

## IGJ Basisset MSZ, verslagjaar 2023

### Inleiding

#### Wat is de Basisset MSZ?

Op basis van gesignaleerde risico's in de Nederlandse gezondheidszorg worden verbeterdoelen vastgesteld om verbeteringen in de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg te stimuleren. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) doet dit in samenwerking met de Federatie Medisch Specialisten (FMS), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). De Basisset medisch specialistische zorg (MSZ) is van en voor de veldpartijen en IGJ samen.

De Basisset MSZ 2023 bestaat uit negen verbeterdoelen voor ziekenhuizen en indien van toepassing ook voor particuliere klinieken. Daarnaast zijn er voor particuliere klinieken toezichtvragen opgenomen. Zo krijgen de IGJ en het zorgveld inzicht in de kwaliteit van de gehele MSZ, ongeacht of deze zorg geleverd wordt in een ziekenhuis of een particuliere kliniek.

#### Hoe bevordert Basisset MSZ kwaliteitsverbeteringen in de Nederlandse gezondheidszorg?

De Basisset MSZ heeft in de afgelopen jaren substantieel bijgedragen aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de Nederlandse gezondheidszorg. In de Basisset MSZ wordt met de verbeterdoelen de nadruk gelegd op het stimuleren van een cultuur van leren en verbeteren. Er is toenemend aandacht voor het verminderen van registratiedruk zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit en veiligheid. Met de verbeterdoelen beogen de IGJ, FMS, NFU, NVZ, V&VN en ZKN méér ruimte te geven aan ziekenhuizen en particuliere klinieken, om via eigen inbreng veiligheid en kwaliteit van de gezondheidszorg en de dialoog hierover, te stimuleren en te bevorderen.

#### Hoe komen verbeterdoelen tot stand?

Jaarlijks worden verbeterdoelen vastgesteld. Dit doet de IGJ in samenwerking met FMS, NFU, NVZ, V&VN en ZKN. Verbeterdoelen binnen de aandachtsgebieden worden voorbereid en opgesteld door gemandateerde vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en verpleegkundige afdelingen.

#### Toezichtvragen particuliere klinieken

In de Basisset MSZ zijn naast verbeterdoelen, toezichtvragen voor particuliere klinieken opgenomen die de inspectie gebruikt om haar toezicht op dit deel van de sector vorm te geven. Deze vragen kunnen zowel betrekking hebben op organisatorische als zorginhoudelijke thema's.

#### Hoe gebruikt de inspectie de Basisset MSZ bij het toezicht?

Een zorgproces en/of zorgaanbieder kan om meerdere redenen opvallen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de informatie over een verbeterdoel die opvallend afwijkt van wat landelijk gebruikelijk is. Dit kan reden zijn voor een gesprek met de bestuurder van een ziekenhuis of een particuliere kliniek. Een opvallende uitslag is niet automatisch slechte zorg. De geanalyseerde resultaten worden jaarlijks gepubliceerd.

#### Omvang van de Basisset MSZ

De Basisset MSZ 2023 bestaat voor de ziekenhuizen uit uitsluitend verbeterdoelen. Voor de particuliere klinieken blijven daarnaast nog een aantal toezichtvragen bestaan. Voor particuliere klinieken is het behandelaanbod van de kliniek van invloed op het aantal verbeterdoelen en toezichtvragen. De IGJ heeft de informatie uit toezichtvragen nodig om het toezicht op particuliere klinieken vorm te geven.

De inspectie maakt met individuele particuliere klinieken afspraken over welke verbeterdoelen de betreffende kliniek aan de inspectie moet rapporteren en op welke wijze dit aangeleverd moet worden. Als de inspectie geen individuele afspraken heeft gemaakt met een kliniek, dan hoeft deze kliniek geen verbeterdoelen uit te werken en aan de inspectie aan te leveren.

#### Uitgangspunten

De volgende uitgangspunten vormen de basisfilosofie van de Basisset MSZ:

- een verbeterdoel en toezichtvraag geeft een signaal over de (kwaliteit van de) zorg op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten. Over een negatief signaal kunnen door de inspectie vragen worden gesteld. Overigens brengt de inspectie niet alleen op basis van de gepubliceerde gegevens een oordeel over een individuele instelling naar buiten. Verbeterdoelen en toezichtvragen zijn een hulpmiddel voor het risicogebaseerde toezicht en geven een aanvulling op informatie uit andere bronnen, zoals thematoezicht en meldingen van en over een instelling.
- instellingen maken zelf resultaten openbaar. De verbeterdoelen en toezichtvragen geven zonder nadere uitleg niet in alle gevallen een goed beeld van de zorg in een individuele instelling. Om die reden wordt aan de instellingen gevraagd om de

eigen resultaten openbaar te maken en van een nadere uitleg te voorzien. Dit kan in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg en via de website van de instelling.

- de Basisset MSZ is een ontwikkelingsmodel. De Basisset MSZ is nooit af. De ontwikkeling van een verbeterdoel is mede afhankelijk van de reacties en de resultaten vanuit instellingen.

### **Praktische zaken**

De Basisset MSZ 2023 bestaat uit:

- verbeterdoelen aan te leveren door zowel ziekenhuizen als particuliere klinieken;
- toezichtvragen alleen aan te leveren door particuliere klinieken.

In de inhoudsopgave is zichtbaar welke verbeterdoelen en toezichtvragen u dient aan te leveren. Tevens wordt dit via de routing inzichtelijk op het moment dat u de verbeterdoelen en toezichtvragen online aanlevert.

### **Aanlevering**

De verbeterdoelen uit de Basisset MSZ 2023 moeten door ziekenhuizen aangeleverd worden op <https://omniq.dhd.nl>.

Toezichtvragen uit de Basisset MSZ 2023 moeten door particuliere klinieken aangeleverd worden op <https://www.desan.nl>.

Voor de aanlevering van verbeterdoelen door particuliere klinieken worden door de IGJ individuele afspraken gemaakt met de klinieken die deze verbeterdoelen aan moeten leveren.

Alle ziekenhuizen en particuliere klinieken moeten de verbeterdoelen en toezichtvragen vóór **15 april 2024** aanleveren. De resultaten zijn daarna openbaar.

# Gebruikershandleiding

De Basisset MSZ is bedoeld voor alle zorgaanbieders van medisch specialistische zorg in Nederland.

## Zelfstandige Radiotherapeutische centra

De inspectie bepaalt jaarlijks met de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie welke verbeterdoelen u moet aanleveren.

## Website is leidend

Er is uiterste zorg besteed aan de publicatie van de Basisset MSZ. Het is mogelijk dat er discrepanties zijn tussen deze publicatie van de Basisset MSZ en de website van OmniQ of Desan. Mocht dat zo zijn, dan is de versie zoals die op de website <https://omniq.dhd.nl> of <https://www.desan.nl> staat leidend.

## Beantwoording verbeterdoelen

Bij het beantwoorden van verbeterdoelen is het verzoek om antwoord te geven op de genoemde vragen. Het doorlopen van de PDCA-verbetercyclus is in de beantwoording van belang. Het ziekenhuis en de particuliere kliniek wordt gevraagd om in de aanlevering te beschrijven wat in 2023 is bewerkstelligd. Voor meer informatie over de aanlevering wordt u verwezen naar de veelgestelde vragenlijst te vinden op de website van de IGJ.

