



IGJ indicatoren 2020, het resultaat gemeten

ZKN-klinieken presteren goed, op sommige punten ruimte voor verbetering

## Inhoud

1. Waarom dit rapport .....	3
2. Inleiding.....	3
3. Overall beeld: ZKN-klinieken presteren goed .....	5
4. Ruimte voor verbetering.....	5
5. Wat valt op?.....	7
6. ZKN-klinieken presteren overall beter dan niet ZKN-klinieken.....	9
7. Acties op achterblijvende indicatoren .....	10
8. Mogelijkheid tot benchmarken indicatoren IGJ en Transparantiekalender .....	10

## 1. Waarom dit rapport

Jaarlijks leveren klinieken en ziekenhuizen informatie aan de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) over de geleverde kwaliteit van zorg in de vorm van indicatoren en verbeterdoelen. Op basis van de resultaten publiceert de IGJ het rapport "Het Resultaat Telt" (HRT).

IGJ maakt in haar rapportage geen onderscheid tussen klinieken met en klinieken zonder het ZKN-keurmerk. ZKN-klinieken maken in verslagjaar 2020 61% uit van de IGJ uitvraag particuliere klinieken. Om de kwaliteit van ZKN-klinieken transparant te maken publiceert ZKN een eigen kwaliteitsrapport op basis van een deel van de IGJ-indicatoren.

Het voorliggende ZKN-kwaliteitsrapport is dus een analyse over het verslagjaar 2020. Waar mogelijk worden vergelijkingen gemaakt met voorgaande jaren. Daarnaast maakt dit rapport in een aantal paragrafen onderscheid tussen klinieken met een ZKN-keurmerk en zonder het keurmerk.

## 2. Inleiding

In opdracht van ZKN heeft onderzoeksbureau Panteia de antwoorden van klinieken op de IGJ-indicatoren geanalyseerd.

ZKN analyseert de IGJ-indicatoren voor het 4e jaar op rij, inmiddels met informatie over de afgelopen 5 jaren. Hierdoor is het voor de meeste indicatoren<sup>1</sup> mogelijk om trends te zien. Voor een overall beeld wordt net als voorgaande jaren het resultaat - in de vorm van een stoplichtenrapportage - gebruikt om verschillen in resultaten te kunnen zien. Niet alle indicatoren die onderdeel uitmaken van de analyse worden benoemd in deze rapportage. Alleen die indicatoren die een verbeterpotentieel hebben en opvallende indicatoren (dit kan zowel positief of negatief zijn) worden in dit rapport toegelicht. In de stoplichtenrapportage wordt per indicator een afkapwaarde gebruikt om onderscheid te kunnen maken tussen groen (1 punt), oranje (2 punten) en rood (3 punten). Hoe lager de score hoe beter het resultaat. De afkapwaardes zijn ten opzichte van voorgaand jaar niet gewijzigd<sup>2</sup>. Over alle indicatoren uit de stoplichtenrapportage wordt ook weer een gemiddelde eindscore berekend. Klinieken die een gemiddelde eindscore hebben tussen 1 en 1,49 scores hiermee groen, met een gemiddelde eindscore tussen 1,5 en 1,99 is de score oranje en is de gemiddelde eindscore gelijk aan of hoger dan 2 is deze rood. Ook hier geldt weer, hoe lager de score hoe beter het resultaat.

Bij diverse indicatoren wordt door klinieken een toelichting geschreven. Het is echter niet mogelijk om voor deze analyse de toelichting mee te laten wegen in het oordeel. Daarom is het mogelijk dat er goede redenen zijn voor een kliniek waarom afgeweken wordt van het 'wenselijke'. Het is aan de kliniek zelf om in de vergelijking met de resultaten in dit rapport of in de benchmarktool SKI (zie paragraaf 8) te beoordelen of er ruimte is voor een betere score op betreffende indicatoren.

