



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Risico-indicatoren

**Basisset
particuliere klinieken**

2015-2016

Algemene informatie over risico-indicatoren
en een digitale set indicatoren particuliere klinieken
is te vinden op www.igz.nl.

Inhoud

Inleiding	11
Gebruikershandleiding	13
Indicatoren 2015	15
1 Algemene en organisatorische vragen	16
1.1 Organisatorische vragen	16
Meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling	18
1.2 Indicator Meldcode kindermishandeling	18
1.3 Indicator Meldcode huiselijk geweld	20
2 Monitoring kwaliteit	22
2.1 Medici en medisch ondersteunend personeel	22
2.1.1 Indicator Percentage BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE	22
2.1.2 Indicator Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg) opleiding ten opzichte van medisch specialisten (<u>NIET</u> in FTE)	24
2.1.3 Indicator Werkzaamheden in een ziekenhuis (<u>NIET</u> in FTE)	25
2.1.4 Indicator Bereikbaarheid	26
2.2 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten en artsen	27
2.2.1 Indicator Functioneringsgesprekken	27
2.2.2 Indicator IFMS	28
2.3 Disfunctioneren medisch specialisten en artsen	30
2.3.1 Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten	30
2.4 Infecties	31
2.4.1 Indicator Surveillance van postoperatieve infecties	31
2.4.2 Indicator Ingrepen met infectierisico	32
2.5 Patiënttevredenheid	33
2.5.1 Indicator Klachten	33
2.5.2 Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek	34
2.6 Kwaliteitskeurmerk	36
2.6.1 Indicator Kwaliteitskeurmerk	36

3	Behandelingen	37
3.1	Totaal aantal patiënten en behandelingen	37
3.1.1	Indicator Totaal aantal patiënten en behandelingen	38
3.2	Invasieve ingrepen	39
3.2.1	Indicator Invasieve ingrepen	39
3.3	Elektronisch voorschrijven	40
3.3.1	Indicator Elektronisch voorschrijven	41
3.4	Specifieke ingrepen	42
4	Operatief proces	43
4.1	Kwalificatie behandelruimte	43
4.1.1	Indicator Kwalificatie behandelruimte	44
4.2	Zorgzwaarte	45
4.2.1	Indicator Zorgzwaarte van de patiënten	45
4.2.2	Indicator Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35	46
4.3	Kwetsbare groepen	47
4.3.1	Indicator Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar of ouder	47
4.3.2	Indicator Deliriumbeleid	48
4.3.3	Indicator Risico op delirium	49
4.4	Stopmoment IV: Time-out	51
4.4.1	Indicator Time-out, percentage juist uitgevoerde stop momenten IV	51
4.5	Anesthesiologie	52
4.5.1	Indicator Procedurele sedatie	52
4.5.2	Indicator Visitatie door NVA	55
4.6	Pijn na een operatie	57
4.6.1	Indicator Postoperatieve pijn bij dagbehandeling	57
4.7	Registratie implantaten	58
4.7.1	Indicator Implantatenregistratie	58
4.8	Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	59
4.8.1	Indicator Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	60

5	Specifieke ingrepen	61
5.1	Oogheelkundige ingrepen	61
5.1.1	Refractiechirurgie	61
5.1.1.1	Indicator Visitatie door NOG	61
5.1.1.2	Indicator Laserapparatuur	62
5.1.1.3	Indicator Infectierisico na refractiechirurgie	63
5.1.2	Cataractoperatie	63
5.1.2.1	Indicator Cataractregistratie	63
5.1.2.2	Indicator Visitatie door NOG	64
5.1.2.3	Indicator Infectierisico na cataractoperatie	65
5.2	Orthopedie	66
5.2.1	Indicator Visitatie door NOV	66
5.2.2	Indicator Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe	67
5.2.3	Indicator Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie na een totale heupprothese	68
5.2.4	Indicator Infectierisico na een totale heupprothese	68
5.2.5	Indicator Aantal arthroscopieën van de knie	69
5.2.6	Indicator Ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden	69
5.3	Plastische chirurgie, cosmetische behandelingen en rimpelvullers	71
5.3.1	Indicator Resultaat van de cosmetische ingreep	71
5.3.2	Indicator Visitatie door NVPC	72
5.3.3	Indicator Ongeplande heroperaties	74
5.3.4	Indicator Infectierisico na een cosmetische ingreep	74
5.3.5	Indicator Registratie rimpelvullers	75
5.3.6	Indicator Explantatie borstimplantaten	76
5.4	Bariatrische behandelingen	77
5.4.1	Indicator Aantal bariatrische ingrepen	77
5.4.2	Indicator Samenstelling multidisciplinair team	78
5.4.3	Indicator Percentage postoperatieve controles	79
5.4.4	Indicator Infectierisico na een bariatrische ingreep	79
5.5	Dermatologie	81
5.5.1	Indicator Dermatologische behandelingen	82
5.5.2	Indicator Visitatie door NVDV	82
5.6	Keel- neus- oorheelkunde	84
5.6.1	Indicator Registratie infecties voor indicatiestelling	84
5.6.2	Indicator Registratie apneu's voor indicatiestelling	85
5.6.3	Indicator Visitatie door NVKNO	85

6	Medisch diagnostische centra	87
6.1	Indicator Diagnostisch onderzoek	87
6.2	Totaal aantal patiënten en beeldvormende of biometrische verrichtingen	88
6.2.1	Indicator Totaal aantal patiënten en beeldvormend of biometrische verrichtingen	88
6.2.2	Indicator Invasieve onderzoeken	88
6.3	Zorgzwaarte	90
6.3.1	Indicator Zorgzwaarte van de patiënten	90
6.3.2	Indicator Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35	91
6.4	Kwetsbare groepen	92
6.4.1	Indicator Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar of ouder	92
6.4.2	Indicator Deliriumbeleid	93
6.4.3	Indicator Risico op delirium	94
6.5	Visitatie door NVVC	96
6.5.1	Indicator Visitatie door NVVC	96
6.6	Visitatie door NVMDL	98
6.6.1	Indicator Visitatie door NVMDL	98
6.6.2	Indicator Uitvoering Time-out procedure bij endoscopische verrichtingen	99
6.6.3	Indicator Digitale verslaglegging endoscopie	100
6.7	Sedatie	102
6.7.1	Indicator Procedurele sedatie	102

Indicatoren 2016	107
1 Algemene en organisatorische vragen	108
1.1 Organisatorische vragen	108
Meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling	110
1.2 Indicator Meldcode kindermishandeling	110
1.3 Indicator Meldcode huiselijk geweld	112
2 Monitoring kwaliteit	114
2.1 Medici en medisch ondersteunend personeel	114
2.1.1 Indicator Percentage BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE	114
2.1.2 Indicator Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg) opleiding ten opzichte van medisch specialisten (<u>NIET</u> in FTE)	116
2.1.3 Indicator Werkzaamheden in een ziekenhuis (<u>NIET</u> in FTE)	117
2.1.4 Indicator Bereikbaarheid	118
2.2 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten en artsen	119
2.2.1 Indicator Functioneringsgesprekken	119
2.2.2 Indicator IFMS	120
2.3 Disfunctioneren medisch specialisten en artsen	122
2.3.1 Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten	122
2.4 Infecties	123
2.4.1 Indicator Surveillance van postoperatieve infecties	123
2.4.2 Indicator Ingrepen met infectierisico	124
2.5 Patiënttevredenheid	125
2.5.1 Indicator Klachten	125
2.5.2 Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek	126
2.6 Kwaliteitskeurmerk	128
2.6.1 Indicator Kwaliteitskeurmerk	128
3 Behandelingen	129
3.1 Totaal aantal patiënten en behandelingen	129
3.1.1 Indicator Totaal aantal patiënten en behandelingen	130

3.2	Invasieve ingrepen	131
3.2.1	Indicator Invasieve ingrepen	131
3.3	Elektronisch voorschrijven	132
3.3.1	Indicator Elektronisch voorschrijven	133
3.4	Specifieke ingrepen	134
4	Operatief proces	135
4.1	Kwalificatie behandelruimte	135
4.1.1	Indicator Kwalificatie behandelruimte	136
4.2	Zorgzwaarte	138
4.2.1	Indicator Zorgzwaarte van de patiënten	138
4.2.2	Indicator Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35	139
4.3	Kwetsbare groepen	140
4.3.1	Indicator Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar of ouder	140
4.3.2	Indicator Deliriumbeleid	141
4.3.3	Indicator Risico op delirium	142
4.4	Stopmoment IV: Time-out	144
4.4.1	Indicator Time-out, percentage juist uitgevoerde stop momenten IV	144
4.5	Anesthesiologie	145
4.5.1	Indicator Procedurele sedatie	145
4.5.2	Indicator Visitatie door NVA	148
4.6	Pijn na een operatie	150
4.6.1	Indicator Postoperatieve pijn bij dagbehandeling	150
4.7	Registratie implantaten	151
4.7.1	Indicator Implantatenregistratie	151
4.8	Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	152
4.8.1	Indicator Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe	153
5	Specifieke ingrepen	154
5.1	Oogheelkundige ingrepen	154
5.1.1	Refractiechirurgie	154
5.1.1.1	Indicator Visitatie door NOG	154
5.1.1.2	Indicator Laserapparatuur	155

5.1.1.3	Indicator	Infectierisico na refractiechirurgie	156
5.1.2		Cataractoperatie	156
5.1.2.1	Indicator	Cataractregistratie	156
5.1.2.2	Indicator	Visitatie door NOG	157
5.1.2.3	Indicator	Infectierisico na cataractoperatie	158
5.2		Orthopedie	159
5.2.1	Indicator	Visitatie door NOV	159
5.2.2	Indicator	Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe	160
5.2.3	Indicator	Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie na een totale heupprothese	161
5.2.4	Indicator	Infectierisico na een totale heupprothese	161
5.2.5	Indicator	Aantal arthroscopieën van de knie	162
5.2.6	Indicator	Ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden	162
5.3		Plastische chirurgie, cosmetische behandelingen en rimpelvullers	164
5.3.1	Indicator	Resultaat van de cosmetische ingreep	164
5.3.2	Indicator	Visitatie door NVPC	165
5.3.3	Indicator	Ongeplande heroperaties	167
5.3.4	Indicator	Infectierisico na een cosmetische ingreep	168
5.3.5	Indicator	Registratie rimpelvullers	168
5.3.6		Borstimplantaten	169
5.3.7		Explantatie Borstimplantaten	169
5.3.7.1	Indicator	Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie	170
5.3.7.2	Indicator	Secundaire reconstructies; plaatsing van borstprothesen of tissue expanders in een tweede, separate operatie van die van het verwijderen van een borst	171
5.3.7.3	Indicator	Wissel van tissue expander naar definitieve borstprothese of wisseling van prothese naar nieuwe prothese voor andere indicaties	172
5.3.8		Deelname aan DBIR	173
5.3.8.1	Indicator	Deelname aan DBIR	173
5.4		Bariatrische behandelingen	174
5.4.1	Indicator	Aantal bariatrische ingrepen	174
5.4.2	Indicator	Samenstelling multidisciplinair team	175
5.4.3	Indicator	Percentage postoperatieve controles	176
5.4.4	Indicator	Infectierisico na een bariatrische ingreep	176
5.5		Dermatologie	178
5.5.1	Indicator	Dermatologische behandelingen	179
5.5.2	Indicator	Visitatie door NVDV	179

5.6	Keel- neus- oorheelkunde	181
5.6.1	Indicator Registratie infecties voor indicatiestelling	181
5.6.2	Indicator Registratie apneu's voor indicatiestelling	182
5.6.3	Indicator Visitatie door NVKNO	182
6	Medisch diagnostische centra	184
6.1	Indicator Diagnostisch onderzoek	184
6.2	Totaal aantal patiënten en beeldvormende of biometrische verrichtingen	185
6.2.1	Indicator Totaal aantal patiënten en beeldvormend of biometrische verrichtingen	185
6.2.2	Indicator Invasieve onderzoeken	185
6.3	Zorgzwaarte	187
6.3.1	Indicator Zorgzwaarte van de patiënten	187
6.3.2	Indicator Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35	188
6.4	Kwetsbare groepen	189
6.4.1	Indicator Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar of ouder	189
6.4.2	Indicator Deliriumbeleid	190
6.4.3	Indicator Risico op delirium	191
6.5	Visitatie door NVVC	193
6.5.1	Indicator Visitatie door NVVC	193
6.6	Visitatie door NVMDL	195
6.6.1	Indicator Visitatie door NVMDL	195
6.6.2	Indicator Uitvoering Time-out procedure bij endoscopische verrichtingen	196
6.7	Sedatie	198
6.7.1	Indicator Procedurele sedatie	198

Inleiding

Voor u ligt de *Basisset indicatoren particuliere klinieken 2015 en 2016*. Dit is de respectievelijk achtste en negende keer dat u gevraagd wordt gegevens over de prestaties van uw kliniek aan te leveren. Beide basissets zijn opeenvolgend in deze publicatie opgenomen. 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 (inspectie), de Federatie Medisch Specialististen (FMS), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG), de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde (NVKNO), de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM), de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL), waarbij 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 2015 dienen voor 1 maart 2016 ingeleverd te zijn bij de inspectie.

De gegevens die gevraagd worden in de Basisset indicatoren 2016 dienen voor 1 maart 2017 ingeleverd te zijn bij de inspectie. Om uw registratielast te beperken, de invoer te vereenvoudigen en om de analyse efficiënt te laten verlopen, kunt u gebruikmaken van de digitale vragenlijst waarvoor u respectievelijk begin januari 2016 en begin januari 2017 de link en de inlogcodes ontvangt.

Klinieken die niet (tijdig) aanleveren worden in een bijlage van de rapportage vermeld. 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. Dit rapport 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 het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering een doel. Voor ziekenhuizen worden de indicatoren ten behoeve hiervan geregistreerd. De Basissets geven voor ziekenhuizen en voor particuliere klinieken zinvolle informatie.
- *De inspectie 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, worden na verloop van tijd door andere indicatoren 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.

Gebbruikershandleiding

De *Basisset indicatoren voor particuliere klinieken* is voor alle zelfstandige behandelcentra en die privéklinieken die onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen. Ook medisch diagnostische centra die biometrisch en beeldvormend onderzoek uitvoeren worden bevraagd.

Voor de medisch diagnostische centra geldt dat daar waar behandeling staat ook verrichting of onderzoek kan worden gelezen.

Voor alle vragen geldt dat zij over het verslagjaar 2015 of 2016 gaan. Met het verslagjaar wordt de tijdsperiode 1 januari 2015 (2016) tot en met 31 december 2015 (2016) bedoeld.

Indien de instelling uit meerdere locaties bestaat, moeten de indicatoren voor elk van de locaties worden ingevuld.

Alle particuliere klinieken vullen de hoofdstukken 1 tot en met 3 en 4.3.1 in, de klinieken die invasieve behandelingen uitvoeren vullen ook de hoofdstukken 4 en 5 in.

De medisch diagnostische centra vullen de hoofdstukken 1, 2 en 6 in.

Per indicator worden de volgende onderwerpen doorlopen:

De beschrijving van de indicator wordt voorafgegaan door een algemene inleiding op het onderwerp van de indicator.

In een toelichtende tekst wordt een samenvatting gegeven 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. Verder worden belangrijke begrippen in definities nader uitgelegd.

Indicator

Deze paragraaf geeft de vraagstelling weer die hoort bij de indicator. 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. Als er tellers of noemers worden gevraagd die al eerder zijn ingevuld, worden deze bij het invullen op de website automatisch overgenomen.

De gegevens hebben betrekking op het verslagjaar 2015 (2016), te weten de periode van 1 januari 2015 (2016) t/m 31 december 2015 (2016). De registratieperiodes zijn zo gekozen dat alle registraties op 31 december 2015 (2016) 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.

Steekproeven

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.

Patiënten en klinieken

Daar waar de woorden patiënt en patiënten genoemd staat, worden ook cliënt en cliënten bedoeld. Als het woord kliniek genoemd staat, wordt ook centrum bedoeld.

Hoewel de uiterste zorg is besteed aan het opstellen van deze uitgave en het maken van de digitale vragenlijst, is het mogelijk dat er discrepanties zijn tussen de twee belangrijkste publicatievormen van de Basisset particuliere klinieken (onderhavige en de digitale vragenlijst). In dat geval geldt de digitale vragenlijst als de juiste versie.

Indicatoren 2015

1 Algemene en organisatorische vragen

Patiëntgerelateerde factoren als bewaking van het beloop en 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 vereist 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

1.1 Organisatorische vragen

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.

Naam instelling	
Aantal locaties	
Naam locatie (indien van toepassing)	
KvK-nummer	
Vestigingsnummer ^[1]	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Correspondentie emailadres	
Beschikt u over een openbare website?	<input type="checkbox"/> ja, het internetadres is http:// <input type="checkbox"/> nee

[1] Elke vestiging van een onderneming of rechtspersoon in het Handelsregister heeft een uniek vestigingsnummer van 12 cijfers. Het vestigingsnummer is zicht-

baar in het uittreksel, de adresseselectie, het mutatieabonnement en de bestandsvergelijking.

Behandelde uw instelling patiënten in de periode van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015?

ja nee
*

of

Verrichtte uw medische diagnostisch centrum beeldvormend of biometrisch onderzoek in de periode van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015?

ja nee
*

Toelichting:

Had uw instelling samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis?

ja nee
*

Indien **ja**, kies het ziekenhuis: (bij meerdere ziekenhuizen, kies de belangrijkste)

Lijst van ziekenhuizen

Had uw instelling afspraken met een ziekenhuis waar de patiënt in geval van calamiteiten of complicaties, die niet in de particuliere kliniek of het medisch diagnostisch centrum behandelbaar zijn, terecht kan (gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week)?

ja, schriftelijk vastgelegd met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen
 ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen
 nee
*

Toelichting:

Had uw instelling afspraken met betrekking tot het gebruik van de OK of andere faciliteiten van het ziekenhuis?

ja, schriftelijk vastgelegd met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen
 ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen
 nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

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

Meldpunt Inspectie voor de Gezondheidszorg

Fax: 088-1205001

Email: meldpunt@igz.nl

Adres: Postbus 2680, 3500 GR Utrecht

Meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling

Een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals goed te reageren bij signalen van dit soort geweld. Bijvoorbeeld huisartsen, leerkrachten en medewerkers van jeugdinrichtingen. Sinds 1 juli 2013^[2] zijn beroepskrachten verplicht zo'n meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring. Zie voor meer informatie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/inhoud/meldcode>

Een meldcode beschrijft in 5 stappen wat professionals moeten doen bij vermoedens van geweld. Organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren stellen een eigen meldcode op met daarin in ieder geval deze 5 stappen:

- *Stap 1: In kaart brengen van signalen.*
- *Stap 2: Overleggen met een collega. En eventueel raadplegen van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) of een deskundige op het gebied van letselduiding.*
- *Stap 3: Gesprek met de betrokkene(n).*
- *Stap 4: Wegen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling. En bij twijfel altijd het SHG of AMK raadplegen.*
- *Stap 5: Beslissen over zelf hulp organiseren of melden.*

**1.2 Indicator:
Meldcode kindermishandeling**

Gebruikte uw organisatie in het verslagjaar een meldcode kindermishandeling?

ja

nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

[2] <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/hulp-bieden>

- **Indien ja:**

Welke onderdelen bevatte uw meldcode kindermishandeling, in het verslagjaar?
(Meerdere antwoorden mogelijk)

- Het in kaart brengen van signalen
- Collegiale consultatie en raadplegen
- Advies -en Meldpunt Kindermishandeling
- Een gesprek met de cliënt
- Wegen van de kindermishandeling
- Beslissen: hulp organiseren of melden bij een Advies -en Meldpunt Kindermishandeling
- Anders, namelijk

Toelichting:

Bood uw organisatie, in het verslagjaar, opleidingen en/of trainingen aan al het personeel aan dat patiëntencontact heeft voor het kunnen hanteren van de meldcode kindermishandeling?

- ja
- nee*

Indien **ja**:

Hoeveel personen in uw organisatie kwamen in het verslagjaar volgens u in aanmerking voor de opleidingen of trainingen voor het kunnen hanteren van de meldcode kindermishandeling?

Indien **nee**:

Wat is de reden dat uw organisatie de meldcode kindermishandeling in het verslagjaar niet gebruikte?

- Wij hebben geen patiëntcontact
- Reorganisatie/fusie
- Verplichting meldcodes niet bekend
- Urgentie/importantie meldcodes niet ervaren
- Anders, namelijk

Toelichting:

* Geef toelichting

Wanneer verwacht u dat alle, in het verslagjaar, daarvoor in aanmerking komende personen voldoende geschoold zijn in het kunnen hanteren van de meldcode kindermishandeling?

- 2016
 2017
 Onbekend

**1.3 Indicator:
Meldcode huiselijk geweld**

Gebruikte uw organisatie in het verslagjaar een meldcode huiselijk geweld?

- ja nee
*

Toelichting:

Indien ja:

Welke onderdelen bevatte uw meldcode huiselijk geweld in het verslagjaar? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Het in kaart brengen van signalen
 Collegiale consultatie, raadplegen
Veilig thuis: het advies- en meldpunt huiselijk geweld (<http://www.vooreenveiligthuis.nl/veilig-thuis>) en kindermishandeling, of een deskundige op het gebied van letselduiding
 Een gesprek met de betrokkene(n)
 Wegen van het huiselijk geweld
 Beslissen: zelf hulp organiseren of
 Melden
 Anders, namelijk

Toelichting:

Bood uw organisatie, in het verslagjaar, opleidingen of trainingen aan al het personeel dat patiëntencontact heeft voor het kunnen hanteren van de meldcode huiselijk geweld?

- ja nee
*

Indien ja:

Hoeveel personen in uw organisatie kwamen in het verslagjaar volgens u in aanmerking voor de opleidingen of trainingen voor het kunnen hanteren van de meldcode huiselijk geweld?

* Geef toelichting

Indien **nee**:

Wat is de reden dat uw organisatie de meldcode huiselijk geweld in het verslagjaar niet gebruikte?

- Wij hebben geen patiëntcontact
- Reorganisatie/fusie
- Verplichting meldcodes niet bekend
- Urgentie/importantie meldcodes niet ervaren
- Anders, namelijk

Toelichting:

Wanneer verwacht u dat alle, in het verslagjaar, daarvoor in aanmerking komende personen voldoende geschoold zijn in het kunnen hanteren van de meldcode huiselijk geweld?

- 2016
- 2017
- Onbekend

2 Monitoring kwaliteit

Een kliniek of medisch diagnostisch centrum is meer dan een verzameling processen en functies. Een samenhangend beleid, het goed faciliteren van de zorg voor patiënten en een goed kwaliteitsbeleid zijn enkele van de punten die een goede kliniek of medisch diagnostisch centrum kenmerken. Ook heeft een goed kwaliteitsbeleid voor een toezichthouder een ander groot belang. Bij een goed beleid is een instelling beter in staat om kwaliteitsproblemen zelf op te vangen. Een cultuur waarbij open over problemen wordt gepraat en wordt geacteerd verkleint het risico op onverantwoorde zorg.

2.1 Medici en medisch ondersteunend personeel

Een constatering in de voorgaande 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 niet worden beoordeeld en de inhoud van een dergelijke cursus is soms strijdig met de Nederlandse opvattingen. De raad van bestuur/directie blijkt soms onbekend met de risico's van de behandeling en met de organisatorische voorwaarden daarvoor. Niet altijd is de kennis aanwezig die nodig is om te bepalen welke personele kwalificaties nodig zijn voor een behandeling.

2.1.1 Indicator: Percentage BIG-geregistreeerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE

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 wordt uitgevoerd door een beroepsbeoefenaar die bevoegd en bekwaam is dergelijke handelingen of verrichtingen te doen. Het is een taak van de raad van bestuur/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 BIG en RGS-registratie hebben, bedoeld.*
 - *Ingehuurd (ziekenhuis)personeel.*

Waren er in het verslagjaar BIG-geregistreerde basisartsen werkzaam in uw instelling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Teller 2.1.1: Wat is het aantal BIG-geregistreerde basisartsen (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?		
Waren er in het verslagjaar BIG-geregistreerde verpleegkundigen werkzaam in uw instelling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Teller 2.1.2: Wat is het aantal BIG-geregistreerde verpleegkundigen (in FTE), werkzaam in uw kliniek in het verslagjaar?		
Waren er in het verslagjaar geregistreerde anesthesiemedewerkers en OK-assistenten ^[3] werkzaam in uw instelling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Teller 2.1.3: Wat is het aantal geregistreerde anesthesiemedewerkers en OK-assistenten (in FTE) werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?		
Waren er in het verslagjaar RGS-geregistreerde medisch specialisten werkzaam in uw instelling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Noemer 2.1.1: Wat is het aantal RGS-geregistreerde medisch specialisten (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?		
Noemer 2.1.2: Wat is het totaal aantal personeelsleden (in FTE) , werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?		

[3] Geregistreerd of in het bezit van een Nederlands diploma.

2.1.2**Indicator:****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 in de communicatie en samenwerking met andere zorgverleners en in de communicatie met de patiënt voor bijvoorbeeld het informed consent.

Waren er in het verslagjaar (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding werkzaam in uw instelling?

 ja nee

Teller 2.1.4: Wat is het aantal (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding in het verslagjaar (NIET in FTE)?

