



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Het resultaat telt
particuliere klinieken**

2013

**Kwaliteitsbewustzijn neemt toe,
risico's moeten scherper in beeld**

Inhoudsopgave

	Voorwoord	5
	Samenvatting	7
1	Inleiding, onderzoeksmethodiek en vormgeving toezicht	10
2	Resultaten	13
	1 Algemene vragen	13
	1.0 Algemene en organisatorische vragen	13
	1.1 Zorgzwaarte	23
	1.2 Infecties	30
	1.3 Medici en medisch ondersteunend personeel	33
	1.4 Patiënttevredenheid	38
	2 Specifieke vragen	42
	2.1 Refractiechirurgie	42
	2.2 Anesthesiologie	46
	2.3 Orthopedie	49
	2.4 Plastische chirurgie en/of cosmetische behandelingen en rimpelvullers	53
	2.5 Bariatrische behandelingen	57
	2.6 Dermatologie	60
	2.7 Cataractregistratie	62
	3 Medisch diagnostisch centra	65
	Bijlagen	
	1 Lijst van ZBC's opgenomen in het onderzoek	70
	2 Lijst van privéklinieken opgenomen in het onderzoek	75
	3 Lijst van medisch diagnostische centra opgenomen in het onderzoek	78

Voorwoord

Voor u ligt de zesde jaarlijkse rapportage ‘Het resultaat telt particuliere klinieken’ over het verslagjaar 2013. De particuliere klinieken hebben inmiddels een fundamentele positie ingenomen in het zorglandschap in Nederland.

Een deel van de zorg verplaatst zich naar particuliere klinieken: datzelfde geldt voor de risico's die met het aanbieden van die zorg gepaard gaan. Met de groei van de sector, wordt ook het belang van adequate risicobeheersing (zowel op het niveau van de sector als op het niveau van individuele instellingen) groter. Zowel in het toezicht op de klinieken als in de contacten met veldpartijen blijft de inspectie hier druk op uitoefenen.

Voor de zorg geleverd in particuliere klinieken zijn dezelfde normen en richtlijnen van toepassing als in de ziekenhuizen. Het toezicht op de particuliere klinieken is een combinatie van incidententoezicht en risicogestuurd (indicatoren) toezicht. Daar waar de risico's het grootst zijn of bij gerede twijfel over de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg zal de inspectie gericht onderzoek doen. Het is daarbij essentieel dat het veld, in de hoedanigheid van wetenschappelijke verenigingen, bepaalt wat onder verantwoorde zorg wordt verstaan en dit in normen vat. De inspectie ziet vervolgens toe op de naleving van deze gedragen normen. De inspectie kan ook een aanjagende rol hebben als normontwikkeling uitblijft. Een onderwerp waar de laatste jaren maatschappelijk veel over te doen is geweest, is of kinderen in een particuliere kliniek behandeld mogen worden. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) hebben de inspectie inmiddels toegezegd hierover een normenkader te maken.

Eén van de aandachtsgebieden van de inspectie betreft de cosmetische zorg. Diverse wetenschappelijke verenigingen zijn gezamenlijk bezig om de randvoorwaarden voor verantwoorde cosmetische zorg te bepalen. Het is belangrijk dat het veld hierin zijn verantwoordelijkheid neemt.

De IGZ constateert tevens dat de ontwikkeling van breed gedragen normen veel tijd in beslag neemt en roept de betrokken partijen nogmaals op om hun verantwoordelijkheid hierin te nemen. Zo vraagt de stijging van het aantal klinieken waar patiënten met ASA-klasse 3 of hoger invasief worden behandeld om normering door het veld.

De inspectie verwacht van het veld dat ze dit per 1 april 2015 heeft bewerkstelligd.

Breed gedragen veldnormen zijn voor de inspectie onmisbaar om effectief toezicht te kunnen houden op de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg. Het is dan goed om te zien dat het kwaliteitsbewustzijn bij de particuliere klinieken blijft toenemen. Zo is er een duidelijke groei van het aantal klinieken met een kwaliteitscertificaat. De inspectie vindt dit een positieve ontwikkeling, aangezien een instelling pas gericht op de beheersing van risico's en de kwaliteit van zorg kan sturen zodra ze zicht heeft op de onderliggende processen. Normen, indicatorontwikkeling en registratie zijn daarbij belangrijke hulpmiddelen. De veldpartijen hechten er dan ook belang aan dat de indicatoren geschikt zijn voor zowel interne sturing als voor het afleggen van maatschappelijke verantwoording door de klinieken. Een en ander tevens vanuit de wens de administratieve belasting voor

klinieken zo beperkt mogelijk te houden.

Wel constateert de inspectie dat het aantal behandelde patiënten met een hoge zorgzwaarte stijgt in deze sector en dat het aantal behandelde patiënten van 70 jaar en ouder substantieel is. Die zorg voor die patiëntengroepen kent specifieke risico's. Deze patiënten vereisen in sommige opzichten specifiek beleid en de inspectie vraagt hiervoor aandacht bij de klinieken. Het is namelijk van belang dat de klinieken inzicht hebben in de zorgzwaarte en de gezondheidstoestand van hun patiënten en hier beleid op hebben, onder andere om de kans op complicaties in te schatten en te beoordelen of de kliniek voldoende is toegerust voor het behandelen van de patiënt en eventuele complicaties. Zo hanteert de inspectie het uitgangspunt dat patiënten met een verhoogd risico op delier doorverwezen moeten worden.

Voor alle particuliere klinieken en de daar werkzame professionals geldt dat ook zij de normen die gesteld zijn voor bepaalde ingrepen of patiëntengroepen moeten toepassen. Hier ziet de inspectie scherp op toe. De inspectie constateert tevens dat naast de toename van het kwaliteitsbewustzijn ook de kennis van zorgprocessen toeneemt. De inspectie volgt deze ontwikkelingen en zal ook in het komend jaar het toezicht op deze sector specifiek richten op die klinieken die afwijkend of op kritische normen onvoldoende scores. Al met al toont zich bij de particuliere klinieken, met zijn verscheidenheid aan aard en type van klinieken en behandelingen, een toenemend bewustzijn van en inzicht in risico's en daarop te nemen veiligheidsmaatregelen.

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

Samenvatting

In de particuliere klinieken zijn in 2013 602.208 patiënten behandeld, die gezamenlijk iets minder behandelingen ondergingen namelijk 802.873 ten opzichte van 841.885 in 2012. Het aantal organisaties van particuliere klinieken groeide van 144 in 2012 naar 187 in 2013. Dit betrof zowel organisaties met een als met meer klinieken. Het aantal klinieken per organisatie nam daarentegen af ten opzichte van 2012. Per saldo was sprake van een toename van klinieken van 319 in 2012 naar 328 in 2013. In het eerste registratiejaar (2008) van de inspectie waren dat er 151. De resultaten van de particuliere klinieken zijn in dit rapport op kliniekniveau geanalyseerd. De medisch-diagnostische centra zijn apart geanalyseerd. De resultaten daarvan zijn terug te vinden in hoofdstuk 3.

In 2013 beschikten 252 klinieken (77 procent) over een kliniekbreed kwaliteitscertificaat. Dit is een stijging van 54 naar 77 procent ten opzichte van 2012. Het stimulerende beleid van de sector ten aanzien van de kwaliteitscertificering werpt zijn vruchten af. In 2014 verwacht de inspectie hierin opnieuw een verdere stijging te zien.

Bij 31 klinieken paste het type operatiekamer dat is opgegeven niet bij de ingrepen die werden verricht. De inspectie toetst momenteel in een nader onderzoek de uitkomst van deze bevinding.

Van de 328 klinieken gebruikten er 139 (42 procent) implantaten, een stijging van 4 procent ten opzicht van 2012. Tevens is er sprake van een toename van de registratie van rimpelvullers van 14 klinieken in 2012 naar 54 in 2013 hetgeen de inspectie als positief beschouwt.

Alle relevante organisaties beschikten over een registratiesysteem voor implantaten, vaak nog een eigen elektronisch of papieren systeem. Door 24 klinieken werd gebruikgemaakt van het systeem van een wetenschappelijke vereniging.

Het percentage klinieken dat invasieve behandelingen uitvoerde en de ASA-klasse registreerde, is licht gestegen van 170 in 2012 naar 174 in 2013. Er is wederom sprake van zowel een relatieve als een absolute stijging van het aantal invasief behandelde patiënten met een ASA-klasse 3 of hoger ten opzichte van voorgaande jaren. De inspectie acht dit niet wenselijk en volgt nauwlettend of hierover calamiteiten worden gemeld. Op dit moment zijn de wetenschappelijke verenigingen, de NVK, de NVA en het NOG hierover met elkaar in gesprek om tot normering te komen.

Er is een lichte daling van het aantal kinderen dat behandeld wordt in particuliere klinieken. Wel nam het aantal klinieken waar kinderen jonger dan 18 jaar behandeld werden, licht toe. Het percentage dat minder dan 20 patiënten jonger dan 18 jaar behandelde nam, evenals het absoluut aantal locaties van klinieken, eveneens licht toe ten opzichte van 2012.

De norm voor cosmetische ingrepen^[1,2], dat er geen ingrepen bij patiënten jonger dan 18 jaar worden uitgevoerd, wordt goed nageleefd.

Het percentage klinieken dat een structurele screening (van patiënten ouder dan 70 jaar) op delirium uitvoerde is toegenomen van 3 procent in 2012 naar 13 procent in 2013. De inspectie vindt dat risicopatiënten gericht verwezen moeten worden. De inspectie is met deze uitkomst zeker nog niet tevreden en verwacht dan ook dat deze structurele screening voortvarend ook in andere klinieken wordt doorgezet. De inspectie zal de klinieken die nog niet structureel screenen benaderen in relatie tot een snellere implementatie van het deliriumprotocol.

Het percentage klinieken met beleid voor postoperatieve controle nam in het verslagjaar toe ten opzichte van 2012. Van de 258 klinieken waar invasief werd behandeld, hadden er 17 (7 procent) geen beleid voor postoperatieve controle. Bij 7 van de 17 klinieken omdat er uitsluitend sprake was van dermatologische behandelingen en het gebruik van rimpelvullers. De 10 overige organisaties waar wel invasieve behandelingen werden uitgevoerd zullen door de inspectie worden bevraagd over deze ongewenste uitkomst. Om beter zicht te krijgen op het infectiepercentage van een kliniek wordt vanaf verslagjaar 2014 per specialisme uitgevraagd. Voor verslagjaar 2015 wordt een extra indicator toegevoegd, deze is nog in ontwikkeling.

Bij de refractiechirurgie voldeden 13 van de 28 klinieken niet aan de vereisten van tenminste een OK-klasse¹, zoals beschreven in de WIP-richtlijn 'Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen'^[3]. Deze klinieken zijn alle meegenomen in het in 2014 gestarte en nog lopende inspectieonderzoek naar de afwijkende uitkomsten van 'Het resultaat telt particuliere klinieken' van het jaar 2012.

Van de 258 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden hadden 198 klinieken (77 procent) een time-out procedure vastgesteld ten opzichte van 64 procent in 2012. Deze procedure is in Nederland ook nog niet breed geïmplementeerd voor verrichtingen buiten de OK's^[4]. Audits op de OK vonden jaarlijks plaats in 87 klinieken (34 procent) en in 37 klinieken (14 procent) halfjaarlijks. In de overige 134 klinieken werd een hogere frequentie gehanteerd.

Bij 128 van de in totaal 328 klinieken werden cosmetische en/of plastisch chirurgische behandelingen uitgevoerd. De inspectie vraagt de klinieken die na cosmetische ingrepen een percentage heroperaties van meer dan 3,5 procent hadden om een toelichting en bezoekt deze klinieken als de toelichting onvoldoende is.

[1] NVPC. Leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken; 2012.

[2] NGRC. Consensus Refractiechirurgie. 2013.

[3] WIP-richtlijn Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen; 2011.

[4] Dit betreft ook poliklinische ingrepen. Bij een electieve (geplande) operatie op het OK-complex is de norm dat er altijd een time-out procedure plaatsvindt.

Een opvallende bevinding in deze is dat het aantal klinieken met bij de NVPC aangesloten medisch specialisten daalde van 58 procent in 2012 naar 46 procent in 2013. De inspectie zal de trend hierin vervolgen.

Bij bariatrische behandelingen bij patiënten met (ernstig) overgewicht, deden alle klinieken de voor- en nazorg in de particuliere kliniek terwijl de ingrepen altijd werden uitgevoerd in een ziekenhuis. Deze handelwijze onderschrijft de inspectie vanwege het risicovolle karakter van de ingreep.

Daarnaast blijkt dat er een toename is van het aantal klinieken dat nazorg na bariatrische behandelingen verleende. Niet alle klinieken gaven daarbij het aantal postoperatieve controles op.

1 Inleiding, onderzoeksmethodiek en vormgeving toezicht

De uitvraag van indicatoren staat aan de basis van het toezicht van de inspectie op de medisch specialistische zorg en leidt er toe dat de inspectie gericht bezoeken uitvoert, daar waar de risico's het grootst zijn. De inspectie toetst of de verbetermaatregelen naar aanleiding van die inspectiebezoeken daadwerkelijk geïmplementeerd worden.

In 2014 is aan alle bij de inspectie bekende adressen van particuliere klinieken en medisch-diagnostische centra waar biometrisch en/of beeldvormend onderzoek wordt uitgevoerd, gevraagd om de risico-indicatoren over 2013 betreffende hun kliniek in te vullen en aan te leveren. Deze vorm van toezicht is vrijwel identiek aan het indicatorentoezicht op de ziekenhuizen. De inspectie vindt het van belang om ook van de particuliere klinieken systematisch inzicht te krijgen in de aanwezigheid van randvoorwaarden voor verantwoorde zorg. Voor de inspectie maken de indicatoren deel uit van het onderzoeksinstrumentarium waarmee, op basis van risico-inschatting, vervolgens prioritering van het toezicht kan plaatsvinden. Het toezicht wordt hiermee risicogestuurd ingericht.

Het totale aantal organisaties van particuliere klinieken waarover in dit rapport wordt gerapporteerd, bedraagt 187 met in totaal 328 klinieken en daarnaast nog 55 medisch diagnostische centra. Deze centra waarbij het uitvoeren van beeldvormend en/of biometrisch onderzoek centraal stond, werden dit jaar voor de tweede keer bevraagd en zijn in dit rapport apart geanalyseerd.

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 worden door de inspectie vragen gesteld, schriftelijk of tijdens een toezichtgesprek. De inspectie oordeelt dan ook niet alleen op basis van de risico-indicatoren over een kliniek, maar zij baseert zich daarnaast op uitkomsten van incidententoezicht en themagericht toezicht.

- *Instellingen maken zelf resultaten openbaar.*

De gekozen indicatoren geven zonder nadere uitleg geen goed beeld van de zorg in een individuele kliniek, bijvoorbeeld omdat 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 uitkomsten van de registratie van de risico-indicatoren wordt ook gebruikt als informatie intern in een kliniek om processen te sturen en te monitoren.

- *De inspectie gaat uit van 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. Het streven van de inspectie is om niet meer dan 20-25 procent van de basisset per jaar te veranderen en de omvang van de indicatorenset niet substantieel te vergroten of te verkleinen. Hiermee wordt de registratielast zo beperkt mogelijk gehouden waarbij het doel, een zo optimaal mogelijk beeld verkrijgen van de (implementatie van) voorwaarden voor verantwoorde zorg, behouden blijft.

Algemene informatie over indicatoren vindt u op www.igz.nl.

Samenwerking

De indicatorenset is tot stand gekomen door samenwerking tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna te noemen de inspectie), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Nederlandse Vereniging van Maag-, Darm- en Leverartsen (NVMDL), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG), de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), waarbij elke partij een eigen verantwoordelijkheid heeft.

Methodiek

Dataverzameling en analyse

Aan 426 bij de inspectie bekende adressen van particuliere klinieken en medisch diagnostische centra is een brief verstuurd waarin is verzocht de basisset particuliere klinieken 2013 in te vullen en deze gegevens aan de inspectie te leveren voor 1 maart 2014. Om het aanleveren van de indicatorenset gebruiksvriendelijker te maken, ontwikkelde de inspectie een digitale vragenlijst.

Van de 426 adressen bleken er 21 onjuist waarna uiteindelijk 405 klinieken en medisch diagnostische centra gegevens aanleverden. Hiervan meldden 13 adressen van particuliere klinieken en 2 medisch diagnostisch centra de inspectie dat zij (nog) geen zorg leverden in het verslagjaar 2013. De gegevens van 7 adressen konden om andere redenen niet worden gebruikt. Deze rapportage bevat daarom uiteindelijk de uitkomsten van 187 organisaties met samen 328 klinieken en 55 medisch diagnostische centra.

Inspectietoezicht

Naast het gebruik van de gegevens door zorgaanbieders zelf ter sturing op en verbetering van de zorgprocessen, is risicobeoordeling een belangrijke functie van deze indicatorenset. De inspectie gebruikt de indicatoren om gericht vragen te stellen en om klinieken te selecteren waar inspectiebezoeken uitgevoerd worden.

De risicobeoordeling van de klinieken wordt door de inspectie na ontvangst van alle gegevens in drie stappen uitgevoerd. Aan de hand van de aangeleverde data wordt er in eerste instantie bepaald of er enkelvoudige uitkomsten zijn die duiden op mogelijk zodanige risico's voor de patiëntveiligheid dat het direct starten van onderzoek door de

inspectie noodzakelijk is. Dat onderzoek kan bestaan uit het uitvoeren van een (onaangekondigd) inspectiebezoek.

Daarna stelt de inspectie op basis van de analyse van alle aangeleverde gegevens, de combinatie van de data, vast welke uitkomsten in meer algemene zin nadere verkenning vragen. De uitkomsten hiervan, gecombineerd met de reeds bij de inspectie bekende gegevens uit het incidententoezicht en andere signalen, bepalen de keuze voor de te inspecteren particuliere klinieken. Daarmee richt de inspectie zich op die klinieken waar de grootste risico's zijn.