### Algemene informatie

In totaal hebben 573 klinieken indicatoren aangeleverd ten behoeve van de basisset medisch specialistische zorg. 358 (61%) van deze klinieken hebben het ZKN-keurmerk en zijn daarmee lid van ZKN. Tenminste 70% van alle klinieken voert invasieve behandelingen uit, voor ZKN is dat 74,4%. De behandelingen in klinieken die het vaakst worden uitgevoerd zijn plastisch chirurgische/cosmetische

---

<sup>1</sup> Elk jaar verdwijnen er indicatoren en komen er nieuwe indicatoren bij

<sup>2</sup> In 2020 (over verslagjaar 2019) zijn de afkapwaardes aangepast ten opzichte van verslagjaar 2018. De reden daarvoor was dat in het jaar ervoor werd geconcludeerd dat de afkapwaardes van een aantal indicatoren niet of (te) weinig onderscheidend waren. Na deze aanpassing bleek verdere aanpassing in 2021 niet nodig.

ingrepen en injectables (botox en Fillers) (beiden overall 26%, alleen ZKN-leden 26 resp. 14%), Dermatologische ingrepen (overall 18%, alleen ZKN-leden 20%), oogheeskundige ingrepen (refractiechirurgie en cataract samen overall 10%, alleen ZKN-leden 13%), orthopedische ingrepen (overall 6%, alleen ZKN leden 7%) en cardiologie (overall 5%, alleen ZKN 6%).

### **Minder indicatoren**

Het aantal te analyseren indicatoren is ten opzichte van voorgaande jaren lager. Dit heeft te maken met vernieuwingen binnen het toezicht van IGJ. De vernieuwing bestaat onder andere uit het loslaten van 'traditionele kwantitatieve indicatoren' en het introduceren van meer kwalitatieve verbeterdoelen. De indicatorenset/basisset wordt daarmee een verbeterset. Aan de ziekenhuizen en klinieken<sup>3</sup> wordt gevraagd om op vastgestelde verbeterdoelen te reflecteren door de huidige situatie en de risico's te beschrijven en aan te geven hoe zij hun verbetertraject, -cyclus inrichten om het verbeterdoel te behalen. Verbeterdoelen geven instellingen meer vrijheid in de wijze waarop verantwoording wordt afgelegd over de kwaliteit van de geleverde zorg. In deze [brief](#) van de IGJ is te lezen waarom gekozen is voor deze transitie. Het reflecteren op verbeterdoelen wordt beschrijvend gedaan, aan de hand van een format, en is daarmee niet meer in de vorm van cijfers en antwoorden als ja of nee. Daarnaast hoeft maar een zeer klein aantal klinieken het verbeterdoel actief aan te leveren aan de IGJ<sup>4</sup>. Dit maakt dat de verbeterdoelen voor ZKN niet te analyseren zijn en daarmee geen onderdeel uitmaken van deze rapportage.

### **Leeswijzer**

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In paragraaf 3 wordt een overall beeld gegeven van het presteren van ZKN-klinieken. Paragraaf 4 laat die indicatoren zien, waar ruimte is voor verbetering en in paragraaf 5 wordt ingegaan op een aantal opvallende resultaten. Vervolgens wordt in paragraaf 6 gekeken wat het effect is van het ZKN-keurmerk op de resultaten van de indicatoren en in paragraaf 7 welke acties ZKN onderneemt om daar waar nodig aandacht te geven aan verbetering. In paragraaf 8 wordt ingegaan op de mogelijkheid tot benchmarken.

ZKN heeft de resultaten van niet ZKN-klinieken op indicatorniveau wel geanalyseerd maar dit valt buiten de scope van dit rapport met uitzondering van de overall analyse in paragraaf 6.

---

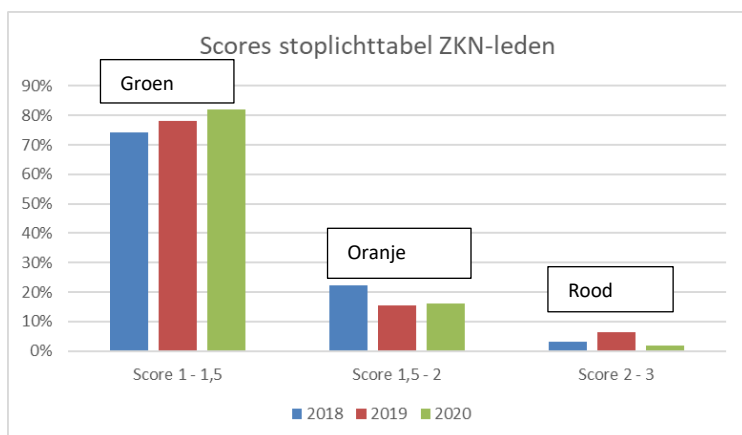
<sup>3</sup> Niet alle verbeterdoelen zijn voor klinieken van toepassing, klinieken bieden andere zorg dan ziekenhuizen.

