

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

# Toezichtvragen msz

2027

## Voor particuliere klinieken

*Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.*

In samenwerking met

| | |
|---|---|
| FMS | Federatie Medisch Specialisten |
| UMCNL | Universitair Medisch Centra Nederland |
| NVZ | Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen |
| V&VN | Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland |
| ZKN | Zelfstandige Klinieken Nederland |















# Toezichtvragen msz

## Inleiding

Binnen alle particuliere klinieken[1] (hierna: klinieken) in Nederland bestaat een grote variatie aan behandelaanbod en organisatievormen. Om hier als Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ) adequaat toezicht op te kunnen houden heeft de IGJ actuele informatie over deze particuliere klinieken nodig. Deze informatie wordt jaarlijks uitgevraagd en de set vragen die IGJ hiervoor gebruikt staan in deze publicatie beschreven (Toezichtvragen msz).
Deze vragen kunnen zowel betrekking hebben op organisatorische als op zorginhoudelijke thema's, waarbij het behandelaanbod van de kliniek van invloed is op het aantal toezichtvragen.

Het antwoord op een toezichtvraag kan een signaal over de (kwaliteit van) zorg geven op grond waarvan de IGJ kan besluiten nader onderzoek te verrichten. Over een negatief signaal kunnen door de IGJ vragen worden gesteld aan de kliniek. Overigens vormt de IGJ niet alleen op basis van de aangeleverde toezichtvragen een oordeel over een individuele kliniek. 'Toezichtvragen msz' zijn een hulpmiddel voor het risicogestuurde toezicht en geven een aanvulling op informatie uit andere bronnen, zoals bijvoorbeeld thematoezicht en meldingen van en over een kliniek.

## Openbaarmaking

De resultaten van de 'Toezichtvragen msz' worden jaarlijks als dataset openbaargemaakt op de website https://data.overheid.nl/. De 'Toezichtvragen msz' geven zonder nadere uitleg niet in alle gevallen een goed beeld van de zorg in een individuele kliniek. Om die reden wordt aan klinieken gevraagd om de eigen resultaten openbaar te maken en van een nadere uitleg te voorzien. Dit kan bijvoorbeeld via de website van de kliniek.

## Wettelijk kader

Klinieken zijn verplicht om de 'Toezichtvragen msz' aan de IGJ aan te leveren als zij daarvoor een uitnodiging hebben ontvangen. Deze verplichting volgt uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, artikel 24 en de Algemene wet bestuursrecht, artikel 5. Dit in relatie tot artikel 2, 3 en 7 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

## Verbeterdoelen msz

Naast deze 'Toezichtvragen msz' vraagt de IGJ aan sommige grote (ketens van) particuliere klinieken om een aantal verbeterdoelen aan te leveren. Deze verbeterdoelen staan beschreven in de publicatie 'Verbeterdoelen msz'. In deze publicatie wordt een nadere toelichting op de verbeterdoelen gegeven. De IGJ maakt met individuele klinieken afspraken over welke verbeterdoelen de betreffende kliniek aan de IGJ moet rapporteren en op welke wijze dit aangeleverd moet worden. Deze klinieken ontvangen in december van het verslagjaar of begin januari van het daaropvolgende jaar een separate uitnodiging van de IGJ om deze verbeterdoelen aan te leveren. Als de IGJ geen individuele afspraken heeft gemaakt met een kliniek, dan hoeft deze kliniek geen verbeterdoelen uit te werken en aan de IGJ aan te leveren.

## Aanlevering

De 'Toezichtvragen msz' moeten door particuliere klinieken aangeleverd worden op https://www.desan.nl. Alle klinieken moeten de toezichtvragen **vóór 15 april** van het jaar volgend op het verslagjaar aanleveren en krijgen hiervoor een uitnodiging.

## Website is leidend

Er is uiterste zorg besteed aan de publicatie van de 'Toezichtvragen msz'. Toch is het mogelijk dat er discrepanties bestaan tussen deze publicatie van de 'Toezichtvragen msz' en de digitale uitvraag op de website van Desan. Mocht dat zo zijn, dan is de versie zoals die op de website https://www.desan.nl staat, leidend.

## Wijzigingen

Wat zijn de wijzigingen ten opzichte van de voorgaande versie (2026)[2]:

1. Er zijn twee toezichtvragen vervallen: 'Antistollingsbeleid in klinieken' en 'Pijnbeleid in klinieken';
2. Er zijn twee nieuwe toezichtvragen: 'Informatiebeveiliging' en 'Patiënten in een kwetsbare situatie'.

Voor vragen over de publicatie 'Toezichtvragen msz' kunt u mailen naar: toezichtvragenmsz@igj.nl Voor informatie over de aanlevering van verbeterdoelen wordt u verwezen naar de veel-gestelde-vragenlijst op de website van de IGJ.

1 Particuliere klinieken is een verzamelnaam voor zelfstandige behandelcentra (ZBC, leveren verzekerde zorg) en privéklinieken (leveren onverzekerde zorg). Dit zijn instellingen die medisch specialistische zorg leveren en geen ziekenhuis zijn.
2 Voor wijzingen m.b.t. verbeterdoelen, zie de publicatie 'Verbeterdoelen msz'.

# Inhoud


Toezichtvragen msz 3

1 Operatief proces 6

1.1 Preoperatief en infrastructuur 6
1.2 Peroperatief 7
1.3 Bariatrische chirurgie en ingrepen 9
1.4 Implantaten 9
1.5 Cosmetische chirurgie 10

2 Medicatieproces 12

2.1 Elektronisch voorschrijven 12

3 Zorg 14

3.1 Delirium 14

4 Bewegingsapparaat 16

4.1 Reumatologiepraktijk 16

5 Medisch specialistische revalidatie 18

5.1 Organisatie medisch specialistische revalidatie 18

6 Infectieziekten 19

6.1 Infecties na behandeling 19
6.2 Vroege herkenning vitaal bedreigde patiënt 20

7 Algemeen kwaliteitsbeleid 21

7.1 Functioneren medisch specialisten/basisartsen 21
7.2 Evalueren functioneren zorgverleners 22
7.3 Patiënttevredenheid 23
7.4 Kwaliteitskeurmerk 24
7.5 Meldcode 24
7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen 25
7.7 Informatiebeveiliging 31

8 Algemene vragen particuliere klinieken 32
8.1 Algemene organisatie 32
8.2 Personeel 33
8.3 Behandelingen 36

9 Toezichtvragen verbeterdoelen 43
9.1 Optimaliseren diagnostische processen 43
9.2 Digitale zorg 44
9.3 Patiënten in een kwetsbare situatie 45

# 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.

## 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[3];
- 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[4];
- 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+?* ◯ Ja ◯ Nee

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

Wat is de datum van het laatste validatierapport van de gehele operatieafdeling? ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

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)? ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

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

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

Wat is de datum van het laatste validatierapport van de gehele operatieafdeling? ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

3 https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers/startpagina_-_luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers.html https://www.orthopeden.org/media/dq5l0bwm/standpunt-nov-luchtbehandeling-operatieka-mer-klasse-1-voor-websitenov.pdf.

