



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

# Poliklinische revalidatie voldoet aan randvoorwaarden voor goede zorg

Utrecht, juni 2018

## Inhoud

Voorwoord 4

Samenvatting 5

### **1 Inleiding 7**

- 1.1 Aanleiding en belang 7
- 1.2 Onderzoeksvragen 7
- 1.3 Onderzoeksmethode en -periode 8
- 1.4 Toetsings- en handhavingskader 9

### **2 Conclusies 11**

- 2.1 Veel particuliere aanbieders voor medisch specialistische poliklinische revalidatie 11
- 2.2 De meeste poliklinieken waar een inspectiebezoek werd uitgevoerd voldoen aan de randvoorwaarden voor goede zorg. 11
  - 2.2.1 Infectiepreventie 11
  - 2.2.2 Gebruik en klaarmaken medicatie 12
  - 2.2.3 Klachtreglement Wkkgz 14

### **3 Handhaving 13**

- 3.1 Verbeteren onderdelen die afwezig of aanwezig scoorden 13
- 3.2 Vervolgacties inspectie 13
- 3.3 Aanbevelingen aan beroepsverenigingen 13

### **4 Resultaten inspectiebezoek 14**

- 4.1 Resultaten vragenlijst 14
- 4.2 Resultaten bezoeken 18
- 4.3 Bestuurlijke en medische eindverantwoordelijkheid 18
  - 4.3.1 Resultaten 18
- 4.4 Certificering en kwaliteit 19
  - 4.4.1 Resultaten 20
- 4.5 Kwaliteitsbeleid professionals 22
  - 4.5.1 Resultaten 22
- 4.6 Klachten, incidenten, complicaties en calamiteiten 23
  - 4.6.1 Resultaten 23
- 4.7 Dossiervoering 24
  - 4.7.1 Resultaten 24
- 4.8 Zorgproces 25
  - 4.8.1 Resultaten 26
- 4.9 Voorbehouden handelingen 26
  - 4.9.1 Resultaten 27
- 4.10 Infectiepreventie 28
  - 4.10.1 Resultaten infectiepreventie 28
- 4.11 Medicatieveiligheid 30
  - 4.11.1 Resultaten medicatieveiligheid 30
- 4.12 Medische hulpmiddelen en apparatuur 31
- 4.13 Resultaten medische hulpmiddelen en apparatuur 31

Bijlage 1 Opgevraagde documenten

Bijlage 2 Overzicht bezochte revalidatie centra 37

## Voorwoord

Voor patiënten die na een ongeval, of bijvoorbeeld een beroerte weer opnieuw moeten leren lopen, of moeten leren omgaan met hun beperkingen is de revalidatiesector van grote individuele waarde. In de revalidatiecentra wordt belangrijk werk verricht.

De inspectie toetste in 2015 de klinische medisch specialistische revalidatie op randvoorwaarden en structuur van goede zorg.<sup>a</sup> De inspectie zag toen een sector met een positieve en op kwaliteit gerichte houding en een uitgesproken wil om te verbeteren.

Na een klinische opname worden patiënten vaak langdurig poliklinisch verder behandeld. Om die reden besloot de inspectie in navolging op de toetsing van de klinische revalidatie, ook de poliklinische revalidatie te toetsen en de sector in den brede verder te helpen in professionalisering en kwaliteitsverbetering.

Ook in dit onderzoek heeft de inspectie op veel punten een houding gezien gericht op kwaliteit. Op een groot aantal onderdelen dat door de inspectie werd getoetst, werd positief gescoord. De inspectie heeft het beeld dat de zorg voor de patiënten goed is georganiseerd, waarbij voldaan wordt aan de meeste voorwaarden voor goede zorg.

Er is daarnaast ook een aantal aanknopingspunten gevonden om verder te verbeteren. Onderwerpen waar de sector nog een verbeteringslag kan maken zijn infectiepreventie, medicatieveiligheid en het klachtenreglement WKKGZ. In een poliklinische setting leidt het niet (volledig) voldoen aan voorwaarden voor goede zorg niet altijd tot grote risico's voor patiëntveiligheid. Wanneer risicovolle handelingen - zoals bijvoorbeeld het toedienen van high risk medicatie - niet frequent worden uitgevoerd, zijn hieraan toch risico's verbonden en is aandacht nodig voor de bekwaamheid van medewerkers. Het is belangrijk deze risico's te herkennen en hier op te acteren. Initiatieven hiertoe zijn al ingezet door de wetenschappelijke vereniging van revalidatie artsen (VRA) en de brancheorganisatie Revalidatie Nederland (RN). De uitkomsten van dit onderzoek leveren een verdere bijdrage aan de verbeterkracht in deze sector, opdat de patiënt in de gehele keten van medisch specialistische revalidatie kan vertrouwen op goede zorg!

Dr. J.A.A.M. (Ronnie) van Diemen-Steenvoorde,  
Inspecteur-generaal Gezondheidszorg en Jeugd

---

<sup>a</sup> Rapport: <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2016/03/22/klinische-revalidatie-op-weg-naar-verdere-professionalisering>

## Samenvatting

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (verder: de inspectie) toetste de poliklinische medisch specialistische revalidatie zoals deze wordt aangeboden door de revalidatiecentra en particuliere revalidatieklinieken. Aanleiding voor deze toets was het onderzoek dat de inspectie uitvoerde in de klinische revalidatie in 2015. In dit onderzoek zag de inspectie aanleiding om ook de poliklinische revalidatie in een onderzoek te betrekken. Na een klinische opname worden patiënten vaak langdurig poliklinisch verder behandeld. Met dit onderzoek wilde de inspectie inzicht krijgen in de gehele keten van medisch specialistische revalidatie, met als doel de sector in den brede verder te helpen in professionalisering en kwaliteitsverbetering.

Met een online vragenlijst heeft de inspectie informatie over kwaliteit en veiligheid ontvangen van 158 poliklinieken van 82 verschillende aanbieders. De inspectie vroeg vooral naar randvoorwaarden en structuur. Uit de vragenlijsten van dit onderzoek kwam naar voren dat de poliklinieken vooral zorg verleenden aan patiënten met klachten van het houdings- en bewegingsapparaat en patiënten met chronische pijn.

De inspectie bezocht in aanvulling op de vragenlijst veertien poliklinieken en toetste daar in de praktijk de kwaliteit van zorg. Ook in dit onderzoek zag de inspectie een sector met een houding gericht op kwaliteit. Op een groot aantal onderdelen dat door de inspectie werd getoetst, werd positief gescoord. Op de meeste onderwerpen werd voldaan aan de voorwaarden voor goede zorg. Er was daarnaast ook een aantal aanknopingspunten voor verdere verbetering. Onderwerpen waar de sector nog op kon verbeteren waren infectiepreventie, klachtreglement en medicatieveiligheid. Op het onderwerp infectiepreventie concludeerde de inspectie bijvoorbeeld dat de afspraken over schoonmaak niet altijd in lijn waren met de richtlijn. Complicaties in de poliklinische revalidatie komen niet veel voor, maar werden ook niet altijd geregistreerd. Op het onderwerp medicatieveiligheid zag de inspectie dat er weinig instellingen waren die high risk medicatie toedienden, maar als dit wel gebeurde, dat de bereiding en toediening van de medicatie niet volgens de richtlijn<sup>b</sup> werd uitgevoerd.

Op basis van deze bevindingen verzocht de inspectie de poliklinieken om verbeteringen en haar hierover te rapporteren. Alle poliklinieken hebben deze verbeteringen inmiddels doorgevoerd. De rapporten die tijdens dit onderzoek zijn geschreven zijn tegelijk met dit rapport gepubliceerd op [www.igj.nl](http://www.igj.nl).

---

<sup>b</sup> High Risk medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia, VMSzorg 2009

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en belang

In 2015 toetste de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (verder: de inspectie) de kwaliteit van zorg in de klinische medisch specialistische revalidatiecentra bij volwassen patiënten. De inspectie bezocht alle negentien revalidatiecentra op 21 locaties die medisch specialistische klinische revalidatie aanboden. De inspectie selecteerde tien onderwerpen op basis van risico's voor de patiënt en toetste of de revalidatiecentra voldeden aan de randvoorwaarden voor goede zorg op deze onderwerpen. De inspectie zag een sector met een positieve en op kwaliteit gerichte houding en een uitgesproken wil om te verbeteren.

Het rapport over dit onderzoek verscheen in maart 2016. De inspectie constateerde met name risico's voor de patiëntveiligheid op de thema's infectiepreventie, medicatieveiligheid en implementatie van het convenant "Veilige toepassing van medische technologie in ziekenhuizen".

Tijdens de uitvoering van dit onderzoek heeft de inspectie een beeld gekregen van de klinische revalidatie en gezien dat ook in de poliklinische revalidatie mogelijk dezelfde risico's spelen voor de patiëntveiligheid. Ook in de poliklinische revalidatie worden medische hulpmiddelen gebruikt en is aandacht voor infectiepreventie van belang. Verder is ook in de poliklinische revalidatie van belang dat medewerkers werken volgens richtlijnen en beschikken over de juiste scholing en registratieverplichtingen.

In de tweede plaats was het voor de inspectie niet duidelijk hoeveel aanbieders van poliklinische revalidatie actief waren en wat de kwaliteit van zorg was die zij leverden. Het veld is beperkt georganiseerd en inzicht over het aantal aanbieders en de zorg die wordt aangeboden ontbrak. Daarom heeft de inspectie besloten om ook de poliklinische medisch specialistische revalidatie te toetsen op randvoorwaarden en structuur en de bekende risico's uit de klinische revalidatie.

### Doel van het onderzoek

Het doel van de toetsing van de poliklinische revalidatie is tweeledig. In de eerste plaats wil de inspectie risico's in kaart brengen en een beeld krijgen van (de omvang van) het veld. In de tweede plaats toetst de inspectie patiëntveiligheidsrisico's in de poliklinische revalidatie, om de risico's te beperken en de kwaliteit van zorg te bevorderen.

### Afbakening van het onderzoek

De focus van het onderzoek is gericht op de medisch specialistische poliklinische revalidatie. Het gaat om revalidatiezorg waar een revalidatie arts aan verbonden is en als hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor de revalidatie van poliklinische patiënten. Geriatrische revalidatie is geen onderdeel van dit onderzoek.

De inspectie heeft onderzoek gedaan naar particuliere aanbieders (zelfstandige behandelcentra, ZBC's) van medisch specialistische revalidatie en naar de zorg in poliklinieken verbonden aan een (klinisch) revalidatiecentrum. De poliklinische medisch specialistische revalidatie zoals in de meeste ziekenhuizen wordt geleverd in samenwerking met de revalidatiecentra is bewust buiten beschouwing gelaten. De reden hiervoor was dat deze zorg onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen wordt uitgevoerd.

## 1.2 Onderzoeksvragen

De inspectie heeft voor dit onderzoek de volgende vraagstellingen gebruikt:

1. Hoeveel revalidatiecentra bieden poliklinische medisch specialistische revalidatie aan en op welke aandoeningen is deze revalidatie gericht?

2. In hoeverre voldoen de poliklinische revalidatiecentra in Nederland aan de randvoorwaarden voor goede zorg?

### 1.3 **Onderzoeksmethode en -periode**

De inspectie toetst in het reguliere toezicht particuliere aanbieders van medisch specialistische zorg. Dat kan gaan om cosmetische zorg, oogheelkunde of bijvoorbeeld orthopedische zorg. Voor de toetsing van deze zorg heeft de inspectie een instrument ontwikkeld waarmee de randvoorwaarden voor goede zorg worden getoetst. Dit instrument is als basis gebruikt voor de beoordeling van de poliklinische medisch specialistische revalidatie en werd aangevuld met enkele onderwerpen die als risico naar voren kwamen bij de toetsing van de klinische revalidatie in 2016.

