



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Het resultaat telt  
particuliere klinieken

2015



# Inhoudsopgave

	<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
	<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
	<b>Inleiding</b>	<b>11</b>
	<b>Toezicht, handhaving en maatregelen</b>	<b>16</b>
<b>1</b>	<b>Algemeen</b>	<b>23</b>
<b>2</b>	<b>Kwetsbare groepen (zorgzwaarte)</b>	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>Zorg</b>	<b>39</b>
<b>4</b>	<b>Infecties</b>	<b>47</b>
<b>5</b>	<b>Professionals</b>	<b>59</b>
	<b>Lijst met afkortingen</b>	
	<b>Bijlagen</b>	
	Bijlage 1: Indicator uitkomsten 2015 overige data	60
	Bijlage 2: Lijst van klinieken opgenomen in het onderzoek	66
	Bijlage 3: Klinieken die niet of niet tijdige data hebben aangeleverd voor 2015	77



## Voorwoord

De risico-indicatoren zijn bedoeld voor het besturen van de kliniek en voor het toezicht van de inspectie op de kliniek en de sector. Het geeft de bestuurder inzicht in de stand van zaken in zijn kliniek. Die bestuurder moet zich de vraag stellen: ben ik 'in control' op het gebied van patiëntveiligheid, kwaliteit en goede zorg voor wat betreft de uitkomst van deze indicatoren.

Op grond van de geanalyseerde indicatoren 2014 concludeerde de inspectie vorig jaar dat het beter gaat met de particuliere klinieken. Tegelijkertijd moest worden vastgesteld dat na jaren aandacht van de inspectie en de gebiedende vraag tot het nemen van verantwoordelijkheid voor het leveren van goede en veilige zorg, er altijd nog klinieken zijn die achterblijven. De noodzakelijke grote stap voorwaarts die naar aanleiding van het HRT 2014 werd verwacht, is in 2015 helaas uitgebleven. De volgende bevindingen benoem ik hierbij nadrukkelijk als voorbeeld. In 2014 werd in 86 procent van de 190 klinieken die aangaven operaties te hebben uitgevoerd, het stopmoment IV, 'de time-out' uitgevoerd en vastgelegd. In 2015 bleek geen verbetering waarneembaar. Slechts in 81 procent van de inmiddels 241 klinieken werd dit stopmoment uitgevoerd en vastgelegd. Weliswaar in absolute zin meer klinieken, maar verhoudingsgewijs, procentueel, loopt het verder uit de pas met de ziekenhuizen, die aanmerkelijk beter scoren. Kijken we naar de preoperatieve screening van patiënten op delier, dan gebeurde dat in 2013 slechts in 8 procent van de klinieken waar patiënten van 70 jaar en ouder worden geopereerd. Dit was in 2014 gestegen naar 28 procent en in 2015 was het 42 procent. Hoewel dit een flinke verbetering betreft, is het zorgelijk dat in 58 procent van de klinieken de screening niet plaats vond.

De inspectie is met de koepels en de wetenschappelijke verenigingen in gesprek over de kwaliteit- en veiligheidsvereisten voor de particuliere klinieken. Een aantal wetenschappelijke verenigingen heeft het voortouw genomen om een minimale set regels te ontwikkelen voor afspraken tussen particuliere klinieken en ziekenhuizen voor de opvang van patiënten met complicaties en bij calamiteiten die niet in de particuliere kliniek behandeld kunnen worden. Dit is een stap in de juiste richting. Ook de verantwoordelijkheid van beroepsgroepen voor breed gedragen en goede normen wil ik benadrukken, evenals het publiceren van deze normen. Bij het ontbreken van toereikende normen zal de inspectie, wanneer dit nodig is voor goede zorg, toetsen op een IGZ-handhavingsnorm<sup>[1]</sup>. Dit is sinds vorig jaar aan de orde voor invasieve behandelingen bij kinderen in particuliere klinieken – het Handvest kind en ziekenhuis en de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesie zijn daarvoor leidend. De inspectie gaat vanaf januari 2017 hierop toezien en handhaven.

---

[1] P. 10 van het IGZ-handhavingskader: Richtlijn voor transparante handhaving van december 2008, herzien januari 2013, [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

De inspectie is in 2015 gestart en in 2016 voortgegaan met het intensiveren van haar toezicht op de particuliere klinieken. De resultaten van het HRT 2015 vragen om een stevig vervolg, ook in 2017. Dit houdt in dat de inspectie meer onaangekondigde inspecties uitvoert. De inspectie is over de beheersing van de risico's, over de kwaliteit, veiligheid en goede zorg in deze klinieken in gesprek met de koepels, de (wetenschappelijke) verenigingen, de bestuurders en met de zorgverleners – nog intensiever dan in de voorgaande jaren. Ik roep deze bestuurders en professionals op hun verantwoordelijkheid te nemen en alsnog de vereiste stap voorwaarts te maken; de bal ligt bij hen.

Of zorg nu wordt geleverd in een kliniek of in een ziekenhuis, de patiënt moet er op kunnen rekenen dat overal binnen de medisch specialistische sector dezelfde normen en richtlijnen worden nageleefd. Om die reden zijn de basisset van de ziekenhuizen en de basisset van de particuliere klinieken inmiddels samengevoegd tot de 'Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren - voor ziekenhuizen en particuliere klinieken'. In juni 2016 is de eerste jaargang van deze gezamenlijke set gepubliceerd voor de uitvraag van de indicatoren over het jaar 2017. Eén Basisset betekent vanaf volgend jaar ook nog maar één HRT voor de gehele medisch specialistische sector. Een goede ontwikkeling in het toezicht op veilige en goede medisch specialistische zorg.

Mevrouw dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde,  
*Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg*

## Samenvatting

Het rapport 'Het Resultaat Telt (HRT) 2015 – Particuliere Klinieken' beschrijft de resultaten van de uitvraag van de risico-indicatoren over het jaar 2015. Deze samenvatting bevat de opvallende bevindingen en het antwoord op de vraag: wat gaat de inspectie doen?

De risico-indicatoren geven de inspectie informatie voor haar toezicht en geven de bestuurders inzicht in de kwaliteit en veiligheid van de verleende zorg in zijn instelling en hoe dit zich verhoudt tot andere instellingen. Let wel: de indicatoren geven een signaal, het zijn immers 'indicatoren'. Op basis van de uitkomst van deze indicatoren 2015 worden mogelijke risico's op onveiligheid en op te kort schietende zorg vastgesteld. Waar de grootste risico's zich lijken voor te doen, worden inspecties op locatie gedaan. De inspectie doet dit risicogestuurd, dit betekent dat er op basis van een inschatting van de ernst van de risico's een prioritering wordt aangegeven. De inspectie vraagt daarbij ook aan de bestuurder wat deze heeft gedaan met de uitkomsten van de indicatoren en of dit heeft geleid tot maatregelen. Oftewel: is de signalering nog actueel. Na het bezoek vraagt de inspectie de bestuurder, indien nodig, maatregelen te nemen voor verbetering. De inspectie verwacht, en dit is ook haar ervaring, dat bestuurders hun verantwoordelijkheid nemen en zelf maatregelen treffen. Zo niet, dan treedt de inspectie op en neemt zij maatregelen. Waar verbetering uitblijft en/of waar de risico's groot zijn, gaat de inspectie proportioneel over tot (bestuurlijke) maatregelen. De maatregel kan een bevel, een aanwijzing (bevoegdheid inspectie Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)) of verscherpt toezicht zijn.

In totaal hebben 429 klinieken (locaties) de indicatoren over het verslagjaar 2015 aangeleverd. Voor 2015 werd geen onderscheid meer gemaakt tussen particuliere klinieken en medisch diagnostische centra. Ondanks herinneringen hebben elf klinieken (locaties) niet of niet tijdig de data aangeleverd. Deze klinieken (locaties) zijn bezocht.

### Conclusie

De inspectie concludeert op basis van de analyse van de risico-indicatoren 2015 dat het in absolute zin beter gaat – meer klinieken voldoen aan elementen van de risico-indicatoren. Echter verhoudingsgewijs, procentueel, is van een achteruitgang sprake. Zoals bij het maken van afspraken met een ziekenhuis voor calamiteiten en complicaties of zorg die de setting van een particuliere kliniek overstijgt. Dit geldt ook voor het uitvoeren en vastleggen van stopmoment IV, de time-out en het meten van patiënttevredenheid. Ook op andere onderdelen, zoals de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, infecties en infectiepreventie, en de kwetsbaarheid en zorgzwaarte van patiënten bij invasieve ingrepen: de preoperatieve screening van ASA-klasse, BMI en delier (bij patiënten van 70 jaar en ouder) moet de uitvoering beter. Verder komt het nog steeds voor dat orthopedische-, oog- en borstimplantaten ingebracht worden in een operatiekamer die geen klasse 1 is, terwijl dit wel is vereist.

Voor wat betreft de registratie van implantaten, het gebruik van de richtlijn of protocol tromboseprofyaxe en de operationalisering van een systeem van jaargesprekken, visitatie, IFMS en de regeling disfunctioneren voor medisch specialisten gaat het steeds beter.

### **Toezicht, handhaving en maatregelen**

De inspectie is in 2015 gestart en in 2016 voortgegaan met het intensiveren van haar toezicht op de particuliere klinieken. De resultaten van het HRT 2015 vragen om een stevig vervolg ook in 2017. Dit houdt in dat de inspectie meer onaangekondigde inspecties uitvoert. De inspectie is over de beheersing van de risico's, over de kwaliteit, veiligheid en goede zorg in deze klinieken in gesprek met de koepels, de (wetenschappelijke) verenigingen, de bestuurders en met de zorgverleners – nog steviger dan in de voorgaande jaren.

Dit betekende bijvoorbeeld voor 2016 dat in plaats van de jaarlijkse 20 algemeen toezichtbezoeken, nu 30 klinieken een algemeen toezichtbezoek kregen. Daarnaast kregen 25 klinieken een onaangekondigd bezoek in het kader van 'Toezicht Infectiepreventie/Toezicht Operatief Proces' (TIP/TOP). Dit vond plaats naast de onaangekondigde bezoeken aan nieuwe toetreders, follow-up bezoeken, onderzoeken naar calamiteiten, bezoeken naar aanleiding van zorgelijke signalen waaronder informatie uit het incidententoezicht. Verder vonden er gefocuste bezoeken plaats op de thema's governance, stopmomenten en antibioticaprofylaxe TOP en het Convenant Medische Technologie.

De inspectie handhaaft daar waar niet wordt voldaan. Mocht de inspectie in haar bezoeken onverantwoorde zorg aantreffen dan neemt zij maatregelen. Het IGZ-handavingskader – Richtlijn voor transparante handhaving van december 2008, herzien januari 2013 is hiervoor leidend. De inspectie zal op basis van de risico's doelgericht en proportioneel handhaven. Het uitgangspunt is vertrouwen in de bestuurders. De inspectie gaat ervan uit dat zij invulling geven aan hun primaire verantwoordelijkheid; goede zorg leveren. Echter, de historie laat zien dat een aantal bestuurders deze verantwoordelijkheid niet of onvoldoende waarmaakt.

De inspectie wil niet alle bestuurders en klinieken over één kam scheren. De inspectie stelt vast dat een aantal klinieken goed op weg zijn met goede zorg.

Echter het kan niet zo zijn dat een patiënt zich in vertrouwen tot een kliniek wendt en dat aan een aantal essentiële vereisten niet wordt voldaan waaronder:

- Samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis: bestuurders dienen voor hun kliniek afspraken, een overeenkomst te hebben met een ziekenhuis voor de opvang van complicaties, calamiteiten of zorg die de setting van de particuliere kliniek overstijgt. De bestuurders van 66 klinieken gaven aan geen schriftelijke en ook geen mondelinge afspraken te hebben met een ziekenhuis ingeval van complicaties, calamiteiten of zorg. De inspectie toetst op het nemen van bestuurlijke verantwoordelijkheid waaronder aantoonbaar inspanningen leveren om tot afspraken te komen. Inmiddels heeft een aantal wetenschappelijke verenigingen het voortouw genomen om een set minimale regels te ontwikkelen die vervolgens getoetst wordt bij de individuele wetenschappelijke verenigingen en een indicator (door) ontwikkeling volgt voor de basisset 2018.



- Kwaliteitskeurmerk: een kwaliteitskeurmerk/certificaat draagt bij aan transparantie en aan het proces van bewaken, beheersen en verbeteren van de aangeboden en geleverde zorg. Er zijn 91 klinieken die hebben aangegeven niet over een kwaliteitscertificaat te beschikken. De inspectie toetst de wijze waarop de bestuurder de kwaliteit en veiligheid van zijn instelling systematisch meet, analyseert/evalueert en verbetert. Een plan do check act cyclus is noodzakelijk.
- Patiënttevredenheid: voor patiëntgerichtheid en kwaliteitsverbetering is het vragen naar patiëntervaringen onontbeerlijk. Het meten van patiënttevredenheid geeft vanuit patiëntenperspectief richting aan het verder verbeteren van de zorgverlening. Op welke wijze bestuurders de uitkomsten van de door de kliniek geleverde zorg meten, is voor de 65 klinieken waarvan de bestuurders hebben aangegeven de patiënttevredenheid niet te onderzoeken onbekend. Van ‘de patiënt centraal’ is zo geen sprake. Het meten van patiënttevredenheid helpt problemen in de zorgverlening op te sporen. De inspectie toetst op de bestuurlijke intentie en het vermogen om hieraan gevolg te geven.
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling: zorgaanbieders/bestuurders van 97 instellingen nemen hierin niet hun bestuurlijke en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Toetsing vindt plaats op het nemen van bestuurlijke verantwoordelijkheid voor het signaleren en melden van huiselijk geweld en kindermishandeling volgens de meldcode die daarvoor faciliteert en verplichtend is.
- Kwetsbaarheid en zorgzwaarte van patiënten: voor invasieve ingrepen zijn het vaststellen van de ASA classificatie, het vaststellen van de BMI en het screenen van patiënten van 70 jaar en ouder op het risico van een delier noodzakelijk om verantwoorde en goede zorg te kunnen geven. Indien nodig moeten deze patiënten worden doorverwezen naar een ziekenhuis waar de patiënt op de juiste plek is. De praktijk in particuliere klinieken voldoet hier echter nog steeds niet aan.
- Patiënten jonger dan achttien jaar: voor invasieve ingrepen van patiënten onder de achttien jaar is in principe geen plaats in particuliere klinieken. De minimumleeftijd voor een cosmetische ingreep zonder medische noodzaak is, volgens de richtlijnen van de beroepsorganisaties voor cosmetische artsen en plastisch chirurgen, achttien jaar. De inspectie heeft bestuurders en professionals gevraagd zich hieraan te houden. De inspectie ziet hierop toe en toetst dit in onaangekondigde bezoeken. Indien niet wordt voldaan aan de vereisten treedt de inspectie op en neemt zij maatregelen. Gezien het ontbreken van hiervoor toereikende veldnormen voor particuliere klinieken en gezien voorwaarden voor goede zorg heeft de inspectie besloten te handhaven middels een IGZ-handhavingsnorm<sup>[2]</sup>. Het handvest Kind & Ziekenhuis is leidend evenals de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie.
- Procedurele sedatie: in 2012 heeft de inspectie minimumeisen voor verantwoorde zorg bij de toepassing van sedatie buiten de OK gepubliceerd. Van de klinieken die procedurele sedatie toepassen gaven, op één kliniek na, de klinieken aan te werken volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie. Echter, in negen van de 47 klinieken

---

[2] Zie p. 10 van het IGZ-handhavingskader: Richtlijn voor transparante handhaving van december 2008, herzien januari 2013, [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

(negentien procent) was geen lokale, noch een externe Procedurele Sedatie Analgesie (PSA) commissie actief. Deze commissie is nodig om de kwaliteit en veiligheid met betrekking tot procedurele sedatie te borgen. De inspectie verwacht dat deze klinieken dit onverwijld op orde brengen en neemt na verificatie corrigerende en/of bestuursrechtelijke maatregelen.

- Stopmoment time-out: de time-out procedure is een veiligheidsnorm. Dat na al die jaren waarin bekend is dat de time-out levens redt en schade voorkomt er nog steeds klinieken zijn waar de time-out niet geïmplementeerd is en uitgevoerd wordt, is onbegrijpelijk. De inspectie neemt na verificatie corrigerende en/of bestuursrechtelijke maatregelen.
- Registratie postoperatieve wond infecties (POWI): bij 9,5 procent (28 klinieken) van de 297 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden werden niet alle patiënten structureel gecontroleerd op een POWI. Dit is een verslechtering ten opzichte van 8,8 procent (23 klinieken) in 2014.  
Van de 297 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden, gaf 9,8 procent (29 klinieken) aan geen POWI's te registreren, dit is een verslechtering ten opzichte van 6,5 procent in 2014. Registratie van POWI's, analyseren en verbeteracties zijn onontbeerlijk voor goede zorg. De inspectie neemt na verificatie corrigerende en/of bestuursrechtelijke maatregelen.
- Infectierisico en kwalificatie behandelruimten: in het afgelopen jaar is getoetst of bestuurders zich houden aan de richtlijnen van de WIP en de wetenschappelijke verenigingen inzake de bouwkundige omstandigheden waarin operaties worden uitgevoerd. De inspectie vindt het onbegrijpelijk dat nog steeds ingrepen plaats vinden in omstandigheden die niet voldoen aan WIP-vereisten en aan de vereisten van de wetenschappelijke vereniging. De inspectie handhaaft hierop. In de afgelopen periode heeft een aantal klinieken zelf of op aanzeggen van de inspectie de behandelingen opgeschort totdat voldaan werd aan de vereisten.
- Functioneringsgesprekken/een vorm van individueel functioneren medisch specialisten (IFMS), regeling disfunctioneren, visitatie medische specialisten, visitatie cosmetische artsen: klinieken zonder zicht op functioneren professionals en geen beleid hebben ten aanzien van het disfunctioneren van professionals zijn een risico voor de patiënt. De bestuurders zijn niet in control en de inspectie handhaaft conform haar handhavingskader.

De inspectie komt op basis van de resultaten van de bezoeken aan klinieken tot het volgende. Uit de bezoeken blijkt dat klinieken zich weinig spiegelen aan de uitkomsten van de eigen indicatoren en aan de uitkomsten van andere klinieken. Het blijkt dat het inspectietoezicht voor een aantal klinieken noodzakelijk is om tot verbetering te komen. De inspectie komt hieraan tegemoet.

# Inleiding

Indicatoren zijn voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) een belangrijk middel om risico's in de zorg op te sporen. De ontwikkeling en analyse van deze indicatoren zijn onderdeel van toezichtactiviteiten van de inspectie en gericht op 'goede' zorg<sup>[3]</sup>. In wet- en regelgeving en in landelijke afspraken staat waar zorg aan moet voldoen om te kunnen spreken van goede zorg. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en de inspectie monitoren de 'goede' zorg ondermeer via indicatoren.

De zorg in particuliere klinieken kenmerkt zich ondermeer door electieve (planbare volume) zorg waarbij geen noodzaak is voor medebehandeling of van toegankelijkheid tot intensive care zorg (IC) en medium care zorg (MC). In particuliere klinieken kunnen geen patiënten worden onderzocht en behandeld die vanwege comorbiditeit en risico's op complicaties mogelijk directe toegang nodig hebben tot IC/MC zorg en waarbij medebehandeling en expertise nodig is van andere specialismen, waarin in de particuliere kliniek niet is voorzien.

Begin januari 2016 is aan alle bij de inspectie bekende adressen van particuliere klinieken<sup>[4]</sup>, gevraagd om de risico-indicatoren over 2015 voor hun organisatie per locatie (verder: kliniek) in te vullen en bij de inspectie aan te leveren. De inspectie vindt het van belang om van particuliere klinieken systematisch informatie te krijgen over voorwaarden voor goede zorg. De indicatoren maken deel uit van het onderzoeksinstrumentarium waarmee op basis van risico-inschatting prioritering van het toezicht plaatsvindt. Het toezicht wordt hiermee risicogestuurd ingericht.

Alle klinieken zijn gevraagd om indicatoren over het verslagjaar 2015 aan te leveren aan de inspectie. Ondanks herinneringen hebben acht klinieken geen data aangeleverd en vier klinieken te laat data aangeleverd (zie bijlage 3). Het totaal aantal klinieken waar dit rapport over rapporteert, bedraagt 429 klinieken. De medisch diagnostische centra zijn hier onderdeel van.

## Uitgangspunten

- Een indicator geeft een signaal over de (kwaliteit van de) zorg op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten.

Over een negatief signaal stelt de inspectie vragen, schriftelijk of tijdens een toezichtbezoek of gesprek. De inspectie oordeelt niet alleen op basis van de risico-

---

[3] Sinds 1 januari 2016 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van kracht. Art. 2 Wkkgz spreekt over 'goede zorg'. 'De zorgaanbieder biedt goede zorg aan.' Hieronder wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. In 2015 was het de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ), art. 2 KWZ spreekt van verantwoorde zorg. De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan.