4 https://www.orthopeden.org/media/dq5l0bwm/standpunt-nov-luchtbehandeling-operatiekamer-klasse-1-voor-websitenov.pdf.

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)?

Voerde u invasieve ingrepen uit in een OK klasse 2? ◯ Ja ◯ Nee

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

Wat is de datum van het laatste validatierapport van de gehele operatieafdeling?

Voerde u invasieve ingrepen uit in een zelfstandige behandelkamer? ◯ Ja ◯ 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 ◯ Nee

Hoeveel andere behandelruimten behoren tot uw eigen instelling?

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

*Benoem de instellingen*

## 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, stressvolle 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 maximale onderdrukking van pijn, stress of angsten;
2. bij te laten dragen aan optimale diagnostische of therapeutische condities.

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

De Richtlijn Sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer[5] en het toetsingskader van de inspectie[6] liggen ten grondslag aan deze toezichtvraag.

PSA kan veilig worden uitgevoerd door niet-anesthesiologen, mits aan een aantal kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden is voldaan. PSA-gerelateerde incidenten komen frequent voor, 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, basisluchtwegmanagement en *Basic Life Support* (BLS) en *Advanced Life Support* (ALS).

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 plaatsvindt 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.

| | | |
|---|---|---|
| Paste u een vorm van anesthesie toe? | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Paste u lokale anesthesie toe? | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Paste u algehele anesthesie toe? | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Paste u procedurele sedatie toe *(ook een uitsluitend oraal toegediend sedativum / anxiolyticum valt onder PSA)?* | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Indien u procedurele sedatie toepaste: | | |
| Is tijdens PSA altijd één medewerker aanwezig die ALS geschoold is? | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Was er in het verslagjaar in uw instelling een lokale PSA-commissie actief? | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Indien er geen lokale PSA-commissie actief was: | | |
| Was u in het verslagjaar aangesloten bij een externe PSA-commissie? | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Het aantal patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast in het verslagjaar. | *Toelichting* | |

5 CBO, NVA, NVK. Richtlijn Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer; 2009. https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/ sedatie_en_analgesie_bij_volwassenen/startpagina_sedatie_en_analgesie_bij_volwassenen_2024.html.

6 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Toetsingskader particuliere klinieken, 2026.

## 1.3 Bariatrische chirurgie en ingrepen

### 1.3.1 Toezichtvraag: Volume bariatrische chirurgie en ingrepen

Werden er in uw instelling bariatrische ingrepen uitgevoerd? ◯ Ja ◯ Nee

Welke ingrepen betrof dit:

- gastric bypass _____ *Aantal*
- gastric sleeve _____ *Aantal*
- maagband _____ *Aantal*
- doorslikbare maagballon _____ *Aantal*
- maagballon (niet doorslikbaar) _____ *Aantal*
- anders _____ *Aantal toelichting*

## 1.4 Implantaten

### 1.4.1 Toezichtvraag: Implantatenregister

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

Gebruikte uw instelling implantaten in het verslagjaar? ◯ Ja ◯ Nee

Indien ja, welke? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ◯ Borstimplantaten (definitieve en tijdelijke borstimplantaten)
- ◯ Oogheelkundige implantaten
- ◯ Orthopedisch implantaat, namelijk _____
- ◯ Bilimplantaten
- ◯ Anders, namelijk: _____

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

Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem voor implantaten? ◯ Ja ◯ Nee

Indien ja, welke?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ◯ DBIR
- ◯ LROI
- ◯ LIR (Landelijk Implantaten Register)
  Indien ja: onder welke (kliniek)naam registreert u de implantaten in het LIR?
- ◯ Een eigen elektronisch registratiesysteem
- ◯ Een eigen papieren registratiesysteem
- ◯ Anders, namelijk: _____

*Toelichting*

## 1.5 Cosmetische chirurgie

### 1.5.1 Toezichtvraag: Explantatie borstimplantaten na cosmetische augmentatie

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

Inclusiecriterium:
- Cosmetische augmentaties;

Exclusiecriterium:
- Borstreconstructieve casus.

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

◯ Ja ◯ Nee

Aantal explantaties van een borstprothese binnen 60 dagen postoperatief na een borstaugmentatie met prothese(n) voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar. _____

Totaal aantal geplaatste borstprothesen voor borstaugmentatie voor cosmetische doeleinden in het verslagjaar. _____

Percentage (wordt automatisch berekend): _____ %

_____

*Toelichting*

### 1.5.2 Toezichtvraag: Ongeplande herbehandeling na invasieve cosmetische behandeling

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).

Inclusiecriterium:
- alle patiënten bij wie een invasieve cosmetische behandeling plaatsvond;
- alle patiënten bij wie binnen twaalf maanden een herbehandeling plaatsvond als gevolg van een complicatie of ontevredenheid van de patiënt.

Exclusiecriterium:
- 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 ◯ Nee

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 in het verslagjaar.

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 in het verslagjaar.

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

Percentage 1 (wordt automatisch berekend):

%

Percentage 2 (wordt automatisch berekend):

%

*Toelichting*

# 2 Medicatieproces

Een belangrijk deel van medicatiefouten ontstaat bij 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.

## 2.1 Elektronisch voorschrijven

Elektronisch voorschrijven is essentieel voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en 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 stelt 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 overgevoeligheidsreacties.

Een 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 vraag is om na te gaan of de instelling werkt met een elektronisch voorschrijfsysteem zoals bedoeld in de richtlijn Elektronisch voorschrijven.

Heeft de instelling in het verslagjaar een elektronisch voorschrijfsysteem dat voorzien is van de vijf genoemde functionaliteiten?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

Zijn er in het verslagjaar vastgelegde werkafspraken over het vragen naar allergieën en overgevoeligheden aan iedere patiënt bij behandeling in de instelling?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

### 2.1.2 Toezichtvraag: Medicatieoverdracht in de keten

Patiënten worden regelmatig doorverwezen: van een huisarts naar een ziekenhuis, binnen het ziekenhuis naar een andere medisch specialist of van dat ziekenhuis naar een verzorgingstehuis of weer naar de huisarts. Alle medicatiegegevens moeten in zo'n geval worden overgedragen, zodat alle zorgverleners een actueel overzicht hebben van de geneesmiddelen die de patiënt op dat moment gebruikt. Hierdoor kunnen zorgverleners verantwoorde beslissingen nemen wanneer zij medicatie voorschrijven, geven, toedienen, wijzigen of stoppen.

