



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport van het inspectiebezoek met thema
'patiënten rechten en goede zorg'
ABC-Clinic
op 11 januari 2022
te Breda

Utrecht, augustus 2022

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	3
1.1	<i>Aanleiding.....</i>	3
1.2	<i>Doel en werkwijze.....</i>	3
1.3	<i>Leeswijzer.....</i>	3
2	Conclusie en maatregelen.....	4
3	Resultaten inspectiebezoek.....	5
3.1	<i>Algemeen.....</i>	5
3.2	<i>Algemene informatie zorgaanbieder.....</i>	5
3.3	<i>Bereikbaarheid en waarneming.....</i>	6
3.4	<i>Informed consent.....</i>	6
3.5	<i>Klachten- en geschillenbehandeling.....</i>	7
3.6	<i>Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.....</i>	7
3.7	<i>Zorgafbakening.....</i>	8
3.8	<i>Medicatie voorschrijven.....</i>	8
	Bijlage 1: Wettelijk kader en richtlijnen.....	9
	Bijlage 2: Toelichting scorekwalificaties.....	10
	Bijlage 3: Overzicht documenten zorgaanbieder.....	11

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In het kader van haar toezichhoudende taak heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) op 11 januari 2022 een aangekondigd bezoek gebracht aan ABC-Clinic te Breda (hierna: de zorgaanbieder).

1.2 Doel en werkwijze

Doel van dit bezoek is te toetsen of de zorgaanbieder voldeed aan de voorwaarden voor goede zorg, met betrekking tot patiëntenrechten en goede zorg.

De inspectie heeft tijdens het inspectiebezoek getoetst op voorwaarden voor goede zorg op basis van gesprekken met de directie en de beoordeling van documenten.

De onderdelen zijn getoetst en gescoord op een tweepuntsschaal (onvoldoende of voldoende).

Zie bijlage 2 voor een toelichting op de scorekwalificaties.

Dit rapport geeft de resultaten weer van het inspectieonderzoek. Voor dit onderzoek waren de volgende vragen leidend:

- *Voldeed de zorgaanbieder tijdens het inspectiebezoek op de getoetste onderdelen aan de voorwaarden voor goede zorg?*

- *Gaven de onderzoeksbevindingen aanleiding tot maatregelen om tekortkomingen te herstellen?*

1.3 Leeswijzer

De resultaten/bevindingen, hoofdstuk 3, zijn in de verleden tijd beschreven omdat de inspectie de resultaten/bevindingen ten tijde van het inspectiebezoek vastlegt.

Hoofdstuk 2 'Conclusie en maatregelen' van dit rapport geeft de conclusie van de inspectie weer en de eventuele maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen om tekortkomingen te herstellen.

De inspectie baseert haar conclusie op de 'Resultaten inspectiebezoek', hoofdstuk 3.

2 Conclusie en maatregelen

Voldeed de zorgaanbieder ten tijde van het inspectiebezoek op de getoetste onderdelen aan de voorwaarden voor goede zorg?

De zorgaanbieder voldeed op alle getoetste onderdelen in voldoende mate aan de voorwaarden voor goede zorg.

Geven de bevindingen gedaan tijdens het onderzoek aanleiding tot maatregelen om tekortkomingen te herstellen?

Nee, bij de zorgaanbieder zijn geen tekortkomingen vastgesteld.

MAATREGELEN

De inspectie heeft bij de zorgaanbieder geen tekortkomingen vastgesteld. De zorgaanbieder dient dan ook geen maatregelen te nemen om tekortkomingen te herstellen.

3 Resultaten inspectiebezoek

3.1 Algemeen

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten ten tijde van het inspectiebezoek en hoe de zorgaanbieder scoorde op voorwaarden voor goede zorg.

De bevindingen van de inspectie zijn gebaseerd op:

- gesprekken met beide bestuurders;
- documenten (bijlage 3);
- Kwaliteitsindicatoren Medisch Specialistische Zorg;
- website zorgaanbieder.