De inspectie besprak met de branche organisatie Revalidatie Nederland (RN) en de wetenschappelijke Vereniging Revalidatie Artsen (VRA) in hoeverre deze risico's ook spelen binnen de poliklinieken. Op basis van deze bespreking werden de volgende onderwerpen opgenomen in het bezoekinstrument:

1. Bestuur en medische verantwoordelijkheid
2. Certificering en kwaliteit
3. Kwaliteitsbeleid professionals
4. Incident melden en Wkkgz
5. Dossiervoering
6. Zorgproces
7. Voorbehouden handelingen
8. Infectiepreventie
9. Medicatieveiligheid
10. Convenant Veilige toepassing Medische Technologie in de medisch specialistische zorg

De inspectie stelde een lijst van poliklinische revalidatie aanbieders samen op basis van gegevens van de Kamer van Koophandel, Revalidatie Nederland en de bij de inspectie bekende gegevens. Verder heeft de inspectie online gezocht naar aanbieders en deze opgenomen in het onderzoek.

De inspectie stuurde een digitale vragenlijst, met vragen op hoofdlijnen over de hierboven genoemde onderwerpen. Deze werd aan alle bekende aanbieders via de mail gestuurd, met het verzoek een apart exemplaar van de vragenlijst in te vullen voor iedere locatie. Een instelling met bijvoorbeeld vijf vestigingen vulde vijf vragenlijsten in.

De inspectie maakte op basis van de informatie uit de vragenlijsten een rangschikking op welke poliklinieken een groot deel van de onderwerpen van toepassing waren. Reden hiervoor was dat de inspectie poliklinieken wilde selecteren waar op basis van de aard van de geboden zorg risicovollere handelingen plaatsvonden, zoals het voorschrijven, opslaan en toedienen van medicatie en de aanwezigheid van medische apparatuur. De inspectie selecteerde op basis hiervan twaalf particuliere poliklinieken. Daarnaast besloot de inspectie twee particuliere poliklinieken te bezoeken die juist laag in deze rangschikking stonden en waar op basis van de aard van de door hen geboden zorg, minder risicovolle handelingen plaatsvonden.

In maart 2017 bezocht de inspectie onaangekondigd één polikliniek van een revalidatiecentrum als pilot voor het bezoekinstrument. Van april 2017 tot en met juli 2017 bezocht zij de overige geselecteerde dertien poliklinieken voor medisch

specialistische revalidatie onaangekondigd.

De bezoeken vonden plaats volgens een vast schema:

- Interview met de raad van bestuur.
- Interview met een revalidatiearts en een (locatie)manager
- Documentenonderzoek.
- Rondgang over de polikliniek
- Dossieronderzoek van maximaal drie patiënten

De inspectie stelde per bezoek een rapport op met de resultaten van de bezochte polikliniek. Deze conceptrapporten werden ter controle op feitelijke onjuistheden naar de raad van bestuur van de poliklinieken gestuurd. De inspectie stelde de rapporten vast na verwerking van de reactie op feitelijke onjuistheden. De informatie uit de bezoeken gebruikte de inspectie voor de analyse op de getoetste onderwerpen. De informatie uit de vragenlijst was voornamelijk bedoeld om een beeld te krijgen van de omvang en zorg die geboden werd in de poliklinische revalidatiesector en het selecteren van de te bezoeken instellingen. Aan deze informatie werden geen inhoudelijke conclusies verbonden.

#### **1.4 Toetsings- en handavingskader**

De basis voor de toetsing in de poliklinieken lag in de richtlijnen, normen en wet- en regelgeving die van toepassing zijn in de zorg, of specifiek voor de medisch specialistische revalidatie. Hiervoor gebruikte de inspectie de volgende documenten:

##### *Wetgeving*

- de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG);
- de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO);
- de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz);
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz;
- de Wet op de Medische Hulpmiddelen;
- Besluit Medische Hulpmiddelen (BMH);
- Geneesmiddelenwet;
- Opiumwet.

##### *Richtlijnen, veldnormen en standaarden*

- het Convenant 'Veilige toepassing van medische technologie in de medisch specialistische zorg', Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Revalidatie Nederland (RN) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), 2e druk, augustus 2016;
- de Leidraad 'Verantwoordelijkheid medisch specialist bij onderhoud en beheer van medische apparatuur', Orde van Medisch Specialisten (OMS), 17 oktober 2008;
- de Leidraad 'Verantwoordelijkheid medisch specialist bij aanschaf, ingebruikname en gebruik van medische apparatuur', OMS, januari 2014;
- de Leidraad 'Nieuwe Interventies in de Klinische Praktijk', OMS, oktober 2014;
- Handreiking verantwoordelijkheidstoedeling bij samenwerking in de zorg (KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NPCF), 2010;
- VeiligheidsManagementSysteem (VMS);
- High Risk medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia, VMSzorg 2009;
- Richtlijn Voor Toediening Gereed Maken (2009 NVZA, V&VN en WIP);
- NEN 7510 Informatiebeveiliging voor de zorg;
- NEN R5340 Opslag van steriele medische hulpmiddelen;
- NEN R5301 Houdbaarheid van gesteriliseerde medische hulpmiddelen in instellingen;
- WIP richtlijnen revalidatiesector;

- Algemeen Beroepskader revalidatie, 2016;
- Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2013;
- Landelijke richtlijn Preventie iatrogene Hepatitis B (2007, RIVM);
- Advies Basismedische zorg, Vereniging Revalidatie Artsen, 2017;
- Complicatieregistratie, Vereniging Revalidatie Artsen, 2017.

Op basis van de bovenstaande wet- en regelgeving maakte de inspectie een bezoekinstrument.



## 2 Conclusies

In dit hoofdstuk staan de conclusies van dit onderzoek. De volgende vragen stonden centraal:

- 1. Hoeveel revalidatiecentra bieden poliklinische medisch specialistische revalidatie aan en op welke aandoeningen is deze revalidatie gericht?*
- 2. In hoeverre voldoen de poliklinische revalidatiecentra in Nederland aan de randvoorwaarden voor goede zorg?*

### **2.1 Veel particuliere aanbieders voor medisch specialistische poliklinische revalidatie**

De inspectie concludeert op basis van de vragenlijst dat in Nederland 82 aanbieders verdeeld over 158 poliklinieklocaties aanwezig zijn die zich bezighouden met medisch specialistische poliklinische revalidatie. De focus van de zorgverlening ligt op pijnrevalidatie en revalidatie bij problemen van het houdings- en bewegingsapparaat.

### **2.2 De meeste poliklinieken waar een inspectiebezoek werd uitgevoerd voldoen aan de randvoorwaarden voor goede zorg.**

De inspectie komt tot deze conclusie op basis van de bezoeken die aan poliklinieken werden gebracht. Op een groot aantal van de getoetste onderdelen werd overwegend positief gescoord. Zo beschikten vrijwel alle instellingen (12 van de 14) over een beleidsplan waarin verantwoordelijkheden voor de bestuurder en medisch eindverantwoordelijke waren belegd. De bij- en nascholing van medewerkers was goed geregeld en in het grootste deel van de poliklinieken (12 van de 14) was een inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers beschikbaar. Voorts was bij elf van de veertien poliklinieken in alle patiëntendossiers die de inspectie inzag een behandelplan met SMART geformuleerde behandeldoelen opgenomen en voldeden dertien van de veertien poliklinieken aan de norm voor fysieke contactmomenten tussen patiënt en revalidatiearts. Slechts bij één bezochte polikliniek vond geen fysieke evaluatie van het revalidatietraject met de revalidatiearts plaats. Overkoepelend is het beeld van de inspectie dat de zorg voor de patiënten goed georganiseerd is en zorgvuldig wordt omgegaan met bevoegd- en bekwaamheden.

Op enkele onderdelen is nog extra aandacht van het veld nodig:

#### **2.2.1 Infectiepreventie**

De inspectie concludeert op basis van de bezoeken dat infectiepreventie een punt van zorg is. De inspectie is van mening dat poliklinieken aan de minimale eisen moeten voldoen om risico's op infecties in de patiëntenzorg te beperken.

#### **2.2.2 Gebruik en klaarmaken medicatie**

Een aantal bezochte poliklinieken gebruiken high risk medicatie en voldoen hierbij niet aan de richtlijnen voor bereiding en toediening, wat leidt tot risico's voor de patiëntenzorg.

### **2.2.3**

#### ***Klachtreglement Wkkgz***

Verder concludeert de inspectie dat 36 procent van de poliklinieken nog niet beschikken over een klachtreglement dat voldoet aan de Wkkgz.

## 3 Handhaving

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (inspectie) heeft naar aanleiding van haar bezoeken onderstaande maatregelen genomen en doet aanbevelingen aan de poliklinieken en de beroepsverenigingen.

### 3.1 **Verbeteren onderdelen die onvoldoende of matig scoorden**

De inspectie benadrukt dat alle poliklinieken dienen te voldoen aan de normen waarop getoetst werd in dit onderzoek en vraagt de poliklinieken te verbeteren op de onderdelen waar onvoldoende of matig op werd gescoord. Daarbij verwacht de inspectie dat wanneer een bezochte instelling over meerdere locaties beschikt, verbetermaatregelen ook op de andere locaties geïmplementeerd worden. De poliklinieken moesten de inspectie vóór 1 november 2017 rapporteren over de verbeteringen. De inspectie heeft van deze poliklinieken een bevestiging ontvangen dat de verbeteringen waren doorgevoerd.

### 3.2 **Vervolgacties inspectie**

Nadat de poliklinieken hadden gerapporteerd over de verbeteringen die werden aangebracht, heeft de inspectie na 1 november 2017 twee herbezoeken uitgevoerd om deze verbeteringen te toetsen. Uit deze bezoeken bleek dat één van de poliklinieken de verbetermaatregelen voldoende had geïmplementeerd. De verbetermaatregelen die getoetst werden in het tweede herbezoek waren nog niet allemaal geïmplementeerd, de inspectie zal hier verder op toezien in haar reguliere toezicht.

