

Kwaliteitsindicatoren particuliere klinieken Basiset 2009

IGZ Inspectie voor de Gezondheidszorg

Utrecht, november 2009

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

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Gebruikershandleiding	7
Indicatoren	9
1 Algemene en organisatorische vragen	10
1.1 Zorgzwaarte	13
1.1.1 <i>Toelichting Zorgzwaarte van de patiënten</i>	13
1.1.2 Indicator Zorgzwaarte van de patiënten	14
1.1.3 <i>Toelichting Zorgzwaarte van de patiënten</i>	14
1.1.4 Zorgzwaarte van de patiënten	15
1.1.5 Aantal patiënten met een BMI boven de 35	16
1.2 Infecties	17
1.2.1 <i>Toelichting Surveillance van infecties</i>	17
1.2.2 Indicator Inventarisatie van postoperatieve infecties	18
1.2.3 Indicator Ingrepen met infectierisico	19
1.3 Complicatieregistratie	20
1.3.1 <i>Toelichting Complicatieregistratie</i>	20
1.3.2 Indicator Complicatieregistratie	20
1.3.3 Samenwerking met ziekenhuis	22
1.4 Vormen van anesthesie	23
1.4.1 <i>Toelichting Uitvoeringsvormen van anesthesie</i>	23
1.4.2 Indicator Uitvoeringsvormen van anesthesie	23
1.5 Medisch personeel	25
1.5.1 <i>Toelichting Deskundigheid en bekwaamheid van de zorgverleners</i>	25
1.5.2 Indicator Percentage BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten	25
1.5.3 <i>Toelichting Percentage buitenlandse artsen ten opzichte van medisch specialisten (in FTE)</i>	26
1.5.4 Indicator Percentage buitenlandse artsen ten opzichte van medisch specialisten (in FTE)	27
1.5.5 <i>Toelichting Aanpalende werkzaamheden</i>	27
1.5.6 Indicator Werkzaamheden in een ander ziekenhuis	27
1.5.7 Bereikbaarheid	28
1.6 Patiënttevredenheid	29
1.6.1 <i>Toelichting Klachten</i>	29
1.6.2 Indicator Klachten	29
1.6.3 <i>Toelichting Patiënttevredenheidsonderzoek</i>	30
1.6.4 Indicator Patiënttevredenheidsonderzoek	30

2	Specifieke vragen	32
2.1	Cataract	32
2.1.1	<i>Toelichting Registratie operatieve data</i>	32
2.1.2	Indicator Registratie operatieve data	33
2.1.3	<i>Toelichting Percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen de operatie van eerste en tweede oog</i>	33
2.1.4	Indicator Percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen de operatie van eerste en tweede oog	34
2.1.5	Indicator De tijdsperiode tussen operatie van 1e en 2e oog; datum postoperatieve controle 1e cataractoperatie \geq 21 dagen	35
2.2	Oogheelkunde/refractiechirurgie	36
2.2.1	<i>Toelichting Visitatie door NOG</i>	36
2.2.2	Indicator Visitatie door NOG	36
2.2.3	<i>Toelichting Apparatuur</i>	36
2.2.4	Indicator Laserapparatuur	37
2.3	Anesthesiologie	38
2.3.1	<i>Toelichting Visitatie door NVA</i>	38
2.3.2	Indicator Visitatie door NVA	38
2.3.3	<i>Toelichting Postoperatieve pijn</i>	38
2.3.4	Indicator Postoperatieve pijn bij dagbehandeling	39
2.4	Orthopedie	40
2.4.1	<i>Toelichting Visitatie door NOV</i>	40
2.4.2	Indicator Visitatie door NOV	40
2.4.3	<i>Toelichting Tromboseprofylaxe</i>	40
2.4.4	Indicator Richtlijn of protocol tromboseprofylaxe	41
2.4.5	Indicator Medicamenteuze tromboseprofylaxe na operatie	41
	Ongeplande heroperaties	41
2.4.6	<i>Toelichting Ongeplande heroperatie na heupprotheses</i>	42
2.4.7	Indicator Ongeplande heroperaties	42
	Arthroscopie van de knie	43
2.4.8	<i>Toelichting Aantal arthroscopieën van de knie</i>	43
2.4.9	Indicator Aantal arthroscopieën van de knie	43
2.5	Plastische chirurgie (en cosmetische behandelingen)	44
2.5.1	<i>Toelichting Resultaat van de cosmetische ingreep</i>	44
2.5.2	Indicator Resultaat van de cosmetische ingreep	44
2.5.3	<i>Toelichting Visitatie door NVPC</i>	45
2.5.4	Indicator Visitatie door NVPC	45
2.5.5	<i>Toelichting Ongeplande heroperaties</i>	45
2.5.6	Indicator Ongeplande heroperaties	46
	Bijlagen	47
	Definities van veel voorkomende termen	47

Inleiding

Voor u ligt de *Basisset kwaliteitsindicatoren particuliere klinieken 2009*. Dit is de tweede keer dat u gevraagd wordt gegevens over de prestaties van uw kliniek aan te leveren. Op basis van de Wet openbaarheid van bestuur (WOB) zijn de resultaten openbaar en derhalve voor iedereen beschikbaar.

Samenwerking

De set is tot stand gekomen door samenwerking tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Orde van Medisch Specialisten (Orde), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG), de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), waarbij elk der partijen een eigen verantwoordelijkheid heeft.

Voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg maken de indicatoren deel uit van het preventieve onderzoeksinstrumentarium waarmee, op basis van risico-inschatting, vervolgens prioritering van het toezicht kan plaatsvinden. Door het toezicht op deze manier 'gefaseerd' te structureren, vervalt de noodzaak om algemeen toezicht uit te oefenen. De brancheorganisaties hechten er belang aan dat de indicatoren geschikt zijn voor interne sturing en voor het afleggen van maatschappelijke verantwoording door de klinieken.

Proces

De gegevens die gevraagd worden in de Basisset indicatoren 2009 dienen vóór 1 maart 2010 ingeleverd te zijn bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Om uw gegevens efficiënt te kunnen analyseren, in te voeren en zo uw registratielast te beperken, kunt u gebruikmaken van de invoermodule via de website van de inspectie www.igz.nl. Daar houdt de inspectie ook de lijst bij van klinieken die gegevens hebben aangeleverd. 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 danwel het Jaardocument zorg, versie particuliere klinieken. De inspectie reageert met haar bevindingen naar iedere kliniek individueel en maakt tevens 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 de (kwaliteit van de) zorg op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten.*
Over een negatief signaal worden door de inspectie vragen gesteld ofwel schriftelijk of tijdens een gesprek. Overigens zal de inspectie niet alleen op basis van de gepubliceerde gegevens over individuele klinieken oordelen.
- *Instellingen maken zelf resultaten openbaar.*
De gekozen indicatoren kunnen zonder nadere uitleg geen goed beeld geven van de zorg in een individuele kliniek, bijvoorbeeld omdat patiëntenpopulaties per instelling verschillen. Om die reden wordt aan de klinieken gevraagd om de eigen resultaten openbaar te maken en van een nadere specifieke uitleg te voorzien. Dit kan in het Kwaliteitsjaarverslag en via de website van de kliniek.
- *Interne kwaliteitsverbetering is belangrijk.*
Naast externe verantwoording is ook het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering een doel. 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. De verwachting is dat dit ook zal gelden 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 kwaliteitsindicatoren voor particuliere klinieken is bedoeld voor alle zelfstandige behandelcentra en die privé-klinieken die onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen. De set bestaat uit twee gedeeltes. Een algemeen deel dat door alle klinieken moet worden ingevuld en een specifieke vragenset die ingevuld moet worden naar gelang de verrichtingen die de kliniek aanbiedt. Voor alle vragen geldt dat zij over het verslagjaar gaan. Met het verslagjaar wordt de tijdspanne 1 januari tot en met 31 december 2009 bedoeld. Als er een asterisk (*) achter een antwoordmogelijkheid staat, wordt een toelichting verwacht.

Indien de instelling uit meerdere locaties bestaat, is het van belang dat de indicatoren voor elk van de locaties worden ingevuld.

Per indicator worden de volgende onderwerpen doorgelopen:

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

Indicator

Deze paragraaf geeft de vraagstelling weer, die hoort bij de indicator. De vragen wordengesteld in het lichter gekleurde gedeelte van de tekst. U wordt geacht deze vragen, indien voor uw particuliere kliniek van toepassing, alle te beantwoorden. In de gevallen waar om een percentage of een ratio wordt gevraagd, is een teller en een noemer gevraagd en kan een nadere uitleg gegeven worden. De percentages worden op de website automatisch berekend. Als er tellers of noemers worden gevraagd die al eerder zijn ingevuld, zullen deze op de website automatisch worden overgenomen. De gegevens hebben betrekking op het verslagjaar, te weten de periode van 1 januari t/m 31 december 2009. De registratieperiodes zijn zo gekozen dat alle registraties op 31 december kunnen worden afgesloten, onafhankelijk van de lengte van de follow-up, zodat op tijd met de productie van het jaarverslag kan worden

begonnen. De periode voor de noemer is wel altijd het verslagjaar, zodat deze vergeleken kunnen worden met andere bronnen.

Als een antwoordoptie is gemarkeerd met een *, dan is een toelichting verplicht. Bij de overige antwoorden wordt een toelichting op de geleverde getallen zeer op prijs gesteld. Wij raden u aan deze toelichtingen met zorg samen te stellen.

Steekproeven

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

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

Indicatoren

1 Algemene en organisatorische vragen

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

Locaties

De inspectie beoordeelt klinieken per locatie. Daarom is het van belang dat u voor elke locatie waar behandelingen worden uitgevoerd, de set invult. Indien u in meer dan één locatie behandelingen uitvoert, vragen wij u voor elke locatie waar behandeld wordt 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 Loket van de inspectie:

IGZ Loket

Telefoon: 088 120 5000 (lokaal tarief, ma-vrij 09.00 - 17.00 uur)

Fax: 088 120 5001

Email: loket@igz.nl

Adres: Postbus 2680, 3500 GR Utrecht

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 hieraan bijdragen.

Beschikt u over een openbare website?

- ja, het internetadres is:
http://
 nee

Is uw kliniek gelieerd aan een ziekenhuis?

- ja nee

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

[Lijst van ziekenhuizen]

- *Definitie invasieve ingrepen:*
Snijdende ingrepen, waaronder operaties en inspuitingen.
- *Toelichting eigen kliniek:*
Alle locaties die onder de holding vallen.

