



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Het resultaat telt  
particuliere klinieken

2014



# Inhoudsopgave

	<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
	<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
	<b>Inleiding</b>	<b>13</b>
<b>1</b>	<b>Algemeen</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>Kwetsbare groepen (zorgzwaarte)</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>Zorg</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>Infecties</b>	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>Professionals</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>Medisch diagnostische centra</b>	<b>44</b>
	<b>Bijlagen</b>	
	Lijst met afkortingen	47
1	Indicator uitkomsten 2014/overige data	48
2	Lijst van klinieken opgenomen in het onderzoek	55
3	Lijst van klinieken die geen data over 2014 hebben aangeleverd	64



# Voorwoord

Het Resultaat Telt 2014 - Particuliere Klinieken: dit rapport bevat de resultaten van de uitvraag van de risico-indicatoren over het verslagjaar 2014.

In maart 2016 publiceerde de inspectie het rapport 'Toezicht particuliere klinieken 2014. De schouders eronder!<sup>[1]</sup>', waarin onder meer verslag werd gedaan van de toezichtsbezoeken in vervolg op de eerste beoordeling van de risico-indicatoren 2014. De inspectie constateerde dat het – op onderdelen – goed gaat in de particuliere klinieken, maar ook dat er scherper op risico's gestuurd moet worden. Zo bleek dat operaties niet altijd onder de vereiste hygiënische omstandigheden worden uitgevoerd en dat de stopmomenten van het operatief proces niet altijd in acht worden genomen. De inspectie stelde ook vast dat over 2013 foutieve data waren aangeleverd. De inspectie vroeg 103 klinieken om een verduidelijking bij een opvallende uitkomst. Uit de beantwoording bleek 40 procent van de gevraagde klinieken in zekere mate foutieve gegevens te hebben aangeleverd. Dit vind ik zorgelijk.

De risico-indicatoren zijn van belang voor het toezicht van de inspectie, maar in de eerste plaats van belang voor het besturen van de kliniek. Het geeft inzicht, of het kan de bestuurder inzicht geven, in de stand van zaken in zijn kliniek. De bestuurder moet zichzelf de vraag stellen: ben ik 'in control'?! De inspectie ziet particuliere klinieken waar de data door bestuurder en professionals worden gebruikt om de organisatie te sturen en om de directe zorg voor de patiënt op de juiste wijze vorm en inhoud te geven. Daar waar de inspectie dit vaststelt kan ze meer afstand nemen dan waar de bestuurder informatie niet voldoende gebruikt of onjuist heeft aangeleverd.

Op grond van de analyse van de indicatoren 2014 kunnen we concluderen dat het steeds beter gaat, maar ook dat na jaren aandacht van de inspectie er nog altijd klinieken achterblijven. Zo werd in 2014 de time-out bij electieve patiënten in ziekenhuizen in 98 procent uitgevoerd en vastgelegd, terwijl dit in particuliere klinieken slechts 86 procent was. Kijken we naar de preoperatieve screening van patiënten op delier, dan gebeurde dat slechts in 28 procent van de klinieken waar patiënten van 70 jaar en ouder worden geopereerd. Dit was in 2013 weliswaar 8 procent, met dus in 2014 een flinke stijging, maar in 72 procent van de klinieken waar het is aangewezen gebeurde dit niet. Dat is zorgelijk gezien de kwetsbaarheid van deze patiënten. De kwetsbare patiënt heeft in het toezicht een prominente plaats. Daar waar de inspectie constateert dat de naleving van deze normen niet voldoet neemt zij maatregelen.

Ik vraag de klinieken, koepels en wetenschappelijke verenigingen nadrukkelijk ook zelf te verifiëren of de zorg voldoet aan kwaliteits- en veiligheidsvereisten die vastgelegd zijn in wet- en regelgeving, veldnormen en richtlijnen en om hun verantwoordelijkheid te nemen

---

[1] <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/toezicht-particuliere-klinieken-2014-de-schou.aspx>

in het ontwikkelen van breed gedragen normen. Ik vraag de partijen ook nadrukkelijk om hier op een goede en juiste wijze over te rapporteren. Bij het ontbreken van toereikende normen zal de inspectie wanneer dit nodig is voor goede zorg toetsen op een IGZ-handhavingsnorm<sup>[2]</sup>. Dit speelt nu bijvoorbeeld bij het toezicht op zorgverlening aan kinderen in particuliere klinieken.

De inspectie is in 2015 gestart met het intensiveren van haar toezicht op de particuliere klinieken. De resultaten vragen om een stevig vervolg in 2016. Dit houdt in dat de inspectie meer onaangekondigde inspecties uitvoert en meer spreekt met bestuurders, koepels, (wetenschappelijke) verenigingen, zorgverleners en patiënten dan in de voorgaande jaren.

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

---

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

# Samenvatting

## Inleiding

Het rapport 'Het Resultaat Telt 2014 - Particuliere Klinieken' bevat de resultaten van de uitvraag van de risico-indicatoren over het jaar 2014. In deze samenvatting staan opvallende bevindingen en het antwoord op de vraag: wat gaat de inspectie doen.

De risico-indicatoren geven de inspectie en ook de bestuurder inzicht in de kwaliteit en in de veiligheid van de verleende zorg in de betreffende instelling. De indicatoren geven in principe een indicatie, een signaal, immers: 'indicatoren'. De inspectie heeft op basis van de uitkomst van deze indicatoren 2014 de mogelijke risico's op onveiligheid en op te kort schietende zorg vastgesteld. Waar de grootste risico's zich lijken voor te doen, inspecteren de inspecteurs op locatie. De inspectie doet dit risico gestuurd (prioritering). Na het bezoek vraagt de inspectie de bestuurder, indien nodig, maatregelen te nemen voor verbetering. De inspectie verwacht, en dit is ook haar ervaring, dat bestuurders hun verantwoordelijkheid nemen en zelf maatregelen treffen. Zo niet dan treedt de inspectie op en neemt zij maatregelen. Waar verbetering uitblijft en/of waar de risico's groot zijn gaat de inspectie proportioneel over tot (bestuurlijke) maatregelen. De maatregel kan zijn een bevel, een aanwijzing (bevoegdheid inspectie Wkkgz) of verscherpt toezicht.

Van 324 klinieken (locaties) en 50 medisch diagnostische centra heeft de inspectie de aangeleverde data over 2014 geanalyseerd. Ondanks herinneringen hebben 9 klinieken geen data aangeleverd. Deze klinieken kregen een inspectiebezoek.

## Conclusie

De inspectie concludeert op basis van de analyse van de risico-indicatoren 2014 dat het op onderdelen goed gaat, zoals het meten van patiënttevredenheid, certificering en de samenwerking met ziekenhuizen. Zij concludeert ook dat het op onderdelen veel beter moet, zoals de preoperatieve screening van de ASA-klasse, de BMI en delier (bij patiënten van 70 jaar en ouder). De hygiënische bouwkundige omstandigheden bij het inbrengen van implantaten lijken in meerdere klinieken te kort te schieten. Het komt voor dat orthopedische-, oog- en borstimplantaten ingebracht worden in een operatiekamer die geen klasse 1 is, terwijl dit wel is vereist. Een systeem van jaargesprekken, visitatie, IFMS en de regeling disfunctioneren voor medisch specialisten/artsen is niet in alle klinieken operationeel.

## Handhaving

De inspectie gaat uit van gezond vertrouwen, dat wil zeggen dat ze uitgaat van zorgaanbieders die zich inspannen om goede zorg te leveren in lijn met de wet- en regelgeving en patiëntgericht handelen volgens de normen en richtlijnen die daarvoor staan. Er zijn zorgaanbieders die door gebrek aan kennis ongewild de regels overtreden – er zijn echter ook zorgaanbieders die goede zorg niet op de eerste plaats hebben staan. Voor het risico-toezicht zijn juiste data en antwoorden op vragen bij opvallende uitslagen essentieel.

De inspectie brengt onaangekondigde bezoeken daar waar de risico-indicatoren opvallende uitslagen geven en stelt vragen om te toetsen of aan de vereisten voor goede zorg wordt voldaan. De inspectie bewaakt of noodzakelijke verbetering en implementatie voortvarend wordt opgepakt. Het is de verantwoordelijkheid van iedere zorgaanbieder om wet- en regelgeving (beroeps) normen, richtlijnen en standaarden na te leven, om risico's op gezondheidsschade zoveel mogelijk te beperken en de veiligheid van de patiënt zoveel mogelijk te vergroten. De inspectie verwacht dan ook dat bestuurders hun verantwoordelijkheid hebben genomen om zaken op orde te brengen. Indien blijkt dat bestuurders in gebreke blijven handhaaft de inspectie. Zij doet dit door gebruik te maken van de maatregelen die haar ter beschikking staan. Deze omvatten stimuleringsmaatregelen tot en met haar bevoegdheid tot het opleggen van de (bestuurlijke) maatregelen die zij tot haar beschikking heeft te weten boete, bevel, aanwijzing of verscherpt toezicht. De inspectie is in 2015, gezien de op onderdelen achterblijvende resultaten, gestart met het intensiveren van haar toezicht op de particuliere klinieken. In 2016 en de komende jaren heeft dit zijn vervolg. Voor 2016 betekent dit onder meer dat in plaats van de jaarlijkse 20 algemeen toezicht bezoeken nu 30 klinieken een algemeen toezichtbezoek krijgen. De selectie vindt risico gestuurd plaats met behulp van een hiervoor ontwikkeld risicomodel. In 2016 staat tevens voor 25 klinieken een onaangekondigd bezoek gepland in het kader van 'Toezicht Infectiepreventie/Toezicht Operatief proces' (TIP/TOP). Dit naast de onaangekondigde bezoeken aan nieuwe toetreders, follow-up bezoeken, onderzoek naar calamiteiten, bezoeken naar aanleiding van zorgelijke signalen waaronder informatie uit het incidenten-toezicht en nog een aantal nader te bepalen thema's waaronder governance, kwaliteitsbeleid professionals en sedatie. Wat u van de inspectie mag verwachten is gericht, stringent en transparant toezicht op de particuliere klinieken door onaangekondigde risicogestuurde inspecties maar ook door het gesprek met bestuurders, koepels, (wetenschappelijke) verenigingen, zorgverleners en patiënten.

De inspectie ziet daarbij in eerste instantie toe op de bestuurder van de kliniek. De bestuurder is verantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid en moet er op sturen dat professionals zich aan de richtlijnen en normen houden.

Voor wat betreft de vereiste hygiënische omstandigheden waaronder operatieve ingrepen worden uitgevoerd wordt nu een stringent toezichtsbeleid gevoerd en gehandhaafd.

### **Samenwerking met ziekenhuizen**

Van de 324 klinieken hadden 40 klinieken geen samenwerkingsafspraken 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 is een lichte verbetering ten opzichte van 2013.

### **Kwaliteitscertificaat**

Ruim 80 procent van de klinieken heeft een kwaliteitscertificaat (het merendeel betreft een ZKN keurmerk). Een kwaliteitscertificaat is geen garantie, maar wel een indicator voor de wijze waarop een kliniek met kwaliteit en veiligheid bezig is.



### **Patiënttevredenheid**

Een patiënttevredenheidsonderzoek is in 288 van de 324 klinieken uitgevoerd. Het cijfer was gemiddeld een 8,5.

### **Kwetsbare groepen: kinderen en ouderen**

In particuliere klinieken is geen intensive care zorg (IC) en geen medium care zorg (MC). Patiënten die vanwege comorbiditeit en risico's op complicaties directe toegang nodig hebben tot intensive care of medium care zorg of medebehandeling en expertise nodig hebben van andere specialismen (waarin in de kliniek niet is voorzien), kunnen in particuliere klinieken niet worden onderzocht noch behandeld.

Voor patiënten die een invasieve ingreep ondergaan geldt het vereiste van screening op ASA-klasse en BMI. Voor patiënten van 70 jaar en ouder geldt daarbij tevens de screening op delier. Patiënten waarbij uit deze screenings een verhoogd risico wordt vastgesteld horen voor de invasieve ingreep en onderzoek niet thuis in de particuliere kliniek maar in het ziekenhuis en moeten dan ook worden doorverwezen naar een ziekenhuis.

Door 57 klinieken werd aangegeven invasieve behandelingen uit te voeren, echter in deze klinieken werd niet gescreend op delier bij patiënten van 70 jaar en ouder, werd niet de ASA-klasse vastgesteld en werd evenmin de BMI bepaald. De inspectie toetst of deze patiënten inderdaad worden doorverwezen. Indien niet wordt voldaan aan de vereisten van screening en doorverwijzen treedt de inspectie op en neemt zij maatregelen.

Voor invasieve ingrepen van patiënten onder de 18 jaar is, op een enkele uitzondering na zoals de correctie van afstaande oren (flaporen), geen plaats in particuliere klinieken. De minimumleeftijd voor een cosmetische ingreep zonder medische noodzaak is, volgens de richtlijnen van de beroepsorganisaties voor cosmetische artsen en plastisch chirurgen 18 jaar.

De inspectie vraagt de bestuurders en professionals zich hieraan te houden. De inspectie ziet hierop toe, toetst dit in onaangekondigde bezoeken. Indien niet wordt voldaan aan de vereisten treedt de inspectie op en neemt zij maatregelen. Gezien het ontbreken van hiervoor toereikende veldnormen voor particuliere klinieken en gezien voorwaarden voor goede zorg heeft de inspectie besloten te handhaven middels een IGZ-handhavingsnorm<sup>[3]</sup>. Het handvest Kind & Ziekenhuis is leidend evenals de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie.

### **Implantaten**

Van de 132 klinieken die aangaven operaties uit te voeren waarbij implantaten werden ingebracht hadden 3 klinieken geen registratiesysteem voor implantaten. Deze klinieken lichtten toe dat ze in 2015 aansluiten bij de landelijke registratie van de NVPC. Door een implantatenregister bij te houden kunnen patiënten actief worden opgespoord bij problemen. Traceerbaarheid van implantaten is van belang om niet naar behoren

---

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

functionerende implantaten op te sporen. De inspectie zal hier komend jaar toezicht op houden. Indien niet wordt voldaan aan de vereisten treedt de inspectie op en neemt zij maatregelen.

### **Ongeplande heroperaties**

Van de 127 klinieken die aangaven cosmetische ingrepen uit te voeren, gaven 40 klinieken (31 procent) aan geen registratie te voeren van ongeplande heroperaties binnen 12 maanden na de initiële ingreep.

Het is van groot belang dat ook klinieken die cosmetische ingrepen uitvoeren het aantal ongeplande heroperaties registreren, teneinde de kwaliteit van de geleverde zorg te monitoren. Klinieken die hebben aangegeven deze registratie niet te voeren worden door de inspectie hiertoe verplicht. Indien niet wordt voldaan aan de vereisten treedt de inspectie op en neemt zij maatregelen.

### **Bariatric**

In 12 klinieken werd bariatrische zorg gegeven en bariatrisch chirurgische ingrepen aangeboden. Gezien de risico's dienen de operatieve ingrepen plaats te vinden in een ziekenhuis met ondermeer directe toegang tot een IC level 1, dit is ook de praktijk. Door 12 klinieken werd het aantal patiënten bij wie bariatrische chirurgie was uitgevoerd geregistreerd, waarbij 7 klinieken aangaven ook daadwerkelijk bariatrische chirurgie te hebben uitgevoerd. Deze operaties werden uitgevoerd in een ziekenhuis. De overige 5 klinieken behandelden wel patiënten, maar er werden geen chirurgische ingrepen uitgevoerd. Van de 12 klinieken die bariatrische chirurgie aanboden hadden 9 klinieken een multidisciplinair behandelteam bestaande uit een chirurg, anesthesioloog, diëtist, psycholoog, internist en een verpleegkundige. Alle 12 klinieken boden een postoperatief programma aan.

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

In 190 (86 procent) van de 221 klinieken, die aangaven operaties te hebben uitgevoerd, werd het stopmoment IV: de Time-out procedure uitgevoerd en vastgelegd. Dit is een belangrijk en vereist stopmoment vlak voor de start van de operatie, waarin met het hele team voor de laatste keer patiënt, operatie, zijde/locatie, stollingsstatus, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering en aanwezigheid personeel wordt gecontroleerd op juistheid en volledigheid.