Noemer 2.1.3: Wat is het aantal (RGS-geregistreerde) medisch specialisten in het verslagjaar (NIET in FTE)?

Noemer 2.1.4: Wat is het aantal BIG-geregistreerde basisartsen in het verslagjaar (NIET in FTE)?

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

 ja nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

2.1.3

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

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

Registreerde u in het verslagjaar het aantal in uw instelling werkzame medisch specialisten, dat ook werkzaam was bij een ziekenhuis?

 ja nee
*

Teller 2.1.5: Wat is, in het verslagjaar, het aantal in uw instelling medisch specialisten, dat ook nog werkzaam was bij een ziekenhuis (NIET in FTE)?

Toelichting:

* Geef toelichting

2.1.4

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 was de 24-uurs continuïteit van zorg in het verslagjaar gewaarborgd?

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

*

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

- ja nee

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

- ja nee

Toelichting:

* Geef toelichting

2.2 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het werk van de medisch specialist en arts. Dat leidt tot de stelling dat verantwoorde (medisch specialistische) zorg in belangrijke mate wordt bepaald door het functioneren van de medisch specialist en arts. Het feit dat de kwaliteit van de organisatie van een kliniek eveneens zeer belangrijk is voor verantwoorde zorg doet niets af aan die constatering. Het moge duidelijk zijn dat alle partijen betrokken bij de basisset de ontwikkeling, die het individuele functioneren van de medisch specialist en arts effectief en efficiënt verhoogt, toejuichen.

De afgelopen jaren zijn hier een aantal belangrijke initiatieven in genomen.

Op dit moment zijn er meerdere systemen operationeel waarmee of waarin medisch specialisten en artsen werken om hun individueel functioneren te evalueren. Deelname aan een van de beschikbare systemen draagt bij aan het verhogen van de kans op verantwoorde zorg. Dit is de ratio voor het invoeren van een indicator op dit gebied in de basisset voor het toezicht.

De Kwaliteitswet zorginstellingen legt de integrale eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg neer bij de raad van bestuur/directie van de kliniek. Het is voor de inspectie dan ook belangrijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de evaluatie van het functioneren van de medisch specialist of arts en de functioneringsgesprekken zijn ingebed in het kwaliteitsbeleid van de kliniek.

- *Inclusie criterium:*
- *Het gaat om individuele medisch specialisten en artsen. Een medisch specialist of arts die in 24 maanden 3 maal heeft deelgenomen aan een gesprek over zijn/haar functioneren telt één maal.*
- *Exclusie criterium:*
- *Medisch specialisten of artsen die als gespreksleider functioneren bij gesprekken met andere medisch specialisten of artsen mogen niet meegeteld worden.*

2.2.1 Indicator: Functioneringsgesprekken

Sinds enige tijd bestaat het systeem van functioneringsgesprekken, waarbij de directie en de medisch specialist een gesprek voeren over onder meer het inhoudelijk functioneren.

Is er een systeem van functionerings-
gesprekken tussen tussen raad van
bestuur/directie?

 ja

 nee

*

* Geef
toelichting

Indien ja:

Teller 2.2.1: Wat is het aantal medisch specialisten en artsen dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar^[4] aan minimaal 1 functioneringsgesprek heeft deelgenomen?

Noemer 2.2.1: Wat is het totaal aantal medisch specialisten en artsen dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden heeft verricht in de kliniek of het centrum (ongeacht het soort dienstverband)?

Toelichting:

2.2.2 Indicator: IFMS

Op 12 december 2013 is het visiedocument 'Optimaal Functioneren van medisch specialisten' van de Orde van Medisch Specialisten verschenen^[5]. In dit document heeft Individueel Functioneren van Medisch Specialisten (IFMS) onveranderd een belangrijke rol in het bevorderen van het optimaal functioneren van de medisch specialist. In november 2014 heeft de Federatie Medisch Specialisten (FMS)^[6] de leidraad IFMS^[7] uitgebracht. Deze leidraad biedt handvatten om het individueel functioneren van een medisch specialist te evalueren en verder te ontwikkelen. In de uitvoering van IFMS houdt de medisch specialist daartoe onder andere een portofolio bij van gegevens over de mate waarin en de wijze waarop hij/zij voldoet aan de zeven in het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) genoemde kerncompetenties. Daarnaast wordt de omgeving geraadpleegd, inclusief de patiënt, afhankelijk van de lokale invulling. Aan de hand van deze gegevens wordt een evaluatiegesprek gevoerd, bij voorkeur met een collega medisch specialist. ZKN heeft na overleg met IHC/de Zorgmakelaar, de FMS, een IFMS adviesbureau, Achmea en de inspectie een IFMS Handreiking^[8] opgesteld die is toegesneden op kleinere organisaties.

Is IFMS, zoals hierboven beschreven, ingevoerd?

ja

nee
*

[4] Het gaat hier om individuele medisch specialisten. Een medisch specialist die in 24 maanden 3 maal heeft deelgenomen aan een gesprek over zijn/haar functioneren, telt een maal. Medisch specialisten die als gespreksleider functioneren bij gesprekken met andere medisch specialisten mogen niet meegeteld worden.

[5] Orde van Medisch Specialisten. Optimaal Functioneren van medisch specialisten, Utrecht 2013.

[6] voorheen de Orde van Medisch Specialisten

[7] Orde van Medisch Specialisten. Leidraad IFMS, Utrecht 2014.

[8] ZKN IFMS Handreiking 2013.

* Geef toelichting

Indien ja:

Teller 2.2.2: Wat is het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar^[9] aan minimaal 1 IFMS gesprek heeft deelgenomen?

Vonden het IFMS gesprek plaats in de kliniek of het centrum?

ja

nee
*

Noemer 2.2.1: Wat is het totaal aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden heeft verricht in de kliniek of het centrum (ongeacht het soort dienstverband)?

Toelichting

- [9] Het gaat hier om individuele medisch specialisten. Een medisch specialist die in 24 maanden 3 maal heeft deelgenomen aan een gesprek over zijn/haar functioneren telt een maal. Medisch specialisten die als gespreksleider functioneren bij gesprekken met andere medisch specialisten mogen niet meegeteld worden.

* Geef toelichting

2.3 Disfunctioneren medisch specialisten en artsen

De kerntaak van de IGZ is het waarborgen van het gerechtvaardigd vertrouwen van patiënten in de zorg die zij ontvangen. Patiënten moeten het vertrouwen kunnen hebben dat zij niet worden behandeld door medisch specialisten die zo disfunctioneren dat onverantwoorde zorg wordt verleend. De leidraad IFMS^[10] stelt dat er een goede procedure in de kliniek aanwezig moet zijn voor het oplossen van problemen met disfunctionerende medisch specialisten. De inspectie treft regelmatig situaties aan waarbij disfunctioneren aanwezig is zonder dat de aanwezige procedure is gebruikt. Daarom wordt gevraagd of deze procedure ook daadwerkelijk elke keer is gebruikt op het moment dat disfunctioneren wordt vermoed. De IGZ gaat er vanuit dat disfunctioneren natuurlijk ongewenst is, maar het ontkennen van disfunctioneren is onverantwoord. De inspectie kan en zal het gebruik van de procedure disfunctioneren toetsen aan de hand van meldingen uit kliniek.

2.3.1 Indicator: Regeling mogelijk disfunctioneren^[11] medisch specialisten

Heeft de kliniek een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist of arts?

ja

nee
*

• *Indien ja:*

Wordt deze regeling gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een medisch specialist of arts wordt vermoed?

ja

nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

[10] Orde van medisch Specialisten. Leidraad IFMS. Utrecht, 2014.

[11] Een structurele situatie van onverantwoorde zorg waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt

te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.*

2.4 Infecties

Infecties opgelopen bij 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 (waaronder ook endoscopische procedures), operaties, beademingstubes en infusen, maar hangt ook af van de conditie van de patiënt en de hygiënische routines van de medewerkers, ook bij endoscopische procedures. Uit de literatuur blijkt dat het percentage infecties kan worden teruggebracht door gegevens over infecties te registreren, te analyseren en 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.

2.4.1 Indicator: Surveillance van postoperatieve infecties

Bij het voorkómen van infecties, opgelopen in de instelling, spelen adequate maatregelen 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 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 2.4.2 genoemde drie methodes bedoeld.

Werden alle patiënten in het verslagjaar systematisch gecontroleerd op een post-operatieve infectie?

ja

nee

• Indien ja, dit gebeurde door:

Alle patiënten na een ingreep poliklinisch te controleren.

ja

nee

Alle patiënten te adviseren om bij tekenen van een infectie direct contact op te nemen met de kliniek.

ja

nee

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.

ja

nee

Anders, namelijk

Er is geen beleid.

**2.4.2 Indicator:
Ingrepen met infectierisico**

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met postoperatieve infecties bij invasieve ingrepen?

ja

nee
*

Teller 2.4.1 wat is, in het verslagjaar, het aantal patiënten met een postoperatieve infectie?

Toelichting:

* Geef toelichting

2.5 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 verbeteren van die zorg.

2.5.1 Indicator: 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 meerdere klachten per brief worden gemeld. Het om het aantal **nieuwe** klachten ingediend in het verslagjaar.*

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

Heeft u in het verslagjaar nieuwe klachten binnengekregen?

- ja, bij zowel de directie als de klachtencommissie
- ja, alleen bij de directie
- ja, alleen bij de klachtencommissie
- nee

*

Toelichting:

Noemer 2.5.1: Wat is het totaal aantal nieuwe klachten, ingediend bij de directie of de klachtencommissie, in het verslagjaar dat **gegrond is verklaard**?

Noemer 2.5.2: Wat is het totaal aantal nieuwe klachten, ingediend bij de directie of de klachtencommissie, in het verslagjaar dat **gegrond is verklaard en heeft geleid tot maatregelen**?

Noemer 2.5.3: Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij alleen de directie in het verslagjaar?

* Geef toelichting

Noemer 2.5.4: Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij alleen de klachtencommissie in het verslagjaar?

Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij zowel de directie als de klachtencommissie?

2.5.2 Indicator: 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.

Voerde u in het verslagjaar patiënttevredenheidsonderzoek uit?

ja nee
*

Van welke vragenlijst maakte u gebruik? (meerdere antwoorden mogelijk)

CQ index
 NVZ vragenlijst
 ZKN vragenlijst
 Anders, namelijk

Toelichting:

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

U kunt dit sturen naar: meldpunt@igz.nl

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht?

ja nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

- **Indien ja:**

Teller 2.5.1: Wat is het aantal patiënten, waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht heeft in het verslagjaar?

Heeft uw instelling de beschikking over het aantal behandelde patiënten (van het aantal behandelde patiënten waarbij u systematisch de patiënttevredenheid onderzocht) dat in het verslagjaar uw kliniek met een rapportcijfer 5 of lager waardeerden?

ja

nee
*

- **Indien ja:**

Hoeveel behandelde patiënten (van het aantal behandelde patiënten waarbij u systematisch de patiënttevredenheid onderzocht) in het verslagjaar waardeerden uw kliniek met een rapportcijfer 5 of lager?

Toelichting:

* Geef toelichting

2.6 Kwaliteitskeurmerk

De Kwaliteitswet zorginstellingen stelt het hebben van een kwaliteitssysteem verplicht. Volgens de wet moet kwaliteit systematisch worden gemeten, zodat kan worden bekeken of doelstellingen en resultaten worden behaald of moeten worden bijgesteld om tot verantwoorde zorgverlening te leiden. 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.
- Op basis van de uitkomst van de toetsing zonodig aanpassen van de zorgverlening (opdat dit redelijkerwijs leidt tot een verantwoorde zorg).

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.

2.6.1 Indicator: Kwaliteitskeurmerk

Beschikte uw instelling in het verslagjaar 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 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Anders namelijk, datum laatste afgifte _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Toelichting:		

* Geef toelichting

3 Behandelingen

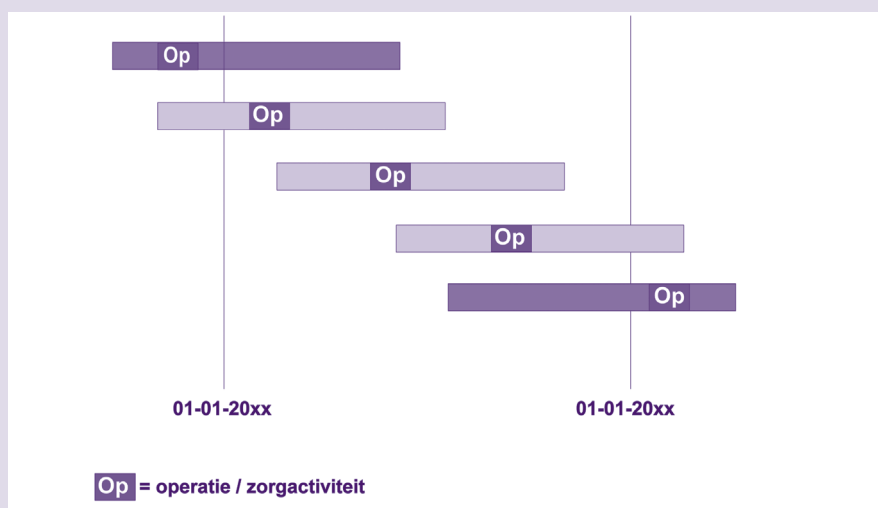
3.1 Totaal aantal patiënten en behandelingen

Om een beeld te krijgen van het aantal patiënten dat behandeld wordt en het aantal behandelingen dat wordt uitgevoerd door particuliere klinieken wordt het totaal aantal patiënten en behandelingen gevraagd.

- Definitie behandelingen:**
 Een behandeling betreft een in het verslagjaar nieuw gestart behandeltraject van medische (specialistische) of gedragwetenschappelijke aard, maar hoeft niet een afgesloten (DOT)traject te zijn, het kan zijn dat de nazorg in het jaar na het verslagjaar valt.
 Verrichtingen die voortvloeien uit één diagnose/behandelindicatie zoals een consult en de daarna volgende behandeling en nazorg dienen als één behandeling te worden beschouwd. Dat geldt ook voor een serie behandelingen in het kader van bijvoorbeeld natte maculadegeneratie of obesitas. Niet ieder afzonderlijk contactmoment in een serie wordt geteld.

In figuur 3.1 staat schematisch weergegeven welke behandelingen meegeteld kunnen worden voor het In figuur 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 3.1
 Schematische toelichting op de selectie van de behandelingen^[12]



[12] Het figuur is overgenomen uit de indicatorenset Zichtbare Zorg Ziekenhuizen, deel cataract.

3.1.1

Indicator:

Totaal aantal patiënten en behandelingen

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten dat binnen uw instelling werd behandeld?

ja

nee
*

- *Indien ja:*

Noemer 3.1.1: Wat is het **totaal aantal behandelde** patiënten in het verslagjaar?

Registreerde u in het verslagjaar het aantal behandelingen dat binnen uw instelling werd uitgevoerd?

ja

nee
*

- *Indien ja:*

Noemer 3.1.2: Wat is het **totaal aantal behandelingen** in het verslagjaar?

Toelichting:

* Geef toelichting

3.2 Invasieve ingrepen

Binnen het totale aantal behandelingen kan een onderscheid gemaakt worden in invasieve en niet invasieve behandelingen.

- Definitie *invasieve ingrepen*:
Snijdende ingrepen, waaronder operaties, inspuitingen en refractiechirurgie.^[13]

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.

3.2.1 Indicator: Invasieve ingrepen

Voerde uw instelling in het verslagjaar **invasieve** ingrepen uit?

ja nee

Indien **ja**, waar werden deze verricht?

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

Registreerde u in het verslagjaar het aantal invasieve behandelingen dat binnen uw instelling werd uitgevoerd?

ja nee
 *

- Indien ja:**

Noemer 3.2.1: Wat is het **totaal aantal invasieve** behandelingen in het verslagjaar?

Noemer 3.2.2: Wat is het **totaal aantal patiënten** dat een invasieve ingreep onderging in het verslagjaar?

Toelichting:

* Geef toelichting

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

3.3 Elektronisch voorschrijven

Elektronisch voorschrijven is essentieel voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en van contra-indicaties voor het gebruik van geneesmiddelen. Indien op het moment van voorschrijven geen medicatiebewaking kan worden uitgevoerd ontstaat een risico voor de patiënt.

De KNMG-richtlijn Elektronisch voorschrijven beschrijft dat voorschrijvers geneesmiddelen dienen voor te schrijven met gebruikmaking van een elektronisch voorschrijfsysteem dat is voorzien van mogelijkheden om onveilige situaties te bewaken^[14]. Voorschrijvers die op 1 januari 2014 niet elektronisch voorschrijven moeten op die datum een realistisch plan van aanpak hebben waarin staat beschreven dat dit uiterlijk 1 januari 2015 mogelijk is.

Definitie elektronisch voorschrijven: Het voorschrijven van geneesmiddelen door middel van een elektronisch voorschrijfsysteem. Een elektronisch voorschrijfsysteem is een geautomatiseerd systeem waarmee langs elektronische weg recepten kunnen worden uitgeschreven en waarmee tegelijkertijd onveilige situaties kunnen worden gesignaleerd tijdens het voorschrijven van geneesmiddelen. Door een elektronisch voorschrijfsysteem te gebruiken kunnen fouten worden voorkomen bij het lezen van recepten en kunnen onveilige situaties worden voorkomen, zoals dubbelmedicaties, contra-indicaties, interacties met andere geneesmiddelen en overgevoeligheidsreacties.

Het proces rond elektronisch voorschrijven kan worden onderverdeeld in verschillende processen:

- 1 Opvragen van een medicatieoverzicht bij de vorige schakel in de zorg.
- 2 Vaststellen van het actuele medicijngebruik met de patiënt.
- 3 Elektronisch voorschrijven
- 4 Medicatieoverdracht naar huisarts of andere zorgaanbieders (indien van toepassing)

Voor de klinische situatie is een koppeling met het apotheeksysteem zeer gewenst. Het elektronisch voorschrijfsysteem moet tenminste de volgende functionaliteiten omvatten:

- a Bewaken op interacties met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt;
- b Bewaken op individuele gevoeligheden, ongevoeligheden of overgevoeligheden van de patiënt voor het desbetreffende geneesmiddel;
- c Bewaken op onjuiste dosering;
- d Bewaken op (pseudo) dubbelmedicatie;
- e Bewaken op contra-indicaties en andere patiëntkenmerken.

[14] Richtlijn Elektronisch Voorschrijven. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Utrecht, september 2013.

Het doel van deze indicator is om na te gaan of de kliniek werkt met een elektronisch voorschrijfsysteem zoals bedoeld in de richtlijn Elektronisch voorschrijven. Tevens wordt de mate van implementatie in de kliniek bevestigd.

- **Inclusiecriteria:**
 - Het elektronisch voorschrijfsysteem dient de hierboven genoemde vijf functionaliteiten te omvatten.
- **Exclusiecriteria:**
 - Indien wel elektronisch wordt voorgeschreven, maar er geen medicatiebewaking plaatsvindt op het moment van voorschrijven is geen sprake van elektronisch voorschrijven.

3.3.1 Indicator: Elektronisch voorschrijven

Wordt op dit moment in de kliniek elektronisch voorgeschreven?

ja^[15]

nee

*

gedeeltelijk^[16]

*

Toelichting:

[15] Er kan pas 'ja' worden ingevuld als de genoemde deelprocessen doorlopen worden.

[16] De optie 'gedeeltelijk' kan worden aangekruist indien bijvoorbeeld een deel van de behandelaars wel via een elektronisch voorschrijfsysteem voorschrijft, maar de overigen dit niet doen.

* Geef toelichting

3.4 Specifieke ingrepen

Welke ingrepen werden er in uw instelling in het verslagjaar uitgevoerd? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk:

Oogheelkundige ingrepen:

– refractiechirurgie ja nee

– cataract ja nee

Orthopedische ingrepen ja nee

Plastisch chirurgische ingrepen ja nee

Cosmetische ingrepen ja nee

Bariatrisch chirurgische ingrepen ja nee

Dermatologische ingrepen ja nee

Keel-, neus-oorheelkundige ingrepen ja nee

4 Operatief proces

Ruim 80% van de klinieken voert invasieve ingrepen uit. Deze ingrepen variëren van een kleine ingreep (zoals het inspuiten van rimpelvullers) tot een operatie als het plaatsen van een totale heupprothese. Wat de ingrepen gemeen hebben is dat er sprake is van de noodzaak voor een zoveel mogelijk gestandaardiseerd en voorspelbaar (voorbereidings) proces in een gecontroleerde omgeving.

In dit hoofdstuk komen indicatoren aan bod die worden gezien als onderdeel van het operatieve proces. Zij kunnen een indicatie opleveren voor een nader onderzoek naar dit proces.

4.1 Kwalificatie behandelruimte

Het verrichten van invasieve ingrepen stelt nadere eisen aan de (bouwkundige) omstandigheden ten aanzien van de mate van steriliteit. Van OK1 tot zelfstandige behandelkamer^[17].

De classificatie van OK-complexen dient te worden aangetoond middels een (jaarlijkse) validatie waarin alle criteria uit de richtlijnen zijn beoordeeld. In 2014 is door de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) een nieuwe richtlijn ten aanzien van luchtbehandeling in de operatiekamer en opdekruimte in een operatiekamer klasse 1 opgesteld^[18]. De richtlijn vervangt het Beheersplan luchtbehandeling voor de operatiekamer uit 2005^[19]. Op dit moment wordt deze richtlijn geïmplementeerd, waarbij de inspectie in 2017 op deze criteria zal handhaven. Tot die tijd worden validaties op basis van zowel oude criteria als nieuwe criteria geaccepteerd, waarbij klinieken wel (aantoonbaar) aan de implementatie van de nieuwe richtlijn dienen te werken.

- *Definities behandelruimten op basis van de oude(boven genoemde) richtlijn (voor volledige en nieuwe eisen wordt naar bovenstaande richtlijnen verwezen:*
 - *OK1: kent 3 zones (ten opzichte van het overige gebouw) namelijk steriel, schoon, niet-schoon en een duidelijke zonemarkering. De OK ligt afgesloten van de kliniek. Er zijn 4 soorten sluisen namelijk een patiëntensluis, een sluis voor schone en een sluis voor vuile goederen en een personeelssluis. De verkoeverkamer behoort bij de niet-schone zone. Luchtfiltering vindt plaats middels een Hepa-filter. Er is sprake van een positief drukverschil (van minimaal 5 Pa) van schone naar vuilere ruimten (van OK naar schone zone; van schone naar niet-schone zone; van niet-schone zone naar kliniek).*
 - *OK2: kent 2 zones (ten opzichte van het overige gebouw) namelijk steriel, schoon en een duidelijke zonemarkering. De OK ligt afgesloten van de kliniek. Er is in ieder geval een personeelssluis aanwezig. De verkoeverkamer bevindt zich in de directe nabijheid van de OK. Luchtfiltering vindt plaats middels een Hepa-filter. Er is sprake van een positief drukverschil (van minimaal 5 Pa) van schone naar vuilere ruimten (van OK naar schone zone; van schone zone naar kliniek).*

[17] Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen, Werkgroep Infectiepreventie, 2011.

[18] Luchtbehandeling in operatiekamer en opdekruimte in operatieafdeling klasse 1, Werkgroep Infectie

Preventie, november 2014.

[19] Beheersplan Luchtbehandeling voor de Operatieafdeling, Werkgroep Infectie Preventie, maart 2005.

- *Zelfstandige behandelkamer: kent geen zones en ligt niet afgesloten van de kliniek. De behandelkamer wordt uitsluitend als behandelkamer gebruikt (bevat geen overbodig meubilair) en is dus geen gecombineerde spreek-/ behandelkamer. Er is een mechanisch ventilatiesysteem aanwezig.*

**4.1.1 Indicator:
Kwalificatie behandelruimte**

Behandelingen vonden plaats in:	<input type="checkbox"/> een OK klasse 1
Hoeveel OK's klasse 1 behoren tot uw eigen instelling?	___ OK's klasse 1
Wat is de datum van het laatste validatierapport?	___ ___ _____
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 1?	___ instellingen <input type="checkbox"/> Anders, namelijk *
Behandelingen vonden plaats in:	<input type="checkbox"/> een OK klasse 2
Hoeveel OK's 2 behoren tot uw eigen instelling?	<input type="checkbox"/> OK's klasse 2
Wat is de datum van het laatste validatierapport?	___ ___ _____
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 2?	___ instellingen
Behandelingen vonden plaats in:	<input type="checkbox"/> een zelfstandige behandelkamer
Hoeveel zelfstandige behandelkamers behoren tot uw eigen instelling?	___ behandelkamers
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van behandelkamers?	___ instellingen
Toelichting:	

* Geef toelichting

4.2 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 een anesthesioloog (als deze de anesthesie toedient).

4.2.1 Indicator: 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 Society of Anesthesiologists). 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.

Registreerde uw instelling de ASA-klasse in het verslagjaar?

 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 4.2.1: ASA-klasse 1

Teller 4.2.2: ASA-klasse 2

Teller 4.2.3: ASA-klasse 3 en hoger

Teller 4.2.4: ASA onbekend

Toelichting (optioneel):

4.2.2

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.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35?

ja

nee

- **Indien ja:**

Teller 4.2.5: Wat is het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 in het verslagjaar?

