



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Risico-indicatoren

2014

**Basisset
particuliere klinieken**

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

Inhoud

Inleiding	7
Gebruikershandleiding	9
Indicatoren	11
1 Algemene en organisatorische vragen	12
1.1 Organisatorische vragen	12
1.2 Indicator Meldcode kindermishandeling	14
2 Monitoring kwaliteit	17
2.1 Medici en medisch ondersteunend personeel	17
2.1.1 Indicator Percentage BIG-geregistreeerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE	17
2.1.2 Indicator Percentage artsen met een buitenlandse (vervolg) opleiding ten opzichte van medisch specialisten (<u>NIET</u> in FTE)	19
2.1.3 Indicator Werkzaamheden in een ziekenhuis (<u>NIET</u> in FTE)	20
2.1.4 Indicator Bereikbaarheid	21
2.2 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten	22
2.2.1 Indicator Functioneringsgesprekken	22
2.2.2 Indicator IFMS	23
2.3 Disfunctioneren medisch specialisten	25
2.3.1 Indicator Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten	25
2.4 Infecties	26
2.4.1 Indicator Surveillance van postoperatieve infecties	26
2.5 Patiënttevredenheid	28
2.5.1 Indicator Klachten	28
2.5.2 Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek	29
2.6 Kwaliteitskeurmerk	31
2.6.1 Indicator Kwaliteitskeurmerk	31

3	Behandelingen	32
3.1	Totaal aantal patiënten en behandelingen	32
3.1.1	Indicator Totaal aantal patiënten en behandelingen	33
3.2	Invasieve ingrepen	34
3.2.1	Indicator Invasieve ingrepen	34
3.3	Specifieke ingrepen	35
4	Operatief proces	36
4.1	Kwalificatie behandelruimte	36
4.1.1	Indicator Kwalificatie behandelruimte	37
4.2	Zorgzwaarte	38
4.2.1	Indicator Zorgzwaarte van de patiënten	38
4.2.2	Indicator Aantal patiënten met een BMI groter of gelijk aan 35	39
4.3	Kwetsbare groepen	40
4.3.1	Indicator Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar of ouder	40
4.3.2	Indicator Deliriumbeleid bij klinische patiënten	42
4.3.3	Indicator Risico op delirium	43
4.4	Stopmoment IV: Time-out	45
4.4.1	Indicator Time-out, percentage juist uitgevoerde stop momenten IV	45
4.5	Anesthesiologische toepassingen	46
4.5.1	Indicator Visitatie door NVA	46
4.6	Pijn na een operatie	47
4.6.1	Indicator Postoperatieve pijn bij dagbehandeling	47
4.7	Registratie implantaten	48
4.7.1	Indicator Implantatenregistratie	48
5	Specifieke ingrepen	49
5.1	Oogheelkundige ingrepen	49
5.1.1	Refractiechirurgie	49
5.1.1.1	Indicator Visitatie door NOG	49
5.1.1.2	Indicator Laserapparatuur	50

5.1.1.3	Indicator Infectierisico na refractiechirurgie	50
5.1.2	Cataractregistratie	51
5.1.2.1	Indicator Cataractregistratie	51
5.1.2.2	Indicator Visitatie door NOG	52
5.1.2.3	Indicator Infectierisico na cataractoperatie	52
5.2	Orthopedie	53
5.2.1	Indicator Visitatie door NOV	53
5.2.2	Indicator Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe	54
5.2.3	Indicator Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie na een totale heupprothese	54
5.2.4	Indicator Infectierisico na een totale heupprothese	55
5.2.5	Indicator Aantal arthroscopieën van de knie	55
5.2.6	Indicator Ongeplande heroperaties na arthroscopie binnen twaalf maanden	56
5.3	Plastische chirurgie en/of cosmetische behandelingen en rimpelvullers	57
5.3.1	Indicator Resultaat van de cosmetische ingreep	57
5.3.2	Indicator Visitatie door NVPC	58
5.3.3	Indicator Ongeplande heroperaties	59
5.3.4	Indicator Infectierisico na een cosmetische ingreep	59
5.3.5	Indicator Registratie rimpelvullers	60
5.4	Bariatrische behandelingen	61
5.4.1	Indicator Aantal bariatrische ingrepen	61
5.4.2	Indicator Samenstelling multidisciplinair team	62
5.4.3	Indicator Percentage postoperatieve controles	63
5.4.4	Indicator Infectierisico na een bariatrische ingreep	63
5.5	Dermatologie	65
5.5.1	Indicator Dermatologische behandelingen	66
5.5.2	Indicator Visitatie door NVDV	66
6	Medisch diagnostische centra	68
6.1	Indicator Diagnostisch onderzoek	68
6.2	Totaal aantal patiënten en beeldvormende en/of biometrische verrichtingen	69
6.2.1	Indicator Totaal aantal patiënten en beeldvormend en/of biometrische verrichtingen	69
6.2.2	Indicator Invasieve onderzoeken	69