---

[4] Particuliere klinieken is de verzamelnaam voor Zelfstandig Behandel Centra/instellingen voor medisch-specialistische zorg, privéklinieken en medisch-diagnostische centra waar biometrisch en/of beeldvormend onderzoek wordt uitgevoerd.

indicatoren over een kliniek, zij baseert zich tevens op uitkomsten van incidenten-toezicht en risicotoezicht.

- *Instellingen maken zelfresultaten openbaar.*

De gekozen indicatoren geven zonder nadere uitleg geen goed beeld van de zorg in een individuele kliniek, bijvoorbeeld omdat het zorgaanbod en de patiëntenpopulaties per kliniek verschillen. Om die reden wordt aan de klinieken gevraagd om de eigen resultaten 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 het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering een doel. De inspectie gaat ervan uit dat de uitkomsten van de registratie van de risico-indicatoren in de klinieken ook worden gebruikt als informatie om processen te bijstellen en te monitoren.

- *De basisset is een ontwikkelingsmodel.*

Een indicatorenset is nooit af. De ontwikkeling van een indicator is afhankelijk van de resultaten van de particuliere klinieken. Indicatoren die niet meer relevant of niet meer onderscheidend zijn, worden na verloop van tijd door andere indicatoren vervangen of aangepast.

De basisset ziekenhuizen en de basisset particuliere klinieken zijn samengevoegd tot de 'Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren – voor ziekenhuizen en particuliere klinieken.' In juni 2016 is de eerste jaargang gepubliceerd voor de indicatoren 2017.

Algemene informatie over indicatoren en het laatste nieuws vindt u op [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

### **Samenwerking**

De basisset is tot stand gekomen in samenwerking tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie), de Federatie Medisch Specialististen (Federatie), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG), de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde (NVKNO), de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM), de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL), waarbij elke partij een eigen verantwoordelijkheid heeft.

## **Methodiek**

### ***Dataverzameling en analyse***

Aan bij de inspectie bekende adressen van particuliere klinieken is een brief gestuurd waarin is gevraagd de basisset particuliere klinieken 2015 in te vullen en deze gegevens voor 1 maart 2016 aan de inspectie aan te leveren. Om het aanleveren van de data te vergemakkelijken werd een digitale vragenlijst ontwikkeld.

In maart 2016 publiceerde de inspectie het rapport 'Toezicht particuliere klinieken 2014: De schouders eronder!'. Hierin staat dat de inspectie constateerde dat 40 procent van de gevraagde klinieken foutieve gegevens had aangeleverd. Ook over 2015 ontving de inspectie data waarvan de inspectie zich in alle rede afvraagt of deze kloppen. Soms is dit overduidelijk niet het geval, bijvoorbeeld de kliniek die '12345678' had ingevuld bij het aantal behandelingen. Deze kliniek werd bezocht door de inspectie en inderdaad bleken deze data onjuist. In sommige gevallen is dit echter minder duidelijk. De inspectie heeft ervoor gekozen om, net als vorig jaar, de data te verwerken zoals aangeleverd. De inspectie heeft de data niet vooraf geverifieerd of gecorrigeerd, met uitzondering van het cijfer zoals hierboven benoemd. Doordat klinieken de selectievragen niet altijd juist en/of consequent beantwoorden, wisselt soms het aantal klinieken dat, de onder een selectievraag liggende, subvragen heeft ingevuld.

### ***Inspectietoezicht***

De risicobeoordeling van de klinieken voert de inspectie in drie stappen uit. Stap 1: aan de hand van de aangeleverde data wordt bepaald of er enkelvoudige uitkomsten zijn die duiden op mogelijke risico's voor de patiëntveiligheid, zodanig dat het direct starten van onderzoek door de inspectie noodzakelijk is. Stap 2: de inspectie stelt op basis van de analyse van alle aangeleverde gegevens vast welke uitkomsten nadere verkenning behoeven. Stap 3: deze uitkomsten, gecombineerd met de bij de inspectie bekende gegevens uit het incidententoezicht en andere signalen, bepalen de keuze voor de te inspecteren particuliere klinieken. Met deze aanpak richt de inspectie zich op die klinieken waar de grootste risico's zijn. Steekproefsgewijs worden ook klinieken bezocht die niet tot de risicovolle klinieken behoren voor verificatie van de data en voor het toezicht op goede zorg.

### ***Risicoprofiel***

De inspectie heeft in het voorjaar van 2016 alle wetenschappelijke verenigingen gevraagd om een risicoprofiel op te stellen. Het risicoprofiel is een samenstelling van de belangrijke risico's voor de kwaliteit en veiligheid van goede zorg die professionals in hun vakgebied zien. Het doel van het risicoprofiel is tweeledig.

- 1 Het dient als 'gemeenschappelijke taal' bij het ontwikkelen en de uiteindelijke keuze van nieuwe indicatoren;
- 2 Het dient als 'toetsinstrument' om bestaande indicatoren te toetsen, te verwijderen of eventueel aan te passen.

In 2012 heeft de inspectie dit risicoprofiel voor de eerste keer op deze wijze uitgevraagd bij de destijds aan de Orde van Medisch Specialisten verbonden wetenschappelijke verenigingen. Dit profiel was opgesteld vanuit ‘ziekenhuisperspectief’. Inmiddels is een deel van de medisch specialistische zorg verplaatst naar particuliere klinieken, en dat geldt ook voor de risico’s die met deze zorg gepaard gaan. Om een actueel beeld van risico’s in de zorg te verkrijgen, achtte de inspectie het van belang dat een nieuw risicoprofiel werd opgesteld. Daarom is in het voorjaar van 2016 aan alle wetenschappelijke verenigingen en enkele V&VN afdelingen wederom gevraagd om een risicoprofiel op te stellen, bezien vanuit verschillende niveaus (organisatorisch, uitvoerend) en rekening houdend met de locatie (particuliere kliniek en/of ziekenhuis). Deze risico’s zijn met alle wetenschappelijke verenigingen besproken en in de zomer van 2016 heeft de inspectie alle afzonderlijke risicoprofielen gecombineerd tot één bundeling van risico’s. De wetenschappelijke verenigingen benoemen weinig risico’s in de particuliere klinieken. De inspectie zal dit met de wetenschappelijke verenigingen verder exploreren. Zo heeft een eerste bijeenkomst plaatsgevonden met als thema ‘doorontwikkelen indicatoren particuliere klinieken’. Hierbij heeft een aantal wetenschappelijke verenigingen het voortouw genomen om een minimale set regels te ontwikkelen voor afspraken tussen particuliere klinieken en ziekenhuizen voor de opvang van patiënten met complicaties en bij calamiteiten die niet in de particuliere kliniek behandeld kunnen worden.

Hoewel steeds meer medisch specialistische zorg ook in particuliere klinieken wordt aangeboden, constateert de inspectie dat de aandacht van het veld voor risico’s niet evenredig lijkt te zijn meegegroeid. Deels is dit zichtbaar in de aanlevering van de risicoprofielen, want veel risico’s zijn door de verenigingen vanuit ‘ziekenhuisperspectief’ beschreven en niet of nauwelijks van toepassing voor particuliere klinieken. De inspectie benadrukt het uitgangspunt dat ongeacht waar de medisch specialistische zorg wordt geleverd, de zorg moet voldoen aan dezelfde normen en richtlijnen. De randvoorwaarden waaronder de zorg geleverd wordt, kunnen echter wel per locatie verschillen. Daarom kan een zeer riskante behandeling (hoog risico) onder de randvoorwaarden van een particuliere kliniek niet en onder de randvoorwaarden van een ziekenhuis wel veilig worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld omdat in een ziekenhuis meer specialistische bewaking van de patiënt mogelijk is. De inspectie acht het van belang dat het veld ook zelf de verantwoordelijkheid neemt om te voldoen aan de minimale kwaliteitseisen, ongeacht of de zorg geleverd wordt in een ziekenhuis, dan wel in een particuliere kliniek. Eén van de acties van de inspectie in vervolg op dit uitgangspunt was het ontwikkelen van één basisset medisch specialistische zorg. Tot genoegen van de inspectie is besloten met de samenwerkingspartners dat vanaf 2017 de Basisset ziekenhuizen en Basisset particuliere klinieken samengevoegd tot de Basisset Medisch Specialistische Zorg (MSZ)<sup>[5]</sup>. De Basisset MSZ kwaliteitsindicatoren is een samenvoeging van de indicatoren die eerder werden gepubliceerd in de Basisset ziekenhuizen en de Basisset particuliere klinieken. De inspectie stelt jaarlijks een set

---

[5] [http://www.igz.nl/Images/20160726%20IGZ-Basisset%20MSZ%202017%20digitale%20versie%20\(enkel\)\\_tcm294-377263.pdf](http://www.igz.nl/Images/20160726%20IGZ-Basisset%20MSZ%202017%20digitale%20versie%20(enkel)_tcm294-377263.pdf)

kwaliteitsindicatoren op in samenwerking met de Federatie Medisch Specialisten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Dat gebeurt onder regie van de inspectie. Voor Basisset MSZ 2017 is voor het eerst ook inbreng gevraagd aan Zelfstandige Klinieken Nederland.

### **Leeswijzer**

Het resultaat telt (HRT) particuliere klinieken 2015 is als volgt opgebouwd. Na de algemene inleiding volgt het hoofdstuk 'toezicht, handhaving en maatregelen', waarin de inspectie uiteenzet op welke wijze zij haar toezicht vorm geeft en handhaaft. Vervolgens wordt in hoofdstuk 1 inzicht gegeven in de sector, met diverse kengetallen en de uitvraag over samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis, kwaliteitscertificaten en de patiënttevredenheid. Hierna volgen de inhoudelijke hoofdstukken 2 tot en met 5, waarin achtereenvolgens de kwetsbare groepen (zorgzwaarte), zorg, infecties en professionals als aparte hoofdstukken zijn beschreven. Elk hoofdstuk is gelijk opgebouwd; eerst staan de indicatoren benoemd waar het hoofdstuk over gaat met een korte inleiding. Vervolgens zijn de belangrijke bevindingen die acties en maatregelen van de bestuurders, professionals en de inspectie vereisen als kernbevindingen beschreven. Elk inhoudelijk hoofdstuk wordt afgesloten met de overige bevindingen van de betreffende indicatoren. Tot slot is een afkortinglijst beschreven, waarna de bijlagen volgen. In bijlage 1 staan alle indicatoruitkomsten 2015. Bijlage 2 en 3 bevatten de klinieken die respectievelijk zijn opgenomen in het onderzoek en klinieken die niet(-tijdig) de data hebben aangeleverd.

# Toezicht, handhaving en maatregelen

## Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de toezichtssystematiek en handhaving voor het toezicht op de particuliere klinieken toegelicht. Het toezicht op de particuliere klinieken bestaat uit twee vormen, het incidententoezicht en het risicotoezicht. In het incidententoezicht (IT) wordt inspectieonderzoek uitgevoerd naar aanleiding van calamiteitenmeldingen, andere (incident)meldingen en signalen. In het risicotoezicht (RT) wordt het toezicht op de klinieken op basis van risico's, risicogestuurd, uitgevoerd. Bij alle nieuwe particuliere klinieken, de nieuwe toetreders, worden inspectiebezoeken afgelegd, zonder dat hierbij vooraf een risicoafweging wordt gemaakt.

Aangezien de indicatoruitkomsten een belangrijke rol spelen binnen het risicotoezicht en het 'HRT particuliere klinieken' deze indicatoruitkomsten bespreekt, wordt dit type toezicht hier nader toegelicht.

## Risicotoezicht

Naast het hierboven genoemde incidententoezicht, worden jaarlijks onaangekondigde inspecties bij particuliere klinieken uitgevoerd. Dit kunnen algemene inspectiebezoeken zijn waarbij een organisatie in de volle breedte wordt geïnspecteerd of inspectiebezoeken waarbij een specifiek thema wordt getoetst. De algemene onaangekondigde inspectiebezoeken worden binnen de inspectie vooraf gepland, waarbij klinieken worden geselecteerd op basis van een geschat risico met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. Het geschatte risico komt tot stand door de informatie met betrekking tot kwaliteit en veiligheid uit verschillende informatiebronnen in een risicomodel te wegen en te combineren tot een risicoscore.

Het door de inspectie structureel verzamelen en uitvragen van informatie aangaande de kwaliteit van de geleverde zorg, vindt plaats middels de uitvraag 'Risico-indicatoren basisset particuliere klinieken'. Jaarlijks leveren de particuliere klinieken de resultaten van deze indicatoren aan. Deze resultaten worden jaarlijks door de inspectie gepubliceerd in het HRT. Uit alle indicatoren is een selectie gemaakt van indicatoren die een belangrijk signaal voor de kwaliteit van zorg en/of de organisatie kunnen zijn. Zowel medisch inhoudelijke als organisatorische indicatoren maken deel uit van deze selectie. Deze indicatoren worden in een risicomodel gewogen naar het type behandelingen dat een instelling uitvoert en naar combinaties van andere indicatoruitkomsten. Dit wordt gecombineerd met informatie uit andere informatiebronnen<sup>[6]</sup> tot één integrale risicoscore. Op basis van deze risicoscore of indicator-risicoscore worden klinieken geselecteerd voor een onaangekondigd toezicht-

---

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



bezoek. Uiteraard worden, indien daar aanleiding toe is, direct inspecties uitgevoerd. Zie figuur 1 voor het selectieproces van toezichtbezoeken.

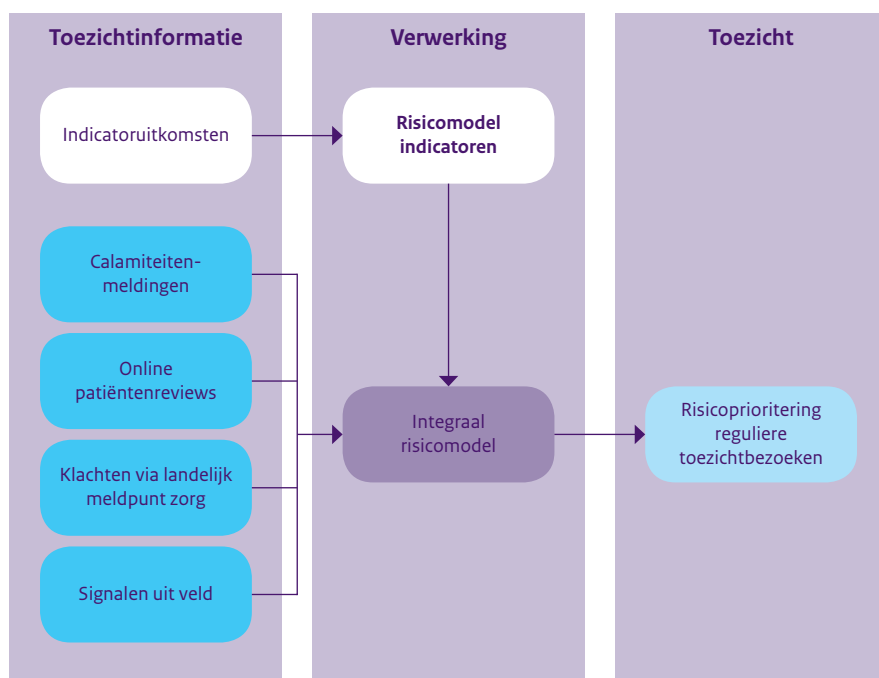
Naast deze klinieken wordt een aantal klinieken geselecteerd met een lage risicoscore. Enerzijds is dit ter verificatie van de aangeleverde informatie uit de indicatoren en anderzijds om te voorkomen dat klinieken met een lage risicoscore nooit bezocht worden.

Uit het bovenstaande blijkt, dat middels het risicotoezicht afwijkende indicatoruitkomsten worden onderzocht bij klinieken waar deze het hoogste risico opleveren. Deze werkwijze draagt bij aan een efficiënte inzet van inspectiecapaciteit.

Afwijkende indicatoruitkomsten worden ook gebruikt om thema's te selecteren voor thematische toezichtbezoeken. Zo werden in 2016 bezoeken afgelegd op de thema's bestuurlijke verantwoordelijkheid, Toezicht operatief Proces (TOP), Toezicht infectiepreventie (TIP) en Convenant Medische Technologie (CMT).

Figuur 1

Overzicht selectieproces toezichtbezoeken



### Handhaving

De indicatoren die deel uitmaken van het risicomodel geven niet alleen een indicatie van de kwaliteit van het betreffende indicatoronderwerp, maar de uitkomst is ook een signaal voor de kwaliteit van de totale instelling. Tijdens de onaangekondigde inspectiebezoeken (risicotoezicht) wordt, naast de algemene inspectieonderwerpen, extra aandacht aan de selectiesignalen besteed. Er dient zowel verificatie van het signaal over de kwaliteit van de zorg zelf als onderzoek naar de context waarbinnen het signaal is opgetreden, plaats te vinden. Het komt voor dat achteraf blijkt dat de resultaten van de indicatoren onjuist zijn aangeleverd, waardoor het signaal niet terecht blijkt te zijn. Slechte/onjuiste data-aanlevering wordt ook als signaal gezien, echter nader onderzoek is nodig alvorens handhavende maatregelen op te kunnen leggen.

Handhaving op afwijkende indicatoruitkomsten vindt, na verificatie, structureel plaats binnen het risicotoezicht, bij klinieken waar deze afwijkingen tot onacceptabele risico's leiden.

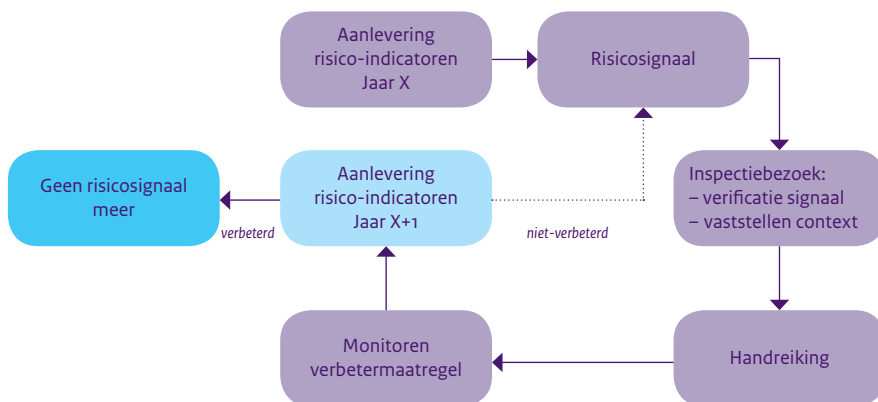
Indien naar aanleiding van inspectiebezoeken maatregelen zijn opgelegd, bewaakt de inspectie of noodzakelijke verbeteringen en implementatie voortvarend worden opgepakt. Het is de verantwoordelijkheid van iedere zorgaanbieder om wet- en regelgeving, (beroeps) normen, richtlijnen en standaarden na te leven, om risico's op gezondheidsschade zoveel mogelijk te beperken en de veiligheid van de patiënt zoveel mogelijk te vergroten. De inspectie verwacht dan ook dat bestuurders hun verantwoordelijkheid nemen om zaken op orde te brengen. Indien blijkt dat bestuurders in gebreke blijven, handhaaft de inspectie. Zij doet dit door gebruik te maken van de maatregelen die haar ter beschikking staan. Deze omvatten stimuleringsmaatregelen tot en met haar bevoegdheid tot het opleggen van (bestuurlijke) maatregelen, te weten boete, bevel, aanwijzing of verscherpt toezicht<sup>[7]</sup>. Doordat de indicatoren jaarlijks worden uitgevraagd, vindt er structureel monitoring van (verbeteringen van) de kwaliteit van zorg plaats. Zie figuur 2 voor de toezichtcyclus.

---

[7] IGZ\_handhavingskader – Richtlijn voor transparante handhaving – december 2008, herzien januari 2013, [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

Figuur 2

### Toezichtcyclus



Van de inspectie mag worden verwacht dat zij gericht, stringent en transparant toezicht houdt op de particuliere klinieken door onaangekondigde risicogestuurde inspecties, maar ook door het gesprek met bestuurders, koepels, (wetenschappelijke) verenigingen, zorgverleners en patiënten. De inspectie richt zich hierbij in eerste instantie tot de bestuurder aangezien de bestuurder verantwoordelijk is voor de kwaliteit en veiligheid binnen zijn organisatie en er op moet sturen dat professionals zich aan de richtlijnen en normen houden.

Met betrekking tot de verantwoordelijkheid van bestuurders ten aanzien van kwaliteit en veiligheid binnen hun instelling, verwacht de inspectie dat zij bij het verzamelen van de resultaten kijken of de instelling op koers ligt en zij, indien nodig, maatregelen nemen. Verder verwacht de inspectie dat bestuurders kennis nemen van de resultaten in 'Het resultaat telt particuliere klinieken', hun organisaties spiegelen aan deze resultaten en verbetermaatregelen nemen indien dit noodzakelijk is.