4.3 Kwetsbare groepen

Kinderen en ouderen vormen kwetsbare groepen, die in sommige opzichten specifiek beleid vereisen.

Invasieve behandelingen van kinderen kunnen naar het oordeel van de inspectie alleen onder duidelijke voorwaarden^[20] in een particuliere kliniek dienen te worden verricht. Voor ouderen geldt dat elke geplande opname voor een operatie al bij de preoperatieve screening het risico op een delirium wordt vastgelegd. Indien een patiënt als risicopatiënt wordt beschouwd, kan deze patiënt niet in een particuliere kliniek worden behandeld en dient er gericht te worden doorverwezen naar een ziekenhuis.

4.3.1 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 flapoorcorrecties en chronische huidaandoeningen worden behandeld in particuliere klinieken. Bij ouderen neemt het risico op bijvoorbeeld een delirium toe.

Behandelde u in het verslagjaar patiënten jonger dan 18 jaar?

 ja

 nee

Behandelde u in het verslagjaar patiënten ouder dan 70 jaar?

 ja

 nee

Teller 4.3.1: Hoeveel patiënten jonger dan 18 jaar (<18 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

Teller 4.3.2: Hoeveel patiënten in de leeftijd van 18 jaar tot 70 jaar werden in het verslagjaar behandeld?

Teller 4.3.3: Hoeveel patiënten in de leeftijd van 70 jaar en ouder (≥ 70 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

Teller 4.3.4: Hoeveel patiënten waarvan de leeftijd onbekend was werden in het verslagjaar behandeld?

[20] Anesthesiologische zorgverlening aan en ingrepen bij kinderen (2009), NVA.

4.3.2

Indicator: Deliriumbeleid

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)^[21]. 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^[22]. Doordat de predisponerende factoren al voor opname bekend zijn, biedt dit model aangrijpingspunten voor preventie.

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 (NVIC 2010 en NVKG 2013) 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 (NVIC, 2010).
- Het gebruik van een systematische inventarisatie voor de detectie van het risico op delirium, gericht op primaire preventie.
- Adviezen voor het consulteren van gespecialiseerd personeel.

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

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

Beschikte u in het verslagjaar over een deliriumprotocol dat voldoet aan bovenstaande beschrijving?

ja

nee
*

Toelichting

4.3.3 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 of mantelzorgers.

Hoe wordt voor deze indicator het risico bepaald?

Geselecteerd worden alle patiënten van 70 jaar en ouder. Bij elke ingreep of behandeling 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 ingreep of behandeling wordt al bij de preoperatieve screening/intake het risico op een delirium vastgelegd. Ook bij het uitvoeren van invasieve behandelingen die geen opname inhouden, dient deze screening plaats te vinden. Van een verhoogd risico is sprake bij een of meer positieve antwoorden.

Bij een positieve uitkomst dient de patiënt vervolgens als risicopatiënt te worden beschouwd. Deze patiënten kunnen niet in een particuliere kliniek worden behandeld.

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.

* Geef toelichting

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 4.3.5: Wat is het totaal aantal gescreende patiënten in het verslagjaar met een verhoogd risico bij pre- operatieve screening?

Teller 4.3.6: Wat is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder in het verslagjaar waar bij pre- operatieve screening een risicoscore is vastgelegd in het medisch dossier?

* Geef toelichting

4.4 Stopmoment IV: Time-out

4.4.1 Indicator: Time-out, percentage juist uitgevoerde stop momenten IV

Voordat de patiënt daadwerkelijk geopereerd wordt, vindt een structureel overleg plaats tussen operateur, anesthesioloog en OK-personeel. Besproken wordt tenminste: juiste patiënt, juiste operatie, zijde/locatie, stollingsstatus, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering van de patiënt, aanwezigheid bevoegd en bekwaam personeel en materialen en bijzonderheden. Dit overleg dient op de operatiekamer, voor de start van de anesthesie, plaats te vinden in aanwezigheid van de patiënt^[23]. De operateur is ervoor verantwoordelijk dat het stopmoment wordt uitgevoerd en wordt vastgelegd in het medisch dossier. Bepaalde technische aspecten van de operatie kunnen ook na de inleiding van de anesthesie besproken worden door het operatieteam. Deze indicator is ook opgenomen als interne indicator in de richtlijn Peroperatief traject.^[24]

- Inclusie criterium:
- Alle invasieve ingrepen vallend binnen de reikwijdte van de richtlijn Peroperatief proces.

Bron teller: checklist stopmomenten OK.

Bron noemer: operatieplanning.

Werden, in het verslagjaar, operaties op meer dan één locatie uitgevoerd?
U dient de gegevens per locatie aan te leveren.

ja nee

Teller 4.4.1: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd.

Noemer 4.4.1: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij de besproken invasieve ingreep is goedgekeurd en ingepland.

[23] In het geval van een minderjarige of wilsonbekwame patiënt tevens, indien mogelijk, in aanwezigheid van een ouder/verzorger of vertegenwoordiger.

[24] http://www.anesthesiologie.nl/richtlijnen_nvvh@nvvh.knmg.nl

4.5 Anesthesiologie

4.5.1 Indicator: Procedurele sedatie

Met procedurele sedatie en/of analgesie (PSA) wordt bedoeld het toedienen van een sedativum en/of (sederend) analgeticum in het kader van een pijnlijke, stresserende en/of immobiliteit vereisende diagnostische of therapeutische procedure met de bedoeling om deze procedure

- 1 maximaal comfortabel voor de patiënt te laten verlopen (dit wil zeggen met een maximaal onderdrukken van pijn, stress of angst).*
- 2 dankzij het optimaliseren van het patiëntencomfort bij te dragen aan optimale diagnostische of therapeutische condities.*

Fundamenteel uitgangspunt is dat pijn in principe altijd met een pijnstiller of een pijnstillende techniek bestreden wordt. Sedatie wordt gegeven om angst te verminderen of het bewustzijn zodanig te verlagen, dat de betreffende onaangename procedure veilig uitvoerbaar is.

De Richtlijn Sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer^[25] en het toetsingskader van de Inspectie^[26] liggen ten grondslag aan deze indicator.

PSA kan veilig worden uitgevoerd door niet-anesthesiologen, mits aan een aantal kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden is voldaan. PSA-gerelateerde incidenten komen frequent voor (0,7-51%), maar door tijdig handelen van getrainde niet-anesthesiologen en verpleegkundigen kunnen ze worden opgevangen zonder dat dit tot complicaties hoeft te leiden. Deze training bestaat o.a. uit het aanleren van screening, monitoring, basis luchtwegmanagement en Basic Life Support en, indien matige tot diepe sedatie het doel is, Advanced Life Support.

Aangezien in de praktijk het onderscheid tussen lichte, matige en diepe sedatie niet altijd even scherp is, dient bij problemen of voor overleg altijd een anesthesioloog of een ALS getrainde arts direct beschikbaar te zijn.

Bij matige tot diepe sedatie mag de sedationist geen andere taken hebben. Bij lichte sedatie en/of analgesie mag deze persoon geringe andere, direct te stoppen activiteiten uitvoeren mits het sedatieniveau stabiel is en de bewaking niet uit het oog verloren wordt.

Voor het vaststellen van het risico op problemen dient screening plaats te vinden. Rekening gehouden moet worden met de ASA-classificatie, leeftijd, aard van de procedure, keuze van de medicatie en de competenties van de behandelaar.

De uitvoering van de sedatierichtlijn is belegd bij een lokale “sedatiecommissie” (de PSA commissie). Deze commissie is ingesteld door de raad van bestuur/directie van de instelling en heeft voor de uitvoering voldoende mandaat en middelen om ervoor zorg te dragen dat de uitvoering van PSA plaats vindt volgens de richtlijn en het toetsingskader.

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

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

Zij is belast met de protocolontwikkeling, complicatieregistratie en evaluatie van PSA in samenspraak met hoofdbehandelaar, anesthesioloog, kinderarts en medisch management.

De doelgroep waarop deze indicator betrekking heeft wordt gevormd door alle volwassenen die PSA krijgen toegediend voor een procedure.

Paste u een vorm van anesthesie toe? ja nee

• *Indien ja:*

Paste u lokale anesthesie toe? ja nee

Paste u algehele anesthesie toe? ja nee

Paste u procedurele sedatie toe? ja nee

Indien u procedurele sedatie toepaste:

Werkte u in uw kliniek in het verslagjaar volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie ja nee *

Was er in het verslagjaar in uw instelling een lokale PSA commissie actief? ja nee

Indien er geen lokale PSA commissie actief was:

Was u in het verslagjaar aangesloten bij een externe PSA commissie? ja nee *

Noemer 1: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?

Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn? ja nee *

Teller 6.7.1: Wat was in het verslagjaar het aantal gescreende patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?

* Geef toelichting

Kunt u onderscheid maken in het aantal patiënten waarbij in het verslagjaar lichte sedatie ^[27] of matig/diepe sedatie ^[28] werd toegepast?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
• Indien ja:		
Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij lichte sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 6.7.2: Wat is het aantal gescreende patiënten met lichte sedatie?		
Noemer 6.7.2: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij lichte sedatie werd toegepast?		
Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij matige/diepe sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 6.7.3: Wat is het aantal gescreende patiënten met matige/diepe sedatie?		
Noemer 6.7.3: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij matig/diepe sedatie werd toegepast?		
Nam u in het verslagjaar een informed consent af bij patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 6.7.4: Wat is het totaal aantal patiënten met een informed consent?		

[27] Lichte sedatie: door enteraal toegediende of lage dosis parenteraal toegediende farmaca enigszins verlaging van het bewustzijn van de patiënt. De patiënt reageert adequaat en consistent op verbale prikkels, verbale communicatie blijft mogelijk. Cognitieve functies en de coördinatie kunnen verminderd zijn, de respiratoire en cardiovasculaire functies zijn onaangedaan.

[28] Matige sedatie: door farmaca veroorzaakte depressie van het bewustzijn, waarin de patiënt nog steeds

reageert op aanspreken of geringe tactiele prikkels. In dit stadium zijn geen interventies nodig om de luchtweg open te houden, de luchtwegreflexen zijn intact en de ventilatie is adequaat. Diepe sedatie: een door farmaca veroorzaakte bewustzijnsdaling, waarbij de patiënt niet reageert op aanspreken, maar wel reageert op herhaalde of pijnlijke prikkels. De luchtwegreflexen en de ventilatie kunnen verminderd zijn; er kan gemakkelijker een luchtwegobstructie ontstaan.

* Geef toelichting

Was er in uw kliniek dagelijks iemand met een advanced live support (ALS) deskundigheid beschikbaar?

ja nee
*

Voldoen de personen, die procedurele sedatie toepasten, aan de bekwaamheidseisen?

ja nee
*

Werd in het verslagjaar bij matige/diepe sedatie personeel uitsluitend voor bewaking van de patiënt ingezet?

ja nee
*

Had u in het verslagjaar een PSA-praktijk-specialist in dienst?

ja nee
*

• **Indien ja:**

Werd de PSA-praktijk-specialist altijd gesuperviseerd door een bekwaam arts (bijvoorbeeld een anesthesioloog)?

ja nee
*

• **Indien nee:**

Was een bekwaam arts (bijvoorbeeld een anesthesioloog) altijd direct beschikbaar voor overleg en assistentie?

ja nee
*

Toelichting:

4.5.2 Indicator: 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.

* Geef toelichting

Vond er in de vijf jaarvoorafgaand aan het verslagjaar een kwaliteitsvisitatie plaats van de afdeling anesthesiologie in uw instelling door de NVA?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Zijn de anesthesiologen werkzaam in uw instelling (ook) in een andere instelling gevisiteerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		
Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVA?	_ _ _ _ _ _ _ _	
Werden er aanbevelingen gedaan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de zwaarwegende adviezen ^[29] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVA hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[30] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVA hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

[29] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

[30] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

* Geef toelichting

4.6 Pijn na een operatie

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.*

4.6.1 Indicator: Postoperatieve pijn bij dagbehandeling

Deed u in het verslagjaar navraag naar de pijnintensiteit bij patiënten in dagbehandeling op de dag na een ingreep?

 ja

 nee
*

- *Indien ja:*

Teller 4.6.1: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten in dagbehandeling dat werd gebeld en waarmee contact is geweest op de dag na een chirurgische ingreep om navraag te doen naar de pijnintensiteit?

Noemer 4.6.1: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten in dagbehandeling dat een chirurgische ingreep heeft ondergaan?

Toelichting:

* Geef toelichting

4.7 Registratie implantaten

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

4.7.1 Indicator: Implantatenregistratie

Gebruikte uw instelling implantaten in het verslagjaar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Indien ja, welke? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> Borstimplantaten <input type="checkbox"/> Gynaecologische implantaten <input type="checkbox"/> Oogheelkundige implantaten <input type="checkbox"/> Orthopedisch implantaat, namelijk <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: *
Toelichting	
Indien uw instelling orthopedische implantaten gebruikte, beschikte u in uw instelling over de mogelijkheid om tijdens of kort na het plaatsen van een implantaat in de instelling een röntgenfoto te maken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem voor implantaten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:	
Indien ja, welke? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> LROI <input type="checkbox"/> Een landelijk registratiesysteem van de wetenschappelijke vereniging <input type="checkbox"/> Een eigen elektronisch registratiesysteem <input type="checkbox"/> Een eigen papieren registratiesysteem <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: *
Toelichting:	

* Geef toelichting

4.8 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe

Antibioticaprofylaxe draagt bij aan het verhinderen van postoperatieve wondinfecties (POWI). In de periode 2001 tot en met 2010 kreeg 3,0 procent van de patiënten die geopereerd werden een postoperatieve wondinfectie^[31]. Postoperatieve wondinfecties kunnen ernstige gevolgen hebben voor de patiënt.

Alle patiënten die geopereerd worden en waarvoor antibioticaprofylaxe is geïndiceerd, dienen het juiste middel, op het juiste tijdstip toegediend te krijgen. Op deze wijze is het mogelijk een optimale antibioticaspiegel tijdens de operatie te borgen en is de effectiviteit het grootst.

Het nut van antibioticaprofylaxe is aangetoond voor een groot aantal ingrepen. In het algemeen is het gebruik geïndiceerd bij operaties bij een verhoogd infectierisico of als een infectie leidt tot ernstige patiëntschade.

Het optimale moment van toedienen ligt rond 30 minuten voor de incisie. Zo wordt er voor gezorgd dat tijdens de operatie een goede concentratie van het antibioticum in de weefsels aanwezig is waarvan inmiddels klassiek te noemen onderzoek het belang heeft aangetoond^[32,33,34].

Profylaxe die langer dan een uur voor de operatie wordt gegeven, leidt tot meer wondinfecties^[35] evenals profylaxe gegeven na de incisie^[36,37]. Het tijdstip waarop profylaxe werd gegeven, bleek de belangrijkste determinant voor het optreden van POWI's bij implantatie van heupprothesen^[38]. Herhalen van de toediening tijdens de operatie is alleen nodig bij operaties die langer dan 4 uur duren en operaties met veel bloedverlies (meer dan twee liter bij volwassenen). De vastgestelde norm voor de toediening van antibioticaprofylaxe is 15-60 minuten voor incisie (of bloedleegte).

In de (geautomatiseerde) OK/anesthesielijst dient volgens de richtlijn Peroperatief proces te zijn opgenomen op welk tijdstip de toediening en incisie hebben plaatsgevonden^[39]. Binnen het VMS Veiligheidsprogramma is een praktijkgids Voorkomen van wondinfecties na een operatie (2009) ontwikkeld, waarin voor antibioticaprofylaxe de procedure staat beschreven.

Een overzicht van de mogelijk te gebruiken antibiotica en ATC codes staat op de website van het Farmaceutisch Kompas (www.fk.cvz.nl). Instellingen maken hieruit een eigen, beperkte keuze.

- *Indicatoroperaties*
 - *Orthopedie: totale heupprothese (CTG code 38567).*
 - *Orthopedie: totale knieprothese (CTG code 38663).*

[31] www.prezies.nl/zkhs/powi/ref_cijfers.

[32] Dipiro 1984.

[33] Burke 1961

[34] Stone 1976.

[35] Galandiuk 1989

[36] Clasen 1992

[37] Lizan-Garcia 1997

[38] Kasteren 2007

[39] Richtlijn Peroperatief Traject (2011)

4.8.1

Indicator:

Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe

Is het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe in het verslagjaar bekend?

ja

nee
*

Selectiecriteria:

Teller 4.8.1: aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar en waarbij tussen de 15:00-59:59 minuten voor de incisie (of bloedleegte) de voorgeschreven antibioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt.

Noemer 4.8.1: het totaal aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar.

Percentage tijdig toegediende antibiotica-
% profylaxe (wordt automatisch berekend):

%

Percentage indicatoroperaties waarbij
% antibioticaprofylaxe is gegeven
(wordt automatisch berekend):

%

Toelichting

* Geef
toelichting

5 Specifieke ingrepen

5.1 Oogheelkundige ingrepen

5.1.1 Refractiechirurgie

5.1.1.1 Indicator: 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.

Vond er in het verslagjaar een kwaliteits-
visitatie plaats in uw instelling door het
NOG?

ja nee
*

Zijn de refractiechirurgen werkzaam in uw
instelling (ook) in een andere instelling
gevisiteerd?

ja nee
*

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja nee
*

Werden er zwaar wegende adviezen
gegeven?

ja nee
*

Werden de zwaarwegende adviezen^[40]
aantoonbaar binnen de daarvoor
geldende termijn uitgevoerd?

ja nee
*

Heeft u van het NOG hiervoor een
positieve terugkoppeling gehad?

ja nee
*

* Geef
toelichting

[40] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn,

maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[41] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van het NOG hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		
Verkregen alle in uw instelling werkzame refractiechirurgen een certificaat van het NOG?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
<ul style="list-style-type: none"> • Indien nee: 		
Vond vervolgisitatie binnen 1 jaar plaats?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

**5.1.1.2 Indicator:
Laserapparatuur**

Uit het inspectierapport '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 vragen gesteld over 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.

Beschikte u aantoonbaar over een validatierapport van de laserapparatuur?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
---	-----------------------------	-----------------------------------

[41] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

* Geef toelichting

- *Indien ja:*

Wat is de datum van het laatste onderhoud?

Toelichting:

5.1.1.3 Indicator: Infectierisico na refractiechirurgie

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na refractiechirurgie?

 ja

 nee
*

Teller 5.1.1: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na refractiechirurgie?

Noemer 5.1.1: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij refractie chirurgische ingrepen werd uitgevoerd?

Toelichting:

5.1.2 Cataractoperatie

Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) heeft met de landelijke Kwaliteitsregistratie Cataract een instrument in handen waarmee de uitkomsten van cataractoperaties kunnen worden vergeleken en benchmarking mogelijk is. Om kwaliteit van cataractchirurgie te verbeteren is het noodzakelijk dat iedere chirurg zich spiegelt aan de kwaliteit van anderen. Het belang van dataregistratie en medical auditing op basis van de verzamelde gegevens is onomstreden. Een complete registratie is daarbij onontbeerlijk en thans wordt slechts ongeveer 50% van de resultaten van cataractoperaties ingevoerd in de nationale database.

5.1.2.1 Indicator: Cataractregistratie

Uitvraag naar deelname in het landelijke NOG registratiesysteem betekent derhalve impliciet dat hiermee wordt gevraagd naar de bereidheid van de individuele specialist tot benchmarking en dit is onderscheidend in het streven naar kwaliteit.

Voor een patiënt betekent dit dat zijn/haar behandelaar diens kwaliteit vergelijkt met de door anderen geleverde kwaliteit en uit literatuur is bekend dat benchmarking een kwaliteitsverhogend effect heeft. Wat immers niet wenselijk is, is de situatie dat door een individuele beroepsbeoefenaar niet gekeken

* Geef toelichting

wordt hoe een nog beter resultaat kan worden bereikt en wat bepalend is bij anderen voor tevredenheid van patiënten na een staaroperatie.

De oogarts registreert na afsluiting van de operatie en de follow-up (4-6 weken). Het feitelijk aantal verrichte operaties door die oogarts is herleidbaar uit de Vectris data.

- Inclusie criterium:
 - Alle cataract operaties.

Voerde u, in het verslagjaar, patiënten in in het landelijke NOG registratiesysteem?

ja

nee
*

Toelichting:

Teller 5.1.1: Wat is in het verslagjaar het aantal cataractoperaties, dat is ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem?

Noemer 5.1.1: Wat is in het verslagjaar het aantal cataractoperaties?

5.1.2.2 Indicator: Visitatie door NOG

Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) toetst middels een visitatie volgens objectieve criteria of een oogarts aan vastgestelde normen voldoet. Als een oogarts door het NOG is gevisiteerd en de verbetermaatregelen zijn uitgevoerd, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

Vond er in het verslagjaar een kwaliteits-visitatie plaats in uw instelling door het NOG?

ja

nee
*

Zijn de refractiechirurgen werkzaam in uw instelling (ook) in een andere instelling gevisiteerd?

ja

nee
*

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja

nee
*

* Geef toelichting

Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de zwaarwegende adviezen ^[42] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van het NOG hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[43] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van het NOG hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

**5.1.2.3 Indicator:
Infectierisico na cataractoperatie**

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een cataractoperatie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 5.1.1: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een cataractoperatie?		
Noemer 5.1.1: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij een cataractoperatie werd uitgevoerd?		
Toelichting:		

[42] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[43] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

* Geef toelichting

5.2 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.

5.2.1 Indicator: 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.

Vond er in het verslagjaar een kwaliteits- visitatie plaats in uw kliniek door de NOV?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Zijn de orthopedisch chirurgen werkzaam in uw kliniek (ook) in een andere instelling gevisiteerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		
Wat is de datum van de laatste visitatie in uw kliniek door de NOV?	_ _ _ _ _ _ _ _	
Werden er aanbevelingen gedaan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de zwaarwegende adviezen ^[44] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *

* Geef
toelichting

[44] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn,

maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

Heeft u van de NOV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad? ja nee *

Werden er voorwaarden gesteld? ja nee *

Werden de voorwaarden^[45] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd? ja nee *

Heeft u van de NOV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad? ja nee *

Toelichting:

5.2.2 Indicator: Richtlijn of protocol 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 posttrombotische veneuze insufficiëntie.

Was er in het verslagjaar een richtlijn aantoonbaar aanwezig voor tromboseprofylaxe bij een operatie voor een totale heupprothese? ja nee *

Was er in het verslagjaar een richtlijn aantoonbaar aanwezig voor tromboseprofylaxe bij een operatie voor een totale knieprothese? ja nee *

Toelichting:

[45] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

* Geef toelichting

5.2.3

Indicator:

Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie na een totale heupprothese

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten dat medicamenteuze tromboseprofylaxe heeft gehad?

ja

nee
*

- *Indien ja:*

Teller 5.2.1: Wat is het aantal patiënten in het verslagjaar dat medicamenteuze tromboseprofylaxe kreeg tromboseprofylaxe kreeg gedurende 4-5 weken na de operatie^[46] in geval van een totale heupprothese?

Noemer 5.2.1: Wat is het aantal patiënten in het verslagjaar dat een initiële operatie onderging voor een totale heupprothese?

Toelichting:

5.2.4

Indicator:

Infectierisico na een totale heupprothese

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met postoperatieve infectie na een totale heupprothese?

ja

nee
*

Teller 5.2.2: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met postoperatieve infectie na een totale heupprothese?

Noemer 5.2.2: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten dat een operatie onderging voor een totale heupprothese?

Toelichting:

* Geef toelichting

[46] NOV. Richtlijn Totale Heupprothese. 2010

5.2.5 Indicator: 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 zelfstandige 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.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal uitgevoerde arthroscopieën in uw instelling

ja

nee
*

- Indien ja:

Noemer 5.2.3: Hoeveel arthroscopieën werden er in uw instelling uitgevoerd in het verslagjaar?

Toelichting:

5.2.6 Indicator: Ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden

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.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal heroperaties dat **binnen twaalf maanden na de initiële** operatie heeft plaatsgevonden bij patiënten met een arthroscopie?

ja

nee
*

* Geef toelichting

Teller 5.2.3: Wat is het totaal aantal ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden in het verslagjaar?

Noemer 5.2.4: Wat is het totaal aantal patiënten dat een **initiële operatie** onderging voor een arthroscopie in het verslagjaar?

Toelichting:

5.3 Plastische chirurgie, cosmetische behandelingen en rimpelvullers

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 rimpelvullers. 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 rimpelvullers. De meeste veldnormen zijn nog in ontwikkeling. De veldnormen voor bovenooglidcorrectie, labiareductie (schaamlip-verkleining), mammaaugmentatie (borstvergroting) en mamma-reductie (borstverkleining) zijn ontwikkeld en beschikbaar op de site van de NVPC (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.

5.3.1 Indicator: Resultaat van de cosmetische ingreep

Eén van de veldnormen die al is ontwikkeld, 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 worden voldaan. De foto wordt digitaal opgeslagen.

Voerde u in het verslagjaar borstvergrotingen uit? ja nee

Was er in het verslagjaar sprake van een digitale foto-opslag van patiënten voorafgaand aan een borstvergroting? ja, voor de ingreep
 nee
*

Voerde u in het verslagjaar ooglidcorrecties uit? ja nee

Was er in het verslagjaar sprake van een digitale foto-opslag van patiënten voorafgaand aan een ooglidcorrectie? ja, voor de ingreep
 nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

- **Indien ja:**

Teller 5.3.1: Wat was het aantal patiënten met een borstvergroting **en** een digitaal opgeslagen foto gemaakt voorafgaand aan de ingreep in het verslagjaar?

