

Algemene kwaliteitsnormen plastische chirurgie

Datum laatste revisie: 8 oktober 2012



Opdrachtgever: NVPC

**Auteurs: Rob Schieman en Jacqueline Bakx, *organisatieadviseurs OAZ*
Hay Winters, *plastisch chirurg***

Algemene kwaliteitsnorm plastische chirurgie

Voorwoord

Verklaring van bekrachtiging

0.1 Uitgangspunten, kwaliteitsprofiel en opzet

0.2 Onderwerp en toepassingsgebied

0.3 Termen en definities

Eisen Kwaliteitsdomein A: Kwaliteit van de zorg

- A 1. Dossiervoering
- A 2. Zorgprocessen en/of protocollen
- A 3. Kwaliteitsindicatoren
- A 4. Complicatieregistratie
- A 5. Necrologiebespreking
- A 6. Melden van incidenten
- A 7. Continuïteit patiëntenzorg
- A 8. Multidisciplinair overleg
- A 9. Naleven van de richtlijnen en standpunten NVPC

Eisen Kwaliteitsdomein B: Vakgroepfunctioneren

- B 1. Evaluatie functioneren vakgroep
- B 2. (Meerjaren)beleidsplan/Jaarverslag
- B 3. Vakgroepvergaderingen
- B 4. Gedragsregels
- B 5. Belasting/belastbaarheid
- B 6. Contacten in- en extern
- B 7. Medisch beleid
- B 8. Openheid over incidenten
- B 9. Melden aan Stafbestuur en Raad van Bestuur
- B 10. Kwaliteitsmanagementsysteem
- B 11. Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)
- B 12. Continue verbetering en monitoring (proces)prestaties

Eisen Kwaliteitsdomein C: Patiëntgericht handelen

- C 1. Patiëntenperspectief
- C 2. Klachten en juridische procedures verbandhoudend met zorgverlening
- C 3. Klachten en signalen van onvrede
- C 4. De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling (Treeknorm)
- C 5. Privacy

Eisen Kwaliteitsdomein D: Professionaliteit

- D 1. Kennisdeling
- D 2. Individueel functioneren (IFMS)

Bijlagen

- Bijlage 1. Aanvullende kwaliteitsnormen plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken
- Bijlage 2. Gedragscode gericht op omgang met elkaar, de industrie en de media
- Bijlage 3. Gedragsregels voor plastisch chirurgen (in opleiding) met betrekking tot gunstbetoon en dienstverlening door de industrie
- Bijlage 4. Gedragsregels openbaarmaking financiële relaties, stichting CGR

Eisen NVPC – algemene kwaliteitsnorm plastisch chirurgie

Voorwoord

Dit document werd in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Plastische chirurgie (NVPC) opgesteld door de projectgroep bestaande uit de navolgende leden:

- De heer dr. H.A.H. Winters, werkzaam als plastisch chirurg. Tevens bestuurslid NVPC en voorzitter van de Commissie Kwaliteit van de NVPC.
- De heer drs. R.J.C. Schieman, werkzaam als organisatieadviseur bij OAZ (www.oaz.nl) en medeauteur van de 'leidraad *plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken*' (NVPC).
- Mevrouw ing. J.E.P.M. Bakx, werkzaam als organisatieadviseur bij OAZ (www.oaz.nl) en medeauteur van de 'leidraad *plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken*' (NVPC).

De NVPC beoogt met de algemene kwaliteitsnormen voor plastisch chirurgie een bijdrage te leveren aan de praktijkvoering van plastisch chirurgen. Daarnaast bieden de normen de mogelijkheid tot toetsing en oordeelsvorming in het kader van de visitatie nieuwe stijl.

Volgens de Nederlandse wetgeving zijn plastisch chirurgische ingrepen niet uitsluitend aan plastisch chirurgen voorbehouden. In de ogen van de NVPC kan het echter niet zo zijn dat de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid bij uitvoering door anderen van een lager niveau is. De NVPC is van mening dat, indien een behandelaar plastisch chirurgische ingrepen uitvoert en hierbij niet voldoet aan de kwaliteitsnormen plastische chirurgie, er geen sprake kan zijn van bekwaamheid tot het uitvoeren van deze ingrepen. Dit uiteraard nog los van een eventueel tekort aan scholing en opleiding. In dit kader dient elke behandelaar die plastisch chirurgische ingrepen verricht aan deze kwaliteitsnormen te voldoen.

Behandelaars werkzaam binnen particuliere klinieken dienen te werken volgens de algemene kwaliteitsnormen en de eisen opgenomen in de aanvullende kwaliteitsnormen (zie bijlage 1).

Verklaring van bekrachtiging

De tekst van de algemene kwaliteitsnormen plastische chirurgie is aanvaard door de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (www.nvpc.nl).

0.1 Uitgangspunten, kwaliteitsprofiel en opzet

Uitgangspunten

De algemene kwaliteitsnormen plastische chirurgie zijn gebaseerd op de navolgende uitgangspunten:

1. Cliëntgerichtheid

Een behandelaar moet de behoefte en verwachtingen van de cliënt kennen en begrijpen. Cliënt is hierbij een breed begrip. U kunt daarbij denken aan interne klanten, patiënten die advies inwinnen of een ingreep ondergaan, overheidsinstanties (wet- en regelgeving) en de maatschappij. We spreken in dit verband wel over 'stakeholders'.

2. Patiëntveiligheid

Onder patiëntveiligheid verstaat het Centraal College voor Deskundigen voor de Zorg en Welzijn (CCvD-Z/W): 'De afwezigheid van onaanvaardbare risico's voor de patiënt op lichamelijke en/of psychische en/of sociale schade'. Een goed werkend kwaliteitsmanagementsysteem dekt ook de risico's op schade af. Kwaliteitsmanagement is derhalve ook risicomanagement. Hoe omgaan met de specifieke risico's en gevaren ten aanzien van patiëntveiligheid?

3. Continue verbetering

De kwaliteit van de beroepsuitoefening van behandelaren die plastisch chirurgische ingrepen verrichten dient objectief en periodiek getoetst te worden. De uitkomsten van toetsing leiden tot niet vrijblijvende vervolgspraken. Het accent ligt op zelfevaluatie en het maken van verbeterplannen zodat er in gezamenlijk overleg verbeteringen kunnen worden nagestreefd en monitoring kan plaatsvinden ten behoeve van de continue verbetering van de zorgverlening. Voor de NVPC wordt dit uitgevoerd door de visitatiecommissie.

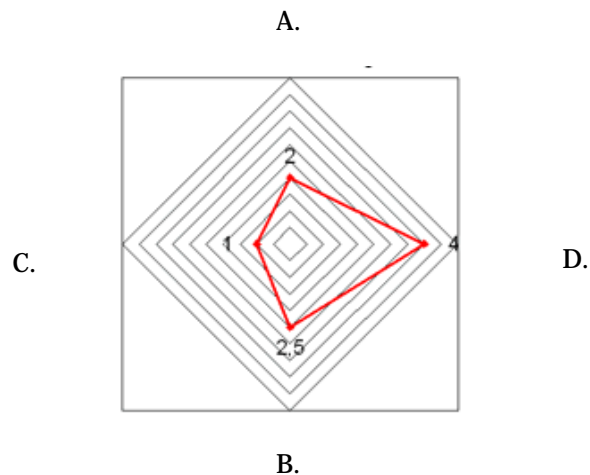
4. Transparantie

De door de behandelaar verleende zorg moet transparant zijn voor alle betrokkenen. Transparantie richting patiënt betekent informatie bieden over ondermeer de patiëntervaringen en de zorginhoudelijke kwaliteit. Ziekenhuizen en particuliere klinieken moeten de geleverde kwaliteit van zorg inzichtelijk maken. Deze informatie moet beschikbaar zijn voor (toekomstige) patiënten, zodat zij de zorg kunnen kiezen die past bij hun voorkeuren.

Kwaliteitsprofiel en opzet

De algemene kwaliteitsnormen plastisch chirurgie zijn gerelateerd aan het 'professioneel kwaliteitsprofiel visitatie nieuwe stijl'¹. Dit profiel bestaat uit vier kwaliteitsdomeinen waarop tijdens een visitatie getoetst wordt:

- A. Kwaliteit van de zorg
- B. Vakgroepfunctioneren
- C. Patiëntgericht handelen
- D. Professionaliteit



Bronnen:

1. *Leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken*, NVPC, 01-11-2011.
2. *Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16)*, Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012.
3. *Gedragsregels voor artsen*, KNMG d.d. 25 juni 2002.
4. *Gedragscode voor NVPC leden*, 2012.
5. *Gedragsregels voor plastisch chirurgen (in opleiding) met betrekking tot gunstbetoon en dienstverlening door de industrie*, vastgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) op 08 maart 2012 en goedgekeurd door de algemene ledenvergadering op 13 april 2012.
6. *Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling*, opgesteld door de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW), 2012.
7. *Individueel Functioneren van Medisch Specialisten: de volgende stap*, adviesrapport Commissie IFMS, Orde van Medisch Specialisten, december 2011 (R-12.01.20).
8. *KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Staan voor Kwaliteit*, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.
9. *Standpunt NVPC Praktijkvoering Zelfstandige Behandelcentra* d.d. 24-03-2010.

¹ Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO - J.A. Fossen, J.W. Hagemeyer, J.S. de Koning, S.I. van Logtestijn, M.J.M.H. Lombarts - Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl, Handboek voor wetenschappelijke verenigingen, 2005, ISBN 90-8523-082-9.

0.2 Onderwerp en toepassingsgebied

Algemeen

Deze algemene kwaliteitsnorm:

- geeft invulling aan de wettelijke eisen zoals vastgelegd in de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet BIG en andere relevante wet- en regelgeving;
- geeft invulling aan de vakinhoudelijke eisen aan behandelaars die plastisch chirurgische ingrepen verrichten en de organisatie van de praktijkvoering;
- bevat eisen waarmee de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid systematisch bewaakt, beheerst en verbeterd kan worden.

Toepassing

Alle eisen in deze kwaliteitsnormen zijn bedoeld voor behandelaars die plastisch chirurgische ingrepen verrichten.

0.3 Termen en definities

Behandelaar

Met behandelaar wordt in dit document bedoeld degene die plastisch chirurgische ingrepen verricht.

Behandelingen

Alle methoden voor het genezen of verlichten van lichamelijke of psychische aandoeningen.²

Benchmarking

Benchmarking is een gestructureerde meting van gegevens, afkomstig van processen, diensten of producten/resultaten van een organisatie of individu. Daarbij staat vergelijking met de prestaties van andere zorgorganisaties of zorgverleners (de benchmark) centraal, met de bedoeling jezelf te verbeteren.³

Behandelkamer

Onder een behandelkamer wordt een ruimte verstaan waar ingrepen worden verricht die geen bijzondere luchtreinheidsgraad vereisen en waar de Arbo-beleidsregel 4.9-5: Doeltreffende beheersing van de blootstelling aan inhalatieanesthetica in ziekenhuizen niet hoeft te worden gehanteerd, omdat geen inhalatieanesthetica wordt toegepast. Gewoonlijk wordt voor de werkzaamheden in behandelkamers geen beroep gedaan op gemeenschappelijke ziekenhuisdiensten (shared resources), zoals operatie- en anesthesieteams. Behandelkamers maken gewoonlijk ook geen deel uit van een operatieafdeling. In enkele gevallen kan gezien de aard van de ingreep toch een hoge graad van luchtreinheid worden gevraagd, terwijl er geen inhalatieanesthetica worden toegepast. Gezien de gekozen definitie voor een operatiekamer (zie verder), is hier nog steeds sprake van een behandelkamer.⁴

Borging

Geheel van geplande en systematische acties, nodig om in voldoende mate het vertrouwen te geven dat een product of dienst voldoet en blijft voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen.⁵

Calamiteit

Een calamiteit is een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis tijdens het medisch-specialistisch handelen, die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor de patiënt leidt. Een calamiteit komt voor tijdens het medisch-specialistisch handelen of bij de toepassing van een product of apparaat dan wel voortkomend uit een manco in een voorziening of een kwaliteitsafwijking van een product of apparaat dat toepassing vindt bij het medisch-specialistisch handelen.⁶

2 Kwaliteitsindicatoren particuliere klinieken Basisset 2009.

3 KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.

4 Bouwmaatstaven voor nieuwbouw operatieafdeling, College bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 12 januari 2004, Rapportnummer 0.115 ISBN 90-8517-008-7.

5 KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.

6 Kwaliteitskader van Medisch Specialisten (www.orde.nl/kwaliteitskader)

CanMeds competenties

De eisen van de arts in opleiding tot specialist zijn nauwkeurig omschreven in zevental competenties. Deze zijn ontleend aan het Canadese systeem, Canadian Medical Education Directions for Specialists 2000 (CanMEDS 2000) en aangevuld en aangepast aan de Nederlandse situatie. De CanMeds competenties vormen het uitgangspunt voor de inrichting en de eindtermen voor opleidingen van alle BIG geregisteerde specialismen.⁷

De CanMEDS 2000 onderscheiden de volgende algemene competenties, die voor iedere specialist dezelfde zijn:

- 1. medisch handelen,*
- 2. communicatie,*
- 3. samenwerking,*
- 4. kennis en wetenschap,*
- 5. maatschappelijk handelen,*
- 6. organisatie en*
- 7. professionaliteit.*

Competentie

Het aantoonbaar vermogen om kennis en vaardigheden toe te passen.⁸

Complicatie

Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch-specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade. Nader criterium: een complicatie is geconstateerd gedurende de behandeling of bij het direct daarop volgend poliklinisch consult dan wel binnen een door de wetenschappelijke vereniging bepaalde periode vanaf het begin van de behandeling. Hier wordt niet bedoeld het resultaat van de feitelijke medisch-specialistische behandeling, de waarschijnlijkheid van de complicatie en de eventuele aanwezigheid of afwezigheid van schuld.⁹

Complicatieregistratie

Registratie van elke onverwachte gebeurtenis binnen de zorg die voor de patiënt leidt tot een toename van de zorgbehoefte. Registratie van complicaties en terugkoppeling daarvan is belangrijk voor interne verbetering van de patiëntenzorg en externe verantwoording. Complicatieregistratie speelt vooral in situaties waarin een aaneenschakeling van kleine fouten grote gevolgen heeft, bijvoorbeeld bij invasieve ingrepen. Registratie van ziekenhuisinfecties is een belangrijk voorbeeld van complicatieregistratie.¹⁰

"Cooling off" periode

De periode na het oriënterende gesprek, alwaar het specifieke behandelplan is voorgesteld, tot aan het besluit van patiënt om de behandeling in gang te zetten.

Dagbehandeling

Een zorgvorm waarbij de patiënt op de dag van de operatie wordt opgenomen en diezelfde dag enige tijd na de ingreep weer wordt ontslagen.¹¹

Disfunctioneren

Een structurele situatie van onverantwoorde zorg, waarin de patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betrokken medisch specialist niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.¹² Van belang in deze omschrijving zijn vier elementen:¹³

- 1. het gaat om structurele problemen en niet om een enkel incident,*
- 2. het gaat om onverantwoorde zorg, d.w.z. zorg die in negatieve zin afwijkt van hetgeen binnen de beroepsgroep gebruikelijk is,*

⁷ KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.