## Aantal verbeterdoelen ziekenhuizen

Ziekenhuizen leveren voor de Basisset MSZ 2023 minimaal zes van de negen verbeterdoelen aan bij IGJ. De negen verbeterdoelen zijn cruciaal voor het toezicht en voor de continuïteit van goede zorg. De negen verbeterdoelen gaan over belangrijke risico's die de partijen samen bepaald hebben. Daarom wordt van een ziekenhuis verwacht dat deze wel aandacht besteedt aan de onderliggende risico's van alle negen verbeterdoelen. Dus ook van de verbeterdoelen die niet worden aangeleverd. IGJ vertrouwt erop dat de ziekenhuizen de onderliggende risico's van alle negen verbeterdoelen uit de Basisset MSZ 2023 zelf in beeld houden.

## Verbeterdoelen particuliere klinieken

De inspectie maakt met individuele particuliere klinieken afspraken over welke verbeterdoelen de betreffende kliniek aan de inspectie moet rapporteren en op welke wijze dit aangeleverd moet worden. Als de inspectie geen individuele afspraken heeft gemaakt met een kliniek, dan hoeft deze kliniek geen verbeterdoelen uit te werken en aan de inspectie aan te leveren.

## Wijzigingen

De Basisset MSZ 2023 kent ten opzichte van de voorgaande versie de volgende wijzigingen:

1. De Basisset MSZ 2023 bestaat uitsluitend uit verbeterdoelen en toezichtvragen;
2. De indeling van de Basisset MSZ 2023 is veranderd;
  - het eerste deel bevat de verbeterdoelen voor zowel ziekenhuizen en particuliere klinieken;
  - het tweede deel bevat toezichtvragen voor particuliere klinieken;
3. Aan de Basisset MSZ 2023 is één verbeterdoel toegevoegd. Het wordt erg gewaardeerd als deze wordt aangeleverd;
4. De overige verbeterdoelen zijn vanwege de herkenbaarheid en uniformiteit voor zover mogelijk in hetzelfde format geplaatst, de inhoud is minimaal gewijzigd;
5. De wijzigingstabel en het overzicht zorgproces zijn verwijderd.

# Algemene vragen particuliere klinieken

In dit hoofdstuk vindt u een aantal algemene organisatorische toezichtvragen specifiek voor de particuliere klinieken. Dit zijn vragen die de inspectie meer inzicht geven in de organisatie van de particuliere kliniek. De vragen zijn onderverdeeld in algemene organisatorische vragen, vragen over het personeel en vragen over de behandelingen die een instelling aanbiedt. Bij enkele vragen is het diagnostisch onderzoek (onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek) geëxcludeerd. Dit is expliciet aangegeven en indien dit niet is benoemd, dan moeten deze aantallen dus worden geïnccludeerd. Deze vragen moet elke particuliere kliniek beantwoorden voordat de overige informatie digitaal aangeleverd kan worden.

## Algemene organisatie

Naam instelling	Kliniek voor Esthetische Geneeskunde
KvK-nummer instelling	53 771 605
Naam locatie	Kliniek voor Esthetische Geneeskunde
KvK-nummer locatie	53 771 605
Vestigingsnummer locatie	000 023 625 910
Straatnaam	Keizersgracht 522
Huisnummer	522
Toevoeging huisnummer	H
Postcode	1017 EK
Plaats	Amsterdam
Correspondentie e-mailadres (zoveel mogelijk een algemeen/niet-persoonsgebonden e-mailadres gebruiken)	marks@kveg.nl
Beschikt u over een openbare website?	Ja, het internetadres is: www.kveg.nl

## Heeft u voor elke locatie een inlogcode?

Elke locatie moet de **basisset** aanleveren.

Indien u geen inlogcode heeft voor **elke locatie** kunt u contact op nemen met:

### Meldpunt IGJ

**Telefoon:** 088 - 1205000 (lokaal tarief, ma-vrij 9:00 - 17:00 uur)

**Email:** [Meldpunt@igj.nl](mailto:Meldpunt@igj.nl)

**Adres:** Postbus 2518, 6401 DA Heerlen

Werd er in uw instelling behandeling en/of onderzoek uitgevoerd in het verslagjaar?	Ja
---	----

*Indien u hier kiest voor 'Nee' en deze pagina als afgerond beschouwd, dan bent u klaar met de vragenlijst en kunt u naar het onderdeel 'Antwoorden zijn definitief' gaan in het linker menu.*

Toelichting	---
-------------	-----

# Algemene organisatie

**Naam kliniek/locatie: Kliniek voor Esthetische Geneeskunde**  
**Vestigingsplaats: Amsterdam**

---

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

Ja, schriftelijk vastgelegd met ziekenhuis

---

Toelichting

Via de eerste hulp of reguliere verwijzing

---

Met welk ziekenhuis heeft u schriftelijk en/of mondeling afspraken gemaakt?

OLVG

---

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

Nee

---

Toelichting

---

---

Met welk ziekenhuis heeft u schriftelijk en/of mondeling afspraken gemaakt?

---

---

Is het mogelijk in uw instelling te overnachten na een behandeling?

Nee

---

Toelichting

---

---

# Personeel

Basisartsen spelen een belangrijke rol en hebben veel verantwoordelijkheid binnen particuliere klinieken. Soms volgen zij aanvullende cursussen in andere Europese landen of in de VS, bijvoorbeeld voor laserbehandeling of liposuctie. De kwaliteit hiervan kan niet worden beoordeeld en de inhoud van een dergelijke cursus is soms strijdig met de Nederlandse opvattingen.

De raad van bestuur/directie blijkt soms onbekend met de risico's van de behandeling en met de organisatorische voorwaarden daarvoor. Niet altijd is de kennis aanwezig die nodig is om te bepalen welke personele kwalificaties nodig zijn voor een behandeling.

## **Toezichtvraag: Percentage BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE**

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

**LET OP: alle vragen m.b.t. het personeel betreffen de situatie op de peildatum 31 december van het verslagjaar.**

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

*· Inclusiecriteria:*

*- Onder medisch specialisten worden ook in het buitenland opgeleide artsen die een BIG- en RGS-registratie hebben, bedoeld.*

*- Ingehuurd (ziekenhuis)personeel.*

---

Waren er in het verslagjaar BIG-geregistreerde basisartsen werkzaam in uw instelling?

Ja

---

Het aantal BIG-geregistreerde basisartsen (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

1 FTE

---

Waren er in het verslagjaar BIG-geregistreerde verpleegkundigen werkzaam in uw instelling?

Nee

---

Het aantal BIG-geregistreerde verpleegkundigen (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

FTE

---

Waren er in het verslagjaar geregistreerde anesthesiemedewerkers en OK-assistenten werkzaam in uw instelling?

Nee

---

Het aantal geregistreerde anesthesiemedewerkers en OK-assistenten (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

FTE

---

Waren er in het verslagjaar RGS-geregistreerde medisch specialisten werkzaam in uw instelling?