### Maatregelen

Zorgaanbieders moeten goede zorg aanbieden en verlenen. De Wkkgz is daar duidelijk over en de inspectie ziet daarop toe. Goed bestuur en intern toezicht moeten leiden tot de uitkomst dat patiënten veilige en goede zorg krijgen. Naleving van wet- en regelgeving, richtlijnen en afspraken zijn hiervoor het uitgangspunt waarbij cultuur en gedrag – 'compliance' – belangrijke voorwaarden zijn.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geeft in haar begeleidende brief van 7 juni 2016 met inspectierapport 'Het Resultaat Telt particuliere klinieken 2014' aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal aan dat zij het terecht vindt dat de inspectie voorlopig een stringent toezichtbeleid toepast. Zij onderschrijft de actieve wijze

waarop de inspectie aangeeft te zullen acteren bij klinieken waar de zorg niet voldoet aan de beschreven minimale vereisten.

De inspectie concludeert op basis van de uitkomsten van de indicatoren 2015 dat het net als voorgaande jaren weer iets beter gaat doch de grote stap voorwaarts niet is gemaakt. De inspectie bracht naast het HRT 2014 in februari 2016 het rapport ‘Toezicht particuliere klinieken 2014: De schouders eronder!’ uit. In beide rapporten is die noodzakelijke stap voorwaarts benadrukt en stringent toezicht en handhaving aangekondigd. Echter ook in de jaren daarvoor zijn de uitkomsten stevig gespiegeld met het veld. De inspectie verwacht dat, op basis van voorgaande rapporten, de bestuurders en interne toezichthouders inmiddels maatregelen hebben genomen om de gesignaleerde risico’s/omissies als het niet naleven van wet- en regelgeving en richtlijnen in de eigen kliniek inzichtelijk te hebben. Daarnaast verwacht de inspectie dat zij de vereiste maatregelen hebben genomen om de risico’s tot een minimum terug te dringen.

De inspectie handhaaft daar waar niet wordt voldaan. Mocht de inspectie in haar bezoeken onverantwoorde zorg aantreffen dan neemt zij maatregelen. Het IGZ-handboek kader – Richtlijn voor transparante handhaving van december 2008, herzien januari 2013 is hiervoor leidend. De inspectie zal op basis van de risico’s doelgericht en proportioneel handhaven. Het uitgangspunt is vertrouwen in de bestuurders. De inspectie gaat ervan uit dat zij invulling geven aan hun primaire verantwoordelijkheid; goede zorg leveren. Echter de historie laat zien dat een aantal bestuurders deze verantwoordelijkheid niet of onvoldoende waarmaakt.

De inspectie wil niet alle bestuurders en klinieken over één kam scheren. De inspectie stelt vast dat een aantal klinieken goed op weg zijn met goede zorg.

Echter het kan niet zo zijn dat een patiënt zich in vertrouwen tot een kliniek wendt en dat aan een aantal essentiële vereisten niet wordt voldaan waaronder:

- Samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis: bestuurders dienen voor hun kliniek afspraken, een overeenkomst te hebben met een ziekenhuis voor de opvang van complicaties, calamiteiten of zorg die de setting van de particuliere kliniek overstijgt. De bestuurders van 66 klinieken gaven aan geen schriftelijke en ook geen mondelinge afspraken te hebben met een ziekenhuis ingeval van complicaties, calamiteiten of zorg. De inspectie toetst op het nemen van bestuurlijke verantwoordelijkheid waaronder aantoonbaar inspanningen leveren om tot afspraken te komen. Inmiddels heeft een aantal wetenschappelijke verenigingen het voortouw genomen om een kaderregeling (set minimale regels) te ontwikkelen die vervolgens getoetst wordt bij de individuele wetenschappelijke verenigingen en een indicator (door) ontwikkeling volgt voor de basisset 2018.
- Kwaliteitskeurmerk: een kwaliteitskeurmerk/certificaat draagt bij aan transparantie en aan het proces van bewaken, beheersen en verbeteren van de aangeboden en geleverde zorg. Er zijn 91 klinieken die hebben aangegeven niet over een kwaliteitscertificaat te beschikken. De inspectie toetst de wijze waarop de bestuurder de kwaliteit en veiligheid van zijn instelling systematisch meet, analyseert/evalueert en verbetert. Een plan do check act cyclus is noodzakelijk.

- Patiënttevredenheid: voor patiëntgerichtheid en kwaliteitsverbetering is het vragen naar patiëntervaringen onontbeerlijk. Het meten van patiënttevredenheid geeft vanuit patiëntenperspectief richting aan het verder verbeteren van de zorgverlening. Op welke wijze bestuurders de uitkomsten van de door de kliniek geleverde zorg meten, is voor de 65 klinieken waarvan de bestuurders hebben aangegeven de patiënttevredenheid niet te onderzoeken, onbekend. Van ‘de patiënt centraal’ is zo geen sprake. Het meten van patiënttevredenheid helpt problemen in de zorgverlening op te sporen. De inspectie toetst op de bestuurlijke intentie en het vermogen om hieraan gevolg te geven.
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling: zorgaanbieders/bestuurders van 97 instellingen nemen hierin niet hun bestuurlijke en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Toetsing vindt plaats op het nemen van bestuurlijke verantwoordelijkheid voor het signaleren en melden van huiselijk geweld en kindermishandeling volgens de meldcode die daarvoor faciliteert en verplichtend is.
- Kwetsbaarheid en zorgzwaarte van patiënten: voor invasieve ingrepen zijn het vaststellen van de ASA classificatie, het vaststellen van de BMI en het screenen van patiënten van 70 jaar en ouder op het risico van een delier noodzakelijk om verantwoorde en goede zorg te kunnen geven. Indien nodig moeten deze patiënten worden doorverwezen naar een ziekenhuis waar de patiënt op de juiste plek is. De praktijk in particuliere klinieken voldoet hier echter nog steeds niet aan.
- Patiënten jonger dan achttien jaar: voor invasieve ingrepen van patiënten onder de achttien jaar is in principe geen plaats in particuliere klinieken. De minimumleeftijd voor een cosmetische ingreep zonder medische noodzaak is, volgens de richtlijnen van de beroepsorganisaties voor cosmetische artsen en plastisch chirurgen, achttien jaar. De inspectie heeft bestuurders en professionals gevraagd zich hieraan te houden. De inspectie ziet hierop toe en toetst dit in onaangekondigde bezoeken. Indien niet wordt voldaan aan de vereisten treedt de inspectie op en neemt zij maatregelen. Gezien het ontbreken van hiervoor toereikende veldnormen voor particuliere klinieken en gezien voorwaarden voor goede zorg heeft de inspectie besloten te handhaven middels een IGZ-handhavingsnorm<sup>[8]</sup>. Het handvest Kind & Ziekenhuis is leidend evenals de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie.
- Procedurele sedatie: in 2012 heeft de inspectie minimumeisen voor verantwoorde zorg bij de toepassing van sedatie buiten de OK gepubliceerd. Van de klinieken die procedurele sedatie toepassen gaven, op één kliniek na, de klinieken aan te werken volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie. Echter, in negen van de 47 klinieken (negentien procent) was geen lokale, noch een externe Procedurele Sedatie Analgesie (PSA) commissie actief. Deze commissie is nodig om de kwaliteit en veiligheid met betrekking tot procedurele sedatie te borgen. De inspectie verwacht dat deze klinieken dit onverwijld op orde brengen en neemt na verificatie corrigerende en/of bestuursrechtelijke maatregelen.

---

[8] Zie p. 10 van het IGZ-handhavingskader: Richtlijn voor transparante handhaving van december 2008, herzien januari 2013, [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

- Stopmoment time-out: de time-out procedure is een veiligheidsnorm. Dat na al die jaren waarin bekend is dat de time-out levens redt en schade voorkomt er nog steeds klinieken zijn waar de time-out niet geïmplementeerd is en uitgevoerd wordt, is onbegrijpelijk. De inspectie neemt na verificatie corrigerende en/of bestuursrechtelijke maatregelen.
- Registratie postoperatieve wond infecties (POWI): bij 9,5 procent (28 klinieken) van de 297 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden werden niet alle patiënten structureel gecontroleerd op een POWI. Dit is een verslechtering ten opzichte van 8,8 procent in 2014. Van de 297 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden, gaf 9,8 procent (29 klinieken) aan geen POWI's te registreren, dit is een verslechtering ten opzichte van 6,5 procent in 2014. Registratie van POWI's, analyseren en verbeteracties zijn onontbeerlijk voor goede zorg. De inspectie neemt na verificatie corrigerende en/of bestuursrechtelijke maatregelen.
- Infectierisico en kwalificatie behandelruimten: in het afgelopen jaar is getoetst of bestuurders zich houden aan de richtlijnen van de WIP en de wetenschappelijke verenigingen inzake de bouwkundige omstandigheden waarin operaties worden uitgevoerd. De inspectie vindt het onbegrijpelijk dat nog steeds ingrepen plaats vinden in omstandigheden die niet voldoen aan WIP vereisten en aan de vereisten van de wetenschappelijke vereniging. De inspectie handhaaft hierop. In de afgelopen periode heeft een aantal klinieken zelf of op aanzeggen van de inspectie de behandelingen opgeschort totdat voldaan werd aan de vereisten.
- Functioneringsgesprekken/een vorm van individueel functioneren medisch specialisten (IFMS), regeling disfunctioneren, visitatie medische specialisten, visitatie cosmetische artsen: klinieken zonder zicht op functioneren professionals en geen beleid hebben ten aanzien van het disfunctioneren van professionals zijn een risico voor de patiënt. De bestuurders zijn niet in control en de inspectie handhaaft conform haar handhavingskader.

Dit betekent dat in 2016 in de aanloop naar deze publicatie:

De inspectie komt op basis van de resultaten van de bezoeken aan klinieken tot het volgende. Uit de bezoeken blijkt dat klinieken zich weinig spiegelen aan de uitkomsten van de eigen indicatoren en aan de uitkomsten van andere klinieken. Het blijkt dat het inspectietoezicht voor een aantal klinieken noodzakelijk is om tot verbetering te komen.

De inspectie heeft in 2016 vier klinieken een bestuurlijke maatregel opgelegd, waarvan drie aanwijzingen en één bevel. Door de minister van VWS werd op advies van de inspectie een last onder dwangsom gegeven, omdat de kliniek zich niet hield aan dit bevel. In juni 2016 werd na een half jaar een verscherpt toezicht afgesloten op een kliniek met negen (later acht) locaties.

# 1 Algemeen

## Indicatoren

- Samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis
- Kwaliteitscertificaat
- Patiënttevredenheid

## Inleiding

In dit hoofdstuk worden een aantal kengetallen weergegeven en de belangrijkste uitkomsten besproken van de indicatoren ‘samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis’, ‘kwaliteitscertificaat’ en ‘patiënttevredenheid’.

## Kernbevindingen

### Kengetallen

In totaal hebben 410 klinieken en 19 medisch diagnostische centra gegevens aangeleverd over het verslagjaar 2015. Hiermee is het totaal aantal instellingen dat gegevens heeft aangeleverd 429. Dit is een forse stijging ten opzichte van de 374 klinieken en medisch diagnostische centra die gegevens hebben aangeleverd over het verslagjaar 2014. De verdeling van particuliere klinieken en medisch diagnostische centra (MDC) verschilt ten opzichte van voorgaande jaren. Dit wordt veroorzaakt door een andere analysemethode. Bij het invullen van de indicatoren worden instellingen gevraagd of zij een particuliere kliniek of MDC zijn. Voorheen hanteerde de inspectie een vaste selectie instellingen die door de inspectie als MDC werden aangemerkt. De inspectie signaleerde een trend waarbij instellingen die zich aanvankelijk uitsluitend op diagnostiek richtten, steeds vaker ook behandelingen uitvoerden. De scheiding tussen MDC en particuliere kliniek vervaagde hierdoor.

Als gevolg hiervan heeft de inspectie, voor de resultaten over het jaar 2015, instellingen die zichzelf, in de indicatoren, als particuliere kliniek typeren, ook als particuliere kliniek geanalyseerd. Ook als deze in de voorgaande jaren door inspectie als MDC werden getypeerd. De typering door de instelling zelf is leidend geworden. Deze keuze heeft in de analyse een verschuiving van instellingen gegeven, waardoor sommige kengetallen sterk verschillen met voorgaande jaren.

De 410 particuliere klinieken voerden in totaal bij 964.748 patiënten 1.343.376 behandelingen uit, dit is een toename van 452.653 behandelingen ten opzichte van 2014. De instellingen die vorig jaar als MDC zijn geanalyseerd en nu bij de particuliere klinieken zijn gerekend, hebben gezamenlijk 282.899 behandelingen uitgevoerd, dit is 62 procent van de toename. De overige 38 procent (169.754 behandelingen) van de toename komt op conto van de al als particuliere kliniek bekend staande klinieken. Deze klinieken lieten een toename zien van het totaal aantal behandelingen van 19 procent (totaal 890.723 behandelingen). Zie ook onderstaande tabel 1.1 en figuur 1.1 over de ‘verschuiving totaal

aantal behandelingen'. In totaal gaven 297 klinieken aan 384.023 invasieve behandelingen<sup>[9]</sup> uit te voeren ten opzichte van 260 klinieken met in totaal 313.226 invasieve behandelingen in 2014.

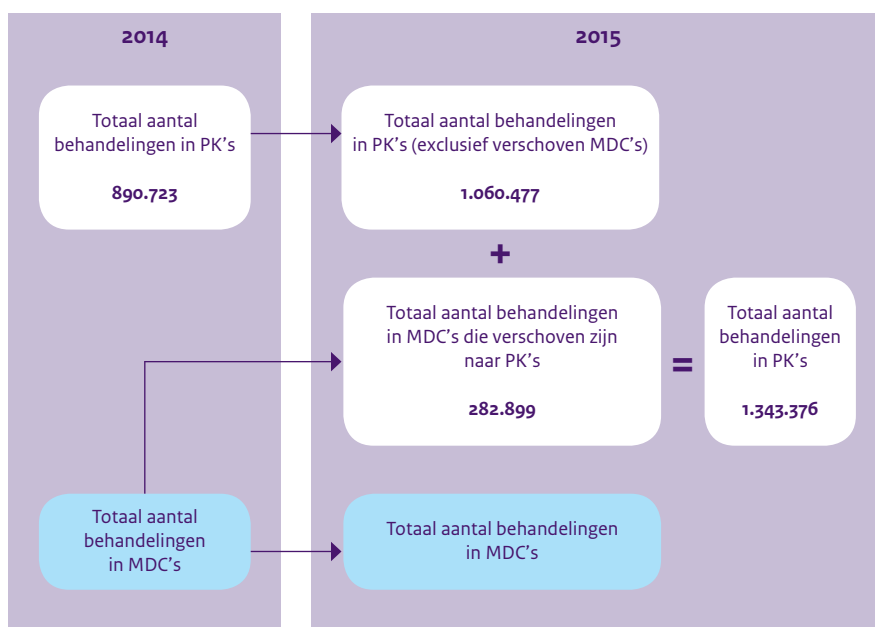
Tabel 1.1

**Verschuiving totaal aantal behandelingen 2014-2015**

Totaal aantal behandelingen in PK's in 2014	890.723
Totaal aantal behandelingen in PK's in 2015	1.343.376
	verschil
	452.653
Totaal aantal behandelingen in instellingen die in 2014 onder MDC vielen en in 2015 zichzelf als PK hebben getypeerd	282.899
Totaal aantal behandelingen in 2015 in de overige groep PK 's	1.060.477
	som
	1.343.376

Figuur 1.1

**Visualisatie verschuiving totaal aantal behandelingen 2014 -2015**



[9] Binnen het totale aantal behandelingen kan een onderscheid gemaakt worden in invasieve en niet invasieve behandelingen. Definitie invasieve

behandelingen: 'Snijdende ingrepen, waaronder operaties, insputingen en refractiechirurgie.' Zie p. 39 Basisset particuliere klinieken 2015-2016.



In tabel 1.2, figuur 1.2 en figuur 1.3 worden de kengetallen weergegeven van klinieken die de afgelopen jaren data hebben aangeleverd.

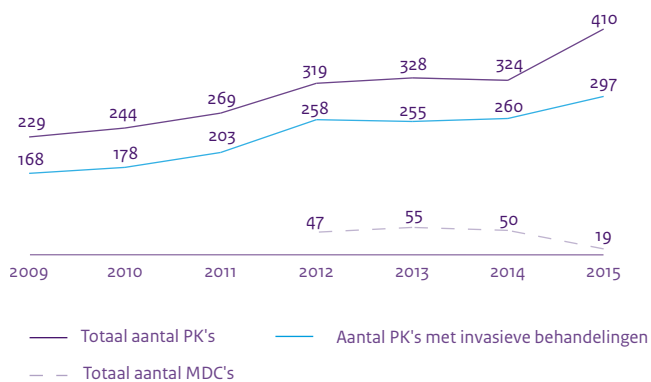
Tabel 1.2

**Kengetallen instellingen en behandelingen 2009 -2015**

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

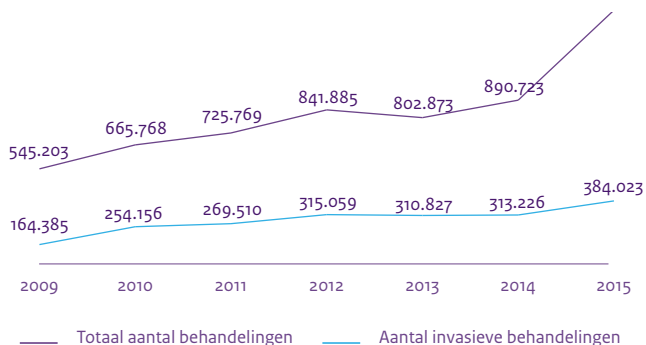
Figuur 1.2

**Kengetallen aantal instellingen 2009 -2015**



Figuur 1.3

**Kengetallen aantal behandelingen 2009 - 2015**



***Samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis***

Van de 395 klinieken die de indicator betreffende samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis hebben aangeleverd, hadden 66 (zeventien procent) geen schriftelijke of mondelinge afspraken met een ziekenhuis waar de patiënt ingeval van een calamiteit of bij complicaties die niet in de particuliere kliniek behandelbaar zijn, (24 uur per dag, zeven dagen in de week) terecht kon. Dit is een verslechtering ten opzichte van de twaalf procent van de klinieken die geen samenwerkingsafspraken hadden in 2014.

***Kwaliteitscertificaat***

Van de 393 klinieken die de indicator betreffende kwaliteitscertificaten hebben aangeleverd, hadden 302 (77 procent) aangegeven over een kwaliteitscertificaat te beschikken. Het overgrote deel hiervan betreft een ZKN keurmerk (n=247, 82 procent). Over het HKZ en/of NIAZ keurmerk geven twaalf respectievelijk tien klinieken aan te beschikken<sup>[10]</sup>. Verder geven 53 van de 262 klinieken aan over een ‘ander’ certificaat te beschikken. In 2014 had 80 procent van de klinieken een kwaliteitscertificaat.

***Patiënttevredenheid***

Een patiënttevredenheidsonderzoek werd in 328 klinieken uitgevoerd (83 procent), waarbij 237 klinieken wisten welke patiënten de kliniek met een rapportcijfer van vijf of lager waardeerden. In 2014 voerde 89 procent van de klinieken een patiënttevredenheidsonderzoek uit.

[10] Er zijn meerdere antwoorden mogelijk, waardoor een overlap van klinieken mogelijk is.

## **Acties naar aanleiding van kernbevindingen**

### ***Samenwerking met ziekenhuizen***

De 66 klinieken (zeventien procent) die hebben aangegeven geen samenwerkingsafspraken (mondeling en bij voorkeur ook schriftelijk op niveau raad van bestuur) met een ziekenhuis te hebben, dienen dit te realiseren. Eén van de oorzaken die de klinieken aangeven voor het achterblijven van de samenwerking tussen ziekenhuizen en particuliere klinieken was de weigering van sommige ziekenhuizen hier vastgelegde afspraken over te maken. Ziekenhuizen zijn echter altijd gehouden aan hun zorgplicht in geval van een calamiteit of ernstige complicaties. Formele afspraken tussen klinieken en ziekenhuizen komt de kwaliteit en continuïteit van zorg ten goede.

### ***Kwaliteitscertificaat***

Het bezit van een kwaliteitscertificaat is een belangrijke indicator voor de wijze waarop een kliniek met het onderwerp kwaliteit en veiligheid bezig is. Van de klinieken beschikken 91 klinieken (23 procent) niet over een kwaliteitscertificaat. Een kwaliteitscertificaat is onderdeel van het toezicht op de governance; de bestuurlijke verantwoordelijkheid. De inspectie zal deze klinieken in de bezoeken om een toelichting vragen.

### ***Patiënttevredenheid***

De patiënttevredenheid werd in 83 procent van de klinieken uitgevoerd, in 2014 was dat 89 procent. Dit betekent dat 65 klinieken aan hebben gegeven de patiënttevredenheid niet te onderzoeken. Hiermee mist de kliniek informatie die tot verbetering van zorg kan leiden en wat vanuit patiëntenperspectief goede zorg is. De inspectie verwacht dat de klinieken dit komend jaar wel uitvragen.

## **Overige bevindingen**

### ***Samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis***

In tabel 1.3 wordt een overzicht van de samenwerkingsvormen tussen klinieken en ziekenhuizen gegeven.

