

Het resultaat telt particuliere klinieken 2008

Kwaliteitsindicatoren laten een positief beeld zien

Den Haag, oktober 2009

Inhoudsopgave

Voorwoord 4

Samenvatting 6

1 Inleiding, onderzoeksmethodiek en vormgeving toezicht 8

2 Opvallende resultaten 11

3 Thermometer 12

4 Resultaten 15

1 Algemene vragen 15

1.1 Zorgzwaarte 15

1.2 Infecties 19

1.3 Complicatieregistratie 22

1.4 Vormen van anesthesie 28

1.5 Medisch personeel 32

1.6 Patiënttevredenheid 36

2 Specifieke vragen 42

2.1 Cataract 42

2.2 Oogheelkunde/refractiechirurgie 45

2.4 Orthopedie 49

2.5 Plastische chirurgie 51

Bijlagen 54

Bijlage 1 Lijst van alle klinieken 54

Bijlage 2 Niet weergegeven resultaten 57

Voorwoord

Naar analogie van het toezicht op de ziekenhuizen heeft de inspectie een eerste inventarisatie gedaan van de zorgkwaliteit in particuliere klinieken^[1]. Hiervoor heeft de inspectie gebruikgemaakt van een set kwaliteitsindicatoren die in nauw overleg met de relevante wetenschappelijke verenigingen is ontwikkeld. Hierbij is zo mogelijk gebruikgemaakt van de indicatoren voor de ziekenhuizen.

Een belangrijke aanleiding voor de verkenning is het ontbreken van inzicht in welke behandelingen een kliniek of zelfstandig behandelcentrum (ZBC) beoogt aan te bieden bij de toelating. In dat verband wijs ik u ook op het reeds eerder verschenen IGZ-rapport *Nieuwe toetreders op de thuiszorgmarkt*.

Bij de WTZi-toelating, die formeel nodig is voor ZBC's, worden de bestuurlijke voorwaarden getoetst maar wordt niet naar de aard van de inhoud van de te leveren zorg gevraagd. Daarnaast kunnen klinieken zich als privékliniek vestigen zonder dat zij verplicht zijn zich te melden bij de inspectie of CIBG. Met in werking treden van de Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving, voorzien januari 2010, wordt een registratieplicht voor privéklinieken ingevoerd. De inspectie zal zowel in 2009 als in 2010 en volgende jaren wederom vragen de basisset kwaliteitsindicatoren particuliere klinieken in te vullen.

Omdat het zorgaanbod van zowel ZBC's als privéklinieken overeenkomsten vertoont en daarnaast de diversiteit in behandelingen zeer groot is, heeft de inspectie besloten om zowel ZBC's als privéklinieken te onderzoeken.

Gezien de vele vragen van consumenten en andere stakeholders heeft de inspectie de ontwikkeling van een registratieplicht niet afgewacht en het opportuun geacht een eerste inventarisatie uit te voeren door middel van het aanleveren van kwaliteitsindicatoren. Slechts één kliniek heeft niet (op tijd) zijn gegevens aangeleverd. Daarmee is de respons 99,5 procent.

Het resultaat vindt u terug in dit boekje, waarbij een beeld ontstaat van grote diversiteit in behandelaanbod in het veld. Bij de geleverde zorg worden de veldnormen, indien aanwezig, goed gevolgd. Aandacht is er voor infectiepreventiebeleid en complicatieregistratie, maar er zijn nog diverse tekortkomingen. Een belangrijke tekortkoming is het voor een ingreep niet vaststellen van de zorgzwaarte van een patiënt.

[1] Particuliere klinieken is de verzamelnaam voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en privéklinieken.

Nadere analyse vindt plaats door middel van inventarisatie op instellingsniveau. Individuele klinieken die op meerdere gebieden beneden de norm scoren, zullen door de inspectie aan nader onderzoek onderworpen worden. In totaal zullen op basis van risicoselectie twintig klinieken nader worden onderzocht. Hiervan worden individuele instellingsrapporten opgesteld, die eind december 2009 te vinden zijn op www.igz.nl.

Handhaving zal plaatsvinden door het opleggen van maatregelen, de controle op deze maatregelen en zonodig verscherpt toezicht of een aanwijzingstraject.

De onduidelijkheid over de soort verrichtingen, de aard van de behandelingen en de wijze waarop patiënten worden geselecteerd, alsmede het inzicht in de bekwaamheid van de behandelaars moeten de komende jaren nog worden verhelderd. Ondanks deze vragen die bij deze eerste inventarisatie nog niet beantwoord konden worden, denk ik dat de inspectie met dit onderzoek een goed begin heeft gemaakt met een systematisch toezicht op deze klinieken. In nauw overleg tussen de inspectie en Zichtbare Zorg zullen daarnaast deze kwaliteitsindicatoren particuliere klinieken verder worden ontwikkeld.

Het resultaat stemt niet ontevreden, al kan er nog veel verbeterd worden.

Prof. dr. G. van der Wal

Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

Voor u ligt het rapport *Het resultaat telt particulieren klinieken 2008, kwaliteitsindicatoren laten een positief beeld zien* over de resultaten van kwaliteitsindicatoren particuliere klinieken. Het betreft het eerste jaar dat er data verzameld zijn. De algemene conclusie van het onderzoek is positief, zoals blijkt uit de subtitel. Er zijn veel positieve ontwikkelingen in deze particuliere klinieken voor de curatieve zorg. Wel moeten de eerste resultaten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien nog verdere validering van de indicatoren dient plaats te vinden en de betrouwbaarheid van de indicatoren niet is getoetst. U treft dan ook nog geen duidelijke conclusies aan over de uitkomsten.

De bevindingen uit de kwaliteitsindicatoren geven een indruk van de grote diversiteit in behandelaanbod door particuliere klinieken. De bevindingen geven een indruk over de wijze waarop particuliere klinieken met kwaliteit van zorg bezig zijn.

De indicatoren zijn totstandgekomen in nauw overleg met de relevante wetenschappelijke verenigingen. Indien er ziekenhuisindicatoren en veldnormen voor dezelfde behandelingen beschikbaar zijn, dient een particuliere kliniek op hetzelfde niveau als een ziekenhuis te functioneren.

Uit de bevindingen blijkt dat de relevante veldnormen van wetenschappelijke verenigingen goed worden gevolgd. Dit blijkt met name uit de specifieke data bij de oogheelkunde, orthopedie en plastische en cosmetische chirurgie. Daarnaast valt op dat wat betreft de infectiepreventie en de complicatieregistratie er beleidsmatige aandacht is voor deze gebieden. Wat betreft het complicatiebeleid kunnen particuliere klinieken zich meten met de ziekenhuizen.

Minder tevreden is de inspectie over het gebrek aan inzicht dat bij de klinieken bestaat over de noodzaak om de zorgzwaarte van patiënten te registreren. Dit is essentieel voor operatieve patiënten om vooraf het operatierisico te kunnen beoordelen en te kunnen bepalen of de ingreep verantwoord in de particuliere kliniek kan worden uitgevoerd. Iets minder dan de helft van de klinieken is in staat een overzicht te geven van de gezondheidstoestand (ASA-klasse) van hun patiënten. Dit is begrijpelijk voor dermatologische klinieken, omdat daar het risico van de behandeling gering is. Omdat het altijd electieve en vaak medisch niet noodzakelijke zorg betreft is de inspectie van oordeel dat ten minste dezelfde eisen dienen te worden gesteld aan de patiëntveiligheid bij klinieken voor commerciële zorg.

Daarnaast valt op dat bij minder dan de helft van de particuliere klinieken systematisch een patiënttevredenheidsonderzoek wordt uitgevoerd.

Tenslotte blijkt dat veel onduidelijk is over de inhoudelijke invulling van een WTZi-erkenning of vermelding als privékliniek. De diversiteit in behandelaanbod is groot, er is een groot verloop, er zijn klinieken met een erkenning zonder dat zij actief zijn en soms is er sprake van een makelaarsfunctie waarbij de kliniek slechts als doorgeefluik fungeert naar een ander behandelcentrum.

Verskillende data roepen nog vragen op die de komende jaren beantwoord zullen moeten worden. Zo blijken klinieken medicamenteuze therapie niet als behandeling te beschouwen, is het onduidelijk of er voldoende garanties zijn voor verantwoorde zorg indien kinderen in deze klinieken worden behandeld en heeft de inspectie nog onvoldoende inzicht in het zorgaanbod van de klinieken. Ook is de set indicatoren niet compleet. Voor verschillende specialismen en behandelingen zijn nog geen indicatoren beschikbaar. Daarnaast konden niet alle beschikbare indicatoren vanwege de omvang van de basisset 2008 worden opgenomen.

De inspectie is tevreden over de bereidheid van het veld om zich op basis van dit instrument te laten toetsen.

Voor 2009 verwacht de inspectie dat de klinieken hun resultaten met betrekking tot de kwaliteitsindicatoren via het Jaardocument Zorg dan wel hun kwaliteitsjaarverslag bekend maken.

1 Inleiding, onderzoeksmethodiek en vormgeving toezicht

In 2009 zijn alle particuliere klinieken^[2] voor de eerste keer gevraagd om gegevens over de prestaties van hun kliniek aan te leveren over 2008. Deze vorm van toezicht is analoog aan het toezicht op de ziekenhuizen. Gezien de sterke groei van het aantal ZBC's en privéklinieken (aangeduid onder de verzamelnaam particuliere klinieken) en daarmee de groei van het aantal patiënten dat in particuliere klinieken behandelingen ondergaat, was het voor de inspectie van belang om systematisch inzicht te krijgen in de kwaliteit van de behandelingen door de particuliere klinieken.

Basisfilosofie

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

[2] ZBC's zijn klinieken die een WTZi-toelating hebben en (ook) verzekerde zorg bieden. Privéklinieken hebben geen WTZi-toelating en leveren niet-verzekerde zorg.

mogelijk beeld verkrijgen van het veld, behouden blijft. Het streven is dat indicatoren ongeveer 4-5 jaar gebruikt worden, waardoor er mogelijke trends zijn vast te stellen. Echter, aangezien de basisset in 2008 voor de eerste keer in gebruik is genomen, zullen na de eerste evaluatie mogelijk meer aanpassingen noodzakelijk zijn dan in de daaropvolgende jaren.

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

Samenwerking

De indicatorenset is totstandgekomen door samenwerking tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Orde van Medisch Specialisten (Orde), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG), de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), waarbij elk der partijen een eigen verantwoordelijkheid heeft.

Voor de inspectie maken de indicatoren deel uit van het preventieve onderzoeks-instrumentarium waarmee, op basis van risico-inschatting, vervolgens prioritering van het toezicht kan plaatsvinden. Door het toezicht op deze manier 'gefaseerd' te structureren, vervalt de noodzaak om algemeen toezicht uit te oefenen. De brancheorganisaties hechten er belang aan dat de indicatoren geschikt zijn voor interne sturing en voor het afleggen van maatschappelijke verantwoording door de klinieken.

Methodiek

Dataverzameling en analyse

Aan 260 bij de inspectie bekende klinieken is een brief gestuurd, waarin is verzocht de basisset in te vullen en deze gegevens aan de inspectie aan te leveren voor 1 maart 2009.

Om het invullen van de indicatorenset zo gebruiksvriendelijk mogelijk te maken, heeft de inspectie een website ontwikkeld waar de vragen konden worden ingevuld. Vele klinieken meldden de inspectie dat zij (nog) geen zorg leverden en andere bleken niet meer te bestaan. Daarnaast waren er klinieken die slechts als zorgmakelaar fungeerden voor andere klinieken of voor ziekenhuizen. Uiteindelijk bleven er 151 klinieken over die als een zorginstelling conform de Kwaliteitswet zorginstellingen konden worden beschouwd. Abortusklinieken en dialysecentra werden geëxcludeerd.

Helaas zijn de specifieke vragen over de anesthesiologie (indicator 2.3) vanwege een systeemfout niet ingevuld. Deze gegevens zijn dus niet beschikbaar voor analyse en rapportage.

Inspectietoezicht

Het inspectietoezicht vindt plaats volgens de systematiek van het gefaseerd toezicht. Dit toezicht bestaat uit vier fasen. Fase 0 is het ontwikkelen van indicatoren. Fase 1 is het verzamelen en analyseren van indicatoren. Fase 2 is het (gericht) bezoeken van instellingen op basis van signaleringen. Fase 3 is het intensiveren van het toezicht en het zonodig opleggen van sancties.

De gegevens uit de kwaliteitsindicatoren worden door de regionale accounthouders beoordeeld. In 2009 zullen op basis van een risicoselectie twintig klinieken nader worden onderzocht. Een score onder de door de inspectie gestelde norm, verwoord in dit rapport, gecombineerd met de reeds bij de inspectie bekende gegevens uit calamiteitenonderzoek of anderszins, geven al dan niet aanleiding tot het afleggen van een inspectiebezoek aan een particuliere kliniek.

De bezoeksrapportages van de bezochte instellingen zullen op de IGZ-website gepubliceerd worden. Handhaven zal plaatsvinden door het opleggen van maatregelen, de controle op deze maatregelen en zo nodig verscherpt toezicht of een aanwijzingstraject.

2 Opvallende bevindingen

Aantal particuliere klinieken dat zorg levert, fluctueert

De inspectie heeft 260 klinieken aangeschreven en gevraagd de kwaliteitsindicatoren in te vullen. Veel klinieken bleken bij nader onderzoek geen zorg te leveren of slechts als bemiddelaar op te treden. Een aantal klinieken was opgeheven en van een aantal klinieken bleek de ZBC-toelating nog niet geëffectueerd. In totaal zijn 151 particuliere klinieken in dit onderzoek geïnccludeerd.

Aantal behandelingen en zorgzwaarte

Het aantal behandelingen varieerde van 8 tot 41.405.

Slechts 47 procent van de klinieken had de vraag naar zorgzwaarte (ASA-klasse) ingevuld.

Tien klinieken behandelden patiënten met een ASA-klasse van 3 of hoger, hetgeen in een setting buiten het ziekenhuis als risicovol handelen moet worden gekwalificeerd.

Patiëntgerichtheid

Bij minder dan de helft van de klinieken werd systematisch patiënttevredenheid verricht. Daarnaast hadden dertig klinieken geen website waarop patiënten informatie kunnen vinden over de kliniek.

