



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Het resultaat telt
particuliere klinieken**

2011

**Verbeterde kwaliteit, normontwikkeling
komt op gang**

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	6
1 Inleiding, onderzoeksmethodiek en vormgeving toezicht	8
2 Opvallende bevindingen	11
3 Thermometer particuliere klinieken	12
4 Resultaten	
1 Algemene vragen	14
1.0 Algemene en organisatorische vragen	14
1.1 Zorgzwaarte	20
1.2 Infecties	25
1.3 Complicatieregistratie	28
1.4 Medici en medisch ondersteunend personeel	30
1.5 Patiënttevredenheid	33
2 Specifieke vragen	36
2.1 Cataract	36
2.2 Oogheelkunde/refractiechirurgie	41
2.3 Anesthesiologie	44
2.4 Orthopedie	47
2.5 Plastische chirurgie (en cosmetische behandelingen)	50
2.6 Flebologische ingrepen	56
2.7 Bariatrische chirurgie	58
2.8 Dermatologie	61
Bijlagen	
1 Lijst van ZBC's opgenomen in het onderzoek	65
2 Lijst van privéklinieken opgenomen in het onderzoek	70
3 Lijst van klinieken voor mondzorg opgenomen in het onderzoek	73

Voorwoord

Particuliere klinieken, de verzamelnaam voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en privéklinieken, zijn niet meer weg te denken uit het Nederlandse zorglandschap. Zij hebben daarin voor een aantal planbare verrichtingen een duidelijk plaats verworven.

In deze vierde jaarlijks terugkerende rapportage, over de door de Inspectie voor de Gezondheidszorg opgestelde kwaliteitsindicatoren, constateert de inspectie dat de zorg nog steeds verbetert voor de patiënten die deze klinieken bezoeken.

Voor het eerst is specifiek gevraagd naar het zorgaanbod van dermatologische klinieken. Uit de antwoorden blijkt dat ook in particuliere klinieken het hele behandelpalet van dermatologie wordt aangeboden. De dermatologische klinieken hebben met 69 organisaties een groot aandeel in de geleverde zorg door particuliere klinieken. Zij zijn na de klinieken voor cosmetische behandelingen en plastische chirurgie het grootste in aantal.

Er zijn 30 organisaties van klinieken met 5 of meer vestigingen. Het betreft bijna allemaal ZBC's. De klinieken hebben samen 200 vestigingen. Dat is 74 procent van het totale aantal klinieken.

Voor de zorg geleverd in particuliere klinieken zijn dezelfde normen en richtlijnen van toepassing als in de algemene ziekenhuizen. Naast ziekenhuiszorg wordt echter ook andersoortige zorg aangeboden. Het is daarom nodig dat hiervoor een aanvulling op de bestaande normen en richtlijnen komt. Op het gebied van de cosmetische geneeskunde, inclusief de behandelingen met laser- en lichttherapie, wordt op dit moment, onder regie van het Nederlands Normalisatie Instituut (NEN), aan normontwikkeling en scholing gewerkt. Diverse wetenschappelijke verenigingen ontwikkelen, na het reguliere opleidings-traject, specialisaties voor cosmetische behandelingen in het gelaat.

Het aantal klinieken dat kinderen behandelt en het aantal behandelde kinderen neemt nog steeds toe. Het behandelaanbod is evenwel zeer divers. Gezien de kwetsbaarheid van kinderen zijn goede randvoorwaarden ten aanzien van de behandeling en duidelijke normering zeer belangrijk. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde werkt, in samenwerking met alle andere relevante wetenschappelijke verenigingen, aan een algemeen kader voor de behandeling van kinderen in particuliere klinieken. Op dit gebied zijn diverse ontwikkelingen in gang gezet.

Over de meeste klinieken is de inspectie tevreden voor wat betreft de wijze waarop aan kwaliteitsverbetering gewerkt wordt. Er zijn echter ook uitkomsten van klinieken die de kwaliteitstoets niet kunnen doorstaan. De inspectie zal haar toezicht op de particuliere klinieken die op basis van deze uitkomsten niet aan de normen voldoen, gaan intensiveren en waar nodig handhavend optreden.

Mr. J.W. Weck,
Waarnemend Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting van de bevindingen

Particuliere klinieken behandelden een half miljoen patiënten die bijna driekwart miljoen behandelingen ondergingen. Er is in 2011 een absolute toename van het aantal behandelingen in particuliere klinieken ten opzichte van 2010. Ook het aantal organisaties groeide nog licht, maar meer opvallend is de toename van het aantal locaties en het daarmee ontstaan van enkele grote kliniekgroepen.

In 78 procent van de klinieken werden invasieve behandelingen uitgevoerd. Bij 80 procent van hen gebeurde dat in de eigen kliniek. Daarnaast verrichtte 8 procent van de klinieken alle behandelingen in een ziekenhuis. In 22 klinieken, die aangaven (kleine) invasieve ingrepen uit te voeren, waren geen behandelkamer, OK1- of OK2- faciliteiten. Daarvan huurden 9 klinieken bovengenoemde ruimte(n) elders in. In 9 klinieken die dermatologische en spataderbehandelingen uitvoerden en/of fillers toepasten en 1 kliniek voor besnijdenis had men niet-gevalideerde behandelkamers; 4 klinieken die dermatologische en spataderbehandelingen uitvoerden achtten de aard van de ingrepen van dien aard dat zij niet over dergelijke ruimte(n) beschikten.

Er is een stijging te zien van het aantal patiënten met een zorgzwaarte (ASA) klasse 3 en hoger die werden behandeld in de klinieken. De absolute stijging kan worden verklaard door ingrepen bij patiënten met ernstig overgewicht (bariatrische ingrepen) bij wie in de kliniek de indicatie werd gesteld, maar die in een ziekenhuis de chirurgische ingreep ondergingen.

Het aantal klinieken dat kinderen beneden de 18 jaar behandelt, is gestegen van 107 naar 137. Ook is er een stijging te zien van het aantal kinderen dat in de klinieken werden behandeld. In 53 klinieken werden minder dan 20 kinderen per jaar behandeld. In 2010 waren dat 48 klinieken. Het behandelaanbod is zeer divers en varieert van kijkoperaties van de knie, dermatologische ingrepen, spataderoperaties, oorcorrecties en oogheekundige ingrepen tot borstvergroting, schaamlipverkleining en ingrepen bij patiënten met ernstig overgewicht. Bij deze laatste drie ingrepen is hierbij sprake van overschrijding van de norm. Voor wat betreft de andere ingrepen is er nog geen consensus in de diverse beroepsgroepen over volume en leeftijdsnormen.

Bij 93 procent van de klinieken was de arts buiten kantooruren oproepbaar. Dat is een verbetering ten opzichte van 2010, toen was dat 73 procent.

Voor het eerst werd in 2011 ook gevraagd of de kliniek een kwaliteitskeurmerk bezat; 127 klinieken (48 procent) beschikten over een kwaliteitskeurmerk van ZKN, HKZ, ISO of een combinatie van deze. Een aantal klinieken beschikte over een NIAZ-certificaat.

Voor de staaroperaties was de complicatieregistratie adequaat. De norm van voldoende wachttijd die al hoog was in 2011 is nog iets verbeterd naar 96 procent. Bij de refractie-

chirurgie (ooglaseren) voerden volgens de opgave 1 kliniek behandelingen uit in een behandelkamer, bij 1 kliniek blijft dat ondanks de toelichting onduidelijk. De indicator anesthesie werd door 49 klinieken ingevuld. Dit is een stijging ten opzichte van 2010 toen deze indicator door 37 klinieken werd ingevuld. De time-outprocedure werd toegepast bij 86 procent van de klinieken. Door 6 klinieken werd aangegeven ingrepen niet in de eigen kliniek te doen, 1 kliniek kon geen gegevens aanleveren.

In 4 van de 20 orthopedische klinieken werden totale heupoperaties gedaan, alle klinieken verrichtten kijkoperaties van de knie, waarbij een duidelijk toename werd geconstateerd in het aantal verrichtingen. Alle klinieken hadden afspraken met ziekenhuizen in geval van complicaties en calamiteiten.

In 78 klinieken werden plastisch chirurgische en/of cosmetische behandelingen verricht. Bij 9 van deze klinieken had de eindverantwoordelijke medisch specialist een buitenlandse (vervolg) opleiding. Bij 26 van deze 78 klinieken werden patiënten jonger dan 18 jaar behandeld, meestal met een medische indicatie.

In 59 klinieken werden spataderbehandelingen gedaan. Het aantal patiënten dat duplex-onderzoek (echo-onderzoek) onderging was 71 procent en daarmee geen verbetering ten opzichte van 2010. Vrijwel altijd vond de gehele behandeling plaats in de eigen kliniek.

In 64 klinieken vond het gehele palet aan dermatologische behandelingen plaats. Het merendeel van de behandelingen vond plaats in behandelkamers. De continuïteit van de nazorg was in alle klinieken geborgd. Bij 10 van deze klinieken had de eindverantwoordelijke medisch specialist een buitenlandse (vervolg) opleiding.

Het aantal klinieken dat gegevens aanleverde ten aanzien van ingrepen bij patiënten met ernstig overgewicht nam toe van 5 in 2010 tot 13 in 2011. In 12 klinieken vonden deze ingrepen plaats in een gecontracteerd ziekenhuis. Eén kliniek plaatste maagballonnen en deed dat in de eigen kliniek. Bij 8 van de 13 klinieken was de zorgzwaarte van de patiënt bekend.

Alle klinieken die niet aan de normen voldoen, zullen worden bezocht. Indien noodzakelijk neemt de inspectie gepaste maatregelen.

1 Inleiding, onderzoeksmethodiek en vormgeving toezicht

In 2012 zijn alle particuliere klinieken^[1] gevraagd om gegevens over de prestaties van hun kliniek aan te leveren over 2011. Deze vorm van toezicht is analoog aan het toezicht op de ziekenhuizen. Gezien de toenemende rol die ZBC's en privéklinieken (aangeduid onder de verzamelnaam particuliere klinieken) spelen in het veld van de curatieve gezondheidszorg, momenteel is het marktaandeel ongeveer 2 procent, vindt de inspectie het van belang om ook in dit zorgveld systematisch inzicht te krijgen in de kwaliteit van de behandelingen. Van de 269 geanalyseerde klinieken hadden 82 klinieken, zowel ZBC's als privéklinieken, 2 of meer locaties. Daarvan werkten 38 klinieken op 2 locaties, 9 klinieken werkten op 3 locaties, 5 klinieken werkten op 4 locaties, 12 klinieken werkten op 5 locaties, 9 klinieken werkten op 6 locaties en 7 klinieken werkten op 9 locaties, 1 kliniek op 10 locaties en 1 kliniek had 13 locaties. Het betrof grotendeels ZBC's. Privéklinieken hadden minder vaak nevenvestigingen en nooit meer dan 6.

Basisfilosofie

- Een indicator geeft een signaal over de (kwaliteit van de) zorg op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten. Over een negatief signaal worden door de inspectie vragen gesteld ofwel schriftelijk of tijdens een gesprek. Overigens zal de inspectie niet alleen op basis van de kwaliteits-indicatoren over een individuele kliniek oordelen, maar zij zal zich ook baseren op incidententoezicht en thematoezicht.
- Instellingen maken zelf resultaten openbaar. De gekozen indicatoren kunnen zonder nadere uitleg geen goed beeld geven van de zorg in een individuele kliniek, bijvoorbeeld omdat patiëntenpopulaties per instelling verschillen. Om die reden wordt aan de klinieken gevraagd om de eigen resultaten openbaar te maken en van een nadere specifieke uitleg te voorzien. Dit kan in het kwaliteitsjaarverslag en via de website van de kliniek.
- Interne kwaliteitsverbetering is belangrijk. Naast externe verantwoording is ook het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering een doel. Ten behoeve hiervan wordt voor ziekenhuizen op dit moment al een deel van de indicatoren geregistreerd. Ook blijken de Basissets voor veel ziekenhuizen zinvolle informatie te hebben opgeleverd. De verwachting is dat dit ook zal gelden voor particuliere klinieken.

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

- De IGZ gaat uit van een ontwikkelingsmodel. Een indicatorenset is nooit af. De ontwikkeling van een indicator is afhankelijk van de reacties en de resultaten van de particuliere klinieken. Indicatoren die niet meer relevant zijn of geen onderscheid maken, worden na verloop van tijd door andere indicatoren vervangen of aangepast. Het streven van de inspectie is om niet meer dan 20 - 25 procent van de basisset per jaar te veranderen en de omvang van de indicatorenset niet substantieel te vergroten of te verkleinen. Hiermee wordt de registratielast zo beperkt mogelijk gehouden waarbij het doel, een zo optimaal mogelijk beeld verkrijgen van het veld, behouden blijft.

Algemene informatie over indicatoren staat op www.igz.nl.

Samenwerking

De indicatorenset is tot stand gekomen door samenwerking tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Orde van Medisch Specialisten (Orde), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG), de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), waarbij elk der partijen een eigen verantwoordelijkheid heeft. Voor de inspectie maken de indicatoren deel uit van het preventieve onderzoeks-instrumentarium waarmee, op basis van risico-inschatting, vervolgens prioritering van het toezicht kan plaatsvinden. De brancheorganisaties hechten er belang aan dat de indicatoren geschikt zijn voor interne sturing en voor het afleggen van maatschappelijke verantwoording door de klinieken.

Methodiek

Dataverzameling en analyse

Aan 357 bij de inspectie bekende (vestigingen van) klinieken is een brief verstuurd waarin is verzocht de basisset in te vullen en deze gegevens aan de inspectie te leveren voor 1 maart 2012.

Onder de 39 geadresseerden die geen gegevens aanleverden waren 16 klinieken niet (meer) actief. De overige 23 geadresseerden vielen af omdat zij slechts één professional in dienst hadden (en dus geen zorginstelling zijn in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen), dubbel geregistreerd stonden, of om andere redenen niet binnen de doelgroep vielen. Daarnaast leverden 14 klinieken niet aan ondanks herhaald rappel zowel schriftelijk als telefonisch.

Vanwege de toepassing van algehele anesthesie werden 12 bij de inspectie als zodanig bekende klinieken voor mondzorg aangeschreven. Daarvan waren 8 klinieken ook in 2010 bevroegd, 4 daarvan waren zowel in 2010 als in 2009 bevroegd.

Om het aanleveren van de indicatorenset zo gebruiksvriendelijk mogelijk te maken, heeft de inspectie een website ontwikkeld waar de vragen konden worden ingevuld.

Uiteindelijk leverden 304 klinieken gegevens aan. Door 18 klinieken werd bij de inspectie gemeld dat zij (nog) geen zorg leverden in het verslagjaar 2010, 5 klinieken vielen om andere redenen af. De 12 klinieken voor mondzorg werden apart geanalyseerd. Er bleven 269 klinieken over die konden worden geanalyseerd.

Inspectietoezicht

Het inspectietoezicht vindt plaats volgens de systematiek van het gefaseerd toezicht (met ingang van 1 januari 2012 risico-indicatorentoezicht).

Dit toezicht bestaat uit vier fasen. Fase 0 is het ontwikkelen van indicatoren. Fase 1 is het verzamelen en analyseren van indicatoren. Fase 2 is het (gericht) bezoeken van instellingen op basis van signaleringen. Fase 3 is het intensiveren van het toezicht en het zonedig opleggen van sancties.

De gegevens uit de kwaliteitsindicatoren worden door de accounthouders beoordeeld. Een score onder de door de inspectie gestelde norm, verwoord in dit rapport, gecombineerd met de reeds bij de inspectie bekende gegevens uit calamiteitenonderzoek of anderszins, geven al dan niet aanleiding tot nadere vragen of het afleggen van een inspectiebezoek aan een particuliere kliniek.

In 2012 zullen 20 van de 30 klinieken met 5 of meer vestigingen nader worden onderzocht om te beoordelen of er een adequate verantwoordelijkheidstoedeling per vestiging is afgesproken en of op een verantwoorde wijze wordt omgegaan met voorzieningen.

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

Rapportage

Achtereen volgens vindt u in deze rapportage naast een overzicht van opvallende bevindingen, de zogenaamde thermometer waarin per indicator de geaggregeerde uitkomsten worden vermeld, inclusief daar waar gewenst spreidingsmaten en de resultaten. In het hoofdstuk Resultaten vindt u een algemeen hoofdstuk met indicatoren die door alle respondenten zijn ingevuld. Daarna volgt een specifiek deel waarbij de respondenten alleen die indicatoren hebben ingevuld als die tot hun werkgebied behoren. Naast een toelichting op de indicatoren en de uitwerking van de uitkomsten vindt u een conclusie en een reactie van de inspectie.

2 Opvallende bevindingen

Lichte groei

Na een lichte stagnatie in 2010 is er in 2011 een toename zichtbaar van het aantal klinieken dat de indicatoren heeft ingevuld. Deels hangt dat samen met uitbreiding van het aantal locaties van een aantal ketens. Het aantal ketens in 2011 betrof 30 organisaties met 5 of meer vestigingen met tezamen 200 vestigingen. Dat is 74 procent van het totale aantal klinieken.

Artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding

Bij 20 van de 52 klinieken met artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding was deze arts medisch eindverantwoordelijk. Bij een bezoek aan een dergelijke kliniek zal de inspectie toetsen of er bekendheid is en gewerkt wordt volgens de vigerende Nederlandse normen.

Zorgwaarte en bariatric

Het aantal klinieken dat patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 behandelden is gestegen van 32 naar 45. Deels kan dit worden verklaard door een toename van het aantal klinieken voor bariatric, maar ook is het in lijn met de groei van het aantal mensen met overgewicht in de Nederlandse populatie.

Orthopedie

Het aantal visitaties is door een actief beleid van de NOV flink toegenomen van 47 procent in 2010 naar 70 procent in 2011. Het aantal heroperaties bij de orthopedie is van gemiddeld 0,5 naar 0,2 procent (maximum van 1,6 naar 0,8) gedaald.

Dermatologie

Het vakgebied dermatologie wordt, zo blijkt uit deze inventarisatie, ook in particuliere klinieken in de volle breedte uitgeoefend.

3

Thermometer particuliere klinieken

Indicator	Aantal klinieken		gemiddelde	Uitkomsten	
	aanwezig	totaal		minimum	maximum
1 Algemene en organisatorische vragen					
1.0.1 Organisatorische vragen					
Beschikbaarheid van een openbare website	263	269	98%	-	-
Samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis	196	269	73%	-	-
Afspraken in geval van calamiteiten/complicaties	225	269	84%	-	-
Afspraken gebruik OK en andere faciliteiten	86	269	32%	-	-
Kwaliteitscertificaat	127	269	48%	-	-
1.0.3 Totaal aantal behandelde patiënten en behandelingen					
Totaal aantal behandelde patiënten	260	269	2.091	13	17.581
Totaal aantal behandelingen	244	269	2.974	55	24.586
1.0.4 Invasieve ingrepen					
Totaal aantal invasieve behandelingen	203	211	1.328	14	12.062
1.1 Zorgzwaarte					
Totaal aantal behandelde patiënten ASA-klasse 3 en hoger	26	167	3.784	1	1.495
Behandelde patiënten < 18 jaar*	137	231	133	1	1.382
Totaal aantal behandelde patiënten BMI > 35	45	135	6.487	4	889
1.2 Infecties					
Systematische controle postoperatieve infecties	201	222	-	-	-
Postoperatieve infecties	199	222	0,28%	0%	9,7%
1.3 Complicatie Registratie					
Aanwezigheid complicatieregistratiesysteem	238	269	88%	-	-
1.4 Medisch personeel					
Aanwezigheid basisartsen (BIG-geregistreerd)	115	263	1,5	0,1	18
Aanwezigheid verpleegkundigen (BIG-geregistreerd)	152	263	2,5	0,05	21,1
Aanwezigheid anesthesiemedewerkers en OK-assistenten	101	263	1,6	0,01	14,3
Aanwezigheid medisch specialisten (MSRC-geregistreerd)	233	263	2	0,05	10
Aanwezigheid buitenlandse artsen	52	263	1,9	1	11
Aanwezigheid medische specialisten ook werkzaam in ziekenhuis	158	248	3	1	18
1.5 Patiënttevredenheid					
Aantal nieuwe klachten bij de directie en de klachtencommissie	48	258	4,8	1	44
Aantal nieuwe klachten bij directie	94	258	4,5	1	44
Aantal nieuwe klachten bij klachtencommissie	41	258	1,8	1	8
Patiënttevredenheidsonderzoek	179	189	928,9	10	9.534

Indicator	Aantal klinieken		gemiddelde	Uitkomsten	
	aanwezig	totaal		minimum	maximum
2 Specifieke vragen					
2.1 Cataract					
Complicatie-dateregistratie volgens NOG	23	25	92%	-	-
Resultaatregistratie voor cataractextracties	25	25	96%	59%	100%
Voldoende wachttijd tussen operaties	23	25	94%	61%	100%
2.2 Oogheelkunde/refractiechirurgie					
Visitatie door NOG	24	29	83%	-	-
Certificering refractiechirurgen door NOG	20	29	69%	-	-
Validatierapport laserapparatuur	27	29	93%	-	-
2.3 Anesthesiologie					
Visitatie door NVA	34	49	69%	-	-
Patiënten postoperatieve pijnmeting	38	49	78%	-	-
Time-outprocedure	42	49	86%	-	-
Audit procedure	28	49	57%	-	-
2.4 Orthopedie					
Visitatie door NOV	14	20	70%	-	-
Medicamenteuze tromboseprofylaxe van totale knieprothese	14	20	70%	-	-
Medicamenteuze tromboseprofylaxe van totale heupprothese	4	20	20%	-	-
Medicamenteuze tromboseprofylaxe**	3	20	100%	-	-
Aantal arthroscopieën	19	20	770	8	2.306
Ongeplande heroperaties	19	20	2,3%	0%	0,8%
2.5 Plastische chirurgie					
Patiënten met een foto voor en na de cosmetische ingreep	61	78	90%	0%	100%
Visitatie NVPC	48	78	62%	-	-
Ongeplande heroperaties	69	78	1,6%	0%	21%
2.6 Flebologische ingrepen					
Percentage duplexonderzoek	52	59	98%	0%	100%
2.7 Bariatrische chirurgie					
Totaal aantal patiënten met bariatrische chirurgie	9	13	3.177	46	797
2.8 Dermatologie					
Algemene dermatologie (zoals psoriasis, eczeem)	54	64	84%	-	-
Dermato-oncologie	47	64	73%	-	-
Dermatochirurgie (medisch)	52	64	81%	-	-
Cosmetische dermatochirurgie (zoals liposculptuur)	20	64	31%	-	-
Proctologie	19	64	30%	-	-
Flebologie C1- C3	44	64	69%	-	-
Flebologie C4- C6	32	64	50%	-	-
Visitatie door NVDV	50	64	78%	-	-

* minus besnijdeniscentra, KNO, mondkaakchirurgie, cardiologische centra, en klinieken die zich speciaal op kinderen richten

** Een vierde kliniek die ook totale heupprothesen uitvoerde is niet meegenomen, vanwege waarschijnlijk verkeerd aangeleverde getallen

4 Resultaten

1 Algemene vragen

1.0 Algemene en organisatorische vragen

Indicatoren

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

Relevante begrippen

Invasieve ingrepen	Snijdende ingrepen, waaronder operaties, insputingen en refractiechirurgie.
Eigen kliniek	Alle locaties die onder de holding vallen.

Belang van de indicator/Wat zijn de risico's

De inspectie kijkt met deze indicatoren naar de informatievoorziening door de kliniek aan patiënten, afspraken met ziekenhuizen in geval van complicaties en calamiteiten en gebruik van faciliteiten. Informatievoorziening dient transparant te zijn ten aanzien van onder andere behandelaanbod en patiëntenrechten. Afspraken met ziekenhuizen zijn bij voorkeur schriftelijk vastgelegd.

Daarnaast wordt gekeken naar de aanwezigheid van een kwaliteitssysteem en keurmerk. Kwaliteit dient systematisch te worden gemeten en een keurmerk draagt bij aan het bewaken, beheersen en verbeteren van het proces.

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op alle 269 klinieken.

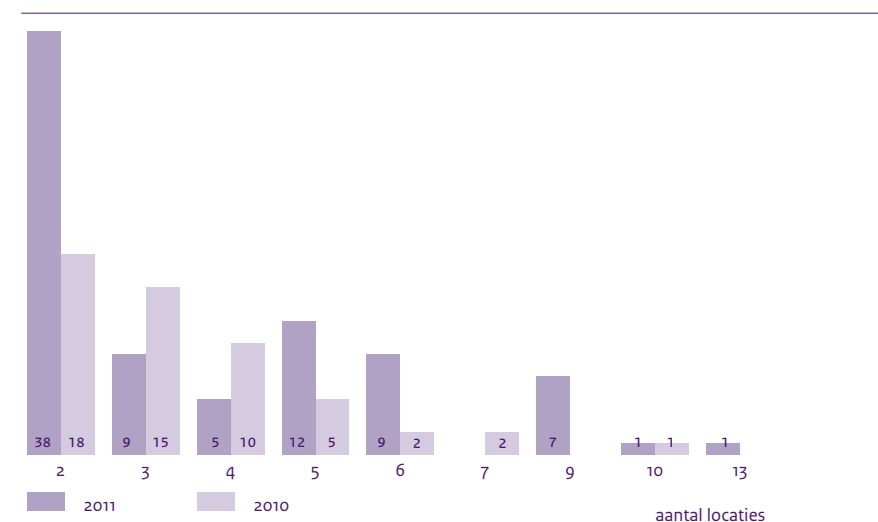
Resultaten

Organisatorische vragen

In 2011 waren er 269 klinieken die gegevens aanleverden. Van deze klinieken hadden 82 klinieken 2 of meer locaties.

Figuur 1.0.1

Aantal locaties per kliniek



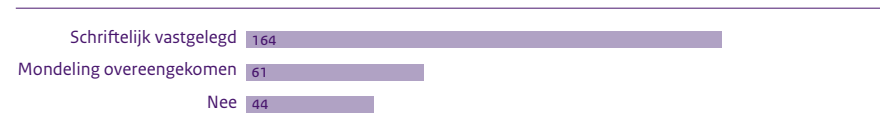
Van de 269 klinieken had 98 procent (263 klinieken) een website. Dit is relatief gezien een kleine groei ten opzichte van 2010 toen nog 96 procent een website had.

In totaal hadden 196 klinieken (73 procent) een samenwerkingsverband met een ziekenhuis. In 2010 waren dat 168 klinieken (69 procent).

Door 44 klinieken (16 procent) werden geen afspraken gemaakt met een ziekenhuis waar de patiënt, in geval van een calamiteit of complicaties die niet in de particuliere kliniek behandelbaar zijn, terecht kon. In de overige 225 klinieken legden 164 klinieken afspraken schriftelijk vast, 61 klinieken kwamen deze afspraken mondeling overeen. Van de 61 klinieken die mondelinge afspraken hadden, behandelden 48 klinieken invasief. Van de 44 klinieken die geen afspraken hadden gemaakt met ziekenhuizen in geval van complicaties en calamiteiten, behandelden 31 klinieken patiënten invasief. In geval van nood werd door die klinieken doorverwezen naar de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis of de kliniek achtte het niet nodig de nazorg te borgen gezien de aard van de ingrepen.

Figuur 1.0.2

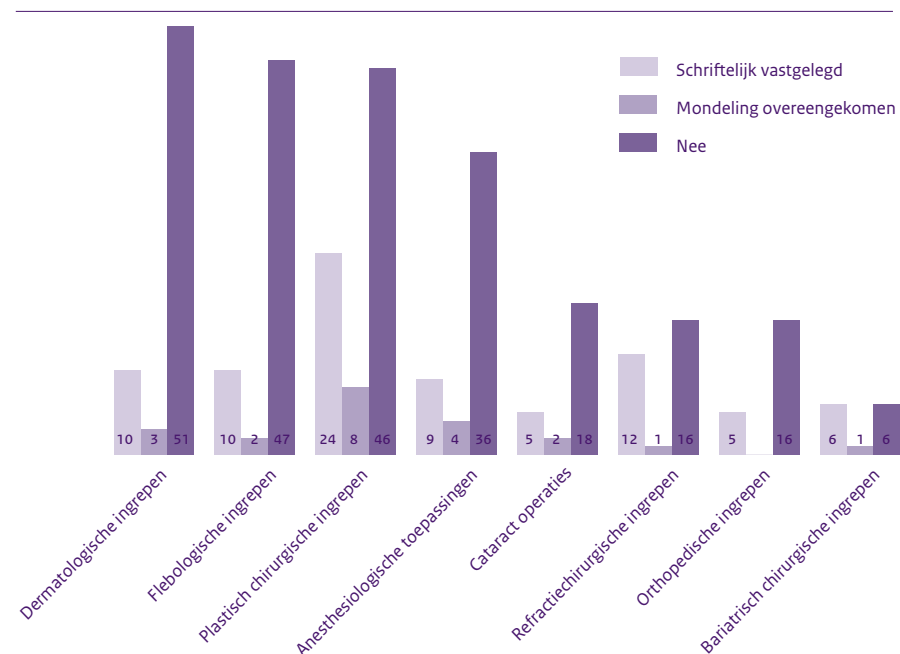
Afspraken met een ziekenhuis met betrekking tot calamiteiten en complicaties



In 2011 maakten 86 klinieken (32 procent) afspraken met betrekking tot het gebruik van OK of andere faciliteiten van een ziekenhuis. Daarvan legden 65 klinieken deze afspraken schriftelijk vast, 21 klinieken kwamen dit mondeling overeen.

Figuur 1.0.3

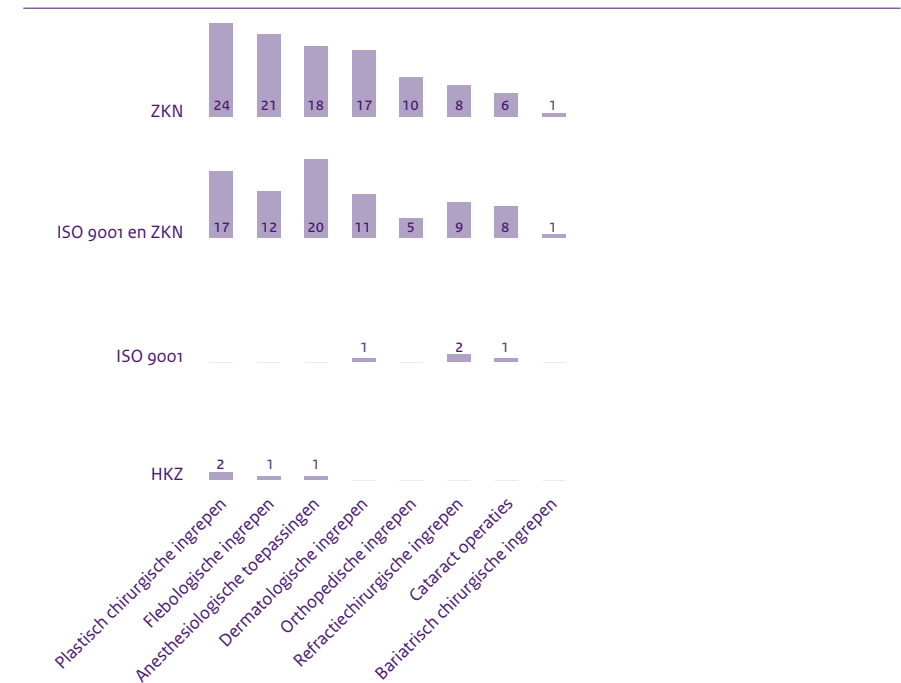
Afspraken met betrekking tot gebruik van OK en andere faciliteiten in een ziekenhuis



Voor het verslagjaar 2011 werd voor het eerst navraag gedaan naar het hebben van een kwaliteitscertificaat; 127 klinieken (48 procent) beschikten over een kwaliteitscertificaat. De datum van afgifte varieerde van 22 april 2008 tot 31 december 2011.

Figuur 1.0.4

Kwaliteitscertificaat



Totaal aantal behandelde patiënten en behandelingen

In 260 particuliere klinieken (97 procent) was het aantal behandelde patiënten over het verslagjaar bekend. Deze 260 klinieken behandelden samen 543.821 patiënten. Dit resulteerde in een gemiddeld aantal behandelde patiënten van 2.091 (spreiding 13-17.581), een stijging ten opzichte van 457.250 behandelde patiënten in 2010 (gemiddeld 1.954). In 244 klinieken (91 procent) was het aantal behandelingen bekend. Deze 244 klinieken verrichtten samen 725.769 behandelingen. Per kliniek werden gemiddeld 2.974 behandelingen uitgevoerd (spreiding 55 – 24.586) ten opzichte van 665.768 behandelingen in 221 klinieken in 2010. Er is een absolute stijging zichtbaar.

Invasieve ingrepen

In 2011 voerden 211 klinieken (78 procent) invasieve ingrepen uit. De meerderheid, 148 klinieken (70 procent), voerde deze ingrepen uit in de eigen kliniek. Daarnaast voerden 23 klinieken (11 procent) deze ingrepen uit zowel in de eigen kliniek als in het ziekenhuis, 16 klinieken (8 procent) voerden de invasieve ingrepen in het ziekenhuis uit. Door 24 klinieken (9 procent) werden de ingrepen elders uitgevoerd. Uit de toelichtingen

bleek dat deze klinieken OK-ruimten huurden bij ziekenhuizen en/of andere particuliere klinieken.