De inspectiebezoeken worden zo veel mogelijk uitgevoerd aan de hand van een gestandaardiseerd instrument. Het rapport naar aanleiding van het inspectiebezoek wordt openbaar gemaakt via de website van de inspectie en bevat waar nodig de maatregelen die de kliniek moet treffen ter verbetering. Het inspectiebezoek bestaat uit een gesprek met de bestuurder, het bestuderen van protocollen en andere documenten, een rondgang door de kliniek en gesprekken met medewerkers. Op deze manier worden ook elementen die geen onderdeel uitmaken van het gebruikte toetsingsinstrument meegewogen in het oordeel van de inspectie.

In een aantal gevallen voert de inspectie herhaalbezoeken uit om de implementatie van de verbetermaatregelen te toetsen.

2 Resultaten

1 Algemene vragen

1.0 Algemene en organisatorische vragen

Indicatoren

- Organisatorische vragen.
- Totaal aantal patiënten en behandelingen.
- Invasieve ingrepen.
- Luchtbehandeling.
- Registratie implantaten.

Relevante begrippen

Invasieve ingrepen	Snijdende ingrepen, waaronder operaties, insputtingen en refractiechirurgie.
Kliniek	Vestiging van- of zelfstandige organisatie.

Wat zijn de risico's

- Zonder adequate informatievoorziening zoals een website of ander voorlichtingsmateriaal kan een patiënt geen afgewogen keuze maken voor een behandeling.
- Zonder afspraken met een ziekenhuis is een adequate overdracht bij patiëntproblemen minder verantwoord mogelijk. Afspraken met ziekenhuizen in geval van complicaties en calamiteiten en gebruik van faciliteiten dienen, door beide partijen ondertekend, te zijn vastgelegd.
- Zonder kwaliteitssysteem is het gericht sturen op het resultaat en het bewaken, beheersen en verbeteren van het proces minder goed mogelijk. De aanwezigheid van een kwaliteitssysteem en keurmerk draagt bij aan het gericht en systematisch verbeteren van kwaliteit en veiligheid.
- Indien niet wordt voldaan aan de normen ten aanzien van de (bouwkundige) omstandigheden van behandelruimten en OK's in relatie tot de te verrichten ingrepen bestaat er een verhoogd risico dat er onvoldoende waarborgen zijn voor verantwoorde zorg.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

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

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

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

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

De kliniek heeft geen kwaliteitskeurmerk.

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

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

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

De kliniek past sedatie (buiten de OK) toe.

- Voldoet de kliniek aan de eisen van het Toetsingskader Sedatie^[5]?
- Is de richtlijn ‘Sedatie en/of analgesie (PSA) bij volwassenen op locaties buiten de OK’^[6] geïmplementeerd?

De kliniek behandelt cliënten met permanente rimpelvullers.

- Wordt voldaan aan het standpunt van de inspectie^[7] ten aanzien van het gebruik van permanente rimpelvullers?

Selectie

De indicatoren waren in 2013 van toepassing op 328 klinieken, in 2012 waren dat 319 klinieken.

Resultaten

Organisatorische vragen

Aantal klinieken per organisatie

Het aantal organisaties van particuliere klinieken groeide van 144 in 2012 naar 187 in 2013. Het aantal organisaties met meer dan 1 kliniek groeide eveneens, van 40 in 2012 naar 46 in 2013. Het aantal klinieken per organisatie nam daarentegen in 2013 af, namelijk van een gemiddelde van 5 in 2012 naar 4 klinieken in 2013. Het aantal organisaties met 1 kliniek

[5] IGZ. Toetsingskader sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer; 2012.

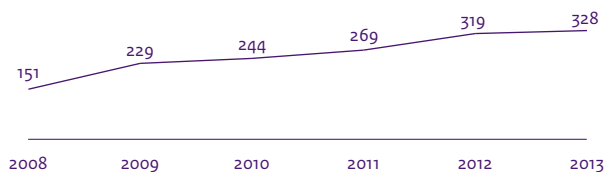
[6] CBO, NVA, NVK. Richtlijn Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer; 2012.

[7] IGZ. Standpunt permanente fillers.

groeide en nam toe van 104 in 2012 tot 141 in 2013. De toename van het aantal klinieken kwam daarmee uit op 9, van 319 in 2012 naar 328 in 2013.

Figuur 1.0.1

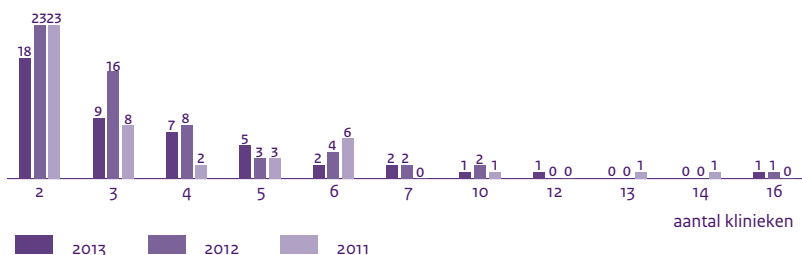
Aantal (geanalyseerde) klinieken per jaar



Van de 46 organisaties met meerdere klinieken had 1 organisatie 14 klinieken verdeeld over 6 aandachtsgebieden en 1 organisatie had 16 klinieken verdeeld over 3 aandachtsgebieden. Deze klinieken zijn vaker specifiek toegewezen aan 1 aandachtsgebied. Andere organisaties huisvesten meerdere aandachtsgebieden in 1 kliniek.

Figuur 1.0.2

Aantal klinieken per organisatie



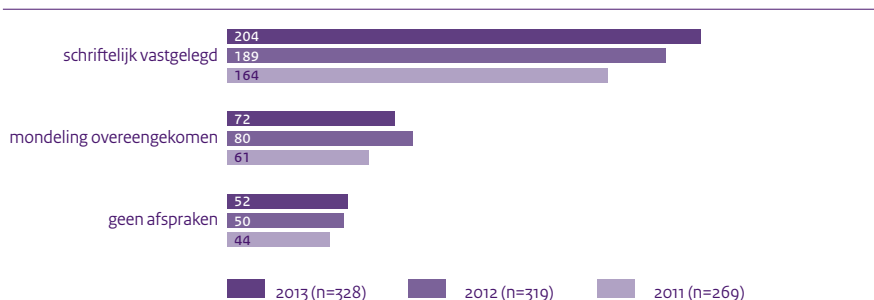
Samenwerking met een ziekenhuis

In totaal hadden 241 klinieken (74 procent) een samenwerkingsverband met een ziekenhuis. Dit percentage is over de afgelopen 3 verslagjaren nagenoeg gelijk. Door 52 klinieken (16 procent) werden geen afspraken gemaakt met een ziekenhuis waar de patiënt in geval van een calamiteit of bij complicaties die niet in de particuliere kliniek behandelbaar zijn, terecht kon. Dit percentage is (wederom) gelijk aan voorgaande verslagjaren. Eén van de oorzaken van het achterblijven van de samenwerking tussen ziekenhuizen en particuliere klinieken is de weigering van sommige ziekenhuizen hier gestructureerde afspraken over te maken bijvoorbeeld omdat ze de particuliere kliniek als concurrent beschouwen.

Ziekenhuizen zijn echter wel altijd gehouden aan hun zorgplicht in geval van een calamiteit of ernstige complicaties, dus de zorg voor de patiënt is vanuit dat perspectief wel geregeld, echter niet geborgd.

Figuur 1.0.3

Afspraken met een ziekenhuis met betrekking tot calamiteiten en complicaties



Door 30 van de 52 klinieken die geen afspraken hadden in geval van complicaties en calamiteiten werden invasieve behandelingen uitgevoerd. Door 24 klinieken werden die invasieve ingrepen in de eigen kliniek uitgevoerd. De 6 andere klinieken voerden die ingrepen uit in het ziekenhuis, in een andere kliniek of in een combinatie van deze 2 mogelijkheden.

In geval van nood werd door de 24 klinieken, afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt, doorverwezen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, een huisartsenpost of de telefonische bereikbaarheidsdienst. De inspectie vraagt tijdens de toezichtbezoeken aan deze klinieken gericht door naar de manier waarop hier door de behandelend arts wordt verwezen. In de andere 22 klinieken was de aard van de ingrepen niet invasief van aard en dus borging van nazorg op die manier niet nodig.

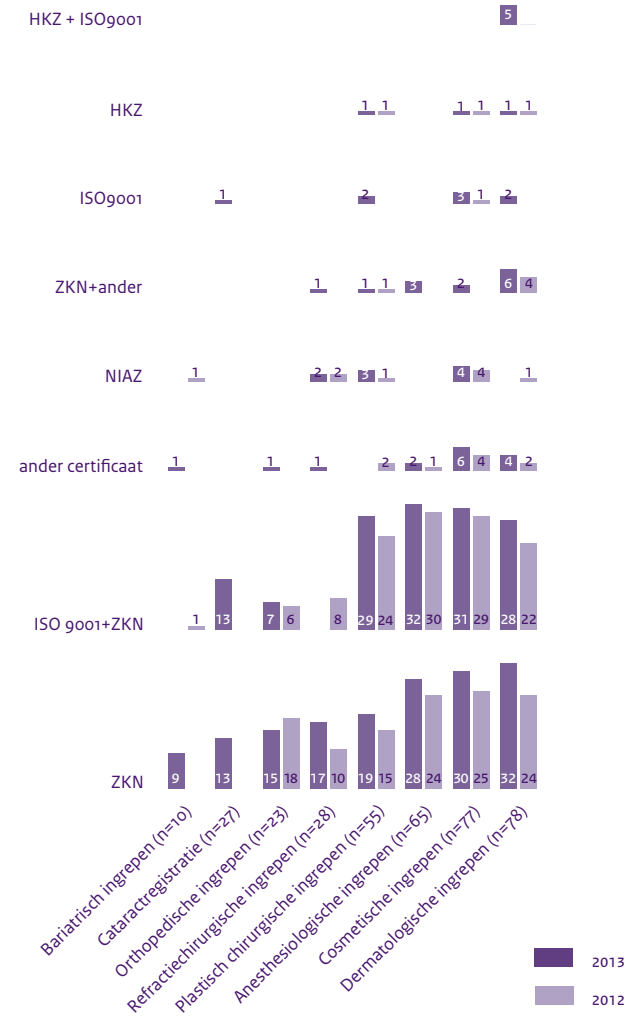
Kwaliteitscertificaat

In 2013 beschikten 252 klinieken (77 procent) over een of meer kwaliteitscertificaten. Dit is een stijging aangezien dit percentage in 2012 nog 54 procent betrof. Van de 26 klinieken die orthopedische ingrepen verrichtten was de orthopedie in 4 klinieken nog niet door de NOV geïnspecteerd. Deze klinieken beschikten wel over het ZKN-keurmerk. Van de 28 klinieken die refractiechirurgische ingrepen verrichtten beschikten 3 klinieken wel over het ZKN-certificaat, maar waren alle oogartsen nog niet geïnspecteerd door het NOG.

Figuur 1.o.4

Aantal klinieken met een kwaliteitscertificaat verdeeld per specialisme

Klinieken met meerdere specialismen worden voor elk specialisme herhaald



Totaal aantal behandelde patiënten en behandelingen

In het verslagjaar registreerden 326 klinieken (99 procent) het aantal behandelde patiënten. Het gemiddeld aantal behandelde patiënten per kliniek daalde, net als voorgaand verslagjaar, licht.

Tabel 1.0.1 geeft de absolute en relatieve aantallen weer.

Tabel 1.0.1

Totaal aantal behandelde patiënten, behandelingen en invasieve ingrepen
Klinieken met meerdere specialismen worden voor elk specialisme herhaald

	2013		2012	
	Totaal (aantal klinieken)	Mediaan (spreiding)	Totaal (aantal klinieken)	Mediaan (spreiding)
Totaal aantal behandelde patiënten	602.208 (n=326)	871 (5-20.000)	584.010 (n=313)	898 (32-19.211)
Totaal aantal behandelingen	802.873 (n=321)	1.150 (5-24.505)	841.885 (312)	1.326 (32-27.819)
Aantal invasieve ingrepen	310.827 (n=255)	670 (2-11.536)	315.059 (n=258)	612 (2-10.617)

Invasieve ingrepen

In 2013 voerden 258 klinieken (79 procent) invasieve ingrepen uit. In absolute zin bleef het aantal klinieken dat invasieve behandelingen uitvoerde gelijk aan 2012. De overgrote meerderheid hiervan, namelijk 201 klinieken (78 procent), voerde deze ingrepen uit in de eigen kliniek.

Van de 57 overige klinieken voerden 14 klinieken de invasieve ingrepen uit in een ziekenhuis, 19 klinieken deden dit zowel in de eigen kliniek als in het ziekenhuis en 24 klinieken voerden ingrepen uit in andere klinieken of in extern gehuurde OK's. De wijze waarop hierover afspraken zijn gemaakt tussen de particuliere kliniek en het ziekenhuis zijn weergegeven in onderstaande figuur. Dit beeld is vergelijkbaar met 2012.

Figuur 1.0.5

Aantal klinieken met afspraken over het gebruik van OK en andere faciliteiten in een ziekenhuis (n=258)



Luchtbehandeling

Van de 258 klinieken die invasieve ingrepen verrichtten beschikten 201 klinieken over eigen behandelruimten. 17 klinieken die cosmetische ingrepen uitvoerden en 14 klinieken voor oogheelkundige zorg gaven aan niet over een OK-klasse^[8] te beschikken, terwijl de richtlijn(en) dat wel voorschrijft.

Sedatie

Per kliniek waren er meerdere antwoordmogelijkheden. Van de 258 klinieken die invasieve ingrepen verrichtten gaven 234 klinieken aan ingrepen onder lokale anesthesie uit te voeren, 89 klinieken gaven aan (ook) onder algehele anesthesie uit te voeren en 34 klinieken gaven aan (ook) sedatie^[9] toe te passen.

Van de 34 klinieken die aangaven sedatie toe te passen, leverde 1 kliniek geen gegevens aan en werkten 2 klinieken volgens opgave niet volgens het Toetsingskader Sedatie^[10]. Naast deze 3 klinieken was er in 5 andere klinieken geen lokale of externe PSA-commissie actief. Van deze 8 klinieken lichtten 4 toe alleen op de OK te sederen waar het Toetsingskader niet op van toepassing is, waarmee het aantal klinieken dat niet volgens het Toetsingskader werkte uitkomt op 4.

Registratie implantaten

Van de 328 klinieken gebruikten 139 klinieken (42 procent) in het verslagjaar implantaten, een stijging van 4 procent (19 klinieken) ten opzicht van 2012.

De inspectie heeft in 2012 de klinieken verzocht het gebruik van rimpelvullers te registreren. De registratie van rimpelvullers is vervolgens in 2013 toegenomen van 14 klinieken in 2012 naar 51 in 2013.

[8] OK1: kent 3 zones namelijk steriel, schoon en niet schoon en een duidelijke zonemarkering. De OK ligt afgesloten van de kliniek. Er zijn 4 soorten sluisen namelijk een patiëntensluis een sluis voor schone en een sluis voor vuile goederen en een personeelssluis. De verkoopkamer behoort bij de niet schone zone. Luchtfiltering vindt plaats middels een Hepa-filter. Er is sprake van drukhiërarchie: er bestaat overdruk tussen de steriele, schone en niet schone zone.

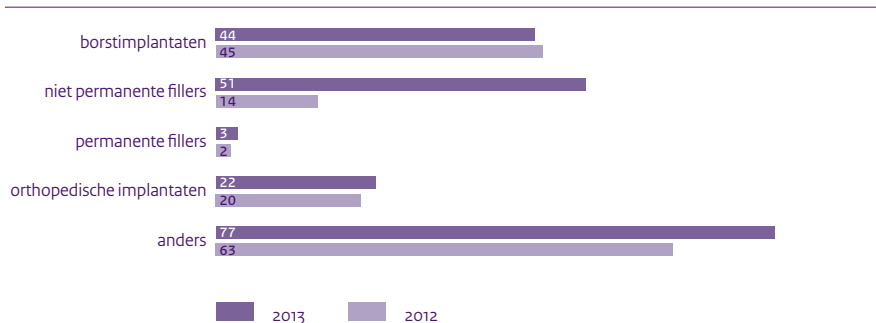
[9] Van lichte sedatie (anxiolyse) tot matig /diepe sedatie.

[10] IGZ. Toetsingskader sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer; 2012.

Figuur 1.o.6

Overzicht van aantal klinieken per implantaatype

Klinieken die meerdere implantaten gebruikten zijn voor elk implantaatype opnieuw opgenomen

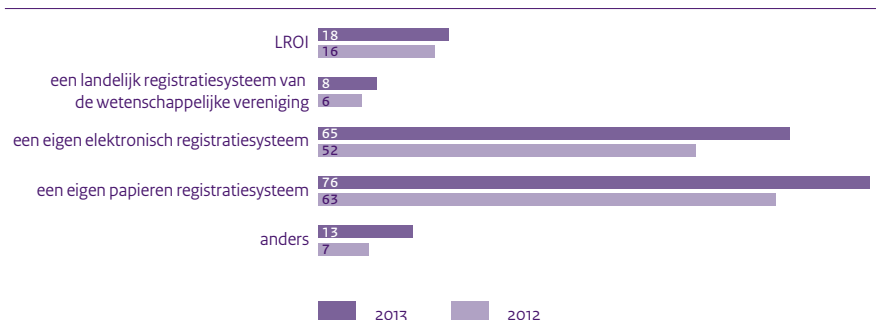


De orthopedische implantaten betroffen implantaten voor schouder, knie, heup en enkel. Van de 22 klinieken die orthopedische implantaten gebruikten, beschikte 1 kliniek niet over de mogelijkheid om tijdens en/of kort na het plaatsen van het implantaat een röntgenfoto te maken.