De Time-out procedure is een veiligheidsnorm en het naleven van deze norm leidt aantoonbaar tot minder patiëntenschade. De 31 klinieken die aangaven wel operaties te hebben uitgevoerd, maar niet het stopmoment IV: Time-out hebben uitgevoerd en vastgelegd, worden door de inspectie gehouden tot implementatie en naleving van het bovenstaande. De inspectie toetst dit in haar onaangekondigde bezoeken en neemt maatregelen indien hieraan niet wordt voldaan.

### **Anesthesie**

In 2012 heeft de inspectie minimumeisen voor verantwoorde zorg bij de toepassing van sedatie buiten de OK gepubliceerd. Het is verontrustend dat over het verslagjaar 2014 van de 34 klinieken<sup>[4]</sup> die hebben aangegeven procedurele anesthesie toe te passen er 3 klinieken aangaven niet te werken volgens dit toetsingskader.

Daar waar matige en/of diepe sedatie wordt toegepast, dient een professional aanwezig te zijn die onder meer Advanced Life Support (ALS) geschoold is. De 5 klinieken (van de 34 klinieken) die hebben aangegeven geen ALS-deskundige beschikbaar te hebben dienen dit snel te regelen. De klinieken worden gehouden aan het toetsingskader. De inspectie treedt handhavend op wanneer niet aan deze vereisten wordt voldaan.

### **Anesthesie medisch diagnostische centra**

In 7 van de 50 medisch diagnostische centra werd een vorm van anesthesie (lokaal, algeheel, procedurele sedatie) toegepast. Al deze 7 centra werkten volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie en hebben iemand met een ALS deskundigheid dagelijks beschikbaar. De personen die procedurele sedatie toepasten voldeden aan de bekwaamheidseisen en de medewerker werd bij matige/diepe sedatie uitsluitend voor de bewaking van de patiënt ingezet.

### **Infecties**

Het registreren van en controleren op postoperatieve wondinfecties (POWI's) na invasieve ingrepen stagneert. In 2013 werd in 7 procent van de klinieken (17 klinieken) niet geregistreerd en dat is verslechterd naar 8,8 procent (23 klinieken) van de 260 klinieken die invasieve behandelingen aanbieden. De klinieken die heupprothesen plaatsten en bariatrische ingrepen uitvoerden scoorden het slechtst. Van de klinieken die heupprothesen plaatsten registreerde 42 procent geen postoperatieve infecties en van de klinieken die bariatrische ingrepen uitvoerden was dit 46 procent. De inspectie wijst erop dat het registreren van en controleren op POWI's plaats dient te vinden. Artsen moeten deze registratie onverwijld ter hand nemen. Artsen en bestuurders moeten hierop sturen en de inspectie treedt handhavend op daar waar niet aan deze vereisten wordt voldaan.

Tijdens inspectiebezoeken in particuliere klinieken waar operaties plaatsvinden is de afgelopen jaren gebleken dat de eisen voor verantwoorde luchtkwaliteit op OK complexen niet altijd voldoende bekend zijn, noch nageleefd worden. Patiënten lopen in een dergelijke situatie een verhoogd risico op postoperatieve wondinfecties. De inspectie heeft een toetsingskader opgesteld op basis van de richtlijn 'Luchtbehandeling in operatiekamer en opdekuimte in operatieafdeling klasse 1; WIP, november 2014' dat in mei 2016 is gepubliceerd.

Volgens richtlijnen van zowel de werkgroep infectie preventie (WIP) als de wetenschappelijke verenigingen dienen orthopedische implantaten, borstprothesen en intraoculaire lenzen in een OK-klasse 1 te worden geplaatst. Toch plaatst van de 96 klinieken 28 klinieken (29 procent) deze implantaten niet in een OK-klasse 1.

---

[4] De medisch diagnostische centra zitten hier niet bij.

De inspectie doet onderzoek naar deze klinieken en treedt handhavend op daar waar niet aan deze vereisten wordt voldaan.

### **Jaargesprekken, IFMS, visitatie en regeling disfunctioneren**

In een relatief groot aantal klinieken waar medisch specialisten werken werd een instrument (jaargesprekken, IFMS en/of visitaties) toegepast om het functioneren in beeld te brengen en te verbeteren.

In 32 klinieken waar medisch specialisten werkten werden evenwel geen jaargesprekken, IFMS, noch visitatie (2014) uitgevoerd en deze klinieken waren niet in het bezit van een regeling disfunctioneren.

De NVKNO en de NVMDL (voor de scopiërende internisten) hebben in de klinieken waar KNO-artsen en scopiërende internisten werkten geen visitaties uitgevoerd. De NVA, NOV, NVPC, NVMDL, NVMDL, NVDV, NVVC en het NOG hebben in meer of mindere mate visitaties uitgevoerd.

De inspectie benadrukt, en dit wordt ook door de wetenschappelijke verenigingen onderschreven, dat visitatie in particuliere klinieken 'op locatie' van belang is.

In 20 klinieken (80 procent), van de 25 klinieken waar cosmetisch artsen werken, zijn de cosmetisch artsen niet gevisiteerd door de NVCG. De bekwaamheid, het functioneren van de cosmetisch arts, is zo niet of onvoldoende in beeld. Dit inzicht en de adviezen en maatregelen die voortvloeien uit een visitatie zijn van belang en vereist omdat ook dit bijdraagt aan de veilige en goede patiëntenzorg.

Op welke wijze de raad van bestuur, de medische staf (en de interne toezichthouder) hun verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit en veiligheid, waar essentiële informatie over het functioneren van artsen ontbreekt, is volstrekt onduidelijk.

Deze klinieken zijn hoog op de bezoeklĳst geplaatst om te toetsen op welke wijze de raad van bestuur (en de medische staf) zijn verantwoordelijkheid heeft genomen. Indien niet wordt voldaan aan de vereisten treedt de inspectie op en neemt zij maatregelen.

# Inleiding

## Inleiding

In 2015 is aan alle bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) bekende adressen van particuliere klinieken<sup>[5]</sup>, gevraagd om de risico-indicatoren over 2014 betreffende hun organisatie per locatie (kliniek) in te vullen en aan te leveren. De inspectie vindt het van belang om van particuliere klinieken systematisch informatie te krijgen over voorwaarden voor goede en verantwoorde zorg.<sup>[6]</sup> De indicatoren maken deel uit van het onderzoeksinstrumentarium waarmee op basis van risico-inschatting prioritering van het toezicht plaatsvindt. Het toezicht wordt hiermee risicogestuurd ingericht.

Alle klinieken (locaties) zijn verzocht om indicatoren over het verslagjaar 2014 aan te leveren. Ondanks herinneringen hebben 9 klinieken (locaties) aan de inspectie geen data aangeleverd. Het totaal aantal locaties waar in dit rapport over rapporteert, bedraagt 324 klinieken en 50 medisch-diagnostische centra. De klinieken en medisch diagnostische centra die geen data hebben aangeleverd staan vermeld in bijlage 3 en worden (zijn) door de inspectie bezocht.

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

## Uitgangspunten

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

Over een negatief signaal stelt de inspectie vragen, schriftelijk of tijdens een toezichtbezoek of gesprek. De inspectie oordeelt niet alleen op basis van de risico-indicatoren over een kliniek, maar zij baseert zich tevens op uitkomsten van incidententoezicht en risicotoezicht.

- *Instellingen maken zelf resultaten openbaar.*

De gekozen indicatoren geven zonder nadere uitleg geen goed beeld van de zorg in

---

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

---

[6] Sinds 1 januari 2016 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van kracht. Art. 2 Wkkgz spreekt over 'goede zorg'. 'De zorgaanbieder biedt goede zorg aan.' Hieronder wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. In 2014 was het de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ), art. 2 KWZ spreekt van verantwoorde zorg. De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan.

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 inspectie gaat ervan uit dat de uitkomsten van de registratie van de risico-indicatoren in de klinieken ook wordt gebruikt als informatie om processen te sturen en te monitoren.

- *De basisset is een ontwikkelingsmodel.*

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

Momenteel werkt de inspectie aan het samenvoegen van de basisset ziekenhuizen en de basisset particuliere klinieken.

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

### **Samenwerking**

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

### **Methodiek**

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

Aan bij de inspectie bekende adressen van particuliere klinieken en medisch diagnostische centra is een brief verstuurd waarin is gevraagd de basisset particuliere klinieken 2014 in te vullen en deze gegevens voor 1 maart 2015 aan de inspectie aan te leveren. Om het aanleveren van de data te vergemakkelijken werd een digitale vragenlijst ontwikkeld. De data zijn verwerkt zoals aangeleverd, de inspectie heeft de data niet geverifieerd of gecorrigeerd.

### ***Inspectietoezicht***

De risicobeoordeling van de klinieken voert de inspectie in drie stappen uit. Aan de hand van de aangeleverde data wordt in eerste instantie bepaald of er enkelvoudige uitkomsten zijn die duiden op mogelijk risico's voor de patiëntveiligheid, zodanig dat het direct starten van onderzoek door de inspectie noodzakelijk is. Daarna stelt de inspectie op basis van de analyse van alle aangeleverde gegevens vast welke uitkomsten in meer algemene zin nadere verkenning behoeven. De uitkomsten hiervan, gecombineerd met de reeds bij de inspectie bekende gegevens uit het incidententoezicht en andere signalen, bepalen over het verslagjaar de keuze voor de te inspecteren particuliere klinieken. Met deze aanpak richt de inspectie zich op die klinieken waar de grootste risico's zijn.

### ***Leeswijzer***

Het Resultaat Telt Particuliere Klinieken 2014 is als volgt opgebouwd. Na de algemene inleiding wordt in hoofdstuk 2 inzicht gegeven in de sector, met diverse kengetallen. Hierna volgen de inhoudelijke hoofdstukken 3 tot en met 6, waarin achtereenvolgens de kwetsbare groepen (zorgzwaarte), zorg, infecties, professionals en medisch diagnostische centra als apart hoofdstuk zijn beschreven. Elk hoofdstuk is gelijk opgebouwd; eerst staan de indicatoren benoemd waar het hoofdstuk over gaat met daarna een korte inleiding. Vervolgens zijn de belangrijke bevindingen die acties en maatregelen van de inspectie vereisen als kernbevindingen beschreven. Deze acties, naar aanleiding van de kernbevindingen, zijn vervolgens benoemd. Tot slot zijn in elk hoofdstuk de overige bevindingen van de betreffende indicatoren in een tabel verwerkt. In de bijlage staan de indicatoruitkomsten 2014 opgenomen die niet apart in een inhoudelijk hoofdstuk terugkomen.

# 1 Algemeen

## Indicatoren

- Samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis
- Kwaliteitscertificaat
- Patiënttevredenheid

## Inleiding

In dit hoofdstuk worden enkele kengetallen van het veld weergegeven en belangrijkste uitkomsten besproken van de indicatoren met betrekking tot samenwerking met ziekenhuizen, kwaliteitscertificaten en patiënttevredenheid.

## Kernbevindingen

### Kengetallen

In totaal hebben 324 klinieken (locaties) en 50 medisch diagnostische centra (locaties) gegevens aangeleverd over het verslagjaar 2014, deze aantallen zijn vrijwel hetzelfde als over het verslagjaar 2013. Deze 324 klinieken voerden in totaal bij 603.310 patiënten 890.723 behandelingen uit, waarmee het aantal behandelde patiënten ten opzichte van 2013 vrijwel gelijk bleef (602.208 in 2013). Het aantal behandelingen steeg met 87.850. In totaal gaven 260 klinieken aan 313.226 invasieve<sup>[7]</sup> behandelingen uit te voeren ten opzichte van 255 klinieken met in totaal 310.827 invasieve behandelingen in 2013. In onderstaande tabel worden de gegevens weergegeven van klinieken die de afgelopen jaren data hebben aangeleverd.

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

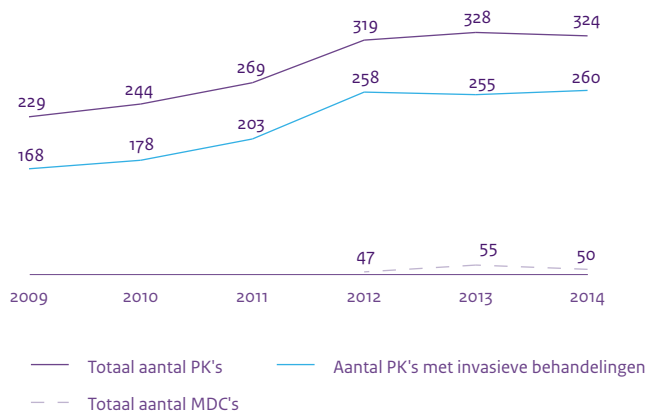
[7] Binnen het totale aantal behandelingen kan een onderscheid gemaakt worden in invasieve en niet invasieve behandelingen. Definitie invasieve behandelingen: 'Snijdende ingrepen, waaronder operaties, inspuitingen en refractiechirurgie.' Zowel bij LASIK

als LASEK worden de infecties gemonitord, daarom is ervoor gekozen beide behandelingen toch als invasief te beschouwen. Zie p. 34 Basisset particuliere klinieken 2014.



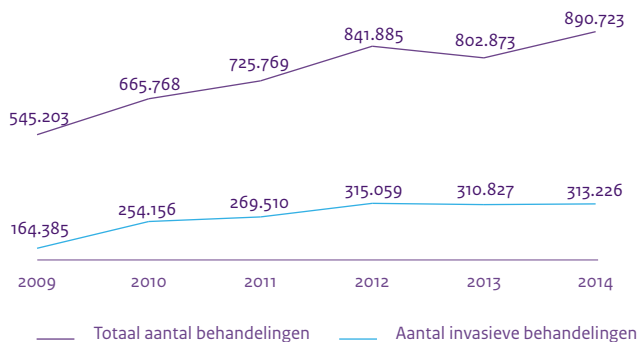
Figuur 1.1

**Kengetallen aantal instellingen**



Figuur 1.2

**Kengetallen aantal behandelingen**



**Samenwerking met ziekenhuizen**

Van de 324 klinieken hadden 40 (12 procent) geen samenwerkingsafspraken (schriftelijk of mondeling) met een ziekenhuis waar de patiënt in geval van een calamiteit of bij complicaties die niet in de particuliere kliniek behandelbaar zijn, (24 uur per dag, 7 dagen in de week) terecht kon. Dit is een lichte verbetering ten opzichte van 16 procent van de klinieken die geen samenwerkingsafspraken hadden in 2013.

**Kwaliteitscertificaat**

Van de 324 klinieken hebben 262 (ruim 80 procent) aangegeven over een kwaliteitscertificaat te beschikken en het overgrote deel hiervan betreft een ZKN keurmerk (n=218, 83,2 procent). Over het HKZ en/of NIAZ keurmerk geven 13 respectievelijk

8 klinieken aan te beschikken<sup>[8]</sup>. Verder geven 39 van de 262 klinieken aan over een ander certificaat te beschikken<sup>[9]</sup>.

#### ***Patiënttevredenheid***

Een patiënttevredenheidsonderzoek werd in 288 klinieken uitgevoerd, waarbij 237 klinieken een rapportcijfer (range 1-10) verkregen. Dit cijfer was gemiddeld een 8,5.

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

De 40 klinieken die hebben aangegeven geen samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis te hebben, dienen dit te realiseren. Eén van de oorzaken die de klinieken aangeven voor het achterblijven van de samenwerking tussen ziekenhuizen en particuliere klinieken was de weigering van sommige ziekenhuizen hier gestructureerde afspraken over te maken. Ziekenhuizen zijn echter altijd gehouden aan hun zorgplicht in geval van een calamiteit of ernstige complicaties. De zorg voor de patiënt is dus vanuit dat perspectief wel geregeld. Een formele samenwerking tussen klinieken en ziekenhuizen heeft de voorkeur, omdat dit de kwaliteit en continuïteit van zorg ten goede komt.

#### ***Kwaliteitscertificaat***

De inspectie beschouwt het bezit van een kwaliteitscertificaat als belangrijke indicator voor de wijze waarop een kliniek met het onderwerp kwaliteit en veiligheid bezig is. Krap 20 procent van de klinieken beschikt echter niet over een kwaliteitscertificaat. Derhalve zal de inspectie deze klinieken, binnen het reguliere toezicht, om een toelichting vragen.

