuele patiënt te bewaken, maar ook om de kwaliteit van de door de kliniek geleverde zorg te monitoren en te verbeteren.

### Indicatoren

- stopmoment IV: time-out;
- controle op postoperatieve wondinfectie;
- registratie van postoperatieve wondinfectie.

Stopmoment IV, de time-out, is een belangrijk moment vlak voor de start van de operatie. Het voltallige operatieteam verifieert de patiënt, operatie, lichaamszijde en -locatie, stollingsstatus, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering van de patiënt, aanwezigheid van het juiste personeel, de juiste materialen en eventuele bijzonderheden. Een correcte uitvoering en registratie van de time-out is een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de organisatie van de (per)operatieve zorg. Ook de controle op en registratie van postoperatieve wondinfecties (POWI) is een belangrijk onderdeel van de postoperatieve zorg. Hierdoor kan een POWI vroegtijdig worden onderkend en behandeld.

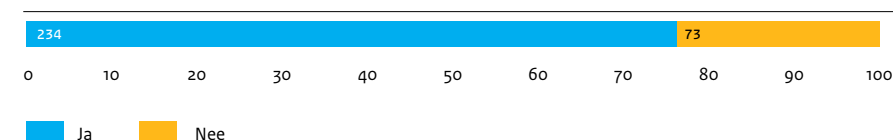
### Bevindingen

#### Stopmoment IV: time-out

Van de 307 klinieken die aangaven invasieve ingrepen uit te voeren, gaven 146 aan dat bij 100% van de patiënten de time-out werd uitgevoerd en vastgelegd. Bij 85 klinieken werd de time-out (stopmoment IV) slechts bij 0 tot 10% van de patiënten uitgevoerd en vastgelegd.

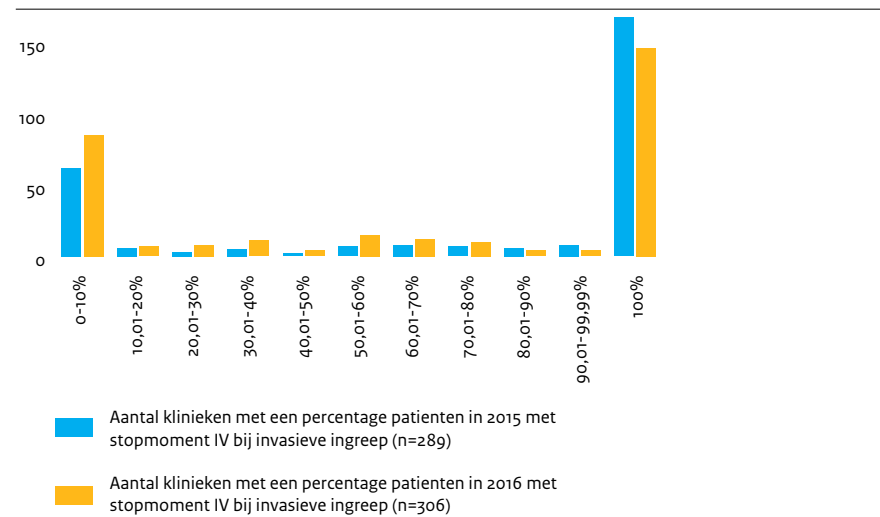
Figuur 8

Aantal particuliere klinieken dat voorafgaand aan invasieve ingrepen stopmomenten (time-outs) uitvoert en registreert



Figuur 9

**Aantal patiënten waarbij het stopmoment IV (time-out) is uitgevoerd en geregistreerd**

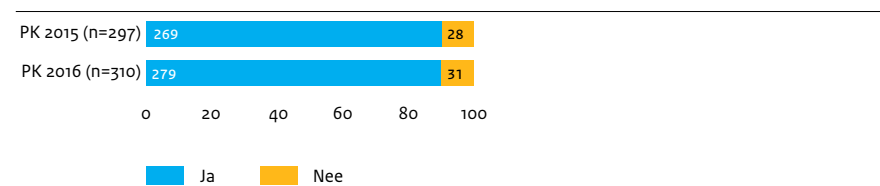


**Controle op postoperatieve wondinfectie**

Het percentage klinieken dat systematisch controleert op POWI's is ten opzichte van 2015 vrijwel gelijk gebleven.

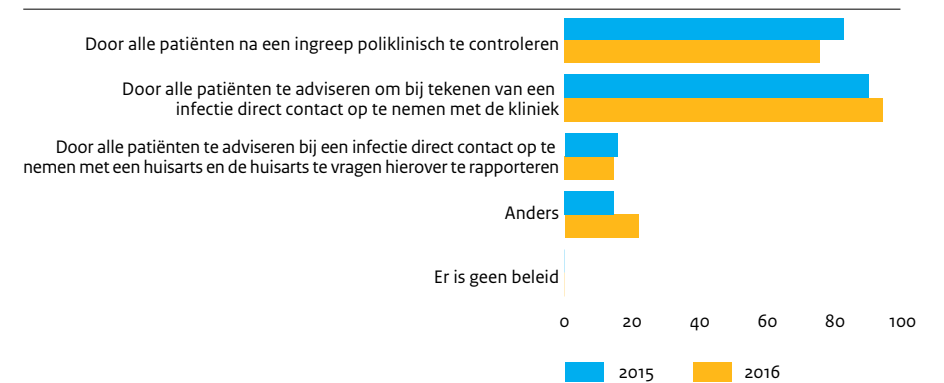
Figuur 10

**Aantal particuliere klinieken dat systematisch controleert op POWI**



Figuur 11

**Particuliere klinieken en hun manier van controleren op POWI**



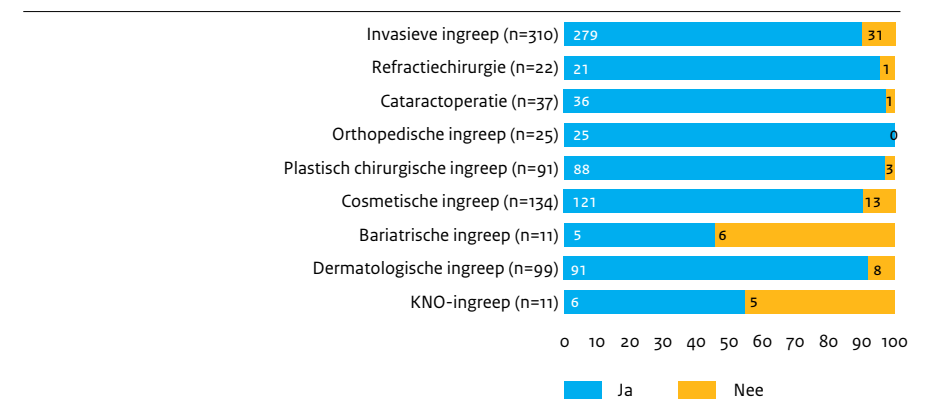
Van de 279 klinieken die een systematische controle op POWI's uitvoerden, deed 76% dat door alle patiënten na een ingreep poliklinisch te controleren. Dit is een daling ten opzichte van de 83% (van de 269 klinieken) uit 2015. De inspectie verwacht van particuliere klinieken die invasieve behandelingen uitvoeren, dat zij niet alleen een adequate infectie-registratie bijhouden, maar ook dat zij de methode van poliklinische controle als de standaardmethode van fysieke controle op POWI's hanteren. Alleen op deze wijze is een goede controle van de kwaliteit van de geleverde zorg op dit punt mogelijk.