⁸ ISO 9000:2005, 3.1.6.

⁹ Kwaliteitskader van Medisch Specialisten (www.orde.nl/kwaliteitskader)

¹⁰ KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.

¹¹ <http://www.wip.nl/ThipDocs/dagbehandeling.htm>

¹² KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.

¹³ Model reglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist. De Orde van Medisch Specialisten. Utrecht, 2008.

3. door de problemen loopt een patiënt schade op of bestaat het risico daarop,
4. de medisch specialist is niet bereid tot discussie, vertoont geen zelfreflectie en/of is niet (meer) bij machte zelf de situatie ten goede te keren.

Gunstbetoon

Onder gunstbetoon wordt verstaan het in het vooruitzicht stellen, aanbieden of toekennen van diensten, geld of op geld waardeerbare goederen, teneinde het voorschrijven, de verkoop of het afleveren van een geneesmiddel of hulpmiddel te bevorderen, of het met hetzelfde doel doen van een aanbod hiertoe door een beroepsbeoefenaar.

IFMS

Individueel functioneren medisch specialisten (IFMS) is een formatief systeem dat gericht is op consolideren en verbeteren van de kwaliteit van het individuele professionele handelen van medisch specialisten door in een periodiek gesprek de omgevingsfeedback, het eigen portfolio en zelfreflectie te bespreken. Dit vertrouwelijke gesprek wordt gebruikt als input voor een individueel ontwikkelingsplan. In een volgend gesprek worden, naast het bespreken van de nieuwe zelfreflectie en de nieuwe omgevingsfeedback, de resultaten van het ontwikkelingsplan getoetst.¹⁴

Incident

Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens de zorgverlening die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden. Het gaat niet alleen om gebeurtenissen die daadwerkelijk tot schade voor patiënt en hebben geleid, maar ook om 'bijna incidenten'.¹⁵

Klacht

Een klacht is een uiting van ontevredenheid gericht aan een organisatie, welke gerelateerd is aan de betreffende producten of aan het behandelingsproces zelf, waarbij een antwoord of oplossing zowel expliciet als impliciet wordt verwacht.¹⁶

Kwaliteitsvisitatie

Visitatie uitgevoerd door een vereniging van een individuele specialist of de afdeling waar deze werkzaam is ter bevordering van de kwaliteit van de zorg. Er wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds team-kwaliteitsvisitatie en anderzijds de individuele kwaliteitsvisitatie.

- Team-kwaliteitsvisitatie: een vorm van intercollegiale reflectie gericht op het functioneren van een maatschap of vakgroep ter bevordering van de kwaliteit van zorg.
- Individuele kwaliteitsvisitatie: een visitatie, uitgevoerd volgens het visitatieprogramma van of goedgekeurd door de vereniging, van een individuele specialist ter bevordering van de kwaliteit van zorg.¹⁷

Maatschap

Het samenwerkingsverband in juridische zin van vrije beroepsbeoefenaren van eenzelfde erkend specialisme dan wel van specialisten van een moederspecialisme met een of meer specialisten van een of meer deelspecialismen.¹⁸

Medisch dossier

Alle gegevens van de betreffende patiënt die voor goede kwalitatieve zorg noodzakelijk zijn, vormen het medisch dossier.¹⁹

Medisch hulpmiddel

Medisch hulpmiddel is elk instrument, toestel of apparaat, elke software of stof of elk ander artikel dat of die alleen of in combinatie wordt gebruikt, met inbegrip van elk hulpstuk en de software die voor de goede werking ervan benodigd is, dat of die door de fabrikant speciaal is bestemd om te worden gebruikt voor diagnostische of therapeutische doeleinden, en door de fabrikant is bestemd om bij de mens te worden aangewend voor:²⁰

14 Individueel Functioneren van Medisch Specialist: de volgende stap, adviesrapport Commissie IFMS, Orde van Medisch Specialisten, december 2011 (R-12.01.20).

15 Kwaliteitskader van Medisch Specialisten (www.orde.nl/kwaliteitskader)

16 ISO 10002:2004, 3.2.

17 KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.

18 KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.

19 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

20 Wet op de medische hulpmiddelen.

- a. diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van ziekten,
- b. diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van verwondingen of een handicap,
- c. onderzoek naar of vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces, beheersing van de bevruchting, waarbij de belangrijkste beoogde werking in of aan het menselijk lichaam niet met farmacologische of immunologische middelen of door metabolisme wordt bereikt, maar wel door dergelijke middelen kan worden ondersteund.

Medische hulpmiddelen worden ingedeeld in klasse I, IIa, IIb of III volgens bijlage IX van de richtlijn besluit medische hulpmiddelen. In afwijking van het eerste lid worden borstimplantaten en heup-, knie- en schouderprothesen ingedeeld in klasse III.²¹

Medisch specialistische richtlijn

Een binnen de beroepsgroep overeengekomen gedragslijn voor gepaste zorg, die zoveel mogelijk is gebaseerd op de wetenschappelijke inzichten uit systematisch en actueel klinisch wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit en doelmatigheid van de beschikbare alternatieven, rekening houdend met de situatie van de patiënt.²²

Operatiekamer

Onder een operatiekamer (OK) wordt een ruimte verstaan waar medische ingrepen worden verricht die een hoge reinheidsgraad vereisen en waarbij inhalatie-anesthetica kunnen worden toegepast. In bouwkundig-technische zin komt dit tot uitdrukking in het feit dat de luchttechnische installaties zo zijn uitgevoerd dat een hoge graad van luchtreinheid wordt bereikt en dat de luchtcondities tevens voldoen – zowel in de operatiekamer zelf als in de aangrenzende ruimten – aan de vereisten van Arbo-beleidsregel 4.9-5: Doeltreffende beheersing van de blootstelling aan inhalatie-anesthetica in ziekenhuizen. Een operatiekamer vormt dan ook altijd een complex met aangrenzende ruimten. Gezien de aard van de ingrepen en de gebruikte anesthesietechnieken, is het gewoonlijk een voorziening waarin medisch specialisten samenwerken en waaraan operatie- en anesthesie- en verpleegteams aanwezig zijn.²³

Patiënttevredenheid

De mening van de patiënt over de mate waarin is voldaan aan zijn behoeften en verwachtingen.²⁴

Patiëntveiligheid

Het (nagenoeg) ontbreken van risico's voor een patiënt om lichamelijke en/of psychische schade op te lopen als gevolg van het niet volgens de professionele standaard handelen van zorgverleners en/of door een tekortkoming van het zorgsysteem (conform definitie NTA 8009, 2007 en Onderzoeksprogramma patiëntveiligheid in Nederland, 2005-2009). Het gaat dus beslist niet om schade die het (logische) gevolg is van zijn ziekte of van het vooraf bekende en goed afgewogen risico van diagnostiek en/of behandeling (complicatie).²⁵

Persoonlijk ontwikkelingsplan (POP)

In een persoonlijk ontwikkelingsplan geeft de specialist in eigen woorden aan welke stappen hij/zij in de komende periode zal zetten om zijn bekwaamheden voor zijn functie te vergroten. Deze stappen dienen zo helder en concreet mogelijk te worden geformuleerd, zodat na verloop van een vastgestelde tijd beoordeeld kan worden of de gestelde doelen bereikt zijn. Het POP betreft in ieder geval de deskundigheidsbevordering en daarnaast alle overige kwaliteitsinstrumenten.²⁶

Plastische chirurgie

Het heekkundig specialisme waarbij weefselverplaatsing een centrale rol speelt in de behandeling en waarin daarnaast gebruik gemaakt wordt van weefselgenerale, biomaterialen en alloplastische materialen.²⁷

21 Artikel 8 lid 1 en 2 Besluit medische hulpmiddelen.

22 <http://orde.artsennet.nl/kwaliteit/Kwaliteitsinstrumenten/richtlijnen/Definitie-en-doel.htm>

23 Bouwmaatstaven voor nieuwbouw operatieafdeling, College bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 12 januari 2004, Rapportnummer 0.115 ISBN 90-8517-008-7.

24 ISO 9000:2005, 3.1.4.

25 KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.

26 KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.

27 Opleidingsplan plastisch chirurgie van de NVPC 2011 (POWER).

Plastisch chirurgische ingrepen

*Die ingrepen die een plastisch chirurgische declaratiecode hebben, alsmede die ingrepen die in het opleidingsplan Plastische Chirurgie van de NVPC genoemd worden en die ingrepen die in de gangbare geneeskundige en maatschappelijke opvattingen als zodanig worden gezien.*²⁸

Professionele standaard

*De professionele standaard van de arts omvat – behalve de toepasselijke wet- en regelgeving, zoals de Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg (BIG), Wet Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO), Kwaliteitswet Zorginstellingen (KwZ), Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ), Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) – ondermeer de Artseneed van de Vereniging van Nederlandse Universiteiten (VSNU) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), het Manifest Medische Professionaliteit, de Gedragsregels voor Artsen van de KNMG, de Gedragscode voor de Intramuraal Praktiserend Medisch Specialist van de Orde van Medisch Specialisten, het Kwaliteitskader Medisch Specialisten van de Orde van Medisch Specialisten en de Kwaliteitsnormen van de verenigingen. Dit laat onverlet dat de genoemde Gedragsregels, Gedragscode, Kwaliteitskaders en Kwaliteitsnormen geen absoluut karakter hebben. Richtlijnen maken deel uit van de professionele standaard, bevatten normatieve uitspraken en hebben mede daardoor een juridische betekenis.*²⁹

Protocol / standaard / richtlijn

*Schriftelijk vastgelegde overeenkomst tussen een aantal beroepsbeoefenaars over de wijze van diagnostisch of therapeutisch handelen die voor een bepaalde groep patiënten gemiddeld genomen tot een optimaal resultaat zal leiden.*³⁰

Vakgroep

*Het organisatorisch verband van behandelaars (degenen die plastisch chirurgische ingrepen verrichten), die in de instelling (het ziekenhuis danwel de particuliere kliniek) praktiseren.*³¹

Verantwoorde zorg

Zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt (artikel 2 van de Kwaliteitswet zorginstellingen).

VIM

*Systemen voor analyse van incidenten (VIM) zijn er op gericht om te leren en hebben niet tot doel maatregelen te nemen tegen individuele beroepsbeoefenaren. Indien er aanleiding bestaat tot het nemen van een maatregel tegen een individuele beroepsbeoefenaar moet de daarvoor benodigde informatie uit andere bronnen worden verkregen.*³²

Veiligheidsmanagementsysteem

*Beleid van ziekenhuizen en zorginstellingen dat gericht is op het zoveel mogelijk voorkomen van fouten en activiteiten die tot schade kunnen leiden.*³³

28 Opleidingsplan plastisch chirurgie van de NVPC 2011 (POWER).

29 KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.

30 KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.

31 Bewerking KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.

32 KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.

33 KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.

Eisen kwaliteitsdomein A: Kwaliteit van de zorg

A 1. Dossiervoering

1. De vakgroep heeft papieren en/of elektronische medische dossiers waarin ten minste de navolgende relevante informatie voor het geneeskundig handelen is vastgelegd. Indien van toepassing: ^{34 35}
 - Reden van verwijzing/opname;
 - Anamnese gericht op de reden tot verwijzing of opname;
 - Lichamelijk onderzoek gericht op de reden tot verwijzing of opname;
 - Samenvatting, dit kan de differentiaal diagnose of de diagnose zijn;
 - Onderzoekprogramma;
 - Relevante gegevens van derden zoals bijvoorbeeld consulten;
 - Beleid/therapie;
 - Decursus;
 - Behandelingsvoorstel;
 - Eventuele behandelbeperkingen, zoals allergieën, direct zichtbaar voor iedereen die de status inziet;
 - Alternatieven;
 - Medicatie;
 - Fotografische documentatie van patiënten, pre en postoperatief;
 - OK verslag, indien van toepassing;
 - Anaesthesiologisch dossier
 - Informatie aan patiënt en toestemming van patiënt voor evt. behandeling, getekend door patiënt en behandelaar;
 - Verkregen toestemming voor obductie en weefseldonatie na overlijden (opnemen in klinische status);
 - Schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt zoals een non-reanimatieverklaring of een euthanasieverklaring;
 - Gegevens die een rol spelen bij het onderhouden van de continuïteit van zorg (bijvoorbeeld gegevens voor overdracht bij waarneming);
 - Gegevens die voor een patiënt ook bij de volgende behandeling en/of onderzoek relevant blijven (persoonsgebonden gegevens);
 - (Ontslag)brief inclusief (ontslag)medicatie;
 - Complicatieregistratie;
 - Wie, welke informatie, op welk moment aan de patiënt heeft verstrekt;
 - Eventueel ingebrachte implantaten met specificaties zoals naam fabrikant, type, batchnummer en dergelijke.
2. De behandelaar maakt van iedere door hem/haar behandelde patiënt een medisch dossier op en houdt al dan niet elektronisch een medisch dossier bij volgens de binnen de beroepsgroep gangbare en wettelijke regelingen, zoals de eisen van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. ^{36 37 38 39}
3. Met de informatie uit het medisch dossier moet het resultaat van de behandeling kunnen worden vergeleken met de Ausgangssituatie. ⁴⁰
4. In het medisch dossier dienen de gegevens, goed leesbaar, systematisch vastgelegd te zijn. ⁴¹
5. De vakgroep evalueert regelmatig de dossiervoering en past die indien gewenst aan. ⁴²

34 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen, (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 8 en 20.
35 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.7.
36 Gedragscode extramuraal praktiserend medisch specialist, uitgave Orde van Medisch Specialisten versie 2006098extrvov.
37 Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, KNMG, januari 2010.
38 Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).
39 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.7.
40 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.7.
41 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.7.
42 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 8.

