

KWALITEITSJAARVERSLAG 2025



Inhoud

Inleiding	3
1. Algemeen	4
1.1 Algemene informatie	4
1.2 Medisch personeel.....	5
1.3 Verwijzers en samenwerkingen van Huid Medisch Centrum.....	6
2. Kwaliteit, beleid en veiligheid	7
2.1 Kwaliteitsmanagementsysteem	7
2.2 Veiligheidsmanagementsysteem	7
2.3 Klachten	8
2.4 Resultaten van audits.....	8
2.5 Aanwijzing Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd.....	10
2.6 Klanttevredenheid	11
2.7 Risico's en onzekerheden	11
2.8 Maatschappelijke aspecten	11
2.9 Interne en externe ontwikkelingen.....	11
2.10 Realisatie kwaliteitsdoelstellingen voor 2025	12

Inleiding

Huid Medisch Centrum is een samenwerking van Amsterdam UMC en Centrum Oosterwal. In Huid Medisch Centrum wordt in de volle breedte dermatologische zorg aangeboden.

De dermatologische afdelingen van AMC en VUmc hebben in 2018 de huisarts verwezen zorg verplaatst naar Huid Medisch Centrum. Dit expertise centrum is mede ontstaan uit de wens van de overheid en zorgverzekeraars om de laag complexe zorg uit de academie te plaatsen in het kader van de doelstelling 'de juiste zorg op de juiste plek'.

Door de samenwerking kan Amsterdam UMC de opleidingsfunctie voor de dermatologie waarborgen, alsmede het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek op dermatologisch gebied.

Het kwaliteitsmanagementsysteem is verweven in de werkzaamheden en functioneerde in 2025 naar tevredenheid.

Managementteam Huid Medisch Centrum

1. Algemeen

1.1 Algemene informatie

Locaties

Huid Medisch Centrum Amsterdam Zuid Oost
Paasheuvelweg 28

Huid Medisch Centrum Amsterdam West
Osdorpplein 358

Huid Medisch Centrum Amsterdam Watergraafsmeer
Linnaeushof 6

Website: www.huidmedischcentrum.nl

Telefoonnummer 020 – 215 60 60

Instelling voor Medisch Specialistische Zorg

Huid Medisch Centrum heeft een erkenning door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport als instelling voor Medisch Specialistische Zorg. Huid Medisch Centrum heeft een Wtza-vergunning onder AGB-nummer 22220978.

Missie en beleid

Huid Medisch Centrum wil een toonaangevend centrum zijn in het bieden van kwalitatief hoogwaardige dermatologische medisch specialistische zorg in een persoonlijke en servicegerichte omgeving. Patiënt gerichte zorg met als uitgangspunt dat wij de patiënt in staat stellen om zelf te kunnen meebeslissen. Iedereen streeft ernaar om de patiënt op een zo goed mogelijke wijze te behandelen onder het motto - behandel mensen zoals je zelf ook behandeld zou willen worden.

Onze missie luidt als volgt: “Het leveren van dermatologische en flebologische zorg in de volle breedte, waarbij kwaliteit, klantvriendelijkheid en flexibiliteit centraal staan”.

Governance - bestuur & toezicht

Huid Medisch Centrum heeft een eenhoofdig bestuur met een driehoofdige Raad van Toezicht.

Bestuurder

Dhr. S.J.W. Gaastra MBA/MBI

Toezielhouders

Drs. S.J.J. Koomen

Dr. B.J.H. Dierick

Dr. Ir. F. Beeftink

Mr. S.G. van de Vusse (voorzitter) MBV

Zorgverzekeraars – contracten

Huid Medisch Centrum heeft met alle zorgverzekeraars in Nederland een contract. Op de website is conform wettelijke verplichting de passantenprijslijst gepubliceerd.

1.2 Medisch personeel

Het team bestaat uit doktersassistenten, dermatologen, flebologen en internist-allergologen.