Nee

---

Het aantal RGS-geregistreerde medisch specialisten (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

FTE

---

Het totaal aantal personeelsleden (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

2.8 FTE

## **Toezichtvraag: 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 artsen

die in het buitenland zijn opgeleid. Dat kan de methode van indicatiestelling betreffen of de kennis van in Nederland gehanteerde protocollen. Daarnaast kan een mogelijk minder goede beheersing van de Nederlandse taal problemen opleveren in de communicatie. Dit kan zowel in de samenwerking met andere zorgverleners als in de communicatie met de patiënt, bijvoorbeeld bij het informed consent.

---

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

Nee

---

Het aantal (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding (**NIET** in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

..... artsen

---

Het aantal (RGS-geregistreerde) medisch specialisten (**NIET** in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

..... artsen

---

Het aantal BIG-geregistreerde basisartsen (**NIET** in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

..... 1 artsen

---

Is één of meer van de (BIG-geregistreerde) artsen met een buitenlandse (vervolg)opleiding medisch eindverantwoordelijk?

---

Toelichting (indien deze toelichting hetzelfde is als die van vorig jaar, hoeft deze nu niet opnieuw gegeven te worden)

---

#### **Toezichtvraag: Werkzaamheden in een ziekenhuis (NIET in FTE)**

*Uit ervaringen van de inspectie blijkt dat medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen veelal meer mogelijkheden hebben om deel te nemen aan kwaliteitsbevorderende activiteiten.*

---

Waren de in het verslagjaar in uw instelling werkzame medisch specialisten ook werkzaam bij een ziekenhuis?

---

Toelichting

---

Het aantal in uw instelling werkzame medisch specialisten, dat in het verslagjaar ook nog werkzaam was bij een ziekenhuis (**NIET** in FTE).

..... artsen

---

#### **Toezichtvraag: Bereikbaarheid**

*Definitie 24 uur per dag oproepbaar:*

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

---

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

De behandelend arts was 24 uur per dag oproepbaar

---

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

Ja

---

Toelichting

Alle behandelde patiënten beschikken over het mobiele telefoon nummer van de behandelend arts voor urgente vragen en het algemeen telefoon nummer van de kliniek voor niet-urgente vragen.

---

# Behandelingen

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

· *Definitie behandelingen:*

*Een behandeling betreft een in het verslagjaar uitgevoerde behandeling 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. Ook de eventuele voorbereiding voor de daadwerkelijke behandeling (bijvoorbeeld een operatie) mag in het voorgaande jaar zijn uitgevoerd. 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.*

---

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten dat binnen uw instelling werd behandeld en/of waar diagnostisch onderzoek werd uitgevoerd? Ja

---

Toelichting ---

---

Voerde uw instelling diagnostisch onderzoek uit in het verslagjaar? Nee

---

Welk diagnostisch onderzoek voerde u uit? (meerdere antwoorden mogelijk)

---

Toelichting ---

---

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij binnen uw instelling diagnostisch onderzoek plaats vond?

---

Toelichting ---

---

Totaal aantal patiënten in het verslagjaar die diagnostisch onderzoek hebben ondergaan. ..... patiënten

---

Registreerde u in het verslagjaar het aantal diagnostische onderzoeken dat in uw instelling werd uitgevoerd?

---

Toelichting ---

---

Totaal aantal diagnostische onderzoeken in het verslagjaar. ..... diagnostische onderzoeken

---

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

· *Definitie invasieve onderzoeken: Onderzoeken waarbij men met apparatuur of instrumentarium het lichaam binnendringt. Hieronder vallen ook alle endoscopische onderzoeken.*

---

Voerde uw instelling in het verslagjaar invasieve onderzoeken uit?

---

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

---

Toelichting ---

---

Totaal aantal invasieve onderzoeken in het verslagjaar? ..... invasieve onderzoeken

---

Registreerde u in het verslagjaar het aantal behandelingen dat binnen uw instelling werd uitgevoerd (uitgezonderd patiënten waarbij uitsluitend diagnostisch onderzoek is uitgevoerd)? Ja



Toelichting

---

Het **totaal aantal behandelingen** in het verslagjaar (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek).

1 283 behandelingen

### Toezichtvraag: Invasieve behandelingen

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

*· Definitie invasieve behandelingen: behandelingen waarbij men met apparatuur of instrumentarium het lichaam binnendringt. Dit zijn dus snijdende ingrepen, waaronder operaties, inspuitingen en refractiechirurgie. Daarnaast alle (endo)scopische ingrepen.*

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

Voerde uw instelling in het verslagjaar **invasieve** behandelingen uit (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek)?

Ja

Toelichting

Het betreft primair de behandeling met botuline toxine-A en tijdelijke fillers

Waar werden deze invasieve behandelingen verricht?

In de eigen instelling

Registreerde u in het verslagjaar het aantal invasieve behandelingen (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek) dat binnen uw instelling werd uitgevoerd?

Ja

Toelichting

---

Het **totaal aantal invasieve behandelingen** in het verslagjaar (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek).

355 behandelingen

Het **totaal aantal patiënten** dat een invasieve behandeling onderging in het verslagjaar (uitgezonderd het medisch diagnostisch onderzoek).

70 patiënten

### Toezichtvraag: Behandelaanbod

Welke behandelingen en/of ingrepen werden er in uw instelling in het verslagjaar uitgevoerd?

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

Oogheelkundige ingrepen: refractiechirurgie	Nee
Oogheelkundige ingrepen: cataract	Nee
Orthopedische ingrepen	Nee
Plastisch chirurgisch/cosmetische ingrepen	Ja
Injectables (botox/fillers)	Ja
Bariatrische chirurgie en/of ingrepen (inclusief maagballonnen)	Nee
Dermatologische behandelingen	Ja
Cardiologie	Nee
Kaakchirurgische ingrepen	Nee
Keel-, neus- en oorheelkundige ingrepen	Nee
Medisch specialistische revalidatie	Nee

Gynaecologische zorg	Nee
Uitsluitend diagnostisch onderzoek	Nee
Ander behandelaanbod	Ja
Toelichting ander behandelaanbod:	Energy based devices als IPL-OPL, fractionele laser, infrarood, radiofrequentie, ultrageluid, electrocoagulatie, testosteron therapie, behandeling overgewicht

Wat was in het verslagjaar het dermatologische behandelaanbod van uw instelling?