A2. Zorgprocessen en/of protocollen

De vakgroep heeft gestandaardiseerde zorgprocessen (zorgpaden) – van intake en acceptatie tot en met behandeling en nazorg - voor de meest belangrijke ziektebeelden waarvan de richtlijnen van de NVPC een onderdeel vormen.⁴³

Intake en acceptatie

A2.1 Intake en acceptatie, algemeen

1. De vakgroep hanteert een procedure voor de intake en acceptatie van patiënten. In deze procedure zijn de navolgende criteria verwerkt:
 - de inclusie en exclusiecriteria voor de acceptatie van patiënten;
 - selectiecriteria voor poliklinische behandelingen en dagbehandelingen, rekening houdend met patiënt gebonden- en ingreepgebonden factoren.⁴⁴
2. Acceptatie dient in principe door de behandelaar zelf te geschieden. In het geval van algehele narcose dient ook acceptatie door de anesthesioloog te geschieden.⁴⁵
Opmerking: Vermeden dient te worden dat recruitering en acceptatie geschiedt door daartoe niet gekwalificeerde personen. Indien acceptatie niet door de behandelaar zelf kan worden verricht dan mag dit verricht worden door een daartoe gekwalificeerd persoon (zie D1).
3. Het is van belang dat de behandelaar inzicht heeft in de zorgzwaarte en de gezondheidstoestand van de patiënt, onder andere om de kans op complicaties in te schatten en te beoordelen of de vakgroep voldoende is toegerust voor het behandelen van eventuele complicaties.⁴⁶
4. Resultaten van de intake worden in het medisch dossier (A1) opgeslagen.⁴⁷

A2.2 Informatieverstrekking aan patiënt

1. De behandelaar dient informatie en voorlichting te verstrekken omtrent een voorgenomen operatieve ingreep aan de individuele patiënt. Voorafgaand aan een besluit tot behandelen wordt de patiënt mondeling geïnformeerd over ten minste:^{48 49 50}
 - de verwachtingen van de behandelaar wat betreft resultaat in duidelijke en begrijpelijke taal;
 - de verwachting indien er geen behandeling wordt geboden aan de patiënt;
 - de mogelijke complicaties;
Opmerking: Persoonlijke risico's dienen te worden vermeld in reële getallen en in relatie tot het aantal behandelde patiënten, bijvoorbeeld één van de 200 patiënten heeft last van deze bijwerking in plaats van 0.5% van alle patiënten.
 - de herstelperiode en nazorg;
 - de beperking, implicaties en mogelijke consequenties en complicaties van de procedure, zowel op korte als op lange termijn;
 - de medische faciliteiten welke beschikbaar zijn voor de patiënt;
 - de alternatieven voor de behandeling;
 - de tijd om tot een weloverwogen besluit te kunnen komen ("cooling-off" periode);
 - de te nemen acties na besluitvorming en akkoord;
 - aanwezigheid van een privacyreglement op basis van de Wet bescherming persoonsgegevens (ook schriftelijk).
2. De gewenste resultaten van behandlungsprocessen dienen duidelijk weergegeven te worden. Deze dienen geen onderdeel uit te maken van publiciteit. De beperkingen van de behandelingen dienen te worden overlegd met de patiënt.⁵¹
Opmerking: Behandelaars wordt geadviseerd de patiënt een verklaring te overhandigen waarin vermeld staat dat het gewenste resultaat niet gegarandeerd is.
3. Voor de patiënt moet te allen tijde duidelijk zijn⁵²:
 - wie aanspreekpunt is voor de patiënt of diens vertegenwoordiger;
 - wie de inhoudelijke verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de patiënt ;

43 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 8.

44 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.2.

45 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.2.

46 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.2.

47 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.2.

48 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.2.

49 Praktijkvoering zelfstandige behandelcentra zoals aanvaard door de Algemene Ledenvergadering van de NVPC d.d. 05-11-02 ,

wijzigingen aanvaard door de Algemene Ledenvergadering d.d. 24-03-2010.

50 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.3.

51 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.2.

52 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.2.

- wie belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de patiënt .
- Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld.^{53 54}

A2.3 Preoperatieve consult

1. Het preoperatieve consult geschiedt door de behandelaar en heeft als doel de planning van de operatieprocedure te overleggen met de patiënt. Het consult omvat, waar relevant:^{55 56}
 - de beoordeling van de conditie van patiënt;
 - een evaluatie van de algehele gezondheidstoestand van de patiënt (relevant onderzoek);
 - de beoordeling van de mentale/psychische gezondheidstoestand van de patiënt;
 - het onderzoeken van specifieke problemen;
 - zo nodig een verzoek tot aanvullend onderzoek;
 - de evaluatie met betrekking tot het verwachtingspatroon van de patiënt;
 - zo nodig een verzoek tot overleg met medische collega's.
2. In geval van twijfel verwijst de behandelaar naar een vakgerelateerd specialist.⁵⁷

A2.4 Toestemming

1. De behandelaar dient te werken volgens de richtlijn 'informed consent van de KNMG'.⁵⁸
2. De toestemming van patiënt dient ten uitvoer gebracht te worden in een taal die patiënt voldoende beheerst om het besprokene te kunnen beoordelen.⁵⁹
3. Toestemming houdt in een continu proces vanaf het eerste contact tot het moment van de procedure; het grootste deel van dit proces dient afgerond te zijn voorafgaand aan de planning van behandeling. De volgende categorieën met betrekking tot verschillende gradaties van ingrepen zijn van toepassing:⁶⁰
 - Categorie 1: Ingrepen welke redelijkerwijs uitgevoerd kunnen worden zonder verdoving;
 - Categorie 2: Intermediaire, kleine ingrepen, redelijkerwijs uit te voeren onder plaatselijke verdoving;
 - Categorie 3: Zwaardere ingrepen die onder plaatselijke /algemene verdoving uitgevoerd worden.
4. De toestemming van de patiënt voor operatieve en invasieve behandelingen wordt vastgelegd in het dossier.⁶¹

A2.5 Bedenktijd

1. The "cooling off" periode – de tijd tussen het eerste consult alwaar de behandeling wordt voorgesteld en de beslissing om de behandeling door te laten gaan - is afhankelijk van de categorie waartoe de behandeling behoort. De minimale "cooling off" periode die moet worden gerespecteerd:⁶²
 - Voor behandelingen m.b.t. categorie 1: geen bedenktijd
 - Voor behandelingen m.b.t. categorie 2: 1 dag
 - Voor behandelingen m.b.t. categorie 3: 1 week
2. Nadat met de patiënt is overeengekomen welke behandeling zal plaatsvinden, dient een bedenktijd van ten minste 24 uur te worden gerespecteerd alvorens de operatieve ingreep uit te voeren.^{63 64}
3. Indien goed gemotiveerd en vastgelegd in de status kan een afwijkende bedenktijd worden gehanteerd. Dit geldt met name bij spoed en semi-spoed indicaties.

A2.6 Informatie voorafgaand aan de behandeling

1. De patiënt wordt voorafgaand aan de behandeling mondeling en schriftelijk geïnformeerd over ten minste:⁶⁵
 - informatie / instructies voor de patiënt, te volgen voorafgaand aan de behandeling;
 - instructies voor begeleiding, opvang en vervoer, indien relevant;

53 Kwaliteitskader van Medisch Specialisten (www.orde.nl/kwaliteitskader) .

54 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.2.

55 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.2.

56 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.2.

57 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.2.

58 Richtlijn informed consent V.03, KNMG.

59 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.3.

60 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.3.

61 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.3.

62 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.3.

63 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.3.

64 Praktijkvoering zelfstandige behandelcentra zoals aanvaard door de Algemene Ledenvergadering van de NVPC d.d. 05-11-02 , wijzigingen aanvaard door de Algemene Ledenvergadering d.d. 24-03-2010.

65 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.3.

- regelingen die de organisatie hanteert voor de afhandeling van klachten;
 - bereikbaarheid.
- Nagegaan wordt door de behandelaar of de patiënt de gegeven informatie heeft begrepen.

Behandeling

A2.7 Behandeling, algemeen

1. De behandeling geschiedt volgens de desbetreffende professionele standaard van alle bij de behandeling betrokken disciplines. Indien deze standaarden elkaar tegenspreken, moeten er door de betrokkenen keuzes worden gemaakt en worden vastgelegd in het medisch dossier.⁶⁶
2. Bij overdracht van de patiënt naar een andere afdeling worden bijzonderheden van de patiënt mondeling overgedragen en in het medisch dossier vastgelegd.⁶⁷

A2.8 Hygiëne en infectiepreventie

1. Er dient beleid vastgesteld te zijn voor de preventie en het systematisch postoperatief controleren op infecties. Alle patiënten dienen postoperatief gecontroleerd te worden en de registraties van deze controles dienen te worden bijgehouden.^{68 69}
2. Voor de medewerkers en de patiënten worden voor het doel passende professionele standaarden gehanteerd, opgesteld door de Werkgroep Infectiepreventie, zoals de richtlijnen handhygiëne en persoonlijke hygiëne.^{70 71}
3. Voor het op hygiënische wijze gebruiken van instrumenten worden voor het doel passende professionele standaarden gehanteerd, opgesteld door de Werkgroep Infectiepreventie, zoals de richtlijn infectiepreventie bij het gebruik van laserinstrumentarium.^{72 73}
4. Voor de reiniging, desinfectie en sterilisatie wordt gewerkt volgens de richtlijnen opgesteld door de Werkgroep Infectiepreventie.^{74 75}
5. Indien binnen de vakgroep er behandelingen geschieden met infectierisico, vindt er ten minste jaarlijks een beoordeling plaats door een onafhankelijke ziekenhuishygiënist. Resultaten van deze beoordeling worden vastgelegd door de beoordelende partij.⁷⁶
6. Indien binnen de vakgroep/organisatie hulpmiddelen worden gesteriliseerd, dan worden de activiteiten inzake het steriliseren en de opslag van de gesteriliseerde hulpmiddelen door een Deskundige Steriele Medische Hulpmiddelen beoordeeld met een vastgestelde frequentie, ten minste eens per jaar. Resultaten van deze beoordeling worden vastgelegd door de beoordelende partij.⁷⁷

A2.9 Operatiekamer

1. Op de operatiekamer wordt gewerkt volgens een vastgestelde Time Out Procedure (TOP) en checklist waarbij vlak voordat de geplande operatie start alle zorgverleners zich ervan overtuigen dat alle eerdere vastgestelde gegevens rondom de operatie en patiënt met elkaar overeenkomen. Deze checklist wordt in het patiëntendossier bewaard.^{78 79}
2. Het dossier van de patiënt is in de operatiekamer aanwezig.⁸⁰

A2.10 Anesthesie

1. De anesthesioloog moet in staat zijn de verantwoordelijkheden voor de patiënt vanaf de preoperatieve voorbereiding tot en met de verkoeverperiode uit te kunnen voeren.⁸¹
2. Sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer vindt plaats door een anesthesioloog of een daartoe bevoegd medisch specialist volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie.^{82 83}

66 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.1.
67 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.1.
68 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.2.
69 Rapport IGZ "Het resultaat telt particuliere klinieken 2008", oktober 2009.
70 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.2.
71 <http://www.wip.nl>.
72 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.2.
73 <http://www.wip.nl>.
74 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.2.
75 <http://www.wip.nl>.
76 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.2.
77 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.2.
78 <http://www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/ziekenhuizen/veiligheidsnormen-ziekenhuizen/Index.aspx>
79 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.3.
80 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.3.
81 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.3.
82 NVA conceptrichtlijn Sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer.
83 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.3.

3. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) toetst middels een visitatie volgens objectieve criteria of de anesthesiologische praktijkvoering aan vastgestelde normen voldoet. Resultaten van deze visitatie dienen aantoonbaar gemaakt te kunnen worden. Geconstateerde punten ter verbetering worden afgehandeld via het systeem voor continue verbetering (zie B11).⁸⁴
4. De anesthesioloog of Preoperatieve Screening Medewerker (daartoe gecertificeerd) verzorgt het voor het geven van de anesthesie relevante pre-operatieve onderzoek en informeert de patiënt en/of de wettelijke vertegenwoordiger.⁸⁵
5. Voor het gebruik van lokale verdoving zijn protocollen vastgelegd.⁸⁶
6. De beoordeling van pijn geschiedt op een systematische wijze.⁸⁷
7. De behandelend anesthesioloog geeft instructie voor de pijnbestrijding gedurende ten minste de eerste drie dagen.⁸⁸

A2.11 Medicatie

1. De patiënt, die medicijnen gebruikt, moet worden geïnformeerd of hij/zij deze moet blijven gebruiken, met vermelding van de reden waarom de medicatie al dan niet moet worden doorgebruikt.⁸⁹
2. Indien medicatie wordt verstrekt/toegediend is traceerbaarheid van medicatie geregeld.⁹⁰
3. Toegediende medicatie wordt vastgelegd in het medisch dossier. Gebruikte medicatie is onderdeel van het interne overleg inzake de beheersing van deskundigheid.⁹¹
4. Er dient een protocol 'overdracht van medicatiegegevens' vastgesteld te zijn gebaseerd op de concept richtlijn 'overdracht van medicatiegegevens'.^{92 93}
5. Indien binnen de vakgroep medicatie wordt verstrekt/toegediend, dient er toezicht te worden gehouden door een apotheker. Door de toezichthoudende apotheker wordt ten minste twee keer per jaar een beoordeling uitgevoerd. Resultaten van deze beoordeling worden vastgelegd.⁹⁴
6. Gedurende de gehele behandeling wordt gezorgd voor een adequate pijnbestrijding. Postoperatieve medicatie wordt, voor zover mogelijk, patiëntvriendelijk en zo mogelijk in overleg met de patiënt gekozen en toegediend.⁹⁵
7. Pijnmedicatie wordt toegediend volgens de richtlijn postoperatieve pijnbehandeling van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie.^{96 97}

A2.12 Ontslag

1. Ontslag van de patiënt vindt plaats aan de hand van een schriftelijke ontslagprocedure. De ontslagprocedure bestaat ten minste uit:⁹⁸
 - controleren op misselijkheid, pijn, duizeligheid, sufheid, gevoel armen en benen, ademhaling, bloedverlies en oriëntatie;
 - verstrekken van informatie over postoperatieve instructies en leefregels, indien van toepassing;
 - vaststellen van het tijdstip van nacontrole;
 - doornemen met de patiënt hoe moet worden gehandeld bij problemen;
 - informeren van de patiënt over contactpersonen en de bijbehorende telefoonnummers bij eventuele lichamelijke klachten;
 - evalueren van het zorgproces;
 - inschakelen van de anesthesioloog en/of behandelaar bij onregelmatigheden of op verzoek van de patiënt.
2. De behandelaar moet de patiënt zien voor het ontslag en toestemming geven voor het ontslag. De verantwoordelijkheid voor het ontslag van de patiënt ligt bij de behandelaar en de anesthesioloog, indien van toepassing.⁹⁹

84 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.3.
85 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.3.
86 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.3.
87 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.6.
88 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.6.
89 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.6.
90 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.6.
91 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.6.
92 Concept richtlijn 'overdracht van medicatiegegevens', Actiz, GGZ, ICGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS en ZN, versie 1, 25 april 2008.
93 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.6.
94 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.6.
95 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.6.
96 Richtlijn postoperatieve pijnbehandeling van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, 2003.
97 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.6.
98 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.8.
99 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.8.

3. Het (voorlopig) ontslagbericht, de voor de nazorg noodzakelijke instructies en het eventuele recept worden aan de patiënt meegegeven.¹⁰⁰

Nazorg

A2.13 Medische nazorg

1. Voor elke invasieve ingreep bestaat een aan die ingreep gerelateerde minimum periode van observatie en professionele verpleegkundige en medische nazorg. Voor ten minste de mammareductie, abdominoplastiek, laterale en mediale dijbeen lift en een liposuctie van meer dan 4 liter (inclusief eventueel bij aanvang subcutaan geïnjecteerde oplossingen) impliceert dit dat er voorzien moet zijn in de mogelijkheid om een patiënt langer dan 24 uur postoperatief voor aanvullende verpleegkundige en medische controle opgenomen te houden.^{101 102}
2. Na elke invasieve ingreep wordt op de eerstvolgende dag contact opgenomen met de patiënt. Daarbij wordt ook naar de pijnintensiteit gevraagd.^{103 104}
Voor kleine ingrepen onder lokale verdoving kan dit achterwege worden gelaten.
3. De behandelaar controleert alle patiënten op postoperatieve infecties. De gegevens worden systematisch verwerkt met het oog op continue verbetering (zie B11).¹⁰⁵

A2.14 Informatie na de behandeling

1. Aan patiënten worden informatie op schrift verstrekt over:
 - de handswijze bij complicaties, ongerustheid en dergelijke, zowel binnen als buiten kantooruren.¹⁰⁶
 - hoe in voorkomende gevallen, contact kan worden opgenomen met de behandelaar.