Bij het starten stoppen en/ of wijzigen van medicatie is het belangrijk dat zorgverleners beschikken over actuele medicatiegegevens. Hiervoor geldt de kwaliteitsstandaard 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'[7]. De IGJ past deze kwaliteitsstandaard in haar toezicht toe.

| | | |
|---|---|---|
| Als u medicatie start, stopt en/of wijzigt stelt u de huisarts van de patiënt daarvan op de hoogte? | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Als u medicatie start, stopt en/of wijzigt stelt u de apotheker van de patiënt daarvan op de hoogte (*het uitsluitend sturen van een recept naar de apotheek is onvoldoende, omdat dit alleen het voorgeschreven medicijn betreft*)? | ◯ Ja | ◯ Nee |

7 https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsstandaarden/medicatieoverdracht-overdracht-van-medicatiegegevens-in-de-keten.

# 3 Zorg

## 3.1 Delirium

Het delirium kan gedefinieerd worden als een globale en reversibele stoornis van de hersenen die gepaard gaat met een verscheidenheid aan neuro psychiatrische symptomen. Het wordt gekenmerkt door een verlaagd bewustzijn met een gestoorde aandacht en concentratie, cognitieve stoornissen, waaronder stoornissen van het geheugen, oriëntatie en taal, en perceptuele stoornissen, zoals hallucinaties. In het meest typische geval ontstaat een delirium binnen een korte periode en heeft het een fluctuerend beloop.

Het delirium is geassocieerd met diverse korte- en langetermijngevolgen, zoals een langere verblijfsduur in een instelling, een groter aantal complicaties tijdens het verblijf in de instelling, een toegenomen sterfte en een slechter functioneel herstel van de onderliggende aandoening. Daarnaast is het een voorspeller van cognitieve problemen en leidt het tot een eerdere opname in een zorginstelling en aanzienlijk hogere zorgkosten.

### 3.1.1 Toezichtvraag: Zorgplan voor Delirium

Het tijdig herkennen van een patiënt met een verhoogd risico op een delier, of met een aanwezig delier, op de preoperatieve poli of bij klinische opname vergroot de kans dat zonder onnodig oponthoud een zorgplan voor patiënten met een delier wordt uitgevoerd. Dit zorgplan, dat in principe multidisciplinair van karakter is en specifieke onderdelen bevat voor iedere individuele patiënt, vervult een spilfunctie in de zorgverlening voor kwetsbare oudere patiënten. In het zorgplan delier wordt voor iedere patiënt de algemene zorgvisie omtrent delirante patiënten en de zorg die zij behoeven, vertaald in concrete activiteiten. Het werken met een zorgplan delier dwingt tot het systematisch en doelgericht omgaan met gegevens over de patiënt en zijn behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding, en tot het aanbrengen van methode en structuur in het handelen van de hulpverleners. Voor de inhoud van een zorgplan wordt verwezen naar de bestaande richtlijn: Delier bij volwassenen en ouderen.

Inclusie:
- Patiënten die voor een operatie klinisch (langer dan 24 uur) worden opgenomen.

Exclusie:
- Patiënten die worden opgenomen voor dagbehandeling.

a. Wordt op uw preoperatieve poli en bij klinische opname standaard het risico op een delier bij patiënten uitgevraagd en vastgelegd in het dossier aan de hand van de volgende drie vragen (VMS Veiligheidsprogramma):
- Hebt u geheugenproblemen?
- Hebt u in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg?
- Zijn er bij een eerdere opname of tijdens ziekteperioden momenten geweest dat u in de war was?

Preoperatieve poli (patiënten ≥70 jaar) ◯ Ja ◯ Nee ◯ N.v.t.

Klinische opname (patiënten ≥70 jaar) ◯ Ja ◯ Nee ◯ N.v.t.

b. Worden patiënten met een verhoogd risico op het ontstaan van delier tijdens klinische opname standaard met een vast (gevalideerd) instrument gescreend op de aanwezigheid van een delier en wordt het resultaat vastgelegd in het dossier?

Klinische opname (patiënten ≥70 jaar) ◯ Ja ◯ Nee ◯ N.v.t.

c. Wordt op uw preoperatieve poli en bij klinische opname bij patiënten met een verhoogd risico op delier of met een delier direct en aantoonbaar een zorgplan/verpleegplan delier in werking gesteld?

| | | | |
|---|---|---|---|
| Preoperatieve poli (patiënten ≥70 jaar) | ○ Ja | ○ Nee | ○ N.v.t. |
| Klinische opname (patiënten ≥70 jaar) | ○ Ja | ○ Nee | ○ N.v.t. |

# 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.

## 4.1 Reumatologiepraktijk[8]

In de reumatologie zijn kwaliteitsnormen praktijkvoering reumatologie ontwikkeld en geaccordeerd door de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR). Deze omvatten onder meer een minimumnorm voor het aantal werkende reumatologen en fulltime-equivalent (fte) reumatologen per reumatologiepraktijk.

### 4.1.1 Toezichtvraag: Reumatologiepraktijk

De norm voor het aantal reumatologen is dat binnen één reumatologiepraktijk 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 decennium zijn met enkele eenmanspraktijken problemen geweest rondom meedoen en voldoen aan kwaliteit(her)visitatie. De norm voor het aantal fte reumatologen binnen één reumatologiepraktijk is minimaal 1.6 fte en bestaat uit minimaal twee reumatologen binnen één reumatologiepraktijk.

**Probleemstelling**

Van de geregistreerde reumatologen in Nederland[9] functioneren een aantal reumatologen als eenmanspraktijk. In het afgelopen decennium zijn er rondom visitaties van deze praktijken een aantal problemen geweest, waaronder het niet deelnemen aan visitatie en niet voldoen aan minimumnormen.
De problemen betreffen met name:

- Ontbreken van intercollegiale toetsing op medisch handelen;
- Suboptimale CANMED competenties[10] betreffende samenwerken;
- Geen goede borging continuïteit en toegankelijkheid buiten kantooruren en bij afwezigheid.

**Richtlijn/ norm**

Kwaliteitsnormen praktijkvoering reumatologie van de NVR:

- https://www.nvr.nl/wp-content/uploads/2020/05/Kwaliteitsnormen-Praktijkvoering-Reumatologie-versie-2020.pdf

**Definities**

- Reumatoloog: een RGS ge(her)registreerd medisch specialist reumatologie;
- Een reumatologiepraktijk: 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 reumatologiepraktijken en reumatologen die patiënten behandelen in Nederland.

Exclusiecriteria:

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

8 Onder reumatologiepraktijk wordt verstaan een reumatologisch samenwerkingsverband (praktijk, kliniek, maatschap, vakgroep etc.).
9 Registratie Geneeskudige Specialisten https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/rgs/rgs.
10 CANMEDs competenties https://www.medischevervolgopleidingen.nl/competentiegericht-opleiden.

Zijn er reumatologen werkzaam in de instelling?