Complicatieregistratie

94 procent van de klinieken gaf aan een complicatieregistratie te hebben. Hiermee zijn particuliere klinieken vergelijkbaar met de ziekenhuizen.

Medisch personeel

Vier klinieken hadden geen artsen in dienst.

Er waren elf klinieken die meer dan 60 procent of meer dan 2 fte buitenlandse artsen in dienst hebben. Eenderde van deze klinieken bevond zich in de grensstreek met België, eenderde van de klinieken bevond zich in de Randstad en de rest van deze klinieken waren verdeeld over de rest van het land.

Plastische chirurgie

72 procent van alle klinieken voor plastische chirurgie registreerde het resultaat van de ingreep aan de hand van een foto voor en na de ingreep. Dit percentage is hoger dan de inspectie had verwacht op grond van haar algemeen toezichtbezoeken aan particuliere klinieken.

3 Thermometer

Indicator	Aantal klinieken		Uitkomsten	
	Aanwezig***	Totaal***	Gemiddelde	Minimum Maximum
1 Algemeen				
1.1 Zorgwaarte				
Percentage behandelde patiënten < 18 jaar*	93	151	7,3	0,04 95,4
Totaal aantal behandelde patiënten*	146	151	2300	8 41405
Totaal aantal behandelingen*	143	151	3191	0 41405
1.2 Infecties				
Surveillance op infecties	107	120	-	- -
Systematische controle postoperatieve infecties	109	120	-	- -
1.3 Complicatieregistratie				
Aanwezigheid complicatieregistratiesysteem	142	151	-	- -
Afspraken met ziekenhuis over achterwachting	114	148	-	- -
1.4 Vormen van anesthesie				
Klinieken met lokale anesthesie	86	86	-	- -
Klinieken met epidurale anesthesie	16	16	-	- -
1.5 Medisch personeel				
Aantal fte basisartsen (BIG-geregistreerd)*	149	151		
Aantal fte medisch specialisten (MSRC-geregistreerd)*	149	151		
Aantal fte buitenlandse artsen* **	139	151	1	0 9,5

Indicator	Aantal klinieken		Uitkomsten	
	Aanwezig***	Totaal***	Gemiddelde	Minimum Maximum
1.6 Patiënttevredenheid				
Aantal nieuwe klachten bij directie*	143	151	2	0 62
Aantal nieuwe klachten bij klachtencommissie*	143	151	1	0 29
Percentage patiënten waarbij systematisch de tevredenheid is onderzocht*	95	151	41	0 100
2 Specifieke vragen				
2.1 Catarac				
Complicatieregistratie volgens NOG	6	9	-	- -
Resultaatregistratie voor cataractextracties	5	9	-	- -
Percentage met voldoende wachttijd tussen operaties*	4	9	95	79 100
2.2 Oogheelkunde/refractiechirurgie				
Visitatie door NOG	11	19	-	- -
Jaartal validatierapport laserapparatuur	15	15	-	2002 2008
2.4 Orthopedie				
Visitatie door NOV	9	13	-	- -
Aantal arthroscopieën	12	13	678	6 2059
2.5 Plastische chirurgie				
Percentage patiënten met een foto voor en na de cosmetische ingreep*	33	46	92	17 100
Visitatie NVPC	32	46	-	- -
Percentage ongeplande heroperaties*	37	46	2,30	0 7,10

* Uitkomst indicator: de aantallen bij aanwezig/totaal staan voor het aantal klinieken dat (betrouwbare) cijfers opgeeft.

** Klinieken met 0 fte buitenlandse artsen zijn geëxcludeerd in de berekening van de uitkomsten.

*** Bij uitkomstindicatoren (aangeduid met * staan 'Aanwezig' en 'Totaal' voor het aantal vs totaal aantal klinieken dat (betrouwbare) cijfers opgeeft.

4 Resultaten

1 Algemene vragen

1.1 Zorgzwaarte

Beschikbare indicatoren

- 1 Percentage behandelde patiënten onder 18 jaar.
- 2 Percentage behandelde patiënten van ASA-klasse 3 of hoger.
- 3 Totaal aantal behandelde patiënten en totaal aantal behandelingen.

Relevante begrippen	
ASA-klassen	American Association of Anesthesiology.
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.

Selectie

Deze indicator is van toepassing op alle 151 particuliere klinieken.

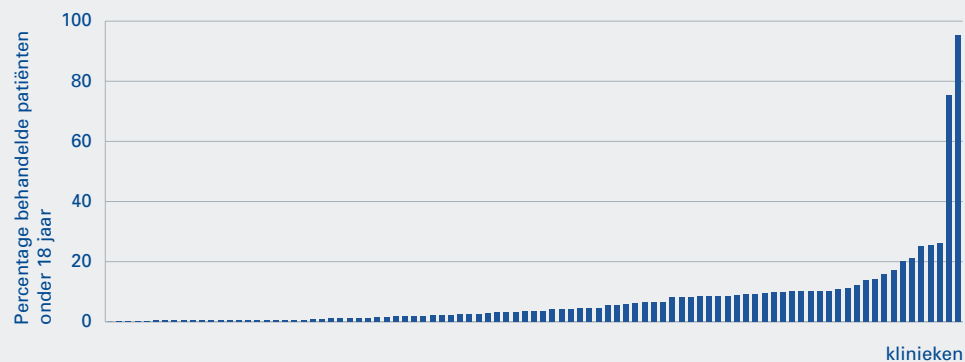
Resultaten

Bij de indicator zorgzwaarte komen verschillende onderdelen aan bod. Figuur 1.1.1 geeft het percentage behandelde patiënten onder 18 jaar weer. Figuur 1.1.2 vermeldt het percentage behandelde patiënten van ASA-klasse 3 of hoger. In figuur 1.1.3 staat het totale aantal patiënten en behandelingen.

Voor het berekenen van de verschillende onderdelen van de indicator zorgzwaarte is het nodig dat het aantal behandelde patiënten bekend is. Het aantal patiënten dat de instelling in het verslagjaar heeft behandeld, is echter bij drie klinieken onbekend en bij twee klinieken als onbetrouwbaar geclassificeerd (deze klinieken vullen overal dezelfde getallen in). De gegevens van deze klinieken zijn niet meegenomen in de analyse.

Figuur 1.1.1

Percentage behandelde patiënten met een leeftijd onder 18 jaar (n=93)

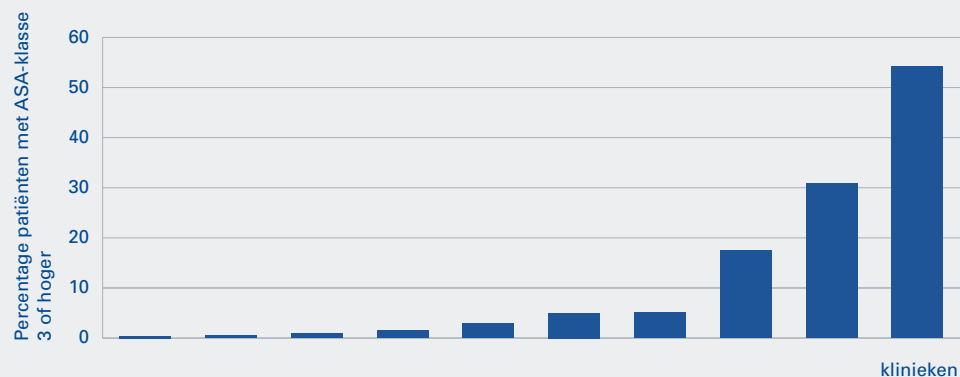


Figuur 1.1.1

Van de in totaal 146 klinieken behandelden 93 klinieken (63,7%) patiënten met een leeftijd onder de 18 jaar. Het percentage patiënten onder de 18 varieerde van 0,04 tot 95 procent (gemiddeld 7,3). Overigens behandelden 45 klinieken geen patiënten onder 18 jaar en leverden acht klinieken voor dit deel van de indicator geen gegevens aan. Het aantal behandelde patiënten onder 18 jaar liep uiteen van één tot 4.908 patiënten.

Figuur 1.1.2

Percentage patiënten met een ASA-klasse van 3 of hoger bij de 10 klinieken die aangaven deze patiënten te behandelen (n=10)

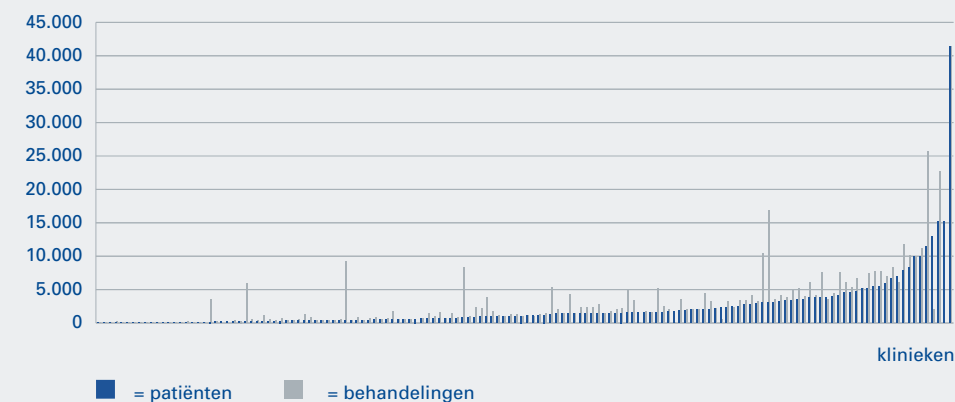


Figuur 1.1.2

69 klinieken (47%) vulden gegevens in met betrekking tot de ASA-klassen, 77 klinieken leverden geen data aan. Van de 69 klinieken behandelden tien klinieken (15%) patiënten met een ASA-klasse van 3 of hoger. Het percentage patiënten met een ASA-klasse van 3 of hoger varieerde van 0,4 tot 54 procent (1 tot 1.100 patiënten).

Figuur 1.1.3

Totaal aantal patiënten en behandelingen (N=146)



Figuur 1.1.3

Van de in totaal 146 klinieken bedroeg het gemiddelde aantal behandelde patiënten 2.300 met een spreiding van 8 tot 41.405 patiënten (het maximum aantal patiënten wordt door één kliniek gegeven). Het totale aantal behandelde patiënten betreft 335.862.

143 klinieken (98%) leverden gegevens aan voor het totale aantal behandelingen. Bij drie klinieken was het totale aantal behandelingen onbekend en twee klinieken gaven bij het aantal behandelingen nul op. Uit de toelichtingen bleek dat het aantal behandelingen verschillend geïnterpreteerd werd door de klinieken. In sommige klinieken werden vervolgbehandelingen niet meegeteld, werd het geven van medicatie niet als een behandeling gezien of werden intake en diagnose mee-gerekend als behandeling. Het aantal behandelingen varieerde van 0 tot 41.405 met een gemiddelde van 3.191. Het totaal aantal behandelingen was 456.329.

Daarnaast is een opvallende bevinding dat er vier klinieken waren waar het aantal behandelingen per patiënt meer dan vier per jaar bedroeg. Met als uitschieter een kliniek waar per patiënt gemiddeld vijf behandelingen plaatsvonden in een jaar. Het omgekeerde was het geval bij andere klinieken waar veel patiënten waren, en maar weinig werd behandeld. In beide situaties waren geen klinieken aan te wijzen die specifieke behandelingen deden. Het trad op bij alle mogelijke behandelingen en lijkt dus meer kliniek- dan aandoeninggebonden te zijn.

Conclusies

- 1 146 klinieken (97%) van de in totaal 151 leverden (betrouwbare) gegevens aan met betrekking tot de indicator zorgzwaarte. 69 klinieken (47%) leverden data aan met betrekking tot de ASA-klassen, alle 146 klinieken gaven het totale aantal patiënten op en 143 klinieken (98%) vulden het totale aantal behandelingen in.
- 2 Van de in totaal 146 klinieken behandelden 93 (64%) klinieken patiënten met een leeftijd onder de 18 jaar.
- 3 Tien klinieken (15%) van de 69 klinieken die de vraag naar ASA-klassen beantwoordden, behandelden patiënten met een ASA-klasse van 3 of hoger.
- 4 Het totale aantal patiënten varieerde van 8 tot 41.405 (gemiddelde van 2.300).
- 5 Het totale aantal behandelingen verschilde, evenals het totale aantal patiënten, veel tussen de klinieken. Het aantal behandelingen van 143 klinieken (98%) liep uiteen van 0 tot 41.405 met een gemiddelde van 3.191.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 De kliniek behandelde patiënten beneden de 18 jaar voor cosmetische en flebologische ingrepen of leverde daarover geen gegevens aan.
- 2 De kliniek behandelde patiënten met een ASA-klasse van 3 of hoger.
- 3 De kliniek gaf mogelijk schattingen met betrekking tot leeftijdscategorieën/ASA-klassen/aantal patiënten/aantal behandelingen.
- 4 Het aantal behandelde patiënten en/of behandelingen is onbekend.

1.2 Infecties

Beschikbare indicatoren

- 1 Surveillance van infecties.
- 2 Systematische controle op postoperatieve infecties.
- 3 Percentage postoperatieve infecties.

Relevante begrippen	
Surveillance	Surveillance van infecties bestaat uit de volgende elementen: het ontwikkelen van een methode van aanpak, het verzamelen (daadwerkelijk registreren), verwerken, analyseren en interpreteren van de gegevens en het terugkoppelen naar de betreffende afdelingen en professionals, zonodig gevolgd door implementatie van interventie maatregelen.
Systematische controle	Het na iedere ingreep navragen van infectieparameters.