Teller 5.3. 2: Wat is het aantal patiënten met een ooglidcorrectie **en** een digitaal opgeslagen foto gemaakt voorafgaand aan de ingreep in het verslagjaar?

Noemer 5.3.1: Wat was het totaal aantal patiënten met een borstvergroting in het verslagjaar?

Noemer 5.3 2: wat is het totaal aantal patiënten met een ooglidcorrectie in het verslagjaar?

Toelichting:

5.3.2 Indicator: 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.

Waren alle, in het verslagjaar, in uw instelling werkzame artsen bij een wetenschappelijke vereniging aangesloten?

ja nee
*

Indien ja, geef aan welke:

- NVDV
- NVKNO
- NVPC
- NOG
- NVCG
- Anders, namelijk:

* Geef toelichting

Vond er in het verslagjaar een kwaliteits- visitatie plaats in uw kliniek door de relevante wetenschappelijke vereniging?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Zijn de artsen werkzaam in uw kliniek (ook in een andere instelling gevisiteerd)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Wat is de datum van de laatste visitatie in uw kliniek door uw beroepsvereniging?	____	
Werden er aanbevelingen gedaan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de zwaarwegende adviezen ^[47] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van uw beroepsvereniging hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[48] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van uw beroepsvereniging hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

[47] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[48] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

* Geef
toelichting

5.3.3

Indicator: 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 peroperatieve zorg, suboptimale indicatiestelling).

- Inslusie 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.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal ongeplande heroperaties dat binnen twaalf maanden na de initiële operatie heeft plaatsgevonden bij patiënten die een cosmetische ingreep ondergingen?

ja

nee
*

Teller 5.3.2: Wat is, in het verslagjaar, het aantal ongeplande heroperaties dat binnen twaalf maanden na de initiële operatie plaatsvond bij patiënten die een cosmetische ingreep hebben ondergaan?

Noemer 5.3.2: Wat is, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten dat een initiële operatie onderging voor een cosmetische ingreep?

Toelichting:

5.3.4

Indicator: Infectierisico na een cosmetische ingreep

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een cosmetische ingreep?

ja

nee
*

* Geef toelichting

Teller 5.3.3: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een cosmetische ingreep?

Noemer 5.3.3: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij een cosmetische ingreep werd uitgevoerd?

Toelichting:

5.3.5 Indicator: Registratie rimpelvullers

Door een register bij te houden kunnen problemen met een rimpelvuller voortijdig worden erkend en patiënten zonodig actief worden opgespoord. Tevens dient ook de patiënt te beschikken over relevante gegevens middels een zogenaamd productpaspoort.

Gebruikte uw instelling rimpelvullers in het verslagjaar?

ja nee
*

• Indien ja, welke? (meerdere antwoorden mogelijk)

Niet permanente rimpelvullers
 Permanente rimpelvullers
 Anders, namelijk
*

Toelichting:

Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem (track en trace) voor rimpelvullers?

ja nee
*

Toelichting:

• Indien ja, welke? (meerdere antwoorden mogelijk)

Een eigen elektronisch registratiesysteem
 Een eigen papieren registratiesysteem
 Anders, namelijk

Verstrekt u aan uw patiënten een productpaspoort met relevante gegevens omtrent de lot en chargenummers van de toegepaste rimpelvuller(s)?

ja nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

5.3.6

Indicator: Explantatie borstimplantaten

Infectie van borstimplantaten leidt tot extra, mogelijk voorkombare, opnames voor antibiotische behandeling en regelmatig tot explantatie van borstimplantaten en dus een extra operatie. Na een periode van herstel (ongeveer 3 maanden) kan vervolgens de reconstructie of augmentatie opnieuw worden uitgevoerd. Infectie van borstimplantaten komt vaker voor in het geval van bilateraal opereren, obesitas, bestraling, roken en suikerziekte.

Voorzorgsmaatregelen om infectie te voorkomen zijn in te delen in maatregelen rond de operatiekamer: OK-klasse 1, deur beleid op de operatiekamer en tijdige antibiotische profylaxe. Daarnaast zijn er operatieve maatregelen zoals no-touch technieken, extra aandacht voor steriliteit en voorkomen van hypothermie van de patiënt.

Het is wenselijk het aantal explantaties ten gevolge van infectie tot een minimum te reduceren.

De indicator omvat explantaties voor alle oorzaken binnen de postoperatieve termijn van 60 dagen na een cosmetische ingreep. De oorzaak van de explantatie is dus géén exclusie criterium.

- *Inclusie criterium:*
 - *Cosmetische augmentaties.**
- *Exclusie criterium:*
 - *Borstreconstructieve casus vallen niet onder deze indicator en zijn geëxcludeerd.*

** De gemeten eenheid is het aantal prothesen. Zorgactiviteit: 390q1, 390q2 (DBC boom plastische chirurgie).*

Registreerde u in het verslagjaar het aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een borstaugmentatie met prothesen voor cosmetische doeleinden?

 ja nee
*

Teller 5.3.4: Wat was het aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een borstaugmentatie met prothese(n) voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar?

Noemer 5.3.4: Wat was het aantal geplaatste prothesen voor augmentatie voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar?

Toelichting

* Geef toelichting

5.4 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 langer. Adolescente (kinderen van 14 jaar en ouder) komen in aanmerking voor chirurgische behandeling bij extreme obesitas en obesitasgerelateerde comorbiditeit.

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.

5.4.1 Indicator: Aantal bariatrische ingrepen

Wat is het totaal aantal patiënten waarbij een maagballon is geplaatst in het verslagjaar?

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij bariatrische chirurgie werd uitgevoerd?

ja

nee
*

Teller 5.4.1: Wat is het totaal aantal patiënten ≥ 18 jaar in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd?

Teller 5.4.2: Wat is het totaal aantal patiënten ≥ 14 jaar maar < 18 jaar in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd?

Teller 5.4.3: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij een maagband werd geplaatst?

Teller 5.4.4: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij een gastric bypass werd uitgevoerd?

* Geef toelichting

Teller 5.4.5: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij een sleeve resectie werd uitgevoerd?

Noemer 5.4.1: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie werd uitgevoerd?

**5.4.2 Indicator:
Samenstelling multidisciplinair team**

Chirurgie bij obesitas wordt 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.

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

Chirurg	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Anesthesioloog	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Diëtist	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Psycholoog	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Internist	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
MDL-arts	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Praktijkverpleegkundige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *

Toelichting:

* Geef toelichting

5.4.3 Indicator: Percentage postoperatieve controles

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.

Beschikte u over een postoperatief programma in het verslagjaar?

ja

nee
*

• Indien ja:

Teller 5.4.6: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij postoperatieve controle plaatsvond na 24 maanden? (d.w.z. patiënten die in 2013 zijn geopereerd en in 2015 nog voor FU kwamen)

Noemer 5.4.2: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij in 2013 bariatrische chirurgie werd uitgevoerd?

5.4.4 Indicator: Infectierisico na een bariatrische ingreep

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een bariatrische ingreep?

ja

nee
*

Teller 5.4.7: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met postoperatieve infectie na een bariatrische ingreep?

* Geef toelichting

Noemer 5.4.3: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij een bariatrische ingreep werd uitgevoerd?

Toelichting:

5.5 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 huidaanshangsels, 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 moedervlekken.
- 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.

5.5.1

**Indicator:
Dermatologische behandelingen**

Welke behandelingen werden in het verslagjaar in uw instelling uitgevoerd?
Er zijn meerdere antwoorden mogelijk:

Algemene dermatologie
(zoals psoriasis, eczeem)

ja nee
*

Dermato-oncologie

ja nee
*

Werkt u daarbij samen met een
ziekenhuis met oncologische expertise?

ja nee
*

Dermatochirurgie (medisch)

ja nee
*

Cosmetische dermatochirurgie
(zoals liposculptuur)

ja nee
*

Proctologie

ja nee
*

Flebologie C1- C2**

ja nee
*

C3- C6**

ja nee
*

Toelichting:

**CEAP-klassificatie.

5.5.2

**Indicator:
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.

Waren alle in uw instelling werkzame
huidartsen aangesloten bij de NVDV?

ja nee
*

* Geef
toelichting

Vond er in het verslagjaar een kwaliteits- visitatieplaats in uw instelling door de NVDV?	<input type="checkbox"/> ja, als lid van de NVDV <input type="checkbox"/> ja, op aanvraag <input type="checkbox"/> nee *
Zijn de huidartsen werkzaam in uw instelling (ook) in een andere instelling gevisiteerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:	
Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVDV?	____ ____ _____
Werden er aanbevelingen gedaan?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden de zwaarwegende adviezen ^[49] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVDV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[50] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVDV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:	

[49] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[50] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

* Geef
toelichting

5.6 Keel- neus- oorheekunde

Per jaar worden in Nederland ruim 40.000 patiënten geopereerd aan tonsillen en ruim 20.000 aan het adenoïd. Dit is ongeveer 25% van een geboorte-cohort. Het merendeel van deze ingrepen wordt bij kinderen verricht. Er is internationaal en nationaal een grote spreiding ten aanzien van de incidentie van ingrepen aan adenoïd en tonsillen. Het verschijnen van de resultaten van de NATAN-trial (Netherlands Adenotonsillectomy Tonsillectomy Adenotomie Nederland) heeft in de landelijke media veel discussie veroorzaakt over dit onderwerp. Hierdoor is er onrust ontstaan in de spreekkamer van de huisarts, KNO-arts en kinderarts rondom de indicatiestelling van deze ingreep.

Bovengenoemde overwegingen waren voor de Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied aanleiding een multidisciplinaire, ‘evidence-based’ richtlijn te ontwikkelen voor het beleid bij ziekten van adenoïd en tonsillen in de tweede lijn.

Deze richtlijn kwam uit in 2007^[51], is in 2014 herzien en is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. De richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming, gericht op het vaststellen van goed medisch handelen. Hiermee geeft de richtlijn de KNO-arts handvatten om die patiënten te identificeren die in aanmerking komen voor een (adeno) tonsillectomie.

Deze ontwikkeling illustreert dat wanneer er meer wetenschappelijk onderzoek voor handen is de richtlijnen, op basis van dit onderzoek, een beter gedefinieerd indicatiegebied voorschrijven. Wanneer dit indicatiegebied smaller is dan voorheen dan zal, zoals bij de tonsillectomie, het aantal verrichtingen afnemen. Dit is een voorwaarde voor een kwaliteitscyclus.

De NVKNO vindt het belangrijk dat alle ziekenhuizen de richtlijn implementeren. De mate van implementatie wordt getoetst door het uitvragen van twee indicatoren die betrekking hebben op de indicatiestelling. In de volgende indicatorset zal de inspectie vragen naar de aantallen infecties of apneu's.

5.6.1 Indicator: Registratie infecties voor indicatiestelling

Volgens de aanbeveling in de richtlijn is bij kinderen met zeer frequent recidiverende tonsillitiden (7 of meer tonsillitiden per jaar of 5 tonsillitiden per jaar in de afgelopen twee jaar) (adeno)tonsillectomie geïndiceerd.

Bij kinderen met frequent recidiverende tonsillitiden (4 tot 6 tonsillitiden per jaar) met ernstige morbiditeit kan een (adeno)tonsillectomie worden overwogen.

Bij kinderen met minder ernstige of minder frequente klachten is een afwachtend beleid geïndiceerd.

[51] Nederlandse vereniging voor Keel-Neus-Oorheekunde en Heelkunde van het Hoofdhals-

gebied. Richtlijn Ziekten van Adenoïd en Tonsillen in de tweede lijn. 2007.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal infecties dat het kind heeft doorgemaakt voorafgaande aan de indicatiestelling?

ja

nee
*

Toelichting:

5.6.2

Indicator:

Registratie apneu's voor indicatiestelling

Volgens de aanbevelingen in de richtlijn is bij kinderen met verdenking op OSAS een (adeno) tonsillectomie geïndiceerd.

Registreerde u in het verslagjaar of het wel of geen apneu's heeft voorafgaande aan de indicatiestelling?

ja

nee
*

Toelichting:

5.6.3

Indicator:

Visitatie door NVKNO

De Nederlandse Vereniging voor Keel-, neus, oorheelkunde (NVKNO) toetst middels een visitatie volgens objectieve criteria of een KNO arts aan vastgestelde normen voldoet. Als een KNO arts door de NVKNO is gevisiteerd en voldoet aan de voorwaarden van de NVKNO, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

Waren alle in uw instelling werkzame KNO artsen aangesloten bij de NVKNO?

ja

nee
*

Vond er in het verslagjaar een kwaliteits-visitatie plaats in uw instelling door de NVKNO?

ja

nee
*

Zijn de KNO artsen werkzaam in uw instelling (ook) in een andere instelling gevisiteerd?

ja

nee
*

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVKNO?

* Geef toelichting

Werden er aanbevelingen gedaan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de zwaarwegende adviezen ^[52] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVKNO hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[53] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVKNO hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

* Geef toelichting

[52] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[53] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

6 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. Centra waar beeldvormend en biometrisch onderzoek wordt uitgevoerd worden gevraagd de indicatoren in te vullen.

6.1 Indicator: Diagnostisch onderzoek

Verrichtte uw medisch diagnostisch centrum in het verslagjaar diagnostisch (beeldvormend of biometrisch) onderzoek?

 ja

 nee
*

Toelichting:

- *Indien ja, was dat (meerdere antwoorden mogelijk):*

- Cardiologisch onderzoek
- Maag-, darm-, leveronderzoek
- Spirometrie
- (Histamine)provocatietest
- Inspanningstest
- Bronchoscopie
- Anders, namelijk:

Toelichting:

* Geef toelichting

6.2 Totaal aantal patiënten en beeldvormende of biometrische verrichtingen

Om een beeld te krijgen van het aantal patiënten waarbij beeldvormend en biometrische verrichtingen plaats vindt door medisch diagnostische centra wordt het totaal aantal patiënten en verrichtingen gevraagd.

6.2.1 Indicator: Totaal aantal patiënten en beeldvormend of biometrische verrichtingen

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij binnen uw centrum diagnostisch (beeldvormend of biometrisch) onderzoek plaats vond?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
--	-----------------------------	-----------------------------------

- *Indien ja:*

Noemer 6.1.1: Wat is het **totaal aantal** patiënten in het verslagjaar?

Registreerde u in het verslagjaar het aantal diagnostische (beeldvormend of biometrisch) onderzoeken dat in uw centrum werd uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
---	-----------------------------	-----------------------------------

- *Indien ja:*

Noemer 6.1.2: Wat is het **totaal aantal** diagnostische (beeldvormend of biometrisch) onderzoeken in het verslagjaar?

Toelichting:

Voerde u naast de diagnostische verrichtingen ook behandelingen uit? Indien ja: was dit medicamenteus of invasief?	<input type="checkbox"/> ja, diagnostische verrichtingen en behandelingen
	<input type="checkbox"/> nee, alleen diagnostische verrichtingen

Indien ja:
(meer antwoorden mogelijk)

- Medicamenteuze behandeling
- Invasieve behandeling
- Anders, namelijk:

* Geef toelichting

Toelichting:

6.2.2 Indicator: Invasieve onderzoeken

Binnen het totale aantal onderzoeken kan een onderscheid gemaakt worden in invasieve en niet invasieve onderzoeken.

Voerde uw centrum het verslagjaar
invasieve onderzoeken uit? ja nee

Registreerde u in het verslagjaar het aantal
invasieve onderzoeken dat in uw centrum
werd uitgevoerd? ja nee
*

- Indien ja:

Noemer 6.2.1: Wat is het **totaal aantal**
invasieve onderzoeken in het verslagjaar?

Toelichting:

* Geef
toelichting

6.3 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 of een anesthesioloog als deze de anesthesie toedient.

6.3.1 Indicator: 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 Society of Anesthesiologists). 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.

Registreerde uw instelling de ASA-klasse in het verslagjaar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<ul style="list-style-type: none">Indien ja:		
Kunt u onderscheid maken naar ASA-klasse?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Indien ja, wat is het aantal patiënten dat het centrum in het verslagjaar heeft behandeld in:	___ Teller 6.3.1: ASA-klasse 1 ___ Teller 6.3.2: ASA-klasse 2 ___ Teller 6.3.3: ASA-klasse 3 en hoger ___ Teller 6.3.4: ASA onbekend	
Toelichting (optioneel):		

6.3.2**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.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35?

 ja nee

- *Indien ja:*

Teller 4.2.5: Wat is het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 in het verslagjaar?

6.4 Kwetsbare groepen

Kinderen en ouderen vormen kwetsbare groepen, die in sommige opzichten specifiek beleid vereisen.

Invasieve behandelingen van kinderen kunnen naar het oordeel van de inspectie alleen onder duidelijke voorwaarden^[54] in een particuliere kliniek dienen te worden verricht. Voor ouderen geldt dat elke geplande ingreep al vooraf door screening het risico op een delirium wordt vastgelegd. Indien een patiënt als risicopatiënt wordt beschouwd, kan deze patiënt niet in een particuliere kliniek worden behandeld en dient er gericht te worden doorverwezen naar een ziekenhuis.

6.4.1 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 flapoorcorrecties en chronische huidaandoeningen worden behandeld in particuliere klinieken. Bij ouderen neemt het risico op bijvoorbeeld een delirium toe.

Behandelde u in het verslagjaar patiënten jonger dan 18 jaar?

ja

nee

Behandelde u in het verslagjaar patiënten ouder dan 70 jaar?

ja

nee

Teller 6.4.1: Hoeveel patiënten jonger dan 18 jaar (<18 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

Teller 6.4.2: Hoeveel patiënten in de leeftijd van 18 jaar tot 70 jaar werden in het verslagjaar behandeld?

Teller 6.4.3: Hoeveel patiënten in de leeftijd van 70 jaar en ouder (≥ 70 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

Teller 6.4.4: Hoeveel patiënten waarvan de leeftijd onbekend was werden in het verslagjaar behandeld?

[54] Anesthesiologische zorgverlening aan en ingrepen bij kinderen (2009), NVA.

**6.4.2 Indicator:
Deliriumbeleid**

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)^[55]. 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 ^[56]. Doordat de predisponerende factoren al voor opname bekend zijn, biedt dit model aangrijpingspunten voor preventie.

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 (NVIC 2010 en NVKG 2013) 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 (NVIC, 2010). Het gebruik van een systematische inventarisatie voor de detectie van het risico op delirium, gericht op primaire preventie.

Adviezen voor het consulteren van gespecialiseerd personeel.

Beschikte u in het verslagjaar over een deliriumprotocol dat voldoet aan bovenstaande beschrijving?

ja nee
*

Toelichting

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

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

* Geef toelichting

6.4.3 **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). Alcohol-misbruik 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 of mantelzorger.

Hoe wordt voor deze indicator het risico bepaald?

Geselecteerd worden alle patiënten van 70 jaar en ouder. Bij elke invasieve behandeling of onderzoek 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. Ook bij het uitvoeren van invasieve behandelingen of onderzoeken die geen opname inhouden, dient deze screening (indien relevant) plaats te vinden. Van een verhoogd risico is sprake bij een of meer positieve antwoorden. Bij een positieve uitkomst dient de patiënt vervolgens als risicopatiënt te worden beschouwd. Deze patiënten kunnen vervolgens niet in een particuliere kliniek worden behandeld.

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 6.4.5: Wat is het totaal aantal gescreende patiënten in het verslagjaar met een verhoogd risico bij pre-operatieve screening?

Teller 6.4.6: Wat is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder in het verslagjaar waar bij pre-operatieve screening een risicoscore is vastgelegd in het medisch dossier?

* Geef toelichting

6.5 Visitatie door NVVC

6.5.1 Indicator: 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.

Waren in uw centrum in het verslagjaar cardiologen werkzaam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Waren de in uw centrum werkzame cardiologen aangesloten bij de NVVC?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Vond er in het verslagjaar een kwaliteits-visitatie plaats in uw centrum door de NVVC?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Zijn de cardiologen werkzaam in uw centrum (ook) in een andere instelling gevisiteerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		
Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVVC?	_ _ _ _ _ _ _	
Werden er aanbevelingen gedaan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de zwaarwegende adviezen ^[57] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *

* Geef toelichting

[57] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn,

maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

Heeft u van de NVVC hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[58] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVVC hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

[58] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

* Geef toelichting

6.6 Visitatie door NVMDL

6.6.1 Indicator: Visitatie door NVMDL

De Nederlandse Vereniging voor Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) toetst middels een visitatie volgens objectieve criteria of een MDL-arts of internist^[59] die endoscopieën uitvoert aan vastgestelde normen voldoet.

Als een MDL-arts of internist door de NVMDL is gevisiteerd en voldoet aan de voorwaarden van de NVMDL, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

Waren in uw centrum in het verslagjaar MDL-artsen werkzaam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Waren in uw centrum in het verslagjaar internisten werkzaam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Waren de in uw centrum werkzame MDL-artsen aangesloten bij de NVMDL?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Waren de in uw centrum werkzame internisten aangesloten bij de NIV?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Vond er in het verslagjaar een kwaliteits-visitatie van MDL-artsen plaats in uw centrum door de NVMDL?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Vond er in het verslagjaar een kwaliteits-visitatie van internisten plaats in uw centrum door de NVMDL?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Zijn de MDL-artsen werkzaam in uw centrum (ook) in een andere instelling gevisiteerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Zijn de internisten werkzaam in uw centrum (ook) in een andere instelling gevisiteerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

[59] Betreft uitsluitend visitatie door de NVMDL van internisten die endoscopieën uitvoeren in diagnostische centra vallende onder de geformuleerde doelgroep van particuliere klinieken.

* Geef toelichting

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVMDL?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Werden er aanbevelingen gedaan?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden de zwaarwegende adviezen ^[60] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVMDL hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[61] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVMDL hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:	

**6.6.2 Indicator:
Uitvoering Time-out procedure bij endoscopische verrichtingen**

Een Time-out procedure (TOP) is het laatste (gestandaardiseerde) controlemoment voor de start van een ingreep. Het is een soort identificatie- en verificatieprocedure waarbij gelet wordt op de: juiste patiënt, juiste plaats, juiste ingreep, juiste benodigheden en het juiste materiaal. Deze procedure kan plaatsvinden op meerdere momenten in het proces.

[60] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

[61] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

* Geef toelichting

Voorwaarde aan de procedure zijn:

- De TOP wordt uitgevoerd in aanwezigheid van een wakkere^[62] patiënt;
- De TOP wordt uitgevoerd door de arts die de endoscopie verricht en in aanwezigheid van de verpleegkundige(n) die assisteert(eren).
- De vragen worden hardop gesteld en in aanwezigheid van de arts, de verpleegkundige en de wakkere patiënt beantwoord.
- De wijze van uitvoering van de TOP is uniform (via een papieren vragenlijst of met behulp van een poster op de muur etc.).

• Definitie:

- Endoscopische verrichting: diagnostische en therapeutische colonoscopie, gastroduodenoscopie, sigmoïdoscopie, ERCP, enteroscopie (balloon-assisted enteroscopie) en endo-echografie.
- Een patiënt die in het verslagjaar meerdere endoscopische verrichtingen ondergaat, moet iedere zitting opnieuw meegerekend worden.

Werden er, in het verslagjaar, in uw centrum endoscopische verrichtingen uitgevoerd?

ja

nee
*

Legde u, in het verslagjaar, in een digitaal verslagstelsel vast dat de uitvoering van de TOP volledig was doorlopen?

ja

nee
*

Teller 6.6.1: aantal endoscopische verrichtingen waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting.

Noemer 6.6.1: totaal aantal uitgevoerde endoscopische verrichtingen.

Toelichting:

6.6.3 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

[62] Bij een comateuze patiënt kan de TOP dus niet volledig uitgevoerd worden. Indien anesthesie wordt toegediend, dient de TOP op de operatiekamer, vóór de start van de narcose, plaats te vinden.

* Geef toelichting

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.^[63]

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.

Was er in het verslagjaar sprake van een digitale verslaglegging van de verrichtte endoscopische procedure (inclusief beeldmateriaal)?

ja

nee
*

Toelichting:

[63] 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

6.7 Sedatie

6.7.1 Indicator: Procedurele sedatie

Met procedurele sedatie en/of analgesie (PSA) wordt bedoeld het toedienen van een sedativum en/of (sederend) analgeticum in het kader van een pijnlijke, stresserende en/of immobiliteit vereisende diagnostische of therapeutische procedure met de bedoeling om deze procedure

- 1 maximaal comfortabel voor de patiënt te laten verlopen (dit wil zeggen met een maximaal onderdrukken van pijn, stress of angst).*
- 2 dankzij het optimaliseren van het patiëntencomfort bij te dragen aan optimale diagnostische of therapeutische condities.*

Fundamenteel uitgangspunt is dat pijn in principe altijd met een pijnstiller of een pijnstillende techniek bestreden wordt. Sedatie wordt gegeven om angst te verminderen of het bewustzijn zodanig te verlagen, dat de betreffende onaangename procedure veilig uitvoerbaar is.

De Richtlijn Sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer^[64] en het toetsingskader van de Inspectie^[65] liggen ten grondslag aan deze indicator.