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

Voert uw kliniek invasieve ingrepen uit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Indien ja, waar worden deze verricht?	<input type="checkbox"/> Invasieve ingrepen worden in de eigen kliniek verricht <input type="checkbox"/> Invasieve ingrepen worden in het ziekenhuis verricht <input type="checkbox"/> Invasieve ingrepen worden in de eigen klinieken in het ziekenhuis verricht <input type="checkbox"/> Anders *
Toelichting:	
Behandelt uw kliniek patiënten in de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Toelichting:	

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

1.1 Zorgzwaarte

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

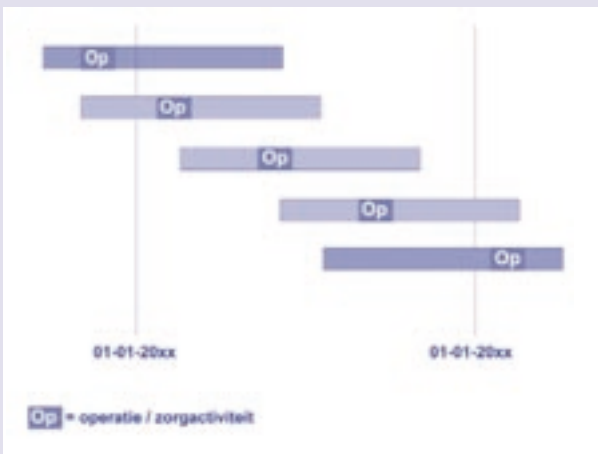
1.1.1 Toelichting: Totaal aantal patiënten en behandelingen

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

- *Definitie behandelingen:
Alle methoden voor het genezen of verlichten van lichamelijke of psychische aandoeningen. Een behandeling hoeft niet een afgesloten DBC te zijn, het kan zijn dat de nazorg in het jaar na het verslagjaar valt.*

In figuur 1.1 staat schematisch weergegeven welke behandelingen meegeteld kunnen worden voor het verslagjaar. Elk balkje staat voor een zorgtraject met een voorbereiding, zorgactiviteit of operatie en nazorg. De middelste drie zorgtrajecten worden geselecteerd omdat de zorgactiviteiten of operaties binnen het verslagjaar vallen.

Figuur 1.1 Schematische weergave van de geselecteerde behandelingen^[1]



[1] Bron: Indicatorensset Zichtbare Zorg Ziekenhuizen, deel cataract.

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

1.1.2 Indicator: Zorgzwaarte van de patiënten

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

ja nee
*

- *Indien ja:*

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

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

ja nee
*

- *Indien ja:*

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

Toelichting:

1.1.3 Toelichting: Zorgzwaarte van de patiënten

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

Naast de ASA-klasse zijn er ook leeftijdsafhankelijke gezondheidsaspecten die van invloed zijn op de risico's van een operatie.

Er wordt eerst naar het aantal behandelde kinderen en volwassenen gevraagd. Kinderen mogen alleen bij specifieke indicaties als buisjes of besnijdenis worden behandeld in particuliere klinieken.

1.1.4 Zorgzwaarte van de patiënten

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

ja nee

- *Indien ja:*

Teller 1: jonger dan 18 jaar (<18 jaar).

Teller 2: in de leeftijd van 18 jaar en ouder.

Teller 3: leeftijd onbekend.

- *Indien u geen patiënten in één leeftijdscategorie heeft, kunt u daar 0 invullen.*

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

ja nee

- *Indien ja:*

Kunt u onderscheid maken naar ASA-klasse?

ja nee

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

Teller 4: ASA-klasse 1.

Teller 5: ASA-klasse 2.

Teller 6: ASA-klasse 3 en hoger.

Teller 7: ASA onbekend.

- *Percentages worden automatisch op de website berekend op basis van de totaal aantallen patiënten en behandelingen.*

Toelichting (optioneel):

1.1.5 Aantal patiënten met een BMI boven de 35

Patiënten met een hoog BMI hebben een verhoogd risico en worden in principe uitgesloten van behandeling, tenzij sprake is van bariatrische chirurgie.

Is het aantal patiënten met een BMI boven de 35 bekend?

ja nee

Wat is het aantal patiënten met een BMI boven de 35?

1.2 Infecties

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

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

1.2.1 **Toelichting: Surveillance van infecties**

*Bij het voorkómen van infecties, opgelopen in de instelling, spelen adequate routine-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 interventiemaatregelen. In haar rapport *Infectiepreventie in ziekenhuizen (IGZ, mei 2004)* stelt de inspectie dat actieve surveillance (opsporen, analyseren, interveniëren en evalueren) onderdeel moet zijn van het infectiepreventiebeleid.*

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

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

1.2.2 Indicator: Inventarisatie van postoperatieve infecties

Surveilleert de instelling de infecties die de patiënten oplopen binnen de instelling?	<input type="checkbox"/> ja *	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Worden alle patiënten systematisch gecontroleerd op een postoperatieve infectie?	<input type="checkbox"/> ja *	<input type="checkbox"/> nee *	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Indien ja, dit gebeurt door:</i> 			
1 Alle patiënten na een ingreep poliklinisch te controleren.	<input type="checkbox"/> ja *	<input type="checkbox"/> nee *	
2 Alle patiënten te adviseren om bij teken van een infectie direct contact op te nemen met de kliniek.	<input type="checkbox"/> ja *	<input type="checkbox"/> nee *	
3 Alle patiënten te adviseren bij een infectie direct contact op te nemen met een huisarts en de huisarts te vragen hierover te rapporteren.	<input type="checkbox"/> ja *	<input type="checkbox"/> nee *	
4 Anders, te weten:			
5 Er is geen beleid.	<input type="checkbox"/> *		

1.2.3 Indicator: Ingrepen met infectierisico

- *Definitie invasieve ingrepen:*
Snijdende ingrepen, waaronder operaties en inspuitingen.