Tabel 1.3

**Samenwerking met ziekenhuizen****(n= aantal klinieken dat cijfers heeft aangeleverd over de betreffende indicator)**

Aantal klinieken dat samenwerkingsafspraken, inzake opvang van calamiteiten, had met een ziekenhuis (n=395)	329 (83%)
Aantal klinieken dat schriftelijke samenwerkingsafspraken, inzake opvang van calamiteiten, had met een ziekenhuis (n=329)	270 (82%)
Aantal klinieken dat mondelinge samenwerkingsafspraken, inzake opvang van calamiteiten, had met een ziekenhuis (n=329)	59 (18%)
Aantal klinieken dat afspraken had met betrekking tot het gebruik van de OK of andere faciliteiten van het ziekenhuis (n=394)	108 (27%)
Aantal klinieken dat bovenstaande afspraken schriftelijk heeft vastgelegd (n=108)	89 (82%)
Aantal klinieken dat bovenstaande afspraken mondeling heeft gemaakt (n=108)	19 (18%)

**Kwaliteitskeurmerk**

In onderstaande tabel 1.4 wordt een overzicht van de kwaliteitscertificaten van de klinieken weergegeven.

Tabel 1.4

**Kwaliteitscertificaten****(n= aantal klinieken dat cijfers heeft aangeleverd over de betreffende indicator)**

Aantal klinieken <sup>[11]</sup> dat beschikte over een kwaliteitscertificaat (n=393)	302 (77%)
Aantal klinieken dat beschikte over een ISO 9001 certificaat (n=302)	90 (30%)
Aantal klinieken dat beschikte over een HKZ certificaat (n=302)	12(4%)
Aantal klinieken dat beschikte over een ZKN keurmerk (n=302)	247 (82%)
Aantal klinieken dat beschikte over een NIAZ certificaat (n=302)	10 (3%)
Aantal klinieken dat beschikte over een ander certificaat dan eerder genoemde (n=302)	53 (18%)

[11] Er zijn meerdere antwoorden mogelijk, waardoor een overlap van klinieken mogelijk is.

### ***Patiënttevredenheid***

Onderstaande tabel 1.5 geeft een overzicht van de uitkomsten van de indicator patiënttevredenheid.

Tabel 1.5

#### **Patiënttevredenheid**

**(n= aantal klinieken dat cijfers heeft aangeleverd over de betreffende indicator)**

Aantal klinieken dat patiënttevredenheidsonderzoek heeft uitgevoerd (n=393)	328 (83%)
Aantal klinieken waarbij de patiënten bekend zijn die de kliniek waardeerde met een rapportcijfer 5 of lager (n=328)	237 (72%)
Gemiddeld aantal behandelde patiënten dat de kliniek waardeerde met een rapportcijfer 5 of lager (n=328)	6 (spreiding 0-199)

## 2 Kwetsbare groepen (zorgzwaarte)

### Indicatoren

- Meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling
- Screening:
  - Zorgzwaarte van de patiënten (ASA-classificering)
  - Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35
  - Deliriumbeleid
  - Risico op delirium
- Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar en ouder
- KNO bij kinderen:
  - Registratie infecties voor indicatiestelling
  - Registratie apneu's voor indicatiestelling

### Inleiding

In 2015 heeft het ministerie van VWS onderzoek gedaan naar het gebruik van en ervaringen met de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. De meldcode wordt door de meeste artsen als een meerwaarde voor hun werk ervaren. Het zorgt voor duidelijkheid, biedt kaders voor het handelen en verlaagt de drempel om in actie te komen<sup>[12]</sup>. Het blijkt dat professionals met een meldcode drie keer vaker ingrijpen dan professionals zonder meldcode<sup>[13]</sup>.

Als maat voor een inschatting van de algehele gezondheidstoestand van patiënten wordt de ASA-klasse gehanteerd<sup>[14]</sup>. Het is voor klinieken van belang de gezondheidstoestand van de patiënt voorafgaand aan de invasieve behandeling, onderzoek en/of operatie inzichtelijk te hebben. Aangezien een ASA-klasse van drie en hoger een hoger risico op complicaties tijdens of na een behandeling impliceert, dienen deze patiënten (in principe) niet in een particuliere kliniek behandeld te worden. Naast de ASA-klasse zijn er ook andere gezondheidsaspecten die van invloed zijn op de risico's. Daarom geldt tevens de vereiste van het screenen op BMI en specifiek bij patiënten van 70 jaar en ouder het risico op delier. Door het screenen op deze aspecten kan de kliniek het risico op complicaties inschatten teneinde te bepalen of ze voldoende toegerust zijn om de eventuele complicaties te behandelen.

Kinderen en ouderen vormen kwetsbare groepen, die in sommige opzichten specifiek beleid vereisen. Invasieve behandelingen, onderzoeken en/of operaties van kinderen kunnen naar het oordeel van de inspectie alleen onder voorwaarden in een particuliere

---

[12] <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/documenten/rapporten/2015/06/15/rapportage-onderzoek-onder-artsen-naar-de-werking-van-de-meldcode-huiselijk-geweld-en-kindermishandeling>

[13] <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/inhoud/meldcode>.

---

[14] I: Een gezond persoon. II: Een patiënt met een niet-ernstige aandoening. III: Een patiënt met een ernstige aandoening. IV: Een patiënt met een ernstige en continu levensbedreigende aandoening. V: Een patiënt waarvan overleving niet wordt verwacht zonder ingreep (moribund).

kliniek worden verricht. Het handvest Kind & Ziekenhuis<sup>[15]</sup> is leidend evenals de relevante richtlijnen voor kinderen van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie<sup>[16]</sup>. Cosmetische ingrepen mogen bij kinderen onder de achttien jaar niet worden uitgevoerd in particuliere klinieken.

De tonsillectomie is één van de meest frequent uitgevoerde operaties bij kinderen. Er is internationaal en nationaal een grote spreiding ten aanzien van de incidentie van ingrepen aan adenoïd en tonsillen<sup>[17]</sup>. In de basisset 2015 zijn voor het eerst twee indicatoren uitgevraagd om de indicatiestelling beter inzichtelijk te krijgen.

### **Kernbevindingen**

#### ***Meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling***

Huiselijk geweld en kindermishandeling moet te allen tijde een aandachtspunt zijn in particuliere klinieken. Van de 394 klinieken hebben 297 klinieken aangegeven een meldcode huiselijk geweld te gebruiken (75 procent). Het percentage klinieken dat de meldcode kindermishandeling gebruikte is gelijk (75 procent, 295 klinieken). Bij 51 procent van de klinieken die een code huiselijke geweld gebruikten, werd training aan het personeel aangeboden. Voor de meldcode kindermishandeling gaf 47 procent aan het personeel te trainen. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met 2014.

#### ***Screening: zorgzwaarte van de patiënten (ASA-classificering)***

Van de 302 klinieken die invasieve ingrepen of invasieve onderzoeken uitvoerden en de vraag voorgelegd kregen 'registreerde uw instelling de ASA-klasse in het verslagjaar', hebben 210 klinieken aangegeven de ASA-klasse te registreren. Dit betekent dat 30 procent geen ASA-klasse registreerde, wat gelijk staat aan de gegevens uit het verslagjaar 2014. Zie ook figuur 2.1.

---

[15] <https://www.kindenziekenhuis.nl/over-kz/handvest/default.asp?guid=FD50ED6A795E4186BA97953D79D14CCF>

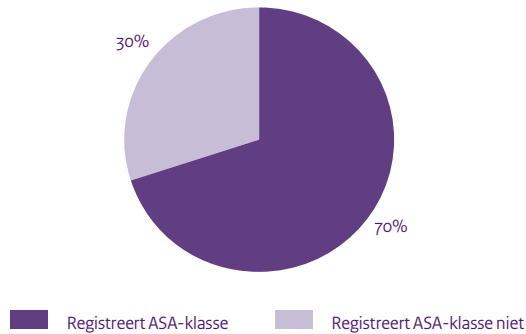
[16] <http://www.anesthesiologie.nl/kwaliteit/richtlijnen>

---

[17] Nederlandse vereniging voor Keel-Neus-Oorheilkunde en Heelkunde van het Hoofdhalsgebied. Richtlijn Ziekten van Adenoïd en Tonsillen in de tweede lijn. 2007.

Figuur 2.1

**Registratie ASA-klasse**



Van deze 210 klinieken hebben er 42 aangegeven patiënten behandeld te hebben met een ASA-klasse gelijk aan of hoger dan drie. Dit waren klinieken met een divers zorgaanbod, maar het grootste percentage betrof klinieken die cataractoperaties uitvoerden. Uit de data is niet te achterhalen of de patiënten met een ASA-klasse gelijk aan of hoger dan drie daadwerkelijk een invasieve behandeling, onderzoek en/of operatie hebben ondergaan in de particuliere kliniek.

**Screening: aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35**

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Apothekers (NVZA) heeft aangegeven dat zowel patiënten met obesitas als patiënten na een bariatric-operatie een risico vormen. Zo staat in de literatuur weinig beschreven en is er weinig bekend over doseringen bij obese mensen<sup>[18]</sup>. Het is dus belangrijk deze patiëntengroep goed in beeld te hebben. Klinieken kregen de vraag voorgelegd of ze in het verslagjaar patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 registreerden. Van de 302 klinieken hebben 152 'ja' geantwoord (50 procent), dit is een verbetering ten opzichte van 2014 (42 procent registreerde toen het BMI). In totaal hebben 90 klinieken aangegeven patiënten te behandelen met een BMI groter of gelijk aan 35. De grootste groep van deze patiënten werd behandeld in een kliniek voor oogheelkundige-, orthopedische- en/of KNO-zorg.

**Screening: deliriumbeleid en risico op delirium.**

Een delier dat niet wordt herkend leidt tot verhoogde mortaliteit en morbiditeit. Herkenning van een delier is een blijvend aandachtspunt. De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriateren (NVKG) heeft aangegeven dat in particuliere klinieken het risico op delier qua incidentie mogelijk kleiner is dan in ziekenhuizen, maar daarentegen is het risico op optreden van een delier door onvoldoende herkenning wellicht hoger<sup>[19]</sup>. Daarom is het

[18] Bundeling van risico's (2016)

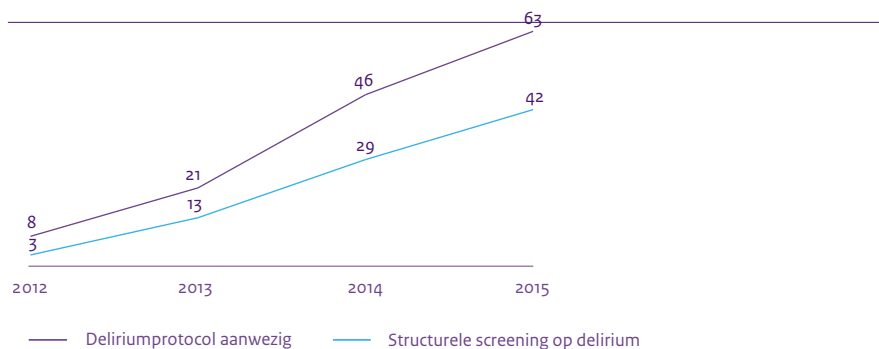
[19] Bundeling van risico's (2016)



belangrijk dat bij alle invasieve behandelingen/ onderzoeken bij patiënten van 70 jaar en ouder het risico op een delier wordt vastgesteld. Indien een risico wordt vastgesteld, is het noodzakelijk beleid te hebben hoe hiermee omgegaan moet worden (deliriumprotocol). Van de 238 klinieken die invasieve behandelingen uitvoeren en waar patiënten van 70 jaar en ouder worden behandeld, heeft slechts 63 procent aangegeven over een deliriumprotocol te beschikken. Op de vraag of deze klinieken 'structureel patiënten op een risico voor delier' screende, gaf 42 procent aan dit te doen. Het meest gegeven argument door klinieken die niet structureel screenden op delier, was dat ze geen patiënten behandelden met een ASA-klasse hoger dan twee of dat patiënten niet op een verpleegafdeling verbleven. Uit figuur 2.2 blijkt dat de zichtbaar positieve stijging vanaf 2014 zich ook in 2015 voortzet. In vergelijking met de ziekenhuizen moet er echter nog veel verbeteren; zo beschikten in 2013 alle ziekenhuizen over een deliriumprotocol.

Figuur 2.2

**Delirium screening bij invasieve behandeling patiënten ≥ 70 jaar**

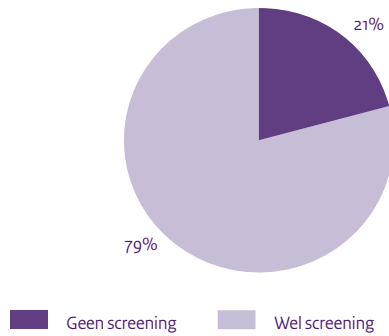


**Screening overall: ASA-klasse, BMI, delirium.**

Het aantal klinieken dat invasieve behandelingen uitvoert en in het geheel niet screent op ASA-klasse, BMI en delier is niet verbeterd en relatief gezien vrijwel gelijk gebleven ten opzichte van 2014 (2014: 22 procent, 2015: 21 procent). Het absoluut aantal klinieken dat niet screent is wel hoger (2014: 57 klinieken, 2015: 63 klinieken). Zie ook figuur 2.3.

Figuur 2.3

**Aantal klinieken dat in het geheel niet screende**



***Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar en ouder***

In totaal heeft 54 procent van de klinieken aangegeven patiënten jonger dan achttien jaar te behandelen (212 klinieken). Dit is vergelijkbaar met 2014 (57 procent). Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) heeft uitvraag gedaan binnen de klinieken waar oogheelkundige zorg geleverd wordt. Bij de vier oogheelkundige klinieken waar kinderen behandeld werden, werd de operatieve ingreep niet in de particuliere kliniek maar in een ziekenhuis uitgevoerd.

Het aantal behandelde patiënten van 70 jaar en ouder in een particuliere kliniek is gestegen. In 2015 gaf 76 procent van de klinieken aan deze groep te behandelen en dit betrof een totaal aantal van 162.998 patiënten. Dit is ten opzichte van 2014 een stijging van 49 procent. Een groot deel van deze groep werd behandeld in oogheelkundige of orthopedische klinieken. Dit wordt (deels) verklaard doordat een aantal instellingen als particuliere kliniek is geanalyseerd, waar deze vorig jaar nog als medisch diagnostisch centrum apart werden geanalyseerd.

***KNO bij kinderen: Registratie infecties voor indicatiestelling***

KNO-ingrepen werden in elf klinieken uitgevoerd, waarvan acht klinieken ook kinderen behandelden (73 procent). Op de vraag 'registreerde u in het verslagjaar het aantal infecties dat het kind heeft doorgemaakt voorafgaande aan de indicatiestelling' gaven drie klinieken aan dit te doen (38 procent) en acht niet. Van de acht klinieken die dit niet registreerden gaven zes klinieken aan dat dit niet van toepassing was zonder verdere toelichting, één kliniek lichtte toe dat screening in het ziekenhuis werd uitgevoerd en één kliniek lichtte toe dat alleen gezonde patiënten werden behandeld tussen 18-70 met slaapproblematiek.

***KNO bij kinderen: Registratie apneu's voor indicatiestelling***

In totaal gaven elf klinieken aan KNO-ingrepen te verrichten. Op de vraag 'registreerde u in het verslagjaar of het wel of geen apneu's heeft voorafgaande aan de indicatiestelling' gaven

vier (50 procent) van de acht klinieken die kinderen behandelden aan, dit te doen. Van de zeven klinieken die KNO-ingrepen uitvoerden en dit niet registreerden gaven zes klinieken aan dat dit niet van toepassing was zonder verdere toelichting en één kliniek lichtte toe dat alleen gezonde patiënten werden behandeld tussen 18-70 met slaapproblematiek.

### **Acties naar aanleiding van kernbevindingen**

#### ***Meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling***

Het doel van de verplichte Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is dat sneller en adequater wordt ingegrepen bij vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling<sup>[20]</sup>. Professionals die een meldcode gebruiken grijpen vaker in. Dit onderschrijft het belang van de meldcode. Dat er nauwelijks verbetering zichtbaar is ten opzichte van 2014, betekent voor de inspectie dat harder opgetreden zal worden richting de klinieken die dit onderdeel nog steeds niet op orde hebben. Concreet betekent dit dat de inspectie corrigerend optreedt en indien nodig een zwaardere vorm van toezicht instelt.

#### ***Screening: zorgzwaarte van de patiënten (ASA classificering)***

De inspectie vindt het niet acceptabel dat nog steeds klinieken geen ASA-klasse registreren indien er een invasieve behandeling, onderzoek of operatie wordt uitgevoerd. In het voorjaar van 2016 is hierover uitgebreid gesproken met de betrokken wetenschappelijke verenigingen. Alle verenigingen hebben als uitgangspunt dat de kwaliteit van zorg in klinieken gelijk moet zijn aan die in ziekenhuizen. De inspectie blijft in gesprek met de verenigingen en heeft aanvullend aan de verenigingen gevraagd om samen beleid op te stellen. Het uitgangspunt van de inspectie is dat patiënten met ASA-klasse groter of gelijk aan drie doorverwezen worden naar een ziekenhuis.

Door de huidige uitvraag in de basisset is niet te achterhalen of de patiënten met een ASA-klasse groter of gelijk aan drie daadwerkelijk de invasieve behandeling, onderzoek en/of operatie hebben ondergaan in de particuliere kliniek. De wijze van uitvraag is inmiddels aangepast in de basisset 2017. Hierdoor wordt inzichtelijk of patiënten daadwerkelijk zijn behandeld en zo ja, welk type behandeling zij hebben ondergaan. Daar waar de inspectie in de bezoeken concludeert dat patiënten met een ASA-klasse gelijk of groter aan drie in de betreffende klinieken geopereerd worden, treedt zij corrigerend op en indien nodig stelt zij een zwaardere vorm van toezicht in.

#### ***Screening: aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35***

De inspectie acht het onwenselijk dat klinieken invasieve ingrepen uitvoeren bij patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35. Het uitgangspunt van de inspectie blijft dat deze patiënten doorverwezen dienen te worden naar een ziekenhuis. Een uitzondering hierop zijn de klinieken die ernstig overgewicht behandelen middels bariatrische ingrepen in samenwerking met ziekenhuizen. Het aantal klinieken dat invasieve ingrepen behande-

---

[20] <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/inhoud/meldcode>

lingen en/of operaties uitvoert en niet screent op BMI, dient dit op korte termijn te verbeteren. De inspectie vraagt aan bestuurders dit te realiseren en zal dit toetsen in haar (on)aangekondigde bezoeken.

Daarnaast heeft de inspectie de vraagstelling in de basisset 2017 aangepast, waardoor inzichtelijk wordt welk type behandeling de patiënt met een BMI groter of gelijk aan 35 heeft ondergaan.

#### **Screening: deliriumbeleid bij klinische patiënten**

Hoewel een verbetering zichtbaar is, acht de inspectie het zorgwekkend dat nog steeds zo'n laag aantal klinieken over een deliriumprotocol beschikt en patiënten van 70 jaar en ouder screent. De 63 klinieken die geen deliriumprotocol hebben en/of niet screenen en waar de inspectie in de bezoeken concludeert dat niet gescreend wordt en wel een invasieve behandeling, onderzoek en/of operatie wordt uitgevoerd treedt zij corrigerend op en indien nodig stelt zij een zwaardere vorm van toezicht in. De inspectie gaat in gesprek met de NVKG hoe de naleving van deze norm op korte termijn verbeterd kan worden.

Door de huidige uitvraag in de basisset is niet te achterhalen of patiënten met een verhoogde score daadwerkelijk een invasieve behandeling, onderzoek en/of operatie hebben ondergaan in de particuliere kliniek. De wijze van uitvraag is inmiddels aangepast in de basisset 2017. Hierdoor wordt inzichtelijk of patiënten daadwerkelijk zijn behandeld en zo ja, welk type behandeling zij hebben ondergaan.

#### **Screening overall: ASA-klasse, BMI, delirium.**

De klinieken die wel invasieve behandelingen uitvoerden, maar in het geheel niet screenden op ASA-klasse, BMI of delier zijn in beeld en staan hoog op de prioriteitenlijst voor een toezichtbezoek. Concreet betekent dit dat de inspectie corrigerend optreedt en indien nodig een zwaardere vorm van toezicht instelt.

#### **Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar en ouder**

De inspectie heeft herhaaldelijk aan de wetenschappelijke verenigingen gevraagd om een normenkader te ontwikkelen voor de behandelingen van kinderen in particuliere klinieken. Zoals in het HRT 2014<sup>[21]</sup> is aangegeven, is dit niet gebeurd. Inmiddels is met alle wetenschappelijke verenigingen gesproken over de behandeling van kinderen in particuliere klinieken. Alle verenigingen hebben aangegeven dat bij behandeling van kinderen in particuliere klinieken dezelfde normen en richtlijnen gelden als voor de ziekenhuizen. Dit betekent dat het handvest Kind & Ziekenhuis<sup>[22]</sup> leidend is, evenals de relevante richtlijnen voor kinderen van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)<sup>[23]</sup>. De inspectie handhaaft vanaf 1 januari 2017 actief hierop en dit betekent dat de kliniek

---

[21] <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/het-resultaat-telt-particuliere-klinieken-201.aspx>

[22] <https://www.kindenziekenhuis.nl/over-kz/handvest/default.asp?guid=FD50ED6A795E4186BA97953D79D14CCF>

---

[23] <http://www.anesthesiologie.nl/kwaliteit/richtlijnen>

moet kunnen aantonen hieraan te voldoen indien er patiënten onder de achttien jaar worden behandeld. De inspectie vraagt bestuurders en professionals hiernaar te handelen. De inspectie neemt indien nodig (bestuurlijke) maatregelen.