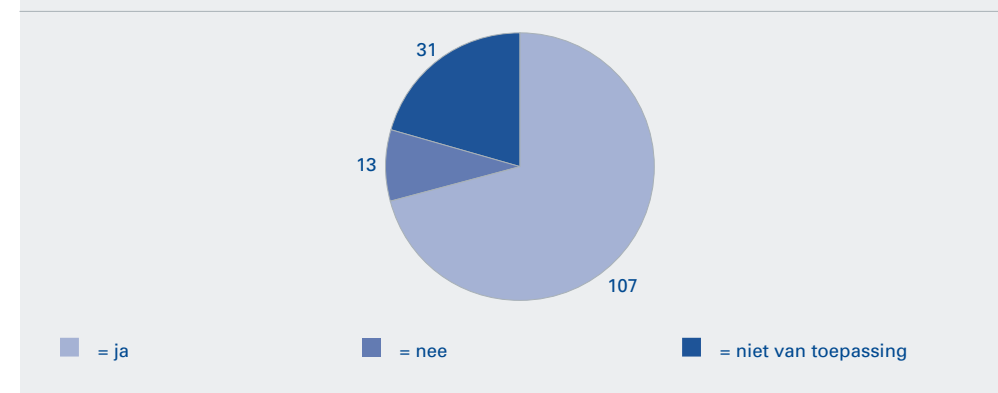
Selectie

Deze indicator is van toepassing op 120 van de 151 particuliere klinieken. De indicator is van toepassing zodra er sprake is van een infectierisico bij een behandeling.

Resultaten

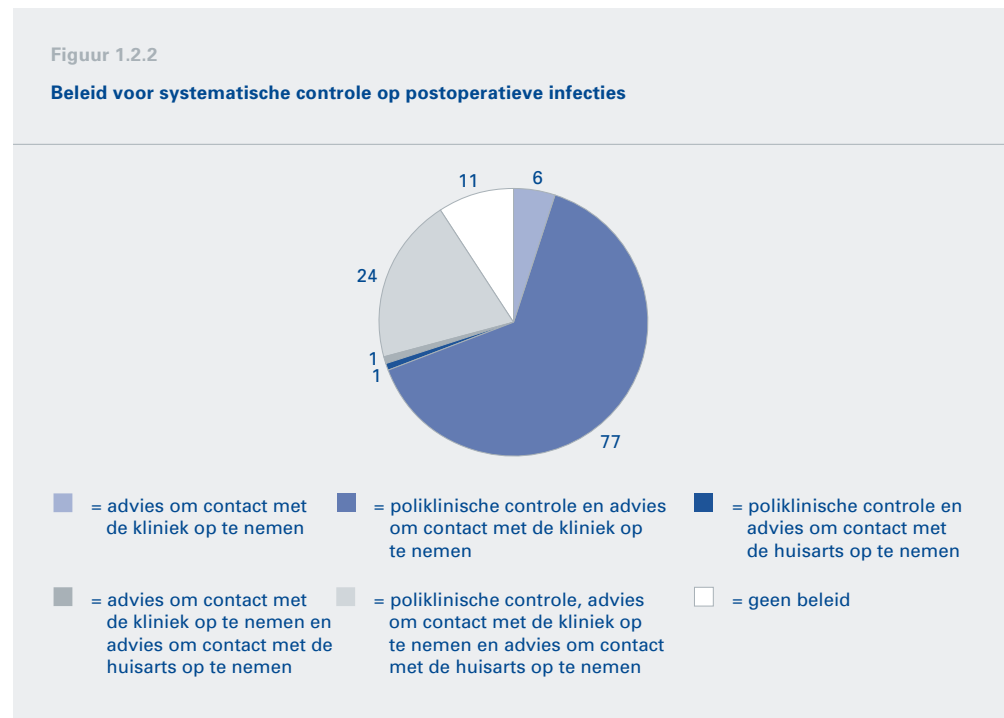
Figuur 1.2.1

Particuliere klinieken met een infectiesurveillance



Figuur 1.2.1

Voor 120 klinieken geldt dat ze een infectiesurveillance zouden moeten hebben. 107 klinieken (89%) gaven aan over een infectiesurveillance te beschikken.

**Figuur 1.2.2**

109 klinieken (91%) hadden beleid voor systematische postoperatieve controles bij patiënten die een ingreep hebben ondergaan. Het beleid hiervoor kon bestaan uit de volgende elementen: een poliklinische controle, het advies om contact met de kliniek op te nemen en het advies om contact met de huisarts op te nemen. Het meest voorkomende beleid bestond uit een poliklinische controle met het advies om contact met de kliniek op te nemen. Elf klinieken voerden geen beleid voor systematisch postoperatief controleren op infecties. De 109 klinieken die wel beleid hadden, hebben alle patiënten postoperatief gecontroleerd.

Percentage postoperatieve infecties

De 109 klinieken die beleid hadden voor systematische controle, leverden allemaal cijfers over het percentage postoperatieve infecties. Vanwege de onvergelykbaarheid van de aard van de ingrepen die kunnen leiden tot infecties, zijn de resultaten niet weergegeven. De opgegeven percentages varieerden van 0 tot 6,9 procent.

De inspectie bekijkt wel hoe percentages van 0 procent en hoger dan 2 procent tot stand zijn gekomen en in welke context die geplaatst kunnen worden.

Conclusies

- 1 De meeste klinieken op wie infectiesurveillance van toepassing is, deden dit ook. Dertien klinieken hadden geen surveillance.
- 2 De meeste klinieken hadden beleid bestaande uit meerdere elementen om systematisch op infecties te controleren. Bij elf klinieken ontbrak het beleid.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 De kliniek voerde geen infectiesurveillance uit.
- 2 De kliniek had geen beleid voor systematische controle op infecties.
- 3 De kliniek controleerde niet alle patiënten postoperatief op een infectie.
- 4 Het percentage postoperatieve infecties was 0 procent.
- 5 Het percentage postoperatieve infecties was hoger dan 2 procent.

1.3 Complicatieregistratie

Beschikbare indicatoren

- 1 De aanwezigheid van een complicatieregistratiesysteem.
- 2 Het gebruik van een complicatieregistratiesysteem van de wetenschappelijke vereniging.
- 3 Het format dat gebruikt wordt voor het complicatieregistratiesysteem.
- 4 Afspraken over een achterwachttregeling met een ziekenhuis in geval van calamiteiten of complicaties.

Relevante begrippen	
Complicatie	Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op medisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be-)handelen noodzakelijk is, dan wel dat sprake is van onherstelbare schade.
Complicatie-registratiesysteem	Het registreren van ongewenste of onverwachte uitkomsten van zorg met als doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Met een registratiesysteem wordt informatie verkregen over de mate waarin complicaties voorkomen en de factoren die daarbij mogelijk een rol spelen. Deze informatie biedt een handvat voor patiëntenvoorlichting over risico's en met die informatie kan gezocht worden naar mogelijkheden om de omvang en ernst van complicaties in de toekomst zoveel mogelijk te beperken.
Complicatie-registratiesysteem van de wetenschappelijke vereniging	Complicatieregistratiesysteem dat voldoet aan de norm van de wetenschappelijke vereniging, al dan niet volgens vakoverstijgende standaarden.
Eigen complicatieregistratie	Een eigen complicatieregistratie die niet voldoet aan de norm van de wetenschappelijke vereniging of waarvoor (nog) geen norm van de wetenschappelijke vereniging registratie beschikbaar is.

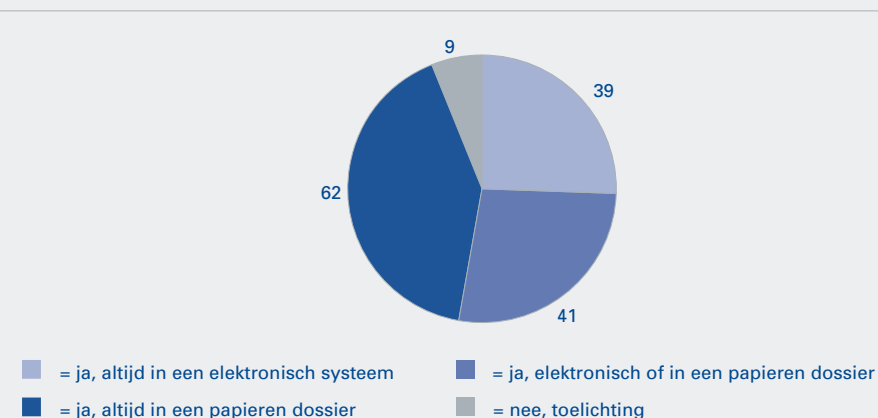
Selectie

De indicator is van toepassing op 151 particuliere klinieken.

Resultaten

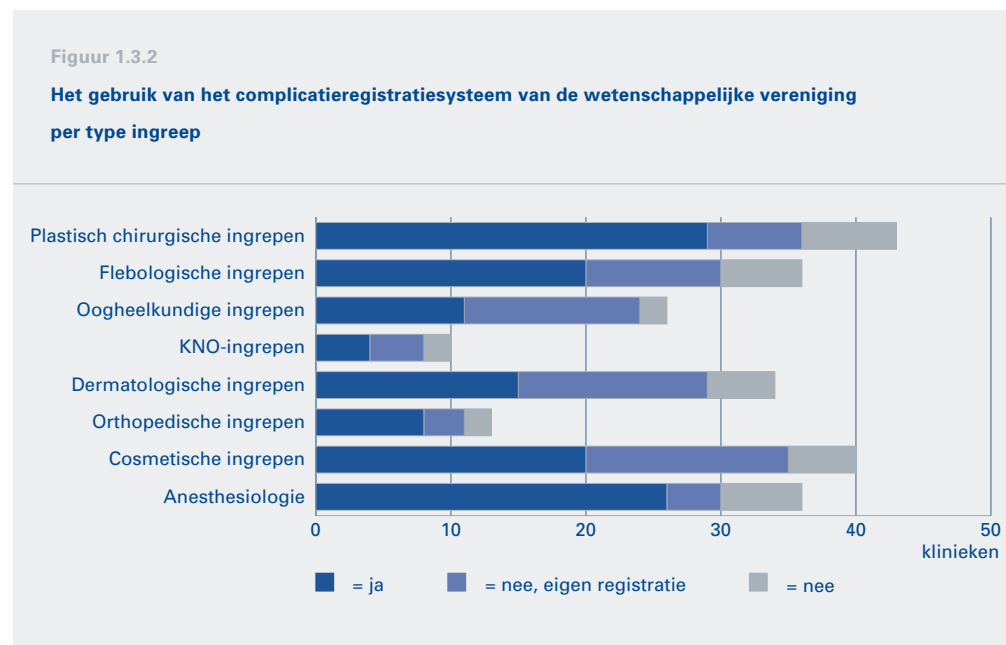
Figuur 1.3.1

De aanwezigheid en het type complicatieregistratiesysteem (n=151)



Figuur 1.3.1

142 klinieken (94%) gaven aan een complicatieregistratiesysteem te hebben. Vergeleken met een volledig elektronisch systeem (39 klinieken, 26%) of op 'papier óf elektronisch' (41 klinieken, 27%), werkten de meeste klinieken met alleen een complicatieregistratiesysteem van papier (62 klinieken, 41%). Van de negen klinieken (6%) die geen complicatieregistratie hadden, gaven zes klinieken aan dat deze 'niet van toepassing' was. Twee klinieken gaven aan geen complicatieregistratie te hebben omdat er (nog) geen systeem was ontwikkeld door de wetenschappelijke vereniging. Eén kliniek gaf aan geen complicatieregistratie, maar een 'afwijkingenregistratie' te hebben.



Figuur 1.3.2

Het aantal klinieken dat aangaf een bepaalde specialistische ingreep te doen varieerde sterk: van tien klinieken die KNO-ingrepen uitvoerden, tot 43 klinieken die plastisch chirurgische behandelingen deden. Waarom er 43 klinieken aangaven een complicatieregistratie voor plastische chirurgie ingrepen te hebben, en er 46 klinieken zijn die de indicator plastische chirurgie invulden, staat in bijlage 1.

Bij alle specialistische ingrepen geldt dat de meeste klinieken een complicatieregistratie hadden. Meestal was dat ook het systeem van de wetenschappelijke vereniging. Alleen bij oogheelkunde waren er meer klinieken die aangaven een eigen registratie te hebben dan de registratie van de wetenschappelijke vereniging te gebruiken. Het percentage klinieken dat aangaf geen complicatieregistratie te hebben, varieerde van 8 procent (twee van de 26 klinieken bij oogheelkunde) tot 20 procent (twee van de tien klinieken bij KNO-ingrepen).

Zeven klinieken gaven aan een complicatie ‘altijd in een elektronisch systeem’ te registreren, maar gaven voor één of meer specifieke ingrepen aan geen complicatieregistratiesysteem te hebben.

Tabel 1.3.1

Specialistische ingreep en het complicatieregistratiesysteem van de wetenschappelijke vereniging

Specialistische ingreep	Wetenschappelijke vereniging	Complicatieregistratiesysteem
Plastisch chirurgische ingrepen	NVPC ^[3]	Eigen complicatie lijst
Dermatologische ingrepen	NVDV ^[4]	In ontwikkeling
Oogheelkundige ingrepen	NOG ^[5]	Webbased NOG-kwaliteitsregistratie*
Anesthesiologische ingrepen	NVA ^[6]	LCR-NVA
KNO-ingrepen	KNO ^[7]	CR NV-KNO
Orthopedische ingrepen	NOV ^[8]	OrVeCos
Cosmetische ingrepen	NVCG ^[9]	–
Heelkundige ingrepen	NVvH ^[10]	LHCR

* er is nog geen complicatieregistratiesysteem voor refractiechirurgie

Voor de particuliere klinieken gelden dezelfde richtlijnen als voor ziekenhuizen. Het gebruik van een landelijk complicatieregistratiesysteem wordt gestimuleerd door de inspectie. In tabel 1.3.1 staat voor de relevante ingrepen om welke wetenschappelijke verenigingen het gaat en de naam van het eventuele complicatieregistratiesysteem van de vereniging. De Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) is bezig met de ontwikkeling van een landelijk complicatieregistratiesysteem. Toch vulden vijftien klinieken in dat zij voor dermatologische ingrepen een systeem volgens de wetenschappelijke vereniging hebben. Het is onduidelijk wat voor systeem deze klinieken gebruikten. Voor refractiechirurgie geldt dat er nog geen landelijk systeem is ontwikkeld. De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) heeft een eigen complicatielijst ontwikkeld en is nog bezig met de implementatie. Voor cosmetische ingrepen is er geen eigen complicatieregistratiesysteem van de wetenschappelijke vereniging.

[3] Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie.

[4] Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie.

[5] Nederlands Oogheelkundig Gezelschap.

[6] Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie.

[7] Nederlandse Vereniging voor Keel-, Neus- en Oorheelkunde en heekunde van het hoofd-halsgebied.

[8] Nederlandse Orthopaedische Vereniging.