Is het aantal patiënten met postoperatieve infecties bij invasieve ingrepen bij u bekend? ja nee *

Teller 1: Wat is het aantal patiënten met postoperatieve infecties?

Noemer 1: Wat is het aantal invasieve ingrepen in het verslagjaar?

Percentage: %

Toelichting:

1.3 Complicatieregistratie

Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op medisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be-)handelen noodzakelijk is, dan wel dat sprake is van onherstelbare schade.

Deze onbedoelde en ongewenste uitkomsten van zorg zijn voor de patiënt én voor de zorg belastend. Zij kunnen een 'normaal' risico van zorg zijn, maar kunnen ook het gevolg zijn van fouten. Niet iedere registratie is een complicatieregistratie. Pas als specifieke complicaties én kenmerken van de patiënt/aandoening, van de behandeling en van de gevolgen voor de patiënt geregistreerd worden, is sprake van een complicatieregistratie. Deze factoren geven inzicht in de mate waarin bepaalde complicaties voorkomen en de omstandigheden waaronder ze zich voordoen. Dit biedt een handvat voor bespreking van risico's en mogelijke verbeteringen en biedt de mogelijkheid patiënten te informeren of voor te lichten. Het registreren én het gebruiken van de registratie is ook onderdeel van de kwaliteitsvisitatie door de beroepsgroep.

1.3.1 Toelichting: Complicatieregistratie

Voor het bevorderen van een eenduidige registratie zijn door verschillende wetenschappelijke verenigingen landelijke complicatieregistraties ontwikkeld. Hierin staat welke complicaties en omstandigheden voor het desbetreffende vakgebied geregistreerd moeten worden.

1.3.2 Indicator: Complicatieregistratie

Registreert u complicaties?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ja, in een apart elektronisch complicatieregistratiesysteem
 - ja, in een elektronisch patiëntendossier
 - ja, in een apart papieren complicatieregistratiedossier
 - ja, in een papieren patiëntendossier
 - nee
- *

Toelichting:

- *Let op: indien het specialisme niet aanwezig is, dient 'n.v.t.' ingevuld te worden.*

Wordt er in uw instelling een complicatieregistratiesysteem van de wetenschappelijke vereniging gebruikt bij:

1 Plastische chirurgie-ingrepen?

ja nee, eigen
* registratie

nee n.v.t.

2 Flebologische ingrepen?

ja nee, eigen
* registratie

nee n.v.t.

3 Oogheekkundige ingrepen?

ja nee, eigen
* registratie

nee n.v.t.

4 KNO-ingrepen?

ja nee, eigen
* registratie

nee n.v.t.

5 Dermatologische ingrepen?

ja nee, eigen
* registratie

nee n.v.t.

6 Orthopedische ingrepen?

ja nee, eigen
* registratie

nee n.v.t.

7 Cosmetische behandelingen?

ja nee, eigen
* registratie

nee n.v.t.

8 Anesthesiologie?

ja nee, eigen
* registratie

nee n.v.t.

Toelichting:

- *Indien u een eigen registratie heeft:*

Welke complicaties registreert u?

- *Indien u complicaties registreert: stuur een blanco complicatieregistratieformulier op (leeg format), of beantwoord de volgende vragen:*

**U kunt dit sturen naar:
loket@igz.nl**

Welke kenmerken van de patiënt registreert u?

Welke kenmerken van de ingreep registreert u?

1.3.3 Samenwerking met ziekenhuis

Heeft u afspraken gemaakt met een ziekenhuis waar de patiënt in geval van calamiteiten of complicaties die niet in de particuliere kliniek behandelbaar zijn, terecht kan (gedurende 24 uur, 7 dagen per week)?

ja, schriftelijk vastgelegd met ziekenhuis:
[Lijst van ziekenhuizen]

ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis:
[Lijst van ziekenhuizen]

nee
*

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

IGZ Loket

Fax: 088 120 5001

Email: loket@igz.nl

Adres: Postbus 2680, 3500 GR Utrecht

1.4 Vormen van anesthesie

1.4.1 Toelichting: Uitvoeringsvormen van anesthesie

In particuliere klinieken wordt frequent anesthesie toegepast. Dit gebeurt soms door de behandelend arts en soms door de anesthesioloog. De diverse wetenschappelijke verenigingen zijn nog in gesprek over de precieze taakverdeling. Onderstaand wordt een inventarisatie gevraagd die een beeld geeft hoe de verdeling tussen behandelend arts en anesthesioloog in de particuliere klinieken ligt.