Naam		BIG registratienummer
Medisch specialisten en basisartsen 2025		
Marcel Bekkenk	Dermatoloog/ supervisor	49048415001
Menno Gaastra	Dermatoloog/ supervisor	99042012001
Edwin van Leent	Dermatoloog/ supervisor	59045236301
Jan Mekkes	Dermatoloog/ supervisor	79022732301
Norbert Ipenburg	Dermatoloog/ supervisor	09919164001
Markus Starink	Dermatoloog/ supervisor	79061391001
Annelinde Terlouw	Dermatoloog/ supervisor	19909390801
Sanne Uitentuis	Dermatoloog/ supervisor	79921980501
Albert Wolkerstorfer	Dermatoloog/ supervisor	69044366301
Alexander Lokin	Dermatoloog/Supervisor	19920287601
Tim van der Houwen	Internist allergoloog/supervisor	49918336201
Anna Haersma de With	Dermatoloog	39923451701
Nathalie Boogaards	Dermatoloog	79911878001
Michiel Toxopeus	Dermatoloog	19064658501
Marjon van Gasselt	Dermatoloog	59021040101
Peter Lee	Dermatoloog	09061517901
Judith Serrarens	Dermatoloog	49064386001
Pascal Pronk	Fleboloog	19065129601
Louise Gerbens	Dermatoloog	09916357801
Philippe Smeets	Dermatoloog	29922313601
Goran van Rooijen	Dermatoloog/Mohs	49916076901
Charlotte Chandeck	Dermatoloog/Mohs	49915486001
Irene Holtslag	Dermatoloog/Mohs	29911859801
Thijs Siegenbeek van Heukelom	Dermatoloog	59917963101
Artsen in opleiding tot medisch specialist		
Kelly Kwa	Arts-assistent	79916264201
Ayla de Waal	Arts-assistent	99930825801
Qiqi Yin	Arts-assistent	19924068801
Silvia Nieuwenburg	Arts-assistent	29921013201
Madena Shareef	Arts-assistent	29928638001
Astrid van Huizen	Arts-assistent	79924817101
Nicoline van Buchem-Post	Arts-assistent	29924995001
Romy Schuttevaer	Arts-assistent	99930516101
Annelie Musters	Arts-assistent	99926916401
Ginger Beau Langbroek	Arts-assistent niet in opleiding	29925823201
Phillipos Thomopoulos	Arts-assistent	79927397501

1.3 Verwijzers en samenwerkingen van Huid Medisch Centrum



Adherentie gebied verwijzers Huid Medisch Centrum 2025 (bron Zorgdomein).

Onze top 25 verwijzers bestaat net als voorgaande jaren uit huisartsen uit de directe omgeving opgevolgd door de regio groot Amsterdam. Het aantal verwijzingen is stabiel.

Wetenschappelijk onderzoek

Er is een nauwe samenwerking met Amsterdam UMC voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. Hierdoor kan ook de patiëntenpopulatie van Huid Medisch Centrum worden geïncludeerd. De coördinatie ligt bij de onderzoeksverpleegkundigen van de afdeling dermatologie van het Amsterdam UMC.

Deelname aan wetenschappelijk onderzoek 2025

Studie: Prospectief register systemische therapie en lichttherapie voor kinderen en volwassenen met atopisch eczeem (TREAT NL).

Inclusie: Patiënten met atopisch eczeem die vanwege onvoldoende ziektecontrole met topicale therapie in aanmerking komen voor systemische behandeling of lichttherapie.

Studie: De UPDATE trial onderzoekt de (kosten)effectiviteit en veiligheid van NB-UVB in combinatie met optimale topicale therapie (OTT), wanneer wordt vergeleken met OTT alleen, in patiënten met mild tot ernstig atopisch eczeem onder standaard topicale therapie. De UPDATE trial bekijkt de korte- en langetermijn effectiviteit, kosteneffectiviteit en veiligheid van NB-UVB+OTT versus OTT.

Inclusie: Patiënten met atopisch eczeem (voldoen aan de UK Working Party criteria) die mild tot ernstige klachten hebben ($EASI \geq 7$, $IGA \geq 2$) onder standaard topicale therapie.

2. Kwaliteit, beleid en veiligheid

2.1 Kwaliteitsmanagementsysteem

Het kwaliteitssysteem staat stevig in de organisatie en functioneert naar tevredenheid. Als directie hebben we goed zicht op risico's, lopende verbeteracties en incidenten die onze directe aandacht behoeven. De verschillende interne audits op het gebied van infectiepreventie, medicatie management, ADR en facilitair management geven het beeld van een goed werkende organisatie.