[9] Nederlandse Vereniging Cosmetische Geneeskunde.

[10] Nederlandse Vereniging voor Heekunde.

Het format dat gebruikt wordt voor het complicatieregistratiesysteem

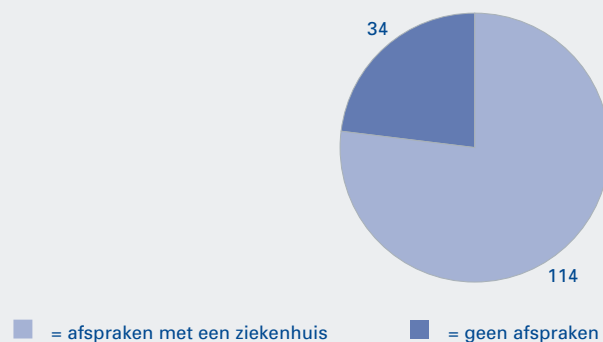
Wijze van registreren door de klinieken

Door 48 klinieken werd een toelichting gegeven bij de complicatieregistratie. Die toelichting bestond uit een opsomming van de complicaties die zij registreerden. Bij beoordeling daarvan blijkt dat zij inderdaad de bekende veel voorkomende complicaties registreerden.

Daarnaast stuurden veertien klinieken hun complicatieregistratieformulier mee. Vier klinieken maakten gebruik van de lijst van de NVPC. Eén flebologische kliniek gebruikte de lijst van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, de LHCR. Vier klinieken voor oogheelkunde gebruikten een eigen systeem in wisselende mate afgeleid van de Consensus refractiechirurgie. Eén kliniek gebruikte als complicatieregistratie een anesthesielijst en de overige vier klinieken hadden alle een eigen complicatieregistratie.

Figuur 1.3.3

Afspraken over een achterwachtregeling met een ziekenhuis (n=148)



Figuur 1.3.3

114 klinieken (77%) zeggen afspraken gemaakt te hebben met een ziekenhuis voor een achterwachtregeling. 34 klinieken (23%) gaven aan geen afspraken over achterwacht te hebben. Enkele klinieken gaven aan geen achterwacht nodig te hebben omdat er niet werd geopereerd of omdat er geen risico's waren. Twee klinieken gaven aan dat er pogingen zijn gedaan om een achterwachtregeling te treffen met een ziekenhuis, maar dat het ziekenhuis hier niet bereid toe was.

Conclusies

- 1 94 procent van de klinieken gaf aan een complicatieregistratiesysteem te hebben.
- 2 Het meest voorkomende complicatieregistratiesysteem bij particuliere klinieken was een complicatieregistratiesysteem op papier (42%).
- 3 Bij alle specialistische ingrepen kwamen klinieken voor die geen complicatieregistratiesysteem hadden.
- 4 Driekwart van de klinieken (77%, 114 klinieken) zei afspraken te hebben over een achterwachtregeling met een ziekenhuis.

Reactie inspectie

De inspectie doet onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 De kliniek had geen complicatieregistratie.
- 2 De kliniek had geen complicatieregistratie voor een specialistische ingreep.
- 3 De kliniek had geen afspraken over een achterwachtregeling met een ziekenhuis.

1.4 Vormen van anesthesie

Beschikbare indicatoren

1 Uitvoeringsvormen van anesthesie.

Relevante begrippen	
Lokale anesthesie	Plaatselijke verdoving.
Regionale anesthesie	Een gedeelte van het lichaam wordt tijdelijk gevoelloos en bewegingloos gemaakt. De zenuwen die op pijn reageren, worden zo volledig mogelijk uitgeschakeld. Bekendste is de ruggenprik.
Algehele anesthesie	Narcose, het hele lichaam wordt verdoofd en de patiënt is tijdelijk buiten bewustzijn.

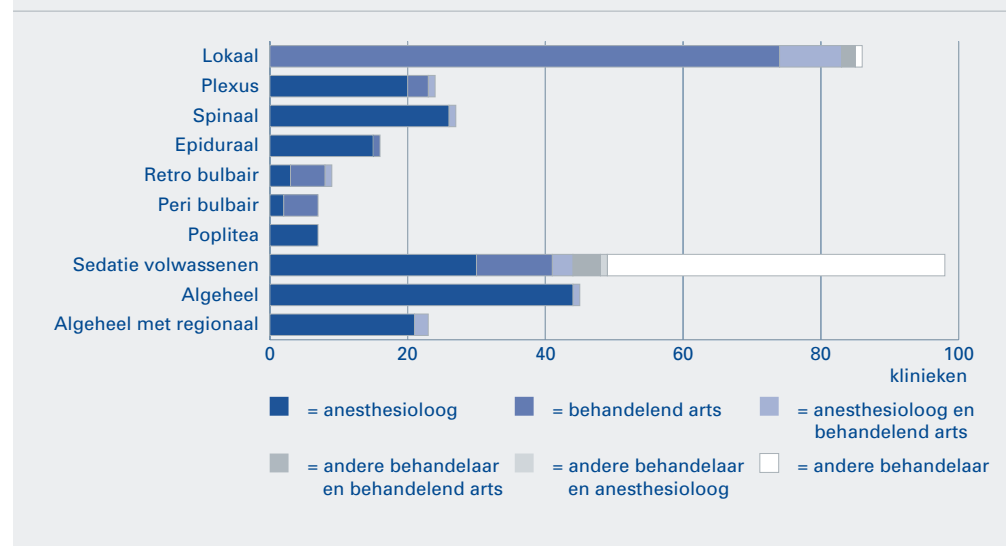
Selectie

Deze indicator is van toepassing op 151 particuliere klinieken.

Resultaten

Figuur 1.4.1

Overzicht van de verschillende vormen van anesthesie, gegeven door diverse behandelaars (n=107)



Figuur 1.4.1

De grafiek toont aan dat, van alle anesthesievormen, lokale anesthesie in 86 klinieken (57%) werd toegepast. Dit werd meestal uitgevoerd door de behandelend arts.

De behandelend arts voert dit ófwel solitair, ófwel met de anesthesioloog of andere behandelaar uit. In één particuliere kliniek werd lokale anesthesie door een andere behandelaar uitgevoerd, te weten een operatieassistent.

In 66 klinieken (43%) was lokale anesthesie niet van toepassing. In 44 klinieken (29%) werd geen enkele vorm van anesthesie gegeven.

Plexus anesthesie (n=24) werd naast spinale (n=27), epidurale (n=16) en algehele anesthesie (n=45) hoofdzakelijk uitgevoerd door de anesthesist. In drie klinieken werd deze vorm van anesthesie alleen door de behandelend arts uitgevoerd. Voor de epidurale anesthesie gold dat deze in één kliniek solitair door de behandelend arts werd uitgevoerd. Het popliteablok werd in zeven participerende klinieken geheel door de anesthesist uitgevoerd.

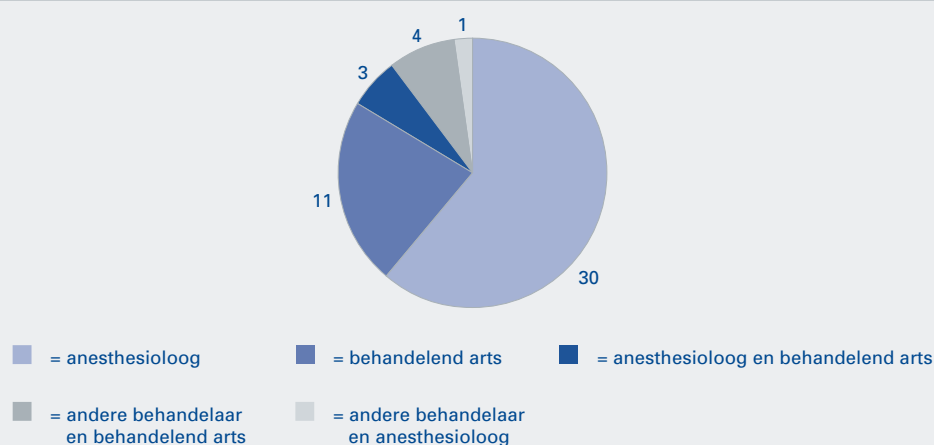
De bulbaire anesthesievormen werden voor een belangrijk deel door de behandelend arts uitgevoerd. Zowel retrobulbaire (n=9) als peribulbaire (n=7) anesthesie werd in vijf klinieken uitgevoerd.

Er was één kliniek waarbij alle vormen van regionale anesthesie werden toegepast; veertien klinieken waar zowel plexus, spinale als epidurale anesthesie werd gegeven en zes klinieken waarbij zowel retrobulbaire als peribulbaire anesthesie werd toegediend.

Het aantal behandelingen in de klinieken die epidurale anesthesie uitvoeren, was gemiddeld 1.788 (mediaan 445; spreiding 42 - 8.382). Het gemiddeld aantal behandelingen in de klinieken die algehele anesthesie geven was 2.749 (mediaan 1.055; spreiding 42- 22.744).

Figuur 1.4.2

Overzicht van behandelaars die sedatie aan volwassenen toedienen (n=49)

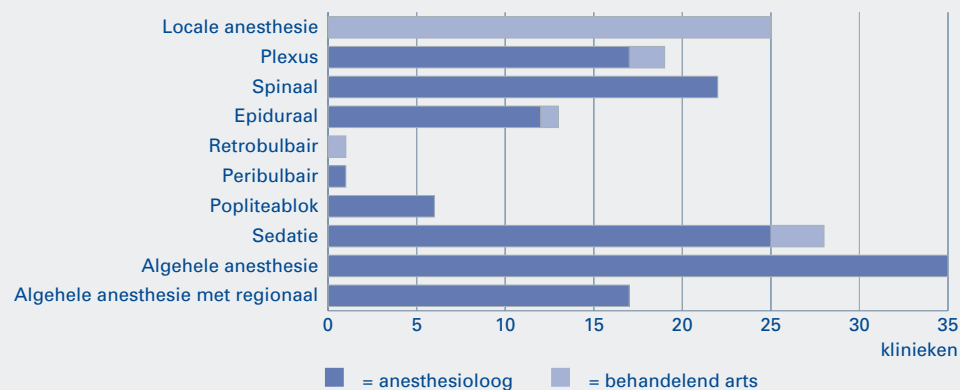


Figuur 1.4.2

De sedatie van volwassenen werd op de meest uiteenlopende manier uitgevoerd, waarbij geconcludeerd kan worden dat hier altijd tenminste een anesthesioloog en/of een behandelend arts bij betrokken was.

Figuur 1.4.3

Overzicht van vormen van anesthesie bij plastische chirurgie (n=46)



Figuur 1.4.3

In 35 van de 46 (76%) particuliere klinieken waar plastische chirurgie werd uitgeoefend, vindt algehele anesthesie plaats. In alle gevallen werd anesthesie door de anesthesioloog gegeven. Lokale anesthesie werd in 25 (54%) klinieken gegeven en werd alleen door de behandelend arts toegediend. Van de regionale anesthesievormen werden plexus anesthesie (41%), spinale anesthesie (48%) en epidurale anesthesie (28%) het meest toegepast.

Conclusies

- 1 Met uitzondering van lokale en bulbaire anesthesie werden de overige vormen van anesthesie grotendeels door de anesthesist uitgevoerd.
- 2 In particuliere klinieken werd lokale anesthesie het meest toegepast (in 86 van de 151 klinieken) en regionale anesthesie het minst.
- 3 In 76 procent van de plastisch chirurgische particuliere klinieken werd algehele anesthesie (niet gecombineerd met regionale anesthesie) toegepast. Dit is een relatief hoog percentage in vergelijking tot het totaal aantal particuliere klinieken waarbij in 30 procent algehele anesthesie (niet gecombineerd met regionale anesthesie) werd gegeven.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien er sprake is van de volgende bevindingen.

- 1 De volgende vormen van anesthesie anders dan door de anesthesist werd uitgevoerd: plexus, spinaal, epiduraal, popliteablok, algehele anesthesie, algehele anesthesie met regionale anesthesie.
- 2 Een andere behandelaar dan anesthesioloog of behandelend arts anesthesie gaf.

1.5 Medisch personeel

Beschikbare indicatoren

- 1 Aantal BIG-geregistreerde basisartsen en MSRC-specialisten.
- 2 Aantal buitenlandse artsen.
- 3 24-uursbereikbaarheid van de kliniek.

Relevante begrippen	
BIG-registratie	Inschrijving in het BIG-register volgens de Wet BIG (beroepen individuele gezondheidszorg), dat de bevoegdheid van een beroepsbeoefenaar regelt tot het uitvoeren van bepaalde behandelingen.
MSRC-registratie	Inschrijving in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie.
Buitenlandse arts	Arts die zijn diploma buiten Nederland behaald heeft.

Selectie

Deze indicator is van toepassing op alle 151 particuliere klinieken.

Resultaten

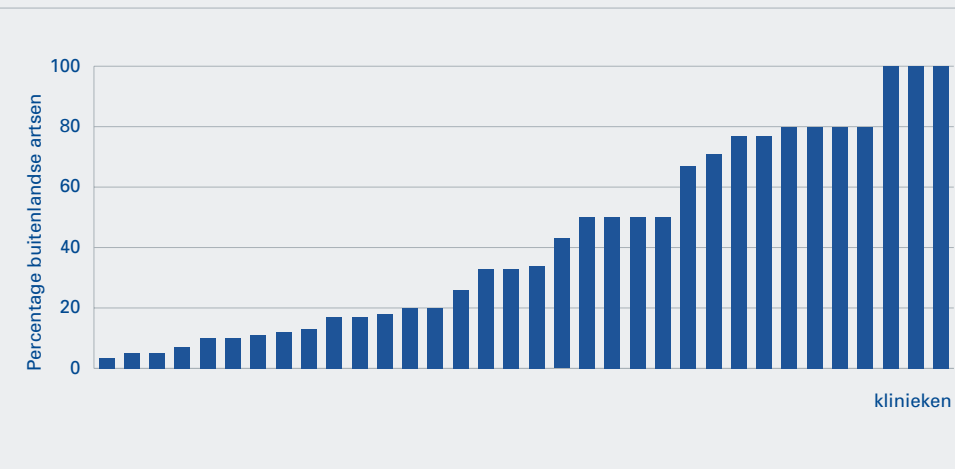
Aantal BIG-geregistreerde basisartsen en MSRC-specialisten

149 klinieken leverden cijfers aan over hun personeel. De twee klinieken die dat niet deden, gaven in de toelichting aan niet zelf personeel in dienst te hebben maar personeel in te huren van een andere organisatie. Uit de toelichtingen bleek dat dergelijke constructies vaker voorkwamen. De vraag over het aantal artsen bleek verschillend geïnterpreteerd, waardoor soms wel en soms niet het aantal fte artsen werkzaam in de particuliere kliniek vermeld was.