◯ Ja ◯ Nee

a. Aantal reumatologen werkzaam in uw reumatologie-praktijk op 31 december van het verslagjaar.

b. Aantal fte reumatologen werkzaam in uw reumatologie-praktijk op 31 december van het verslagjaar.

*Toelichting*

# 5 Medisch specialistische revalidatie

## 5.1 Organisatie medisch specialistische revalidatie

In het algemeen beroepskader revalidatiegeneeskunde (VRA, november 2021)[11] worden een aantal (rand)voorwaarden beschreven waaraan medisch specialistische revalidatie moet voldoen om deze zorg op verantwoorde wijze te kunnen uitvoeren en de kwaliteit van de zorgverlening te kunnen borgen. Eén van deze voorwaarden betreft de verhouding tussen het aantal fte geregistreerde revalidatieartsen en het aantal *Physician Assistants* (PA)/ Verpleegkundig Specialisten (VS).

Dit betreft voorwaarde 2 van het bovengenoemde beroepskader:
Het aantal daadwerkelijk binnen de (opleiding-)instelling werkzame *Physician Assistants* (PA)/Verpleegkundig Specialisten (VS) revalidatiegeneeskunde uitgedrukt in fte's bedraagt ten hoogste tweemaal het gezamenlijk aantal revalidatieartsen uitgedrukt in fte's dat in de instelling werkzaam is.

### 5.1.1 Toezichtvraag: Medisch specialistische revalidatie

Wat is het aantal RGS-geregistreerde revalidatieartsen (in FTE), werkzaam (ongeacht vorm dienstverband) in uw instelling in het verslagjaar (peildatum 31 december van het verslagjaar)?

Wat is het aantal *Physician Assistants* (PA) revalidatiegeneeskunde (in FTE), werkzaam (ongeacht vorm dienstverband) in uw instelling in het verslagjaar (peildatum 31 december van het verslagjaar)?

Wat is het aantal Verpleegkundig Specialisten (VS) revalidatiegeneeskunde (in FTE), werkzaam (ongeacht vorm dienstverband) in uw instelling in het verslagjaar (peildatum 31 december van het verslagjaar)?

11 Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). 17 november 2021. Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde.

# 6 Infectieziekten

Infecties vormen één 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[12].

## 6.1 Infecties na behandeling

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

### 6.1.1 Toezichtvraag: Surveillance van (postoperatieve) infecties na invasieve behandeling

| | | |
|---|---|---|
| Werden alle patiënten in het verslagjaar systematisch gecontroleerd op een (postoperatieve) infectie? | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Indien **Ja**, gebeurde dit door: | | |
| Alle patiënten na een ingreep poliklinisch te controleren. | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Alle patiënten na een ingreep telefonisch te controleren. | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Alle patiënten te adviseren om bij tekenen van een infectie direct contact op te nemen met de instelling. | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Er is geen beleid. | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Anders, namelijk: | _____ | |

12 Dit betreft alle operatieve en invasieve ingrepen.

### 6.1.2 Toezichtvraag: Ingrepen met infectie

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

◯ Ja ◯ Nee

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

*Toelichting*

## 6.2 Vroege herkenning vitaal bedreigde patiënt

### 6.2.1 Toezichtvraag: Vroegtijdig signaleringssysteem vitaal bedreigde patiënt

In de leidraad 'Vitaal bedreigde patiënt' wordt ((M) EWS) aanbevolen om vitaal bedreigde patiënten tijdig te herkennen. Het primaire doel van de toezichtvraag is invoering en toepassing van een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt.

**Definities**

Een vroegtijdig signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt bestaat uit een multi-parametersysteem. Er wordt aanbevolen om de Early Warning Score (EWS) of de Modified Early Warning Score (MEWS) te gebruiken.

Inclusiecriteria:

- patiënten die na een operatie klinisch worden opgenomen en/of patiënten die buiten kantoortijden in de kliniek verblijven.

Beschikt uw instelling over een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt op alle (dag) verpleegafdelingen?

◯ Ja ◯ Nee

Heeft u vastgelegd bij welke score (afkapwaarde) van het sinaleringssysteem onmiddellijke behandeling is vereist?

◯ Ja ◯ Nee

Hoe vaak is in uw instelling op basis van bovenbedoelde afkapwaarde actie ondernomen?

*Toelichting*

# 7 Algemeen kwaliteitsbeleid

Bij een goed kwaliteitsbeleid is een instelling beter in staat om kwaliteitsproblemen zelf op te vangen. Een cultuur waarbij open over problemen kan worden gepraat, kan voorkomen dat het risico op het optreden van onverantwoorde zorg ontstaat.

## 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.

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 is 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 beoordeling worden betrokken. Deze vorm en inhoud 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 ◯ Nee ◯ N.v.t.

Hoeveel medisch specialisten van degenen die op 31 december van het verslagjaar werkzaam waren bij (ongeacht dienstverband) uw instelling hebben in het verslagjaar deelgenomen aan dit beoordelingssysteem?

*Aantal*

Hoeveel basisartsen van degenen die op 31 december van het verslagjaar werkzaam waren bij (ongeacht dienstverband) uw instelling hebben in het verslagjaar deelgenomen aan dit beoordelingssysteem?

*Aantal*

*Toelichting*

### 7.1.2 Toezichtvraag: Regeling mogelijk disfunctioneren[13] 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. Om mogelijk disfunctioneren tijdig op te sporen en te zorgen dat de verleende zorg veilig blijft, is het noodzakelijk dat een instelling een regeling voor mogelijk disfunctionerende zorgverleners heeft opgesteld. In deze regeling moet ook worden beschreven hoe met een mogelijk disfunctionerende zorgverlener wordt omgegaan en onder welke voorwaarden deze zorg mag (blijven) verlenen. Indien geen verbetering optreedt of mogelijk is en de samenwerking met deze zorgverlener wordt om deze reden opgezegd, moet dit worden gemeld bij de inspectie. De inspectie kan en zal het gebruik van de regeling voor disfunctioneren toetsen aan de hand van meldingen uit de instelling.

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

Is vastgelegd dat, indien relevant, een ontslag van zorgverleners wegens disfunctioneren wordt gemeld bij de inspectie?
◯ Ja ◯ Nee

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

*Toelichting*

## 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 ◯ Nee ◯ N.v.t.

Het totaal aantal zorgverleners dat in het verslagjaar werkzaamheden heeft verricht in de instelling (ongeacht het soort dienstverband).
Peildatum: 31 december van het verslagjaar

*Aantal*

Hoeveel van de bovengenoemde zorgverleners hebben in het verslagjaar aan minimaal één functioneringsgesprek deelgenomen.

*Aantal*

*Toelichting*

13 'Een structurele situatie van onverantwoorde zorg waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.'

## 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 het verbeteren van die zorg.

### 7.3.1 Toezichtvraa: Geschillen

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

Exclusiecriterium:
- Nog lopende klachten en geschillen uit voorgaande verslagjaren.