Tot slot heeft de inspectie de vraagstelling in de basisset 2017 aangepast. Indien een kliniek aangeeft patiënten onder de achttien jaar te behandelen, moet worden toegelicht om welke type behandeling het gaat en hoeveel patiënten dit betreft.

#### ***KNO bij kinderen: Registratie infecties en apneu's voor indicatiestelling***

Dit is het eerste jaar dat beide indicatoren zijn uitgevraagd, waardoor een vergelijking met voorgaande jaren niet mogelijk is. De uitkomsten worden meegenomen in het reguliere toezicht. Tevens worden de uitkomsten besproken met de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van Hoofd-Halsgebied (NVKNO). Ook een besprekingspunt dat staat geagendeerd voor het overleg met de NVKNO is de doorontwikkeling van de indicator, omdat de huidige structuurindicator snel niet meer onderscheidend zal zijn.

#### ***Overige bevindingen***

Een meldcode beschrijft in vijf stappen wat professionals moeten doen bij vermoedens van geweld. Organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren stellen een eigen meldcode op met daarin in ieder geval de vijf stappen. Onderstaande tabellen 2.1, 2.2 en 2.3 lichten toe in hoeverre de klinieken deze stappen hebben verwerkt in de meldcode.

#### ***Meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling***

Tabel 2.1

##### **Gebruik meldcode huiselijk geweld**

(n= aantal klinieken dat cijfers heeft aangeleverd over de betreffende indicator)

Gebruik meldcode huiselijk geweld (n=394)	297 (75%)
De meldcode bevatte signalen (n=297)	276 (93%)
Meldcode bevatte collegiale consultatie en raadplegen Veilig Thuis (n=297)	253 (85%)
Instelling biedt training aan (n=297)	152 (51%)

Tabel 2.2

**Gebruik meldcode kindermishandeling**

(n= aantal klinieken dat cijfers heeft aangeleverd over de betreffende indicator)

Gebruik meldcode kindermishandeling (n=394)	295 (75%)
De meldcode bevatte signalen (n=295)	279 (95%)
Meldcode bevatte collegiale consultatie en raadplegen AMK (n=295)	255 (86%)
Instelling biedt training aan (n=295)	140 (47%)

Tabel 2.3

**Gebruik meldcode kindermishandeling indien de kliniek kinderen behandelt**

(n= aantal klinieken dat cijfers heeft aangeleverd over de betreffende indicator)

Gebruik meldcode kindermishandeling (n=212)	193 (91%)
De meldcode bevatte signalen (n=193)	187 (97%)
Meldcode bevatte collegiale consultatie en raadplegen AMK (n=193)	170 (88%)
Instelling biedt training aan (n=193)	87 (45%)

## 3 Zorg

### Indicatoren

- Anesthesiologie
- Pijn na operatie
- Registratie implantaten
- Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe
- Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie na een totale heupprothese
- Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe
- Ongeplande heroperaties
- Bariatrische behandelingen
- Stopmoment IV: Time-out
- Elektronisch voorschrijven medicatie
- Explantatie borstimplantaten

### Inleiding

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten besproken van de indicatoren met betrekking tot direct zorggerelateerde activiteiten. De indicatoren betreffen de organisatie en registratie van diverse zorgactiviteiten, die zowel de uitvoering als monitoring van de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg borgen. Zonder een adequate registratie van zorguitkomsten en bijbehorende sturing kan er geen sprake zijn van aantoonbaar veilige zorg van goede kwaliteit. In particuliere klinieken worden uitsluitend electieve ingrepen uitgevoerd (met vaak een beperkt behandelaanbod binnen één kliniek), hetgeen bij veel registraties een registratie van alle behandelde patiënten mogelijk maakt. Deze registraties zijn niet alleen noodzakelijk om de gezondheid van de patiënt te bewaken, maar ook om de kwaliteit van de door de kliniek geleverde zorg te monitoren en te verbeteren.

### Kernbevindingen

#### *Anesthesiologie*

Van de 239 klinieken die enige vorm van anesthesie toepasten, voerden 47 klinieken (19,6 procent) procedurele sedatie uit, waarmee de toepassing van procedurele sedatie licht is gestegen ten opzichte van de 17,2 procent in 2014. Van deze 47 klinieken gaven 46 klinieken (98 procent) aan te werken volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie. In 38 van de 47 klinieken was een lokale PSA-commissie actief, negen klinieken (negentien procent) hadden echter geen lokale noch een externe PSA commissie. Dit betekent ten opzichte van 2014 een ruime verdubbeling van het absolute aantal klinieken (twaalf procent in 2014 en negentien procent in 2015) dat geen interne noch externe PSA-commissie had en wel procedurele sedatie toepaste.

#### *Pijn*

Van de 393 klinieken die de indicator 'postoperatieve pijn bij dagbehandeling' hebben ingevuld, hebben 145 (37 procent) aangegeven navraag te doen naar de pijnintensiteit bij patiënten na dagbehandeling op de dag na de ingreep.

### ***Implantaten***

Van de 132 klinieken die implantaten toepasten hanteerden drie geen registratiesysteem voor implantaten.

Bij 42 (44 procent) van 94 klinieken die rimpelvullers toepasten werd geen productpaspoort verstrekt aan de patiënt, hetgeen een lichte verbetering is ten opzichte van 50 procent in 2014.

### ***Tromboseprofylaxe***

Van de tien klinieken die aangaven dat zij in 2015 heupprothesen hebben geplaatst, gaven alle klinieken aan dat de richtlijn tromboseprofylaxe aantoonbaar aanwezig was en dat zij de naleving hiervan registreerden.

### ***Ongeplande heroperaties***

Van de 150 klinieken die aangaven cosmetische ingrepen uit te voeren, gaven 45 klinieken (30 procent) aan geen registratie te voeren van ongeplande heroperaties binnen twaalf maanden na de initiële ingreep, waarmee dit percentage vrijwel gelijk bleef ten opzichte van 2014. Bij de dertien klinieken (negen procent) die wel registreerden bedroeg het percentage ongeplande heroperaties meer dan vijf procent.

### ***Bariatric***

In elf klinieken werd bariatrische zorg gegeven waarvan elf klinieken bariatrisch chirurgische ingrepen aanboden en tevens een postoperatief programma aanboden. Van deze elf klinieken hebben zes klinieken daadwerkelijk bariatrisch chirurgische ingrepen in een ziekenhuis uitgevoerd en hebben vijf klinieken aangegeven patiënten te behandelen, maar werden door de kliniek geen chirurgische ingrepen uitgevoerd.

Eén kliniek gaf aan maagballonnen te plaatsen en heeft in 2015 63 maagballonnen geplaatst. Uit onderzoek blijkt dat er meer klinieken zijn die maagballonnen plaatsten. Dat deze klinieken dit niet hebben aangegeven bij de aanlevering van de indicatoren, is veroorzaakt door de wijze waarop de selectievragen (voor bariatrische ingrepen) in de web based survey (WBS) zijn gesteld. De vragen zullen worden aangepast in de nieuwe WBS.

### ***Stopmoment IV: Time-out***

In totaal werd bij 241 (81 procent) van de 297 klinieken, die aangaven operaties te hebben uitgevoerd, het stopmoment IV, time-out, uitgevoerd en vastgelegd. Dit is een verslechtering ten opzichte van 2015 (86 procent). Bij 111 klinieken werd bij minder dan 95 procent van de behandelde patiënten de time-out uitgevoerd en vastgelegd.

### ***Elektronisch voorschrijven medicatie***

Van de 393 klinieken die de indicator inzake elektronisch voorschrijven hebben aangeleverd, gaven 144 klinieken (37 procent) aan dat zij volledig elektronisch medicatie voorschreven en 47 klinieken gaven aan dit gedeeltelijk elektronisch te doen. Dit betekent dat bij 202 klinieken (51%) niet elektronisch werd voorgeschreven.



### ***Explantatie borstimplantaten***

Van de 39 klinieken die hebben aangegeven borstimplantaten te hebben geplaatst, registreerden 30 klinieken (77 procent) het aantal explantaties binnen 30 dagen postoperatief na borstaugmentatie voor cosmetische doeleinden. Bij zeven klinieken die deze explantaties registreerden, werden er daadwerkelijk explantaties binnen 30 dagen postoperatief uitgevoerd. Het percentage explantaties in deze zeven klinieken bedroeg gemiddeld 1,34 procent en varieerde van 0,26 tot 2,94 procent.

### **Acties naar aanleiding van kernbevindingen**

#### ***Anesthesiologie***

In 2012 heeft de inspectie minimumeisen voor verantwoorde zorg bij de toepassing van sedatie buiten de OK gepubliceerd<sup>[24]</sup>. Over 2015 gaf één kliniek aan niet te werken volgens dit toetsingskader, hetgeen een verbetering is ten opzichte van drie klinieken in 2014. De inspectie verwacht dat deze kliniek dit onverwijld implementeert. Dit geldt ook voor het uitvragen van een informed consent voor de sedatie. De richtlijn schrijft voor dat in het medisch dossier een aantekening moet worden gemaakt over wat besproken is over de behandeling, de (mondelijke) toestemming van de patiënt voor de procedure, de geplande PSA techniek en de kwalificaties van degene die de PSA gaat uitvoeren<sup>[25]</sup>.

In negen van de 47 klinieken (negentien procent) was geen lokale, noch een externe PSA commissie actief. Deze commissie is nodig om de kwaliteit en veiligheid met betrekking tot procedurele sedatie te borgen. De inspectie verwacht dat deze klinieken dit onverwijld op orde brengen.

#### ***Pijn***

Veel klinieken hebben aangegeven de pijnintensiteit niet na te vragen bij patiënten in dagbehandeling op de dag na een ingreep. Gezien de wijze van uitvraag is niet vast te stellen of deze klinieken ook inderdaad dagbehandelingen uitvoerden. De inspectie heeft de formulering van deze indicator aangepast voor de basisset.

#### ***Implantaten***

Door een implantatenregister bij te houden kunnen patiënten actief worden opgespoord bij problemen en een eventuele recall. De inspectie verwacht dat de drie klinieken die aangaven geen registratiesysteem voor implantaten te gebruiken, dit onverwijld implementeren. Dit signaal wordt meegewogen in het risicomodel van de inspectie, dat gebruikt wordt bij de risicoprioritering van inspectiebezoeken. Klinieken waar deze tekortkoming tot de grootste risico's leidt, worden hoog in de bezoekprioritering geplaatst. Indien nodig treedt de inspectie corrigerend op en kan zij overgaan tot het instellen van een zwaardere vorm van toezicht.

---

[24] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toetsingskader sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer. Februari 2012.

---

[25] Richtlijn sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer. [http://www.anesthesiologie.nl/uploads/openbaar/RL\\_Sedatie\\_en\\_of\\_analgesie\\_Volwassenen\\_en\\_IC\\_2012.pdf](http://www.anesthesiologie.nl/uploads/openbaar/RL_Sedatie_en_of_analgesie_Volwassenen_en_IC_2012.pdf)

Het aantal klinieken dat rimpelvullers gebruikten en een productpaspoort verstrekten is weliswaar gestegen, echter deze stijging is onvoldoende groot om van een generaal kwaliteitsverbetering te kunnen spreken. De patiënt heeft bij een groot deel van de klinieken daarmee niet de beschikking over de relevante gegevens van de gebruikte rimpelvullers. De inspectie vraagt de klinieken om dit te implementeren en ziet hierin haar risicotoezicht op toe.

#### ***Ongeplande heroperaties***

Het is van groot belang dat klinieken die cosmetische ingrepen uitvoeren het aantal ongeplande heroperaties registreren, teneinde de kwaliteit van de geleverde zorg te monitoren. Klinieken die hebben aangegeven deze registratie niet te voeren worden door de inspectie hiertoe verplicht.

#### ***Bariatric***

Het plaatsen van maagballonnen in het kader van een bariatrische behandeling staat niet vermeld in de richtlijn Morbide Obesitas 2011. Volgens de Nederlandse Vereniging voor Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) is er geen norm of richtlijn op basis waarop de inspectie kan handhaven. Literatuur (een enkel artikel) vermeldt dat sommige type maagballonnen bij correct gebruik geen permanente complicaties opleveren en bruikbaar zijn.<sup>[26]</sup> De inspectie vraagt die klinieken waar maagballonnen worden ingebracht om veiligheidseisen in acht te nemen. De inspectie is met de wetenschappelijke verenigingen in gesprek over de voorwaarden van goede zorg.

#### ***Stopmoment IV: Time-out***

Stopmoment IV, de time-out, is een belangrijk stopmoment vlak voor de start van de operatie, waarin met het hele team voor de laatste keer de patiënt, operatie, zijde/locatie, stollingsstatus, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering en aanwezigheid personeel wordt gecontroleerd op juistheid en volledigheid. De klinieken zijn verplicht de peroperatieve richtlijn te volgen en de inspectie ziet hierop toe. De 56 klinieken die aangaven wel operaties te hebben uitgevoerd, maar niet het stopmoment IV, de time-out, te hebben uitgevoerd en vastgelegd, worden door de inspectie gehouden tot implementatie en naleving van het bovenstaande. Ook dit signaal wordt in het risicomodel van de inspectie meegewogen om tot een bezoekprioritering te komen.

Dat 111 klinieken slechts bij maximaal 95 procent van de geopereerde patiënten de time-out uitvoerden en vastlegden, verontrust de inspectie. Het betreft hier electieve ingrepen, waarbij dus altijd een time-out kan worden uitgevoerd en vastgelegd. Klinieken dienen hierbij te streven naar een 100 procent score.

---

[26] Balancing risk and reward: a critical review of the intragastric balloon for weight loss; Shantanu Gaur, MD,<sup>1</sup> Samuel Levy, MD,<sup>1</sup> Lisbeth Mathus-Vliegen, e.a. Massachusetts, USA; Amsterdam, the Netherlands GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 81, No. 6 : 2015.

Daar waar de inspectie in de bezoeken concludeert dat de time-out niet wordt uitgevoerd en/of niet wordt vastgelegd, treedt zij corrigerend op en indien nodig stelt zij een zwaardere vorm van toezicht in.

#### ***Elektronisch voorschrijven medicatie***

Van de 202 klinieken die hebben aangegeven op geen enkele manier elektronisch medicatie voor te schrijven, is niet duidelijk of deze klinieken ook daadwerkelijk medicatie voorschrijven. De inspectie vraagt de klinieken die medicatie voorschrijven om dit elektronisch te doen. Tijdens toezichtbezoeken besteedt de inspectie aandacht aan dit onderwerp.

#### ***Explantatie borstimplantaten***

Bij slechts 77 procent van de klinieken die aangaven borstimplantaten te hebben geplaatst, werden explantaties binnen 30 dagen postoperatief na borstaugmentatie geregistreerd. Dit is voor de inspectie onacceptabel laag. Indien een kliniek borstimplantaten plaatst, dienen ook explantaties te worden geregistreerd teneinde de kwaliteit van de geleverde zorg te monitoren. De inspectie eist van klinieken die deze explantaties niet registreerden, dat zij deze registratie onverwijld implementeren. De inspectie toetst hierop tijdens (on) aangekondigde toezichtbezoeken.

### **Overige bevindingen**

#### ***Anesthesiologie***

In onderstaande tabel 3.1 wordt een overzicht van de uitkomsten van de indicator met betrekking tot anesthesiologische zorg gegeven.

Tabel 3.1

#### **Anesthesiologie**

(n= aantal klinieken dat cijfers heeft aangeleverd over de betreffende indicator)

Aantal klinieken dat enige vorm van anesthesie toepaste (n=393)	239 (60,1%)
Aantal klinieken dat lokale anesthesie toepaste (n=239)	229 (95,8%)
Aantal klinieken dat algehele anesthesie toepaste (n=239)	75 (31,4%)
Aantal klinieken dat procedurele anesthesie toepaste (n=239)	47 (19,6%)
Aantal klinieken waar een lokale PSA commissie actief was (n=47)	38 (80,8%)
Aantal klinieken dat volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie werkten (n=47)	46 (97,8%)
Aantal klinieken waar informed consent werd afgenomen (n=43)	43 (100,0%)
Aantal klinieken waar dagelijks iemand met een advanced live support (ALS) deskundigheid beschikbaar was (n=43)	39 (90,1%)

### ***Implantaten***

In onderstaande tabel 3.2 wordt een overzicht van de uitkomsten van de indicator met betrekking tot implantaten gegeven.

Tabel 3.2

#### **Implantaten / registratiesysteem**

(n= aantal klinieken dat cijfers heeft aangeleverd over de betreffende indicator)

Aantal klinieken dat aangaf implantaten te plaatsen (n=393)	132 (33,6%)
Aantal klinieken dat gebruik maakt van een registratiesysteem voor implantaten (n=132)	129 (97,7%)
Aantal klinieken dat aangaf rimpelvullers toe te passen (n=393)	94 (23,9%)
Aantal klinieken dat gebruik maakte van een registratiesysteem voor rimpelvullers (n=94)	88 (93,6%)
Aantal klinieken dat gebruik maakte van een elektronisch registratiesysteem (n=88)	55 (62,5%)
Aantal klinieken dat gebruik maakte van een papieren registratiesysteem (n=88)	52 (59,0%)
Aantal klinieken dat gebruik maakte van een ander registratiesysteem (n=88)	7 (8,0%)
Aantal klinieken dat gebruik maakte van een productpaspoort van de toegepaste rimpelvullers (n=94)	52 (55,3%)

### ***Peroperatieve antibioticaprofylaxe***

Bij 22 klinieken die één of meerdere operaties uitvoerden waarbij antibioticaprofylaxe was geïndiceerd (indicatoroperaties)<sup>[27]</sup>, werd bij gemiddeld 94,2 procent van de patiënten (die een indicatoroperatie ondergingen) tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe toegediend.

### ***Ongeplande heroperaties***

In tabel 3.3 wordt een overzicht van het aantal ongeplande heroperaties na een initiële cosmetische ingreep gegeven. In totaal werden er bij 67.754 patiënten cosmetische ingrepen uitgevoerd in 2015, waarmee dit aantal patiënten circa 2,5 maal zo hoog was als in 2014.

[27] Totale heupprothese (CTG code 38567) en totale knieprothese (CTG code 38663)

Tabel 3.3

**Ongeplande heroperaties na cosmetische ingreep****(n= aantal klinieken dat cijfers heeft aangeleverd over de betreffende indicator)**

Aantal klinieken dat cosmetische ingrepen uitvoerde (n=393)	150 (38,2%)
Aantal klinieken dat het aantal ongeplande heroperaties na een initiële cosmetische ingreep registreerde (n=150)	105 (70,0%)
Gemiddeld percentage ongeplande heroperaties na een initiële cosmetische ingreep (n=105)	1,5%
Aantal klinieken met een percentage ongeplande heroperaties $\leq$ 1% (n=105)	77 (73%)
Aantal klinieken met een percentage ongeplande heroperaties >1-5% (n=105)	15 (14%)
Aantal klinieken met een percentage ongeplande heroperaties >5-10% (n=105)	8 (8%)
Aantal klinieken met een percentage ongeplande heroperaties > 10% (n=105)	5 (5%)

***Bariatric***

In onderstaande tabel 3.4 wordt een overzicht van bariatrische ingrepen gegeven, zoals die in 2015 zijn uitgevoerd.

Tabel 3.4

**Bariatrische chirurgie****(n= aantal klinieken dat cijfers heeft aangeleverd over de betreffende indicator)**

Aantal klinieken dat bariatrische chirurgie aanbood (n=393)	11 (2,8%)
Aantal klinieken dat bariatrische chirurgie daadwerkelijk heeft uitgevoerd (n=11)	6 (54,5%)
Aantal patiënten waarbij een maagballon werd geplaatst (n=1)	63
Aantal patiënten waarbij een maagband werd geplaatst (n=5)	69
Aantal patiënten waarbij een gastric bypass werd uitgevoerd (n=6)	2776
Aantal patiënten waarbij een sleeve resectie werd uitgevoerd (n=6)	408

Van de elf klinieken die bariatrische chirurgische ingrepen aanboden, hadden acht klinieken een multidisciplinair behandelteam bestaande uit een chirurg, anesthesioloog, diëtist, psycholoog, internist en een verpleegkundige. Bij twee van deze klinieken maakte een MDL-arts deel uit van het multidisciplinair behandelteam. De zes klinieken die daadwerkelijk bariatrisch chirurgische ingrepen uitvoerden deden dit in een ziekenhuis.

#### ***Foto voorafgaand aan cosmetisch ingreep***

Voor de beoordeling van het eindresultaat van een cosmetische ingreep, is het van belang dat de Ausgangssituatie middels een foto wordt vastgelegd.

