



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Het resultaat telt
particuliere klinieken**

2012

**Kwetsbare groepen vragen nog
extra aandacht**

Inhoudsopgave

	Voorwoord	5
	Hoofdpunten en inspectiebeleid	6
1	Inleiding, onderzoeksmethodiek en vormgeving toezicht	9
2	Thermometer particuliere klinieken	12
3	Resultaten	14
	1 Algemene vragen	14
	1.0 Algemene en organisatorische vragen	14
	1.1 Zorgzwaarte	22
	1.2 Infecties	28
	1.3 Medici en medisch ondersteunend personeel	31
	1.4 Patiënttevredenheid	35
	2 Specifieke vragen	39
	2.1 Refractiechirurgie	39
	2.2 Anesthesiologie	42
	2.3 Orthopedie	45
	2.4 Plastische chirurgie en/of cosmetische behandelingen en fillers	48
	2.5 Bariatrische behandelingen	53
	2.6 Dermatologie	57
	2.7 Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in de voorstel oogkamer (peroperatief)	60
	3 Medisch diagnostisch centra	63
	Bijlagen	
	1 Lijst van ZBC's opgenomen in het onderzoek	67
	2 Lijst van privéklinieken opgenomen in het onderzoek	72
	3 Lijst van medisch diagnostische centra opgenomen in het onderzoek	75

Voorwoord

Particuliere klinieken, de verzamelnaam voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en privé-klinieken, vormen een vast onderdeel van het Nederlandse zorglandschap. De diversiteit in zorgaanbod en organisatie van klinieken is erg groot. Vooral dermatologie, oogheelkunde, plastische chirurgie, geplande orthopedische ingrepen en cosmetische behandelingen worden frequent aangeboden.

In deze jaarlijkse rapportage over de risico-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die voor de 5e keer wordt uitgebracht, constateert de inspectie dat de randvoorwaarden voor de kwaliteit van zorg die deze klinieken leveren gemiddeld van een verantwoord niveau is.

In de uitkomsten vallen wel enkele zaken op waaronder de toenemende concentratie van klinieken in ketens; van een keten wordt gesproken bij klinieken die twee of meer vestigingen hebben. Organisaties bieden hiermee een breder scala verrichtingen aan zoals cosmetisch behandelingen, orthopedische en bijvoorbeeld spataderbehandelingen. Daarnaast zijn er enkele grote oogheelkundige ketens die hun zorg in meerdere vestigingen in het land aanbieden. De uitkomsten van het onderzoek over 2012 laten evenwel zien dat nog niet alle ketens er in geslaagd zijn om in alle vestigingen betere randvoorwaarden voor de kwaliteit van zorg tot stand te brengen. Dat is voor deze organisaties duidelijk nog een aandachtspunt.

Voor de zorg geleverd in particuliere klinieken zijn dezelfde normen en richtlijnen van toepassing als in de algemene en universitaire ziekenhuizen. Naast ziekenhuiszorg wordt echter ook andersoortige zorg, zoals een groot scala aan cosmetische behandelingen aangeboden. Het is nodig dat hiervoor een aanvulling op de bestaande normen en richtlijnen komt. De verwachting is dat deze normen per 1 januari 2014 beschikbaar zijn. Indien dit niet wordt gerealiseerd zal de inspectie op eigen gezag op enkele risicovolle vraagstukken, zoals zorg aan patiënten met een ASA-klasse 3 en hoger en ingrepen die een hoge mate van sterilitateit vereisen (OK-classificatie), nader normen stellen en zo nodig handhavend optreden.

Opvallend in de uitkomsten is ook het aantal behandelde ouderen. Bijna 20 procent van de patiënten die in particuliere klinieken zijn behandeld is ouder dan 70 jaar. Een groep die de inspectie tot een van de speerpunten in haar meerjarenbeleidsplan heeft opgenomen. Bij invasieve behandelingen is bij deze groep een verhoogd risico op delirium. De inspectie zal in haar toezicht actief ook behandeling van deze doelgroep toetsen aan de normen die er dienaangaande zijn.

Er is een grote variatie in behandelingen in de particuliere klinieken. Een generieke uitspraak heeft zijn beperking, niettemin ziet de inspectie dat er de laatste jaren een kwaliteits-slag is gemaakt in deze sector van de gezondheidszorg.

Dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Hoofdpunten en inspectiebeleid

Particuliere klinieken behandelden in 2012 een half miljoen patiënten die bijna driekwart miljoen behandelingen ondergingen. Er lijkt daarbij sprake te zijn van een stabilisatie ten opzicht van 2011. Opvallend is de toename van het aantal en de grootte van ketens van particuliere klinieken. De inspectie signaleert daarbij echter wel tekortkomingen in de bestuurlijke aansturing. Voor de inspectie een reden om deze relatief nieuwe toezicht-aspecten tot één van de speerpunten voor haar toezicht op deze sector voor 2014 te maken.

In 81 procent van de klinieken werden invasieve behandelingen uitgevoerd. Bij 199 klinieken (77 procent) gebeurde dat in de eigen kliniek. De 13 klinieken voor bariatric verrichtten hun ingrepen in een ziekenhuis. De inspectie beoordeelt dat, gelet op de risico's die aan deze behandelingen verbonden zijn, als adequaat.

Van de 319 klinieken beschikten 171 klinieken (54 procent) over een kwaliteitskeurmerk van ZKN, HKZ, ISO of een combinatie hiervan, 8 klinieken beschikten over een NIAZ-certificaat. Ten opzichte van de situatie in de algemene ziekenhuizen loopt deze certificering nog achter. De inspectie is van oordeel dat ook de particuliere klinieken binnen een termijn van 2 jaar over een certificering dienen te beschikken. De verdere aanzet daartoe moet primair door het veld zelf ter hand te worden genomen.

De stijging van het aantal patiënten met een ASA klasse 3 en hoger die in 2012 in de klinieken werden behandeld zette door. Het percentage klinieken dat patiënten invasief behandelde en waarbij de ASA-klasse onbekend was steeg van 52 klinieken (25 procent) in 2011 naar 88 klinieken (34 procent) in 2012. De inspectie vindt dit een ongewenste ontwikkeling en zal alle klinieken die patiënten met een ASA-klasse 3 of hoger behandelden om een nadere toelichting vragen om de risico's die hieraan verbonden kunnen zijn in beeld te krijgen.

Het aantal klinieken dat patiënten beneden de 18 jaar behandelde nam toe van 137 naar 173. Bij 32 klinieken die minder dan 20 kinderen per jaar behandelden was er sprake van invasieve ingrepen. Het behandel aanbod was divers en varieerde van arthroscoopieën, dermatologische ingrepen, oorrecties en oogheelkundige behandelingen tot hernia-operaties, labiareductie en bariatric ingrepen. Omdat bij deze laatste twee ingrepen sprake kan zijn van overschrijding van de norm, zijn de klinieken door de inspectie hierover bevraagd. De inspectie heeft hierop geconstateerd dat beargumenteerd en gedocumenteerd werd afgeweken van de norm. Voor wat betreft de andere ingrepen is er nog geen consensus in de diverse beroepsgroepen over volume en leeftijdnormen. In 12 klinieken werden bij patiënten jonger dan 18 jaar diagnostische verrichtingen uitgevoerd met behulp van sedatie en/of algehele anesthesie.

De inspectie zal nader onderzoek doen naar de kwaliteit van de indicatiestelling en inhoud van de zorg bij de behandeling van kinderen in deze klinieken.

Van de 319 klinieken behandelden 244 klinieken (77 procent) patiënten ouder dan 70 jaar. In 199 klinieken werd 94 procent van deze patiënten invasief behandeld. Het totaal aantal patiënten ouder dan 70 jaar dat invasief werd behandeld bedroeg 102.188 (gemiddeld 540; spreiding 1-10.050).

In 17 klinieken (9 procent) waar patiënten ouder dan 70 jaar invasief werden behandeld beschikte men over een deliriumprotocol, 3 procent screende daadwerkelijk op het risico op delirium. Uit de literatuur blijkt dat het risico op delirium bij kleine invasieve ingrepen rond de 4,4 procent bedraagt. De inspectie acht daarom een actief beleid van de klinieken op dit gebied noodzakelijk. Zij zal de verantwoordelijke koepels en wetenschappelijke verenigingen verzoeken het beleid hierop te intensiveren.

Van de 258 klinieken die invasief behandelden hadden 25 klinieken geen beleid voor post-operatieve infectiecontrole. Dit wordt door de inspectie nader onderzocht.

De indicator postoperatieve pijn werd door 120 klinieken ingevuld. Het percentage patiënten dat werd gebeld met betrekking tot postoperatieve pijn daalde van 92 naar 76 procent. De oorzaak daarvan zal de inspectie onderzoeken.

De time-out procedure werd volgens de gescoorde indicatoren toegepast in 64 procent van de klinieken die invasieve behandelingen uitvoerden. Dat percentage is niet aanvaardbaar. De inspectie verwacht van de klinieken actief beleid om dit te verbeteren. Zij zal via onaan-gekondigde bezoeken hierop actief toetsen en waar nodig handhaven.

In 14 van de 25 orthopedische klinieken werden totale heupoperaties gedaan; 18 klinieken verrichtten arthroscoopieën. Het totaal aantal arthroscoopieën bleef gelijk ten opzichte van 2011, het gemiddeld aantal per kliniek nam af. Alle klinieken hadden afspraken met ziekenhuizen in geval van complicaties en calamiteiten. Ook zijn de meeste orthopeden gevisiteerd. De inspectie is tevreden over de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg bij de klinieken voor orthopedie.

In 120 klinieken werden plastisch chirurgische en/of cosmetische behandelingen uitgevoerd, een toename ten opzichte van 2011 toen het 78 klinieken betrof. Bij 16 van deze klinieken had de eindverantwoordelijk medisch specialist een buitenlandse (vervolg) opleiding. Bij 39 van deze 120 klinieken werden patiënten jonger dan 18 jaar invasief behandeld. Dit wordt door de inspectie getoetst. Daarbij moet blijken of het om een medische indicatie of om een gewogen afwijking van de norm gaat. Bij 14 klinieken die cosmetische behandelingen uitvoerden was het percentage heroperaties meer dan 4 procent. Dit wordt door de inspectie nader onderzocht.

In 90 klinieken vond het gehele palet aan dermatologische behandelingen plaats. Deze ontwikkeling vraagt om een goede afstemming met de ziekenhuizen.

De indicator vitrectomie was facultatief opgenomen in de basisset. De uitkomsten leidden tot aanvullende vragen van de inspectie omdat er minder complicaties waren opgegeven dan op basis van de registratie van het NOG door de inspectie mocht worden verwacht.

De uitkomsten komen wel overeen met die van de algemene ziekenhuizen. Uit de ontvangen reacties blijkt dat het complicatiepercentage inderdaad lager ligt dan de NOG-registratie dienaangaande. Nadere evaluatie van deze data zal nog plaatsvinden.

In 2012 werden voor het eerst 47 medisch diagnostische centra uitgevraagd waar beeldvormend en/of biometrisch onderzoek werd verricht. Van de 43 centra die de indicator invulden voerden 21 centra (49 procent) cardiologisch onderzoek uit, 7 centra (16 procent) voerden maag-, darm-, en leveronderzoek uit en 26 centra (61 procent) voerden (ook) ander onderzoek uit.

Bij alle 7 centra waar maag-, darm-, leveronderzoek werd uitgevoerd was sprake van digitale verslaglegging van de verrichte endoscopische procedure, inclusief beeldmateriaal.

1 Inleiding, onderzoeksmethodiek en vormgeving toezicht

In 2013 zijn alle particuliere klinieken gevraagd om gegevens over de prestaties van hun kliniek aan te leveren over 2012. Deze vorm van toezicht is analoog aan het toezicht op de ziekenhuizen. Gezien de toenemende rol die ZBC's en privéklinieken (aangeduid onder de verzamelnaam particuliere klinieken) spelen in het veld van de curatieve gezondheidszorg, momenteel is het marktaandeel ongeveer 2 procent – vindt de inspectie het van belang om – ook in dit zorgveld systematisch inzicht te krijgen in de randvoorwaarden voor het kunnen bieden van veilige zorg en waar mogelijk op de uitkomst van de kwaliteit van de behandelingen. Het totale aantal klinieken bedroeg 319. Het aantal klinieken met 2 of meer locaties was 59. Er waren 161 klinieken met 1 locatie. Aan de groep van particuliere klinieken werden voor het verslagjaar 2012 voor het eerst medisch diagnostische centra toegevoegd, waarbij het uitvoeren van beeldvormend en/of biometrisch onderzoek centraal stond. Een aantal centra voor cardiologisch onderzoek waren ook in voorgaande jaren al opgenomen in het bestand. In totaal werden 47 centra, inclusief de reeds bekende cardiologische centra gevraagd gegevens aan te leveren.

Basisfilosofie

- *Een indicator geeft een signaal over de (kwaliteit van de) zorg op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten.*
Over een negatief signaal worden door de inspectie vragen gesteld, schriftelijk of tijdens een gesprek. Overigens zal de inspectie niet alleen op basis van de kwaliteitsindicatoren over een individuele kliniek oordelen, maar zich ook baseren op incidententoezicht en thematoezicht.
- *Instellingen maken zelf resultaten openbaar.*
De gekozen indicatoren kunnen zonder nadere uitleg geen goed beeld geven van de zorg in een individuele kliniek, bijvoorbeeld omdat patiëntenpopulaties per instelling verschillen. Om die reden wordt aan de klinieken gevraagd om de eigen resultaten openbaar te maken en van een nadere specifieke uitleg te voorzien. Dit kan in het kwaliteitsjaarverslag en via de website van de kliniek.
- *Interne kwaliteitsverbetering is belangrijk.*
Naast externe verantwoording is ook het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering een doel. Ten behoeve hiervan wordt voor ziekenhuizen op dit moment al een deel van de indicatoren geregistreerd. Ook blijken de Basissets voor veel ziekenhuizen zinvolle informatie te hebben opgeleverd. De verwachting is dat dit ook zal gelden voor particuliere klinieken.
- *De IGZ gaat uit van een ontwikkelingsmodel.*
Een indicatorenset is nooit af. De ontwikkeling van een indicator is afhankelijk van de reacties en de resultaten van de particuliere klinieken. Indicatoren die niet meer relevant zijn of geen onderscheid maken, worden na verloop van tijd door andere indicatoren vervangen of aangepast. Het streven van de inspectie is om niet meer dan 20-25 procent

van de basisset per jaar te veranderen en de omvang van de indicatorenset niet substantieel te vergroten of te verkleinen. Hiermee wordt de registratielast zo beperkt mogelijk gehouden waarbij het doel, een zo optimaal mogelijk beeld verkrijgen van het veld, behouden blijft.

Voor algemene informatie over indicatoren verwijzen wij u naar www.igz.nl.

Samenwerking

De indicatorenset is tot stand gekomen door samenwerking tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Orde van Medisch Specialisten (Orde), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Nederlandse Vereniging van Maag-, Darm- en Leverartsen (NVMDL), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG), de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), waarbij elk der partijen een eigen verantwoordelijkheid heeft. Voor de inspectie maken de indicatoren deel uit van het onderzoeksinstrumentarium waarmee, op basis van risico-inschatting, vervolgens prioritering van het toezicht kan plaatsvinden. Het toezicht wordt op deze manier risicogestuurd gestructureerd. De brancheorganisaties hechten er belang aan dat de indicatoren geschikt zijn voor interne sturing en voor het afleggen van maatschappelijke verantwoording door de klinieken. Een en ander tevens vanuit de wens de administratieve belasting voor klinieken zo beperkt mogelijk te houden.

Methodiek

Dataverzameling en analyse

Aan 421 bij de inspectie bekende (vestigingen van) klinieken (inclusief mondzorg) en medisch diagnostische centra is een brief verstuurd waarin is verzocht de basisset in te vullen en deze gegevens aan de inspectie te leveren voor 1 maart 2013. Alle klinieken leverden, voor een deel na herhaald rappel zowel schriftelijk als telefonisch, de gegevens aan. Naast de reeds in het bestand aanwezige centra voor cardiologisch onderzoek werden 41 medisch diagnostische centra waar beeldvormend en/of biometrisch onderzoek werd uitgevoerd aangeschreven en leverden uiteindelijk 47 centra gegevens aan. Vanwege de toepassing van algehele anesthesie werden bij de inspectie als zodanig bekende klinieken voor mondzorg aangeschreven. Die klinieken zijn niet meegenomen in deze analyse, maar zullen apart worden geanalyseerd en worden meegenomen in het algemene inspectietoezicht.

Om het aanleveren van de indicatorenset zo gebruiksvriendelijk mogelijk te maken, heeft de inspectie een website ontwikkeld waar de vragen konden worden ingevuld. Uiteindelijk leverden 397 klinieken gegevens aan, waarbij 11 klinieken de inspectie meldden dat zij (nog) geen zorg leverden in het verslagjaar 2012, 4 klinieken en 2 medisch

diagnostische centra vielen om andere redenen af. De 14 klinieken voor mondzorg zijn apart geanalyseerd. Deze rapportage omvat derhalve de uitkomsten van 319 klinieken en 47 medisch diagnostische centra.

Inspectietoezicht

Het inspectietoezicht vindt plaats volgens de systematiek van het risicogestuurd toezicht. De risicobeoordeling van de klinieken vindt centraal plaats. Allereerst wordt aan de hand van de data bepaald of er uitkomsten zijn die duiden op mogelijk zodanige risico's voor de patiëntveiligheid dat het direct starten van onderzoek noodzakelijk is. Daarbij stelt de inspectie op basis van de analyse van de gecombineerde data vast welke uitkomsten in meer algemene zin nader onderzoek vragen.

Zo zal de inspectie alle klinieken die patiënten met een ASA-klasse 3 of hoger invasief behandelden om een nadere toelichting vragen. Daarnaast zal de inspectie ook het ontbreken van een time-out procedure nader onderzoeken. In de derde plaats zullen klinieken die boven de norm scoorden ook worden bevraagd op hun percentage heroperaties en infectiepreventiebeleid.

Bij sommige onderwerpen, zoals certificering, deliriumbeleid en het ontbreken van infectiepreventiebeleid geeft de inspectie het veld de mogelijkheid om dit zelf de komende 2 jaar op orde te brengen. Dit omdat het veld nog in ontwikkeling is, het niet voor ieder zorgproces risicovol voor de patient is en het niet mogelijk is om alle verbeteringen in een jaar tijd tot stand te brengen.

De uitkomsten voor de selectie, gecombineerd met de reeds bij de inspectie bekende gegevens uit calamiteitenonderzoek of anderszins, geven aanleiding tot het afleggen van een inspectiebezoek aan een particuliere kliniek.

In 2014 zullen tenminste 20 klinieken op basis van bovenstaande risicoselectie worden bezocht.