### 3.3 **Aanbevelingen aan beroepsverenigingen**

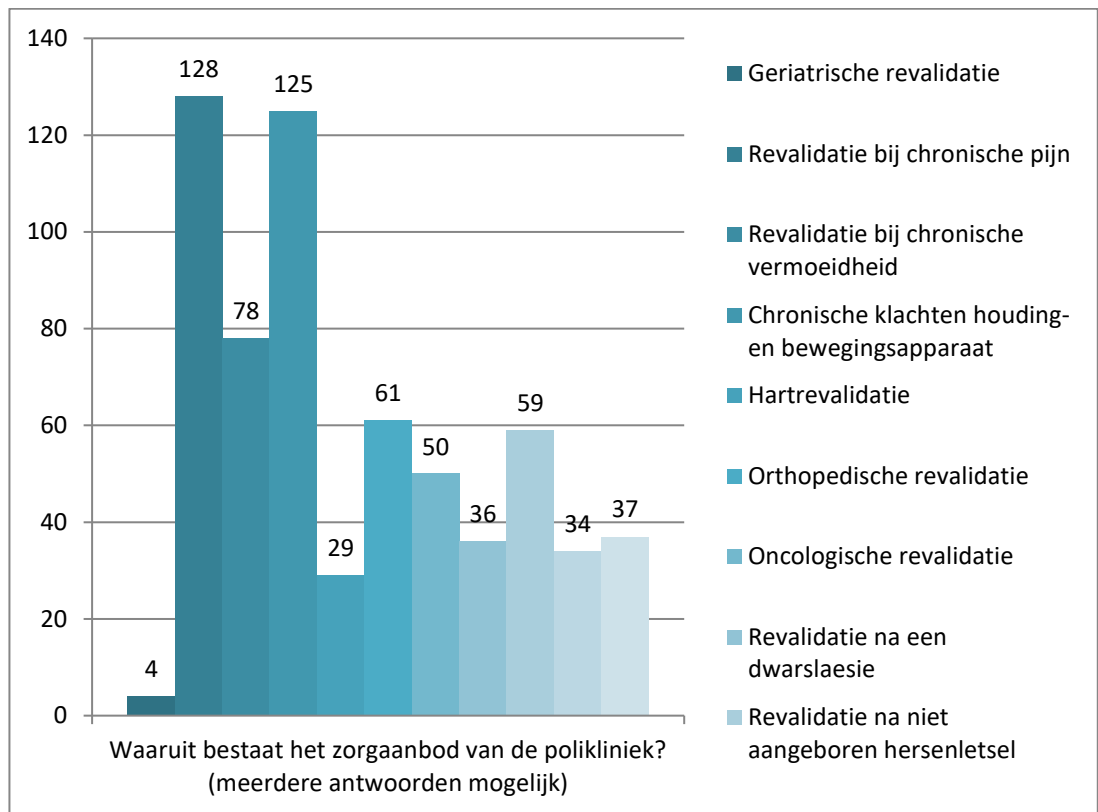
De inspectie doet de aanbeveling aan ZKN, de wetenschappelijke vereniging van revalidatie artsen VRA en de branche organisatie Revalidatie Nederland om de hele revalidatie sector te ondersteunen bij het verbeteren van de zorg in alle poliklinieken. In het bijzonder is aandacht nodig op het gebied van infectiepreventie en daar waar gewerkt wordt met medicatie, ook voor medicatieveiligheid. Alhoewel de inspectie constateerde dat er veel laag risico apparatuur aanwezig was in de poliklinieken en het Convenant 'Veilige toepassing van medische technologie in de medisch specialistische zorg' hieraan minder strenge eisen stelt, vraagt de inspectie aandacht voor het voldoen aan het convenant bij de aanschaf van hoog risicoapparatuur. Op het moment dat een polikliniek apparatuur aanschaf met een hoge risico-klasse moeten de poliklinieken voldoen aan aanvullende eisen die het Convenant 'Veilige toepassing van medische technologie in de medisch specialistische zorg' hieraan stelt. Tenslotte doet de inspectie de aanbeveling aan deze partijen om de onderdelen klachtenreglement en het registreren van incidenten en melden van calamiteiten onder de aandacht te brengen en hen te ondersteunen bij de borging hiervan, conform de eisen die de Wkkgz stelt.

## 4 Resultaten inspectieonderzoek

In dit hoofdstuk beschrijft de inspectie de resultaten van het onderzoek. In paragraaf 4.1 geeft de inspectie eerst de resultaten weer op basis van de vragenlijst die door alle poliklinieken werd ingevuld. De resultaten van de bezoeken worden per onderwerp van paragraaf 4.2 tot en met 4.12 beschreven. De inspectie geeft hiervoor per onderwerp een grafiek weer, waarin de scores van de veertien bezochte poliklinieken zijn weergegeven. Poliklinieken konden een 'onvoldoende', 'matig', 'voldoende', of 'goed' scores.

### 4.1 Resultaten vragenlijst

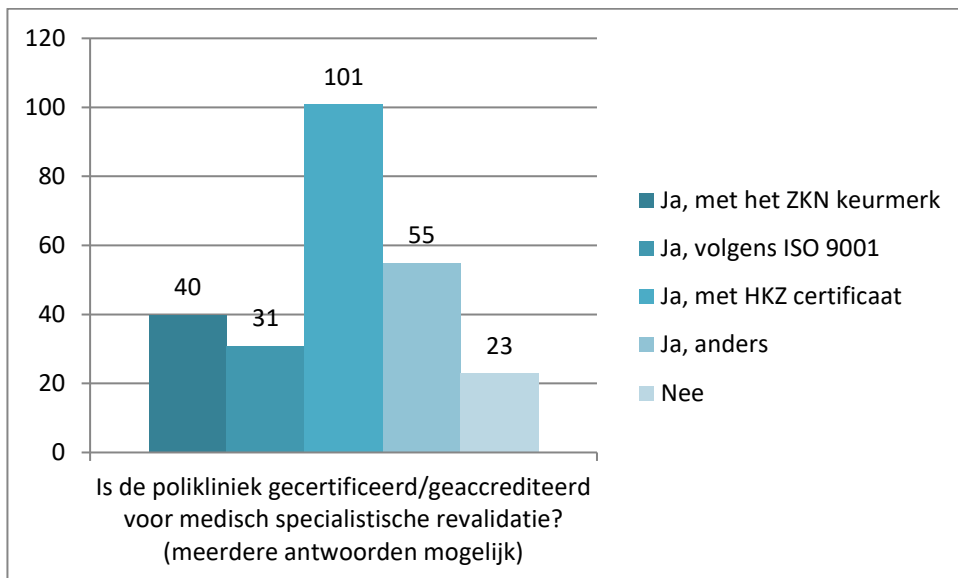
De inspectie stuurde aan 82 aanbieders van poliklinische revalidatie een inventariserende vragenlijst, met het verzoek om per locatie een vragenlijst in te vullen. De vragenlijst werd door 158 verschillende poliklinieklocaties ingevuld. Doel van deze vragenlijst was om te bepalen welke zorg werd verleend en in hoeverre dit risicovolle zorg betrof op basis waarvan de inspectie een selectie van te bezoeken instellingen kon maken. In figuur 1 geeft de inspectie weer welke vormen van revalidatie worden aangeboden op deze 158 poliklinieklocaties. Poliklinieken van revalidatiecentra waar alleen geriatrische revalidatie werd aangeboden, werden niet uitgenodigd en werden uitgesloten van de vragenlijst wanneer zij toch een uitnodiging ontvingen. Wat opvalt is dat de poliklinieken vooral zorg verlenen aan patiënten met chronische pijn (128), chronische vermoeidheidsklachten (78) en chronische klachten aan het houding- en bewegingsapparaat (125). Daarnaast leverden 61 poliklinieken revalidatie voor patiënten met orthopedische klachten en 50 aan patiënten voor oncologische revalidatie. Revalidatie na niet aangeboren hersenletsel, zoals na een beroerte werd door 59 poliklinieken aangeboden. 34 poliklinieken boden ook revalidatie aan kinderen aan.



*Figuur 1: Zorgaanbod instellingen poliklinische revalidatie.*

Bijna alle 158 poliklinieken gaven aan dat zij met medewerkers functioneringsgesprekken voeren. De meerderheid (117) gaf in de vragenlijst aan over een reglement te beschikken waarin de werkwijze met betrekking tot (mogelijk) disfunctioneren stond beschreven.

In figuur twee is een overzicht opgenomen van de certificering van de 158 poliklinieken. Een meerderheid van de poliklinieken beschikte over één of meerdere certificeringen, 23 poliklinieken gaven aan geen certificaat te hebben.



*Figuur 2: Certificering poliklinieken.*

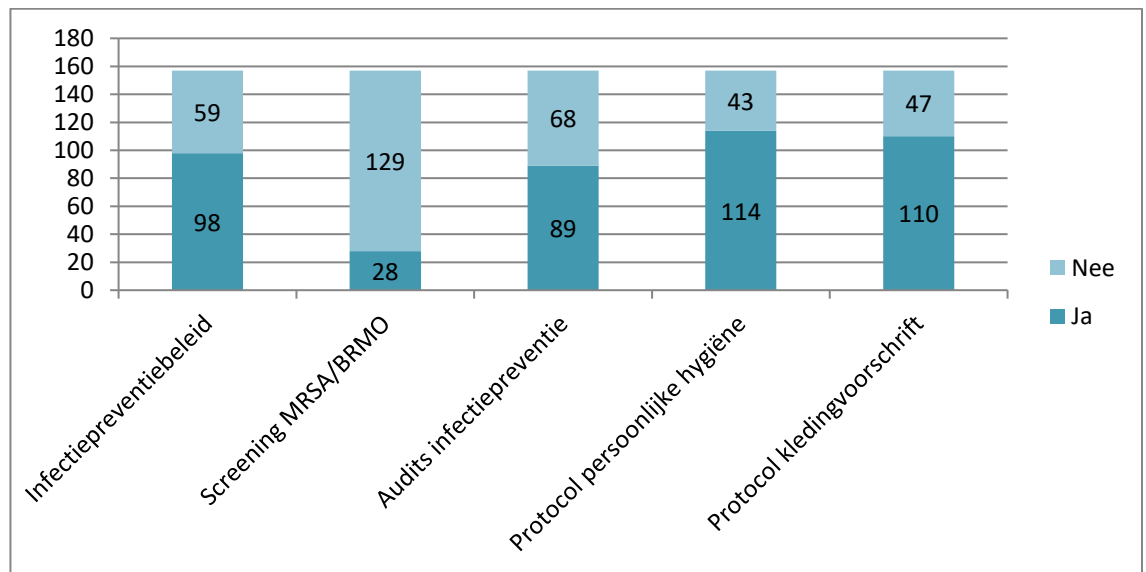
Door ongeveer een derde van de poliklinieken (48) werden één of meerdere voorbehouden handelingen uitgevoerd. Dit waren met name injecties. Vijftien van deze 48 poliklinieken brachten ook blaaskatheters in. De medewerkers waren hierin geschoold en de scholing werd gesuperviseerd door een arts of verpleegkundige voordat medewerkers deze handelingen zelfstandig gingen uitvoeren. De voorbehouden handelingen waren beschreven in een protocol, antwoordden alle 48 poliklinieken.

153 poliklinieken hadden een klachtreglement, deze was op de website geplaatst. De inspectie heeft niet beoordeeld of deze reglementen voldeden aan de Wkkgz.

De inspectie vroeg naar het registreren en bespreken van (bijna) incidenten in de zorg, om hiervan te leren en het zorgproces te verbeteren. Bijna alle poliklinieken (144 van de 157) gaven aan dit te doen en over een commissie te beschikken waar (bijna) incidenten werden besproken. 142 poliklinieken gaven bovendien aan complicaties in de zorg te registreren en bijna alle poliklinieken bespraken complicaties (149).

Iedere polikliniek gaf aan dat alle patiënten over een (digitaal/papieren) dossier beschikken, waarin het behandelplan, de verwijzing en het ontslagbericht werden opgenomen. Dit ontslagbericht wordt door een meerderheid (87) na 48 uur en soms zelfs na een week (49) aan de volgende zorgverlener gestuurd.

De meeste (147) poliklinieken legden een informed consent voor de behandeling vast in het dossier.



Van de 157 poliklinieken hadden 98 een vastgesteld infectiepreventiebeleid. Bij slechts 28 poliklinieken werd de screeningsstatus van patiënten op MRSA/BRMO in het dossier genoteerd. Het is uit de vragenlijst van de inspectie niet duidelijk geworden of dit wel werd besproken binnen alle poliklinieken. 89 poliklinieken hadden één of meerdere audits op het onderwerp infectiepreventie uitgevoerd. Tenslotte had ongeveer driekwart van de poliklinieken een protocol persoonlijke hygiëne en een protocol waarin de kledingvoorschriften waren beschreven.

96 van de 157 poliklinieken gaf aan dat zij medicatie voorschreven aan patiënten, 30 daarvan hadden medicatie op voorraad. Voor deze medicatievoorraad hadden de meeste poliklinieken een protocol opgesteld om te controleren op vervaldatum (27) en achttien poliklinieken hadden een toezichthoudend apotheker voor de medicatie voorraad.

Tenslotte heeft de inspectie gevraagd naar de aanwezigheid van oefenapparatuur, diagnostische apparatuur en apparatuur die gebruikt werd voor de behandeling. In nagenoeg elke polikliniek was oefenapparatuur aanwezig, bestaande uit fitnessapparatuur, een roeiapparaat of hometrainer, bleek uit de vragenlijst. Wat betreft diagnostische apparatuur werden vooral bloeddrukmeters, weegschalen en saturatiemeters gerapporteerd, maar ook bladderscans, ECG's en echo apparatuur. Voor de behandeling hadden de poliklinieken onder andere orthesen, rolstoelen, krukken, elektrostimulatie apparatuur en een enkele graal ter beschikking.