Bij de 149 klinieken die wel cijfers aanleverden, is een opvallende bevinding dat zonder enige uitleg vier klinieken (3%) geen arts in dienst hadden (zowel basisarts als specialist). Daarnaast waren er negentien klinieken (13%) die geen specialist in dienst hadden, alleen één of meer basisartsen.

Figuur 1.5.1

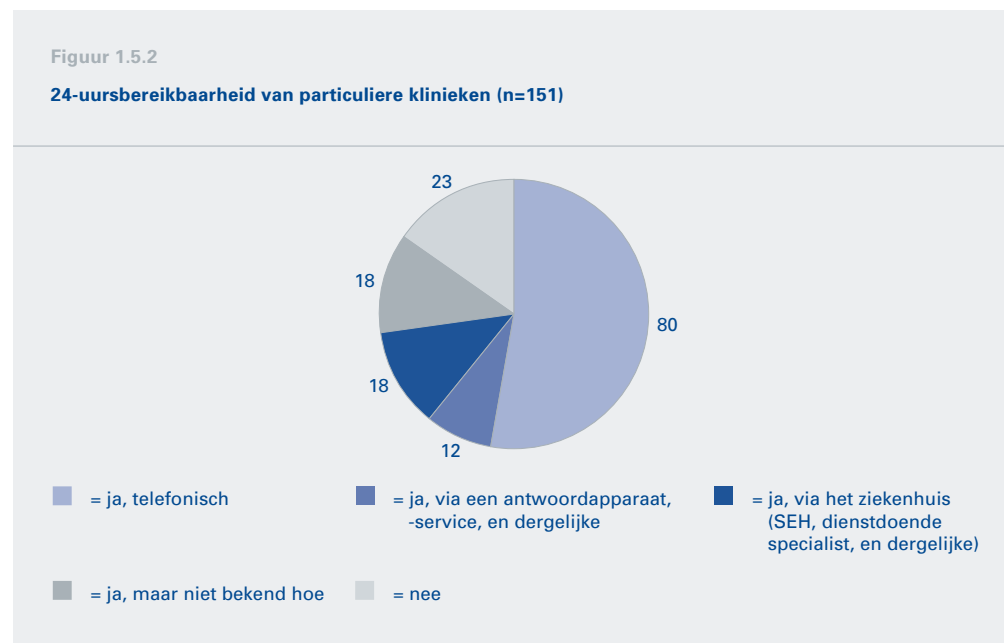
Percentage buitenlandse artsen (n=34)



Figuur 1.5.1

139 klinieken (92%) leverden gegevens over het aantal buitenlandse artsen werkzaam in hun kliniek. Twaalf klinieken gaven aan niet te weten of hun artsen hun opleiding buiten Nederland genoten hebben. 34 klinieken (24%) hadden één of meer artsen in dienst met een buitenlands diploma. Deze klinieken hadden gemiddeld 1,0 fte aan buitenlandse artsen in dienst. De spreiding varieerde van 0,02 tot 9,5 fte.

Er waren elf klinieken die meer dan 60 procent of meer dan twee fte buitenlandse artsen in dienst hebben. Eenderde van deze klinieken bevond zich in de grensstreek met België, eenderde van de klinieken bevond zich in de randstad en de rest van deze klinieken was verdeeld over het hele land.



Figuur 1.5.2

128 klinieken (85%) gaven aan 24 uur per dag bereikbaar te zijn. 23 klinieken zeiden dit niet te zijn. Veelal was de reden hiervoor dat zij dit niet noodzakelijk vonden vanwege het type verrichting. Tachtig van de 128 klinieken (63%) waren telefonisch bereikbaar. Dit kon direct naar een mobiel nummer van de specialist of via een medewerker van de kliniek zijn. Twaalf klinieken (9%) maakten gebruik van een indirecte weg via een antwoordapparaat of een callcenter. Er werd dan dus niet direct met iemand van de kliniek gesproken. Een derde mogelijkheid was een samenwerkingsverband met een ziekenhuis of maatschap, waar buiten kantooruren een spoedeisende hulp of een dienstdoende specialist weet hoe de behandelende specialisten van een kliniek te bereiken. Tot slot waren er nog achttien klinieken (14%) die aangaven 24 uur bereikbaar te zijn, maar waarvan het nog onduidelijk was hoe zij dit geregeld hadden.

Conclusies

- 1 Vier klinieken hadden geen (eigen) arts in dienst, zowel basisarts als specialist. Nog eens negentien klinieken hadden alleen een basisarts in dienst.
- 2 34 klinieken hadden één of meer buitenlandse artsen in dienst.
- 3 Tachtig klinieken waren 24 uur per dag telefonisch bereikbaar, 23 klinieken waren niet altijd bereikbaar.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 De kliniek had geen eigen personeel in dienst.
- 2 De kliniek had geen artsen (zowel basisartsen als specialisten) in dienst.
- 3 De kliniek had geen specialisten in dienst.
- 4 Het aantal buitenlandse artsen was onbekend.
- 5 De kliniek had meer dan twee, of meer dan 60 procent buitenlandse artsen in dienst.
- 6 De kliniek was niet 24 uur per dag bereikbaar.
- 7 De kliniek had zijn bereikbaarheid via een andere instelling geregeld.
- 8 De kliniek was 24 uur per dag bereikbaar, maar het was onbekend hoe dit geregeld was.

1.6 Patiënttevredenheid

Beschikbare indicatoren

- 1 Aantal nieuwe klachten ingediend bij directie of klachtencommissie.
- 2 Percentage patiënten waarbij systematisch de patiënttevredenheidsonderzoeken zijn afgenomen.
- 3 Manier van patiënttevredenheidsonderzoek.
- 4 Gemiddelde rapportcijfer patiënttevredenheid van alle behandelde patiënten.

Relevante begrippen	
Klacht	Het aantal (inhoudelijke) grieven, niet het aantal brieven dat is binnengekomen.
Patiënttevredenheidsonderzoek	Onderzoek naar ervaringen van patiënten voor de ontvangen zorg. Onderwerpen als ontvangst, bejegening en behandeling door de arts, het verstrekken van informatie, vertrek en nazorg komen aan de orde.
Systematisch onderzoek	Minimaal eenmaal per patiënt afnemen van een vragenlijst of interview naar de ervaringen van de patiënt.

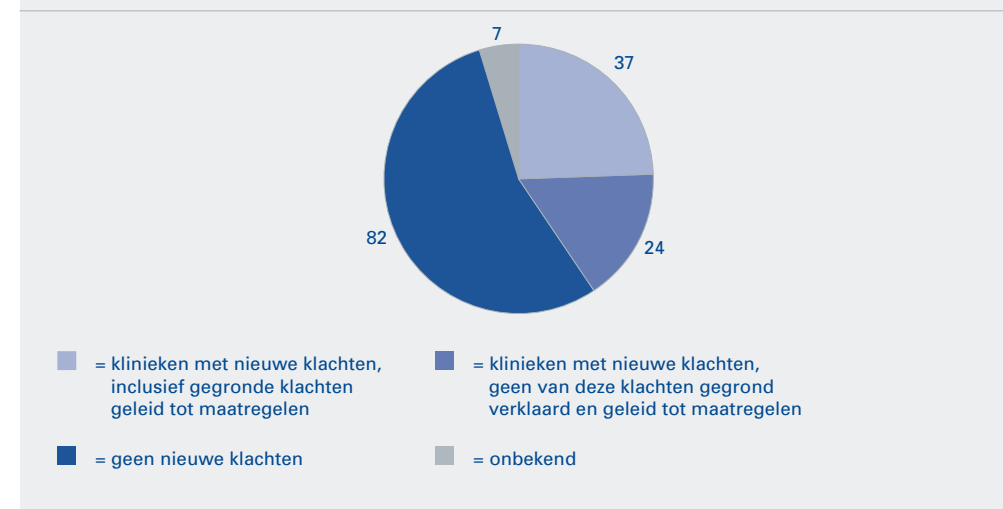
Selectie

Deze indicator is van toepassing op alle 151 particuliere klinieken.

Resultaten

Figuur 1.6.1

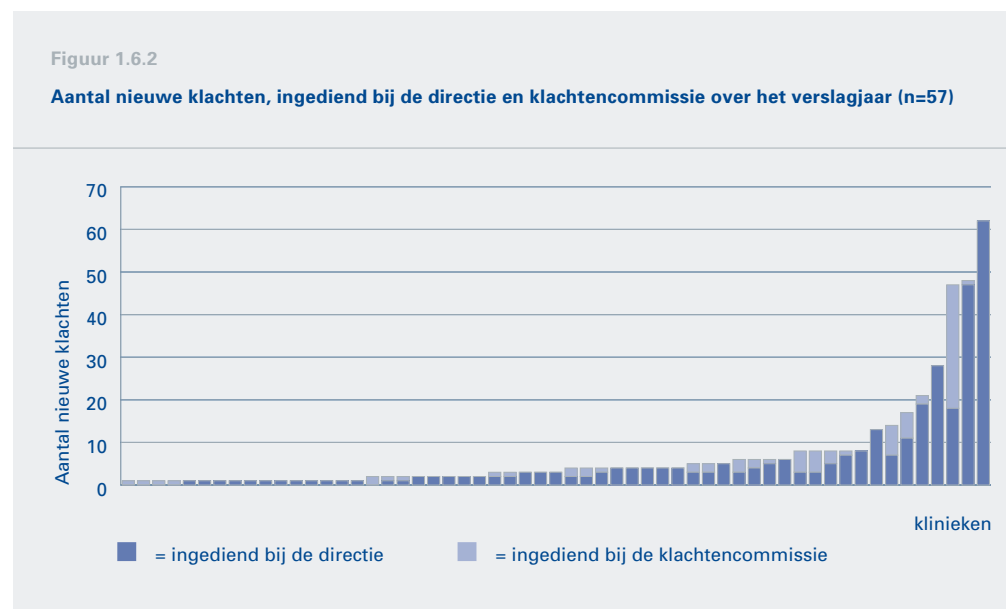
Klinieken met nieuwe klachten uit het verslagjaar (n=150)



Figuur 1.6.1

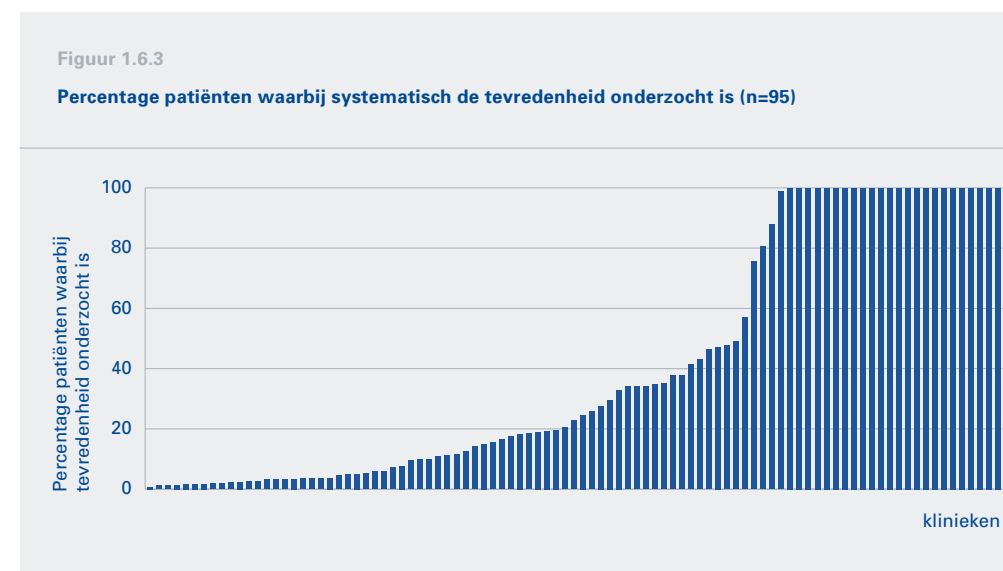
Bij zeven klinieken was het aantal nieuwe klachten, ingediend in het verslagjaar dat gegrond is verklaard en heeft geleid tot maatregelen, onbekend. Eén kliniek leverde onbetrouwbare gegevens aan en deze kliniek werd dan ook niet meegenomen bij het onderdeel klachten van deze indicator (deze kliniek had een veel groter aantal klachten dat gegrond was verklaard en heeft geleid tot maatregelen ten opzichte van het aantal nieuwe klachten ingediend bij de directie of klachtencommissie). In totaal leverden 143 klinieken (95%) correcte gegevens aan voor het onderdeel klachten.

82 klinieken (57%) meldden geen nieuwe klachten over 2008 terwijl 61 klinieken (43%) wel nieuwe klachten meldden. Bij 37 klinieken (26%) behoorden tot de nieuwe klachten ook gegrond verklaarde klachten die hebben geleid tot maatregelen. 24 klinieken (17%) rapporteerden nieuwe klachten, echter geen van deze klachten waren gegrond verklaard en hadden geleid tot maatregelen.