De bezoeksrapportages van de bezochte instellingen zullen op de IGZ-website gepubliceerd worden. Handhaven zal plaatsvinden door het opleggen van maatregelen, de controle op deze maatregelen en zo nodig de inzet van bestuurlijke maatregelen.

2

Thermometer particuliere klinieken

Indicator	Aantal klinieken		gemiddelde	Uitkomsten	
	aanwezig	totaal		minimum	maximum
1 Algemene en organisatorische vragen					
1.0.1 Organisatorische vragen					
Beschikbaarheid van een openbare website	312	319	98%	-	-
Samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis	255	319	71%	-	-
Afspraken in geval van calamiteiten/complicaties	269	319	84%	-	-
Afspraken gebruik OK en andere faciliteiten	105	319	33%	-	-
Kwaliteitscertificaat	171	319	54%	-	-
Implantaten registratie	118	120	98%	-	-
1.0.3 Totaal aantal behandelde patiënten en behandelingen					
Totaal aantal behandelde patiënten	313	319	1.866	32	19.211
Totaal aantal behandelingen	312	319	2.698	32	27.819
1.0.4 Invasieve ingrepen					
Totaal aantal invasieve behandelingen	256	258	1.334	2	10.617
1.1 Zorgzwaarte					
Totaal aantal behandelde patiënten ASA-klasse 3 en hoger	23	170	181	1	1.921
Behandelde patiënten < 18 jaar*	173	185	187	1	2.841
Totaal aantal behandelde patiënten BMI > 35	22	64	102	1	841
Deliriumprotocol	17	258	9%	-	-
Preoperatief gescreende patiënten verhoogd risico delirium	6	17	35%	-	-
1.2 Infecties					
Systematische controle postoperatieve infecties	243	268	94%	-	-
Postoperatieve infecties	238	268	0,24%	0%	6,3%
1.3 Medisch personeel					
Aanwezigheid basisartsen (BIG-geregistreerd)	133	309	43%	-	-
Aanwezigheid verpleegkundigen (BIG-geregistreerd)	179	309	58%	-	-
Aanwezigheid anesthesiemedewerkers en OK-assistenten	129	309	42%	-	-
Aanwezigheid medisch specialisten (MSRC-geregistreerd)	278	309	90%	-	-
Aanwezigheid buitenlandse artsen	83	309	27%	-	-
Aanwezigheid medische specialisten ook werkzaam in ziekenhuis	212	268	79%	-	-
1.4 Patiënttevredenheid					
Aantal nieuwe klachten bij de directie en de klachtencommissie	145	319	45%	-	-
Aantal nieuwe klachten bij directie	112	145	5	1	90
Aantal nieuwe klachten bij klachtencommissie	38	145	5	1	40
Patiënttevredenheidsonderzoek	261	319	82%	-	-

Indicator	Aantal klinieken		gemiddelde	Uitkomsten	
	aanwezig	totaal		minimum	maximum
2 Specifieke vragen					
2.1 Oogheelkunde/refractiechirurgie					
Visitatie door NOG	20	28	71%	-	-
Certificering refractiechirurgen door NOG	19	20	95%	-	-
Validatierapport laserapparatuur	25	25	100%	-	-
2.2 Anesthesiologie					
Visitatie door NVA	52	120	43%	-	-
Patiënten postoperatieve pijnmeting	105	258	41%	-	-
Time-outprocedure	166	258	64%	-	-
Audit procedure	105	258	24%	-	-
2.3 Orthopedie					
Visitatie door NOV	21	25	84%	-	-
Medicamenteuze tromboseprofylaxe van totale knieprothese	18	25	72%	-	-
Medicamenteuze tromboseprofylaxe van totale heupprothese	8	14	57%	-	-
Medicamenteuze tromboseprofylaxe	5	8	63%	-	-
Aantal arthroscopieën	24	25	590	4	1.959
Ongeplande heroperaties	20	25	676	4	2.144
2.4 Plastische chirurgie					
Patiënten met een foto voor en na de cosmetische ingreep	90	108	90%	24%	100%
Visitatie NVPC	-	-	-	-	-
Ongeplande heroperaties	84	120	2,4%	0,0%	33,3%
2.5 Bariatrische chirurgie					
Totaal aantal patiënten met bariatrische chirurgie	8	13	425	7	987
2.6 Dermatologie					
Algemene dermatologie (zoals psoriasis, eczeem)	58	90	64%	-	-
Dermato-oncologie	58	90	64%	-	-
Dermatochirurgie (medisch)	63	90	70%	-	-
Cosmetische dermatochirurgie (zoals liposculptuur)	29	90	32%	-	-
Proctologie	38	90	42%	-	-
Flebologie C1- C3	58	90	64%	-	-
Flebologie C4- C6	46	90	51%	-	-
Visitatie door NVDV	63	90	70%	-	-
2.7 Complicatie achterkapselruptuur					
Voorsegmentvitrectomieën	12	12	3	0	12
3 Medisch diagnostische centra					
Cardiologie	21	43	49%	-	-
MDL-onderzoek	7	43	16%	-	-
Visitatie NVVC	14	17	82%	-	-
Digitale verslaglegging endoscopie	7	7	100%	-	-

* minus besnijdeniscentra en klinieken die zich speciaal op kinderen richten

3 Resultaten

1 Algemene vragen

1.0 Algemene en organisatorische vragen

Indicatoren

- Organisatorische vragen.
- Totaal aantal patiënten en behandelingen.
- Invasieve ingrepen.

Relevante begrippen

Invasieve ingrepen	Snijdende ingrepen, waaronder operaties, insputingen en refractiechirurgie.
Kliniek	Alle locaties van 1 organisatie.

Wat zijn de risico's

Informatievoorziening door de kliniek aan de patiënt dient transparant te zijn ten aanzien van onder andere behandel aanbod en patiëntenrechten. Zonder adequate informatievoorziening zoals een website of ander voorlichtingsmateriaal kan een patiënt geen goede keuze maken voor een behandeling.

Afspraken met ziekenhuizen in geval van complicaties en calamiteiten en gebruik van faciliteiten dienen, door beide partijen ondertekend, te zijn vast gelegd. Bij mondelinge afspraken is een adequate overdracht minder verantwoord mogelijk. Zonder afspraken met een ziekenhuis is een adequate overdracht bij patiëntproblemen niet verantwoord mogelijk.

De aanwezigheid van een kwaliteitssysteem en keurmerk draagt bij aan systematisch verbeteren van kwaliteit. Zonder kwaliteitskeurmerk komt het resultaat, het bewaken, beheersen en verbeteren van het proces minder goed tot stand.

Het verrichten van invasieve ingrepen stelt tevens nadere eisen aan de (bouwkundige) omstandigheden ten aanzien van de mate van steriliteit. Van OK1 tot behandelkamer.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De kliniek heeft geen website of de informatie op de website is ontoereikend dan wel misleidend.

- Is er schriftelijk informatie beschikbaar?
- Hoe is de informatie wel toegankelijk voor de patiënt?
- Wordt er actief schriftelijk en mondeling geïnformeerd?
- Krijgt de patiënt voldoende bedenktijd?

De kliniek heeft geen of mondelinge afspraken met een ziekenhuis in geval van complicaties en calamiteiten en gebruik van faciliteiten.

- Hoe is een adequate overdracht in geval van patiëntproblemen geborgd?
- Hoe zijn verantwoordelijkheden bij gebruik van faciliteiten geborgd?
- Zijn er belemmeringen bij het maken van schriftelijke afspraken met een ziekenhuis?

De kliniek heeft geen kwaliteitskeurmerk.

- Hoe is de kwaliteitscyclus geborgd?
- Zijn er belemmeringen ten aanzien van de aanvraag van een kwaliteitskeurmerk?

De kliniek voert invasieve ingrepen uit en voldoet niet aan de juiste omstandigheden waaronder deze worden uitgevoerd.

- Welke ingrepen worden daadwerkelijk uitgevoerd?
- Zijn er ruimtes beschikbaar die aan de juiste classificatie voldoen of kunnen deze worden aangepast?
- Is er een implantaatregistratie en is die voldoende toegankelijk bij een recall?

De kliniek behandelt cliënten met permanente fillers.

- Wordt voldaan aan het standpunt ten aanzien van het gebruik van permanente fillers?

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op alle 319 klinieken.

Resultaten

Organisatorische vragen

Totaal aantal behandelde patiënten en behandelingen

In het verslagjaar registreerden 313 klinieken (98 procent) het aantal behandelde patiënten. De klinieken behandelden in totaal 584.010 patiënten (gemiddeld per kliniek 1.866; spreiding 32-19.211). In 2011 werden 543.821 patiënten behandeld (gemiddeld 2.091). In 312 klinieken registreerde men het totaal aantal behandelingen. In totaal voerden deze klinieken 841.885 behandelingen uit, een absolute stijging ten opzichte van 2011 toen 725.769 behandelingen werden uitgevoerd.

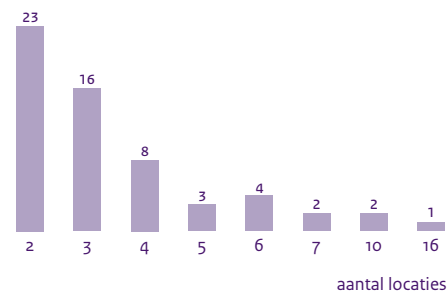
Aantal locaties per kliniek

Van de 319 klinieken hadden 59 organisaties 2 of meer locaties^[1]. Na correctie voor de analyse methode van 2011 lijkt er een toename van het aantal organisaties met meer locaties te zijn. Daarvan werkten 23 klinieken op 2 locaties, 15 klinieken werkten op 3 locaties, 9 klinieken werkten op 4 locaties, 3 klinieken werkten op 5 locaties, 4 klinieken werkten op 6 locaties, 2 klinieken werkten op 7 locaties, 2 klinieken werkten op 10 locaties en 1 organisatie had 16 locaties verdeeld over 3 aandachtsgebieden.

[1] Als gevolg van de aangescherpte definitie van het begrip organisatie is er geen vergelijking mogelijk met verslagjaar 2011.

Figuur 1.0.1

Aantal locaties per kliniek



Website

Van de 319 klinieken beschikten 312 klinieken (98 procent) een website. Dat is gelijk aan het percentage in 2011.

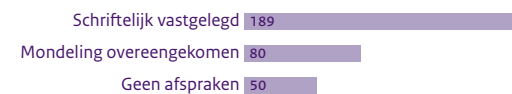
Samenwerking met een ziekenhuis

In totaal hadden 225 klinieken (71 procent) een samenwerkingsverband met een ziekenhuis, een kleine daling ten opzichte van 2011 (73 procent). Het percentage klinieken zonder afspraken in geval van calamiteit of complicaties die niet in de kliniek behandelbaar zijn is gelijk aan 2011. Van de 80 klinieken die mondelinge afspraken hadden, behandelden 61 klinieken invasief.

Van de 50 klinieken die geen afspraken maakten met ziekenhuizen in geval van complicaties en calamiteiten, voerden 35 klinieken invasieve ingrepen uit. In geval van nood werd door die klinieken doorverwezen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, een huisartsenpost, alarmdienst, onderhandelden klinieken nog met een ziekenhuis. Een aantal klinieken achtte de aard van de ingrepen van dien aard dat borging van nazorg niet nodig was, deze worden in het regulier toezicht gevraagd dit nader nader toe te lichten.

Figuur 1.0.2

Afspraken met een ziekenhuis met betrekking tot calamiteiten en complicaties

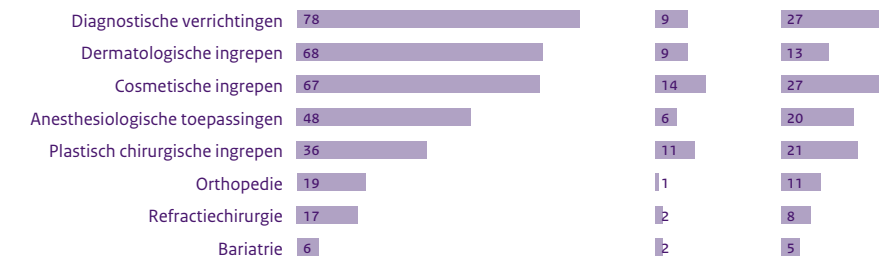


Afspraken over gebruik van OK

In 2012 maakten 105 klinieken (33 procent) afspraken met betrekking tot het gebruik van OK of andere faciliteiten van een ziekenhuis ten opzichte van 32 procent in 2011. Van deze 105 klinieken legden 74 klinieken deze afspraken schriftelijk vast en 31 klinieken kwamen dit mondeling overeen.

Figuur 1.0.3

Afspraken met betrekking tot gebruik van OK en andere faciliteiten in een ziekenhuis



Kwaliteitscertificaat

In 2012 beschikten 171 klinieken (54 procent) over 1 of meer kwaliteitscertificaten. Dit is een stijging ten opzichte van 2011, toen 48 procent over een kwaliteitscertificaat beschikte.

Figuur 1.0.4

Aantal klinieken met een kwaliteitscertificaat verdeeld per specialisme



Invasieve ingrepen

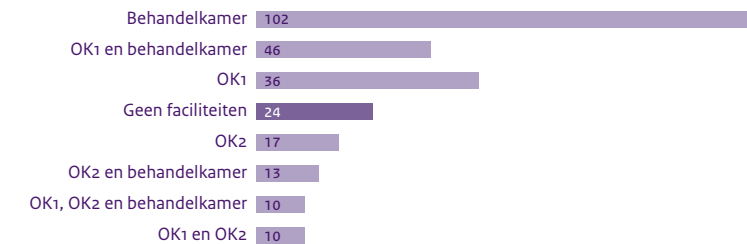
In 2012 voerden 258 klinieken (81 procent) invasieve ingrepen uit. Dat is een stijging van 3 procent ten opzichte van 2011 (78 procent). De meerderheid, 199 klinieken (77 procent), voerde deze ingrepen uit in de eigen kliniek. Daarnaast voerden 19 klinieken (7 procent) de invasieve ingrepen uit zowel in de eigen kliniek als in het ziekenhuis en 15 klinieken (6 procent) voerden de ingrepen in het ziekenhuis uit, eveneens een stijging ten opzichte van 2011 (respectievelijk 11 en 8 procent). Door 25 klinieken (10 procent) werden de ingrepen elders uitgevoerd. In totaal registreerden 256 klinieken 315.059 invasieve ingrepen. In 2011 registreerden 203 klinieken in totaal 269.510 invasieve ingrepen. De trend dat meer klinieken invasieve ingrepen doen zet zich voort evenals de daling van het gemiddeld aantal invasieve ingrepen per kliniek.

Luchtbehandeling

Van de 258 klinieken die invasieve ingrepen verrichtten, beschikten 171 klinieken in totaal over 402 behandelkamers, hadden 50 klinieken 81 operatiekamers klasse 2 en beschikten 102 klinieken over 196 operatiekamers klasse 1. Deze aantallen worden vertekend door dubbel tellingen als gevolg van klinieken die gebruikmaakten van OK-faciliteiten van een ziekenhuis en/of een andere particuliere kliniek.

Figuur 1.0.5

Luchtbehandeling (alleen klinieken met invasieve ingrepen, n=258)



Van de 258 klinieken die invasieve ingrepen verrichtten beschikten 24 klinieken (9 procent) niet over een OK1, OK2 of behandelkamer. Daarvan huurden 11 klinieken extern ruimten en/of diensten in, en 3 klinieken gebruikten een mobiele unit. In 1 kliniek beschikte men over een spreek/behandelkamer, 2 klinieken beschikten over een poliklinische operatiekamer. Bij 5 klinieken was er sprake van een zogenaamde spreekuurlocatie, 1 kliniek achtte de vraag niet van toepassing en 1 kliniek vulde "o" als toelichting in.

Registratie implantaten

Van de 319 klinieken gebruikten 120 klinieken (38 procent) implantaten in het verslagjaar. Daarvan gebruikten 45 klinieken borstimplantaten, 13 klinieken semi-permanente fillers, 2 klinieken permanente fillers en 20 klinieken orthopedische implantaten. Deze laatste klinieken gebruikten implantaten voor schouder, knie, heup en enkel. Bij het gebruik van

orthopedische implantaten beschikte men over de mogelijkheid om tijdens en/of kort na het plaatsen van het implantaat een röntgenfoto te maken. In de overige 64 klinieken werd gebruikgemaakt van implantlenzen, urologische implantaten, hand- en polsimplantaten, kaak- en kinimplantaten, meshes, maagbanden en tandimplantaten.

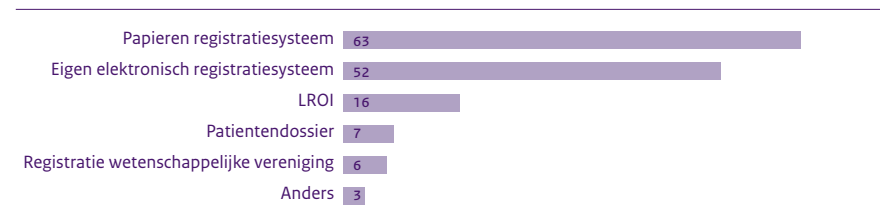
Van de 120 klinieken maakten 2 klinieken geen gebruik van een registratiesysteem voor implantaten, maar zij lichtten toe bezig te zijn dit op te zetten.

Door 27 klinieken voor plastische chirurgie en cosmetische ingrepen werd de indicator niet ingevuld. Bijna al deze klinieken maakten gebruik van fillers, een aantal plaatsten borstprothesen en 1 kliniek implantlenzen.

Figuur 1.0.6 geeft het gebruik van registratiesystemen voor implantaten weer. Er is sprake van dubbel tellingen als gevolg van combinaties van registratiesystemen.

Figuur 1.0.6

Registratiesysteem implantaten



Conclusies

- 50 klinieken (16 procent) beschikten niet over vastgelegde afspraken met een ziekenhuis waar de patiënt in geval van een calamiteit of complicaties die niet in de particuliere kliniek behandelbaar zijn, terecht kon.
- 148 klinieken (46 procent) beschikten niet over een kwaliteitscertificaat.
- 2 klinieken (0,8 procent) voerden invasieve ingrepen in tegenspraak met de WIP-richtlijn(en) niet uit in een OK1, OK2 of een behandelkamer. Deze 2 klinieken zullen daarop door de inspectie worden aangesproken.
- in 7 klinieken voor orthopedie en 6 klinieken voor refractiechirurgie waren niet (alle) artsen gevisiteerd door de beroepsvereniging, maar beschikten wel over het ZKN-certificaat.
- 27 klinieken gebruikten geen implantaat registratiesysteem voor fillers, borstimplantaten en implantlenzen.
- 2 klinieken behandelden cliënten met permanente fillers waarop de inspectie handhavend zal optreden.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen:

- is de zorg voor patiënten in geval van calamiteiten of complicaties die niet in de eigen kliniek kunnen worden behandeld, door beide partijen ondertekend, vastgelegd;

- is bij gebruik van de OK en andere faciliteiten van derden wederzijdse verantwoordelijkheid, door beide partijen ondertekend, vastgelegd;
- heeft de kliniek een kwaliteitssysteem ondersteund door een kwaliteitskeurmerk;
- kunnen problemen met een implantaat tijdig worden onderkend en patiënten actief worden opgespoord met behulp van een registratiesysteem voor implantaten (recallprocedure).