PSA kan veilig worden uitgevoerd door niet-anesthesiologen, mits aan een aantal kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden is voldaan. PSA-gerelateerde incidenten komen frequent voor (0,7-51%), maar door tijdig handelen van getrainde niet-anesthesiologen en verpleegkundigen kunnen ze worden opgevangen zonder dat dit tot complicaties hoeft te leiden. Deze training bestaat o.a. uit het aanleren van screening, monitoring, basis luchtwegmanagement en Basic Life Support en, indien matige tot diepe sedatie het doel is, Advanced Life Support.

Aangezien in de praktijk het onderscheid tussen lichte, matige en diepe sedatie niet altijd even scherp is, dient bij problemen of voor overleg altijd een anesthesioloog of een ALS getrainde arts direct beschikbaar te zijn.

Bij matige tot diepe sedatie mag de sedationist geen andere taken hebben. Bij lichte sedatie en/of analgesie mag deze persoon geringe andere, direct te stoppen activiteiten uitvoeren mits het sedatieniveau stabiel is en de bewaking niet uit het oog verloren wordt.

Voor het vaststellen van het risico op problemen dient screening plaats te vinden. Rekening gehouden moet worden met de ASA-classificatie, leeftijd, aard van de procedure, keuze van de medicatie en de competenties van de behandelaar.

De uitvoering van de sedatierichtlijn is belegd bij een lokale “sedatiecommissie” (de PSA commissie). Deze commissie is ingesteld door de raad van bestuur/directie van de instelling en heeft voor de uitvoering voldoende mandaat en middelen om ervoor zorg te dragen dat de uitvoering van PSA plaats vindt volgens de richtlijn en het toetsingskader.

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

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

Zij is belast met de protocolontwikkeling, complicatieregistratie en evaluatie van PSA in samenspraak met hoofdbehandelaar, anesthesioloog, kinderarts en medisch management.

De doelgroep waarop deze indicator betrekking heeft wordt gevormd door alle volwassenen die PSA krijgen toegediend voor een procedure.

Paste u een vorm van anesthesie toe? ja nee

• *Indien ja:*

Paste u lokale anesthesie toe? ja nee

Paste u algehele anesthesie toe? ja nee

Paste u procedurele sedatie toe? ja nee

Indien u procedurele sedatie toepaste:

Werkte u in uw kliniek in het verslagjaar volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie ja nee *

Was er in het verslagjaar in uw instelling een lokale PSA commissie actief? ja nee

Indien er geen lokale PSA commissie actief was:

Was u in het verslagjaar aangesloten bij een externe PSA commissie? ja nee *

Noemer 1: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?

Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn? ja nee *

Teller 6.7.1: Wat was in het verslagjaar het aantal gescreende patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?

* Geef toelichting

Kunt u onderscheid maken in het aantal patiënten waarbij in het verslagjaar lichte sedatie ^[66] of matig/diepe sedatie ^[67] werd toegepast?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
• Indien ja:		
Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij lichte sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 6.7.2: Wat is het aantal gescreende patiënten met lichte sedatie?		
Noemer 6.7.2: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij lichte sedatie werd toegepast?		
Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij matige/diepe sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 6.7.3: Wat is het aantal gescreende patiënten met matige/diepe sedatie?		
Noemer 6.7.3: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij matig/diepe sedatie werd toegepast?		
Nam u in het verslagjaar een informed consent af bij patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 6.7.4: Wat is het totaal aantal patiënten met een informed consent?		

[66] Lichte sedatie: door enteraal toegediende of lage dosis parenteraal toegediende farmaca enigszins verlaging van het bewustzijn van de patiënt. De patiënt reageert adequaat en consistent op verbale prikkels, verbale communicatie blijft mogelijk. Cognitieve functies en de coördinatie kunnen verminderd zijn, de respiratoire en cardiovasculaire functies zijn onaangedaan.

[67] Matige sedatie: door farmaca veroorzaakte depressie van het bewustzijn, waarin de patiënt nog steeds

reageert op aanspreken of geringe tactiele prikkels. In dit stadium zijn geen interventies nodig om de luchtweg open te houden, de luchtwegreflexen zijn intact en de ventilatie is adequaat.

Diepe sedatie: een door farmaca veroorzaakte bewustzijnsdaling, waarbij de patiënt niet reageert op aanspreken, maar wel reageert op herhaalde of pijnlijke prikkels. De luchtwegreflexen en de ventilatie kunnen verminderd zijn; er kan gemakkelijk een luchtwegobstructie ontstaan.

* Geef toelichting

Was er in uw kliniek dagelijks iemand met een advanced live support (ALS) deskundigheid beschikbaar?

 ja

 nee
*

Voldoen de personen, die procedurele sedatie toepasten, aan de bekwaamheidseisen?

 ja

 nee
*

Werd in het verslagjaar bij matige/diepe sedatie personeel uitsluitend voor bewaking van de patiënt ingezet?

 ja

 nee
*

Had u in het verslagjaar een PSA-praktijk-specialist in dienst?

 ja

 nee
*

• *Indien ja:*

Werd de PSA-praktijk-specialist altijd gesuperviseerd door een bekwaam arts (bijvoorbeeld een anesthesioloog)?

 ja

 nee
*

• *Indien nee:*

Was een bekwaam arts (bijvoorbeeld een anesthesioloog) altijd direct beschikbaar voor overleg en assistentie?

 ja

 nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

Indicatoren 2016

1 Algemene en organisatorische vragen

Patiëntgerelateerde factoren als bewaking van het beloop en 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 vereist 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

1.1 Organisatorische vragen

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.

Naam instelling	
Aantal locaties	
Naam locatie (indien van toepassing)	
KvK-nummer	
Vestigingsnummer ^[68]	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Correspondentie emailadres	
Beschikt u over een openbare website?	<input type="checkbox"/> ja, het internetadres is http://
	<input type="checkbox"/> nee

[68] Elke vestiging van een onderneming of rechtspersoon in het Handelsregister heeft een uniek vestigingsnummer van 12 cijfers. Het vestigingsnummer is zicht-

baar in het uittreksel, de adresseselectie, het mutatieabonnement en de bestandsvergelijking.

Behandelde uw instelling patiënten in de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016?

ja nee
*

of

Verrichtte uw medische diagnostisch centrum beeldvormend of biometrisch onderzoek in de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016?

ja nee
*

Toelichting:

Had uw instelling samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis?

ja nee
*

Indien **ja**, kies het ziekenhuis: (bij meerdere ziekenhuizen, kies de belangrijkste)

Lijst van ziekenhuizen

Had uw instelling afspraken met een ziekenhuis waar de patiënt in geval van calamiteiten of complicaties, die niet in de particuliere kliniek of het medisch diagnostisch centrum behandelbaar zijn, terecht kan (gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week)?

ja, schriftelijk vastgelegd met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen
 ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen
 nee
*

Toelichting:

Had uw instelling afspraken met betrekking tot het gebruik van de OK of andere faciliteiten van het ziekenhuis?

ja, schriftelijk vastgelegd met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen
 ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis:
Lijst van ziekenhuizen
 nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

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

Meldpunt Inspectie voor de Gezondheidszorg

Fax: 088-1205001

Email: meldpunt@igz.nl

Adres: Postbus 2680, 3500 GR Utrecht

Meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling

Een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals goed te reageren bij signalen van dit soort geweld. Bijvoorbeeld huisartsen, leerkrachten en medewerkers van jeugdinrichtingen. Sinds 1 juli 2013^[69] zijn beroepskrachten verplicht zo'n meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring. Zie voor meer informatie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/inhoud/meldcode>

Een meldcode beschrijft in 5 stappen wat professionals moeten doen bij vermoedens van geweld. Organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren stellen een eigen meldcode op met daarin in ieder geval deze 5 stappen:

- *Stap 1: In kaart brengen van signalen.*
- *Stap 2: Overleggen met een collega. En eventueel raadplegen van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) of een deskundige op het gebied van letselduiding.*
- *Stap 3: Gesprek met de betrokkene(n).*
- *Stap 4: Wegen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling. En bij twijfel altijd het SHG of AMK raadplegen.*
- *Stap 5: Beslissen over zelf hulp organiseren of melden.*

**1.2 Indicator:
Meldcode kindermishandeling**

Gebruikte uw organisatie in het verslagjaar een meldcode kindermishandeling?

 ja nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

[69] <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/hulp-bieden>

• **Indien ja:**

Welke onderdelen bevatte uw meldcode kindermishandeling, in het verslagjaar?
(Meerdere antwoorden mogelijk)

- Het in kaart brengen van signalen
- Collegiale consultatie en raadplegen
- Advies -en Meldpunt Kindermishandeling
- Een gesprek met de cliënt
- Wegen van de kindermishandeling
- Beslissen: hulp organiseren of melden bij een Advies -en Meldpunt Kindermishandeling
- Anders, namelijk

Toelichting:

Bood uw organisatie, in het verslagjaar, opleidingen of trainingen aan al het personeel aan dat patiëntencontact heeft voor het kunnen hanteren van de meldcode kindermishandeling?

- ja nee
*

Indien ja:

Hoeveel personen in uw organisatie kwamen in het verslagjaar volgens u in aanmerking voor de opleidingen of trainingen voor het kunnen hanteren van de meldcode kindermishandeling?

Indien nee:

Wat is de reden dat uw organisatie de meldcode kindermishandeling in het verslagjaar niet gebruikte?

- Wij hebben geen patiëntcontact
- Reorganisatie/fusie
- Verplichting meldcodes niet bekend
- Urgentie/importantie meldcodes niet ervaren
- Anders, namelijk

Toelichting:

* Geef toelichting

Wanneer verwacht u dat alle, in het verslagjaar, daarvoor in aanmerking komende personen voldoende geschoold zijn in het kunnen hanteren van de meldcode kindermishandeling?

- 2017
 2018
 Onbekend

**1.3 Indicator:
Meldcode huiselijk geweld**

Gebruikte uw organisatie in het verslagjaar een meldcode huiselijk geweld?

- ja nee
*

Toelichting:

Indien ja:

Welke onderdelen bevatte uw meldcode huiselijk geweld in het verslagjaar? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Het in kaart brengen van signalen
 Collegiale consultatie, raadplegen
Veilig thuis: het advies- en meldpunt huiselijk geweld (<http://www.vooreenveiligthuis.nl/veilig-thuis>) en kindermishandeling, of een deskundige op het gebied van letselduiding
 Een gesprek met de betrokkene(n)
 Wegen van het huiselijk geweld
 Beslissen: zelf hulp organiseren of
 Melden
 Anders, namelijk

Toelichting:

Bood uw organisatie, in het verslagjaar, opleidingen of trainingen aan al het personeel dat patiëntencontact heeft voor het kunnen hanteren van de meldcode huiselijk geweld?

- ja nee
*

Indien ja:

Hoeveel personen in uw organisatie kwamen in het verslagjaar volgens u in aanmerking voor de opleidingen of trainingen voor het kunnen hanteren van de meldcode huiselijk geweld?

* Geef toelichting

Indien **nee**:

Wat is de reden dat uw organisatie de meldcode huiselijk geweld in het verslagjaar niet gebruikte?

- Wij hebben geen patiëntcontact
- Reorganisatie/fusie
- Verplichting meldcodes niet bekend
- Urgentie/importantie meldcodes niet ervaren
- Anders, namelijk

Toelichting:

Wanneer verwacht u dat alle, in het verslagjaar, daarvoor in aanmerking komende personen voldoende geschoold zijn in het kunnen hanteren van de meldcode huiselijk geweld?

- 2017
- 2018
- Onbekend

2 Monitoring kwaliteit

Een kliniek of medisch diagnostisch centrum is meer dan een verzameling processen en functies. Een samenhangend beleid, het goed faciliteren van de zorg voor patiënten en een goed kwaliteitsbeleid zijn enkele van de punten die een goede kliniek of medisch diagnostisch centrum kenmerken. Ook heeft een goed kwaliteitsbeleid voor een toezichthouder een ander groot belang. Bij een goed beleid is een instelling beter in staat om kwaliteitsproblemen zelf op te vangen. Een cultuur waarbij open over problemen wordt gepraat en wordt geacteerd verkleint het risico op onverantwoorde zorg.

2.1 Medici en medisch ondersteunend personeel

Een constatering in de voorgaande 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 niet worden beoordeeld en de inhoud van een dergelijke cursus is soms strijdig met de Nederlandse opvattingen. De raad van bestuur/directie blijkt soms onbekend met de risico's van de behandeling en met de organisatorische voorwaarden daarvoor. Niet altijd is de kennis aanwezig die nodig is om te bepalen welke personele kwalificaties nodig zijn voor een behandeling.

2.1.1 Indicator: Percentage BIG-geregistreeerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE

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 wordt uitgevoerd door een beroepsbeoefenaar die bevoegd en bekwaam is dergelijke handelingen of verrichtingen te doen. Het is een taak van de raad van bestuur/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 BIG en RGS-registratie hebben, bedoeld.*
 - *Ingehuurd (ziekenhuis)personeel.*

Waren er in het verslagjaar BIG-geregistreerde basisartsen werkzaam in uw instelling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Teller 2.1.1: Wat is het aantal BIG-geregistreerde basisartsen (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?		
Waren er in het verslagjaar BIG-geregistreerde verpleegkundigen werkzaam in uw instelling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Teller 2.1.2: Wat is het aantal BIG-geregistreerde verpleegkundigen (in FTE), werkzaam in uw kliniek in het verslagjaar?		
Waren er in het verslagjaar geregistreerde anesthesiemedewerkers en OK-assistenten ^[70] werkzaam in uw instelling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Teller 2.1.3: Wat is het aantal geregistreerde anesthesiemedewerkers en OK-assistenten (in FTE) werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?		
Waren er in het verslagjaar RGS-geregistreerde medisch specialisten werkzaam in uw instelling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Noemer 2.1.1: Wat is het aantal RGS-geregistreerde medisch specialisten (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?		
Noemer 2.1.2: Wat is het totaal aantal personeelsleden (in FTE) , werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?		

[70] Geregistreerd of in het bezit van een Nederlands diploma.

2.1.2**Indicator:****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 in de communicatie en samenwerking met andere zorgverleners en in de communicatie met de patiënt voor bijvoorbeeld 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.

Waren er in het verslagjaar (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding werkzaam in uw instelling?

ja

nee

Teller 2.1.4: Wat is het aantal (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding in het verslagjaar (NIET in FTE)?

Noemer 2.1.3: Wat is het aantal (RGS-geregistreerde) medisch specialisten in het verslagjaar (NIET in FTE)?

Noemer 2.1.4: Wat is het aantal BIG-geregistreerde basisartsen in het verslagjaar (NIET in FTE)?

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

ja

nee

*

Toelichting:

* Geef toelichting

2.1.3

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

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

Registreerde u in het verslagjaar het aantal in uw instelling werkzame medisch specialisten, dat ook werkzaam was bij een ziekenhuis?

 ja nee
*

Teller 2.1.5: Wat is, in het verslagjaar, het aantal in uw instelling medisch specialisten, dat ook nog werkzaam was bij een ziekenhuis (NIET in FTE)?

Toelichting:

* Geef
toelichting

2.1.4

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 was de 24-uurs continuïteit van zorg in het verslagjaar gewaarborgd?

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

*

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

- ja nee

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

- ja nee

Toelichting:

* Geef toelichting

2.2 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het werk van de medisch specialist en arts. Dat leidt tot de stelling dat verantwoorde (medisch specialistische) zorg in belangrijke mate wordt bepaald door het functioneren van de medisch specialist en arts. Het feit dat de kwaliteit van de organisatie van een kliniek eveneens zeer belangrijk is voor verantwoorde zorg doet niets af aan die constatering. Het moge duidelijk zijn dat alle partijen betrokken bij de basisset de ontwikkeling, die het individuele functioneren van de medisch specialist en arts effectief en efficiënt verhoogt, toejuichen.

De afgelopen jaren zijn hier een aantal belangrijke initiatieven in genomen.

Op dit moment zijn er meerdere systemen operationeel waarmee of waarin medisch specialisten en artsen werken om hun individueel functioneren te evalueren. Deelname aan een van de beschikbare systemen draagt bij aan het verhogen van de kans op verantwoorde zorg. Dit is de ratio voor het invoeren van een indicator op dit gebied in de basisset voor het toezicht.

De Kwaliteitswet zorginstellingen legt de integrale eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg neer bij de raad van bestuur/directie van de kliniek. Het is voor de inspectie dan ook belangrijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de evaluatie van het functioneren van de medisch specialist of arts en de functioneringsgesprekken zijn ingebed in het kwaliteitsbeleid van de kliniek.

- *Inclusie criterium:*
- *Het gaat om individuele medisch specialisten en artsen. Een medisch specialist of arts die in 24 maanden 3 maal heeft deelgenomen aan een gesprek over zijn/haar functioneren telt één maal.*
- *Exclusie criterium:*
- *Medisch specialisten of artsen die als gespreksleider functioneren bij gesprekken met andere medisch specialisten of artsen mogen niet meegeteld worden.*

2.2.1 Indicator: Functioneringsgesprekken

Sinds enige tijd bestaat het systeem van functioneringsgesprekken, waarbij de directie en de medisch specialist een gesprek voeren over onder meer het inhoudelijk functioneren.

Is er een systeem van functioneringsgesprekken tussen tussen raad van bestuur/directie?

 ja

 nee

*

* Geef toelichting

Indien ja:

Teller 2.2.1: Wat is het aantal medisch specialisten en artsen dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal 1 functioneringsgesprek heeft deelgenomen?

Noemer 2.2.1: Wat is het totaal aantal medisch specialisten en artsen dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden heeft verricht in de kliniek of het centrum (ongeacht het soort dienstverband)?

Toelichting:

2.2.2 Indicator: IFMS

Op 12 december 2013 is het visiedocument 'Optimaal Functioneren van medisch specialisten' van de Orde van Medisch Specialisten verschenen^[71]. In dit document heeft Individueel Functioneren van Medisch Specialisten (IFMS) onveranderd een belangrijke rol in het bevorderen van het optimaal functioneren van de medisch specialist. In november 2014 heeft de Federatie Medisch Specialisten (FMS)^[72] de leidraad IFMS^[73] uitgebracht. Deze leidraad biedt handvatten om het individueel functioneren van een medisch specialist te evalueren en verder te ontwikkelen. In de uitvoering van IFMS houdt de medisch specialist daartoe onder andere een portofolio bij van gegevens over de mate waarin en de wijze waarop hij/zij voldoet aan de zeven in het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) genoemde kerncompetenties. Daarnaast wordt de omgeving geraadpleegd, inclusief de patiënt, afhankelijk van de lokale invulling. Aan de hand van deze gegevens wordt een evaluatiegesprek gevoerd, bij voorkeur met een collega medisch specialist. ZKN heeft na overleg met IHC/de Zorgmakelaar, de FMS, een IFMS adviesbureau, Achmea en de inspectie een IFMS Handreiking^[74] opgesteld die is toegesneden op kleinere organisaties.

Is IFMS, zoals hierboven beschreven, ingevoerd?

ja

nee
*

* Geef toelichting

[71] Orde van Medisch Specialisten. Optimaal Functioneren van medisch specialisten, Utrecht 2013.

[72] Voorheen de Orde van Medisch Specialisten

[73] Orde van Medisch Specialisten. Leidraad IFMS, Utrecht 2014.

[74] ZKN IFMS Handreiking 2013.

Indien ja:

Teller 2.2.2: Wat is het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal 1 IFMS gesprek heeft deelgenomen?

Noemer 2.2.1: Wat is het totaal aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden heeft verricht in de kliniek of het centrum (ongeacht het soort dienstverband)?

Toelichting

2.3 Disfunctioneren medisch specialisten en artsen

De kerntaak van de IGZ is het waarborgen van het gerechtvaardigd vertrouwen van patiënten in de zorg die zij ontvangen. Patiënten moeten het vertrouwen kunnen hebben dat zij niet worden behandeld door medisch specialisten die zo disfunctioneren dat onverantwoorde zorg wordt verleend. De leidraad IFMS^[75] stelt dat er een goede procedure in de kliniek aanwezig moet zijn voor het oplossen van problemen met disfunctionerende medisch specialisten. De inspectie treft regelmatig situaties aan waarbij disfunctioneren aanwezig is zonder dat de aanwezige procedure is gebruikt. Daarom wordt gevraagd of deze procedure ook daadwerkelijk elke keer is gebruikt op het moment dat disfunctioneren wordt vermoed. De IGZ gaat er vanuit dat disfunctioneren natuurlijk ongewenst is, maar het ontkennen van disfunctioneren is onverantwoord. De inspectie kan en zal het gebruik van de procedure disfunctioneren toetsen aan de hand van meldingen uit kliniek.

2.3.1 Indicator: Regeling mogelijk disfunctioneren^[76] medisch specialisten

Heeft de kliniek een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist of arts?

ja

nee
*

• *Indien ja:*

Wordt deze regeling gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een medisch specialist of arts wordt vermoed?

ja

nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

[75] Orde van medisch Specialisten. Leidraad IFMS. Utrecht, 2014.

[76] Een structurele situatie van onverantwoorde zorg waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt

te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.*

2.4 Infecties

Infecties opgelopen bij 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 (waaronder ook endoscopische procedures), operaties, beademingstubes en infusen, maar hangt ook af van de conditie van de patiënt en de hygiënische routines van de medewerkers, ook bij endoscopische procedures. Uit de literatuur blijkt dat het percentage infecties kan worden teruggebracht door gegevens over infecties te registreren, te analyseren en 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.

2.4.1 Indicator: Surveillance van postoperatieve infecties

Bij het voorkómen van infecties, opgelopen in de instelling, spelen adequate maatregelen 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 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 2.4.2 genoemde drie methodes bedoeld.

Werden alle patiënten in het verslagjaar systematisch gecontroleerd op een post-operatieve infectie?

ja

nee

• Indien ja, dit gebeurde door:

Alle patiënten na een ingreep poliklinisch te controleren.

ja

nee

Alle patiënten te adviseren om bij tekenen van een infectie direct contact op te nemen met de kliniek.

ja

nee

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.

ja

nee

Anders, namelijk

Er is geen beleid.

**2.4.2 Indicator:
Ingrepen met infectierisico**

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met postoperatieve infecties bij invasieve ingrepen?

ja

nee
*

Teller 2.4.1 wat is, in het verslagjaar, het aantal patiënten met een postoperatieve infectie?

Toelichting:

* Geef toelichting

2.5 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 verbeteren van die zorg.

2.5.1 Indicator: 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 meerdere klachten per brief worden gemeld. Het om het aantal **nieuwe** klachten ingediend in het verslagjaar.*

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

Heeft u in het verslagjaar nieuwe klachten binnengekregen?

- ja, bij zowel de directie als de klachtencommissie
- ja, alleen bij de directie
- ja, alleen bij de klachtencommissie
- nee

*

Toelichting:

Noemer 2.5.1: Wat is het totaal aantal nieuwe klachten, ingediend bij de directie of de klachtencommissie, in het verslagjaar dat **gegrond is verklaard**?

Noemer 2.5.2: Wat is het totaal aantal nieuwe klachten, ingediend bij de directie of de klachtencommissie, in het verslagjaar dat **gegrond is verklaard en heeft geleid tot maatregelen**?

Noemer 2.5.3: Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij alleen de directie in het verslagjaar?

* Geef toelichting

Noemer 2.5.4: Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij alleen de klachtencommissie in het verslagjaar?

Wat is het aantal unieke nieuwe klachten, ingediend bij zowel de directie als de klachtencommissie?

2.5.2 Indicator: 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.

Voerde u in het verslagjaar patiënttevredenheidsonderzoek uit?

ja nee
*

Van welke vragenlijst maakte u gebruik? (meerdere antwoorden mogelijk)

CQ index
 NVZ vragenlijst
 ZKN vragenlijst
 Anders, namelijk

Toelichting:

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

U kunt dit sturen naar: meldpunt@igz.nl

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht?

ja nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

- **Indien ja:**

Teller 2.5.1: Wat is het aantal patiënten, waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht heeft in het verslagjaar?

Heeft uw instelling de beschikking over het aantal behandelde patiënten (van het aantal behandelde patiënten waarbij u systematisch de patiënttevredenheid onderzocht) dat in het verslagjaar uw kliniek met een rapportcijfer 5 of lager waardeerden?

ja

nee
*

- **Indien ja:**

Hoeveel behandelde patiënten (van het aantal behandelde patiënten waarbij u systematisch de patiënttevredenheid onderzocht) in het verslagjaar waardeerden uw kliniek met een rapportcijfer 5 of lager?

Toelichting:

* Geef toelichting

2.6 Kwaliteitskeurmerk

De Kwaliteitswet zorginstellingen stelt het hebben van een kwaliteitssysteem verplicht. Volgens de wet moet kwaliteit systematisch worden gemeten, zodat kan worden bekeken of doelstellingen en resultaten worden behaald of moeten worden bijgesteld om tot verantwoorde zorgverlening te leiden. 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.
- Op basis van de uitkomst van de toetsing zonodig aanpassen van de zorgverlening (opdat dit redelijkerwijs leidt tot een verantwoorde zorg).

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.