Het risico denken en signaleren van kansen is in de organisatie verweven. Medewerkers binnen onze organisatie zijn niet bevreesd om afwijkingen, tekortkomingen of fouten te melden. Ze worden in werkoverleggen besproken, waarna er gezamenlijk wordt nagedacht over mogelijke verbetermaatregelen. De verantwoordelijkheden zijn door een platte organisatie laag in de organisatie belegd waardoor deze zeer slagvaardig is en zaken snel kunnen worden opgepakt. De digitale verbetermodule helpt om de PDCA cyclus te borgen en de oplossingen te evalueren en bij te stellen.

2.2 Veiligheidsmanagementsysteem

Goede zorg is veilige zorg. Naast hoge inhoudelijke medische kwaliteit willen wij vanzelfsprekend ook veilige zorg leveren. Met ons veiligheidsmanagement systeem (VMS) monitoren en beheersen wij onze processen aangaande de veiligheid van patiënten en medewerkers. De kern van een VMS is het signaleren van risico's en het analyseren en voorkomen van incidenten. Het VMS is erop gericht de risico's voor de patiënt te beheersen en schade aan de patiënt te voorkomen. Voor het streven naar continue en blijvende verbetering wordt gewerkt met een verbetercyclus.

Veilig Incident Melden (VIM) is een belangrijk onderdeel van het Veiligheid Management Systeem. Het Veilig Incidenten Melden is bedoeld om organisatie breed en op locatieniveau zicht te krijgen op oorzaken van ongewenste gebeurtenissen (risico's) in het zorg- en behandelproces. Hierin staan organisatorische of systeemproblemen centraal. Door analyse van incidenten en bijna incidenten is het mogelijk risico's inzichtelijk te maken, onderliggende oorzaken op te sporen en weg te nemen door het inzetten van verbeteracties. De patiëntenzorg wordt op die manier veiliger gemaakt.

Een calamiteit wordt gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

In 2025 werden er in het totaal 61 VIM meldingen in ons systeem gemeld. Op Paasheuvelweg 52 meldingen, Osdorpplein 5 meldingen, Linnaeushof 4 meldingen. Drieëndertig meldingen kregen de risicoclassificatie zeer laag, 16 laag, 7 midden, 1 hoog en in 4 gevallen werd er geen risicoclassificatie ingevuld.

Overzicht Veilig Incident Melden

Categorie	Aantal
Informatiebeveiliging incidenten	28
Onderzoek	11
Behandeling	11
Communicatie	3
Dossiervoering	1
Medicatie	3
Apparatuur	2
Grens overschrijdend gedrag	2
Totaal	61

Van het aantal incidentmeldingen betreffende informatiebeveiliging zijn twee meldingen aanleiding geweest tot melding bij de Autoriteit Persoonsgegevens. De meldingen waren van dusdanige aard dat er geen onderzoek is ingesteld.

De incidenten en trends worden besproken in de diverse werkoverleggen. Binnen Huid Medisch Centrum wordt gestreefd naar een proactieve veiligheidscultuur waarin medewerkers worden gestimuleerd om (bijna) incidenten te melden om continue verbetering van kwaliteit en veiligheid in de zorg te bewerkstelligen.

Complicatieregistratie

In 2025 werden er 37 complicaties geregistreerd in de dermatologie. Dermato-chirurgie betrof 26 complicaties en Mohs chirurgie 11 complicaties. In 22 gevallen betreft dit een postoperatieve wondinfectie (soms gepaard met wonddehiscentie) op in het totaal 2598 uitgevoerde operatieve ingrepen (0,85 %). De anderen complicaties betroffen wonddehiscentie of een nabloeding na de ingreep.

In de flebologie werden 2 complicaties gemeld op totaal 289 varices ingrepen, in beide gevallen een flebitis na een EVLT ingreep.

2.3 Klachten

Er zijn 36 officiële klachten ingediend bij onze klachtenfunctionaris. Klachten van patiënten hebben over het algemeen betrekking op bejegening, bereikbaarheid, service en onvrede over het resultaat van de behandeling.