#### ***Patiënttevredenheid***

In 50 klinieken is het in een cijfer gemeten resultaat van de patiënttevredenheid niet bekend. Daarnaast hebben 36 klinieken aangegeven de patiënttevredenheid niet onderzocht te hebben. Hiermee mist de kliniek informatie die tot verbetering van zorg kan leiden en wat vanuit patiëntenperspectief goede zorg is. De inspectie constateert dat nog geen sprake is van gestructureerd uitvragen van de patiënttevredenheid en verwacht dat de klinieken dit komend jaar wel uitvragen.

#### **Overige bevindingen**

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

In onderstaande tabel 1.1 wordt een overzicht van de samenwerkingsvormen tussen klinieken en ziekenhuizen gegeven.

---

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

---

[9] Eén opvallende toelichting betrof de kliniek die aangaf de goedkeuring van de IGZ als enige belangrijke te ervaren.

Tabel 1.1

**Samenwerking met ziekenhuizen**

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

Aantal klinieken dat samenwerkingsafspraken, inzake opvang van calamiteiten, had met een ziekenhuis (n=324)	284 (88%)
Aantal klinieken dat schriftelijke samenwerkingsafspraken, inzake opvang van calamiteiten, had met een ziekenhuis (n=284)	221 (78%)
Aantal klinieken dat mondelinge samenwerkingsafspraken, inzake opvang van calamiteiten, had met een ziekenhuis (n=284)	63 (22%)
Aantal klinieken dat afspraken had met betrekking tot het gebruik van de OK of andere faciliteiten van het ziekenhuis (n=324)	91 (28%)
Aantal klinieken dat bovenstaande afspraken schriftelijk heeft vastgelegd (n=91)	76 (84%)
Aantal klinieken dat bovenstaande afspraken mondeling heeft gemaakt (n=91)	15 (16%)

Tabel 1.2

**Kwaliteitscertificaten**

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

Aantal klinieken <sup>[10]</sup> dat beschikte over een kwaliteitscertificaat (n=324)	262 (81%)
Aantal klinieken dat beschikte over een ISO 9001 certificaat (n=262)	77 (29%)
Aantal klinieken dat beschikte over een HKZ certificaat (n=262)	13 (5%)
Aantal klinieken dat beschikte over een ZKN keurmerk (n=262)	218 (83%)
Aantal klinieken dat beschikte over een NIAZ certificaat (n=262)	8 (3%)
Aantal klinieken dat beschikte over een ander certificaat dan eerder genoemde (n=262)	39 (15%)

Tabel 1.3

**Patiënttevredenheid**

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

Aantal klinieken dat patiënttevredenheidsonderzoek heeft uitgevoerd (n=324)	288 (89%)
Aantal klinieken dat de beschikking had over een gemiddeld rapportcijfer (range 1-10) betreffende patiënttevredenheid van alle behandelde patiënten in het verslagjaar (n=324)	237 (73%)
Gemiddelde rapportcijfer patiënttevredenheid (n=237)	8,5 (spreiding 7,0 - 9,9)
Gemiddelde relatieve steekproefgrootte waarbinnen de patiënttevredenheid is onderzocht (n=237)	41% (p50=19%, p75=79%)

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

## 2 Kwetsbare groepen (zorgzwaarte)

### Indicatoren

- Huiselijk geweld en kindermishandeling
- Zorgzwaarte van de patiënten (ASA-klasse)
- Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35
- Deliriumbeleid bij klinische patiënten
- Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar en ouder

### Inleiding

Het signaleren en actie ondernemen bij mogelijk huiselijk geweld en kindermishandeling is een verantwoordelijkheid die, naast de maatschappelijke verantwoordelijkheid van iedere burger, tot de wettelijk vastgelegde en professionele verantwoordelijkheid van een ieder die werkzaam is in de zorg behoort.

De zorg voor patiënten in particuliere klinieken kenmerkt zich ondermeer door de electieve (volume) zorg. In particuliere klinieken kunnen geen patiënten worden onderzocht en behandeld die mogelijk vanwege comorbiditeit en risico's op complicaties directe toegang nodig hebben tot IC/MC zorg en bij wie medebehandeling en expertise nodig is van andere medisch specialisten, waarin niet is voorzien in de klinieken.

Van patiënten die een operatieve ingreep ondergaan, dient de ASA-klasse en BMI te worden bepaald ten einde het risico vast te stellen. Voor patiënten van 70 jaar en ouder geldt het vereiste van screening op delirium. Voor risicopatiënten dient de invasieve ingreep (en onderzoek) plaats te vinden in het ziekenhuis.

Voor kinderen is, op enkele uitzonderingen na, geen plaats voor invasieve behandelingen (en onderzoeken) in particuliere klinieken. Onder de 18 jaar mogen bovendien geen cosmetische ingrepen plaats vinden, met uitzondering van een operatieve correctie van afstaande oren (flaporen).

### Kernbevindingen

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

Van de 324 klinieken hebben 238 (73 procent) aangegeven een meldcode kindermishandeling in de kliniek te gebruiken. Echter 86 klinieken gebruikten deze meldcode kindermishandeling niet en in meer dan de helft van de klinieken die een code gebruikten werd geen training aan personeel aangeboden voor toepassing van de code.

#### *Screening: delier bij patiënten van $\geq 70$ jaar, ASA-klasse $\geq 3$ en BMI $\geq 35$*

Op de vraag 'screende u in het verslagjaar structureel patiënten op risico voor delirium' hebben 69 klinieken aangegeven dit te doen. Bij 40 klinieken bleek uit de screening dat patiënten van 70 jaar en ouder een verhoogd risico op delier hadden.

Op de vraag 'registreerde uw instelling de ASA-klasse in het verslagjaar' hebben 169

klinieken aangegeven dit te doen. In totaal hebben 36 klinieken aangegeven patiënten behandeld te hebben met een ASA-klasse hoger of gelijk aan 3.

Op de vraag 'registreerde u in het verslagjaar patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35', hebben 123 klinieken aangegeven dit te doen. Bij 86 klinieken bleek uit de registratie dat patiënten een BMI groter of gelijk aan 35 hadden. Uit de data is niet te achterhalen of de patiënten met een verhoogde ASA-klasse en verhoogd BMI een invasieve ingreep hebben ondergaan in de particuliere kliniek of dat deze patiënten zijn doorverwezen naar een ziekenhuis.

Daarnaast gaven 57 klinieken aan invasieve behandelingen uit te voeren, echter zij screenden niet op delier bij patiënten ouder dan 70 jaar, stelden geen ASA-klasse vast en bepaalden evenmin de BMI.

#### ***Aantal patiënten onder de 18 jaar***

Van de 324 klinieken gaven 185 klinieken aan patiënten jonger dan 18 jaar te behandelen. Aantallen kinderen geëxpliciteerd naar onderzoek, behandeling en/of ingreep zijn niet bekend/uitgevraagd.

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

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

Een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals goed te reageren op signalen. Sinds 1 juli 2013 zijn professionals verplicht de meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring. Dit is als zodanig wettelijk vastgelegd en geldt, ongeacht het werkgebied, voor alle professionals in de zorg.<sup>[11]</sup> Bij wet van 14 maart 2013 zijn de Kwaliteitswet zorginstellingen en diverse andere wetten gewijzigd en is de verplichting opgenomen om te beschikken over een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling en de kennis en het gebruik daarvan te bevorderen, onderscheidenlijk die meldcode te hanteren (verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling).<sup>[12]</sup> Relatief veel klinieken gaven aan in 2014 een meldcode kindermishandeling te gebruiken. Echter een aantal klinieken (86) gebruikte deze meldcode kindermishandeling niet en in meer dan de helft van de klinieken die een code wel gebruikten werd geen training aan het personeel aangeboden voor gebruik van de code. De inspectie vindt verbetering noodzakelijk.

De bevinding dat niet alle particuliere klinieken een code hanteerden en niet alle klinieken de professionals hebben geschoold is zorgelijk en getuigt niet van het nemen van professionele en maatschappelijke verantwoordelijkheid noch van voldoen aan de

---

[11] [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).

[12] Kwaliteitswet zorginstellingen, artikel 3a lid 1. De zorgaanbieder stelt voor zijn medewerkers een meldcode vast waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kinder-

mishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden. Zie verder de artikelen. Ook in de Wkkgz is deze verplichting opgenomen.

wettelijke verplichting. Een meldcode die voldoet aan de wet en hier aantoonbaar naar handelen is onderdeel van ‘de verantwoorde zorg’ waar de bestuurder als verantwoordelijke voor kwaliteit en veiligheid op aangesproken wordt - evenals de professionals vanwege hun professionele verantwoordelijkheid.

De inspectie ziet toe op het naleven van deze vereisten van bestuurders en professionals in de zorg en zo dus ook in de particuliere klinieken. De inspectie verwacht dat de bestuurders en professionals van de particuliere klinieken, waar deze code niet is ingevoerd en waar deze niet operationeel en geborgd is, hierin verantwoordelijkheid nemen. De inspectie toetst dit gericht in haar reguliere toezicht, onaangekondigde bezoeken zijn hier onderdeel van. De inspectie neemt indien nodig (bestuurlijke) maatregelen.

**Screening: delier bij patiënten  $\geq 70$  jaar, ASA-klasse  $\geq 3$  en BMI  $\geq 35$**

Samengevat meldden de klinieken, voor wat betreft de screening in het preoperatieve traject voor een invasieve ingreep en/of onderzoek, dat er patiënten zijn van 70 jaar en ouder die bij de screening op delier een verhoogde kans hadden op het delier en dat er patiënten zijn met een ASA klasse hoger of gelijk aan 3 en dat er patiënten zijn met een BMI hoger of gelijk aan 35.

Uit de data is niet te achterhalen of deze patiënten ook daadwerkelijk een invasieve ingreep en/of onderzoek hebben ondergaan in de particuliere kliniek, noch of deze patiënten inderdaad zijn doorverwezen naar een ziekenhuis. Patiënten met een ASA-klasse hoger of gelijk aan 3 dienen te worden doorverwezen naar het ziekenhuis.

Daarnaast bleken in 57 klinieken invasieve behandelingen uitgevoerd te zijn, echter zonder screening op delier bij patiënten van 70 jaar en ouder, zonder het registreren van de ASA-klasse en evenmin werd de BMI geregistreerd. Deze klinieken staan gezien het risicogestuurd toezicht hoog op de prioriteitenlijst voor een toezichtsbezoek.

De inspectie merkt op dat:

- voor elke geplande opname voor een invasieve ingreep bij patiënten van 70 jaar en ouder bij de preoperatieve screening het risico op een delirium dient te worden vastgelegd<sup>[13]</sup>. Dit geldt ook voor invasieve onderzoeken als scopieën;
- een patiënt met een verhoogd risico op delier moet worden beschouwd als risico patiënt en deze patiënt kan vervolgens niet in een particuliere kliniek een invasieve ingreep ondergaan en moet daarvoor worden doorverwezen naar een ziekenhuis. Dit geldt ook voor invasieve onderzoeken als scopieën;
- patiënten met ASA van hoger of gelijk aan 3 voor een invasieve ingreep in een ziekenhuis dienen te worden behandeld. Een uitzondering hierop is bijvoorbeeld een dermatologische behandeling<sup>[14]</sup>;

---

[13] Zie p. 43 basisset PK 2014

[14] Zie p. 23 HRT 2013.

- patiënten met een BMI van hoger of gelijk aan 35 een verhoogd risico hebben en in principe uitgesloten worden van (invasieve) behandeling in de particuliere kliniek en dienen te worden doorverwezen naar een ziekenhuis<sup>[15]</sup>. Dit geldt ook voor invasieve onderzoeken als scopieën.

De inspectie vraagt bestuurders en professionals hiernaar te handelen. In haar reguliere toezicht zal de inspectie de klinieken hieraan toetsen, onaangekondigde bezoeken zijn hier onderdeel van. De inspectie neemt indien nodig (bestuurlijke) maatregelen.

#### *Aantal patiënten onder de 18 jaar*

Van de 324 klinieken gaven 185 klinieken aan patiënten jonger dan 18 jaar te behandelen. De aantallen kinderen geëxpliciteerd naar onderzoek, behandeling en/of ingreep zijn niet bekend/uitgevraagd en de inspectie niet bekend. De inspectie heeft dit in onderzoek en treedt handhavend op indien blijkt dat kinderen in particuliere klinieken cosmetische ingrepen ondergaan en daar waar de ingreep in een ziekenhuis diende plaats te vinden. Voor patiënten onder de 18 jaar is, op een enkele uitzonderingen na zoals de operatieve correctie van afstaande oren (flaporen), geen plaats voor invasieve behandelingen in particuliere klinieken. Zolang de kennis en toegang daartoe om enerzijds adequaat de risico's in te kunnen schatten en anderzijds aan deze patiënten veilige en verantwoorde zorg te geven niet aantoonbaar aanwezig is kunnen invasieve behandelingen in particuliere klinieken niet plaats vinden. Het Handvest Kind & Ziekenhuis<sup>[16]</sup> geeft handvatten voor de rechten van de patiënt en ouders als het informed consent en het recht op optimale medische behandeling en verpleegkundige en andere zorg door speciaal voor de zorg aan kinderen opgeleide professionals als bijvoorbeeld de kinderverpleegkundigen. Cosmetische ingrepen bij patiënten onder de 18 jaar mogen niet uitgevoerd worden. De inspectie vraagt bestuurders en professionals hiernaar te handelen. De inspectie neemt indien nodig (bestuurlijke) maatregelen.

Het normenkader voor de behandeling van kinderen in particuliere klinieken waar de inspectie om heeft gevraagd bij wetenschappelijke verenigingen is niet ontwikkeld. De inspectie is met de relevante wetenschappelijke verenigingen in gesprek om te kijken wat ten aanzien van de risico inschatting verder nodig is en waar de grenzen liggen. Gezien het ontbreken van hiervoor toereikende veldnormen voor particuliere klinieken en gezien voorwaarden voor goede zorg heeft de inspectie besloten te handhaven middels een IGZ-handhavingsnorm<sup>[17]</sup>. Het Handvest Kind & Ziekenhuis is leidend evenals de relevante richtlijnen voor kinderen van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie<sup>[18]</sup>.

---

[15] Zie p. 39 basisset PK 2014.

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

---

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

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

## Overige bevindingen

### *Huiselijk geweld en kindermishandeling*

Van de 324 klinieken gaven 238 klinieken aan een meldcode kindermishandeling in de kliniek te gebruiken. 86 klinieken gebruikten de meldcode kindermishandeling niet.

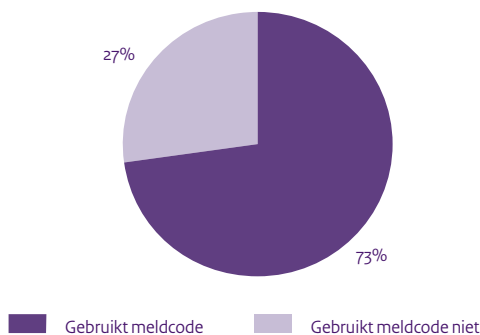
In 101 van de 238 klinieken die een code gebruikten werd training aangeboden voor gebruik van de code.

Van de 185 klinieken die zorg leverden aan kinderen, gebruikten 25 klinieken de meldcode niet en 124 klinieken traiden hun personeel niet.

Figuur 2.1

#### Meldcode kindermishandeling

---



### *Zorgzwaarte van de patiënten (ASA-klasse)*

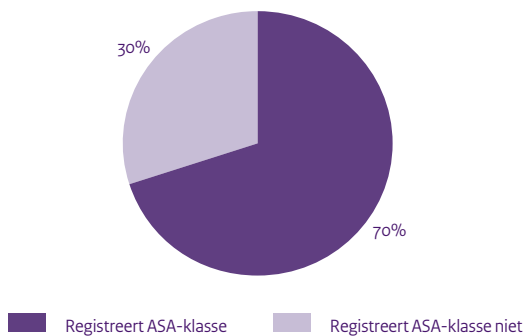
181 van de 260 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden registreerden preoperatief de ASA-klasse; uit deze preoperatieve screenings bleek dat 169 klinieken een ASA-klasse van groter of gelijk aan 3 hadden.