<sup>4</sup> Klinieken die rechtstreeks aan de IGJ een terugkoppeling moeten geven ontvangen hierover een brief van de IGJ. Van de overige klinieken wordt verwacht dat zij de betreffende verbeterdoelen uitwerken en tijdens een IGJ bezoek of anderszins deze uitwerking kunnen tonen.

### 3. Overall beeld: ZKN-klinieken presteren goed

Het aantal ZKN-klinieken dat een groene score krijgt is hoger dan voorgaande jaren. Deze overall score wordt berekend door een gemiddelde over alle scores per kliniek en wordt uitgedrukt in de vorm van een stoplicht. Uitleg hierover staat in de inleiding vermeld.

In onderstaande grafiek is het percentage klinieken weergegeven met een groene, een oranje of een rode score. De overgrote meerderheid heeft een groene score. In 2019 zijn de afkapwaardes aangepast. Omdat gezien werd dat er met de dan geldende waardes er te weinig onderscheid was te zien. Om een groene score te krijgen is de afkapwaarde voor zowel groen als oranje verhoogd. Dit heeft er niet toe geleid dat het aantal groene scores lager werd. Er is zelfs een stijgende lijn te zien in het aantal groene scores.



Grafiek 1, het aantal ZKN-klinieken met een score 1 -1,5 (groen in de stoplichten rapportage), 1,5 -2 (oranje) en 2 -3 (rood) over de afgelopen 3 jaar. Over 2020 is, evenals 2019, een verbetering van het aantal klinieken met een groene score te zien.

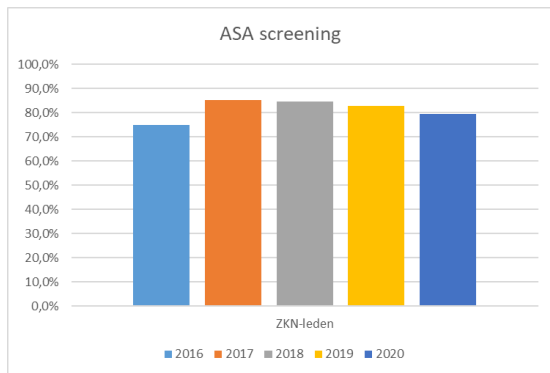
De klinieken met een overall rode of oranje score hebben over het algemeen een rode of gele score op de indicatoren samenwerkingsverband, implementatie en scholing meldcode huiselijk geweld en het % IFMS en functioneringsgesprekken.

### 4. Ruimte voor verbetering

Onderstaand staan een aantal indicatoren benoemd waarbij uit de analyse ruimte blijkt voor verbetering. De acties die hiervoor genomen worden leest u in paragraaf 7.

*Screeningen ASA loopt iets terug:*

De indicator ASA-registratie laat de afgelopen 3 jaar een lagere score zien (grafiek 2). 79.6% van de klinieken die invasieve behandeling aanbieden doet een ASA-screening.



Grafiek 2 laat een voor het derde jaar op rij een lagere score zien

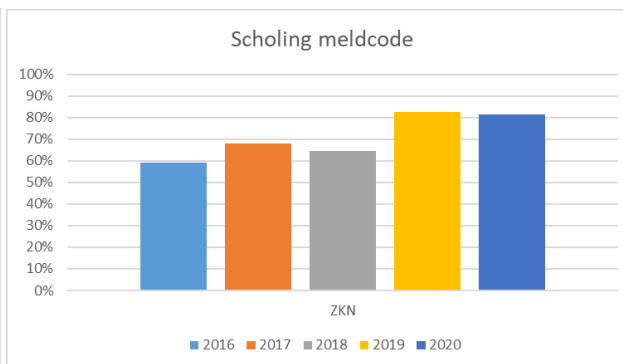
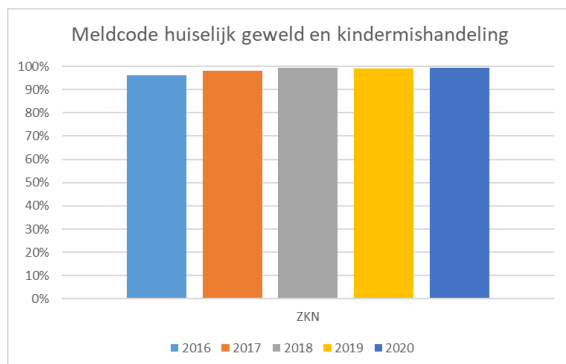
De specialisten waar de ASA registratie achterblijft zijn oogheelkunde alleen cataract (3% (1 van 34) van de klinieken doet geen ASA registratie), orthopedie (8% (2 van 24) van de klinieken doet geen ASA registratie), plastische chirurgie en injectables (resp. 21% (19 van de 92) en 16% (8 van de 50) van de klinieken doet geen ASA registratie), dermatologische ingrepen (29% (20 van 70) doet geen ASA registratie), KNO (33% (3 van 9) doet geen ASA registratie) en diagnostisch onderzoek (23% doet geen ASA registratie).