**Figuur 1.6.2**

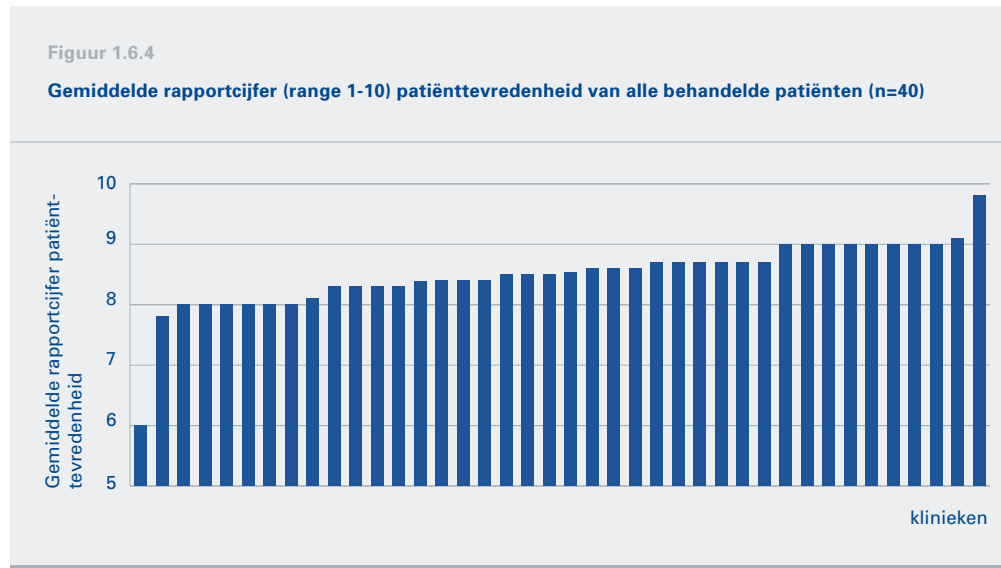
Van de 143 klinieken die gegevens hebben aangeleverd, hebben 57 klinieken (39,9%) nieuwe klachten ontvangen (figuur 1.6.2), de overige 86 geven aan geen nieuwe klachten te hebben ontvangen. Bij 53 klinieken waren er klachten ingediend bij de directie. Deze klachten varieerden van 0 tot 62 (gemiddeld twee nieuwe klachten). Bij 26 klinieken waren er klachten ingediend bij de klachtencommissie. Het aantal nieuwe klachten ingediend bij de klachtencommissie varieerde van 0 tot 29 (gemiddeld 1).

De discrepantie met figuur 1.6.1 komt doordat er vier klinieken waren die de teller invulden, maar bij de noemers 0 invulden. Waarschijnlijk waren de gegronde klachten die geleid hebben tot maatregelen, niet bekend bij de directie of klachtencommissie maar wel bij een ander organisatieonderdeel.

**Figuur 1.6.3**

Bij 55 klinieken was het aantal patiënten, waarbij systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht is, onbekend. Eén kliniek gaf wel het aantal patiënten aan waarbij de tevredenheid onderzocht was, echter het totaal aantal patiënten was onbekend en daarom is het niet mogelijk om het percentage voor deze kliniek te berekenen. Gemiddeld 41 procent van het totaal aantal patiënten werd systematisch onderzocht op tevredenheid, dit bleek uit de gegevens van 95 klinieken (62,9%). Het percentage varieerde van 0 tot 100 procent. Het aantal onderzochte patiënten bij klinieken met een percentage van 100 varieerde van 8 tot 3.770 patiënten.

De manier waarop onderzoek werd gedaan naar de patiënttevredenheid was verschillend. 53 klinieken (35%) onderzochten dit door middel van een vragenlijst aan alle patiënten. 26 klinieken (17%) onderzochten de tevredenheid door een vragenlijst bij een cohort of steekproef van de patiënten af te nemen. De meeste klinieken (63 klinieken, 42%) onderzochten de tevredenheid op een andere manier waarbij de volgende toelichtingen werden gegeven: (nog) geen systematisch patiënttevredenheids-onderzoek wordt uitgevoerd over het gevraagde verslagjaar, vragenlijstonderzoek vindt niet jaarlijks plaats, onderzoek alleen op basis van vrijwillige deelname, mondeling onderzoek, gestandaardiseerde vragenlijst/enquête, bij nacontrole, evaluatie-formulier na ingreep.



2 Specifieke vragen

2.1 Cataract

Beschikbare indicatoren

- 1 Registratie operatieve data.
- 2 Percentage patiënten ouder dan 50 jaar met voldoende wachttijd tussen de operatie van het eerste en tweede oog.

Relevante begrippen

Cataract	Cataract of grijze staar is een vertroebeling van de ooglens. Bij een cataractoperatie wordt de ooglens vervangen door een kunstlens.
----------	---

Selectie

Deze indicator is van toepassing op 9 van de 151 particuliere klinieken (6%).

Resultaten

Registratie operatieve data

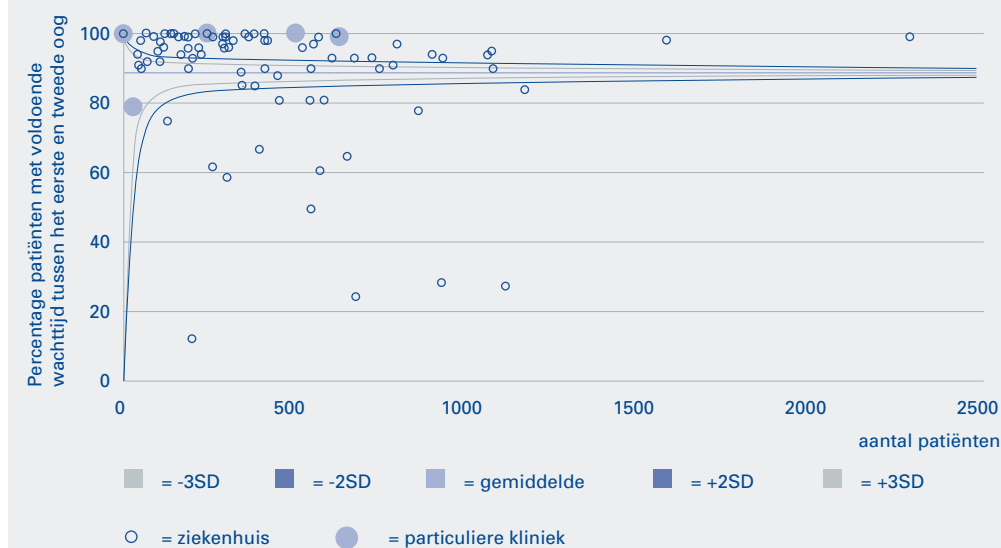
Van de negen klinieken voerden zes klinieken (67%) een complicatieregistratie conform richtlijnen van het NOG. Vijf klinieken voeren ook een resultaatregistratie. Twee daarvan registreerden volgens CPO, twee in het EPD en één volgens CPO in combinatie met een eigen registratie. Vier van de vijf klinieken leverden cijfers over de resultaatregistratie. Het percentage patiënten met een geregistreerd resultaat was gemiddeld 90 procent en varieerde van 65 tot 100 procent.

Percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen de operatie van het eerste en tweede oog

Het percentage patiënten ouder dan 50 jaar met 28 dagen wachttijd tussen het eerste en tweede oog was bekend in vijf klinieken (56%). Percentages varieerden van 79 procent tot 100 procent en was gemiddeld 95 procent. Patiëntenpopulaties liepen uiteen van 10 tot 637 patiënten (gemiddeld 290).

Figuur 2.1.1

Funnelplot van het percentage patiënten ouder dan 50 jaar met ten minste 28 dagen wachttijd tussen het eerste en tweede oog afgezet tegen het aantal patiënten binnen de instelling (93 ziekenhuizen en vijf particuliere klinieken)



Figuur 2.1.1

Figuur 2.1.1 laat de positie van vijf particuliere klinieken zien ten opzichte van de ziekenhuizen. Op de X-as staat het aantal behandelde patiënten voor cataract. Naarmate het aantal behandelde patiënten toeneemt, wordt verwacht dat het percentage dichter bij het gemiddelde komt te liggen. Dit wordt aangegeven door de lijnen voor twee- of driemaal standaarddeviatie (SD). De gegevens van de ziekenhuizen zijn uit het jaar 2007. De klinieken scoorden niet afwijkend ten opzichte van de ziekenhuizen. Bij de ziekenhuizen doet de inspectie nader onderzoek bij een resultaat van 100 procent of bij een resultaat lager dan 80 procent. Dezelfde grenzen gelden voor de particuliere klinieken.

De richtlijn schrijft voor om niet eerder dan na 28 dagen de laatste beoordeling van het oog te doen en op basis daarvan te besluiten het tweede oog te opereren tenzij het nodig is om op medische gronden of in het belang van de patiënt hiervan af te wijken.

Conclusies

- 1 In Nederland zijn negen particuliere klinieken die cataractoperaties verrichtten. Zes daarvan hadden een complicatieregistratie, vijf een resultaatregistratie.
- 2 Het percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen het eerste en tweede oog varieert van 79 tot 100 procent.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 De kliniek had geen complicatieregistratie conform NOG.
- 2 De kliniek had geen resultaatregistratie.
- 3 De kliniek had geen cijfers aangeleverd.
- 4 Het percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen een operatie aan het eerste oog en het tweede oog was lager dan 80 procent.
- 5 Het percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen een operatie aan het eerste oog en het tweede oog was 100 procent.

2.2 Oogheelkunde/refractiechirurgie

Subindicatoren beschrijving

- 1 Visitatie door het NOG.
- 2 Het bouwjaar, het validatierapport en de datum van het laatste onderhoud aan de laserapparatuur.

Relevante begrippen	
Visitatie	Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) toetst door middel van een visitatie volgens objectieve criteria of een refractiechirurg aan vastgestelde normen voldoet. Een dergelijke visitatie mondt uit in opname op de lijst NOG-gecertificeerde refractiechirurgen.
Validatie laserapparatuur	Het toetsen of een apparaat aan daartoe te stellen eisen voldoet.

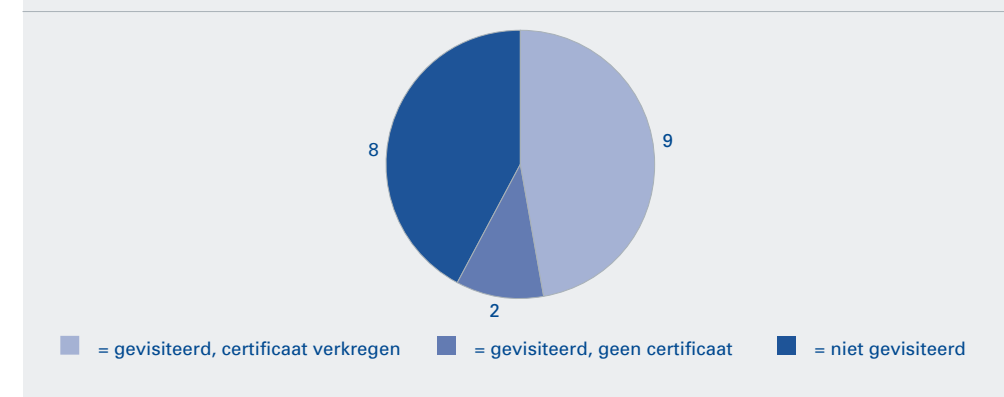
Selectie

Deze indicator is van toepassing op negentien klinieken die aangaven refractiechirurgie en/of oogheelkundige ingrepen te verrichten.

Resultaten

Figuur 2.2.1

Visitatie door NOG (n=19)



Figuur 2.2.1

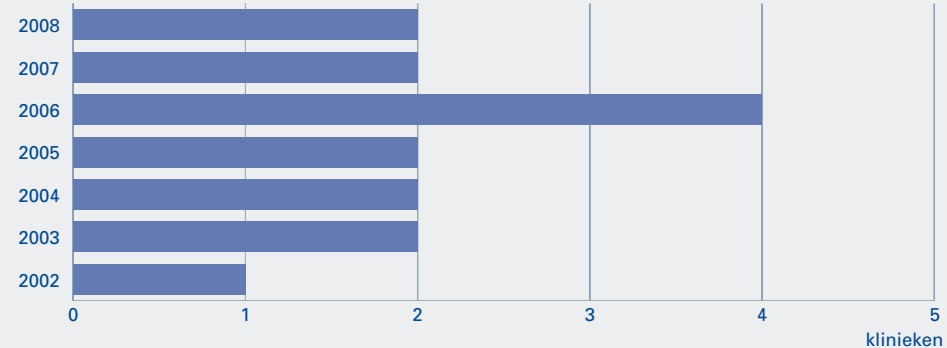
Van de negentien klinieken waren er elf (58%) waarbij de refractiechirurg(en) gevisiteerd zijn door het NOG. Van de elf klinieken waarbij de refractiechirurgen gevisiteerd zijn door het NOG, hadden in negen klinieken alle refractiechirurgen een certificaat gekregen. In twee klinieken hadden niet alle refractiechirurgen een certificaat gekregen.

Van acht klinieken zijn de refractiechirurg(en) niet (allemaal) gevisiteerd. Een aantal van deze klinieken gaf aan dat de datum waarop de refractiechirurg(en) gevisiteerd wordt of gaat worden, nog niet bekend was. Eén kliniek lichtte toe dat de visitatiecommissie ontbonden was en dat er gewacht werd tot deze weer visitaties ging afleggen. Een andere kliniek gaf aan dat er geen refractiechirurgen aanwezig waren en dat er geen refractiebehandelingen werden uitgevoerd.

Alle klinieken waarvan de refractiechirurgen gevisiteerd waren, noemen ook de datum waarop er gevisiteerd was. De opgegeven visitaties zijn allemaal in het laatste kwartaal van 2007 of later geweest.

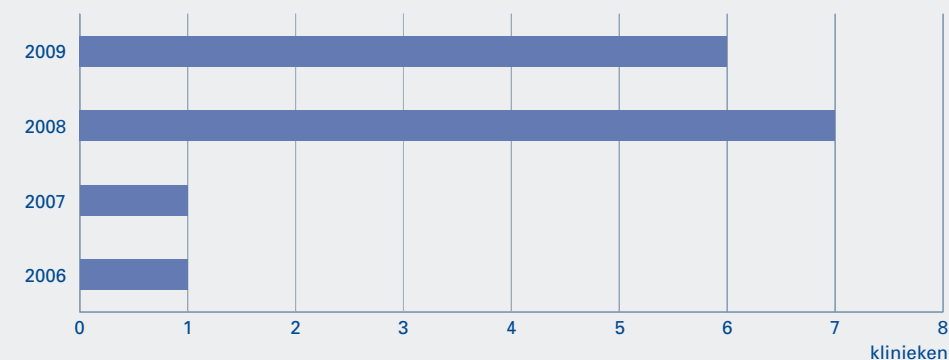
Figuur 2.2.2

Het bouwjaar van de laserapparatuur (n=15)



Figuur 2.2.3

Het jaartal van het validatierapport van de Laserapparatuur (n=15)



Figuur 2.2.2 en 2.2.3

Van de negentien klinieken voerden er vier geen refractiechirurgische ingrepen uit en hadden geen laserapparatuur. Van de vijftien klinieken die laserapparatuur hadden, staan de gegevens weergegeven in figuur 2.2.2 en 2.2.3. Het bouwjaar van de laserapparatuur liep uiteen van 2002 tot 2008. Alle klinieken beschikten ook over een validatierapport. Het jaartal van het validatierapport liep uiteen van 2006 tot 2009. De meeste klinieken hadden een rapport uit 2008 of 2009, slechts twee klinieken (13%) beschikten over een rapport uit 2006 of 2007.