2.6.1 Indicator: Kwaliteitskeurmerk

Beschikte uw instelling in het verslagjaar over een of meer kwaliteitscertificaten?

ja
*

nee
*

Indien **ja** (meerdere antwoorden mogelijk)

ISO 9001, datum laatste afgifte

HKZ, datum laatste afgifte

ZKN, datum laatste afgifte

NIAZ, datum laatste afgifte

Anders namelijk, datum laatste afgifte

Toelichting:

* Geef
toelichting

3 Behandelingen

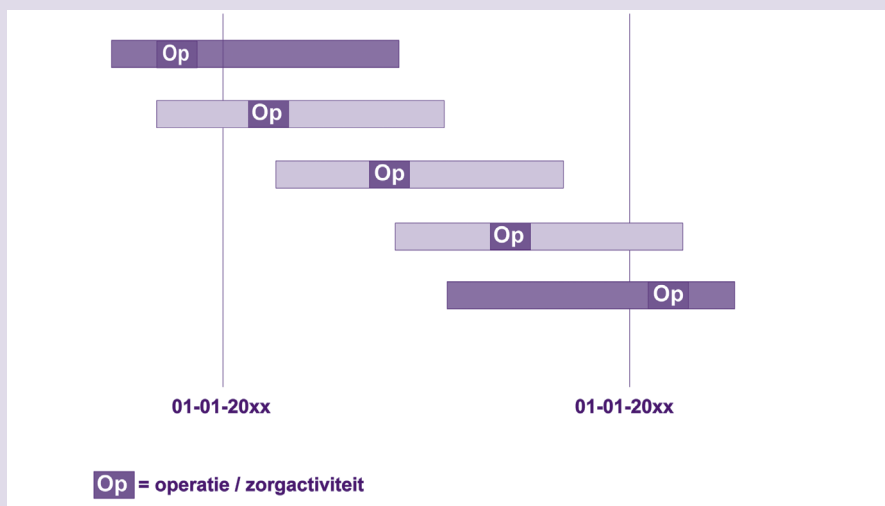
3.1 Totaal aantal patiënten en behandelingen

Om een beeld te krijgen van het aantal patiënten dat behandeld wordt en het aantal behandelingen dat wordt uitgevoerd door particuliere klinieken wordt het totaal aantal patiënten en behandelingen gevraagd.

- Definitie behandelingen:**
 Een behandeling betreft een in het verslagjaar nieuw gestart behandeltraject van medische (specialistische) of gedragwetenschappelijke aard, maar hoeft niet een afgesloten (DOT)traject te zijn, het kan zijn dat de nazorg in het jaar na het verslagjaar valt.
 Verrichtingen die voortvloeien uit één diagnose/behandelindicatie zoals een consult en de daarna volgende behandeling en nazorg dienen als één behandeling te worden beschouwd. Dat geldt ook voor een serie behandelingen in het kader van bijvoorbeeld natte maculadegeneratie of obesitas. Niet ieder afzonderlijk contactmoment in een serie wordt geteld.

In figuur 3.1 staat schematisch weergegeven welke behandelingen meegeteld kunnen worden voor het In figuur 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 3.1
Schematische toelichting op de selectie van de behandelingen^[77]



[77] Het figuur is overgenomen uit de indicatorenset Zichtbare Zorg Ziekenhuizen, deel cataract.

3.1.1

Indicator:

Totaal aantal patiënten en behandelingen

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten dat binnen uw instelling werd behandeld?

ja

nee
*

• *Indien ja:*

Noemer 3.1.1: Wat is het **totaal aantal behandelde** patiënten in het verslagjaar?

Registreerde u in het verslagjaar het aantal behandelingen dat binnen uw instelling werd uitgevoerd?

ja

nee
*

• *Indien ja:*

Noemer 3.1.2: Wat is het **totaal aantal behandelingen** in het verslagjaar?

Toelichting:

* Geef toelichting

3.2 Invasieve ingrepen

Binnen het totale aantal behandelingen kan een onderscheid gemaakt worden in invasieve en niet invasieve behandelingen.

- Definitie *invasieve ingrepen*:
Snijdende ingrepen, waaronder operaties, inspuitingen en refractiechirurgie.^[78]

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.

3.2.1 Indicator: Invasieve ingrepen

Voerde uw instelling in het verslagjaar **invasieve** ingrepen uit?

ja nee

Indien **ja**, waar werden deze verricht?

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

Registreerde u in het verslagjaar het aantal invasieve behandelingen dat binnen uw instelling werd uitgevoerd?

ja nee
 *

- Indien ja:**

Noemer 3.2.1: Wat is het **totaal aantal invasieve** behandelingen in het verslagjaar?

Noemer 3.2.2: Wat is het **totaal aantal patiënten** dat een invasieve ingreep onderging in het verslagjaar?

Toelichting:

* Geef toelichting

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

3.3 Elektronisch voorschrijven

Elektronisch voorschrijven is essentieel voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en van contra-indicaties voor het gebruik van geneesmiddelen. Indien op het moment van voorschrijven geen medicatiebewaking kan worden uitgevoerd ontstaat een risico voor de patiënt.

De KNMG-richtlijn Elektronisch voorschrijven beschrijft dat voorschrijvers geneesmiddelen dienen voor te schrijven met gebruikmaking van een elektronisch voorschrijfsysteem dat is voorzien van mogelijkheden om onveilige situaties te bewaken^[79]. Voorschrijvers die op 1 januari 2014 niet elektronisch voorschrijven moeten op die datum een realistisch plan van aanpak hebben waarin staat beschreven dat dit uiterlijk 1 januari 2015 mogelijk is.

Definitie elektronisch voorschrijven: Het voorschrijven van geneesmiddelen door middel van een elektronisch voorschrijfsysteem. Een elektronisch voorschrijfsysteem is een geautomatiseerd systeem waarmee langs elektronische weg recepten kunnen worden uitgeschreven en waarmee tegelijkertijd onveilige situaties kunnen worden gesignaleerd tijdens het voorschrijven van geneesmiddelen. Door een elektronisch voorschrijfsysteem te gebruiken kunnen fouten worden voorkomen bij het lezen van recepten en kunnen onveilige situaties worden voorkomen, zoals dubbelmedicaties, contra-indicaties, interacties met andere geneesmiddelen en overgevoeligheidsreacties.

Het proces rond elektronisch voorschrijven kan worden onderverdeeld in verschillende processen:

- 1 Opvragen van een medicatieoverzicht bij de vorige schakel in de zorg.
- 2 Vaststellen van het actuele medicijngebruik met de patiënt.
- 3 Elektronisch voorschrijven
- 4 Medicatieoverdracht naar huisarts of andere zorgaanbieders (indien van toepassing)

Voor de klinische situatie is een koppeling met het apotheeksysteem zeer gewenst. Het elektronisch voorschrijfsysteem moet tenminste de volgende functionaliteiten omvatten:

- a Bewaken op interacties met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt;
- b Bewaken op individuele gevoeligheden, ongevoeligheden of overgevoeligheden van de patiënt voor het desbetreffende geneesmiddel;
- c Bewaken op onjuiste dosering;
- d Bewaken op (pseudo) dubbelmedicatie;
- e Bewaken op contra-indicaties en andere patiëntkenmerken.

[79] Richtlijn Elektronisch Voorschrijven. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Utrecht, september 2013.

Het doel van deze indicator is om na te gaan of de kliniek werkt met een elektronisch voorschrijfsysteem zoals bedoeld in de richtlijn Elektronisch voorschrijven. Tevens wordt de mate van implementatie in de kliniek bevestigd.

- **Inclusiecriteria:**
 - Het elektronisch voorschrijfsysteem dient de hierboven genoemde vijf functionaliteiten te omvatten.
- **Exclusiecriteria:**
 - Indien wel elektronisch wordt voorgeschreven, maar er geen medicatiebewaking plaatsvindt op het moment van voorschrijven is geen sprake van elektronisch voorschrijven.

3.3.1 Indicator: Elektronisch voorschrijven

Wordt op dit moment in de kliniek elektronisch voorgeschreven?

ja^[80]

nee

*

gedeeltelijk^[81]

*

Toelichting:

[80] Er kan pas 'ja' worden ingevuld als de genoemde deelprocessen doorlopen worden.

[81] De optie 'gedeeltelijk' kan worden aangekruist indien bijvoorbeeld een deel van de behandelaars wel via een elektronisch voorschrijfsysteem voorschrijft, maar de overigen dit niet doen.

* Geef toelichting

3.4 Specifieke ingrepen

Welke ingrepen werden er in uw instelling in het verslagjaar uitgevoerd? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk:

Oogheelkundige ingrepen:

– refractiechirurgie ja nee

– cataract ja nee

Orthopedische ingrepen ja nee

Plastisch chirurgische ingrepen ja nee

Cosmetische ingrepen ja nee

Bariatrisch chirurgische ingrepen ja nee

Dermatologische ingrepen ja nee

Keel-, neus-oorheelkundige ingrepen ja nee

4 Operatief proces

Ruim 80% van de klinieken voert invasieve ingrepen uit. Deze ingrepen variëren van een kleine ingreep (zoals het inspuiten van rimpelvullers) tot een operatie als het plaatsen van een totale heupprothese. Wat de ingrepen gemeen hebben is dat er sprake is van de noodzaak voor een zoveel mogelijk gestandaardiseerd en voorspelbaar (voorbereidings) proces in een gecontroleerde omgeving.

In dit hoofdstuk komen indicatoren aan bod die worden gezien als onderdeel van het operatieve proces. Zij kunnen een indicatie opleveren voor een nader onderzoek naar dit proces.

4.1 Kwalificatie behandelruimte

Het verrichten van invasieve ingrepen stelt nadere eisen aan de (bouwkundige) omstandigheden ten aanzien van de mate van steriliteit. Van OK1 tot zelfstandige behandelkamer^[82].

De classificatie van OK-complexen dient te worden aangetoond middels een (jaarlijkse) validatie waarin alle criteria uit de richtlijnen zijn beoordeeld. In 2014 is door de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) een nieuwe richtlijn ten aanzien van luchtbehandeling in de operatiekamer en opdekruimte in een operatiekamer klasse 1 opgesteld^[83]. De richtlijn vervangt het Beheersplan luchtbehandeling voor de operatiekamer uit 2005^[84]. Op dit moment wordt deze richtlijn geïmplementeerd, waarbij de inspectie in 2017 op deze criteria zal handhaven. Tot die tijd worden validaties op basis van zowel oude criteria als nieuwe criteria geaccepteerd, waarbij klinieken wel (aantoonbaar) aan de implementatie van de nieuwe richtlijn dienen te werken.

- *Definities behandelruimten op basis van de oude(boven genoemde) richtlijn (voor volledige en nieuwe eisen wordt naar bovenstaande richtlijnen verwezen:*
 - *OK1, prestatieniveau 1: kent 3 zones (ten opzichte van het overige gebouw) namelijk steriel, schoon, niet-schoon en een duidelijke zonemarkering. De OK ligt afgesloten van de kliniek. Er zijn 4 soorten sluisen namelijk een patiëntensluis, een sluis voor schone en een sluis voor vuile goederen en een personeelssluis. De verkoeverkamer behoort bij de niet-schone zone. Luchtfiltering vindt plaats middels een Hepa-filter. Het operatiegebied bevindt zich onder een UDF (unidirectioneel luchtbehandelingsysteem). Er is sprake van een positief drukverschil (van minimaal 5 Pa) van schone naar vuilere ruimten (van OK naar schone zone; van schone naar niet-schone zone; van niet-schone zone naar kliniek).*
 - *OK1, prestatieniveau 2: kent 3 zones (ten opzichte van het overige gebouw) namelijk steriel, schoon, niet-schoon en een duidelijke zonemarkering. De OK ligt afgesloten van de kliniek. Er zijn 4 soorten sluisen namelijk een patiëntensluis, een sluis voor schone en een sluis voor vuile goederen en een personeelssluis. De verkoeverkamer behoort bij de niet schone zone. Luchtfiltering vindt plaats middels*

[82] Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen, Werkgroep Infectiepreventie, 2011.

[83] Luchtbehandeling in operatiekamer en opdekruimte in operatieafdeling klasse 1, Werkgroep Infectie

Preventie, november 2014.

[84] Beheersplan Luchtbehandeling voor de Operatieafdeling, Werkgroep Infectie Preventie, maart 2005.

een Hepa-filter. Er is sprake van gecontroleerde luchtstroming van schone naar vuilere ruimten (van OK naar schone zone; van schone naar niet-schone zone; van niet-schone zone naar kliniek).

- OK2: kent 2 zones (ten opzichte van het overige gebouw) namelijk steriel, schoon en een duidelijke zonemarkering. De OK ligt afgesloten van de kliniek. Er is in ieder geval een personeels-sluis aanwezig. De verkoeverkamer bevindt zich in de directe nabijheid van de OK. Luchtfiltering vindt plaats middels een Hepa-filter. Er is sprake van gecontroleerde luchtstroming van schone naar vuilere ruimten (OK naar schone zone; schone zone naar kliniek).
- Zelfstandige behandelkamer: kent geen zones en ligt niet afgesloten van de kliniek. De behandelkamer wordt uitsluitend als behandelkamer gebruikt (bevat geen overbodig meubilair) en is dus geen gecombineerde spreek-/ behandelkamer. Er zijn geen sluisen en er is geen verkoeverkamer. Er vindt geen luchtfiltering plaats middels een Hepafilter en er is geen drukverschil met de omringende ruimten noodzakelijk. Wel is er een mechanisch ventilatiesysteem aanwezig.

**4.1.1 Indicator:
Kwalificatie behandelruimte**

Behandelingen vonden plaats in:	<input type="checkbox"/> een OK 1, prestatieniveau 1
Hoeveel OK's klasse 1, prestatieniveau 1 behoren tot uw eigen instelling?	___ OK's klasse 1 prestatieniveau 1
Wat is de datum van het laatste validatierapport?	___ / ___ / _____
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 1, prestatieniveau 1?	___ instellingen <input type="checkbox"/> Anders, namelijk *
Behandelingen vonden plaats in:	<input type="checkbox"/> een OK 1, prestatieniveau 2
Hoeveel OK's klasse 1, prestatieniveau 2 behoren tot uw eigen instelling?	___ OK's klasse 1 prestatieniveau 2
Wat is de datum van het laatste validatierapport?	___ / ___ / _____
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 1, prestatieniveau 2 ?	___ instellingen <input type="checkbox"/> Anders, namelijk *
Behandelingen vonden plaats in:	<input type="checkbox"/> een OK klasse 2

* Geef toelichting

Hoeveel OK's klasse 2 behoren tot uw eigen instelling?	___ OK's klasse 2
Wat is de datum van het laatste validatierapport?	___/___/_____
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 2?	___ instellingen
Behandelingen vonden plaats in:	<input type="checkbox"/> een zelfstandige behandelkamer
Hoeveel zelfstandige behandelkamers behoren tot uw eigen instelling?	___ behandelkamers
In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van behandelkamers?	___ instellingen
Toelichting:	

4.2 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 een anesthesioloog (als deze de anesthesie toedient).

4.2.1 Indicator: 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 Society of Anesthesiologists). 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.

Registreerde uw instelling de ASA-klasse in het verslagjaar?

 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 4.2.1: ASA-klasse 1

Teller 4.2.2: ASA-klasse 2

Teller 4.2.3: ASA-klasse 3 en hoger

Teller 4.2.4: ASA onbekend

Toelichting (optioneel):

4.2.2

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.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35?

 ja nee

- **Indien ja:**

Teller 4.2.5: Wat is het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 in het verslagjaar?

4.3 Kwetsbare groepen

Kinderen en ouderen vormen kwetsbare groepen, die in sommige opzichten specifiek beleid vereisen.

Invasieve behandelingen van kinderen kunnen naar het oordeel van de inspectie alleen onder duidelijke voorwaarden^[85] in een particuliere kliniek dienen te worden verricht. Voor ouderen geldt dat elke geplande opname voor een operatie al bij de preoperatieve screening het risico op een delirium wordt vastgelegd. Indien een patiënt als risicopatiënt wordt beschouwd, kan deze patiënt niet in een particuliere kliniek worden behandeld en dient er gericht te worden doorverwezen naar een ziekenhuis.

4.3.1 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 flapoorcorrecties en chronische huidaandoeningen worden behandeld in particuliere klinieken. Bij ouderen neemt het risico op bijvoorbeeld een delirium toe.

Behandelde u in het verslagjaar patiënten jonger dan 18 jaar?

 ja nee

Behandelde u in het verslagjaar patiënten ouder dan 70 jaar?

 ja nee

Teller 4.3.1: Hoeveel patiënten jonger dan 18 jaar (<18 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

Teller 4.3.2: Hoeveel patiënten in de leeftijd van 18 jaar tot 70 jaar werden in het verslagjaar behandeld?

Teller 4.3.3: Hoeveel patiënten in de leeftijd van 70 jaar en ouder (≥ 70 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

Teller 4.3.4: Hoeveel patiënten waarvan de leeftijd onbekend was werden in het verslagjaar behandeld?

[85] Anesthesiologische zorgverlening aan en ingrepen bij kinderen (2009), NVA.

4.3.2 Indicator: Deliriumbeleid

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)^[86]. 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^[87]. Doordat de predisponerende factoren al voor opname bekend zijn, biedt dit model aangrijpingspunten voor preventie.

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 (NVIC 2010 en NVKG 2013) 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 (NVIC, 2010).
- Het gebruik van een systematische inventarisatie voor de detectie van het risico op delirium, gericht op primaire preventie.
- Adviezen voor het consulteren van gespecialiseerd personeel.

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

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

Beschikte u in het verslagjaar over een deliriumprotocol dat voldoet aan bovenstaande beschrijving?

ja

nee
*

Toelichting

4.3.3 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 of mantelzorg.

Hoe wordt voor deze indicator het risico bepaald?

Geselecteerd worden alle patiënten van 70 jaar en ouder. Bij elke ingreep of behandeling 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 ingreep of behandeling wordt al bij de preoperatieve screening/intake het risico op een delirium vastgelegd. Ook bij het uitvoeren van invasieve behandelingen die geen opname inhouden, dient deze screening plaats te vinden. Van een verhoogd risico is sprake bij een of meer positieve antwoorden.

Bij een positieve uitkomst dient de patiënt vervolgens als risicopatiënt te worden beschouwd. Deze patiënten kunnen niet in een particuliere kliniek worden behandeld.

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.

* Geef toelichting

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 4.3.5: Wat is het totaal aantal gescreende patiënten in het verslagjaar met een verhoogd risico bij pre- operatieve screening?

Teller 4.3.6: Wat is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder in het verslagjaar waar bij pre- operatieve screening een risicoscore is vastgelegd in het medisch dossier?

* Geef toelichting

4.4 Stopmoment IV: Time-out

4.4.1 Indicator: Time-out, percentage juist uitgevoerde stop momenten IV

Voordat de patiënt daadwerkelijk geopereerd wordt, vindt een structureel overleg plaats tussen operateur, anesthesioloog en OK-personeel. Besproken wordt tenminste: juiste patiënt, juiste operatie, zijde/locatie, stollingsstatus, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering van de patiënt, aanwezigheid bevoegd en bekwaam personeel en materialen en bijzonderheden. Dit overleg dient op de operatiekamer, voor de start van de anesthesie, plaats te vinden in aanwezigheid van de patiënt^[88]. De operateur is ervoor verantwoordelijk dat het stopmoment wordt uitgevoerd en wordt vastgelegd in het medisch dossier. Bepaalde technische aspecten van de operatie kunnen ook na de inleiding van de anesthesie besproken worden door het operatieteam. Deze indicator is ook opgenomen als interne indicator in de richtlijn Peroperatief traject.^[89]

- Inslusie criterium:
 - Alle invasieve ingrepen vallend binnen de reikwijdte van de richtlijn Peroperatief proces.

Bron teller: checklist stopmomenten OK.

Bron noemer: operatieplanning.

Werden, in het verslagjaar, operaties op meer dan één locatie uitgevoerd?
U dient de gegevens per locatie aan te leveren.

ja nee

Teller 4.4.1: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd.

Noemer 4.4.1: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij de besproken invasieve ingreep is goedgekeurd en ingepland.

[88] In het geval van een minderjarige of wilsonbekwame patiënt tevens, indien mogelijk, in aanwezigheid van een ouder/verzorger of vertegenwoordiger.

[89] <http://www.anesthesiologie.nl/richtlijnen>, nvvh@nvvh.knmng.nl

4.5 Anesthesiologie

4.5.1 Indicator: Procedurele sedatie

Met procedurele sedatie en/of analgesie (PSA) wordt bedoeld het toedienen van een sedativum en/of (sederend) analgeticum in het kader van een pijnlijke, stresserende en/of immobiliteit vereisende diagnostische of therapeutische procedure met de bedoeling om deze procedure

- 1 *maximaal comfortabel voor de patiënt te laten verlopen (dit wil zeggen met een maximaal onderdrukken van pijn, stress of angst).*
- 2 *dankzij het optimaliseren van het patiëntencomfort bij te dragen aan optimale diagnostische of therapeutische condities.*

Fundamenteel uitgangspunt is dat pijn in principe altijd met een pijnstiller of een pijnstillende techniek bestreden wordt. Sedatie wordt gegeven om angst te verminderen of het bewustzijn zodanig te verlagen, dat de betreffende onaangename procedure veilig uitvoerbaar is.

De Richtlijn Sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer^[90] en het toetsingskader van de Inspectie^[91] liggen ten grondslag aan deze indicator.

PSA kan veilig worden uitgevoerd door niet-anesthesiologen, mits aan een aantal kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden is voldaan. PSA-gerelateerde incidenten komen frequent voor (0,7-51%), maar door tijdig handelen van getrainde niet-anesthesiologen en verpleegkundigen kunnen ze worden opgevangen zonder dat dit tot complicaties hoeft te leiden. Deze training bestaat o.a. uit het aanleren van screening, monitoring, basis luchtwegmanagement en Basic Life Support en, indien matige tot diepe sedatie het doel is, Advanced Life Support.

Aangezien in de praktijk het onderscheid tussen lichte, matige en diepe sedatie niet altijd even scherp is, dient bij problemen of voor overleg altijd een anesthesioloog of een ALS getrainde arts direct beschikbaar te zijn.

Bij matige tot diepe sedatie mag de sedationist geen andere taken hebben. Bij lichte sedatie en/of analgesie mag deze persoon geringe andere, direct te stoppen activiteiten uitvoeren mits het sedatieniveau stabiel is en de bewaking niet uit het oog verloren wordt.

Voor het vaststellen van het risico op problemen dient screening plaats te vinden. Rekening gehouden moet worden met de ASA-classificatie, leeftijd, aard van de procedure, keuze van de medicatie en de competenties van de behandelaar.

De uitvoering van de sedatierichtlijn is belegd bij een lokale “sedatiecommissie” (de PSA commissie). Deze commissie is ingesteld door de raad van bestuur/directie van de instelling en heeft voor de uitvoering voldoende mandaat en middelen om ervoor zorg te dragen dat de uitvoering van PSA plaats vindt volgens de richtlijn en het toetsingskader.

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

[91] IZG. Toetsingskader sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer; 2012.

Zij is belast met de protocolontwikkeling, complicatieregistratie en evaluatie van PSA in samenspraak met hoofdbehandelaar, anesthesioloog, kinderarts en medisch management.

De doelgroep waarop deze indicator betrekking heeft wordt gevormd door alle volwassenen die PSA krijgen toegediend voor een procedure.

Paste u een vorm van anesthesie toe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<i>• Indien ja:</i>		
Paste u lokale anesthesie toe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Paste u algehele anesthesie toe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Paste u procedurele sedatie toe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<i>Indien u procedurele sedatie toepaste:</i>		
Werkte u in uw kliniek in het verslagjaar volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Was er in het verslagjaar in uw instelling een lokale PSA commissie actief?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<i>Indien er geen lokale PSA commissie actief was:</i>		
Was u in het verslagjaar aangesloten bij een externe PSA commissie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Noemer 1: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?		
Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 6.7.1: Wat was in het verslagjaar het aantal gescreende patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?		

* Geef toelichting

Kunt u onderscheid maken in het aantal patiënten waarbij in het verslagjaar lichte sedatie^[92] of matig/diepe sedatie^[93] werd toegepast?

ja nee
*

• *Indien ja:*

Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij lichte sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn?

ja nee
*

Teller 6.7.2: Wat is het aantal gescreende patiënten met lichte sedatie?

Noemer 6.7.2: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij lichte sedatie werd toegepast?

Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij matige/diepe sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn?

ja nee
*

Teller 6.7.3: Wat is het aantal gescreende patiënten met matige/diepe sedatie?

Noemer 6.7.3: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij matig/diepe sedatie werd toegepast?

Nam u in het verslagjaar een informed consent af bij patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?

ja nee
*

Teller 6.7.4: Wat is het totaal aantal patiënten met een informed consent?

[92] Lichte sedatie: door enteraal toegediende of lage dosis parenteraal toegediende farmaca enigszins verlaging van het bewustzijn van de patiënt. De patiënt reageert adequaat en consistent op verbale prikkels, verbale communicatie blijft mogelijk. Cognitieve functies en de coördinatie kunnen verminderd zijn, de respiratoire en cardiovasculaire functies zijn onaangedaan.