Alle 139 klinieken maakten gebruik van een registratiesysteem voor implantaten. Van de 22 klinieken die orthopedische implantaten gebruikten maakten 18 klinieken gebruik van het LROI (Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten). Andere klinieken maakten ook gebruik van combinaties van registratiesystemen. Onder ‘anders’ lichtten ze toe dat het paspoorten, het (elektronisch) patiëntendossier, een intern registratiesysteem en een extern systeem van een leverancier betrof.

Figuur 1.o.7

Gebruik implantatenregistratiesysteem per kliniek



Conclusies

- In 24 klinieken waar invasieve behandelingen werden uitgevoerd waren geen afspraken met een ziekenhuis waar de patiënt in geval van een calamiteit of bij complicaties, die niet in de particuliere kliniek behandelbaar zijn, terecht kon. Veelal is het ziekenhuis de partij die dit vanuit concurrentie overweging niet wil. Ziekenhuizen zijn echter altijd gehouden aan hun zorgplicht in geval van een calamiteit of ernstige complicatie waarmee de spoedzorg voor de patiënt altijd geregeld is. De inspectie inventariseert per kliniek de risico's en besluit vervolgens over de wijze van handhaving.
- Er is een toename van klinieken die beschikten over een kwaliteitscertificaat. De inspectie constateert dat de particuliere klinieken vorderingen maken ten aanzien van certificering.
- In 31 klinieken (9 procent) werden invasieve ingrepen niet uitgevoerd conform de WIP-richtlijn 'Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen'^[11]. en richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging, in een OK-klasse1.
- 4 klinieken voor orthopedie en 3 klinieken voor refractiechirurgie beschikten wel over het ZKN keurmerk, maar waren nog niet gevisiteerd door de relevante beroepsvereniging. De inspectie zal de klinieken bevragen op de voortgang in dit proces.
- Het Toetsingskader Sedatie^[12] is in 4 van de 34 klinieken niet geïmplementeerd, 1 kliniek waar invasieve ingrepen werden uitgevoerd leverde hierover geen gegevens aan. De inspectie zal deze klinieken nader bevragen.
- Alle klinieken die implantaten gebruikten, beschikten over een implantatenregistratiesysteem, wat van belang is ingeval van een recall.
- In 3 klinieken werden permanente rimpelvullers toegepast. Uit nadere analyse blijkt dat dit op medische indicatie gebeurde en daarmee voldoet aan de norm.
- 1 kliniek beschikte niet over de mogelijkheid om tijdens en/of kort na het plaatsen van het implantaat een röntgenfoto te maken. Hier is weliswaar geen veldnorm voor beschikbaar maar de inspectie acht dit ongewenst en gelet op het feit dat het in alle overige klinieken inmiddels wel mogelijk is ook niet langer aanvaardbaar. De inspectie gaat hierover met de betreffende kliniek in gesprek.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen^[13]:

- is de zorg voor patiënten in geval van calamiteiten of bij complicaties die niet in de eigen kliniek kunnen worden behandeld (bij voorkeur) schriftelijk vastgelegd;
- is bij gebruik van de OK en andere faciliteiten van derden de wederzijdse verantwoordelijkheid schriftelijk vastgelegd;
- heeft de kliniek een kwaliteitsstelsel ondersteund door een kwaliteitskeurmerk;
- kunnen bij een recall van een implantaat patiënten actief worden opgespoord met behulp van een registratiesysteem voor implantaten;

[11] WIP-richtlijn Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen; 2011.

[12] IGZ. Toetsingskader sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer; 2012.

[13] Kwaliteitswet zorginstellingen (18 januari 1996).

- zijn de klinieken door de relevante beroepsverenigingen tijdig gevisiteerd;
- zijn klinieken toegerust voor het maken van per- en postoperatieve röntgenfoto's.

Conform de WIP-richtlijn 'Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen'^[14]:
verricht de kliniek (invasieve) ingrepen in ruimten met een passend veiligheidsniveau.

Conform het Toetsingskader Sedatie.^[15]:
wordt door de kliniek sedatie uitgevoerd.

Conform het standpunt van de NVA 'Electieve ingrepen in kleine locaties'^[16]:
worden door de kliniek invasieve ingrepen onder anesthesie uitgevoerd.

Conform het standpunt^[17] van de inspectie:
behandelt de kliniek cliënten met permanente rimpelvullers overeenkomstig het standpunt van de inspectie.

[14] WIP-richtlijn Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen; 2011.

[15] IGZ. Toetsingskader sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer. 2012.

[16] NVA. Electieve ingrepen in kleine locaties; 2012

[17] IGZ. Standpunt permanente fillers.

1.1 Zorgzwaarte

Indicatoren

- Zorgzwaarte van de patiënten.
- Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar of ouder.
- Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35.
- Deliriumbeleid.
- Risico op delirium.

Relevante begrippen

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

Wat zijn de risico's

- Zonder inzicht te hebben in de zorgzwaarte en de gezondheidstoestand van patiënten kunnen klinieken de kans op complicaties niet goed inschatten en kunnen ze niet beoordelen of zij voldoende zijn toegerust om eventuele complicaties te kunnen behandelen. Daartoe dient een preoperatieve screening te worden uitgevoerd door de behandelaar en/of anesthesioloog. Risicoselectie van patiënten vindt onder andere plaats op basis van de comorbiditeit, het vaststellen van ASA-classificatie en overgewicht (BMI groter of gelijk aan 35). Patiënten met een ASA-klasse 3 of hoger worden bij voorkeur in een ziekenhuis behandeld. Een uitzondering hierop vormt bijvoorbeeld een dermatologische behandeling.
- Kinderen en ouderen vormen kwetsbare groepen, die in sommige opzichten specifiek beleid vereisen. Als er slechts incidenteel kinderen in een particuliere kliniek worden behandeld is het de vraag of er voldoende kennis voorhanden is bij de medisch specialist, bij de verpleegkundige of andere teamleden om adequaat de risico's te kunnen inschatten. Dat betekent dat invasieve behandelingen van kinderen naar het

oordeel van de inspectie alleen onder strikte voorwaarden in een particuliere kliniek mogen worden verricht. Hierover is nog geen veldnorm voorhanden. De inspectie heeft hierover al enige jaren overleg met de relevante wetenschappelijke verenigingen gevoerd. Zij hebben aangegeven dat zij doende zijn gezamenlijk een veldnorm op te stellen die naar verwachting in 2015 zal worden vastgesteld.

- Bij elke geplande opname voor een operatie bij patiënten ouder dan 70 jaar dient al bij de preoperatieve screening het risico op een delirium te worden vastgelegd. Uit de literatuur^[18] blijkt dat ook bij zogenoemde laag operatieve stress procedures bijvoorbeeld een cataractoperatie, de incidentie van postoperatief delirium meer dan 4 procent is. Van een verhoogd risico op delirium is sprake bij 1 of meer positieve testantwoorden van 3 screeningsvragen. Bij een positieve uitkomst dient de patiënt als risicopatiënt te worden beschouwd. Deze patiënten kunnen vervolgens niet in een particuliere kliniek worden behandeld omdat daar meestal adequate kennis en opvang ontbreekt.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De kliniek heeft geen inzicht in de zorgwaarde en/of gezondheidstoestand van hun patiënten.

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

De kliniek verricht geen preoperatieve screening.

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

De kliniek behandelt patiënten jonger dan 18 jaar.

- Vindt behandeling van patiënten jonger dan 18 jaar plaats anders dan conform vigerende veldnormen voor cosmetische ingrepen en refractiechirurgie?
- Op welke gronden wordt beoordeeld of men voldoende bekwaam is om incidenteel kinderen te behandelen?
- Voldoet de kliniek aan het standpunt van de NVA 'Anesthesiologische zorgverlening aan en ingrepen bij kinderen'^[19]?

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

[19] NVA. Anesthesiologische zorgverlening aan en ingrepen bij kinderen; 2009.

Selectie

De indicator zorgzwaarte van de patiënten was van toepassing op 174 klinieken.
De overige indicatoren zijn van toepassing op 328 klinieken.

Resultaten

Zorgzwaarte van de patiënten

Het percentage klinieken dat invasieve behandelingen uitvoerde in 2013 bleef gelijk aan 2012, het aantal klinieken dat de ASA-klasse registreerde steeg licht. Er was daarbij sprake van een relatieve en een absolute stijging van het aantal behandelde patiënten. Het aantal klinieken dat patiënten met een ASA-klasse 3 of hoger invasief behandelde steeg daarbij ook in zowel absolute als relatieve zin.

Tabel 1.1.1

Uitkomsten indicatoren

(aantal klinieken waar de indicator op van toepassing was: n=aantal in 2013/n=aantal in 2012)

	2013	2012
Totaal aantal particuliere klinieken dat invasieve behandelingen uitvoerde	258	258
Aantal klinieken dat invasieve ingrepen uitvoerde en ASA-klasse registreerde	174 (67%)	170 (66%)
Aantal klinieken dat invasieve behandelingen uitvoerde* en patiënten met de volgende ASA-klasse behandelde:	174	170
ASA 1	113 (65%)	110 (65%)
ASA 2	93 (53%)	89 (52%)
ASA 3 en hoger	28 (16%)	23 (14%)
	(7.420 patiënten)	(4.173 patiënten)
ASA-klasse onbekend	33 (19%)	17 (10%)

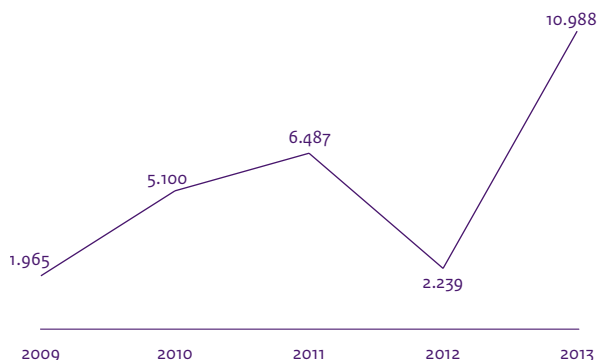
* exclusief klinieken die dermatologische behandelingen uitvoerden, omdat bij dermatologische behandelingen de ASA-klasse minder relevant is

Aantal patiënten met een BMI groter dan of gelijk aan 35

Het aantal geregistreerde patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 nam fors toe. De forse stijging is voor een substantieel deel het gevolg van de slechte registratie in 2012 van diverse klinieken die zich specifiek richtten op de behandeling van (ernstig) overgewicht. Hierdoor was er in 2012 sprake van een onterechte 'dip' in de resultaten. De registratie blijkt in 2013 sterk verbeterd.

Figuur 1.1.1

Aantal behandelde patiënten met een BMI groter dan of gelijk aan 35



Aantal patiënten jonger dan 18 jaar

Zowel het absolute als het relatieve aantal klinieken dat patiënten jonger dan 18 jaar behandelde steeg ten opzichte van 2012.

In tegenstelling tot vorig jaar zijn besnijdenisklinieken niet geëxcludeerd, maar zijn de resultaten van klinieken die voornamelijk kinderen behandelden apart weergegeven.

In deze klinieken was de behandelde groep patiënten voor meer dan 90 procent jonger dan 18 jaar.

Het aantal klinieken dat patiënten jonger dan 18 jaar invasief behandelde nam toe, maar het totaal aantal behandelde patiënten jonger dan 18 jaar nam af.

Het percentage klinieken dat minder dan 20 patiënten jonger dan 18 jaar behandelde nam toe, evenals het absolute aantal klinieken dat minder dan 20 kinderen behandelde.

Tabel 1.1.2

uitkomsten indicatoren

(aantal klinieken waar de indicator op van toepassing was: n=aantal in 2013/n=aantal in 2012)

	2013	2012
Aantal klinieken dat patiënten jonger dan 18 jaar behandelde (n=328/n=319)	196 (60%)	172 (54%)
Aantal klinieken dat meer dan 90% patiënten jonger dan 18 jaar behandelde (n=202/n=185)	9	9
Aantal klinieken met de volgende patiëntaantallen jonger dan 18 jaar (n=202/n=185):		
1-20	82 (42%)	62 (36%)
>20	114 (58%)	110 (64%)
Aantal klinieken dat patiënten jonger dan 18 jaar invasief behandelde (n=328/n=319)	113 (34%)	102 (32%)
en daarbij de volgende vormen van anesthesie toepaste:		
algehele anesthesie	40	33
sedatie	5	15
lokaal	98	87
Aantal klinieken dat meer dan 90% patiënten jonger dan 18 jaar behandelde en invasieve ingrepen uitvoerde(n=113/n=102)	4	4
Aantal behandelde patiënten:		
Jonger dan 18 jaar per kliniek (gemiddeld)	217	250
totaal aantal patiënten jonger dan 18 jaar	43.744	46.192
Jonger dan 18 jaar per kliniek die meer dan 90% patiënten jonger dan 18 jaar behandelde (gemiddeld)	1.621	1.291
totaal aantal patiënten jonger dan 18 jaar	14.585	15.493
18-70 jaar per kliniek (gemiddeld)	1.387	1.420
totaal aantal patiënten 18-70 jaar	443.737	418.766
ouder dan 70 jaar per kliniek (gemiddeld)	421	445
totaal aantal patiënten ouder dan 70 jaar	105.209	108.608

Aantal patiënten ouder dan 70 jaar

Het totale aantal behandelde patiënten ouder dan 70 jaar nam niet toe. Het bedroeg bijna 20 procent van het totaal aantal behandelingen in particuliere klinieken.

Deliriumbeleid

Het aantal klinieken dat invasieve ingrepen uitvoerde bij patiënten ouder dan 70 jaar en een deliriumprotocol heeft steeg in 2013 naar 21 procent ten opzichte van 8 procent in 2012. Het structureel screenen is gestegen van 3 procent naar 13 procent en het vastleggen van de risicoscore vond in 8 procent van de klinieken plaats. Gelet op de risico's voor de patiënten is een snelle toename van dit veiligheidbeleid in de sector van groot belang.

Tabel 1.1.3

uitkomsten indicatoren

(aantal klinieken waar de indicator op van toepassing was: n=aantal in 2013/n=aantal in 2012)

	2013	2012
Aantal klinieken dat de BMI registreerde (n=328/n=319)	148 (45%)	64 (20%)
Aantal klinieken dat patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 behandelde (n=328/n=319)	58 (18%)	22 (7%)
Gemiddeld aantal behandelde patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 per kliniek (n=58/n=22)	189	102
totaal aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35	10.988	2.239
Aantal klinieken dat patiënten ouder dan 70 jaar behandelde (n=328/ n=319)	250 (76%)	244 (76%)
Daarvan het aantal klinieken dat patiënten ouder dan 70 jaar behandelde en invasieve ingrepen uitvoerde ¹ (n=328/n=319)	204 (62%)	199 (62%)
Aantal klinieken dat invasieve behandelingen ¹ uitvoerde en dat beschikte over het volgende deliriumbeleid bij patiënten ouder dan 70 jaar (n=204/n=199):		
deliriumprotocol aanwezig	43 (21%)	15 (8%)
daarvan structurele screening op delirium	26 (13%)	5 (3%)
en daarvan risicoscore in dossier vastgelegd	16 (8%)	2 (1%)

Conclusies

- Het absoluut en relatief (per kliniek) aantal behandelde patiënten jonger dan 18 jaar daalde ten opzichte van 2012, waarmee deze patiëntengroep slechts een klein deel van alle in particuliere klinieken behandelde patiënten bleef. Het merendeel van de behandelingen betrof orthopedische ingrepen en oogheelkundige behandelingen.
- Het aantal klinieken dat patiënten jonger dan 18 jaar behandelde steeg van 185 naar 202 klinieken (relatief van 58 naar 62 procent). De inspectie zal zodra de veldnorm door de beroepsverenigingen is vastgesteld hierop toetsen en handhaven.
- Het aantal klinieken dat minder dan 20 patiënten jonger dan 18 jaar behandelde steeg van 63 naar 84 klinieken. De inspectie beschouwt dit als een onwenselijke ontwikkeling en zal de klinieken hierop aanspreken.
- Het aantal klinieken dat patiënten met een ASA-klasse 3 of hoger behandelde, steeg van 14 procent in 2012 naar 16 procent in 2013. De inspectie zal door de diversiteit in behandelaanbod van de klinieken allereerst nader onderzoeken welke behandelvragen dit betreft.
- Het aantal klinieken dat patiënten met een BMI van 35 of hoger behandelde, steeg van 22 procent in 2012 naar 58 procent in 2013. Deze sterke stijging in 2013 is onder meer het gevolg van onderregistratie in 2012.
- Het percentage klinieken dat een structurele screening (van patiënten ouder dan 70 jaar) op delirium uitvoerde is toegenomen van 3 procent naar 13 procent. In 16 procent van die klinieken wordt de risicoscore daadwerkelijk in het dossier vastgelegd.

- Aangezien patiënten ouder dan 70 jaar bijna 20 procent van de totale patiëntpopulatie bedraagt, acht de inspectie een snellere implementatie van een delirium protocol en de screening op delirium in de andere klinieken noodzakelijk. Daarnaast gaat de inspectie ervan uit dat de klinieken de juiste interventies starten wanneer een delierscore daar aanleiding toe geeft. De inspectie zal de klinieken benaderen in relatie tot een snellere implementatie van het delirium protocol.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de Leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken^[20]:

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

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen^[21]:

- handelt de kliniek naar de algemene norm dat er geen patiënten met een ASA-klasse 3 of hoger worden geopereerd, tenzij de kliniek lokale anesthesie toepast conform de normen van de wetenschappelijke vereniging^[22] of als er sprake is van een dermatochirurgische behandeling;
- registreert de kliniek (bij voorkeur elektronisch) de ASA-klasse van de patiënt voorafgaand aan het uitvoeren van invasieve ingrepen.