Figuur 2.2

**Registratie ASA-klasse**

---



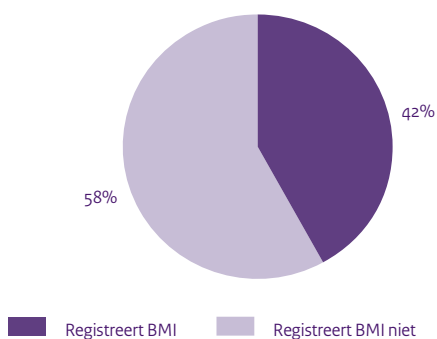
***Aantal patiënten met een BMI  $\geq 35$***

108 van de 260 klinieken registreerden preoperatief het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35. Uit deze preoperatieve screenings bleek dat 123 klinieken een BMI groter of gelijk aan 35 hadden.

Figuur 2.3

**Registratie BMI**

---



### **Deliriumbeleid bij klinische patiënten van 70 jaar en ouder**

Van de 241 klinieken (46 procent) die patiënten van 70 jaar en ouder behandelen beschikten 111 klinieken over een deliriumprotocol welke voldeed aan de kenmerken voor dat protocol<sup>[19]</sup>. Van de 241 klinieken beschikten 130 klinieken dus niet over dit deliriumprotocol.

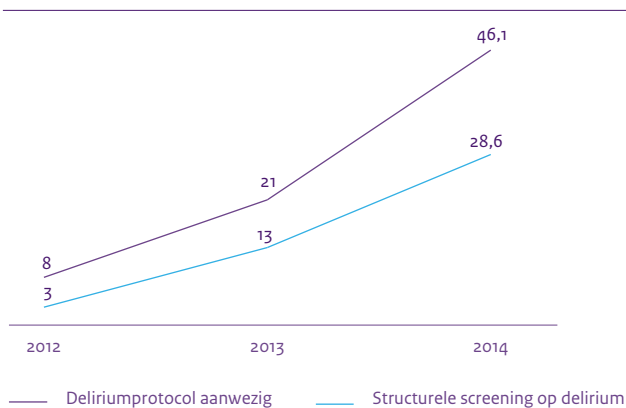
Van de 241 klinieken (28 procent) screenden 69<sup>[20]</sup> klinieken preoperatief structureel de patiënten op risico voor delirium.

Van de 241 klinieken hadden 41 klinieken (mogelijk) wel een protocol doch screenden preoperatief niet (structureel), van de 241 klinieken screenden 172 klinieken deze patiënten niet (structureel) preoperatief op het risico voor delirium.

Uit de preoperatieve screening in klinieken die structureel patiënten screenen op risico voor delirium bleek dat bij 40 klinieken patiënten van 70 jaar en ouder een verhoogd risico op een delier hadden.

Figuur 2.4

#### **Delirium Screening**



### **Screening: delier bij patiënten $\geq 70$ jaar, ASA-klasse $\geq 3$ en BMI $\geq 35$**

Uit de gegevens bleken 57 klinieken wel invasieve behandelingen uit te voeren, maar niet te screenen op delier bij patiënten van 70 jaar en ouder, niet de ASA-klasse vast te stellen en niet de BMI te bepalen.

[19] p. 42, 43 basisset PK 2014.

[20] De 69 klinieken screenden preoperatief structureel de patiënten op risico voor delirium. Uit de indicatoren is niet op te maken of deze klinieken over een protocol beschikten.

## 3 Zorg

### Indicatoren

- Anesthesiologie
- Pijn
- Implantaten
- Tromboseprofylaxe
- Ongeplande heroperaties
- Bariatrie
- Stopmoment IV: Time-out

### Inleiding

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten besproken van de indicatoren met betrekking tot anesthesiologische zorg, implantaatregistraties, tromboseprofylaxe, heroperaties na cosmetische ingrepen, bariatrie, foto voorafgaand aan cosmetische ingreep en het uitvoeren en vastleggen van stopmoment IV: Time-out. De uitkomsten van de indicator antibioticaprofylaxe zijn niet geanalyseerd en in de bijlage ‘indicatoruitkomsten 2014’ opgenomen.

### Kernbevindingen

#### *Anesthesiologie*

Van de 198 klinieken die enige vorm van anesthesie toepasten, voerden 34 klinieken (17,2 procent) procedurele sedatie uit. Van die 34 klinieken gaven 31 aan te werken volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie. In 30 van de 34 klinieken was een lokale PSA-commissie actief, 4 klinieken had echter zowel geen lokale noch een externe PSA commissie. Eén instelling heeft aangegeven geen informed consent af te nemen bij het toepassen van procedurele sedatie.

#### *Pijn*

Van de 265 klinieken die de indicator ‘postoperatieve pijn bij dagbehandeling’ hebben ingevuld, hebben 141 aangegeven navraag te doen naar de pijnintensiteit bij patiënten na dagbehandeling op de dag na de ingreep. Bij deze 141 klinieken werd bij gemiddeld 95 procent van de behandelde patiënten ook daadwerkelijk nagebeeld.

#### *Implantaten*

Van de 132 klinieken die implantaten toepassen hanteren 3 geen registratiesysteem voor implantaten.

Bij 39 (50 procent) van 78 klinieken die rimpelvullers toepasten werd geen productpaspoort verstrekt aan de patiënt.

### ***Tromboseprofylaxe***

De indicator met betrekking tot tromboseprofylaxe is niet geanalyseerd, omdat er een discrepantie bleek te bestaan tussen de termijn uit de richtlijn en de termijn uit de indicator. In de nieuwe basisset 2015/2016 is dit aangepast.

### ***Ongeplande heroperaties***

Van de 127 klinieken die aangaven cosmetische ingrepen uit te voeren, gaven 40 klinieken (31 procent) aan geen registratie te voeren van ongeplande heroperaties binnen 12 maanden na de initiële ingreep. Bij de 5 klinieken (4 procent) die wel registreerden bedroeg het percentage ongeplande heroperaties meer dan 5.

### ***Bariatric***

In 13 klinieken werd bariatrische zorg gegeven waarvan 12 klinieken ook bariatrisch chirurgische ingrepen aanboden, waarbij de 12 klinieken een postoperatief programma aanboden. Van deze 12 klinieken hebben 7 klinieken daadwerkelijk bariatrisch chirurgische ingrepen in een ziekenhuis uitgevoerd en hebben 5 klinieken aangegeven patiënten te behandelen, maar werden geen chirurgische ingrepen uitgevoerd.

Eén kliniek gaf aan maagballonnen te plaatsten en heeft in 2014 65 maagballonnen geplaatst.

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

In totaal werd bij 190 van de 221 klinieken, die aangaven operaties te hebben uitgevoerd, het stopmoment IV: Time-out uitgevoerd en vastgelegd.

## **Acties naar aanleiding van kernbevindingen**

### ***Anesthesie***

In 2012 heeft de inspectie minimeisen voor verantwoorde zorg bij de toepassing van sedatie buiten de OK gepubliceerd<sup>[21]</sup>. Het is verontrustend dat 3 klinieken aangaven niet te werken volgens dit toetsingskader. De inspectie verwacht dat deze klinieken dit onverwijld implementeren. Dit geldt ook voor het uitvragen van een informed consent. De richtlijn schrijft voor dat in het medisch dossier een aantekening moet worden gemaakt over wat besproken is over de behandeling, de (mondelinge) toestemming van de patiënt voor de procedure, de geplande PSA techniek en de kwalificaties van degene die de PSA gaat uitvoeren<sup>[22]</sup>.

Daar waar matige en/of diepe sedatie wordt toegepast, dient een professional aanwezig te zijn die onder meer Advanced Life Support (ALS) geschoold is. De inspectie verwacht dat de klinieken die hebben aangegeven geen ALS-deskundige beschikbaar te hebben dit onverwijld

---

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

---

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

regelen. De inspectie toetst de klinieken hieraan in onaangekondigde bezoeken en indien nodig zal de inspectie (bestuurlijke) maatregelen nemen.

In 4 van de 34 klinieken was geen lokale, noch een externe PSA commissie actief. Deze commissie is nodig om de kwaliteit en veiligheid met betrekking tot procedurele sedatie te borgen. De inspectie verwacht dat deze klinieken dit onverwijld op orde brengen.

### **Pijn**

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

### **Implantaten**

Door een implantatenregister bij te houden kunnen patiënten actief worden opgespoord bij problemen en een eventuele recall. De meeste klinieken die in 2014 geen elektronisch of papieren registratiesysteem hadden, dit waren 3 klinieken die implantaten plaatsten en 10 klinieken die rimpelvullers gebruikten, lichtten toe dat ze in 2015 aansluiten bij de landelijke registratie van de NVPC. De inspectie zal hier komend jaar toezicht op houden. Het valt de inspectie op dat maar door de helft van de klinieken die rimpelvullers gebruikten een productpaspoort wordt verstrekt. De patiënt heeft bij een groot deel van de klinieken daarmee niet de beschikking over de relevante gegevens van de gebruikte rimpelvullers. De inspectie vraagt de klinieken om dit te implementeren en zal hier in haar reguliere toezicht op toezien.

### **Ongeplande heroperaties**

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

### **Bariatric**

Het plaatsen van maagballonnen in het kader van een bariatrische behandeling is niet volgens de richtlijn Morbide Obesitas 2011. De inspectie gaat met de kliniek en wetenschappelijke verenigingen in gesprek over de voorwaarden van goede zorg.

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

Stopmoment IV, de time-out, is een belangrijk stopmoment vlak voor de start van de operatie, waarin met het hele team voor de laatste keer patiënt, operatie, zijde/locatie, stollingsstatus, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering, aanwezigheid personeel wordt gecontroleerd op juistheid en volledigheid. De klinieken zijn verplicht de peroperatieve richtlijn te volgen en de inspectie ziet hierop toe. De 31 klinieken die aangaven wel operaties te hebben uitgevoerd, maar niet het stopmoment IV, de time-out te hebben uitgevoerd en vastgelegd, worden door de inspectie gehouden tot implementatie

en naleving van het bovenstaande. De inspectie neemt indien nodig (bestuurlijke) maatregelen.

## Overige bevindingen

### *Anesthesie*

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

Tabel 3.1

#### **Anesthesie**

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

Aantal klinieken dat enige vorm van anesthesie toepaste (n=324)	198 (61,1%)
Aantal klinieken dat lokale anesthesie toepaste (n=198)	189 (95,5%)
Aantal klinieken dat algehele anesthesie toepaste (n=198)	82 (41,4%)
Aantal klinieken dat procedurele anesthesie toepaste (n=198)	34 (17,2%)
Aantal klinieken waar een lokale PSA commissie actief was (n=34)	30 (88,2%)
Aantal klinieken dat volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie werkten (n=34)	31 (91,2%)
Aantal klinieken waar informed consent werd afgenomen (n=34)	33 (97,1%)
Aantal klinieken waarbij patiënten met PSA werden gescreend volgens richtlijn (n=34)	32 (94,1%)
Aantal klinieken waar dagelijks iemand met een advanced live support (ALS) deskundigheid beschikbaar was (n=34)	29 (85,3%)

### ***Implantaten***

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

Tabel 3.2

#### **Implantaten / registratiesysteem**

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

Aantal klinieken dat aangaf implantaten te plaatsen (n=324)	132 (40,7)
Aantal klinieken dat gebruik maakt van een registratiesysteem voor implantaten (n=132)	129 (97,7%)
Aantal klinieken dat aangaf rimpelvullers toe te passen (n=324)	78 (24%)
Aantal klinieken dat gebruik maakte van een registratiesysteem voor rimpelvullers (n=78)	68 (87,2%)
Aantal klinieken dat gebruik maakte van een elektronisch registratiesysteem (n=68)	41 (60,3%)
Aantal klinieken dat gebruik maakte van een papieren registratiesysteem (n=68)	38 (55,9%)
Aantal klinieken dat gebruik maakte van een ander registratiesysteem (n=68)	6 (8,8%)
Aantal klinieken dat gebruik maakte van een productpaspoort van de toegepaste rimpelvullers (n=78)	39 (50%)

### ***Ongeplande heroperaties***

In onderstaande tabel 3.3 wordt een overzicht van het aantal ongeplande heroperaties na een initiële cosmetische ingreep gegeven. In totaal werden er 27692 cosmetische ingrepen uitgevoerd in 2014.

Tabel 3.3

#### **Ongeplande heroperaties**

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

Aantal klinieken die cosmetische ingrepen uitvoerde (n=324)	127 (39%)
Aantal klinieken dat het aantal ongeplande heroperaties na een initiële cosmetische ingreep registreerden (n=127)	87 (69%)
Gemiddeld percentage ongeplande heroperaties na een initiële cosmetische ingreep (n=87)	3,3
Aantal klinieken met een percentage ongeplande heroperaties $\leq$ 1% (n=87)	65 (75%)
Aantal klinieken met een percentage ongeplande heroperaties $>$ 1-5% (n=87)	17 (20%)
Aantal klinieken met een percentage ongeplande heroperaties $>$ 5-10% (n=87)	3 (3%)
Aantal klinieken met een percentage ongeplande heroperaties $>$ 10% (n=87)	2 (2%)

### **Bariatric**

In onderstaande tabel 3.4 wordt een overzicht van bariatrische ingrepen gegeven, zoals die in 2014 zijn uitgevoerd.

Tabel 3.4

#### **Bariatrische chirurgie**

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

Aantal klinieken dat bariatrische chirurgie aanbood (n=324)	12
Aantal klinieken dat bariatrische chirurgie daadwerkelijk heeft uitgevoerd (n=12)	7
Aantal klinieken waarbij een maagballon werd geplaatst (n=1)	65
Aantal klinieken waarbij een maagband werd geplaatst (n=7)	110
Aantal klinieken waarbij een gastric bypass werd uitgevoerd (n=7)	3316
Aantal klinieken waarbij een sleeve resectie werd uitgevoerd (n=7)	315

Van de 12 klinieken die bariatrische chirurgische ingrepen aanboden<sup>[23]</sup>, hadden 9 klinieken een multidisciplinair behandelteam bestaande uit een chirurg, anesthesioloog, diëtist, psycholoog, internist en een verpleegkundige. Bij 3 van deze klinieken maakte een MDL-arts deel uit van het multidisciplinair behandelteam. De 7 klinieken die daadwerkelijk bariatrisch chirurgische ingrepen uitvoerden deden dit in een ziekenhuis.

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

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

Van de 43 klinieken die in totaal 4957 borstvergrotingen uitvoerden, maakten 41 klinieken (95 procent) een foto voorafgaand aan de operatie. Van de 88 klinieken die in totaal 10198 ooglidcorrecties uitvoerden, maakten 84 (95 procent) een foto voorafgaand aan de operatie.

#### **Time out procedure**

In totaal werd bij 190 van de 221 klinieken, die aangaven operaties te hebben uitgevoerd, het stopmoment IV uit de time out procedure uitgevoerd en vastgelegd bij gemiddeld 84 procent van de geplande operaties (p50=100%, p25=95%).

[23] Bariatrisch chirurgische ingrepen werden in 12 klinieken aangeboden. Van deze klinieken hebben 7 klinieken bariatrisch chirurgische ingrepen in een ziekenhuis uitgevoerd en hebben 5 klinieken aangegeven patiënten te behandelen, maar werden geen chirurgische ingrepen uitgevoerd.



## 4 Infecties

### Indicatoren

- Kwalificatie behandelruimte
- Infectierisico na refractiechirurgie
- Infectierisico na cataractoperatie
- Infectierisico na totale heupprothese
- Infectierisico na cosmetische ingreep

### Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste uitkomsten besproken van de indicatoren met betrekking tot de controle op en de registratie van postoperatieve infecties (POWI) en met betrekking tot de bouwkundige voorzieningen van operatiekamer (OK) complexen. De overige uitkomsten met betrekking tot infecties zijn in de bijlage 'indicatoruitkomsten 2014' opgenomen.

### Kernbevindingen

Bij 8,8 procent (23 klinieken) van de 260 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden werden niet alle patiënten structureel gecontroleerd op een POWI. Dit is een lichte negatieve stijging ten opzichte van 7 procent in 2013.