1.4.2 Indicator: Uitvoeringsvormen van anesthesie

Vormen van anesthesie	Anesthesioloog	Behandelend arts	Anders, namelijk:
Lokale anesthesie (subtenon of druppelen):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	
Regionale anesthesie:			
– plexus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	
– spinaal	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	
– epiduraal	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	
– retrobulbair	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	
– peribulbair	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	
– popliteablok	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	

Vormen van anesthesie	Anesthesioloog	Behandelend arts	Anders, namelijk:
Sedatie (bij volwassenen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	
Algehele anesthesie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	
Algehele anesthesie gecombineerd met regionale anesthesie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	

Toelichting:

1.5 Medisch personeel

Een opvallende constatering in de twee rapporten van de inspectie over particuliere klinieken is het grote verschil in deskundigheid en werkwijze tussen de verschillende klinieken. Basisartsen spelen een belangrijke rol en nemen veel verantwoordelijkheid. Soms volgen zij aanvullende cursussen in andere Europese landen dan wel 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 er kennis die nodig is om te bepalen welke personele kwalificaties nodig zijn voor een behandeling.

1.5.1 Toelichting: Deskundigheid en bekwaamheid van de zorgverleners

De Wet BIG spreekt zich uitdrukkelijk uit over de bevoegdheid en de bekwaamheid van beroepsbeoefenaren. Ook al is een beroepsbeoefenaar bevoegd tot het uitvoeren van een bepaalde behandeling, indien hij niet bekwaam is mag hij toch de behandeling 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 en te bewaken. Dit vanwege de risico's die een behandeling door een niet-bekwame arts met zich meebrengt 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 personeel:*

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

Is het aantal BIG-geregistreerde basisartsen/verpleegkundigen en MSRC-medisch specialisten (in FTE) werkzaam in uw kliniek, bekend?

ja nee
*

Teller 1: Aantal BIG-geregistreerde basisartsen (in FTE) werkzaam in uw kliniek.	
Teller 2: Aantal BIG-geregistreerde verpleegkundigen (in FTE) werkzaam in uw kliniek.	
Teller 3: Aantal anesthesiemedewerkers en OK-assistenten (in FTE) werkzaam in uw kliniek.	
Noemer 1: Aantal MSRC-geregistreerde medisch specialisten (in FTE) werkzaam in uw kliniek.	
Noemer 2: Totaal aantal personeelsleden (in FTE), werkzaam in uw kliniek.	
Percentage BIG-geregistreerd + anesthesiemedewerkers en OK-assistenten ten opzichte van het totaal aantal personeelsleden: (teller 1 + teller 2 + teller 3)/noemer 2.	%
Toelichting:	

1.5.3 Toelichting: Percentage buitenlandse artsen ten opzichte van medisch specialisten (niet in FTE)

Uit ervaringen van de inspectie blijkt dat er verschillen kunnen zijn tussen artsen in Nederland 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.

1.5.4 Indicator: Percentage buitenlandse artsen ten opzichte van medisch specialisten (niet in FTE)

Teller 1: Aantal (BIG-geregistreerde) buitenlandse artsen (niet in FTE).

Noemer 1: Aantal (MSRC-geregistreerde) medisch specialisten (niet in FTE).

Percentage:

%

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

ja nee

Toelichting:

1.5.5 Toelichting: Aanpalende werkzaamheden

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

1.5.6 Indicator: Werkzaamheden in een ander ziekenhuis (niet in FTE)

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

ja nee
*

Teller 1: Wat is het aantal in de particuliere kliniek werkzame MSRC-geregistreerde medisch specialisten, dat ook nog werkzaam is bij een ziekenhuis (niet in FTE)?

Noemer 1: Aantal (MSRC-geregistreerde) medisch specialisten (niet in FTE).

Percentage (teller 1/noemer 1 uit 1.5.1):

%

Toelichting:

1.5.7 Bereikbaarheid

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

Hoe is de 24-uurs continuïteit van zorg gewaarborgd?

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

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

- ja nee

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

- ja nee

Toelichting:

1.6 Patiënttevredenheid

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

1.6.1 Toelichting: Klachten

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

Met 'klacht' wordt bedoeld het aantal (inhoudelijke) grieven, niet het aantal brieven dat is binnengekomen. Er kunnen dus meerdere klachten per brief worden gemeld. Verder gaat het om het aantal nieuwe klachten ingediend in het verslagjaar.

1.6.2 Indicator: Klachten

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

ja nee
*

- *Indien ja:*

Zijn er klachten gegrond verklaard en hebben deze geleid tot maatregelen?

ja nee
*

- *Indien ja:*

Teller 1: Wat is het aantal nieuwe klachten, ingediend in het verslagjaar dat gegrond is verklaard en heeft geleid tot maatregelen?

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

ja nee
*

Noemer 1: Wat is het aantal nieuwe klachten, ingediend bij de directie in het verslagjaar?

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

ja nee
*

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

Noemer 3: Wat is het aantal behandelingen? (automatisch overnemen van noemer 2 uit 1.1.2)

Verhouding aantal klachten ingediend bij directie per behandeling (noemer 1/noemer2 uit 1.1.2):

Verhouding aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie per behandeling (noemer 2/noemer 2 uit 1.1.2):

Toelichting:

1.6.3 Toelichting: Patiënttevredenheidsonderzoek

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

Het meten van patiënttevredenheid op zich is niet ingewikkeld; het 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.

Onder systematisch onderzoek naar tevredenheid van patiënten wordt verstaan het minimaal eenmaal per patiënt afnemen van een vragenlijst of interview naar de tevredenheid van de patiënt.

1.6.4 Indicator: Patiënttevredenheidsonderzoek

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

ja nee

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

Noemer 1: totaal aantal behandelde patiënten
(automatisch overnemen van noemer 1 uit 1.1.2).