Onze klachtenfunctionaris is er in alle gevallen uitgekomen met de betrokkenen (behandelend arts en patiënt). Er waren geen corrigerende maatregelen noodzakelijk. De externe geschillencommissie van de overkoepelende organisatie Zelfstandig Klinieken Nederland hoefde in geen van de gevallen ingeschakeld te worden.

2.4 Resultaten van audits

De organisatie-brede audits zijn uitgevoerd door een auditor van Qualicor, externe experts en het centrale kwaliteitsteam (intern). Deze audits zijn gebaseerd op kwaliteitseisen en wet- en regelgeving. De processen die beoordeeld zijn hebben direct en indirect betrekking op het primaire proces, de patiëntenzorg.

Externe audit

Uit de jaarlijkse audit voor de ZKN certificering werd niet voldaan aan de wet- en regelgeving betreffende privacy en informatieveiligheid (NEN 7510). Deze toetsing door een externe auditor stond gepland op het moment van de audit en werd om deze reden als tekortkoming beschouwd. De audit heeft in december 2025 succesvol plaatsgevonden.

Infectiepreventie audit door adviseur infectiepreventie Tensen & Nolte

De hoofdlocatie wordt jaarlijks getoetst en de buitenlocaties één keer in de twee jaar. De keuze om tweejaarlijks te toetsten is omdat er geen veranderingen op deze locaties plaats hebben gevonden. Interne audits, door het centrale kwaliteitsteam, worden wel jaarlijks uitgevoerd. Dit jaar is de locatie op Linnaeushof getoetst.

Infectiepreventie is overall goed op orde. Er waren aandachtspunten met betrekking tot het toepassen van handhygiëne, opslag van dienstkleding en omtrent de inrichting en het gebruik van schoonmaakruimten/materialen.

Op de hoofdlocatie wordt het luchtbeheersplan aangepast naar de laatste versie van de SRI richtlijn luchtbehandeling op operatie kamers en behandelkamers en het luchtbehandelingssysteem doorgemeten.

ADR audit – gevaarlijke stoffen door Jan Grimbergen (Prezpunt)

Op de hoofdlocatie heeft een ADR audit gevaarlijke stoffen plaatsgevonden, voor de externe locaties werd een verklaring van gelijkgestelde onderliggende locaties afgegeven.

ADR processen zijn voldoende in de praktijk ingebed. De vastgestelde tekortkomingen omtrent het inzamelen en afvoeren van specifiek ziekenhuis afval en gevaarlijk afval zijn opgelost en is de vereiste herhaling van de training door een ADR adviseur aan medewerkers betrokken in het ADR proces gepland. Dit betreft de verzending, transport, ontvangst en opslag van gevaarlijke stoffen.

Medicatiemanagement audit door apotheker Pharmacor

Uit de audit medicatiemanagement is gebleken dat opslag en gebruik van (risico) medicatie op orde is. Een aandachtspunt is het registreren en controleren van de houdbaarheid van multidose-preparaten, dit werd niet structureel geconstateerd. Vanuit het oogpunt van duurzaamheid wordt geadviseerd om lagere voorraadniveaus te hanteren. De verbeterpunten zijn opgenomen in de verbetermodule en opgepakt door de coördinator van de doktersassistenten.

Interne audits

Er zijn interne audits uitgevoerd op de zorg gerelateerde thema's infectiepreventie, medicatiemanagement, facilitair management en gevaarlijke stoffen ADR. De audits zijn uitgevoerd door het centrale kwaliteitsteam in samenwerking met de operationeel manager. De onderwerpen waren op alle locaties op orde op een aantal aandachtspunten na. De aandachtspunten zijn teruggekoppeld aan de teams in werkoverleggen en indien noodzakelijk opgenomen in de verbetermodule. De interne audits zijn apart gedocumenteerd.

RI&E

De risico inventarisatie is geactualiseerd door het managementteam. Doordat er geen Arbo gerelateerde wijzigingen hebben plaatsgevonden in de organisatie zijn er geen nieuwe risico's toegevoegd.

Dossieronderzoek

Er is door het centrale kwaliteitsteam een dossieronderzoek uitgevoerd over het perioperatieve proces. Uit het dossieronderzoek naar het perioperatieve proces blijkt dat op meerdere onderdelen verbeteringen zijn doorgevoerd. De aandachtspunten op het gebied van patiëntveiligheid, dossiervoering en medicatieveiligheid zijn gedeeld in het werkoverleg van de artsen.