Van de 260 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden, gaf 6,5 procent (17 klinieken) aan dat geen POWI's te registreren. Van de 24 klinieken die heupprothesen plaatsten en van de 13 klinieken die hebben aangegeven bariatrische ingrepen uit te voeren<sup>[24]</sup>, registreerde 42 procent respectievelijk 46 procent geen POWI's. Hiermee behoren deze twee groepen tot de slechtst scorenden op dit onderwerp.

Het gemiddelde infectiepercentage van de 260 klinieken die in totaal 313.226 invasieve ingrepen uitvoerden, bedroeg 0,34 procent ( $p_{25}=0,00$ ;  $p_{50}=0,00$ ;  $p_{75}=0,31$ ). Dit cijfer is samengesteld uit alle ingrepen en specialismen samen en is niet discriminerend. Wel is een significante afwijking van dit gemiddelde en het ontbreken van controle en registratie van de POWI's een mogelijk signaal van tekortkomingen in de verleende zorg en bruikbaar voor een risicosignalering.

Volgens richtlijnen van zowel de werkgroep infectie preventie (WIP)<sup>[25]</sup> als de wetenschappelijke verenigingen dienen orthopedische implantaten, borstprothesen en intraoculaire lenzen in een OK-klasse 1 te worden geplaatst. Toch gaf, van de in totaal 96 klinieken die een of meerdere van bovengenoemde implantaten plaatsten, 29 procent (28 klinieken) aan dit niet in een OK-klasse 1 uit te voeren.

---

[24] De bariatrische chirurgische ingrepen werden niet de postoperatieve zorg wel in de betreffende 12 klinieken zelf uitgevoerd. De maagballonnen werden in de kliniek geplaatst.

---

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

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

Bij iedere invasieve ingreep bestaat een infectierisico, waarbij de kans op en de gevolgen van een dergelijke POWI afhankelijk zijn van de aard van de ingreep en de omstandigheden waaronder die wordt uitgevoerd. Zowel voor de patiëntveiligheid als voor het monitoren van de kwaliteit van zorg is een adequate controle en registratie van POWI's noodzakelijk. De methode waarbij de kliniek alle patiënten na een ingreep poliklinisch controleert is te prefereren boven de andere methoden, die kunnen leiden tot het missen van POWI's, omdat de patiënt zelf het initiatief tot consultatie moet nemen en/of zelf de wond moet beoordelen.

De inspectie vraagt de klinieken die hebben aangegeven geen infectieregistratie te voeren, deze te implementeren. De inspectie neemt indien nodig (bestuurlijke) maatregelen. Daarnaast verwacht de inspectie dat particuliere klinieken die invasieve behandelingen uitvoeren niet alleen een adequate infectieregistratie bij te houden maar ook dat zij de methode van poliklinische controle als de standaardmethode op POWI's hanteren. Alleen op deze wijze is een goede controle van de kwaliteit van de geleverde zorg op dit punt mogelijk. De inspectie neemt dit mee in haar risicogestuurde toezicht en treedt handhavend op wanneer hier niet aan wordt voldaan.

Vanuit het oogpunt van infectiepreventie is het van groot belang dat ingrepen worden uitgevoerd in een passende bouwkundige omgeving. In 2014 bestonden er voor OK-complexen twee klassen (klasse 1 (meest zuivere), klasse 2). Volgens richtlijnen van zowel de WIP als de wetenschappelijke verenigingen dienen orthopedische implantaten, borstprothesen en intraoculaire lenzen in een OK-klasse 1 te worden geplaatst. Het is verontrustend dat 28 particuliere klinieken hebben aangegeven implantaten (orthopedisch, oogheeskundig, borstprothesen) in een onjuiste OK-klasse te hebben geplaatst. De inspectie neemt indien nodig (bestuurlijke) maatregelen.

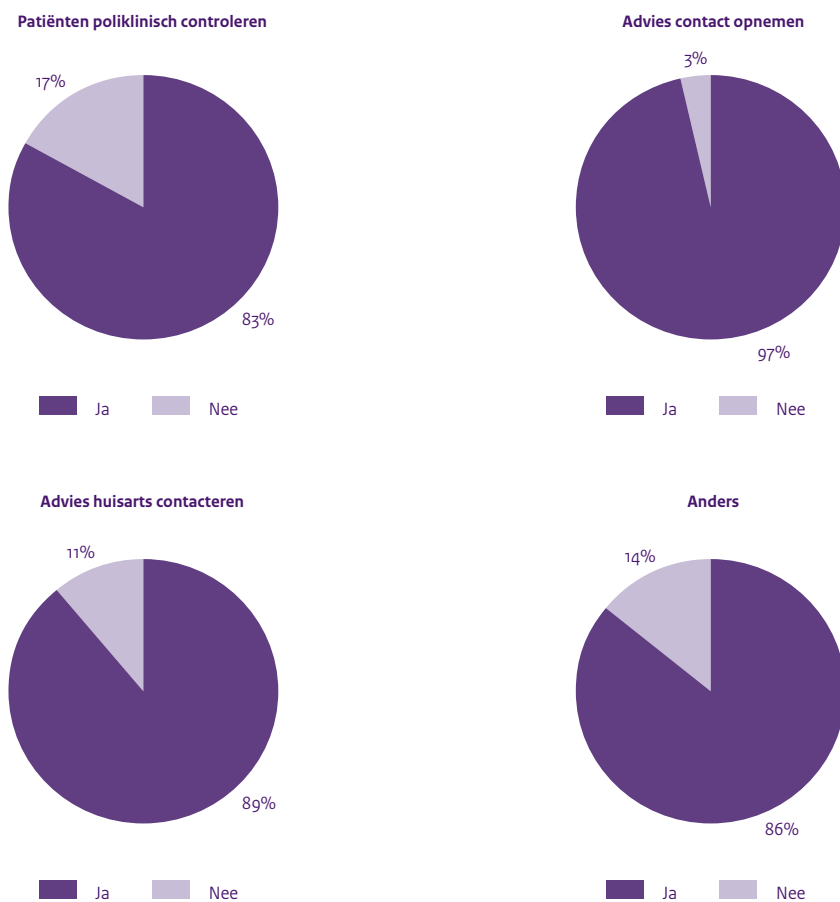
Tijdens inspectiebezoeken in particuliere klinieken (en ziekenhuizen) waar operaties plaatsvinden is de afgelopen jaren gebleken dat de eisen voor verantwoorde luchtkwaliteit op OK complexen niet altijd voldoende bekend zijn, waardoor patiënten een verhoogd risico lopen op postoperatieve wondinfecties. Eind 2014 is een nieuwe richtlijn verschenen over luchtbehandeling op OK complexen, "Luchtbehandeling in operatiekamer en opdekruimte in operatieafdeling klasse 1; WIP, november 2014". De inspectie is bezig met het opstellen van een toetsingskader dat medio 2016 zal worden gepubliceerd en ook onder de particuliere klinieken zal worden verspreid, waarmee getracht wordt eerder genoemde onduidelijkheden weg te nemen. In dit toetsingskader worden alle criteria aangaande de luchtkwaliteit op OK-complexen, waarop de inspectie handhaaft beschreven. De inspectie neemt indien nodig (bestuurlijke) maatregelen.

### **Overige bevindingen**

Bij 8,8 procent (23 klinieken) van de 260 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden, werden niet alle patiënten structureel gecontroleerd op een POWI. Van de klinieken die wel een systematische controle op POWI's uitvoerden wordt in onderstaande figuur 1 de verdeling van controlemethoden gegeven. De klinieken die aangaven dat zij een andere manier van controle hanteerden, lichten vaak toe dat de patiënten werden nagebeeld om

te informeren naar het postoperatieve beloop. Sommige klinieken gaven aan verschillende van onderstaande methoden te hanteren, waardoor er een overlap in percentages bestaat.

Figuur 4.1



Tabel 4.1

**Registratie postoperatieve infecties voor verschillende groepen**

(n= aantal klinieken dat heeft aangegeven de betreffende behandeling uitgevoerd te hebben)

Aantal klinieken dat invasieve ingrepen uitvoerde en dat geen postoperatieve infecties registreerde (n=260)	17 (6,5%)
Aantal klinieken dat heupprothesen plaatste en dat geen postoperatieve infecties registreerde (n=24)	10 (41,7%)
Aantal klinieken dat bariatrische ingrepen uitvoerde en dat geen postoperatieve infecties registreerde (n=13)	6 (46,2%)
Aantal klinieken dat cosmetische ingrepen uitvoerde en dat geen postoperatieve infecties registreerde (n=121)	26 (21,5%)
Aantal klinieken dat refractiechirurgie uitvoerde en dat geen postoperatieve infecties registreerde (n=27)	1 (3,7%)
Aantal klinieken dat cataractextracties uitvoerde en dat geen postoperatieve infecties registreerde (n=39)	4 (10,3%)

Tabel 4.1 laat zien dat klinieken die heupprothesen plaatsten, relatief slecht presteerden op het gebied van POWI-registratie. Dit is opmerkelijk gezien de aandacht binnen de beroepsgroep voor infectiepreventie met betrekking tot het plaatsten van heupprothesen.

Tabel 4.2

**Infectiecijfer per specialisme**

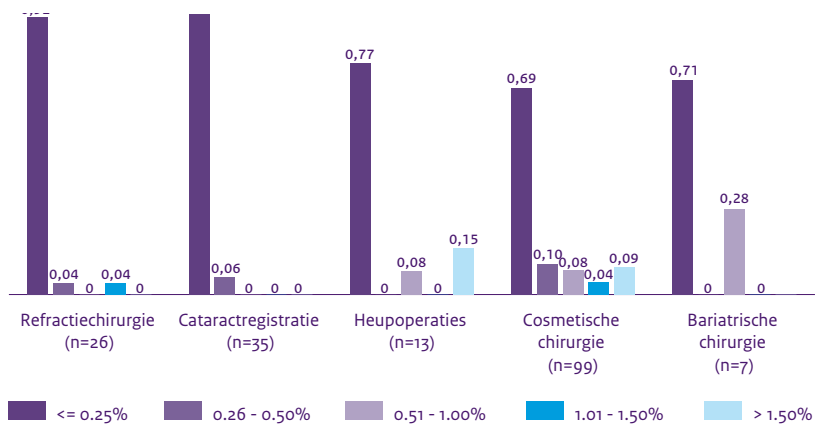
(n= aantal klinieken dat infectiecijfers heeft aangeleverd)

Percentage postoperatieve infecties in klinieken die invasieve ingrepen uitvoerde (n=242)	0,34 (p75=0,31)
Percentage postoperatieve infecties in klinieken die heupprothesen plaatsten (n=13)	0,29 (p75=0,29)
Percentage postoperatieve infecties in klinieken die bariatrische ingrepen uitvoerde (n=7)	0,29 (p75=0,88)
Percentage postoperatieve infecties in klinieken die cosmetische ingrepen uitvoerde (n=96)	0,47 (p75=0,63)
Percentage postoperatieve infecties in klinieken die refractiechirurgie uitvoerde (n=26)	0,08 (p75=0,00)
Percentage postoperatieve infecties in klinieken die cataractextracties uitvoerde (n=35)	0,03 (p75=0,00)

Bovenstaande infectiecijfers laten geen opvallende bijzonderheden zien, hoewel de registratie van POWI's niet volledig was. Over de non-responders kan uit de indicatordata geen beeld worden opgemaakt. Infectiecijfers worden binnen de inspectie gebruikt om eventuele tekortkomingen in de zorg te signaleren. In onderstaande grafieken worden de infectiecijfers gegroepeerd weergegeven, zodat in percentages zichtbaar wordt welke klinieken sterk afwijken.

Figuur 4.2

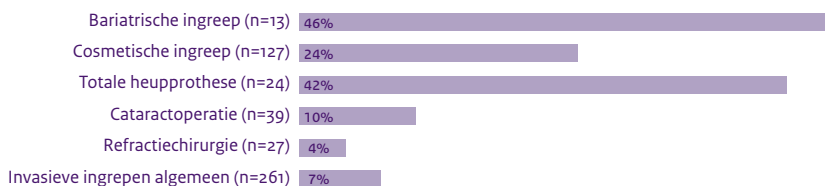
Registratie postoperatieve infecties voor verschillende groepen



Tevens is onderstaand het percentage klinieken weergegeven dat postoperatieve infecties niet registreert.

Figuur 4.3

Percentage klinieken zonder registratie van postoperatieve infecties

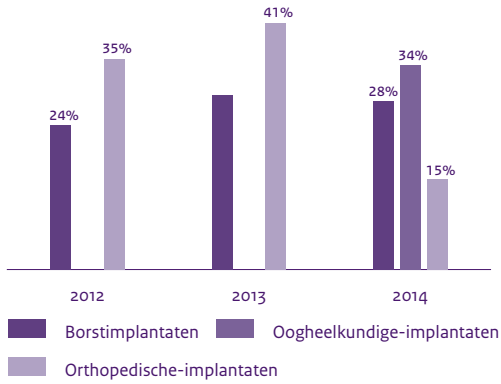


In onderstaande figuur wordt het percentage klinieken weergegeven, per type implantaat, dat de implantaten niet in een OK-klasse 1 heeft geplaatst. De informatie betreffende de oogheelkundige implantaten is in 2014 voor het eerst uitgevraagd, waardoor er geen vergelijk met eerdere jaren mogelijk is. Het percentage klinieken dat in een OK-complex met een verkeerde klasse heupprothesen plaatste, is sterk afgenomen van 40 procent in 2013 naar 15 procent in 2014. Maar ook 15 procent beschouwt de inspectie als onacceptabel hoog.

Figuur 4.4

Implantaten niet in OK1

---



## 5 Professionals

### Indicatoren

- Functioneringsgesprekken
- IFMS
- Visitatie medisch specialisten door de
  - NVA
  - NOG (NOG en NOG-refractie)
  - NOV
  - NVPC
  - NVDV
  - NVKNO
  - NVVC
  - NVMDL
- Visitatie cosmetisch artsen door de NVCG
- Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten

### Inleiding

Daar waar medisch specialistische zorg wordt verleend is zowel het individueel functioneren als ook het functioneren in team/netwerkverband van medisch specialisten van groot belang. Het minder en niet goed functioneren van medisch specialisten en het team vereist tijdig signaleren, aanspreken, verbeteren en wanneer in de rede als ultimum remedium een stringent traject tot het afscheid nemen. Het werken in een lerende organisatie met een aanspreekcultuur daar waar het beter kan en moet, is essentieel voor veilige patiëntenzorg. Een aantal instrumenten is hiervoor beschikbaar en mits consequent en juist gebruikt dragen deze bij aan veilige zorg voor patiënten en een veilige werkomgeving voor de professionals/medisch specialist.

### Kernbevindingen

#### *Functioneringsgesprekken*

In 205 van de 271 klinieken waar medisch specialisten werkten (75 procent), was een systeem van functioneringsgesprekken met medisch specialisten over ondermeer het inhoudelijk functioneren ingevoerd.

Van de 1182 medisch specialisten die in de particuliere klinieken werkten, hadden 858 (73 procent) in de 24 maanden voorafgaand aan 31 december van het verslagjaar deelgenomen aan minimaal één functioneringsgesprek.

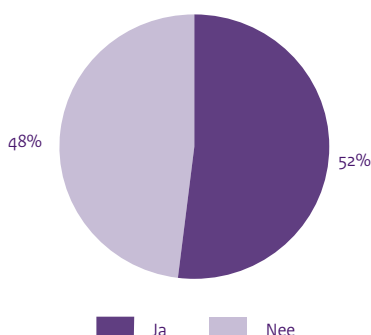
#### *IFMS*

In 151 van de 271 klinieken waar medisch specialisten werkten (52 procent) was IFMS zoals beschreven in het visiedocument 'Optimaal Functioneren van medisch specialisten' ingevoerd.

Van de 1182 medisch specialisten die in de particuliere klinieken werkten, hadden 572 (48 procent), in de 24 maanden voorafgaand aan 31 december van het verslagjaar, deelgenomen aan minimaal één IFMS-gesprek.

Figuur 5.1

**IFMS ingevoerd in kliniek**



**Visitaties<sup>[26]</sup>**

In 4 van de 27 klinieken waar refractiechirurgen onderzoek en refractiechirurgie uitvoerden is door het NOG in 2014 een visitatie uitgevoerd.

In 11 van de 39 klinieken waar oogartsen onderzoek en cataractoperaties uitvoerden is door het NOG in 2014 een visitatie uitgevoerd.