Conform de richtlijnen delirium^[23,24]:

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

[20] NVPC. Leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken; 2012.

[21] Kwaliteitswet zorginstellingen (18 januari 1996).

[22] Najaar 2014 volgt een herschreven standpunt hierover van het NOG en de NVA.

[23] NVIC. Richtlijn Delirium op de Intensive Care; 2010.

[24] NVKG. Richtlijn Delier Volwassenen; 2004.

1.2 Infecties

Indicatoren

- Inventarisatie van postoperatieve infecties.
- Ingrepen met infectierisico.

Relevante begrippen

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

Wat zijn de risico's

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

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De kliniek surveilleert niet op postoperatieve infecties.

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

De kliniek controleert niet systematisch op infecties.

- Hoe borgt de kliniek de patiëntveiligheid ten aanzien van postoperatieve infecties?
- Voert de kliniek infectiepreventiebeleid uit conform de vigerende WIP-richtlijnen?^[25]

[25] http://www.rivm.nl/Onderwerpen/W/Werkgroep_Infectie_Preventie_WIP/WIP_Richtlijnen/Ziekenhuizen_ZKH

Selectie

De indicatoren waren van toepassing op alle klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden, dit waren er in dit verslagjaar 258. Klinieken die geen invasieve ingrepen uitvoerden, maar wel postoperatieve controles uitvoerden, werden uitgesloten van de analyse.

Resultaten

Inventarisatie van postoperatieve infecties

Het percentage klinieken met beleid voor postoperatieve controle nam in het verslagjaar toe ten opzichte van 2012. Van de 258 klinieken voerden 17 klinieken (7 procent) geen beleid aangaande postoperatieve controle. Bij 7 van deze 17 klinieken was slechts sprake van dermatologische behandelingen en het gebruik van rimpelvullers.

Daarnaast gaven 35 klinieken aan postoperatieve controle uit te voeren op indicatie en of middels actief telefonisch contact. Er is een toename van het aantal klinieken met een beleid voor postoperatieve controle, waarbij binnen dezelfde kliniek verschillende vormen van beleid kunnen bestaan. De inspectie toetst de wijze waarop de klinieken de data analyseren in haar vervolgonderzoeken.

Tabel 1.2.1

Uitkomsten indicatoren

(aantal klinieken waar de indicator op van toepassing was: n=aantal in 2013/n=aantal in 2012)

	2013	2012
Totaal aantal particuliere klinieken	328	319
Totaal aantal particuliere klinieken met invasieve ingrepen	258 (79%)	258 (80%)
Totaal aantal particuliere klinieken met invasieve ingrepen en beleid aangaande systematische controle postoperatieve infecties	241 (93%)	234 (91%)
Beleidsvormen controle postoperatieve infecties (n=258/n=258):		
poliklinische controle	210	204
contact opnemen met kliniek	230	221
contact opnemen met huisarts	40	31
anders	35	31
geen beleid	17	25
Aantal klinieken zonder invasieve ingrepen, maar met systematische controle postoperatieve infecties	5	10
Aantal klinieken met invasieve ingrepen waarvan infectiecijfers bekend zijn (n=258/n=258)	242 (94%)	238 (92%)
Gewogen gemiddeld infectiepercentage (n=242/n=238)	0,23% (p10=0,0; p90=0,5)	0,24% (p10=0,0; p90=0,7)
Aantal klinieken met een infectiepercentage >1% (n=258/n=258)	10 (4%)	15 (6%)

Ingrepen met infectierisico

Van 242 (94 procent) klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden, waren gegevens bekend om een infectiepercentage te berekenen. Het gemiddeld infectiepercentage is gewogen voor het aantal behandelde patiënten en bleef nagenoeg gelijk aan 2012.

Conclusies

- Het aantal klinieken dat invasieve behandelingen uitvoerde bleef gelijk ten opzichte van 2012.
- 17 klinieken (6 procent) die invasieve ingrepen uitvoerden hadden geen beleid voor postoperatieve infectiecontrole, waarbij dit voor 7 klinieken terecht was op grond van de aard van de behandelingen (dermatologie en rimpelvullers). De overige klinieken zullen door de inspectie worden bevraagd.
- Het gewogen gemiddelde infectiepercentage was 0,23 procent, waarmee het vrijwel gelijk bleef aan 2012 toen dit 0,24 procent was.
- 16 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden, leverden geen infectiecijfers aan. De inspectie zal deze klinieken om een nadere toelichting vragen.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet^[26], de WIP-richtlijnen^[27] en het inspectierapport ‘Infectiepreventie in ziekenhuizen’^[28]:

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

[26] Kwaliteitswet zorginstellingen (18 januari 1996).

[27] http://www.rivm.nl/Onderwerpen/W/Werkgroep_Infectie_Preventie_WIP/WIP_Richtlijnen/Ziekenhuizen_ZKH

[28] IGZ. Infectiepreventie in ziekenhuizen; 2004.

1.3 Medici en medisch ondersteunend personeel

Indicatoren

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

Relevante begrippen

BIG-registratie	Conform de Wet de BIG (beroepen individuele gezondheidszorg) inschrijving in het BIG-register. De Wet BIG regelt de bevoegdheid van een beroepsbeoefenaar tot het mogen uitvoeren van bepaalde handelingen.
MSRC-registratie ^[29]	Inschrijving in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie.
Arts met een buitenlandse (vervolg)opleiding	Arts die zijn medische basisopleiding en/of medisch specialistische opleiding buiten Nederland heeft gevolgd.

Wat zijn de risico's

- Uit de samenstelling van het medisch personeel in de particuliere klinieken blijkt dat basisartsen in deze klinieken een belangrijke rol spelen en veel verantwoordelijkheid hebben. Soms volgen zij aanvullende cursussen in Nederland, maar ook in andere Europese landen of in de VS. Daar zullen Nederlandse richtlijnen en of normen meestal niet bekend zijn. Het risico is dat de inhoud en de kwaliteit van deze cursussen niet kan worden beoordeeld en dat het geleerde strijdig kan zijn met vigerende (Nederlandse) normen en richtlijnen.
- De ervaring van de inspectie is dat er verschillen bestaan in kennisniveau en werkwijze tussen artsen die in Nederland zijn opgeleid en in het buitenland opgeleide artsen. Dat kan de methode van indicatiestelling betreffen of bijvoorbeeld de kennis van in Nederland gehanteerde normen en protocollen. Daarnaast kan een mogelijk minder goede beheersing van de Nederlandse taal problemen opleveren bij communicatie en samenwerking en bij het informed consent.
- Medisch specialisten die werkzaam zijn in ziekenhuizen hebben meer mogelijkheden om hun vak breed uit te oefenen en hun vaardigheden op peil te houden dan zij die alleen in particuliere klinieken werkzaam zijn. Daarnaast zijn er in ziekenhuizen vaak

[29] Per 1 januari 2013 RGS (Registratiecommissie geneeskundig specialisten).

meer kwaliteitsbevorderende activiteiten. Dat gegeven vraagt extra inspanning van de artsen/medisch specialisten, en verpleegkundigen werkzaam in de particuliere klinieken om hun kennis en vaardigheden op peil te houden.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

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

- Hebben de basisartsen een aanvullende cursus gevolgd waarvan de inhoud overeen komt met vigerende (Nederlandse) normen en richtlijnen?
- Zijn de artsen BIG geregistreerd?
- Hoe wordt de bekwaamheid van de basisartsen getoetst en geborgd?

De kliniek heeft 1 of meer in het buitenland opgeleide artsen in dienst.

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

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

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

Selectie

De indicatoren waren van toepassing op alle 328 klinieken.

Resultaten

Percentage BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE.

Ten opzichte van 2012 nam het gemiddeld aantal FTE medisch/verpleegkundig personeel per kliniek af. Het aantal verpleegkundigen per kliniek varieert sterk van 0,1-27 FTE, waarbij het opmerkelijk is dat 39 klinieken aangeven geen verpleegkundigen in dienst te hebben terwijl deze klinieken wel aangeven dat een verpleegkundige de binnenkomende vragen trieerde.

Tabel 1.3.1

uitkomsten indicatoren

(aantal klinieken waar de indicator op van toepassing was: n=aantal in 2013/n=aantal in 2012)

	2013	2012
Totaal aantal particuliere klinieken	328	319
Totaal aantal particuliere klinieken dat het aantal BIG-geregistreerde medewerkers registreerde	318 (97%)	309 (97%)
Gemiddelde samenstelling (BIG-/ MRSC-geregistreerd) personeelsbestand per kliniek:		
- basisartsen (FTE)	0,5	0,6
- medisch specialisten (FTE)	1,8	1,9
- medisch specialisten (aantal)	4,0	3,6
- verpleegkundigen (FTE)	1,3	1,5
- anesthesie-/OK-assistenten (FTE)	1,0	1,2
Aantal klinieken waar de volgende categorieën werkzaam zijn (n=318/n=309):		
- basisartsen	148 (47%)	133 (43%)
- medisch specialisten	289 (91%)	278 (90%)
- verpleegkundigen	173 (54%)	179 (61%)
- anesthesie-/OK-assistenten	122 (38%)	129 (42%)
Percentage FTE geregistreerd medisch personeel t.o.v. totale personeelsbestand	67%	60%

Percentage buitenlandse artsen ten opzichte van medisch specialisten

Het percentage klinieken met in het buitenland opgeleide artsen nam af, terwijl het percentage klinieken waar een in het buitenland opgeleide arts medische eindverantwoordelijkheid draagt, juist toenam.

Tabel 1.3.2

uitkomsten indicatoren

(aantal klinieken waar de indicator op van toepassing was: n=aantal in 2013/n=aantal in 2012)

	2013	2012
Aantal klinieken waar in het buitenland opgeleide artsen werkzaam zijn (n=328/n=319)	74 (23%)	83 (27%)
Gemiddeld aantal in het buitenland opgeleide artsen werkzaam in een particuliere kliniek (n=74/n=83)	1,7 (95%BI 1.4-2.1)	1,6 (95%BI 1.4-2.0)
Aantal klinieken waar een in het buitenland opgeleide arts medische eindverantwoordelijkheid draagt (n=74/n=83)	45 (61%)	40 (48%)
Aantal klinieken met de volgende bereikbaarheid (n=328/n=319) meerdere antwoorden mogelijk:		
– behandelend arts 24 uur per dag oproepbaar	132 (40%)	152 (48%)
– dienstdoend arts 24 uur per dag oproepbaar	192 (59%)	181 (57%)
– opvang via spoedeisende hulp van ziekenhuis	55 (17%)	–
– minimaal één van bovenstaande mogelijkheden	295 (90%)	319 (100%)
Aantal klinieken waarbij de dienstdoende/behandelend arts 24 uur per dag oproepbaar was en een verpleegkundige binnenkomende vragen trieerde (n=328/n=319)	104 (32%)	116 (36%)
Aantal klinieken waar de patiënt telefonisch contact met de behandelend arts kon krijgen (n=328/n=319)	325 (99%)	317 (99%)

Bereikbaarheid

Het percentage klinieken waar de behandelend arts 24 uur per dag bereikbaar was voor de patiënt, nam af. Weliswaar steeg het percentage klinieken waar de dienstdoende arts 24 uur per dag bereikbaar was, maar dit is niet zodanig dat er sprake was van volledige compensatie van de eerder genoemde afname. In hoeveel van de klinieken de eerste triage door een verpleegkundige werd uitgevoerd is niet bekend.

Werkzaamheden in het ziekenhuis

Van de 256 klinieken die registreerden of de medisch specialisten naast hun werkzaamheden in de kliniek ook nog in een ziekenhuis werkzaam waren, bleek dit bij 197 klinieken het geval te zijn. Bij deze 197 klinieken werkten gemiddeld 3 medisch specialisten zowel in de kliniek als in een ziekenhuis. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met 2012.

Conclusies

- 10 klinieken (3 procent) leverden geen gegevens over het aantal medewerkers dat de behandelingen uitvoerde. De inspectie zal dit nader onderzoeken.
- Bij 59 van de 256 registrerende klinieken (23 procent) werkten medisch specialisten die uitsluitend in een particuliere kliniek werkten.
- Bij 45 klinieken (van de 74 klinieken) met artsen met een buitenlandse (vervolg) opleiding was deze arts medisch eindverantwoordelijk. Indien een in het buitenland

opgeleide arts medische eindverantwoordelijkheid draagt, is dit voor de inspectie, om eerder genoemde redenen, een aandachtspunt in het toezicht.

- 55 klinieken hadden de 24-uurs continuïteit (onder andere) via de spoedeisende hulp van het dichtstbijzijnde ziekenhuis geregeld. De inspectie toetst tijdens inspectiebezoeken op welke wijze dit is vastgelegd.
- 295 klinieken (90 procent) hadden de 24-uurs continuïteit gewaarborgd door de mogelijkheid van consultatie (buiten kantooruren door de patiënt) van de behandelend en/of dienstdoend arts en/of middels een doorverwijzing naar de spoedeisende hulp van het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen^[30]:

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

[30] Kwaliteitswet zorginstellingen (18 januari 1996).

1.4 Patiënttevredenheid

Indicatoren

- Klachten.
- Patiënttevredenheidsonderzoek.

Relevante begrippen

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

Wat zijn de risico's

Indien de tevredenheid van de patiënt over de geleverde zorg, nazorg en dienstverlening niet wordt getoetst, wordt informatie gemist die tot verbetering van de zorg zou kunnen leiden.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

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

- Beschikt de kliniek over een (eenvoudig) toegankelijke klachtenregeling?
- Beschikt de kliniek over een (externe) klachtencommissie met een onafhankelijk voorzitter?
- Welk beleid heeft de kliniek ten aanzien van de afhandeling van klachten?

De kliniek voert geen systematisch patiënttevredenheidsonderzoek uit.

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

Selectie

De indicatoren waren van toepassing op alle 328 klinieken.

Resultaten

Klachten

Door 145 klinieken (45 procent) werd aangegeven dat nieuwe klachten werden ingediend bij de klachtencommissie en/of de directie.

Het aantal klinieken waar klachten gegrond verklaard werden en leidden tot maatregelen steeg met 7 procent ten opzichte van 2012. Het aantal klachten daalde echter fors.

Het gemiddelde aantal klachten in relatie tot het gemiddelde aantal klinieken neemt af.

De stijging van het aantal klachten in 2012 was waarschijnlijk het gevolg van de grote problemen rond de PIP-prothesen (borstprothesen).

Bij 59 klinieken (41 procent) waar daadwerkelijk één of meerdere klachten werd ingediend, werd geen klacht gegrond verklaard, ongeacht of deze door de klachtencommissie dan wel de directie was behandeld.

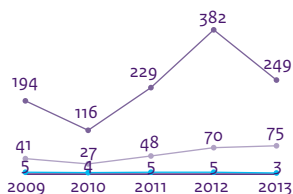
Gemiddeld kwamen er in 2013 minder klachten ter behandeling bij een klachtencommissie dan in 2012. Ook kwamen er opnieuw meer klachten terecht bij de directie dan bij een klachtencommissie.

Enkele klinieken lichtten toe bij een ingediende klacht gebruik te hebben gemaakt van een bemiddelingstraject.

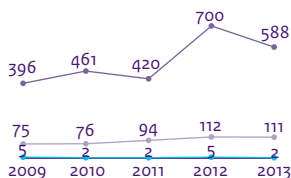
Figuur 1.4.1

Aantal ingediende klachten

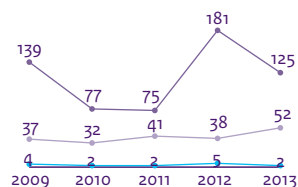
Klachten bij de directie en klachtencommissie die gegrond verklaard zijn en tot maatregelen hebben geleid



Klachten bij de directie



Klachten bij de klachtencommissie



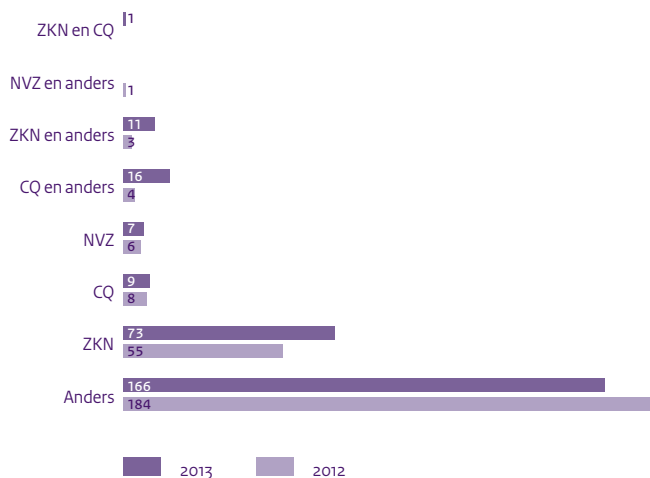
Patiënttevredenheidsonderzoek

Van de 328 klinieken voerden 45 klinieken (14 procent) geen structureel patiënttevredenheidsonderzoek uit, een daling van 4 procent ten opzichte van 2012.

De ZKN-vragenlijst werd gebruikt door 85 klinieken, terwijl de CQ-index en de NVZ-vragenlijst gebruikt werden door respectievelijk 26 en 7 klinieken, voor deze vragenlijsten een toename ten opzichte van 2012.

Figuur 1.4.2

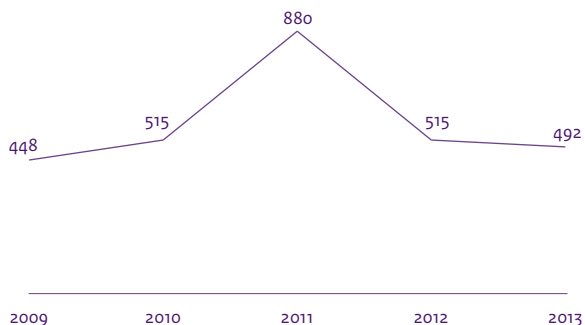
Gebruikte vragenlijsten



In 240 klinieken (73 procent) werd het aantal patiënten geregistreerd waarbij systematisch de tevredenheid werd onderzocht. In totaal werd bij 118.194 patiënten de tevredenheid onderzocht. Dit was een absolute stijging ten opzicht van 2012 toen het 108.061 patiënten betrof.