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

◯ Ja ◯ Nee

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

*Aantal*

### 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 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. 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: ‘minimaal één keer per patiënt per kalenderjaar afnemen van een vragenlijst of een interview over de tevredenheid van de patiënt’.

Voerde u in het verslagjaar patiënttevredenheidsonderzoek uit?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

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

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

Aantal patiënten, waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht heeft in het verslagjaar.

*Aantal*

## 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 systematisch toetsen om te bepalen of de uitvoering leidt tot goede zorg;
- op basis van deze uitkomsten 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 één of meer kwaliteitscertificaten?

◯ Ja ◯ Nee

Indien **ja** (meerdere antwoorden mogelijk)

◯ HKZ, datum laatste afgifte ◯ ZKN, datum laatste afgifte

◯ Qualicor Europe, datum laatste afgifte ◯ JCI, datum laatste afgifte

◯ Anders, namelijk, datum laatste afgifte ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

⌊_____⌋

*Toelichting*

## 7.5 Meldcode

Een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals goed te reageren bij signalen van dergelijk geweld. Sinds 1 juli 2013 zijn beroepskrachten verplicht zo'n meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring. Voor meer informatie: Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (igj.nl).

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 vijf stappen wat professionals moeten doen bij vermoedens van geweld. Organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren stellen een eigen meldcode op met daarin in ieder geval deze vijf 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 en melden (afwegingskader in de meldcode).

### 7.5.1 Toezichtvraag: Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling

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

◯ Ja ◯ Nee

Gebruikte uw instelling in het verslagjaar de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling als Huiselijk geweld en/ of kindermishandeling werd vermoed?

◯ Ja ◯ Nee ◯ N.v.t.

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

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

## 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:

◯ Anesthesiologen
◯ Oogartsen
◯ Dermatologen
◯ Orthopeden
◯ Internisten
◯ Cosmetisch artsen KNMG[14]
◯ Anders, namelijk:
◯ KNO-artsen
◯ Cardiologen
◯ Plastisch chirurgen
◯ MDL-artsen
◯ Gynaecologen

14 Cosmetisch arts is geen RGS-geregistreerd medisch specialisme. De NVCG is niet aangesloten bij de Federatie Medisch Specialisten.

### 7.6.1 Toezichtvraag: Visitatie door NVA

Waren alle in uw instelling werkzame anesthesiologen aangesloten bij de NVA?

◯ Ja ◯ Nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door de NVA (dus inclusief verslagjaar)?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

◯ Ja ◯ Nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

◯ Ja ◯ Nee

Werden er voorwaarden gesteld?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

### 7.6.2 Toezichtvraag: Visitatie door NVKNO

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

◯ Ja ◯ Nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door de NVKNO (dus inclusief verslagjaar)?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

◯ Ja ◯ Nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

◯ Ja ◯ Nee

Werden er voorwaarden gesteld?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

### 7.6.3 Toezichtvraag: Visitatie door NOG

Waren alle in uw instelling werkzame oogartsen aangesloten bij het NOG?

◯ Ja ◯ Nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door het NOG (dus inclusief verslagjaar)?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

◯ Ja ◯ Nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

◯ Ja ◯ Nee

Werden er voorwaarden gesteld?

◯ Ja ◯ Nee

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

◯ Ja ◯ Nee ◯ N.v.t.

*Toelichting*

### 7.6.4 Toezichtvraag: Visitatie door NVVC

Waren alle in uw instelling werkzame cardiologen aangesloten bij de NVVC?

◯ Ja ◯ Nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door de NVVC (dus inclusief verslagjaar)?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

◯ Ja ◯ Nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

◯ Ja ◯ Nee

Werden er voorwaarden gesteld?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

### 7.6.5 Toezichtvraag: Visitatie door NVDV

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

◯ Ja ◯ Nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door de NVDV (dus inclusief verslagjaar)?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

◯ Ja ◯ Nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

◯ Ja ◯ Nee

Werden er voorwaarden gesteld?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

### 7.6.6 Toezichtvraag: Visitatie door NVPC

Waren alle in uw instelling werkzame plastisch chirurgen aangesloten bij de NVPC?

◯ Ja ◯ Nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door de NVPC (dus inclusief verslagjaar)?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

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

Werden er aanbevelingen gedaan?

◯ Ja ◯ Nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

◯ Ja ◯ Nee

Werden er voorwaarden gesteld?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

### 7.6.7 Toezichtvraag: Visitatie door NOV

Waren alle in uw instelling werkzame orthopeden aangesloten bij de NOV?
◯ Ja ◯ Nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door de NOV (dus inclusief verslagjaar)?
◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

Wat is de datum van de laatste visitatie in uw instelling door de NOV?
└┴┘ └┴┘ └┴┴┴┘

Werden er aanbevelingen gedaan?
◯ Ja ◯ Nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?
◯ Ja ◯ Nee

Werden er voorwaarden gesteld?
◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

### 7.6.8 Toezichtvraag: Visitatie door NVMDL

Waren alle in uw instelling werkzame MDL-artsen aangesloten bij de NVMDL?
◯ Ja ◯ Nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie van MDL-artsen plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door de NVMDL (dus inclusief verslagjaar)?
◯ Ja ◯ Nee

Werden er in uw instelling door internisten endoscopieën uitgevoerd?
◯ Ja ◯ Nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie van internisten die endoscopieën uitvoerden plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door de NVMDL (dus inclusief verslagjaar)?
◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVMDL?
└┴┘ └┴┘ └┴┴┴┘

Werden er aanbevelingen gedaan? ◯ Ja ◯ Nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven? ◯ Ja ◯ Nee

Werden er voorwaarden gesteld? ◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

### 7.6.9 Toezichtvraag: Visitatie door NIV

Waren alle in uw instelling werkzame internisten aangesloten bij de NIV? ◯ Ja ◯ Nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door de NIV (dus inclusief verslagjaar)? ◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

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

Werden er aanbevelingen gedaan? ◯ Ja ◯ Nee

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven? ◯ Ja ◯ Nee

Werden er voorwaarden gesteld? ◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

### 7.6.10 Toezichtvraag: Visitatie door NVCG

Waren alle in uw instelling werkzame cosmetisch artsen (KNMG) aangesloten bij de NVCG? ◯ Ja ◯ Nee

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie plaats binnen uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door de NVCG (dus inclusief verslagjaar)? ◯ Ja ◯ Nee

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

*Toelichting*

| | | |
|---|---|---|
| Werden er aanbevelingen gedaan? | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Werden er zwaarwegende adviezen gegeven? | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Werden er voorwaarden gesteld? | ◯ Ja | ◯ Nee |

*Toelichting*

## 7.7 Informatiebeveiliging

Verstoringen door problemen in de informatiebeveiliging of onverwachte gebeurtenissen, zoals stroomuitval, kunnen de continuïteit van zorg direct beïnvloeden. Ook kunnen gezondheidsgegevens lekken op het internet. Informatiebeveiliging is daarom van groot belang. Alle zorgaanbieders zijn verplicht te voldoen aan de norm NEN 7510. Deze norm schrijft voor dat een Information Security Management System (ISMS) wordt ingericht, onderhouden en continu verbeterd en dat passende beheersmaatregelen worden geïmplementeerd. De IGJ verwacht dat zorgaanbieders aantoonbaar maken dat hun ISMS niet alleen op papier bestaat, maar ook effectief functioneert in de praktijk. Dit moet blijken uit een onafhankelijke beoordeling. Op de IGJ website leest u meer over NEN 7510, de onafhankelijke beoordeling en wat de inspectie van u verwacht.