3.2 Algemene informatie zorgaanbieder

De zorgaanbieder was gehuisvest aan de Paardeweide 22 a/b te Breda. De zorgaanbieder was actief op meerdere locaties te weten: Breda, Zeist, Den Haag en Zoetermeer. De zorgaanbieder verhuurde geen ruimten aan derden.

De zorgaanbieder bood onverzekerde zorg aan. De zorgaanbieder richtte zich op klein chirurgische ingrepen en injectables, voornamelijk als esthetische behandeling. Voor omvangrijkere (plastisch) chirurgische ingrepen kon bij de zorgaanbieder het eerste consult plaatsvinden. Vervolgconsulten en de ingreep zelf werden uitgevoerd door een behandelend arts in een ziekenhuis uit de regio. Ook bood de zorgaanbieder huidtherapie aan.

3.3 Bereikbaarheid en waarneming

	Onvoldoende	Voldoende
Een dienstdoend of waarnemend arts is 24 uur bereikbaar en beschikbaar		✓
De zorgaanbieder heeft schriftelijke afspraken in het kader van waarneming		✓
Patiëntendossiers zijn altijd beschikbaar voor de dienstdoend of waarnemend arts		✓

Toelichting:

Buiten de openingstijden van de kliniek was de continuïteit van de zorgverlening verzekerd. Zowel waarneming als het uitvoeren van bereikbaarheidsdiensten gebeurde door eigen artsen. De patiënt kreeg buiten kantoortijden in eerste instantie een van de bestuurders aan de telefoon. Deze bestuurder bracht de patiënt vervolgens in contact met de dienstdoende arts. Afspraken in het kader van waarneming waren schriftelijk vastgelegd. Het elektronisch patiënten dossier (EPD) was door waarnemer of dienstdoende arts op ieder moment, online in te zien.

3.4 Informed consent

	Onvoldoende	Voldoende
De zorgaanbieder heeft aantoonbaar informed consent beleid		✓
Inhoud Informed consent is afgestemd op de behandeling		✓
Dossier onderzoek (n=5)		✓

Toelichting:

De zorgaanbieder stuurde de patiënt bij injectables voorafgaand en bij de overige ingrepen na afloop van het eerste consult een pakket met informatie. Deze informatie bevatte ook het informed consent. De patiënt kon het informed consent thuis doornemen. Bij het eerstvolgende contact met de behandelend arts werd het informed consent mondeling besproken. Op dat moment was er voor de patiënt de mogelijkheid om eventuele aanvullende vragen te stellen. Voorafgaand aan de behandeling tekende de patiënt het informed consent digitaal. Het door de zorgaanbieder aan de patiënt aangeboden informed consent bevatte alle vereiste onderdelen. Bij ingrepen waarbij dit van toepassing was werd de minimale bedenktijd van 24 uur gehanteerd. De inspectie toetste vijf dossiers, in alle vijf de dossiers was het getekende informed consent aanwezig. Wanneer van toepassing

was ook de inhoud van de bespreking van het informed consent opgenomen in het dossier.

3.5 Klachten- en geschillenbehandeling

	Onvoldoende	Voldoende
Klachten- en geschillenregeling conform Wkkgz is aanwezig		✓
Aangesloten bij geschillencommissie		✓
Geschillencommissie is erkend door VWS?		✓
Regeling wordt onder de aandacht van patiënten gebracht		✓

Toelichting:

De klachten- en geschillenregeling die de zorgaanbieder hanteerde waren conform de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De zorgaanbieder beschikte intern over een onafhankelijke klachtenfunctionaris, niet zijnde de bestuurder. Tevens was de zorgaanbieder aangesloten bij een door het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) erkende geschillencommissie. Beide regelingen werden door de zorgaanbieder op haar website bij de patiënt onder de aandacht gebracht. De inspectie hecht er waarde aan om op te merken dat patiënten desgewenst ook rechtstreeks met de klachtenfunctionaris contact op moeten kunnen nemen, dat bleek ook te kunnen maar staat nog niet zo op de website.