Figuur 1.4.3

Gemiddeld aantal patiënten per kliniek waarbij tevredenheid werd onderzocht



Conclusies

- Bij 183 klinieken (55 procent) werden geen nieuwe klachten ingediend.
- Het gemiddeld aantal klachten per kliniek neemt af.
- Het percentage klinieken waarbij geen structureel patiënttevredenheidsonderzoek werd uitgevoerd daalde van 18 procent in 2012 naar 14 procent in 2013.
- Het aantal patiënten waarbij patiënttevredenheidsonderzoek werd gedaan nam in absolute zin toe ten opzichte van 2012.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WK CZ)^[31] en in het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen^[32]:

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

[31] Wet klachtrecht cliënten zorgsector (29 mei 1995).

[32] Kwaliteitswet zorginstellingen (18 januari 1996).

2 Specifieke vragen

2.1 Refractiechirurgie

Indicatoren

- Visitatie door het NOG.
- Laserapparatuur.

Relevante begrippen

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

Wat zijn de risico's

Er zijn risico's voor het gezichtsvermogen indien niet wordt voldaan aan de naleving van de Consensus Refractiechirurgie^[33]. Dit geldt tevens als er geen adequate beoordeling van kwaliteit van de refractiechirurgie en de medisch specialistische zorg middels visitatie door het NOG plaatsvindt.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

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

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

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

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

Selectie

De indicatoren waren van toepassing op 28 van de 328 klinieken (9 procent). De indicator werd door 27 klinieken zowel voor het verslagjaar 2012 als 2013 ingevuld.

[33] NGRC. Consensus Refractiechirurgie. 2013.

Resultaten

Visitatie door het NOG

In 5 klinieken waren niet alle refractiechirurgen gevisiteerd: 1 kliniek lichtte toe dat een van de refractiechirurgen in het proces van visitatie van het NOG was, in 2 klinieken was een van de refractiechirurgen nog in opleiding. In 2 klinieken van één organisatie visiteerde het NOG enkele jaren geleden (2009) voor het laatst, deze organisatie conformeert zich echter niet aan de Consensus Refractiechirurgie. Van de 5 klinieken waar niet alle refractiechirurgen waren gevisiteerd, beschikten er 3 wel over het ZKN-certificaat. In 5 andere klinieken zijn de refractiechirurgen in 2007 en 2008 gevisiteerd en is de visitatie verlopen.

Certificering refractiechirurgen door het NOG

In 6 van de 26 klinieken die volgens de Consensus Refractiechirurgie werkten, beschikten nog niet alle oogartsen over het certificaat van het NOG. Dit betrof naast de 3 klinieken waar niet alle refractiechirurgen werden gevisiteerd nog 3 klinieken. Deze laatste klinieken lichtten toe dat, respectievelijk, de arts in verband met pensioen geen lid meer was van het NOG, er nog verbeterpunten waren en een arts nog in opleiding was.

Laserapparatuur

In 25 klinieken beschikte men over een validatierapport betreffende de laserapparatuur, 3 klinieken beschikten niet over laserapparatuur. Hoewel 1 van deze 3 klinieken toelichtte dat dit niet van toepassing was bleek deze kliniek wel over een validatierapport te beschikken. In 1 kliniek was het validatierapport uit 2010, de overige rapporten werden in 2013 uitgegeven.

In 22 klinieken vond het laatste onderhoud plaats in 2013, de overige 3 klinieken planden het onderhoud in het eerste kwartaal van 2014.

Overig

Door 1 kliniek waar refractiechirurgie werd uitgevoerd, werden patiënten met een ASA-klasse 3 of hoger behandeld. In 9 klinieken behandelde men patiënten jonger dan 18 jaar.

In 13 klinieken beschikte men niet over een OK-klasse1, waarbij 2 klinieken alleen over een behandelkamer beschikten. De overige 15 klinieken beschikten of over een OK-klasse1 of OK-klasse2 of over beide.

Van de 28 klinieken maakten 16 klinieken (57 procent) afspraken met ziekenhuizen in het geval van calamiteiten of bij complicaties die niet in de kliniek behandeld kunnen worden en legden die afspraken schriftelijk vast, 3 klinieken waren deze afspraken mondeling overeengekomen en 9 klinieken maakten geen afspraken.

Alle 28 klinieken controleerden patiënten systematisch op een postoperatieve infectie en op een na alle klinieken registreerden het aantal patiënten met een postoperatieve infectie in het verslagjaar. Van 27 klinieken was het aantal patiënten met een postoperatieve infectie

bekend, 19 klinieken hadden 0 infecties. Bij de overige klinieken varieerde dit van 1 tot 8 infecties. Het (gewogen) gemiddelde percentage postoperatieve infecties van de 27 klinieken, echter niet specifiek voor refractiechirurgie, was 0,08 procent ($p_{10}=0,0$; $p_{90}=0,20$). Het percentage van de 8 klinieken waar een infectie voorkwam varieerde van 0.12 tot 0.4.

Figuur 2.1.1

Gemiddeld infectiepercentage refractiechirurgie 2010-2013



Conclusies

- Enkele klinieken waren nog niet ge(her)visiteerd door het NOG; van een kliniek was onbekend of hervisiteatie volgde. De inspectie bevrageet de klinieken hierop.
- Het infectiepercentage van de 8 klinieken waar een infectie voorkwam bleef binnen de NOG norm van 0.4.
- Een kliniek beschikte over een laatste validatierapport voor de laserapparatuur uit 2010. De inspectie acht dit risicovol en zal de kliniek daarop aanspreken.
- 13 klinieken beschikten niet over een OK-klasse1 (zoals bedoeld in de WIP-richtlijn ‘Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen’^[34], waarvan 2 klinieken ook niet over een OK-klasse2 beschikten. Dit is niet conform de Consensus Refractiechirurgie^[35]. Overleg over deze norm tussen de inspectie en het NOG is gaande. Daarnaast toetst de inspectie in 2014 klinieken waarvan de kwaliteit van de OK-voorziening niet aan de norm lijkt te voldoen.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de Consensus Refractiechirurgie^[36].

- zijn de refractiechirurgen in de kliniek door de wetenschappelijke vereniging gevisiteerd en gecertificeerd;
- voert de kliniek de behandelingen uit volgens de vigerende richtlijn(en);
- verricht de kliniek de refractiechirurgische behandelingen in ruimten met een veiligheidsniveau conform de Consensus Refractiechirurgie.

[34] WIP.Richtlijn Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen. 2011.

[35] NGRC. Consensus Refractiechirurgie. 2013.

[36] NGRC. Consensus Refractiechirurgie. 2013.

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen^[37]:

- controleert de kliniek systematisch op postoperatieve infecties;
- beschikt de kliniek over een validatierapport van het onderhoud van de laserapparatuur van minder dan een jaar oud.

[37] Kwaliteitswet zorginstellingen (18 januari 1996).

2.2 Anesthesiologische toepassingen

Indicatoren

- Visitatie door de NVA.
- Postoperatieve pijn bij dagbehandeling.
- Toezicht operatief proces.

Relevante begrippen

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

Wat zijn de risico's

- De anesthesioloog moet in staat zijn de verantwoordelijkheden voor de patiënt vanaf de preoperatieve voorbereiding tot en met de verkoeverperiode uit te voeren, om risico's voor de patiënt tot een minimum te beperken.
- Zonder visitatie door de wetenschappelijke vereniging is het niet mogelijk een objectief oordeel over de kwaliteit van de anesthesiologische zorgverlening in een kliniek te verkrijgen. Als een kliniek door de NVA is gevisiteerd en de verbetermaatregelen zijn uitgevoerd, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.
- Postoperatieve pijn is een te verwachten maar ongewenst bijproduct van een operatie en dient te worden bestreden omdat dit een negatief effect heeft op het herstel van de patiënt. Indien postoperatieve pijn niet structureel wordt gemeten kan pijn niet adequaat worden bestreden en kan het herstel van de patiënt onnodig worden belemmerd.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

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

- Op welke wijze wordt de kwaliteit van het professioneel handelen bewaakt?
- Wordt voldaan aan de eisen van het Toetsingskader Sedatie^[38] volgend uit de 'Sedatie en/of analgesie (PSA) bij volwassenen op locaties buiten de OK'^[39]?

[38] IGZ. Toetsingskader sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer; 2012.

[39] CBO, NVA, NVK. Richtlijn Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer; 2012.

De kliniek voert geen postoperatieve pijnmeting uit.

- Hoe wordt de postoperatieve conditie van de patiënt bewaakt?
- Vormt controle op de beleefde pijn daarvan een onderdeel?

De kliniek heeft geen time-out procedure.

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

Selectie

De indicator visitatie door de NVA is van toepassing op 105 klinieken. Omdat lokale anesthesie voornamelijk door de behandelend arts wordt toegediend zijn klinieken die uitsluitend lokale anesthesie toepasten buiten de selectie gelaten.

De indicatoren postoperatieve pijn en toezicht operatief proces zijn van toepassing op 258 klinieken die invasieve ingrepen verrichtten.

Resultaten

Visitatie door de NVA

Van de 105 klinieken zijn 49 klinieken nog niet gevisiteerd door de NVA. Bij 15 (van de 105) klinieken van 1 organisatie werden in november 2007 de visitatie uitgevoerd. Bij 17 van de 105 klinieken vond visitatie door de NVA plaats via de hoofdlocatie van de anesthesioloog. Indien van toepassing gaven alle gevisiteerde klinieken aan verbetermaatregelen doorgevoerd te hebben of deze in voorbereiding te hebben.

Sommige niet gevisiteerde klinieken lichtten respectievelijk toe dat de visitatie nog in de aanvraag zat, zij een visitatie door de NVA voor hun kliniek niet van toepassing achtten of dat invasieve ingrepen elders plaatsvonden. De inspectie zal de klinieken hierop toetsen.

Postoperatieve pijn

Van 109 klinieken was bekend of patiënten telefonisch werden bevraagd over postoperatieve pijn. Hiervan belden 78 klinieken alle patiënten.

In 2013 werd gemiddeld 81 procent van de patiënten gebeld, in 2012 was dat 76 procent.

Toezicht operatief proces

Van de 258 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden hadden 198 klinieken, 77 procent, een time-out procedure ten opzichte van 64 procent in 2012. Voor behandelingen buiten de OK's is deze procedure in Nederland ook nog niet breed geïmplementeerd.

Audits op de OK vonden jaarlijks plaats in 87 klinieken en in 3 klinieken halfjaarlijks. Daarnaast waren er nog 134 klinieken die een hogere frequentie hanteerden.

Conclusies

- 56 klinieken zijn niet gevisiteerd door de NVA, van 15 klinieken van een organisatie was de visitatie ruim 5 jaar geleden. De inspectie acht dit geen gewenste situatie en zal de niet gevisiteerde klinieken vragen of zij de visitatie inmiddels hebben aangevraagd bij de NVA.

- Het percentage patiënten dat werd gebeld met betrekking tot postoperatieve pijn was 81 procent; een toename van 5 procent ten opzichte van 2012.
- 23 procent van de klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden hadden geen time out procedure. De inspectie zal hier onderzoeken om welk type behandellocatie dit gaat.
- 234 van de 258 klinieken voeren minimaal jaarlijks een audit uit op de OK wat een goed resultaat is.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform het model van Commissie Kwaliteitsvisitatie van de NVA:

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

Conform het standpunt ‘Electieve ingrepen in kleine locaties’^[40]

- verricht de kliniek invasieve ingrepen.

Conform de richtlijnen pre- en operatief traject^[41,42,43]:

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

Conform de richtlijn Postoperatieve Pijnbehandeling^[44]:

- hanteert de kliniek een pijnprotocol.

[40] NVA. Electieve ingrepen in kleine locaties; 2012.

[41] NVA, NVvH. Richtlijn Het Preoperatieve Traject; 2009.

[42] NVA, NVvH. Richtlijn Het Peroperatieve Traject; 2011.

[43] NVA, NVvH, NVOG, NOV. Richtlijn Postoperatief traject. 2013.

[44] NVA. Richtlijn Postoperatieve pijn; 2013.

2.3 Orthopedie

Indicatoren

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

Relevante begrippen

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

Wat zijn de risico's

- Wanneer niet wordt voldaan aan de normen ontstaan risico's voor de patiëntveiligheid. Dat geldt ook indien de orthopeed niet in staat is de verantwoordelijkheden vanaf indicatiestelling tot de nazorg op zich te nemen. In geval van onjuiste indicatiestelling dan wel een onjuiste behandeling loopt de patiënt bijvoorbeeld een verhoogd risico op een heroperatie.
- Het niet beschikken over het aantal en de indicaties voor heroperatie is een risico omdat van de uitkomsten niet geleerd kan worden.
- Wanneer een kliniek niet beschikt over een richtlijn of protocol tromboseprofylaxe of deze niet naleeft ontstaat een verhoogd risico op postoperatieve diep veneuze trombose.
- Zonder visitatie is het niet mogelijk een objectief oordeel over de kwaliteit van de orthopedische zorgverlening in een kliniek te verkrijgen. Als een kliniek door de NOV is gevisiteerd en de verbetermaatregelen zijn uitgevoerd, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De in de kliniek werkzame orthopeden zijn niet door de NOV gevisiteerd.

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

De kliniek wijkt af van de richtlijn betreffende tromboseprofylaxe.

- Op welke gronden wordt afgeweken van richtlijn betreffende tromboseprofylaxe?

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

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

Selectie

De indicator orthopedie is van toepassing op 26 klinieken. Door 4 klinieken werd aangegeven dat zij orthopedische ingrepen uitvoerden, echter zij plaatsten geen heup- en/of knieprothesen en/of voerden geen arthroscopieën uit. Deze klinieken werden buiten de analyse gelaten. Uiteindelijk werden de gegevens van 22 klinieken geanalyseerd.

Resultaten

Visitatie door de NOV

In 20 van de 22 klinieken (91 procent), waren de orthopedisch chirurgen gevisiteerd door de NOV, ten opzichte van 84 procent van de klinieken in 2012. De 2 klinieken waar de orthopeed niet was gevisiteerd lichtten toe dat visitatie werd gepland en dat orthopedie net was opgestart.

In 1 kliniek werden geen verbetermaatregelen opgelegd en in 1 kliniek had visitatie van het medisch orthopedisch proces plaatsgevonden in het ziekenhuis. In de overige 18 klinieken werden verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd.

Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe

Van de 22 klinieken was in 11 klinieken aantoonbaar een richtlijn aanwezig voor tromboseprofylaxe bij een operatie voor een totale heupprothese, 9 van deze 11 klinieken voerden de operatie in 2013 ook daadwerkelijk uit. In 16 klinieken was aantoonbaar een richtlijn aanwezig voor tromboseprofylaxe bij een operatie voor een totale knieprothese.

Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie na een totale heupprothese

In 11 van de 22 klinieken registreerde men het aantal patiënten dat medicamenteuze tromboseprofylaxe kreeg bij een totale heupprothese. In 9 van deze 11 klinieken werden in 2013 ook daadwerkelijk operaties voor een totale heupprothese uitgevoerd. Door 2 van deze 9 klinieken werd ingevuld dat geen van de patiënten medicamenteuze tromboseprofylaxe kreeg.

Tabel 2.3.1

uitkomsten indicatoren

(aantal klinieken waar de indicator op van toepassing was: n=aantal in 2013/n=aantal in 2012)

	2013	2012
Totaal aantal particuliere klinieken	328	319
Aantal klinieken dat orthopedische behandelingen uitvoerde*	22	25
Aantal klinieken waar de orthopedie door de NOV is gevisiteerd (n=22/n=25)	20 (91%)	21 (84%)
Aantal klinieken waar naar aanleiding van deze visitatie verbetermaatregelen zijn opgelegd (n=22/n=25)	18	16
Aantal klinieken die aangeven deze verbetermaatregelen aantoonbaar te hebben uitgevoerd (n=22/n=25)	16	16
Aantal klinieken dat arthroscopieën uitvoerde (n=328/n=319)	22	25
Aantal uitgevoerde arthroscopieën per kliniek (gemiddeld) (n=22/n=25)	623	640
Percentage ongeplande heroperaties binnen 12 maanden na initiële arthroscopie (n=22/n=25)	0,4%	0,4%

* plaatsen totale heup en/of knieprothesen en/of uitvoeren arthroscopieën

** minimaal 6 weken en maximaal 3 maanden na de operatie voor het plaatsen van een heupprothese

Overig

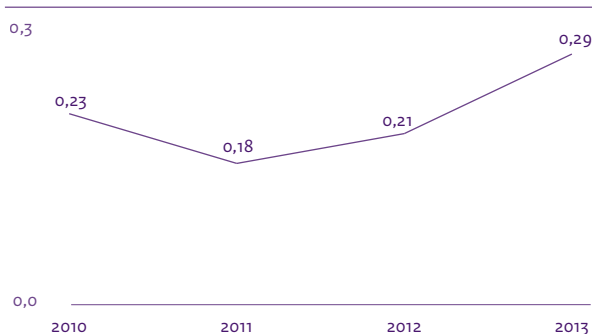
In 4 van de 22 klinieken werden patiënten behandeld met een ASA-klasse 3 en hoger. Door 19 klinieken werden patiënten jonger dan 18 jaar invasief behandeld, dit varieerde van 1 tot 1.294 patiënten. Dit betrof voornamelijk knieoperaties.

Van de 22 klinieken hadden 17 klinieken schriftelijke afspraken met ziekenhuizen in het geval van calamiteiten of bij complicaties die niet in de kliniek konden worden behandeld.