A3. Kwaliteitsindicatoren

1. De vakgroep heeft een regeling om op basis van de basisset kwaliteitsindicatoren van IGZ of van NVPC uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.¹⁰⁷

A4. Complicatieregistratie

1. Complicatieregistratie vindt plaats. Voor NVPC leden dient dit te geschieden volgens de NVPC richtlijn. De vakgroep heeft een regeling om uitkomsten daarvan te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.^{108 109 110}
2. De patiënt heeft recht op eerlijke en tijdige informatie over de aard en de toedracht van incidenten met voor hem merkbare gevolgen. De behandelaar informeert meteen de patiënt over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en legt dit vast in het medisch dossier van die patiënt.^{111 112}
3. De behandelaar meldt incidenten en calamiteiten volgens de procedures die gelden binnen de vakgroep en verschaft daarbij alle feitelijke informatie die in het belang van de patiënt en de vakgroep redelijkerwijs noodzakelijk kan worden geacht.^{113 114}
4. Minimaal eens per 3 maanden vindt een complicatiebespreking plaats met ten minste één andere behandelaar. De resultaten van deze bespreking worden schriftelijk vastgelegd.¹¹⁵

A5. Necrologiebespreking

1. De vakgroep heeft een (multidisciplinaire) necrologiebespreking en een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.¹¹⁶

100 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.8.
101 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 5.2.
102 Praktijkvoering zelfstandige behandelcentra zoals aanvaard door de Algemene Ledenvergadering van de NVPC d.d. 05-11-02, wijzigingen aanvaard door de Algemene Ledenvergadering d.d. 24-03-2010.
103 Kwaliteitsindicatoren particuliere klinieken Basisset 2009.
104 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 5.2.
105 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 5.3.
106 Kwaliteitsnormen voor plastische chirurgie, opzet dr. Hay Winters, voorzitter werkgroep Kwaliteit en bestuurslid NVPC.
107 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 9.
108 Richtlijn complicatieregistratie - Mapping Complicatielijst Plastische chirurgie naar Masterclassificatie versie 3.0 (voorgedefinieerde complicaties).
109 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 5.3.
110 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 9.
111 Kwaliteitskader van Medisch Specialisten (www.orde.nl/kwaliteitskader) .
112 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 5.3.
113 Kwaliteitskader van Medisch Specialisten (www.orde.nl/kwaliteitskader) .
114 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 5.3.
115 Kwaliteitsnormen voor plastische chirurgie, opzet dr. Hay Winters, voorzitter werkgroep Kwaliteit en bestuurslid NVPC.

A6. Melden van incidenten

1. Er is een systeem waarmee het proces en de resultaten van de meldingen van incidenten worden geëvalueerd en gerapporteerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.¹¹⁷

A7. Continuïteit patiëntenzorg

1. De vakgroep heeft een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid met een goed gestructureerde overdracht. De dienstregeling is schriftelijk vastgelegd en bekend bij alle relevante betrokkenen.^{118 119}
2. De behandelaar draagt bij afwezigheid zelf zorg voor de continuïteit van de behandeling van patiënten.¹²⁰
3. De vakgroep heeft sluitende, schriftelijke afspraken omtrent de opvang van patiënten bij wie de noodzaak hiervoor bestaat, bijvoorbeeld ten gevolge van complicaties of calamiteiten. Dit moet mogelijk zijn gedurende 24 uur en 7 dagen per week.

A8. Multidisciplinair overleg

1. Besprekingen met andere disciplines (ondermeer ten behoeve van patiëntenoverdracht, necrologie, klinische pathologie, oncologie, röntgen, intensive care, trauma, complicaties) vinden structureel plaats en hebben een duidelijke agenda met notulen en actielijsten. De besprekingen leiden tot multidisciplinair vastgestelde zorgpaden en/of beleidsveranderingen.^{121 122}

A9. Naleven van de richtlijnen en standpunten NVPC

1. De behandelaar volgt de van toepassing zijnde richtlijnen. Indien van deze richtlijnen wordt afgeweken dan wordt dit beargumenteerd in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijnen worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd.^{123 124}
2. De behandelaar neemt de richtlijnen, protocollen, leidraden, adviezen, codes en best practises in acht voor ingrepen waarvoor deze van toepassing zijn, danwel de van toepassing zijnde richtlijnen en protocollen van andere wetenschappelijke verenigingen, en wijkt - indien nodig – daarvan gemotiveerd af, hetgeen hij/zij vastlegt in het medisch dossier.^{125 126 127}
3. De behandelaar houdt zich bij de medisch specialistische zorgverlening aan de wet – en regelgeving en aan hetgeen onder de beroepsgenoten te doen gebruikelijk is en aan de kwaliteitsnormen en de protocollen van de vakgroep en/of ziekenhuis, kliniek of instelling.^{128 129}

116 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 9.

117 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 10.

118 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 10.

119 Kwaliteitsnormen voor plastische chirurgie, opzet dr. Hay Winters, voorzitter werkgroep Kwaliteit en bestuurslid NVPC.

120 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 5.1.

121 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 10.

122 Gedragscode extramuraal praktiserend medisch specialist, uitgave Orde van Medisch Specialisten versie 2006098extrvov.

123 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 10.

124 Kwaliteitsnormen voor plastische chirurgie, opzet dr. Hay Winters, voorzitter werkgroep Kwaliteit en bestuurslid NVPC.

125 <http://www.nvpc.nl/stand.php?flag=richt>

126 Gedragscode extramuraal praktiserend medisch specialist, uitgave Orde van Medisch Specialisten versie 2006098extrvov.

127 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 4.5.

128 Gedragscode extramuraal praktiserend medisch specialist, uitgave Orde van Medisch Specialisten versie 2006098extrvov.

129 Zie website NVPC: www.nvpc.nl.

Kwaliteitsdomein B: Vakgroepfunctioneren

B1. Evaluatie functioneren vakgroep

1. De vakgroep evalueert het vakgroepfunctioneren jaarlijks (bijvoorbeeld via de Quickscan) en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en het jaarverslag van de vakgroep.¹³⁰

B2. Beleidsplan en jaarverslag

B2.1 Zorgaanbod en beleid

1. De vakgroep heeft het zorgaanbod vastgelegd in herkenbare medische disciplines, doelgroepen en behandelingen.¹³¹
2. De vakgroep communiceert het zorgaanbod aan patiënten, bijvoorbeeld door opname ervan op de website.¹³²
3. De vakgroep heeft een passend beleid gedefinieerd, conform de Kwaliteitswet zorginstellingen¹³³, waarin zij haar visie beschrijft op ten minste de volgende onderwerpen:¹³⁴
 - het zorgaanbod;
 - patiënttevredenheid;
 - deskundigheidsbewaking en –bevordering;
 - voorzieningen voor behandeling;
 - voldoen aan wet- en regelgeving;
 - continue verbetering van zorg- en dienstverlening.
4. De particuliere kliniek danwel vakgroep heeft een actueel (meerjaren)beleidsplan/jaarplan. Het beleidsplan/jaarplan van de vakgroep is afgestemd met de beleidsplannen van de instelling.^{135 136 137}
5. Er is een systeem waarmee het beleidsplan/jaarplan en jaarverslag aantoonbaar wordt geëvalueerd en waarover jaarlijks wordt gerapporteerd.¹³⁸

B2.2 Professioneel handelen

1. De behandelaar werkt in het kader van de uitoefening van zijn /haar werkzaamheden mee aan het vigerende kwaliteitsbeleid, waaronder in elk geval wordt begrepen intercollegiale toetsing, visitatie, onderzoek en behandeling van meldingen van (bijna) fouten en klachten, bij en nascholing, patiënteninformatie en patiëntenbegeleiding, coördinatie van de medisch specialistische zorg, verslaggeving en verslaggeving.¹³⁹
2. De behandelaar dient goede zorg te leveren. Dat wil zeggen zorg van goed niveau die veilig, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is, die tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt en waarbij de behandelaar handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid voortvloeiend uit de voor hem geldende professionele standaard.¹⁴⁰
3. De behandelaar, die samen met een andere medisch specialist(en) en/of andere zorgverlener(s) zorg verleent aan een patiënt, vergewist zich er van dat hij beschikt over relevante gegevens van die medisch specialist(en) ofwel zorgverlener(s) en informeert hen over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om goede zorg te kunnen verlenen.¹⁴¹
4. De behandelaar zorgt er voor dat de naleving van de rechten van de patiënt op de juiste wijze worden nagekomen.¹⁴²

130 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 12.

131 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 1.1.

132 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 1.1.

133 Kwaliteitswet Zorginstellingen.

134 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 1.2.

135 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 12.

136 Kwaliteitskader van Medisch Specialist (www.orde.nl/kwaliteitskader) .

137 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 1.3.

138 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 12.

139 Gedragscode extramuraal praktiserend medisch specialist, uitgave Orde van Medisch Specialisten versie 2006098extrvov.

140 Kwaliteitskader van Medisch Specialist (www.orde.nl/kwaliteitskader) .

141 Kwaliteitskader van Medisch Specialist (www.orde.nl/kwaliteitskader) .

Handreiking inzake 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg', samengesteld door de KNMG samen met de Orde, NVZ en NFU en andere beroeps- en brancheorganisaties (2010).

142 Kwaliteitskader van Medisch Specialist (www.orde.nl/kwaliteitskader) .

Handreiking inzake 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg', samengesteld door de KNMG samen met de Orde, NVZ en NFU en andere beroeps- en brancheorganisaties (2010).

B2.3 Jaarverslag

1. De particuliere kliniek danwel vakgroep heeft een jaarverslag dat minimaal de navolgende onderwerpen omvat: ^{143 144 145}
 - a. Kwantitatieve gegevens, o.a. aantal en soort behandelingen;
 - b. De kwaliteit van de behandelingen;
 - c. Het resultaat van de behandelingen;
 - d. Personeels- en organisatorische aspecten;
 - e. Complicatieregistratie;
 - f. Patiëntgebonden ontwikkelingen;
 - g. Wetenschappelijke activiteiten zoals voordrachten, publicaties en onderzoek;
 - h. Nascholing;
 - i. Lidmaatschappen;
 - j. Beleidsplan en toekomstvisie;
 - k. Klachten, VIM meldingen;
 - l. Sterftecijfers per kwartaal;
 - m. De conclusies en aanbevelingen van de kwaliteitsvisitaties;
 - n. De rapporten van de opleidingsvisitaties;
 - o. Deelname aan IFMS;
 - p. Knelpunten bij het toepassen van richtlijnen en protocollen;
 - q. Knelpunten bij aan de behandelaren ter beschikking gestelde faciliteiten;
 - r. De resultaten van patiënttevredenheidsonderzoeken;
 - s. Civielrechtelijke, stafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening;
 - t. De prestatie- indicatorenset van de Orde;
 - u. De basisset kwaliteitsindicatoren van de IGZ en/of eigen WV;
 - v. Verbeteracties.

B3. Vakgroepvergaderingen

1. Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden (ondermeer ten behoeve van patiëntenoverdracht en de bespreking van necrologie, probleemgevallen en complicaties) en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord. ^{146 147}
2. Er is een systeem waarmee de vakgroepvergaderingen worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de vakgroepvergaderingen te verbeteren. ¹⁴⁸

B4. Gedragsregels

1. Ongewenst gedrag wordt structureel besproken en er worden verbeteracties benoemd en geïmplementeerd. Het voorkómen van ongewenst gedrag is onderdeel van de kwaliteitscyclus van de vakgroep en maakt onderdeel uit van het meerjarenbeleidsplan. ¹⁴⁹
2. De behandelaar houdt zich aan de navolgende gedragsregels en codes:
 - a. De *gedragsregels voor artsen* zoals vastgesteld door de Algemene Vergadering van de federatie KNMG op 25 juni 2002. De volgende onderwerpen worden in deze gedragsregels met name belicht: ¹⁵⁰
 - i. Algemene richtlijn handelen arts;
 - ii. De arts in relatie tot de patiënt;
 - iii. De arts in relatie tot collegae en andere hulpverleners;
 - iv. De arts en wetenschappelijk onderzoek;
 - v. De arts in relatie tot publiciteit;
 - vi. De arts en het bedrijfsleven;
 - vii. Volksgezondheid en samenleving.

143 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 12.

144 Kwaliteitskader van Medisch Specialisten (www.orde.nl/kwaliteitskader).

145 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 1.3.

146 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 12.

147 Gedragscode extramuraal praktiserend medisch specialist, uitgave Orde van Medisch Specialisten versie 2006098extrvov.

148 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 12.

149 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 13.

150 Gedragsregels voor artsen, KNMG d.d. 25 juni 2002.

- b. Voor NVPC leden bestaat de onderstaande aanvullende gedragscode, gericht op de omgang met elkaar, de industrie en de media (bijlage 2).¹⁵¹
- c. De gedragsregels met betrekking tot gunstbetoon en dienstverlening door de industrie (bijlage 3).¹⁵²
- d. De gedragsregels openbaarmaking financiële relaties, stichting CGR (bijlage 4).¹⁵³
- e. De code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie, KNMG d.d. december 2006.¹⁵⁴
- f. De code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling, opgesteld door de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen 2012.¹⁵⁵ Deze code is gericht op:
 - i. het realiseren van transparantie in relaties en belangen;
 - ii. het ontwikkelen van beleid om oneigenlijke beïnvloeding tegen te gaan.

B5. Belasting/belastbaarheid

1. Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat evenwicht regelmatig te evalueren en te verbeteren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep.¹⁵⁶

B6. Contacten in- en extern

1. De vakgroep heeft een proactief beleid om zowel in- als externe contacten (relatie met collega's, deelname in stafcommissies, contacten met de huisartsen) te onderhouden en gebruikt deze contacten om hun eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen en heeft dit geborgd in haar kwaliteitscyclus.¹⁵⁷

B7. Medisch beleid

1. De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid en hebben een systeem om dat beleid ten minste jaarlijks te evalueren en te verbeteren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep.¹⁵⁸

B8. Openheid over incidenten

1. De vakgroep informeert meteen de patiënt over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en legt dit vast in het medisch dossier van die patiënt en gebruikt (bespreking van) dergelijke incidenten structureel om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren.¹⁵⁹

B9. Melden aan Stafbestuur en Raad van Bestuur

1. De vakgroep meldt meteen aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur indien een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verbandhoudend met de zorgverlening tegen (één van) hen is aangespannen, bewandelt gezamenlijk het juridische traject en komt daarbij tot (breed gedragen) verbetervoorstellen.¹⁶⁰

B10. Kwaliteitsmanagementsysteem

B10.1 Kwaliteitsbeleid en -doelstellingen

1. De vakgroep moet bewerkstelligen dat het kwaliteitsbeleid:¹⁶¹
 - geschikt is voor het doel van het ziekenhuis danwel de particuliere kliniek;

151 Gedragscode voor NVPC leden, 2012.

152 Gedragsregels voor plastisch chirurgen (in opleiding) met betrekking tot gunstbetoon en dienstverlening door de industrie, vastgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) op 08 maart 2012 en goedgekeurd door de algemene ledenvergadering op 13 april 2012.