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

%

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

ja nee
*

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

Toelichting:

2 Specifieke vragen

Welke ingrepen worden er in uw instelling uitgevoerd?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk:

- | | | | | | |
|---|--|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| 1 | Cataractoperaties | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nee |
| 2 | Refractiechirurgie en/of oogheelkundige ingrepen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nee |
| 3 | Anesthesiologie | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nee |
| 4 | Orthopedie | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nee |
| 5 | Plastische chirurgie (zonder ooglidcorrecties) | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nee |

2.1 Cataract

Wereldwijd worden blindheid en visuele beperkingen voor ongeveer 50 procent door cataract veroorzaakt. Bij cataract is sprake van een geleidelijke vertroebeling van de lens met als gevolg een daling van de gezichtsscherpte die uiteindelijk tot blindheid kan leiden. Afhankelijk van de vorm van slechtziendheid en het stadium van de aandoening zal de kwaliteit van leven meer of minder sterk aangetast zijn. Tussen 1971 en 2000 is het aantal personen met cataract sterk gestegen. De aandoening neemt sterk toe met de leeftijd en komt zelden voor bij mensen onder de 45 jaar. Op basis van demografische ontwikkelingen is het de verwachting dat het aantal personen met cataract tussen 2000 en 2020 zal blijven stijgen.

Cataract kan verholpen worden door een chirurgische ingreep waarbij de troebele lens wordt vervangen door een kunstlens. In 2004 werden er in Nederland ongeveer 130.000 van deze operaties uitgevoerd.

2.1.1 *Toelichting: Registratie operationele data*

Om meer inzicht te krijgen in de uitkomsten en daarmee in de kwaliteit van de cataractchirurgie is het wenselijk dat de registratie en analyse van gegevens rond de operatie (pré-, per- en postoperatieve data) geoptimaliseerd worden.

Op dit moment bestaat er in Nederland een uniforme registratie, de kwaliteitsregistratie NOG, waarmee de complicaties, heroperaties, juiste handelwijze of prestaties van oogartsen middels een webbased programma worden geregistreerd en de individuele registratie kan worden geanalyseerd binnen de landelijk gegevens.

Complicatieregistratie is een belangrijk onderdeel van de registratie. Een cataractoperatie kan namelijk gepaard gaan met ernstige complicaties zoals infecties, het loslaten van de retina, intraoculaire lensdislocaties en bloedingen.

De registratie en de analyse van complicaties kunnen ertoe bijdragen dat oorzaken van complicaties worden achterhaald en complicaties daarmee in de toekomst voorkomen kunnen worden.

2.1.2 Indicator: Registratie operationele data

Heeft u voor cataractextracties een complicatie-dataregistratie conform afspraken met de NOG in een gegevensbestand?	<input type="checkbox"/> ja *	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Houdt u voor cataractextracties een resultaatregistratie bij?	<input type="checkbox"/> ja *	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Indien ja, geef toelichting (welk registratiesysteem):	<input type="checkbox"/> NOG kwaliteitsregistratie cataract <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		
Teller 1: Wat is het aantal cataractextracties in het verslagjaar waarbij het resultaat is geregistreerd?			
Noemer 1: Wat is het aantal cataractextracties dat is uitgevoerd in het verslagjaar?			
Percentage wordt automatisch berekend:	%		
Toelichting:			

2.1.3 Toelichting: Percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen de operatie van eerste en tweede oog

Bij cataract worden vaak beide ogen geopereerd. Een operatie aan het tweede oog biedt extra voordelen voor het visueel functioneren bij de dagelijkse activiteiten en voor de kwaliteit van leven die verder gaan dan de voordelen die na de operatie aan het eerste oog worden bereikt.

Bij operatie aan het tweede oog is van belang dat de tijdsperiode tussen de operatie van het eerste en het tweede oog voldoende lang is om een zorgvuldige indicatie voor een cataractoperatie aan het tweede oog te stellen én om het resultaat na de eerste oogoperatie te betrekken bij de beoordeling van de indicatiestelling voor een operatie van het tweede oog. De laatste beoordeling van het eerste oog moet op zijn vroegst na vier weken postoperatief plaats hebben.

Ook dient idealiter de oogarts die de operatie uitvoert (of verlengde arm), de patiënt vanaf het moment van indicatiestelling tot en met de nazorg te controleren.

- *Inclusiecriteria:*
 - *Seniele cataract (>50 jaar)*
- *Definitie Cataract:*
 - *Cataract of grijze staar is een vertroebeling van de ooglens. Bij een cataract-operatie wordt de ooglens vervangen door een kunstlens.*

Definitie Operateur of verlengde arm: Oogartsen, optometristen, technisch oogheelkundig assistenten (TOA's) of orthoptisten die volgens overeengekomen protocollen werken binnen de afdeling en onder supervisie van de voor de operatie verantwoordelijk oogarts.

2.1.4 Indicator: Percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen de operatie van eerste en tweede oog

Is het aantal patiënten met een cataractoperatie aan beide ogen bij wie de wachttijd tussen de eerste en de tweede oogoperatie groter of gelijk is aan 28 dagen, bekend?

ja nee n.v.t.
* * *

Teller 1: Totaal aantal patiënten in het verslagjaar met gedurende de meetperiode uitgevoerde cataractoperatie aan beide ogen waarbij datum 2e oogoperatie minus de datum van de 1e oogoperatie groter of gelijk is aan 28 dagen.^[1]

Noemer 1: Totaal aantal patiënten in het verslagjaar met een cataractoperatie aan beide ogen.^[2]

[1] Bron ZIS, DBC-registratie en CTG-verrichtingen registratie.

