



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Risico-indicatoren**

2012

**Basisset  
particuliere klinieken**

Algemene informatie over risico-indicatoren  
en een digitale set indicatoren particuliere klinieken  
zijn te vinden op **[www.igz.nl](http://www.igz.nl)**.

# Inhoud

Inleiding		7
Gebruikershandleiding		9
Indicatoren		11
<b>1</b>	<b>Algemene en organisatorische vragen</b>	<b>12</b>
1.0.1	Organisatorische vragen	12
1.0.2	<i>Toelichting</i> Totaal aantal patiënten en behandelingen	15
1.0.3	Indicator Totaal aantal patiënten en behandelingen	16
1.0.4	Indicator Invasieve ingrepen	17
1.0.5	Indicator Luchtbehandeling	18
1.0.6	Indicator Registratie implantaten	19
<b>1.1</b>	<b>Zorgzwaarte</b>	<b>20</b>
1.1.1	<i>Toelichting</i> Zorgzwaarte van de patiënten	20
1.1.2	Indicator Zorgzwaarte van de patiënten	20
1.1.3	Indicator Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar of ouder	21
1.1.4	Indicator Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35	21
1.1.5	<i>Toelichting</i> Delirium	22
1.1.6	Indicator Deliriumbeleid	22
1.1.7	Indicator Risico op delirium	23
<b>1.2</b>	<b>Infecties</b>	<b>25</b>
1.2.1	<i>Toelichting</i> Surveillance van infecties	25
1.2.2	Indicator Inventarisatie van postoperatieve infecties	25
1.2.3	Indicator Ingrepen met infectierisico	26
<b>1.3</b>	<b>Medici en medisch ondersteunend personeel</b>	<b>27</b>
1.3.1	<i>Toelichting</i> Deskundigheid en bekwaamheid van de zorgverleners	27
1.3.2	Indicator Percentage BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE	28
1.3.3	<i>Toelichting</i> Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding ten opzichte van medisch specialisten ( <u>NIET</u> in FTE)	29
1.3.4	Indicator Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding ten opzichte van medisch specialisten ( <u>NIET</u> in FTE)	29
1.3.5	<i>Toelichting</i> Aanpalende werkzaamheden	30
1.3.6	Indicator Werkzaamheden in een ziekenhuis ( <u>NIET</u> in FTE)	30
1.3.7	Indicator Bereikbaarheid	31

<b>1.4</b>	<b>Patiënttevredenheid</b>	<b>32</b>
1.4.1	<i>Toelichting Klachten</i>	32
1.4.2	Indicator Klachten	32
1.4.3	<i>Toelichting Patiënttevredenheidsonderzoek</i>	33
1.4.4	Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek	33
<b>2</b>	<b>Specifieke vragen</b>	<b>35</b>
<b>2.1</b>	<b>Refractiechirurgie</b>	<b>36</b>
2.1.1	<i>Toelichting Visitatie door NOG</i>	36
2.1.2	Indicator Visitatie door NOG	36
2.1.3	<i>Toelichting Apparatuur</i>	36
2.1.4	Indicator Laserapparatuur	37
<b>2.2</b>	<b>Anesthesiologische toepassingen</b>	<b>38</b>
2.2.1	<i>Toelichting Visitatie door NVA</i>	38
2.2.2	Indicator Visitatie door NVA	38
2.2.3	<i>Toelichting Postoperatieve pijn</i>	39
2.2.4	Indicator Postoperatieve pijn bij dagbehandeling	39
2.2.5	Indicator Toezicht operatief proces	40
<b>2.3</b>	<b>Orthopedie</b>	<b>41</b>
2.3.1	<i>Toelichting Visitatie door NOV</i>	41
2.3.2	Indicator Visitatie door NOV	41
2.3.3	<i>Toelichting Tromboseprofylaxe</i>	42
2.3.4	Indicator Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe	42
2.3.5	Indicator Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie na een totale heupprothese	42
2.3.6	<i>Toelichting Aantal arthroscopieën van de knie</i>	43
2.3.7	Indicator Aantal arthroscopieën van de knie	43
2.3.8	<i>Toelichting Ongeplande heroperatie binnen twaalf maanden na arthroscopie</i>	43
2.3.9	Indicator Ongeplande heroperaties binnen twaalf maanden na arthroscopie	44
<b>2.4</b>	<b>Plastische chirurgie en/of cosmetische behandelingen en fillers</b>	<b>45</b>
2.4.1	<i>Toelichting Resultaat van de cosmetische ingreep</i>	45
2.4.2	Indicator Resultaat van de cosmetische ingreep	45
2.4.3	<i>Toelichting Visitatie door NVPC</i>	46
2.4.4	Indicator Visitatie door NVPC	46
2.4.5	<i>Toelichting Ongeplande heroperaties</i>	47
2.4.6	Indicator Ongeplande heroperaties	47

<b>2.5</b>	<b>Bariatrische behandelingen</b>	<b>48</b>
2.5.1	Indicator Aantal bariatrische ingrepen	48
2.5.2	Toelichting Samenstelling multidisciplinair team	49
2.5.3	Indicator Samenstelling multidisciplinair team	49
2.5.4	Toelichting Postoperatieve follow-up	50
2.5.5	Indicator Percentage postoperatieve controles	50
<b>2.6</b>	<b>Dermatologie</b>	<b>51</b>
2.6.1	Indicator Dermatologische behandelingen	52
2.6.2	Toelichting Visitatie door NVDV	52
2.6.3	Indicator Visitatie door NVDV	53
<b>2.7</b>	<b>Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in de voorste oogkamer (peroperatief)</b>	<b>54</b>
2.7.1	Toelichting Herstel achterkamerruptuur	54
2.7.2	Indicator Herstel achterkamerruptuur	55
<b>2.8</b>	<b>Medisch diagnostische centra</b>	<b>56</b>
2.8.1	Indicator Diagnostisch onderzoek	56
2.8.2	Toelichting Visitatie door NVVC	56
2.8.3	Indicator Digitale verslaglegging endoscopie	57
	<b>Bijlage</b>	<b>59</b>



# Inleiding

Voor u ligt de *Basisset indicatoren particuliere klinieken 2012*. Dit is de vijfde keer dat u gevraagd wordt gegevens over de prestaties van uw kliniek aan te leveren. Op basis van de Wet openbaarheid van bestuur (WOB) zijn de resultaten openbaar en derhalve voor iedereen toegankelijk.

## Samenwerking

De set is tot stand gekomen door samenwerking van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Orde van Medisch Specialisten (Orde), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG), de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), waarbij elk der partijen een eigen verantwoordelijkheid heeft.

Voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg maken de indicatoren deel uit van het onderzoeksinstrumentarium waarmee, op basis van risico-inschatting, vervolgens prioritering van het toezicht kan plaatsvinden.

## Proces

De gegevens die gevraagd worden in de Basisset indicatoren 2012 dienen voor 1 maart 2013 ingeleverd te zijn bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Om uw registratielast te beperken, de invoer te vereenvoudigen en om de analyse efficiënt te laten verlopen, kunt u gebruikmaken van een digitale invoermodule. De te gebruiken link en inlogcodes worden u aan het eind van het verslagjaar schriftelijk verstrekt.

Na definitieve inlevering zijn de gegevens openbaar conform de Wet openbaarheid van bestuur. Van iedere kliniek wordt verwacht dat de eigen gegevens ook beschikbaar zijn via het wettelijk verplichte én openbare Kwaliteitsjaarverslag dan wel het Jaardocument zorg, versie particuliere klinieken. De inspectie maakt een geïntegreerde rapportage van de verzamelde gegevens. Deze rapportage verschijnt voor de publicatie van de gegevens voor het daaropvolgende jaar en is ook weer openbaar.

## Basisfilosofie

De volgende vier uitgangspunten vormen de basisfilosofie van de indicatoren in particuliere klinieken:

- *Een indicator geeft een signaal over (risico in 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 gepubliceerde gegevens over individuele klinieken oordelen.

- *Instellingen maken zelfresultaten openbaar.*  
De gekozen indicatoren kunnen zonder nadere uitleg geen goed beeld geven van de zorg in een individuele kliniek, bijvoorbeeld omdat patiëntenpopulaties per instelling verschillen. Om die reden wordt aan de klinieken gevraagd om de eigen resultaten openbaar te maken en van een nadere specifieke uitleg te voorzien. Dit kan in het Kwaliteitsjaarverslag en via de website van de kliniek.
- *Interne kwaliteitsverbetering is belangrijk.*  
Naast externe verantwoording is ook het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering een doel. Voor ziekenhuizen wordt een deel van de indicatoren op dit moment al ten behoeve hiervan geregistreerd. Ook blijken de Basissets voor veel ziekenhuizen zinvolle informatie te hebben opgeleverd. Dit geldt ook voor particuliere klinieken.
- *De IGZ gaat uit van een ontwikkelingsmodel.*  
Een indicatorenset is nooit af. De ontwikkeling van een indicator is afhankelijk van de reacties en de resultaten vanuit de particuliere klinieken. Indicatoren die niet meer relevant zijn of die door iedereen met 'ja' worden beantwoord, moeten na verloop van tijd door andere indicatoren worden vervangen of worden aangepast. Het streven van de inspectie is om niet meer dan 20 - 25 procent van de basisset binnen 1 jaar te veranderen, en de omvang van de indicatorenset niet substantieel te vergroten of te verkleinen. Dit, met als doel een zo optimaal mogelijk beeld te krijgen van het veld. Het streven is dat indicatoren ongeveer 4-5 jaar actief zijn, waardoor er mogelijke trends zijn vast te stellen.

Voor algemene informatie over indicatoren verwijzen wij u naar [www.igz.nl](http://www.igz.nl).