De kliniek verricht (invasieve) ingrepen in ruimten met een veiligheidsniveau conform de WIP-richtlijn(en).

De kliniek voldoet aan het standpunt ‘Het gebruik van resorbeerbare, niet-resorbeerbare of gedeeltelijk niet-resorbeerbare, dermaal of subdermaal injecteerbare vulmiddelen’ van de NVPC (2005).

1.1 Zorgzwaarte

Indicatoren

- Zorgzwaarte van de patiënten.
- Aantal patiënten onder de 18 jaar.
- Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35.

Relevante begrippen

ASA-klassen	American Association of Anesthesiologie.
ASA 1	Volkomen gezonde patiënt.
ASA 2	Patiënten met een systematische aandoening die niet tot beperkingen in de dagelijkse activiteiten leidt.
ASA 3	Patiënten met een systematische aandoening die wel tot beperkingen in de dagelijkse activiteiten leidt.
ASA 4	Patiënten met zeer ernstige gezondheidsproblemen.
ASA 5	Overlijden is met of zonder ingreep binnen 24 uur te verwachten.
BMI	Body Mass Index (gewicht/lengte ²): de verhouding tussen lengte en gewicht bij een persoon.
BMI>35	Ernstig overgewicht.

Wat zijn de risico's

Klinieken dienen inzicht te hebben in de zorgzwaarte en de gezondheidstoestand van hun patiënten, onder andere om de kans op complicaties in te schatten en te beoordelen of de kliniek voldoende is toegerust voor het behandelen van eventuele complicaties.

Preoperatieve screening wordt gedaan door de behandelaar en/of anesthesioloog als deze de anesthesie toedient. Risicoselectie van patiënten vindt plaats op basis van ASA-classificatie en overgewicht (BMI groter of gelijk aan 35). Patiënten met een ASA-klasse van 3 of hoger worden bij voorkeur in een ziekenhuis behandeld.

Kinderen en ouderen vormen kwetsbare groepen, die in sommige opzichten specifiek beleid vereisen.

Als er slechts incidenteel kinderen in een particuliere kliniek worden behandeld is het de vraag of er voldoende kennis voorhanden is bij de medisch specialist en verpleegkundige om adequaat de risico's te kunnen inschatten. Dat betekent dat invasieve behandelingen van kinderen naar het oordeel van de inspectie alleen onder duidelijke voorwaarden in een particuliere kliniek dienen te worden verricht. Hierover is nog geen veldnorm aanwezig, de inspectie voert hierover overleg met de relevante wetenschappelijke verenigingen.

Bij elke geplande opname voor een operatie bij patiënten boven de 70 jaar dient al bij de preoperatieve screening het risico op een delirium te worden vastgelegd. Uit de literatuur^[2] blijkt dat ook bij laag operatieve stress procedures als bijvoorbeeld een cataract operatie, de incidentie van postoperatief delirium 4,4 procent is. Van een verhoogd risico op delirium is sprake bij een of meer positieve antwoorden.

Bij een positieve uitkomst dient de patiënt vervolgens als risicopatiënt te worden beschouwd. Deze patiënten kunnen vervolgens niet in een particuliere kliniek worden behandeld.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De kliniek heeft geen inzicht in de zorgzwaarte en gezondheidstoestand van hun patiënten.

- Welke gegevens worden gebruikt om de gezondheidstoestand van de patiënt voor en na de ingreep te beoordelen?
- Wordt er een schatting van het gewicht van een patiënt gemaakt?
- Op welke wijze wordt de kans op complicaties ingeschat?
- Hoe beoordeelt u of uw kliniek is toegerust voor het behandelen van eventuele complicaties?

De kliniek verricht geen preoperatieve screening.

- Hoe wordt de patiënt geïnformeerd over de risico's van de ingreep?
- Wordt er gebruikgemaakt van een door de patiënt ingevuld formulier omtrent de medische situatie?
- Hoe wordt een verhoogd risico op delirium vastgesteld?
- Wordt er (tijdig en gericht) verwezen indien patiënten op basis van de risicoselectie niet in de kliniek kunnen worden behandeld?

De kliniek behandelt patiënten jonger dan 18 jaar.

- Vindt behandeling van patiënten jonger dan 18 jaar plaats conform vigerende veldnormen voor cosmetische ingrepen en refractiechirurgie?
- Op welke gronden wordt beoordeeld of men voldoende bekwaam is om incidenteel kinderen te behandelen?
- Zijn er aanvullende afspraken met een anesthesioloog?

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op alle 319 klinieken.

[2] Milstein, A Pollack A, Kleinman G, Barak Y. Confusion/ Delirium following cataract surgery: an incidence study of 1-year duration. International Psychogeriatrics 2002; 14: 301-306.

Resultaten

Zorgzwaarte van de patiënten

Van de 319 klinieken die patiënten behandelden in 2012, registreerden 183 klinieken (57 procent) de ASA-klasse. Van de 258 klinieken die invasief behandelden registreerden 88 klinieken (34 procent) geen ASA-klasse. Dit is een stijging ten opzichte van 2011 toen bij 25 procent van de klinieken die invasief behandelden de ASA-klasse niet bekend was. In totaal behandelden 23 klinieken 4.173 patiënten invasief met een ASA-klasse 3 of hoger (gemiddeld 181; spreiding 1-1.921). Er is wederom sprake van zowel een relatieve als een absolute stijging ten opzichte van de voorgaande jaren.

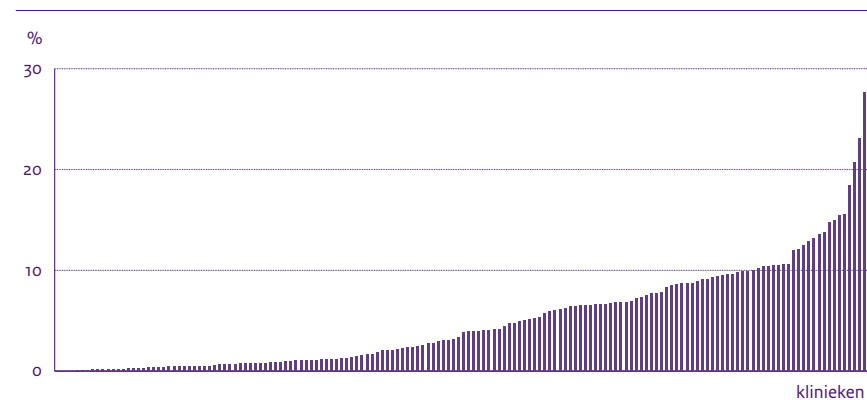
Aantal patiënten jonger dan 18 jaar

Van de 319 klinieken behandelden 185 klinieken (58 procent) patiënten jonger dan 18 jaar. Besnijdeniscentra en klinieken die zich speciaal richtten op de zorg voor kinderen werden vervolgens uit de analyse gelaten. Uiteindelijk werd deze indicator geanalyseerd voor 173 klinieken.

Het absoluut aantal behandelde patiënten jonger dan 18 jaar was 29.921. Na correctie voor de KNO-centra is er sprake van een absolute (en relatieve) stijging van 15.432 behandelde patiënten jonger dan 18 jaar in 2011 naar 26.874 patiënten in 2012. Het aantal klinieken dat patiënten jonger dan 18 jaar behandelde steeg van 116 in 2011 naar 162 in 2012.

Figuur 1.1.1

Percentage patiënten jonger dan 18 jaar (n=173)



Van de 173 klinieken behandelden 32 klinieken in 2012 minder dan 20 patiënten met een leeftijd jonger dan 18 jaar invasief. In 12 klinieken werden bij patiënten jonger dan 18 jaar diagnostische verrichtingen uitgevoerd met behulp van sedatie en/of algehele anesthesie.

Figuur 1.1.2

Totaal aantal behandelde patiënten jonger dan 18 jaar per kliniek (n=160)



Net als in het verslagjaar 2011 werden extra vragen toegevoegd met betrekking tot invasieve behandelingen van patiënten jonger dan 18 jaar. Deze uitvraag werd gebruikt om de inzichten op basis van de uitkomsten van 2011 nogmaals te toetsen.

Van de 173 klinieken die patiënten jonger dan 18 jaar behandelden, voerden 96 klinieken (49 procent) invasieve ingrepen uit bij deze groep patiënten. Van deze 96 klinieken pasten 87 klinieken een vorm van anesthesie toe bij patiënten jonger dan 18 jaar. In 51 klinieken betrof dat lokale anesthesie, in 5 klinieken algehele anesthesie, in 4 klinieken zowel lokale anesthesie als sedatie, in 20 klinieken zowel lokale als algehele anesthesie, in de overige 7 klinieken zowel lokale anesthesie, sedatie als algehele anesthesie. Veel voorkomende behandelingen waren oorcorrecties, dermatologische ingrepen en oogheelkundige behandelingen.

Van de 96 klinieken voerden 2 klinieken invasieve ingrepen uit bij chronisch zieke patiënten jonger dan 18 jaar, waaronder patiënten met een chronische luchtwegaandoening, morbide obesitas en syndroom van Down.

Van de 173 klinieken voerden 45 klinieken diagnostische verrichtingen uit bij patiënten jonger dan 18 jaar met behulp van een vorm van anesthesie. Hierbij gebruikten 35 lokale anesthesie, 3 sedatie, 3 klinieken zowel lokale anesthesie als sedatie, 1 kliniek zowel sedatie als algehele anesthesie, 3 klinieken zowel lokale als algehele anesthesie.

Aantal patiënten ouder dan 70 jaar

Van de 319 klinieken behandelden 244 klinieken (77 procent) patiënten ouder dan 70 jaar. Voor 225 klinieken kon het absoluut aantal behandelde patiënten ouder dan 70 jaar worden berekend. Het aantal behandelde patiënten ouder dan 70 jaar bedroeg 108.608. Het percentage behandelde patiënten ouder dan 70 jaar ten opzichte van het totaal aantal behandelde patiënten in particuliere klinieken bedroeg 19 procent.

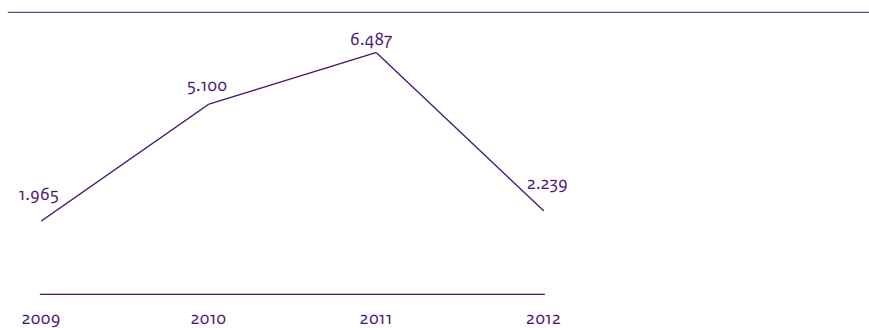
Van de 225 klinieken behandelden 42 klinieken in 2012 minder dan 20 patiënten met een leeftijd ouder dan 70 jaar. Van de 225 klinieken behandelden 199 klinieken 94 procent van deze patiënten invasief. Het totaal aantal patiënten dat invasief werd behandeld bedroeg 102.188.

Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35

Van de 319 klinieken registreerden 64 klinieken (35 procent) het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35. In totaal behandelden 22 klinieken 2.239 patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35. In vergelijking met verslagjaar 2011 is het aantal klinieken dat patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 behandelde gedaald, van 45 klinieken in 2011 naar 22 klinieken in 2012. Het aantal behandelde patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 daalde eveneens, van 6.487 in 2011 naar 2.239 in 2012.

Figuur 1.1.3

Aantal behandelde patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35



Deliriumbeleid

Van de 258 klinieken die invasieve ingrepen verrichtten (uitgezonderd klinieken voor dermatologie), behandelden 199 klinieken (77 procent) patiënten ouder dan 70 jaar. Van deze 199 klinieken beschikten 182 klinieken (91 procent) niet over een deliriumprotocol. Van de 17 klinieken met een deliriumprotocol screenden 6 instellingen (35 procent) structureel patiënten op risico op delirium. Van de overige 11 klinieken lichtten 6 klinieken toe net gestart te zijn met de screening of dit te zullen gaan doen in 2013, 3 klinieken screenden niet structureel, 1 kliniek kon deze patiëntengroep niet onderscheiden doordat behandeling in het ziekenhuis plaats vond, en 1 kliniek gaf aan geen oudere patiënten te hebben gehad voor operatie.

Conclusies

- Het absoluut aantal behandelde patiënten jonger dan 18 jaar steeg ten opzichte van 2011, 6 klinieken voor plastische chirurgie, 8 klinieken voor refractiechirurgie en 1 kliniek voor bariatric behandelde in strijd met de norm patiënten jonger dan 18 jaar. De inspectie gaat na of er (gewogen) afgeweken is van de norm.
- 35 klinieken behandelden patiënten met een ASA-klasse 3 en hoger en of een BMI groter of gelijk aan 35.
- 88 klinieken die invasief behandelden registreerden geen ASA-klasse.

- 182 klinieken die invasief ingrepen en patiënten ouder dan 70 jaar behandelden hadden geen deliriumprotocol.
- Van de 17 klinieken met een deliriumprotocol screenden 6 klinieken hun patiënten structureel op risico voor delirium.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de Leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken (2012):

- voert de kliniek geen cosmetische ingrepen uit bij patiënten jonger dan 18 jaar (met uitzondering van flapoorcorrecties);
- volgt de kliniek (aantoonbaar) de in dit document gestelde normen.

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen:

- handelt de kliniek naar de algemene norm dat er geen patiënten met een ASA-klasse van 3 en hoger worden geopereerd, tenzij de kliniek lokale anesthesie toepast conform de normen van de wetenschappelijke vereniging of als er sprake is van een dermatologisch chirurgische behandeling;
- registreert de kliniek (bij voorkeur elektronisch) de ASA-klasse van de patiënt bij het uitvoeren van invasieve ingrepen.

Conform de richtlijnen delirium (NvVP, NVKG 2004 en NVIC 2010):

- heeft de kliniek een deliriumprotocol met de daarvoor benoemde specifieke kenmerken;
- screent de kliniek patiënten ouder dan 70 jaar preoperatief en wordt de risicoscore vastgelegd in het medisch dossier;
- behandelt de kliniek geen patiënten met een verhoogd risico op delirium.

1.2 Infecties

Indicatoren

- Surveillance van infecties.
- Systematische controle op postoperatieve infecties.
- Percentage postoperatieve infecties.

Relevante begrippen

Surveillance	Surveillance van infecties bestaat uit de volgende elementen: het ontwikkelen van een methode van aanpak, het verzamelen (daadwerkelijk registreren), verwerken, analyseren en interpreteren van de gegevens en het terugkoppelen naar de betreffende afdelingen en professionals, zo nodig gevolgd door implementatie van interventie maatregelen.
Systematische controle	Na iedere ingreep structureel controleren op infecties. Dit kan door alle patiënten poliklinisch te controleren of door alle patiënten te adviseren om bij tekenen van een infectie direct contact met de kliniek op te laten nemen.

Wat zijn de risico's

Infecties, opgelopen rond een ingreep, behoren tot de veelal vermijdbare en soms ernstige complicaties. Ze veroorzaken een trager herstel en tijdelijke of mogelijk blijvende fysieke schade bij de patiënt. Het risico van een patiënt op een infectie varieert sterk. Het risico is groot bij alle invasieve ingrepen, operaties, beademingstubes en infusen, maar hangt ook af van de conditie van de patiënt en het hygiënisch handelen van de medewerkers. Inzicht in het aantal en de soort infecties geven de instelling een handvat om het gevoerde preventiebeleid te evalueren en te bepalen waar verbeteracties mogelijk of nodig zijn.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De kliniek surveilleert niet op postoperatieve infecties

- Hoe spoort de kliniek bronnen van infecties op?
- Hoe evalueert de kliniek preventiebeleid ten aanzien van infecties?

De kliniek controleert niet systematisch op infecties.

- Hoe borgt de kliniek de patiëntveiligheid ten aanzien van postoperatieve infecties?

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op alle 258 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden. Door 10 klinieken (4 procent) werd aangegeven geen invasieve ingrepen te verrichten, maar voerden wel postoperatieve controles uit. Deze klinieken werden bij de selectie inbegrepen.

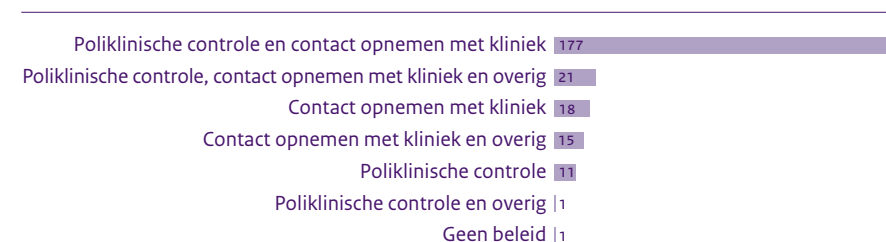
Resultaten

Beleid voor postoperatieve controle

In het verslagjaar voerden 244 klinieken (91 procent) een beleid voor postoperatieve controle. Onderstaande figuur toont hoe dit beleid was ingericht. Klinieken die een overige vorm van beleid voerden, lichtten toe dat dit vooral uit telefonisch contact of controles op indicatie bestond. In vergelijking met 2011 zijn er geen opvallende verschillen.