**Registratie van postoperatieve wondinfectie**

Een goede registratie van postoperatieve wondinfecties is van belang voor een adequate monitoring en sturing op de kwaliteit van de geleverde zorg.

Figuur 12

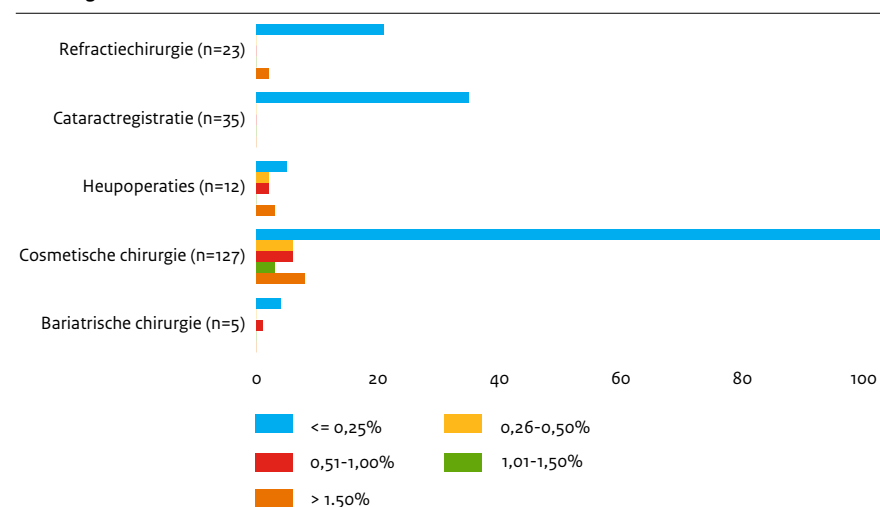
**Aantal particuliere klinieken dat op POWI registreert na een ingreep**



De onderstaande figuur laat zien dat een aantal van de klinieken die cosmetische ingrepen uitvoerden relatief veel POWI's registreerde. De klinieken die orthopedische ingrepen uitvoerden en een infectiepercentage registreerden groter dan 1,5%, voerden deze ingreep slechts 20-30 maal per jaar uit. Een enkele infectie leidt dan al snel tot een relatief hoog infectiepercentage.

Figuur 13

Aantal particuliere klinieken met bepaald percentage postoperatieve infecties naar behandelcategorie met POWI-registratie



#### Acties naar aanleiding van bevindingen

De toezichtbezoeken op het thema 'Operatieve zorg' toetsten de hierboven besproken indicatoren. Daarnaast werd een aantal aanvullende elementen met betrekking tot deze zorg getoetst. Het betrof toetsing op:

- uitvoering audits op de registratie van de time-out;
- aanwezigheid en toepassing van een checklist en een protocol voor de time-out;
- beleid en registratie met betrekking tot de surveillance op POWI;
- beleid op MRSA/BRMO;
- registratie van de time-out, POWI-controle en MRSA/BRMO-screening in dossiers.

### 3.3 Patiëntenrechten en -eisen voor goede zorg (Wkkgz)

Sinds 1 januari 2016 is de Wkkgz van kracht<sup>[19]</sup>. Belangrijke thema's van de Wkkgz zijn het klachtrecht, de cliënteninformatie en openheid, kwaliteit, veiligheid, en goed bestuur<sup>[20]</sup>. De Wkkgz geldt voor alle zorgaanbieders. Met de invoering van de Wkkgz is de informatieplicht (WGBO) aan de patiënt door de zorgaanbieder uitgebreid. Het betekent onder meer dat de patiënt – voordat hij een onderzoek of behandeling ondergaat – voldoende en adequaat is geïnformeerd en dat hij op basis van deze informatie toestemming geeft voor het uitvoeren van het onderzoek of de behandeling.

#### Indicatoren

- informed consent bij procedurele sedatie;
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- afspraken met een ziekenhuis.

Om (rechtsgeldig) toestemming te kunnen geven voor een behandeling heeft de patiënt goede informatie nodig. Daarom moet een arts, alvorens toestemming te vragen, de patiënt minimaal informatie geven over het voorgenomen onderzoek of de behandeling, de risico's en de alternatieven. De informatieplicht van de arts en het toestemmingsvereiste van de patiënt vormen het informed consent<sup>[21]</sup>. Uit jurisprudentie volgt dat naarmate een behandeling medisch minder, of geheel niet noodzakelijk is, een 'verzwaaarde' informatieplicht geldt. De inhoud van het gesprek en de daarna verkregen toestemming van de patiënt moet door de arts in het dossier van de patiënt worden vastgelegd<sup>[22]</sup>.

De Wkkgz eist dat alle aanbieders van zorg een *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* vaststellen. Signalering van geweld moet in een zo vroeg mogelijk stadium plaatsvinden en tot een adequate verwijzing en aanpak leiden. Dit kan alleen indien medewerkers de kennis en vaardigheden hebben om dit te signaleren, bespreekbaar te maken en aan te pakken. Het is een wettelijke plicht dat de zorgaanbieder de kennis over en het gebruik van de meldcode bevordert.

De laatste indicator voor patiëntenrechten en -eisen voor goede zorg betreft afspraken met een ziekenhuis. Bestuurders dienen voor hun kliniek afspraken te hebben met een ziekenhuis waar de patiënt terecht kan in geval van calamiteiten of complicaties die de setting van de particuliere kliniek overstijgen. De inspectie en de wetenschappelijke verenigingen achten formele schriftelijke afspraken tussen bestuurders van belang voor bevordering van de continuïteit en de kwaliteit van de zorg. De inspectie toetst op het

[19] In verband met de overgangstermijn konden een aantal onderdelen per 1 januari 2017 worden ingevoerd. In de navolgende link staat welke onderdelen dit betreft: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/vraag-en-antwoord/voorschriften-zorgaanbieders-wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>

[20] Bron: Nivel, nulmeting Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), mei 2016.

[21] Bron: website KNMG, <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/informed-consent.htm>

[22] In de basisset vraagt de inspectie alleen naar informed consent bij patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast, maar informed consent geldt voor elke behandeling en elk onderzoek.

nemen van deze bestuurlijke verantwoordelijkheid. Een aantal wetenschappelijke verenigingen heeft in 2017 gewerkt aan een kaderregeling voor afspraken tussen ziekenhuizen en klinieken in de vorm van een modelovereenkomst. Deze concept overeenkomst wordt momenteel besproken door de veldpartijen.