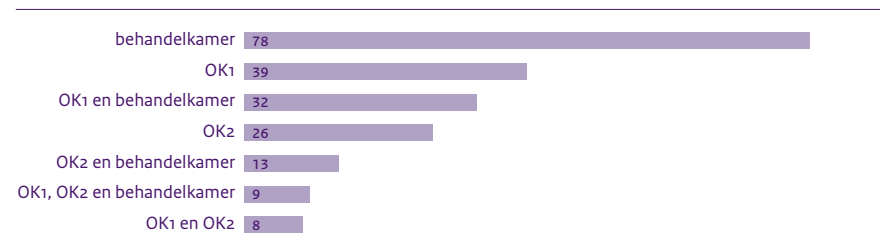
Bij 6 klinieken was het aantal invasieve ingrepen niet bekend en 2 klinieken gaven als aantal "0" op. Door 203 klinieken (75 procent) werden invasieve ingrepen uitgevoerd; het totaal aantal invasieve ingrepen was 269.510, gemiddeld werden 1.328 invasieve ingrepen per kliniek uitgevoerd (spreiding 14-12.062). In 2010 werden 254.156 invasieve ingrepen uitgevoerd in 144 particuliere klinieken (gemiddeld 1.428; spreiding 9-14.516). Er is een groei te zien in het aantal klinieken dat invasieve ingrepen uitvoert, het gemiddeld aantal invasieve ingrepen per kliniek is gedaald.

Luchtbehandeling

In totaal beschikten de 269 klinieken over 440 behandelkamers, 81 operatiekamers klasse 2 en 152 operatiekamers klasse 1. Deze aantallen worden vertekend door dubbeltellingen als gevolg van klinieken die gebruikmaakten van OK-faciliteiten van een ziekenhuis en/of een andere particuliere kliniek.

Figuur 1.o.5

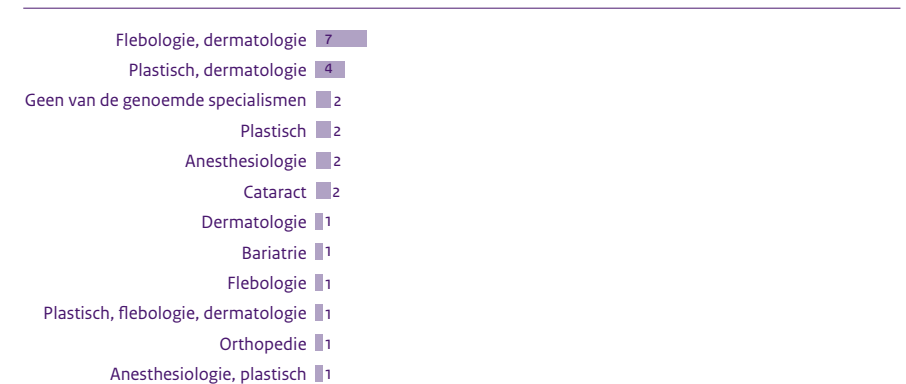
Luchtbehandeling



Van de 269 klinieken beschikten 64 klinieken (24 procent) niet over een OK1, OK2 of behandelkamer. Hiervan verrichtten 22 klinieken (8 procent) ook invasieve behandelingen. Daarvan huurden 9 klinieken bovengenoemde ruimte(n) elders in. In 9 klinieken die dermatologische en flebologische ingrepen uitvoerden en/of fillers toepasten en 1 kliniek voor besnijdenis had men niet-gevalideerde behandelkamers. In 4 klinieken die dermatologische en flebologische ingrepen uitvoerden achtte men de aard van de ingrepen van dien aard dat zij niet over dergelijke ruimte(n) beschikten.

Figuur 1.o.6

Aantal klinieken met invasieve behandelingen en afwezigheid behandelkamer, OK1 en OK2 (n=25)



Conclusies

- 44 klinieken (16 procent) hadden geen afspraken met een ziekenhuis waar de patiënt in geval van een calamiteit of complicaties die niet in de particuliere kliniek behandelbaar zijn, terecht kon.
- 142 (52 procent) beschikten niet over een kwaliteitscertificaat.
- 25 klinieken (39 procent) voerden invasieve ingrepen niet, in tegenspraak met de WIP-richtlijn(en), uit in een OK1, OK 2 of een behandelkamer.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

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

- is de zorg voor patiënten in geval van calamiteiten of complicaties die niet in de eigen kliniek kunnen worden behandeld (bij voorkeur) schriftelijk vastgelegd;
- is bij gebruik van de OK en andere faciliteiten van derden de wederzijdse verantwoordelijkheid schriftelijk vastgelegd;
- heeft de kliniek een kwaliteitssysteem ondersteund door een kwaliteitskeurmerk.

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

1.1 Zorgzwaarte

Indicatoren

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

Relevante begrippen

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

Belang van de indicator/Wat zijn de risico's

De inspectie kijkt met deze indicatoren naar het inzicht dat zorginstellingen hebben in de zorgzwaarte en de gezondheidstoestand van hun patiënten, onder andere om de kans op complicaties in te schatten en te beoordelen of de kliniek voldoende is toegerust voor het behandelen van eventuele complicaties. De norm is dat de preoperatieve screening wordt gedaan door de behandelaar en/of anesthesioloog als deze de anesthesie toedient.

Patiënten met een ASA-klasse van 3 of hoger worden bij voorkeur in een ziekenhuis behandeld.

Kinderen vormen een kwetsbare groep, die in sommige opzichten specifiek beleid vereist. De NVK werkt in overleg met de Raad Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten, waarin alle Wetenschappelijke Verenigingen zijn vertegenwoordigd, aan een algemeen standpunt voor de chirurgische behandeling van kinderen.

Als er slechts incidenteel kinderen in een particuliere kliniek worden behandeld, is het de vraag of er voldoende kennis aanwezig is bij medisch specialist en verpleegkundige om adequaat de risico's te kunnen inschatten. Dat betekent dat incidentele behandelingen van kinderen naar het oordeel van de inspectie niet in een particuliere kliniek dienen te worden verricht. Hierover is nog geen veldnorm vastgesteld maar de inspectie is in gesprek met de NVK, die doende is een algemeen kader voor de zorg aan kinderen in particuliere klinieken te ontwikkelen.

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op alle 269 klinieken.

Resultaten

Zorgzwaarte van de patiënten

Van de 269 klinieken die patiënten behandelden in 2011, was bij 167 (62 procent) de ASA-klasse bekend.

Van 211 klinieken (78 procent) die invasief behandelden in het verslagjaar was bij 52 klinieken (25 procent) de ASA-klasse niet bekend. Een groot deel van deze klinieken lichte toe dat zij alleen kleine ingrepen uitvoerden en de ASA-klasse alleen bekend was van patiënten die een grote ingreep ondergingen of dat men alleen patiënten behandelde met een ASA-klasse 1 of 2.

In totaal werden in 26 klinieken 3.784 patiënten behandeld met een ASA-klasse van 3 en hoger (spreiding 1-1.495). In 2010 was dit nog 2.307 (spreiding 1-453) in 17 klinieken. Er is sprake van zowel een relatieve als een absolute stijging ten opzichte van 2010, welke kan worden verklaard door de patiëntencategorie van de klinieken voor bariatricie.

Aantal patiënten jonger dan 18 jaar

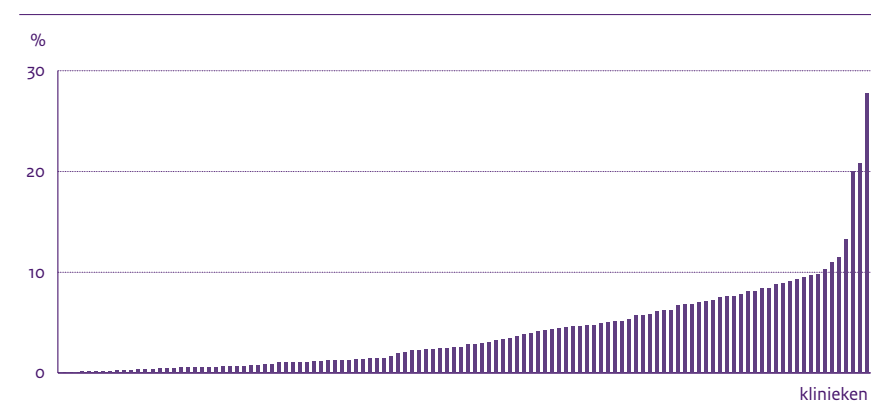
Bij 231 van de 269 klinieken (86 procent) was het aantal patiënten jonger dan 18 bekend.

In 137 klinieken werden daadwerkelijk patiënten jonger dan 18 jaar behandeld. KNO-centra, besnijdeniscentra, cardiologische centra, klinieken voor mondzorg en klinieken die zich speciaal op zorg voor kinderen richtten werden uit de analyse gelaten.

Uiteindelijk werden de data met betrekking tot deze indicator voor 116 klinieken geanalyseerd. Het absoluut totaal aantal behandelde patiënten jonger dan 18 jaar was 15.432 (gemiddeld 133; spreiding 1 tot 1.382). Dit is een absolute stijging ten opzichte van 2010 toen 103 klinieken nog 12.052 patiënten jonger dan 18 jaar behandelden.

Figuur 1.1.1

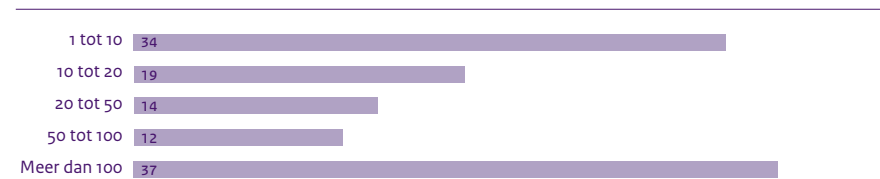
Percentage patiënten jonger dan 18 jaar (n=116)



Van de 116 klinieken die werden geanalyseerd met betrekking tot deze indicator behandelden 53 klinieken in 2011 minder dan 20 patiënten met een leeftijd jonger dan 18 jaar ten opzichte van 48 klinieken in 2010.

Figuur 1.1.2

Aantal behandelde patiënten jonger dan 18 jaar per kliniek (n=116)



Ten aanzien van het verslagjaar 2011 werden extra vragen toegevoegd voor wat betreft invasieve behandelingen van patiënten jonger dan 18 jaar. Deze uitvraag was om inzicht te krijgen in het (brede) aanbod van invasieve ingrepen aan patiënten jonger dan 18 jaar. Van de 116 klinieken die patiënten jonger dan 18 jaar behandelden, voerden 55 klinieken (47 procent) invasieve ingrepen uit bij deze groep patiënten. Van deze 55 klinieken dienden 54 klinieken lokale anesthesie toe, 12 klinieken pasten sedatie toe en 27 klinieken dienden algehele anesthesie toe. Vaak voorkomende invasieve ingrepen waren arthroscopie van de knie, dermatologische ingrepen en oorcorrecties, maar ook kwamen borstvergroting, spataderbehandelingen, cataractafwijkingen, een hoornvliesoperatie, gastric bypasses en een labiareductie voor bij patiënten jonger dan 18 jaar. Bij chronisch zieke patiënten jonger dan 18 jaar voerde 1 kliniek invasieve ingrepen uit. Dit betrof kinderen met morbide obesitas.

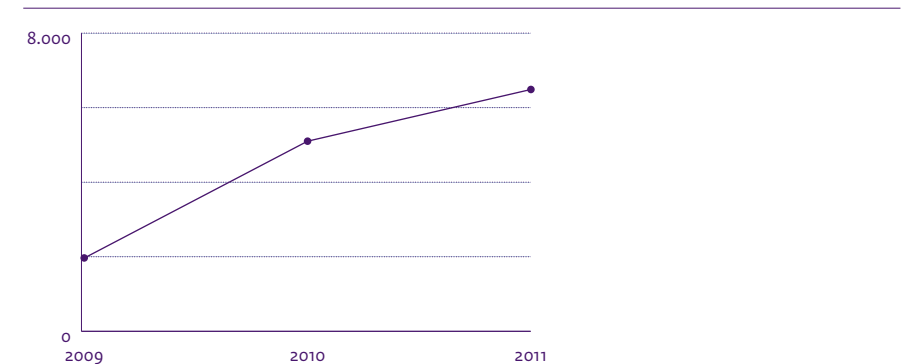
Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35

In 135 klinieken (50 procent) was het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 bekend. Er waren 90 klinieken die 0 patiënten opgaven; 45 klinieken behandelden patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35. Van deze klinieken waren 10 cardiologische centra en 10 klinieken die speciaal toegewijd zijn aan patiënten met een ernstig overgewicht. Deze 45 klinieken behandelden totaal 6.487 patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 (spreiding 4 tot 889). Het gewogen gemiddelde percentage was 9 procent (spreiding 0,1 tot 100).

In vergelijking met 2010 is het aantal klinieken dat patiënten heeft behandeld met een BMI groter of gelijk aan 35 gestegen van 32 klinieken in 2010 naar 45 klinieken in 2011. Het aantal behandelde patiënten met een BMI groter dan 35 steeg van 5.100 patiënten in 2010 naar 6.487 patiënten in 2011.

Figuur 1.1.3

Aantal behandelde patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35



Conclusies

- Het absoluut aantal behandelde patiënten jonger dan 18 jaar steeg ten opzichte van 2010.
- 5 klinieken voor plastische en cosmetische chirurgie en 3 klinieken voor refractiechirurgie, 2 klinieken voor oogheelkunde en 1 kliniek voor bariatrische chirurgie behandelden, in strijd met de norm, patiënten jonger dan 18 jaar
- 26 klinieken voerden invasieve ingrepen uit bij patiënten met een ASA-klasse van 3 en hoger en/of een BMI groter of gelijk aan 35.
- 52 klinieken waren niet bekend met de ASA-klasse bij invasieve behandelingen of konden deze niet onderscheiden.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

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

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

De kliniek handelt naar de algemene norm dat er geen patiënten met een ASA-klasse van 3 en hoger worden geopereerd, tenzij de kliniek lokale anesthesie toepast conform de normen van de wetenschappelijke vereniging of als er sprake is van een dermatochirurgische behandeling

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

- handelt de kliniek naar de algemene norm dat er geen patiënten met een ASA-klasse van 3 en hoger worden geopereerd, tenzij de kliniek lokale anesthesie toepast conform

- de normen van de wetenschappelijke vereniging of als er sprake is van een dermatologisch chirurgische behandeling;
- registreert de kliniek (bij voorkeur elektronisch) de ASA-klasse van de patiënt bij het uitvoeren van invasieve ingrepen.

1.2 Infecties

Indicatoren

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

Relevante begrippen

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

Belang van de indicator/Wat zijn de risico's

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

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op alle 222 klinieken die invasieve ingrepen uitvoerden. Door 10 klinieken werd aangegeven geen invasieve ingrepen te verrichten, maar voerden wel postoperatieve controles uit. Deze klinieken werden bij de selectie inbegrepen.

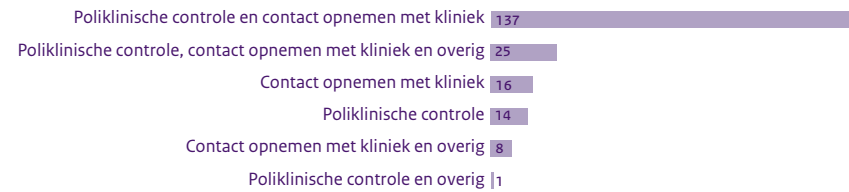
Resultaten

Beleid voor postoperatieve controle

In het verslagjaar voerden 201 klinieken een beleid voor postoperatieve controle. Klinieken die een overige vorm van beleid voerden, lichtten toe dat dit vooral uit telefonisch contact of controles op indicatie bestond.

Figuur 1.2.1

Beleidsvormen postoperatieve controle



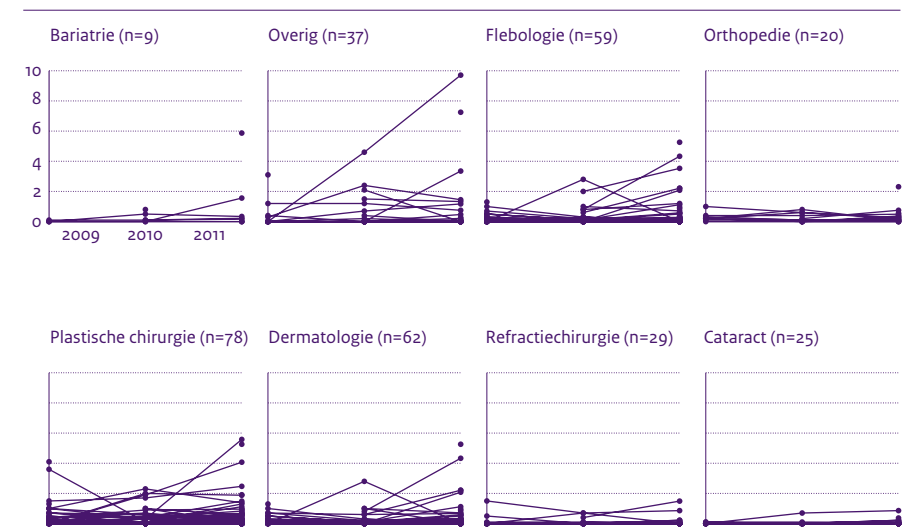
Infectiepercentage

In figuur 1.2.2 worden de infectiepercentages van de afgelopen drie jaar weergegeven, verdeeld naar specialisme. De figuur is aflopend gesorteerd op gemiddeld infectiepercentage in 2011. Klinieken van voorgaande jaren werden alleen geïncludeerd wanneer zij ook in 2011 gegevens aanleverden. Wanneer een kliniek meerdere specialismen uitvoerde, wordt zij herhaald in het figuur.