In 31 van de 265 klinieken waar anesthesiologen werkten zijn de anesthesiologen in 2014 door de NVA in de kliniek gevisiteerd.

In 5 van de 24 klinieken waar orthopeden werkten zijn de orthopeden in 2014 door de NOV in de kliniek gevisiteerd.

In 7 van de 23 klinieken waar dermatologen werkten zijn de dermatologen in 2014 door de NVDV in de kliniek gevisiteerd.

Door 6 van de 107 klinieken die aangaven cosmetische en/of plastische chirurgie uitgevoerd te hebben en waar tevens KNO-artsen werkten, hebben alle 6 aangegeven dat de KNO-artsen in 2014 niet gevisiteerd zijn in de kliniek door de NVKNO.

[26] In de basisset risico-indicatoren particuliere klinieken 2015/2016 is de visitatie vraag aangepast waardoor nadere analyse mogelijk is. .



Door de 4 klinieken (niet zijnde een medisch diagnostisch centra) waar cardiologen werkten is aangegeven dat de daar werkzame cardiologen in 2014 niet gevisiteerd zijn in de kliniek door de NVVC.

In 1 van de 5 klinieken (niet zijnde een medisch diagnostisch centra) waar MDL-artsen werkten zijn de MDL-artsen in 2014 in de kliniek gevisiteerd door de NVMDL. Door 4 klinieken is aangegeven in 2014 niet te zijn gevisiteerd door de NVMDL.

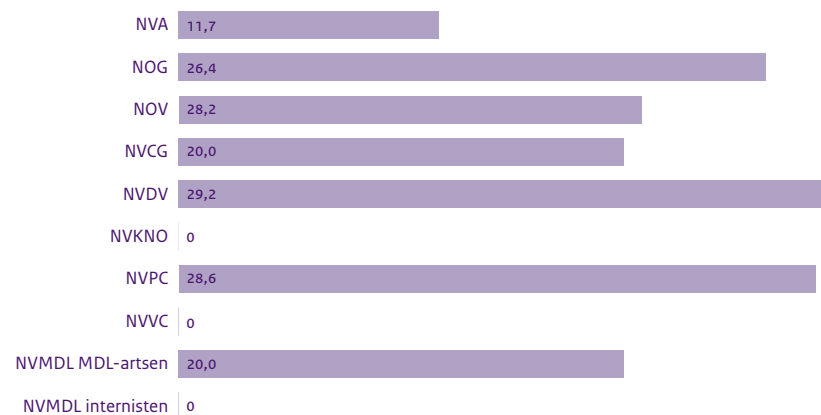
Door de 4 klinieken (niet zijnde een medisch diagnostisch centra) waar internisten werkten die scopiëren is aangegeven dat de internisten in de kliniek in 2014 niet gevisiteerd zijn door de NVMDL.

In 16 van de 56 klinieken waar plastisch chirurgen werkten zijn deze artsen in 2014 door de NVPC gevisiteerd.

In 5 van de 25 klinieken waar artsen werkten die lid waren van de NVCG, zijn deze artsen in 2014 in de kliniek gevisiteerd door de NVCG.

Figuur 5.2

#### Visitatie



#### *Regeling disfunctioneren*

In 182 van de 271 klinieken waar medisch specialisten werkten bestond een regeling voor mogelijk disfunctioneren van medisch specialisten.

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

De inspectie concludeert dat een relatief groot aantal klinieken voor de medisch specialisten één van de instrumenten (jaargesprekken, IFMS en/of visitaties) toepasten om het functioneren in beeld te brengen en te verbeteren.

De NVKNO en de NVMDL (voor de scopiërende internisten) hebben volgens de klinieken waar KNO-artsen en scopiërende internisten werkten in 2014 geen visitaties uitgevoerd in particuliere klinieken. De NVA, NOV, NVPC, NVMDL, NVDV, NVVC en het NOG hebben in meer of mindere mate in 2014 visitaties uitgevoerd. Hieruit kan niet geconcludeerd worden dat in particuliere klinieken medisch specialisten werkten die in het geheel niet gevisiteerd zijn. De medisch specialist kan wel in het ziekenhuis, waar deze tevens werkzaam is, gevisiteerd zijn. Visitatie eens in de vijf jaar is noodzakelijk voor de herregistratie. Echter visitatie ‘op locatie’ is van belang. Dit is een majeure uitdaging, denk aan de beschikbaarheid van visiteurs, een visitatie-instrument geschikt voor particuliere klinieken en de financiële component. Visitaties moeten worden aangevraagd, als dat niet gebeurt blijft visitatie sowieso achterwege.

In een relatief groot aantal klinieken (20 van 25 klinieken waar artsen werken die lid zijn van de NVCG), werden de cosmetisch artsen niet gevisiteerd door de NVCG. Het functioneren is zo niet of onvoldoende in beeld en dit is wel van belang omdat ook dit bijdraagt aan de veilige patiëntenzorg.

In 32 klinieken waar medisch specialisten werkten, waren in 2014 geen jaargesprekken, geen IFMS, geen visitatie uitgevoerd en waren deze instellingen niet in het bezit van een regeling disfunctioneren (zie onderstaand figuur). Op welke wijze de raad van bestuur (en de interne toezichthouder) zijn verantwoordelijkheid neemt voor kwaliteit en veiligheid is op dit punt niet duidelijk. Het vermoeden is dan ook dat die verantwoordelijkheid niet of onvoldoende wordt genomen. Deze bovenstaande opmerkingen geldt ook voor de medische staf en de medisch specialist zelf.

Figuur 5.3

**Geen kwaliteitscontrole medisch specialisten**



De inspectie plaats deze klinieken hoog op haar prioriteitenlijst voor een bezoek om vast te stellen op welke wijze de raad van bestuur (en de medische staf) zijn verantwoordelijkheid heeft vorm gegeven en kan nemen. De inspectie neemt indien nodig (bestuurlijke) maatregelen.

### Overige bevindingen

Als een medisch specialist door de wetenschappelijke vereniging is gevisiteerd in de instelling waar hij/zij werkt en voldoet aan de voorwaarden en de normen van zijn wetenschappelijke vereniging, wordt voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorg.

Het NOG heeft kwaliteitsnormen opgesteld voor veilige en deskundige refractiechirurgie. De oogartsen die refractiechirurgie uitvoeren worden door het NOG hierop eens in de drie jaar gericht gevisiteerd. Indien aan de normen wordt voldaan, wordt de oogarts gecertificeerd en opgenomen op de lijst van refractiechirurgen gepubliceerd op de website van het NOG ([www.oogheelkunde.org](http://www.oogheelkunde.org)).

Tabel 5.1

#### Visitaties per specialisme in 2014

(n= aantal centra die cijfers betreffende visitatie hebben aangeleverd)

Visitaties	
Aantal klinieken waar refractiechirurgen onderzoek en refractiechirurgie uitvoerden en waar is gevisiteerd door het NOG (n=27)	4 (14,8%)
Aantal klinieken waar oogartsen onderzoek en cataractoperaties uitvoerden en waar is gevisiteerd door het NOG (n=39)	11 (28,2%)
Aantal klinieken waar orthopeden werkten en waar is gevisiteerd door de NOV (n=24)	5 (20,8%)
Aantal klinieken waar dermatologen werkten en waar is gevisiteerd door de NVDV (n=23)	7 (30,4%)
Aantal klinieken waar cosmetische en/of plastische chirurgie is uitgevoerd, waar KNO-artsen werkten en waar is gevisiteerd door de NVKNO (n=6)	0 (0%)
Aantal klinieken* waar cardiologen werkten en waar is gevisiteerd door de NVVC (n=4)	0 (0%)
Aantal klinieken* waar MDL-artsen werkten en waar is gevisiteerd door de NVMDL (n=5)	1 (20%)
Aantal klinieken* waar internisten werkten die scopiëren en waar is gevisiteerd door de NVMDL(n=4)	0 (0%)
Aantal klinieken waar plastisch chirurgen werkten en waar is gevisiteerd door de NVPC (n=56)	16 (28,6%)
Aantal klinieken waar artsen werkten die lid waren van de NVCG en die zijn gevisiteerd door de NVCG (n=25)	5 (20%)

\* niet zijnde een medisch diagnostisch centra

## 6 Medisch diagnostische centra

### Indicatoren

- Uitvoering Time-out procedure bij endoscopische verrichtingen
- Digitale verslaglegging endoscopie
- Procedurele sedatie

### Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste uitkomsten besproken van de indicatoren die betrekking hebben op de medisch diagnostische centra. Deze centra richten zich op diagnostiek, variërend van bloedafname en beeldvorming tot bevolkingsonderzoeken. De overige uitkomsten met betrekking tot medisch diagnostische centra zijn in de bijlage ‘indicatoruitkomsten 2014’ opgenomen.

### Kernbevindingen

Van de 50 medisch diagnostische centra voerden 6 centra (12 procent) endoscopische verrichtingen uit. Alle 6 centra legden vast dat de uitvoering van de Time-out procedure (TOP) volledig was doorlopen. De helft, 3 centra, legden in een digitaal verslagstelsel vast dat de uitvoering van de TOP volledig was doorlopen en de andere 3 centra hebben toegelicht dit op papier vast te leggen.

In 7 centra werd een vorm van anesthesie (lokaal, algeheel, procedurele sedatie) toegepast. Deze 7 centra hebben aangegeven te werken volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie. Ook werden alle patiënten waar procedurele sedatie en/of analgesie (PSA) werd toegepast gescreend volgens de richtlijn. Daarnaast werd uitgevraagd of de centra een onderscheid konden maken in het aantal patiënten waarbij lichte sedatie of matig/diepe sedatie werd toegepast. De Richtlijn Sedatie en/of analgesie van de NVA<sup>[27]</sup> adviseert de sedatieniveaus bij PSA te onderscheiden in lichte sedatie/anxiolyse enerzijds en matige sedatie tot diepe sedatie anderzijds. Van de 7 centra konden 6 centra (86 procent) dit onderscheid maken, 1 centrum kon dit onderscheid niet uit zijn systeem halen en geeft aan wel te registreren.

Vervolgens is uitgevraagd of de patiënten waar lichte sedatie werd toegepast zijn gescreend volgens de richtlijn. Deze vraag hebben in totaal 6 centra beantwoord, waarvan 5 centra hebben aangegeven dit niet te doen bij deze patiëntencategorie. Dit in tegenstelling tot de matige/diepe sedatie, waarbij wel alle centra (6) screenden volgens de richtlijn.

Geen van de 7 centra die procedurele sedatie toepasten, had een PSA-praktijkspecialist in dienst. Van deze centra gaven 6 centra aan dat tijdens de procedure altijd een anesthesioloog aanwezig was.

---

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

### Acties naar aanleiding van kernbevindingen

Het maken van onderscheid tussen de sedatieniveaus is onder meer van belang, omdat voor beide categorieën verschillende kennis- en vaardigheidscompetenties zijn vereist. Gezien de verschillende impact van de lichte of matige/diepe sedatie, is het van belang om onderscheid te kunnen maken in het type sedatie maar ook om patiënten te screenen voorafgaand aan de toepassing van sedatie. Naar aanleiding van deze bevinding verwacht de inspectie dat de klinieken de patiënten screenen, onderscheid maken in lichte of matige/diepe sedatie en registreren. De inspectie neemt indien nodig (bestuurlijke) maatregelen.

### Overige bevindingen

De endoscopische procedure werd door alle 6 centra die deze procedure uitvoerden digitaal vastgelegd.

Tabel 6.1

#### Anesthesie bij medisch diagnostische centra

(n= aantal centra die cijfers betreffende anesthesie hebben aangeleverd)

Aantal centra dat enige vorm van anesthesie toepaste (n=50)	7 (14%)
Aantal centra dat lokale anesthesie toepaste (n=7)	2 (28,6%)
Aantal centra dat algehele anesthesie toepaste (n=7)	0 (0%)
Aantal centra dat procedurele anesthesie toepaste (n=7)	7 (100%)
Aantal centra waar lokale PSA commissie actief was (n=7)	7 (100%)
Aantal centra die volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie werkten (n=7)	7 (100%)
Aantal centra waar informed consent werd afgenomen (n=7)	7 (100%)
Aantal centra waarbij patiënten met PSA werden gescreend volgens richtlijn (n=7)	7 (100%)
Aantal centra dat een onderscheid kon maken in het aantal patiënten waarbij lichte sedatie of matige/diepe sedatie werd toegepast (n=7)	6 (85,7%)
Aantal centra dat patiënten waarbij lichte sedatie werd toegepast, screenden volgens de richtlijn (n=6)	1 (16,7%)
Aantal centra dat patiënten waarbij matige/diepe sedatie werd toegepast, screenden volgens de richtlijn (n=7)	7 (100%)
Aantal centra met een PSA-praktijkspecialist in dienst (n=7)	0 (0%)
Aantal centra waar direct een bekwam arts beschikbaar was voor overleg/assistentie (n=7)	7 (100%)

Volgens de richtlijn dient bij matige sedatie binnen 5 minuten een persoon beschikbaar te zijn die Advanced Life Support (ALS) geschoold is. Bij diepe sedatie dient een persoon in de ruimte te zijn die ALS geschoold is. Alle centra gaven aan dagelijks iemand met een ALS deskundigheid beschikbaar te hebben. Daarnaast werd door alle centra aangegeven dat de

personen die procedurele sedatie toepasten voldeden aan de bekwaamheidseisen en dat het personeel bij matige/diepe sedatie uitsluitend voor de bewaking van de patiënt werd ingezet.

## Lijst met afkortingen

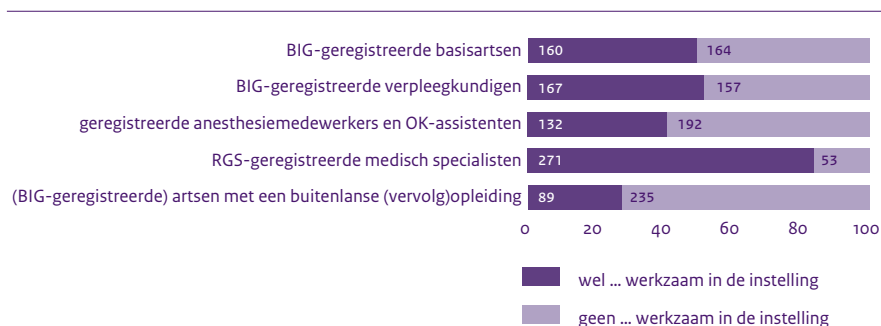
ASA	American Society of Anesthesiologists
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Federatie	Federatie Medisch Specialisten
LROI	Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten
MDL	Maag, darm en lever.
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
NOG	Nederlands Oogheelkundig 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
PSA	Procedurele sedatie en/of analgesie
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
WIP	Wergroep infectie preventie
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland

# Bijlage 1

## Indicator uitkomsten 2014 /overige data

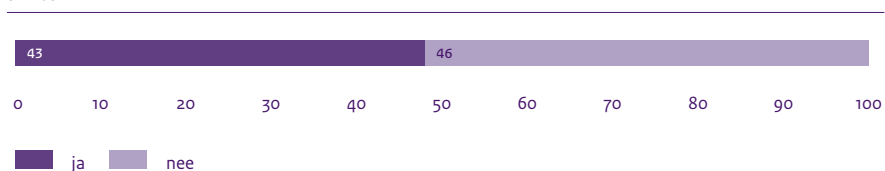
Figuur 1

Percentage BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE (n=324)



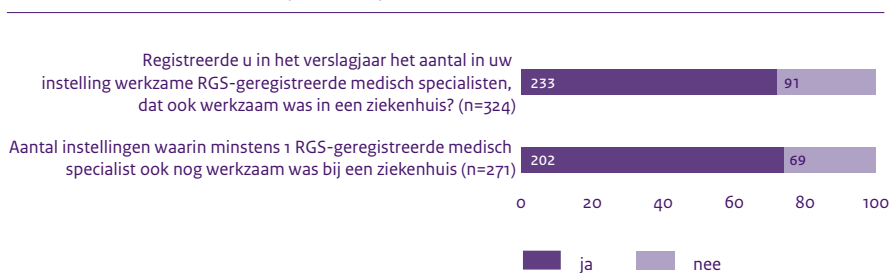
Figuur 2

Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding ten opzichte van medisch specialisten (NIET in FTE) (n=89)