Grafiek 3, de blauwe kolommen zijn de % klinieken binnen dat specialisme waar geen ASA screening wordt geregistreerd. Het % klinieken dat geen ASA screening registreert is vergelijkbaar met voorgaand jaar, ook de verdeling over de specialismen is vergelijkbaar met voorgaand jaar.

#### *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling:*

Het aantal klinieken dat aangeeft een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling te hebben en te gebruiken, is bijna 100% (grafiek 4). Het aantal klinieken dat elk jaar een scholing aan de zorgverleners aanbiedt is iets lager dan vorig jaar (81% vs. 83%) en blijft daarmee voor ZKN een punt van aandacht (grafiek 5).



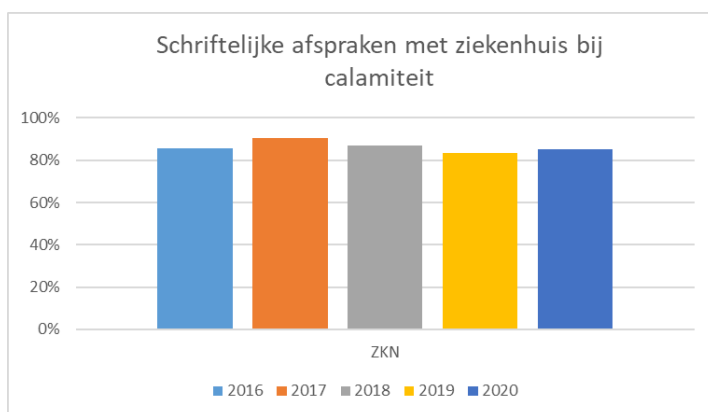
Grafiek 4 en 5, 99.4% van de ZKN-klinieken geeft aan een meldcode te hebben en te gebruiken. 81.4% van de ZKN-klinieken biedt jaarlijks scholing aan op het gebruik ervan.

## 5. Wat valt op?

In deze paragraaf staan de indicatoren vermeld die tijdens de analyse opvielen maar waar niet direct actie op hoeft te worden ondernomen. Het zijn signalen waar ZKN alert op blijft. Ook worden in deze paragraaf de indicatoren vermeld waar verbetering te zien is.

### *Schriftelijke afspraken met een ziekenhuis bij calamiteiten (de achterwacht-regeling):*

Klinieken en ziekenhuizen dienen binnen in de regio onderling afspraken te maken over de opvang van patiënten in het geval van spoedeisende of acute zorgbehoefte. Deze afspraken zijn bij voorkeur schriftelijk. Uit eigen onderzoek weten we dat klinieken gelukkig niet vaak gebruik hoeven te maken van deze afspraak. We weten ook dat het een aantal klinieken, ondanks grote inspanning van kliniekzijde, niet lukt om dergelijke afspraken te maken. Voor het eerst sinds 2017 wordt hier een licht stijgende lijn in gezien (grafiek 6). Vooral klinieken met het specialisme oogheelkunde (17%) en diagnostisch onderzoek (6%) hebben minder vaak een schriftelijke afspraak met een ziekenhuis. Zonder verdere analyse tekenen we hierbij aan dat het wel het voor ziekenhuizen lastige corona-jaar 2020 betreft.