Het (gewogen) gemiddelde percentage postoperatieve infecties van de 22 klinieken, echter niet specifiek voor orthopedie, was 0,29 procent ($p_{10}=0,05$; $p_{90}=0,74$).

Figuur 2.3.1

Gemiddeld infectiepercentage orthopedie 2010-2013



Conclusies

- In 2 klinieken waar knie-/heupprothesen werden geplaatst en/of arthroscopieën werden uitgevoerd, was de orthopedie niet door de NOV gevisiteerd, bij 1 kliniek liep een aanvraag voor visitatie, in de andere kliniek vond visitatie plaats in het ziekenhuis. De inspectie is van mening dat deze kwaliteitsvisitaties iedere 5 jaar moeten plaatsvinden en zal de klinieken hierop bevragen.
- In 2 klinieken (vestigingen van een organisatie) werd de richtlijn tromboseprofylaxe niet nageleefd. De inspectie vraagt deze klinieken om een nadere toelichting en zal zo nodig handhavend optreden.
- Het gewogen gemiddelde van infectiepercentage van 0,29 bevindt zich binnen de norm.
- 4 klinieken behandelden patiënten met een ASA-klasse 3 of hoger. Tenzij de klinieken uitsluitend locale anesthesie toepassen bij deze patiëntengroep zal de inspectie deze klinieken aanspreken op het afwijken van de algemene norm dat er geen patiënten met een ASA-klasse 3 of hoger worden geopereerd in een particuliere kliniek.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de Commissie Kwaliteitsvisite van de NOV:

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

Conform de richtlijn 'Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie van arteriële trombose'^[45]:

- voert de kliniek (aantoonbaar) tromboseprofylaxe uit

In het kader van verantwoorde zorg volgens uit de Kwaliteitswet zorginstellingen^[46]:

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

[45] NVOG. Veneuze trombo-embolie & secundaire preventie arteriële trombose; 2008.

[46] Kwaliteitswet zorginstellingen (18 januari 1996).

2.4 Plastische chirurgie en/of cosmetische behandelingen en rimpelvullers

Indicatoren

- Resultaat van de cosmetische ingreep.
- Visitatie door NVPC.
- Ongeplande heroperaties.

Relevante begrippen

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

Wat zijn de risico's

Cosmetische ingrepen worden meestal niet uit medische noodzaak, maar veelal ter verfraaiing gedaan. Dat betekent dat er vaak andere, meer esthetisch dan medische, redenen zijn voor een dergelijke ingreep. Daarnaast zijn de verwachtingen van de cliënt veelal hoog gespannen. Dat maakt dat een adequate professionele afweging onder druk kan komen te staan. Aan alle ingrepen zijn risico's verbonden, ook aan die behandelingen die niet vanwege een medische indicatie worden uitgevoerd. Het betreft dan veelal gezonde mensen waarbij eventueel optredende complicaties uiteindelijk een onnodige (blijvend) invloed op hun welzijn kan hebben.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De in de kliniek werkzame artsen zijn niet gevisiteerd door een relevante beroepsvereniging.

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

De kliniek registreert geen heroperaties.

- Hoe worden ongeplande heroperaties geanalyseerd?

Selectie

Ten opzichte van 2012 is sprake van een kleine toename van 120 naar 128 klinieken. De indicatoren waren van toepassing op deze 128 klinieken (39 procent). Daarvan voerden 57 klinieken zowel plastische chirurgie als cosmetische ingrepen uit, 14 klinieken alleen plastische chirurgie en 57 klinieken alleen cosmetische ingrepen.

Resultaten

Resultaat van de cosmetische ingreep

Het percentage klinieken dat cosmetische ingrepen uitvoerde en een foto maakte voor en/of na de ingreep steeg van 83 procent in 2012 naar 92 procent in 2013.

Het aantal patiënten dat een cosmetische ingreep onderging nam ten opzichte van 2012 met circa 8000 toe, hetgeen in lijn is met de maatschappelijke ontwikkeling aangaande cosmetische behandelingen.

Tabel 2.4.1

uitkomsten indicatoren

(aantal waar de uitkomst op gebaseerd is: n=aantal in 2013/n=aantal in 2012)

	2013	2012
Totaal aantal particuliere klinieken	328	319
Aantal klinieken dat de volgende behandelingen uitvoerde:		
uitsluitend plastisch chirurgische	14	12
uitsluitend cosmetisch chirurgische	57	52
zowel plastisch als cosmetisch chirurgische	57	56
totaal	128	120
Aantal klinieken dat in de volgende gevallen (bij cosmetische ingreep) een foto maakte:		
voorafgaand	19	22
achteraf	1	2
zowel voor- als achteraf	87	71
totaal aantal klinieken dat een foto maakte	107	95
Percentage patiënten/cliënten waarbij een foto werd gemaakt, voor en/of na een cosmetische ingreep (n=107/n=95)	90%	89%
Totaal aantal patiënten/cliënten dat een cosmetische ingreep onderging	50.588	42.782
Gemiddeld aantal patiënten /cliënten dat een cosmetische ingreep onderging per kliniek	482	463
Aantal klinieken waar de artsen bij een relevante wetenschappelijke vereniging waren aangesloten	116	111
Aantal klinieken waar de artsen werden gevisiteerd door de relevante wetenschappelijke vereniging	80	77
Aantal klinieken waar deze visitaties in de eigen kliniek hebben plaatsgevonden	50	28
Aantal klinieken dat het aantal heroperaties registreerde bij cosmetische ingrepen	92	85
Percentage ongeplande heroperaties bij cosmetische ingrepen	2,5%	2,4%

Visitatie door de wetenschappelijke vereniging

In 59 klinieken waren de artsen aangesloten bij de NVPC, in 26 klinieken bij het NOG, in 23 klinieken bij de NVCG en in 20 klinieken bij de NVDV. De som hiervan is groter dan het aantal klinieken vanwege het feit dat binnen een kliniek artsen bij meer dan 1 vereniging aangesloten waren.

Het percentage klinieken met bij de NVPC aangesloten artsen daalde van 58 procent in 2012 naar 46 procent in 2013, het percentage klinieken met bij de NVCG aangesloten artsen steeg van 15 procent in 2012 naar 18 procent in 2013.

Overig

Van de 128 klinieken voor plastische en/of cosmetische chirurgie die invasieve ingrepen uitvoerden, registreerden 46 klinieken (36 procent) geen ASA-klasse van de patiënt/cliënt. Dat is een toename ten opzichte van 2012 toen het 28 procent was. In 22 klinieken werden patiënten/cliënten met een ASA-klasse 3 of hoger behandeld ten opzichte van 11 klinieken in 2012, hetgeen opnieuw een verdubbeling is.

Conclusies

- 7 klinieken gaven aan dat zij geen foto voor en/of na de ingreep maakten. Dit is een verbetering ten opzichte van 2012 toen er nog 18 klinieken waren die geen foto maakten.
- Het aantal klinieken waar de werkzame medisch specialisten in de klinieken zelf werden gevisiteerd nam zowel absoluut als relatief toe. De inspectie vindt dit een positieve ontwikkeling en zij zal dit in haar toezicht verder stimuleren.
- Het percentage klinieken met bij de NVPC aangesloten artsen nam af van 58 naar 46 procent.
- Het gemiddeld percentage ongeplande heroperaties na cosmetische ingrepen bleef ten opzichte van 2012 gelijk.
- Het aantal klinieken dat patiënten/cliënten met een ASA-klasse 3 of hoger behandelde is toegenomen. De inspectie vindt dit een zorgelijke ontwikkeling die zij nader zal onderzoeken.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de kwaliteitseisen van de beroepsgroep(en):

- worden beroepsbeoefenaren die cosmetische en plastisch chirurgische ingrepen uitvoeren gevisiteerd door de eigen beroepsgroep.

Conform de Leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken^[47]:

- wordt ook door andere beroepsgroepen die cosmetische ingrepen uitvoeren het standpunt ten aanzien van een foto voor en na de ingreep gevolgd;
- wordt het standpunt ten aanzien van cosmetische ingrepen bij patiënten jonger dan 18 jaar nageleefd.

[47] NVPC. Leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken; 2012.

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen^[48]:

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

[48] Kwaliteitswet zorginstellingen (18 januari 1996).

2.5 Bariatrische behandelingen

Indicatoren

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

Relevante begrippen

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

Wat zijn de risico's

Bariatrische chirurgie is een zich ontwikkelend specialisme, waarvoor pas recent een richtlijn is verschenen. De toename van morbide obesitas zal naar verwachting leiden tot een toename van het aantal ingrepen. Over de indicatiestelling tot operatie wordt nog verschillend gedacht. Het varieert van een zeer afwachtend beleid tot snel operatief ingrijpen voordat de patiënt nog zwaarder is geworden. Bij deze groep patiënten met ernstig overgewicht is er sprake van een verhoogd risico op peroperatieve en lange termijn complicaties.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De kliniek heeft geen multidisciplinair team.

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

De kliniek beschikt niet over een postoperatief programma.

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

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op 16 van de 328 klinieken. De klinieken deden de voor- en nazorg van de behandeling in de eigen kliniek waarbij alle ingrepen plaatsvonden in een ziekenhuis.

Resultaten

Aantal bariatrische ingrepen

In 4 van de 16 klinieken werden geen bariatrisch chirurgische ingrepen uitgevoerd maar behandelden ze eetstoornissen conservatief. Door 2 klinieken werd aangegeven dat bij respectievelijk 32 en 59 patiënten een maagballon werd geplaatst. Deze klinieken gaven aan dit als enige ingreep bij patiënten met (ernstig) overgewicht uit te voeren.

Door 4 van de resterende 10 klinieken werd het aantal patiënten waarbij bariatrisch chirurgische ingrepen werden verricht niet geregistreerd. Van die klinieken vindt de registratie van de ingrepen plaats door het ziekenhuis; deze gegevens zijn voor dit onderzoek niet beschikbaar gesteld, waardoor de data als incompleet en helaas niet analyseerbaar moeten worden beschouwd.

Samenstelling multidisciplinair team

Een organisatie met 4 klinieken gaf aan dat de behandeling van eetstoornissen multidisciplinair plaatsvond, en conservatief van aard was met een psycholoog als hoofdbehandelaar. Het team bestond verder uit een fysiotherapeut een diëtist en een arts. Van de 16 klinieken beschikten 2 klinieken niet over een multidisciplinair team zij gaven daarbij als toelichting 'niet van toepassing'. Door deze 2 klinieken werden uitsluitend maagballonnen geplaatst.

De overige 10 klinieken (62 procent) beschikten over een multidisciplinair team bestaande uit een chirurg, anesthesioloog, diëtist, psycholoog, internist en een verpleegkundige. Dit is een daling ten opzichte van 2012 toen nog 85 procent van de klinieken over een multidisciplinair team beschikte. Deze daling lijkt te worden verklaard doordat er klinieken met andere behandelmethoden zijn bijgekomen waarbij de samenstelling van het multidisciplinaire team als gevolg van de aard van de behandeling afwijkt.

Percentage postoperatieve controles

Door 5 klinieken, waarvan een organisatie met 4 klinieken, werd aangegeven dat zij geen postoperatief programma hadden. De organisatie voerde een conservatief beleid (niet operatief) bij eetstoornissen; de andere kliniek lichtte toe dat na 6 maanden de maagballon verwijderd moet worden.

Het percentage postoperatieve controles kon worden berekend voor 5 van de overige 11 klinieken en was daar gemiddeld 61 procent (spreiding 18-91 procent). Dit is lager dan in 2012 toen voor 7 van de 12 klinieken een percentage van 67 procent werd berekend (spreiding 29-100 procent).

Overig

Door 1 kliniek werden geen afspraken met een ziekenhuis gemaakt met betrekking tot calamiteiten en complicaties die niet in de kliniek kunnen worden behandeld, wel met 3 andere klinieken waarvan 1 in België.

Alle klinieken controleerden systematisch op postoperatieve infecties; in 4 van de 7 klinieken van een organisatie vond deze controle plaats via het opererende ziekenhuis. Vanwege het conservatieve karakter van de behandeling was dit voor de 4 klinieken van een andere organisatie niet van toepassing.

In 2 klinieken waren artsen werkzaam met een buitenlandse (vervolg)opleiding die tevens medisch eindverantwoordelijk waren.

Conclusies

- Bij 2 klinieken (13 procent) was de samenstelling van het multidisciplinaire team niet conform de norm. De inspectie onderzoekt of en zo ja hoe dit wordt ondervangen.
- Meer dan de helft van de klinieken leverde geen volledige gegevens aan met betrekking tot postoperatieve controles. De inspectie zal hierop rappelleren.
- Het percentage postoperatieve controles daalde ten opzichte van 2012. De inspectie acht dit niet verantwoord en zal de betreffende klinieken daarop aanspreken en monitoren.
- Met uitzondering van het plaatsen van maagballonnen werden alle bariatrische ingrepen in een ziekenhuis uitgevoerd. De inspectie acht dit gelet op de risicovolheid van de behandeling de juiste keuze.
- 1 kliniek heeft geen afspraken met een ziekenhuis in Nederland maar met een Belgisch ziekenhuis ten behoeve van de opvang bij calamiteiten en complicaties die niet in de kliniek kunnen worden behandeld. De inspectie vindt dit een goed alternatief.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de richtlijn Morbide Obesitas^[49]:

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

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen^[50]:

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

[49] NVvH. Richtlijn Morbide Obesitas; 2011.

[50] Kwaliteitswet zorginstellingen (18 januari 1996).

2.6 Dermatologie

Indicatoren

- Dermatologische behandelingen.
- Visitatie door NVDV.

Relevante begrippen

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

Wat zijn de risico's

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

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitkomst

De kliniek voert dermato-oncologische behandelingen uit, maar werkt daarbij niet samen met een ziekenhuis met oncologische expertise.

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

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

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

Selectie

De indicatoren zijn van toepassing op 99 klinieken die dermatologische ingrepen verrichtten in 2013. In 2012 betrof dit 90 klinieken.

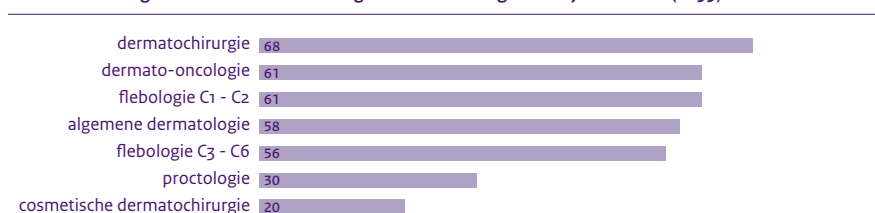
Resultaten

Dermatologische behandelingen

Figuur 2.6.1 toont het aantal klinieken waar de desbetreffende behandeling werd verricht. Van de 61 klinieken die aangaven dat ze dermato-oncologie uitvoerden, werkten 3 klinieken niet samen met een ziekenhuis met oncologische expertise.

Figuur 2.6.1

Aantal klinieken gesorteerd naar dermatologische behandelingen die zij verrichtten (n=99)



Visitatie NVDV

Van 77 klinieken (78 procent) waren de dermatologen aangesloten bij de NVDV. De 22 niet-aangesloten klinieken voerden de volgende redenen aan: de specialist/behandelaar was geen dermatoloog, maar bijvoorbeeld een chirurg, plastisch chirurg, vaatchirurg en in 1 kliniek physician assistant.

Van de 99 klinieken werden 21 klinieken nog nooit gevisiteerd. Voor 11 van deze 21 klinieken is visitatie gepland, van de overige 10 klinieken is daarover niets bekend.

In 25 klinieken werden geen aanbevelingen gedaan. Van de overige 53 klinieken waren er 2 klinieken die de aanbevelingen nog niet aantoonbaar hadden doorgevoerd. Deze 2 klinieken lichtten toe dat er sprake was van vestiging afhankelijke maatregelen.

Conclusies

- 3 klinieken die dermato-oncologie uitvoerden, werkten niet samen met een ziekenhuis met oncologische expertise. De inspectie is met de NVDV in gesprek over deze randvoorwaarde.
- Van 10 klinieken is onbekend of visitatie door de NVDV is aangevraagd. De inspectie vraagt hierover nadere informatie op bij de klinieken.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de Visitatiecommissie van de NVDV:

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

2.7 Cataractregistratie

Indicatoren

- Cataractregistratie

Relevante begrippen

Cataract	Cataract of grijze staar is een vertroebeling van de oog lens. Bij een cataract-operatie wordt de oog lens vervangen door een kunst lens.
Kwaliteitsregistratie Cataract	Een landelijk data registratie en -verwerkingsprogramma waarmee de uitkomsten van cataractoperaties kunnen worden vergeleken en benchmarking mogelijk is.

Wat zijn de risico's

- Zonder complete data registratie is het niet mogelijk dat een oog arts zijn resultaten spiegelt aan die van andere oog artsen. Het belang van data registratie en medical auditing op basis van de verzamelde gegevens is algemeen aanvaard.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitslag

De data registratie van de kliniek in het NOG-registratiesysteem is niet op orde.

- Welk beleid heeft de kliniek ten aanzien van registratie van data in de Kwaliteitsregistratie Cataract?
- Hoe spiegelt de oog arts zich aan de kwaliteit van anderen?

Resultaten

Selectie

De indicatoren waren van toepassing op 30 van de 328 klinieken.

NOG-registratiesysteem

Van de 30 klinieken maakten 3 klinieken geen gebruik van het NOG-registratiesysteem. Deze klinieken lichtten toe dat dit niet van toepassing was, men over een eigen registratiesysteem beschikte of (de achterstand van) 2013 nog niet was ingevoerd. Het NOG-registratiesysteem zou door een kliniek volgens opgave wel worden gebruikt; deze kliniek vulde echter 0 cataractoperaties in de registratie in, terwijl men 1210 cataractoperaties uitvoerde in het verslagjaar.