153 Gedragsregels openbaarmaking financiële relaties, stichting CGR d.d. 01-01-2012.

154 De code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie, KNMG d.d. december 2006.

155 Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling, KNAW 2012.

156 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 13.

157 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 13.

158 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 14.

159 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 14.

160 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 14.

161 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 1.2.

- een verbintenis inhoudt te voldoen aan de eisen en de doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem continu te verbeteren;
 - een kader biedt voor het vaststellen en beoordelen van de kwaliteitsdoelstellingen;
 - wordt vastgelegd, kenbaar wordt gemaakt en begrepen; en
 - wordt beoordeeld op voortdurende geschiktheid.
2. De vakgroep moet bewerkstelligen dat kwaliteitsdoelstellingen zijn vastgesteld voor relevante functies en niveaus. De kwaliteitsdoelstellingen moeten meetbaar zijn en consistent zijn met het kwaliteitsbeleid. ¹⁶²

B10.2 Kwaliteitsmanagementsysteem

1. De vakgroep moet bewerkstelligen dat:
- a. er een kwaliteitsmanagementsysteem wordt ingevoerd dat voldoet aan de eisen uit deze kwaliteitsnorm en wet- en regelgeving, waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen; ¹⁶³
 - b. de planning wordt uitgevoerd om zowel te voldoen aan de eisen van het kwaliteitsmanagementsysteem als aan de doelstellingen; en
 - c. de werking en samenhang van het kwaliteitsmanagementsysteem behouden blijft wanneer er veranderingen met betrekking tot het kwaliteitsmanagementsysteem worden gepland en ingevoerd. ¹⁶⁴
2. De vakgroep dient een kwaliteitshandboek op te zetten en bij te houden. De documentatie moet omvatten: ^{165 166}
- gedocumenteerde verklaringen van een kwaliteitsbeleid en kwaliteitsdoelstellingen;
 - gedocumenteerde procedures vereist door deze kwaliteitsnorm;
 - documenten die de vakgroep nodig heeft voor het bewerkstelligen van een doeltreffende planning, uitvoering en beheersing van haar processen; en
 - registraties vereist door deze kwaliteitsnorm.

B10.3 Kwaliteitsdocumentatie en registraties

1. De vakgroep hanteert een gedocumenteerde procedure voor het autoriseren, beheren en wijzigen van alle documenten die de afspraken binnen de vakgroep weergeven. Informatie moet op de relevante locaties in de juiste versie beschikbaar zijn. ¹⁶⁷
2. De vakgroep heeft een overzicht met relevante eisen zoals normen, voorschriften en richtlijnen. Wijzigingen worden beoordeeld en, indien van toepassing, opgevolgd. ¹⁶⁸
3. Registraties dienen te worden vastgesteld en bijgehouden om het bewijs te leveren van het voldoen aan de eisen van de kwaliteitsnormen en van de doeltreffende werking van het kwaliteitsmanagementsysteem. Registraties dienen leesbaar, gemakkelijk identificeerbaar en opvraagbaar te blijven. Een gedocumenteerde procedure dient te worden vastgesteld om de beheersing te definiëren die nodig is voor de identificatie, het opslaan, de bescherming, het terugvinden, de bewaartermijn en de vernietiging van (elektronische) registraties, waaronder het medisch dossier. Er dient te worden bepaald welke registraties dienen te worden bewaard. ¹⁶⁹
- a. Registraties dienen de identificatie van patiënt (ten minste volledige naam en geboortedatum patiënt) en handtekening van de behandelaar te bevatten. ¹⁷⁰
 - b. Digitale documenten, waar mogelijk, dienen de handtekening van de behandelaar te bevatten.
 - c. Registraties dienen opgeborgen te worden in geschikte veilige voorzieningen, welke alleen toegankelijk zijn voor bevoegde personen.
 - d. Opslag en behandeling van patiëntregistraties moeten voldoen aan wetgeving inzake gegevensbescherming. (zie C5)
 - e. Gedurende een bepaalde periode dienen registraties opgeslagen en behandeld te worden volgens wetgeving. (zie C5)
 - f. Registraties en foto's dienen op verzoek van de patiënt op redelijke termijn beschikbaar te zijn; alsmede dient vergoeding voor het kopiëren van registraties passend en redelijk te zijn.
 - g. Medische foto's dienen verzorgd te worden bij alle patiënten die een procedure ondergaan hebben. Het gebruik van medische foto's dient waar mogelijk gestandaardiseerd te worden. Het gebruik van medische foto's dient strikt terughoudend te geschieden, akkoord bevonden en ondertekend door patiënt in een officiële toestemmingsverklaring.

¹⁶² Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 1.2.
¹⁶³ Kwaliteitswet Zorginstellingen.
¹⁶⁴ Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 1.5.
¹⁶⁵ Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 1.2.
¹⁶⁶ Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 8.1.
¹⁶⁷ Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 8.1.
¹⁶⁸ Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 8.1.
¹⁶⁹ Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 8.1.
¹⁷⁰ TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.4.

- h. Medische foto's met betrekking tot patiënt dienen vertrouwelijk behandeld en bewaard te worden.
- i. Indien de wens tot het gebruik van medische foto's als klinisch materiaal bestaat dient van patiënt een officieel ondertekende toestemmingsverklaring verkregen te worden.
- j. Registraties worden slechts vrijgegeven aan derden, die niet betrokken zijn bij de klinische zorg, indien desbetreffende patiënt een officieel ondertekende toestemmingsverklaring verleend heeft.

B10.4 Verantwoordelijkheden, bevoegdheden en voorbehouden handelingen

1. De vakgroep moet de betrekkingen met professionals zodanig organiseren dat de eigen institutionele verantwoordelijkheid voor de bevordering van de gezondheid van patiënten wordt gegarandeerd en bewerkstelligd.¹⁷¹
2. Voor iedere discipline, ook in het geval van samenwerkende disciplines, is een eindverantwoordelijke specialist vastgesteld.¹⁷²
3. De behandelaar is primair verantwoordelijk voor de zorg die hij zelf levert, maar die verantwoordelijkheid strekt zich ook uit over zorg die wordt geleverd door verpleegkundigen en anderen die onder zijn verantwoordelijkheid opereren.¹⁷³
4. De vakgroep moet bewerkstelligen dat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn gedefinieerd en kenbaar gemaakt. Bevoegdheden en verantwoordelijkheden moeten worden vastgesteld op elk niveau. Deze moeten kwalificaties, verantwoordelijkheden en voorwaarden voor het delegeren van bevoegdheden omvatten. Specifiek dienen te zijn vastgelegd de bevoegdheden met betrekking tot:^{174 175}
 - a. acceptatie patiënten voor behandeling;
 - b. het beoordelen en beëindigen van de behandeling;
 - c. het beoordelen en bewaken van de deskundigheid / medische eindverantwoordelijkheid;
 - d. het verrichten van voorbehouden handelingen m.b.t. anesthesie en plastisch chirurgische ingrepen.

Opmerkingen:

- Het uitvoeren van operaties met een plastisch chirurgische aard dient te zijn voorbehouden aan hen die bevoegd en bekwaam geacht kunnen worden op grond van een adequate, door de MSRC als zodanig erkende, opleiding.¹⁷⁶
- Het uitvoeren van specifieke operaties met een plastisch chirurgische aard, welke gezien kunnen worden als een subspecialisatie binnen de plastische chirurgie, zijn voorbehouden aan de behandelaar die op dat gebied aantoonbare competentie bezit.
- Het verzorgen van zowel de algehele anesthesie, als de zogenaamde epidurale en spinale anesthesie dient voorbehouden te zijn aan daartoe opgeleide en aldus bij de MSRC geregistreerde anaesthesiologen.
- Regionale en lokale anesthesie kunnen door plastisch chirurgen zelfstandig worden verzorgd.

De Wet BIG alsmede de richtlijnen voor het in de praktijk hanteren van de regels van de Wet BIG, vastgelegd in de uitgave van de KNMG IV.03 "Voorbehouden handelingen in de praktijk", dienen gevolgd te worden voor het verrichten van medische handelingen.¹⁷⁷

B11. Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

1. De vakgroep communiceert op eigen initiatief over de risico's voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen.¹⁷⁸
2. De instelling, waarvan de vakgroep deel uit maakt, beschikt over een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) gericht op het beheersen van de risico's voor de patiënt en het verminderen van (onbedoelde) schade aan de patiënt. Het VMS voldoet aan de eisen van NTA 8009 'Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen'. In de NTA worden de volgende aandachtsgebieden behandeld:^{179 180}
 - Verantwoordelijkheid raad van bestuur

¹⁷¹ Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 2.1.

¹⁷² Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 2.1.

¹⁷³ Kwaliteitskader van Medisch Specialisten (www.orde.nl/kwaliteitskader).

¹⁷⁴ Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 2.1.

¹⁷⁵ Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 6.2.

¹⁷⁶ Praktijkvoering zelfstandige behandelcentra zoals aanvaard door de Algemene Ledenvergadering van de NVPC d.d. 05-11-02 ,

wijzigingen aanvaard door de Algemene Ledenvergadering d.d. 24-03-2010.

¹⁷⁷ Wet BIG

"Voorbehouden handelingen in de praktijk", uitgave van de KNMG IV.03

¹⁷⁸ Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 16.

¹⁷⁹ VMS Veiligheidsprogramma (<http://www.vmszorg.nl>).

¹⁸⁰ Nederlandse NTA 8009: 'Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen' (NTA 8009: 2007 en NTA 8009:2011 (herziene versie)).

- Leiderschap
 - Communicatie
 - Medewerkers
 - Management van derden
 - Patiëntenparticipatie
 - Prospectieve risico-inventarisatie
 - Operationele beheersmaatregelen
 - Beheren en beheersen van veranderingen
 - Melden van incidenten en retrospectieve-inventarisatie
 - Monitoren van uitkomsten en rapportage
 - Verbeteren van de veiligheid van de zorgverlening
 - Cultuur
3. De vakgroep initieert de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties en past bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen deze aan.¹⁸¹
 4. De vakgroep beschikt over een systeem voor het identificeren en traceren van implantaten.¹⁸²

B12. Continue verbetering en monitoring (proces)prestaties

B12.1 Audits en visitaties

1. De vakgroep moet met geplande tussenpozen interne audits uitvoeren om vast te stellen of het kwaliteitsmanagementsysteem:¹⁸³
 - a. overeenkomt met de geplande regelingen, met de eisen van deze kwaliteitsnorm en met de eisen aan het kwaliteitsmanagementsysteem vastgesteld door de vakgroep;
 - b. doeltreffend is geïmplementeerd en onderhouden.
2. Er moet een auditprogramma worden gepland, waarbij rekening moet worden gehouden met de status en het belang van de processen en gebieden die een audit moeten ondergaan, evenals met de resultaten van vorige audits. De verantwoordelijkheden en eisen voor het plannen en uitvoeren van audits, en voor het rapporteren van resultaten en het bijhouden van registraties moeten worden gedefinieerd in een gedocumenteerde procedure.¹⁸⁴
3. De plastisch chirurg toont aan ten minste eens per 5 (vijf) jaar te hebben deelgenomen aan het visitatieprogramma van de NVPC. Dit in het kader van de kwaliteitscontrole en de herregistratie bij de MSRC.^{185 186}

B12.2 Monitoring procesprestaties

1. De vakgroep dient de benodigde bewakings-, meet- en analyseprocessen te plannen en in te voeren teneinde aan te tonen dat het product en het kwaliteitsmanagementsysteem aan de eisen voldoen. Minimaal dient dit de monitoring en registraties te omvatten m.b.t.:¹⁸⁷
 - a. de voor de plastische chirurgie meest recente Basisset kwaliteitsindicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg;
 - b. patiëntveiligheid;
 - c. uitkomsten van zorgprocessen (zie A2);
 - d. het jaarverslag (zie B2);
 - e. systematische postoperatieve controles op infecties;¹⁸⁸
 - f. complicaties (zie A4);¹⁸⁹
 - g. deskundigheidsbeoordeling;
 - h. leveranciersbeoordeling ;
 - i. patiënttevredenheid (zie C1);
 - j. klachten van patiënten en afwijkingen (zie C2).

181 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 11.

182 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 7.3.

183 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 8.2.

184 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 8.2.

185 Bron: Gedragscode extramuraal praktiserend medisch specialist, uitgave Orde van Medisch Specialisten versie 2006098extrvov. Bron: Praktijkvoering zelfstandige behandelcentra zoals aanvaard door de Algemene Ledenvergadering van de NVPC d.d. 05-11-02, wijzigingen aanvaard door de Algemene Ledenvergadering d.d. 24-03-2010.

186 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 8.2.

187 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 8.5.

188 Rapport IGZ "Het resultaat telt particuliere klinieken 2008", oktober 2009.

189 Mapping Complicatielijst Plastische chirurgie naar Masterclassificatie versie 3.0, gepubliceerd op de NVPC website d.d. 14/12/2007.

B12.3 Systeem van continu verbeteren

1. De vakgroep dient een systeem van continu verbeteren in te voeren teneinde de doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem te verbeteren. Daarbij wordt gebruik gemaakt van:¹⁹⁰
 - a. het kwaliteitsbeleid, de kwaliteitsdoelstellingen en het jaarverslag;
 - b. de resultaten van de beoordeling van de onafhankelijke ziekenhuishygiënist;
 - c. de resultaten van de beoordeling inzake het steriliseren en de opslag van de gesteriliseerde hulpmiddelen door de Deskundige Steriele Medische Hulpmiddelen;
 - d. de resultaten van deskundigheidsbeoordelingen;
 - e. de resultaten van de (interne) audits;
 - f. de resultaten van visitaties;
 - g. gegevensanalyses en procesprestaties gemonitord (B12.2);
 - h. het bepalen van de oorzaken van afwijkingen;
 - i. het nemen van passende corrigerende en/of preventieve maatregelen;
 - j. het beoordelen van het resultaat van de getroffen maatregelen;
 - k. wijzigingen in voor de vakgroep relevante eisen zoals normen, voorschriften en richtlijnen.