In totaal verrichten in 2011 de 222 klinieken 244.713 invasieve ingrepen variërend van 14 tot 12.062 met een gemiddeld infectiepercentage van 0,28 procent (spreiding 0,0 tot 9,7 procent). Dit is aanzienlijk hoger dan in voorgaande jaren. In 2010 en 2009 was het percentage nog 0,15 procent, gebaseerd op respectievelijk 176.126 en 123.770 invasieve ingrepen.

Figuur 1.2.2

Infectiepercentages per kliniek van de afgelopen drie jaar verdeeld naar specialisme. De specialismen zijn aflopend gesorteerd op gemiddeld infectiepercentage in 2011. Klinieken met meerdere specialismen worden voor elk specialisme herhaald.



Conclusies

- 21 (10 procent) klinieken die invasieve behandelingen uitvoerden hadden geen beleid inzake postoperatieve infectiecontrole
- Behalve voor oogheelkunde en orthopedie was er bij alle klinieken een hoger percentage infecties ten opzichte van de voorgaande 2 jaar.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

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

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

1.3 Complicatieregistratie

Indicator

- Complicatieregistratie.

Relevante begrippen

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

Belang van de indicator/Wat zijn de risico's

De inspectie kijkt naar deze indicator omdat een complicatie een onbedoelde en ongewenste uitkomst is tijdens of volgend op medisch handelen. De gezondheid van de patiënt wordt zodanig nadelig aangetast dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is, dan wel dat sprake is van onherstelbare schade. Deze onbedoelde en ongewenste uitkomsten van zorg zijn voor de patiënt en voor de zorg belastend.

Selectie

De indicator complicatieregistratie is van toepassing op alle 269 klinieken.

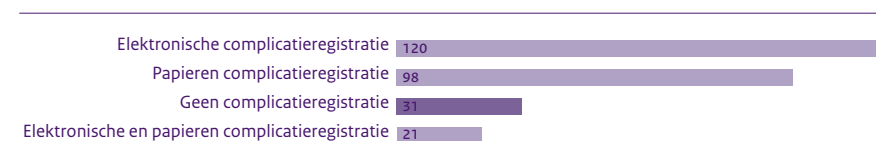
Resultaten

Aanwezigheid van een complicatieregistratiesysteem

Van de 269 klinieken hadden 31 klinieken (12 procent) geen systeem om complicaties te registreren. In 120 klinieken (45 procent) hanteerde men een elektronisch systeem, 98 klinieken (36 procent) een papieren systeem en 21 (8 procent) een combinatie van beide.

Figuur 1.3.1

Complicatieregistratiesysteem



Behalve voor de specialismen bariatric en KNO gebruikten klinieken landelijke complicatieregistraties meer dan eigen registraties.

Figuur 1.3.2



Conclusies

- 31 (12 procent) klinieken hadden geen complicatieregistratiesysteem en voldeden daarmee niet aan het bewaken van de geleverde kwaliteit van zorg.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

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

- bewaakt de kliniek aantoonbaar de geleverde kwaliteit van zorg met behulp van een (bij voorkeur elektronisch) complicatieregistratiesysteem;
- aggregereert en analyseert de kliniek instellingsbreed gegevens met betrekking tot complicaties.

1.4 Medici en medisch ondersteunend personeel

Indicatoren

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

Relevante begrippen

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

Belang van de indicator/Wat zijn de risico's

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

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

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

Medisch specialisten die werkzaam zijn in ziekenhuizen hebben meer mogelijkheden om hun vak breed uit te oefenen en hun vaardigheden op peil te houden. Daarnaast zijn er in ziekenhuizen vaak meer kwaliteitsbevorderende activiteiten.

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op alle 269 klinieken.

Resultaten

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

Van de 269 klinieken (2 procent) gaven 6 klinieken aan niet te weten wat het aantal BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en MSRC-medisch specialisten was dat bij hen in dienst was. Hiervan gaven 4 klinieken aan dat het personeel in dienst was van een naburig ziekenhuis, 1 kliniek gaf aan dat het personeel niet bij hen in dienst was en 1 kliniek gaf aan dat er geen basisartsen/verpleegkundigen bij hen werkzaam waren.

Van de 263 klinieken die aangaven wel te weten hoeveel en welk personeel ze in dienst hadden, gaven 148 klinieken (56 procent) aan dat er 0 FTE BIG-geregistreerde basisartsen werkzaam waren. Bij 162 klinieken (61 procent) waren geen anesthesiemedewerkers en OK-assistenten werkzaam.

Bij 111 (41 procent) klinieken waren er 0 FTE BIG-geregistreerde verpleegkundigen werkzaam.

Opvallend is dat bij 19 van deze klinieken (waarvan 3 klinieken met meerdere vestigingen) een verpleegkundige de binnenkomende vragen trieerde terwijl er volgens de opgegeven formatie geen BIG-geregistreerde verpleegkundigen werkzaam waren.

In de 263 klinieken waren gemiddeld 0,65 FTE basisartsen (spreiding 0 tot 18) werkzaam ten opzichte van gemiddeld 1,76 FTE medisch specialisten (spreiding 0 tot 10). Gemiddeld bestond 35 procent van het totale aantal medewerkers uit BIG-geregistreerde basisartsen en verpleegkundigen en geregistreerde anesthesiemedewerkers en OK-assistenten. Dit kon worden berekend voor 255 klinieken waarvan al deze gegevens bekend waren. Het gemiddelde was 4 procent hoger dan in 2010 (31 procent).

Percentage buitenlandse artsen ten opzichte van medisch specialisten

Er waren 51 klinieken die 5 of minder (BIG-geregistreerde) buitenlandse artsen in dienst hadden, 1 kliniek had 11 (BIG-geregistreerde) buitenlandse artsen in dienst. In totaal waren er bij de 52 klinieken 100 buitenlandse artsen werkzaam. Bij 21 van de 52 klinieken was één of meer van de buitenlandse artsen medisch eindverantwoordelijk.

Bij 50 klinieken bedroeg het percentage buitenlandse artsen ten opzichte van het aantal MSRC-geregistreerde medisch specialisten 53 procent (spreiding 10 tot 200). Ten opzichte van 2010 is dit een stijging van 8 procent.

Werkzaamheden in een ziekenhuis

Bij 16 klinieken was het aantal MSRC-specialisten die tevens in een ziekenhuis werkzaam waren niet bekend. Bij 164 van de 253 klinieken werkten MSRC-specialisten die ook in een ziekenhuis werkzaam waren. In totaal waren dit er 572 (gemiddeld 2; spreiding 0 tot 18). Het percentage medisch specialisten ook werkzaam in een ziekenhuis bedroeg 57 procent.

Bereikbaarheid

Bij 130 klinieken (48 procent) was de behandelend arts 24 uur per dag oproepbaar, bij 120 klinieken (45 procent) gold hetzelfde voor de dienstdoende arts. Dit is duidelijk meer dan in 2010, toen was het 40 procent en 33 procent. In totaal was bij 231 klinieken (86 procent) een arts oproepbaar. Bij 97 klinieken (42 procent) werden binnenkomende vragen getrieerd door een verpleegkundige. Dit is minder dan in 2010 (54 procent). Bij 1 kliniek konden patiënten geen telefonisch contact krijgen met de behandelend arts, ook niet na tussenkomst van een verpleegkundige, bij 36 klinieken was dit onbekend.

Conclusies

- 6 klinieken (2 procent) leverden geen gegevens over het aantal medewerkers die de behandelingen uitvoerden.
- 43 procent van de medisch specialisten was niet ook werkzaam in een ziekenhuis.
- Bij 20 klinieken (38 procent) met artsen met een buitenlandse (vervolg) opleiding was deze arts medisch eindverantwoordelijk.
- De bereikbaarheid buiten kantooruren was bij 7 procent nog niet op orde ten opzicht van 27 procent in 2010.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

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

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

1.5 Patiënttevredenheid

Indicatoren

- Klachten.
- Patiënttevredenheidsonderzoek.

Relevante begrippen

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

Belang van de indicator/Wat zijn de risico's

De inspectie kijkt naar deze indicatoren omdat het van belang is de tevredenheid van de patiënt over de geleverde zorg, nazorg en dienstverlening te toetsen. Dit levert informatie op voor het zo nodig verbeteren van die zorg.

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op 269 klinieken.

Resultaten

Klachten

Bij 258 klinieken (96 procent) was het aantal nieuwe klachten dat werd ingediend bij de directie en de klachtencommissie bekend. In totaal werden bij 48 klinieken 229 klachten ingediend die gegrond verklaard werden en leidden tot verbetermaatregelen (gemiddeld 5; spreiding 1-44). Bij 3 klinieken werd geen enkele klacht, ingediend bij de directie en klachtencommissie, gegrond verklaard.

Bij 210 klinieken (78 procent) werden geen nieuwe klachten ingediend bij de directie of klachtencommissie.

De directies van 94 klinieken (35 procent) ontvingen in totaal 420 klachten, gemiddeld 4 klachten per kliniek (spreiding 1-44). Bij 13 klinieken werd geen enkele klacht gegrond verklaard, klachten waren niet ingediend bij de klachtencommissie. De directies van 164 klinieken kregen geen enkele klacht binnen.

Bij de klachtencommissies van 41 klinieken kwamen in totaal 75 klachten binnen (gemiddeld 2; spreiding 1-8).

Ten opzichte van 2009 en 2010 zijn er maar een paar verschillen. Bij meer klinieken kwamen er in 2011 klachten binnen bij een klachtencommissie (zie tabel 1.5.1). Daarnaast kwamen er gemiddeld minder klachten per kliniek bij de directie terecht.

De klachtencommissie van 1 kliniek kreeg meer klachten binnen dan de directie, bij 23 klinieken kwamen evenveel klachten binnen bij de directie als bij de klachtencommissie. Hiervan is niet duidelijk of dit identieke of unieke klachten betreft.

Tabel 1.5.1

Aantal ingediende klachten

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

Patiënttevredenheidonderzoek

De klinieken gebruikten verschillende soorten vragenlijsten om de patiënttevredenheid te meten. Door 209 klinieken (78 procent) werd aangegeven een andere vragenlijst te gebruiken, onder andere een eigen vragenlijst, onderzoek uitgevoerd door een andere organisatie en een vragenlijst opgesteld door een beroepsvereniging (KNO, NOV, NVDV). Er waren 2 klinieken die twee vragenlijsten gebruikten; een 'andere' vragenlijst gecombineerd met de CQ-index of met de ZKN-vragenlijst. De ZKN vragenlijst werd door 51 klinieken gebruikt, terwijl de CQ- index en de NVZ vragenlijst werden gebruikt, door respectievelijk 8 en 3 klinieken.

In 189 klinieken (70 procent) was het aantal patiënten bekend waarbij systematisch de tevredenheid onderzocht was, 10 klinieken gaven aan dat bij 0 patiënten gedaan te hebben. Gemiddeld werd de tevredenheid gemeten bij 880 patiënten (spreiding 10-9534). In totaal werd bij 166.279 patiënten gemeten. In 2011 zijn ongeveer twee keer zoveel patiënten gevraagd naar hun tevredenheid dan in 2010 (82.370), ook is het gemiddelde flink gestegen van 515 (2010) naar 880 (2011). Bij 7 klinieken werden meer patiënten ondervraagd dan dat er behandeld waren, variërend van 112 procent tot 690 procent. Dit zou erop kunnen wijzen dat patiënten meer dan 1 maal per kalenderjaar werden ondervraagd.

Van de 269 klinieken hadden 170 klinieken (63 procent) de beschikking over een gemiddeld rapportcijfer dat door de patiënten was gegeven. Gemiddeld kregen de klinieken een 8,5 (spreiding 7,0-9,6). In vergelijking met voorgaande jaren beschikken steeds meer klinieken over een rapportcijfer (113 klinieken in 2009 en 130 klinieken in 2010), wel blijft het gemiddelde rapportcijfer hetzelfde.

Conclusies

- Bij 210 klinieken (78 procent) werden geen nieuwe klachten ingediend bij de directie of klachtencommissie.
- Bij 30 procent van de klinieken waren geen gegevens beschikbaar over het aantal patiënten bij wie patiënttevredenheidsonderzoek was verricht. Het aantal patiënten bij wie onderzoek is gedaan steeg ten opzichte van 2010.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

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

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

2 Specifieke vragen

2.1 Cataract

Indicatoren

- Registratie operatieve data.
- Percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen de operatie van het eerste en tweede oog.

Relevante begrippen

Cataract	Cataract of grijze staar is een vertroebeling van de ooglenzen. Bij een cataractoperatie wordt de ooglenzen vervangen door een kunstlens.
NOG-registratie	Het NOG heeft een landelijk web-based dataregistratie en -verwerkingsprogramma ontworpen, gebaseerd op parameters van het bestaande en tot 2008 gebruikte CPO (Cataract Post Op) programma, ook wel bekend als het Breebaart-systeem.

Belang van de indicator/Wat zijn de risico's

De inspectie kijkt naar deze indicatoren omdat cataract wereldwijd voor 50 procent blindheid en visuele beperkingen veroorzaakt. Tussen 1971 en 2000 is het aantal personen met cataract sterk gestegen. De aandoening neemt sterk toe met de leeftijd en komt zelden voor bij mensen onder de 45 jaar. Op basis van demografische ontwikkelingen is het de verwachting dat het aantal personen met cataract tussen 2000 en 2020 zal blijven stijgen. Cataract kan verholpen worden door een chirurgische ingreep waarbij de troebele lens wordt vervangen door een kunstlens.

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op 25 van 269 klinieken (9 procent).

Resultaten

Registratie operatieve data

Van de 25 klinieken voerden 23 klinieken (92 procent) een complicatieregistratie bijgehouden conform de richtlijn van het NOG. Door 1 kliniek werd een complicatieregistratie bijgehouden in een zelf ontwikkeld elektronisch programma en 1 kliniek heeft een separate registratie welke niet nader omschreven is.

Alle 25 klinieken (100 procent) voerden een dataregistratie uit voor peroperatieve data. Door 22 klinieken werd deze registratie uitgevoerd met behulp van de NOG-kwaliteitsregistratie. In 1 kliniek hanteerde men een eigen elektronisch kwaliteitsregistratiesysteem, 1 kliniek registreerde in het elektronisch patiëntendossier en 1 kliniek registreerde in een niet nader omschreven patiëntendossier. Bij 6 klinieken (24 procent) bedroeg het

percentage cataractextracties waarbij het resultaat werd geregistreerd gemiddeld 83 procent (spreiding 59-97).

Tabel 2.1.1

Registratie operatieve data

	Complicatieregistratie (n/N klinieken)	Geregistreerd resultaat beschikbaar (n/N klinieken)	Gemiddeld percentage patiënten met geregistreerd resultaat (spreiding)
2009	13/17	13/17	99 (95 - 100)
2010	13/18	16/18	98 (86 - 100)
2011	23/25	25/25	96 (59 - 100)

Het verschil van het gemiddeld percentage patiënten met een geregistreerd resultaat in 2011 ten opzichte van 2010 werd veroorzaakt door 1 kliniek die voor 2011 voor 4 locaties de data separaat aanleverde terwijl in 2010 en 2009 de som van de data van de 4 locaties werd aangeleverd. Na correctie van het aantal klinieken was het gemiddeld percentage 98 procent (spreiding 76-100). Het gemiddeld percentage patiënten met een geregistreerd resultaat blijft over de afgelopen verslagjaren gelijk.

De tijdsperiode tussen de operatie van het eerste en tweede oog

Het percentage patiënten met een wachttijd van 28 dagen of langer tussen het eerste en het tweede oog was bij 24 klinieken bekend (96 procent). Door 1 kliniek werden geen gegevens aangeleverd door een overgang naar een ander ICT-systeem en 1 kliniek gaf aan bij geen van de cataractoperaties de wachttijd te hebben gehanteerd. Deze kliniek gaf in 2010 ook aan deze wachttijd niet te hanteren^[2]. Bij 13 klinieken was het percentage patiënten met een tijdsperiode groter of gelijk aan 28 dagen tussen de operatie van het eerste en het tweede oog 90 procent (spreiding 61-99 procent).

Tabel 2.1.2

Voldoende wachttijd

	Registratie patiënten met voldoende wachttijd beschikbaar (n/N klinieken)	Gemiddeld percentage patiënten met voldoende wachttijd (spreiding)	Populatie gemiddelde patiënten met voldoende wachttijd
2009	14/17	91 (24 - 100)	331 (1 - 850)
2010	13/18	88 (47 - 100)	492 (19 - 1587)
2011	23/25	94 (61 - 100)	530 (3 - 1703)

[2] Hieraan ligt een principiële discussie binnen de NOG ten grondslag.

Van 13 klinieken konden de resultaten met betrekking tot registratiewachttijd worden vergeleken met 2010. Het percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen de operatie van het eerste en het tweede oog steeg ten opzicht van 2010.