Op basis van een steekproef bezocht de inspectie particuliere aanbieders van medisch specialistische revalidatie en poliklinieken van revalidatiecentra, veertien in totaal. De resultaten van deze bezoeken zijn beschreven vanaf paragraaf 4.2.

## **4.2 Resultaten bezoeken**

### **4.3 Bestuurlijke en medische eindverantwoordelijkheid**

In de gesprekken met de bestuurder en revalidatie arts besprak de inspectie de bestuurlijke en medische eindverantwoordelijkheid. Besproken werd of kwaliteit en veiligheid onderdeel uitmaakten van het beleidsplan van de polikliniek en of de organisatiestructuur kwaliteit en veiligheid borgde in de organisatie. Dit beoordeelde de inspectie bijvoorbeeld door te kijken naar de aanwezigheid van een interne toezichthouder en door te beoordelen of een overlegstructuur aanwezig was tussen de raad van bestuur en de medisch eindverantwoordelijke.

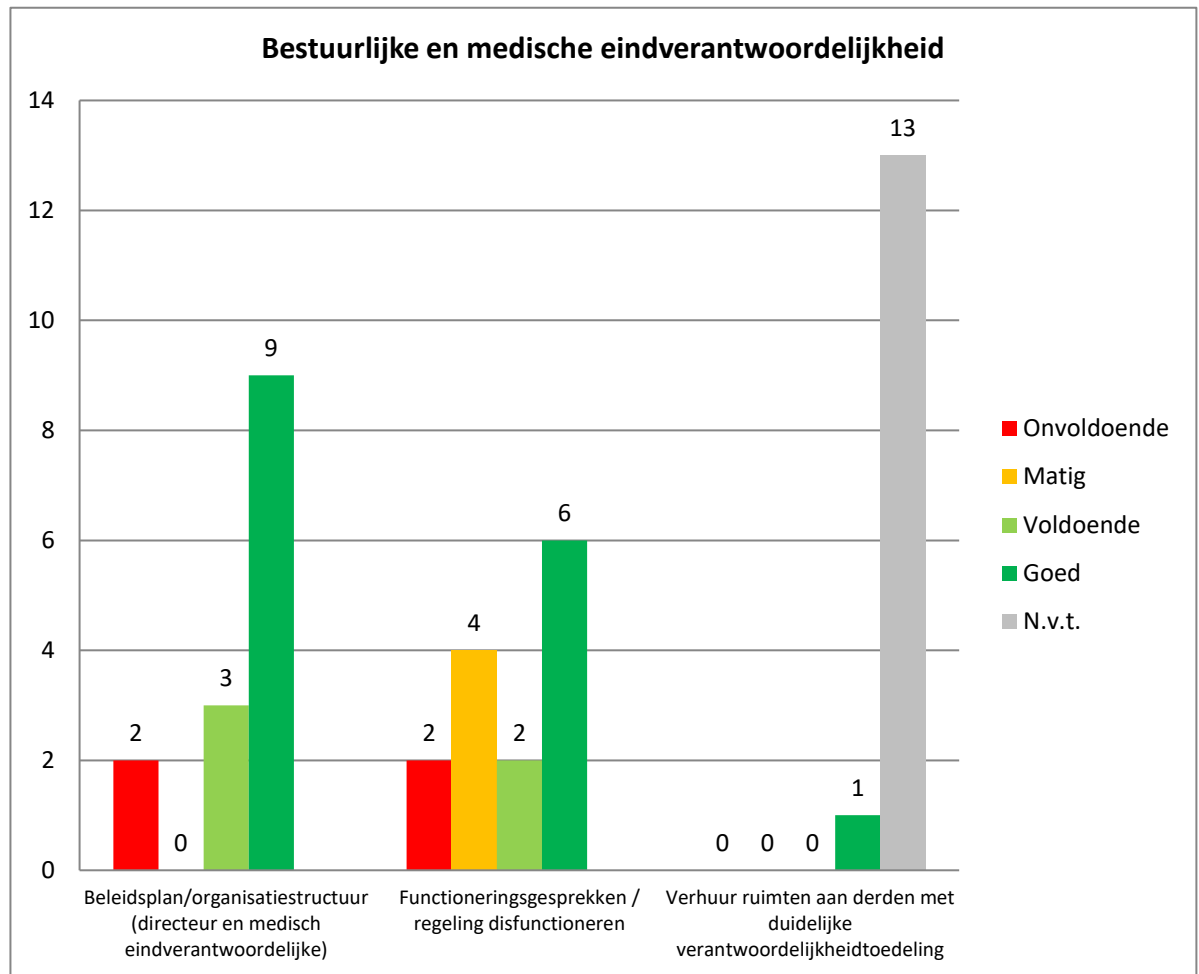
Een tweede aspect dat de inspectie beoordeelde was of met medewerkers functionerings- of jaargesprekken werden gevoerd en of de polikliniek beschikte over een regeling disfunctioneren. Onder ditzelfde onderwerp sprak de inspectie over deelname van de revalidatie arts(en) aan IFMS (individueel functioneren medisch specialisten).

Delen van ruimte, apparatuur of medewerkers kan het risico opleveren dat de (eind)verantwoordelijkheid niet duidelijk is en niemand zich verantwoordelijk voelt. De inspectie besprak daarom binnen de poliklinieken of ruimten werden onderverhuurd, of dat apparatuur en/of medewerkers werden uitgewisseld.

#### **4.3.1 Resultaten**

In figuur 3 staan de scores aangegeven op het onderdeel 'bestuurlijke en medische eindverantwoordelijkheid'.





*Figuur 3: uitkomsten onderdeel Bestuurlijke en medische eindverantwoordelijkheid*

Van de veertien poliklinieken beschikten twaalf over een beleidsplan waarin verantwoordelijkheden voor de bestuurder en medisch eindverantwoordelijke waren belegd. Negen van deze twaalf hadden een beleidsplan met daarin aandacht voor kwaliteit en veiligheid en een vorm van intern toezicht georganiseerd zoals een raad van toezicht. Bij twee poliklinieken ontbrak het in het geheel aan genoemde voorwaarden onder paragraaf 4.2.

Zes poliklinieken voerden functioneringsgesprekken, hadden IFMS geïmplementeerd en hadden een regeling disfunctioneren die voldeed aan de Wkkgz. Twee poliklinieken voerden functioneringsgesprekken met alle medewerkers en hadden een regeling disfunctioneren die alleen van toepassing was op de artsen. IFMS werd nog niet uitgevoerd. Vier poliklinieken voerden wel functioneringsgesprekken maar hadden geen regeling disfunctioneren en geen IFMS. Twee poliklinieken voerden geen functioneringsgesprekken met de medewerkers.

Slechts bij één polikliniek was sprake van onderverhuur van ruimte aan een derde. Er was geen sprake van uitwisseling van personeel of het delen van (medische) apparatuur onder de veertien bezochte poliklinieken.

#### 4.4 Certificering en kwaliteit

De inspectie toetste of de poliklinieken beschikten over een certificering. Dat kan een HKZ, ZKN, ISO of andere kwaliteitscertificering zijn om de processen vast te leggen.

Sturing op kwaliteit en veiligheid toetste de inspectie door de poliklinieken te vragen naar een kwaliteitsdashboard dat gevuld werd met gegevens uit indicatoren, incidentmeldingen, audits en visitaties. Daarbij kwam tevens aan bod op welke manier de bestuurder over deze informatie kon beschikken.

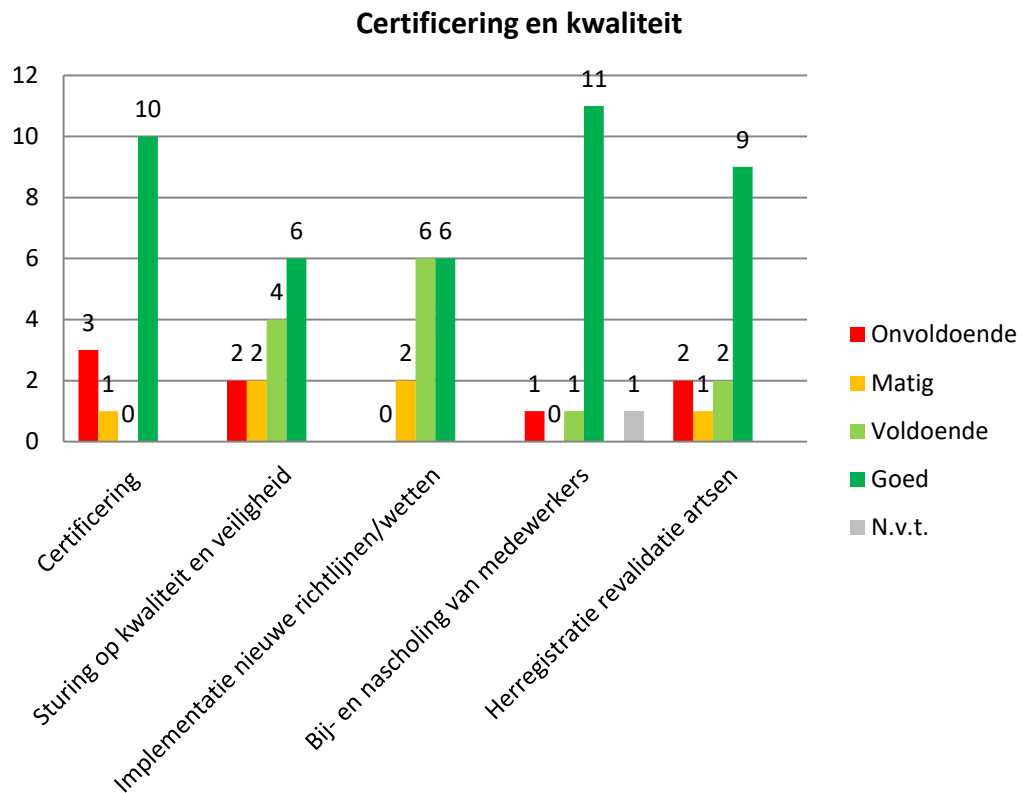
Met de revalidatie artsen in de poliklinieken sprak de inspectie over de wijze waarop nieuwe richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging, of andere richtlijnen en normen werden besproken met de medische staf en/of in een MDO. De inspectie beoordeelde of de richtlijnen waren geborgd in de dagelijkse praktijk en vertaald naar de behandelkaders. Op deze manier werd vastgesteld of volgens de laatste inzichten werd gewerkt en de poliklinieken voldeden aan de laatste richtlijnen en normen.

Verder besteedde de inspectie aandacht aan scholing en deskundigheidsbevordering van het personeel, door te bespreken of dit een vast onderdeel was van de functionerings-/beoordelingsgesprekken en bij het management na te gaan of een overzicht van scholing en deskundigheidsbevordering aanwezig was.

Een belangrijk onderdeel van kwaliteit en veiligheid betreft de kennis en deskundigheid van de medewerkers. Daarom beoordeelde de inspectie of de revalidatie artsen en andere medewerkers geregistreerd waren in het BIG register, danwel in andere (specialisten)registers.

#### **4.4.1**      *Resultaten*

In figuur vier zijn de resultaten weergegeven van het onderdeel certificering en kwaliteit.



*Figuur 4: Score op het onderdeel certificering en kwaliteit*

Tien van de veertien poliklinieken hadden een HKZ, ZKN of ISO certificaat. Eén van de bezochte poliklinieken was bezig met het verkrijgen van het ISO certificaat maar was ten tijde van het onderzoek nog niet gecertificeerd. Bij drie poliklinieken ontbrak een certificering.