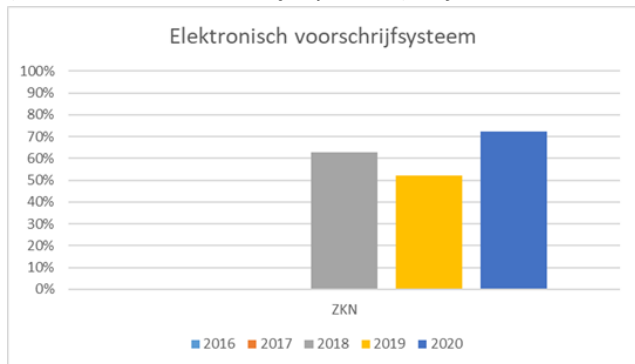


Grafiek 6, in 2020 had 85% van de klinieken een schriftelijke afspraak op gebied van opvang bij calamiteiten door een ziekenhuis.

### *Elektronisch voorschrijven:*

Het aantal klinieken dat aangeeft medicatie elektronisch voor te schrijven, waarbij voldaan wordt aan 5 door de IGJ aangemerkte functionaliteiten is significant hoger dan voorgaand jaar (grafiek 7). De daling in 2019 werd verklaard door één kliniek met veel locaties die dat jaar waren overgestapt op een nieuw EPD, waar deze functionaliteit in 2019 nog niet inzat, dit is in 2020 aangepast. Niet alle klinieken hoeven

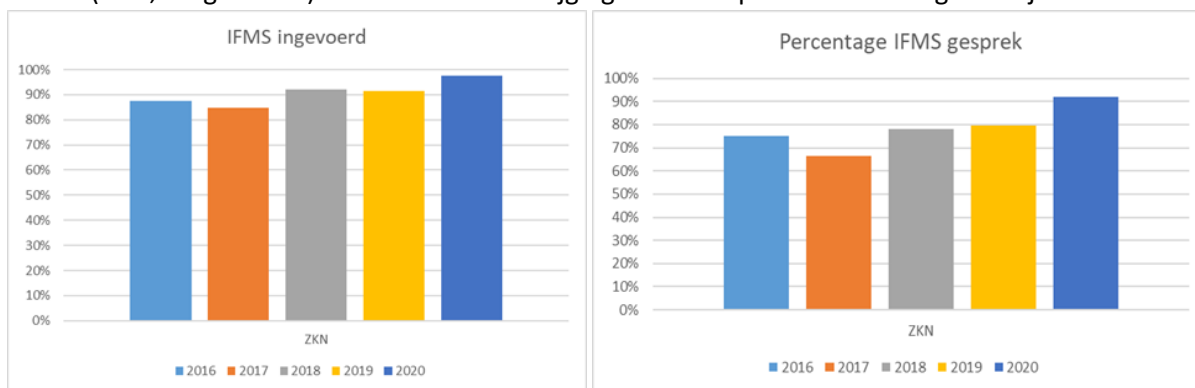
te voldoen aan deze indicator, klinieken die zeer weinig voorschrijven mogen dit doen zonder een EVS (elektronisch voorschrijf systeem). Bij ZKN is niet bekend om hoeveel klinieken dit gaat.



Grafiek 7, aantal klinieken dat elektronisch voorschrijft is in 2020 hoger (73%) dan in voorgaande jaren.

*IFMS (individueel functioneren medisch specialisten):*

Gezien wordt dat in verreweg de meeste klinieken de methodiek voor IFMS is ingevoerd (97%), zie grafiek 8. Het % specialisten dat afgelopen 24 maanden een IFMS-gesprek heeft gehad blijft hierin iets achter (87%, zie grafiek 9) Beiden laten een stijging zien ten opzichte van voorgaande jaren.



Grafiek 8 en 9, % klinieken waar de IFMS systematiek is ingevoerd is 97, het gemiddelde % gevoerde IFMS gesprekken is 87.

Naast de IFMS wordt sinds 2019 ook gevraagd naar functioneringsgesprekken tussen raad van bestuur en zorgverleners (93%) en in hoeverre de regeling disfunctioneren voor alle zorgverleners geïmplementeerd is en daadwerkelijk wordt ingezet indien er sprake is van disfunctioneren (99%).