Algemene dermatologie (zoals psoriasis, eczeem)	Nee
Dermato-oncologie	Nee
Dermatochirurgie (medisch)	Nee
Cosmetische dermatochirurgie	Nee
Ander dermatologisch behandelaanbod, namelijk:	Ja
Toelichting ander dermatologisch behandelaanbod:	Acne, rosacea, hyperpigmentatie

Welke vorm(en) van cosmetische dermatochirurgie?  
(meerdere antwoorden mogelijk)

#### Toezichtvraag: Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar en ouder

*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 worden verricht. Voor elke invasieve behandeling, operatie of onderzoek dient de screening op het risico op delier te worden vastgelegd bij alle patiënten van 70 jaar en ouder.*

Behandelde u in het verslagjaar patiënten jonger dan 18 jaar?	Ja, toelichting (type behandeling, aantallen patiënten per type behandeling) Betreft de behandeling van acne
---	---

Behandelde u in het verslagjaar patiënten van 70 jaar en ouder?	Ja
---	----

Hoeveel patiënten jonger dan 18 jaar (<18 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?	2 patiënten
--	-------------

Hoeveel patiënten in de leeftijd van 18 jaar tot 70 jaar werden in het verslagjaar behandeld?	247 patiënten
---	---------------

Hoeveel patiënten in de leeftijd van 70 jaar en ouder (>=70 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?	4 patiënten
--	-------------

Hoeveel patiënten waarvan de leeftijd onbekend was werden in het verslagjaar behandeld?	0 patiënten
---	-------------

<b>Het totaal aantal behandelde patiënten dat u heeft ingevuld is:</b>	253 patiënten
--	---------------

Hoeveel patiënten in de leeftijd van 70 jaar en ouder werden in het verslagjaar invasief behandeld?	2 patiënten
---	-------------

# 1.1 Preoperatief en infrastructuur

## 1. Operatief proces

Operatieve ingrepen variëren van een kleine ingreep met minimaal risico die zeer frequent wordt uitgevoerd, tot een uitgebreide hoog risico ingreep waarvan er maar enkele per jaar verricht worden. Wat al deze ingrepen gemeen hebben is dat er sprake is van de noodzaak voor een zoveel mogelijk gestandaardiseerd en voorspelbaar proces in een gecontroleerde omgeving.

### 1.1 Preoperatief en infrastructuur

#### 1.1.1 Toezichtvraag: Kwalificatie behandelruimte

*Het verrichten van invasieve ingrepen stelt eisen aan de (bouwkundige) omstandigheden ten aanzien van de mate van steriliteit. De eisen voor operatieafdelingen en behandelkamers staan beschreven in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM): Richtlijn Luchtbehandeling in operatiekamers en Behandelkamers; NVMM, 7 april 2022;*

*- Voor plaatsing van grote orthopedische implantaten door orthopeden, is een OK1+ vereist. De eisen voor een dergelijke operatiekamer zijn nader uitgewerkt in het standpunt van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV): Verenigingsstandpunt NOV betreffende de eisen voor een klasse 1+ operatiekamer; NOV, 2022 ;*

*- De classificatie van OK-complexen dient te worden aangetoond door middel van een validatie waarin alle criteria uit de richtlijnen/standpunten zijn beoordeeld.*

---

Voerde u invasieve ingrepen uit in een **OK klasse 1+?** Nee

Hoeveel OK's klasse 1+ behoren tot uw eigen instelling? .....

Wat is de datum van het laatste validatierapport van de gehele operatieafdeling? (dd-mm-jjjj) .....

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 1+? .....

Benoem de instellingen ...

Wat is de datum van het laatste validatierapport (van de gehele operatieafdeling van deze andere instelling)? (dd-mm-jjjj) .....

---

Voerde u invasieve ingrepen uit in een **OK klasse 1?** Nee

Hoeveel OK's klasse 1 behoren tot uw eigen instelling? .....

Wat is de datum van het laatste validatierapport van de gehele operatieafdeling? (dd-mm-jjjj) .....

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 1? .....

Benoem de instellingen ...

Wat is de datum van het laatste validatierapport (van de gehele operatieafdeling van deze andere instelling)? (dd-mm-jjjj) .....

---

Voerde u invasieve ingrepen uit in een **OK klasse** Nee

2?

Hoeveel OK's klasse 2 behoren tot uw eigen instelling? .....

Wat is de datum van het laatste validatierapport van de gehele operatieafdeling? (dd-mm-jjjj) .....

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 2? .....

Benoem de instellingen ...

Wat is de datum van het laatste validatierapport (van de gehele operatieafdeling van deze andere instelling)? (dd-mm-jjjj) .....

Voerde u invasieve ingrepen uit in een **zelfstandige behandelkamer**? Nee

Hoeveel zelfstandige behandelkamers behoren tot uw eigen instelling? .....

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van behandelkamers? .....

Benoem de instellingen ...

Voerde u invasieve ingrepen uit in **behandelruimten anders dan hierboven genoemd**? Ja

Hoeveel andere behandelruimten behoren tot uw eigen instelling? ..... 2

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van andere behandelruimten? ..... 0

Benoem de instellingen ...

### 1.1.2 Toezichtvraag: Zorgzwaarte van de patiënten

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

Registreerde uw instelling de ASA-klasse in het verslagjaar?

Toelichting ...

Kunt u onderscheid maken naar ASA-klasse?

Wat is het aantal patiënten dat de instelling in het verslagjaar invasief heeft behandeld in:

patiënten ASA-klasse 1: .....

Toelichting ...

patiënten ASA-klasse 2: .....

Toelichting ...

patiënten ASA-klasse 3 en hoger: .....

Toelichting (verplicht indien aantal > 0) ...

patiënten ASA-klasse onbekend: .....

Toelichting (verplicht indien aantal > 0) ...

---

**Het totaal aantal behandelde patiënten dat u heeft ingevuld is:** ..... patiënten

---

### 1.1.3 Toezichtvraag: 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: identificatie patiënt en verificatie juiste patiëntendossier, type operatie, juiste zijde of locatie (inclusief markering), allergieën, aanwezigheid van materialen, instrumentarium en apparatuur, aanwezigheid van protheses, type anesthesie, positionering van de patiënt, antibioticabeleid (noteer tijdstip van toediening in patiëntendossier), stollingsstatus, te verwachten anesthesiologische problemen, relevante co-morbiditeiten en relevante medische voorgeschiedenis. Dit overleg dient op de operatiekamer, voor de start van de anesthesie, plaats te vinden in aanwezigheid van de patiënt. De operateur is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het stop-moment en de verslaglegging daarvan in het patiëntendossier. Bepaalde technische aspecten van de operatie kunnen ook na de inleiding van de anesthesie besproken worden door het operatieteam.

Inclusie criterium:

- Alle operaties vallend binnen de reikwijdte van de richtlijn Perioperatief traject.

Teller: Het aantal patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd in het verslagjaar. ....

Noemer: Het totaal aantal patiënten waarbij een operatie is uitgevoerd in het verslagjaar (binnen een operatieafdeling). ....

Percentage patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd (wordt automatisch berekend) .....

Toelichting ...

---

# 1.2 Peroperatief

## 1. Operatief proces

*Operatieve ingrepen variëren van een kleine ingreep met minimaal risico die zeer frequent wordt uitgevoerd, tot een uitgebreide hoog risico ingreep waarvan er maar enkele per jaar verricht worden. Wat al deze ingrepen gemeen hebben is dat er sprake is van de noodzaak voor een zoveel mogelijk gestandaardiseerd en voorspelbaar proces in een gecontroleerde omgeving.*

## 1.2 Peroperatief

---

### 1.2.1 Toezichtvraag: Procedurele sedatie

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

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

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

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

Aangezien in de praktijk het onderscheid tussen lichte, matige en diepe sedatie niet altijd even scherp is, dient bij problemen of voor overleg altijd een anesthesioloog of een ALS getrainde arts direct beschikbaar te zijn. Bij matige tot diepe sedatie mag de sedationist geen andere taken hebben. Bij lichte sedatie en/of analgesie mag deze persoon geringe andere, direct te stoppen activiteiten uitvoeren mits het sedatieniveau stabiel is en de bewaking niet uit het oog verloren wordt.