De inspectie constateerde dat tien poliklinieken beschikten over voldoende stuurinformatie om kwaliteit en veiligheid goed in kaart te brengen. Van deze tien scoorden zes poliklinieken goed op dit onderdeel. Bij de vier poliklinieken die voldoende scoorden werd wel stuurinformatie gebruikt, maar was dit nog beperkt en was geen dashboard aanwezig waarop indicatoren werden gebruikt. Bij twee andere poliklinieken was de stuurinformatie beperkt en de twee poliklinieken die onvoldoende scoorden hadden onvoldoende stuurinformatie om kwaliteit en veiligheid goed te kunnen monitoren.

De revalidatieartsen die de inspectie tijdens de bezoeken sprak, waren allemaal lid van de wetenschappelijke vereniging. Via deze weg werden zij geïnformeerd over nieuwe, of herziene richtlijnen. Dit proces verliep naar tevredenheid. De vertaling naar de eigen organisatie werd door bijna alle poliklinieken adequaat gedaan (twaalf van de veertien, bijvoorbeeld door een nieuwe richtlijn te bespreken in het MDO en hier scholing voor te verzorgen).

Bij- en nascholing werd door twaalf van de veertien poliklinieken aangeboden en de behoefte hieraan was onderdeel van het jaarlijkse functionerings-/beoordelings-/jaargesprek. Deze poliklinieken beschikten tevens over een centraal overzicht van de scholing die medewerkers ontvingen en welke scholingsbehoeften er nog lagen.

Eén polikliniek had geen overzicht welke bij- en nascholing werd gevolgd door medewerkers, of welke behoefte daartoe bestond. Bij één polikliniek was sprake van een eenmanszaak waardoor de inspectie dit onderdeel niet kon beoordelen.

Een meerderheid van de poliklinieken besprak de registratie en herregistratie verplichtingen van de revalidatieartsen en andere medewerkers tijdens het jaargesprek. Van deze elf poliklinieken hadden negen een overzicht van hun medewerkers met daarop hun registratie verplichtingen en geldigheidsduur. Drie poliklinieken voldeden nog niet aan deze voorwaarde, waarbij twee poliklinieken geen beeld hadden van inschrijving in het register en de geldigheidsduur.

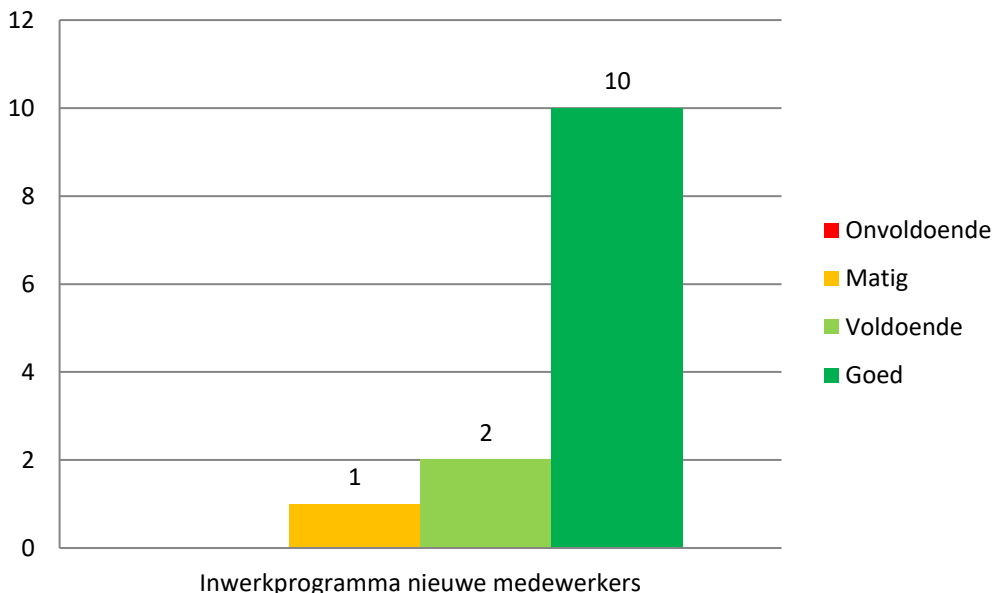
#### 4.5 **Kwaliteitsbeleid professionals**

Bij dit onderdeel heeft de inspectie gekeken naar de wijze waarop nieuwe medewerkers werden opgevangen en ingewerkt. Besproken werd bijvoorbeeld of een inwerkprogramma werd gemaakt en de nieuwe medewerker eerst werd gesuperviseerd voordat deze zelfstandig aan het werk ging. Door dit onderwerp te toetsen heeft de inspectie willen vaststellen of nieuwe medewerkers voldoende waren toegerust om te beginnen aan verantwoordelijk werk en dat zij in staat waren om dit op een juiste wijze in te vullen. Wanneer dit niet goed begeleid zou worden impliceert dat immers een risico voor patiëntveiligheid.

##### 4.5.1 *Resultaten*

In figuur vijf zijn de resultaten weergegeven op het onderdeel Kwaliteitsbeleid professionals.

#### **Kwaliteitsbeleid professionals**



*Figuur 5: Score ten aanzien van het thema Kwaliteitsbeleid professionals*

Uit figuur 5 blijkt dat twaalf van de 13 poliklinieken die werden beoordeeld op dit onderdeel een voldoende scoorden, waarvan 10 "goed" scoorden. Dat betekent dat deze poliklinieken een inwerkprogramma hadden voor nieuwe medewerkers, een mentor of begeleider aanstelden en zich ervan vergewisten of de nieuwe

medewerker voldoende bekend was met protocollen en procedures voordat deze zelfstandig in het patiëntenproces aan het werk ging.

Eén polikliniek had geen inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers waardoor zij een matig scoorden op dit onderdeel. Van de veertien poliklinieken kon dit onderdeel bij één polikliniek niet worden beoordeeld, omdat het een eenmanszaak betrof.

#### 4.6 Klachten, incidenten, complicaties en calamiteiten

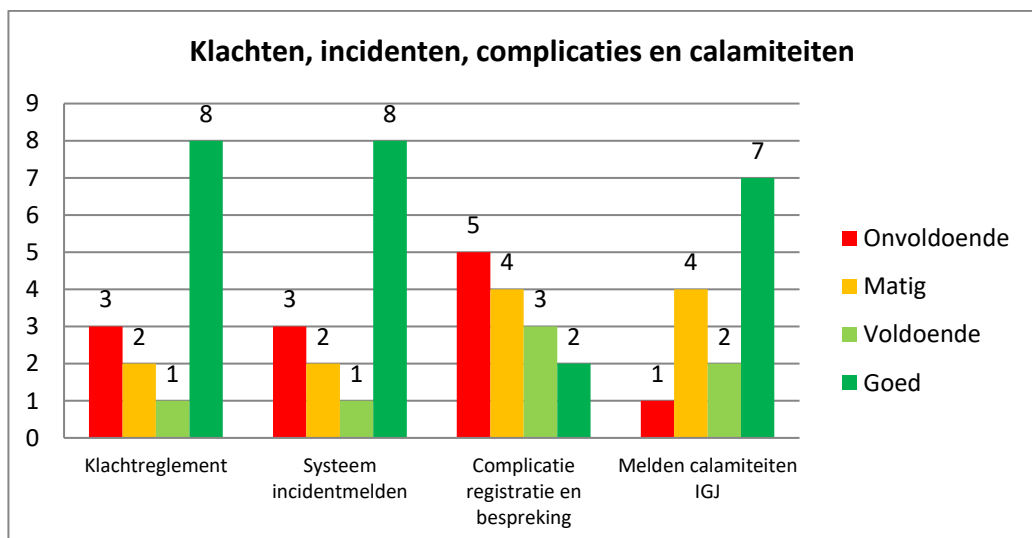
Iedere zorginstelling moet beschikken over een klachtreglement dat voldoet aan de Wkkgz. Op deze manier wordt geborgd dat met klachten van cliënten en patiënten in de zorg goed en zorgvuldig wordt omgegaan.

Door incidenten, complicaties en calamiteiten goed te registreren en te analyseren kan een organisatie hiervan leren en verbeteren. Binnen de medisch specialistische zorg is het een gebruikelijke manier van werken die, waar het gaat om incidenten en calamiteiten, gebonden is aan wetgeving. Een systeem voor incidentmelden moet aanwezig zijn. Bij een incident kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het van de behandelbank afvallen, zonder verdere (ernstige) schade voor de patiënt. Als het gaat om een calamiteit in de zorg, moet deze conform Wkkgz gemeld worden bij de inspectie. De inspectie spreekt van een calamiteit wanneer (ernstige) schade optreedt bij een patiënt en sprake was van een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking had op de kwaliteit van zorg.

Gesproken wordt over een complicatie wanneer door de behandeling een niet verwacht/gewenst neveneffect optreedt. Een goed voorbeeld van een complicatie is bijvoorbeeld een urineweginfectie die optreedt bij een katheter, of een delier als gevolg van medicatie. In augustus 2017 publiceerde de Nederlandse vereniging van Revalidatieartsen (VRA) een standpunt over complicatieregistratie in de medisch specialistische revalidatie. In dit document werden enkele complicaties benoemd die met name in de klinische revalidatie voorkomen. Het doel van complicatieregistratie en systematische bespreking is om risico's in de zorg te verminderen, door factoren die van invloed zijn op de complicatieratio te beïnvloeden.

##### 4.6.1 Resultaten

In figuur zes zijn de resultaten weergegeven op het onderdeel Klachten, incidenten, complicaties en calamiteiten.



*Figuur 6: Score ten aanzien van het thema Klachten, incidenten, complicaties en calamiteiten.*

Uit figuur zes blijkt dat acht van de veertien poliklinieken beschikten over een klachtreglement dat voldeed aan de Wkkgz. Drie poliklinieken hadden wel een klachtprocedure maar deze stond niet op de website of voldeed niet aan de Wkkgz. Drie poliklinieken hadden geen klachtprocedure en voldeden daarmee niet aan de Wkkgz.

Negen (acht goed, één voldoende) poliklinieken hadden een systeem om (bijna) incidenten in de zorg systematisch te registreren. Deze poliklinieken bespraken deze incidenten om van te leren en de zorg te verbeteren. Twee poliklinieken hadden wel een systeem om (bijna) incidenten in te melden, maar dit was niet bekend bij de medewerkers. Bij drie poliklinieken ontbrak het in het geheel aan een systeem.

Vijf poliklinieken gaven aan dat zij systematisch complicaties registreerden. Deze werden door twee van de vijf ook systematisch besproken in het team. Een beperking was dat het ging om een beperkt aantal complicaties in de zorg, te weten decubitus en complicaties na spasme behandelingen aan de schouder. Vier poliklinieken scoorden matig op dit onderdeel omdat complicaties niet werden besproken, of niet werden geregistreerd. Bij vijf poliklinieken ontbrak het aan complicatieregistratie en bespreking van complicaties in de zorg .