Van de 35 klinieken die aangaven in totaal 4442 borstvergrotingen uit te voeren, maakten 33 klinieken (94 procent) een foto voorafgaand aan de operatie. Van de 110 klinieken die aangaven in totaal 11.530 ooglidcorrecties uit te voeren, maakten 105 (95 procent) een foto voorafgaand aan de operatie. Hiermee zijn deze percentages vrijwel gelijk gebleven ten opzichte van 2014.

#### ***Time out procedure***

In totaal werd bij 241 van de 297 klinieken (81 procent), die aangaven operaties te hebben uitgevoerd, het stopmoment IV uit de time-out procedure uitgevoerd en vastgelegd bij gemiddeld 92 procent van de geplande operaties.

## 4 Infecties

### Indicatoren

- Surveillance van postoperatieve infecties (POWI)
- Infectierisico na refractiechirurgie
- Infectierisico na cataractoperatie
- Infectierisico na totale heupprothese
- Infectierisico na cosmetische ingreep
- Kwalificatie behandelruimte

### Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste uitkomsten besproken van de indicatoren met betrekking tot infecties en infectiepreventie. Bij iedere invasieve ingreep bestaat een infectierisico, waarbij de kans op en de gevolgen van dergelijke POWI's afhankelijk zijn van de aard van de ingreep en de omstandigheden waaronder die wordt uitgevoerd. Zowel voor de patiëntveiligheid als voor het monitoren van de kwaliteit van zorg is een adequate controle en registratie van POWI's absoluut noodzakelijk. De methode waarbij de kliniek alle patiënten na een ingreep poliklinisch controleert is te prefereren boven de andere methoden<sup>[28]</sup>, deze kunnen immers leiden tot het missen van POWI's, omdat de patiënt zelf het initiatief tot consultatie moet nemen en/of zelf de wond moet beoordelen.

Vanuit het oogpunt van infectiepreventie is het tevens van belang dat ingrepen worden uitgevoerd in de vereiste bouwkundige omgeving. In 2015 bestonden er voor OK-complexen twee klassen (klasse 1, klasse 2).<sup>[29]</sup> Volgens richtlijnen van zowel de werkgroep infectiepreventie (WIP) als de wetenschappelijke verenigingen dienen orthopedische implantaten, borstprothesen en intraoculaire lenzen in een OK-klasse 1 te worden geplaatst.

### Kernbevindingen

#### *Surveillance van postoperatieve infecties / infectierisico*

Bij 9,5 procent (28 klinieken) van de 297 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden werden niet alle patiënten structureel gecontroleerd op een POWI. Dit is een verslechtering ten opzichte van de 8,8 procent in 2014. Van de 297 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden, gaf 9,8 procent (29 klinieken) aan geen POWI's te registreren, wat een achteruitgang is ten opzichte van 6,5 procent in 2014.

Van de 127 klinieken die aangaven cosmetische ingrepen uit te voeren en van de elf klinieken die hebben aangegeven bariatrische ingrepen uit te voeren<sup>[30]</sup>, registreerde

[28] Bijvoorbeeld telefonische navraag of instructie aan patiënt dat deze contact met de kliniek op moet nemen bij tekenen van infectie.

[29] De inspectie heeft op haar website het toetsingskader luchtbeheersing operatieafdeling geplaatst <http://www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/ziekenhuizen/operatieve-proces/>

[30] De bariatrische chirurgische ingrepen werden niet in de betreffende 12 klinieken zelf uitgevoerd, maar in een ziekenhuis. De postoperatieve zorg werd wel door de klinieken zelf geleverd. De maagballonnen werden in de kliniek geplaatst.

9,5 procent respectievelijk 45 procent geen POWI's. Hiermee behoren deze twee groepen, de cosmetische en de bariatrische, tot de slechtst scorende op dit onderwerp.

Het percentage klinieken dat orthopedische ingrepen uitvoerde en POWI's registreerde is met 58 procent in 2014 naar 100 procent in 2015 sterk toegenomen. Klinieken die cataractextracties uitvoerden laten eveneens een verbetering zien van 90 procent in 2014 naar 100 procent in 2015.

Het gemiddelde infectiepercentage van de 297 klinieken die in totaal 384.023 invasieve ingrepen uitvoerden, bedroeg 0,45 procent ( $p_{75}=0,27$ ). Dit cijfer is samengesteld uit alle ingrepen en specialismen samen en is niet discriminerend. Wel is een significante afwijking van dit gemiddelde en het ontbreken van controle en registratie van de POWI's een mogelijk signaal van tekortkomingen in de verleende zorg en wordt gebruikt voor risicosignalering.

#### ***Kwalificatie behandelruimte***

Volgens richtlijnen van zowel de WIP<sup>[31]</sup> als de wetenschappelijke verenigingen dienen orthopedische implantaten, borstprothesen en intraoculaire lenzen in een OK-klasse 1 te worden geplaatst. Het percentage klinieken dat aangaf in een OK-complex met de juiste klasse orthopedische implantaten of borstimplantaten te plaatsen, is toegenomen. Van de in totaal 96 klinieken die één of meerdere van bovengenoemde implantaten (borst-, oog-, orthopedische) plaatsten, gaf 26 procent (25 klinieken) aan dit niet in een OK-klasse 1 uit te voeren. In 2014 was dit 29 procent (28 klinieken).

#### **Acties naar aanleiding van kernbevindingen**

##### ***Surveillance van postoperatieve infecties/ infectierisico***

Ten aanzien van de controle op POWI's is gebleken dat er soms verwarring is over de ingrepen waarbij deze controle moet worden uitgevoerd. Sommige klinieken geven aan dat zij geen operaties uitvoeren (wel invasieve ingrepen) en daardoor in de veronderstelling zijn, geen *postoperatieve* infecties te hoeven registreren. Hoewel de term 'POWI' refereert aan 'operatie', betreft de registratie van POWI's de registratie van alle (aan een ingreep gerelateerde) infecties na invasieve behandeling. Ongeacht of de instelling de invasieve behandeling als operatie of als ingreep aanmerkt. De klinieken die hebben aangegeven geen infectieregistratie te voeren, dienen deze te implementeren.

Daarnaast verwacht de inspectie dat particuliere klinieken die invasieve behandelingen uitvoeren niet alleen een adequate infectieregistratie bijhouden maar ook dat zij de methode van poliklinische controle als de standaardmethode van controle op POWI's hanteren. Alleen op deze wijze is een goede controle van de kwaliteit van de geleverde zorg op dit punt mogelijk. Daar waar de inspectie in de bezoeken concludeert dat infectieregistratie niet is ingevoerd en wordt uitgevoerd, treedt zij corrigerend op en indien nodig stelt zij een zwaardere vorm van toezicht in.

---

[31] Dit betreft de oude WIP-richtlijn 'Beheersplan Luchtbehandeling voor de Operatieafdeling' (2005).



### Kwalificatie behandelruimte

Het is verontrustend dat 25 particuliere klinieken hebben aangegeven implantaten (orthopedisch, oogheelkundig, borstprothesen) in een onjuiste OK-klasse te hebben geplaatst. De inspectie neemt indien nodig (bestuurlijke) maatregelen.

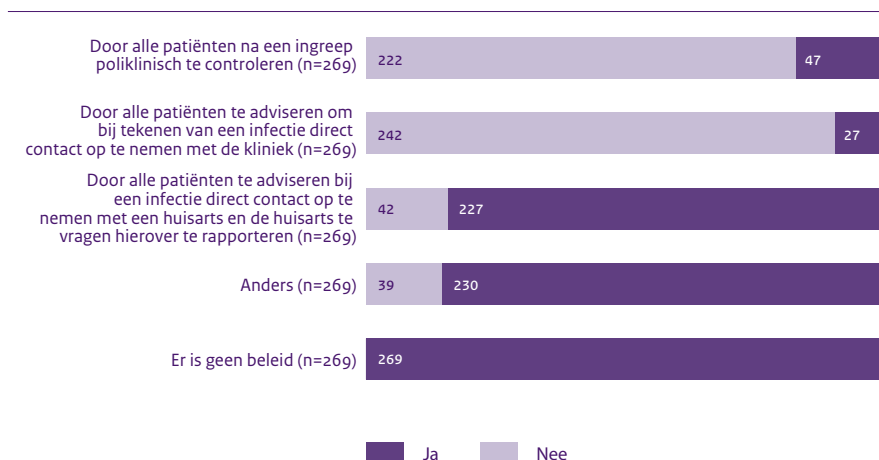
Tijdens inspectiebezoeken in particuliere klinieken (en ziekenhuizen) waar operaties plaatsvinden is de afgelopen jaren gebleken dat de eisen voor verantwoorde luchtkwaliteit op OK complexen niet altijd voldoende bekend zijn en dat aan deze eisen niet wordt voldaan, waardoor patiënten een verhoogd risico lopen op postoperatieve wondinfecties. Eind 2014 is een nieuwe richtlijn verschenen over luchtbehandeling op OK complexen; “Luchtbehandeling in operatiekamer en opdekruimte in operatieafdeling klasse 1; WIP, november 2014”. De inspectie heeft in april 2016 haar ‘toetsingskader luchtbeheersing operatieafdeling’ gepubliceerd en op haar openbare website ter beschikking gesteld<sup>[32]</sup>. In dit toetsingskader worden criteria aangaande de luchtkwaliteit op OK-complexen, waarop de inspectie toetst en handhaaft, beschreven.

### Overige bevindingen

Bij 9,5 procent (28 klinieken) van de 297 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden, werden niet alle patiënten structureel gecontroleerd op een POWI. Van de klinieken die wel een systematische controle op POWI's uitvoerden wordt in onderstaande figuur 4.1 de verdeling van controlemethoden gegeven. De klinieken die aangaven dat zij een andere manier van controle hanteerden, lichtten vaak toe dat de patiënten werden nagebeld om te informeren naar het postoperatieve beloop. Sommige klinieken gaven aan verschillende van onderstaande methoden te hanteren, waardoor er een overlap in percentages bestaat.

Figuur 4.1

#### Controle postoperatieve infecties



[32] <http://www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/ziekenhuizen/operatieve-proces/>

Tabel 4.1 laat zien dat klinieken die aangaven bariatrische of cosmetische ingrepen uit te voeren, relatief slecht presteerden op het gebied van POWI-registratie.

Tabel 4.1

**Registratie postoperatieve infecties voor verschillende groepen**

(n= aantal klinieken dat cijfers heeft aangeleverd over de betreffende indicator)

Aantal klinieken dat invasieve ingrepen uitvoerde en dat geen postoperatieve infecties registreerde (n=297)	29 (9,8%)
Aantal klinieken dat orthopedische ingrepen uitvoerde en dat geen postoperatieve infecties registreerde (n=24)	0 (0%)
Aantal klinieken dat bariatrische ingrepen uitvoerde en dat geen postoperatieve infecties registreerde (n=11)	5 (45,5%)
Aantal klinieken dat cosmetische ingrepen uitvoerde en dat geen postoperatieve infecties registreerde (n=127)	12 (9,5%)
Aantal klinieken dat refractiechirurgie uitvoerde en dat geen postoperatieve infecties registreerde (n=28)	1 (3,6%)
Aantal klinieken dat cataractextracties uitvoerde en dat geen postoperatieve infecties registreerde (n=42)	0 (0%)

Tabel 4.2

**Infectiecijfer per specialisme**

(n= aantal klinieken dat cijfers heeft aangeleverd over de betreffende indicator)

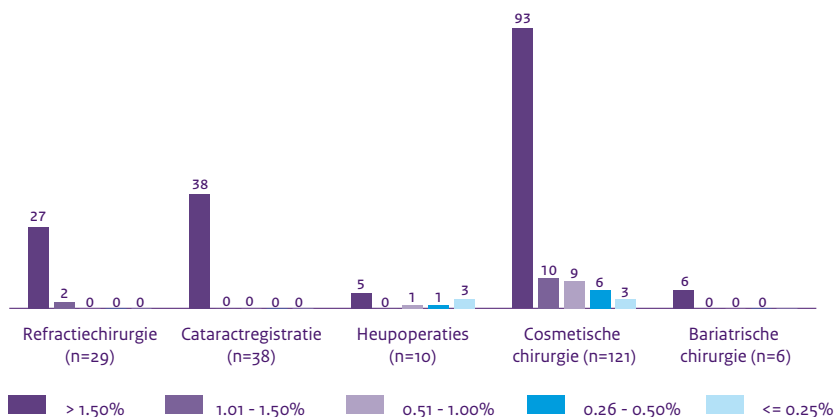
Percentage postoperatieve infecties in klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden (n=297)	0,45 (p75=0,27)
Percentage postoperatieve infecties in klinieken die orthopedische ingrepen uitvoerden (n=24)	0,91 (p75=0,2,2)
Percentage postoperatieve infecties in klinieken die bariatrische ingrepen uitvoerden (n=6)	0,02(p75=0,03)
Percentage postoperatieve infecties in klinieken die cosmetische ingrepen uitvoerden (n=115)	0,26 (p75=0,21)
Percentage postoperatieve infecties in klinieken die refractiechirurgie uitvoerden (n=26)	0,04 (p75=0,00)
Percentage postoperatieve infecties in klinieken die cataractextracties uitvoerden (n=35)	0,02 (p75=0,00)

Bovenstaande infectiecijfers in tabel 4.2 laten geen opvallende bijzonderheden zien, echter de registratie van POWI's was niet volledig. Over de non-responders kan uit de indicatoren-data geen beeld worden opgemaakt. Infectiecijfers worden binnen de inspectie gebruikt

om eventuele tekortkomingen in de zorg te signaleren. In onderstaande grafiek 4.2 worden de infectiecijfers gegroepeerd weergegeven, zodat in percentages zichtbaar wordt welke klinieken sterk afwijken.

Figuur 4.2

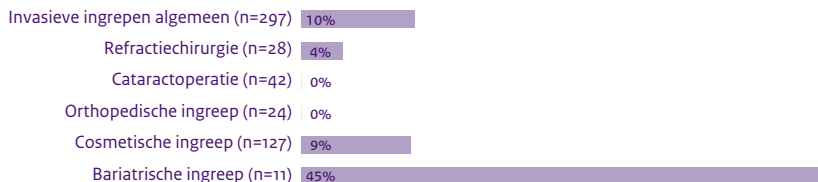
Percentage postoperatieve wondinfecties per behandelcategorie



Tevens is in figuur 4.3 het percentage klinieken weergegeven dat postoperatieve infecties niet registreert. Op de horizontale as staan de ingrepen en op de verticale as het percentage klinieken, waarbij klinieken die bariatrische ingrepen of cosmetische ingrepen uitvoeren het slechtst scoorden.

Figuur 4.3

Geen registratie postoperatieve infecties

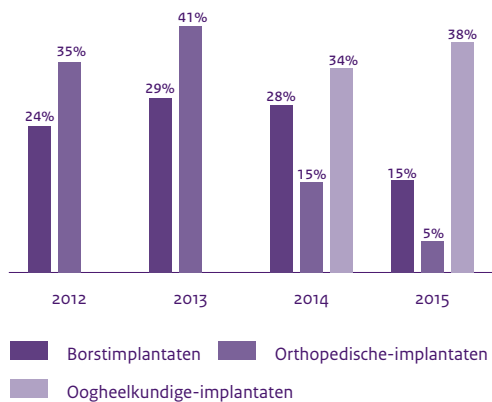


In onderstaande figuur 4.4 wordt het percentage klinieken weergegeven, per type implantaat, dat aangaf de implantaten niet in een OK-klasse 1 te plaatsen.

Figuur 4.4

**Implantaten niet in OK1**

---



## 5 Professionals

### Indicatoren

- Functioneringsgesprekken
- IFMS
- Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten
- Visitatie medisch specialisten
  - NOG
  - NOV
  - NVA
  - NVDV
  - NVKNO
  - NVMDL
  - NVPC
  - NVVC
- Visitatie cosmetisch artsen
  - NVCG<sup>[33]</sup>

### Inleiding

De eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg ligt bij het bestuur van de instelling. Het is voor de inspectie dan ook belangrijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de evaluatie van het functioneren van de medisch specialist of arts is ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling. Systemen om het individueel functioneren van de medisch specialist en arts te beoordelen, zoals de functioneringsgesprekken en het IFMS, zijn een belangrijk hulpmiddel om zichzelf en de kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg verder te verbeteren<sup>[34]</sup>. Specifiek voor het IFMS heeft ZKN een Handreiking<sup>[35]</sup> opgesteld die is toegesneden op kleinere organisaties.

Het IFMS-systeem is daarnaast een hulpmiddel voor het vroegtijdig signaleren van verminderd functioneren of disfunctioneren. Indien er een vermoeden van disfunctioneren is, wordt dit middels een apart traject geregeld en zal het IFMS-traject (tijdelijk) worden gestaakt<sup>[36]</sup>. Visitatie heeft tot doel om een objectief oordeel te verkrijgen over de kwaliteit van de zorgverlening in een instelling. Als een instelling door de wetenschappelijke vereniging is gevisiteerd en de verbetermaatregelen zijn uitgevoerd, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor goede zorgverlening.

---

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

[34] Website Federatie Medisch Specialisten. 2014. <http://www.demedischspecialist.nl/nieuws/leidraad-helpt-medisch-specialist-bij-verderverbeteren-functioneren>

---

[35] ZKN IFMS Handreiking 2013: [http://www.vmszkn.nl/media/toolbox/20131114\\_ZKN\\_IFMS\\_Handreiking.pdf](http://www.vmszkn.nl/media/toolbox/20131114_ZKN_IFMS_Handreiking.pdf)

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

## **Kernbevindingen**

### ***Functioneringsgesprekken***

In het verslagjaar gaven 327 klinieken aan medisch specialisten in dienst te hebben. In 79 procent van de klinieken was een systeem van functioneringsgesprekken en dit is een lichte verbetering ten opzichte van de 75 procent in 2014. Van alle medisch specialisten die in de particuliere klinieken werkten (n=1668), had 72 procent deelgenomen aan minimaal één functioneringsgesprek<sup>[37]</sup>.

### ***IFMS***

In 63 procent van de klinieken waar medisch specialisten in dienst waren, was IFMS ingevoerd in de kliniek. Dit is een verbetering ten opzichte van 2014, toen 52 procent van de klinieken aangaf dit ingevoerd te hebben. Ook de deelname aan een IFMS-gesprek<sup>[38]</sup> is verbeterd. In 2015 had 58 procent van de medisch specialisten deelgenomen, tegenover 48 procent in 2014.

### ***Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten***

In 76 procent van de klinieken waar medisch specialisten werkten bestond een regeling 'mogelijk disfunctioneren medisch specialisten'. Evenals de functioneringsgesprekken en IFMS is dit een verbetering ten opzichte van 2014.

### ***Visitatie***

De klinieken kregen de vraag voorgelegd of de werkzame medisch specialisten in het verslagjaar waren aangesloten bij een wetenschappelijke vereniging. Indien hier 'ja' op werd geantwoord, werd uitgevraagd of de medisch specialist was gevisiteerd in de periode 2011 tot en met 2015 door de betreffende vereniging. Figuur 5.1 geeft aan in hoeveel klinieken er door de betreffende wetenschappelijke vereniging is gevisiteerd. Ter verduidelijking: van de 63 klinieken waar medisch specialisten werkzaam waren en aangesloten waren bij de NOG, was in 43 klinieken (68 procent) gevisiteerd door de NOG.

---

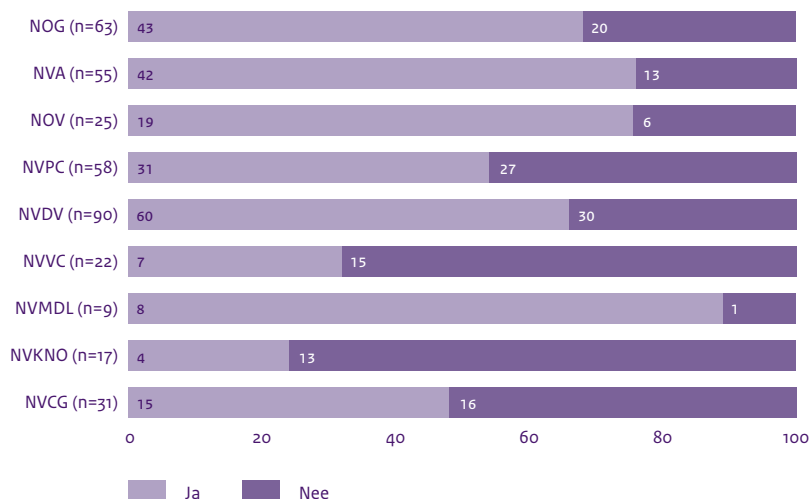
[37] Het betreft een functioneringsgesprek in de 24 maanden voorafgaand aan 31 december 2015.

---

[38] Het betreft een IFMS-gesprek in de 24 maanden voorafgaand aan 31 december 2015.

Figuur 5.1

Visitatie



*Toelichting staafdiagram: aantal klinieken waar medisch specialisten werken die zijn aangesloten bij een wetenschappelijke vereniging en waar wel/niet is gevisiteerd (uitgangspunt betreft het absoluut aantal PK's dat door een bepaalde WV is gevisiteerd in afgelopen vijfjaar).*

Vervolgens is geanalyseerd in hoeveel klinieken medisch specialisten werkzaam zijn die noch in de kliniek noch elders zijn gevisiteerd door de betreffende wetenschappelijke vereniging. Als toelichting is vaak gegeven dat de specialisten nergens anders werkzaam zijn (alleen werkzaam zijn in de betreffende kliniek). De uitkomsten zijn in tabel 5.1 weergegeven.