## Gebbruikershandleiding

De *Basisset kwaliteitsindicatoren voor particuliere klinieken* is bedoeld voor alle zelfstandige behandelcentra en die privéklinieken die onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen. De set bestaat uit twee gedeeltes. Een algemeen deel dat door alle klinieken moet worden ingevuld en een specifieke vragenlijst die ingevuld moet worden naar gelang de verrichtingen die de kliniek aanbiedt. Voor alle vragen geldt dat zij over het verslagjaar gaan. Met het verslagjaar wordt de tijdsperiode 1 januari tot en met 31 december 2012 bedoeld. Indien de instelling uit meerdere locaties bestaat, moeten de indicatoren voor elk van de locaties worden ingevuld.

De beschrijving van de indicator wordt voorafgegaan door een algemene inleiding op het onderwerp van de indicator. Vervolgens komen de volgende onderwerpen aan de orde in de verschillende paragrafen die volgen.

### Toelichting

De toelichting geeft een korte samenvatting van het belang van deze indicator in relatie tot het risico in de zorg. Voor een aantal specifieke voorzieningen is een overzicht opgenomen van de kenmerken die door de betrokken beroepsgroep(en) van belang worden geacht voor de gevraagde voorziening. Deze lijst van kenmerken kan u helpen de situatie in uw particuliere kliniek in kaart te brengen. Door het opnemen van de aanwezige kenmerken in de uitleg bij uw antwoord neemt de transparantie over wat uw particuliere kliniek heeft te bieden, toe. Verder worden belangrijke begrippen in definities nader uitgelegd.

### Indicator

Deze paragraaf geeft de vraagstelling weer die hoort bij de indicator. De vragen worden gesteld in het lichter gekleurde gedeelte van de tekst. U wordt geacht al deze vragen, indien voor uw particuliere kliniek van toepassing, te beantwoorden.

In de gevallen waar om een percentage of een ratio wordt gevraagd, is een teller en een noemer gevraagd en kan een nadere uitleg gegeven worden. De percentages worden op de website automatisch berekend. Als er tellers of noemers worden gevraagd die al eerder zijn ingevuld, zullen deze op de website automatisch worden overgenomen.

De gegevens hebben betrekking op het verslagjaar, te weten de periode van 1 januari t/m 31 december 2012. De registratieperiodes zijn zo gekozen dat alle registraties op 31 december kunnen worden afgesloten, onafhankelijk van de lengte van de follow-up, zodat op tijd met de productie van het jaarverslag kan worden begonnen. De periode voor de noemer is wel altijd het verslagjaar, zodat deze vergeleken kunnen worden met andere bronnen.

Als een antwoordoptie is gemarkeerd met een \*, dan is een toelichting verplicht.

Bij de overige antwoorden wordt een toelichting op de geleverde getallen zeer op prijs gesteld. Wij raden u aan deze toelichtingen met zorg samen te stellen.

### **Steekproeven**

De ervaring van de inspectie met de indicatoren is dat er vaker dan verwacht steekproeven worden genomen om de vragen te beantwoorden. De inspectie stimuleert het gebruik van digitale registratiesystemen. Steekproeven kunnen daarom alleen worden gebruikt voor gegevensverzameling als er geen andere methoden zijn om de gegevens te verkrijgen en als deze methodologisch verantwoord zijn uitgevoerd.

Hoewel de uiterste zorg is besteed aan het opstellen van deze uitgave en het maken van de website, is het mogelijk dat er discrepanties zijn tussen de twee belangrijkste publicatievormen van de Basisset particuliere klinieken. In dat geval geldt de versie zoals die op de website [www.igz.nl](http://www.igz.nl) staat als de juiste versie.

# Indicatoren

# 1 Algemene en organisatorische vragen

Zowel patiëntgerelateerde factoren als bewaking van het beloop, maar ook zorgprocessen zijn van belang om een goede zorgverlening mogelijk te maken. In dit hoofdstuk wordt gevraagd naar enkele van deze elementen, zoals zorgzwaarte van patiënten en de aanwezigheid van goed opgeleid personeel.

## Locaties

De inspectie beoordeelt klinieken per locatie. Daarom is het van belang dat u voor elke locatie waar behandelingen worden uitgevoerd de set invult. Indien u in meer dan één locatie behandelingen uitvoert vragen wij u voor elke locatie waar wordt behandeld apart de gegevens aan te leveren. Van sommige klinieken is het aantal locaties al bekend, zij krijgen elk een eigen inlogcode. Indien u niet voor al uw locaties, waar behandelingen worden uitgevoerd, een inlogcode heeft ontvangen, vragen wij u contact op te nemen met het Meldpunt van de inspectie:

## Meldpunt IGZ

Telefoon: 088-1205000 (lokaal tarief, ma-vrij 9.00 - 17.00 uur)  
Fax: 088-1205001  
Email: meldpunt@igz.nl  
Adres: Postbus 2680, 3500 GR Utrecht

### 1.0.1 Organisatorische vragen

Naam kliniek

---

Aantal locaties

---

Naam locatie (indien van toepassing)

---

Straatnaam

---

Postcode

---

Woonplaats

---

De inspectie hecht waarde aan een goede informatievoorziening door de kliniek. Een website met bijvoorbeeld een duidelijk behandelaanbod, uitleg van de patiëntenrechten en informatie wat te doen bij complicaties kan hier aan bijdragen.

Beschikt u over een openbare website?	<input type="checkbox"/> ja, het internetadres is: http:// <input type="checkbox"/> nee
Behandelde uw kliniek patiënten in de periode van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2012?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:	<input type="checkbox"/>
• Indien <b>nee</b> , hoeven de indicatoren niet verder ingevuld te worden.	
Heeft u samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Indien <b>ja</b> , kies het ziekenhuis: (bij meerdere ziekenhuizen, kies de belangrijkste)	Lijst van ziekenhuizen
Heeft u afspraken gemaakt met een ziekenhuis waar de patiënt in geval van calamiteiten of complicaties die niet in de particuliere kliniek behandelbaar zijn, terecht kan (gedurende 24 uur, 7 dagen per week)?	<input type="checkbox"/> ja, schriftelijk vastgelegd met ziekenhuis: Lijst van ziekenhuizen <input type="checkbox"/> ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis: Lijst van ziekenhuizen <input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:	
Heeft u afspraken gemaakt met betrekking tot het gebruik van de OK of andere faciliteiten van het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> ja, schriftelijk vastgelegd met ziekenhuis: Lijst van ziekenhuizen <input type="checkbox"/> ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis: Lijst van ziekenhuizen <input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:	

\* Geef toelichting

**Indien u schriftelijk vastgelegde afspraken met een ziekenhuis heeft, stuurt u deze (liefst digitaal) op naar:**

**Meldpunt IGZ**

Fax: 088-1205001  
Email: meldpunt@igz.nl  
Adres: Postbus 2680, 3500 GR Utrecht

De Kwaliteitswet zorginstellingen stelt het hebben van een kwaliteitssysteem verplicht. Volgens de wet moet kwaliteit systematisch worden gemeten, zodat kan worden bekeken of doelstellingen worden behaald of moeten worden bijgesteld om op die manier vooraf gestelde resultaten te behalen. Er moet in dit kader voldaan worden aan de volgende eisen:

- Het formuleren van duidelijke kwaliteitsdoelstellingen.
- Medewerkers moeten worden betrokken bij ontwikkelingen.
- Gegevens moeten systematisch verzameld en geregistreerd worden.
- De kwaliteit moet systematisch getoetst worden, waarbij beleidsmaatregelen waar nodig worden bijgesteld door de zorgaanbieder.

Een kwaliteitskeurmerk kan bijdragen aan het proces van bewaken, beheersen en verbeteren. Het maakt de processen in de organisatie transparant en helpt ze te verbeteren.

Beschikt u over een of meer kwaliteitscertificaten?	<input type="checkbox"/> ja *	<input type="checkbox"/> nee *
Indien ja: (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> ISO 9001, datum laatste afgifte ____	
	<input type="checkbox"/> HKZ, datum laatste afgifte ____	
	<input type="checkbox"/> ZKN, datum laatste afgifte ____	
	<input type="checkbox"/> NIAZ, datum laatste afgifte ____	
Toelichting:		

\* Geef toelichting

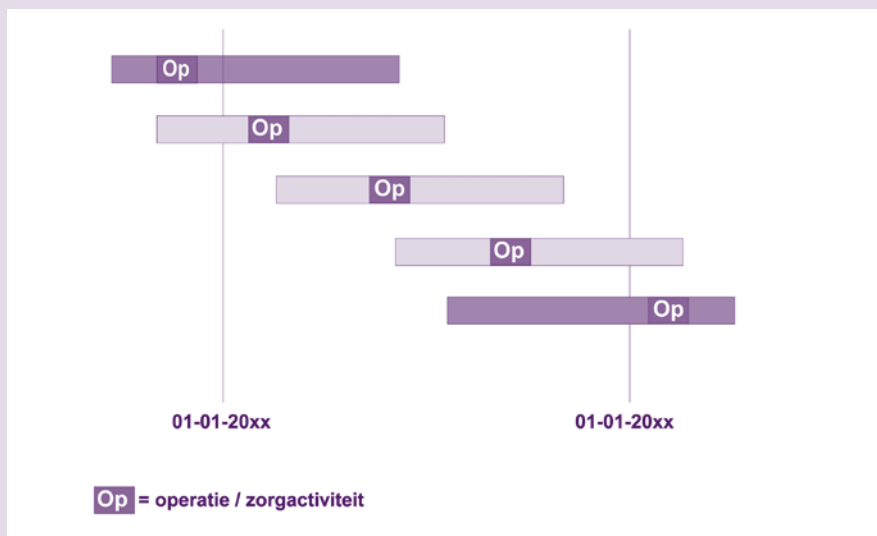
## 1.0.2

**Toelichting:****Totaal aantal patiënten en behandelingen**

Om een beeld te krijgen welke aantallen patiënten en behandelingen worden uitgevoerd door particuliere klinieken wordt het totaal aantal patiënten en behandelingen gevraagd.