Kwaliteitsdomein C: Patiënt gericht handelen

C1. Patiëntenperspectief

1. De vakgroep brengt jaarlijks het patiëntenperspectief in kaart (middels enquêtes, spiegelgesprekken, wachtkamerinterviews etcetera), bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren.¹⁹¹
2. De vakgroep meet op systematische wijze de waardering van de patiënten over de geleverde zorg- en dienstverlening. Vastgesteld wordt in hoeverre aan de wensen, behoeften en verwachtingen van de patiënt wordt voldaan. Vereiste verbeteringen worden schriftelijk vastgelegd en opgevolgd.^{192 193 194}
 - a. Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van gevalideerde vragenlijsten zoals bijvoorbeeld de CQ index en de vragenlijst patiënten tevredenheid van de NVPC.¹⁹⁵
 - b. De patiënt wordt postoperatief gevraagd om terugkoppeling te geven van de ervaring door middel van een vragenlijst. Over de volgende onderwerpen wordt navraag gedaan:¹⁹⁶
 - postoperatieve pijnbestrijding;
 - hersteltijd tot hervatten werkzaamheden;
 - eventuele herhaling ingreep;
 - aanbeveling bij anderen;
 - tevredenheid patiënt met betrekking tot faciliteiten, medische staf en resultaat behandeling.

C2. Klachten en juridische procedures verbandhoudend met zorgverlening

1. De vakgroep heeft een regeling om de uitkomsten van klachten of civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.¹⁹⁷
2. De vakgroep heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten of civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.¹⁹⁸

C3. Klachten en signalen van onvrede

1. De vakgroep, danwel de instelling waarvan de vakgroep deel uit maakt, heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.¹⁹⁹ Gedefinieerd is wat binnen de vakgroep als klacht wordt benoemd. Vastgelegd is welke functionaris verantwoordelijk is voor de klachtafhandeling.
Opmerking:
Algemene richtlijnen voor de behandeling van klachten staan vermeld in ISO 10001, ISO 10002 en ISO 10003.²⁰⁰
2. De vakgroep, danwel de instelling waarvan de vakgroep deel uit maakt, heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten en signalen van onvrede wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.²⁰¹
3. De vakgroep, danwel de instelling waarvan de vakgroep deel uit maakt, heeft een onafhankelijke klachtencommissie in overeenstemming met de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector.²⁰²
4. Wanneer er een afwijking wordt geconstateerd dient de vakgroep maatregelen te treffen die gericht zijn op de gevolgen of mogelijke gevolgen van de geconstateerde afwijking. De afwijking kan een fout zijn, een onnodige vertraging of een tekortkoming in het zorgproces, in andere processen of diensten, middelen, materialen of in het resultaat of de uitkomst van een proces.

191 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 15.

192 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 8.3.

193 NEN 7500: 2006 - Het zorgproces dagbehandeling bij chirurgische ingrepen.

194 Kwaliteitsindicatoren particuliere klinieken Basisset 2009.

195 Vragenlijst patiënten tevredenheid gepubliceerd op de website van de NVPC.

196 Vragenlijst patiënten tevredenheid gepubliceerd op de website van de NVPC.

197 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 15.

198 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 15.

199 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 8.4.

200 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 16.

201 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 16.

202 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 8.4.

Afwijkingen kunnen ook worden aangetroffen in een product zoals een medicijn, een reagens of medische of technische uitrusting.²⁰³

5. De vakgroep dient gedocumenteerde procedures vast te stellen voor het identificeren, beheersen, vaststellen en registreren van afwijkingen.²⁰⁴
6. Indien er binnen de vakgroep een vermoeden bestaat van mogelijk disfunctioneren wordt gehandeld conform het 'Reglement Mogelijk Disfunctionerend Medisch Specialist' van de Orde van Medisch Specialisten.^{205 206}

C4. De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling

1. De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt gemonitord, en leidt tot verbetering door aanpassing van beleid, en dit wordt periodiek gecontroleerd.²⁰⁷

C5. Privacy

1. De vakgroep heeft een beleid gericht op het beschermen van de privacy van de patiënt en dit beleid heeft ook betrekking op alle medewerkers. Dit beleid voldoet aan de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBG) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).^{208 209 210}

203 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 8.4.
204 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 8.4.
205 Bron: Kwaliteitskader van Medisch Specialisten (www.orde.nl/kwaliteitskader)
206 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 8.4.
207 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 16.
208 Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP).
209 Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).
210 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 3.1.

Kwaliteitsdomein D: Professionaliteit

D1. Kennisdeling (t.a.v. vakinhoudelijke kennis en vaardigheden, wetenschap en innovatie en opleiding en onderwijs)

1. De vakgroep heeft in haar beleidsplan (zie B2) systematisch aandacht voor de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep en evalueert dit volgens een vast patroon.²¹¹
2. De vakgroep is er verantwoordelijk voor dat alle vakgroepleden over de benodigde bekwaamheden beschikken om hun werkzaamheden te verrichten in overeenstemming met wettelijke voorschriften, eisen van beroepsgroepen en andere overeengekomen eisen.²¹²
3. Alle medewerkers zijn waar mogelijk of nodig BIG geregistreerd.²¹³
4. De behandelaar is in het BIG-register ingeschreven als arts.
5. De behandelaar verleent de patiënt de noodzakelijke medisch specialistische hulp of doet deze leveren en daarop betrekking hebbende adviezen van goede kwaliteit overeenkomstig de eisen die aan hem/haar op grond van zijn/haar beroep en zijn/haar deskundigheid worden gesteld.^{214 215}
6. De behandelaar verricht gemiddeld over 5 (vijf) jaar ten minste 40 (veertig) uur per jaar geaccrediteerde en gerelateerde bij- en nascholing, zoals is bepaald in de regelgeving van het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS).^{216 217}
7. De behandelaar verricht gemiddeld over 5 (vijf) jaar ten minste 16 (zestien) uur per week patiëntgebonden zorg, zoals is bepaald in de regelgeving van het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS).^{218 219}
8. Voor nieuwe medewerkers wordt een inwerkprogramma gehanteerd. Voortgang en het voldoen aan de eisen van de vakgroep worden vastgelegd.²²⁰
9. Alle medewerkers worden in de gelegenheid gesteld om continu deel te nemen aan trainingen en bij- en nascholing waarmee hun professionele bekwaamheid wordt gehandhaafd en ontwikkeld, hun vaardigheden worden uitgebreid en hun motivatie en houding ten opzichte van kwaliteit wordt gehandhaafd.²²¹
10. Van opleiding, bij- en nascholing wordt registratie bijgehouden.²²²
11. De vakgroep is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van de benodigde middelen om te kunnen verifiëren en beoordelen of medewerkers hun functie vervullen in overeenstemming met de van toepassing zijnde eisen en wetenschappelijke en klinische standaarden.²²³
12. Indien er medische handelingen door andere bevoegde medewerkers worden verricht, dan is geregeld dat door de betreffende behandelaar beoordeling van de betreffende medewerkers plaatsvindt. Dit geschiedt met een vastgestelde frequentie en op basis van vastgestelde criteria. Van de resultaten van deze beoordeling wordt een individuele registratie bijgehouden. Geconstateerde afwijkingen worden afgehandeld via het systeem voor continue verbetering (zie B11).²²⁴

D2. Individueel functioneren (IFMS)

1. De leden van de vakgroep doen mee aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren.²²⁵ Het periodiek en systematisch evalueren van het individueel functioneren van de behandelaar kan plaatsvinden met behulp van het instrument IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialisten) van de Orde van Medisch Specialisten (2008).²²⁶

211 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 17.

212 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 6.1.

213 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 6.1.

214 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 6.1.

215 Bron: Gedragscode extramuraal praktiserend medisch specialist, uitgave Orde van Medisch Specialisten versie 2006098extrvov.

216 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 6.1.

217 Bron: Gedragscode extramuraal praktiserend medisch specialist, uitgave Orde van Medisch Specialisten versie 2006098extrvov.

218 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 6.1.

219 Bron: Gedragscode extramuraal praktiserend medisch specialist, uitgave Orde van Medisch Specialisten versie 2006098extrvov.

220 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 6.3.

221 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 6.3.

222 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 6.3.

223 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 6.4.

224 Bewerking 'leidraad plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken', NVPC, 01-11-2011 paragraaf 6.4.

225 Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties van de Wetenschappelijke Verenigingen (concept R-12.01.16), Adviescommissie kwaliteitsvisitatie, 11 januari 2012, pagina 17.

226 Individueel Functioneren van Medisch Specialisten: de volgende stap, adviesrapport Commissie IFMS, Orde van Medisch Specialisten, december 2011 (R-12.01.20), pagina 27.

Bijlagen

Algemene kwaliteitsnormen plastische chirurgie

Bijlage 1.

Aanvullende kwaliteitsnormen plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken

Eisen NVPC – aanvullende kwaliteitsnormen plastisch chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken

Voorwoord

Dit document maakt integraal onderdeel uit van de 'algemene kwaliteitsnormen plastische chirurgie'. De 'algemene kwaliteitsnormen plastische chirurgie' zijn bedoeld voor behandelaars die plastisch chirurgische ingrepen verrichten, in elke setting. De 'aanvullende kwaliteitsnormen plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken' stellen aanvullende eisen aan behandelaars werkzaam binnen de setting van een particuliere kliniek.

0.1 Toepassingsgebied

Alle eisen in deze aanvullende kwaliteitsnormen zijn bedoeld voor behandelaars die plastisch chirurgische ingrepen verrichten binnen particuliere klinieken.

0.2 Termen en definities

Esthetische chirurgie

- *Esthetische chirurgie houdt zich bezig met de verbetering van het uiterlijke aspect van het gehele lichaam.* ²²⁷

Particuliere kliniek

- *Particuliere klinieken is de verzamelnaam voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en privéklinieken.* ²²⁸

Privékliniek

- *Privéklinieken hebben geen WTZi-toelating en leveren niet-verzekerde zorg.* ²²⁹
- *Een privékliniek is een behandelcentrum zonder WTZi-toelating, ze leveren niet verzekerde zorg en er werken BIG-registreerde zorgverleners die voorbehouden handelingen uitvoeren.* ²³⁰

Service Level Agreement (SLA)

- *Een Service Level Agreement (SLA) is een schriftelijke overeenkomst tussen een aanbieder en een afnemer van bepaalde diensten en/of producten. In een SLA staan, naast de beschrijving van de te leveren diensten, ook de rechten en de plichten van zowel de aanbieder als de afnemer ten aanzien van het overeengekomen kwaliteitsniveau (service level) van de te leveren diensten en/of producten (services).* ²³¹

Zelfstandige Behandel Centra (ZBC)

- *Zelfstandige Behandel Centra zijn klinieken die een WTZi-toelating hebben en (ook) verzekerde zorg bieden.* ²³²

227 Opleidingsplan plastisch chirurgie van de NVPC 2011.

228 Rapport IGZ "Het resultaat telt particuliere klinieken 2008", oktober 2009.

229 Rapport IGZ "Het resultaat telt particuliere klinieken 2008", oktober 2009.

230 <http://www.zorgregister.nl/voorwie/privéklinieken>

231 Drs. G.W.A. Maas & Drs. J.W. Pleunis (2006). Facility Management. Kluwer, Alphen aan den Rijn.

232 Rapport IGZ "Het resultaat telt particuliere klinieken 2008", oktober 2009.

Aanvullende kwaliteitsnormen plastische chirurgie en esthetische behandelingen in particuliere klinieken

1. Beleid & management

1.1 Publiciteit

1. De particuliere kliniek kan aantonen dat advertenties en overige vormen van publiciteit door feiten onderbouwd zijn. ²³³
2. Advertenties en publiciteit op welke wijze dan ook dienen juridisch duidelijk, eerlijk, waarheidsgetrouw en maatschappelijk verantwoord te zijn. ²³⁴
3. Publiciteit omtrent een kosteloos consult of het voorzien in meerdere consulten zonder vergoeding is niet toegestaan. ²³⁵
4. Transparantie met betrekking tot advertenties is gewaarborgd en cliënt zal zich er bewust van zijn dat het een door feiten onderbouwde advertentie betreft. ²³⁶
5. Web en blog transparantie dient gewaarborgd te zijn en indien de medisch specialist, of zijn werknemers, betrokken zijn bij de blog/web communicatie zullen zij zich officieel kenbaar maken. ²³⁷
6. De officiële kwalificatie van de behandelaar bij commerciële uitingen dient duidelijk te worden aangegeven. ²³⁸
7. De kwalificaties waartoe de behandelaar bevoegd is zullen duidelijk worden weergegeven en alleen de specialisatie waartoe de medisch specialist is gekwalificeerd zal genoemd worden. ²³⁹
8. Er zullen geen termen worden gebruikt welke de cliënt de indruk kunnen geven dat een andere specialisatie bedoeld wordt. ²⁴⁰
9. Verwijzend medisch specialisten of andere personen, met inbegrip van cliënten, dienen geen betaling/beloning of korting voor verwijzingen van cliënten te ontvangen. Cliënten verwachten dat een verwijzing is verricht in het medisch belang van betrokkene en dit houdt geen financiële transactie in. ²⁴¹

2. Intake & acceptatie

2.1 Medewerkers en planning behandelingen

1. Financiële motieven dienen cliënt niet aan te moedigen tot een consult of het aangaan van (gecombineerde) behandelingen. Economische motieven zijn van ondergeschikt belang aan cliëntveiligheid. ²⁴²
2. De behandelaar geeft onpartijdig objectief advies tijdens het consult, waarvoor een reële vergoeding wordt gerekend.
3. Het annuleringsbeleid dient duidelijk aan cliënt aangegeven te worden alvorens een betaling wordt verricht. Een volledige terugbetaling zal verricht worden indien de annulering binnen de “cooling-off” periode valt. Nadere afspraken worden aan de discretie van de medisch specialist/kliniek overgelaten, echter dienen duidelijk te worden toegelicht en schriftelijk vastgelegd voor cliënt. ²⁴³
4. De specialisatie van de behandelaar welke erkend wordt door de nationaal bevoegde autoriteit wordt nauwkeurig en oprecht schriftelijk vastgelegd en aangeboden aan cliënt. ²⁴⁴

2.2 Intake en acceptatie cliënt

1. Alleen cliënten met een ASA klasse 1 of 2 worden behandeld in de particuliere kliniek. Er dient daarnaast ook rekening gehouden te worden met leeftijdsafhankelijke gezondheidsaspecten.