[93] Matige sedatie: Matige sedatie: door farmaca veroorzaakte depressie van het bewustzijn, waarin de

patiënt nog steeds reageert op aanspreken of geringe tactiele prikkels. In dit stadium zijn geen interventies nodig om de luchtweg open te houden, de luchtwegreflexen zijn intact en de ventilatie is adequaat. Diepe sedatie: een door farmaca veroorzaakte bewustzijnsdaling, waarbij de patiënt niet reageert op aanspreken, maar wel reageert op herhaalde of pijnlijke prikkels. De luchtwegreflexen en de ventilatie kunnen verminderd zijn; er kan gemakkelijk een luchtwegobstructie ontstaan.

* Geef toelichting

Was er in uw kliniek dagelijks iemand met een advanced live support (ALS) deskundigheid beschikbaar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Voldoen de personen, die procedurele sedatie toepasten, aan de bekwaamheidseisen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werd in het verslagjaar bij matige/diepe sedatie personeel uitsluitend voor bewaking van de patiënt ingezet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Had u in het verslagjaar een PSA-praktijk-specialist in dienst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
• <i>Indien ja:</i>		
Werd de PSA-praktijk-specialist altijd gesuperviseerd door een bekwaam arts (bijvoorbeeld een anesthesioloog)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
• <i>Indien nee:</i>		
Was een bekwaam arts (bijvoorbeeld een anesthesioloog) altijd direct beschikbaar voor overleg en assistentie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

4.5.2 Indicator: 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.

* Geef toelichting

Vond er in de vijf jaarvoorafgaand aan het verslagjaar een kwaliteitsvisitatie plaats van de afdeling anesthesiologie in uw instelling door de NVA?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Zijn de anesthesiologen werkzaam in uw instelling (ook) in een andere instelling gevisiteerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		
Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVA?	_ _ _ _ _ _ _ _	
Werden er aanbevelingen gedaan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de zwaarwegende adviezen ^[94] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVA hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[95] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVA hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

[94] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[95] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

* Geef toelichting

4.6 Pijn na een operatie

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.*

4.6.1 Indicator: Postoperatieve pijn bij dagbehandeling

Deed u in het verslagjaar navraag naar de pijnintensiteit bij patiënten in dagbehandeling op de dag na een ingreep?

ja

nee
*

- *Indien ja:*

Teller 4.6.1: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten in dagbehandeling dat werd gebeld en waarmee contact is geweest op de dag na een chirurgische ingreep om navraag te doen naar de pijnintensiteit?

Noemer 4.6.1: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten in dagbehandeling dat een chirurgische ingreep heeft ondergaan?

Toelichting:

* Geef toelichting

4.7 Registratie implantaten

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

4.7.1 Indicator: Implantatenregistratie

Gebruikte uw instelling implantaten in het verslagjaar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Indien ja, welke? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> Borstimplantaten <input type="checkbox"/> Gynaecologische implantaten <input type="checkbox"/> Oogheelkundige implantaten <input type="checkbox"/> Orthopedisch implantaat, namelijk <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: *	
Toelichting		
Indien uw instelling orthopedische implantaten gebruikte, beschikte u in uw instelling over de mogelijkheid om tijdens of kort na het plaatsen van een implantaat in de instelling een röntgenfoto te maken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem voor implantaten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		
Indien ja, welke? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> LROI <input type="checkbox"/> Een landelijk registratiesysteem van de wetenschappelijke vereniging <input type="checkbox"/> Een eigen elektronisch registratiesysteem <input type="checkbox"/> Een eigen papieren registratiesysteem <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: *	
Toelichting:		

* Geef toelichting

4.8 Tijdsig peroperatieve antibioticaprofylaxe

Antibioticaprofylaxe draagt bij aan het verhinderen van postoperatieve wondinfecties (POWI). In de periode 2001 tot en met 2010 kreeg 3,0 procent van de patiënten die geopereerd werden een postoperatieve wondinfectie^[96]. Postoperatieve wondinfecties kunnen ernstige gevolgen hebben voor de patiënt.

Alle patiënten die geopereerd worden en waarvoor antibioticaprofylaxe is geïndiceerd, dienen het juiste middel, op het juiste tijdstip toegediend te krijgen. Op deze wijze is het mogelijk een optimale antibioticaspiegel tijdens de operatie te borgen en is de effectiviteit het grootst.

Het nut van antibioticaprofylaxe is aangetoond voor een groot aantal ingrepen. In het algemeen is het gebruik geïndiceerd bij operaties bij een verhoogd infectierisico of als een infectie leidt tot ernstige patiëntschaade, (zoals bij implantatie van een prothese).

Het optimale moment van toedienen ligt rond 30 minuten voor de incisie. Zo wordt er voor gezorgd dat tijdens de operatie een goede concentratie van het antibioticum in de weefsels aanwezig is waarvan inmiddels klassiek te noemen onderzoek het belang heeft aangetoond^[97,98,99].

Profylaxe die langer dan een uur voor de operatie wordt gegeven, leidt tot meer wondinfecties^[100] evenals profylaxe gegeven na de incisie^[101,102]. Het tijdstip waarop profylaxe werd gegeven, bleek de belangrijkste determinant voor het optreden van POWI's bij implantatie van heupprothesen^[103]. Herhalen van de toediening tijdens de operatie is alleen nodig bij operaties die langer dan 4 uur duren en operaties met veel bloedverlies (meer dan twee liter bij volwassenen). De vastgestelde norm voor de toediening van antibioticaprofylaxe is 15-60 minuten voor incisie (of bloedleegte).

In de (geautomatiseerde) OK/anesthesielijst dient volgens de richtlijn Peroperatief proces te zijn opgenomen op welk tijdstip de toediening en incisie hebben plaatsgevonden^[104].

Binnen het VMS Veiligheidsprogramma is een praktijkgids Voorkomen van wondinfecties na een operatie (2009) ontwikkeld, waarin voor antibioticaprofylaxe de procedure staat beschreven.

- *Indicatoroperaties*
 - *Orthopedie: totale heupprothese (CTG code 38567).*
 - *Orthopedie: totale knieprothese (CTG code 38663).*

[96] www.prezies.nl/zkhs/powi/ref_cijfers.

[97] Dipiro 1984.

[98] Burke 1961

[99] Stone 1976.

[100] Galandiuk 1989

[101] Clasen 1992

[102] Lizan-Garcia 1997

[103] Kasteren 2007

[104] Richtlijn Peroperatief Traject (2011)

4.8.1

Indicator:

Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe

Is het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe in het verslagjaar bekend?

 ja

 nee
*

Selectiecriteria:

Teller 4.8.1: aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar en waarbij tussen de 15:00-59:59 minuten voor de incisie (of bloedleegte) de voorgeschreven antibioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt.

Noemer 4.8.1: het totaal aantal indicatoroperaties (zie inclusiecriteria) in het verslagjaar.

Percentage tijdig toegediende antibiotica-
% profylaxe (wordt automatisch berekend):

%

Percentage indicatoroperaties waarbij
% antibioticaprofylaxe is gegeven
(wordt automatisch berekend):

%

Toelichting

* Geef
toelichting

5 Specifieke ingrepen

5.1 Oogheelkundige ingrepen

5.1.1 Refractiechirurgie

5.1.1.1 Indicator: 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.

Vond er in het verslagjaar een kwaliteits-
visitatie plaats in uw instelling door het
NOG?

ja nee
*

Zijn de refractiechirurgen werkzaam in uw
instelling (ook) in een andere instelling
gevisiteerd?

ja nee
*

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja nee
*

Werden er zwaarwegende adviezen
gegeven?

ja nee
*

Werden de zwaarwegende adviezen^[105]
aantoonbaar binnen de daarvoor
geldende termijn uitgevoerd?

ja nee
*

Heeft u van het NOG hiervoor een
positieve terugkoppeling gehad?

ja nee
*

* Geef
toelichting

[105] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn,

maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

Werden er voorwaarden gesteld?

ja

nee
*

Werden de voorwaarden^[106] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?

ja

nee
*

Heeft u van het NOG hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?

ja

nee
*

Toelichting:

Verkregen alle in uw instelling werkzame refractiechirurgen een certificaat van het NOG?

ja

nee
*

• Indien nee:

Vond vervolgisitatie binnen 1 jaar plaats?

ja

nee
*

Toelichting:

5.1.1.2 Indicator: Laserapparatuur

Uit het inspectierapport '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.

Beschikte u aantoonbaar over een validatierapport van de laserapparatuur?

ja

nee
*

[106] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

* Geef toelichting

wordt hoe een nog beter resultaat kan worden bereikt en wat bepalend is bij anderen voor tevredenheid van patiënten na een staaroperatie.

De oogarts registreert na afsluiting van de operatie en de follow-up (4-6 weken). Het feitelijk aantal verrichte operaties door die oogarts is herleidbaar uit de Vectris data.

- Inclusiecriteria:
 - Alle cataract operaties.

Voerde u, in het verslagjaar, patiënten in in het landelijke NOG registratiesysteem?

 ja

 nee
*

Toelichting:

Teller 5.1.1: Wat is in het verslagjaar het aantal cataractoperaties, dat is ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem?

Noemer 5.1.1: Wat is in het verslagjaar het aantal cataractoperaties?

5.1.2.2 Indicator: Visitatie door NOG

Het Nederlands Oogheekundig Gezelschap (NOG) toetst middels een visitatie volgens objectieve criteria of een oogarts aan vastgestelde normen voldoet. Als een oogarts door het NOG is gevisiteerd en de verbetermaatregelen zijn uitgevoerd, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

Vond er in het verslagjaar een kwaliteits-visitatie plaats in uw instelling door het NOG?

 ja

 nee
*

Zijn de refractiechirurgen werkzaam in uw instelling (ook) in een andere instelling gevisiteerd?

 ja

 nee
*

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

 ja

 nee
*

* Geef toelichting

Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de zwaarwegende adviezen ^[107] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van het NOG hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[108] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van het NOG hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

**5.1.2.3 Indicator:
Infectierisico na cataractoperatie**

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een cataractoperatie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 5.1.1: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een cataractoperatie?		
Noemer 5.1.1: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij een cataractoperatie werd uitgevoerd?		
Toelichting:		

[107] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[108] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

* Geef toelichting

5.2 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.

5.2.1 Indicator: 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.

Vond er in het verslagjaar een kwaliteits-
visitatie plaats in uw kliniek door de NOV?

ja nee
*

Zijn de orthopedisch chirurgen werkzaam
in uw kliniek (ook) in een andere instelling
gevisiteerd?

ja nee
*

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie in
uw kliniek door de NOV?

Werden er aanbevelingen gedaan?

ja nee
*

Werden er zwaarwegende adviezen
gegeven?

ja nee
*

Werden de zwaarwegende adviezen^[109]
aantoonbaar binnen de daarvoor geldende
termijn uitgevoerd?

ja nee
*

* Geef
toelichting

[109] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn,

maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

Heeft u van de NOV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[110] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NOV hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

5.2.2 Indicator: Richtlijn of protocol 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 posttrombotische veneuze insufficiëntie.

Was er in het verslagjaar een richtlijn aantoonbaar aanwezig voor tromboseprofylaxe bij een operatie voor een totale heupprothese?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Was er in het verslagjaar een richtlijn aantoonbaar aanwezig voor tromboseprofylaxe bij een operatie voor een totale knieprothese?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

[110] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

* Geef toelichting

5.2.3 Indicator:
Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie na een totale heupprothese

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten dat medicamenteuze tromboseprofylaxe heeft gehad? ja nee *

• *Indien ja:*

Teller 5.2.1: Wat is het aantal patiënten in het verslagjaar dat medicamenteuze tromboseprofylaxe kreeg tromboseprofylaxe kreeg gedurende 4-5 weken na de operatie^[11] in geval van een totale heupprothese?

Noemer 5.2.1: Wat is het aantal patiënten in het verslagjaar dat een initiële operatie onderging voor een totale heupprothese?

Toelichting:

5.2.4 Indicator:
Infectierisico na een totale heupprothese

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met postoperatieve infectie na een totale heupprothese? ja nee *

Teller 5.2.2: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met postoperatieve infectie na een totale heupprothese?

Noemer 5.2.2: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten dat een operatie onderging voor een totale heupprothese?

Toelichting:

* Geef toelichting

[11] NOV. Richtlijn Totale Heupprothese. 2010

5.2.5

Indicator:

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 zelfstandige 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.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal uitgevoerde arthroscopieën in uw instelling

ja

nee
*

- Indien ja:

Noemer 5.2.3: Hoeveel arthroscopieën werden er in uw instelling uitgevoerd in het verslagjaar?

Toelichting:

5.2.6

Indicator:

Ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden

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.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal heroperaties dat **binnen twaalf maanden na de initiële** operatie heeft plaatsgevonden bij patiënten met een arthroscopie?

ja

nee
*

* Geef toelichting

Teller 5.2.3: Wat is het totaal aantal ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden in het verslagjaar?

Noemer 5.2.4: Wat is het totaal aantal patiënten dat een **initiële operatie** onderging voor een arthroscopie in het verslagjaar?

Toelichting:

5.3 Plastische chirurgie, cosmetische behandelingen en rimpelvullers

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 rimpelvullers. 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 rimpelvullers. De meeste veldnormen zijn nog in ontwikkeling. De veldnormen voor bovenooglidcorrectie, labiareductie (schaamlip-verkleining), mammaaugmentatie (borstvergroting) en mamma-reductie (borstverkleining) zijn ontwikkeld en beschikbaar op de site van de NVPC (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.

5.3.1 Indicator: Resultaat van de cosmetische ingreep

Eén van de veldnormen die al is ontwikkeld, 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 worden voldaan. De foto wordt digitaal opgeslagen.

Voerde u in het verslagjaar borstvergrotingen uit?

ja nee

Was er in het verslagjaar sprake van een digitale foto-opslag van patiënten voorafgaand aan een borstvergroting?

ja, voor de ingreep
 nee
*

Voerde u in het verslagjaar ooglidcorrecties uit?

ja nee

Was er in het verslagjaar sprake van een digitale foto-opslag van patiënten voorafgaand aan een ooglidcorrectie?

ja, voor de ingreep
 nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

- **Indien ja:**

Teller 5.3.1: Wat was het aantal patiënten met een borstvergroting **en** een digitaal opgeslagen foto gemaakt voorafgaand aan de ingreep in het verslagjaar?

Teller 5.3. 2: Wat is het aantal patiënten met een ooglidcorrectie **en** een digitaal opgeslagen foto gemaakt voorafgaand aan de ingreep in het verslagjaar?

Noemer 5.3.1: Wat was het totaal aantal patiënten met een borstvergroting in het verslagjaar?

Noemer 5.3 2: wat is het totaal aantal patiënten met een ooglidcorrectie in het verslagjaar?

Toelichting:

5.3.2 Indicator: 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.

Waren alle, in het verslagjaar, in uw instelling werkzame artsen bij een wetenschappelijke vereniging aangesloten?

ja nee
*

Indien ja, geef aan welke:

- NVDV
 NVKNO
 NVPC
 NOG
 NVCG
 Anders, namelijk:

* Geef toelichting

Wat is de datum van de laatste visitatie?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Vond er in het verslagjaar een kwaliteits-visitatie plaats in uw kliniek door de relevante wetenschappelijke vereniging?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Zijn de artsen werkzaam in uw kliniek (ook in een andere instelling gevisiteerd)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Wat is de datum van de laatste visitatie in uw kliniek door uw beroepsvereniging?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Werden er aanbevelingen gedaan?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden de zwaarwegende adviezen ^[112] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van uw beroepsvereniging hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[113] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van uw beroepsvereniging hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:	

[112] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

[113] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

* Geef toelichting

5.3.3 Indicator: 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 niet altijd voorkomen, maar kunnen ook het gevolg zijn van onvoldoende kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld een suboptimale operatietechniek bij de primaire operatie, suboptimale peroperatieve zorg, suboptimale indicatiestelling).

- Inlusie 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.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal ongeplande heroperaties dat binnen twaalf maanden na de initiële operatie heeft plaatsgevonden bij patiënten die een cosmetische ingreep ondergingen?

 ja

 nee
*

Teller 5.3.2: Wat is, in het verslagjaar, het aantal ongeplande heroperaties dat binnen twaalf maanden na de initiële operatie plaatsvond bij patiënten die een cosmetische ingreep hebben ondergaan?

Noemer 5.3.2: Wat is, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten dat een initiële operatie onderging voor een cosmetische ingreep?

Toelichting:

5.3.4 Indicator: Infectierisico na een cosmetische ingreep

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een cosmetische ingreep?

 ja

 nee
*

* Geef toelichting

Teller 5.3.3: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een cosmetische ingreep?

Noemer 5.3.3: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij een cosmetische ingreep werd uitgevoerd?

Toelichting:

5.3.5 Indicator: Registratie rimpelvullers

Door een register bij te houden kunnen problemen met een rimpelvuller voortijdig worden erkend en patiënten zonodig actief worden opgespoord. Tevens dient ook de patiënt te beschikken over relevante gegevens middels een zogenaamd productpaspoort.

Gebruikte uw instelling rimpelvullers in het verslagjaar?

ja nee
*

• Indien ja, welke? (meerdere antwoorden mogelijk)

Niet permanente rimpelvullers
 Permanente rimpelvullers
 Anders, namelijk
*

Toelichting:

Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem (track en trace) voor rimpelvullers?

ja nee
*

Toelichting:

• Indien ja, welke? (meerdere antwoorden mogelijk)

Een eigen elektronisch registratiesysteem
 Een eigen papieren registratiesysteem
 Anders, namelijk

Verstrekt u aan uw patiënten een productpaspoort met relevante gegevens omtrent de lot en chargenummers van de toegepaste rimpelvuller(s)?

ja nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

5.3.6 Borstimplantaten

Jaarlijks worden in Nederland naar schatting 20.000 borstimplantaten geïmplanteerd. Ongeveer 25 procent van deze implantaten wordt voor borstreconstructie na bijvoorbeeld kanker of aangeboren afwijkingen gebruikt. De werkelijke aantallen zijn worden inzichtelijk nu het landelijk registratiesysteem in 2015 beschikbaar is gekomen.

Infectie van een borstimplantaat is een ernstige complicatie met vaak als gevolg dat de prothese moet worden verwijderd. Dit is buitengewoon ingrijpend voor de patiënt en dit leidt bovendien tot extra ingrepen, hospitalisatie en kosten.

Een laag infectiepercentage is zeer gewenst. Genoemde percentages zijn rond 14 procent in het geval van borstreconstructie^[114] en rond 2 procent in het geval van esthetische augmentaties (NVPC richtlijn borstvergroting)^[115].

Om een indicatie te krijgen van de kwaliteit van de implantatie van borstprothesen zijn er twee zaken van belang:

- minimaliseren van het aantal infecties en explantaties in het kader van een complicatie;
- het registreren van kwaliteit rondom borstprothese gebruik.

5.3.7 Explantatie borstimplantaten

Infectie van borstimplantaten leidt tot extra, mogelijk voorkombare, opnames voor antibiotische behandeling en regelmatig tot explantatie van borstimplantaten en dus een extra operatie. Na een periode van herstel (ongeveer 3 maanden) kan vervolgens de reconstructie of augmentatie opnieuw worden uitgevoerd. Infectie van borstimplantaten komt vaker voor in het geval van bilateraal opereren, obesitas, bestraling, roken en suikerziekte.

Voorzorgsmaatregelen om infectie te voorkomen zijn in te delen in maatregelen rond de OK: klasse 1 OK, deur dicht beleid op OK en tijdige antibiotische profylaxe. Daarnaast zijn er operatieve maatregelen zoals no-touch technieken, extra aandacht voor steriliteit en voorkomen van hypothermie van de patiënt.

Onder borstimplantaten wordt in deze indicator verstaan; definitieve borstimplantaten en tijdelijke implantaten zoals tissue expanders. Dat wil dus zeggen, alle implantaten die gepland voor een periode langer dan 30 dagen in het lichaam worden gebracht.

Het is wenselijk het aantal explantaties t.g.v. infectie tot een minimum te reduceren. De indicator omvat explantaties voor alle oorzaken binnen de postoperatieve termijn van 60 dagen na plaatsing van een prothese of tissue expander.

[114] Woerdeman LA, Hage JJ, Hofland MM, Rutgers EJ. A prospective assessment of surgical risk factors in 400 cases of skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction with implants to establish -

selection criteria. *Plast Reconstr Surg.* 2007 Feb;119(2):455-63.

[115] NVPC. Richtlijn borstvergroting. Herzienie versie 1 maart 2013. 2013.

Er zijn drie groepen benoemd:

- 1 Primaire plaatsing van expander of prothese aansluitend aan een ablatieve ingreep.
- 2 Een wissel van expander naar prothese.
- 3 Een borstvergroting voor esthetische doelen.

**5.3.7.1 Indicator:
Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie**

- **Inclusie criterium:**
 - Cosmetische augmentaties.*
- **Exclusie criterium:**
 - Borstreconstructieve casus vallen niet onder deze indicator en zijn geëxcludeerd.

* De gemeten eenheid is het aantal prothesen. Zorgactiviteit: 390q1, 390q2 (DBC boom plastische chirurgie).

Registreerde u in het verslagjaar het aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een borstaugmentatie met prothesen voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar?

ja

nee
*

Teller 5.3.4: Wat was het aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een borstaugmentatie met prothese(n) voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar?

Noemer 5.3.4: Wat was het aantal geplaatste borstprothesen voor borstaugmentatie voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar?

Toelichting:

* Geef toelichting

5.3.7.2

Indicator:

Secundaire reconstructies; plaatsing van borstprothesen of tissue expanders in een tweede, separate operatie van die van het verwijderen van een borst

- *Inclusie criterium explantatie binnen een verslagjaar:*
 - *Implantatie na ablatieve ingreep*.*
- *Exclusie criterium:*
 - *Cosmetische augmentatie.*

De oorzaak van de explantatie is geen exclusie criterium.

- * *De gemeten eenheid is het aantal borstprothesen en tissue expanders. Zorgactiviteit: 38983, 39029, 39042 (DBC boom plastische chirurgie).*

Registreerde u in het verslagjaar het aantal explantaties van een borstprothese of tissue expanders binnen 60 dagen post-operatief na een secundaire reconstructie?

 ja

 nee
*

- *Indien ja:*

Teller 5.3.5: Wat was het aantal geëxplanteerde borstprothesen of tissue expanders binnen 60 dagen postoperatief in het verslagjaar?

Noemer 5.3.5: Wat was in het verslagjaar het aantal borstprothesen of tissue expanders voor reconstructieve doeleinden dat werd geplaatst in een gescheiden operatie na het verwijderen van de mamma (mastectomie)?

Toelichting:

* Geef toelichting

5.3.7.3

Indicator:

Wissel van tissue expander naar definitieve borstprothese of wisseling van prothese naar nieuwe prothese voor andere indicaties

Registreerde u in het verslagjaar het aantal explantaties van tissue expanders en borstprothesen binnen 60 dagen postoperatief na een reconstructie?

ja

nee
*

- Indien ja:

Teller 5.3.6: Wat was het aantal geëxplanteerde borstprothesen of tissue expanders binnen 60 dagen postoperatief in het verslagjaar?

Noemer 5.3.6: Wat was het aantal borstprothesen of tissue expanders voor reconstructieve doeleinden wat werd geplaatst of verwisseld na completering van de expansie fase of in het kader van een borstprothesewissel op basis van andere indicaties in het verslagjaar?

Toelichting:

5.3.8 Deelname aan DBIR

Het registreren van een prothese is wettelijk verplicht. Tot voor kort bestond er geen norm voor deze registratie. Door onder andere de PIP-affaire is duidelijk geworden dat in Nederland onvoldoende informatie beschikbaar was over geïmplanteerde borstprothesen en type(n) prothesen op welk moment bij welke patiënt gebruikt zijn.

Dit maakte een herstart noodzakelijk van de opzet van een landelijk registratiesysteem rondom borstprothesen, de Dutch Breast Implant Registry (DBIR).

Per 2015 bestaat het klinisch landelijk implantatenregister waarin alle borstimplantaties moeten worden geregistreerd, inclusief de resultaten per patiënt, zorgverlener en het type gebruikte prothese. Het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) heeft de registratie ontwikkeld en de wetenschappelijke commissie van de Nederlandse Vereniging van Plastische Chirurgie (NVPC) beheert de registratie.

Het doel is dat binnen drie jaar na de start van de registratie vanuit het register kwaliteitsindicatoren ontwikkeld gaan worden.

Het is van groot belang dat iedere zorgverlener die borstimplantaten implanteert of explanteert meewerkt aan dit register. De deelname aan dit register is daarom als proces-

* Geef toelichting

indicator opgenomen in de basisset voor particuliere klinieken en ziekenhuizen. De IGZ beschouwt deelname aan het register als veldnorm.

- *Inclusiecriteria:*
 - *Alle geïmplanteerde borstprothesen in de mamma in het verslagjaar.*
 - *Alle geëxplanteerde borstprothesen in de mamma in het verslagjaar.*
 - *Alle gewisselde borstprothesen in de mamma in het verslagjaar.*
 - *Bij verschillen in definities is de DBIR leidend.*

Zorgactiviteit: 38983, 39029, 39041, 39042 (DBC boom plastische chirurgie).

5.3.8.1 Indicator: Deelname aan DBIR

Registreerde uw kliniek in de DBIR in het verslagjaar?

ja

nee
*

- *Indien ja:*

Teller 5.3.7: Wat was het aantal volledig geregistreerde borstprothesen in de DBIR in het verslagjaar?