- Definitie behandelingen:  
*Activiteiten van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard gericht op het herstel of voorkóming van verergering van een gezondheidsbeperking. Een behandeling hoeft niet een afgesloten DBC/DOT te zijn, het kan zijn dat de nazorg in het jaar na het verslagjaar valt.*  
*Verrichtingen die voortvloeien uit één diagnose zoals een consult en de daarna volgende behandeling en nacontrole dienen als één behandeling te worden beschouwd. Dat geldt ook voor een serie behandelingen in het kader van chemotherapie of obesitas.*

In figuur 1.0.1 staat schematisch weergegeven welke behandelingen meegeteld kunnen worden voor het verslagjaar. Elk balkje staat voor een zorgtraject met een voorbereiding, zorgactiviteit of operatie en nazorg. De drie middelste zorgtrajecten worden geselecteerd omdat de zorgactiviteiten of operaties binnen het verslagjaar vallen.

**Figuur 1.0.1****Schematische weergave van de geselecteerde behandelingen<sup>[1]</sup>**

[1] Het figuur is overgenomen uit de indicatorenset Zichtbare Zorg Ziekenhuizen, deel cataract. Zie: <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen/Kwaliteitsindicatoren/Eerste-tranche-indicatoren>

1.0.3

**Indicator:**

**Totaal aantal patiënten en behandelingen**

Is het aantal patiënten dat de instelling in het verslagjaar heeft behandeld bekend?

ja

nee  
\*

- *Indien ja:*

Noemer 1: Wat is het **totaal aantal behandelde** patiënten in het verslagjaar?

Is het aantal behandelingen dat de instelling in het verslagjaar heeft uitgevoerd bekend?

ja

nee  
\*

- *Indien ja:*

Noemer 2: Wat is het **totaal aantal behandelingen** in het verslagjaar?

Toelichting:

\* Geef toelichting



#### 1.0.4 Indicator: Invasieve ingrepen

Binnen het totale aantal behandelingen kan een onderscheid gemaakt worden in invasieve en niet-invasieve behandelingen. Hieronder wordt gevraagd om op te geven hoeveel van het totale aantal behandelingen een invasieve behandeling is geweest.

- Definitie *invasieve ingrepen*:  
*Snijdende ingrepen, waaronder operaties, inspuitingen en refractiechirurgie.<sup>[2]</sup>*

*Indien invasieve ingrepen niet in de eigen kliniek worden verricht en niet in een ziekenhuis, maar bijvoorbeeld in een andere kliniek, wordt gevraagd 'anders' te kiezen en toe te lichten hoe dit georganiseerd is.*

Voerde uw kliniek invasieve ingrepen uit?

ja  nee

Indien ja, waar worden deze verricht?

In de eigen kliniek  
 In het ziekenhuis  
 In de eigen kliniek en in het ziekenhuis  
 Anders

\*

Toelichting:

Is het aantal invasieve behandelingen dat de instelling in het verslagjaar heeft uitgevoerd bekend?

ja  nee

\*

- Indien ja:**

Noemer 3: Wat is het **totaal aantal invasieve** behandelingen in het verslagjaar?

Toelichting:

\* Geef toelichting

[2] Zowel bij LASIK als LASEK worden de infecties gemonitord, daarom is er voor gekozen beide behandelingen toch als invasief te beschouwen.

**1.0.5 Indicator:  
Luchtbehandeling**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg inventariseert in het kader van het Toezicht Operatief Proces welke luchtbehandelingsystemen er gebruikt worden op de operatiekamers in de Nederlandse ziekenhuizen en de particuliere klinieken.

Behandeling vindt plaats in:	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
	<input type="checkbox"/> Een behandelkamer
Hoeveel behandelkamers heeft uw kliniek?	
Behandeling vindt plaats in:	<input type="checkbox"/> Een OK 2
Hoeveel OK's 2 heeft uw kliniek?	
Behandeling vindt plaats in:	<input type="checkbox"/> Een OK 1
Hoeveel OK's 1 heeft uw kliniek?	
Wat is de datum van het laatste validatie-rapport?	
Toelichting:	

\* Geef toelichting

**1.0.6 Indicator:  
Registratie implantaten**

Door een register bij te houden kunnen problemen met een implantaat voortijdig worden erkend en patiënten zo nodig actief worden opgespoord.

Gebruikt uw kliniek implantaten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Indien ja, welke?	<input type="checkbox"/> Borstimplantaten <input type="checkbox"/> (Semi) permanente fillers <input type="checkbox"/> Anders *
Toelichting	
Maakte uw kliniek gebruik van een registratiesysteem voor implantaten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:	
Indien ja, welke?	<input type="checkbox"/> Een landelijk registratiesysteem <input type="checkbox"/> Een eigen elektronisch registratiesysteem <input type="checkbox"/> Een eigen papieren registratiesysteem <input type="checkbox"/> Anders *
Toelichting:	

\* Geef  
toelichting

## 1.1 Zorgzwaarte

Het is van belang dat zorginstellingen inzicht 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 een anesthesioloog als deze de anesthesie toedient.

### 1.1.1 Toelichting: Zorgzwaarte van de patiënten

Om de gezondheidstoestand van de patiënt te beoordelen voor een operatie is het gebruikelijk om patiënten preoperatief in te delen in vijf ASA-klassen (American Association of Anesthesiology). ASA 1 komt overeen met een volkomen gezonde patiënt, ASA 2 betreft patiënten met een systemische aandoening die niet tot beperkingen in de dagelijkse activiteiten leidt, bij ASA 3 is dat wel het geval, ASA 4 betreft patiënten met zeer ernstige gezondheidsproblemen, bij ASA 5 patiënten is overlijden met of zonder ingreep binnen 24 uur te verwachten. Naast de ASA-klasse zijn er ook leeftijdsafhankelijke gezondheidsaspecten die van invloed zijn op de risico's van een operatie.

### 1.1.2 Indicator: Zorgzwaarte van de patiënten

Is de ASA-klasse bekend van de patiënten die u heeft behandeld?  ja  nee

• **Indien ja:**

Kunt u onderscheid maken naar ASA-klasse?  ja  nee

• **Indien ja, wat is het aantal patiënten dat de instelling in het verslagjaar heeft behandeld in:**

Teller 1: ASA-klasse 1.

Teller 2: ASA-klasse 2.

Teller 3: ASA-klasse 3 en hoger.

Teller 4: ASA onbekend.

Toelichting (optioneel):

• **Percentages worden automatisch op de website berekend.**

**1.1.3****Indicator:****Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar of ouder**

Er wordt naar het aantal behandelde kinderen en volwassenen gevraagd. Kinderen mogen alleen bij specifieke indicaties als buisjes worden behandeld in particuliere klinieken. Bij ouderen neemt het risico op bijvoorbeeld een delirium toe.

Is het aantal behandelde patiënten dat jonger dan 18 jaar, of 18 jaar of ouder is, bekend?

 ja

 nee

- **Indien ja:**

Teller 5: jonger dan 18 jaar (<18 jaar).\*

Teller 6: in de leeftijd van 18 jaar tot 70 jaar.\*

Teller 7: in de leeftijd van 70 jaar en ouder (≥70 jaar).\*

Teller 8: leeftijd onbekend.\*

- \* *Indien u geen patiënten in één leeftijdscategorie heeft, kunt u daar o invullen.*

**1.1.4****Indicator:****Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35**

Patiënten met een hoog BMI hebben een verhoogd risico en worden in principe uitgesloten van behandeling.

Is het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 bekend?

 ja

 nee

- **Indien ja:**

Teller 9: Wat is het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35?

Noemer 1: Wat is het totaal aantal invasieve ingrepen in het verslagjaar? (automatisch overnemen noemer 3 uit 1.0.4)

- *Percentages worden automatisch op de website berekend.*

**1.1.5 Toelichting:  
Delirium**

Het delirium kan gedefinieerd worden als een globale en reversibele stoornis van het hersenmetabolisme die gepaard gaat met een verscheidenheid aan neuropsychiatrische symptomen. Het wordt gekenmerkt door een verlaagd bewustzijn met een gestoorde aandacht en concentratie, cognitieve stoornissen, waaronder stoornissen van het geheugen, oriëntatie en taal, en perceptuele stoornissen, zoals hallucinaties. In het meest typische geval ontstaat een delirium binnen een korte periode en heeft het een fluctuerend beloop. De diagnostische criteria zijn gebaseerd op de (DSM-IV-TR)<sup>[3]</sup>. De prevalentie varieert van 15 tot 50 procent bij opgenomen oudere patiënten, in geselecteerde patiëntengroepen kan de incidentie zelfs hoger zijn.

Een klinisch bruikbaar model voor het delirium is het model ontwikkeld door Inouye. Zij maakt onderscheid tussen enerzijds predisponerende factoren ofwel pre-existente risicofactoren, en anderzijds precipiterende factoren, die de directe aanleiding voor het delirium zijn<sup>[4]</sup>. Doordat de predisponerende factoren al voor opname bekend zijn, biedt dit model aangrijpingspunten voor preventie.

**1.1.6 Indicator:  
Deliriumbeleid**

De indicator voor de basisvoorzieningen en de aanwezigheid van een deliriumprotocol vraagt naar de eerste stappen in het ontwikkelen van een beleid voor patiënten met een delirium. Kenmerken van een deliriumprotocol, conform de richtlijnen delirium (NVvP, NVKG 2004 en NVIC 2010) zijn opgenomen in onderstaand overzicht. Met dit overzicht kunt u de basisvoorzieningen die in uw instelling aanwezig zijn, in kaart brengen.

**Kenmerken basisvoorzieningen**

- De aanwezigheid van een deliriumprotocol bij patiënten van 70 jaar en ouder.