233 Toetsingscriteria keurmerk ZKN versie september 2009.

234 TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.8.

235 TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.1.

236 TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.8.

237 TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.8.

238 TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.8.

239 TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.8.

240 TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.8.

241 TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.8.

242 TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.1.

243 TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.1.

244 TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.1.

2. Alleen cliënten ouder dan 18 jaar mogen behandeld worden in de particuliere kliniek, met uitzondering van specifieke indicaties zoals jongensbesnijdenis. In deze gevallen dienen ouders of voogd toestemming te geven vooraf aan de behandeling.²⁴⁵
3. Cliënten met een BMI boven de 35 worden in principe van behandeling uitgesloten.²⁴⁶
4. Ieder andere behandelaar die betrokken is bij een consult zal zijn naam, expertise and kwalificaties bekendmaken en zijn rol verklaren tijdens een consult; daarbij dient bijvoorbeeld een arts assistent in opleiding, medisch secretaresse of verpleegkundige zijn of haar rol met betrekking tot screening of algemene gezondheidszaken te verklaren.
5. Verpleegkundigen en adviseurs in cosmetische zaken zijn noch opgeleid noch verzekerd om gesprekken aan te gaan over operatierisico's, techniek of resultaat. Zij dienen niet gezien te worden als een sneller traject voor de behandelaar, want laatstgenoemde blijft verantwoordelijk voor het zorgvuldig beoordelen van cliënten en het diepgaand doorlopen van het proces van toestemming.²⁴⁷
6. Cliënten dienen erop gewezen te worden dat een tweede consult raadzaam is en aangemoedigd dient te worden.²⁴⁸
7. De cliënt wordt voorafgaand aan een besluit tot behandelen mondeling geïnformeerd over ten minste
 - a. de mogelijke complicaties. Een persoonlijk laag aantal complicaties dient niet te worden gebruikt om de cliënt over te halen tot het ondergaan van een esthetische procedure. Persoonlijke risico's dienen te worden vermeld in reële getallen en in relatie tot het aantal behandelde cliënten, bijvoorbeeld één van de 200 cliënten heeft last van deze bijwerking in plaats van 0.5% van alle cliënten;²⁴⁹
 - b. de financiële aspecten, inclusief de mogelijkheden ten aanzien van verzekeringen en het afdekken van financiële risico's bij complicaties die zich voor kunnen doen in de toekomst (ook schriftelijk).

3. Nazorg

3.1 Medische noodsituaties

1. Elke particuliere kliniek waar invasieve ingrepen worden verricht dient te beschikken over schriftelijke afspraken omtrent de opvang in een regulier ziekenhuis, van cliënten bij wie de noodzaak hiervoor bestaat, bijvoorbeeld ten gevolge van complicaties of calamiteiten. Dit moet mogelijk zijn gedurende 24 uur en 7 dagen per week. Deze afspraken dienen aantoonbaar door beide partijen geaccordeerd te zijn.^{250 251}

4. Infrastructuur, inkoop en hulpmiddelen

4.1 Inkoop en uitbesteding

1. De inkoop omvat de verwerving van medische hulpmiddelen, materialen en externe diensten. Inkoop-eisen dienen gespecificeerd te zijn waaronder, waar van toepassing:
 - eisen voor goedkeuring van het product (dienst), procedures, processen en uitrusting;
 - eisen voor kwalificatie van personeel;
 - eisen vanuit het kwaliteitsmanagementsysteem.²⁵²
2. De particuliere kliniek dient leveranciers te beoordelen en te kiezen op basis van hun vermogen om een product te leveren overeenkomstig de inkoop-eisen. Criteria voor keuze, beoordeling en herbeoordeling moeten worden vastgesteld. Registraties van de resultaten van beoordelingen en eventueel noodzakelijke maatregelen die voortvloeien uit de beoordeling moeten worden bijgehouden.²⁵³

²⁴⁵ TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.3.

²⁴⁶ Kwaliteitsindicatoren particuliere klinieken Basisset 2009.

²⁴⁷ TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.2.

²⁴⁸ TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.2.

²⁴⁹ TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 5.3.

²⁵⁰ Praktijkvoering zelfstandige behandelcentra zoals aanvaard door de Algemene Ledenvergadering van de NVPC d.d. 05-11-02, wijzigingen aanvaard door de Algemene Ledenvergadering d.d. 24-03-2010.

²⁵¹ Kwaliteitsindicatoren particuliere klinieken Basisset 2009.

²⁵² Nederlandse praktijkrichtlijn, NPR-CEN/TS 15224 (nl), Gezondheidszorg - Kwaliteitsmanagementsystemen - Richtlijn voor het gebruik van EN ISO 9001:2000

²⁵³ Nederlandse praktijkrichtlijn, NPR-CEN/TS 15224 (nl), Gezondheidszorg - Kwaliteitsmanagementsystemen - Richtlijn voor het gebruik van EN ISO 9001:2000

3. De particuliere kliniek dient vast te stellen dat de ingekochte producten voldoen aan de gespecificeerde inkoopseisen. Het soort en de mate van beheersing die wordt toegepast op de leverancier en het ingekochte product moet afhankelijk zijn van het effect van het ingekochte product op de kwaliteit van de dienstverlening.²⁵⁴ Wanneer de particuliere kliniek verificatie wenst uit te voeren bij de leverancier, dan moet de particuliere kliniek de voorgenomen verificatie-activiteiten en de methode van productvrijgave vermelden in de inkoopinformatie. De diepte en reikwijdte van de verificatie moet zijn afgestemd op de risico's die samenhangen met het gebruik van het product of de levering van de dienst. De verificatie kan variëren van eenvoudige controle op uiterste houdbaarheidsdatum van medicijnen tot een uitgebreide acceptatieproef voor programmatuur.²⁵⁵
4. Met leveranciers van diensten en apparatuur zijn, waar van toepassing, Service Level Agreements afgesloten.²⁵⁶

4.2 Infrastructuur, voorzieningen en hulpmiddelen

1. De particuliere kliniek dient de infrastructuur vast te stellen, beschikbaar te stellen en te onderhouden die nodig is om te voldoen aan de producteisen. De infrastructuur omvat gebouwen, werkruimten, de technische voorzieningen, software en de ondersteuning in de vorm van interne en externe diensten die tezamen een adequate voorziening vormen voor de activiteiten van de particuliere kliniek en een veilige en comfortabele omgeving bieden aan cliënten.²⁵⁷
2. Administratieve ruimte, wachtruimte en opslagruimte:²⁵⁸
 - Er dient een ruime wachtkamer aanwezig te zijn, welke zowel schoon, onderhouden en vrij van rommel en zwerfvuil als adequaat verlicht is.
 - Er dient een ruimte voor administratieve werkzaamheden aanwezig te zijn met adequate werkruimte en verlichting. Deze ruimte dient voor het comfort van het personeel voldoende te worden geventileerd, op temperatuur te worden gecontroleerd, schoongemaakt en onderhouden.
 - Er dient voldoende opslagruimte voor voorraden aanwezig te zijn. De opslagruimte wordt zo georganiseerd dat deze goed toegankelijk is voor personen en voor de inventaris van voorraden.
 - De privacy van cliënten dient ook in deze ruimten gewaarborgd te zijn.
3. De bouw en de inrichting van een operatiekamer en overige ruimten moeten voldoen aan de daarvoor bestemde richtlijnen van de overheid, wetenschappelijke verenigingen, beroepsverenigingen en de Inspectie voor de volksgezondheid, zoals vastgelegd in o.a.:²⁵⁹
 - de Bouwmaatstaven voor nieuwbouw operatieafdeling;²⁵⁹
 - de Richtlijn omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen;²⁶⁰
 - het Beheersplan Luchtbehandeling voor de Operatieafdeling;²⁶¹
4. De particuliere kliniek dient te voldoen aan relevante arbo- en milieuwet- en regelgeving. Maatregelen naar aanleiding van geconstateerde tekortkomingen uit de risico-inventarisatie en –evaluatie dienen aantoonbaar uitgevoerd te zijn.
5. De behandelaar is verantwoordelijk voor het gehele proces van aanschaf, vrijgave, ingebruikname, beheer, opslag, onderhoud, modificatie, educatie en gebruik van medische apparatuur conform de Leidraad verantwoordelijkheid medisch specialist bij onderhoud en beheer van medische apparatuur en de Wet op de medische hulpmiddelen.^{262 263}
6. Indien apparatuur een meetfunctie heeft wordt zorg gedragen dat valide meetgegevens worden gegenereerd door middel van ijking en/of kalibratie. Registraties zijn voorhanden.²⁶⁴

254 Nederlandse praktijkrichtlijn, NPR-CEN/TS 15224 (nl), Gezondheidszorg - Kwaliteitsmanagementsystemen - Richtlijn voor het gebruik van EN ISO 9001:2000

255 Nederlandse praktijkrichtlijn, NPR-CEN/TS 15224 (nl), Gezondheidszorg - Kwaliteitsmanagementsystemen - Richtlijn voor het gebruik van EN ISO 9001:2000

256 Toetsingscriteria keurmerk ZKN versie september 2009.

257 Nederlandse praktijkrichtlijn, NPR-CEN/TS 15224 (nl), Gezondheidszorg - Kwaliteitsmanagementsystemen - Richtlijn voor het gebruik van EN ISO 9001:2000

258 TC 403 WI 00403001.3:2011 (E): 3rd Working draft European Standard Aesthetic Surgery Services par. 6.1.3.

259 Bouwmaatstaven voor nieuwbouw operatieafdeling, College bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 12 januari 2004, Rapportnummer 0.115 ISBN 90-8517-008-7.

260 <http://www.wip.nl>.

261 Beheersplan Luchtbehandeling voor de Operatieafdeling, maart 2005.

262 Leidraad verantwoordelijkheid medisch specialist bij onderhoud en beheer van medische apparatuur, Orde van Medisch Specialisten d.d. 17-10-2008.

263 Wet op de medische hulpmiddelen.

264 Toetsingscriteria keurmerk ZKN versie september 2009.

7. Meetmiddelen worden regelmatig gecontroleerd of gekalibreerd. Registratie is voorhanden. ²⁶⁵

Bijlage 2.

Gedragscode gericht op omgang met elkaar, de industrie en de media (zie B4.2b)

Voor NVPC leden bestaat de onderstaande aanvullende *gedragscode*, gericht op de omgang met elkaar, de industrie en de media (bijlage 2).²⁶⁶ Deze betreffen het navolgende:

- De vereniging acht zich de enige legitieme collectieve vertegenwoordiger van de in Nederland gevestigde, en erkende, plastisch chirurgen tegenover de overheden, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (verder te noemen: de Maatschappij) en haar organen, en tegenover aanverwante organisaties.
- De vereniging acht zich conform artikel 3 lid 4 van haar statuten de enige bevoegde instantie voor het verstrekken naar buiten van algemene voorlichting en informatie omtrent plastische chirurgie. De vereniging benoemt in dit kader een of meerdere woordvoerders.
- Wanneer leden, aspirant-leden, buitengewone leden, rustende leden, leden van verdienste of ereleden door de media benaderd worden inzake een actuele kwestie aangaande de plastische chirurgie of gevraagd worden hierop commentaar te leveren, zal dit niet gebeuren, dan nadat hierover contact heeft plaatsgevonden met het bestuur van de vereniging. Het bestuur beslist, afhankelijk van het geval, of een woordvoerder namens de NVPC dan wel de betrokken persoon het woord richting media zal voeren. Publicaties van wetenschappelijke aard en wetenschappelijke voordrachten voor medische en paramedische gezelschappen zijn van dit toestemmingsvereiste uitgezonderd.
- De plastisch chirurg dient zich in woord en geschrift niet onnodig grievend uit te laten.
- Bij geschil tussen beroepsgenoten dient strijd by media te worden voorkomen. Verstrekking van informatie aan media is daarbij niet toegestaan. Indien de plastisch chirurg afschriften aan een ander verstrekt, dient hij zich ervan te vergewissen dat deze derde zich jegens hem verplicht deze afschriften niet direct of indirect verder te verstrekken.
- De plastisch chirurg volgt het beroepsmatig handelen van collegae kritisch en stelt dat handelen ter discussie als daartoe aanleiding is. Hij spreekt collegae erop aan als hij meent dat zij in strijd met de bepalingen van de beroepscode handelen of hebben gehandeld. Hij zorgt dat de belangen van patiënten door dit aanspreken niet worden geschaad. De plastisch chirurg dient geen klacht in tegen een collega voordat hem is gebleken dat deze collega weigert zijn handelen te verantwoorden in een collegiaal dispuut of volhardt in het veronderstelde onjuiste handelen. Bij volharding in het veronderstelde onjuiste handelen dient naast het stafbestuur, de Raad van Bestuur van het desbetreffende ziekenhuis dan wel het bestuur van de (prive-)kliniek en tevens het bestuur van de NVPC hiervan op de hoogte te worden gesteld.
- De plastisch chirurg onttrekt zich niet aan de behandeling van een klachtenprocedure, als die tegen hem wordt ingesteld. Hij zal naar beste weten de vragen van de Colleges beantwoorden en aan hun verzoeken voldoen.
- In alle gevallen waarin deze gedragscode niet voorziet, beslist het bestuur van de NVPC.

Bijlage 3.

Gedragregels voor plastisch chirurgen (in opleiding) met betrekking tot gunstbetoon en dienstverlening door de industrie. (zie B4.2c)

Inleiding

In het kader van Kwaliteit heeft het bestuur van de NVPC gedragsregels over de verhouding tussen de plastisch chirurg en de industrie opgesteld voor alle plastisch chirurgen (i.o.). Als basis voor deze gedragsregels werden regels van de KNMG, de Orde van Medisch Specialisten, het Reclamebesluit Geneesmiddelen 31 oktober 1994 en de Code Geneesmiddelen Reclame (CGR) 2003 gehanteerd. Ook werden de regels van de AAOS in de voorbereidingen betrokken. Op 5 maart 2003 werden de door het Ministerie van VWS en de Stichting CGR opgestelde normen voor geneesmiddelen reclame met betrekking tot gunstbetoon, gepubliceerd in de Staatscourant en werd daarmee wet. De gedragsregels vallen onder de Nederlands fiscale regels.

Uitgangspunten

Voor een optimale patiëntenzorg is samenwerking tussen de plastisch chirurg en de industrie noodzakelijk. De plastisch chirurg draagt zorg en verantwoordelijkheid voor de patiënt en stelt zich oprecht en onafhankelijk op. Zijn onafhankelijkheid in de patiëntenzorg moet gewaarborgd zijn. Hij laat zich niet oneigenlijk beïnvloeden.

De plastisch chirurg laat zich bij zijn beroepsuitoefening leiden door:

- Bevordering gezondheid en welzijn van de mens
- Kwaliteit van zorg
- Respect voor zelfbeschikking van de patiënt
- Belang volksgezondheid

De plastisch chirurg onderhoudt een open en integere relatie met het bedrijfsleven en voorkomt belangenverstrengeling die de patiënt kan schaden. Ook de plastisch chirurg dient er zich van bewust te zijn dat de normen op gedetailleerd niveau regelen wat en in welke mate en onder welke omstandigheden is toegestaan.

Toepassingsnormen gunstbetoon

Onder gunstbetoon wordt verstaan het in het vooruitzicht stellen, aanbieden of toekennen van diensten, geld of op geld waardeerbare goederen, teneinde het voorschrijven, de verkoop of het afleveren van een geneesmiddel of hulpmiddel te bevorderen, of het met hetzelfde doel doen van een aanbod hiertoe door een beroepsbeoefenaar.

In het kader van deze gedragsregels wordt gunstbetoon besproken in relatie tot de volgende onderwerpen:

- Giften.
- Sponsoring congresbezoek/wetenschappelijke bijeenkomsten en organisatie daarvan.
- Sponsoring wetenschappelijk onderzoek.
- Gastvrijheid.
- Instructiecurssussen chirurgische techniek en implantaten.
- Vergoedingen adviezen, consultancies.
- Relatie productgebruik / vergoedingen.