Tabel 2.7.1

Totaal aantal cataractoperaties (n=27)

Aantal klinieken in het NOG-registratiesysteem	Totaal aantal cataractoperaties in het NOG- registratiesysteem	Totaal aantal cataractoperaties in het verslagjaar
27	23.250 (gemiddeld 861, spreiding 0-2373)	25.087 (gemiddeld 965, spreiding 58-2420)

Van de 27 klinieken voerden 8 klinieken in 2013 meer of minder dan 100 procent van de cataractoperaties in het NOG-registratiesysteem in dan volgens eigen registratie daadwerkelijk in het verslagjaar werden uitgevoerd.

Overig

Van de 30 klinieken hadden 2 klinieken geen schriftelijk vastgelegde samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis. 1 kliniek had wel vastgelegde samenwerkingsafspraken maar niet, met betrekking tot calamiteiten en bij complicaties die niet in de kliniek kunnen worden behandeld. Door 3 klinieken werden mondeling afspraken gemaakt met een ziekenhuis met betrekking tot calamiteiten en bij complicaties die niet in de kliniek kunnen worden behandeld; de overige 24 klinieken hadden schriftelijke afspraken.

Met betrekking tot OK en overige faciliteiten maakte van de 30 klinieken 1 kliniek mondelinge afspraken met een ziekenhuis, een kliniek maakte schriftelijke afspraken met 2 andere klinieken en een kliniek gaf aan geen afspraken te hebben met betrekking tot OK en faciliteiten.

De overige 27 klinieken beschikten over eigen OK en faciliteiten.

Van de 30 klinieken beschikten 4 klinieken niet over een OK-klasse¹, 1 kliniek maakte gebruik van een ruimte waarbij de drukhiërarchie gelijk is aan een OK-klasse¹, maar met minder sluisen.

Van de 30 klinieken registreerden 7 klinieken geen ASA-klasse van de patiënten, waarvan 1 kliniek dit niet van belang achtte voor oogheelkunde.

Alle klinieken controleerden systematisch op postoperatieve infecties.

Voor 28 klinieken kon het infectiepercentage, echter niet specifiek voor cataractchirurgie, worden berekend. 17 klinieken gaven aan geen patiënten met een postoperatieve infectie te hebben gehad. Het gewogen gemiddelde infectiepercentage van de overige 11 klinieken was 0,22 procent ($p_{10}=0,02$; $p_{90}=1,04$). De incidentie van endophthalmitis bij cataract chirurgie is 0,05 procent^[51]. De norm voor de incidentie van ooginfecties bedraagt minder dan 0,1procent. Van de 11 klinieken hadden 6 klinieken een infectiepercentage hoger dan 0,1 procent.

[51] Richtlijn Cataract 2013; NOG.

In 5 klinieken (4 klinieken van een organisatie) werkten artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding die tevens medisch eindverantwoordelijk waren. Onder hen een medisch directeur en een arts die supervisor was voor de arts-assistenten.

Conclusies

- 3 klinieken maakten geen gebruik van het NOG-registratiesysteem, een kliniek hanteerde een eigen registratiesysteem. De inspectie acht dit onwenselijk, omdat spiegeling van de oogarts aan de kwaliteit van anderen op deze wijze achterwege blijft. Zij zal de klinieken verzoeken dit aan te passen.
- 4 klinieken beschikten niet over een OK-klasse¹ zoals bedoeld in de WIP richtlijn ‘Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen’^[52]. Dit is niet conform de richtlijn Cataract 2013^[53]. Overleg hierover tussen de inspectie en het NOG is gaande en de klinieken worden meegenomen in vervolgonderzoek.
- 7 klinieken registreerden geen ASA-klasse van de patiënten hetgeen noodzakelijk is om een adequate inschatting te kunnen maken van de gezondheidstoestand en de kans op complicaties bij de patiënt. Overleg hierover tussen de inspectie en het NOG is gaande over normstelling in deze.
- 6 klinieken hadden een infectiepercentage (niet specifiek voor cataractoperaties) hoger dan 0,1 procent. De inspectie zal met het NOG over de significantie van deze uitkomsten overleggen.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de richtlijn Cataract 2013^[53]:

- voert de kliniek cataractoperaties uit in een OK-klasse¹.

In het kader van verantwoorde zorg volgens uit de Kwaliteitswet zorginstellingen^[54]:

- voert de kliniek tijdig en adequaat de gegevens in de Kwaliteitsregistratie Cataract van het NOG in;
- wordt de Kwaliteitsregistratie Cataract gebruikt om de eigen kwaliteit te spiegelen aan die van anderen;
- registreert de kliniek (bij voorkeur elektronisch) de ASA-klasse van de patiënt bij het uitvoeren van invasieve ingrepen;
- wordt in de klinieken gewerkt volgens vigerende Nederlandse normen en richtlijnen.

In het kader van verantwoorde zorg volgens uit de Kwaliteitswet zorginstellingen^[54] en het inspectierapport ‘Infectiepreventie in ziekenhuizen’^[55]:

- analyseert de kliniek het infectiepercentage;
- heeft de kliniek op basis van de verklaring voor het infectiepercentage (aantoonbaar) verbetermaatregelen genomen.

[52] WIP. Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen. 2011.

[53] Richtlijn Cataract 2013; NOG.

[54] Kwaliteitswet zorginstellingen, 18 januari 1996.

[55] IGZ. Infectiepreventie in ziekenhuizen;2004.

3 Medisch diagnostische centra

Indicatoren

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

Relevante begrippen

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

Wat zijn de risico's

Medisch diagnostische centra richten zich op diagnostiek variërend van bloedafname en beeldvorming tot bevolkingsonderzoeken. Met de onderzoeksresultaten kunnen huisartsen, cardiologen of andere zorgverleners, zoals verloskundigen, een diagnose stellen of de behandeling bepalen. Risico's voor de patiënt zijn, naast de onderzoeken zelf, een gemiste of onjuiste diagnose en als gevolg daarvan onjuiste of onderbehandeling.

Wat onderzoekt de inspectie bij een opvallende uitkomst

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

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

De in het centrum werkzame MDL-artsen zijn niet gevisiteerd door de NVMDL.

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

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

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

Selectie

Deze indicator is van toepassing op 55 medisch diagnostische centra. 4 centra, (waarvan 3 locaties van 1 organisatie bestaand uit 12 locaties), vulden de indicator niet in. Vanwege het grote aantal en de soms grote geografisch spreiding werd niet door iedere organisatie voor alle locaties afzonderlijk aangeleverd.

Resultaten

Diagnostisch onderzoek

Van de 51 centra die de indicator invulden (meerdere antwoorden mogelijk) voerden 23 centra cardiologisch onderzoek uit, 13 centra voerden maag-, darm-, en leveronderzoek uit en 25 centra voerden (ook) ander onderzoek uit, waaronder MRI, radiologisch onderzoek en echografie, spirometrie en histamineprovocatietests, prenatale diagnostiek en fundusfotografie.

Visitatie door NVVC

Van de 23 centra die cardiologisch onderzoek uitvoerden hadden 4 centra zelf geen cardioloog in dienst. Deze 4 centra lichtten toe dat zij de diensten van cardiologen inhuurden bij een ziekenhuis of een cardioloog contracteerden op consultbasis.

In 20 centra waren de cardiologen aangesloten bij de NVVC, hieronder was een centrum dat geen cardiologisch onderzoek uitvoerde. In 3 centra was de cardiologie niet gevisiteerd door de NVVC. De overige centra gaven aan dat er bij visitatie geen aanbevelingen waren gedaan. De NVVC gaf desgevraagd aan dat dit wel het geval was geweest.

Visitatie door NVMDL

Van de 13 centra die maag-, darm en leveronderzoek uitvoerden, hadden 3 centra zelf geen MDL-artsen in dienst. Deze 3 centra lichtten toe dat de artsen werden gedetacheerd vanuit een ziekenhuis of ingehuurd als zelfstandigen.

De MDL-artsen die in de overige 10 centra werkten waren aangesloten bij de NVMDL.

In 9 van de 10 centra waren de MDL artsen gevisiteerd. Bij de artsen van 3 centra vond visitatie plaats in het ziekenhuis waarin zij werkzaam waren. De visitatiedata van de overige 6 centra liepen uiteen van maart 2010 tot februari 2013. Alle kregen verbetermaatregelen opgelegd en voerden die aantoonbaar door. In een centrum werd visitatie gepland voor 2015. In 3 centra waren naast MDL-artsen ook internisten in dienst, zij waren aangesloten bij de NIV. In een centrum werden de internisten gevisiteerd door de NVMDL.

Digitale verslaglegging endoscopie

In alle 13 centra waar maag-, darm- en leveronderzoek werd uitgevoerd was sprake van digitale verslaglegging van de verrichte endoscopische procedure, inclusief beeldmateriaal.

Overig

Door 53 van de 55 centra werd zowel het aantal patiënten als het aantal onderzoeken ingevuld. Het totaal aantal onderzochte patiënten in de 53 centra was 987.279. Het totaal aantal onderzoeken van deze 53 centra bedroeg 2.169.459.

In 41 centra werden in totaal 17.554 patiënten jonger dan 18 jaar onderzocht. Van deze 41 centra onderzochten 17 centra voor cardiologisch onderzoek in totaal 7.347 patiënten jonger dan 18 jaar.

Door 8 van de 13 centra voor maag-, darm- en leveronderzoek werden in totaal 2.418 patiënten jonger dan 18 jaar onderzocht.

Van de 55 centra beschikten er 6 niet over een kwaliteitscertificaat. De overige 49 beschikten over (combinaties van) certificaten van ISO9001, HKZ, ZKN, NIAZ, of een ander certificaat.

Van de 13 centra voor maag-, darm- en leveronderzoek, pasten 6 centra sedatie^[58] toe. Alle 6 centra werkten volgens het Toetsingskader Sedatie^[59] en hadden een lokale PSA commissie. 3 Centra screenden patiënten waarbij matige tot diepe sedatie werd toegepast, 1 van deze 3 deed dat niet bij patiënten bij wie lichte sedatie werd toegepast.

Door 3 centra (van een organisatie) werd alleen lichte sedatie toegepast; zij namen geen informed consent af maar zijn voornemens hiermee in 2014 te starten. Zij hadden noch personen met advanced life support deskundigheid in dienst noch personeel uitsluitend voor de bewaking van de patiënt. Alle 6 centra stelden bekwaamheidseisen vast voor personeel dat sedatie toepaste en toetsten bekwaamheden.

Van de 55 centra voerden 51 centra structureel patiënttevredenheidsonderzoek uit.

Conclusies

- In 3 centra waren de cardiologen niet gevisiteerd door de NVVC. De inspectie vraagt na wanneer dit gepland staat.
- 4 centra voor cardiologisch onderzoek hadden geen cardioloog in dienst, deze diensten werden ingehuurd.
- 3 centra voor maag-, darm- en leveronderzoek hadden naast MDL-artsen ook internisten in dienst, in 1 centrum waren deze ook gevisiteerd door de NVMDL.
- In 6 van de 13 centra voor maag-, darm- en leveronderzoek werd sedatie toegepast. Het centrum dat wil overgaan tot het toepassen van matige/diepe sedatie zal daaraan voorafgaand de randvoorwaarden moeten inrichten. De inspectie zal dit toetsen.
- In alle 13 centra voor maag-, darm- en leveronderzoek was sprake van digitale verslaglegging van de endoscopische procedure.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de Richtlijn Commissie Kwaliteitsvisitatie van de NVVC:

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

Conform de Visitatiecommissie van de NVMDL:

- zijn de MDL-artsen en scopiërende internisten in de kliniek (aantoonbaar) gevisiteerd.

[58] Van lichte sedatie (anxiolyse) tot matig /diepe sedatie.

[59] IGZ. Toetsingskader sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer. 2012.

In het kader van verantwoorde zorg volgend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen^[60]:

- is er sprake van digitale verslaglegging van de endoscopische procedure (inclusief beeldmateriaal);
- hanteert de kliniek normen voor de behandeling van risicovolle patiëntencategorieën zoals ASA-klasse.
- onderzoekt de kliniek middels een gevalideerde vragenlijst systematisch de tevredenheid van patiënten, waarbij de steekproef representatief is of de steekproef een grootte heeft van 80 procent of hoger.

[60] Kwaliteitswet zorginstellingen (18 januari 1996).

Afkortingen

ASA	American Society of Anesthesiologists
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
LROI	Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten
MDL	Maag, darm en lever.
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
NOG	Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
NOV	Nederlandse Orthopedische Vereniging
NVA	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NVCG	Nederlandse Vereniging voor Cosmetische Geneeskunde
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVDV	Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
NVMDL	Nederlandse Vereniging van Maag-, Darm- en Leverartsen
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVPC	Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
NVVC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NVvH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
OK	Operatiekamer
PSA	Procedurele sedatie en/of analgesie
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
WIP	Werkgroep infectie preventie
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland

Bijlage 1

Lijst van ZBC's opgenomen in het onderzoek

- 1 Academisch Centrum voor Refractieve Chirurgie, Maastricht
- 2 Acura Medisch Centrum, Weert
- 3 Aesthetic Beauty Clinics, Veldhoven
- 4 AMC Hyperbare Zuurstoftherapie, Amsterdam
- 5 Annadal Medisch Centrum Maastricht, Maastricht
- 6 Annatommie, Amsterdam
- 7 Annatommie, Apeldoorn
- 8 Annatommie, Rijswijk
- 9 Annatommie, Utrecht
- 10 Aqua Mare Huidkliniek, Rotterdam
- 11 Aristicon Oogartsenpraktijk, Rotterdam
- 12 ATS Kliniek, Vlijmen
- 13 Bergman Clinics Bewegingszorg, Naarden
- 14 Bergman Clinics Inwendige zorg, Bilthoven
- 15 Bergman Clinics | Kliniek voor Oogzorg, Utrecht
- 16 Bergman Clinics | Kliniek voor Oogzorg, Velp
- 17 Bergman Clinics Medispa, Amsterdam
- 18 Bergman Clinics Medispa, Zwolle
- 19 Bergman Clinics Uiterlijk en huid, Bilthoven
- 20 Bergman Clinics Uiterlijk en huid, Den Haag
- 21 Bergman Clinics Uiterlijk en huid, Heerenveen
- 22 Bergman Clinics Vrouwenzorg, Amsterdam
- 23 Bergman Clinics Vrouwenzorg, Bilthoven
- 24 Bloemingdael plastische chirurgie, Haarlem
- 25 Braam Kliniek, Assen
- 26 CIRO, Horn
- 27 CO-EUR, Hoensbroek
- 28 CO-EUR, Maastricht
- 29 CO-EUR, Nieuwegein
- 30 CO-EUR, Vught
- 31 Da Vinci Kliniek, Geldrop
- 32 DCB Twenthecentrum, Almelo
- 33 De Beethovenkliniek, Capelle aan den IJssel
- 34 De Mobiliteits Kliniek, Zeist
- 35 Derma Team Huid- en Laserkliniek, Bergen op Zoom
- 36 Derma Team Huid- en Laserkliniek, Goes
- 37 Derma Team Huid- en Laserkliniek, Middelburg
- 38 Derma Team Huid- en Laserkliniek, Vlissingen
- 39 Dermalink, Amersfoort

- 40 Dermatologie praktijk van Eendenburg en Nanninga, Amsterdam*
- 41 Dermatologisch Centrum Weteringen, Amsterdam
- 42 DermaZuid, Maastricht
- 43 Dermicis, Alkmaar
- 44 Dermicis, Doetinchem
- 45 Dermicis, Haarlem
- 46 Dr. Kappel Instituut, Zwolle
- 47 Dr. Kuypers Kliniek, Hoorn
- 48 Eyescan Oogzorgkliniek, Emmen
- 49 Eyescan Oogzorgkliniek Limburg, Sittard-Geleen
- 50 Eyescan Oogzorgkliniek, Utrecht
- 51 Eyescan Oogzorgkliniek, Vianen
- 52 FYEO Medical, Eersel
- 53 Groene Hart Extra Zorg, Gouda
- 54 Gynos vrouwenkliniek, Den Haag
- 55 Gynos vrouwenkliniek, Amsterdam
- 56 HanzeKliniek, Groningen
- 57 Heelkunde Instituut Nederland, Heerenveen
- 58 Heelkunde Instituut Nederland, Loosdrecht
- 59 Heelkunde Instituut Nederland, Renswoude
- 60 Heelkunde Instituut Nederland, 's Hertogenbosch
- 61 Heelkunde Instituut Nederland, Vlaardingen
- 62 Helder Kliniek, Eindhoven
- 63 Helder Kliniek, Enschede
- 64 Helder Kliniek, Hilversum
- 65 Helder Kliniek, Rotterdam
- 66 Helder Kliniek, Velp
- 67 Hyperbaar Geneeskundig Centrum Rijswijk, Rijswijk
- 68 Instituut voor Hyperbare Geneeskunde, Hoogeveen
- 69 Instituut voor Hyperbare Geneeskunde, Waalwijk
- 70 Instituut voor Hyperbare Geneeskunde, Rotterdam
- 71 Instituut voor Hyperbare Geneeskunde, Arnhem
- 72 Kliniek Arenborghoeve, Venlo
- 73 Kliniek Klein Rosendaal, Rozendaal
- 74 Kliniek Lange Voorhout, Rijswijk
- 75 Kliniek OMC, Haarlem
- 76 Kliniek Valkenhorst, Valkenburg
- 77 Kliniek Viasana, Mill
- 78 Kliniek Zestienhoven, Rotterdam