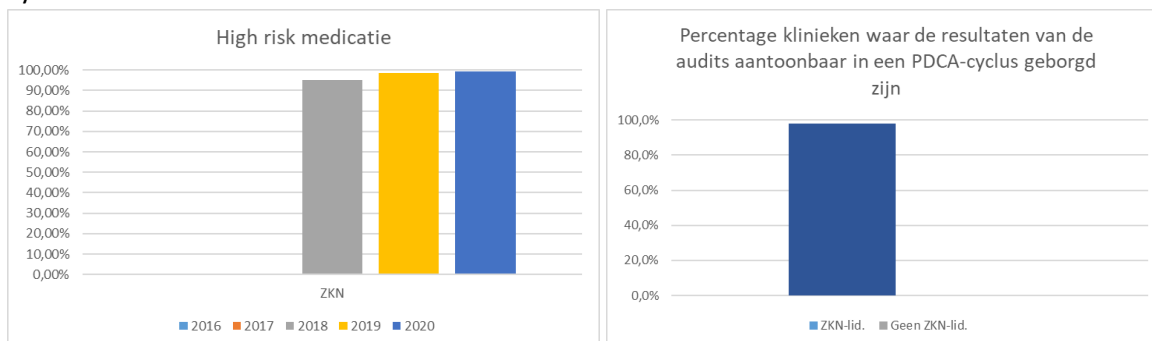


Grafiek 10 en 11, % functioneringsgesprekken werd tot 2018 alleen uitgevraagd voor artsen/specialisten. Vanaf 2019 wordt dit uitgevraagd voor alle zorgverleners



### Interne audit op het proces toedienen high risk medicatie

In onderstaande grafiek is te zien dat inmiddels bijna 100% van de klinieken die high risk medicatie toedienen dit proces jaarlijks intern toetsen. Bij bijna alle klinieken wordt de audit geborgd in de PDCA cyclus.

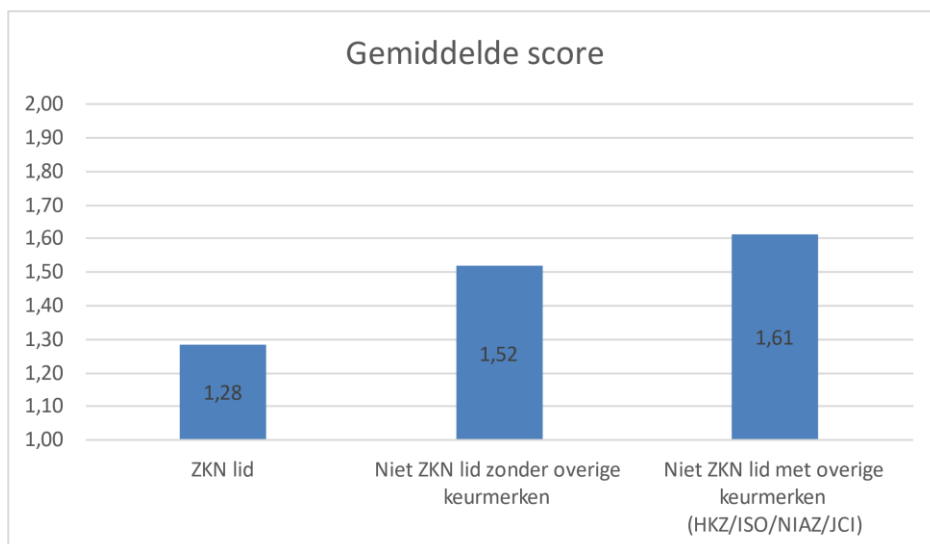


Grafiek 12 en 13, toetsing proces high risk medicatie van goed naar beter. De resultaten zijn geborgd.

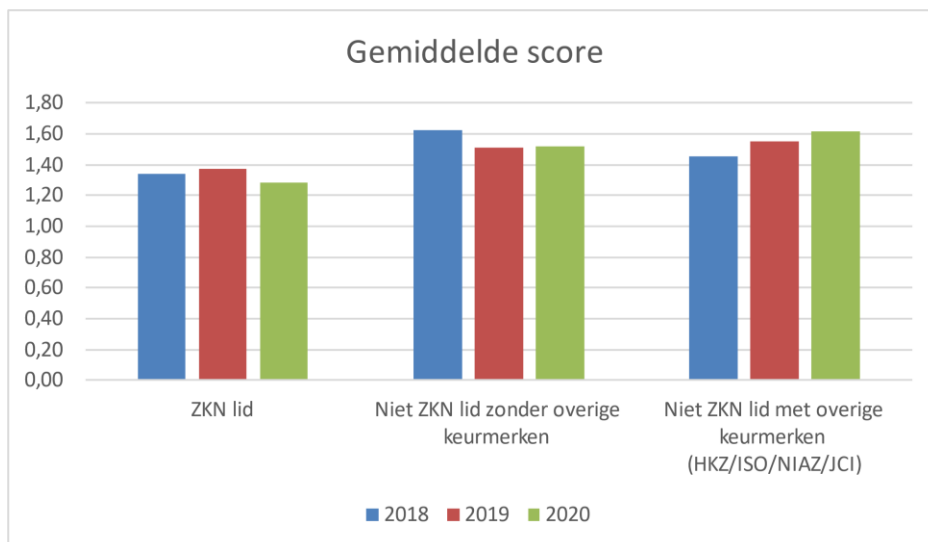
## 6. ZKN-klinieken presteren overall beter dan niet ZKN-klinieken