6.3	Visitatie door NVVC	71
6.3.1	Indicator Visitatie door NVVC	71
6.4	Visitatie door NVMDL	72
6.4.1	Indicator Visitatie door NVMDL	72
6.4.2	Indicator Uitvoering Time-out procedure bij endoscopische verrichtingen	73
6.4.3	Indicator Digitale verslaglegging endoscopie	74
	Bijlage	77

Inleiding

Voor u ligt de *Basisset indicatoren particuliere klinieken 2014*. Dit is de zevende keer dat u gevraagd wordt gegevens over de prestaties van uw kliniek aan te leveren. De opbouw van de basisset is gewijzigd ten opzichte van voorgaande jaren en beoogt informatie nu specifiek te genereren. De inhoud van de indicatoren is ongewijzigd. Toegevoegd zijn vier indicatoren namelijk meldcode kindermishandeling, evalueren van het functioneren van medisch specialisten, disfunctioneren medisch specialisten en time-outprocedure bij endoscopische verrichtingen.

Op basis van de Wet openbaarheid van bestuur (WOB) zijn de resultaten openbaar en derhalve voor iedereen toegankelijk.

Samenwerking

De set is tot stand gekomen door samenwerking van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Orde van Medisch Specialisten (Orde), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), 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 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 2014 dienen voor 1 maart 2015 ingeleverd te zijn bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Om uw registratielast te beperken, de invoer te vereenvoudigen en om de analyse efficiënt te laten verlopen, kunt u gebruikmaken van de digitale vragenlijst waarvoor u begin januari 2015 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 ook het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering een doel. Voor ziekenhuizen wordt een deel van de indicatoren op dit moment al ten behoeve hiervan geregistreerd. Ook blijken de Basissets voor veel ziekenhuizen zinvolle informatie te hebben opgeleverd. Dit geldt ook voor particuliere klinieken.
- *De IGZ gaat uit van een ontwikkelingsmodel.*
Een indicatorenset is nooit af. De ontwikkeling van een indicator is afhankelijk van de reacties en de resultaten vanuit de particuliere klinieken. Indicatoren die niet meer relevant zijn of die door iedereen met 'ja' worden beantwoord, moeten na verloop van tijd door andere indicatoren worden vervangen of worden aangepast. Het streven van de inspectie is om niet meer dan 20 - 25 procent van de basisset binnen 1 jaar te veranderen, en de omvang van de indicatorenset niet substantieel te vergroten of te verkleinen. Dit, met als doel een zo optimaal mogelijk beeld te krijgen van het veld. Het streven is dat indicatoren ongeveer 4-5 jaar actief zijn, waardoor er mogelijke trends zijn vast te stellen.

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

Gebruikershandleiding

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

Voor de diagnostische centra geldt dat daar waar behandeling staat ook verrichting en/of onderzoek kan worden gelezen. Voor alle vragen geldt dat zij over het verslagjaar gaan. Met het verslagjaar wordt de tijdsperiode 1 januari tot en met 31 december 2014 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 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. Vervolgens komen de volgende onderwerpen aan de orde in de verschillende paragrafen die volgen.

Toelichting

De toelichting geeft een korte samenvatting van het belang van deze indicator in relatie tot het risico in de zorg. Voor een aantal specifieke voorzieningen is een overzicht opgenomen van de kenmerken die door de betrokken beroepsgroep(en) van belang worden geacht voor de gevraagde voorziening. 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, zullen deze op de website automatisch worden overgenomen.