Figuur 3

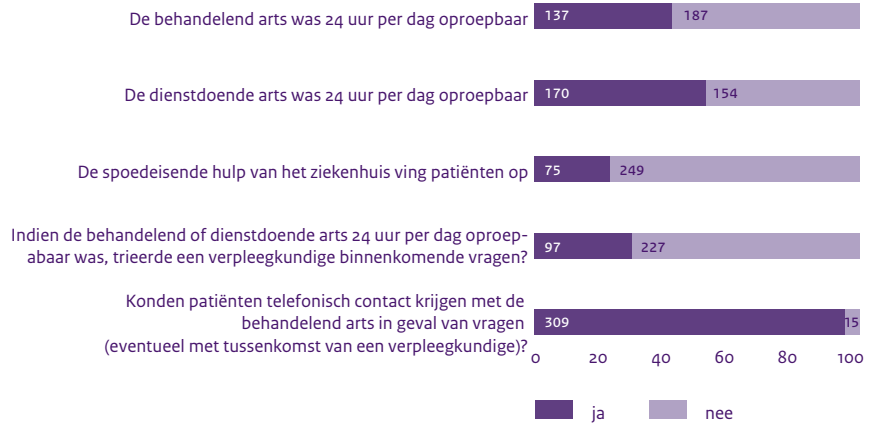
Werkzaamheden in een ziekenhuis (NIET in FTE)





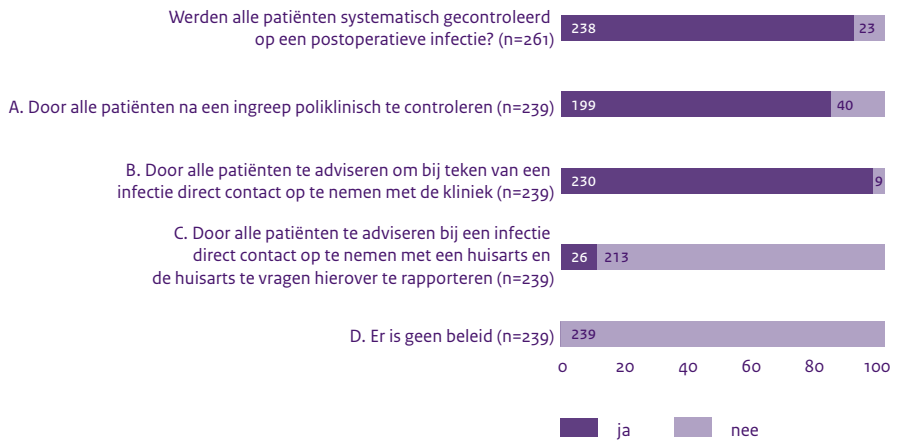
Figuur 4

**Bereikbaarheid (n=324)**



Figuur 5

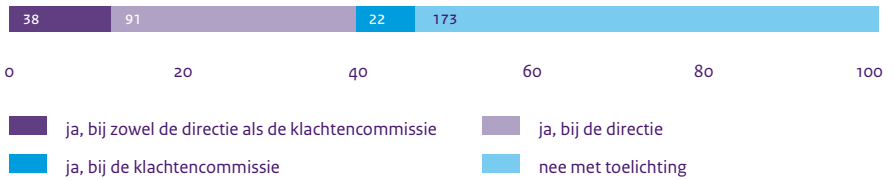
**Surveillance van postoperatieve infecties**



Figuur 6

**Klachten (n=324)**

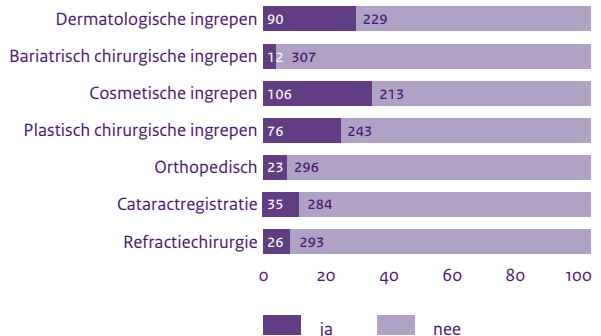
Heeft u in het verslagjaar nieuwe klachten binnengekregen?



	Minimum	P25	P50	P75	Maximum
Wat is het totaal aantal nieuwe klachten, ingediend bij de directie en/of de klachtencommissie, in het verslagjaar dat gegrond is verklaard? (n=152)	0	0	1	4	65
Wat is het totaal aantal nieuwe klachten, ingediend bij de directie en/of de klachtencommissie, in het verslagjaar dat gegrond is verklaard heeft geleid tot maatregelen? (n=152)	0	0	1	2	60
Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij alleen de directie in het verslagjaar? (n=130)	0	1	2	6	65
Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij alleen de klachtencommissie in het verslagjaar? (n=61)	0	0	1	4	38
Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij zowel de directie als de klachtencommissie? (n=39)	0	1	4	8	38

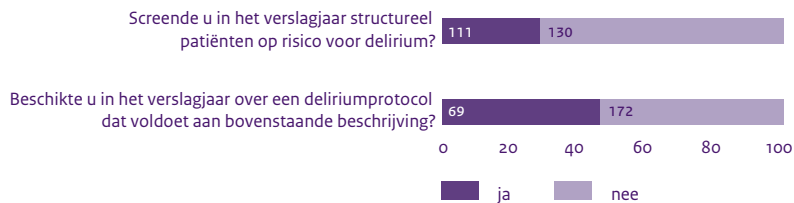
Figuur 7

**Specifieke ingrepen (n=319)**



Figuur 8

**Risico op delirium<sup>[28]</sup> (n=241)**



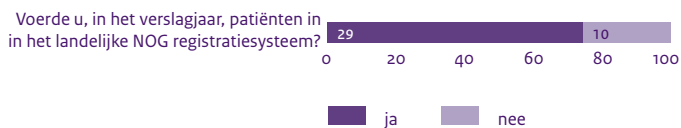
Figuur 9

**Laserapparatuur<sup>[29]</sup> (n=27)**



Figuur 10

**Cataractregistratie<sup>[30]</sup> (n=39)**



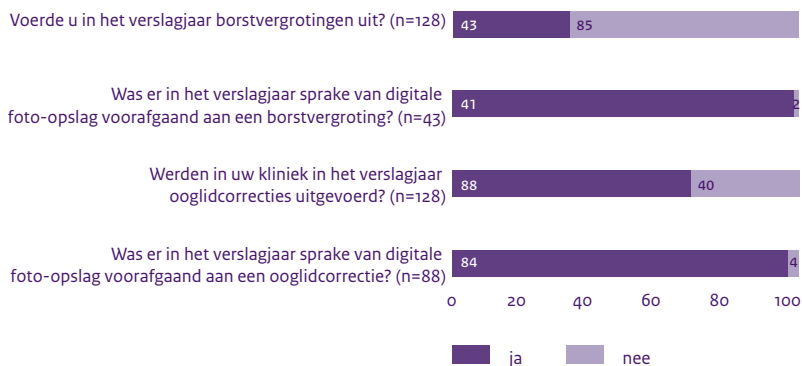
[28] Betreft het screenen op delier van patiënten van 70 jaar en ouder in het preoperatieve traject.

[29] De twee klinieken die niet over laserapparatuur beschikten gaven aan dat deze vraag niet op hen van toepassing was of dat refractiechirurgie in een andere kliniek plaatsvond in het verslagjaar.

[30] Gemiddeld werd 84,9 procent van de cataractoperaties ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem.

Figuur 11

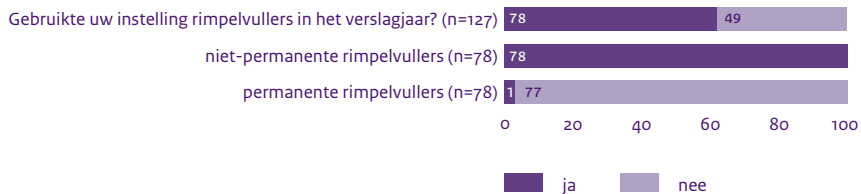
**Resultaat cosmetische ingreep<sup>[31]</sup>**



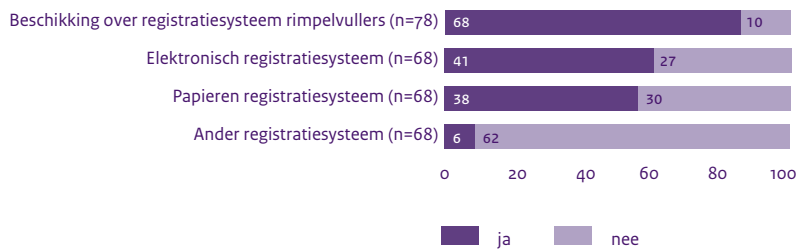
Figuur 12

**Registratie rimpelvullers<sup>[32]</sup>**

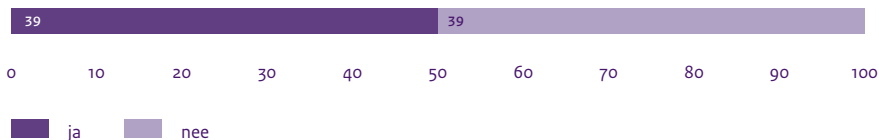
**Gebruik rimpelvullers**



**Registratiesysteem rimpelvullers**



**Productpaspoort voor cliënt (n=78)**

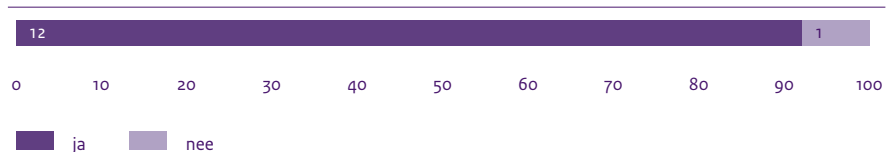


[31] Gemiddeld werd bij 98,1 procent van de patiënten met een borstvergroting een digitaal opgeslagen foto gemaakt. Bij patiënten met een ooglidcorrectie was dit gemiddeld 96,4 procent.

[32] Een kliniek gebruikte in 2014 permanente rimpelvullers. Deze kliniek gaf daarbij aan geen permanente rimpelvullers meer te gebruiken.

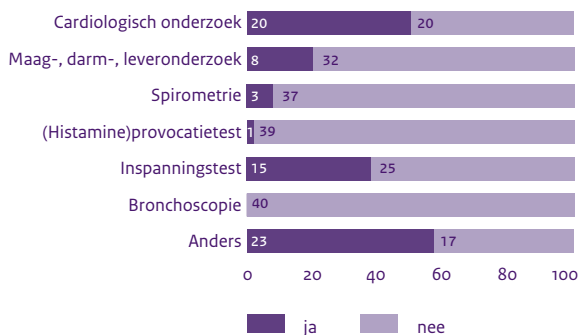
Figuur 13

**Bariatric: Percentage postoperatieve controles<sup>[33]</sup> (n=13)**



Figuur 14

**Diagnostisch onderzoek<sup>[34]</sup> (n=40)**



Anders, namelijk:

- Radiologie/radiodiagnostiek/röntgenonderzoek (10)
- Echoscopie/echocardiografie (7)
- Fundus (5)
- MRI (6)
- ABPM
- Ureumademtest (2)
- H. pylori ademtest (1)
- H<sub>2</sub> ademtest (1)
- Bloedafname (1)
- Bloeddrukmeting (1)
- Botdichtheidsonderzoek (1)
- Enkel/arm index (1)
- Hepatitis vaccinatie (1)
- Labanalyses (1)

[33] De kliniek die niet over postoperatief programma beschikte, gaf aan dat dit niet van toepassing was op de kliniek.

[34] Er zijn 50 Medisch Diagnostische Centra die gegevens hebben aangeleverd. Hiervan hebben 10 centra geen categorie of 'anders' aangeleverd, waardoor deze niet zijn meegenomen in deze tabel.

Figuur 15

**Totaal aantal patiënten en beeldvormende en/of biometrische verrichtingen**

	Minimum	P025	P50	P75	Maximum
Wat is het totaal aan patiënten in het verslagjaar? (n=40)	315	1.494	3.833	9.390	219.929
Wat is het totaal aantal diagnostische (beeldvormende en/of biometrische) onderzoeken in het verslagjaar? (n=40)	317	1.779	5.819	13.136	219.929

Figuur 16

**Invasieve onderzoeken (n=12)**



	Minimum	P025	P50	P75	Maximum
Wat is het totaal aantal invasieve onderzoeken in het verslagjaar? (n=12)	20	330	1.061	1.928	4.733

# Bijlage 2

## Klinieken opgenomen in het onderzoek

### Naam particuliere kliniek

ABC Clinic  
ACCZ | A Klinieken  
ACCZ Aklinieken  
ACCZ Aklinieken  
Acura MC  
Aesthetic Beauty Clinics BV  
Aesthetic Team Solutions BV  
Alexander Monro Borstkankerziekenhuis  
Al-Gitaan Stichting Moslim Besnijdenissen  
AliiZonne  
Alizonne  
Angelos michail/praktijk michail  
Annadal Medisch Centrum  
Anatommiemc  
Arcus Cosmetisch Centrum  
Aurelia B.V.  
Aurelia B.V.  
Aurelia B.V.  
Aurelia B.V.  
Aurelia B.V.  
Aurelia B.V.  
Aurelia B.V.  
Ave Medical  
Bariatrisch Centrum Zuid West Nederland  
Behandelcentrum Neurologie  
Bergman Clinics  
Bergman Clinics  
Bergman Clinics  
Bergman Clinics  
Bergman Clinics  
Bergman Clinics  
Bergman Clinics  
Bergman Clinics  
Bergman Clinics  
Bergman Clinics  
Bergman Clinics  
Bergman Clinics  
Bergman Clinics  
Bergman Clinics  
Bergman Clinics

### Plaats

Breda  
Huis ter Heide  
Zevenaar  
Groningen  
weert  
Veldhoven  
Vlijmen  
Bilthoven  
Rotterdam  
Vlijmen  
Meijel  
Horst  
Maastricht  
Utrecht  
Uden  
Purmerend  
Volendam  
Landsmeer  
Wormerveer  
Amsterdam  
Amsterdam  
Amsterdam  
Amstelveen  
Bergen op Zoom  
Veldhoven  
Naarden  
Velp  
Utrecht  
Bilthoven  
Bilthoven  
's-Hertogenbosch  
Amsterdam  
Zwolle  
Ede  
Bilthoven  
Rijswijk  
Heerenveen  
Amsterdam

Besnijdenis Centrum Nederland	Abcoude
Besnijdeniskliniek Noord	Groningen
Bloemingdael	Haarlem
Boerhaave Medisch Centrum	Amsterdam
Bogar	Rijswijk
Cavari Clinics Groningen	Groningen
Centrum Hyperthermie	Amsterdam
CIRO + B.V.	Horn
Clinic 28 / Medicosmetics	Den Haag
CliniX	Zaandam
CO-EUR Nederland bv	Maastricht
CO-EUR Nederland bv	Hoensbroek
CO-EUR Nederland bv	Vught
CO-EUR Nederland bv	Nieuwegein
Contour Kliniek Nederland BV	Bussum
Correct Vision	Alkmaar
Crest Clinic	Arnhem
DCB Twenthecentrum	Almelo
De Clinique	's-Hertogenbosch
De Mariannehoeve beautysalons	Papendrecht
De Mobiliteitskliniek	Zeist
DeKinderkliniek	Almere
DermaZcare	Amsterdam
DermaClinic	Groningen
DermaClinic	Zwolle
DermaPark	Uden
DermaTeam	Goes
Dermatologie Praktijk Van Eendenburg en Nanninga	Amsterdam
Dermatologisch Centrum Amstel & Vechtstreek	Maarsse
Dermatologisch Centrum Zuid West Nederland B.V.	Middelburg
Dermatologisch Centrum Zuid West Nederland BV	Vlissingen
Diabeter	Rotterdam
Dijkhof Clinic	Heythuysen
Doctors Inc.	Amsterdam
Dr. Kolbach Kliniek	Maastricht
Dr. Kappel Instituut	Zwolle
Dr. Keulen kliniek	Tilburg
Dr. Keulen Kliniek	Schimmert
Dr. Kuypers Kliniek	Hoorn
Easy Cosmetics	Amsterdam
Elzen Kliniek	Naarden
Essential Aesthetics BV	Den Haag
Esthetisch Medisch Centrum Tergooi	Hilversum
Excimer Laser Centrum Nijmegen	Nijmegen