**Kenmerken protocol**

- Het protocol is gebaseerd op de gangbare richtlijnen voor delirium (CBO, 2004; NVIC, 2010).
- Het gebruik van een systematische inventarisatie voor de detectie van het risico op delirium, gericht op primaire preventie (zie deelindicator 1.1.7).
- Adviezen voor het consulteren van gespecialiseerd personeel.

Beschikt u over een deliriumprotocol dat voldoet aan bovenstaande beschrijving?

ja

nee

\*

Toelichting:

[3] American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Fourth edition, text revision ed. 2000, Washington: American Psychiatric Association.

[4] Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend*. 2005, IGZ: Den Haag.

\* Geef toelichting

### 1.1.7 Indicator: Risico op delirium

De volgende stap in de indicator is het screenen van patiënten op een verhoogd risico voor het optreden van delirium. Het risico op delirium is uitgebreid in verschillende specifieke patiëntengroepen onderzocht.

Voorspellende factoren voor het optreden van delirium zijn onder te verdelen in factoren die de patiënt meer ontvankelijk maken voor delirium (de pre-existente risicofactoren) en factoren die een directe aanleiding vormen voor delirium (de precipiterende factoren). Deze indicator richt zich op de volgende factoren die de patiënt meer ontvankelijk maken voor delirium: hoge leeftijd, een reeds gestoorde cognitie en de aanwezigheid van ernstige chronische ziekten die de dagelijkse activiteiten belemmeren (American Society of Anesthesiologists (ASA) III-V). Alcoholmisbruik wordt niet meegenomen omdat dit niet betrouwbaar is vast te stellen en omdat het onderscheid met andere oorzaken van delirium niet goed te maken is. Het verhoogde risico op delirium wordt vastgesteld aan de hand van 3 inventariserende vragen aan patiënt en/of mantelzorger.

#### Hoe wordt voor deze indicator het risico bepaald?

Geselecteerd worden alle patiënten van 70 jaar en ouder. Bij elke opname wordt het risico op delirium vastgesteld door het stellen van de volgende vragen:

- 1 Hebt u geheugenproblemen?
- 2 Hebt u in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg?
- 3 Zijn er bij een eerdere opname of ziekte perioden geweest dat u in de war was?

Bij elke geplande opname voor een operatie wordt al bij de preoperatieve screening het risico op een delirium vastgelegd. Van een verhoogd risico is sprake bij een of meer positieve antwoorden.

#### Andere gronden voor vaststellen verhoogd risico

Indien alle vragen negatief zijn beantwoord maar er op andere gronden (o.a. meerdere psychotrope medicijnen of hersenletsel) toch verdenking is op een verhoogd risico op delirium, dan moet aanvullende risico-inventarisatie plaatsvinden, bijvoorbeeld met een cognitieve screeningstest. Bij een positieve uitkomst dient de patiënt vervolgens als risicopatiënt te worden beschouwd. Deze patiënten kunnen vervolgens niet in een particuliere kliniek worden behandeld.

Uitkomst van deze indicator bestaat uit het percentage patiënten van 70 jaar en ouder van wie structureel de risicoscore voor delirium wordt vastgelegd. Onder structureel vastleggen wordt verstaan dat bij meer dan 80 procent van alle patiënten van 70 jaar en ouder, de antwoorden op de bovenstaande drie vragen (vanaf nu 'de risicoscore') bij opname bekend en gedocumenteerd zijn, ongeacht de uitkomst.

Screende u in het verslagjaar structureel patiënten op risico voor delirium?

ja

nee  
\*

Toelichting:

Teller 10: Totaal aantal gescreende patiënten in het verslagjaar een verhoogd risico bij pre- operatieve screening.

Teller 11: het aantal patiënten van 70 jaar en ouder waar bij pre-operatieve screening een risicoscore is vastgelegd in het medisch dossier.

Noemer 2: het totaal aantal behandelde patiënten van 70 jaar en ouder in het verslagjaar. (automatisch overnemen teller 7 uit 1.1.3)

- *Percentages worden automatisch op de website berekend.*

\* Geef  
toelichting



## 1.2 Infecties

Infecties opgelopen rond een ingreep behoren tot de veelal vermijdbare en soms ernstige complicaties en 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. Uit de literatuur blijkt dat het percentage infecties kan worden teruggebracht door gegevens over infecties te registreren, te analyseren en terug te rapporteren (surveillance). Inzicht in het aantal en de soort infecties geven de instelling een handvat om het gevoerde preventiebeleid te evalueren en te bepalen waar verbeteracties mogelijk of nodig zijn.

### 1.2.1 Toelichting: Surveillance van infecties

*Bij het voorkómen van infecties, opgelopen in de instelling, spelen adequate routinemaatregelen op het gebied van infectiepreventie een rol. Veel ziekenhuizen voeren een gericht beleid om ziekenhuisinfecties te reduceren. Surveillance van ziekenhuisinfecties maakt deel uit van dit beleid. Voor particuliere klinieken is dit ook van belang. Het doel is optimalisatie van het infectiepreventiebeleid, waarvan het effect middels voortgaande surveillance kan worden gemeten. Onderstreept moet worden dat surveillance veel meer is dan het feitelijk registreren van infecties. De kenmerkende activiteiten van de surveillance van infecties zijn: het ontwikkelen van een methode van aanpak, het verzamelen (het daadwerkelijk registreren), verwerken, analyseren en interpreteren van de gegevens en het terugkoppelen naar de betreffende afdelingen en professionals; zonodig gevolgd door de implementatie van interventie maatregelen. In haar rapport Infectiepreventie in ziekenhuizen (IGZ, mei 2004) stelt de inspectie dat actieve surveillance (opsporen, analyseren, interveniëren en evalueren) onderdeel moet zijn van het infectiepreventiebeleid.*

*Er is nog niet veel bekend over de incidentie van infecties in zelfstandige behandelcentra (ZBC) en particuliere klinieken. Daarom zal eerst een inventarisatie worden gedaan naar de wijze waarop een kliniek vorm geeft aan de surveillance van postoperatieve infecties. Om die reden wordt een toelichting gevraagd bij de gegeven antwoorden.*

*Onder systematisch controleren van patiënten op postoperatieve infecties worden de in 1.2.2 genoemde drie methodes bedoeld.*

### 1.2.2 Indicator: Inventarisatie van postoperatieve infecties

Worden alle patiënten systematisch gecontroleerd op een postoperatieve infectie?

ja

nee

- Indien ja, dit gebeurt door:

1	Alle patiënten na een ingreep poliklinisch te controleren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
2	Alle patiënten te adviseren om bij tekenen van een infectie direct contact op te nemen met de kliniek.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
3	Alle patiënten te adviseren bij tekenen van een infectie direct contact op te nemen met een huisarts en de huisarts te vragen hierover te rapporteren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
4	Anders, te weten:		
5	Er is geen beleid.	<input type="checkbox"/>	

### 1.2.3 Indicator: Ingrepen met infectierisico

- Definitie invasieve ingrepen:  
Snijdende ingrepen, waaronder operaties, inspuitingen en refractiechirurgie.<sup>[5]</sup>

Is het aantal patiënten met postoperatieve infecties bij invasieve ingrepen bij u bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 1: Wat is het aantal patiënten met postoperatieve infecties?		
Noemer 1: Wat is het aantal invasieve ingrepen in het verslagjaar? (automatisch overnemen noemer 3 uit 1.0.4)		
Percentage:		%
Toelichting:		

- Percentages worden automatisch op de website berekend.

\* Geef toelichting

[5] Zowel bij LASIK als LASEK worden de infecties gemonitord, daarom is er voor gekozen beide behandelingen toch als invasief te beschouwen.

### 1.3 Medici en medisch ondersteunend personeel

Een opvallende constatering in de twee rapporten van de inspectie over particuliere klinieken is dat basisartsen een belangrijke rol spelen en veel verantwoordelijkheid hebben. Soms volgen zij aanvullende cursussen in andere Europese landen of in de VS, bijvoorbeeld voor laserbehandeling of liposuctie. De kwaliteit hiervan kan echter niet worden beoordeeld en de inhoud van een dergelijke cursus is soms strijdig met de Nederlandse opvattingen.

Het betrokken management blijkt soms onbekend met de risico's van de behandeling en met de organisatorische voorwaarden daarvoor. Niet altijd is daar de kennis aanwezig die nodig is om te bepalen welke personele kwalificaties nodig zijn voor een behandeling.

#### 1.3.1 **Toelichting:** **Deskundigheid en bekwaamheid van de zorgverleners**

*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 hij de behandeling toch niet uitvoeren. De norm is dus dat een behandeling gedaan wordt door een beroepsbeoefenaar die bekwaam is dergelijke verrichtingen te doen. Het is een taak van de directie om de BIG-registratie, maar ook de bekwaamheid van de zorgverleners te controleren, bewaken en vast te leggen. Dit vanwege de risico's die een behandeling door een niet-bekwame arts met zich meebrengt, ook bij de indicatiestelling voor de ingreep en het inschatten van de resultaten van de behandeling bij een patiënt.*

*De volgende vragen gaan over de samenstelling, de deskundigheid en de bekwaamheid van de zorgverleners.*

- *Inclusiecriteria:*
  - *Onder medisch specialisten worden ook in het buitenland opgeleide artsen die een MSRC-registratie hebben, bedoeld.*
  - *Ingehuurd (ziekenhuis)personeel.*

### 1.3.2

#### Indicator:

#### Percentage BIG-geregisteerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE

Is het aantal BIG-geregisteerde basis-artsen/verpleegkundigen en MSRC-medisch specialisten <b>in FTE</b> , werkzaam in uw kliniek bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		
Teller 1: Aantal BIG-geregisteerde basis-artsen ( <b>in FTE</b> ), werkzaam in uw kliniek.		
Teller 2: Aantal BIG-geregisteerde verpleegkundigen ( <b>in FTE</b> ), werkzaam in uw kliniek.		
Teller 3: Aantal geregisteerde <sup>[6]</sup> anesthesiemedewerkers en OK-assistenten ( <b>in FTE</b> ) werkzaam in uw kliniek.		
Noemer 1: Aantal MSRC-geregisteerde medisch specialisten ( <b>in FTE</b> ), werkzaam in uw kliniek.		
Noemer 2: Totaal aantal personeelsleden ( <b>in FTE</b> ), werkzaam in uw kliniek.		
Verhouding BIG-geregisteerde basisartsen ten opzichte van MSRC-geregisteerde medisch specialisten: teller 1 /noemer 1.		
Percentage BIG-geregisteerd + anesthesiemedewerkers en OK-assistenten ten opzichte van het totaal aantal personeelsleden: (teller 1 + teller 2 + teller 3)/noemer 2.	%	
Toelichting:		

- *Percentages worden automatisch op de website berekend.*

\* Geef toelichting

[6] Geregisteerd of in het bezit van een Nederlands diploma.