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

De uitvoering van de sedatierichtlijn is belegd bij een lokale 'sedatiecommissie' (de PSA-commissie). Deze commissie is ingesteld door de raad van bestuur/directie van de instelling en heeft voor de uitvoering voldoende mandaat en middelen om ervoor zorg te dragen dat de uitvoering van PSA plaats vindt volgens de richtlijn en het toetsingskader. Zij is belast met de protocolontwikkeling, complicatieregistratie en evaluatie van PSA in samenspraak met hoofdbehandelaar, anesthesioloog, kinderarts en medisch management.

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

Paste u een vorm van anesthesie toe?	Ja
Lokale anesthesie:	Ja
Algehele anesthesie:	Nee
Procedurele anesthesie:	Nee

---

Werkte u in uw instelling in het verslagjaar volgens het toetsingskader sedatie en/ of analgesie?

---

Toelichting

---

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

---

Was u in het verslagjaar aangesloten bij een externe PSA-commissie?

---

Toelichting

---

Het aantal patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast in het verslagjaar.

.....  
patiënten

---

# 1.4 Plastische en/of reconstructieve chirurgie (implantaten)

## 1. Operatief proces

Operatieve ingrepen variëren van een kleine ingreep met minimaal risico die zeer frequent wordt uitgevoerd, tot een uitgebreide hoog risico ingreep waarvan er maar enkele per jaar verricht worden. Wat al deze ingrepen gemeen hebben is dat er sprake is van de noodzaak voor een zoveel mogelijk gestandaardiseerd en voorspelbaar proces in een gecontroleerde omgeving.

## 1.4 Plastische en/of reconstructieve chirurgie (implantaten)

### 1.4.1 Toezichtvraag Implantatenregister

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

Gebruikte uw instelling implantaten in het verslagjaar? Nee

---

Gebruikte uw instelling implantaten uit de inclusielijst voor het Landelijk Implantaten Register (LIR)?

Inclusielijst:

<https://www.nictiz.nl/standaardisatie/terminologiecentrum/referentielijsten/inclusielijst-lir/>

---

Toelichting

---

---

Onder welke (kliniek)naam registreert u de implantaten in het LIR die in deze vestiging (waar u nu de basisset MSZ over aanlevert) worden geplaatst?

---

---

Toelichting

---

---

Welk soort implantaten gebruikte uw kliniek?  
(meerdere antwoorden mogelijk)

---

Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem voor implantaten?

---

Toelichting

---

---

Van welk registratiesysteem voor implantaten maakte uw kliniek gebruik?  
(meerdere antwoorden mogelijk)

---



# 1.5 Cosmetische chirurgie

## 1. Operatief proces

Operatieve ingrepen variëren van een kleine ingreep met minimaal risico die zeer frequent wordt uitgevoerd, tot een uitgebreide hoog risico ingreep waarvan er maar enkele per jaar verricht worden. Wat al deze ingrepen gemeen hebben is dat er sprake is van de noodzaak voor een zoveel mogelijk gestandaardiseerd en voorspelbaar proces in een gecontroleerde omgeving.

## 1.5 Cosmetische chirurgie

### 1.5.1 Toezichtvraag Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie

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

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

De vraag omvat explantaties voor alle oorzaken binnen de postoperatieve termijn van 60 dagen na plaatsing van een borstprothese.

Er is één groep benoemd:

1. Een borstvergroting voor esthetische doelen.

#### Inclusie criterium:

- cosmetische augmentaties.\*

#### Exclusie criterium:

- borstreconstructieve casus vallen niet onder deze indicator en zijn geëxcludeerd.

\* De gemeten eenheid is het aantal prothesen. Zorgactiviteit: 39041, 39042 (DBC boom plastische chirurgie).

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

Toelichting

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

.....  
explantaties van een borstprothese

Noemer: Het totaal aantal geplaatste borstprothesen voor borstaugmentatie voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar.

.....  
borstprothesen

Percentage explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een borstaugmentatie met prothese(n) voor cosmetische doeleinden (wordt automatisch berekend)

### 1.5.2 Toezichtvraag Ongeplande herbehandeling na invasieve cosmetische ingreep

Een ongeplande herbehandeling is een behandeling die wordt verricht omdat een vorige behandeling tot complicaties heeft

geleid of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd. Complicaties kunnen niet altijd worden voorkomen, maar kunnen ook het gevolg zijn van onvoldoende kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld een suboptimale behandeltechniek bij de primaire behandeling, suboptimale peroperatieve zorg, suboptimale indicatiestelling).

**Inclusie criterium:**

- alle patiënten waarbij een invasieve cosmetische behandeling plaatsvond
- alle patiënten waarbij binnen twaalf maanden een herbehandeling plaatsvond als gevolg van een complicatie of ontevredenheid van de patiënt.

**Exclusie criterium:**

- geplande herbehandelingen
- een herbehandeling na een primaire invasieve behandeling die langer dan twaalf maanden geleden is uitgevoerd.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal ongeplande herbehandelingen dat binnen twaalf maanden na de initiële behandeling heeft plaatsgevonden bij patiënten die een invasieve cosmetische behandeling ondergingen? Ja

---

Toelichting

---

Teller 1: Het aantal ongeplande herbehandelingen dat binnen twaalf maanden na de initiële behandeling plaatsvond bij patiënten die een invasieve cosmetische behandeling hebben ondergaan, als gevolg van complicaties tijdens/na de initiële behandeling. 4 herbehandelingen

---

Teller 2: Het aantal ongeplande herbehandelingen dat binnen twaalf maanden na de initiële behandeling plaatsvond bij patiënten die een invasieve cosmetische behandeling hebben ondergaan, als gevolg van ontevredenheid over het behaalde resultaat bij de initiële behandeling. 2 herbehandelingen

---

Noemer: Het totaal aantal invasieve cosmetische behandelingen uitgevoerd in het jaar voorafgaand aan het verslagjaar. 355 behandelingen

---

Percentage ongeplande herbehandelingen dat binnen twaalf maanden na de initiële behandeling plaatsvond bij patiënten die een invasieve cosmetische behandeling hebben ondergaan, als gevolg van complicaties tijdens/na de initiële behandeling (wordt automatisch berekend) 1.127

---

Percentage ongeplande herbehandelingen dat binnen twaalf maanden na de initiële behandeling plaatsvond bij patiënten die een invasieve cosmetische behandeling hebben ondergaan, als gevolg van ontevredenheid over het behaalde resultaat bij de initiële behandeling (wordt automatisch berekend) 0.563

---

## 2.1 Elektronisch voorschrijven

### 2. Medicatieproces

Uit onderzoek van het NIVEL en EMGO+/VUmc uit 2013 blijkt dat 24 procent van zorggerelateerde schade in ziekenhuizen gerelateerd is aan medicatie. Een belangrijk deel van deze fouten ontstaat door de overdracht van informatie over medicatie van de ene zorgverlener naar de andere, tussen instellingen of binnen afdelingen. Voor het verbeteren van de patiëntveiligheid is een zorgvuldige medicatieoverdracht belangrijk. Daarnaast is medicatiebewaking essentieel voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en van contra-indicaties voor het gebruik van geneesmiddelen.