### 7.7.1 Toezichtvraag: Informatiebeveiliging

| | | |
|---|---|---|
| Heeft uw organisatie een systematische risicoanalyse[15] uitgevoerd op het gebied van informatiebeveiliging? | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Heeft u alle noodzakelijke maatregelen genomen om de risico's uit de analyse te beperken? | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Is een onafhankelijke beoordeling uitgevoerd waarin zowel de opzet, het bestaan als de werking van het ISMS en de beheersmaatregelen zijn getoetst? | ◯ Ja | ◯ Nee |

15 Risico's zijn bedreigingen voor de beschikbaarheid, integriteit en vertrouwelijkheid van de informatie. In een systematische risicoanalyse brengt u voor alle informatiebronnen, systemen en processen die u gebruikt deze risico's in kaart.

# 8 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[16] geëxcludeerd. Dit is expliciet aangegeven en indien dit niet is benoemd, dan moeten deze onderzoeken dus worden geïncludeerd.

## 8.1 Algemene organisatie

### 8.1.1 Toezichtvraag: Organisatie

Naam instelling

Aantal locaties

Naam locatie (indien van toepassing)

KvK-nummer

Vestigingsnummer[17]

Straatnaam

Huisnummer

Postcode

Plaats

Correspondentie (zoveel mogelijk een algemeen/ niet-persoonsgebonden e-mailadres gebruiken)

Beschikt u over een openbare website? ◯ ja, het internetadres is http:// ◯ Nee

Werd er in uw instelling behandelingen en/of onderzoek uitgevoerd in het verslagjaar? ◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

16 Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek.
17 Elke vestiging van een onderneming of rechtspersoon in het Handelsregister heeft een uniek vestigingsnummer van 12 cijfers. Het vestigingsnummer is zichtbaar in het uittreksel, de adressenselectie, het mutatieabonnement en de bestandsvergelijking.

### 8.1.2 Toezichtvraag: Ziekenhuis afspraken

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 overeengekomen met de raad van bestuur van een ziekenhuis:
  indien ja, welk ziekenhuis?

  _____
- ◯ Ja, mondeling overeengekomen met ziekenhuis:
  indien ja, welk ziekenhuis?

  _____
- ◯ Nee

Had uw instelling afspraken met betrekking tot het gebruik van de OK of andere faciliteiten van een andere instelling (zoals bijvoorbeeld een ziekenhuis)?

- ◯ Ja, schriftelijk overeengekomen met instelling:
  indien ja, welke instelling?

  _____
- ◯ Ja, mondeling overeengekomen met instelling:
  indien ja, welke instelling?

  _____
- ◯ Nee

_____

*Toelichting*

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

◯ Ja ◯ Nee

_____

*Toelichting*

## 8.2 Personeel

### 8.2.1 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 een beroepsbeoefenaar. Ook al is een beroepsbeoefenaar op basis van zijn registratie 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 voor dergelijke handelingen of verrichtingen. 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.

**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 (ongeacht dienstverband);
- Ingehuurd personeel.

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

◯ Ja ◯ Nee

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

_____

*Aantal*

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

_____

*Aantal*

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

◯ Ja ◯ Nee

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

_____

*Aantal*

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

_____

*Aantal*

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

◯ Ja ◯ Nee

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

_____

*Aantal*

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

_____

*Aantal*

Het totaal aantal (incl. bovenstaande categorieën) personeelsleden (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?

_____

*Aantal*

Het totaal aantal (incl. bovenstaande categorieën) personeelsleden (NIET in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar?

_____

*Aantal*

Heeft uw instelling een Raad van Toezicht?

◯ Ja ◯ Nee

Uit hoeveel personen bestaat de Raad van Toezicht?

_____

*Aantal*

### 8.2.2 Toezichtvraag: Bevoegdheid zorgverleners

Regelmatig worden voorbehouden handelingen uitgevoerd door zorgverleners die hier niet zelfstandig voor bevoegd zijn (geen (juiste) BIG-registratie). Dit is alleen toegestaan onder supervisie van een zelfstandig bevoegde zorgverlener (die de juiste BIG-registratie bezit), waarbij de supervisor fysiek in de instelling aanwezig dient te zijn. De bekwaamheid van de gesuperviseerde moet aantoonbaar zijn vastgesteld.

Zijn in het verslagjaar door niet-zelfstandig bevoegde zorgverleners voorbehouden handelingen uitgevoerd?

◯ Ja ◯ Nee

Wat was het aantal niet-zelfstandig bevoegde zorgverleners dat voorbehouden handelingen uitvoerde in het verslagjaar?

*Aantal*

Voerde de niet-zelfstandig bevoegde zorgverlener de voorbehouden handeling uit onder supervisie van een zelfstandig bevoegde zorgverlener die, ten tijde van de voorbehouden handeling, in de instelling aanwezig was?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

### 8.2.3 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 kwaliteit bevorderende activiteiten, dan in (kleinere) particuliere klinieken.

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

◯ Ja ◯ Nee

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

*Aantal*

*Toelichting*

### 8.2.4 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 bereikbaar voor de patiënt (eventueel met tussenkomst van een triagerend medewerker)
- ◯ De dienstdoende arts was 24 uur per dag bereikbaar voor de patiënt (eventueel met tussenkomst van een triagerend medewerker)
- ◯ De instelling levert zelf geen 24-uurs continuïteit
- ◯ Anders, licht toe

Konden patiënten 24 x 7 uur fysiek beoordeeld worden door de behandelend / dienstdoende arts in de kliniek in geval van acute problemen