Ad 1. Giften

(Zie ook: Aanbevelingen om het accepteren van ongewenst gunstbetoon te voorkomen)

Geschenken die worden gegeven of ontvangen zijn van geringe waarde en van betekenis voor de uitoefening van de geneeskunde. Het geschenk mag niet alleen in de privé-sfeer te gebruiken zijn, maar moet een functie hebben in de praktijk van de ontvanger. De giften, winkelwaarde inclusief BTW worden over het totale bedrag per jaar beoordeeld. De beoordeling vindt plaats:

- Per beroepsbeoefenaar,
- Per bedrijf,
- Per therapeutische klasse (hieronder wordt verstaan: een ATC-hoofdgroep, zijnde het eerste niveau van het "Anatomical Therapeutic Chemical" classificatiesysteem van de World Health Organisation.),
- Per klasse implantaat, injectable of uitwendig hulpmiddel.

Ad 2. Sponsoring wetenschappelijke bijeenkomsten en overige manifestaties en organisatie daarvan.

Er dient onderscheid te worden gemaakt tussen wetenschappelijke bijeenkomsten (congresbezoek) en overige manifestaties.

Definitie wetenschappelijke bijeenkomst:

- Door de wetenschappelijke vereniging of een van de industrie onafhankelijke en door de betrokken beroepsgroep erkende instantie als wetenschappelijk aangemerkt.
- Organisatie is in handen van een samenwerkingsverband van beroepsbeoefenaren, wetenschappelijke organisaties of andere van de industrie onafhankelijke groeperingen of instanties.
- Organisatie door een bedrijf met een preventieve beoordeling op inhoud en de te verlenen gastvrijheid door CGR.

Een essentiële rol speelt het evenwicht tussen het wetenschappelijk programma en de overige onderdelen.

Begrip wetenschappelijke bijeenkomst in tegenstelling tot overige bijeenkomsten:

- Relevant is de inhoud en niet de organisator.
- Accreditatie door een erkende instantie, zoals een wetenschappelijke vereniging,
of:
- Onafhankelijke organisatie,
of:
- Preventieve beoordeling door CGR.

Voorwaarden

De organisator bepaalt, geheel onafhankelijk van het betrokken bedrijf:

- Inhoud.
- Keuze sprekers.
- Keuze locatie.
- Duur bijeenkomst.
- Doelgroep.

Regels voor sponsoring

Redelijke gastvrijheid per keer met een redelijk totaal bedrag per jaar per beroepsbeoefenaar, per therapeutische klasse en per bedrijf.

Of als alternatief: de beroepsbeoefenaar draagt tenminste 50% van alle kosten (reis-en verblijfkosten en de kosten van deelname) zelf

- Eventuele banden tussen sprekers en industrie zijn vooraf bekend.
- Vertegenwoordigers van het bedrijf zijn herkenbaar (badge).
- Gastvrijheid is ondergeschikt aan het hoofddoel.
- Juridische of andere relaties tussen organisator en industrie, die de financiële bijdrage leveren, moeten transparant zijn en mogen de onafhankelijkheid van de organisator niet aantasten.

Overige manifestaties

Overige manifestaties zijn samenkomsten met een uitsluitend beroepsmatig **en** wetenschappelijk karakter **en** mag zich niet uitstrekken tot anderen dan beroepsbeoefenaren.

De gastvrijheid is ondergeschikt aan het hoofddoel. Redelijke gastvrijheid per keer met een redelijk totaal bedrag per jaar per beroepsbeoefenaar, per therapeutische klasse en per bedrijf.

Ad 3. Sponsoring wetenschappelijk onderzoek

Het doel van wetenschappelijk onderzoek is het continu streven naar uitbreiding medische kennis en bekwaamheid en deze beschikbaar maken voor patiënten en collega's.

Het wetenschappelijk onderzoek voldoet aan de volgende eisen:

1. Gecontroleerde wetenschappelijke kwaliteit van het onderzoek, goedkeuring METC,

2. Medisch experiment, goedkeuring METC,
3. Belang patiënt altijd boven belang onderzoek,
4. Geen belangenverstrengeling die de patiënt kan schaden,
5. Beloning arts is evenredig in verhouding tot geleverde inspanning.

Arts en wetenschappelijk onderzoek bij onderzoek met mensen:

- (a) Toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger is vereist.

Relatie plastisch chirurg met industrie en handelsorganisaties

Uitgangspunten ethische richtlijnen:

- (b) Hoofdzaak en hoofddoel: de zorg voor de patiënt,
- (c) Een integere arts- patiëntrelatie is de basis voor alle ethische kwesties en discussies,
- (d) Conflict of interest wordt altijd opgelost in het voordeel van de patiënt.

Voorwaarden gunstbetoon in het kader van wetenschappelijk onderzoek

- (a) Alles van enige waarde inclusief de royalties die een plastisch chirurg (i.o.) ontvangt van de industrie dienen aan de patiënt kenbaar te worden gemaakt.
 - Het is onethisch (en verboden) als plastisch chirurg (i.o.) vergoedingen te ontvangen van de industrie voor het gebruik van speciale materialen en / of medicatie. Hiervan zijn royalties uitgezonderd.
 - Het terugbetalen van administratiekosten voor onderzoek binnen correct verrichte wetenschappelijke trials is wel acceptabel.

Sponsoring

Bijlage 5. Gedragscode voor fondsenwerving in de zorgsector is van toepassing.

Bijlage 6. Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen sponsoring van wetenschappelijk onderzoek en gunstbetoon.

Bijlage 7. Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen individuele sponsoring en collectieve sponsoring.

Bij collectieve sponsoring is deze gedragscode niet van toepassing.

Ad 4. Gastvrijheid

Tot gastvrijheid wordt gerekend eten en drinken, alsmede de tegemoetkoming in de kosten die deelnemers maken om aan een manifestatie of bijeenkomst deel te nemen, zoals de vergoedingen van reis- en verblijfkosten in dit verband en inschrijfkosten.

1. Gastvrijheid dient binnen redelijke perken te blijven.
2. Gastvrijheid is ondergeschikt aan het hoofddoel van de samenkomst.
3. De gastvrijheid mag zich niet uitstrekken tot anderen dan beroepsbeoefenaren.

Ad 5. Instructiecurssussen chirurgische techniek en implantaten

Instructie over chirurgische technieken en implantaten zijn van essentieel belang voor de kwaliteit van zorg die door de plastisch chirurg wordt verleend. Informatie en training, die door de industrie wordt verzorgd speelt hierin een belangrijke rol en is van andere aard dan informatie over geneesmiddelen. Daar deze informatie voor de plastisch chirurg en zijn patiënten van essentieel belang is, moet deze informatie voor de plastisch chirurg, ook als deze informatie bij voorbeeld alleen in het buitenland te verkrijgen is, toegankelijk zijn. De bovenstaande NVPC gedragsregels zijn hierop van toepassing. De vergoedingen van kosten voor gastvrijheid bedragen ten hoogste de geaccepteerde bedragen voor wetenschappelijke bijeenkomsten.

Ad 6. Vergoedingen, adviezen, consultancies.

Uitgangspunt hoort te zijn dat de beloning voor door beroepsbeoefenaren geleverde diensten in redelijke verhouding moet staan met de geleverde prestatie.

Honorering dienstverlening arts

1. Dienstverleningsovereenkomst dient schriftelijk te worden vastgelegd.
2. Doel en uitvoering van de dienst dient helder te zijn omschreven.
3. Redelijke verhouding tussen werkzaamheden en vergoeding.
4. Vergoeding van redelijke onkosten.

Ad 7. Relatie productgebruik / vergoedingen

Het is altijd onethisch en verboden als plastisch chirurg (i.o.) vergoedingen te ontvangen van de industrie of anderen voor het gebruik van hulpmiddelen, implantaten, speciale materialen en / of medicatie. Hiervan zijn royalties uitgezonderd.

Het is niet toegestaan royalty's te ontvangen over implantaten of andere hulpmiddelen, die door de plastisch chirurg (i.o.) zelf of in zijn of haar kliniek gebruikt of voorschreven worden.

Bijlage: Aanbevelingen om het accepteren van ongewenst gunstbetoon te voorkomen

1. Geen giften accepteren met voorwaarden.
2. Nooit cash geld accepteren.
3. Studiematerialen, studieboeken zijn acceptabel.
4. Individuele sponsoring van een artsenvertegenwoordiger aan een arts kan een ongewenste relatie creëren en is ongewenst.
5. Gezamenlijk ontvangen sponsorgelden moeten worden aangewend om de registratiekosten van symposia te verminderen en zijn acceptabel mits de symposia voldoen aan gestelde voorwaarden.
6. Individuele sponsoring voor deelname aan symposia is ongewenst.
7. Sponsoring direkt of indirekt voor reis-, verblijf-, of persoonlijke kosten is ongewenst.
8. Compensatie voor gederfde werkzaamheden of tijd is ongewenst.
9. Een redelijk honorarium, terugbetaling van redelijke reiskosten, verblijfkosten tijdens conferenties voor leden van de faculty is acceptabel.
10. Studiebeurzen of andere fondsen om assistenten in opleiding te kunnen laten deelnemen aan zorgvuldig geselecteerde educatieve conferenties is gepermitteerd zolang deze selectie is gedaan door de betreffende opleider.

Bijlage 4

Gedrageregels openbaarmaking financiële relaties, stichting CGR (zie B4.2d)

Gedrageregels openbaarmaking financiële relaties

- Begripsbepalingen* 0. De begrippen in deze gedragsregels komen overeen met de begripsbepalingen in de Gedragscode Geneesmiddelenreclame en de Gedragsregels Sponsoring.
- Financiële relatie* 1. Onder financiële relatie wordt in deze gedragsregels verstaan het direct of indirect verstrekken door een vergunninghouder van een financiële of op geld waardeerbare vergoeding aan een in Nederland gevestigde en/of praktiserende beroepsbeoefenaar, samenwerkingsverband van beroepsbeoefenaren en/of instelling waarin beroepsbeoefenaren participeren dan wel werkzaam zijn. Deze gedragsregels zijn van toepassing op financiële relaties die voortvloeien uit de navolgende overeenkomsten:
- Dienstverleningsovereenkomsten tussen een vergunninghouder en (samenwerkingsverbanden van) beroepsbeoefenaren, overeenkomstig artikelen 16 en 20 van de Gedragscode Geneesmiddelenreclame alsmede artikel 3 van de CGR Richtlijnen Niet-WMO-plichtig onderzoek en Onderdeel D van de Uitwerking Normen Gunstbetoon;
 - Sponsoringsovereenkomsten tussen een vergunninghouder en samenwerkingsverbanden van beroepsbeoefenaren en/of instellingen waarin beroepsbeoefenaren participeren dan wel werkzaam zijn, overeenkomstig artikel 12 laatste zinsnede van de Gedragscode Geneesmiddelenreclame, alsmede onderdeel C van de Uitwerking Normen Gunstbetoon en de Gedragsregels Sponsoring.
- Met de onder (a) en (b) genoemde overeenkomsten worden in deze gedragsregels vereenzelvigd overeenkomsten die niet op naam maar door een derde in opdracht van een vergunninghouder zijn aangegaan, waarbij deze gedragsregels worden toegepast alsof deze overeenkomsten wel op naam van de vergunninghouder zijn aangegaan.
- Openbaarmaking* 2. Indien het totale bedrag uit hoofde van een of meerdere financiële relaties tussen een vergunninghouder en een beroepsbeoefenaar, samenwerkingsverband van beroepsbeoefenaren en/of instelling waarin beroepsbeoefenaren participeren dan wel werkzaam zijn hoger is dan € 500,-- per kalenderjaar, wordt met betrekking tot de betrokken financiële relatie(s) door partijen eens per jaar binnen 3 maanden volgend op het kalenderjaar waarop tussen partijen de relatie(s) ten uitvoer is/zijn gebracht, het volgende openbaar gemaakt:
- de aard van de overeenkomst overeenkomstig de door de CGR vastgestelde selectietabel en het kalenderjaar waarin de overeenkomst is uitgevoerd, en
 - de naam en het vestigingsadres en/of KvK-nummer van de vergunninghouder, en
 - voor dienstverleningsovereenkomsten als bedoeld in artikel 1(a):
 1. de persoonsgegevens (naam, specialisatie en werkadres) van de beroepsbeoefenaar die feitelijk de diensten heeft uitgevoerd (ongeacht of deze beroepsbeoefenaar ook de

	<p>ontvanger is van de betaalde bedragen) en het totaalbedrag van de aan deze beroepsbeoefenaar betaalde en/of als feitelijk uitvoerder toegerekende honorarium (excl. evt. onkostenvergoedingen) in het betreffende kalenderjaar, beide op voorwaarde dat voornoemd totaalbedrag in het betreffende kalenderjaar hoger is dan € 500,- ; en</p> <p>2. de gegevens (naam, vestigingsadres en/of KvK-nummer) van het samenwerkingsverband van beroepsbeoefenaren en/of instelling waarin beroepsbeoefenaren participeren dan wel werkzaam zijn , en het hieraan betaalde totaalbedrag in het betreffende kalenderjaar, voorzover de dienstverleningsovereenkomst is afgesloten met een samenwerkingsverband of instelling; en</p> <ul style="list-style-type: none"> • voor sponsoringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 1(b): de gegevens (naam, vestigingsadres en/of KvK-nummer) van het samenwerkingsverband of de instelling waarmee de financiële relatie bestaat, alsmede de hieraan betaalde gelden in het betreffende kalenderjaar.
<i>Schriftelijke vastlegging</i>	<p>3. De financiële relatie die openbaar moet worden gemaakt is in een schriftelijke overeenkomst vastgelegd, waarbij in ieder geval uit de overeenkomst blijkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de openbaar te maken gegevens als omschreven in artikel 2; • de wijze waarop en door wie de in artikel 2 omschreven gegevens openbaar worden gemaakt.
<i>Wijze van openbaarmaking</i>	<p>4. Openbaarmaking conform artikel 2 vindt plaats door de partij die op basis van de in artikel 3 bedoelde overeenkomst daartoe is verplicht in het daarvoor ingerichte centrale register voor het registreren van financiële relaties.</p>
<i>Interne procedure</i>	<p>5. De vergunninghouder voorziet in een adequate interne procedure in het kader waarvan de openbaarmaking van haar financiële relaties wordt getoetst aan de bepalingen uit deze gedragsregels.</p>
<i>Jaaroverzicht</i>	<p>6. De vergunninghouder zal iedere beroepsbeoefenaar, samenwerkingsverband van beroepsbeoefenaren en/of instelling waarin beroepsbeoefenaren participeren dan wel werkzaam zijn, waarmee een financiële relatie is overeengekomen, binnen drie maanden na het kalenderjaar een jaaroverzicht ter beschikking stellen van de conform artikel 2 openbaar te maken c.q. openbaar gemaakte gegevens.</p>
<i>Duur van de openbaarmaking</i>	<p>7. De openbaarmaking conform artikel 2 en artikel 4 geldt voor een periode van 3 jaar. Na 3 jaar worden de gegevens door de beheerder van het centrale register verwijderd.</p>
<i>Inwerkingtreding</i>	<p>8. Deze gedragsregels treden in werking op 1 januari 2012.</p>