Positieve ontwikkelingen zijn zichtbaar in de verplichte registratie van de time-out- en sign-out procedure in HiX, waardoor de naleving is gestegen naar 100%. Ook de registratie van de ASA-classificatie vindt in alle onderzochte dossiers plaats. Daarnaast is een duidelijke verbetering zichtbaar in de tijdige verzending van behandelverslagen naar huisartsen.



Een risico binnen het medicatieverificatie proces is dat medicatie nog regelmatig als vrije tekst wordt geregistreerd, in plaats van in de daarvoor bestemde modules. Dit vereist dat contra-indicaties en allergieën handmatig worden gecontroleerd.

2.5 Aanwijzing Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd

De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd heeft in maart 2025 een aanwijzing gegeven aan Huid Medisch Centrum omdat twee voormalig werkzame dermatologen niet in alle gevallen volgens de richtlijnen hebben gehandeld bij de behandeling van huidkanker. Het betreft twee mannelijke dermatologen die op de locaties Reguliersgracht en Linnaeushof patiënten hebben behandeld. De ene dermatoloog in de periode 2020 – 2021, de andere in de periode 2020 – 2024. Beide dermatologen zijn niet meer werkzaam bij Huid Medisch Centrum. Huid Medisch Centrum is aangesproken op het feit dat er onvoldoende maatregelen zijn genomen om de naleving van de richtlijnen door deze dermatologen te borgen.

Daarnaast is het bestuur verzocht om aantoonbaar zorg te dragen dat de vakgroep dermatologie handelt conform de landelijke Nederlandse Vereniging Dermatologie en Venereologie (NVDV) richtlijnen inzake de behandeling van huidkanker, alsmede de opvolging daarvan.

Het betreft de volgende richtlijnen:

- Basaalcelcarcinoom, richtlijn van de NVDV;
- Plaveiselcelcarcinoom, richtlijn van de NVDV;
- Melanoom, richtlijn van de Nederlandse Melanoom Werkgroep (NMW) van de NVDV.

Voor de opvolging van de aanwijzing zijn drie plannen van aanpak opgesteld.

1. De inventarisatie van patiënten die zijn behandeld voor huidkanker door twee dermatologen in 2020-2024. Hierna groep 1 genoemd.
2. De inventarisatie van patiënten die zijn behandeld voor huidkanker door twee dermatologen vóór 2020. Hierna groep 2 genoemd.
3. Het monitoren van het medisch handelen volgens de richtlijnen.

De inventarisatie van patiënten uit groep 1 en 2 is uitgevoerd. Patienten uit groep 1 zijn schriftelijk beoordeeld en uitgenodigd voor een fysiek herbeoordeling en behandeling (waar nodig). Met betrekking tot groep 2 wordt de vraag onderzocht of het zinvol is deze patiënten op te volgen gezien de follow up termijn volgens de richtlijnen maximaal 5 jaar is.

Om het monitoren van het medisch handelen conform de richtlijnen zijn passende maatregelen geïmplementeerd, opgevolgd en worden blijvend gemonitord.

De plannen van aanpak, waarin de opvolging van de aanwijzing is beschreven, zijn uitgevoerd conform plan. De eindrapportage van de IGJ is nog niet gereed is en daardoor de aanwijzing nog niet is ingetrokken.

2.6 Klanttevredenheid

Patiënttevredenheid is gelijk gebleven. Op ZorgkaartNederland is met een gemiddeld cijfer van 9.0 (op een schaal van 1 tot 10) gescoord. In de reviews is terug gegeven dat ons personeel als professioneel, deskundig en zorgzaam wordt ervaren en men erg tevreden is over de aandacht van de arts.

2.7 Risico's en onzekerheden

Een risico voor de organisatie heeft betrekking op storingen van ICT systemen. Dit risico op storingen hebben we geëvalueerd in onze risico analyse. De risico's zijn beheersbaar, waardoor we ze accepteren. De storingen worden opgelost door de migratie van onze digitale werkplekken naar een nieuwe omgeving en het ziekenhuis informatiesysteem.

Medewerkers hebben in de risico analyse een actieve signalerende rol en bijdrage. De risico inventarisaties zijn in 2025 aangevuld met het risico 'niet handelen conform de richtlijn' en is waar nodig bijgesteld.

Door langdurige uitval door ziekte en krapte op de arbeidsmarkt is de personele bezetting in 2025 een uitdaging geweest voor Huid Medisch Centrum, met name op het secretariaat.

2.8 Maatschappelijke aspecten

Er is een duurzaamheidsproject gestart waar projectmatig wordt gekeken naar de reductie van onder andere ziekenhuisafval en het gebruik van milieuvriendelijkere medische hulpmiddelen en processen.

Huid Medisch Centrum participeert in het landelijke Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling tussen Patiënt & Professional (VIPP) om steeds beter en makkelijker data te delen met onze patiënten en andere zorginstellingen. Dit is terug te zien in de doorontwikkeling van onze patiënten applicatie. Patiënten hebben hierdoor toegang tot bepaalde gegevens van hun dossier. De volgende stap is op maat gemaakte patiënteninformatie en het kunnen delen van de eigen gezondheidsinformatie.

2.9 Interne en externe ontwikkelingen

In de afgelopen jaren is de basis gelegd voor uitwisseling van gegevens met patiënten (VIPP 5). Hiervoor is de patiënten applicatie verder door ontwikkelt. Zo is het mogelijk voor de patiënt om zijn eigen afspraak digitaal te maken. In de nieuwe versie van het Elektronische Patiënten Dossier (EPD), HiX 6.3, word overgegaan op een patiënten applicatie die hier standaard is opgenomen.

2.10 Realisatie kwaliteitsdoelstellingen voor 2025

De kwaliteitsdoelstellingen voor 2025 hebben betrekking op verder ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en deze informatie delen op de werkoverleggen.

Kwaliteitsdoelstellingen

1 Patiënten applicatie Mijn Huid Medisch Centrum

Specifiek: Inrichting en implementatie van de patiënten applicatie. Patiënt heeft inzage in zijn dossier, kan digitaal afspraken maken (en beheren) en digitaal patiënteninformatie raadplegen via de applicatie.

Meetbaar: Iedere 3 maanden wordt de voortgang van de doelstelling geëvalueerd.

Acceptabel: Stijging van het aantal gebruikers met 20% van de applicatie na de implementatiefase.

Realistisch: Ja, de uitdaging betreft de personele beschikbaarheid binnen het ICT team. Wanneer blijkt dat de ICT capaciteit dit niet toelaat, zal deze worden ondersteund door externen.

Tijdsgebonden: In december 2025 is de patienten applicatie ingericht en geïmplementeerd.

Status: De patiënten applicatie in de nieuwe versie van het EPD, HiX 6.3 bevat standaard alle functionaliteiten ten aanzien van het inzien van medische gegevens en afspraken maken en patiëntinformatie aangeboden. De huidige versie wordt daarom niet verder doorontwikkeld.

2 Kwaliteitsmonitor

Specifiek: Doorontwikkeling van dashboard Insight met de kwaliteitsindicatoren; complicaties, incidentmeldingen en post operatieve wondinfecties.

Meetbaar: Data per kwartaal middels grafieken beschikbaar stellen, delen met medewerkers en bespreken op de managementlagen van de organisatie.

Acceptabel: Ja, dit betreft een aanpassing in het digitale proces welke betrekking heeft op het ICT team. Deze zullen, wanneer blijkt dat de ICT capaciteit dit niet toelaat door personele beschikbaarheid, ondersteund worden door externen.

Realistisch: Ja, de uitdaging betreft de personele beschikbaarheid binnen het ICT team. Wanneer blijkt dat de ICT capaciteit dit niet toelaat, zal deze worden ondersteund door externen.

Tijdsgebonden: Juli 2025 zijn kwaliteitsindicatoren; complicaties, incidentmeldingen en post operatieve wondinfecties voor het centrale kwaliteitsteam in realtime te monitoren, analyseren en te volgen in ons dashboard Insight.

Status: De nieuwe versie van het EPD, HiX 6.3, heeft geen koppeling met het systeem waar het dashboard is ingericht. De kwaliteitsindicatoren zijn daarom op de huidige wijze gemonitord.