#### 2.1 Elektronisch voorschrijven

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

##### 2.1.1 Toezichtvraag Elektronisch voorschrijven

De KNMG-richtlijn Elektronisch voorschrijven beschrijft dat voorschrijvers geneesmiddelen dienen voor te schrijven met gebruikmaking van een elektronisch voorschrijfsysteem dat is voorzien van mogelijkheden om onveilige situaties te bewaken. Door een elektronisch voorschrijfsysteem te gebruiken kunnen fouten worden voorkomen bij het lezen van recepten en kunnen onveilige situaties worden voorkomen, zoals dubbelmedicaties, contra-indicaties, interacties met andere geneesmiddelen en overgevoelighedsreacties.

Het elektronisch voorschrijfsysteem moet ten minste de volgende functionaliteiten omvatten:

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

Het doel van deze indicator is om na te gaan of de instelling werkt met een elektronisch voorschrijfsysteem zoals bedoeld in de richtlijn Elektronisch voorschrijven.

· **Inclusiecriteria :**

- Het elektronisch voorschrijfsysteem dient de hierboven genoemde vijf functionaliteiten te omvatten.

· **Exclusiecriteria :**

- Het voorschrijven van cytostatica wordt in deze indicator buiten beschouwing gelaten.

Schrijft uw instelling medicatie voor?	Ja
Wordt er op 31 december van het verslagjaar in de instelling voorgeschreven met een elektronisch voorschrijfsysteem dat voorzien is van de vijf bovengenoemde functionaliteiten?	Nee
Toelichting	Voorschrijver voldoet aan uitzonderingsregels opgesteld door KNMG (artikel 4). Er vindt aantoonbaar handmatige controle plaats van interacties, dubbel medicatie, dosering, allergie en nierfunctie.
Zijn er op 31 december van het verslagjaar vastgelegde werkafspraken over het vragen naar allergieën en overgevoeligheden aan iedere patiënt bij behandeling in de instelling?	Ja
Toelichting	...

# 4.1 Reumatologiepraktijk

## 4. Bewegingsapparaat

Ziekten van het bewegingsapparaat zijn ziekten aan spieren, pezen, botten, gewrichten en bindweefsel. Nek- en rugklachten zijn de meest voorkomende ziekten van het bewegingsapparaat.

Een groep klachten van het bewegingsapparaat zijn de gewrichtsziekten, de reumatologie.

### 4.1 Reumatologiepraktijk

In de reumatologie zijn kwaliteitsnormen praktijkvoering reumatologie ontwikkeld en geaccordeerd door de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR). Deze omvatten ondermeer een minimum norm voor het aantal werkende reumatologen en full time equivalent (fte) reumatologen per reumatologie praktijk.

#### 4.1.1 Toezichtvraag Reumatologiepraktijk

De norm voor het aantal reumatologen is dat binnen één reumatologie praktijk minimaal twee personen werken. De achterliggende reden is dat zowel intercollegiale toetsing, samenwerking, als continuïteit en toegankelijkheid suboptimaal is als een reumatoloog alleen werkt. Afgelopen decade zijn met enkele van het beperkt aantal huidige eenmans praktijken problemen geweest rondom meedoen en voldoen aan kwaliteit(her)visitatie.

De norm voor het aantal fte reumatologen binnen één reumatologie praktijk is minimaal 1.6 fte.

#### Probleemstelling

Binnen de geregistreerde reumatologen in Nederland functioneren een aantal reumatologen als solo/eenmans praktijk. In de afgelopen decade is rondom visitaties van deze praktijken een aantal problemen geweest, waaronder niet meedoen aan visitatie, niet voldoen aan minimum normen, en niet voldoen aan minimum normen bij hervisitatie. Problemen betreffen met name:

- Ontbreken van intercollegiale toetsing op medisch handelen
- Suboptimale CANMED competenties betreffende samenwerken
- Geen goede borging continuïteit en toegankelijkheid buiten kantooruren en bij afwezigheid

#### Richtlijn/norm

Kwaliteitsnormen praktijkvoering reumatologie van de NVR.

#### Doelstelling

Het doel van deze vraag is om geen reumatologie praktijken in Nederland te hebben die bestaan uit minder dan 1.6 fte reumatoloog. De norm is dat er twee of meer reumatologen werkzaam zijn in een reumatologie praktijk. Dit zal de kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg verbeteren.

#### · **Definities:**

- Reumatoloog: een RGS ge(her)registreerde medisch specialist reumatologie.
- Een reumatologie praktijk: iedere organisatorische eenheid of rechtspersoon die medische zorg in de reumatologie verricht, daaronder begrepen solistisch werkende zorgverleners die beroepsmatig reumatologische zorg verlenen.
- Fte: Full time equivalent, waarbij 1 fte = 1 reumatoloog die 45 uur of meer per week werkt, waarvan minimaal 16 uur patiëntgebonden werk. In deze vraag kan één persoon niet meer dan 1.0 fte werken.

#### · **Inclusiecriteria:**

- Alle reumatologie praktijken en reumatologen die patiënten behandelen in Nederland.

#### · **Exclusiecriteria:**

- Reumatologen die geen patiënt gebonden werk doen (bijvoorbeeld bestuurlijk, onderzoek).

Zijn er reumatologen werkzaam in de instelling?  Ja  Nee

#### A. Aantal reumatologen werkzaam in uw reumatologiepraktijk op 31 december van het verslagjaar.

Aantal reumatologen

.....

**B. Aantal fte reumatologen werkzaam in uw reumatologiepraktijk op 31 december van het verslagjaar.**

fte reumatologen .....

Toelichting .....

---

---

# 6.1 Infecties na behandeling

## 6. Infectieziekten

Infecties vormen een van de belangrijkste groepen van complicaties bij vele vormen van behandelingen die patiënten in een instelling ondergaan. 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. Daarom speelt infectiepreventie een belangrijke rol bij het inrichten van een verantwoord zorgproces.

### 6.1 Infecties na behandeling

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

#### 6.1.1 Toezichtvraag Surveillance van postoperatieve infecties

Werden alle patiënten in het verslagjaar systematisch gecontroleerd op een postoperatieve infectie? Ja

Toelichting

...

Systematische controle op postoperatieve infecties gebeurde door: *(meerdere antwoorden mogelijk)* Alle patiënten te adviseren om bij tekenen van een infectie direct contact op te nemen met de instelling

#### 6.1.2 Toezichtvraag Ingrepen met infectie

Registreerde u in het verslagjaar het aantal invasieve behandelingen waarbij een (postoperatieve) infectie optrad? Ja

Toelichting

...

Teller: Aantal invasieve behandelingen waarbij een (postoperatieve) infectie optrad in het verslagjaar. 0 behandelingen

# 7.1 Functioneren medisch specialisten/basisartsen

## 7. Algemeen kwaliteitsbeleid

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 risico ontstaat op het optreden van onverantwoorde zorg. In principe kan een toezichthouder dan een grotere afstand houden ten opzichte van de instelling. Enkele vragen geven direct inzicht in het algemene kwaliteitsbeleid van een instelling: het georganiseerd spreken over functioneren en een goede procedure om eventueel disfunctioneren op te vangen.