Alle vijftien klinieken gaven een datum van het laatste onderhoud op. Het laatste onderhoud aan de laserapparatuur bleek altijd uitgevoerd na 31 oktober 2008.

Conclusies

- 1 In elf klinieken (58%) zijn de refractiechirurgen gevisiteerd door het NOG.
- 2 In twee van deze elf bezochte klinieken hadden nog niet alle refractiechirurgen een certificaat van het NOG ontvangen.
- 3 De laserapparatuur was meestal in de laatste vijf jaar gebouwd, met een enkele keer bouwjaar van 2002 of 2003.
- 4 De validatierapporten waren altijd beschikbaar en meestal niet ouder dan twee jaar.
- 5 Het laatste onderhoud aan de laserapparatuur was nooit meer dan een jaar geleden.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien er sprake is van de volgende bevindingen.

- 1 Eén of meerdere van de refractiechirurg(en) zijn niet gevisiteerd door het NOG.
- 2 Eén of meerdere van de refractiechirurg(en) zijn gevisiteerd door het NOG maar hadden niet allen een certificaat ontvangen.
- 3 Het validatierapport van de laserapparatuur was van voor 2008.

2.4 Orthopedie

Beschikbare indicatoren

- 1 Visitatie door de NOV.
- 2 Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe.
- 3 Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie na een totale heupprothese.
- 4 Ongeplande heroperaties.
- 5 Aantal arthroscopieën van de knie.

Relevante begrippen	
Visitatie	De Nederlandse Orthopaedie Vereniging (NOV) toetst door middel van visitatie volgens objectieve criteria of een orthopedisch chirurg aan vastgestelde normen voldoet.
Tromboseprofylaxe	Maatregelen gericht op het voorkómen van diepe veneuze trombose.

Selectie

Deze indicator is van toepassing op 13 van de 151 particuliere klinieken (8,5%).

Resultaten

Visitatie door de NOV

In negen particuliere klinieken zijn de orthopedisch chirurgen door de NOV gevisiteerd. Dit kon bestaan uit visitatie in de kliniek dan wel in het ziekenhuis. Twee klinieken gaven aan dat de orthopedisch chirurgen gevisiteerd werden in april 2009; één kliniek gaf aan dat alleen de in het ziekenhuis werkzame specialisten zijn gevisiteerd en één kliniek gaf aan dat de orthopedisch chirurgen nog niet zijn gevisiteerd. De visitaties hebben plaatsgevonden in 2007 of later, met uitzondering van twee klinieken waarbij de visitaties in 2005 respectievelijk 2006 plaatsvonden. Vijf van de zeven particuliere klinieken (71%) gaven aan dat de door de NOV gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar waren uitgevoerd.

Tromboseprofylaxe

De indicator vraagt om een richtlijn aanwezig voor tromboseprofylaxe bij een totale heupoperatie respectievelijk een totale knieoperatie. In vier klinieken was een richtlijn aanwezig voor een heupoperatie en in vijf klinieken voor een knieoperatie. Echter, op één na, gaven alle klinieken aan dergelijke grote ingrepen niet uit te voeren.

Dit betekent dat, ondanks dat de ingrepen niet werden uitgevoerd, er wel tromboseprofylaxe richtlijnen waren. Mogelijk waren deze richtlijnen in meer klinieken aanwezig dan nu vermeld gezien het feit dat de vraag naar richtlijnen was gekoppeld aan ingrepen die niet worden uitgevoerd.

Drie klinieken gaven aan dat het percentage patiënten dat medicamenteuze tromboseprofylaxe heeft gehad, bekend was.

Ongeplande heroperaties

Twee klinieken gaven aan dat het aantal heroperaties dat binnen 12 maanden na de initiële operatie heeft plaatsgevonden bij patiënten met een heupprothese, bekend was. Het percentage lag tussen 0 en 1 procent.

De lage 'response rate' hangt samen met het feit dat een dergelijke heupoperatie (nog) niet wordt uitgevoerd in de particuliere klinieken.

Arthroscopieën van de knie.

In twaalf particuliere klinieken (92 procent) was het aantal uitgevoerde arthroscopieën in het verslagjaar bekend. Gezamenlijk hadden deze klinieken 7461 arthroscopieën uitgevoerd (mediaan 451; spreiding 6-2059). De kliniek waarbij het aantal arthroscopieën niet bekend was, gaf aan dat voornamelijk hernia-ingrepen werden uitgevoerd en geen ingrepen aan de knie.

Conclusies

- 1 In negen van de dertien klinieken zijn specialisten gevisiteerd door de NOV.
- 2 De totale heup- en totale knieoperaties werden in de particuliere klinieken (nog) nauwelijks uitgevoerd. Daarentegen voerden bijna alle klinieken arthroscopieën uit.

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek indien er sprake is van de volgende bevinding.

- 1 Er heeft geen visitatie door de NOV plaatsgevonden^[11].

[11] Visitaties vinden om de vijf jaar plaats, dus het kan zijn dat een kliniek daarvoor nog niet is bezocht.

2.5 Plastische chirurgie (esthetische en cosmetische behandelingen)

Beschikbare indicatoren

- 1 Resultaat van een esthetische en/of cosmetische ingreep.
- 2 Visitatie door de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC).
- 3 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.
Ongeplande heroperatie	Operatie die wordt verricht, omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd.

Selectie

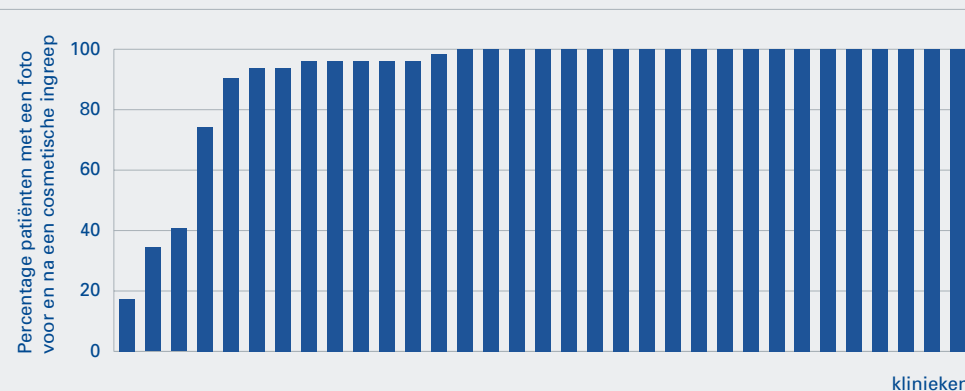
Deze indicator is van toepassing op 46 van de 151 particuliere klinieken (30%).

Resultaten

Resultaat van een esthetische of cosmetische ingreep

Figuur 2.5.1

Het percentage patiënten met een foto voor en na een esthetische of cosmetische ingreep (n=33)



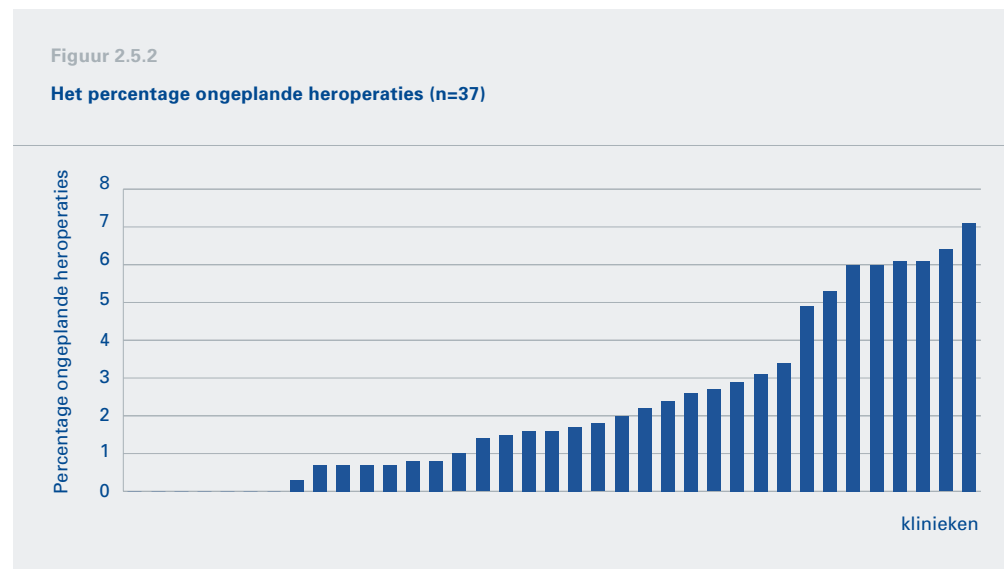
Figuur 2.5.1

33 van de 46 klinieken (72%) registreerden het resultaat van een esthetische of cosmetische ingreep met een foto voor en na de ingreep. Percentages patiënten met een foto voor en na de ingreep varieerden van 17 tot 100 procent met een gemiddelde van 92 procent. Het aantal patiënten met een dergelijke ingreep varieerde per kliniek van 2 tot 3770 (mediaan: 283).

Visitatie door de NVPC

37 van de 46 klinieken (80%) gaven aan dat al hun plastisch chirurgen zijn aangesloten bij de NVPC. Bij 32 klinieken (70%) zijn ook alle plastisch chirurgen gevisiteerd door de NVPC. Overigens geven klinieken aan dat veel visitaties plaatsvonden via het ziekenhuis waar de chirurg ook werkzaam is. Op de vraag of de door de NVPC voorgestelde verbetermaatregelen zijn doorgevoerd, antwoordden elf klinieken ja en twee klinieken nee. Aan de overige klinieken zijn geen verbetermaatregelen voorgesteld. Deze indicator bleek nog wel tot verwarring te leiden, aangezien chirurgen gevisiteerd worden (al dan niet in een ziekenhuis, met of zonder bezoek aan de kliniek) en niet de kliniek zelf.

Ongeplande heroperaties



Figuur 2.5.2

Het percentage ongeplande heroperaties kon door 37 klinieken (80%) aangeleverd worden. Percentages liepen uiteen van 0 tot 7,1 procent met een gemiddeld percentage van 2,3 procent. Overigens varieerde ook het aantal operaties sterk van 2 tot 1666. Gemiddeld werden 409 operaties per kliniek gedaan (mediaan: 256).

Conclusies

- 1 46 klinieken verrichtten plastische chirurgie, waarvan 33 klinieken het percentage patiënten met foto's voor en na de ingreep konden rapporteren. 37 klinieken konden het percentage ongeplande heroperaties rapporteren.
- 2 In 32 klinieken zijn alle plastisch chirurgen NVPC-gevisiteerd.
- 3 Het percentage patiënten waarvan foto's zijn gemaakt voor én na de ingreep, was gemiddeld 92 procent (varieert van 17 tot 100 procent).
- 4 Het percentage ongeplande heroperaties was gemiddeld 2,3 procent (varieerde van 0 tot 7,1 procent).

Reactie inspectie

De inspectie doet nader onderzoek naar aanleiding van de volgende resultaten:

- 1 De kliniek heeft geen cijfers aangeleverd.
- 2 Niet alle plastisch chirurgen waren aangesloten bij of gevisiteerd door de NVPC.
- 3 De kliniek had de door de NVPC voorgestelde verbetermaatregelen niet doorgevoerd.
- 4 Het percentage patiënten met een foto voor en na de ingreep was lager dan 95 procent.
- 5 Het percentage ongeplande heroperaties was hoger dan vier procent.

BIJLAGE 1 Lijst van klinieken opgenomen in het onderzoek

1	Aesthetic Clinics Bv, Veldhoven
2	Aesthetic Team, Vlijmen
3	Airport Medical Services, Schiphol
4	Alant Vrouw, Bilthoven
5	Alizonne, Meijel
6	Alphens Tandheelkundig- & Narcose Centrum B.v., Alphen Aan Den Rijn
7	Besnijdenis Centrum Nederland, Abcoude
8	Boerhaave Medisch Centrum, Amsterdam
9	Braam Kliniek, Assen
10	Care Vision (Amsterdam), Amsterdam
11	Care Vision (Den Haag), 's-Gravenhage
12	Cdc Kliniek, Best
13	Centrum Voor Esthetische Chirurgie Friesland, Leeuwarden
14	Centrum Voor Fertiliteitsbehandelingen, Leiderdorp
15	Clinethique Drs. Kroll, Maastricht
16	Contour Kliniek Nederland, Bussum
17	Cosmea, Hengelo (Ov)
18	Cosmetische Kliniek Perfect Skin, Eindhoven
19	Dcb Het Scheepvaarthuis, Almelo
20	Dermatologisch Centrum B.v., Zaltbommel
21	Diagnositisch Centrum Maastricht, Maastricht
22	Diagnostisch Centrum Amsterdam, Amsterdam
23	Diagnostisch Centrum Haaglanden, 's-Gravenhage
24	Diagnostisch Centrum Prenataal, Amsterdam
25	Dr. Binkhorst Eye Center, Oostburg
26	Dr. Brinkmann Kliniek, Assen
27	Dr. Brinkmann Kliniek, Locatie Nieuwegein, Nieuwegein
28	Dr. Keulen Kliniek (Tilburg), Tilburg
29	Emc Bosch En Duin, Bosch En Duin
30	Esthetisch Medisch Centrum Zonnestraal B.v., Hilversum
31	Euroclinics Kliniek Berg & Bosch, Bilthoven
32	Eyescan Oogzorgkliniek, Utrecht
33	Fyeo, Reusel
34	Gewicht Op Maat, Velp
35	Gezicht Noord-Brabant, Oosterhout
36	Groepspraktijk Van Eendenburg/Nanninga, Amsterdam
37	Haartransplant, Rotterdam
38	Haartransplantatiekliniek Theo Zantman V.o.f., Rotterdam
39	Hair Science Institute, Maastricht
40	Hernia Instituut Nederland, Medisch Centrum Dekkerswald, Groesbeek
41	Instituut Hair Plus Bv, Barendrecht
42	Instituut Voor Hyperbare Geneeskunde, Rotterdam
43	Janssen Kliniek Oosterwijk, Oosterwijk
44	Kliniek Klein Rosendaal, Velp
45	Kliniek Lange Voorhout, 's-Gravenhage
46	Kliniek Nieuwstraat, Rotterdam
47	Kliniek Omc Haarlem, Haarlem
48	Kliniek Viasana, Mill
49	Kliniek Voor Esthetische Chirurgie, Waalre