Bron teller:

- Ten aanzien van populatie, zie bron noemer.
- Datum verrichting (datum 1) eerste verrichting 0312431 bij gedefinieerde DBC's afgesloten in het verslagjaar.
- Datum verrichting (datum 2) tweede verrichting 0312431 bij gedefinieerde DBC's afgesloten in het verslagjaar.
- Datum 2 – Datum 1 ≥ 28 dagen.

[2] Bron noemer:

- DBC 11.554.31 of, 11.554.32, of 11.554.33, tweemaal geregistreerd.
- Afgesloten DBC's in het verslagjaar.
- En verrichting 031241 is toegewezen aan betreffende DBC en heeft plaatsgevonden in het verslagjaar. Parallele DBC's uitsluiten.

Percentage:

%

2.1.5 Indicator: De tijdsperiode tussen operatie van 1e en 2e oog; datum postoperatieve controle 1e cataractoperatie \geq 21 dagen

Is het aantal patiënten bekend met een cataractoperatie aan beide ogen bij wie de datum laatste postoperatieve controle van het 1e geopereerde oog door operateur of verlengde arm* minus datum 1e cataractoperatie \geq 21 dagen en voorgaand aan de cataractoperatie aan het tweede oog?

ja nee
*

Teller 1: Totaal aantal patiënten met in de meetperiode uitgevoerde cataractoperatie aan beide ogen bij wie datum (door operateur of verlengde arm uitgevoerde) laatste postoperatieve controle na eerste cataractoperatie minus datum cataractoperatie 1e oog \geq 21 dagen en voorgaand aan cataractoperatie 2e oog.^[1]

Noemer 1: Totaal aantal patiënten in het verslagjaar met een cataractoperatie aan beide ogen.^[2]

[1] Bron ZIS, DBC-registratie en CTG-verrichtingen registratie.

Bron teller:

- Ten aanzien van populatie, zie bron noemer.
- Datum verrichting (datum 1) eerste verrichting 0312431 bij gedefinieerde DBC's afgesloten in het verslagjaar.
- Datum verrichting (datum 2) tweede verrichting 0312431 bij gedefinieerde DBC's afgesloten in het verslagjaar.
- Datum 2 – Datum 1 \geq 28 dagen.

[2] Bron noemer:

- DBC 11.554.31 of, 11.554.32, of 11.554.33, tweemaal geregistreerd.
- Afgesloten DBC's in het verslagjaar.
- En verrichting 031241 is toegewezen aan betreffende DBC en heeft plaatsgevonden in het verslagjaar. Parallele DBC's uitsluiten.

* Geef toelichting

2.2 Oogheelkunde/refractiechirurgie

2.2.1 Toelichting: Visitatie door NOG

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

2.2.2 Indicator: Visitatie door NOG

Zijn alle refractiechirurgen gevisiteerd door het NOG? ja nee
*

- Indien ja:

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

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

- Indien nee:

Vindt de vervolgisitatie binnen 1 jaar plaats? ja nee
*

Toelichting:

2.2.3 Toelichting: Apparatuur

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

2.2.4 Indicator: Laserapparatuur

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

ja nee
*

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

Beschikt u aantoonbaar over een validatierapport van de laserapparatuur?

ja nee
*

- *Indien ja:*

Wat is het jaartal:

Wat is de datum van het laatste onderhoud?

Toelichting:

2.3 Anesthesiologie

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

2.3.1 Toelichting: Visitatie door NVA

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

Als een kliniek door de NVA is gevisiteerd en de verbetermaatregelen zijn uitgevoerd, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

2.3.2 Indicator: Visitatie door NVA

Is de afdeling anesthesiologie gevisiteerd door de NVA?

ja nee
*

- *Indien ja:*

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

Zijn de door de NVA gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd?

ja nee n.v.t.
*

Toelichting:

2.3.3 Toelichting: Postoperatieve pijn

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

De VAS die voor de klinische patiënten gebruikt wordt, is niet geschikt voor gebruik via de telefoon. Er zijn ook andere schalen die pijnintensiteit meten, zoals de Numeric Rating Scale (NRS), en 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.

- *Inclusiecriteria:*
 - *Alle patiënten die een chirurgische ingreep hebben ondergaan.*

2.3.4 Indicator: Postoperatieve pijn bij dagbehandeling

Is het aantal patiënten in dagbehandeling dat is gebeld op de dag na een ingreep om navraag te doen naar de pijnintensiteit, bekend over het verslagjaar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
		*
Teller 1: Wat is het aantal patiënten in dagbehandeling, dat is gebeld en waarmee contact is geweest op de dag na een chirurgische ingreep om navraag te doen naar de pijnintensiteit?		
Noemer 1: Wat is het totaal aantal patiënten in dagbehandeling dat een chirurgische ingreep heeft ondergaan?		
Percentage:		%
Toelichting:		

2.4 Orthopedie

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

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

2.4.1 Toelichting: Visitatie door NOV

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

2.4.2 Indicator: Visitatie door NOV

Zijn alle orthopedische chirurgen gevisiteerd door de NOV?

ja nee
*

- *Indien ja:*

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

Zijn de door de NOV gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd?

ja nee n.v.t.
*

Toelichting:

2.4.3 Toelichting: Tromboseprofylaxe

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

2.4.4 Indicator: Richtlijn of protocol tromboseprofyaxe

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

ja nee
*

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

ja nee
*

Toelichting:

2.4.5 Indicator: Medicamenteuze tromboseprofyaxe na operatie na een totale heupprothese

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

ja nee
*

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

Percentage:

%

Toelichting:

Ongeplande heroperaties

Een ongeplande heroperatie is een operatie die wordt verricht omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd. Complicaties kunnen altijd voorkomen, maar kunnen ook het gevolg zijn van onvoldoende kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld een suboptimale operatietechniek bij de primaire operatie, suboptimale perioperatieve zorg, suboptimale indicatiestelling).