De gegevens hebben betrekking op het verslagjaar, te weten de periode van 1 januari t/m 31 december 2014. De registratieperiodes zijn zo gekozen dat alle registraties op 31 december kunnen worden afgesloten, onafhankelijk van de lengte van de follow-up, zodat op tijd met de productie van het jaarverslag kan worden begonnen. De periode voor de noemer is wel altijd het verslagjaar, zodat deze vergeleken kunnen worden met andere bronnen. Als een antwoordoptie is gemarkeerd met een *, dan is een toelichting verplicht. Bij de overige antwoorden wordt een toelichting op de geleverde getallen zeer op prijs gesteld.

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.

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. In dat geval geldt de digitale vragenlijst als de juiste versie.

Indicatoren

1 Algemene en organisatorische vragen

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

Locaties

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

Meldpunt IGZ

Telefoon: 088-1205000 (lokaal tarief, ma-vrij 9.00 - 17.00 uur)

Fax: 088-1205001

Email: meldpunt@igz.nl

Adres: Postbus 2680, 3500 GR Utrecht

1.1 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	
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 2014 tot en met 31 december 2014? ja nee *

of

Verrichtte uw centrum beeldvormend en/of biometrisch onderzoek in de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2014? ja nee *

Toelichting:

- Indien **nee**, hoeven de indicatoren niet verder ingevuld te worden.

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 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

1.2 Indicator: Meldcode 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 jeugd-inrichtingen. Sinds 1 juli 2013 zijn beroepskrachten verplicht zo'n meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring. Zie voor meer informatie <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/hulp-bieden/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.

Gebruikte uw organisatie in het verslagjaar een meldcode kindermishandeling? ja nee *

Toelichting:

* Geef toelichting

• 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 patiënten/cliënten contact 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 en/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 patiënt/cliënt contact
- 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?

- 2015
- 2016
- 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 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 kan worden gepraat, kan voorkomen dat er zelfs maar enig risico ontstaat op het optreden van onverantwoorde zorg. In principe kan een toezichthouder dan een grotere afstand houden ten opzichte van de kliniek of het medisch diagnostisch centrum.

2.1 Medici en medisch ondersteunend personeel

Een opvallende 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 echter niet worden beoordeeld en de inhoud van een dergelijke cursus is soms strijdig met de Nederlandse opvattingen.

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

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

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

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

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 ^[2] 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 MSRC-geregistreerde medisch specialisten werkzaam in uw instelling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Noemer 2.1.1: Wat is het aantal MSRC-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?		

[2] 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 bij het informed consent.

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

Waren er in het verslagjaar (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding werkzaam in uw instelling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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 (MSRC-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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

* Geef toelichting

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

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

Registreerde u in het verslagjaar het aantal in uw instelling werkzame MSRC-geregistreerde 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 werkzame MSRC-geregistreerde 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. Dat leidt tot de stelling dat verantwoorde medisch specialistische zorg in belangrijke mate wordt bepaald door de kwaliteit van de medisch specialist. Het feit dat de kwaliteit van een kliniek of het centrum 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 de individuele kwaliteit van de medisch specialist 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 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 of het centrum. Het is voor de IGZ dan ook belangrijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de gesprekken zijn ingebed in het kwaliteitsbeleid van de kliniek.

- **Inclusie criterium:**
 - Het gaat om individuele medisch specialisten. Een medisch specialist die in 24 maanden 3 maal heeft deelgenomen aan een gesprek over zijn/haar functioneren telt één maal.
- **Exclusie criterium:**
 - Medisch specialisten die als gespreksleider functioneren bij gesprekken met andere medisch specialisten 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 leidinggevende (medisch specialist) en de individuele medisch specialist ingevoerd in de kliniek of het centrum?

ja nee
*

* Geef toelichting

Indien ja:

Teller 2.2.1: Wat is het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar^[3] aan minimaal 1 functioneringsgesprek 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:

2.2.2 Indicator: IFMS

Op 12 december 2013 is het visiedocument 'Optimaal Functioneren van medisch specialisten' van de Orde van medisch Specialisten verschenen^[4]. 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 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, samen met IHC/de Zorgmakelaar, de Orde, een IFMS adviesbureau, Achmea en de IGZ een IFMS Handreiking^[5] opgesteld die is toegesneden op kleinere organisaties.