Tabel 5.1

**Niet gevisiteerde medisch specialisten per wetenschappelijke vereniging**

Wetenschappelijke vereniging (WV)	Aantal en percentage klinieken waar medisch specialisten niet door de WV zijn gevisiteerd in betreffende kliniek		Aantal en percentage klinieken waar medisch specialisten niet in de kliniek en niet elders door de WV zijn gevisiteerd <sup>[39]</sup>	
NOG (n=63)	20	32%	10	16%
NVA (n=55)	13	24%	0	0%
NOV (n=25)	6	24%	0	0%
NVPC (n=58)	27	47%	4	7%
NVDV (n=90)	30	33%	4	4%
NVVC (n=22)	15	68%	2	9%
NVMDL (n=9)	1	11%	0	0%
NVKNO (n=17)	13	76%	2	12%
NVCG (n=31)	16	52%	5	16%

In 2014 hadden 32 van de 271 klinieken waar medisch specialisten werkten (twaalf procent) aangegeven geen systeem van jaargesprekken, geen IFMS, geen visitaties te hebben uitgevoerd en hadden deze geen regeling disfunctioneren. In 2015 heeft geen enkele kliniek dit aangegeven. Dit betekent dat alle klinieken in enige vorm het functioneren van de medisch specialist in hun kwaliteitsbeleid hebben ingebed.

### Acties naar aanleiding van kernbevindingen

#### *Functioneringsgesprekken, IFMS en regeling mogelijk disfunctioneren*

De inspectie is tevreden met de positieve stijging ten aanzien van de functioneringsgesprekken, de IFMS en de regeling 'mogelijk disfunctioneren medisch specialisten', maar ziet ook dat er nog ruimte voor verbetering is. De inspectie verwacht dat klinieken dit komend jaar verder oppakken en toetst dit in onaangekondigde bezoeken.

[39] Indien dit getal 0 is, heeft de kliniek specialisten in dienst die elders zijn gevisiteerd. Indien dit getal >0 is, dan heeft de kliniek medisch specialisten in dienst die nergens door de betreffende verenigingen is gevisiteerd.



### **Visitatie**

De uitkomsten van de indicator visitatie laat zich niet vergelijken met vorig jaar, omdat in 2015 voor het eerst is gevraagd naar visitaties in de voorafgaande vijf jaren in plaats van naar visitaties in het afgelopen jaar. Los van dit feit constateert de inspectie dat een aantal klinieken aangeeft medisch specialisten in dienst te hebben die nergens zijn gevisiteerd. Met name het hoge percentage klinieken waar cosmetisch artsen werken die niet door de NVCG zijn gevisiteerd is zorgelijk. Visitatie is een belangrijke voorwaarde voor goede zorgverlening. De combinatie van toetsen en verbeteren maakt het visitatie-instrument waardevol<sup>[40]</sup>. De inspectie vereist dat de bestuurders van de klinieken hierin hun verantwoordelijkheid nemen en maatregelen treffen. Daarnaast is de inspectie in gesprek met alle betreffende wetenschappelijke verenigingen om te stimuleren dit te verbeteren. Omdat de inspectie de klinieken in beeld heeft, verwacht zij van de verenigingen dat zij hier ook een rol in spelen. De inspectie toetst dit gericht in haar reguliere toezicht waarvan onaangekondigde bezoeken onderdeel zijn. De inspectie neemt indien nodig (bestuurlijke) maatregelen.

### **Overige bevindingen**

Voor een nadere analyse van de visitaties door verenigingen is een extra selectievariabele toegevoegd, te weten het type behandeling. Tabel 5.2 heeft het aantal klinieken dat een bepaald type behandeling uitvoert als uitgangspunt. Het cijfer in de tabel geeft dus weer hoe vaak de klinieken in die bepaalde groep gevisiteerd zijn in de periode 2011 tot en met 2015.

---

[40] Orde van Medisch Specialisten. 2012. Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitaties.

Tabel 5.2

**Visitaties per type behandeling****(n= aantal klinieken dat cijfers heeft aangeleverd over de betreffende indicator)**

Aantal klinieken waar refractiechirurgie is uitgevoerd en waar is gevisiteerd door het NOG (n=28)	18 (64%)
Aantal klinieken waar cataractoperaties plaatsvonden en waar is gevisiteerd door het NOG (n=42)	32 (76%)
Aantal klinieken waar orthopedische zorg is verleend en waar is gevisiteerd door de NOV (n=24)	18 (75%)
Aantal klinieken waar dermatologische zorg is verleend en waar is gevisiteerd door de NVDV (n=90)	55 (61%)
Aantal klinieken waar keel-, neus- en oorheelkundige ingrepen zijn uitgevoerd en waar is gevisiteerd door de NVKNO (n=11)	4 (36%)
Aantal klinieken waar cosmetische en/of plastische chirurgie is uitgevoerd en waar is gevisiteerd door de NVKNO (n=150)	3 (2%)
Aantal klinieken waar plastische chirurgie is uitgevoerd en waar is gevisiteerd door de NVPC (n=82)	30 (37%)
Aantal klinieken waar tijdens de NVMDL-visitatie MDL-artsen zijn gevisiteerd (n=8)	8 (100%)
Aantal klinieken waar tijdens de NVMDL-visitatie internisten zijn gevisiteerd (n=8)	1 (13%)
Aantal klinieken waar procedurele sedatie werd toegepast en waar is gevisiteerd door de NVA (n=47)	20 (43%)

## Lijst met afkortingen

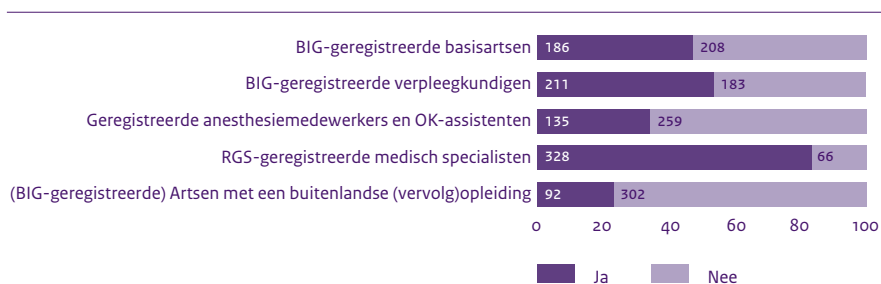
ASA	American Society of Anesthesiologists
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg
BMI	Body Mass Index
CMT	Convenant Medische Technologie
Federatie	Federatie Medisch Specialisten
HRT	Het Resultaat Telt
IC	Intensive Care
IFMS	Individueel functioneren medisch specialisten
Inspectie	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IT	Incidenten toezicht
KNO	Keel, neus en oorheelkunde
MC	Medium Care
MDC	Medisch diagnostisch centrum
MDL	Maag, darm en lever
MSZ	Medisch specialistische zorg
NIV	Nederlandse Internisten Vereniging
NOG	Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
NOV	Nederlandse Orthopedische Vereniging
NVA	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NVDV	Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVKNO	Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde
NVMDL	Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
NVMM	Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
NVPC	Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
NVVC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NVvH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVZA	Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers
OK	Operatiekamer
PK	Particuliere Kliniek
POWI	Postoperatieve wondinfectie
PSA	Procedurele sedatie en/of analgesie
RT	Risico Toezicht
TIP/TOP	Toezicht Infectiepreventie/Toezicht Operatief Proces
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBS	Web-based survey
WIP	Werkgroep Infectiepreventie
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
WV	Wetenschappelijke vereniging
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland

# Bijlage 1

## Indicator uitkomsten 2015/ overige data

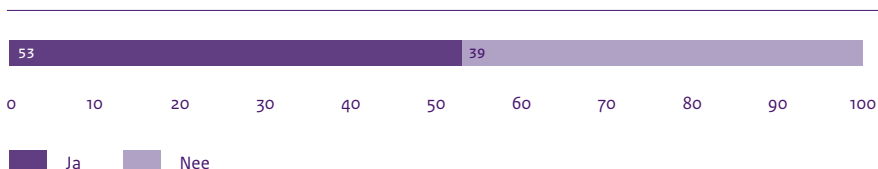
Figuur 1

### Artsen werkzaam in PK



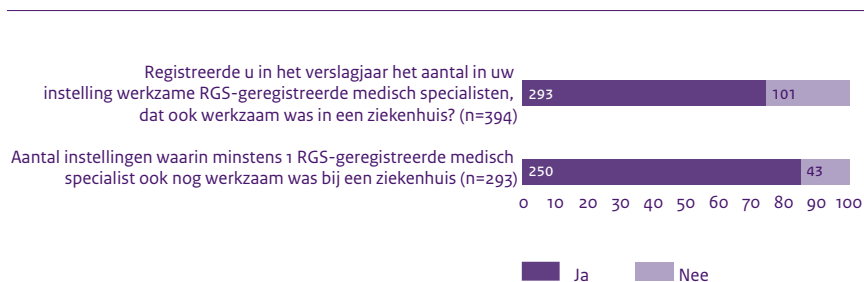
Figuur 2

### Buitenlandse arts medisch eindverantwoordelijk



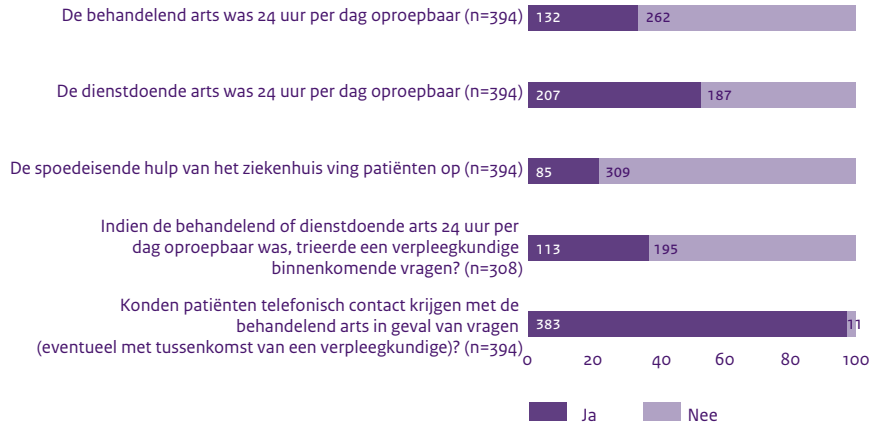
Figuur 3

### Werkzaamheden in een ziekenhuis



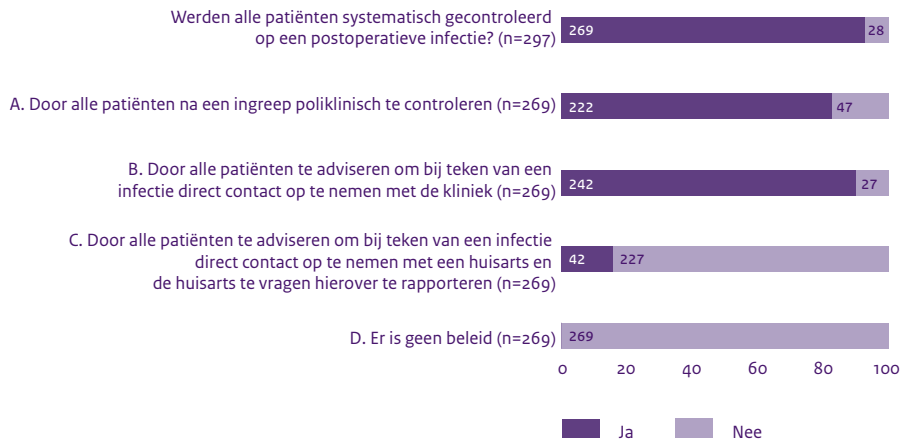
Figuur 4

**Bereikbaarheid**



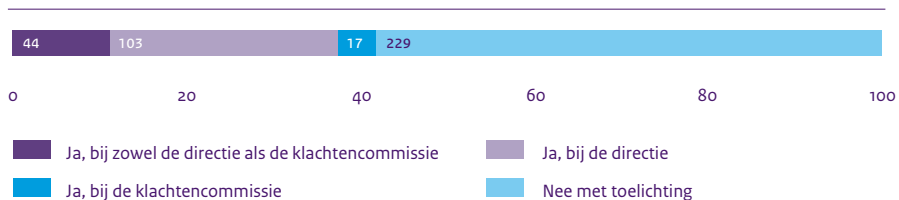
Figuur 5

**Surveillance postoperatieve infecties**



Figuur 6

**Klachten**



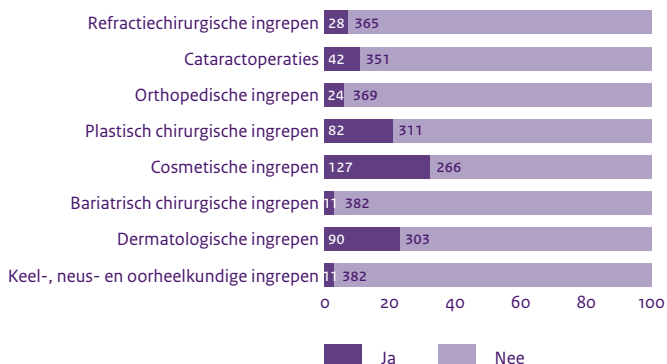
Tabel 1

**Aantal klachten**

	minimum	p25	p50	p75	maximum
Wat is het totaal aantal nieuwe klachten, ingediend bij de directie en/of de klachtencommissie, in het verslagjaar dat gegrond is verklaard? (n=)	0	0	1	4	80
Wat is het totaal aantal nieuwe klachten, ingediend bij de directie en/of de klachtencommissie, in het verslagjaar dat gegrond is verklaard en heeft geleid tot maatregelen? (n=)	0	0	1	3	31
Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij alleen de directie in het verslagjaar? (n=)	0	1	3	6	89
Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij alleen de klachtencommissie in het verslagjaar? (n=)	0	0	1	2,5	38
Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij zowel de directie als de klachtencommissie? (n=)	0	1	2,5	4	12

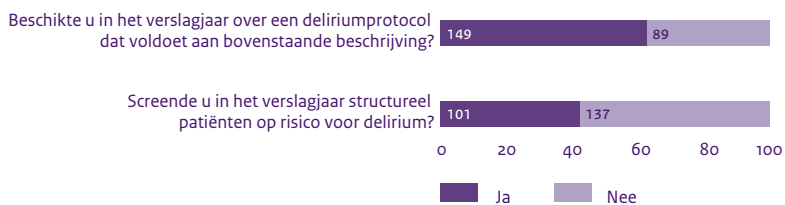
Figuur 7

**Specifieke ingrepen**



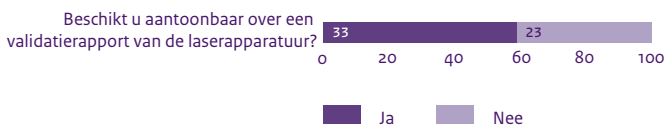
Figuur 8

**Risico op delirium bij patiënten van 70 jaar en ouder**



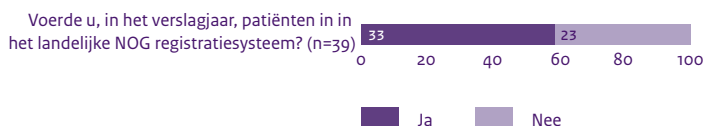
Figuur 9

**Laserapparatuur**



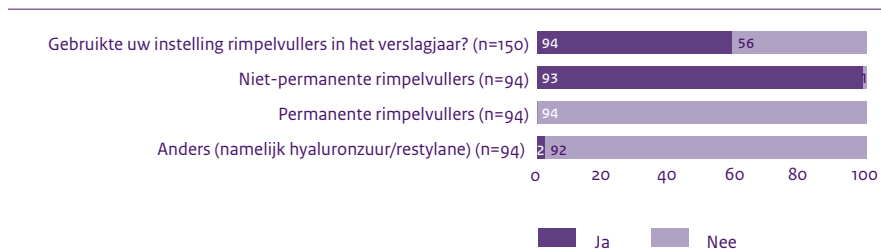
Figuur 10

**Cataractregistratie**



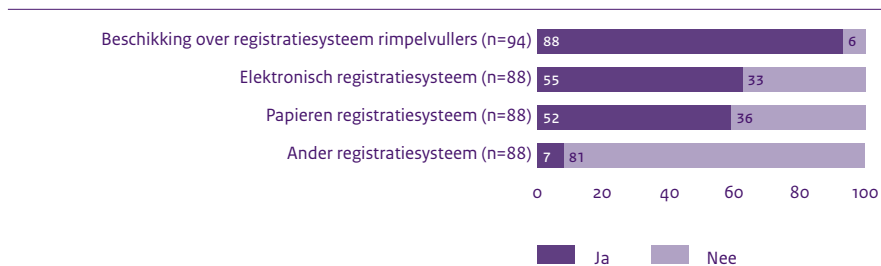
Figuur 11

**Gebruik rimpelvullers, registratiesysteem en productpaspoort**



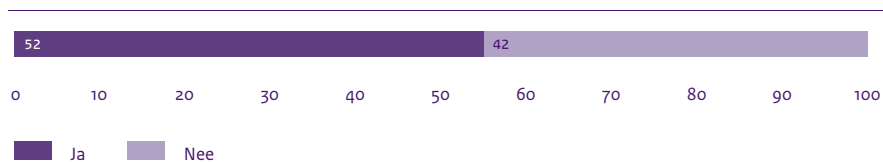
Figuur 12

**Registratiesysteem rimpelvullers**



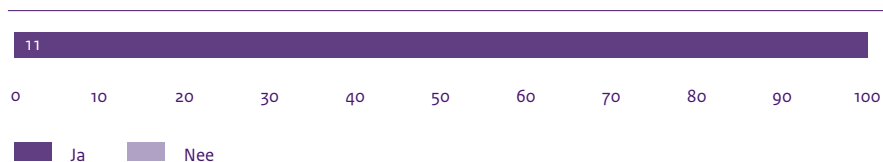
Figuur 13

**Productpaspoort voor cliënt**



Figuur 14

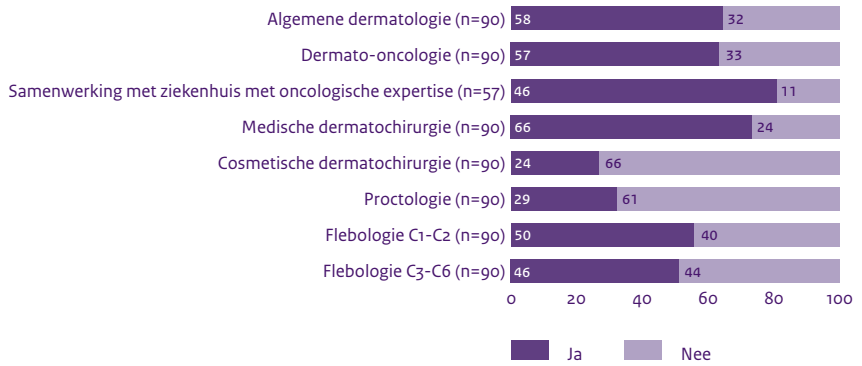
**Postoperatief programma bij bariatric**





Figuur 15

**Dermatologie**



## Bijlage 2

### Lijst van klinieken opgenomen in het onderzoek

<b>Naam particuliere kliniek</b>	<b>Plaats</b>
ABC Clinic	Breda
Acura Medisch Centrum	Weert
Acura Medisch Centrum	Weert
Aesthetic Beauty Clinics	Veldhoven
A-Klinieken Gelderland	Zevenaar
A-Klinieken Groningen	Groningen
A-Klinieken Utrecht	Huis Ter Heide
Alexander Monro ziekenhuis	Bilthoven
Al-Gitaan Stichting Moslim Besnijdenis	Rotterdam
Alizonne	Meijel
Alizonne	Vlijmen
Annatommie	Amsterdam
Antonius Hypercare	Sneek
Aqua Mare Huidkliniek	Rotterdam
Arcus Cosmetisch Centrum	Uden
ATS Kliniek	Vlijmen
Bariatrisch Centrum Zuid West Nederland	Bergen Op Zoom
Beekmanklinieken, Emmeloord	Emmeloord
Beekmanklinieken, Lelystad	Lelystad
BeLife Zorg	Rotterdam
Bergman Clinics   Kliniek voor Oogzorg	Utrecht
Bergman Clinics Bewegingszorg Naarden	Naarden
Bergman Clinics I Kliniek voor Oogzorg	's-Hertogenbosch
Bergman Clinics Inwendige zorg Amsterdam	Amsterdam
Bergman Clinics Inwendige zorg Bilthoven	Bilthoven
Bergman Clinics Medispa Amsterdam	Amsterdam
Bergman Clinics Medispa Zwolle	Zwolle
Bergman Clinics Oogzorg regio Oost	Ede
Bergman Clinics Oogzorg regio Oost	Velp
Bergman Clinics Uiterlijk en huid Bilthoven	Bilthoven
Bergman Clinics Uiterlijk en huid Heerenveen	Heerenveen
Bergman Clinics Uiterlijk en Huid Rijswijk	Rijswijk
Bergman Clinics Vrouwe­zorg Amsterdam	Amsterdam
Bergman Clinics Vrouwe­zorg Bilthoven	Bilthoven
Besnijdenis Centrum Nederland	Abcoude
Besnijdenis Kliniek Noord	Groningen
Bloemindael plastische chirurgie	Haarlem

Boerhaave Medisch Centrum	Amsterdam
Bogar	Rijswijk
Braam Kliniek	Assen
Cardiologie Centrum Almere	Almere
Cardiologie Centrum Amsterdam Zuid	Amsterdam
Cardiologie Centrum Hoogvliet	Hoogvliet
Cardiologie Centrum IJmond	IJmuiden
Cardiologie Centrum Rotterdam Blakenburg	Rotterdam
Cardiologie Centrum Utrecht	Utrecht
Cardiologie Centrum Voorschoten	Voorschoten
Cardiologie Centrum Zeeland	Middelburg
Care Medical Services Holland BV	Amsterdam
Cavari Clinics	Groningen
Centrum Hyperthermie	Amsterdam
Ceulen Huidkliniek	Helmond
CIRO	Haelen
Clinic 28 / Medicosmetics	Den Haag
Clinic 28 / Medicosmetics	Arnhem
Clinic 63	Amsterdam
Clinic 63	Den Bosch
Clinic 63	Den Haag
Clinic 63	Haarlem
Clinic 63	Laren
Clinic 63	Maastricht
Clinic 63	Nijmegen
Clinic 63	Utrecht
Clinic 63	Eindhoven
Clinix	Zaandam
Clinix	Assendelft
CO-EUR	Hoensbroek
CO-EUR	Maastricht
CO-EUR	Den Bosch
CO-EUR	Utrecht
Correct Vision	Alkmaar
Cosmetisch Medisch Centrum Lipocare	Schijndel
Da Vinci Kliniek	Geldrop
DC Klinieken Alkmaar	Alkmaar
DC Klinieken Almere	Almere
DC Klinieken Amsterdam	Amsterdam
DC Klinieken Den Haag	Den Haag
DC Klinieken Dokkum	Dokkum
DC Klinieken Laresse	Amsterdam
DC Klinieken Maastricht	Maastricht

DC Klinieken Oud West	Amsterdam
DC Klinieken Oud Zuid	Amsterdam
DC Klinieken Roermond	Roermond
DC Klinieken Rotterdam	Rotterdam
DC Klinieken Schiedam	Schiedam
DC Klinieken Slotervaart	Amsterdam
DC Klinieken Voorschoten	Voorschoten
DCB Twenthecentrum	Almelo
De Clinique	's-Hertogenbosch
De Mariannehoeve	Papendrecht
De Mobiliteits Kliniek	Zeist
Derma Team Huid- en Laserkliniek	Bergen Op Zoom
Derma Team Huid- en Laserkliniek	Middelburg
Derma Team Huid- en Laserkliniek	Vlissingen
Derma Team Huid- en Laserkliniek	Goes
DermaZcare	Amsterdam
DermaClinic	Groningen
DermaClinic	Zwolle
Dermalink	Amersfoort
Dermatologie praktijk van Eendenburg en Nanninga (locatie 1)	Amsterdam
Dermatologie praktijk van Eendenburg en Nanninga (locatie 2)	Amsterdam
Dermatologisch Centrum Breda	Breda
Dermatologisch Centrum Wetering	Amsterdam
DermaZuid	Maastricht
Dermicis	Doetinchem
Dermicis	Alkmaar
Dermicis	Haarlem
Diagnostiek voor U	Eindhoven
Diagnostisch Centrum Bernhoven	Uden
Diagnostisch Centrum DiaSana	Mill
Diagnostisch Centrum Tilburg	Tilburg
Doctors Inc.	Amsterdam
Dr Binkhorst Eye Center	Terneuzen
Dr. Kappel Instituut	Zwolle
Dr. Keulen Kliniek	Tilburg
Dr. Keulen Kliniek	Schimmert
Dr. Kuypers Kliniek	Hoorn
Drs. Fr. De Mari	Purmerend
Easy Cosmetics	Amsterdam
Elzen Kliniek	Naarden-Vesting
EMC Tergooiziekenhuizen	Hilversum

Essential Aesthetics	Den Haag
Excimer Laser Centrum Nijmegen	Nijmegen
eYellow Ooglaserkliniek	Utrecht
Eyescan Brilvervangende Chirurgie Utrecht	Utrecht
Eyescan Oogzorgklinik Noord-Holland	Beverwijk
Eyescan Oogzorgklinik Drenthe	Emmen
Eyescan Oogzorgklinik Visie	Utrecht
Familie Kliniek AMD BV	Den Haag
Fertiliteitsklinik Twente	Hengelo
FYEO Medical	Eersel
Gynaecologisch Centrum Dermout & Albicher	Alkmaar
Gynos Den Haag	Den Haag
Gynos vrouwenklinik Baarn	Baarn
Haartransplant	Rotterdam
Haartransplantatieklinik Theo Zantman VOF	Rotterdam
Hair & Esthetics	Rotterdam
Heartlife Klinieken	Utrecht
Hearts4People	Amsterdam
Heelkunde Instituut Nederland	Vlaardingen
Heelkunde Instituut Nederland	Amstelveen
Helder Kliniek Eindhoven	Eindhoven
Helder Kliniek Enschede	Enschede
Helder Kliniek Hilversum	Hilversum
Helder Kliniek Rotterdam	Rotterdam
Helder Kliniek Velp	Velp
Helon Huid- en Laserklinik Oost Nederland	Hengelo
Het Ooglasercentrum	Hengelo
Hippocrates Clinic	Amsterdam
Hyperbaar Geneeskundig Centrum Rijswijk	Rijswijk
Instituut voor Hyperbare Geneeskunde	Rotterdam
Instituut voor Hyperbare Geneeskunde	Arnhem
Instituut voor Hyperbare Geneeskunde	Hoogeveen
Instituut voor Hyperbare Geneeskunde	Waalwijk
Intermedica Kliniek	Boxmeer
International Vision Centers	Amsterdam
Janssen Oisterwijk Kliniek B.V.	Oisterwijk
Keizer Kliniek	Den Haag
Keizer Kliniek	Assen
Keizer Kliniek	Voorschoten
Kliniek Amstelveen/PCHA	Amstelveen
Kliniek Arenborghoeve	Venlo
Kliniek Dermatologie Amsterdam De Blik en Kijken	Amsterdam
Kliniek Klein Rosendaal	Rozendaal

Kliniek Lange Voorhout	Rijswijk (Zh)
Kliniek Laurium	Linschoten
Kliniek Laurium	Zoetermeer
Kliniek Mosaderma Dr. Mulkens Kliniek	Hoensbroek
Kliniek Viasana	Mill
Kliniek Zestienhoven	Rotterdam
KliniekZuyd	Heerlen
KneeClinic	Haarlem
Laser Clinic Cornea	Heemstede
Laser Company	Hoofddorp
Laser Skin Clinics	Bussum
Laser Skin Clinics Zwolle	Zwolle
Lasik Centrum Boxtel	Boxtel
LeefH	Amsterdam Zo
Lipocentrum Maastricht	Maastricht
Marina Dental	Volendam
Masallah Besnijdeniskliniek	Amsterdam
Mauritskliniek Amsterdam	Amsterdam
Mauritskliniek Den Haag BV	Den Haag
Mauritskliniek Den Haag BV	Den Haag
Mauritskliniek Nijmegen	Nijmegen
Mauritskliniek Utrecht	Utrecht
MedCentric	Oostburg
Mediconsult	Haarlem
Medikliniek	Amsterdam
Medinello Revalidatie Zorg	Amersfoort
Medinello Revalidatie Zorg	Haarlem
Medinello Revalidatie Zorg Doetinchem	Doetinchem
Medinello Revalidatie Zorg Haarlem Zuid	Haarlem
Medinello Revalidatie Zorg IJmond	Heemskerk
Medinello Revalidatie Zorg Zeist	Zeist
Medinello Revalidatie Zorg ZO Brabant	Deurne
Medisch Centrum Amstelveen	Amstelveen
Medisch Centrum Bloemendaal	Bloemendaal
Medisch Centrum de Veluwe	Apeldoorn
Medisch Centrum Hyperbare Zuurstoftherapie	Goes
Medisch Centrum Jan van Goyen	Amsterdam
Medisch Centrum Kinderwens	Leiderdorp
Medisch Centrum t Gooi	Bussum
Medisch Centrum Waalre	Waalre
Medisch Cosmetisch Instituut Intranos B.V.	Alkmaar
Medisch Laser Centrum	Amsterdam
Medisch Zorg- en Advies Centrum RA-Medical	Beverwijk

Midden Brabant Kliniek	Tilburg
Mitralis Diagnostisch Centrum	Kerkrade
Mitralis Diagnostisch Centrum	Hoensbroek
Mohs klinieken	Dordrecht
Mohs klinieken Amsterdam	Amsterdam
Mohs Klinieken Noord Holland	Hoorn
MRI Diagnostiek Amsterdam BV	Amsterdam
MRI Diagnostiek Den Bosch BV	's-Hertogenbosch
MRI Diagnostiek Groningen BV	Groningen
MRI Diagnostiek Rotterdam BV	Rotterdam
Nationaal Huidcentrum	Bussum
Nederlandse Centrum Plastische Chirurgie	Den Haag
Nederlandse Obesitas kliniek	Amsterdam
Nederlandse Obesitas kliniek	Beverwijk
Nederlandse Obesitas kliniek	Den Haag
Nederlandse Obesitas kliniek	Eindhoven
Nederlandse Obesitas kliniek	Velp
Nederlandse Obesitas kliniek	Brunssum
Nederlandse Obesitas kliniek	Nieuwegein
Nij Barrahús	Wolvega
Nij Geertgen	Elsendorp
Oog & Welzijn	Dokkum
Oogartsen Maatschap Roosendaal	Roosendaal
Oogartsenpraktijk Delfland	Delft
Oogcentrum Eibergen	Eibergen
Oogcentrum Noordholland	Heerhugowaard
Oogheelkunde Rijswijk	Rijswijk (Zh)
Oogheelkunde Rijswijk	Warmond
Oogheelkundig Medisch Centrum Twente	Hengelo
Oogheelkundig Medisch Centrum Zuid	Rotterdam
Oogkliniek De Bilt	Bilthoven
Oogkliniek De Horsten	Wassenaar
Oogkliniek Heuvelrug	Veenendaal
Oogkliniek Maastricht	Maastricht
Ooglaser Centrum Drechtsteden	Papendrecht
Ooglaser Select	Amsterdam
Oogpolikliniek	Hoofddorp
Oogziekenhuis Focuskliniek	Rotterdam
Oogziekenhuis Zonnestraal	Doetinchem
Oogziekenhuis Zonnestraal	Hilversum
Oogziekenhuis Zonnestraal	Hoogeveen
Oogziekenhuis Zonnestraal	Lelystad
Oogziekenhuis Zonnestraal	Amersfoort

Oogziekenhuis Zonnestraal	Amsterdam
Oogziekenhuis Zonnestraal	Zaandam
Oogziekenhuis Zonnestraal	Haarlem
Oogzorg Haaglanden	Zoetermeer
Oosteinde Walborg Kliniek	Amsterdam
Optimal Care Pijnklinieken	Rotterdam
Oranje Kliniek Vathorst	Amersfoort
Oranje Klinieken	Tiel
Oranje Klinieken	Geertruidenberg
Oranje Klinieken Drachten	Drachten
Orthopedium Delft	Delft
Padbergkliniek	Ede
Park Medisch Centrum	Rotterdam
Pellegrinus BV	Schiedam
Plastisch cosmetisch Centrum Spaarne	Heemstede
Polidirect Alkmaar	Alkmaar
Polidirect IJburg	Amsterdam
Polidirect Ravestein	Haarlem
Polidirect Tilburg	Tilburg
Polikliniek De Blaak	Rotterdam
Polikliniek De Blaak	Tilburg
Polikliniek De Blaak Rijswijk	Rijswijk
Polikliniek Flebologie Terwolde	Terwolde
Praktijk Diana Gabriëls	Barendrecht
Praktijk Michail	Horst
Praktijk Prof. Stolz	Rotterdam
Radiologie Centrum Breda	Breda
Reinaert Kliniek	Maastricht
Retina Total Eye Care	Driebergen
Reumazorg Zuidwest Nederland	Goes
Reumazorg Zuidwest Nederland	Hulst
Reumazorg Zuidwest Nederland	Oostburg
Reumazorg Zuidwest Nederland	Terneuzen
Reumazorg Zuidwest Nederland	Vlissingen
Reumazorg Zuidwest Nederland	Zierikzee
Reumazorg Zuidwest Nederland	Roosendaal
Reumazorg Zuidwest Nederland	Middelburg
Rijnzicht Oogkliniek	Oegstgeest
Roosevelt Kliniek	Leiden
Rugkliniek Ipreburg	Veenhuizen
Rugpijn Kliniek Dorsano	Rijssen
SCAL Medisch Diagnostisch Centrum	Leiden
Sionsberg	Dokkum



Skinject	Amsterdam
Specialistenpraktijk Tisser	Oosterhout
Specialistenpraktijk Tisser	Vlissingen
St. Antonius Cardicare	Blaricum
Stadskliniek Utrecht	Utrecht
STAR Medisch Diagnostisch Centrum	Rotterdam
Starlet Stichting Artsenlaboratorium en Trombosedienst	Alkmaar
Statenkliniek	Den Haag
Stichting Andros Mannenkliniek	Arnhem
Stichting Andros Mannenkliniek	Amsterdam
Stichting Andros Mannenkliniek	Den Haag
Stichting Andros Mannenkliniek	Maastricht
Stichting Andros Mannenkliniek	Baarn
Stichting Ave Orthopedische Klinieken Amstelveen	Huizen
Stichting Ave Orthopedische Klinieken Amsterdam	Amstelveen
Stichting Ave Orthopedische Klinieken Bosch en Duin	Huizen
Stichting Ave Orthopedische Klinieken Hilversum	Huizen
Stichting Ave Orthopedische Klinieken Lelystad	Huizen
Stichting Behandelcentrum Neurologie	Veldhoven
Stichting Cardiologie Amsterdam	Amsterdam
Stichting Cardiologie Centra Nederland	Utrecht
Stichting Cardiologie Geervliet	Amsterdam
Stichting Cardiologie Heelsum	Heelsum
Stichting Cardiologiecentrum Care for Heart	Zoetermeer
Stichting Cardiozorg	Amsterdam
Stichting Centrum Oosterwal	Amsterdam
Stichting Centrum Oosterwal	Heerhugowaard
Stichting De Kinderkliniek	Almere
Stichting DermaPark	Uden
Stichting Dermatologisch Centrum	Zaltbommel
Stichting Dermatologisch Centrum Amstel & Vechtstreek	Maarsse
Stichting Diabeter	Rotterdam
Stichting Diagnostisch Centrum West-Friesland	Hoorn
Stichting Dokter Kolbach Kliniek	Maastricht
Stichting Flebologisch Centrum Grave	Grave
Stichting Flebologisch Centrum Oosterwal	Alkmaar
Stichting Gelderse Vallei Vivre	Ede
Stichting Huidkliniek Zuid	Rotterdam
Stichting Huidkliniek Zuid	Utrecht
Stichting Huidkliniek Zuid	Arnhem
Stichting ICONe	Oisterwijk
Stichting Instituut voor Slaapgeneeskunde	Woerden
Stichting Kliniek Oud Zuid	Amsterdam

Stichting Kliniek Scheveningen	Den Haag
Stichting MCD Behandelcentrum	Assen
Stichting MCD Behandelcentrum	Nieuwegein
Stichting MDC Behandelcentrum	Zoetermeer
Stichting Medina Care	Rotterdam
Stichting Medisch Centrum Baarn	Baarn
Stichting Medisch Centrum Breda	Breda
Stichting Medisch Centrum Midden Nederland	Bussum
Stichting Medisch Centrum Regentesse	Den Haag
Stichting Melles Hoornvlieskliniek	Rotterdam
Stichting Mohsa	Bladel
Stichting Mohsa	Venray
Stichting Nederlands Centrum voor Plastische Chirurgie	Den Haag
Stichting Nedspine	Ede
Stichting Oogheelkundig Centrum Haarlemmermeer	Hoofddorp
Stichting Oogheelkundig Medisch Centrum Amsterdam	Amsterdam
Stichting Oogheelkundig Medisch Centrum Noord	Groningen
Stichting Oogheelkundig Medisch Centrum Zaandam	Zaandam
Stichting Oogkliniek Heuvelrug	Zeist
Stichting Oogziekenhuis Eindhoven	Eindhoven
Stichting Oogzorg Opticus	Aalsmeer
Stichting OPSIS Oogziekenhuis	Amstelveen
Stichting Orthopedisch Centrum Zuid Nederland	Breda
Stichting Pijnbehandelcentrum Friesland	Heerenveen
Stichting Plastisch Heelkundig Instituut	Naarden
Stichting Proctos Klinieken	Bilthoven
Stichting Prof. Hennemann Kliniek	Spijkenisse
Stichting Rugpoli Brabant	Tilburg
Stichting Rugpoli Randstad	Hoofddorp
Stichting Rugpoli Twente	Delden
Stichting Rugpoli Veluwe	Velp
Stichting Rugzorg Nederland Locatie Midden Nederland	Ede
Stichting SanaVisie	Mill
Stichting Topzorg Oss	Rosmalen
Stichting Trivium Diagnostiek	Etten-Leur
Stichting VieCuriVitaal	Venlo
Stichting Vitalys Klinieken	Velp
Stichting Women's Health Care Center	Amsterdam
Stichting ZBC FeM-poli	Zwolle
Stichting ZBC Zuiderland	Sittard Geleen
Stolmed Klinieken	Bergen Op Zoom
Stolmed Klinieken	Rucphen
Stolmed Klinieken	Goes

Stolmed Klinieken	Ettenleur
Telezorg	Amsterdam ZO
The Hand Clinic	Amsterdam
Transhair & Aesthetic Team	Vlijmen
Twentehof Kliniek	Hengelo
U-Clinic Rosmalen	Rosmalen
U-Clinic Bussum	Bussum
U-Clinic Cosmedilight	Amsterdam
U-Clinic Loenen	Loenen aan de Vecht
U-Clinic Veluwe	Hatterem
U-clinic westerpark	Amsterdam
Urologen Kliniek	Vleuten
Van den Broecke Kliniek	Leiden
Velhuis Kliniek Amsterdam	Amsterdam
Velhuis Kliniek Cosmea	Enschede
Velhuis Kliniek Eindhoven	Eindhoven
Velhuis Kliniek Hilversum	Hilversum
Velhuis Kliniek Rotterdam	Rotterdam
Velhuis Kliniek Velp	Velp
Venocare Spataderenzorg	Veldhoven
VermoeidheidCentrum	Lelystad
Victoria Kliniek Zierikzee	Zierikzee
Visus Oogkliniek	Rotterdam
Vrouw & Kliniek	Vleuten
Vrouw & Kliniek	Lelystad
Vrouwenpoli Boxmeer van stichting Demeter	Boxmeer
Wever Facial Plastics	Wassenaar
Xpert Clinic Amsterdam	Amsterdam
Xpert Clinic Eindhoven	Eindhoven
Xpert Clinic Enschede	Enschede
Xpert Clinic Hilversum	Hilversum
Xpert Clinic Rotterdam	Rotterdam
Xpert Clinic Velp	Velp
Xpert Clinic Venlo-Tegelen	Tegelen
Xpert Clinic Zeist	Zeist
ZBC De Terp	Capelle aan den IJssel
ZBC De Terp	Rotterdam
ZBC Hanzekliniek locatie Groningen	Groningen
ZBC Medisch Wellness Centrum Zeeland	Goes
ZBC MultiCare	Hilversum
ZBC Orbis Eyescan Limburg	Geleen
ZBC Paulus van Loo KNO	Woerden
ZBC Stichting KNO Het Gooi e.o.	Hilversum

ZBC Stichting Plastische Chirurgie het Gooi  
Zorgpraktijk Avenue Carnisse voor Dermatologie en  
Plastische chirurgie  
Zuidoost Kliniek

Hilversum  
Barendrecht

Amsterdam Zuidoost

## Bijlage 3

### Klinieken die niet of niet tijdig data hebben aangeleverd over 2015

#### Naam particuliere kliniek

Chirurgisch Esthetisch Centrum Friesland  
Eucura  
Hand- en Polsrevalidatie Nederland  
Medicosmo, Geleen  
Meditta  
OCA  
Stichting Derma Montse  
Stichting Jan Duiker Kliniek  
Stichting Kliniek Naaldwijk  
Vision Ooglaseren  
Vision Ooglaseren

#### Plaats

Leeuwarden  
Almere  
Goes  
Geleen  
Sittard  
Amsterdam Zuidoost  
Sittard-Geleen  
Zeist  
Naaldwijk  
Amsterdam  
Eindhoven