### Bevindingen

#### Informed consent

Alle klinieken die hebben aangegeven procedurele sedatie toe te passen namen een informed consent af. Zoals in de inleiding beschreven, is het van belang het informed consent bij *alle* behandelingen en onderzoeken uit te vragen.

#### Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

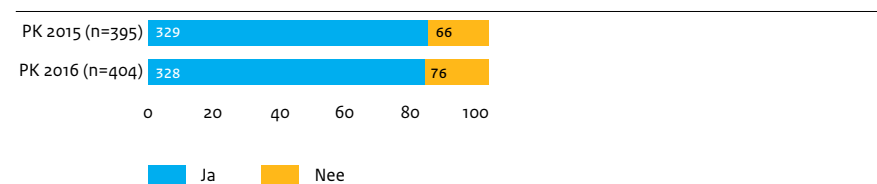
Uit de data blijkt dat het overgrote deel van de klinieken de meldcode heeft geïmplementeerd, namelijk 359 van de 404 klinieken (89%). Op de vraag of de organisatie opleiding of training aanbod om de meldcode te hanteren, gaven 186 klinieken aan dit te doen (52%).

#### Afspraken met een ziekenhuis

Van de 404 klinieken hebben 328 klinieken aangegeven (81%) afspraken te hebben met een ziekenhuis waar de patiënt terecht kan in geval van calamiteiten of complicaties die de setting van de particuliere kliniek overstijgen.

Figuur 14

Aantal particuliere klinieken dat afspraken heeft met een ziekenhuis



#### Acties naar aanleiding van bevindingen

De toezichtbezoeken op het thema 'Patiëntenrechten en -eisen voor goede zorg' toetsten de hierboven besproken indicatoren. Daarnaast werden een aantal wettelijke verplichtingen uit de Wkkgz getoetst om de stand van zaken te kunnen opmaken na de invoering van deze wet in 2016. Het betrof de onderwerpen bekendheid met en aansluiting bij een geschillencommissie en beleid rondom incidenten en calamiteiten.

## 3.4 Professionals

De eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg ligt bij het bestuur van de instelling. Het is voor de inspectie dan ook belangrijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de evaluatie van het functioneren van de medisch specialist of arts is ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling.

### Indicatoren

- visitatie medisch specialisten
  - NOG
  - NOV
  - NVA
  - NVDV
  - NVKNO
  - NVMDL
  - NVPC
  - NVVC;
- visitatie cosmetisch artsen
  - NVCG<sup>[23]</sup>;
- functioneringsgesprekken;
- IFMS;
- regeling mogelijk disfunctioneren.

Visitatie heeft tot doel om een objectief oordeel te verkrijgen over de kwaliteit van de zorgverlening van de vakgroep in een instelling. Als een instelling door de wetenschappelijke vereniging is gevisiteerd en de daaruit voortvloeiende verbetermaatregelen zijn uitgevoerd, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor goede zorgverlening.

Systemen gericht op evaluatie van het individueel functioneren van medisch specialisten en artsen, zoals functioneringsgesprekken en Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS), zijn belangrijke instrumenten om het functioneren te toetsen en de kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg verder te verbeteren<sup>[24]</sup>. Specifiek voor het IFMS heeft Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) een handreiking<sup>[25]</sup> opgesteld die is toegesneden op kleinere particuliere organisaties.

Het IFMS is ook een hulpmiddel voor het vroegtijdig signaleren van verminderd functioneren of disfunctioneren van medisch specialisten. Indien er een vermoeden

[23] De NVCG is niet aangesloten bij de Federatie Medisch Specialist. Ter verduidelijking van de uitkomsten is de NVCG wel in de totale analyse van visitatie en wetenschappelijke verenigingen meegenomen. Waar wetenschappelijke vereniging staat, wordt dus ook de NVCG bedoeld.

[24] Website Federatie Medisch Specialist. 2014. <http://www.demedischspecialist.nl/nieuws/leidraad-helpt-medisch-specialist-bij-verder-verbeteren-functioneren>

[25] ZKN IFMS Handreiking 2013: <https://www.zkn.nl/uploads/documenten/website/ZKN-IFMS-Handreiking.pdf>



is van disfunctioneren, wordt dit via een apart traject geregeld en zal het IFMS-traject (tijdelijk) worden gestaakt<sup>[26]</sup>. Vaak wordt aangegeven dat in het ziekenhuis waar de medisch specialist werkt, al werd deelgenomen aan het IFMS en dat het daardoor niet relevant zou zijn om ook deel te nemen aan het IFMS in de particuliere kliniek. Het is echter belangrijk om ook in de particuliere kliniek het IFMS te doorlopen, omdat in deze setting anders wordt samengewerkt dan in het ziekenhuis.

De Wkkgz eist dat het beëindigen (ontslag, opzegging, ontbinding of niet voortzetting overeenkomst) van elke vorm van samenwerking op grond van het oordeel van de zorgaanbieder dat de zorgverlener ernstig is tekortgeschoten in zijn functioneren aan de inspectie wordt gemeld. Zo is er bijvoorbeeld sprake van disfunctioneren als structureel het handelen ongemotiveerd afwijkt van de professionele standaard en de patiënt schade oploopt of het risico op schade heeft. Dit geldt voor alle zorgverleners en voor alle vormen van samenwerking. Solistisch werkende zorgverleners dienen een regeling te hebben voor waarneming. Indien de samenwerking binnen deze waarnemingconstructie wordt beëindigd wegens disfunctioneren, geldt ook de verplichte melding van ontslag wegens disfunctioneren. De regeling 'Mogelijk disfunctioneren medisch specialisten' is daarom van belang omdat hierin de procedure bij verdenking van disfunctioneren is beschreven. Hierin dient tevens opgenomen te zijn dat het beëindigen van iedere vorm van samenwerking wegens het ernstig tekortschieten in het functioneren aan de inspectie gemeld moet worden.

## Bevindingen

### Visitatie medisch specialisten/cosmetisch artsen

Van de 352 instellingen waar medische specialisten werkzaam waren, gaven er 313 (89%) aan dat alle medische specialisten waren aangesloten bij een wetenschappelijke vereniging.

Tabel 2

Percentage particuliere klinieken waarvan de medisch specialisten die waren aangesloten bij een wetenschappelijke vereniging<sup>[27]</sup> in de afgelopen vijf jaar door hun wetenschappelijke vereniging zijn gevisiteerd

	NVA	NOG	NOV	NVCG	NVKNO	NVPC	NVDV	NVVC	NVMDL	Andere
PK 2015	76%	68%	76%	48%	24%	53%	67%	28%	53%	31%
PK 2016	83%	75%	86%	43%	29%	63%	71%	50%	62%	32%

[26] IQ healthcare. 2012. Disfunctioneren van zorgverleners in de Nederlandse gezondheidszorg.

[27] Door een andere analysemethode verschillen de visitatiepercentages van de NVVC en NVMDL over 2015 met de percentages die in Het resultaat telt 2015 zijn gepubliceerd.