Is IFMS, zoals hierboven beschreven, ingevoerd?

ja nee
*

[3] Het gaat hier om individuele medisch specialisten. Een medisch specialist die in 24 maanden 3 maal functioneren telt een maal. Medisch specialisten die als gespreksleider functioneren bij gesprekken met andere medisch specialisten mogen niet meegeteld worden.

[4] Orde van Medisch Specialisten. Optimaal Functioneren van medisch specialisten, Utrecht 2013.
[5] 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^[6] 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

[6] 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.

2.3 Disfunctioneren medisch specialisten

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. Het IFMS-rapport^[7] stelt dat er een goede procedure in de kliniek aanwezig moet zijn voor het oplossen van problemen met disfunctionerende medisch specialisten. De IGZ 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 IGZ kan en zal het gebruik van de procedure disfunctioneren toetsen aan de hand van meldingen uit kliniek.

2.3.1 Indicator: Regeling mogelijk disfunctioneren^[8] medisch specialisten

Heeft de kliniek/het centrum een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist? ja nee *

• Indien ja:

Wordt deze regeling gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een medisch specialist wordt vermoed? ja nee *

Toelichting:

[7] Orde van Medisch Specialist. Persoonlijk beter - Individueel functioneren van medisch specialisten. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten, 2008.

[8] '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.'

* Geef toelichting

2.4 Infecties

Infecties opgelopen rond een ingreep behoren tot de veelal vermijdbare en soms ernstige complicaties en veroorzaken een trager herstel en tijdelijke of mogelijk blijvende fysieke schade bij de patiënt. Het risico van een patiënt op een infectie varieert sterk. Het risico is groot bij alle invasieve ingrepen, operaties, beademingstubes en infusen, maar hangt ook af van de conditie van de patiënt en de hygiënische routines van de medewerkers, 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; zo nodig 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.

* Geef
toelichting

Werden alle patiënten in het verslagjaar systematisch gecontroleerd op een post-operatieve infectie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
• Indien ja, dit gebeurde door:		
Alle patiënten na een ingreep poliklinisch te controleren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Alle patiënten te adviseren om bij tekenen van een infectie direct contact op te nemen met de kliniek.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Alle patiënten te adviseren bij tekenen van een infectie direct contact op te nemen met een huisarts en de huisarts te vragen hierover te rapporteren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Anders, namelijk		
Er is geen beleid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 het zo nodig 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 dus meerdere klachten per brief worden gemeld. Verder gaat het om het aantal **nieuwe** klachten ingediend in het verslagjaar.*

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

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 **en/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 **en/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?

Noemer 2.5.5: 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)
Indien **ja** (meerdere antwoorden mogelijk)

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

Toelichting:

- Indien u een andere vragenlijst gebruikt: **U kunt dit sturen naar: meldpunt@igz.nl** stuur een blanco vragenlijst op (leeg format).

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 een gemiddeld rapportcijfer (range 1 – 10) over patiënttevredenheid van al uw behandelde patiënten in het verslagjaar?

ja nee
 *

- **Indien ja:**

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

Toelichting:

* Geef
toelichting

2.6 Kwaliteitskeurmerk

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

- Het formuleren van duidelijke kwaliteitsdoelstellingen.
- Medewerkers moeten worden betrokken bij ontwikkelingen.
- Gegevens moeten systematisch verzameld en geregistreerd worden.