- ◯ Ja
- ◯ Nee

*Toelichting*

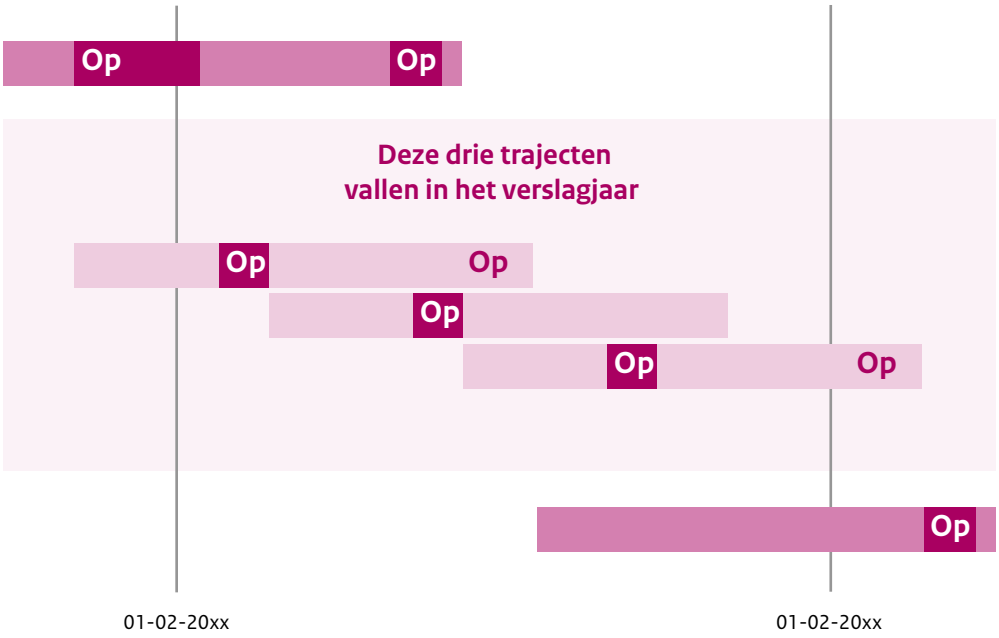
## 8.3 Behandelingen

Om een beeld te krijgen van het aantal patiënten, het aantal en soort behandelingen dat wordt uitgevoerd door instellingen vraagt de inspectie hieronder naar deze informatie.

**Definitie:**
Een behandeling betreft een in het verslagjaar uitgevoerde behandeling van medische (specialistische) 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.

In figuur 8.3 staat schematisch weergegeven welke behandelingen meegeteld kunnen worden voor het verslagjaar. Elk balkje staat voor een zorgtraject met een voorbereiding, zorgactiviteit of operatie en nazorg. De drie middelste zorgtrajecten worden geselecteerd omdat de zorgactiviteiten of operaties binnen het verslagjaar vallen.

*Figuur 8.3 Schematische toelichting op de selectie van de behandelingen*




Op = operatie / zorgactiviteit

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten dat binnen uw instelling werd behandeld en/of waar u **zelf** (niet uitbesteed) diagnostisch onderzoek bij uitvoerde?

◯ Ja ◯ Nee

Indien ja:

Voerde uw instelling **zelf** (niet uitbesteed) diagnostisch onderzoek uit in het verslagjaar

◯ Ja ◯ Nee

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

◯ Spirometrie
◯ Bronchoscopie
◯ Coloscopie
◯ EEG
◯ Echoscopie
◯ Klinisch chemisch onderzoek (daadwerkelijke uitvoering klinisch chemisch onderzoek; **alleen afname** materiaal wordt hier niet bedoeld)
◯ Röntgen (incl. CT)
◯ Anders, namelijk:

◯ (Histamine) provocatietest
◯ Gastroscopie
◯ ECG
◯ EMG
◯ MRI
◯ Pathologie (daadwerkelijke uitvoering pathologisch onderzoek; **alleen biopt afnemen** wordt hier niet bedoeld)

*Toelichting*

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij uw instelling **zelf** (niet uitbesteed) diagnostisch onderzoek uitvoerde?

◯ Ja ◯ Nee

Totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij **uzelf** (niet uitbesteed) diagnostisch onderzoek uitvoerde?

*Aantal*

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij uw instelling **zelf** (niet uitbesteed) diagnostisch onderzoek uitvoerde?

◯ Ja ◯ Nee

Totaal aantal diagnostische onderzoeken in het verslagjaar dat u **zelf** (niet uitbesteed) uitvoerde?

*Aantal*

*Toelichting*

### 8.3.1 Toezichtvraag: Totaal aantal patiënten en behandelingen

**Definitie diagnostisch onderzoek:**

Alle beeldvormende, biometrische, klinisch chemische en/of pathologische onderzoeken.

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

**Definitie invasieve onderzoeken:**

Voerde uw instelling **zelf** (niet uitbesteed) in het verslagjaar invasieve onderzoeken uit?

◯ Ja ◯ Nee

Registreerde u in het verslagjaar het aantal invasieve onderzoeken dat u **zelf** (niet uitbesteed) in uw instelling uitvoerde?

◯ Ja ◯ Nee

Totaal aantal invasieve onderzoeken in het verslagjaar die u **zelf** (niet uitbesteed) uitvoerde?

*Aantal*

*Toelichting*

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

◯ Ja ◯ Nee

Indien ja:

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

*Aantal*

*Toelichting*

Invasieve onderzoeken zijn onderzoeken waarbij men met apparatuur of instrumentarium het lichaam binnendringt. Hieronder vallen ook alle endoscopische onderzoeken.

### 8.3.2 Toezichtvraag: Invasieve behandelingen

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

**Definitie:**
Invasieve behandelingen zijn 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 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 ◯ Nee

** Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek.

Indien **ja**, waar werden deze verricht? (meerdere antwoorden mogelijk)

◯ In de eigen instelling ◯ Anders

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

◯ Ja ◯ Nee

Indien ja:

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

_____

*Aantal*

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

_____

*Aantal*

_____

*Toelichting*

### 8.3.3 Toezichtvraag: Behandelaanbod

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

| | | |
|---|---|---|
| Oogheelkundige zorg | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Keel-, neus- en oorheelkundige zorg | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Orthopedische zorg | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Cosmetische chirurgie/ zorg | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Injectables (botox/fillers) | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Bariatrische chirurgie en/of ingrepen (inclusief maagballonnen) | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Dermatologische behandelingen | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Medisch specialistische revalidatie | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Gynaecologische zorg | ◯ Ja | ◯ Nee |

Uw instelling leverde uitsluitend diagnostisch onderzoek
(Onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek.)

Ander behandelaanbod

*Toelichting*

Indien **dermatologische behandelingen**, was dat:

| | | |
|---|---|---|
| Dermato-oncologie | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Liposuctie / liposculpture | ◯ Ja | ◯ Nee |

Overige dermatologie

*Toelichting*

Indien oogheelkundige zorg, was dat:

| | | |
|---|---|---|
| Cataractextractie | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Refractiechirurgie | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Overige oogheelkunde | ◯ Ja | ◯ Nee |

*Toelichting*

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

Registreerde uw instelling de ASA-klasse in het verslagjaar? ◯ Ja ◯ Nee

Indien ja:

Kunt u onderscheid maken naar ASA-klasse? ◯ Ja ◯ Nee

Indien ja:

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

_____ ASA-klasse 1

_____ ASA-klasse 2

_____ ASA-klasse 3 en hoger

_____ ASA onbekend

_____

*Toelichting*

### 8.3.5 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[18] in een particuliere kliniek worden verricht. Voor elke invasieve behandeling, operatie of invasief 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 ◯ Nee

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

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

_____

*Aantal*

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

_____

*Aantal*

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

_____

*Aantal*

18 Richtlijn Anesthesie bij kinderen (2017), NVA. Handvest Kind en ziekenhuis.

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

*Aantal*

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

*Aantal*

**Toelichting**

- Type behandeling;
- Aantal patiënten per type behandeling.