Alle ZKN-leden voldoen aan de ZKN-keurmerkeisen die jaarlijks door een certificerende instantie getoetst worden in de vorm van een audit. Om te meten of het ZKN-keurmerk een toegevoegde waarde heeft, wordt een analyse gedaan tussen ZKN-klinieken en niet ZKN-klinieken en niet ZKN-klinieken met een ander keurmerk. Hoe lager de score hoe beter de resultaten. Zie hiervoor ook de uitleg in de inleiding.

In onderstaande grafiek (14) is te zien dat de gemiddelde score van de ZKN-klinieken lager en dus beter is dan van niet-ZKN-klinieken, met en zonder (overige) keurmerk. Opvallend is dat klinieken zonder enig keurmerk beter presteren dan klinieken met een ander keurmerk (HKZ, ISO, NIAZ, JCI)



Grafiek 14, deze grafiek laat zien dat ZKN-leden gemiddeld een hogere score hebben dan klinieken zonder enig keurmerk of met een ander keurmerk. Hoe lager de score hoe beter het resultaat.



Grafiek 15, ook over de jaren heen is te zien dat klinieken met het ZKN-keurmerk betere gemiddelde scores laten zien. Hoe lager de score hoe beter het resultaat.

## 7. ZKN-acties op achterblijvende indicatoren

Via diverse activiteiten informeert ZKN haar leden over de resultaten van de IGJ-indicatoren en indien van toepassing waar ruimte is voor verbetering. Dit rapport wordt via de ledenmailing gedeeld met directie en bestuurders van klinieken. Daarnaast worden de resultaten gepresenteerd en besproken tijdens de jaarlijkse ZKN-academie over indicatoren. In de ZKN-academie behalen en behouden van het ZKN-keurmerk wordt aandacht besteed aan de indicatoren waarop minder goed gescoord wordt en hoe een kliniek hier mee omgaat.

Tijdens de Harmonisatieoverleggen met de auditoren van de certificerende instanties worden de resultaten eveneens besproken, met als doel de achterblijvende indicatoren tijdens een audit wat meer expliciet aan de orde te laten komen.

De signalen uit paragraaf 4 en 5 zullen door het ZKN-bureau worden gemonitord. Waar nodig zijn deze signalen onderwerp van gesprek met de betreffende partijen en klinieken.

## 8. Mogelijkheid tot benchmarken indicatoren IGJ en Transparantiekalender

Naast bovenstaande acties kan ZKN sinds medio 2021 haar leden nog beter ondersteunen op het gebied van benchmarken. Waar voorgaande jaren de leden van ZKN een terugkoppeling kregen van de stoplichtenrapportage, zodat zij waar nodig konden verbeteren en zich konden vergelijken met andere klinieken, hebben ZKN-klinieken nu toegang tot de SKI-tool (SKI staat voor Spiegelinformatie KwaliteitsIndicatoren) van DHD. Hiermee hebben klinieken in één oogopslag zicht op de resultaten van de indicatoren van zowel IGJ als de Transparantiekalender. Daarnaast kunnen zij hun eigen resultaten vergelijken met die van andere klinieken en met ziekenhuizen. Dankzij deze tool hebben klinieken snel inzichtelijk waar eventueel ruimte is voor verbetering.

De SKI-tool is tevens noodzakelijk om te kunnen voldoen aan een aantal criteria uit het ZKN-keurmerk<sup>5</sup>, auditoren zullen dan ook actief gaan vragen naar gebruik van de SKI-tool.

<sup>5</sup> Continue verbeteren, betrouwbaarheid van het zorgproces, bewaken van de indicatoren, effectiviteit van het kwaliteits- en veiligheidsbeleid, maken van een kwaliteits- en veiligheidsjaarplan.