1.3.3

**Toelichting:****Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding ten opzichte van medisch specialisten (NIET in FTE)**

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.

- Definitie:  
Buitenlandse artsen zijn gedefinieerd als artsen die hun medische basisopleiding en/of hun medisch specialistische opleiding buiten Nederland hebben gevolgd. Ook artsen met een tijdelijk contract, artsen die hun vervolgopleiding nog niet hebben afgemaakt of freelance werkende artsen vallen hieronder.

1.3.4

**Indicator:****Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding ten opzichte van medisch specialisten (NIET in FTE)**

Teller 4: Aantal (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding (NIET in FTE).

Noemer 3: Aantal (MSRC-geregistreerde) medisch specialisten (NIET in FTE).

Percentage:

%

Indien u één of meer (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding in dienst heeft: Is één of meer van de (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding medisch eindverantwoordelijk?

 ja nee  
\*

Toelichting:

- Percentages worden automatisch op de website berekend.

\* Geef toelichting

1.3.5

**Toelichting:**  
**Aanpalende werkzaamheden**

Uit ervaringen van de inspectie blijkt dat medisch specialisten die werkzaam zijn in ziekenhuizen, meer mogelijkheden hebben om hun vak breed uit te oefenen en hun vaardigheden op peil te houden. Daarnaast zijn er in ziekenhuizen vaak meer kwaliteitsbevorderende activiteiten.

1.3.6

**Indicator:**  
**Werkzaamheden in een ziekenhuis (NIET in FTE)**

Is het aantal bij uw kliniek werkzame MSRC-geregistreerde medisch specialisten, dat ook werkzaam is bij een ziekenhuis, bij u bekend?

ja

nee  
\*

Teller 5: Wat is het aantal in de particuliere kliniek werkzame MSRC-geregistreerde medisch specialisten, dat ook nog werkzaam is bij een ziekenhuis (NIET in FTE)?

Noemer 3: Aantal (MSRC-geregistreerde) medisch specialisten (NIET in FTE) (automatisch overnemen noemer 3 uit 1.3.4)

Percentage:

%

Toelichting:

- Percentages worden automatisch op de website berekend.

\* Geef toelichting

## 1.3.7

**Indicator:  
Bereikbaarheid**

- **Definitie 24 uur per dag oproepbaar:**  
24 uur per dag telefonisch bereikbaar en in staat om binnen afzienbare tijd op de kliniek aanwezig te zijn.

Hoe is de 24-uurs continuïteit van zorg gewaarborgd?

- De *behandelend* arts is 24 uur per dag oproepbaar
- De *dienstdoende* arts is 24 uur per dag oproepbaar
- De spoedeisende hulp van het ziekenhuis vangt patiënten op
- Anders, licht toe

\*

Indien de behandelend of dienstdoende arts 24 uur per dag oproepbaar is, triert een verpleegkundige binnenkomende vragen?

- ja       nee

Kunnen patiënten telefonisch contact krijgen met de behandelend arts in geval van vragen (eventueel met tussenkomst van een verpleegkundige)?

- ja      nee

Toelichting:

\* Geef toelichting

## 1.4 Patiënttevredenheid

Om goede zorg te kunnen bieden is het van belang om 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.

### 1.4.1 Toelichting: Klachten

*Klachten zijn uitstekende signalen voor het analyseren, controleren en reviseren van de kwaliteit van zorg in een instelling. Met 'klacht' wordt bedoeld het aantal (inhoudelijke) grieven, niet het aantal brieven dat is binnengekomen. Er kunnen dus meerdere klachten per brief worden gemeld. Verder gaat het om het aantal **nieuwe** klachten ingediend in het verslagjaar.*

- Exclusie criterium:
  - nog lopende klachten uit voorgaande verslagjaren.

### 1.4.2 Indicator: Klachten

Is het totaal aantal nieuwe klachten, ingediend bij de directie **en** de klachtencommissie in het verslagjaar, bekend?

ja

nee

- *Indien ja:*

Noemer 1: Wat is het totaal aantal nieuwe klachten, ingediend bij de directie **en** de klachtencommissie, in het verslagjaar dat gegrond is verklaard en heeft geleid tot maatregelen?

Is het aantal nieuwe klachten bekend, ingediend bij **de directie** in het verslagjaar?

ja

nee

- *Indien ja:*

Noemer 2: Wat is het aantal nieuwe klachten, ingediend bij de directie in het verslagjaar?

Is het aantal nieuwe klachten bekend, ingediend bij **de klachtencommissie** in het verslagjaar?

ja

nee



- **Indien ja:**

Noemer 3: Wat is het aantal nieuwe klachten, ingediend bij de klachtencommissie in het verslagjaar?

Noemer 4: Wat is het aantal behandelingen? (automatisch overnemen van noemer 2 uit 1.0.3)

Verhouding aantal klachten ingediend bij directie per behandeling (noemer 2/ noemer 2 uit 1.0.3):

Verhouding aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie per behandeling (noemer 3/noemer 2 uit 1.0.3):

#### 1.4.3 **Toelichting:** **Patiënttevredenheidsonderzoek**

*In een patiënttevredenheidsonderzoek komen onderwerpen aan de orde als ontvangst, bejegening en behandeling door de arts, het verstrekken van informatie, vertrek en nazorg. Om optimale en klantgerichte zorg te kunnen leveren, is het van belang dat de instelling op de hoogte is van de tevredenheid van haar patiënten.*

*Het meten van patiënttevredenheid op zich is niet ingewikkeld; dit zo doen dat de resultaten ook werkelijk wat zeggen is wel ingewikkeld. Hiervoor zijn gevalideerde vragenlijsten ontwikkeld, zoals de CQ-index (voor patiëntervaringen en wat zij belangrijk vinden) of de vragenlijsten van de NVZ en ZKN. Onder systematisch onderzoek naar tevredenheid van patiënten wordt verstaan het minimaal eenmaal per patiënt per kalenderjaar afnemen van een vragenlijst of interview naar de tevredenheid van de patiënt. Een andere methode is om dit bij alle patiënten op één dag in het jaar te doen.*

#### 1.4.4 **Indicator:** **Patiënttevredenheidsonderzoek**

Van welke vragenlijst maakt u gebruik (meerdere antwoorden mogelijk)

- CQ-index  
 NVZ-vragenlijst  
 ZKN-vragenlijst  
 Anders, namelijk:

\*

Toelichting:

\* Geef toelichting

- *Indien u een andere vragenlijst gebruikt: stuur een blanco vragenlijst op (leeg format)*

**U kunt dit sturen naar: [meldpunt@igz.nl](mailto:meldpunt@igz.nl)**

Is het aantal patiënten, waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht heeft, bekend?

ja

nee  
\*

Toelichting:

- *Indien ja:*

Teller 1: Wat is het aantal patiënten, waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht heeft?

Noemer 5: totaal aantal behandelde patiënten (automatisch overnemen van noemer 1 uit 1.0.3).

Percentage patiënten waarbij systematisch de tevredenheid onderzocht is (teller 1/ noemer 5):

%

Heeft uw instelling de beschikking over een gemiddeld rapportcijfer (range 1 – 10) over patiënttevredenheid van al uw behandelde patiënten?

ja

nee  
\*

- *Indien ja:*

Wat is het gemiddelde rapportcijfer (range 1-10) patiënttevredenheid van al uw behandelde patiënten bij uw instelling?

Toelichting:

- *Percentages worden automatisch op de website berekend.*

\* Geef toelichting

## 2 Specifieke vragen

Welke ingrepen worden er in uw instelling uitgevoerd? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk:

- |   |                                   |                             |                              |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | Refractiechirurgische ingrepen    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 2 | Anesthesiologische toepassingen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 3 | Orthopedische ingrepen            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 4 | Plastisch chirurgische ingrepen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 5 | Cosmetische ingrepen              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 6 | Bariatrisch chirurgische ingrepen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 7 | Dermatologische ingrepen          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 8 | Vitrectomie                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 9 | Diagnostische verrichtingen       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

## 2.1 Refractiechirurgie

### 2.1.1 Toelichting: Visitatie door NOG

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 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.

### 2.1.2 Indicator: Visitatie door NOG

Zijn alle refractiechirurgen gevisiteerd door het NOG?  ja  nee \*

• Indien ja:

Wat is de datum van de laatste visitatie door het NOG?

Hebben alle refractiechirurgen een certificaat van de NOG verkregen?  ja  nee \*

• Indien nee:

Vind de vervolgisitatie binnen 1 jaar plaats?  ja  nee \*

Toelichting:

### 2.1.3 Toelichting: Apparatuur

Uit het IGZ-rapport 'Kwaliteitsborging medische apparatuur in ziekenhuizen; verbetering noodzakelijk' (2002) blijkt dat in de ziekenhuizen op een aantal gebieden verbetering nodig is in de kwaliteitsborging rond de aanschaf, introductie, onderhoud, beheer en gebruik van medische apparatuur. Daarnaast is de NEN-EN norm 13485 beschikbaar. Voor de particuliere klinieken worden hieronder enkele globale vragen gesteld over de luchtbehandeling en de laserapparatuur. Daarnaast is bij de refractiechirurgie bekend dat de kwaliteit van de medische behandeling mede bepaald wordt door de kwaliteit van de gebruikte apparatuur.