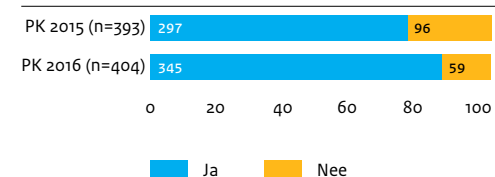
Bijvoorbeeld: van alle klinieken waar plastisch chirurgen werkten die waren aangesloten bij de NVPC, heeft 63% in de afgelopen vijf jaar een visitatie gehad van de NVPC.

### Functioneringsgesprekken

Van de 404 klinieken gaven er 345 aan een systeem van functioneringsgesprekken te hanteren. Dat is 85,4%. Van deze 345 voerden 326 klinieken deze gesprekken ook daadwerkelijk uit. Dat is 94,5%.

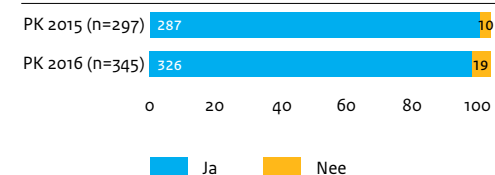
Figuur 15

Aantal particuliere klinieken dat een systeem van functioneringsgesprekken hanteert



Figuur 16

Aantal particuliere klinieken waar functioneringsgesprekken zijn gevoerd

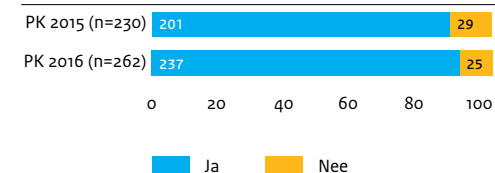


### IFMS

Van de 230 klinieken die hebben aangegeven het IFMS te hanteren, voerden 201 klinieken deze gesprekken ook daadwerkelijk uit.

Figuur 17

Aantal particuliere klinieken waar IFMS-gesprekken zijn gevoerd

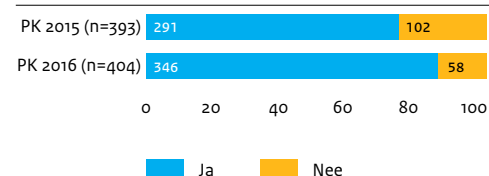


### Regeling mogelijk disfunctioneren

Uit onderstaande figuur blijkt dat niet alle instellingen over een regeling 'Mogelijk disfunctioneren medisch specialisten' beschikten: bij 58 klinieken ontbrak deze. Dat is 14,4%. Instellingen dienen deze regeling te implementeren.

Figuur 18

Aantal particuliere klinieken waar de regeling Mogelijk disfunctioneren medisch specialisten is ingevoerd



### Acties naar aanleiding van bevindingen

De toezichtbezoeken op het thema 'Professionals' toetsten de hierboven besproken indicatoren. Daarnaast werd ook het beleid en de sturing inzake de bekwaam- en bevoegdheden van medewerkers getoetst.

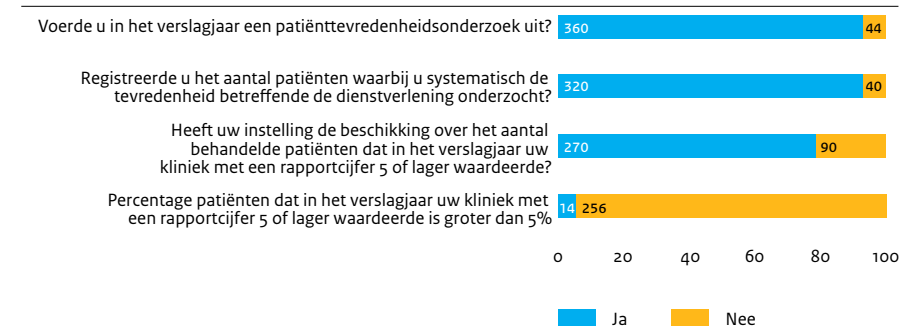
## Bijlage 1: Data overige indicatoren

In deze bijlage volgen, op geaggregeerd niveau en zonder verdere toelichting, de overige data die particuliere klinieken in de *Basisset risico-indicatoren particuliere klinieken 2016* hebben aangeleverd.