Overig

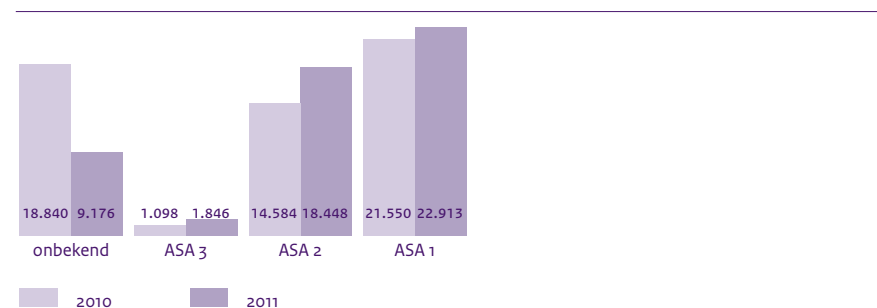
In 6 klinieken (24 procent) had men geen samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis. Met betrekking tot calamiteiten of complicaties hadden 11 klinieken (44 procent) schriftelijke afspraken met een ziekenhuis, 12 klinieken (48 procent) hadden mondelinge afspraken. 2 klinieken (8 procent) hadden geen afspraken met een ziekenhuis, 1 kliniek schatte de kans op calamiteiten laag omdat op die locatie geen invasieve behandelingen plaatsvonden, 1 kliniek belde in geval van nood 112. Deze laatste 2 klinieken werkten met elkaar samen, de laatstgenoemde voerde de invasieve ingrepen van de ander uit. Ten aanzien van het gebruik van de OK of andere faciliteiten hadden 18 klinieken (72 procent) geen afspraken. Hiervan hadden 8 klinieken een eigen OK of andere faciliteiten, 2 klinieken maakten gebruik van een OK in een andere kliniek, 5 klinieken stuurden patiënten door naar het ziekenhuis als ze zelf niet konden opereren, 2 klinieken achtten dit niet van toepassing en 1 kliniek gaf geen nadere toelichting.

Alle klinieken voerden invasieve behandelingen uit. 18 klinieken (72 procent) deden dat in de eigen kliniek, 1 kliniek in een ziekenhuis, 4 klinieken zowel in het ziekenhuis als in de eigen kliniek, 1 kliniek zowel in de eigen kliniek als in een andere kliniek en 1 kliniek voerde de behandelingen allemaal uit in een andere kliniek.

In 14 klinieken (56 procent) was de ASA-klasse van de behandelde patiënten bekend. 2 klinieken registreerden de ASA-klasse in het patiëntendossier en lichtten toe dat men alleen patiënten met ASA-klasse 1 en 2 behandelde.

Figuur 2.1.1

Aantal patiënten per ASA-klasse (n=14)



Het aantal patiënten met een onbekende ASA-klasse daalde ten opzichte van 2010 van 18.840 naar 9.176. Dit werd mogelijk veroorzaakt doordat in 2011 slechts 2 klinieken deze vraag beantwoordden ten opzichte van 5 klinieken in 2010. De stijging in het aantal behandelde patiënten met ASA-klasse 3 ten opzichte van 2010 lijkt grotendeels veroorzaakt door één kliniek welk dit jaar 4 maal zoveel patiënten in ASA-klasse 3 heeft behandeld dan het voorgaande jaar.

Het aantal behandelde patiënten jonger dan 18 jaar was in 22 klinieken (88 procent) bekend. In 11 klinieken (44 procent) werden gemiddeld 331 patiënten jonger dan 18 jaar behandeld (spreiding 15-1.382). Deze getallen omvatten alle behandelingen die de kliniek uitvoerde en zijn daarom niet uitsluitend aan cataractoperaties toe te schrijven.

In 4 klinieken werden invasieve ingrepen uitgevoerd bij patiënten jonger dan 18 jaar, waarvan 1 kliniek aangaf cataractoperaties uit te voeren bij patiënten jonger dan 18 jaar.

Bij 5 klinieken was het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 bekend, zij behandelde echter geen patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35.

Alle 25 klinieken controleerden patiënten systematisch op postoperatieve infecties en hadden hiervoor een beleid. In 21 klinieken (84 procent) deed men dit door alle patiënten na een ingreep poliklinisch te controleren. De overige 4 klinieken (behorende bij één vestiging) adviseerden patiënten om bij tekenen van een infectie direct contact op te nemen met de kliniek, bovendien werden deze patiënten een dag na de operatie gebeld.

In alle 25 klinieken waren gemiddeld 2,1 MSRC-geregistreerde medisch specialisten (in FTE) werkzaam (spreiding 0,5 tot 6,0). In 17 klinieken (68 procent) waren gemiddeld 2,4 FTE geregistreerde anesthesie- en OK-assistenten werkzaam (spreiding 0,1 tot 8,2). In 4 klinieken (16 procent) waren gemiddeld 1,5 arts met een buitenlandse (vervolg)opleiding werkzaam (spreiding 1 tot 2). In 2 klinieken (8 procent) waren deze artsen ook medisch verantwoordelijk.

De 24-uurs continuïteit van zorg werd in 23 klinieken gewaarborgd doordat de behandelend arts en/of de dienstdoende arts 24 uur per dag oproepbaar was. In 2 klinieken (8 procent) waarbij de 24-uurscontinuïteit van zorg werd gewaarborgd door oproepbaarheid van de behandelend/dienstdoende arts maakte men ook gebruik van de spoedeisende hulp van een ziekenhuis, 1 kliniek legde deze afspraak schriftelijk vast en 1 kliniek kwam dit mondeling overeen. Door 2 klinieken werd aangegeven dat zowel de behandelend arts als de dienstdoende arts niet 24 uur per dag oproepbaar was, echter als toelichting gaf 1 kliniek aan dat de 'operateur' 24 uur bereikbaar was na een ingreep en 1 kliniek gaf aan dat overdag het algemene nummer van de kliniek gebeld kon worden en dat na 18.00 uur voor spoed de arts bereikbaar was.

Bij 11 klinieken trieerde een verpleegkundige binnenkomende vragen. Bij 22 klinieken (88 procent) konden patiënten telefonisch contact krijgen met de behandelend arts in geval van vragen. Bij 1 kliniek was dit niet mogelijk, 2 klinieken beantwoordden deze vraag niet.

Conclusies

- De norm ten aanzien van wachttijd tussen operatie van het eerste en tweede oog wordt uitstekend gevolgd.
- Er worden relatief veel patiënten met een ASA-klasse 3 of hoger door de oogartsen in particuliere klinieken behandeld.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de cataractrichtlijn van de NOG:

- heeft de kliniek een (bij voorkeur) elektronisch complicatieregistratiesysteem;
- hanteert de kliniek een wachttijd tussen de operatie van het eerste en tweede oog.

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

- bewaakt de kliniek op adequate wijze de patiëntveiligheid;
- controleert de kliniek systematisch op postoperatieve infecties.

2.2 Oogheelkunde/refractiechirurgie

Indicatoren

- Visitatie door de NOG.
- Laserapparatuur.

Relevante begrippen

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

Belang van de indicator/Wat zijn de risico's

De inspectie kijkt naar deze indicatoren omdat zij wil toetsen of is voldaan aan de naleving van de Consensus Refractiechirurgie. Tevens toetst zij of aan adequate beoordeling van kwaliteit van zorg middels visitatie en daaruit volgende certificering van de refractiechirurg is voldaan.

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op 29 van de 269 klinieken (11 procent).

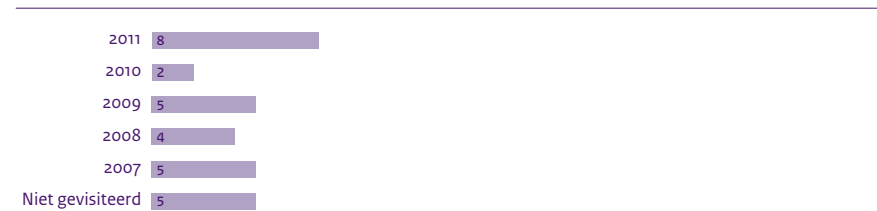
Resultaten

Visitatie en certificering als refractiechirurg door de NOG

Van de 29 klinieken werden 24 klinieken (83 procent) gevisiteerd door de NOG. Hiervan gaf 1 kliniek aan dat de richtlijn die zij hanteerde niet overeen kwam met die van de NOG. Deze kliniek conformeert zich niet aan de Nederlandse richtlijn. Er werd geen vervolgisitatie ingepland. Daarnaast kregen refractiechirurgen van 20 klinieken het NOG-certificaat. Bij 2 klinieken was dit nog in behandeling en bij 1 van deze klinieken vond vervolgisitatie plaats. Bij 1 kliniek kwamen verbeterpunten naar voren maar werd geen vervolgisitatie ingepland. De reden hiervoor was onbekend.

Figuur 2.2.1

Laatste visitatiejaar door de NOG (n=29)

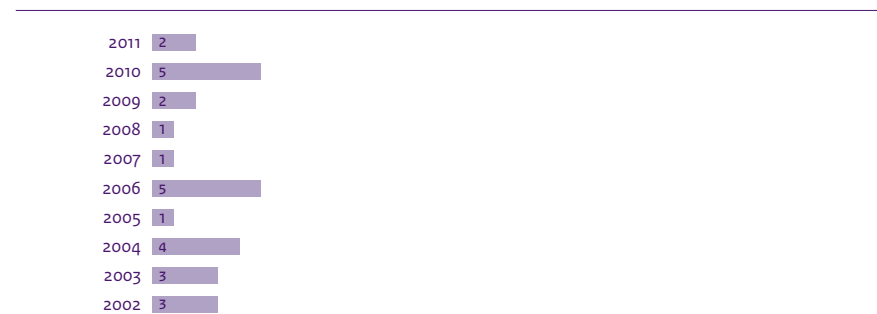


Laserapparatuur

Het bouwjaar van de laserapparatuur was bij 27 klinieken bekend. De 2 klinieken waarbij het bouwjaar niet bekend was, gaven aan dat zij geen laserapparatuur hadden of dat deze niet gebruikt werd. Het bouwjaar van de laserapparatuur varieerde van 2002 tot 2011.

Figuur 2.2.2

Bouwjaar laserapparatuur (n=27)



In deze 27 klinieken was de laserapparatuur voorzien van een validatierapport, daarvan waren er 24 uitgegeven in 2011. De overige 3 rapporten waren uitgegeven in 2008, 2009 en 2010. Door 1 kliniek werd aangegeven geen laserapparatuur te hebben, maar beschikte wel over een validatierapport, 1 andere kliniek beschikte wel over laserapparatuur, maar had geen bijbehorend validatierapport.

In 20 klinieken vond onderhoud plaats in het laatste kwartaal van 2011, bij de overige 7 klinieken vond het onderhoud eerder in 2011 plaats.

Overig

Door 4 klinieken werden patiënten met een ASA-klasse 3 of hoger behandeld, bij 6 klinieken was de ASA-klasse niet bekend of werd geen onderscheid gemaakt in de ASA-klasse.

In 3 klinieken behandelde men patiënten jonger dan 18 jaar, aantallen variërend van 15 tot 1.382.

In 1 kliniek beschikte men over alleen een behandelkamer, van 1 kliniek werd ondanks de toelichting niet duidelijk of ingrepen al dan niet in een behandelkamer werden uitgevoerd. Door 1 kliniek werden de ingrepen in een ziekenhuis uitgevoerd en 4 klinieken hadden naast de behandelkamer ook een OK1 of OK2.

In het geval van calamiteiten of complicaties die niet in de kliniek behandeld kunnen worden, maakten 18 klinieken afspraken met ziekenhuizen en legden die schriftelijk vast. Door 7 klinieken werden afspraken mondeling overeengekomen, 4 klinieken maakten geen afspraken.

Alle 29 klinieken gebruikten een complicatieregistratiesysteem. Bij 18 klinieken was dit elektronisch, bij 6 klinieken op papier en 5 klinieken registreerden de complicaties zowel elektronisch als op papier. In 19 klinieken werd gebruikgemaakt van het complicatieregistratiesysteem van de wetenschappelijke vereniging.

Door 1 kliniek werd niet systematisch op postoperatieve infecties gecontroleerd, de patiënten kregen altijd de dag na de behandeling een telefonisch consult.

Conclusies

- 1 kliniek met een buitenlandse hoofdvestiging voldeed niet aan alle normen zoals opgenomen in de Consensus Refractiechirurgie
- In 5 klinieken zijn de refractiechirurg(en) niet gevisiteerd en gecertificeerd door het NOG en zitten, op 1 kliniek na, in een (vervolg)traject daartoe.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

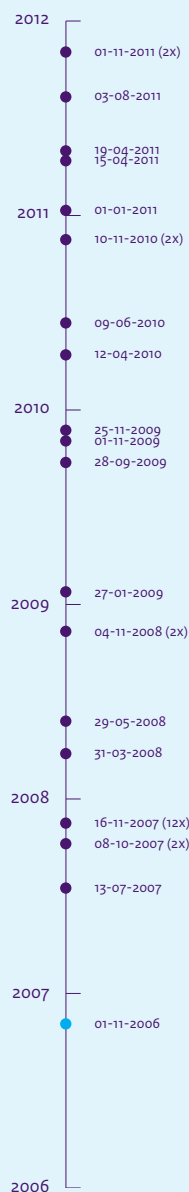
Conform de Consensus Refractiechirurgie:

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

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

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

Figuur 2.3.1
Tijlijn van visitaties door de NVA



2.3 Anesthesiologie

Indicatoren

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

Relevante begrippen

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

Belang van de indicator/Wat zijn de risico's

De inspectie kijkt naar deze indicatoren om de volgende redenen.

De anesthesioloog moet in staat zijn de verantwoordelijkheden voor de patiënt vanaf de preoperatieve voorbereiding tot en met de verkoeverperiode uit te voeren.

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

Postoperatieve pijn is een te verwachten maar ongewenst bijproduct van een operatie. Niet alleen om humanitaire redenen is pijn ongewenst, maar ook een voorspoedig herstel wordt negatief beïnvloed door postoperatieve pijn (indicator postoperatieve pijn NVA).

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op 49 van de 269 klinieken (18 procent).

Resultaten

Visitatie door de NVA

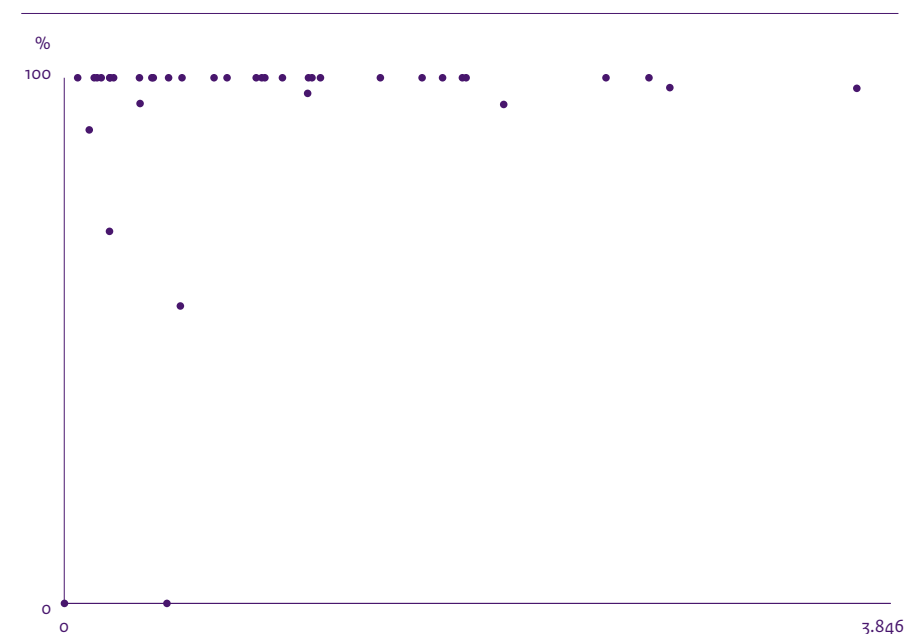
Visitatie door de NVA vond plaats in 34 klinieken (69 procent). De NVA hanteert een visitatiecyclus van eens in de vijf jaar. Hieraan voldeden 33 klinieken (67 procent), 1 kliniek voldeed hier niet aan en had in het verslagjaar opnieuw geïnspecteerd moeten worden. Of klinieken tijdig kunnen worden geïnspecteerd is mede afhankelijk van de planning van de NVA. De 12 klinieken die op 16 november 2007 werden geïnspecteerd, zijn vestigingen van 1 organisatie. Indien van toepassing gaven alle klinieken aan verbetermaatregelen doorgevoerd te hebben. Er werden 15 klinieken (31 procent) niet geïnspecteerd. Klinieken lichtten toe dat of de visitatie nog in de aanvraag zat, of de anesthesioloog al via zijn hoofdvestiging was geïnspecteerd.

Postoperatieve pijn

Van 38 klinieken (78 procent) was bekend of patiënten telefonisch werden bevraagd over postoperatieve pijn. Door 2 klinieken (4 procent) werd aangegeven geen patiënten gebeld te hebben, 28 klinieken (57 procent) belden alle patiënten. In 2011 steeg het percentage patiënten dat werd gebeld naar gemiddeld 92 procent. In 2009 en 2010 was dat nog respectievelijk 78 en 84 procent. Patiëntenaantallen varieerden van 1 tot 3.836 patiënten.