3.6 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

	Onvoldoende	Voldoende
Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is aanwezig		✓
De 5 verplichte stappen staan hierin beschreven		✓
De zorgaanbieder bevordert de deskundigheid en toepassing van de meldcode		✓

Toelichting:

De zorgaanbieder beschikt over een meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling. Deze meldcode bevatte de vijf stappen waarin wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling om te

gaan. Een collega operatieassistente had een cursus gericht op het toepassing van de meldcode gevolgd. Deze collega bevorderde de deskundigheid en de toepassing van de meldcode bij haar collega's door het geven van interne scholing.

3.7 Zorgafbakening

	Onvoldoende	Voldoende
Zorgaanbieder heeft zorgafbakening vastgelegd (leeftijd, ASA classificatie, ingreep)		✓

Toelichting:

De zorgaanbieder had de zorgafbakening beschreven. De zorgafbakening was ook beschreven op de website van de zorgaanbieder en dus inzichtelijk voor de (potentiële) patiënt. De kliniek beschikte op deze locatie over één poliklinische operatiekamer en drie behandelkamers. Ingrepen waarvoor een operatiekamer klasse 1 of 2 zijn geïndiceerd vonden hier niet plaats maar in een nabij gelegen ziekenhuis.

3.8 Medicatie voorschrijven

	Onvoldoende	Voldoende
De zorgaanbieder beschikt over een elektronisch voorschrijfsysteem dat voldoet aan de beschreven functionaliteiten OF De zorgaanbieder heeft, bij het handmatig voorschrijven van geneesmiddelen, het proces voldoende geborgd		✓

Toelichting:

De zorgaanbieder maakt geen gebruik van een elektronische voorschrijfmodule. Wanneer nodig schreef de arts geneesmiddelen handmatig voor. De veiligheid bij het voorschrijven werd geborgd door externe apothekersaudits. Vier keer per jaar vond een dergelijke audit plaats. Verslaglegging volgend op deze audits was aanwezig. De zorgaanbieder werkte samen met een Nederlandse apotheek voor het uitvoeren van de audits en het inkopen van geneesmiddelen. Zoals reeds aangegeven had de inspectie inzage in vijf dossiers. In deze vijf dossiers was wanneer van toepassing een compleet medicatieoverzicht aanwezig.

Bijlage 1: Wettelijk kader en richtlijnen

Een (niet-limitatief) overzicht van de wet- en regelgeving op basis waarvan de inspectie tijdens dit inspectiebezoek heeft getoetst.

- de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi);
- de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG);
- de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO);
- de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz);
- de Wet op de medische hulpmiddelen (Wmh);
- Besluit medische hulpmiddelen (Bmh);
- Handreiking verantwoordelijkheidstoedeling bij samenwerking in de zorg (KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NPCF);
- Geneesmiddelenwet;
- KNMG richtlijn: Elektronisch voorschrijven;
- Handvest Kind en Ziekenhuis

Bijlage 2: Toelichting scorekwalificaties

Scores worden alleen het vastgestelde rapport vermeld.

Onvoldoende	Afwezigheid van de norm; de norm wordt onvoldoende nageleefd.
Voldoende	Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en schriftelijke procedures zijn algemeen bekend. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zo nodig bijstelling.

Bijlage 3: Overzicht documenten zorgaanbieder

1. Afspraken m.b.t. waarneming artsen (overzicht gezien)
2. Formulier(en) *informed consent*, van onder andere botox, hyaluronzuur, boven ooglid correctie
3. Formulier of folder voor patiënten waarin is beschreven hoe de bereikbaarheid en beschikbaarheid van medisch noodzakelijke zorg buiten openingstijden is geregeld
4. Klachten- en geschillenregeling
5. Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld, versie 2-9-2021
6. Beleidsplan of jaarplan/-verslag waarin zorg afbakening is opgenomen, versie 2-9-2021