### Monitoring kwaliteit

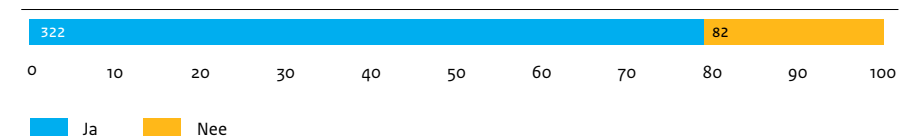
Figuur 19

Patiënttevredenheid



Figuur 20

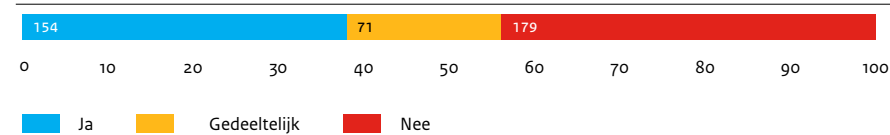
Beschikking over kwaliteitskeurmerk



## Behandelingen

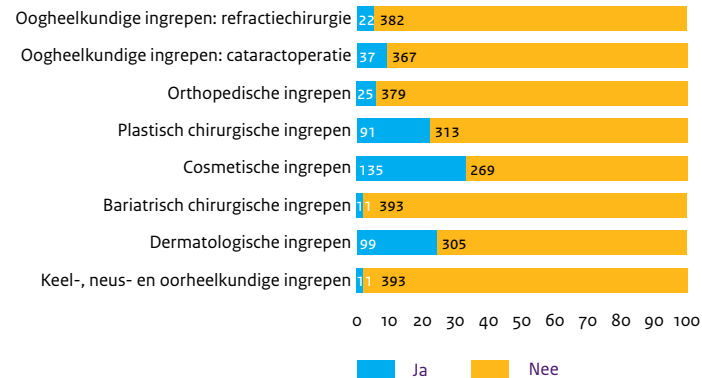
Figuur 21

### Elektronisch voorschrijven



Figuur 22

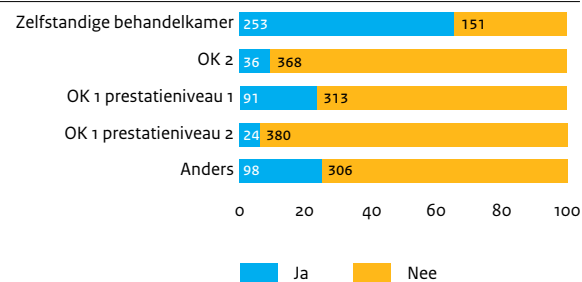
### Specifieke ingrepen



## Operatief proces

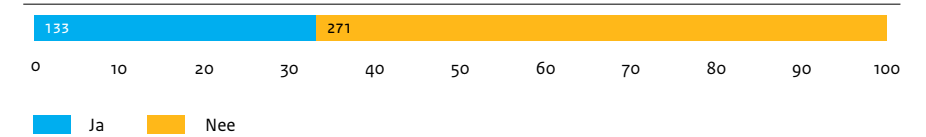
Figuur 23

### Kwalificatie behandelruimte



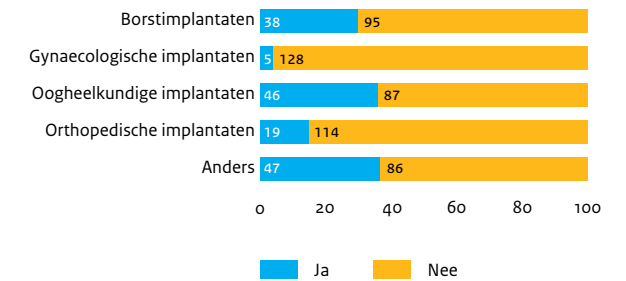
Figuur 24

### Gebruik implantaten



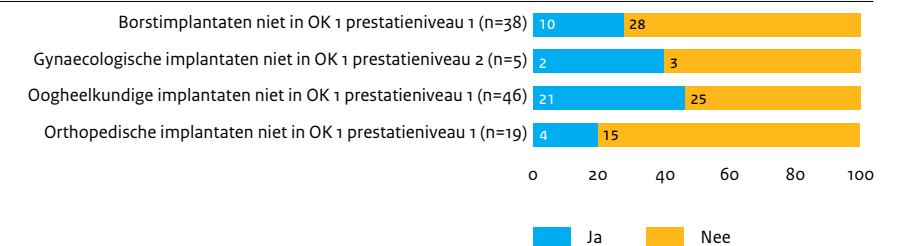
Figuur 25

### Gebruikte implantaten (n=133)



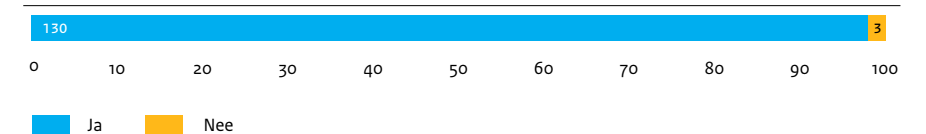
Figuur 26

### Implantaten in ongeschikte behandelruimte



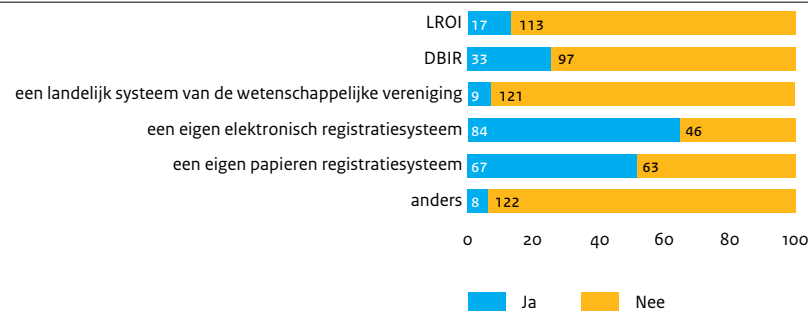
Figuur 27

### Gebruik registratiesysteem implantaten (n=133)



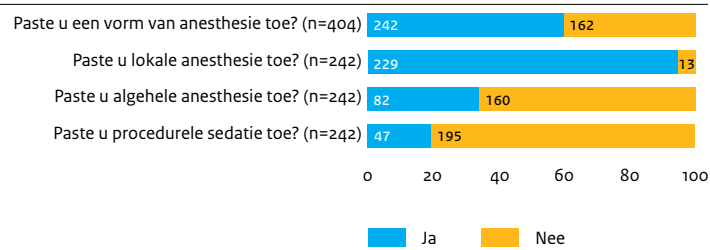
Figuur 28

**Registratiesysteem (n=130)**



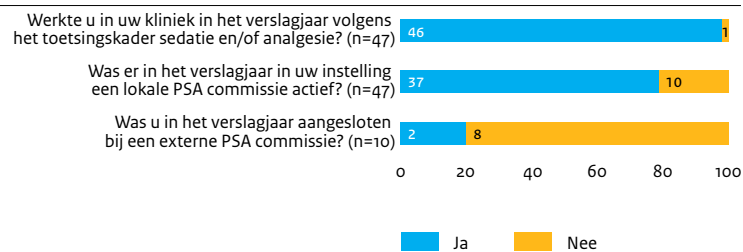
Figuur 29

**Toepassing anesthesie**



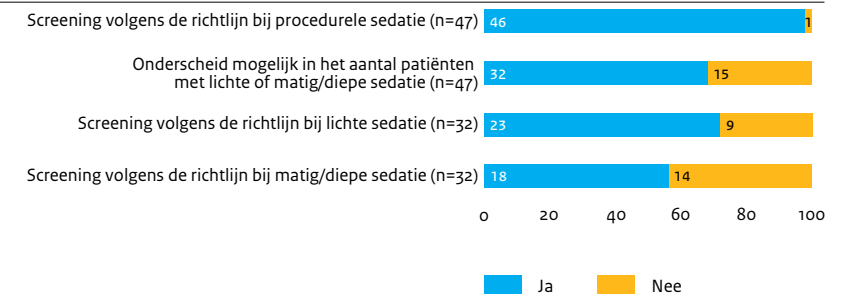
Figuur 30

**PSA commissie**



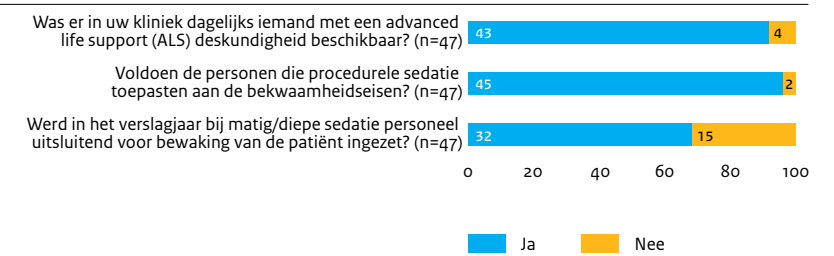
Figuur 31

**Screening**



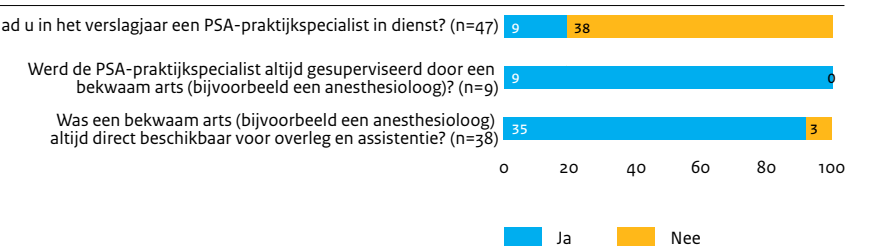
Figuur 32

**Deskundigheid**



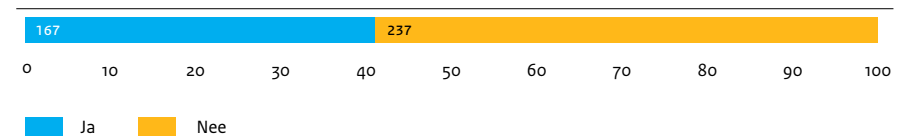