De kwaliteit moet systematisch getoetst worden, waarbij beleidsmaatregelen waar nodig worden bijgesteld door de zorgaanbieder

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

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

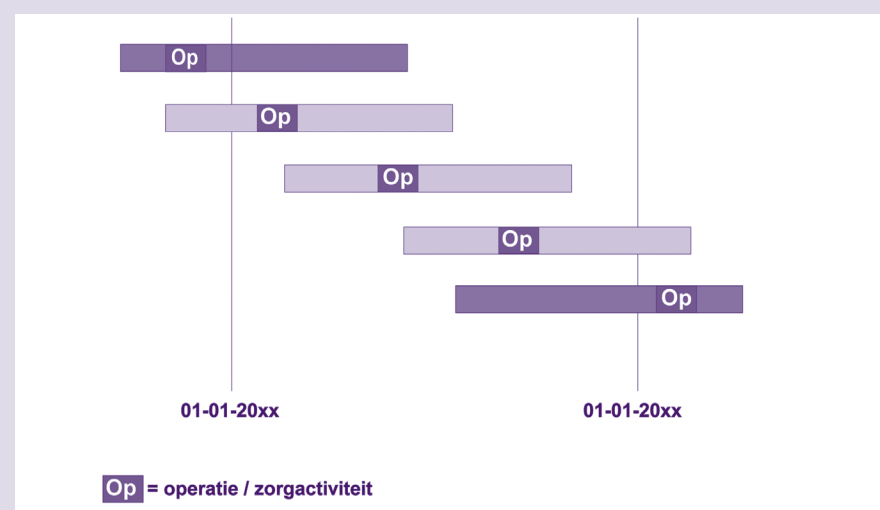
3.1 Totaal aantal patiënten en behandelingen

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^[9]



* Geef toelichting

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

Zie: <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen/Kwaliteitsindicatoren/Eerste-tranche-indicatoren>

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.^[10]

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?

Toelichting:

3.3 Specifieke ingrepen

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

Oogheelkundige ingrepen:

– refractiechirurgie ja nee

– cataractregistratie ja nee

Orthopedische ingrepen ja nee

Plastisch chirurgische ingrepen ja nee

Cosmetische ingrepen ja nee

Bariatrisch chirurgische ingrepen ja nee

Dermatologische ingrepen ja nee

* Geef toelichting

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

4 Operatief proces

Ruim 80% van de kliniek voert invasieve ingrepen uit. Dat varieert 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 een zoveel mogelijk gestandaardiseerd en voorspelbaar (voorbereidings)proces in een gecontroleerde omgeving.

In dit hoofdstuk komen indicatoren aan bod die voornamelijk 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^[11].

- *Definities behandelruimten:*
- *OK1: kent 3 zones namelijk steriel, schoon en niet schoon en een duidelijke zonemarkering. De OK ligt afgesloten van de kliniek. Er zijn 4 soorten sluisen namelijk een patiënten sluis, 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 drukhiërarchie: er bestaat overdruk tussen de steriele, schone en niet schone zone.*
- *OK2: kent 2 zones namelijk steriel en 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 drukhiërarchie: er bestaat overdruk tussen de steriele en schone zone.*
- *Zelfstandige behandelkamer: kent geen zones en ligt niet afgesloten van de kliniek. Er zijn geen sluisen en er is geen verkoeverkamer. Er vindt geen luchtfiltering plaats middels een Hepafilter en er is geen drukverschil.*

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

4.1.1 Indicator: Kwalificatie behandelruimte

Behandelingen vonden plaats in:	<input type="checkbox"/> een zelfstandige behandelkamer
Hoeveel zelfstandige behandelkamers heeft uw instelling?	
Behandelingen vonden plaats in:	<input type="checkbox"/> een OK 2
Hoeveel OK's 2 heeft uw instelling?	
Wat is de datum van het laatste validatierapport?	____ ____ ____
Behandelingen vonden plaats in:	<input type="checkbox"/> een OK 1
Hoeveel OK's 1 heeft uw instelling?	
Wat is de datum van het laatste validatierapport?	____ ____ ____
	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk *
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/of 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 Association of Anesthesiology). ASA 1 komt overeen met een volkomen gezonde patiënt, ASA 2 betreft patiënten met een systemische aandoening die niet tot beperkingen in de dagelijkse activiteiten leidt, bij ASA 3 is dat wel het geval, ASA 4 betreft patiënten met zeer ernstige gezondheidsproblemen, bij ASA 5 patiënten is overlijden met of zonder ingreep binnen 24 uur te verwachten. Naast de ASA-klasse zijn er ook leeftijdsafhankelijke gezondheidsaspecten die van invloed zijn op de risico's van een operatie.