Figuur 1.2.1

Beleidsvormen postoperatieve controle (n=244)



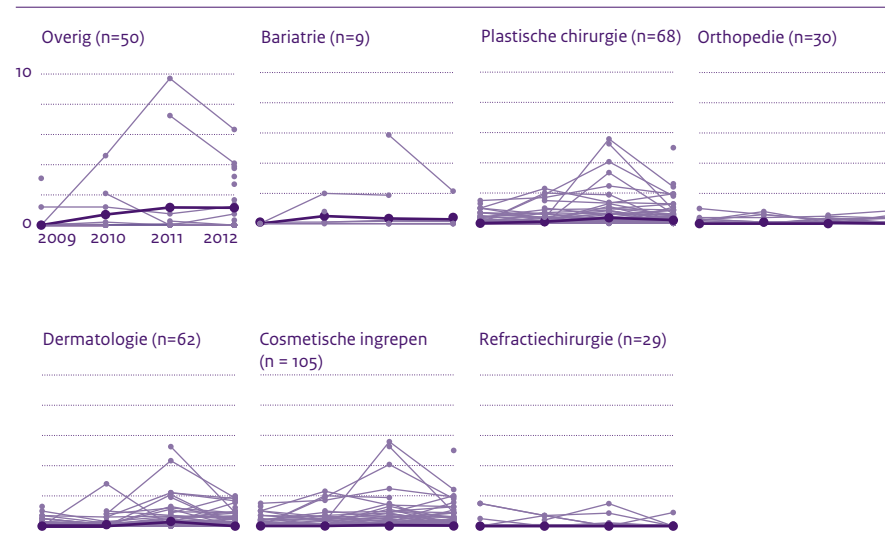
Infectiepercentage

In figuur 1.2.2 worden de infectiepercentages van de afgelopen vier jaar weergegeven, verdeeld naar specialisme. De figuur is aflopend gesorteerd op gemiddeld infectiepercentage in 2012. Klinieken van voorgaande jaren werden alleen geïnccludeerd wanneer zij ook in 2012 gegevens aanleverden. Wanneer een kliniek meerdere specialismen uitvoerde, wordt zij herhaald in het figuur.

Van 238 klinieken (89 procent) waren gegevens bekend om een infectiepercentage te berekenen. In totaal verrichtten deze klinieken 294.358 invasieve ingrepen in 2012 variërend van 2 tot 10.617 met een gemiddeld infectiepercentage van 0,24 procent. Dit percentage daalde ten opzichte van 2011 toen het gemiddelde percentage 0,28 was op basis van 244.713 ingrepen.

Figuur 1.2.2

Infectiepercentages per kliniek (lichtpaarse lijnen) van de afgelopen drie jaar verdeeld naar specialisme. De specialismen zijn aflopend gesorteerd op gemiddeld infectiepercentage (donkerpaarse lijnen) in 2012. Klinieken met meerdere specialismen worden voor elk specialisme herhaald.



Conclusies

- 25 klinieken (9 procent) die invasieve ingrepen uitvoerden hadden geen beleid voor postoperatieve infectiecontrole. De inspectie zal hierop nadere analyse uitvoeren.
- Het gemiddeld infectiepercentage was 0,24 procent. De stijging van vorig jaar naar 0,28 procent zette zich niet verder door.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet en het inspectierapport 'Infectiepreventie in ziekenhuizen' (IGZ, mei 2004):

- hanteert de kliniek beleid ten aanzien van systematische controle op postoperatieve infecties;
- heeft de kliniek een registratiesysteem ten aanzien van patiënten met een postoperatieve infectie;
- analyseert de kliniek het infectiepercentage;
- heeft de kliniek op basis van de verklaring voor het infectiepercentage (aantoonbaar) verbetermaatregelen genomen.

1.3 Medici en medisch ondersteunend personeel

Indicatoren

- Percentage BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE.
- Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding ten opzichte van medisch specialisten (NIET in FTE).
- Werkzaamheden in een ziekenhuis (NIET in FTE).
- Bereikbaarheid.

Relevante begrippen

BIG-registratie	Inschrijving in het BIG-register volgens de Wet BIG (beroepen individuele gezondheidszorg), dat de bevoegdheid van een beroepsbeoefenaar regelt tot het uitvoeren van bepaalde handelingen.
MSRC-registratie	Inschrijving in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie.
Artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding	Arts die zijn medische basisopleiding en/of medisch specialistische opleiding buiten Nederland heeft gevolgd.

Wat zijn de risico's

Uit de samenstelling van het medisch personeel in de particuliere klinieken blijkt dat basisartsen een belangrijke rol spelen en veel verantwoordelijkheid hebben. Soms volgen zij aanvullende cursussen in andere Europese landen of in de VS. De kwaliteit hiervan kan echter niet worden beoordeeld en de inhoud van een dergelijke cursus is soms strijdig met vigerende (Nederlandse) normen en richtlijnen. Bovendien blijken Nederlandse richtlijnen en normen niet altijd te worden gevolgd.

De Wet BIG spreekt zicht uitdrukkelijk uit over de bevoegdheid en de bekwaamheid van beroepsbeoefenaren. Ook al is een beroepsbeoefenaar bevoegd tot het uitvoeren van een bepaalde behandeling, indien hij niet bekwaam is mag hij de behandeling toch niet uitvoeren.

Uit ervaringen van de inspectie blijkt dat er verschillen kunnen zijn tussen artsen die in Nederland zijn opgeleid en in het buitenland opgeleide artsen. Dat kan de methode van indicatiestelling betreffen of de kennis van in Nederland gehanteerde protocollen. Daarnaast kan een mogelijk minder goede beheersing van de Nederlandse taal problemen opleveren bij het informed consent.

Medisch specialisten die werkzaam zijn in ziekenhuizen hebben meer mogelijkheden om hun vak breed uit te oefenen en hun vaardigheden op peil te houden dan in particuliere klinieken. Daarnaast zijn er in ziekenhuizen vaak meer kwaliteitsbevorderende activiteiten. Dat vraagt extra inspanning van de medisch specialisten werkzaam in de particuliere klinieken.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De kliniek heeft 1 of meer basisartsen in dienst, geen medisch specialisten.

- Hebben de basisartsen een aanvullende cursus gevolgd waarvan de inhoud niet strijdig is met vigerende (Nederlandse) normen en richtlijnen?
- Hoe wordt de bekwaamheid van de basisartsen getoetst en geborgd?

De kliniek heeft 1 of meer in het buitenland opgeleide arts(en) in dienst.

- Is de in het buitenland opgeleide arts MSRC-geregistreerd?
- Hanteert de in het buitenland opgeleide arts vigerende (Nederlandse) normen en richtlijnen ten aanzien van indicatiestelling en behandeling?
- Beheerst de in het buitenland opgeleide arts in voldoende mate de Nederlandse taal om kennis te nemen van in het Nederlands opgestelde protocollen en te communiceren met de patiënt?

De medisch specialist(en) is (zijn) niet ook werkzaam in een ziekenhuis.

- Hoe houdt de medisch specialist zijn vaardigheden op peil?
- Is de medisch specialist aangesloten bij een (relevante) beroepsvereniging?
- Wordt de medisch specialist op andere wijze dan door visitatie getoetst?
- Hoe neemt de medisch specialist kennis van (nieuwe) kwaliteitsbevorderende activiteiten?

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op alle 319 klinieken.

Resultaten

Percentage BIG-geregistreeerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE

Van de 319 klinieken registreerden 10 klinieken (3 procent) niet het aantal BIG-geregistreeerde basisartsen, verpleegkundigen en MSRC-specialisten dat bij hen in dienst was. Als reden gaven zij op dat het niet van toepassing was, de artsen in dienst van het ziekenhuis waren of er geen basisartsen en verpleegkundigen werkzaam waren.

Van de 309 klinieken die wel registreerden hoeveel en welk personeel ze in dienst hadden gaven 176 klinieken (57 procent) aan dat er 0 FTE BIG-geregistreeerde basisartsen werkzaam waren. Dit is vergelijkbaar met 2011 toen het 56 procent bedroeg. Bij 180 klinieken (58 procent) waren geen anesthesiemedewerkers en OK-assistenten werkzaam.

Bij 130 klinieken (42 procent) waren er 0 FTE BIG-geregistreeerde verpleegkundigen werkzaam. Opvallend is dat bij 33 van deze klinieken een verpleegkundige de binnenkomende vragen trieerde terwijl er volgens de opgegeven formatie geen BIG-geregistreeerde verpleegkundigen in dienst waren.

In de 309 klinieken waren gemiddeld 0,56 FTE basisartsen (spreiding 0-18) werkzaam ten opzichte van gemiddeld 1,86 FTE medisch specialisten (spreiding 0-17,6). Gemiddeld waren er in 2012 iets minder basisartsen per kliniek dan in 2011 (0,65 FTE). Het gemiddeld aantal

medisch specialisten per kliniek was in 2012 juist iets hoger dan in 2011 (1,76 FTE). Gemiddeld bestond 33 procent van het totale aantal medewerkers (in FTE) uit BIG-geregistreeerde basisartsen en verpleegkundigen en geregistreeerde anesthesiemedewerkers en OK-assistenten.

Percentage buitenlandse artsen ten opzichte van medisch specialisten

In 83 klinieken waren in totaal 136 (BIG-geregistreeerde) buitenlandse artsen in dienst. Dit is een behoorlijke toename ten opzichte van 2011 (100 buitenlandse artsen in 52 klinieken). Wel is het gemiddelde aantal buitenlandse artsen per kliniek lager in 2012 (1,6) ten opzichte van 2011 (1,9). Bij 80 klinieken waren dit er 4 of minder, de overige 3 klinieken hadden 6, 7 en 8 buitenlandse artsen in dienst. Bij 40 van de 83 klinieken was één of meer van de buitenlandse artsen medisch eindverantwoordelijk.

Bij 71 klinieken was gemiddeld 1 buitenlandse arts werkzaam ten opzichte van 2 MSRC-geregistreeerde medisch specialisten (spreiding verhouding 0,05-3,5). Dit is niet veranderd ten opzichte van 2011.

Werzaamheden in het ziekenhuis

In 51 klinieken registreerde men niet of MSRC-geregistreeerde specialisten ook in het ziekenhuis werkzaam waren. Van de 268 klinieken die wel registreerden waren er 56 klinieken waar geen specialisten werkten die ook in het ziekenhuis werkzaam waren. In totaal werkten er 698 medisch specialisten in 212 klinieken die tevens in een ziekenhuis werkten (gemiddeld 3; spreiding 1-34). Het percentage medisch specialisten ook werkzaam in een ziekenhuis bedroeg 76 procent over deze 212 klinieken. Na correctie voor de analyse methode van 2011 lijkt er een toename van het aantal medisch specialisten ook werkzaam in een ziekenhuis.

Bereikbaarheid

Bij 152 klinieken (48 procent) was de behandelend arts 24 uur per dag oproepbaar, bij 138 klinieken (43 procent) gold hetzelfde voor de dienstdoende arts. Dit is hetzelfde als in 2011. In totaal was bij 266 klinieken (83 procent) een arts oproepbaar. Uit toelichtingen was op te maken dat 35 klinieken opvang regelden via de spoedeisende hulp van een ziekenhuis of de huisarts, 24 klinieken bereikbaarheid via de kliniek of op een andere manier regelden, 2 klinieken combineerden beide mogelijkheden. Bij 7 klinieken is de regeling twijfelachtig of achtte men dat niet van toepassing.

Bij 116 klinieken (36 procent) werden binnenkomende vragen getrieerd door een verpleegkundige. Dit is minder dan in 2011 (42 procent).

Bij 2 klinieken konden patiënten geen telefonisch contact krijgen met de behandelend arts, ook niet na tussenkomst van een verpleegkundige.

Conclusies

- 10 klinieken (3 procent) leverden geen gegevens met betrekking tot het aantal aantal BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en MSRC-specialisten dat bij hen in dienst was. De inspectie vindt dit niet acceptabel en zal deze 10 klinieken een nadere toelichting vragen.
- In 56 van de 268 klinieken (21 procent) werkten geen specialisten die ook in het ziekenhuis werkzaam waren.
- In 40 klinieken waren artsen met een buitenlandse (vervolg) opleiding medisch eindverantwoordelijk. De inspectie vindt dit acceptabel mits de Nederlandse veldnormen in acht worden genomen.
- Bij 7 klinieken is de bereikbaarheidsregeling twijfelachtig of achtte men die niet van toepassing. De inspectie zal dat in de risicoanalyse van de klinieken meenemen.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen:

- is het management van de kliniek bekend met de risico's van de behandeling en met de personele en organisatorische voorwaarden daarvoor;
- is er voldoende kennis aanwezig in de kliniek om te bepalen welke personele kwalificaties nodig zijn voor een behandeling;
- wordt in de klinieken gewerkt volgens vigerende (Nederlandse) normen en richtlijnen;
- kunnen patiënten contact krijgen met de behandelend/dienstdoende arts, eventueel na tussenkomst/triage door een verpleegkundige.

1.4 Patiënttevredenheid

Indicatoren

- Klachten.
- Patiënttevredenheidsonderzoek.

Relevante begrippen

Klacht	Het aantal (inhoudelijke) grieven, niet het aantal brieven dat binnengekomen is.
Patiënttevredenheidsonderzoek	Er komen onderwerpen aan de orde als ontvangst, bejegening en behandeling door de arts, het verstrekken van informatie, vertrek en nazorg.
Systematisch onderzoek	Het minimaal eenmaal per patiënt afnemen van een vragenlijst over of interview naar de tevredenheid van de patiënt.

Wat zijn de risico's

Het is van belang de tevredenheid van de patiënt over de geleverde zorg, nazorg en dienstverlening te toetsen. Dit levert informatie op voor het zo nodig verbeteren van die zorg.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De kliniek heeft geen inzicht in het aantal (inhoudelijke) klachten dat is binnengekomen.

- Beschikt de kliniek over een (eenvoudig) toegankelijke klachtenregeling?
- Beschikt de kliniek over een (externe) klachtencommissie met een onafhankelijk voorzitter?

De kliniek voert geen systematisch patiënttevredenheidsonderzoek uit.

- Hoe toetst de kliniek de tevredenheid van de patiënt ten aanzien van de geleverde zorg, nazorg en dienstverlening?

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op alle 319 klinieken.

Resultaten

Klachten

Door 145 klinieken (45 procent) werd aangegeven dat nieuwe klachten werden ingediend bij de klachtencommissie en/of de directie. In totaal werden bij 70 klinieken (22 procent) 382 klachten ingediend die gegrond werden verklaard en leidden tot verbetermaatregelen (gemiddeld 5; spreiding 1-66).

Bij 59 van de 129 klinieken (46 procent) waar daadwerkelijk één of meerdere klachten

werden ingediend, werd geen enkele klacht gegrond verklaard, ongeacht of deze bij de klachtencommissie dan wel de directie was ingediend. Bij 174 klinieken (55 procent) werden geen nieuwe klachten ingediend. Dit is een daling van 23 procent ten opzichte van 2011. In totaal ontvingen 112 klinieken (35 procent) 700 klachten bij de directie (gemiddeld 6; spreiding 1-90). Bij 17 klinieken kwamen 0 klachten binnen bij de directie. De klachtencommissies van 38 klinieken (12 procent) ontvingen in totaal 181 klachten (gemiddeld 5; spreiding 1-40).

Ten opzichte van voorgaande jaren waren er aanzienlijk meer klinieken waar klachten gegrond verklaard werden en leidden tot maatregelen. Het gemiddelde per kliniek bleef ongeveer hetzelfde. Gemiddeld kwamen er meer klachten binnen bij zowel de directie als bij de klachtencommissie. Opvallend was dat zowel in het totaal als gemiddeld er meer klachten bij de directie terechtkwamen dan bij een klachtencommissie.

Tabel 1.4.1
Aantal ingediende klachten

	2012		2011		2010		2009	
	Aantal klachten (gemiddeld)	Aantal klinieken	Aantal klachten (gemiddeld)	Aantal klinieken	Aantal klachten (gemiddeld)	Aantal klinieken	Aantal klachten (gemiddeld)	Aantal klinieken
Klacht bij de directie en klachtencommissie die gegrond is verklaard en tot maatregelen heeft geleid	382 (5)	70	229 (5)	48	116 (4)	27	194 (5)	41
Klacht bij de directie	700 (6)	112	420 (4)	94	461 (6)	76	396 (5)	75
Klacht bij de klachtencommissie	181 (5)	38	75 (2)	41	77 (2)	32	139 (4)	37

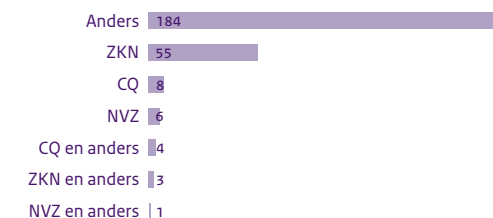
Patiënttevredenheidsonderzoek

Van de 319 klinieken voerden 261 klinieken (82 procent) structureel patiënttevredenheidsonderzoek uit ten opzichte van 70 procent in 2011. Er werd door de klinieken vaker gebruikgemaakt van de CQ-index, de NVZ- of ZKN-vragenlijsten dan in 2011 (40 procent ten opzichte van 22 procent).

De ZKN-vragenlijst werd gebruikt door 58 klinieken, terwijl de CQ-index en de NVZ-vragenlijst gebruikt werden door respectievelijk 12 en 7 klinieken. Deze uitkomst is nagenoeg gelijk aan 2011.

Figuur 1.4.1

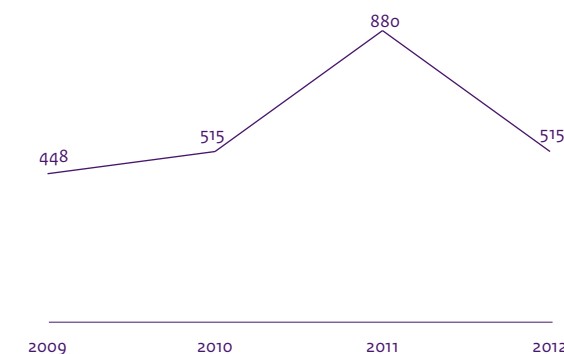
Gebruikte vragenlijsten



In 212 klinieken (67 procent) werd het aantal patiënten geregistreerd waarbij systematisch de tevredenheid werd onderzocht, 2 klinieken gaven aan dat bij 0 patiënten gedaan te hebben. In totaal werd bij 108.061 patiënten de tevredenheid onderzocht. In 2012 werd bij meer patiënten naar de tevredenheid gevraagd dan in 2010 en 2009. Alleen ten opzichte van 2011 waren het er minder. Gemiddeld werd 46 procent van de patiënten bevroegd.

Figuur 1.4.2

Gemiddeld aantal patiënten waarbij tevredenheid werd onderzocht



Van de 319 klinieken beschikten 207 klinieken (65 procent) over een gemiddeld rapportcijfer dat door de patiënten was gegeven. Gemiddeld kregen de klinieken een 8,5. Het aantal klinieken dat beschikt over een rapportcijfer is wederom toegenomen (170 klinieken in 2011; 130 in 2010 en 113 klinieken in 2009), het gemiddelde rapportcijfer blijft gelijk over de jaren.

Conclusies

- Bij 174 klinieken (55 procent) werden geen nieuwe klachten ingediend. Dit is een daling van 23 procent ten opzichte van 2011.
- Het percentage klinieken waarbij structureel patiënttevredenheidsonderzoek werd uitgevoerd steeg van 70 procent in 2011 naar 82 procent in 2012.
- Het aantal patiënten waarbij patiënttevredenheidsonderzoek werd gedaan daalde ten opzichte van 2011 (zowel absoluut als relatief), maar is ten opzichte van 2009 en 2010 in relatieve zin gelijk gebleven en in absolute zin gestegen.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) en in het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen:

- heeft de kliniek een regeling voor de behandeling van klachten en daarmee de primaire verantwoordelijkheid ten aanzien van de kwaliteit van de geboden zorg;
- verwoordt de directie van de kliniek op basis van een gewogen besluit inzichtelijk welke maatregelen worden genomen;
- onderzoekt de kliniek middels een gevalideerde vragenlijst systematisch de tevredenheid van patiënten.

2 Specifieke vragen

2.1 Refractiechirurgie

Indicatoren

- Visitatie door NOG.
- Laserapparatuur.

Relevante begrippen

Visitatie	Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) toetst, middels een visitatie volgens objectieve criteria, of een refractiechirurg aan vastgestelde normen voldoet. Samen met het keurmerk van Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) wordt door het NOG als een adequate beoordeling van de kwaliteit beschouwd. Als een refractiechirurg op deze wijze door het NOG is geïnspecteerd en een certificaat is toegekend, vindt de inspectie dat aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorg is voldaan.
-----------	--

Wat zijn de risico's

Er zijn risico's voor het gezichtsvermogen indien niet wordt voldaan aan de naleving van de Consensus Refractiechirurgie. Dit geldt tevens als er geen adequate beoordeling van kwaliteit van zorg middels visitatie en daaruit volgende certificering van de refractiechirurg plaatsvindt.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De kliniek voldoet niet aan de naleving van de Consensus Refractiechirurgie.

- Welke eisen worden gesteld aan het handelen van de optometrist en de oogarts en hoe is de verantwoordelijkheidstoedeling geregeld?
- Welke (andere) kwaliteitseisen worden aan het handelen gesteld?
- Binnen welk grenzen moet de refractie liggen in uw kliniek?

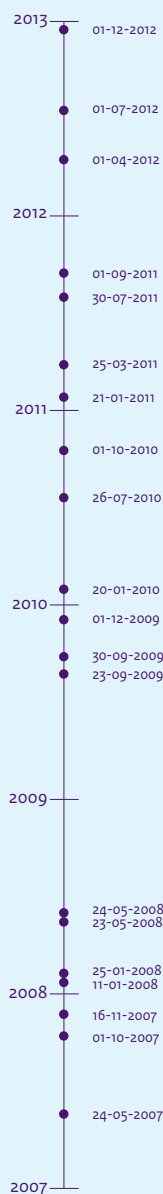
Er vindt in de kliniek geen adequate beoordeling plaats van kwaliteit van zorg middels visitatie van de refractiechirurgen.

- Op welke wijze wordt de kwaliteit van het professioneel handelen bewaakt?

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op 28 van de 319 klinieken (9 procent). De indicator werd door 24 klinieken zowel voor verslagjaar 2011 als 2012 ingevuld.

Figuur 2.1.1
Laatste visitatiejaar door de NOG
(n=20)



Resultaten

Visitatie door de NOG

Van de 28 klinieken werden in 20 klinieken (71 procent) alle refractiechirurgen gevisiteerd door het NOG. In 4 klinieken waren niet alle refractiechirurgen gevisiteerd: 2 van de klinieken lichtten toe dat dit was als gevolg van nieuw aangetrokken refractiechirurgen, in 1 kliniek kreeg de refractiechirurg uitstel in verband met zwangerschapsverlof en in 1 kliniek was een refractiechirurg nog in opleiding. In 3 klinieken was sprake van een aanvraag ofwel een reeds geplande visitatie. In 1 kliniek visiteerde het NOG in 2009 voor het laatst. Deze kliniek conformeert zich niet aan de Consensus Refractiechirurgie. Van de 8 klinieken waar niet alle refractiechirurgen waren gevisiteerd, beschikten 6 klinieken over het ZKN-certificaat.

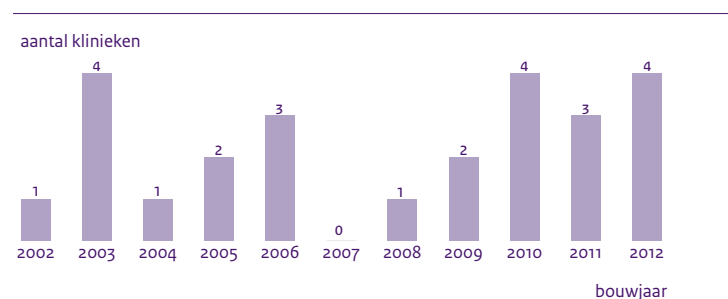
In 1 van de 27 klinieken die volgens de Consensus Refractiechirurgie werkten, kregen de oogartsen geen certificaat van het NOG omdat men niet voldeed aan een van de veldnormen uit de Consensus Refractiechirurgie. In 7 klinieken zijn de refractiechirurgen in 2007 en 2008 gevisiteerd.

Laserapparatuur

Bij 25 van de 28 klinieken (89 procent) was het bouwjaar van de laserapparatuur bekend. Van de overige 3 klinieken lichtten 2 klinieken toe dat zij geen laserapparatuur gebruikten voor refractiechirurgie, bij 1 kliniek was het bouwjaar niet bekend. Het bouwjaar van de laserapparatuur varieerde van 2002 tot 2012.

Figuur 2.1.2

Bouwjaar laserapparatuur (n=25)



Alle 25 klinieken beschikten over een validatierapport betreffende de laserapparatuur. In 2 klinieken was het validatierapport uit 2010, 3 rapporten werden uitgegeven in respectievelijk 2011, 2009 en 2008. De overige rapporten werden in 2012 uitgegeven.

In 18 klinieken vond het laatste onderhoud plaats in 2012, in 1 kliniek vond onderhoud plaats eind 2011. De overige 6 klinieken planden het onderhoud in het 1e kwartaal van 2013.

Overig

Door 2 klinieken werden patiënten met een ASA-klasse 3 of hoger behandeld. In 8 klinieken behandelde men patiënten jonger dan 18.

In 1 kliniek beschikte men niet over een behandelkamer, OK1 of OK2, maar wel over een Surgicube, 1 kliniek beschikte alleen over een behandelkamer. De overige 26 klinieken beschikten of over een OK1 of OK2 of over beide.

Van de 28 klinieken maakten 18 klinieken (64 procent) afspraken met ziekenhuizen in het geval van calamiteiten of complicaties die niet in de kliniek behandeld kunnen worden en legden die schriftelijk vast, 5 klinieken kwamen dit mondeling overeen en 5 klinieken maakten geen afspraken.

Alle 28 klinieken controleerden patiënten systematisch op een postoperatieve infectie en registreerden het aantal patiënten met postoperatieve infecties in het verslagjaar. Bij alle 28 klinieken was het aantal patiënten met een postoperatieve infectie bekend, 20 klinieken hadden 0 infecties. Bij de overige klinieken varieerde dit van 1 tot 3 infecties. Het gewogen gemiddelde percentage infecties was 0,04 procent (spreiding 0,00-0,90).

Conclusies

- 8 klinieken, waarvan 1 met een buitenlandse hoofdvestiging, voldeden niet aan alle normen zoals opgenomen in de Consensus Refractiechirurgie.
- Enkele klinieken waren nog niet ge(her)visiteerd, doch geven hiervoor een valide reden.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de Consensus Refractiechirurgie:

- zijn de refractiechirurgen in de kliniek (aantoonbaar) gevisiteerd en gecertificeerd;
- voert de kliniek de behandelingen uit volgens de vigerende richtlijn(en).

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen:

- bewaakt de kliniek op adequate wijze de patiëntveiligheid;
- controleert de kliniek systematisch op postoperatieve infecties;
- beschikt de kliniek over een validatierapport van het onderhoud van de laserapparatuur;
- controleert de kliniek het laserapparaat.

2.2 Anesthesiologie

Indicatoren

- Visitatie door de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA).
- Postoperatieve pijn bij dagbehandeling.
- Toezicht operatief proces.

Relevante begrippen

Anesthesiologie	Tot het vakgebied behoren anesthesie, reanimatie, pijnbestrijding, de opvang van bewustelozen en patiënten met meervoudige letsels en intensieve zorg.
Postoperatieve pijn	Acute pijn die na een operatie wordt ervaren door de patiënt.
Time-out procedure	Een gestandaardiseerd controlemoment in aanwezigheid van alle leden van het operatie- en anesthesieteam betrokken bij het pre- en peroperatieve proces. De procedure wordt uitgevoerd als alle voorbereidingen zijn afgerond en de operatie op het punt staat te starten.

Wat zijn de risico's

De anesthesioloog moet in staat zijn de verantwoordelijkheden voor de patiënt vanaf de preoperatieve periode tot en met de verkoeverperiode uit te voeren, om risico's voor de patiënt tot een minimum te beperken.

Door middel van visitatie is het mogelijk een objectief oordeel over de kwaliteit van de anesthesiologische zorgverlening in een kliniek te verkrijgen. Als een kliniek door de NVA is gevisiteerd en de verbetermaatregelen zijn uitgevoerd, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

Postoperatieve pijn is een te verwachten maar ongewenst bijproduct van een operatie en dient te worden vermeden omdat dit een negatief effect heeft op het herstel van de patiënt.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De anesthesist, werkzaam in de kliniek, is niet gevisiteerd.

- Op welke wijze wordt de kwaliteit van het professioneel handelen bewaakt?
- Wordt voldaan aan de eisen van het toetsingskader volgend uit de richtlijn PSA voor volwassenen?

De kliniek voert geen postoperatieve pijnmeting uit.

- Hoe wordt de postoperatieve conditie van de patiënt bewaakt?

De kliniek heeft geen time-out procedure.

- Hoe bewaakt u de voorbereidingen voorafgaand aan de operatie en wie zijn daarbij betrokken?

Selectie

De indicator visitatie door de NVA is van toepassing op 120 klinieken. De indicatoren postoperatieve pijn en toezicht operatief proces zijn van toepassing op 258 klinieken die invasieve ingrepen verrichtten.

Resultaten

Visitatie door de NVA

Van de 120 klinieken zijn 52 klinieken (43 procent) gevisiteerd door de NVA. Visitatie door de NVA dient eens in de 5 jaar plaats te vinden. De 15 klinieken die op 16 november 2007 gevisiteerd zijn, zijn vestigingen van 3 ketens. Of klinieken tijdsgevend gevisiteerd kunnen worden is ook afhankelijk van de planning van de NVA. Indien van toepassing gaven alle klinieken aan verbetermaatregelen doorgevoerd te hebben of deze in voorbereiding te hebben.

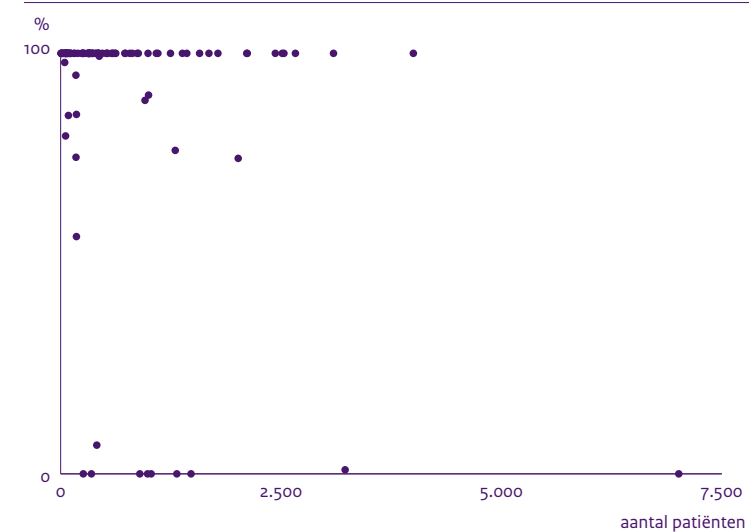
De overige 68 klinieken (57 procent) werden niet gevisiteerd. Klinieken lichtten toe dat de visitatie nog in de aanvraag zat, of de anesthesioloog al via zijn hoofdvestiging was gevisiteerd. Ook kan het zijn dat de kliniek niet gevisiteerd werd, omdat men alleen lokale anesthesie verrichtte.

Postoperatieve pijn

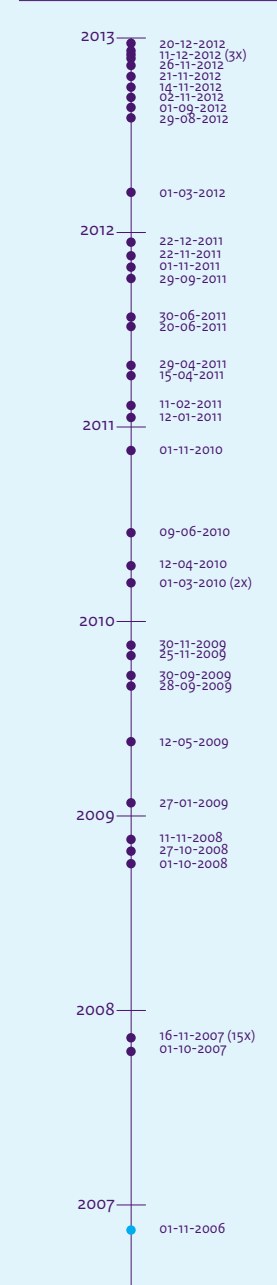
Van 105 klinieken (41 procent) was bekend of patiënten telefonisch werden bevraagd over postoperatieve pijn (figuur 2.3.2). Door 83 klinieken (31 procent) werden alle patiënten gebeld. In 2012 werd gemiddeld 76 procent van de patiënten gebeld, in 2011 was dat nog 92 procent.

Figuur 2.2.2

Percentage patiënten telefonisch bevraagd naar postoperatieve pijn (n=105)



Figuur 2.2.1
Visitaties door de NVA



Toezicht operatief proces

Van de 258 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden hadden 166 klinieken (64 procent) een time-out procedure.

Jaarlijkse audits vonden plaats in 72 klinieken (27 procent), in 32 klinieken (12 procent) halfjaarlijks. Daarnaast waren er nog 46 klinieken die een andere frequentie hanteerden.

Conclusies

- 68 klinieken zijn niet gevisiteerd door de NVA.
- Het percentage patiënten dat werd gebeld met betrekking tot postoperatieve pijn daalde van 92 naar 76 procent.
- 36 procent van de klinieken die invasieve ingrepen uitvoeren hadden geen time-out procedure.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform het model van Commissie Kwaliteitsvisitatie van de NVA:

- zijn de anesthesiologen in de kliniek (aantoonbaar) gevisiteerd.

Conform de richtlijnen pre- en operatief traject:

- voert de kliniek time-out procedures uit;
- is de verantwoordelijkheid van het implementatietraject met betrekking tot de time-out procedure belegd.

Conform de richtlijn Postoperatieve Pijnbehandeling:

- hanteert de kliniek een pijnprotocol.

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen:

- heeft de kliniek de nazorg adequaat geregeld.

2.3 Orthopedie

Indicatoren

- Visitatie door de NOV.
- Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe.
- Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie na een totale heupprothese.
- Aantal arthroscopieën van de knie.
- Ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden.

Relevante begrippen

Visitatie	De Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) toetst middels visitatie volgens objectieve criteria of een orthopedisch chirurg aan vastgestelde normen voldoet.
Tromboseprofylaxe	Maatregelen gericht op het voorkómen van de gevolgen van diepe veneuze trombose.
Ongeplande heroperaties	Operatie die wordt verricht omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd.

Wat zijn de risico's

Wanneer niet wordt voldaan aan de normen ontstaan risico's voor de patiëntveiligheid. Dat geldt ook indien de orthopeed niet in staat is de verantwoordelijkheden vanaf indicatiestelling tot de nazorg op zich te nemen.

Door middel van visitatie is het mogelijk een objectief oordeel over de kwaliteit van de orthopedische zorgverlening in een kliniek te verkrijgen. Als een kliniek door de NOV is gevisiteerd en de verbetermaatregelen zijn uitgevoerd, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

In geval van onjuiste indicatiestelling dan wel een onjuiste behandeling is een heroperatie een risico.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De in de kliniek werkzame orthopeden zijn niet gevisiteerd.

- Op welke wijze wordt de kwaliteit van het professioneel handelen bewaakt?

De kliniek wijkt af van de richtlijn betreffende tromboseprofylaxe.

- Op welke gronden wordt afgeweken van richtlijn betreffende tromboseprofylaxe?

De kliniek heeft geen inzicht in het aantal ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden.

- Op welke wijze wordt het aantal heroperaties gemonitord en op welke wijze wordt getoetst of dit een onverwachte dan wel ongewenste uitkomst van zorg is?

Selectie

Van de 319 klinieken vulden 31 klinieken (10 procent) deze indicatoren in. Door 6 klinieken werd aangegeven dat zij orthopedische ingrepen uitvoerden, maar alle indicatoren waren met 'nee' beantwoord. Men achtte de indicatoren niet van toepassing. Deze klinieken werden buiten de analyse gelaten, uiteindelijk werden 25 klinieken geanalyseerd.

Resultaten

Visitatie door de NOV

Bij 21 van de 25 klinieken (84 procent) werden alle orthopedisch chirurgen gevisiteerd door de NOV, in 1 kliniek werden de orthopeden in het ziekenhuis gevisiteerd. Van de 4 klinieken waarvan de orthopeden niet gevisiteerd waren, stond bij 2 klinieken visitatie gepland voor 2013/2014. De NOV visiteerde 13 klinieken in 2012, 5 klinieken in 2011, 1 kliniek in 2009 en 1 kliniek in 2008.

Bij 16 van de 20 klinieken legde de NOV verbetermaatregelen op, welke ook aantoonbaar werden uitgevoerd. Van de 4 klinieken aan wie de NOV geen verbetermaatregelen oplegde, reikte de NOV bij 3 klinieken adviezen/verbeterpunten aan.

Van de 4 klinieken die niet door de NOV werden gevisiteerd beschikten 3 klinieken over het ZKN-certificaat.

Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe

In 14 van de 25 klinieken (56 procent) werden operaties voor een totale heupprothese uitgevoerd. Alle 14 klinieken hadden aantoonbaar een richtlijn voor tromboseprofylaxe.

In 18 van de 25 klinieken (72 procent) werden operaties voor een totale knieprothese uitgevoerd. In alle 18 klinieken was een richtlijn aanwezig voor tromboseprofylaxe.

Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie na een totale heupprothese

In 15 klinieken registreerde men het aantal patiënten dat medicamenteuze tromboseprofylaxe kreeg bij een totale heupprothese. In 8 van deze 15 klinieken werden in 2012 ook daadwerkelijk één of meerdere (spreiding 2-283) operaties voor een totale heupprothese uitgevoerd. Bij 5 klinieken kreeg 100 procent van de patiënten medicamenteuze tromboseprofylaxe, bij 3 klinieken wat dit 0 procent. Deze klinieken voerden 2, 3 en 5 totale heupprotheseoperaties uit en geen van deze patiënten kreeg medicamenteuze tromboseprofylaxe. Uit nader onderzoek bleken dit 3 locaties van 1 organisatie te zijn die de indicator foutief hadden ingevuld.

Aantal arthroscopieën van de knie

Alle 25 klinieken registreerden het aantal uitgevoerde arthroscopieën in 2012, 1 kliniek voerde geen enkele arthroscopie uit. Gemiddeld voerden 24 klinieken 590 arthroscopieën uit (spreiding 4-1959), in het totaal werden er 14.162 arthroscopieën uitgevoerd. Ten opzichte van 2011 zijn er in 2012 gemiddeld 180 arthroscopieën per kliniek minder gedaan, waarmee het gemiddelde overeenkomt met 2010. Wel is het totaal aantal arthroscopieën ongeveer gelijk gebleven.

Ongeplande heroperaties binnen twaalf maanden na arthroscopie

Van de 25 klinieken registreerden 20 klinieken (80 procent) het aantal heroperaties. In de overige 5 klinieken waren geen (her-)operaties, of was het aantal niet bekend. In totaal werden er 66 ongeplande heroperaties uitgevoerd op een totaal van 13.517 initiële operaties. Gemiddeld waren er 0,4 procent heroperaties. Dit is ongeveer twee keer zoveel ten opzichte van 2011 toen er 0,2 procent heroperaties waren.

Overig

Bij alle 25 klinieken was de ASA-klasse van de patiënten bekend. In 6 klinieken werden patiënten behandeld met een ASA-klasse van 3 en hoger.

Door 20 klinieken werden patiënten jonger dan 18 jaar invasief behandeld, dit varieerde van 2 tot 835 patiënten en betrof voornamelijk knieoperaties.

Bij 21 klinieken was de BMI van de patiënten bekend, hiervan werden bij 6 klinieken patiënten behandeld met een BMI groter of gelijk aan 35.

Alle 25 klinieken hadden afspraken met ziekenhuizen in het geval van calamiteiten of complicaties die niet in de kliniek konden worden behandeld. Bij 2 klinieken waren dit mondelinge afspraken, de overige 23 klinieken hadden deze afspraken schriftelijk vastgelegd.

Conclusies

- 4 klinieken werden niet door de NOV gevisiteerd, bij 2 liep een aanvraag voor visitatie.
- In 3 klinieken (vestigingen van 1 organisatie) werd de richtlijn tromboseprofylaxe niet nageleefd. Deze klinieken werd om een nadere toelichting gevraagd.
- Bij 3 klinieken had men geen inzicht in het aantal heroperaties dat plaatsvond na arthroscopieën.
- 6 klinieken behandelden patiënten met een ASA-klasse van 3 of hoger.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de Commissie Kwaliteitsvisitatie van de NOV:

- zijn alle orthopeden in de kliniek (aantoonbaar) gevisiteerd.

Conform de richtlijn 'Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secondaire preventie van arteriële trombose':

- voert de kliniek (aantoonbaar) tromboseprofylaxe uit.

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen:

- heeft de kliniek een implantatenregistratiesysteem;
- hanteert de kliniek normen voor de behandeling van risicovolle patiëntencategorieën zoals ASA-klasse.

2.4 Plastische chirurgie en/of cosmetische behandelingen en fillers

Indicatoren

- Resultaat van de cosmetische ingreep.
- Visitatie door NVPC, NOG, NVCG EN NVDV.
- Ongeplande heroperaties.

Relevante begrippen

Plastische chirurgie	Chirurgie met het doel misvormingen en/of functiebeperkingen van het lichaam weg te nemen of te verbeteren.
Cosmetische ingreep	Chirurgie ter verfraaiing of normalisering van het uiterlijk.

Belang van de indicator/Wat zijn de risico's

Cosmetische ingrepen worden meestal niet uit medische noodzaak, maar veelal ter verfraaiing gedaan. Dat betekent dat er vaak andere dan medische redenen zijn voor een dergelijke ingreep. Daarnaast zijn vaak de verwachtingen (te) hoog gespannen. Dat alles maakt dat een adequate professionele afweging onder druk kan komen te staan. Een risico daarbij is dat het gezonde mensen betreft bij wie een al dan niet invasieve ingreep wordt verricht. Als zij complicaties krijgen hebben die invloed op hun welzijn.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De in de kliniekwerkzame artsen zijn niet gevisitreerd door een relevante beroepsvereniging.

- Op welke wijze wordt de kwaliteit van het professioneel handelen bewaakt?
- Worden alle patiënten/cliënten die om een behandeling vragen ook behandeld?

De kliniek registreert geen heroperaties.

- Hoe worden ongeplande heroperaties geanalyseerd?

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op 120 klinieken (38 procent), 56 klinieken voerden zowel plastische chirurgie als cosmetische ingrepen uit, 12 klinieken alleen plastische chirurgie en 52 klinieken alleen cosmetische ingrepen. Dit is een toename van 78 naar 120 ten opzichte van 2011.

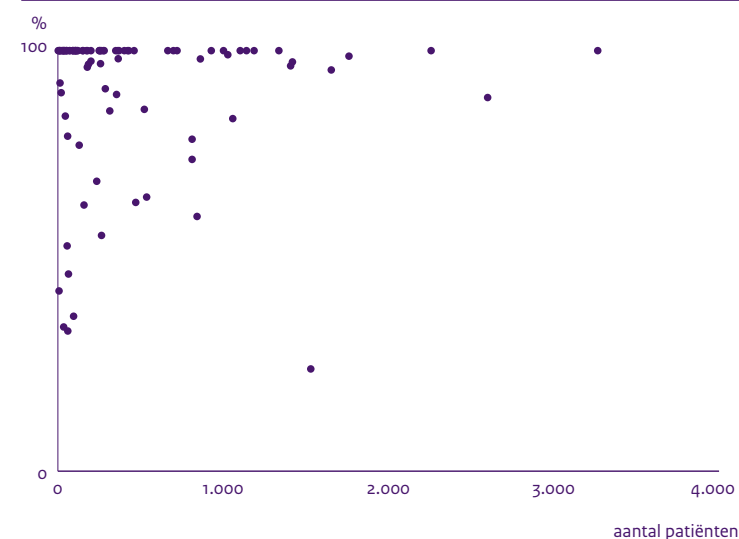
Resultaten

Resultaat van de cosmetische ingreep

Van de 108 klinieken die cosmetische ingrepen uitvoerden, maakten 18 klinieken (17 procent) geen foto voor en na de cosmetische ingreep en 22 klinieken maakten alleen voor de ingreep een foto. De 18 klinieken die geen foto's maakten lichtten toe dat de cosmetisch arts zelfstandig was en/of niet in dienst, er niet consequent wordt gefotografeerd of er wel wordt gefotografeerd maar dit niet wordt bijgehouden. Alle 90 klinieken die een foto maakten (voor en na/of alleen voor) registreerden het aantal cliënten waarbij een foto werd gemaakt.

Figuur 2.4.1

Percentage patiënten met een foto voor en/of na de ingreep (n=91)



In totaal ondergingen in 90 klinieken 41.692 cliënten een cosmetische ingreep. Van 38.089 cliënten werd voor en na óf alleen voor de ingreep een foto gemaakt. Het gewogen gemiddelde was 90 procent. Ten opzichte van 2011 bleef het gewogen gemiddelde gelijk. Er waren 17 klinieken die minder dan 80 procent van de cliënten voor en/of na de ingreep fotografeerden.

Visitatie door de wetenschappelijke vereniging

Van 110 klinieken (92 procent) waren de artsen aangesloten bij een relevante wetenschappelijke vereniging.

In 64 klinieken (58 procent) waren de artsen aangesloten bij de NVPC, in 22 klinieken (20 procent) bij het NOG, in 16 klinieken (15 procent) bij de NVCG en in 18 klinieken

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen:

- controleert de kliniek systematisch op postoperatieve infecties;
- heeft de kliniek schriftelijke afspraken met een ziekenhuis in geval van calamiteiten en complicaties.

2.5 Bariatrische behandelingen

Indicatoren

- Aantal bariatrische ingrepen.
- Samenstelling multidisciplinair team.
- Percentage postoperatieve controles.

Relevante begrippen

Bariatrische chirurgie	Operatieve ingrepen om ernstig overgewicht te behandelen.
Multidisciplinair team	Team waarin tenminste de volgende disciplines zijn vertegenwoordigd: chirurg, diëtist, psycholoog, internist/MDL-arts, praktijkverpleegkundige.

Wat zijn de risico's

Bariatrische chirurgie is een zich ontwikkelend specialisme, waarvoor pas recent een richtlijn is verschenen. De toename van morbide obesitas zal leiden tot een toename van het aantal ingrepen.

Over de indicatiestelling tot operatie wordt nog verschillend gedacht. Het varieert van een zeer afwachtend beleid tot snel operatief ingrijpen voordat de patiënt nog dikker is geworden. Bij deze groep patiënten is sprake van een verhoogd risico op peroperatieve en lange termijn complicaties.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De kliniek heeft geen multidisciplinair team.

- Hoe vindt indicatiestelling en besluitvorming rond de uit te voeren procedure plaats?
- Hoe borgt de kliniek de complexe (na)behandeling op alle aspecten van medisch en psychosociaal gebied?
- Kan (tijdig) worden verwezen naar noodzakelijke (para)medische specialismen?

De kliniek beschikt niet over een postoperatief programma.

- Hoe wordt het effect van de ingreep op korte en lange termijn gemeten?
- Kan (tijdig) worden geïntervenieerd bij falen van de ingreep?
- Hoe wordt loss to follow-up voorkomen?

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op 13 van de 319 klinieken (4 procent).

Resultaten

Aantal bariatrische ingrepen

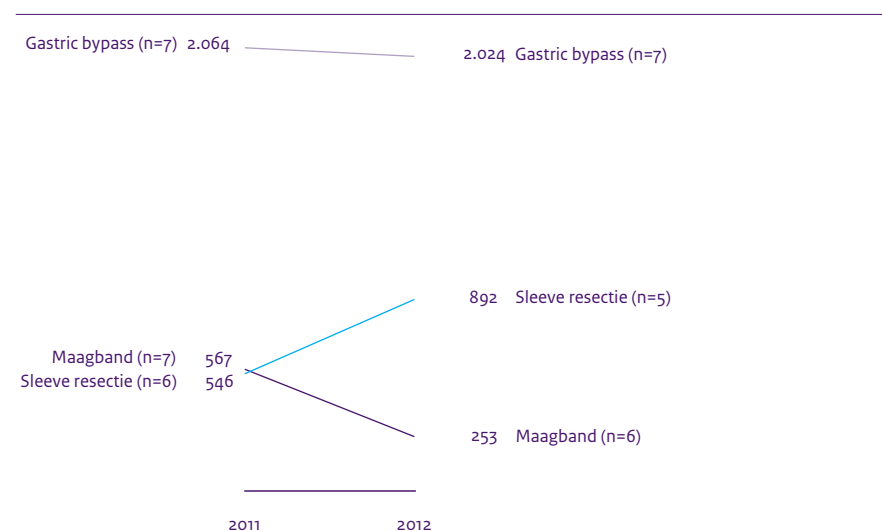
Van de 13 klinieken registreerden 5 klinieken niet het aantal patiënten waarbij bariatrisch chirurgische ingrepen werden verricht, daarvan lichtten 4 locaties van 1 organisatie toe dat operaties in het ziekenhuis plaatsvonden.

In 6 van de overige 8 klinieken (75 procent) werd bij 253 patiënten een maagband geplaatst. Dit is een daling ten opzichte van 2011 toen in 7 klinieken bij 567 patiënten een maagband werd geplaatst.

In 7 klinieken (88 procent) voerde men bij 2.024 patiënten een gastric bypass uit. Dit aantal bleef ongeveer gelijk ten opzichte van 2011. Door 5 klinieken (63 procent) werd bij 892 patiënten een sleeve resectie uitgevoerd. In 2011 werden 546 sleeve resecties uitgevoerd. Van de 13 klinieken plaatste 1 kliniek (8 procent) bij 49 patiënten een maagballon. In 2011 werd bij 30 patiënten een maagballon geplaatst. Deze ene kliniek voerde geen andere bariatrische ingrepen uit.

Figuur 2.5.1

Aantal bariatrische ingrepen



Samenstelling multidisciplinair team

In 11 klinieken (85 procent) beschikte men over een multidisciplinair team bestaande uit een chirurg, anesthesioloog, diëtist, psycholoog, internist en een praktijkverpleegkundige, in 3 klinieken maakte tevens een MDL-arts deel uit van het team. In 6 locaties van 1 organisatie werd de MDL-arts op afroep/aanvraag geconsulteerd en in 3 klinieken kon, indien nodig, een beroep worden gedaan op de MDL-arts in een ziekenhuis.

Van de overige 2 klinieken (15 procent) had 1 kliniek geen chirurg, psycholoog en praktijkverpleegkundige in het multidisciplinair team. Deze kliniek plaatste alleen maagballonnen en lichtte toe dat deze specialismen daarom niet van toepassing waren. De andere kliniek had geen anesthesioloog en MDL-arts in het multidisciplinair team. Deze kliniek lichtte toe dat zij interne ondersteuning kregen vanuit een ziekenhuis.

Percentage postoperatieve controles

Van de 13 klinieken beschikte 1 kliniek niet over een postoperatief programma. De medische begeleiding van de bariatrische patiënten in deze kliniek werd verzorgd binnen een afdeling bariatrie in een ziekenhuis. Van de resterende 12 klinieken voerden 10 klinieken in totaal bij 1.721 patiënten postoperatieve controles uit. Door 3 klinieken werden wel postoperatieve controles uitgevoerd, zij gaven echter geen aantal patiënten op waarbij in 2010 bariatrische chirurgie werd uitgevoerd.

Het percentage postoperatieve controles dat na 24 maanden plaatsvond (dat wil zeggen patiënten die in 2010 werden geopereerd en in 2012 nog voor follow-up kwamen) kon worden berekend voor 7 klinieken en was voor bovengenoemde periode gemiddeld 67 procent (spreiding 29-100).

Overig

Van de 13 klinieken hadden 2 klinieken (15 procent) geen, door beide partijen, vastgelegde afspraken met een ziekenhuis waar de patiënt in geval van calamiteiten of complicaties terecht kon. Door deze 2 klinieken werd toegelicht dat de activiteiten volledig binnen de verantwoordelijkheid van het gelieerde ziekenhuis vielen.

In 8 van de 13 klinieken (62 procent) had men geen afspraken met betrekking tot het gebruik van de OK en andere faciliteiten vastgelegd, daarvan maakten 2 klinieken mondelinge afspraken.

Van de 13 klinieken registreerden 5 klinieken (39 procent) geen ASA-klasse in het verslagjaar, 1 kliniek lichtte toe dat patiënten die narcose krijgen allen worden gezien en gekeurd door de anesthesisten, 4 klinieken achtten dat de verantwoordelijkheid van het opererende ziekenhuis. In 3 klinieken behandelde men patiënten met ASA-klasse 3 of hoger, 1 kliniek expliciteerde dat dit in totaal 12 bariatrische patiënten betrof. De kliniek die alleen maagballonnen plaatste, lichtte toe alleen patiënten met ASA-klasse 1 of 2 te behandelen.

Van de 13 klinieken controleerden 9 klinieken (69 procent) systematische op postoperatieve infecties, in 4 klinieken vond dit plaats via het opererende ziekenhuis.

Het infectiepercentage van de 8 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden was gemiddeld 0,7 procent.

In 3 van de 13 klinieken (23 procent) waren buitenlandse artsen in dienst die tevens medisch eindverantwoordelijk waren.

Conclusies

- 5 klinieken registreerden bij poliklinische consulten geen ASA-klasse van de patiënten.
- Bij 2 klinieken (15 procent) was de samenstelling van het multidisciplinaire team niet conform de norm. De inspectie onderzoekt of dit wordt ondervangen door afspraken met de ontbrekende disciplines.
- Alle bariatrische ingrepen (met uitzondering van maagballonnen) vonden plaats in een ziekenhuis.
- 1 kliniek behandelde 3 patiënten jonger dan 18 jaar en werd door de inspectie daarop aangesproken.
- 1 kliniek had mondelinge afspraken met een ziekenhuis in geval van calamiteiten en complicaties die niet in de kliniek kunnen worden behandeld.
- 3 klinieken hadden geen afspraken met een ziekenhuis met betrekking tot het gebruik van OK en andere faciliteiten.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de richtlijn Morbide Obesitas:

- beoordeelt de kliniek adequaat de preoperatieve toestand van de patiënt;
- beschikt de kliniek over alle noodzakelijke voorzieningen;
- worden bariatrische ingrepen in uitzonderlijke gevallen, na uitvoerig gedocumenteerde multidisciplinair overleg en bij voorkeur in het kader van een wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd indien de patiënten jonger dan 18 jaar zijn;
- zijn alle relevante disciplines betrokken om alle aspecten van een patiënt en diens behandeling te beoordelen.

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen:

- is de postoperatieve opvang op adequate wijze geregeld;
- heeft de kliniek afspraken met een ziekenhuis ten aanzien van complicaties en calamiteiten die niet in de eigen kliniek kunnen worden behandeld na de operatie.

2.6 Dermatologie

Indicatoren

- Dermatologische behandelingen.
- Visitatie door NVDV.

Relevante begrippen

Dermatologie	Huidziekten en huidaanandoeningen betreffende zowel aangeboren als verworven aandoeningen, goed- en kwaadaardige gezwellen, huidinfecties, ontstekingsprocessen, allergische aandoeningen, beschadigingen van de huid door omgevingsfactoren, spataderen aan de benen en de gevolgen daarvan, chronische wonden en cosmetische afwijkingen.
Derma- tologische behandeling	Chirurgische ingrepen en specifiek dermatologische behandeltechnieken zoals cryochirurgie, elektrochirurgie, lichttherapie en lasertherapie van de huid.

Wat zijn de risico's

In de particuliere klinieken vindt het hele palet aan dermatologische behandelingen plaats. Het is van belang dat volgens objectieve criteria wordt getoetst of aan vastgestelde normen wordt voldaan, een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitkomst

De kliniek voert dermato-oncologische behandelingen uit maar heeft geen samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis op dit gebied.

- Hoe is beoordeling van pathologie, stadiering, behandeling en nazorg geborgd?
- Hoe wordt kennis en kunde op verantwoord niveau gehouden?

De dermatologen in de kliniek zijn niet aangesloten bij de NVDV.

- Wordt, voor de in de kliniek werkzame dermatologen, visitatie door de NVDV aangevraagd?
- Op welke wijze wordt de kwaliteit van het professioneel handelen bewaakt?

Selectie

De indicatoren zijn van toepassing op 90 klinieken die dermatologische ingrepen verrichtten in 2012. In 2011 waren dit 64 klinieken.

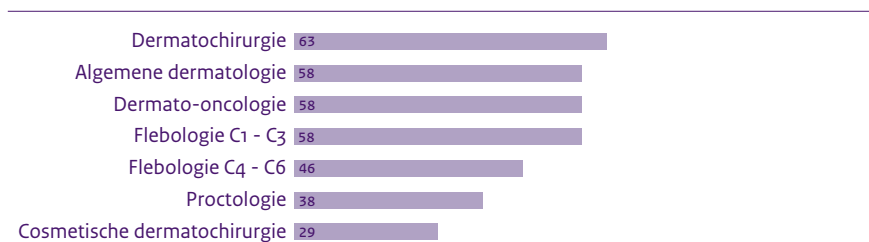
Resultaten

Dermatologische behandelingen

Figuur 2.6.1 laat zien hoeveel klinieken bepaalde dermatologische behandelingen verrichtten. Van de 58 klinieken die dermato-oncologie uitvoerden, hadden 40 samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis.

Figuur 2.6.1

Aantal klinieken gesorteerd naar dermatologische behandelingen die zij uitvoerden (n=90)



Visitatie NVDV

Van 74 klinieken (82 procent) waren de dermatologen aangesloten bij de NVDV. De 16 niet-aangesloten klinieken voerden 1 van de volgende 2 redenen aan: 1) de specialist was geen dermatoloog, maar bijvoorbeeld een plastisch chirurg, 2) de registratie van de NVDV start per april 2013. Door 1 kliniek werd toegelicht dat de dermatoloog bij de Duitse dermatologievereniging is aangesloten.

Van de 90 klinieken zijn 63 klinieken op enig moment gevisiteerd in het verslagjaar of voorgaande jaren. Visitaties zijn 5 jaar geldig, wat betekent dat visitaties van voor 2008 zijn verlopen. Klinieken met een verlopen of nog geen visitatie geven soms aan dit in aanvraag te hebben. Een andere veel gegeven reden is dat de dermatoloog al via een andere instelling waar deze werkzaam is, bijvoorbeeld het ziekenhuis, is gevisiteerd. In een aantal klinieken is visitatie niet mogelijk omdat er basisartsen werkzaam zijn die dermatologische behandelingen uitvoeren.

In 5 klinieken werden geen verbetermaatregelen opgelegd. Van de overige klinieken met verbetermaatregelen waren er 2 klinieken die de maatregelen nog niet aantoonbaar hadden doorgevoerd.

Conclusies

- 18 klinieken die dermato-oncologie uitvoerden, hadden geen samenwerkingsafspraken met ziekenhuizen, hetgeen door de NVDV voor de gewone oncologie ook niet noodzakelijk wordt geacht.
- In 27 klinieken zijn de artsen niet gevisiteerd door de NVDV.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de Visitatiecommissie van de NVDV:

- zijn de dermatologen in de kliniek (aantoonbaar) gevisiteerd.

2.7 Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in de voorste oogkamer (peroperatief)

Indicatoren

Deze indicator is een facultatieve indicator, omdat eerst geëvalueerd moet worden of deze goed registreerbaar is.

- Herstel achterkamerruptuur.

Relevante begrippen

Cataract	Cataract of grijze staar is een vertroebeling van de ooglens. Bij een cataractoperatie wordt de ooglens vervangen door een kunstlens.
Achterkapselruptuur	Complicatie bij het verwijderen van de troebel geworden ooglens tijdens een cataractoperatie.
Vitrectomie	Reparatie van een achterkapselruptuur door middel van een voorsegmentvitrectomie.
NOG-registratie	Het NOG heeft een landelijk web-based dataregistratie en -verwerkingsprogramma ontworpen, gebaseerd op parameters van het bestaande en tot 2008 gebruikte CPO (Cataract Post Op) programma, ook wel bekend als het Breebaart-systeem.

Wat zijn de risico's

Cataractoperaties (grijze of grauwe staar) zijn de meest voorkomende operaties in Nederlandse ziekenhuizen. Verreweg de grootste groep patiënten die deze ingreep ondergaat zijn ouderen. Hoewel het risico per ingreep klein is, maakt het grote aantal operaties het toch een belangrijk onderwerp voor toezicht. Een achterkapselruptuur met glasvocht in de voorste oogkamer is een belangrijke complicatie bij het verwijderen van de troebel geworden ooglens tijdens een cataractoperatie.

Complicaties kunnen zich altijd voordoen. Een goede registratie van complicaties is daarom onmisbaar voor het leveren van verantwoorde zorg. Door ongewenste uitkomsten van zorg, zoals vitrectomie bij te houden, kan een ziekenhuis patronen herkennen die anders over het hoofd worden gezien.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitkomst

Het percentage voorsegmentvitrectomieën met indicatie herstel van een complicatie van een cataractoperatie is laag (<0,3%; de afkapwaarde van het NOG).

- Welke informatie is ingestuurd naar het NOG en zijn dat dezelfde gegevens?
- Is de oogarts betrokken bij het aanleveren van deze informatie?
- Is er een verklaring voor het lagere gemiddelde dan het gemiddelde (0,5-1 procent) in de NOG-registratie?
- Is deze informatie besproken met de directie?

De kliniek heeft onvoldoende/geen gegevens aangeleverd om het percentage voorsegmentvitrectomieën met indicatie herstel van een complicatie van een cataractoperatie te kunnen berekenen.

- Welk beleid heeft de kliniek voor de registratie van complicaties?
- Hoe gaat de kliniek om met oogartsen die complicaties niet registreren?
- Hebben zich de afgelopen drie jaar ernstige complicaties voorgedaan met blijvend (eenzijdig) visusverlies (verslechterd gezichtsvermogen)?

De in de kliniek werkzame oogartsen zijn niet gevisiteerd door het NOG.

- Wordt, voor de in de kliniek werkzame oogartsen, visitatie door het NOG aangevraagd?
- Op welke wijze wordt de kwaliteit van het professioneel handelen bewaakt?

Selectie

Deze indicator was een facultatieve indicator, omdat moet worden geëvalueerd of deze goed registreerbaar is. De indicator werd ingevuld door 12 van de 319 klinieken (4 procent).

Resultaten

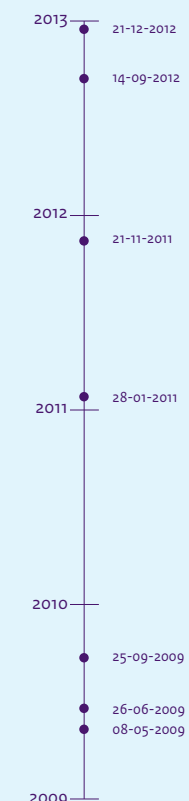
Herstel achterkapselruptuur

In totaal voerden de 12 klinieken bij 40 patiënten een voorsegment vitrectomie uit, 2 klinieken voerden geen voorsegment vitrectomie uit en 1 kliniek gaf aan dat alle 3 voorsegment vitrectomieën werden uitgevoerd met een andere indicatie dan herstel van een complicatie van een cataractoperatie.

In totaal voerden de 12 klinieken 18.682 cataractingrepen uit in het verslagjaar. Het percentage herstel achterkapselruptuur als complicatie van een cataractoperatie in 9 klinieken was gemiddeld 0,3 procent) per kliniek. De registratie van het NOG laat zien dat het gemiddeld percentage tussen 0,5 en 1 procent ligt. De indicator cataract werd in 2011 door 25 klinieken ingevuld, 11 daarvan vulden nu de indicator met betrekking tot herstel achterkapselruptuur in. De andere klinieken werden door de inspectie om een nadere toelichting gevraagd.

In alle 12 klinieken waren de in de kliniek werkzame chirurgen gevisiteerd (in de eigen kliniek of in het ziekenhuis) door het NOG, 1 kliniek lichtte toe dat visitatie in het ziekenhuis plaatsvond en visitatie door het NOG in de kliniek binnen 2 jaar zal plaatsvinden. Het NOG visiteerde de klinieken in respectievelijk 2009, 2011 en 2012.

Figuur 2.7.1
Visitatiedatum NOG



Bij 3 klinieken werden verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd, 1 kliniek kreeg alleen aanbevelingen, voor 1 kliniek betrof het een eerste visitatie en bij 1 kliniek waren verbetermaatregelen niet van toepassing.

Overig

Door 6 klinieken (50 procent) waren geen samenwerkingsafspraken met ziekenhuizen gemaakt, 2 klinieken hadden geen afspraken met een ziekenhuis in geval van calamiteiten of complicaties, 1 kliniek huurde OK-ruimte in een andere kliniek en had geen afspraken met een ziekenhuis.

Van de 12 klinieken beschikten 2 klinieken niet over een kwaliteitscertificaat. De overige 10 klinieken beschikten alle over een ZKN-keurmerk, 6 klinieken beschikten daarnaast ook over een ISO 9001 certificering.

Van de 12 klinieken beschikte 1 kliniek over een OK2, 10 klinieken beschikten over een OK1 en 1 kliniek had zowel een OK1 als een OK2. Naast een OK1 beschikten 3 klinieken ook over een behandelkamer.

Ondanks het specialisme gaf 1 kliniek aan geen implantaten te gebruiken. De overige 11 klinieken gebruikten een eigen papieren registratiesysteem voor implantaten, 1 kliniek gebruikte daarnaast een eigen elektronisch registratiesysteem.

Conclusies

- 2 klinieken voerden geen voorsegment vitrectomie uit.
- 6 klinieken hadden een complicatiepercentage kleiner of gelijk aan 0,3 procent.
- 14 klinieken vulden de indicator niet in, hoewel in het verslagjaar 2011 wel de indicator cataract werd ingevuld.
- 1 kliniek voerde alle voorsegment vitrectomieën uit met een indicatie anders dan complicatie na een cataract operatie.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Op basis van de uit de NOG-registratie afkomstige gegevens is om nadere informatie gevraagd:

- indien klinieken een complicatieregistratiepercentage hadden kleiner of gelijk aan 0,3 procent, indien klinieken een voorsegment vitrectomie doen met een indicatie anders dan een complicatie na een cataractoperatie;
- verificatie van de aan te leveren data door een oogarts;
- overeenkomst van de ingevulde getallen van de indicator met de getallen in de NOG registratie en de aan de Raad van Bestuur/directie geleverde informatie.

3 Medisch diagnostisch centra

Indicatoren

- Diagnostisch onderzoek.
- Visitatie door NVVC.
- Digitale verslaglegging endoscopie.

Relevante begrippen

Diagnostisch onderzoek	Biometrisch en beeldvormend onderzoek met als doel een aandoening vast te stellen dan wel uit te sluiten of het verloop van een aandoening vast te leggen.
------------------------	--

Wat zijn de risico's

Medisch diagnostische centra richten zich op diagnostiek variërend van bloedafname, beeldvorming tot bevolkingsonderzoeken. Met de onderzoeksresultaten kunnen huisartsen of andere zorgverleners, zoals verloskundigen, een diagnose stellen of de behandeling bepalen. Risico's zijn gemiste diagnose en als gevolg daarvan onderbehandeling of niet verwijzen naar de 2e lijn.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitkomst

De in het centrum werkzame cardiologen zijn niet gevisiteerd door de NVVC.

- Wordt, voor de in het centrum werkzame cardiologen, visitatie door de NVVC aangevraagd?
- Op welke wijze wordt de kwaliteit van het professioneel handelen bewaakt?

In het centrum is geen sprake van een digitale verslaglegging van de verrichte endoscopische procedure (inclusief beeldmateriaal)

- Kan op ieder gewenst moment worden beschikt over de verslaglegging van de endoscopische procedure?
- Wat is het beleid in het centrum rond het elektronisch beschikbaar stellen van digitale verslagen?
- Wat is het beleid van het centrum rond het toegankelijk maken van essentiële informatie voor andere zorgverleners (ook bijvoorbeeld voor de huisarts)?

Selectie

De indicator is van toepassing op 47 medisch diagnostische centra, 4 centra vulden de indicator niet in. Als gevolg van de vraagstelling in de digitale vragenlijst werd het aantal patiënten en/of behandelingen door 44 van de 47 centra ingevuld. Voor behandelingen kon ook onderzoek/verrichting worden gelezen. De centra werd gevraagd voor alle locaties waar beeldvormend en/of biometrisch onderzoek werd uitgevoerd gegevens aan te leveren.

Vanwege het grote aantal en de soms grote geografisch spreiding werd niet voor alle locaties afzonderlijk aangeleverd.

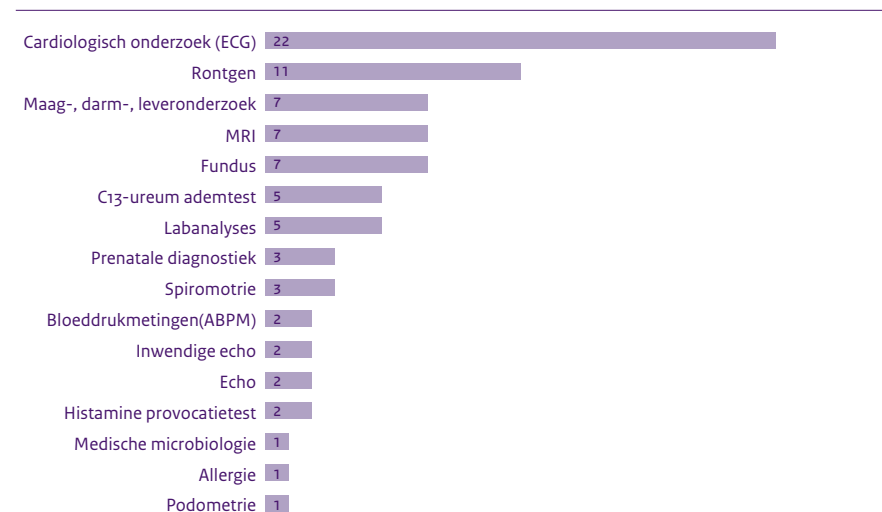
Resultaten

Diagnostisch onderzoek

Van de 43 centra gaven 21 centra (49 procent) aan cardiologisch onderzoek uit te voeren, 7 centra (16 procent) voerden maag-, darm-, en leveronderzoek uit en 26 centra (61 procent) voerden (ook) ander onderzoek uit.

Figuur 3.1

Type diagnostisch onderzoek



Visitatie door NVVC

Van de 21 centra die cardiologisch onderzoek uitvoerden hadden 4 centra geen cardioloog in dienst. Van deze 4 centra lichtten er 3 toe dat zij de diensten van cardiologen inhuurden bij een ziekenhuis, 1 centrum gaf aan zelfstandig te zijn. Van de 3 centra die gebruik maakten van diensten van cardiologen in een ziekenhuis had 1 centrum geen afspraken met een ziekenhuis.

De cardiologen in de 17 centra waren aangesloten bij de NVVC. In 3 centra waren de cardiologen niet gevisiteerd door de NVVC. De NVVC legde 1 van de 4 gevisiteerde centra verbetermaatregelen op, welke aantoonbaar werden uitgevoerd.

Digitale verslaglegging endoscopie

Van de 43 centra voerden 7 centra maag-, darm- en leveronderzoek uit. Bij al deze 7 centra was sprake van digitale verslaglegging van de verrichtte endoscopische procedure, inclusief beeldmateriaal.

Overig

Door 42 klinieken werd zowel het aantal patiënten als het aantal onderzoeken ingevuld. Het totaal aantal onderzochte patiënten van de 42 centra was 1.299.776. Het totaal aantal onderzoeken van deze 42 centra was 1.674.469.

In 36 centra werden in totaal 99.187 patiënten jonger dan 18 jaar onderzocht. Van deze 36 centra onderzochten 15 centra voor cardiologisch onderzoek in totaal 29.165 patiënten jonger dan 18 jaar.

Door 4 van de 7 centra voor maag-, darm- en leveronderzoek werden in totaal 2.085 patiënten jonger dan 18 jaar onderzocht.

Invasieve ingrepen werden door 7 centra uitgevoerd, waaronder 2 centra die de indicator medisch diagnostische centra niet invulden. Door 1 centrum werden invasieve ingrepen uitgevoerd bij patiënten jonger dan 18 jaar (biopten, kleine excisies).

Van de 7 centra maakten 5 centra onderscheid naar ASA-klasse. Zij zagen geen patiënten met een ASA-klasse van 3 en hoger.

Van de 47 centra beschikten 13 centra (28 procent) niet over een kwaliteitscertificaat. De overige centra beschikten over (combinaties van) certificaten van ISO (15), HKZ (1), ZKN (25), NIAZ (2)

Van de 47 centra voerden 42 centra structureel patiënttevredenheidsonderzoek uit. Van de 42 centra gebruikten 5 centra de ZKN-vragenlijst.

In 40 centra (85 procent) beschikte men over een gemiddeld rapportcijfer dat door patiënten was gegeven. Gemiddeld kregen de klinieken een 8,3 (spreiding 8-9,2).

Conclusies

- 1 centrum voor cardiologisch onderzoek maakte gebruik van de diensten van een niet bij de NVVC aangesloten en niet door de NVVC gevisiteerde cardioloog.
- In alle 7 centra voor maag-, darm- en leveronderzoek was sprake van digitale verslaglegging van de endoscopische procedure.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de Richtlijn Commissie Kwaliteitsvisitatie van de NVVC:

- zijn alle cardiologen in de kliniek (aantoonbaar) gevisiteerd.

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen:

- is er sprake van digitale verslaglegging van de endoscopische procedure (inclusief beeldmateriaal);

- hanteert de kliniek normen voor de behandeling van risicovolle patiëntencategorieën zoals ASA-klasse.

Conform de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) en in het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen:

- heeft de kliniek een regeling voor de behandeling van klachten en daarmee de primaire verantwoordelijkheid ten aanzien van de kwaliteit van de geboden zorg;
- verwoordt de directie van de kliniek op basis van een gewogen besluit inzichtelijk welke maatregelen worden genomen;
- onderzoekt de kliniek middels een gevalideerde vragenlijst systematisch de tevredenheid van patiënten, waarbij de steekproef representatief is of 80 procent of hoger.

Bijlage 1

Lijst van ZBC's opgenomen in het onderzoek

Acura Medisch Centrum, Weert
 Aesthetic Beauty Clinics, Veldhoven
 Annatommie, Apeldoorn
 Annatommie, Amsterdam
 Annatommie, Utrecht
 Annatommie, Rijswijk
 Annatommie, Bussum
 Aqua Mare Huidkliniek, Rotterdam
 Aristicon Oogartsenpraktijk, Rotterdam
 ATS Kliniek, Vlijmen
 ATS Kliniek, Boxtel
 Bergman Clinics Kliniek voor Oogzorg, Utrecht
 Bergman Clinics Bewegingszorg, Naarden
 Bergman Clinics Inwendige zorg, Bilthoven
 Bergman Clinics Medispa, Amsterdam
 Bergman Clinics Medispa, Zwolle
 Bergman Clinics Uiterlijk en huid, Bilthoven
 Bergman Clinics Uiterlijk en huid, Den Haag
 Bergman Clinics Uiterlijk en huid, Heerenveen
 Bergman Clinics Vrouwenzorg, Amsterdam
 Bergman Clinics Vrouwenzorg, Bilthoven
 Bloemingdael plastische chirurgie, Haarlem
 Braam Kliniek, Assen
 CIRO, Horn
 Cosmetisch Kliniek Perfect Skin, Eindhoven
 DC Lairesse, Amsterdam
 De Beethovenkliniek, Rotterdam
 De Mobiliteits Kliniek, Zeist
 Derma Team Huid- en Laserkliniek, Bergen op Zoom
 Derma Team Huid- en Laserkliniek, Middelburg
 Derma Team Huid- en Laserkliniek, Vlissingen
 Dermalink, De Bilt
 Dermatologie praktijk van Eendenburg en Nanninga, Amsterdam*
 Dermatologisch Centrum Weteringen, Amsterdam
 Dermicis, Doetinchem
 Dermicis, Alkmaar
 Dermicis, Haarlem
 Dr. Kuypers Kliniek, Hoorn
 Eye Centre De IJssel, Gorssel

Eyescan Oogzorgkliniek Emmen, Emmen
Eyescan Oogzorgkliniek Limburg, Sittard-Geleen
Eyescan Oogzorgkliniek Utrecht, Utrecht
Eyescan Oogzorgkliniek Vianen, Vianen
FYEO Medical, Eersel
Groene Hart Extra Zorg, Gouda
Heelkunde Instituut Nederland, Renswoude
Heelkunde Instituut Nederland, Vlaardingen
Heelkunde Instituut Nederland, Heerenveen
Heelkunde Instituut Nederland, Amstelveen
Heelkunde Instituut Nederland, Utrecht
Heelkunde Instituut Nederland, 's-Hertogenbosch
Helder Kliniek Eindhoven, Eindhoven
Helder Kliniek Enschede, Enschede
Helder Kliniek Hilversum, Hilversum
Helder Kliniek Rotterdam, Rotterdam
Helder Kliniek Velp, Velp
IJssel Kliniek, Capelle a/d IJssel
Instituut voor Hyperbare Geneeskunde, Rotterdam
Instituut voor Hyperbare Geneeskunde, Arnhem
Instituut voor Hyperbare Geneeskunde, Hoogeveen
Instituut voor Hyperbare Geneeskunde, Waalwijk
Keizer Kliniek, Zevenhuizen
Keizer Kliniek, Assen
Keizer Kliniek, Voorschoten
Kliniek Arenborghoeve, Venlo
Kliniek Klein Rosendaal, Rozendaal
Kliniek Lange Voorhout, Rijswijk
Kliniek Mosaderma Dr. Mulkens Kliniek, Hoensbroek
Kliniek OMC Haarlem, Haarlem
Kliniek Valkenhorst, Valkenburg a/d Geul
Kliniek Viasana, Mill
Kliniek Zestienhoven, Rotterdam
Korteweg Kliniek, Zaandam
Lasik Centrum Boxtel, Boxtel
Lasik Centrum Velp, Velp
Mediferia, Amersfoort
Medinello Revalidatie Zorg, Amersfoort
Medisch Centrum Amstelveen, Amstelveen
Medisch Centrum Biltstraat, Utrecht
Medisch Centrum De Baronie, Breda
Medisch Centrum Kinderwens, Leiderdorp
Medisch Centrum Maastricht Annadal, Maastricht
Medisch Centrum Waalre, Waalre

Medisch Zorg en Advies Centrum RA Medical, Beverwijk
Midden Brabant Kliniek, Berkel-Enschot
Mohs klinieken, Dordrecht
Mohs klinieken Amsterdam, Amsterdam
Mohs Klinieken Noord Holland, Hoorn
MUMC+, Maastricht
Nationaal Huidcentrum, Bussum
Nederlandse Centrum Plastische Chirurgie, Den Haag
Oogartsenpraktijk Delfland, Delft
Oogcentrum Noordholland, Heerhugowaard
Oogheelkunde Rijswijk, Rijswijk
Oogziekenhuis Zonnestraal, Doetinchem
Oogziekenhuis Zonnestraal, Hilversum
Oogziekenhuis Zonnestraal, Hoogeveen
Oogziekenhuis Zonnestraal, Lelystad
Oogziekenhuis Zonnestraal, Amersfoort
Oogziekenhuis Zonnestraal, Amsterdam
Optimal Care Pijnklinieken, Rotterdam
Orthopedium Delft, Delft
Osteoporose Medisch Centrum, Rotterdam
OZON oogkliniek, Velp
OZON oogkliniek, Boxtel
Padbergkliniek, Ede
Park Medisch Centrum, Rotterdam
Polikliniek De Blaak, Rotterdam
Polikliniek De Blaak, Leidschendam
Polikliniek De Blaak, Almere
Polikliniek De Blaak, Tilburg
Praktijk Prof. Stolz, Rotterdam
Reinaert Kliniek, Maastricht
Rugpijn Kliniek Dorsano, Rijssen
Rugpijn Kliniek Dorsano, Amsterdam
Specialistenpraktijk Oswald, Den Haag
Stichting AlleskiTs, Rotterdam
Stichting AlleskiTs, Krimpen a/d IJssel
Stichting AlleskiTs, Rotterdam Crooswijk
Stichting Andros Mannenkliniek, Arnhem
Stichting Andros Mannenkliniek, Amsterdam
Stichting Andros Mannenkliniek, Den Haag
Stichting Andros Mannenkliniek, Maastricht
Stichting Ave Orthopedische Klinieken, Amsterdam
Stichting Ave Orthopedische Klinieken, Hilversum
Stichting Ave Orthopedische Klinieken, Lelystad
Stichting Ave Orthopedische Klinieken, Bosch en Duin

Stichting Behandelcentrum Neurologie, Veldhoven
 Stichting Beter Lopen, Deventer
 Stichting Blue Label, Terneuzen
 Stichting De Kinderkliniek, Almere
 Stichting Derma Montse, Sittard-Geleen
 Stichting DermaPark, Uden
 Stichting Dermatologisch Centrum Amstel & Vechtstreek, Breda
 Stichting Dermatologisch Centrum Amstel & Vechtstreek, Maarssen
 Stichting Dermis Poliklinieken, Uden
 Stichting Diabeter, Rotterdam
 Stichting Dokter Kolbach Kliniek, Maastricht
 Stichting Extramuraal Mondzorg, Nijmegen
 Stichting Flebologisch Centrum Grave, Grave
 Stichting Flebologisch Centrum Oosterwal, Alkmaar
 Stichting Geertgen, Elsendorp
 Stichting Gelderse Vallei Vivre, Ede
 Stichting Huidkliniek Zuid, Rotterdam
 Stichting ICONE, Schijndel
 Stichting Instituut voor Slaapgeneeskunde, Woerden
 Stichting Kliniek Naaldwijk, Naaldwijk
 Stichting Kliniek Oud Zuid, Amsterdam
 Stichting Kliniek Scheveningen, Den Haag
 Stichting KNO-Haarlemmermeer, Haarlem
 Stichting Mauritsklinieken, Den Haag*
 Stichting Mauritsklinieken, Utrecht
 Stichting Mauritsklinieken, Nijmegen
 Stichting Mauritsklinieken, Amsterdam
 Stichting MCD Behandelcentrum, Nieuwegein
 Stichting MCD Behandelcentrum, Assen
 Stichting Medisch Centrum Baarn, Baarn
 Stichting Medisch Centrum Midden Nederland, Bussum
 Stichting Medisch Centrum Regentesse, Den Haag
 Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen, Bunnik
 Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen, Oosterhout
 Stichting Medisch Centrum 't Gooi, Bussum
 Stichting Melles Hoornvlieskliniek, Rotterdam
 Stichting MohsA, Venray
 Stichting Nedspine, Ede
 Stichting Oogheekundig Medisch Centrum, Groningen
 Stichting Oogheekundig Medisch Centrum, Amsterdam
 Stichting Oogheekundig Medisch Centrum, Twente
 Stichting Oogheekundig Medisch Centrum, Zaandam
 Stichting Oogkliniek Heuvelrug, Zeist
 Stichting Oogziekenhuis Eindhoven, Eindhoven

Stichting Oogzorg Opticus, Aalsmeer
 Stichting OPSIS Oogartsenpraktijk, Amstelveen
 Stichting Phacocentrum, 's-Hertogenbosch
 Stichting Plastisch Heelkundig Instituut, Naarden
 Stichting Proctos Klinieken, Bilthoven
 Stichting Ruggoli, Delden
 Stichting Ruggoli, Velp
 Stichting Ruggoli, Tilburg
 Stichting Rugzorg Nederland, Den Haag
 Stichting Rugzorg Nederland, Ede
 Stichting SanaVisie, Mill
 Stichting Veneuze Zorg Nederland, Enschede
 Stichting VieCuriVitaal, Venray
 Stichting Vitalys Klinieken, Velp
 Stichting Women's Health Care Center, Amsterdam
 Stichting ZBC Atrium Medisch Centrum Parkstad, Heerlen
 Stichting ZBC Eindhoven, Eindhoven
 Stichting ZBC FeM-poli, Zwolle
 Stolmed Klinieken, Ruchpen
 Stolmed Klinieken, Goes
 Stolmed Klinieken, Etten-Leur
 The Hand Clinic, Amsterdam
 Transhair & Aesthetic Team, Vlijmen
 Van Leeuwenhoek Kliniek, Amsterdam
 Velthuis Kliniek Cosmea, Enschede
 Velthuis Kliniek Eindhoven, Eindhoven
 Velthuis Kliniek Hilversum, Hilversum
 Velthuis Kliniek Rotterdam, Rotterdam
 Velthuis Kliniek Velp, Velp
 Veluwekliniek, Kliniek voor chirurgie en flebologie, Hattem
 Victoria Kliniek Zierikzee, Zierikzee
 Vrouwenpoli Boxmeer van stichting Demeter, Boxmeer
 ZBC De Terp, Capelle a/d IJssel
 ZBC De Terp, Groningen
 ZBC Hanzekliniek, Groningen
 ZBC Hanzekliniek, Heerenveen
 ZBC Medisch Wellness Centrum Zeeland, Goes
 ZBC MultiCare, Hilversum
 ZBC Paulus van Loo KNO, Harmelen
 ZBC Stichting KNO Het Gooi e.o., Hilversum
 ZBC Stichting Plastische Chirurgie het Gooi, Hilversum
 Zelfstandig Behandelcentrum Bosch en Duin B.V., Bosch en Duin

* Twee of meerdere locaties

Bijlage 2

Lijst van privéklinieken opgenomen in het onderzoek

ABC Clinic, Breda
ACCZ | A Klinieken, Zevenaar
ACCZ | A Klinieken, Groningen
ACCZ | A Klinieken, Huis ter Heide
Al-Gitaan Stichting Moslim Besnijdenis, Rotterdam
Al-Gitaan St Moslim Besnijdenis Rijnmond, Vlaardingen
Al-Gitaan Stichting Moslim Besnijdenis Rijnmond, Boxtel
Al-Gitaan Besnijdenis Kliniek Rijnmond-Holystaete, Vlaardingen
Alizonne, Meijel
Alizonne, Vught
Arcus Cosmetisch Centrum, Uden
Bariatrisch Centrum Zuid West Nederland, Bergen op Zoom
Besnijdenis Centrum Nederland, Abcoude
Besnijdenis Kliniek Noord, Groningen
Boerhaave Medisch Centrum, Amsterdam
Care Medical Services Holland B.V., Amsterdam
Cavari Clinics, Groningen
Chirurgisch Esthetisch Centrum Friesland, Leeuwarden
Centrum Hyperthermie, Amsterdam
Clinic 28 / Medicosmetics, Den Haag
Clinic 28 / Medicosmetics, Arnhem
Contour Kliniek Nederland, Bussum
Correct Vision, Alkmaar
Esthegi, Oosterbeek
De Clinique, 's-Hertogenbosch
Polikliniek De Weegschaalhof, Rotterdam
DermaZcare, Amsterdam
DermaClinic, Groningen
DermaClinic, Zwolle
Dr. Binkhorst Eye Center, Oostbrug
Dr. Keulen Kliniek, Tilburg
Dr. Keulen Kliniek, Schimmert
Drs. Fr. De Mari, Amsterdam*
Drs. Fr. De Mari, Landsmeer
Drs. Fr. De Mari, Volendam
Drs. Fr. De Mari, Purmerend
Drs. Fr. De Mari, Wormermeer
Parkstad Kliniek, Amsterdam
Easy Cosmetics, Amsterdam

Elzen Kliniek, Naarden-Vesting
EMC Tergooiziekenhuizen, Hilversum
Excimer Laser Centrum Nijmegen, Nijmegen
Polikliniek Flebologie Terwolde, Terwolde
Flevoclinic Almere, Almere
Haartransplant, Rotterdam
Haartransplantatiekliniek Theo Zantman VOF, Rotterdam
Hearts4People, Amsterdam
Helon Huid- en Laserkliniek Oost Nederland, Hengelo
Hyperbaar Zuurstof Centrum Rijnmond B.V., Zwijndrecht
Intermedica Kliniek, Geldermalsen
International Vision Centers, Amsterdam
Janssen Oosterwijk Kliniek B.V., Oosterwijk
Kliniek Laurium, Linschoten
Laser Company, Hoofddorp
Laser Skin Clinics, Bussum
Laser Skin Clinics, Zwolle
Lipocentrum Maastricht, Maastricht
MedCentric, Oostbrug
Mediconsult, Haarlem
Medisch Centrum Rotterdam Kralingen, Rotterdam
Medisch Center Sanit, Huissen
Medisch Cosmetisch Instituut Intranos B.V., Alkmaar
Medisch Laser Centrum, Amsterdam
Nederlandse Obesitas kliniek, Hilversum
Nederlandse Obesitas kliniek, Amsterdam
Nederlandse Obesitas kliniek, Beverwijk
Nederlandse Obesitas kliniek, Den Haag
Nederlandse Obesitas kliniek, Eindhoven
Nederlandse Obesitas kliniek, Velp
Oogartsen Maatschap Roosendaal, Roosendaal
Oogkliniek De Horsten, Wassenaar
Oogkliniek Zuid Limburg, Maastricht
Ooglaser Centrum Drechtsteden, Papendrecht
Oogziekenhuis Focuskliniek, Rotterdam
Oosteinde Walborg Kliniek, Amsterdam
Optical Express, Amsterdam
Optical Express, Eindhoven
Oranje Kliniek Vathorst, Amserfoort
Orbis Mooi / Maasland Esthetica, Sittard-Geleen
Pellegrinus BV, Schiedam
Plastisch cosmetisch Centrum Spaarne, Heemstede
Medikliniek locatie Rosmalen, Rosmalen
Medikliniek Crailo, Bussum

Medikliniek Crailo, Loenen a/d Vecht
 Polikliniek voor Flebologie en Proktologie, Delden
 Praktijk Diana Gabriels, Barendrecht
 Praktijk Michail, Horst
 Retina Total Eye Care, Driebergen
 Rijnsicht Oogkliniek, Oegstgeest
 Rugkliniek Ipreburg, Veenhuizen
 SanaDerm, Hoorn
 Severs Clinic, Amsterdam
 Stichting Orthopedisch Centrum Zuid Nederland, Breda
 Stichting Prof. Hennemann Kliniek, Spijkenisse
 Masallah Besnijdeniskliniek, Amsterdam
 Wever Facial Plastics, Wassenaar
 Van Raath Kliniek, Leusden
 VermoeidheidCentrum, Lelystad
 Xpert Clinic Eindhoven, Eindhoven
 Xpert Clinic Enschede, Enschede
 Xpert Clinic Hilversum, Hilversum
 Xpert Clinic Rotterdam, Rotterdam
 Xpert Clinic Velp, Velp
 Xpert Clinic Zeist, Zeist
 Zorgpraktijk Avenue Carnisse voor Dermatologie en Plastische chirurgie, Barendrecht

* Twee of meerdere locaties

Bijlage 3

Lijst van medisch diagnostische centra opgenomen in het onderzoek

ATAL Medisch Diagnostisch Centrum, Amsterdam
 ATAL-Medial, Hoofddorp
 Cardio Centrum Goes, Goes
 Cardiologie Centrum Almere, Almere
 Cardiologie Centrum Amsterdam Zuid, Amsterdam
 Cardiologie Centrum Hoogvliet, Hoogvliet
 Cardiologie Centrum IJmond, IJmuiden
 Cardiologie Centrum Rotterdam, Rotterdam
 Cardiologie Centrum Utrecht, Utrecht
 Cardiologie Centrum Voorschoten, Voorschoten
 Cardiologie Centrum Zeeland, Middelburg
 DC Klinieken Rotterdam, Rotterdam
 DC West-Friesland, Hoorn
 DC Pijncentrum Roermond, Roermond
 DCB Twenthecentrum, Almelo
 Diagnostiek voor U, Panningen
 Diagnostiek voor U, Eindhoven
 Diagnostiek voor U, 's-Hertogenbosch
 Diagnostisch Centrum Alkmaar, Alkmaar
 Diagnostisch Centrum Almere, Almere
 Diagnostisch Centrum Amsterdam, Amsterdam
 Diagnostisch Centrum DiaSana, Mill
 Diagnostisch Centrum Haaglanden, Den Haag
 Diagnostisch Centrum Maastricht, Maastricht
 Diagnostisch Centrum Prenataal, Den Haag
 Diagnostisch Centrum Schiedam, Schiedam
 Diagnostisch Centrum Tilburg, Tilburg
 Diagnostisch Centrum Utrecht, Utrecht
 Diagnostisch Centrum Bernhoven, Oss
 Hartis, hartritme diagnostiek, Amsterdam
 Mitralis Diagnostisch Centrum, Kerkrade
 Nederlands Centrum voor Stofwisselings Diagnostiek, Huissen
 Procolo, Amsterdam
 Regionaal Diagnostisch Centrum Echt, Echt
 SCAL Medisch Diagnostisch Centrum, Leiden
 St. Antonius Cardicare, Blaricum
 STAR Medisch Diagnostisch Centrum, Rotterdam
 Starlet, Stichting Artsenlaboratorium en Trombosedienst Alkmaar, Alkmaar
 Stichting Cardiologie Amsterdam, Amsterdam

Stichting Cardiologie Geervliet, Amsterdam
Stichting Cardiologie Heelsum, Heelsum
Stichting Cardiologie Landsmeer, Landsmeer
Stichting Cardiologiecentrum Care for Heart, Zoetermeer
Stichting Cardiozorg, Amsterdam
Stichting MRI Diagnostiek, Amsterdam
Stichting MRI Diagnostiek, Rotterdam
Stichting MRI Diagnostiek, 's-Hertogenbosch
Stichting MRI Diagnostiek, Breda
Stichting MRI Diagnostiek, Groningen
Stichting Trivium Diagnostiek, Etten-Leur