Figuur 33

**PSA-praktijkspecialist**



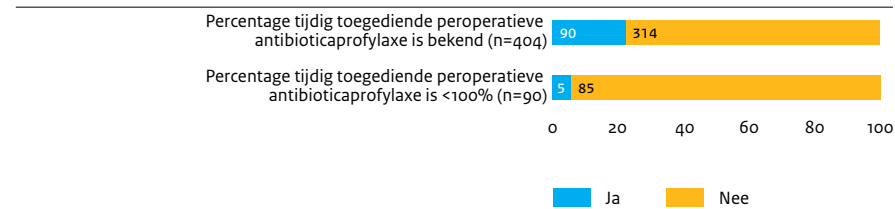
Figuur 34

**Navraag pijnintensiteit**



Figuur 35

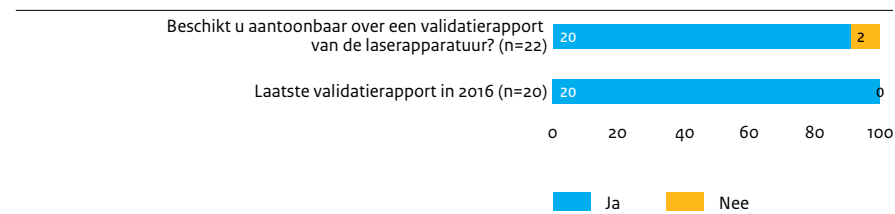
**Peroperatieve antibioticaprofylaxe**



**Specifieke ingrepen**

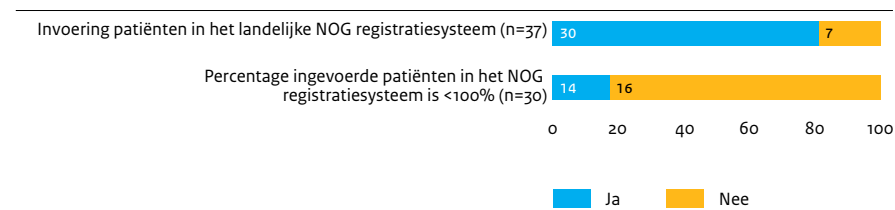
Figuur 36

**Oogheelkundige laserapparatuur**



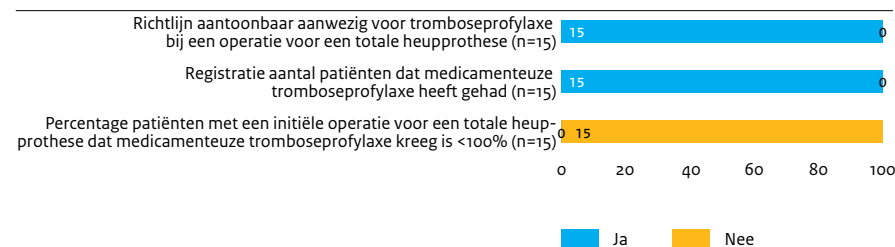
Figuur 37

**Cataractregistratie**



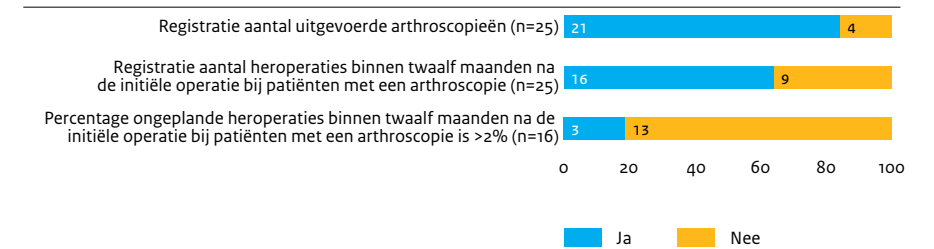
Figuur 38

**Tromboseprofylaxe**



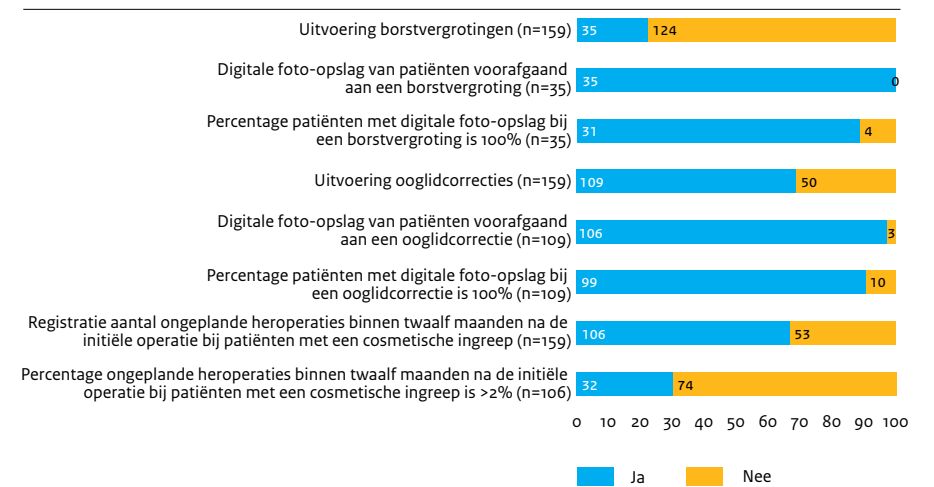
Figuur 39

**Arthroscopie**



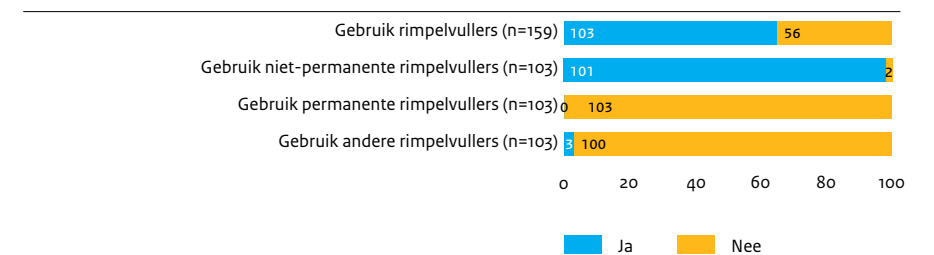
Figuur 40

**Resultaat cosmetische ingreep**



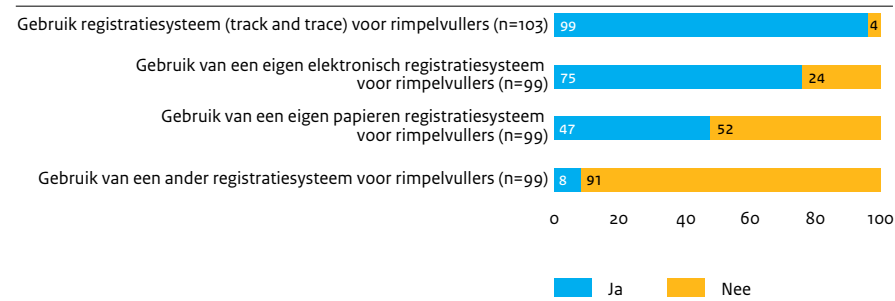
Figuur 41

**Gebruik rimpelvullers**



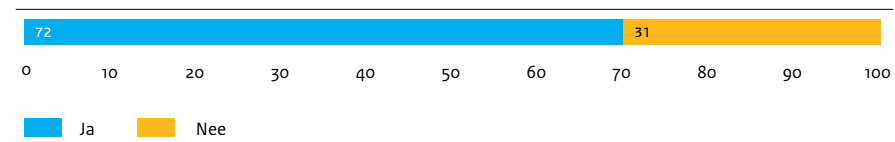
Figuur 42

**Gebruik registratiesysteem voor rimpelvullers**



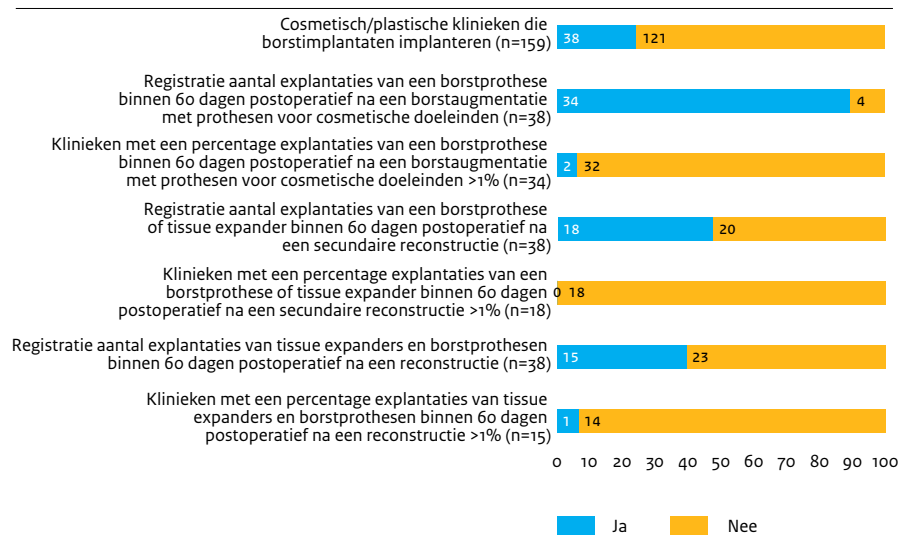
Figuur 43

**Verstrekking productpaspoort**



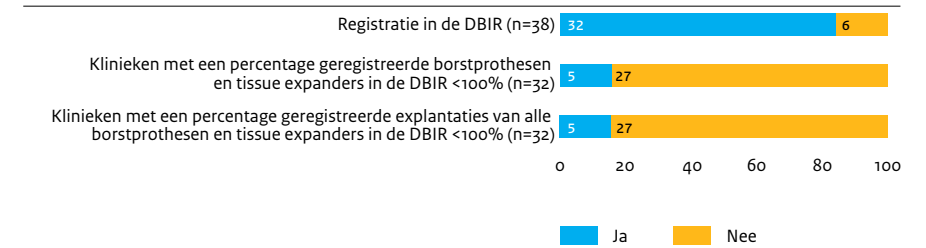
Figuur 44

**Borstimplantaten**



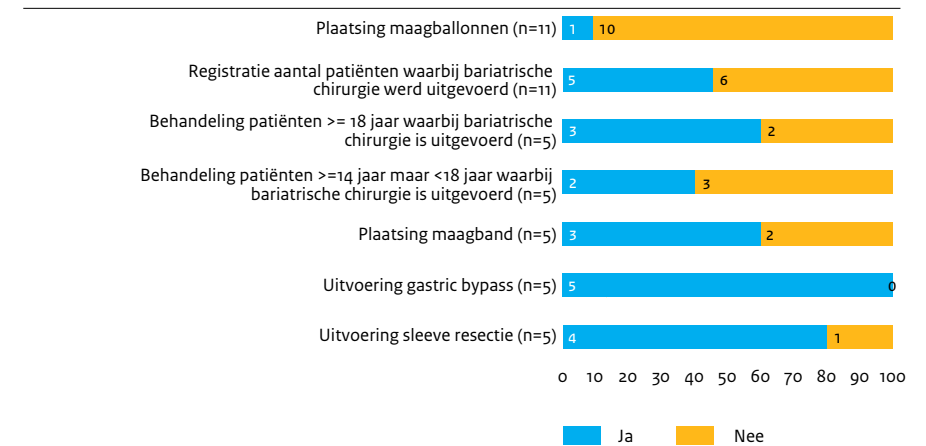
Figuur 45

**Registratie DBIR**



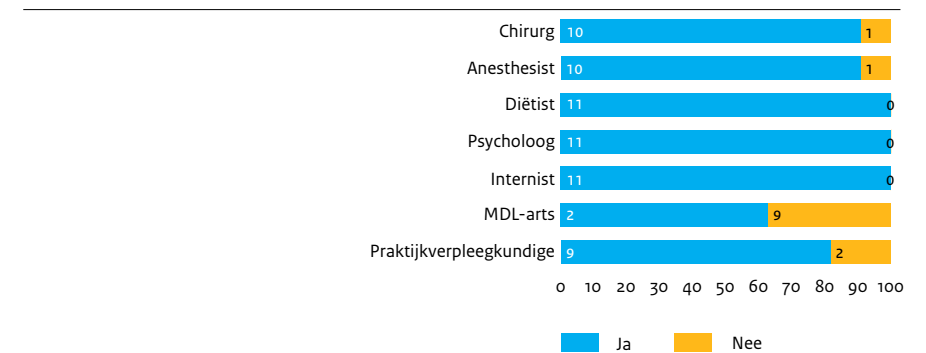
Figuur 46

**Uitvoering bariatrische chirurgie**



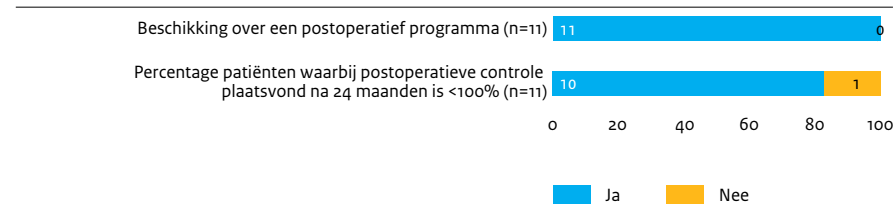
Figuur 47