### 7.1 Functioneren medisch specialisten/basisartsen

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het werk van de medisch specialist en basisarts. Dat leidt tot de stelling dat goede (medisch specialistische) zorg in belangrijke mate wordt bepaald door het functioneren van de medisch specialist en basisarts. Het feit dat de kwaliteit van de organisatie van een kliniek eveneens zeer belangrijk is voor goede zorg doet niets af aan die constatering.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) legt de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg neer bij het bestuur van de instelling. Het is voor de inspectie dan ook belangrijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de evaluatie van het functioneren van de medisch specialist of basisarts zijn ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling.

#### 7.1.1 Toezichtvraag Individueel functioneren medisch specialisten/basisartsen

Het is van belang dat binnen een instelling een systeem bestaat waarmee het individueel functioneren van medisch specialisten/ basisartsen binnen de instelling systematisch wordt beoordeeld. Om het functioneren goed in beeld te brengen is het belangrijk dat feedback van collega's binnen en buiten (bijvoorbeeld waarnemers, verwijzers, samenwerkende zorgverleners) de instelling en patiënten bij deze boordeling worden betrokken. Deze vorm en omvang van feedback wordt verder 360-graden feedback genoemd.

Is in uw instelling een beoordelingssysteem, inclusief 360-graden feedback (zie boven), voor het individueel functioneren van medisch specialisten/ basisartsen aanwezig? Ja

Toelichting

---

Hoeveel medisch specialisten hebben in het verslagjaar deelgenomen aan dit beoordelingssysteem? medisch specialisten

Hoeveel basisartsen hebben in het verslagjaar deelgenomen aan dit beoordelingssysteem? 1 basisartsen

#### 7.1.2 Toezichtvraag Regeling mogelijk disfunctioneren zorgverleners

De kerntaak van de inspectie is het waarborgen van het gerechtvaardigd vertrouwen van patiënten in de zorg die zij ontvangen.

Patiënten moeten het vertrouwen kunnen hebben dat zij niet behandeld worden door zorgverleners die zo disfunctioneren dat onverantwoorde zorg wordt verleend. De inspectie treft regelmatig situaties aan waarbij disfunctioneren aanwezig is zonder dat de aanwezige procedure is gebruikt. Daarom wordt gevraagd of deze procedure ook daadwerkelijk elke keer is gebruikt op het moment dat disfunctioneren wordt vermoed. De inspectie gaat er vanuit dat disfunctioneren natuurlijk ongewenst is, maar het ontkennen van disfunctioneren is onverantwoord.

De inspectie kan en zal het gebruik van de procedure disfunctioneren toetsen aan de hand van meldingen uit de instelling.

Heeft de instelling een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend zorgverlener? Ja

Toelichting

---

Wordt deze regeling gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een zorgverlener wordt vermoed? Nee

Toelichting	Niet van toepassing geweest, er was geen sprake van disfunctioneren
Is vastgelegd dat, indien relevant, een ontslag van zorgverleners wegens disfunctioneren wordt gemeld bij de inspectie?	Ja
Toelichting	---



## 7.2 Evalueren functioneren zorgverleners

### 7. Algemeen kwaliteitsbeleid

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 risico ontstaat op het optreden van onverantwoorde zorg. In principe kan een toezichthouder dan een grotere afstand houden ten opzichte van de instelling. Enkele indicatoren geven direct inzicht in het algemene kwaliteitsbeleid van een instelling: het georganiseerd spreken over functioneren en een goede procedure om eventueel disfunctioneren op te vangen.

### 7.2 Evalueren functioneren zorgverleners

#### 7.2.1 Toezichtvraag Functioneringsgesprekken

Bij functioneringsgesprekken voeren de Raad van Bestuur/ directie en de zorgverleners een gesprek over onder meer het inhoudelijk functioneren. Onder zorgverleners worden alle medewerkers verstaan die medische zorg aan patiënten leveren.

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

---

Toelichting

---

Teller: Het aantal zorgverleners dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal 1 functioneringsgesprek heeft deelgenomen 2 zorgverleners

---

Noemer: Het totaal aantal zorgverleners dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden heeft verricht in de instelling (ongeacht het soort dienstverband). 2 zorgverleners

---

Percentage zorgverleners dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal 1 functioneringsgesprek heeft deelgenomen (wordt automatisch berekend) 100

---

## 7.3 Patiënttevredenheid

### 7. Algemeen kwaliteitsbeleid

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 risico ontstaat op het optreden van onverantwoorde zorg. In principe kan een toezichthouder dan een grotere afstand houden ten opzichte van de instelling. Enkele indicatoren geven direct inzicht in het algemene kwaliteitsbeleid van een instelling: het georganiseerd spreken over functioneren en een goede procedure om eventueel disfunctioneren op te vangen.

### 7.3 Patiënttevredenheid

Om goede zorg te kunnen bieden is het van belang om de tevredenheid van de patiënt over de geleverde zorg, nazorg en dienstverlening te toetsen. Dit levert informatie op voor verbeteren van die zorg.

#### 7.3.1 Toezichtvraag Geschillen

Klachten en geschillen zijn uitstekende signalen voor het analyseren, controleren en reviseren van de kwaliteit van zorg in een instelling.

· **Exclusie criterium:**

- nog lopende klachten en geschillen uit voorgaande verslagjaren.

Was uw instelling in het verslagjaar aangesloten bij een geschillencommissie, conform de Wkkgz? Ja

Toelichting

---

Wat was in het verslagjaar het aantal geschillen, behandeld door de geschillencommissie? 0 geschillen

#### 7.3.2 Toezichtvraag 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 over 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

Toelichting

---

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

Toelichting

---

Het aantal patiënten, waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht heeft in het verslagjaar. 253 patiënten

# 7.4 Kwaliteitskeurmerk

## 7. Algemeen kwaliteitsbeleid

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 risico ontstaat op het optreden van onverantwoorde zorg. In principe kan een toezichthouder dan een grotere afstand houden ten opzichte van de instelling. Enkele indicatoren geven direct inzicht in het algemene kwaliteitsbeleid van een instelling: het georganiseerd spreken over functioneren en een goede procedure om eventueel disfunctioneren op te vangen.

### 7.4 Kwaliteitskeurmerk

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) stelt het hebben van een kwaliteitssysteem verplicht. Volgens de wet moet kwaliteit systematisch worden gemeten, zodat kan worden bekeken of doelstellingen en resultaten worden behaald of moeten worden bijgesteld om tot goede zorgverlening te leiden. Er moet in dit kader voldaan worden aan de volgende eisen:

- het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;
- deze gegevens op systematische wijze toetsen of de uitvoering leidt tot goede zorg;
- op basis van deze uitkomst zo nodig de zorgverlening aanpassen.

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

#### 7.4.1 Toezichtvraag Kwaliteitskeurmerk

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

---

Toelichting Er bestaat geen verplichting tot het hebben van een kwaliteitscertificaat.

---

Kwaliteitscertificaten  
(meerdere antwoorden mogelijk)

---

U heeft gekozen voor anders; geef hieronder aan om welke kwaliteitscertificaten het gaat. ...

---

# 7.5 Meldcode

## 7. Algemeen kwaliteitsbeleid

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 risico ontstaat op het optreden van onverantwoorde zorg. In principe kan een toezichthouder dan een grotere afstand houden ten opzichte van de instelling. Enkele indicatoren geven direct inzicht in het algemene kwaliteitsbeleid van een instelling: het georganiseerd spreken over functioneren en een goede procedure om eventueel disfunctioneren op te vangen.