- 79 Lasik Centrum, Boxtel
- 80 Mediferia, Amersfoort
- 81 Medisch Centrum Amstelveen, Amstelveen
- 82 Medisch Centrum Hyperbare Zuurstoftherapie, Goes
- 83 Medisch Centrum Kinderwens, Leiderdorp
- 84 Medisch Centrum Waalre, Waalre
- 85 Medisch Zorg- en Advies Centrum RA-Medical, Beverwijk
- 86 Midden Brabant Kliniek, Tilburg
- 87 Mohs Klinieken, Dordrecht
- 88 Mohs Klinieken, Amsterdam
- 89 Mohs Klinieken Noord Holland, Hoorn
- 90 Mohs Klinieken Zuid Oost Nederland, Eindhoven
- 91 Nationaal Huidcentrum, Bussum
- 92 Nederlandse Centrum Plastische Chirurgie, Den Haag
- 93 Nij barrahûs/BPM_Zorg, Wolvega
- 94 Oogartsenpraktijk Delfland, Delft
- 95 Oogcentrum Noordholland, Heerhugowaard
- 96 Oogheelkundig Centrum Haarlemmermeer, Heemstede
- 97 Oogheelkundig Medisch Centrum Twente, Hengelo
- 98 Oogkliniek De Horsten, Wassenaar
- 99 Oogziekenhuis Zonnestraal, Amersfoort
- 100 Oogziekenhuis Zonnestraal, Amsterdam
- 101 Oogziekenhuis Zonnestraal, Doetinchem
- 102 Oogziekenhuis Zonnestraal, Hilversum
- 103 Oogziekenhuis Zonnestraal, Hoogeveen
- 104 Oogziekenhuis Zonnestraal, Lelystad
- 105 Oogziekenhuis Zonnestraal-ZMC, Zaandam
- 106 Optimal Care Pijnklinieken, Rotterdam
- 107 Orthopedium, Delft
- 108 OZON oogkliniek, Velp
- 109 Padbergkliniek, Ede
- 110 Park Medisch Centrum, Rotterdam
- 111 Phacocentrum, 's Hertogenbosch
- 112 Polikliniek De Blaak, Almere
- 113 Polikliniek De Blaak, Leidschendam
- 114 Polikliniek De Blaak, Rotterdam
- 115 Polikliniek De Blaak, Tilburg
- 116 Praktijk Prof. Stolz, Rotterdam
- 117 Reinaert Kliniek, Maastricht
- 118 Stadskliniek Utrecht, Utrecht
- 119 Stichting AllesKiTs, Rotterdam*
- 120 Stichting AllesKiTs, Krimpen aan den IJssel
- 121 Stichting Andros Mannenkliniek, Amsterdam
- 122 Stichting Andros Mannenkliniek, Arnhem

- 123 Stichting Andros Mannenkliniek, Baarn
- 124 Stichting Andros Mannenkliniek, Den Haag
- 125 Stichting Andros Mannenkliniek, Maastricht
- 126 Stichting Ave Orthopedische Klinieken, Amstelveen
- 127 Stichting Ave Orthopedische Klinieken, Amsterdam
- 128 Stichting Ave Orthopedische Klinieken, Hilversum*
- 129 Stichting Ave Orthopedische Klinieken, Lelystad
- 130 Stichting Behandelcentrum Neurologie, Veldhoven
- 131 Stichting Blue Label, Terneuzen
- 132 Stichting De Kinderkliniek, Almere
- 133 Stichting Derma Montse, Sittard-Geleen
- 134 Stichting DermaPark, Uden
- 135 Stichting Dermatologisch Centrum, Breda
- 136 Stichting Dermatologisch Centrum Amstel & Vechtstreek, Maarsse
- 137 Stichting Dermis Poliklinieken, Utrecht
- 138 Stichting Diabeter, Rotterdam
- 139 Stichting Dokter Kolbach Kliniek, Maastricht
- 140 Stichting Flebologisch Centrum Grave, Grave
- 141 Stichting Flebologisch Centrum Oosterwal, Alkmaar
- 142 Stichting Geertgen, Elsendorp
- 143 Stichting Gelderse Vallei Vivre, Ede
- 144 Stichting Huidkliniek Zuid, Rotterdam
- 145 Stichting ICONE, Schijndel
- 146 Stichting Instituut voor Slaapgeneeskunde, Woerden
- 147 Stichting Kliniek Oud Zuid, Amsterdam
- 148 Stichting Kliniek Scheveningen, Den Haag
- 149 Stichting KNO-Haarlemmermeer, Aalsmeer
- 150 Stichting Mauritsklinieken, Amsterdam
- 151 Stichting Mauritsklinieken, Nijmegen
- 152 Stichting Mauritsklinieken, Den Haag*
- 153 Stichting Mauritsklinieken, Utrecht
- 154 Stichting MCD Behandelcentrum, Assen
- 155 Stichting MCD Behandelcentrum, Nieuwegein*
- 156 Stichting MDC Behandelcentrum
- 157 Stichting Medisch Centrum Midden Nederland, Bussum
- 158 Stichting Medisch Centrum Regentesse, Den Haag
- 159 Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen, Oosterhout
- 160 Stichting Medisch Centrum 't Gooi, Bussum
- 161 Stichting Melles Hoornvlieskliniek, Rotterdam
- 162 Stichting MohsA, Venray
- 163 Stichting Nedspine, Ede
- 164 Stichting Oogheekunde Rijswijk, Rijswijk
- 165 Stichting Oogheekunde Rijswijk, Warmond
- 166 Stichting Oogheekundig Centrum Haarlemmermeer, Hoofddorp

- 167 Stichting Oogheelkundig Medisch Centrum, Groningen
- 168 Stichting Oogheelkundig Medisch Centrum, Amsterdam
- 169 Stichting Oogheelkundig Medisch Centrum, Zaandam
- 170 Stichting Oogkliniek De Bilt, Bilthoven
- 171 Stichting Oogkliniek Heuvelrug, Zeist
- 172 Stichting Oogziekenhuis Eindhoven, Eindhoven
- 173 Stichting Oogzorg Opticus, Amsterdam
- 174 Stichting Opsis Oogartsenpraktijk, Amstelveen
- 175 Stichting Opsis Oogziekenhuis, Amsterdam
- 176 Stichting Opsis Oogziekenhuis, Den Burg
- 177 Stichting Plastisch Heelkundig Instituut, Naarden
- 178 Stichting Proctos Klinieken, Bilthoven
- 179 Stichting Rugpoli Twente, Delden
- 180 Stichting Rugpoli, Tilburg
- 181 Stichting Rugpoli Veluwe, Velp
- 182 Stichting Rugzorg Nederland Locatie Haaglanden, Den Haag
- 183 Stichting Rugzorg Nederland Locatie Midden Nederland, Ede
- 184 Stichting Rugzorg Nederland Locatie Zwolle, Zwolle
- 185 Stichting SanaVisie, Mill
- 186 Stichting VieCuriVitaal, Venray
- 187 Stichting Visie Centrum voor Oogheelkundige zorg, Utrecht
- 188 Stichting Women's Health Care Center, Amsterdam
- 189 Stichting ZBC FeM-poli, Zwolle
- 190 Stolmed Klinieken, Etten-Leur
- 191 Stolmed Klinieken, Goes
- 192 The Hand Clinic, Amsterdam
- 193 Transhair & Aesthetic Team, Vlijmen
- 194 Van Leeuwenhoek Kliniek, Amsterdam
- 195 Velthuis Kliniek Cosmea, Enschede
- 196 Velthuis Kliniek, Eindhoven
- 197 Velthuis Kliniek, Hilversum
- 198 Velthuis Kliniek, Rotterdam
- 199 Velthuis Kliniek, Velp
- 200 Veluwekliniek, Kliniek voor chirurgie en flebologie, Hattem
- 201 Venocare, Veldhoven
- 202 Victoria Kliniek, Zierikzee
- 203 Vrouwenpoli Boxmeer van Stichting Demeter, Boxmeer
- 204 ZBC De Terp, Rotterdam
- 205 ZBC De Terp, Capelle aan den IJssel
- 206 ZBC Medisch Wellness Centrum Zeeland, Goes
- 207 ZBC MultiCare, Hilversum
- 208 ZBC Paulus van Loo KNO, Woerden
- 209 ZBC Stichting Kliniek Amstelveen, Amstelveen

* Twee locaties

Bijlage 2

Lijst van privéklinieken opgenomen in het onderzoek

- 1 ABC Clinic, Breda
- 2 ACCZ I A-Klinieken Utrecht, Huis ter Heide
- 3 ACCZ I A-Klinieken Groningen, Groningen
- 4 ACCZ I A-Klinieken Gelderland, Zevenaar
- 5 Alexander Monro Ziekenhuis, Bilthoven
- 6 Al-Gitaan Stichting Moslim Besnijdenis, Rotterdam
- 7 Alizonne, Meijel
- 8 Alizonne, Vught
- 9 Arcus Cosmetisch Centrum, Uden
- 10 Bariatrisch Centrum Zuid West Nederland, Bergen op Zoom
- 11 Besnijdenis Centrum Nederland, Abcoude
- 12 Besnijdenis Kliniek Noord, Groningen
- 13 Boerhaave Medisch Centrum, Amsterdam
- 14 Bogar, Rijswijk
- 15 Care Medical Services Holland B.V., Amsterdam
- 16 Cavari Clinics, Groningen
- 17 Centrum Hyperthermie, Amsterdam
- 18 Chirurgisch Esthetisch Centrum Friesland, Leeuwarden
- 19 Clinic 28 / Medicosmetics, Arnhem
- 20 Clinic 28 / Medicosmetics, Den Haag
- 21 Contour Kliniek Nederland, Bussum
- 22 Correct Vision, Alkmaar
- 23 De Clinique, 's Hertogenbosch
- 24 De Mariannehoeve, Papendrecht
- 25 DermaClinic, Groningen
- 26 DermaClinic, Zwolle
- 27 Dermazcare, Amsterdam
- 28 Doctors Inc., Amsterdam
- 29 Dr. Binkhorst Eye Center, Oostburg
- 30 Dr. Keulen Kliniek, Schimmert
- 31 Dr. Keulen Kliniek, Tilburg
- 32 Huidarts Drs. Fr. De Mari, Amsterdam*
- 33 Huidarts Drs. Fr. De Mari, Landsmeer
- 34 Huidarts Drs. Fr. De Mari, Wormerveer
- 35 Huidarts Drs. Fr. De Mari, Purmerend
- 36 Huidarts Drs. Fr. De Mari, Volendam
- 37 Easy Cosmetics, Amsterdam
- 38 Elzen Kliniek, Naarden
- 39 EMC Tergooiziekenhuizen, Hilversum

- 40 Excimer Laser Centrum, Nijmegen
- 41 Familie Kliniek AMD BV, Den Haag
- 42 Flevoclinic, Almere
- 43 Gynaecologisch Centrum Dermout & Albicher, Alkmaar
- 44 Haartransplant, Rotterdam
- 45 Haartransplantatiekliniek Theo Zantman VOF, Rotterdam
- 46 Helon Huid- en Laserkliniek Oost Nederland, Hengelo*
- 47 Het Ooglasercentrum, Hengelo
- 48 Hyperbaar Zuurstof Centrum Rijnmond B.V., Zwijndrecht
- 49 Intermedica Kliniek, Geldermalsen
- 50 International Vision Centers, Amsterdam
- 51 Janssen Oosterwijk Kliniek B.V., Oosterwijk
- 52 KEM Kliniek, Renswoude
- 53 Kliniek Laurium, Linschoten
- 54 Laser Company, Hoofddorp
- 55 Laser Skin Clinics, Zeewolde
- 56 Laser Skin Clinics, Zwolle
- 57 Lipocentrum Maastricht, Maastricht
- 58 Masallah Besnijdeniskliniek, Amsterdam
- 59 MedCentric, Oostburg
- 60 Mediconsult, Haarlem
- 61 Medikliniek, Bussum
- 62 Medikliniek, Loenen aan de Vecht
- 63 Medisch Cosmetisch Instituut Intranos B.V., Alkmaar
- 64 Medisch Laser Centrum, Amsterdam
- 65 Nederlandse Obesitas kliniek, Amsterdam
- 66 Nederlandse Obesitas kliniek, Beverwijk
- 67 Nederlandse Obesitas kliniek, Brunssum
- 68 Nederlandse Obesitas kliniek, Den Haag
- 69 Nederlandse Obesitas kliniek, Eindhoven
- 70 Nederlandse Obesitas kliniek, Hilversum
- 71 Nederlandse Obesitas kliniek, Velp
- 72 Oogartsen Maatschap Roosendaal, Roosendaal
- 73 Oogkliniek Maastricht, Maastricht
- 74 Ooglaser Centrum Drechtsteden, Papendrecht
- 75 Oogziekenhuis Focuskliniek, Rotterdam
- 76 Oosteinde Walborg Kliniek, Amsterdam
- 77 Optical Express, Amsterdam
- 78 Optical Express, Eindhoven
- 79 Orbis Mooi / Maasland Esthetica, Sittard-Geleen
- 80 Pellegrinus BV, Schiedam
- 81 Plastisch cosmetisch Centrum Spaarne, Heemstede
- 82 Polikliniek De Weegschaalhof, Rotterdam
- 83 Polikliniek Flebologie Terwolde, Terwolde

- 84 Praktijk Diana Gabriels, Barendrecht
- 85 Praktijk Michail, Horst
- 86 Retina Total Eye Care, Driebergen
- 87 Rijnzicht Oogkliniek, Oegstgeest
- 88 Roosevelt kliniek, Leiden
- 89 Rugkliniek Ipreburg, Veenhuizen
- 90 SanaDerm huidkliniek, Hoorn
- 91 Severs Clinic, Amsterdam
- 92 Skin Investments, Heemskerk
- 93 Spatader kliniek, Apeldoorn
- 94 Spataderkliniek, Delden
- 95 Spataderkliniek, Enschede
- 96 Specialistenpraktijk Oswald, Den Haag
- 97 Stichting Orthopedisch Centrum Zuid Nederland, Breda
- 98 Stichting Prof. Hennemann Kliniek, Spijkenisse
- 99 Van Raath Kliniek, Leusden
- 100 VermoeidheidCentrum, Lelystad
- 101 Visus Oogkliniek, Rotterdam
- 102 Wever Facial Plastics, Wassenaar
- 103 Xpert Clinic, Eindhoven
- 104 Xpert Clinic, Enschede
- 105 Xpert Clinic, Hilversum
- 106 Xpert Clinic, Rotterdam
- 107 Xpert Clinic, Velp
- 108 Xpert Clinic, Zeist
- 109 Zorgpraktijk Avenue Carnisse voor Dermatologie en Plastische chirurgie, Barendrecht

*Twee of meerdere locaties

Bijlage 3

Lijst van medisch diagnostische centra opgenomen in het onderzoek

- 1 Cardio Centrum Goes, Goes
- 2 Cardiologie Centrum Almere, Almere
- 3 Cardiologie Centrum Amsterdam Zuid, Amsterdam
- 4 Cardiologie Centrum Hoogvliet, Hoogvliet
- 5 Cardiologie Centrum Zeeland, Middelburg
- 6 Cardiologie Centrum IJmond, IJmuiden
- 7 Cardiologie Centrum Rotterdam Blakeburg, Rotterdam
- 8 Cardiologie Centrum Utrecht, Utrecht
- 9 Cardiologie Centrum Voorschoten, Voorschoten
- 10 DC Klinieken Alkmaar, Alkmaar
- 11 DC Klinieken Almere, Almere
- 12 DC Klinieken Amsterdam, Amsterdam
- 13 DC Klinieken Lairesse, Amsterdam
- 14 DC Klinieken Oud West, Amsterdam
- 15 DC Klinieken Oud Zuid, Amsterdam
- 16 DC Klinieken Den Haag, Den Haag
- 17 DC Klinieken Maastricht, Maastricht
- 18 DC Klinieken Roermond, Roermond
- 19 DC Klinieken Rotterdam, Rotterdam
- 20 DC Klinieken Schiedam, Schiedam
- 21 DC Klinieken Voorschoten, Voorschoten
- 22 Diagnostiek voor U, Eindhoven
- 23 Diagnostisch Centrum DiaSana, Mill
- 24 Diagnostisch Centrum Tilburg, Tilburg
- 25 Diagnostisch Centrum Bernhoven, Uden
- 26 Hartis, hartritme diagnostiek, Amsterdam
- 27 Hearts4People, Amsterdam
- 28 Keizer Kliniek, Assen
- 29 Keizer Kliniek, Den Haag
- 30 Keizer Kliniek, Voorschoten
- 31 Medisch Centrum de Veluwe, Apeldoorn
- 32 Mitralis Diagnostisch Centrum, Hoensbroek
- 33 Mitralis Diagnostisch Centrum, Kerkrade
- 34 Nederlands Centrum voor Stofwisselings Diagnostiek, Huissen
- 35 Polidirect, Amsterdam
- 36 Polidirect, Tilburg
- 37 Procolo, Amsterdam
- 38 Regionaal Diagnostisch Centrum, Echt
- 39 St. Antonius Cardicare, Blaricum

- 40 STAR Medisch Diagnostisch Centrum, Rotterdam
- 41 Starlet, Stichting Artsenlaboratorium en Trombosedienst, Alkmaar
- 42 Stichting Atal - Medial, Amsterdam
- 43 Stichting Cardiologie Amsterdam, Amsterdam
- 44 Stichting Cardiologie Geervliet, Amsterdam
- 45 Stichting Cardiologie Heesum, Heesum
- 46 Stichting Cardiologie Landsmeer, Landsmeer
- 47 Stichting Cardiologiecentrum Care for Heart, Zoetermeer
- 48 Stichting Cardiozorg, Castricum
- 49 Stichting Diagnostisch Centrum West-Friesland, Hoorn
- 50 Stichting MRI Diagnostiek, Amsterdam
- 51 Stichting MRI Diagnostiek, Breda
- 52 Stichting MRI Diagnostiek, Groningen
- 53 Stichting MRI Diagnostiek, Rotterdam
- 54 Stichting MRI Diagnostiek, 's Hertogenbosch
- 55 Stichting Trivium Diagnostiek, Etten-Leur