Eyescan Brilvervangende Chirurgie	Utrecht
Eyescan Oogzorgkliniek Drenthe	Emmen
Eyescan Oogzorgkliniek Visie	Utrecht
Facial Plastic Reconstructive Surgery Clinics	Vleuten
Familiekliniek AMD B.V.	Den Haag
FYEO Medical BV	Eersel
Gynaecologisch Centrum Dermout en Albicher	Alkmaar
Gynos Vrouwenkliniek	Baarn
Gynos Vrouwenkliniek	Den Haag
Haartransplant	Rotterdam
Haartransplantatiekliniek TZ	Rotterdam
HanzeKliniek	Groningen
Helder kliniek Eindhoven	Eindhoven
Helder kliniek Enschede	Enschede
Helder kliniek Hilversum	Hilversum
Helder kliniek Rotterdam	Rotterdam
Helder kliniek Velp	Velp
Helon	Hengelo
Huid en laserkliniek lievensberg	Bergen op Zoom
Huidziekenhuis Dermicis	Haarlem
Huidziekenhuis Dermicis	Alkmaar
Huidziekenhuis Dermicis	Doetinchem
ICONE	Schijndel
Instituut voor Dermatologie J.Ph. de Blik B.V.	Amsterdam
Intermedica Kliniek	Boxmeer
International Vision Centers	Amsterdam
Intranos	Alkmaar
Iprenburg Herniakliniek	Veenhuizen
Janssen Kliniek	Oosterwijk
Keizer Kliniek	Voorschoten
Keizer Kliniek	Assen
Keizer Kliniek	Den Haag
KEM kliniek	Renswoude
Kliniek Arenborghoeve	Venlo
Kliniek Heyendael	Groesbeek
Kliniek Klein Rosendaal	Rozendaal
Kliniek Laurium	Linschoten
Kliniek Valkenhorst	Valkenburg
Kliniek ViaSana B.V.	Mill
Kliniek Zestienhoven	Rotterdam
Laser Clinic Cornea	Heemstede
Laser Company BV	Hoofddorp
Laser Skin Clinics	Zwolle
Laser Skin Clinics	Bussum

Lasik Centrum oogkliniek	Boxtel
Lipocentrum Maastricht	Maastricht
Masallah Besnijdeniskliniek	Amsterdam
Mauritsklinieken B.V.	Nijmegen
Mauritsklinieken B.V.	Den Haag
Mauritsklinieken B.V.	Den Haag
Mauritsklinieken B.V.	Amsterdam
Mauritsklinieken B.V.	Utrecht
MC Breda	Breda
MC Regentesse	Den Haag
MedCentric	Oostburg
MediConsult	Haarlem
Medinello	Amersfoort
Medisch Centrum de Veluwe	Apeldoorn
Medisch Centrum Kinerwens	Leiderdorp
Medisch Centrum Rotterdam Kralingen (Visus oogkliniek)	Rotterdam
Medisch Centrum 't Gooi	Bussum
Medisch Centrum Waalre	Waalre
Medisch Wellness Centrum Zeeland (MWCZ)	Goes
Medische Praktijk voor Laserbehandelingen (MPL) B.V.	Amsterdam
Melles Hoornvlieskliniek Rotterdam	Rotterdam
Mohs klinieken	Dordrecht
Mohs Klinieken	Hoorn
Mohs Klinieken	Amsterdam
Mohs Klinieken Zuid Oost Nederland	Eindhoven
Nationaal Huidcentrum	Bussum
Nederlands Centrum plastische chirurgie	Den Haag
Nederlandse Obesitas Kliniek B.V.	Amsterdam
Nederlandse Obesitas Kliniek B.V.	Velp
Nederlandse Obesitas Kliniek B.V.	Beverwijk
Nederlandse Obesitas Kliniek B.V.	Eindhoven
Nederlandse Obesitas Kliniek B.V.	Nieuwegein
Nederlandse Obesitas Kliniek West B.V.	Den Haag
Nederlandse Obesitas Kliniek Zuid B.V.	Brunssum
Obesitas Centrum Amsterdam B.V.	Amsterdam
OMC noord	Groningen
Oog Laser Centra Nederland B.V.	Hengelo
Oogartsen Maatschap Roosendaal (vanaf 1-1-2015)	
Coöperatie Oogheelkunde Roosendaal U.A.)	Roosendaal
Oogartsenpraktijk Delfland	Delft
Oogkliniek de Bilt B.V.	Bilthoven
Oogkliniek de Horsten	Wassenaar
Oogkliniek Heuvelrug	Zeist
Oogkliniek Heuvelrug	Veenendaal

Oogkliniek Zuid-Limburg	Maastricht
OoglaserCentrum Drechtsteden	Papendrecht
Oogziekenhuis Focuskliniek	Rotterdam
Oogziekenhuis Zonnestraal	Hoogeveen
Oogziekenhuis Zonnestraal	Hilversum
Oogziekenhuis Zonnestraal / AMC	Amsterdam
Oogziekenhuis Zonnestraal / OMC Haarlem	Haarlem
Oogziekenhuis Zonnestraal Amersfoort B.V.	Amersfoort
Oogziekenhuis Zonnestraal Flevoland	Lelystad
Oogziekenhuis Zonnestraal Noord Holland B.V.	Zaandam
Oogziekenhuis Zonnestraal Oost NL	Doetinchem
Oosteinde Walborg Kliniek	Amsterdam
Opsis Oogartsenpraktijk stichting	Amstelveen
Optical Express	Amsterdam
Optical Express	Eindhoven
Optimal Care Pijnklinieken	Rotterdam
Orbis Eyescan Oogzorgkliniek Limburg	Sittard-Geleen
Orbis Mooi BV	Sittard-Geleen
Padbergkliniek	Ede
Park Medisch Centrum	Rotterdam
Pellegrinus Kliniek	Schiedam
Plastisch Cosmetisch Centrum Spaarne	Heemstede
Polikliniek de Blaak	Tilburg
Polikliniek de Blaak	Rijswijk/Leidschendam
Polikliniek de Blaak	Almere
Polikliniek flebologie Terwolde	Terwolde
Polikliniek voor flebologie en proctologie Drs. Wetzels	Hengelo
Praktijk Gabriels	Barendrecht
Praktijk Prof. Stolz	Rotterdam
Ra-Medical Obesitas Centrum	Beverwijk
Reinaert Kliniek	Maastricht
Retina Total Eye Care	Driebergen
Rijnzicht Oogkliniek	Oegstgeest
RKZ Eyescan Oogzorgkliniek Noord-Holland	Beverwijk
Roosevelt kliniek	Leiden
Sanavisie Bodyclinic	Mill
Scal Medische Diagnostiek	Leiden
SKIN INVESTMENTS	Heemskerk
Skinject	Amsterdam
Specialistenpraktijk Tisscher	Vlissingen
Specialistenpraktijk Tisscher	Oosterhout
St MCD Behandelcentrum	Assen
St. AVE Medical	Lelystad
St. AVE Medical	Bosch en Duin

St. AVE Medical	Amsterdam
St. AVE Medical	Amsterdam
St. Dermatologisch Centrum	Zaltbommel
St. MCD Behandelcentium	Nieuwegein
St. MCD Behandelcentrum	Nieuwegein
St. Nedspine	Ede
St. OMC Twente	Hengelo
St. Oogheekundig Medisch Centrum Amsterdam	Amsterdam
St. Oogziekenhuis Eindhoven	Eindhoven
St. Prof. Hennemann Kliniek	Spijkensisse
St. Stolmed Klinieken	Goes
St. Stolmed Klinieken	Etten-Leur
St. ZBC FeM-poli	Zwolle
St.kliniek scheveningen	den haag
Stg. Dermatologie Praktijk Van Eendenburg/Nannings	Amsterdam
Stichting AlleskITs	Rotterdam
Stichting AlleskITs	Krimpen a/d IJssel
Stichting AlleskITs	Rotterdam
Stichting Andros Mannenkliniek	Amsterdam
Stichting Andros Mannenkliniek	Arnhem
Stichting Andros Mannenkliniek	Baarn
Stichting Andros Mannenkliniek	Maastricht
Stichting Andros Mannenkliniek	Den Haag
Stichting BPM zorg	Wolvega
Stichting Braam Kliniek Assen	Assen
Stichting Centrum Oosterwal	Alkmaar
Stichting Derma Montse	Sittard-Geleen
Stichting Dermalink	Amersfoort
Stichting Dermatologisch Centrum Wetering	Amsterdam
Stichting DermaZuid	Maastricht
Stichting dr. Mulkens Kliniek	Hoensbroek
Stichting Flebologisch Centrum Grave	Grave
stichting Gelderse Vallei Vivre	Ede
Stichting Heelkunde Instituut Nederland	Amstelveen
Stichting Heelkunde Instituut Nederland	Renswoude
Stichting Heelkunde Instituut Nederland	Rotterdam
Stichting Instituut voor Slaapgeneeskunde	Woerden
Stichting Jan Duiker kliniek	Zeist
Stichting Kliniek Amstelveen	Amstelveen
Stichting Kliniek Oud Zuid	Amsterdam
Stichting Medisch Centrum Amstelveen	Amstelveen
Stichting Medisch Centrum Midden Nederland	Bussum
Stichting Midden Brabant Kliniek	Tilburg
Stichting Mohsa/Mohsexpert BV	Venray

Stichting Oog Medisch Centrum Zaandam	Zaandam
Stichting Oog voor Zorg	Heerhugowaard
Stichting Oogcentrum Eibergen	Eibergen
Stichting oogheelkunde rijswijk	Rijswijk
Stichting oogheelkunde rijswijk	Warmond
Stichting Oogheelkundig Centrum Haarlemmermeer	Hoofddorp
Stichting Oogzorg Haaglanden	Zoetermeer
Stichting Oogzorg Opticus	Amsterdam
Stichting Orthopedisch Centrum Zuid Nederland	Breda
Stichting Orthopedium	Delft
Stichting polikliniek de Blaak	Rotterdam
Stichting polikliniek dermatologie de weegschaalhof	Rotterdam
Stichting Polikliniek Lange Voorhout	Rijswijk
Stichting Proctos Klinieken	Bilthoven
Stichting Rugpoli	Tilburg
Stichting Rugpoli	Delden
Stichting Rugpoli	Velp
Stichting Rugzorg Nederland	Ede
Stichting Rugzorg Nederland	Zwolle
Stichting Ruige Rus	Hilversum
Stichting Stadskliniek Utrecht	Utrecht
Stichting Statenkliniek	Den Haag
Stichting The Hand Clinic	Amsterdam
Stichting Veneuze Zorg nederland	Apeldoorn
Stichting Veneuze Zorg Nederland	Enschede
Stichting Vitalys klinieken	Arnhem
Stichting ZBC Atrium MC Parkstad	Heerlen
Stichting Zorg Bij Uitstek	Zoetermeer
Stolmed Oogklinieken	Bergen op Zoom
Stolmed Oogklinieken	Rucphen
Transhair & Aesthetic Team BV	Vlijmen
U-Clinic	Bussum
U-Clinic	Loenen aan de Vecht
U-Clinic	Amsterdam
U-Clinic	Amsterdam
U-Clinic	Rosmalen
U-Clinic	Hattem
Van Leeuwenhoek Kliniek	Amsterdam
Velthuis kliniek Cosmea	Enschede
Velthuis kliniek Eindhoven	Eindhoven
Velthuis kliniek Hilversum	Hilversum
Velthuis kliniek Rotterdam	Rotterdam
Velthuis kliniek Velp	Velp
Venocare	Veldhoven

VermoeidheidCentrum Nederland bv	Lelystad
Victoriakliniek	Zierikzee
VieCuriVitaal	Venray
Vision Ooglaseren	Amsterdam
Vrouw&klinieken	Vleuten
Vrouwenpoli Boxmeer	Boxmeer
Wever Facial Plastics	Wassenaar
Women's Healthcare Center	Amsterdam
Xpert Clinic Eindhoven	Eindhoven
Xpert Clinic Enschede	Enschede
Xpert Clinic Hilversum	Hilversum
Xpert Clinic Rotterdam	Rotterdam
Xpert Clinic Velp	Velp
Xpert Clinic Zeist	Zeist
ZBC de Terp	Rotterdam
ZBC de Terp	Capelle aan den IJssel
ZBC KNO Het Gooi en omstreken	Hilversum
ZBC KNO-Haarlemmermeer	Haarlem
ZBC Multicare	Hilversum
ZBC Paulus van Loo KNO	Woerden
Zelfstandig Behandelcentrum Bosch en Duin	Bosch en Duin
Zorgpraktijk Avenue Carnisse	Rotterdam
Zuidoost Kliniek	Amsterdam

### **Naam Medisch Diagnostisch Centrum**

Bergman Clinics  
 Bernhoven Diagnostisch Centrum  
 DC Klinieken Alkmaar  
 DC klinieken Almere  
 DC Klinieken Amsterdam  
 DC Klinieken Den Haag  
 DC Klinieken Laresse  
 DC Klinieken Maastricht  
 DC Klinieken Oud West  
 DC Klinieken Oud Zuid  
 DC Klinieken Roermond  
 DC Klinieken Rotterdam  
 DC Klinieken Schiedam  
 DC Klinieken Voorschoten  
 Diagnostisch Centrum Diasana  
 HartKliniek  
 Medisch Centrum Baarn  
 Meditta diagnostiek B.V.

### **Plaats**

Amsterdam  
 Uden  
 Alkmaar  
 Almere  
 Amsterdam  
 Den Haag  
 Amsterdam  
 Maastricht  
 Amsterdam  
 Amsterdam  
 Roermond  
 Rotterdam  
 Schiedam  
 Voorschoten  
 Mill  
 Almere  
 Baarn  
 Sittard

Mitralis Diagnostisch Centrum	Kerkrade
Mitralis Diagnostisch Centrum	Hoensbroek
MRI Diagnostiek Amsterdam B.V.	Amsterdam
MRI Diagnostiek Den Bosch B.V.	Den Bosch
MRI Diagnostiek Groningen BV	Groningen
MRI Diagnostiek Rotterdam B.V.	Rotterdam
PoliDirect	Tilburg
PoliDirect	Amsterdam
PoliDirect	Ravenstein
Radiologie Centrum Breda	Breda
Scal Medische Diagnostiek	Leiden
St Diagnostisch Centrum Tilburg	Waalwijk
St. Atal-Medial	Amsterdam
Starlet DC	Alkmaar
Star-MDC	Rotterdam
Stichting Cardiologie Amsterdam	Amsterdam
Stichting Cardiologie Centra Nederland	Almere
Stichting Cardiologie Centra Nederland	Amsterdam
Stichting Cardiologie Centra Nederland	Blaricum
Stichting Cardiologie Centra Nederland	Hoogvliet
Stichting Cardiologie Centra Nederland	IJmuiden
Stichting Cardiologie Centra Nederland	Rotterdam
Stichting Cardiologie Centra Nederland	Utrecht
Stichting Cardiologie Centra Nederland	Utrecht
Stichting Cardiologie Centra Nederland	Voorschoten
Stichting Cardiologie Centra Nederland	Zeeland
Stichting Cardiologie Geervliet	Amsterdam
Stichting Cardiologie Heesum	Heesum
Stichting Cardiologie Landsmeer	Landsmeer
Stichting Cardiologiecentrum Care for Heart	Zoetermeer
Stichting Diagnostiek Brabant	Tilburg
Stichting Cardiozorg	Castricum

## Bijlage 3

### Klinieken die geen data over 2014 hebben aangeleverd

#### Naam Particuliere Kliniek

1. OMC Zuid (Oogheekundig medisch centrum)
2. Cardio Centrum Goes
3. Centrum Esthetisch Chirurgisch Friesland
4. DC Lairesse
5. Dr. Binkhorst Eye Center
6. Kneeclinik
7. Medicosmo, Geleen
8. Stichting Huidkliniek Zuid
9. U-Clinic Veluwe

#### Plaats

- Rotterdam  
Goes  
Leeuwarden  
Amsterdam  
Terneuzen  
Haarlem  
Geleen  
Rotterdam  
Hattem