Figuur 2.3.2

Patiënten telefonisch bevraagd naar postoperatieve pijn (procent)



Toezicht operatief proces

Van de 49 klinieken hadden 42 klinieken (86 procent) een time-outprocedure. Door 6 klinieken (12 procent) werd niet zelf geopereerd en 1 kliniek wist niet of ze een time-outprocedure hadden.

Jaarlijkse audits vonden plaats in 11 klinieken; in 17 klinieken halfjaarlijks en 21 klinieken (43 procent) hanteerden een andere frequentie of voerden operaties niet zelf uit. Een andere frequentie kan bijvoorbeeld per kwartaal zijn, maar ook een combinatie van interne en externe audits met verschillende frequenties.

Conclusies

- 15 (31 procent) klinieken waren niet gevisiteerd door de NVA.
- 6 klinieken (12 procent) hadden geen time-outprocedure ingevoerd omdat zij zelf geen ingrepen uitvoerden, 1 kliniek wist niet of er een time-outprocedure was ingevoerd.
- 2 klinieken belden geen patiënten met betrekking tot postoperatieve pijn.
- Het percentage patiënten dat niet werd gebeld met betrekking tot postoperatieve pijn was 8 procent en daalde ten opzichte van voorgaande jaren.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform het model van de Commissie Kwaliteitsvisitatie van de NVA:

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

Conform de richtlijnen pre- en peroperatief traject:

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

Conform de richtlijn Postoperatieve Pijnbehandeling:

- hanteert de kliniek een pijnprotocol.

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

- heeft de kliniek de nazorg adequaat geregeld.

2.4 Orthopedie

Indicatoren

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

Relevante begrippen

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

Belang van de indicator/Wat zijn de risico's

De inspectie kijkt naar deze indicatoren vanwege de risico's voor de patiëntveiligheid indien niet wordt voldaan aan deze normen. Daarnaast kan het aantal heroperaties na arthroscopie een indicator zijn voor een onjuiste indicatiestelling dan wel een onjuiste behandeling.

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op 21 van de 269 klinieken (8 procent).

Door 1 kliniek werden orthopedische ingrepen uitgevoerd, maar alle indicatoren met 'nee' beantwoord. Men achtte de indicatoren niet van toepassing omdat er niet werd geopereerd in de kliniek. Deze kliniek werd buiten de analyse gelaten.

Resultaten

Visitatie door de NOV

Bij 14 van de 20 klinieken (70 procent) visiteerde de NOV alle orthopedisch chirurgen. Van de 6 klinieken waarvan de chirurgen niet gevisiteerd waren, gaven 5 klinieken aan dat ze in 2012 gevisiteerd zullen worden, maar gaven in het verslagjaar 2010 ook al aan dat dit in 2011 plaats zou vinden. Door 1 kliniek werd net als vorig jaar aangegeven dat de visitatie in 2008 was aangevraagd.

De NOV visiteerde 4 klinieken in 2011, 2 klinieken in 2010, 2 klinieken in 2009, 2 klinieken in 2008 en 3 klinieken in 2007.

Door 13 klinieken van de 14 gevisiteerde klinieken werd aangegeven dat verbetermaatregelen aantoonbaar waren uitgevoerd, 1 kliniek gaf aan dat er geen verbetermaatregelen waren.

Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe

Bij 4 van de 20 klinieken (20 procent) was aantoonbaar een richtlijn aanwezig voor tromboseprofylaxe bij een operatie voor een totale heupprothese. De overige 16 klinieken voerden deze operatie in 2011 niet uit.

In 14 van de 20 klinieken (70 procent) was een richtlijn voor tromboseprofylaxe bij een operatie voor een totale knieprothese aanwezig. De overige 6 klinieken voerden geen operatie voor totale knieprothese uit.

Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie na een totale heupprothese

Het aantal patiënten dat medicamenteuze tromboseprofylaxe kreeg bij een totale heupprothese was bekend bij 8 klinieken, waarvan 4 klinieken daadwerkelijk totale heupprothesen plaatsten. Bij 3 klinieken kreeg 100 procent van de patiënten medicamenteuze tromboseprofylaxe, bij 1 kliniek was dit slechts 9 procent (2 van de 22 patiënten).

Het lijkt aannemelijk dat deze kliniek verkeerde getallen aanleverde, gezien het feit dat in deze kliniek in 2010 100% van de patiënten medicamenteuze tromboseprofylaxe kreeg.

Aantal arthroscopieën van de knie

Bij alle 20 klinieken was het aantal uitgevoerde arthroscopieën in 2011 bekend, 1 kliniek voerde geen enkele arthroscopie uit. Gemiddeld voerden de 19 klinieken 770 arthroscopieën uit (spreiding 8-2.306), in totaal werden er 14.631 arthroscopieën uitgevoerd. Ten opzichte van 2010 werden gemiddeld per kliniek ruim 200 arthroscopieën meer uitgevoerd, in totaal voerden de klinieken 4000 arthroscopieën (38 procent) meer uit dan in 2010.

Ongeplande heroperaties binnen twaalf maanden na arthroscopie

Door alle 20 klinieken werd het aantal heroperaties bijgehouden. Door 1 kliniek werden geen initiële arthroscopieën uitgevoerd in 2011. In totaal werden 46 ongeplande heroperaties uitgevoerd op een totaal van 15.481 initiële operaties (gemiddeld 814; spreiding 8-2.302). Gemiddeld waren er 0,2 procent heroperaties (spreiding 0-0,8 procent).

Overig

Bij alle 20 klinieken was de ASA-klasse van de patiënten bekend, in 4 klinieken werden patiënten geopereerd met een ASA-klasse van 3 en hoger.

Door 18 klinieken werden patiënten jonger dan 18 jaar geopereerd, dit varieerde van 7 tot 1.201 patiënten en betrof voornamelijk arthroscopieën. Bij 1 kliniek was het aantal behandelde patiënten jonger dan 18 jaar niet bekend.

Bij 20 klinieken was de BMI van de patiënten bekend, bij 6 van deze klinieken werden patiënten behandeld met een BMI groter of gelijk aan 35.

Alle 20 klinieken gebruikten een complicatieregistratiesysteem, 12 klinieken gebruikten alleen een elektronisch systeem, 5 klinieken alleen een papieren registratie en 3 klinieken registreerden zowel elektronisch als op papier. Door 16 klinieken werd een complicatieregistratiesysteem gebruikt zoals opgesteld door de wetenschappelijke vereniging.

Alle 20 klinieken hadden afspraken gemaakt met ziekenhuizen in het geval van calamiteiten of complicaties die niet in de kliniek konden worden behandeld. Bij 2 klinieken waren dit mondelinge afspraken, de overige 18 klinieken legden de afspraken schriftelijk vast.

Conclusies

- 6 klinieken werden niet gevisiteerd door de NOV, bij alle niet-gevisiteerde klinieken, op 1 na, liep een aanvraag voor visitatie.
- De richtlijn tromboseprofylaxe werd, in de klinieken waar behandelingen werden gedaan waarop deze richtlijn van toepassing is, nageleefd.
- Bij alle klinieken werd het aantal heroperaties na arthroscopieën bijgehouden.
- 4 klinieken behandelden patiënten met een ASA-klasse van 3 of hoger.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de Commissie Kwaliteitsvisitatie van de NOV:

- zijn de orthopeden in de kliniek (aantoonbaar) gevisiteerd en gecertificeerd.

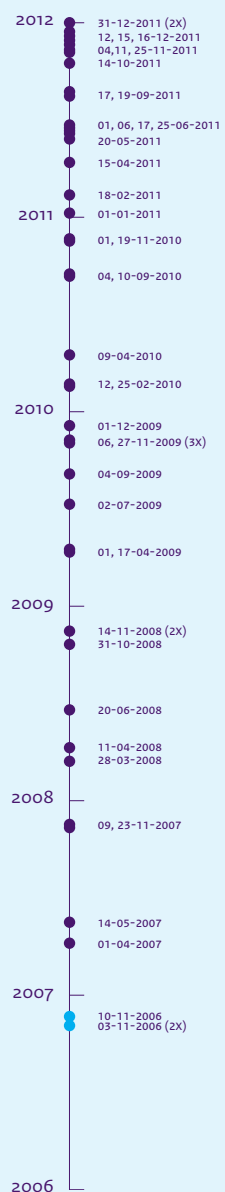
Conform de richtlijn 'Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie van arteriële trombose':

- voert de kliniek (aantoonbaar) tromboseprofylaxe uit.

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

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

Figuur 2.5.3
 Visitatiedatum NVPC



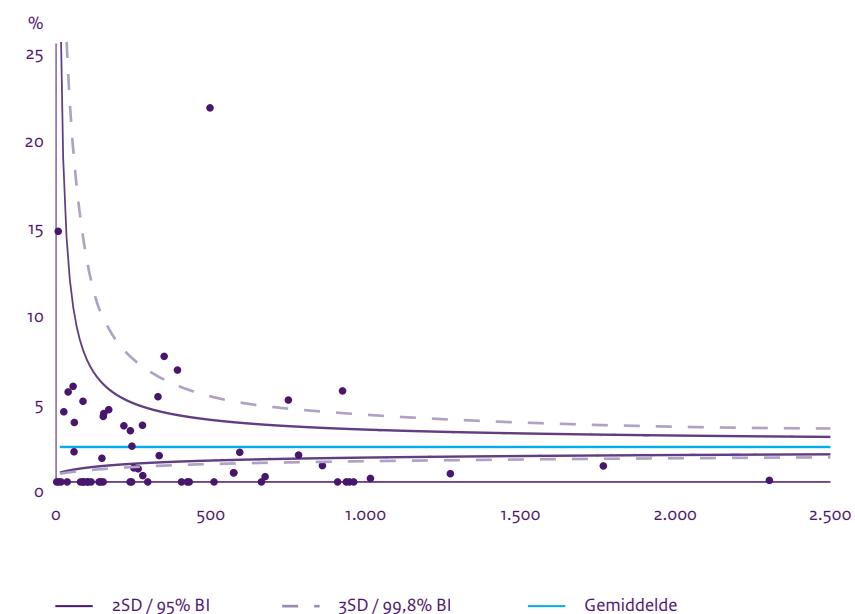
In 48 van de 50 klinieken waarvan alle plastisch chirurgen waren aangesloten bij de NVPC werden de plastische chirurgen gevisiteerd door de NVPC. Daarnaast waren er 2 klinieken waarvan de plastisch chirurgen niet aangesloten waren bij de NVPC maar waarvan de chirurgen wel werden gevisiteerd door de NVPC. In 18 klinieken (23 procent) vond visitatie in de eigen kliniek plaats. Uit de gegeven toelichtingen bleek dat veel plastisch chirurgen op een andere vestiging of in het ziekenhuis werden gevisiteerd. De meest recente visitatiedatum van 3 klinieken was een datum vóór 2007 en bij 2 klinieken was de visitatiedatum onbekend. De NVPC hanteert een 5-jaarlijkse visitatiecyclus wat resulteert in de vaststelling dat de plastisch chirurgen die werkzaam zijn in deze klinieken in 2012 opnieuw gevisiteerd moeten worden.

De door de NVPC voorgestelde verbetermaatregelen werden in 35 klinieken (70 procent) doorgevoerd, bij de overige 15 klinieken was dit niet het geval, doordat de visitatie met bijbehorende verbeterplannen niet op de eigen kliniek van toepassing was.

Ongeplande heroperaties

In 69 klinieken (89 procent) was het aantal ongeplande heroperaties binnen twaalf maanden na de initiële cosmetische ingreep bekend. In totaal ondergingen 24.766 patiënten een initiële cosmetische ingreep. Het gewogen gemiddelde percentage heroperaties was 1,6 procent (spreiding 0-21,3). In 2010 werden 16.241 cosmetische ingrepen verricht en was het gewogen gemiddelde percentage heroperaties 1,7 procent.

Figuur 2.5.4
 Percentage ongeplande heroperaties na initiële cosmetische ingrepen.



Tussen de klinieken bestonden verschillen, die mede te verklaren zijn door het aanbod van ingrepen in de kliniek als ook de casemix van de patiënten.

Overig

Van de 78 klinieken die deze indicator invulden waren er 69 klinieken (89 procent) die in 2011 afspraken maakten met een ziekenhuis waar de patiënt in geval van calamiteiten of complicaties terecht kon. In 45 klinieken waren deze afspraken schriftelijk vastgelegd, in 24 klinieken was dit mondeling overeengekomen.

Invasieve ingrepen werden door 49 klinieken (63 procent) in de eigen kliniek uitgevoerd, 8 klinieken (10 procent) voerden deze uit in het ziekenhuis, 13 klinieken (17 procent) voerden deze ingrepen zowel in de eigen kliniek als in het ziekenhuis, en 8 klinieken (10 procent) voerden de invasieve ingrepen in een andere kliniek uit. Bij 2 klinieken was het aantal invasieve ingrepen niet bekend.

Bij 60 klinieken was de ASA-klasse van patiënten bekend en 53 klinieken onderscheidden de ASA-klasse van patiënten. In 5 klinieken werden patiënten met een ASA-klasse van 3 en hoger behandeld.

In 72 klinieken (92 procent) was het aantal behandelde patiënten jonger dan 18 jaar bekend. Door 44 klinieken (56 procent) die plastische en cosmetische ingrepen verrichtten in 2011 werden 4.949 patiënten jonger dan 18 jaar behandeld (spreiding 1-1.201). Daarnaast behandelden 26 klinieken ook patiënten jonger dan 18 jaar invasief. Veel voorkomende ingrepen waren circumcisis, oorcorrecties, kleine ingrepen aan de hand en dermatologische ingrepen.

In 48 klinieken (62 procent) was het aantal behandelde patiënten bekend met een BMI groter of gelijk aan 35. Er waren 7 klinieken die ook daadwerkelijk patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 behandelden. Deze klinieken behandelden in totaal 147 patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 (spreiding 1-38).

In 72 klinieken (92 procent) controleerde men alle patiënten op postoperatieve infecties, 3 klinieken gaven aan geen operaties uit te voeren, en de overige 3 gaven geen reden op om geen postoperatieve infecties te monitoren.

In 41 klinieken (53 procent) vond complicatieregistratie plaats in een apart elektronisch complicatieregistratiesysteem, 29 klinieken (8 procent) gebruikten een papieren systeem, 6 klinieken gebruikten zowel een elektronisch als een papieren complicatieregistratiesysteem en 2 klinieken hadden geen apart complicatieregistratiesysteem.

In 23 klinieken waren artsen werkzaam met een buitenlandse (vervolg)opleiding en in 9 van deze klinieken waren deze artsen medisch eindverantwoordelijk.

Naast plastisch chirurgen voerden ook oogartsen, dermatologen, KNO-artsen en artsen voor cosmetische geneeskunde cosmetische ingrepen uit.

Conclusies

- 17 klinieken (22 procent) maakten niet bij elke ingreep een foto voor en na de ingreep.
- Bij 50 klinieken zijn de aanwezige plastisch chirurgen gevisiteerd door de NVPC. In de meeste andere klinieken werden cosmetische ingrepen gedaan door artsen die geen plastisch chirurg zijn.
- 6 klinieken (8 procent) controleerden hun patiënten niet op postoperatieve infecties.
- 5 klinieken (6 procent) verrichtten cosmetische ingrepen bij patiënten jonger dan 18 jaar.
- 9 klinieken (11 procent) hadden geen afspraak met een ziekenhuis in geval van calamiteiten en complicaties die niet in de kliniek behandeld kunnen worden.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de kwaliteitseisen van de beroepsgroep(en)

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

Conform de Leidraad 'Plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken' van de NVPC:

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

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

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

2.6 Flebologische ingrepen

Indicator

- Percentage invasieve therapieën bij patiënten met varices waarbij duplexonderzoek van het oppervlakkige en het diepe systeem is uitgevoerd voorafgaand aan de invasieve ingreep.

Relevante begrippen

Varices	Alle uitingsvormen van varices worden in deze indicator meegenomen (C0-C6).
Duplex-onderzoek	Een duplexonderzoek is een combinatie van geluidsgolven (Doppler) en echografie. Daarmee kan de bloedstroom niet alleen hoorbaar, maar ook zichtbaar gemaakt worden. Een diagnostische duplex kan aan 1 of meerdere benen zijn gedaan. De aanname is dat deze aan beide benen is gedaan. De uitslag van het duplexonderzoek kan dus voor meerdere ingrepen worden gebruikt.

Belang van de indicator/Wat zijn de risico's

De inspectie kijkt naar deze indicator omdat duplexonderzoek van belang is bij een juiste indicatiestelling. Daarnaast is het van belang, hoewel de ingreep niet belastend is, om het risico van de behandeling voor de patiënt te beoordelen en daarop zo nodig maatregelen te nemen.

Selectie

Deze indicator is van toepassing op 59 van de 269 klinieken (22 procent).

Resultaten

Duplexonderzoek voorafgaand aan invasieve ingreep

Door 7 klinieken (12 procent) werden geen patiëntenaantallen gerapporteerd. De overige 52 klinieken konden in 3 groepen worden verdeeld. De groep waar alle patiënten duplexonderzoek ondergingen was het grootste: 42 klinieken (71 procent). Aantallen patiënten varieerden in deze groep van 1 tot 7.288. Er was een groep van 3 klinieken waar 67, 86 en 98 procent van respectievelijk 962, 21 en 1.960 patiënten duplexonderzoek ondergingen. Tot slot was er een groep van 7 klinieken (12 procent) waar patiënten geen duplexonderzoek ondergingen. Deze klinieken behandelden kleinere patiëntenpopulaties variërend van 10 tot 48 patiënten.