### 7.5 Meldcode

Een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals goed te reageren bij signalen van dit soort geweld. Sinds 1 juli 2013 zijn beroepskrachten verplicht zo'n meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring.

Sinds 1 januari 2016 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg van kracht (Wkkgz). In artikel 8 Wkkgz staat de verplichting voor de zorgaanbieder een meldcode vast te stellen.

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:

1 In kaart brengen van signalen.

2 Overleggen met een collega. En eventueel raadplegen van Veilig thuis: het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. Of een deskundige op het gebied van letselduiding.

3 Gesprek met de betrokkene(n).

4 Wegen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling. En bij twijfel altijd Veilig thuis raadplegen.

5 Beslissen over zelf hulp organiseren of melden.

#### 7.5.1 Toezichtvraag Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling

Beschikte uw instelling over een meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling in het verslagjaar?	Ja
--	----

---

Toelichting	...
-------------	-----

---

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

---

Toelichting	...
-------------	-----

---

## 7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen

### 7. Algemeen kwaliteitsbeleid

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 risico ontstaat op het optreden van onverantwoorde zorg. In principe kan een toezichthouder dan een grotere afstand houden ten opzichte van de instelling. Enkele indicatoren geven direct inzicht in het algemene kwaliteitsbeleid van een instelling: het georganiseerd spreken over functioneren en een goede procedure om eventueel disfunctioneren op te vangen.

### 7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen

Het is voor de inspectie van belang dat het functioneren van medisch specialisten door beroepsgenoten (intercollegiaal) wordt beoordeeld, omdat zij een oordeel kunnen geven over het medisch inhoudelijk functioneren van de betreffende medisch specialisten. Daarom hecht de inspectie veel waarde aan visitaties door wetenschappelijke verenigingen. Een dergelijke visitatie is één van de mogelijkheden waarmee een medisch specialist zijn bekwaamheid (voor een deel) kan aantonen.

Gezien de structurele en objectieve wijze van toetsing, heeft een formele visitatie door een wetenschappelijke vereniging de voorkeur. Mocht deze vorm van intercollegiale toetsing (visitatie door wetenschappelijke vereniging) niet mogelijk zijn, dan kan een instelling deze intercollegiale toetsing ook op een andere manier organiseren. Het is hierbij belangrijk dat deze intercollegiale toetsing zo objectief mogelijk wordt uitgevoerd en de resultaten worden vastgelegd.

Tot welk medisch specialisme behoorden de in uw instelling (in het verslagjaar) werkzame artsen?      Cosmetisch artsen

---

## 7.6.10 Visitatie door NVCG

### 7. Algemeen kwaliteitsbeleid

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 risico ontstaat op het optreden van onverantwoorde zorg. In principe kan een toezichthouder dan een grotere afstand houden ten opzichte van de instelling. Enkele indicatoren geven direct inzicht in het algemene kwaliteitsbeleid van een instelling: het georganiseerd spreken over functioneren en een goede procedure om eventueel disfunctioneren op te vangen.

#### 7.6.10 Toezichtvraag Visitatie door NVCG

Waren alle in uw instelling werkzame cosmetisch artsen aangesloten bij de NVCG?	Ja
---	----

Toelichting	...
-------------	-----

Vond er in de laatste 5 jaar een kwaliteitsvisitatie plaats in uw instelling (particuliere kliniek waar deze basisset over aangeleverd wordt) door de NVCG (dus inclusief verslagjaar)?	Ja
---	----

Toelichting	...
-------------	-----

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVCG? (dd-mm-jjjj)	05-03-2020
---	------------

Werden er aanbevelingen gedaan?	Nee
---------------------------------	-----

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?	Nee
--	-----

Werden er voorwaarden gesteld?	Nee
--------------------------------	-----

Toelichting	...
-------------	-----

# 9.1 Optimaal antistollingsbeleid

## 9. Toezichtvragen verbeterdoelen

Onderdeel van deze uitvraag zijn verbeterdoelen. De inspectie maakt met individuele particuliere klinieken afspraken over welke verbeterdoelen de betreffende kliniek aan de inspectie moet rapporteren en op welke wijze dit aangeleverd moet worden. Als de inspectie geen individuele afspraken heeft gemaakt met een particuliere kliniek, dan hoeft deze kliniek geen verbeterdoelen uit te werken en aan de inspectie aan te leveren.

Voor particuliere klinieken die geen verbeterdoelen aanleveren, kan het thema uit een verbeterdoel wel (deels) relevant zijn. Daarom zijn voor deze particuliere klinieken een aantal toezichtvragen opgenomen, die zijn afgeleid van de verbeterdoelen. Tijdens het invullen van de toezichtvragen wordt rekening gehouden met het behandelaanbod, waarmee getracht wordt om deze vragen alleen te stellen aan klinieken waar deze (deels) van toepassing zijn.

Heeft u van de inspectie een persoonlijke uitnodiging gehad om de uitwerking van verbeterdoelen aan de inspectie aan te leveren? Nee

---

Toelichting

---

## 9.1 Optimaal antistollingsbeleid

Schrijft u antistollingsmedicatie voor en/of wijzigt u de antistollingsmedicatie van uw patiënten, indien de ingreep/ behandeling hierom vraagt? Nee

---

Heeft u vastgesteld beleid m.b.t. antistolling waarin minimaal het onderstaande is beschreven (indien binnen de kliniek geen invasieve ingrepen worden uitgevoerd, gelden onderstaande punten m.b.t. ingrepen niet):

- Wie legt afspraken over doorzetten of onderbreken van antitrombotica vast.
- Wie stelt het bloedingsrisico vast.
- Wie schrijft de antistollingsmedicatie voor.
- Welke antistollingsmedicatie wordt preoperatief al dan niet gestopt en indien gestopt voor hoe lang.
- Wanneer wordt na de procedure de anticoagulantia herstart en op welke wijze.
- Wanneer wordt welke plaatjesremmer(s) periprocedureel gestopt en voor hoe lang.
- Wanneer wordt de plaatjesremmer(s) na de procedure herstart en op welke wijze.
- Wanneer bestaat een indicatie voor overbrugging en op welke wijze wordt dit toegepast.
- Wanneer bestaat een indicatie voor veneuze tromboseprofylaxe en op welke wijze wordt dit toegepast.
- Welke comedatie wordt gebruikt, inclusief de met stolling interfererende medicatie.
- Op welke wijze gecommuniceerd wordt met de patiënt over het beleid en hoe wordt aangetekend in het patiëntendossier dat deze communicatie heeft plaatsgevonden.
- Op welke wijze gecommuniceerd wordt met de behandelaar die de ingreep doet behandelend arts/ trombosedienst/huisarts/ apotheek over het beleid.
- Op welke wijze en door wie gecommuniceerd wordt in geval van wijziging (in procedure plan) met huisarts en patiënt.
- Op welke wijze en door wie het antistollingsbeleid vastgelegd wordt in de time out procedure. (indien relevant)

---

Heeft u een arts met antistolling als aandachtgebied in uw kliniek?

---

Is deze arts buiten kantooruren bereikbaar voor intern collegiaal overleg?

---

Toelichting

---