\* Geef toelichting

**2.1.4 Indicator:  
Laserapparatuur**

Is het bouwjaar van de laserapparatuur die voor de refractiechirurgie wordt gebruikt, bekend?

ja  nee  
\*

Wat is het bouwjaar van de laserapparatuur dat voor de refractiechirurgie wordt gebruikt?

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Beschikt u aantoonbaar over een validatierapport van de laserapparatuur?

ja  nee  
\*

• *Indien ja:*

Wat is het jaartal:

Wat is de datum van het laatste onderhoud?

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Toelichting:

\* Geef toelichting

## 2.2 Anesthesiologische toepassingen

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

### 2.2.1 Toelichting: Visitatie door NVA

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) toetst middels een visitatie volgens objectieve criteria of de anesthesiologische praktijkvoering aan vastgestelde normen voldoet. Afdelingen Anesthesiologie verplichten zich hun praktijk tenminste elke vijf jaar te laten visiteren door de visitatiecommissie. Doel van de visitatie is het verkrijgen van een objectief oordeel over de kwaliteit van de anesthesiologische zorgverlening in een kliniek. Anesthesiologen die hebben deelgenomen aan de kwaliteitsvisitaties ontvangen na volledige afronding van de visitaties een aantekening van hun deelname in het GAIA-systeem. Als een kliniek door de NVA is gevisiteerd en de verbetermaatregelen zijn uitgevoerd, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

### 2.2.2 Indicator: Visitatie door NVA

Is de afdeling anesthesiologie gevisiteerd door de NVA?

 ja nee

• Indien ja:

Wat was de datum van de laatste visitatie door de NVA?

Zijn de door de NVA gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd?

 ja nee

\*

Toelichting:

\* Geef toelichting

### 2.2.3 Toelichting: Postoperatieve pijn

Postoperatieve pijn is een te verwachten maar ongewenst bijproduct van een operatie. Niet alleen om humanitaire reden is pijn ongewenst, maar ook een voorspoedig herstel wordt negatief beïnvloed door postoperatieve pijn (indicator postoperatieve pijn NVA). In de dagen na de ingreep kunnen patiënten hinder ondervinden ten gevolge van pijn. Pijnstilling draagt bij aan een voorspoedig herstel.

De VAS die voor de klinische patiënten gebruikt wordt, is niet geschikt voor gebruik via de telefoon. Er zijn ook andere schalen die pijnintensiteit meten, zoals de Numeric Rating Scale (NRS) die wel in een telefonisch consult toegepast kunnen worden.

#### Afstemming met indicatorenset Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie

De indicator 'Postoperatieve pijnmeting' is gebaseerd op de indicator 'postoperatieve pijnintensiteit' van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. In deze set is de indicator aangepast voor patiënten met chirurgische ingrepen in dagbehandeling.

- Inclusie criterium:
  - Alle patiënten die een chirurgische ingreep hebben ondergaan.

### 2.2.4 Indicator: Postoperatieve pijn bij dagbehandeling

Is het aantal patiënten in dagbehandeling dat is gebeld op de dag na een ingreep om navraag te doen naar de pijnintensiteit, bekend over het verslagjaar?

 ja

 nee  
\*

- Indien ja:

Teller 1: Wat is het aantal patiënten in dagbehandeling dat is gebeld en waarmee contact is geweest op de dag na een chirurgische ingreep om navraag te doen naar de pijnintensiteit?

Noemer 1: Wat is het totaal aantal patiënten in dagbehandeling dat een chirurgische ingreep heeft ondergaan?

Percentage:

%

Toelichting:

- Percentages worden automatisch op de website berekend.

\* Geef toelichting

### 2.2.5

#### Indicator: Toezicht operatief proces

Wordt er gebruikgemaakt van een time-out procedure?

ja

nee  
\*

Toelichting:

Indien er een time-out procedure wordt gebruikt verzoek ik u de procedure beschrijving op te sturen.

**U kunt dit sturen naar: [meldpunt@igz.nl](mailto:meldpunt@igz.nl)**

Met welke frequentie vindt een audit plaats op de OK?

Jaarlijks,

Halfjaarlijks,

Anders

\*

Toelichting:

Indien er een auditprocedure aanwezig is verzoek ik u de procedurebeschrijving te sturen.

**U kunt dit sturen naar: [meldpunt@igz.nl](mailto:meldpunt@igz.nl)**

\* Geef  
toelichting



## 2.3 Orthopedie

In de zelfstandige behandelcentra (ZBC) worden slechts electieve orthopedische ingrepen verricht bij patiënten met een lage ASA-classificatie. Daarnaast zullen meestal die ingrepen worden verricht waarbij de patiënt binnen 24 uur weer naar huis kan of na 24 uur in een hotelvoorziening verder wordt verzorgd.

In dit hoofdstuk staan indicatoren met betrekking tot tromboseprofylaxe, diepe wondinfecties, heroperaties en knie-arthroscopieën.

### 2.3.1 Toelichting: Visitatie door NOV

*De Nederlandse Orthopaedie Vereniging (NOV) toetst middels een visitatie volgens objectieve criteria of een orthopedisch chirurg aan vastgestelde normen voldoet. Als een orthopedisch chirurg door de NOV is gevisiteerd en de verbetermaatregelen zijn uitgevoerd, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.*

### 2.3.2 Indicator: Visitatie door NOV

Zijn alle orthopedische chirurgen gevisiteerd door de NOV?

 ja

 nee  
\*

• Indien ja:

Wat was de datum van de laatste visitatie door de NOV?

Zijn de door de NOV gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd?

 ja

 nee  
\*

Toelichting:

\* Geef toelichting

**2.3.3 Toelichting:  
Tromboseprofylaxe**

Diepe veneuze trombose komt veelvuldig voor na electieve ingrepen aan het steun- en bewegingsapparaat. Preventieve maatregelen met tromboseprofylaxe (antistollingsmiddelen) zijn gericht op het voorkomen van diepe veneuze trombose: (dodelijke) longembolie en post-trombotische veneuze insufficiëntie.

**2.3.4 Indicator:  
Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe**

Is er een richtlijn aantoonbaar aanwezig voor tromboseprofylaxe bij een operatie voor een totale heupprothese?

ja  nee  
\*

Is er een richtlijn aantoonbaar aanwezig voor tromboseprofylaxe bij een operatie voor een totale knieprothese?

ja  nee  
\*

Toelichting:

**2.3.5 Indicator:  
Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie na een totale heupprothese**

Is het aantal patiënten dat medicamenteuze tromboseprofylaxe heeft gehad in het verslagjaar bekend?

ja  nee  
\*

• **Indien ja:**

Teller 1: Aantal patiënten dat medicamenteuze tromboseprofylaxe heeft gehad gedurende minimaal 6 weken en maximaal 3 maanden na de operatie in geval van een totale heupprothese.

Noemer 1: Aantal patiënten dat een initiële operatie heeft ondergaan voor een heupprothese.

Percentage:

%

\* Geef toelichting

Toelichting:

- Percentages worden automatisch op de website berekend.

**2.3.6 Toelichting:  
Aantal arthroscopieën van de knie**

Een arthroscopie (kijkoperatie) van de knie is een zeer veel voorkomende verrichting. Er zijn echter geen cijfers over de verdeling tussen het aantal arthroscopieën verricht in het ziekenhuis en in een zelf-standige behandelcentrum (ZBC) of privékliniek.

Het is belangrijk om te weten hoeveel knie-arthroscopieën in een instelling plaatsvinden om zicht te krijgen of dit een relevant item is om de ZBC's op te bevragen en hier een indicator voor te ontwikkelen.

**2.3.7 Indicator:  
Aantal arthroscopieën van de knie**

Is het aantal uitgevoerde arthroscopieën in uw instelling **in het verslagjaar** bekend?  ja  nee \*

- Indien ja:

Noemer 2: Hoeveel arthroscopieën zijn er in uw instelling uitgevoerd **in het verslagjaar**?

Toelichting:

**2.3.8 Toelichting:  
Ongeplande heroperatie binnen twaalf maanden na arthroscopie**

Inzicht in hoe vaak heroperaties voorkomen, kan leiden tot kwaliteitsverbetering. Het registreren van heroperaties helpt bij het leren van gemaakte fouten en het ondernemen van actie om vermijdbare complicaties te voorkomen. **In onderstaande indicator zijn de patiëntengroepen niet identiek. De noemer vraagt naar de initiële operaties van januari tot en met december en de teller vraagt naar de heroperaties binnen twaalf maanden.**

- Exclusie criterium:
  - Geplande heroperaties.

\* Geef toelichting

2.3.9

**Indicator:**

**Ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden**

Is het aantal heroperaties dat **binnen twaalf maanden na de initiële operatie** heeft plaatsgevonden bij patiënten met een arthroscopie bekend?

ja

nee  
\*

Teller 2: Totaal aantal ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden.

Noemer 3: Totaal aantal patiënten dat een **initiële operatie** heeft ondergaan voor een arthroscopie in het verslagjaar.

Percentage:

%

Toelichting:

\* Geef toelichting

## 2.4 Plastische chirurgie en/of cosmetische behandelingen en fillers

Er is een grote variatie in het zorgaanbod van particuliere klinieken, toch is er een tendens te zien naar meer cosmetische chirurgie al dan niet aangevuld met plastische chirurgie en het gebruik van fillers. Veel particuliere klinieken richten zich op deze behandelingen. De inspectie heeft de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) gevraagd om veldnormen te ontwikkelen voor ooglidcorrecties, liposuctie, borstvergroting, facelifts en het gebruik van fillers. De meeste veldnormen zijn nog in ontwikkeling. De veldnormen voor bovenooglidcorrectie, labiareductie (schaamlipverkleining), mammaaugmentatie (borstvergroting) en mammareductie (borstverkleining) zijn ontwikkeld en beschikbaar op de site van de NVPC ([www.nvpc.nl](http://www.nvpc.nl)).