**Samenstelling multidisciplinair team**



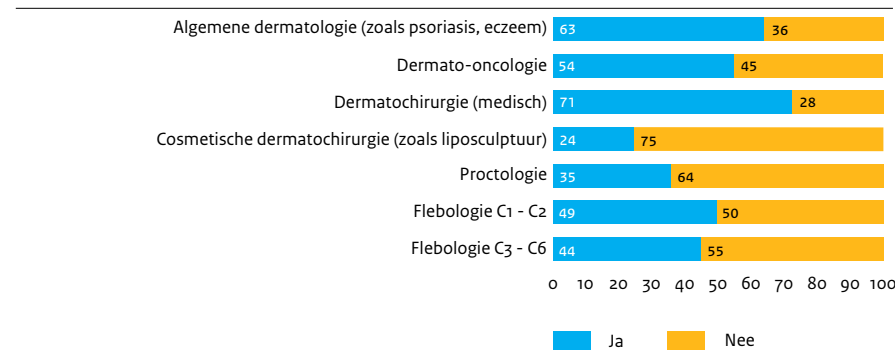
Figuur 48

**Beschikking over een postoperatief programma (n=11)**



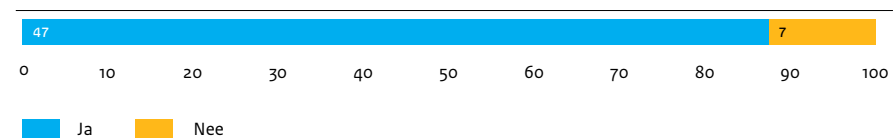
Figuur 49

**Dermatologische ingrepen (n=99)**



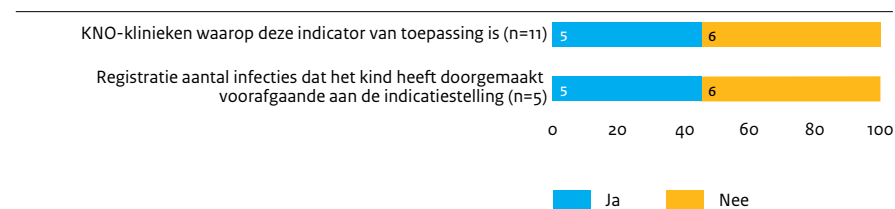
Figuur 50

**Dermato-oncologie; samenwerking ziekenhuis (n=54)**



Figuur 51

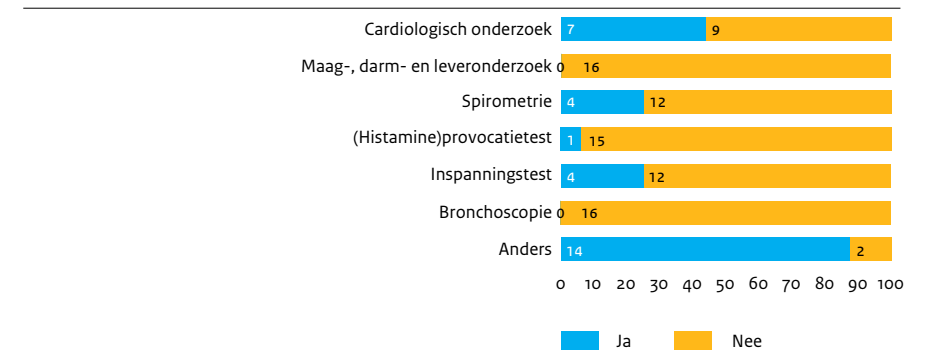
**Registratie voor indicatiestelling KNO (n=11)**



**Medisch diagnostische centra [28]**

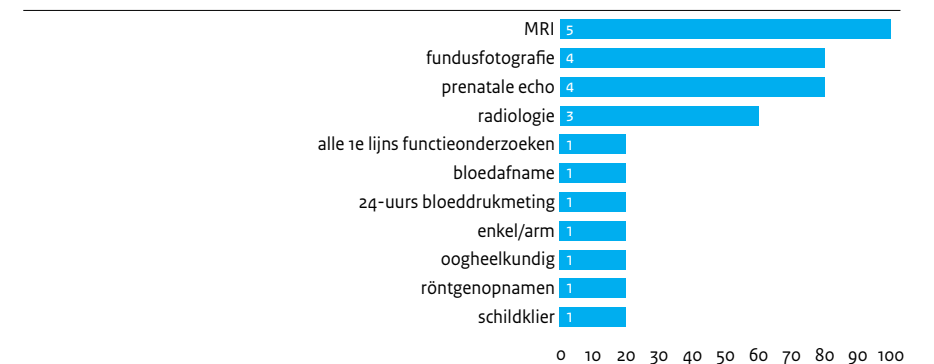
Figuur 52

**Diagnostische onderzoeken in MDC's (n=16)**



Figuur 53

**Andere diagnostische onderzoeken**



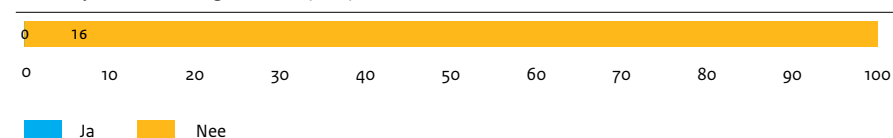
[28] Van de 20 MDC's die gegevens hebben aangeleverd, hebben 4 MDC's deze vraag niet beantwoord, vandaar n=16.

Tabel 3

Kengetallen Medisch Diagnostische Centra (MDC's)	2016
Totaal aantal patiënten in het verslagjaar (n=16)	675.690
Totaal aantal diagnostische (beeldvormende of biometrische) onderzoeken (n=16)	501.678
Totaal aantal invasieve onderzoeken (n=6)	6.349

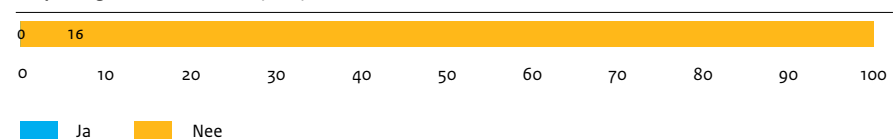
Figuur 54

## Endoscopische verrichtingen in MDC (n=16)



Figuur 55

## Toepassing anesthesie in MDC (n=16)



## Bijlage 2: Lijst met afkortingen

ASA	American Society of Anesthesiologists
BMI	Body Mass Index
Federatie	Federatie Medisch Specialisten
IFMS	Individueel functioneren medisch specialisten
Inspectie	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting
IT	Incidenttoezicht
KNO	Keel-, neus- en oorheelkunde
MDC	Medisch diagnostisch centrum
MDL	Maag, darm en lever
NIV	Nederlandse Internisten Vereniging
NOG	Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
NOV	Nederlandse Orthopedische Vereniging
NVA	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NVDV	Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVKNO	Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde
NVMDL	Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
NVMM	Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
NVPC	Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
NVVC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NVvH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
PK	Particuliere Kliniek
POWI	Postoperatieve wondinfectie
PSA	Procedurele sedatie en/of analgesie (pijnstilling)
RT	Risicotoezicht
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
WV	Wetenschappelijke vereniging
ZBC	Zelfstandig BehandelCentrum
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland





# 2016

Het resultaat telt  
particuliere klinieken

[www.igj.nl](http://www.igj.nl)