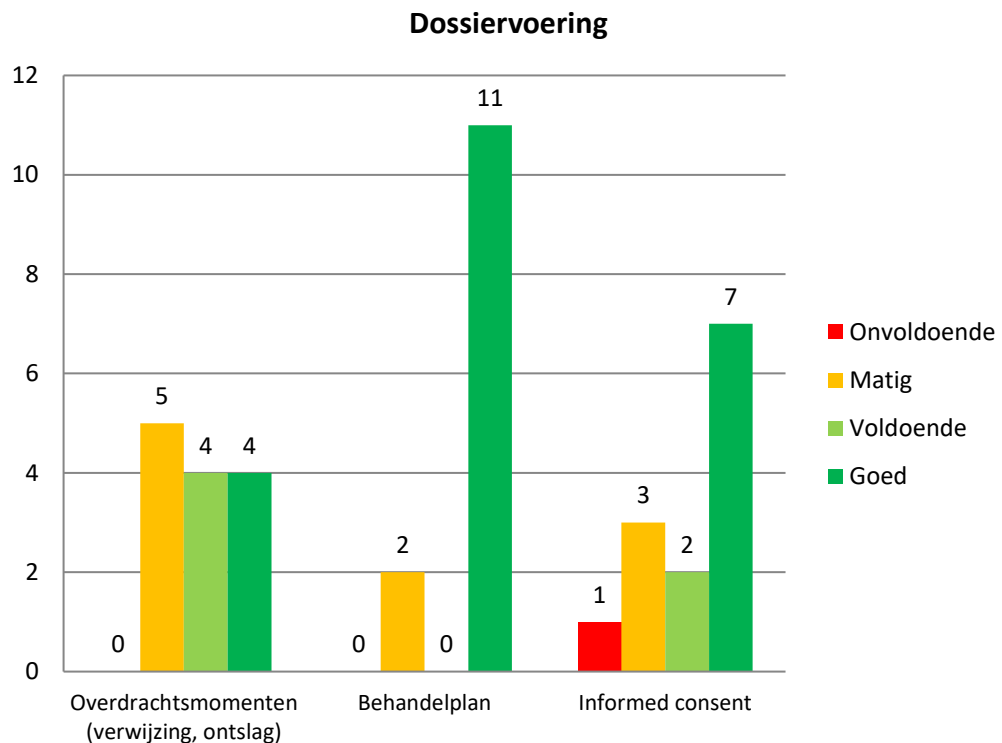
Zeven van de veertien poliklinieken beschikten over een procedure voor het melden van calamiteiten, die voldeed aan de Wkkgz. Twee poliklinieken hadden een procedure maar dit was niet bekend bij alle medewerkers die de inspectie sprak. Bij vier poliklinieken was bekend dat een calamiteit gemeld moest worden, maar ontbrak een procedure waardoor de polikliniek matig scoorde. Bij één polikliniek ontbrak een regeling en het besef dat calamiteiten volgens de Wkkgz gemeld moeten worden bij de inspectie.

#### **4.7 Dossiervoering**

Tijdens de bezoeken keek de inspectie (digitaal) poliklinische dossiers met toestemming van patiënten in. De inspectie keek naar volledigheid van de dossiers door te kijken naar de aanwezigheid van een verwijsbrief en ontslagbericht met een actueel medicatie overzicht binnen 24 uur. Daarnaast beoordeelde de inspectie de dossiers op de aanwezigheid van een behandelplan waarin was opgenomen welke behandeldoelen waren gesteld en in hoeverre dit was besproken met de patiënt en vastgelegd in het dossier in een informed consent.

##### **4.7.1 Resultaten**

In figuur 7 zijn de resultaten weergegeven op het onderdeel Dossiervoering.



*Figuur 7: Score ten aanzien van het thema Dossiervoering.*

In figuur 7 zijn de scores ten aanzien van het thema 'dossiervoering' opgenomen. Bij één polikliniek werden door omstandigheden geen dossiers beoordeeld. Deze polikliniek is in de onderstaande beschrijving niet meegenomen.

Bij vier van de dertien poliklinieken zag de inspectie dossiers in die volledig waren, waarbij zowel de verwijzing, als het ontslagbericht binnen 24 uur aanwezig waren. Vier poliklinieken konden dat ook laten zien, maar het lukte niet altijd om binnen 24 uur de overdracht inclusief medicatie overzicht voor zover van toepassing bij de volgende zorgverlener te hebben. Bij vijf poliklinieken waren niet alle dossiers die werden ingezien compleet op bovengenoemde punten.

Bijna iedere polikliniek (elf van de 13) slaagde erin om het behandelplan in de dossiers te laten zien. Bij twee poliklinieken was dit niet voor alle dossiers het geval, of was het behandelplan summier beschreven en sloot niet aan op de behandeldoelen.

Bij negen poliklinieken trof de inspectie een schriftelijk informed consent aan in het dossier. Bij zeven van hen was dit expliciet genoteerd in het dossier, soms met een apart formulier en ondertekend door de patiënt. Bij twee poliklinieken stond de informed consent wel in het dossier, maar was dit niet ondertekend door de patiënt. Bij drie poliklinieken was het informed consent niet duidelijk opgenomen in het dossier en had de patiënt hier niet voor getekend. Bij één polikliniek werd geen informed consent aangetroffen in de dossiers.

#### **4.8 Zorgproces**

Ook voor revalidatieartsen en andere zorgprofessionals geldt dat reanimatie tot de basisvaardigheden behoort. Artsen hebben dat in hun opleiding geleerd en dat geldt in veel gevallen ook voor andere zorgprofessionals. In 2017 bracht de

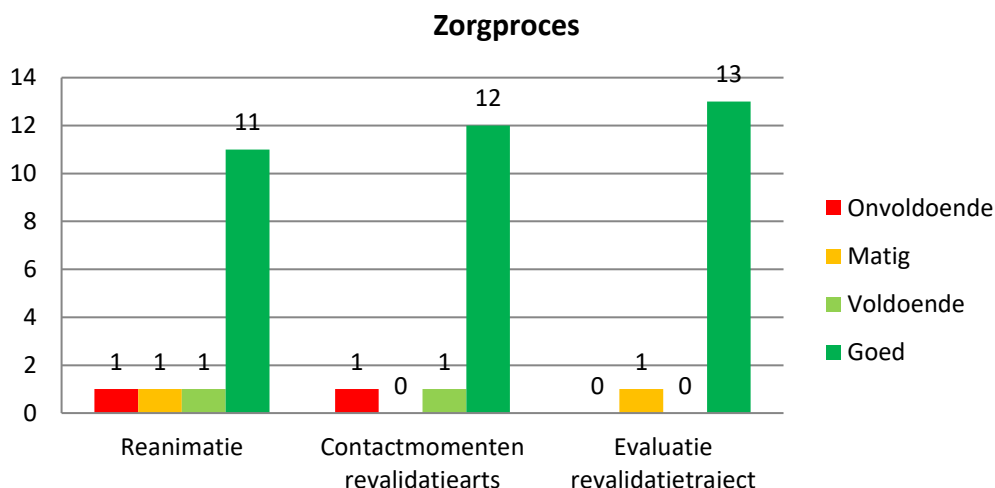
wetenschappelijke vereniging revalidatieartsen (verder: de VRA) advies uit over basismedische zorg in de revalidatiecentra en op de polikliniek. In dit document is opgenomen dat revalidatie artsen in ieder geval op basic life support niveau moeten kunnen reanimeren, maar wordt aanbevolen dit op immediate life support niveau te beheersen.

In het beroepskader revalidatie artsen dat in 2016 werd herzien is opgenomen dat de revalidatiearts bij interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie de patiënt minimaal één keer in diagnostische fase ziet, tijdens de behandeling en nog een keer ter evaluatie van de behandeling. Op deze manier is geborgd dat de revalidatie arts zelf de patiënt spreekt en onderzoekt en gezamenlijk tot een behandelplan komt.

#### 4.8.1

##### Resultaten

In figuur 8 zijn de resultaten weergegeven op het onderdeel zorgproces.



Figuur 8: Score ten aanzien van het thema zorgproces.

Ten tijde van de bezoeken was het standpunt ten aanzien van reanimatie van de VRA nog niet beschikbaar. Wel lag er een 'Advies Basismedische zorgverlening in revalidatie-instellingen' waarin reanimatie als vereiste was opgenomen. Desondanks voldeed de meerderheid (twaalf) van de bezochte poliklinieken aan de norm en konden de revalidatie artsen en vaak ook andere medewerkers reanimeren op minimaal BLS niveau. Eén polikliniek scoorde voldoende omdat een scholingsoverzicht ontbrak voor reanimatie, bij één poli was niet duidelijk of iedereen geschoold was. Bij één polikliniek stelde de inspectie vast dat de scholing van het personeel niet actueel was.

Tijdens de bezoeken constateerde de inspectie dat één polikliniek niet voldeed aan de contactmomenten. Deze werden ingevuld door een video verbinding in plaats van een face to face contact met de revalidatie arts. Deze zelfde polikliniek evalueerde de behandeling niet in een fysiek contact tussen revalidatie arts en patiënt.

#### 4.9

##### Voorbehouden handelingen

De wet BIG beschrijft in artikel 36 zogenaamde voorbehouden handelingen in de zorg. Dit zijn handelingen die alleen door een arts en in sommige gevallen door een verpleegkundig specialist, tandarts of verloskundige mogen worden geïndiceerd en

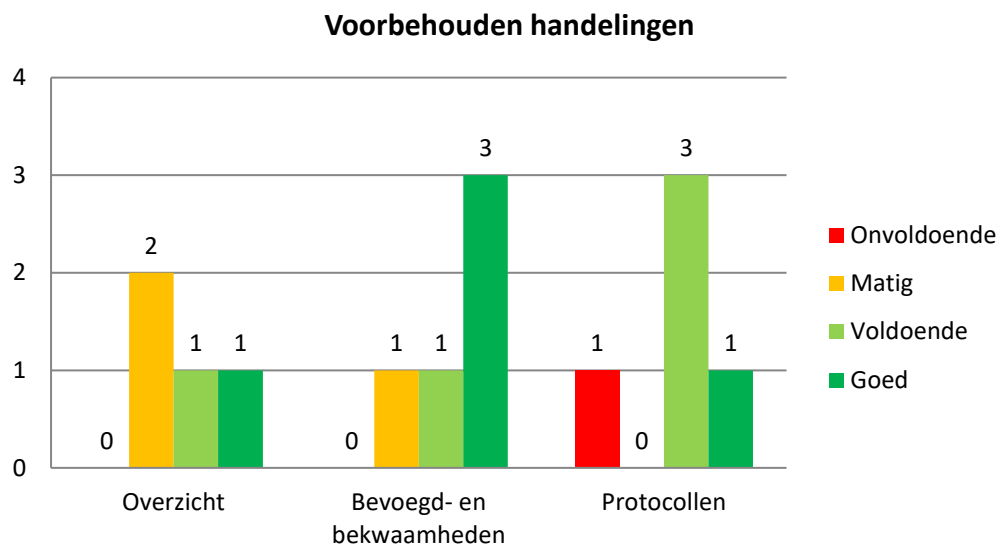


uitgevoerd. Voorbehouden handelingen zijn bijvoorbeeld het plaatsen van een infuus, het uitzuigen van een tracheacanule etc. Deze beroepsbeoefenaren moeten naast deze bevoegdheid, wel bekwaam zijn in het uitvoeren van de handeling. De wet biedt voor een aantal handelingen de mogelijkheid om deze te delegeren aan bijvoorbeeld een verpleegkundige. Deze is niet zelfstandig bevoegd en moet bekwaam zijn in het uitvoeren van betreffende handeling door het volgen van scholing. De handeling mag alleen worden uitgevoerd in opdracht van een zelfstandig bevoegde. Een zelfstandig bevoegde beoordeelt of de verpleegkundige bekwaam genoeg is om de handeling zelf uit te voeren.

#### 4.9.1

##### Resultaten

In figuur 9 zijn de resultaten weergegeven op het onderdeel voorbehouden handelingen.



Figuur 9: Score ten aanzien van het thema Voorbehouden handelingen.

De inspectie vroeg poliklinieken of zij een overzicht hadden welke voorbehouden handelingen werden uitgevoerd in de polikliniek. Bij negen poliklinieken kwamen deze handelingen niet voor. Twee poliklinieken beschikten over een overzicht welke handelingen werden uitgevoerd en twee poliklinieken hadden geen totaaloverzicht. Bij één instelling werd dit onderdeel niet beoordeeld omdat het een eenmanszaak betrof en slechts één voorbehouden handeling werd uitgevoerd.