In dit hoofdstuk worden nu nog algemene vragen gesteld over het kunnen vergelijken van een resultaat van een cosmetische ingreep met de Ausgangssituatie en of de instelling door de NVPC geïnspecteerd is.

### 2.4.1 Toelichting: Resultaat van de cosmetische ingreep

*Eén van de veldnormen die al ontwikkeld is, stelt dat bij cosmetische ingrepen het resultaat kan worden vergeleken met de Ausgangssituatie. Door de Ausgangssituatie en het resultaat vast te leggen met een foto kan hieraan voldaan worden.*

### 2.4.2 Indicator: Resultaat van de cosmetische ingreep

Is het aantal patiënten met een foto van voor en na de cosmetische ingreep in het verslagjaar bekend?  ja  nee\*

• *Indien ja:*

Teller 1: Aantal patiënten met een foto voor en na de cosmetische ingreep.

Noemer 1: Totaal aantal patiënten met een cosmetische ingreep.

Percentage: %

Toelichting:

- *Percentages worden automatisch op de website berekend.*

\* Geef toelichting

**2.4.3 Toelichting:  
Visitatie door NVPC**

De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) toetst middels een visitatie volgens objectieve criteria of een plastisch chirurg aan vastgestelde normen voldoet. Als een plastisch chirurg door de NVPC is gevisiteerd en voldoet aan de voorwaarden van de NVPC, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

**2.4.4 Indicator:  
Visitatie door NVPC**

Zijn al uw plastisch chirurgen aangesloten bij de NVPC?  ja  nee \*

Zijn alle plastisch chirurgen gevisiteerd door de NVPC?  ja  nee \*

• Indien **ja**, was dat in de eigen kliniek:  ja  nee \*

Toelichting:

Wat was de datum van de laatste visitatie door de NVPC?

Zijn de door de NVPC gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd?  ja  nee \*

Toelichting:

\* Geef toelichting

#### 2.4.5 **Toelichting:** **Ongeplande heroperaties**

Een ongeplande heroperatie is een operatie die wordt verricht omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd.

Complicaties kunnen altijd voorkomen, maar kunnen ook het gevolg zijn van onvoldoende kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld een suboptimale operatietechniek bij de primaire operatie, suboptimale perioperatieve zorg, suboptimale indicatiestelling).

- **Inclusie criterium:**
  - Indien de patiënt ontevreden is en op grond daarvan tot heroperatie wordt besloten.
- **Exclusie criterium:**
  - Patiënten die om een heroperatie vragen, waarbij de primaire operatie langer dan twaalf maanden geleden is.

#### 2.4.6 **Indicator:** **Ongeplande heroperaties**

Is het aantal ongeplande heroperaties dat binnen twaalf maanden na de initiële operatie heeft plaatsgevonden bij patiënten die een cosmetische ingreep hebben ondergaan, bekend?

 ja

 nee  
\*

Teller 2: Aantal ongeplande heroperaties dat binnen twaalf maanden na de initiële operatie heeft plaatsgevonden bij patiënten die een cosmetische ingreep hebben ondergaan.

Noemer 2: Totaal aantal patiënten dat een initiële operatie heeft ondergaan voor een cosmetische ingreep.

Percentage:

%

Toelichting:

- Percentages worden automatisch op de website berekend.

\* Geef toelichting

## 2.5 Bariatrische behandelingen

Sinds de jaren 50 worden operaties uitgevoerd om ernstig overgewicht te behandelen. De operatieve ingrepen kunnen in drie groepen worden verdeeld: restrictieve ingrepen (beperking voedselinname), malabsorptieve ingrepen (verminderde absorptie uit de darm) en een combinatie van beide. Chirurgische behandeling resulteert in significant gewichtsverlies, maar kan ten koste gaan van een groter risico op operatieve en lange-termijncomplicaties. Laparoscopische ingrepen resulteren in een sneller postoperatief herstel met vergelijkbare resultaten maar de leercurve is vanwege de hoge technische moeilijkheidsgraad wel langer.

Gezien de risico's dient aan een aantal voorwaarden te worden voldaan, waaronder directe toegang tot een IC op niveau 1 en het uitvoeren van anesthesie door een ervaren anesthesioloog.

### 2.5.1 Aantal bariatrische ingrepen

Totaal aantal patiënten waarbij een maagballon is geplaatst.

Is het aantal patiënten bekend waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd?

ja

nee  
\*

Teller 1: Totaal aantal patiënten  $\geq 18$  jaar in het verslagjaar waarbij gedurende de meetperiode bariatrische chirurgie is uitgevoerd.

Teller 2: Totaal aantal patiënten  $\geq 14$  jaar maar  $< 18$  jaar in het verslagjaar waarbij gedurende de meetperiode bariatrische chirurgie is uitgevoerd.

Teller 3: Totaal aantal patiënten waarbij een maagband is geplaatst.

Teller 4: Totaal aantal patiënten waarbij een gastric bypass is uitgevoerd.

Teller 5: Totaal aantal patiënten waarbij een sleeve resectie is uitgevoerd.

\* Geef toelichting



Noemer 1: Totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd.

Percentage: %

- Percentages worden automatisch op de website berekend.

### 2.5.2 Toelichting: Samenstelling multidisciplinair team

Chirurgie bij obesitas wordt bij voorkeur uitgevoerd door een multidisciplinair team dat kan zorgen voor preoperatieve risico-inventarisatie, informatie over verschillende procedures, waaronder mogelijk gewichtverlies en bijkomende risico's, regelmatige postoperatieve controles, psychologische begeleiding voor en na de operatie en plastische chirurgie.

### 2.5.3 Indicator: Samenstelling multidisciplinair team

Welke disciplines zijn in uw team vertegenwoordigd? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk:

1 Chirurg	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
2 Anesthesioloog	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
3 Diëtist	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
4 Psycholoog	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
5 Internist	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
6 MDL-arts	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
7 Praktijkverpleegkundige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *

Toelichting:

\* Geef toelichting

**2.5.4 Toelichting:  
Postoperatieve follow-up**

*Follow-up is van groot belang voor een succesvolle behandeling en vindt gewoonlijk plaats na 6 weken, 3, 6, 12 en 24 maanden na een bariatrische ingreep. Hierbij vindt controle van micronutriënten en vitamines plaats, na een bypass tevens op eiwit, albumine en PTH.*

*Postoperatief wordt het dieet regelmatig, en bij voorkeur door een diëtist met ervaring bij morbide obese patiënten, bewaakt. Daarbij zijn informatie over het juiste dieet voor de bariatrische procedure, bewaking van de micronutriëntenstatus, informatie over patiëntenorganisaties, individuele voedingssupplementen, begeleiding en aanwijzingen om gewichtsverlies en behoud hiervan op de lange termijn te bewerkstelligen van belang.*

**2.5.5 Indicator:  
Percentage postoperatieve controles**

- *Indien ja:*

Teller 6: Totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij postoperatieve controle heeft plaatsgevonden na 24 maanden. (d.w.z. patiënten die in 2010 zijn geopereerd en in 2012 nog voor FU kwamen)

Noemer 2: Totaal aantal patiënten waarbij in 2010 bariatrische chirurgie is uitgevoerd

Percentage:

%

- *Percentages worden automatisch op de website berekend.*

## 2.6 Dermatologie

Het specialisme dermatologie en venereologie richt zich op de diagnostiek, behandeling en preventie van ziekten van de huid en subcutis, de aangrenzende slijmvliezen en huid-aanhangsels, van huidmanifestaties van systemische ziekten en systemische manifestaties van huidziekten, van seksueel overdraagbare infecties en andere afwijkingen van de tractus anogenitalis. De moderne dermatoloog is een orgaanspecialist die een grote diversiteit aan huidziekten en huidafwijkingen behandelt. Het betreft zowel aangeboren als verworven aandoeningen, goedaardige 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. De behandeling kan bestaan uit steeds meer chirurgische ingrepen en specifiek dermatologische behandelingstechnieken. Hiertoe worden de cryochirurgie ('bevrozingstherapie'), de elektrochirurgie, de lichttherapie en lasertherapie van de huid gerekend.

Naast de algemene dermatologie zijn in particuliere klinieken en extramurale praktijken ook de volgende deelgebieden relevant.

- Dermato-oncologie, dit is het vakgebied dat zich richt op de preventie en behandeling van huidkanker alsook beoordeling en eventueel verwijderen van moeder-vlekken.
- Flebologie, hierin staat de verbetering van de veneuze hemodynamiek centraal. Dit uit zich onder andere in de behandeling van spataderen, oedeem en het 'open been'.
- Allergologie, dit betreft het onderzoek en de behandeling van huidziekten bij patiënten met overgevoeligheid voor allerlei materialen.
- Cosmetische dermatologie, alles wat te maken heeft met verfraaiing van de huid en de contouren van het lichaam. Behalve het verwijderen van ongerechtigheden op de huid, zoals steelwratten en pigmentvlekken, omvat dit in toenemende mate ook het opvullen van rimpels, behandeling van storende bloedvaatjes in het aangezicht, het behandelen van littekens (bijvoorbeeld littekens door acne), het verwijderen van overmatige beharing met laser/flitslampen en het verwijderen van overtollig vet.
- Proctologie, dit vakgebied houdt zich vooral bezig met de behandeling van aambeien en andere aandoeningen in en rond de anus.

**2.6.1 Indicator:  
Dermatologische behandelingen**

Welke behandelingen worden er in uw instelling uitgevoerd? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk:

1	Algemene dermatologie (zoals psoriasis, eczeem)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
2	Dermato-oncologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
3	Werkt u daarbij samen met een ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
4	Dermatochirurgie (medisch)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
5	Cosmetische dermatochirurgie (zoals liposculptuur)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
6	Proctologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
7	Flebologie C1- C3**	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
	C4- C6**	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *

Toelichting:

\*\*CEAP-klassificatie.