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	<input type="text"/>
Teller 4.2.2: ASA-klasse 2	<input type="text"/>
Teller 4.2.3: ASA-klasse 3 en hoger	<input type="text"/>
Teller 4.2.4: ASA onbekend	<input type="text"/>

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 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

• **Indien ja:**

Voerde u, in het verslagjaar, invasieve ingrepen uit bij patiënten jonger dan 18 jaar? ja nee

• **Indien ja:**

Welke invasieve ingrepen voerde u, in het verslagjaar, uit bij patiënten jonger dan 18 jaar?

Voerde u, in het verslagjaar, invasieve ingrepen uit bij chronisch zieke patiënten jonger dan 18 jaar? ja nee

Indien **ja** (meerdere antwoorden mogelijk):

- Patiënten jonger dan 18 jaar met een chronische luchtwegaandoening
- Patiënten jonger dan 18 jaar met een (congenitale) hartafwijking
- Patiënten jonger dan 18 jaar met diabetes mellitus
- Patiënten jonger dan 18 jaar met het syndroom van Down
- Andere risicogroepen, namelijk *

Toelichting:

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?

4.3.2 Indicator: Deliriumbeleid bij klinische patiënten

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)^[12]. 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^[13]. 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.

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

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

* Geef toelichting

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 en/of mantelzorger.

Hoe wordt voor deze indicator het risico bepaald?

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

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

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

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 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^[14]. 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 proces.^[15]

- Inlusie 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? ja nee
U dient de gegevens per locatie aan te leveren.

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.

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

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

4.5 Anesthesiologische toepassingen

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

4.5.1 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 visitatie-commissie. 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.

Werd de afdeling anesthesiologie gevisiteerd door de NVA? ja nee

• **Indien ja:**

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

Werden er verbetermaatregelen door de NVA opgelegd? ja nee *

Werden de door de NVA gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd? ja nee *

Toelichting:

* 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:

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 en/of kort na het plaatsen van een implantaat in de instelling een röntgenfoto te maken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		
Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem voor implantaten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
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

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.

Waren alle in uw instelling werkzame refractiechirurgen gevisiteerd door het NOG?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
<ul style="list-style-type: none"> Indien ja: 		
Wat is de datum van de laatste visitatie door het NOG?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
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 vervolvisitatie binnen 1 jaar plaats?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

* Geef toelichting

5.1.1.2 Indicator: Laserapparatuur

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

Daarnaast is bij de refractiechirurgie bekend dat de kwaliteit van de medische behandeling mede bepaald wordt door de kwaliteit van de gebruikte apparatuur.

Beschikte u aantoonbaar over een validatierapport van de laserapparatuur?

ja nee
*

• 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:

* Geef toelichting

5.1.2 Cataractregistratie

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 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 Vectis data.

- Inlusie criterium:
 - Alle cataract operaties.

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

ja nee
*

Toelichting:

Teller 5.1.2: Wat is in het verslagjaar het aantal cataractoperaties die zijn ingevoerd in het landelijke NOG registratiesysteem?

Noemer 5.1.2: Wat is in het verslagjaar het aantal cataractoperaties?

* Geef toelichting

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.

Waren alle in uw instelling werkzame oogartsen gevisiteerd door het NOG? ja nee *

• Indien ja:

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

Werden er verbetermaatregelen door de NOG opgelegd? ja nee *

Werden de door het NOG gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd? ja 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?

Teller 5.1.3: Wat was, in het verslagjaar, het aantal patiënten met een postoperatieve infectie na een cataractoperatie?

Noemer 5.1.3: Wat was, in het verslagjaar, het totaal aantal patiënten waarbij een cataractoperatie werd uitgevoerd?

Toelichting:

* 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.