50	Kliniek Voor Oogheelkunde, Rijswijk (Zh)
51	Kliniek Zestienhoven, Rotterdam
52	Lipocentrum Maastricht, Maastricht
53	Mauritskliniek Den Haag, Den Haag
54	Mauritskliniek Nijmegen, Nijmegen
55	Mauritsklinieken, Locatie Utrecht, Utrecht
56	Medcentric Zeeuws Vlaanderen, Oostburg
57	Mediconsult, Haarlem
58	Medisch Centrum Biltstraat, Utrecht
59	Medisch Centrum Maastricht Annadal, Maastricht
60	Medisch Centrum Scheveningen, 's-Gravenhage
61	Medisch Cosmetisch Instituut Intranos B.v., Alkmaar
62	Medisch Laser Centrum, Amsterdam
63	Medisch Wellness Centrum Zeeland, Goes
64	Medisch Zorg- en Adviescentrum Ra-medical, Beverwijk
65	Middellaan Kliniek, Velp
66	Nederlands Proctologisch En Bekkenbodem Centrum, Zevenhuizen
67	New-fill Center Den Haag C.v., 's-Gravenhage
68	Oogheelkunde Zonnestraal, Hilversum
69	Oogheelkundig Medisch Centrum Amsterdam, Amsterdam
70	Oogheelkundig Medisch Centrum, Groningen
71	Ooglaser Centrum Drechtsteden, Papendrecht
72	Oogzorgcentrum Visie, Utrecht
73	Optical Express, Amsterdam
74	Optical Express, Eindhoven
75	Park Kliniek Rotterdam, Rotterdam
76	Polikliniek De Blaak, Locatie Almere, Almere
77	Polikliniek De Blaak, Locatie Haaglanden, Leidschendam
78	Polikliniek De Blaak, Rotterdam
79	Polikliniek Flebologie Terwolde, Terwolde
80	Polikliniek Voor Flebologie en Proktologie, Bussum
81	Polikliniek Voor Flebologie en Proktologie, Delden
82	Polikliniek Voor Flebologie en Proktologie, Rosmalen
83	Prevalis Rotterdam B.v., Rotterdam
84	Preventief Medisch Centrum (Pmc), Rotterdam
85	Privékliniek Heerenveen, Heerenveen
86	Privékliniek Zwolle, Zwolle
87	Reinaert Kliniek, Maastricht
88	Retina Total Eye Care, Driebergen
89	Rheo Guarda Kliniek Medisch Specialisten Centrum Breukelen, Breukelen
90	Rijnzicht Oogkliniek, Oegstgeest
91	St. Dermatologiepraktijk Eendenburg/nanninga, Amsterdam
92	Stichting tot Bevordering van de Ontwikkeling van Dermatologie, Venereologie en Flebologie, Rotterdam
93	St. Zorgpraktijk Dermatologie Avenue Carnisse, Barendrecht
94	Stichting 2Servekliniek, Tilburg
95	Stichting Allergie Centrum Utrecht, Utrecht
96	Stichting Andros Mannenkliniek, Arnhem
97	Stichting Annatommie – Centra Voor Orthopedie, Rijswijk (Zh)
98	Stichting Askleipion, Valkenburg
99	Stichting Bergman Medical Care, Bilthoven

100	Stichting Blue Label, Oostburg
101	Stichting Cardiologie Geervliet, Amsterdam
102	Stichting Cardiologie Heelsum, Heelsum
103	Stichting Cardiologie Landsmeer, Landsmeer
104	Stichting De Terp, Capelle Aan Den IJssel
105	Stichting Dr. Kolbach Kliniek, Maastricht
106	Stichting Fertiliteitsbevordering Leeuwarden, Wirdum
107	Stichting Flebologisch Centrum Oosterwal, Alkmaar
108	Stichting Geertgen, De Mortel
109	Stichting Haaglanden Kliniek, 's-Gravenhage
110	Stichting Huidkliniek Zuid, Rotterdam
111	Stichting Icone Orthopaedie & Sportletsels, Nuuen
112	Stichting Instituut Voor Hyperbare Geneeskunde, Hoogeveen
113	Stichting Kindertherapeuticum, Zeist
114	Stichting Kliniek Sportstad Heerenveen, Heerenveen
115	Stichting Mdc Behandelcentrum, Zoetermeer
116	Stichting Medisch Centrum Bilthoven, Bilthoven
117	Stichting Medisch Centrum Breda, Breda
118	Stichting Medisch Centrum Molenhof, Rucphen
119	Stichting Medisch Centrum Regentesse, 's-Gravenhage
120	Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen, Bunnik
121	Stichting Melles Hoornvlieskliniek, Rotterdam
122	Stichting Multiple Sclerose Centrum, Nijmegen
123	Stichting Oogziekenhuis Oost-Nederland, Arnhem
124	Stichting Oogzorg Opticus, Aalsmeer
125	Stichting Oogzorg Rotterdam, Rotterdam
126	Stichting Oogzorg, Amstelveen
127	Stichting Professor Hennemann Kliniek, Spijkenisse
128	Stichting Psoriasis Dagbehandelingscentrum Midden-Nederland, Ede
129	Stichting Pulmonaal, Utrecht
130	Stichting Rugpoli Twente, Delden
131	Stichting Rugpoli Veluwe, Velp
132	Stichting Zbc Atrium Medisch Centrum Parkstad, Heerlen
133	Stichting Zbc Groene Hart, Gouda
134	Total Beauty Clinic, Breda
135	Van Leeuwenhoek Kliniek, Amsterdam
136	Van Raath Kliniek, Leusden
137	Velthuis Kliniek, Eindhoven
138	Velthuis Kliniek, Enschede
139	Velthuis Kliniek, Hilversum
140	Velthuis Kliniek, Rotterdam
141	Veluwekliniek, Kliniek voor Chirurgie en Flebologie, Hattem
142	Visionclinics Amsterdam, Amsterdam
143	Zbc Bergland Kliniek, Tilburg
144	Zbc Euroclinics Kliniek Delaïresse, Amsterdam
145	Zbc Hanzekliniek, Groningen
146	Zbc Kno Het Gooi e.o., Hilversum
147	Zbc Multicare, Hilversum
148	Zbc Stichting Dermatologie Uden, Uden
149	Zelfstandig Behandel Centrum Kliniek Holystaete, Vlaardingen
150	Zelfstandig Behandelcentrum Weert, Weert
151	Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

BIJLAGE 2 Niet weergegeven resultaten

Refractiechirurgie

Slechts 19 van de 46 klinieken voor refractiechirurgie is deze vragenlijst kwaliteitsindicatoren toegestuurd. Parallel aan het indicatoreentraject liep het thematisch onderzoek Refractiechirurgie. Om de toezichtlast te beperken, heeft de inspectie een beperkt aantal van deze klinieken gevraagd deze kwaliteitsindicatorenlijst in te vullen.

Steekproeven

Bij veel indicatoren is gevraagd of er een steekproef is uitgevoerd. Bij de meeste indicatoren is dit nauwelijks gebeurd. Bij zorgzwaarte werd door een deel van de klinieken (20%) aangegeven dat er een steekproef was uitgevoerd. Uit de toelichting bij de steekproef was echter zelden uit te maken of deze methodologisch en statistisch verantwoord was uitgevoerd. De antwoorden op deze vragen zijn daarom niet weergegeven.

1.1 Zorgzwaarte

- Percentage behandelde patiënten van 18 tot 40 jaar
- Percentage behandelde patiënten van 40 tot 60 jaar
- Percentage behandelde patiënten van 60 jaar en ouder

Veel klinieken vulden voor patiëntcategorieën aantallen patiënten in die opgeteld niet overeenstemden met het totaal dat de kliniek zelf had opgegeven. Daarom zijn bovenstaande percentages niet weergegeven. Mogelijk ligt hier een registratieprobleem aan ten grondslag. Besloten is om van het totaal aantal patiënten het aantal behandelde patiënten onder 18 jaar af te halen en dus een splitsing te maken tussen kinderen en volwassenen.

- Percentage ASA-klasse 1
- Percentage ASA-klasse 2
- Percentage ASA-klasse onbekend

Deze percentages zijn niet opgenomen aangezien het percentage ASA-3 het meest relevante en interessante gegeven is. Tevens vullen maar 69 klinieken dit deel van de indicator in.

1.3 Complicatieregistratie

Uit de indicator complicatieregistratie blijkt dat 43 klinieken plastisch chirurgische ingrepen uitvoeren. Het verschillend aantal klinieken met de indicator plastische chirurgie (46 klinieken) kan als volgt verklaard worden. Vier klinieken vullen bij complicatieregistratie in dat een complicatieregistratiesysteem voor plastische chirurgie niet van toepassing is, terwijl zij de indicator plastische chirurgie wel invullen. Eén kliniek vult in dat het een complicatieregistratiesysteem van de wetenschappelijke vereniging gebruikt, maar vult de indicator plastische chirurgie niet in.

1.4 Patiënttevredenheid

- Percentage klachten dat gegrond is verklaard en heeft geleid tot maatregelen voor klachten ingediend bij directie
- Percentage klachten dat gegrond is verklaard en heeft geleid tot maatregelen voor klachten ingediend bij de klachtencommissie
- Verhouding aantal klachten ingediend bij directie per behandeling
- Verhouding aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie per behandeling

Deze percentages en verhoudingen zijn niet opgenomen omdat het gaat om hele kleine totaal aantallen klachten. Bij één nieuwe klacht die gegrond is verklaard en heeft geleid tot maatregelen bij in totaal één klacht, zou een kliniek meteen 100% scoren. De percentages of verhoudingen hebben dan geen meerwaarde. Daarom is besloten te kijken naar de absolute aantallen.

1.5 Medisch personeel

Bij medisch personeel wordt alleen het aantal artsen gebruikt. Vanwege diverse constructies voor het inhuren van personeel is verder niet gelet op verpleegkundigen of anesthesiemedewerkers. Bij de vraag naar het aantal anesthesiemedewerkers en de indicator aanpalende werkzaamheden is het woordje fte weggevallen waardoor deze aantallen moeilijk vergelijkbaar zijn.

2.3 Anesthesie

Door een verkeerde routing op de site is indicator 2.3 Anesthesie aan klinieken gevraagd die oogheelkunde of refractiechirurgie uitvoeren. De gegevens van deze indicator zijn daarom niet bruikbaar.

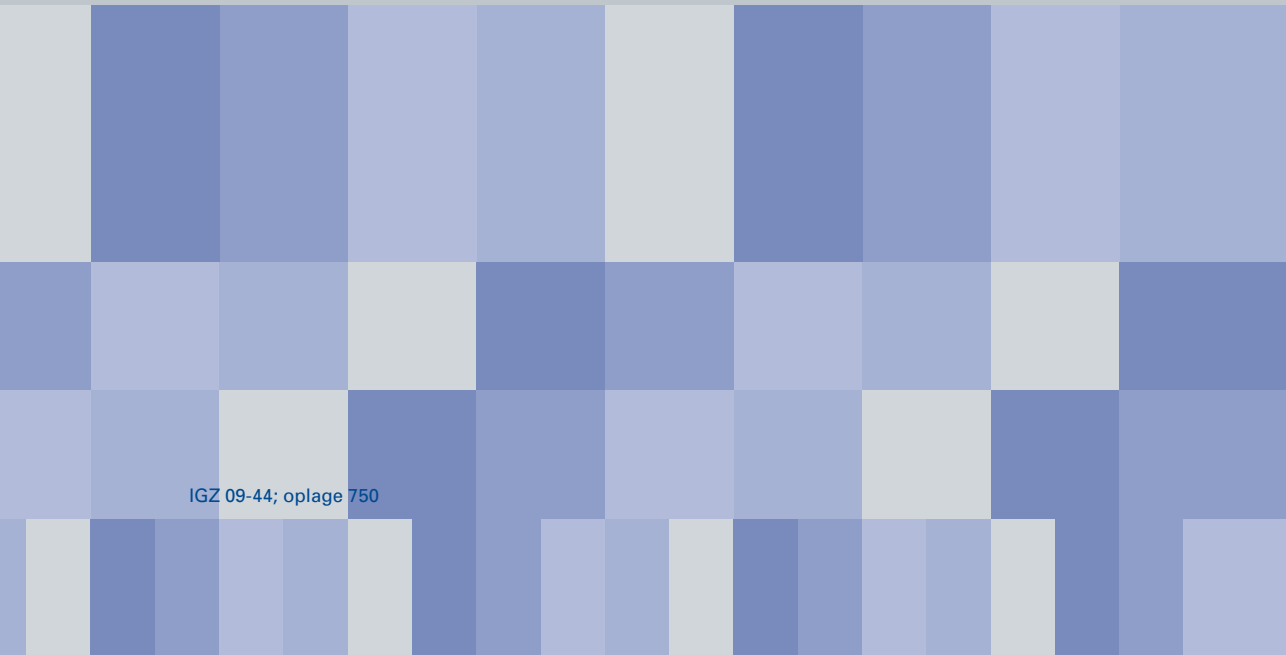
2.4 Orthopedie

Totale heupoperaties en knie vervangingen vinden nauwelijks plaats in particuliere klinieken. Slechts één van de dertien klinieken meldt een dergelijke ingreep te doen. Derhalve konden de vragen bij deze indicator merendeels niet ingevuld worden.



Grafisch ontwerp
Faydherbe/De Vringer,
Den Haag
Opmaak
Heleen van Haaren,
Den Haag

Den Haag, oktober 2009



IGZ 09-44; oplage 750