**2.6.2 Toelichting:  
Visitatie door NVDV**

De Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) toetst middels een visitatie volgens objectieve criteria of een huidarts aan vastgestelde normen voldoet. Als een huidarts door de NVDV is gevisiteerd en voldoet aan de voorwaarden van de NVDV, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

\* Geef toelichting

**2.6.3 Indicator:  
Visitatie door NVDV**

Zijn al uw huidartsen aangesloten bij de NVDV?

ja

nee  
\*

Zijn alle huidartsen gevisiteerd door de NVDV?

ja

nee  
\*

• Indien **ja**, was dat in de eigen kliniek:

ja

nee  
\*

Toelichting:

Wat was de datum van de laatste visitatie door de NVDV?

Zijn de door de NVDV gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd?

ja

nee  
\*

Toelichting:

\* Geef toelichting

## 2.7 Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in de voorste oogkamer (peroperatief)

Deze indicator is een facultatieve indicator, omdat eerst geëvalueerd moet worden of deze goed registreerbaar is.

### 2.7.1 Toelichting: Herstel achterkamerruptuur

Een achterkapselruptuur is een belangrijke complicatie bij het verwijderen van de troebel geworden ooglens tijdens een cataractoperatie. De wand die een scheiding vormt tussen de lens en het glasvocht wordt dan beschadigd, waardoor glasvochtverlies op kan treden in de voorste oogkamer. Dit moet gerepareerd worden door middel van een voorsegment vitrectomie. Dit vraagt bijzondere apparatuur, waaronder een disposable instrument, de vitrectoom. Complicaties kunnen zich altijd voordoen. Het is bij deze indicator belangrijk dat een instelling een goede complicatieregistratie bijhoudt.

#### Registratie

Er zijn drie manieren om de informatie voor deze indicator te verzamelen:

- via de complicatieregistratie;
- via het bijhouden van het aantal gebruikte vitrectomen;
- via de verrichtingenregistratie.

Voor de derde bron geldt het volgende: tot juli 2009 bestond er maar één CTG-code voor vitrectomieën, of het nu het voor- of achtersegment was. In het kader van DOT is er nu een nieuwe zorgactiviteit 'voorsegment vitrectomie' gecreeerd, waardoor dat onderscheid wel gemaakt kan worden. Het nummer hiervan is 31293. Voor 'achtersegment vitrectomie' gelden de codes 31295 t/m 31297. De oude algemene vitrectomie-code 31294 is komen te vervallen.

Het OK-personeel registreert over het algemeen de zorgactiviteiten bij een operatie in de computer. Dit betekent dat er bij een cataractoperatie met complicatie van een achterkapselruptuur met glasvochtverlies in de voorste oogkamer twee codes worden geregistreerd: één voor de cataract operatie en één voor de voorste vitrectomie. Het is mogelijk dat het registreren van de tweede code door het declaratiesysteem geblokkeerd wordt.

In het NOG-cataract follow-up systeem wordt voorsegment vitrectomie ook geregistreerd. Er is hierdoor een interne controle mogelijkheid, omdat het in twee systemen wordt geregistreerd. Er is nog wel een deels handmatige correctie nodig, omdat van alle voorsegment vitrectomieën plus cataract nog wel die met comorbiditeit eruit gehaald moeten worden. En dat wordt alleen geregistreerd in het follow-up programma. Naar verwachting betreft dit niet meer dan enkele tientallen per kliniek, waarvoor de werklast hiervoor beperkt is.

### 2.7.2 Indicator: Herstel achterkamerruptuur

Teller 1: hoeveel voorsegmentsvitrectomieën (DOT code 31293) zijn er uitgevoerd in het registratiejaar.

Teller 2: hoeveel van deze voorsegmentsvitrectomieën zijn uitgevoerd met een andere indicatie dan herstel van een complicatie van een cataractoperatie.

Noemer 1: hoeveel cataractingrepen zijn er in totaal uitgevoerd in het registratiejaar.

Indicator: (teller 1-teller 2)/ noemer.

Toelichting:

Wat was de datum van de laatste visitatie door de NOG?

 /  / 

Zijn de door de NOG gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd?

 ja       nee  
\*

Bron:  
(meerdere antwoorden mogelijk)

- Complicatieregistratie  
 Aantal vitrectomen  
 Verrichtingenregistratie  
 NOG cataract follow-up systeem

Toelichting:

- *Percentages worden automatisch op de website berekend.*

\* Geef  
toelichting

## 2.8 Medisch diagnostische centra

Medisch diagnostische centra richten zich op diagnostiek variërend van bloedafname, beeldvorming tot bevolkingsonderzoeken. Met de onderzoeksresultaten kunnen huisartsen of andere zorgverleners, zoals verloskundigen, een diagnose stellen of de behandeling bepalen. Risico's zijn gemiste diagnose en als gevolg daarvan onderbehandeling of niet verwijzen naar de 2e lijn.

### 2.8.1 Indicator: Diagnostisch onderzoek

Verricht u diagnostisch onderzoek?  ja  nee

\*

Toelichting:

- Indien **ja**, was dat:  Cardiologisch onderzoek  
 Maag-, darm-, leveronderzoek  
 Anders, namelijk:

Toelichting:

### 2.8.2 Toelichting: Visitatie door NVVC

*De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) toetst middels een visitatie volgens objectieve criteria of een cardioloog aan vastgestelde normen voldoet.*

*Als een cardioloog door de NVVC is gevisiteerd en voldoet aan de voorwaarden van de NVVC, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.*

Heeft u cardiologen in dienst?  ja  nee

\*

Zijn al uw cardiologen aangesloten bij de NVVC?  ja  nee  n.v.t.

\*

Zijn alle cardiologen gevisiteerd door de NVVC?  ja  nee

- Indien **ja**, was dat in de eigen kliniek:  ja  nee

\*

Toelichting:

\* Geef  
toelichting



Wat was de datum van de laatste visitatie door de NVVC?

Zijn de door de NVVC gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd?

 ja  nee  
\*

Toelichting:

### 2.8.3 Indicator: Digitale verslaglegging endoscopie

De endoscopische procedures die worden uitgevoerd door het MDL-team zijn niet zelden geïndiceerd in het kader van surveillance van een bekende aandoening of een verhoogd risico hierop. Daarnaast worden vaak endoscopische verrichtingen uitgevoerd op verzoek van andere specialismen zoals de Huisartsgeneeskunde, de Inwendige Geneeskunde of de Heelkunde. Een duidelijke verslaglegging die gemakkelijk te herleiden of terug te vinden is, is dan ook essentieel. Digitale verslaglegging is hiervoor de meest aangewezen methode. Dit biedt namelijk de mogelijkheid van opslaan van verslagen inclusief afbeeldingen. Hierdoor wordt het oproepen en het delen van verslagen met andere gebruikers vergemakkelijkt. Daarnaast kan op gestructureerde wijze (bijvoorbeeld middels het gebruik van tekstblokken en het aanvinken van bevindingen) verslag worden gedaan van procedures waardoor diverse gegevens makkelijker te gebruiken zijn. Onderzoek heeft uitgewezen dat digitale verslaglegging weliswaar een kostbare investering is, maar dat deze investering na drie jaar terugverdiend kan worden en dus kosteneffectief is.<sup>[7]</sup>

Deze indicator is een indicatie hoe verslagen van endoscopische procedures worden opgeslagen, kunnen worden gebruikt voor nauwkeurige surveillance en toegankelijk zijn voor belanghebbenden. Het gaat hierbij dus om de documentatie van de complete procedure, inclusief (een selectie van) beeldmateriaal, gekoppeld aan de procedure. Het opstellen van een digitaal verslag op een tekstverwerker valt dus niet binnen de definitie van digitale verslaglegging.

Is er sprake van een digitale verslaglegging van de verrichtte endoscopische procedure, inclusief beeldmateriaal)?

 ja  nee  n.v.t.  
\* \* \*

Toelichting:

[7] Groenen MJ, Ajodhia S, Wynstra JY, et al. A cost-benefit analysis of endoscopy reporting methods: handwritten, dictated and computerized. Endoscopy 2009; 41:603-9.

\* Geef toelichting



# Bijlage

# Bijlage

## Definities van veel voorkomende termen

### **Behandelingen**

Activiteiten van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard gericht op het herstel of voorkoming van verergering van een gezondheidsbeperking. Een behandeling hoeft niet een afgesloten DBC/DOT te zijn, het kan zijn dat de nazorg in het jaar na het verslagjaar valt.

### **Buitenlandse artsen**

Artsen die hun medische basisopleiding en/of hun medisch specialistische opleiding buiten Nederland hebben gevolgd. Ook artsen met een tijdelijk contract, artsen die hun vervolgopleiding nog niet hebben afgemaakt of freelance werkende artsen vallen hieronder.

### **Invasieve ingrepen**

Snijdende ingrepen, waaronder operaties, inspuitingen en refractiechirurgie (zowel bij LASIK als LASEK worden de infecties gemonitord, daarom is er voor gekozen beide behandelingen toch als invasief te beschouwen).

### **Patiënt**

Elke persoon die onder behandeling is van een medewerker of specialist van een particuliere kliniek. De behandeling kan plaatsvinden tijdens polibezoek, in dagbehandeling of gedurende een langer verblijf in de particuliere kliniek.

### **Particuliere klinieken**

Verzamelsnaam voor zelfstandige behandelcentra en privéklinieken.

### **Verslagjaar**

1 januari tot en met 31 december 2012.

### **24 uur per dag oproepbaar**

24 uur per dag telefonisch bereikbaar en in staat om binnen afzienbare tijd op de kliniek aanwezig te zijn.