Waren alle in uw instelling werkzame orthopedisch chirurgen gevisiteerd door de NOV? ja nee *

• Indien ja:

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

Werden er verbetermaatregelen door de NOV opgelegd? ja nee *

Werden de door de NOV gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd? ja nee *

Toelichting:

* Geef 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 post-trombotische 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:

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 gedurende minimaal 6 weken en maximaal 3 maanden na de operatie 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:

* Geef 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:

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:

* Geef 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
*

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:

* Geef toelichting

5.3 Plastische chirurgie en/of 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 uitgangssituatie en of de instelling door de NVPC geïnspecteerd is.

5.3.1 Indicator: Resultaat van de cosmetische ingreep

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

Maakte u in het verslagjaar foto's bij een cosmetische ingreep?

-
- ja, voor de ingreep
-
-
- ja, na de ingreep
-
-
- ja, voor en na de ingreep
-
-
- nee
-
- *

- Indien ja:

Teller 5.3.1: Wat is het aantal patiënten met een foto voor en/of na de cosmetische ingreep in het verslagjaar?

Noemer 5.3.1: Wat is het totaal aantal patiënten met een cosmetische ingreep in het verslagjaar?

Toelichting:

* Geef 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, in het verslagjaar, de in uw instelling werkzame artsen bij een wetenschappelijke vereniging aangesloten? ja nee *

Indien ja, geef aan welke:

NVCG
 NVDV
 NVPC
 NOG
 Anders, namelijk:

Waren alle in uw instelling werkzame artsen gevisiteerd door de relevante wetenschappelijke vereniging? ja nee *

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

Toelichting:

Wat is de datum van de laatste visitatie?

Werden er verbetermaatregelen opgelegd? ja nee *

Werden de gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd? ja nee *

Toelichting:

* 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 zo nodig actief worden opgespoord. Tevens dient ook de patiënt/cliënt 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/cliënten een productpaspoort met relevante gegevens omtrent de lot en chargenummers van de toegepaste rimpelvuller(s)?

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 langetermijncomplicaties. Laparoscopische ingrepen resulteren in een sneller postoperatief herstel met vergelijkbare resultaten maar de leercurve is vanwege de hoge technische moeilijkheidsgraad wel 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 bij voorkeur uitgevoerd door een multidisciplinair team dat kan zorgen voor preoperatieve risico-inventarisatie, informatie over verschillende procedures, waaronder mogelijk gewichtverlies en bijkomende risico's, regelmatige postoperatieve controles, psychologische begeleiding voor en na de operatie en plastische chirurgie.

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 2012 zijn geopereerd en in 2014 nog voor FU kwamen)

Noemer 5.4.2: Wat is het totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij in 2011 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

Waren alle in uw instelling werkzame huidartsen gevisiteerd door de NVDV? ja, als lid van de NVDV
 ja, op aanvraag
 nee *

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

Toelichting:

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

Werden er aanbevelingen gedaan door de NVDV? ja nee *

Werden de aanbevelingen van de NVDV aantoonbaar uitgevoerd? ja nee *

Toelichting:

* 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 2e lijn. Met name centra waar beeldvormend en biometrisch onderzoek wordt uitgevoerd worden gevraagd de indicatoren in te vullen.

6.1 Indicator: Diagnostisch onderzoek

Verrichtte uw centrum in het verslagjaar diagnostisch (beeldvormend en/of biometrisch) onderzoek? ja nee*

Toelichting:

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

Toelichting:

* Geef toelichting

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

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij binnen uw centrum diagnostisch (beeldvormend en/of biometrisch) onderzoek plaats vond? ja 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 en/of biometrisch) onderzoeken dat in uw centrum werd uitgevoerd? ja nee*

- Indien ja:

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

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

* Geef toelichting

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 Visitatie door NVVC

6.3.1 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 geïnspecteerd en voldoet aan de voorwaarden van de NVVC, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

Had uw centrum in het verslagjaar cardiologen in dienst?

ja

nee

Waren de in uw centrum werkzame cardiologen aangesloten bij de NVVC?

ja

nee
*

Waren alle in uw centrum werkzame cardiologen geïnspecteerd door de NVVC?

ja

nee

• Indien ja, was dat in het eigen centrum?

ja

nee
*

Toelichting:

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

____/____/____

Werden er verbetermaatregelen door de NVVC opgelegd?

ja

nee
*

Werden de door de NVVC gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd?

ja

nee
*

Toelichting:

* Geef toelichting

6.4 Visitatie door NVMDL

6.4.1 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^[16] 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.