Er werden geen verschillen gevonden ten opzichte van het verslagjaar 2010.

Overig

Van de 59 klinieken die deze indicator invulden waren er 46 klinieken (78 procent) die in 2011 afspraken hadden gemaakt met een ziekenhuis waar de patiënt in geval van calamiteiten of complicaties terecht kon. In 43 klinieken waren deze afspraken schriftelijk vastgelegd, in 3 klinieken was dit mondeling overeengekomen.

De invasieve ingrepen werden door 56 klinieken (95 procent) in de eigen kliniek verricht, 1 kliniek verrichtte deze in het ziekenhuis, 2 klinieken verrichtten deze ingrepen zowel in de eigen kliniek als in het ziekenhuis.

Bij 32 klinieken was de ASA-klasse van patiënten bekend en 24 klinieken maakten ook onderscheid op basis van de ASA-klasse van patiënten. In 1 kliniek werden ook patiënten met een ASA-klasse van 3 en hoger behandeld.

In 49 klinieken (83 procent) was het aantal patiënten jonger dan 18 jaar bekend.

In 40 klinieken behandelde men patiënten jonger dan 18 jaar (spreiding 1-1.201). Daarnaast werden er in 26 klinieken ook patiënten jonger dan 18 jaar invasief behandeld, 2 klinieken gaven aan spataderbehandeling in deze groep uit te voeren.

In 21 klinieken (36 procent) was het aantal behandelde patiënten bekend met een BMI groter of gelijk aan 35. Er waren 4 klinieken die patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 behandelden. Deze klinieken behandelden in totaal 67 patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 (spreiding 8-25).

Er vond in 51 klinieken (86 procent) controle plaats van alle patiënten op postoperatieve infecties. Er waren 55 klinieken (93 procent) waarvan het aantal postoperatieve infecties bekend was.

Complicatieregistratie vond in 28 klinieken (47 procent) elektronisch plaats, 21 klinieken (36 procent) gebruikten een papieren systeem, 5 klinieken gebruikten zowel een apart elektronisch als een apart papieren complicatieregistratiedossier en 5 klinieken hadden geen apart complicatieregistratiesysteem.

Conclusies

- 29 procent van de patiënten kreeg geen duplexonderzoek voorafgaand van de ingreep.
- 22 procent van de klinieken had geen afspraak met een ziekenhuis in geval van calamiteiten en complicaties die niet in de kliniek kunnen worden behandeld.
- 26 klinieken verrichtten invasieve behandelingen bij patiënten jonger dan 18 jaar, waarvan 2 klinieken aangaven dat zij ook spataderbehandelingen bij deze patiëntengroep uitvoerden.
- Bij 27 klinieken (46 procent) was het de ASA-klasse van patiënten niet bekend.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de richtlijn Varices:

- voert de kliniek voert duplexonderzoek uit voorafgaand aan de ingreep.

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

- heeft de kliniek schriftelijk afspraken met een ziekenhuis in geval van calamiteiten en complicaties;
- bewaakt de kliniek op adequate wijze de patiëntveiligheid, bijvoorbeeld door registratie van de ASA-klasse.

2.7 Bariatrische chirurgie

Indicatoren

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

Relevante begrippen

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

Belang van de indicator/Wat zijn de risico's

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

Over de indicatiestelling tot operatie wordt nog verschillend gedacht. Het varieert van een zeer afwachtend beleid tot snel operatief ingrijpen voordat de patiënt nog dikker is geworden. De inspectie kijkt daarnaast naar deze indicatoren vanwege het verhoogde risico bij deze groep patiënten op peroperatieve en lange termijn complicaties.

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op 13 van de 271 klinieken (5 procent). Door 4 klinieken werden geen getallen aangeleverd, zij lichtten toe dat zij de intake deden, maar dat de bariatrische behandeling zelf in het ziekenhuis plaatsvond.

Deze indicatoren werden in het verslagjaar 2010 voor het eerst uitgevraagd en waren toen van toepassing op 5 klinieken. De toename is te verklaren uit het feit dat in het eerste jaar niet voor iedere kliniek duidelijk was dat deze indicatoren van toepassing waren.

Resultaten

Aantal bariatrische ingrepen

Door 7 klinieken (54 procent) werd een maagband geplaatst bij 567 patiënten (spreiding 1-373). Door 7 klinieken werden 2.064 gastric bypasses (spreiding 41-684) uitgevoerd ten opzichte van 3 klinieken in 2010 die 808 gastric bypasses uitvoerden (spreiding 205-389). In 2011 leverden 4 klinieken getallen aan die ten opzichte van 2010 zijn verdubbeld. Door 6 klinieken (46 procent) werden 546 sleeve resecties uitgevoerd (spreiding 19-310), in 2010 werden in 4 klinieken 127 (spreiding 5-46) sleeve resecties uitgevoerd. In 3 klinieken (23 procent) werd 30 keer een maagballon (spreiding 2-26) geplaatst.

In totaal ondergingen 3.177 patiënten een bariatrische ingreep (spreiding 46-797). Door 3 klinieken (waarvan 1 kliniek met 6 locaties) werden alle patiënten voor een operatieve ingreep naar gecontracteerde ziekenhuizen verwezen, 1 kliniek verrichtte tot oktober 2011 zelf de ingrepen en 1 kliniek voerde uitsluitend plaatsing van de maagballon uit en deed dat in de eigen kliniek. Bij 3 klinieken was sprake van een ZBC constructie binnen een ziekenhuis, waardoor de ingrepen weliswaar in de eigen kliniek, maar feitelijk in het ziekenhuis plaatsvonden.

Samenstelling multidisciplinair team

Het multidisciplinair team van 10 klinieken (77 procent) bestond uit een chirurg, een diëtist, een psycholoog, een internist en een praktijkverpleegkundige, daarvan beschikten 2 klinieken ook over een MDL-arts. In 7 klinieken (54 procent) werd een MDL-arts op afroep/aanvraag geconsulteerd, 1 kliniek prefereerde de internist boven een MDL-arts en 1 kliniek werd ondersteund vanuit het ziekenhuis. Op 1 na hadden alle klinieken een praktijkverpleegkundige, deze kliniek gaf aan de functie in 2012 in te vullen.

In 1 kliniek consulteerde men zowel de internist als de MDL-arts op afroep, 1 kliniek had geen chirurg en geen psycholoog in het multidisciplinair team met als motivatie dat er geen chirurgie plaatsvond en de psycholoog indien noodzakelijk extern werd geconsulteerd.

Percentage postoperatieve controles

In 4 klinieken (31 procent) controleerde men in totaal 1.630 patiënten (spreiding 18-1.208) in het verslagjaar waarbij postoperatieve controle plaatsvond na 24 maanden (dat wil zeggen patiënten die in 2009 zijn geopereerd en in 2011 nog voor FU kwamen). Van deze 4 klinieken gaf 1 kliniek aan dat het percentage postoperatieve controles voor bovengenoemde periode 48 procent was, van de overige 3 klinieken kon geen percentage worden berekend. Door 1 kliniek (met 6 vestigingen) werd toegelicht dat het follow-up programma in 2009 nog niet werd gecontracteerd door zorgverzekeraars en registratie vanaf 2011 pas mogelijk was, 1 kliniek was in 2009 nog niet actief en de 2 overige klinieken gaven aan dat deze gegevens niet bekend waren.

Overig

Van de 13 klinieken (77 procent) hadden 10 klinieken schriftelijke afspraken met een ziekenhuis met betrekking tot calamiteiten, complicaties en gebruik van OK en andere faciliteiten.

De 24-uurscontinuïteit van zorg werd bij 12 klinieken (92 procent) gewaarborgd door afspraken met een ziekenhuis.

Van de 13 klinieken registreerden 8 klinieken (62 procent) de ASA-klasse van de patiënten. Deze 8 klinieken behandelden patiënten met ASA-klasse 3 en hoger.

Door 1 kliniek werden 2 patiënten tussen 14 en 18 jaar behandeld.

In 12 klinieken (92 procent) behandelde men in totaal 5.059 patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 (spreiding 0-889) ten opzichte van 3.589 patiënten in 5 klinieken in 2010 (spreiding 16-2.497).

Controle van postoperatieve infecties vond in 9 klinieken plaats (69 procent), 2 klinieken achtten dat de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en bij 2 klinieken verliep de controle via het ziekenhuis.

Complicatieregistratie vond in 9 klinieken (69 procent) plaats in een apart elektronisch complicatieregistratiesysteem, 1 kliniek gebruikte zowel een apart elektronisch als een apart papieren complicatieregistratiedossier en 4 klinieken (31 procent) verwezen hiervoor naar het ziekenhuis.

Door 2 klinieken werd aangegeven buitenlandse artsen in dienst te hebben. In 1 kliniek waren deze artsen medisch eindverantwoordelijk.

Conclusies

- 5 klinieken (38 procent) registreerden geen ASA-klasse van de patiënten.
- Bij 3 klinieken (23 procent) was de samenstelling van het multidisciplinaire team niet conform de norm.
- Behalve de plaatsing van maagbandjes werden alle bariatrische ingrepen in een ziekenhuis uitgevoerd.
- 1 kliniek behandelde twee patiënten jonger dan 18 jaar.
- 3 klinieken (23 procent) hadden geen schriftelijke afspraken met een ziekenhuis in geval van calamiteiten, complicaties die niet in de kliniek kunnen worden behandeld en met betrekking tot gebruik van OK en andere faciliteiten.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de richtlijn Morbide Obesitas:

- beoordeelt de kliniek adequaat de preoperatieve toestand van de patiënt;
- beschikt de kliniek over alle noodzakelijke voorzieningen;
- worden bariatrische ingrepen uitsluitend in het kader van een wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd indien de patiënten jonger dan 18 jaar zijn;
- zijn alle relevante disciplines betrokken om alle aspecten van een patiënt en diens behandeling te beoordelen.

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

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

2.8 Dermatologie

Indicatoren

- Dermatologische behandelingen
- Visitatie door NVDV

Relevante begrippen

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

Belang van de indicator/Wat zijn de risico's

De inspectie kijkt naar deze indicatoren omdat zij zicht wil krijgen op de risico's van dermatologische behandelingen. Daarnaast acht zij het van belang dat volgens objectieve criteria wordt getoetst of aan vastgestelde normen wordt voldaan, een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

Selectie

Deze indicatoren waren van toepassing op 64 van de 269 klinieken (24 procent). Deze indicatoren werden dit verslagjaar voor het eerst uitgevraagd, een vergelijking met voorgaande jaren is daardoor niet mogelijk.

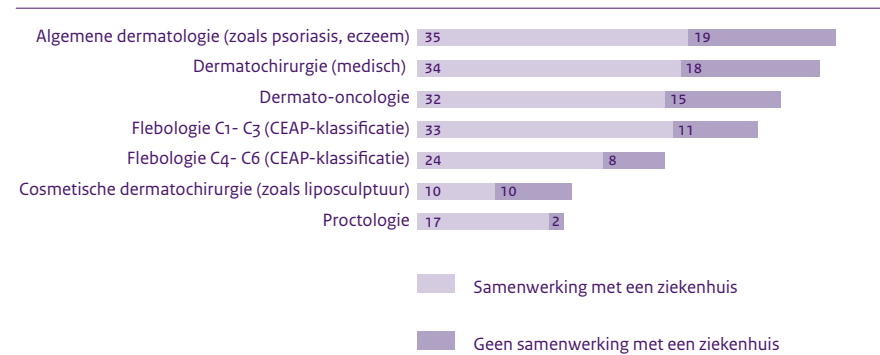
Resultaten

Dermatologische behandelingen

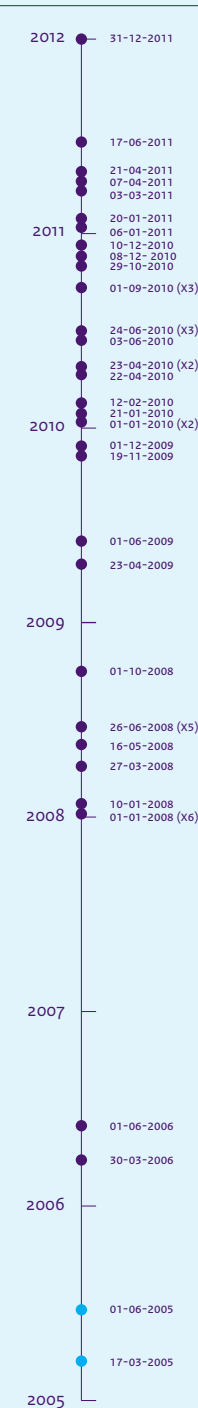
Van de 64 klinieken die aangaven dermatologische behandelingen uitgevoerd te hebben in 2011 behandelden 54 klinieken (84 procent) algemene dermatologie zoals psoriasis en eczeem. In 47 klinieken (73 procent) werden dermato-oncologische ingrepen uitgevoerd, 32 klinieken (68 procent) werkten daarbij samen met een ziekenhuis. Dermatochirurgie kwam in 52 klinieken (81 procent) voor en cosmetische dermatochirurgie werd door 20 klinieken (31 procent) uitgevoerd. In 19 klinieken (30 procent) voerde men proctologie uit. In 44 klinieken (69 procent) werd flebologie aangeboden bij een CEAP-klassificatie van C1-C3 en 32 klinieken (50 procent) boden flebologie aan bij een CEAP-klassificatie van C4-C6.

Figuur 2.8.1

Dermatologische behandelingen per kliniek



Figuur 2.8.2
Visitatie NVDV



Visitatie door NVDV

In 56 klinieken (88 procent) waren alle huidartsen aangesloten bij de NVDV. In de overige 8 klinieken was geen, als zodanig geregistreerd, dermatoloog werkzaam of werden dermatologische ingrepen uitgevoerd door een in het buitenland opgeleide arts. In 50 klinieken waren alle huidartsen gevisiteerd door de NVDV. De 6 klinieken waar dit nog niet gebeurde, lichtten toe dat de visitatie gepland staat voor 2012. De visitatie van de huidartsen vond voor 31 klinieken plaats in de eigen kliniek, de huidartsen van de overige 19 klinieken zijn elders gevisiteerd.

De data van visitatie varieerden van 2005 tot en met 2011. Er waren 4 klinieken die voor 2007 werden gevisiteerd en bij 1 kliniek was de datum onbekend. Gezien de visitatiecyclus van 5 jaar van de NVDV zouden deze klinieken in 2012 opnieuw gevisiteerd moeten worden.

De vraag naar verbetermaatregelen werd niet geanalyseerd als gevolg van een foutieve vraagstelling tijdens de digitale uitvraag.

Overig

Van de 64 klinieken die dermatologische ingrepen uitvoerden in 2011, hadden 57 klinieken (89 procent) afspraken met een ziekenhuis in geval van calamiteiten en complicaties die niet in de eigen kliniek behandelbaar waren. Dit was door 42 klinieken schriftelijk vastgelegd en door 15 klinieken mondeling overeengekomen. Er waren 13 klinieken die gebruikmaakten van de OK of andere faciliteiten uit een ziekenhuis.

De 24-uurs continuïteit van zorg was in alle klinieken geborgd. In 63 klinieken was de dienstdoende en/of de behandelend arts 24 uur bereikbaar en in 7 klinieken fungeerde de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis daarbij als achterwacht.

In 32 klinieken (50 procent) was de ASA-klasse van patiënten bekend. Klinieken die dit niet registreerden lichtten toe dat ze geen invasieve ingrepen verrichtten, dat er geen algehele anesthesie werd toegepast of dat registratie van de ASA-klasse voor dergelijke kleine invasieve ingrepen niet nodig werd geacht.

Van de overige 32 klinieken konden 26 klinieken ook onderscheid maken naar ASA-klasse, in 1 kliniek werden patiënten behandeld met een ASA-klasse van 3 en hoger.

In 50 klinieken (78 procent) was het aantal behandelde patiënten jonger dan 18 jaar bekend. In 42 klinieken werden er ook daadwerkelijk patiënten onder de 18 jaar behandeld. Er werden per kliniek gemiddeld 213 patiënten jonger dan 18 jaar behandeld. In totaal behandelden 42 klinieken 8.941 patiënten (spreiding 3-1.201). In 27 klinieken werden deze patiënten ook invasief behandeld, maar in geen van de gevallen betrof het patiënten met

een chronische aandoening. Dit betrof veelal de verwijdering van atheroomcysten en excisies van verdachte naevi.

In 53 klinieken (83 procent) werden alle patiënten systematisch gecontroleerd op een postoperatieve infectie, in 52 klinieken was het aantal patiënten met postoperatieve infecties bekend.

De complicaties werden door 25 klinieken (39 procent) in een apart papieren complicatieregistratiesysteem geregistreerd, door 21 klinieken werd dit in een apart elektronisch complicatieregistratiesysteem gedaan en 7 klinieken hadden zowel een papieren als een elektronisch systeem. De overige 11 klinieken gaven aan geen complicatieregistratiesysteem te hebben.

Er waren 16 klinieken die in het buitenland opgeleide artsen in dienst hadden en in 10 klinieken waren deze artsen ook medisch eindverantwoordelijk.

Het merendeel van de ingrepen werd uitgevoerd in behandelkamers.

Conclusies

- In particuliere klinieken wordt het vakgebied dermatologie in de volle breedte uitgevoerd.
- In 8 klinieken (13 procent) werden dermatologische behandelingen uitgevoerd door artsen die niet bij de NVDV waren aangesloten. Zij stonden niet als dermatoloog geregistreerd of waren in het buitenland opgeleid.
- 7 klinieken (11 procent) hadden geen afspraken met een ziekenhuis in geval van calamiteiten en complicaties die niet in de eigen kliniek kunnen worden behandeld.

Door de inspectie gewenst kwaliteitsniveau

Conform de Visitatiecommissie van de NVDV:

- zijn de huidartsen in de kliniek (aantoonbaar) gevisiteerd en gecertificeerd.

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

- heeft de kliniek schriftelijk afspraken met een ziekenhuis in geval van calamiteiten en complicaties die niet in de eigen kliniek kunnen worden behandeld.

Bijlage 1

Lijst van ZBC's opgenomen in het onderzoek

1	Acura Medisch Centrum	Weert
2	Aesthetic Beauty Clinics	Veldhoven
3	Aesthetic Team Solutions B.V. ATS-klinieken	Vlijmen
4	Alant Vrouw	Amsterdam
5	Alant Vrouw	Bilthoven
6	Annatommie	Amsterdam
7	Annatommie	Apeldoorn
8	Annatommie	Bussum
9	Annatommie	Rijswijk
10	Annatommie	Utrecht
11	Bergman MediSpa Amsterdam BV	Amsterdam
12	Bergman IZ Bilthoven BV	Bilthoven
13	Bergman UH Bilthoven BV	Bilthoven
14	Bergman UH Den Haag BV	Den Haag
15	Bergman UH Heerenveen BV	Heerenveen
16	Bergman BZ Naarden BV	Naarden
17	Bloemingdael plastische chirurgie	Overveen
18	Braam Kliniek	Assen
19	Cardio Centrum Goes	Goes
20	Care Vision	Amsterdam
21	DC Lairesse	Amsterdam
22	DCB Het Scheepvaarthuis	Almelo
23	De Beethovenkliniek	Rotterdam
24	Dermatologiepraktijk van Eendenburg/Nanninga	Amsterdam
25	Dermatologiepraktijk Van Eendenburg/Nanninga	Amsterdam
26	Dermicis	Alkmaar
27	Dermicis	Haarlem
28	Dr. Brinkmann Kliniek	Assen
29	Dr. Kuypers Kliniek	Hoorn
30	Eye Centre De IJssel	Gorssel
31	Eyescan Oogzorgkliniek Drenthe	Emmen
32	Eyescan Oogzorgkliniek Limburg	Heerlen
33	Eyescan Oogzorgkliniek Utrecht	Utrecht
34	FYEO Medical BV	Eersel
35	Helder Kliniek Hilversum	Hilversum
36	Helder Kliniek Eindhoven	Eindhoven
37	Helder Kliniek Enschede	Enschede
38	Helder Kliniek Rotterdam	Rotterdam

39	Helder Kliniek Velp	Velp	82	Stichting Andros Mannenkliniek	Arnhem
40	ICONE	Schijndel	83	Stichting Aristicon	Rotterdam
41	Kliniek Klein Rosendaal	Rozendaal	84	Stichting Aristicon	Rotterdam
42	Kliniek OMC Haarlem	Haarlem	85	Stichting Ave-Medical	Huizen
43	Kliniek Valkenhorst	Valkenburg a/d Geul	86	Stichting Behandelcentrum Neurologie	Veldhoven
44	Kliniek ViaSana	Mill	87	Stichting Blue Label	Terneuzen
45	Kliniek voor Oogheelkunde	Rijswijk	88	Stichting Cardiologie Centra Nederland	Almere
46	Kliniek Zestienhoven	Rotterdam	89	Stichting Cardiologie Centra Nederland	Amsterdam
47	Korteweg Kliniek	Zaandam	90	Stichting Cardiologie Centra Nederland	Blaricum
48	Lasikcentrum	Boxtel	91	Stichting Cardiologie Centra Nederland	Hoogvliet
49	Lasikcentrum Oogkliniek	Velp	92	Stichting Cardiologie Centra Nederland	Utrecht
50	Medisch Centrum Biltstraat	Utrecht	93	Stichting Cardiologie Centra Nederland	Voorschoten
51	Stichting Medisch Centrum Kinderwens	Leiderdorp	94	Stichting Cardiologie Centra Nederland	IJmuiden
52	Medisch Centrum Maastricht Annadal	Maastricht	95	Stichting Cardiologie Geervliet	Amsterdam
53	Medisch Centrum Waalre	Waalre	96	Stichting Cardiologie Heelsum	Heelsum
54	MedKid B.V.	Breda	97	Stichting Cardiologie Landsmeer	Landsmeer
55	Nationaal Huidcentrum	Bussum	98	Stichting Cardiologiecentrum Care for Heart	Zoetermeer
56	Nederlands Centrum voor Plastische Chirurgie	Den Haag	99	Stichting Cardiazorg	Amsterdam
57	Oogcentrum Noordholland	Heerhugoward	100	Stichting De Kinderkliniek	Almere
58	Oogheelkundig Medisch Centrum Twente	Hengelo	101	Stichting DermaPark	Uden
59	Oogkliniek De Horsten	Wassenaar	102	Stichting Dermatologisch Centrum	Breda
60	Oogziekenhuis Zonnestraal	Doetinchem	103	Stichting Dermatologisch Centrum Amstel en Vechtstreek	Maarssen
61	Oogziekenhuis Zonnestraal	Hilversum	104	Stichting Dermis Poliklinieken	Utrecht
62	Oogziekenhuis Zonnestraal	Hoogeveen	105	Stichting Diabeter	Rotterdam
63	Oogziekenhuis Zonnestraal	Lelystad	106	Stichting Dokter Kolbach Kliniek	Maastricht
64	Orthopedium	Delft	107	Stichting Flebologisch Centrum Grave	Grave
65	Osteoporose Medisch Centrum	Rotterdam	108	Stichting Flebologisch Centrum Oosterwal	Alkmaar
66	Park Medisch Centrum	Rotterdam	109	Stichting Geertgen	Elsendorp
67	Polikliniek De Blaak	Almere	110	Stichting Gelderse Vallei Vivre	Ede
68	Polikliniek De Blaak	Leidschendam	111	Stichting Heelkunde Instituut Nederland	Groesbeek
69	Polikliniek De Blaak	Rotterdam	112	Stichting Huidkliniek Zuid	Rotterdam
70	Polikliniek De Blaak	Tilburg	113	Stichting Instituut voor Slaapgeneeskunde	Woerden
71	Praktijk Prof. Stolz	Rotterdam	114	Stichting Kliniek Naaldwijk	Naaldwijk
72	Privekliniek Arenborghoeve	Venlo	115	Stichting Kliniek Oud Zuid	Amsterdam
73	Ra-Medical Obesitas Centrum	Beverwijk	116	Stichting Kliniek Scheveningen	Den Haag
74	Refractie Chirurgisch Centrum Amsterdam	Amsterdam	117	Stichting KNO Haarlemmermeer	Haarlem
75	Reinaert Kliniek	Maastricht	118	Stichting Mauritsklinieken	Den Haag
76	Rugcentrum Waterland	Volendam	119	Stichting Mauritsklinieken	Nijmegen
77	Rugpijn kliniek Dorsano	Amsterdam	120	Stichting Mauritsklinieken	Utrecht
78	Severs Clinic	Amsterdam	121	Stichting MCD Behandelcentrum	Nieuwegein
79	Specialistenpraktijk Oswald	Den Haag	122	Stichting Medisch Centrum Midden Nederland	Bussum
80	Stichting Academische Zorgvernieuwing	Zevenhuizen	123	Stichting Medisch Centrum Regentesse	Den Haag
81	Stichting Alleskits	Rotterdam	124	Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen	Bunnik

125	Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen	Oosterhout
126	Stichting Medisch Centrum 't Gooi	Bussum
127	Stichting Melles Hoornvlieskliniek Rotterdam	Rotterdam
128	Stichting Midden Brabant Kliniek	Tilburg
129	Stichting Mohs klinieken	Amsterdam
130	Stichting Mohs klinieken	Dordrecht
131	Stichting Moshe Yemin Kliniek Holystaete Nederland	Vlaardingen
132	Stichting Oogheelkundig Centrum Noord	Groningen
133	Stichting Oogheelkundig Medisch Centrum Amsterdam	Amsterdam
134	Stichting Oogmedisch Centrum Zaandam	Zaandam
135	Stichting Oogkliniek Heuvelrug	Zeist
136	Stichting Oogziekenhuis Eindhoven	Eindhoven
137	Stichting Oogziekenhuis Oost-Nederland	Boxtel
138	Stichting Oogzorg Opticus	Amstelveen
139	Stichting Opgartsenpraktijk	Amstelveen
140	Stichting Phacocentrum	's-Hertogenbosch
141	Stichting Polikliniek Lange VoorhouT	Rijswijk
142	Stichting Poliklinisch Medisch Centrum	Vianen
143	Stichting Proctos Klinieken	Bilthoven
144	Stichting Psoriasis Dagbehandelingscentrum	Ede
145	Stichting Rugpoli Twente	Delden
146	Stichting Rugpoli Veluwe	Velp
147	Stichting Rugzorg Nederland	Ede
148	Stichting SanaVisie	Mill
149	Stichting Veneuze Zorg Nederland	Enschede
150	Stichting VieCuriVitaal	Venray
151	Stichting Visie voor Oogheelkundige zorg	Utrecht
152	Stichting Vitalys Klinieken	Velp
153	Stichting Women's Healthcare Center	Amsterdam
154	Stichting ZBC Eindhoven	Eindhoven
155	Stichting ZBC Groene Hart	Gouda
156	Stichting Zorginstelling Aqua Mare Huidkliniek	Rotterdam
157	Stichting zServekliniek	Waalwijk
158	Stolmed Klinieken	Etten-Leur
159	StolMed Klinieken	Goes
160	StolMed Klinieken	Rucphen
161	The Hand Clinic	Amsterdam
162	Transhair	Vlijmen
163	Van Leeuwenhoek Kliniek	Amsterdam
164	Velthuis Kliniek	Eindhoven
165	Velthuis Kliniek	Hilversum
166	Velthuis Kliniek	Rotterdam
167	Velthuis Kliniek	Velp
168	Velthuis Kliniek Cosmea	Enschede

169	Veluwekliniek	Hattem
170	Vision Clinics	Utrecht
171	ZBC Bosch en Duin	Bosch en Duin
172	ZBC De Terp	Capelle a/d IJssel
173	ZBC FeM-poli	Zwolle
174	ZBC HanzeKliniek	Heerenveen
175	ZBC HanzeKliniek	Groningen
176	ZBC KNO 't Gooi	Hilversum
177	ZBC medisch Wellness Centrum Zeeland	Goes
178	ZBC Multicare	Hilversum
179	ZBC Paulus van Loo KNO	Harmelen
180	ZBC Stichting Plastische Chirurgie het Gooi	Hilversum

Bijlage 2

Lijst van privéklinieken opgenomen in het onderzoek

1	ABC Clinic	Breda	39	International Vision Centers	Amsterdam
2	ACCZ A Klinieken Utrecht	Huis ter Heide	40	Janssen Oosterwijk Kliniek B.V.	Oosterwijk
3	ACCZ A Klinieken Gelderland	Zevenaar	41	Kliniek Laurium	Linschoten
4	Al-Gitaan Stichting Moslim Besnijdenis Rijnmond	Rotterdam	42	Kliniek Nieuwstraat	Rotterdam
5	Alizonne	Meijel	43	Laser Company	Hoofddorp
6	Alizonne	Vught	44	Laser Skin Clinics	Bussum
7	Arcus Cosmetisch Centrum	Uden	45	Laser Skin Clinics	Zwolle
8	Bariatrisch Centrum Zuid West Nederland	Bergen op Zoom	46	Lipocentrum Maastricht	Maastricht
9	Besnijdenis Centrum Nederland	Abcoude	47	MedCentric	Oostburg
10	Besnijdeniskliniek Noord	Groningen	48	MediConsult	Haarlem
11	Boerhaave Medisch Centrum	Amsterdam	49	Medisch Cosmetisch Centrum Intranos B.V.	Alkmaar
12	Cavari Clinics	Groningen	50	Nederlandse Obesitas Kliniek B.V.	Amsterdam
13	Centrum Esthetische Chirurgie voor Friesland	Leeuwarden	51	Nederlandse Obesitas Kliniek B.V.	Beverwijk
14	Centrum Hyperthermie	Amsterdam	52	Nederlandse Obesitas Kliniek B.V.	Den Haag
15	Clinic z8/Medicosmetics	Den Haag	53	Nederlandse Obesitas Kliniek B.V.	Eindhoven
16	Contour Kliniek Nederland	Bussum	54	Nederlandse Obesitas Kliniek B.V.	Hilversum
17	Correct Vision	Alkmaar	55	Nederlandse Obesitas Kliniek B.V.	Velp
18	De Clinique	's-Hertogenbosch	56	Oogarsten Maatschap Roosendaal	Roosendaal
19	DermaClinic	Groningen	57	Oogkliniek Zuid Limburg	Maastricht
20	Dr. Binkhorst Eye Center	Oostburg	58	Ooglaser Centrum Drechtsteden	Papendrecht
21	Dr. Keulen Kliniek	Schimmert	59	Oogziekenhuis Focuskliniek	Rotterdam
22	Dr. Keulen Kliniek	Tilburg	60	Oosteinde Walborg Kliniek	Amsterdam
23	Elzen Kliniek	Naarden	61	Optical Express	Amsterdam
24	Esthegi	Oosterbeek	62	Optical Express	Eindhoven
25	Esthetisch Medisch Centrum Tergooiziekenhuizen	Hilversum	63	Orbis Mooi/Maasland Esthetica BV	Sittard /Geleen
26	Excimer Laser Centrum Nijmegen	Nijmegen	64	Pellegrinus Kliniek	Schiedam
27	Flevoclinic	Almere	65	Plastisch Cosmetisch Centrum Spaarne	Heemstede
28	Haartransplantatiekliniek Theo Zantman VOF	Rotterdam	66	Polikliniek Dermatologie De Weegschaalhof	Rotterdam
29	Het Ooglasercentrum	Hengelo	67	Polikliniek Flebologie Terwolde	Terwolde
30	Huidarts dr. De Mari	Amsterdam	68	Polikliniek voor Flebologie en Proctologie	Bussum
31	Huidarts dr. De Mari	Amsterdam	69	Polikliniek voor Flebologie en Proktologie	Delden
32	Huidarts dr. De Mari	Amsterdam	70	Polikliniek voor Flebologie en Proctologie	Rosmalen
33	Huidarts dr. De Mari	Landsmeer	71	Praktijk Diana Gabriëls	Barendrecht
34	Huidarts dr. De Mari	Purmerend	72	Retina Total Eye Care	Driebergen
35	Huidarts dr. De Mari	Volendam	73	Rijnzicht Oogkliniek	Oegstgeest
36	Huidarts dr. De Mari	Wormerveer	74	Rugkliniek Ipreburg	Veenhuizen
37	Intermedica Kliniek	Geldermalsen	75	Stichting Oogheelkundig Centrum Haarlemmermeer	Hoofddorp
38	International Biomedical Center IBC	Leende	76	Stichting Oogkliniek Visser-Zandbergen	Amsterdam
			77	Stichting Orthopedisch Centrum Zuid Nederland	Breda
			78	Stichting Pijnbestrijding Noord Holland	Oterleek
			79	Stichting Professor Hennemann Kliniek	Spijkensisse
			80	Van Raath Kliniek	Leusden
			81	Vermoeidheidcentrum	Lelystad

82	Visus Oogkliniek	Rotterdam
83	Xpert Clinic Eindhoven	Eindhoven
84	Xpert Clinic Hilversum	Hilversum
85	Xpert Clinic Rotterdam	Rotterdam
86	Xpert Clinic Velp	Velp
87	Zorgpraktijk Avenue Carnisse	Barendrecht

Bijlage 3

Lijst van klinieken voor mondzorg opgenomen in het onderzoek

1	Alphens Tandheelkundig & Narcose Centrum B.V.	Alphen aan den Rijn
2	Amalia Kliniek	Kerkrade
3	Centrum Bijzondere Tandheelkunde Midden Brabant	Terheijden
4	Kliniek voor moderne tandheelkunde en implantologie Finedent	Houten
5	Mondzorg Molenbeecke Echt	Echt
6	Orfeokliniek	Zoetermeer
7	Stichting Bijzondere Tandheelkunde	Amsterdam
8	Stichting Gezicht Noord-Brabant	Oosterhout
9	Tandarts Narcose	Beuningen
10	Tandheelkundig Centrum Nederland	Alkmaar
11	Tandzuiver	Haarlem
12	Van Dort Kliniek	Renswoude