Bij drie poliklinieken waren bevoegd- en bekwaamheden vastgelegd in het personeelsdossier, of op een centrale wijze en was één van de medewerkers aangewezen om de na- en bijscholing te verzorgen. Bij één van de poliklinieken ontbrak een centraal overzicht, maar werden bevoegd- en bekwaamheden van de medewerkers alleen vastgelegd in het P-dossier. De inspectie beoordeelde dat als voldoende. Bij één van de poliklinieken werd niet duidelijk hoe de revalidatie arts zijn bekwaamheid op peil hield.

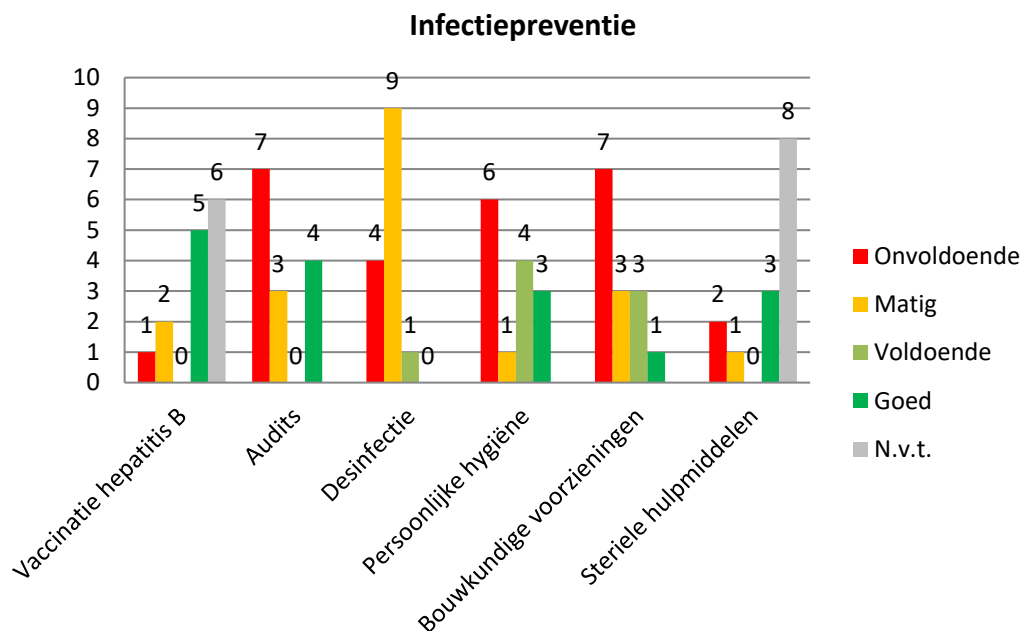
Vier van de vijf poliklinieken hadden de uitvoering van de voorkomende voorbehouden handelingen geprotocolleerd. Bij één ontbrak een protocol voor de handelingen die werden uitgevoerd.

#### 4.10 Infectiepreventie

Infectiepreventie in de zorg is van belang ter voorkoming van verspreiding van (ziekenhuis)infecties, zoals MRSA en BRMO. Ook wondinfecties of een onschuldige griep kunnen grote gevolgen hebben onder een patiëntenpopulatie. In de polikliniek is ook sprake van risico op verspreiding van bacteriën en virussen. Door de aard van de contacten, vaak van korte duur en met lage frequentie, is dit risico minder groot dan in een klinische omgeving. Toch heeft de werkgroep infectiepreventie richtlijnen opgesteld over persoonlijke hygiëne, schoonmaak en desinfectie die van toepassing zijn in een polikliniek. De inspectie heeft deze richtlijnen als uitgangspunt genomen voor de toetsing van deze onderdelen.

##### 4.10.1 Resultaten infectiepreventie

In figuur 10 zijn de resultaten weergegeven van het onderdeel infectiepreventie.



Figuur 10: Score ten aanzien van het thema infectiepreventie.

##### Vaccinatiebeleid hepatitis B

De inspectie beoordeelde of zorgmedewerkers waren gevaccineerd tegen hepatitis B in verband met risico's op een prikaccident. Medewerkers zijn niet verplicht om zich te laten vaccineren en kunnen hier bijvoorbeeld vanwege geloofsovertuigingen vanaf zien. De polikliniek dient dan wel te weten dat medewerkers niet zijn gevaccineerd zodat passende actie kan worden ondernomen bij een incident. Van de veertien poliklinieken hadden vijf poliklinieken een overzicht van de vaccinatiestatus van medewerkers, bij één polikliniek ontbrak het inzicht en bij twee anderen was niet van alle medewerkers bekend of zij gevaccineerd waren. Bij zes poliklinieken constateerde de inspectie dat geen injecties werden gegeven en ook niet op andere manieren risico's bestonden op een prikaccident. Beoordeling van dit onderdeel werd daarom als "niet van toepassing" gescoord.

##### Audits infectiepreventie

Door vier van de veertien poliklinieken werden interne en/of externe audits op infectiepreventie uitgevoerd. Hiervoor werkte de polikliniek samen met een deskundige infectiepreventie die de audit verzorgde. Eén van de poliklinieken

beschikte over een infectiepreventie commissie die de audits verzorgde en gevraagd en ongevraagd adviseerde over infectiepreventie. De inspectie beoordeelde drie poliklinieken op dit onderdeel als matig, omdat wel gekeken werd naar infectiepreventie, maar zonder betrokkenheid van een deskundige infectiepreventie. Zeven poliklinieken voerden helemaal geen audits uit op het onderdeel infectiepreventie.

#### Desinfectie

Slechts één polikliniek scoorde een voldoende op het onderdeel desinfectie. Op dit onderdeel toetste de inspectie of binnen de polikliniek een schoonmaakprotocol aanwezig was en er aftekenlijsten beschikbaar waren op de behandelruimte(n) en toiletgroep(en) die door patiënten werden gebruikt. In veel gevallen ontbrak het aan een schoonmaakschema op de schoonmaakkar. Verder beoordeelde de inspectie de schoonmaakkar en zag bij meerdere poliklinieken disposables die meerdere keren werden gebruikt of verontreinigde doekjes en ander schoonmaakmateriaal.

#### Persoonlijke hygiëne

Bij zeven poliklinieken zag de inspectie dat medewerkers geen pols- of handsieraden en/of nagellak droegen en dat de onderarmen niet waren bedekt met kleding. Dit beoordeelde de inspectie als voldoende. Van deze zeven was voor drie poliklinieken duidelijk dat zij kleding dagelijks wisten op een daarvoor passende temperatuur. Dit stond beschreven in een protocol persoonlijke hygiëne, gebaseerd op de onderliggende WIP richtlijn persoonlijke hygiëne. Een aantal poliklinieken werkten met bedrijfskleding, dat is geen verplichting vanuit infectiepreventie oogpunt voor een polikliniek.

Bij zes poliklinieken ontbrak een protocol persoonlijke hygiëne en droegen medewerkers lange mouwen en/of hand- en polssieraden. De inspectie beoordeelde dat als onvoldoende. Eén polikliniek had wel een protocol maar daar werd niet naar gehandeld, omdat medewerkers lange mouwen en hand/polssieraden droegen.

#### Bouwkundige voorzieningen

Bij vier poliklinieken waren op alle behandelkamers voorzieningen aanwezig om je handen te wassen, bestaande uit een wastafel met een kraan met elleboogbediening, papieren handdoekjes, een afvallemmer die met de voet geopend kon worden, zeep en handdesinfectans. Bij drie van deze vier poliklinieken trof de inspectie een kraan met draaiknop, stoffen handdoek en/of een afvallemmer die met de hand geopend moest worden. De inspectie beoordeelde dit als voldoende. Bij drie poliklinieken waren wel de juiste voorzieningen aanwezig om de handen goed te kunnen wassen, zoals hiervoor omschreven. De voorzieningen waren echter niet op de behandelkamer aanwezig, waardoor de zorgverlener in een andere ruimte zijn handen moest reinigen. De inspectie beoordeelde deze situatie als matig. Tenslotte trof de inspectie bij zeven poliklinieken geen handen wasvoorzieningen op de behandelkamer aan en voldeed de gelegenheid voor het wassen van de handen niet aan de vereisten, zoals een kraan met elleboogbediening, stoffen handdoeken handdesinfectans of zeep.

#### Steriele medische hulpmiddelen

Bij zes poliklinieken trof de inspectie steriele medische hulpmiddelen aan, voornamelijk spuiten en naalden. Door drie poliklinieken werden deze gescheiden bewaard van de niet steriele hulpmiddelen en trof de inspectie een voorraadlijst aan. De inspectie beoordeelde dat als voldoende. Bij de andere drie poliklinieken ontbrak de voorraadlijst en bij twee poliklinieken lagen de steriele en niet steriele middelen door elkaar.

4.11

**Medicatieveiligheid**

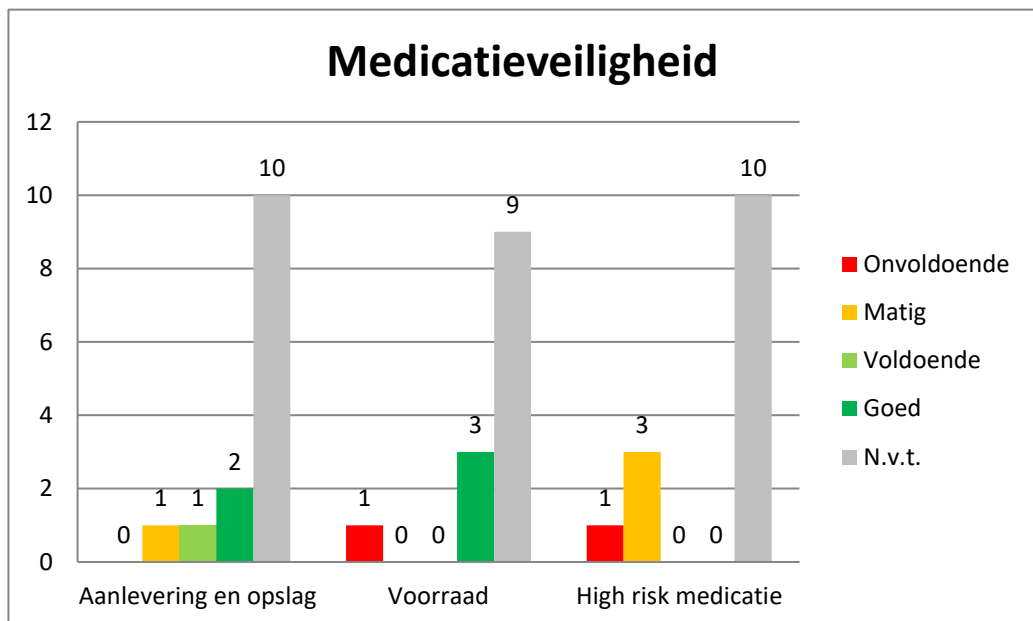
De inspectie toetst de opslag, het beheer en de verstrekking van medicatie vanwege de potentiële risico's die hieraan verbonden zijn. Hiervoor gaat de inspectie uit van de richtlijnen die door het zorgveld in den brede zijn opgesteld ten aanzien van de bereiding van medicatie tot de verstrekking. Omdat het hier gaat om een onderzoek in de polikliniek heeft de inspectie voor dit thema alleen gekeken naar de relevante onderdelen zoals hiervoor genoemd. Tijdens de bezoeken vroeg de inspectie ook naar het gebruik van opiaten, maar dat kwam in geen enkele polikliniek voor.

Tenslotte beoordeelde de inspectie het gebruik van high risk medicatie, waarmee wordt bedoeld medicatie die parenteraal wordt toegediend, al dan niet klaargemaakt door de polikliniek of apotheek.