# 9 Toezichtvragen verbeterdoelen

Onderdeel van deze uitvraag zijn ook onderwerpen uit de Verbeterdoelen msz. 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 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.

## 9.1 Optimaliseren diagnostische processen

**De complexiteit van het diagnostisch proces**
Het is belangrijk dat de aanvrager van diagnostiek kan leren van feedback van de professional/ instelling die de diagnostiek uitvoert (hierna: uitvoerder), waarbij de uitvoerder (indien relevant) de aanvrager bijvoorbeeld adviseert over de (on) mogelijkheden van het aangevraagde onderzoek en alternatieve diagnostiek voorstelt. Dit kan bijvoorbeeld op individueel casusniveau (bijvoorbeeld tijdens de aanvraag voor het onderzoek of bij de terugkoppeling van de resultaten van het uitgevoerde onderzoek) of op meer geaggregeerd niveau (bijvoorbeeld periodieke terugkoppeling door de uitvoerder).
In het kader van een gesloten communicatieketen is het belangrijk dat bij kritieke (neven)bevindingen de professional/

| | | |
|---|---|---|
| Is er binnen uw instelling een hierboven beschreven systeem/ organisatie aanwezig, waarbij de aanvragers op basis van feedback door de uitvoerder kunnen leren? | ◯ Ja | ◯ Nee |
| Indien **ja**, graag een korte toelichting? | *Toelichting* | |

instelling die de diagnostiek uitvoert (hierna: uitvoerder) verifieert dat deze bevindingen ook daadwerkelijk bij de aanvrager terechtkomen en dat de uitslag is begrepen. Deze verificatie kan op verschillende manieren worden uitgevoerd, waarbij het van belang is dat deze navolgbaar is.

| | | |
|---|---|---|
| Is er binnen uw instelling een bovenbedoeld systeem/ organisatie aanwezig, waarbij de uitvoerder verifieert of kritieke (neven)bevindingen ontvangen en begrepen zijn door de aanvrager? | ◯ Ja | ◯ Nee |

## 9.2 Digitale zorg

**Toepassing van digitale zorg om de gezondheidszorg te ondersteunen, te verbeteren en toegankelijk te houden**
Digitale zorg wordt gezien als een ontwikkeling met potentie en biedt kansen voor uitdagingen in de zorg, zoals: passende zorg, eigen regie van de patiënt, toegankelijkheid, preventie, organisatie van zorg en schaarste met betrekking tot mensen en middelen. Het biedt daarnaast kansen in het kader van duurzaamheid.

Heeft u een strategie/beleid voor de implementatie/ontwikkeling van digitale zorg met de volgende verplichte punten a t/m d:

a. Bij het beleid is een brede vertegenwoordiging van medewerkers met de juiste kennis en/of functie nauw betrokken, waaronder bijvoorbeeld een manager ICT, (kwaliteits)medewerkers, zorgprofessionals, patiëntvertegenwoordiger(s) en andere digitale zorgexperts en innovators, zowel klinisch als niet klinisch (CxIO);
b. Rollen, taken en verantwoordelijkheden van betrokkenen met betrekking tot digitale zorg zijn vastgelegd;
c. De risico's met betrekking tot digitale zorg worden beheerst met een risicomanagement systeem waarvan een Prospectieve Risicoanalyse (PRI) op de invoering van digitale zorg deel uitmaakt;
d. De digitale zorg sluit aan bij de aanwezige technologische netwerkomgeving waarin de digitale producten worden aangeboden en er wordt interoperabiliteit nagestreefd.

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

Wordt de invoering van digitale zorg vormgegeven volgens onderstaande punten (a t/m d):

a. Eisen en wensen van digitale producten en diensten, zowel op generiek als op specifiek niveau, zijn in kaart gebracht;
b. De expertise van zorgprofessionals is betrokken bij de ontwikkeling van digitale zorg;
c. De deskundigheid van medewerkers wordt bevorderd in het gebruik van digitale zorg;
d. Er is vastgelegd hoe het effect van de digitale zorg is geëvalueerd en aansluit bij het werkproces van de zorgprofessionals en daarbij is gekeken naar wat aansluit bij de wensen en behoefte van de patiënt.

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

Zijn patiënten betrokken bij de ontwikkeling van digitale zorg en worden zij ondersteund in het gebruik van digitale producten en diensten volgens onderstaande verplichte punten (a t/m c):

a. De input van patiënten is gebruikt bij de ontwikkeling van digitale producten en diensten;
b. Er is aandacht voor kwetsbare patiëntengroepen, zoals ouderen, kinderen, mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking etc.;
c. De patiënt wordt ondersteund in het gebruik van digitale zorg, zodat de patiënt hier zelfstandig gebruik van kan maken.

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

## 9.3 Patiënten in een kwetsbare situatie

**Herkennen van kwetsbaarheid, optimaliseren van gelijke toegang tot zorg en samenwerking in de zorg, zowel in de klinische als poliklinische setting**

Heeft uw instelling beleid ten aanzien van de herkenning van patiënten in een kwetsbare situatie, waarbij de volgende punten onderdeel zijn van dit beleid:

a. De zorgaanbieder heeft vastgesteld welke patiënten behoren tot de groep 'patiënten een kwetsbare situatie';
b. De zorgaanbieder bevordert de bewustwording van zorgprofessionals ten aanzien van patiënten in een kwetsbare situatie.

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

Heeft uw instelling beleid voor een begrijpelijke informatievoorziening, in ieder geval gericht op de door de instelling vastgestelde groep patiënten in een kwetsbare situatie?

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting (welke patiëntengroep en welke interventies)*

Wordt binnen uw instelling de samenwerking in de zorg voor patiënten in een kwetsbare situatie vormgegeven volgens onderstaande verplichte punten:

a. Van patiënten in een kwetsbare situatie die zorg ontvangen van meerdere zorgverleners en verschillende specialismen, is bekend wie de regievoerend zorgverlener is (niet noodzakelijkerwijs binnen uw instelling);
b. Uw instelling ziet toe op de continuïteit, samenhang van de zorg en adequate afstemming met de regievoerder.

◯ Ja ◯ Nee

*Toelichting*

**Deze brochure is een uitgave van:**

Toezichtsvragen msz voor particuliere klinieken
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Oktober 2026