2.4.6 Toelichting: Ongeplande heroperatie na heupprotheses

Heroperaties zijn vanuit patiëntenperspectief ongewenst en zorgen daarnaast voor hoge kosten. 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.

Hoewel heupoperaties nog niet hoog frequent voorkomen in ZBC's is toch, om een eerste indicatie te krijgen van de ontwikkelingen op dit gebied, gekozen deze indicator in de set op te nemen.

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 van januari tot en met december. De patiënten die meetellen in de teller, hebben waarschijnlijk voor juli de initiële operaties ondergaan. Dit leidt tot een systematische fout die voor alle instellingen even zwaar weegt.

- *Inclusiecriteria:*
 - *Totale heupprotheses.*
- *Exclusiecriteria:*
 - *Geplande heroperaties.*

2.4.7 Indicator: Ongeplande heroperaties na heupprotheses

Is het aantal heroperaties dat binnen twaalf maanden na de initiële operatie heeft plaatsgevonden bij patiënten met een heupprothese, bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *
Teller 1: Aantal ongeplande heroperaties dat binnen twaalf maanden na de initiële operatie heeft plaatsgevonden bij patiënten met een heupprothese.		
Noemer 1: Totaal aantal patiënten dat een initiële operatie heeft ondergaan voor een heupprothese.		
Percentage:		%
Toelichting:		

Arthroscopie van de knie

Een arthroscopie (kijkoperatie) van de knie is een zeer veel voorkomende verrichting. Echter, er zijn geen cijfers over de verdeling tussen het aantal arthroscopieën verricht in het ziekenhuis en in een zelfstandige behandelcentra (ZBC) of privékliniek.

2.4.8 Toelichting: Aantal arthroscopieën van de knie

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

2.4.9 Indicator: Aantal arthroscopieën van de knie

Is het aantal uitgevoerde arthroscopieën in uw instelling in het verslagjaar bekend?

ja nee
*

Hoeveel arthroscopieën zijn er in uw instelling uitgevoerd in het verslagjaar?

Toelichting:

2.5 Plastische chirurgie (en cosmetische behandelingen)

Er is een grote variatie in het zorgaanbod van particuliere klinieken, toch is er een tendens te zien naar cosmetische chirurgie al dan niet aangevuld met plastische chirurgie. 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 en facelifts. De meeste veldnormen zijn nog in ontwikkeling. De veldnormen voor boven-ooglidcorrectie en mammareductie (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 gevisiteerd is.

2.5.1 *Toelichting: Resultaat van de cosmetische ingreep*

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

2.5.2 **Indicator: Resultaat van de cosmetische ingreep**

Is het aantal patiënten met een foto voor en na de cosmetische ingreep in het verslagjaar, bekend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Teller 1: Aantal patiënten met een foto voor en na de cosmetische ingreep.	
Noemer 1: Totaal aantal patiënten met een cosmetische ingreep.	
Percentage:	%
Toelichting:	

2.5.3 Toelichting: Visitatie door NVPC

De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) toetst middels een *visitatie volgens objectieve criteria of een plastisch chirurg aan vastgestelde normen voldoet.*

Als een plastisch chirurg door de NVPC is gevisiteerd en voldoet aan de voorwaarden van de NVPC, is voldaan aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorgverlening.

2.5.4 Indicator: Visitatie door NVPC

Zijn al uw plastisch chirurgen aangesloten bij de NVPC?

ja nee
*

Zijn alle plastisch chirurgen gevisiteerd door de NVPC?

ja nee
*

- *Indien ja:*

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

Zijn de door de NVPC gevraagde verbetermaatregelen aantoonbaar uitgevoerd?

ja nee n.v.t.
*

Toelichting:

2.5.5 Toelichting: Ongeplande heroperaties

Een ongeplande heroperatie is een operatie die wordt verricht omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd. Complicaties kunnen altijd voorkomen, maar kunnen ook het gevolg zijn van onvoldoende kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld een suboptimale operatietechniek bij de primaire operatie, suboptimale perioperatieve zorg, suboptimale indicatiestelling).

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

2.5.6 Indicator: Ongeplande heroperaties

Is het aantal ongeplande heroperaties dat binnen twaalf maanden na de initiële operatie heeft plaatsgevonden bij patiënten die een cosmetische ingreep hebben ondergaan, bekend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee *
Teller 1: Aantal ongeplande heroperaties dat binnen twaalf maanden na de initiële operatie heeft plaatsgevonden bij patiënten die een cosmetische ingreep hebben ondergaan.	
Noemer 1: Totaal aantal patiënten dat een initiële operatie heeft ondergaan voor een cosmetische ingreep.	
Percentage:	%
Toelichting:	

Bijlage

Definities van veel voorkomende termen

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 2009.