**4.11.1**

*Resultaten medicatieveiligheid*

In figuur 11 zijn de resultaten weergegeven van het onderdeel Medicatieveiligheid. De inspectie beoordeelde de medicatieveiligheid door dit te bespreken met de medewerkers en de medicatieruimte/voorraad te bekijken tijdens de rondgang door de kliniek.



*Figuur 11: Score ten aanzien van het thema medicatieveiligheid.*

De inspectie constateerde dat vier van de veertien poliklinieken beschikten over voorraadmedicatie voor verstrekking aan patiënten, zoals botuline toxine/fenol maar ook bij twee poliklinieken Kenacort en corticosteroïden. Drie (twee goed, 1 voldoende) poliklinieken bewaarden de medicatie in een afgesloten ruimte. De medicatie was bij drie poliklinieken niet verlopen en werd schoon, koel en droog opgeslagen.

Vier van de poliklinieken hadden een kleine voorraad medicatie, wat in overeenstemming was met het gebruik. Eén van deze poliklinieken had verlopen medicatie in een koelkast en de koelkast was niet onderhouden.

Vier poliklinieken gebruikten high risk medicatie en maakten deze zelf klaar. Tijdens bereiding werden geen handschoenen gedragen, de medicatie werd niet altijd op een speciaal daarvoor bestemd oppervlak klaargemaakt en het bereidingsoppervlakte werd niet gedesinfecteerd. De dubbelcheck bij bereiding en

toediening van parenteralia werd niet uitgevoerd en vastgelegd en injectienaalden werden soms teruggestoken in de hoes(recappen). Van deze vier poliklinieken had één polikliniek deze werkwijze niet in een protocol vastgelegd en scoorde daarom onvoldoende. Geen enkel revalidatiecentrum had opiaten op voorraad.

#### **4.12 Medische hulpmiddelen en apparatuur**

In 2011 is het Convenant 'veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis' opgesteld door de koepelpartijen NVZ, NFU en RN. Dit convenant gaf invulling aan de risicobeheersing en veilige toepassing van medische technologie in instellingen voor medisch specialistische zorg. In augustus 2016 is een tweede druk verschenen van het Convenant, getiteld Convenant 'veilige toepassing medische technologie in de medisch specialistische zorg'. Naast de eerder genoemde koepelpartijen is deze tweede druk ook mede ondertekend door de koepel Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN).

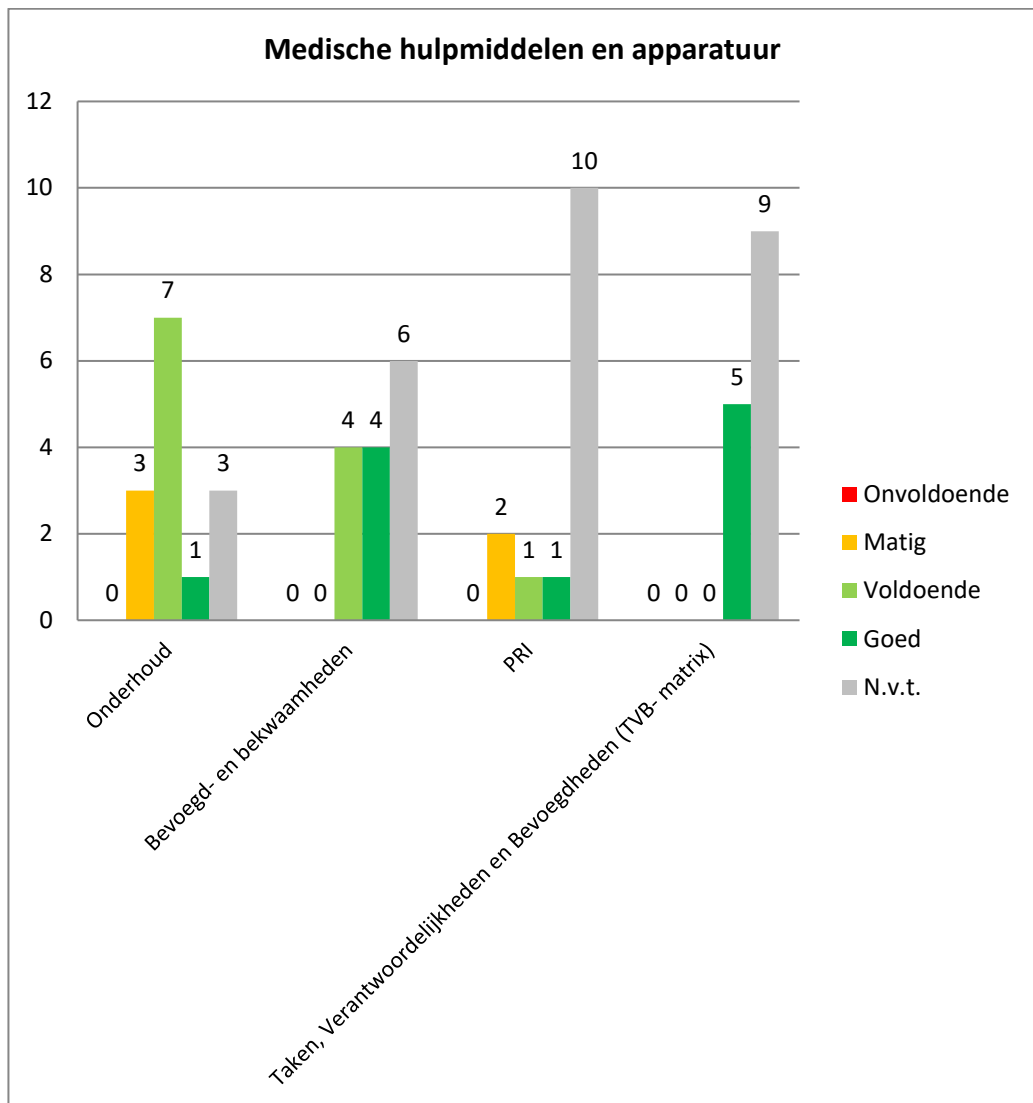
Doel van het convenant is om bij de NVZ, NFU, RN en ZKN "aangesloten zorginstellingen het kader van verantwoordelijkheden van de raad van bestuur ten aanzien van kwaliteitsborging van medische technologie vast te stellen".

Voor wat betreft medische hulpmiddelen wordt in het convenant uitgegaan van de juridische definitie uit de Wet op de medische hulpmiddelen. Veilige toepassing van medische technologie betekent een veilig product, in handen van een getrainde gebruiker in een omgeving die veilig gebruik kan garanderen. Van belang is dat de medische hulpmiddelen adequaat worden onderhouden en dat medewerkers bevoegd en bekwaam zijn om de medische hulpmiddelen te gebruiken. Voorafgaand aan de aanschaf van medische hulpmiddelen, met name hoog risico apparatuur, zal goed nagedacht moeten worden over de mogelijke risico's in de context en setting van het specifieke gebruik, de scholing van toekomstige gebruikers, en het technisch en functioneel beheer. Tenslotte is het van belang dat taken en verantwoordelijkheden rondom het gebruik van de medische hulpmiddelen duidelijk zijn belegd om risico's voor de patiëntenzorg met het gebruik van medische hulpmiddelen te reduceren.

Tijdens de uitvoering van de bezoeken, kwam de inspectie tot de conclusie dat op poliklinieken revalidatie over het algemeen sprake is van laagrisico apparatuur. In de meeste poliklinieken was oefenapparatuur aanwezig en een onderhoudsbank die vallen onder het convenant. Daarnaast trof de inspectie in een aantal poliklinieken aanvullende medische hulpmiddelen, zoals bloeddrukmeters, weegschalen en bij één polikliniek een crashkar. Omdat het vooral laagrisico apparatuur betrof werden de beoordelingcriteria hierop aangepast, ook voor de poliklinieken die al werden bezocht en getoetst.

#### **4.13 Resultaten medische hulpmiddelen en apparatuur**

Figuur 12 geeft per onderdeel de score weer van het onderdeel 'medische hulpmiddelen en apparatuur'.



Figuur 12: Score ten aanzien van het thema Medische hulpmiddelen en apparatuur.

Voor gebruikers van medische hulpmiddelen moet de onderhoudsstatus van het betreffende hulpmiddel kenbaar zijn, bijvoorbeeld door een onderhoudssticker. Bij acht (zeven voldoende, één goed) van de elf poliklinieken waar medische hulpmiddelen werden aangetroffen was de onderhoudsstatus voor de gebruiker zichtbaar. In enkele gevallen betrof dit stickers die het laatste onderhoud aangaven, waardoor voor gebruikers niet duidelijk was of de apparatuur veilig gebruikt kon worden.

Bij drie poliklinieken ontbrak het in het geheel aan onderhoudsstickers, maar kon de polikliniek wel aantonen dat onderhoud had plaatsgevonden door facturen of onderhoudscontracten te overleggen. Bij drie poliklinieken trof de inspectie geen hulpmiddelen of apparatuur aan die onder het convenant viel en werd dit onderdeel niet beoordeeld.

De bevoegd- en bekwaamheden van de medewerkers om met laagrisico apparatuur om te gaan moet geborgd zijn. Voor laagrisico is het niet nodig om dat in een apart overzicht vast te leggen, dit kan ook op andere manieren worden vastgelegd. Wel worden medewerkers die de apparatuur gebruiken geacht om de gebruiksaanwijzing

te hebben gelezen en wordt verwacht dat de werkgever scholing in het gebruik aanbiedt als de medewerker daarom vraagt. Bij acht poliklinieken was deze bevoegd- en bekwaamheid wel uitgeschreven.

Vier poliklinieken beschikten over apparatuur van een hogere risicoklasse, waarvoor volgens het convenant een volledig aanschafdossier moest worden opgesteld. Onderdeel van dit aanschafdossier is een prospectieve risico inventarisatie (PRI), die door twee poliklinieken getoond kon worden. Bij één van deze twee was de PRI volledig, de andere polikliniek was nog bezig met het opzetten van een aanschafdossier. Bij twee poliklinieken kon geen PRI getoond worden. In de overige poliklinieken was geen hoog risico apparatuur aanwezig, of aangeschaft in de afgelopen twee jaar.

Ten slotte zag de inspectie dat de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van medewerkers ten aanzien van medische technologie waren vastgelegd door vijf poliklinieken. De eindverantwoordelijkheid was geborgd bij de raad van bestuur.

**Bijlage 1 Opgevraagde documenten**

	<b>Documenten</b>
1.	Document waarin de taken van de medisch eindverantwoordelijke van de polikliniek beschreven staan
2.	Beleidsplan van de instelling
3.	Protocol waarin werkwijze bij prikaccidenten beschreven staat (indien van toepassing in polikliniek)
4.	Protocol supervisie arts assistenten bij poli's met een opleidingsplaats
5.	Protocol desinfectie van materialen die voor behandeling worden gebruikt
6.	Document waarin Taken, Verantwoordelijkheden en Bevoegdheden (TVB-matrix) van medewerkers ten aanzien van medische technologie zijn vastgelegd
7.	Registratie van bevoegd- en bekwaamheden van gebruikers voor het werken met medische apparatuur (specialisten, verpleegkundigen en andere professionals)
8.	Overzicht actuele onderhoudsstatus van alle op de werkplek aanwezige medische apparatuur



**Bijlage 2 Overzicht bezochte revalidatie centra**

1.	Revalidatie poli	Reade
2.	Revalidatie poli	Revalidatie Friesland
3.	ZBC	Klatte pijn
4.	ZBC	RAPzorg
5.	ZBC	Revalide
6.	ZBC	Fyfit
7.	ZBC	Revalidatie Drechtsteden
8.	Revalidatie poli	Klimmendaal
9.	ZBC	Winnock revalidatie
10.	ZBC	Kinos
11.	ZBC	Stichting Spine and joint
12.	ZBC	Ciran
13.	ZBC	Caprihr
14.	ZBC	OCA Ede

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