Had uw centrum in het verslagjaar MDL-artsen in dienst? ja nee *

Had uw centrum in het verslagjaar internisten in dienst? ja nee *

Waren, in het verslagjaar, de in uw centrum werkzame MDL-artsen aangesloten bij de NVMDL? ja nee *

Waren, in het verslagjaar, de in uw centrum werkzame internisten aangesloten bij de NIV? ja nee *

Waren alle in uw centrum werkzame MDL-artsen gevisiteerd door de NVMDL? ja nee *

Waren alle in uw centrum werkzame internisten gevisiteerd door de NVMDL? ja nee *

Indien **ja**, was dat in het eigen centrum? ja nee *

Toelichting:

[16] 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?

Werden er verbetermaatregelen door de NVMDL opgelegd? ja nee *

Werden de door de NVMDL gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd? ja nee *

Toelichting:

6.4.2 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.

Voorwaarde aan de procedure zijn:

- De TOP wordt uitgevoerd in aanwezigheid van een wakkere^[17] 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.

[17] 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

Werden er, in het verslagjaar, in uw centrum endoscopische verrichtingen uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Legde u, in het verslagjaar, in een digitaal verslagstelsel vast dat de uitvoering van de TOP volledig is doorlopen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 6.4.1: aantal endoscopische verrichtingen waarbij de TOP volledig is uitgevoerd voor de start van de verrichting.		
Noemer 6.4.1: totaal aantal uitgevoerde endoscopische verrichtingen.		
Percentage endoscopische verrichtingen waarbij de TOP volledig is uitgevoerd (wordt automatisch berekend):		%
Toelichting:		

**6.4.3 Indicator:
Digitale verslaglegging endoscopie**

De endoscopische procedures die worden uitgevoerd door het MDL-team zijn niet zelden geïndiceerd in het kader van surveillance van een bekende aandoening of een verhoogd risico hierop. Daarnaast worden vaak endoscopische verrichtingen uitgevoerd op verzoek van andere specialismen zoals de Huisartsgeneeskunde, de Inwendige Geneeskunde of de Heelkunde. Een duidelijke verslaglegging die gemakkelijk te herleiden of terug te vinden is, is dan ook essentieel. Digitale verslaglegging is hiervoor de meest aangewezen methode. Dit biedt namelijk de mogelijkheid van opslaan van verslagen inclusief afbeeldingen. Hierdoor wordt het oproepen en het delen van verslagen met andere gebruikers gemakkelijk. 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.^[18]

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.

[18] 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

Was er in het verslagjaar sprake van een digitale verslaglegging van de verrichtte endoscopische procedure (inclusief beeldmateriaal)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:		

Bijlage

Bijlage

Definities van veel voorkomende termen

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 nacontrole 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.

Behandelruimten

OK1: kent 3 zones namelijk steriel, schoon en niet schoon en een duidelijke zone-markering. De OK ligt afgesloten van de kliniek. Er zijn 4 soorten sluisen namelijk een patiënten sluis een sluis voor schone en een sluis voor vuile goederen en een personeels-sluis. De verkoeverkamer behoort bij de niet schone zone. Luchtfiltering vindt plaats middels een Hepa-filter. Er is sprake van drukhiërarchie: er bestaat overdruk tussen de steriele, schone en niet schone zone.

OK2: kent 2 zones namelijk steriel en 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 drukhiërarchie: er bestaat overdruk tussen de steriele en schone zone.

Zelfstandige behandelkamer: kent geen zones en ligt niet afgesloten van de kliniek. Er zijn geen sluisen en er is geen verkoeverkamer. Er vindt geen luchtfiltering plaats middels een Hepafilter en er is geen drukverschil.

Buitenlandse artsen

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

Invasieve ingrepen

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

Patiënt

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

Particuliere klinieken

Verzamelnaam voor zelfstandige behandelcentra en privéklinieken.

Verslagjaar

1 januari tot en met 31 december 2014.

24 uur per dag oproepbaar

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