Noemer 5.3.7: Wat was het aantal ingebrachte borstprothesen en tissue expanders in het verslagjaar?

Teller 5.3.8: Wat was het aantal volledige registraties van explantaties van alle borstprothesen en tissue expanders in het verslagjaar?

Noemer 5.3.8: Wat was het aantal explantaties van borstprothesen en tissue expanders in het verslagjaar?

Toelichting:

* Geef toelichting

5.4 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 langer. Adolescente (kinderen van 14 jaar en ouder) komen in aanmerking voor chirurgische behandeling bij extreme obesitas en obesitasgerelateerde comorbiditeit.

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.

5.4.1 Indicator: Aantal bariatrische ingrepen

Wat is het totaal aantal patiënten waarbij een maagballon is geplaatst in het verslagjaar?

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij bariatrische chirurgie werd uitgevoerd?

ja nee
*

Teller 5.4.1: Wat is het totaal aantal patiënten ≥ 18 jaar in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd?

Teller 5.4.2: Wat is het totaal aantal patiënten ≥ 14 jaar maar < 18 jaar in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd?

Teller 5.4.3: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij een maagband werd geplaatst?

Teller 5.4.4: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij een gastric bypass werd uitgevoerd?

* Geef toelichting

Teller 5.4.5: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij een sleeve resectie werd uitgevoerd?

Noemer 5.4.1: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie werd uitgevoerd?

5.4.2 Indicator: Samenstelling multidisciplinair team

Chirurgie bij obesitas wordt 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.

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

Chirurg	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Anesthesioloog	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Diëtist	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Psycholoog	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Internist	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
MDL-arts	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Praktijkverpleegkundige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *

Toelichting:

* Geef toelichting

5.4.3

Indicator:

Percentage postoperatieve controles

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.

Beschikte u over een postoperatief programma in het verslagjaar?

ja

nee
*

- Indien ja:

Teller 5.4.6: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij postoperatieve controle plaatsvond na 24 maanden? (d.w.z. patiënten die in 2014 zijn geopereerd en in 2016 nog voor FU kwamen)

Noemer 5.4.2: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij in 2014 bariatrische chirurgie werd uitgevoerd?

5.4.4

Indicator:

Infectierisico na een bariatrische ingreep

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een bariatrische ingreep?

ja

nee
*

Teller 5.4.7: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met postoperatieve infectie na een bariatrische ingreep?

* Geef toelichting

Noemer 5.4.3: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij een bariatrische ingreep werd uitgevoerd?

Toelichting:

5.5 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 huidaanhangsels, 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 moedervlekken.
- 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.

5.5.1 Indicator: Dermatologische behandelingen

Welke behandelingen werden in het verslagjaar in uw instelling uitgevoerd?
Er zijn meerdere antwoorden mogelijk:

Algemene dermatologie
(zoals psoriasis, eczeem) ja nee
*

Dermato-oncologie ja nee
*

Werkt u daarbij samen met een
ziekenhuis met oncologische expertise? ja nee
*

Dermatochirurgie (medisch) ja nee
*

Cosmetische dermatochirurgie
(zoals liposculptuur) ja nee
*

Proctologie ja nee
*

Flebologie C1- C2** ja nee
*

C3- C6** ja nee
*

Toelichting:

**CEAP-klassificatie.

5.5.2 Indicator: 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.

Waren alle in uw instelling werkzame
huidartsen aangesloten bij de NVDV? ja nee
*

* Geef
toelichting

5.6 Keel- neus- oorheeskunde

Per jaar worden in Nederland ruim 40.000 patiënten geopereerd aan tonsillen en ruim 20.000 aan het adenoïd. Dit is ongeveer 25% van een geboorte-cohort. Het merendeel van deze ingrepen wordt bij kinderen verricht. Er is internationaal en nationaal een grote spreiding ten aanzien van de incidentie van ingrepen aan adenoïd en tonsillen. Het verschijnen van de resultaten van de NATAN-trial (Netherlands Adenotonsillectomy Tonsillectomy Adenotomy Nederland) heeft in de landelijke media veel discussie veroorzaakt over dit onderwerp. Hierdoor is er onrust ontstaan in de spreekkamer van de huisarts, KNO-arts en kinderarts rondom de indicatiestelling van deze ingreep.

Bovengenoemde overwegingen waren voor de Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied aanleiding een multidisciplinaire, ‘evidence-based’ richtlijn te ontwikkelen voor het beleid bij ziekten van adenoïd en tonsillen in de tweede lijn.

Deze richtlijn kwam uit in 2007^[118], is in 2014 herzien en is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. De richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming, gericht op het vaststellen van goed medisch handelen. Hiermee geeft de richtlijn de KNO-arts handvatten om die patiënten te identificeren die in aanmerking komen voor een (adeno) tonsillectomie.

Deze ontwikkeling illustreert dat wanneer er meer wetenschappelijk onderzoek voor handen is de richtlijnen, op basis van dit onderzoek, een beter gedefinieerd indicatiegebied voorschrijven. Wanneer dit indicatiegebied smaller is dan voorheen dan zal, zoals bij de tonsillectomie, het aantal verrichtingen afnemen. Dit is een voorwaarde voor een kwaliteitscyclus.

De NVKNO vindt het belangrijk dat alle ziekenhuizen de richtlijn implementeren. De mate van implementatie wordt getoetst door het uitvragen van twee indicatoren die betrekking hebben op de indicatiestelling. In de volgende indicatorset zal de inspectie vragen naar de aantallen infecties of apneu's.

5.6.1 Indicator: Registratie infecties voor indicatiestelling

Volgens de aanbeveling in de richtlijn is bij kinderen met zeer frequent recidiverende tonsillitiden (7 of meer tonsillitiden per jaar of 5 tonsillitiden per jaar in de afgelopen twee jaar) (adeno)tonsillectomie geïndiceerd.

Bij kinderen met frequent recidiverende tonsillitiden (4 tot 6 tonsillitiden per jaar) met ernstige morbiditeit kan een (adeno)tonsillectomie worden overwogen.

Bij kinderen met minder ernstige of minder frequente klachten is een afwachtend beleid geïndiceerd.

[118] Nederlandse vereniging voor Keel-Neus-Oorheeskunde en Heelkunde van het Hoofdhals-

gebied. Richtlijn Ziekten van Adenoïd en Tonsillen in de tweede lijn. 2007.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal infecties dat het kind heeft doorgemaakt voorafgaande aan de indicatiestelling?

ja

nee
*

Toelichting:

**5.6.2 Indicator:
Registratie apneu's voor indicatiestelling**

Volgens de aanbevelingen in de richtlijn is bij kinderen met verdenking op OSAS een (adeno) tonsillectomie geïndiceerd.

Registreerde u in het verslagjaar of het kind wel of geen apneu's heeft voorafgaande aan de indicatiestelling?

ja

nee
*

Toelichting:

**5.6.3 Indicator:
Visitatie door NVKNO**

De Nederlandse Vereniging voor Keel-, neus, oorheelkunde (NVKNO) toetst middels een visitatie volgens objectieve criteria of een KNO arts aan vastgestelde normen voldoet. Als een KNO arts door de NVKNO is gevisiteerd en voldoet aan de voorwaarden van de NVKNO, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

Waren alle in uw instelling werkzame KNO artsen aangesloten bij de NVKNO?

ja

nee
*

Vond er in het verslagjaar een kwaliteits-visitatie plaats in uw instelling door de NVKNO?

ja

nee
*

Zijn de KNO artsen werkzaam in uw instelling (ook) in een andere instelling gevisiteerd?

ja

nee
*

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVKNO?

* Geef toelichting

Werden er aanbevelingen gedaan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de zwaarwegende adviezen ^[119] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVKNO hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[120] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVKNO hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

[119] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen *maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

[120] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

* Geef toelichting

6 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 ze lijn. Centra waar beeldvormend en biometrisch onderzoek wordt uitgevoerd worden gevraagd de indicatoren in te vullen.

6.1 Indicator: Diagnostisch onderzoek

Verrichtte uw medisch diagnostisch centrum in het verslagjaar diagnostisch (beeldvormend of biometrisch) onderzoek?

ja

nee

*

Toelichting:

- *Indien ja, was dat (meerdere antwoorden mogelijk):*

Cardiologisch onderzoek

Maag-, darm-, leveronderzoek

Spirometrie

(Histamine)provocatietest

Inspanningstest

Bronchoscopie

Anders, namelijk:

Toelichting:

* Geef toelichting

6.2 Totaal aantal patiënten en beeldvormende of biometrische verrichtingen

Om een beeld te krijgen van het aantal patiënten waarbij beeldvormend en biometrische verrichtingen plaats vindt door medisch diagnostische centra wordt het totaal aantal patiënten en verrichtingen gevraagd.

6.2.1 Indicator: Totaal aantal patiënten en beeldvormend of biometrische verrichtingen

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij binnen uw centrum diagnostisch (beeldvormend of biometrisch) onderzoek plaats vond?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
--	-----------------------------	-----------------------------------

• *Indien ja:*

Noemer 6.1.1: Wat is het **totaal aantal** patiënten in het verslagjaar?

Registreerde u in het verslagjaar het aantal diagnostische (beeldvormend of biometrisch) onderzoeken dat in uw centrum werd uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
---	-----------------------------	-----------------------------------

• *Indien ja:*

Noemer 6.1.2: Wat is het **totaal aantal** diagnostische (beeldvormend of biometrisch) onderzoeken in het verslagjaar?

Toelichting:

Voerde u naast de diagnostische verrichtingen ook behandelingen uit? Indien ja: was dit medicamenteus of invasief?	<input type="checkbox"/> ja, diagnostische verrichtingen en behandelingen
	<input type="checkbox"/> nee, alleen diagnostische verrichtingen

Indien ja:
(meer antwoorden mogelijk)

- Medicamenteuze behandeling
- Invasieve behandeling
- Anders, namelijk:

Toelichting:

* Geef toelichting

6.2.2 **Indicator:**
Invasieve onderzoeken

Binnen het totale aantal onderzoeken kan een onderscheid gemaakt worden in invasieve en niet invasieve onderzoeken.

Voerde uw centrum het verslagjaar
invasieve onderzoeken uit?

ja

nee

Registreerde u in het verslagjaar het aantal
invasieve onderzoeken dat in uw centrum
werd uitgevoerd?

ja

nee
*

• *Indien ja:*

Noemer 6.2.1: Wat is het **totaal aantal**
invasieve onderzoeken in het verslagjaar?

Toelichting:

* Geef
toelichting

6.3 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 of een anesthesioloog als deze de anesthesie toedient.

6.3.1 Indicator: 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 Society of Anesthesiologists). 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.

Registreerde uw instelling de ASA-klasse in het verslagjaar? ja nee

• *Indien ja:*

Kunt u onderscheid maken naar ASA-klasse? ja nee

Indien ja, wat is het aantal patiënten dat het centrum in het verslagjaar heeft behandeld in:

___ Teller 6.3.1: ASA-klasse 1

___ Teller 6.3.2: ASA-klasse 2

___ Teller 6.3.3: ASA-klasse 3 en hoger

___ Teller 6.3.4: ASA onbekend

Toelichting (optioneel):

6.3.2

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.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35?

ja

nee

- *Indien ja:*

Teller 4.2.5: Wat is het aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35 in het verslagjaar?

6.4 Kwetsbare groepen

Kinderen en ouderen vormen kwetsbare groepen, die in sommige opzichten specifiek beleid vereisen.

Invasieve behandelingen van kinderen kunnen naar het oordeel van de inspectie alleen onder duidelijke voorwaarden^[121] in een particuliere kliniek dienen te worden verricht. Voor ouderen geldt dat elke geplande ingreep al vooraf door screening het risico op een delirium wordt vastgelegd. Indien een patiënt als risicopatiënt wordt beschouwd, kan deze patiënt niet in een particuliere kliniek worden behandeld en dient er gericht te worden doorverwezen naar een ziekenhuis.

6.4.1 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 flapoorcorrecties en chronische huidaandoeningen worden behandeld in particuliere klinieken. Bij ouderen neemt het risico op bijvoorbeeld een delirium toe.

Behandelde u in het verslagjaar patiënten jonger dan 18 jaar?

 ja

 nee

Behandelde u in het verslagjaar patiënten ouder dan 70 jaar?

 ja

 nee

Teller 6.4.1: Hoeveel patiënten jonger dan 18 jaar (<18 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

Teller 6.4.2: Hoeveel patiënten in de leeftijd van 18 jaar tot 70 jaar werden in het verslagjaar behandeld?

Teller 6.4.3: Hoeveel patiënten in de leeftijd van 70 jaar en ouder (≥ 70 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

Teller 6.4.4: Hoeveel patiënten waarvan de leeftijd onbekend was werden in het verslagjaar behandeld?

[121] Anesthesiologische zorgverlening aan en ingrepen bij kinderen (2009), NVA.

6.4.2 Indicator: Deliriumbeleid

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)^[122]. 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 ^[123]. Doordat de predisponerende factoren al voor opname bekend zijn, biedt dit model aangrijpingspunten voor preventie.

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 (NVIC 2010 en NVKG 2013) 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 (NVIC, 2010). Het gebruik van een systematische inventarisatie voor de detectie van het risico op delirium, gericht op primaire preventie.

Adviezen voor het consulteren van gespecialiseerd personeel.

Beschikte u in het verslagjaar over een deliriumprotocol dat voldoet aan bovenstaande beschrijving?

ja

nee

*

Toelichting

* Geef toelichting

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

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

6.4.3 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). Alcohol-misbruik 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 of mantelzorger.

Hoe wordt voor deze indicator het risico bepaald?

Geselecteerd worden alle patiënten van 70 jaar en ouder. Ij elke invasieve behandeling of onderzoek 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. Ook bij het uitvoeren van invasieve behandelingen of onderzoeken die geen opname inhouden, dient deze screening (indien relevant) plaats te vinden. Van een verhoogd risico is sprake bij een of meer positieve antwoorden. Bij een positieve uitkomst dient de patiënt vervolgens als risicopatiënt te worden beschouwd. Deze patiënten kunnen vervolgens niet in een particuliere kliniek worden behandeld.

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 6.4.5: Wat is het totaal aantal gescreende patiënten in het verslagjaar met een verhoogd risico bij pre-operatieve screening?

Teller 6.4.6: Wat is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder in het verslagjaar waar bij pre-operatieve screening een risicoscore is vastgelegd in het medisch dossier?

* Geef toelichting

6.5 Visitatie door NVVC

6.5.1 Indicator: 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.

Waren in uw centrum in het verslagjaar cardiologen werkzaam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Waren de in uw centrum werkzame cardiologen aangesloten bij de NVVC?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Vond er in het verslagjaar een kwaliteits-visitatie plaats in uw centrum door de NVVC?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Zijn de cardiologen werkzaam in uw centrum (ook) in een andere instelling gevisiteerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		
Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVVC?	_ _ _ _ _ _	
Werden er aanbevelingen gedaan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de zwaarwegende adviezen ^[124] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *

* Geef toelichting

[124] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn,

maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

Heeft u van de NVVC hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[125] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVVC hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

* Geef toelichting

[125] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

6.6 Visitatie door NVMDL

6.6.1 Indicator: Visitatie door NVMDL

De Nederlandse Vereniging voor Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) toetst middels een visitatie volgens objectieve criteria of een MDL-arts of internist^[126] die endoscopieën uitvoert aan vastgestelde normen voldoet.

Als een MDL-arts of internist door de NVMDL is gevisiteerd en voldoet aan de voorwaarden van de NVMDL, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

Waren in uw centrum in het verslagjaar MDL-artsen werkzaam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Waren in uw centrum in het verslagjaar internisten werkzaam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Waren de in uw centrum werkzame MDL-artsen aangesloten bij de NVMDL?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Waren de in uw centrum werkzame internisten aangesloten bij de NIV?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Vond er in het verslagjaar een kwaliteits-visitatie van MDL-artsen plaats in uw centrum door de NVMDL?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Vond er in het verslagjaar een kwaliteits-visitatie van internisten plaats in uw centrum door de NVMDL?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Zijn de MDL-artsen werkzaam in uw centrum (ook) in een andere instelling gevisiteerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Zijn de internisten werkzaam in uw centrum (ook) in een andere instelling gevisiteerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

[126] Betreft uitsluitend visitatie door de NVMDL van internisten die endoscopieën uitvoeren in diagnostische centra vallende onder de geformuleerde doelgroep van particuliere klinieken.

* Geef toelichting

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVMDL?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Werden er aanbevelingen gedaan?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden er zwaar wegende adviezen gegeven?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden de zwaarwegende adviezen ^[127] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVMDL hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden er voorwaarden gesteld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Werden de voorwaarden ^[128] aantoonbaar binnen de daarvoor geldende termijn uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Heeft u van de NVMDL hiervoor een positieve terugkoppeling gehad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:	

6.6.2 Indicator: Uitvoering Time-out procedure bij endoscopische verrichtingen

Een Time-out procedure (TOP) is het laatste (gestandaardiseerde) controlemoment voor de start van een ingreep. Het is een soort identificatie- en verificatieprocedure waarbij gelet wordt op de: juiste patiënt, juiste plaats, juiste ingreep, juiste benodigheden en het juiste materiaal. Deze procedure kan plaatsvinden op meerdere momenten in het proces.

[127] Zwaarwegende adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.

[128] Voorwaarden: Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

* Geef toelichting

Voorwaarde aan de procedure zijn:

- De TOP wordt uitgevoerd in aanwezigheid van een wakkere^[129] patiënt;
- De TOP wordt uitgevoerd door de arts die de endoscopie verricht en in aanwezigheid van de verpleegkundige(n) die assisteert(eren).
- De vragen worden hardop gesteld en in aanwezigheid van de arts, de verpleegkundige en de wakkere patiënt beantwoord.
- De wijze van uitvoering van de TOP is uniform (via een papieren vragenlijst of met behulp van een poster op de muur etc.).

• Definitie:

- Endoscopische verrichting: diagnostische en therapeutische colonoscopie, gastroduodenoscopie, sigmoïdoscopie, ERCP, enteroscopie (balloon-assisted enteroscopie) en endo-echografie.
- Een patiënt die in het verslagjaar meerdere endoscopische verrichtingen ondergaat, moet iedere zitting opnieuw meegerekend worden.
- Uitvoering TOP, zie toelichting.

Werden er, in het verslagjaar, in uw centrum endoscopische verrichtingen uitgevoerd?

ja

nee
*

Legde u, in het verslagjaar, in een digitaal verslagstelsel vast dat de uitvoering van de TOP volledig was doorlopen?

ja

nee
*

Teller 6.6.1: aantal endoscopische verrichtingen waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting.

Noemer 6.6.1: totaal aantal uitgevoerde endoscopische verrichtingen.

Toelichting:

[129] Bij een comateuze patiënt kan de TOP dus niet volledig uitgevoerd worden. Indien anesthesie wordt toegediend, dient de TOP op de operatiekamer, vóór de start van de narcose, plaats te vinden.

* Geef toelichting

6.7 Sedatie

6.7.1 Indicator: Procedurele sedatie

Met procedurele sedatie en/of analgesie (PSA) wordt bedoeld het toedienen van een sedativum en/of (sederend) analgeticum in het kader van een pijnlijke, stresserende en/of immobiliteit vereisende diagnostische of therapeutische procedure met de bedoeling om deze procedure

- 1 maximaal comfortabel voor de patiënt te laten verlopen (dit wil zeggen met een maximaal onderdrukken van pijn, stress of angst).*
- 2 dankzij het optimaliseren van het patiëntencomfort bij te dragen aan optimale diagnostische of therapeutische condities.*

Fundamenteel uitgangspunt is dat pijn in principe altijd met een pijnstillert of een pijnstillende techniek bestreden wordt. Sedatie wordt gegeven om angst te verminderen of het bewustzijn zodanig te verlagen, dat de betreffende onaangename procedure veilig uitvoerbaar is.

De Richtlijn Sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer^[130] en het toetsingskader van de Inspectie^[131] liggen ten grondslag aan deze indicator.

PSA kan veilig worden uitgevoerd door niet-anesthesiologen, mits aan een aantal kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden is voldaan. PSA-gerelateerde incidenten komen frequent voor (0,7-51%), maar door tijdig handelen van getrainde niet-anesthesiologen en verpleegkundigen kunnen ze worden opgevangen zonder dat dit tot complicaties hoeft te leiden. Deze training bestaat o.a. uit het aanleren van screening, monitoring, basis luchtwegmanagement en Basic Life Support en, indien matige tot diepe sedatie het doel is, Advanced Life Support.

Aangezien in de praktijk het onderscheid tussen lichte, matige en diepe sedatie niet altijd even scherp is, dient bij problemen of voor overleg altijd een anesthesioloog of een ALS getrainde arts direct beschikbaar te zijn.

Bij matige tot diepe sedatie mag de sedationist geen andere taken hebben. Bij lichte sedatie en/of analgesie mag deze persoon geringe andere, direct te stoppen activiteiten uitvoeren mits het sedatieniveau stabiel is en de bewaking niet uit het oog verloren wordt.

Voor het vaststellen van het risico op problemen dient screening plaats te vinden. Rekening gehouden moet worden met de ASA-classificatie, leeftijd, aard van de procedure, keuze van de medicatie en de competenties van de behandelaar.

De uitvoering van de sedatierichtlijn is belegd bij een lokale “sedatiecommissie” (de PSA commissie). Deze commissie is ingesteld door de raad van bestuur/directie van de instelling en heeft voor de uitvoering voldoende mandaat en middelen om ervoor zorg te dragen dat de uitvoering van PSA plaats vindt volgens de richtlijn en het toetsingskader.

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

[131] IZG. Toetsingskader sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer; 2012.

Zij is belast met de protocolontwikkeling, complicatieregistratie en evaluatie van PSA in samenspraak met hoofdbehandelaar, anesthesioloog, kinderarts en medisch management.

De doelgroep waarop deze indicator betrekking heeft wordt gevormd door alle volwassenen die PSA krijgen toegediend voor een procedure.

Paste u een vorm van anesthesie toe? ja nee

• *Indien ja:*

Paste u lokale anesthesie toe? ja nee

Paste u algehele anesthesie toe? ja nee

Paste u procedurele sedatie toe? ja nee

Indien u procedurele sedatie toepaste:

Werkte u in uw kliniek in het verslagjaar volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie ja nee*

Was er in het verslagjaar in uw instelling een lokale PSA commissie actief? ja nee

Indien er geen lokale PSA commissie actief was:

Was u in het verslagjaar aangesloten bij een externe PSA commissie? ja nee*

Noemer 1: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?

Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn? ja nee*

Teller 6.7.1: Wat was in het verslagjaar het aantal gescreende patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?

* Geef toelichting

Kunt u onderscheid maken in het aantal patiënten waarbij in het verslagjaar lichte sedatie ^[132] of matig/diepe sedatie ^[133] werd toegepast?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
• Indien ja:		
Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij lichte sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 6.7.2: Wat is het aantal gescreende patiënten met lichte sedatie?		
Noemer 6.7.2: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij lichte sedatie werd toegepast?		
Werden in het verslagjaar de patiënten waarbij matige/diepe sedatie werd toegepast gescreend volgens de richtlijn?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 6.7.3: Wat is het aantal gescreende patiënten met matige/diepe sedatie?		
Noemer 6.7.3: Wat was in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij matig/diepe sedatie werd toegepast?		
Nam u in het verslagjaar een informed consent af bij patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 6.7.4: Wat is het totaal aantal patiënten met een informed consent?		

[132] Lichte sedatie: door enteraal toegediende of lage dosis parenteraal toegediende farmaca enigszins verlaging van het bewustzijn van de patiënt. De patiënt reageert adequaat en consistent op verbale prikkels, verbale communicatie blijft mogelijk. Cognitieve functies en de coördinatie kunnen verminderd zijn, de respiratoire en cardiovasculaire functies zijn onaangedaan.

[133] Matige sedatie: door farmaca veroorzaakte depressie van het bewustzijn, waarin de patiënt nog steeds

reageert op aanspreken of geringe tactiele prikkels. In dit stadium zijn geen interventies nodig om de luchtweg open te houden, de luchtwegreflexen zijn intact en de ventilatie is adequaat.

Diepe sedatie: een door farmaca veroorzaakte bewustzijnsdaling, waarbij de patiënt niet reageert op aanspreken, maar wel reageert op herhaalde of pijnlijke prikkels. De luchtwegreflexen en de ventilatie kunnen verminderd zijn; er kan gemakkelijk een luchtwegobstructie ontstaan.

* Geef toelichting

Was er in uw kliniek dagelijks iemand met een advanced live support (ALS) deskundigheid beschikbaar?

 ja

 nee
*

Voldoen de personen, die procedurele sedatie toepasten, aan de bekwaamheidseisen?

 ja

 nee
*

Werd in het verslagjaar bij matige/diepe sedatie personeel uitsluitend voor bewaking van de patiënt ingezet?

 ja

 nee
*

Had u in het verslagjaar een PSA-praktijk-specialist in dienst?

 ja

 nee
*

• *Indien ja:*

Werd de PSA-praktijk-specialist altijd gesuperviseerd door een bekwaam arts (bijvoorbeeld een anesthesioloog)?

 ja

 nee
*

• *Indien nee:*

Was een bekwaam arts (bijvoorbeeld een anesthesioloog) altijd direct beschikbaar voor overleg en assistentie?

 ja

 nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting