

Toetsingscriteria ZKN-Keurmerk

Toelichting opzet van het toetsingsmodel. Indien wordt verwezen naar het aanwezig zijn van een procedure, dan wordt deze geacht te zijn opgesteld, ingevoerd en intern getoetst. Een procedure kan ook bestaan in de vorm van een protocol, werkinstructie of andere vorm van vastgelegde afspraak. In het geval dat een eis voor een organisatie niet van toepassing is, dan kan dit beargumenteerd uitgesloten worden.

1. Kwaliteitsbeleid

De organisatie heeft een bij de organisatie passend (kwaliteits)beleid gedefinieerd, waarin de organisatie haar visie beschrijft op tenminste de volgende onderwerpen: het zorgaanbod in herkenbare medische disciplines, doelgroepen en behandelingen; het zorgaanbod; cliënttevredenheid; deskundigheidsbewaking en -bevordering; voorzieningen voor behandeling; infectiepreventie; continue verbetering van zorg- en dienstverlening.

2. Organisatie

2.a Binnen de organisatie zijn alle functies en hun samenhang beschreven, waarbij verantwoordelijkheden en bevoegdheden eenduidig zijn toebedeeld. Specifiek dienen te zijn vastgelegd de bevoegdheden met betrekking tot: acceptatie cliënten voor behandeling; het beoordelen en beëindigen van de behandeling; het verrichten van voorbehouden handelingen / anesthesie; het beoordelen en bewaken van de deskundigheid / medische eindverantwoordelijkheid. Voor iedere discipline, ook in het geval van samenwerkende disciplines, is een eindverantwoordelijk specialist vastgesteld.

2.b De organisatie heeft contracten afgesloten met voor de behandelingen bevoegde specialisten. Er dienen tenminste twee artsen aan de kliniek verbonden te zijn. Eén van hen is relevant specialist, die op zijn minst voor 0,5 fte in de kliniek werkzaam is. Indien meerdere specialisten verbonden zijn dienen zij daar tezamen voor tenminste 0,5 fte werkzaam te zijn. Eén of meerdere paramedische medewerkers zijn aan de organisatie verbonden, alleen of tezamen voor tenminste 1 fte.

3. Inventarisatielijst van de Inspectie van Volksgezondheid

De organisatie heeft de geldende lijst, welke de Inspectie hanteert als uitgangspunt voor beoordeling, ingevuld voorhanden. Daar waar de organisatie heeft geconstateerd niet te (kunnen) voldoen aan de van toepassing zijnde criteria, is gebruik gemaakt van het systeem voor continue verbetering.

4. Verantwoording

Jaarlijks stelt de organisatie een jaarverslag op in overeenstemming met de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

5. Publiciteit

De organisatie kan aantonen dat advertenties en overige vormen van publiciteit door feiten onderbouwd zijn.

Cliëntgebonden aspecten

6. Intake en acceptatie

5.a De organisatie hanteert een procedure voor de intake. In deze procedure zijn de inclusie en exclusiecriteria voor de acceptatie van cliënten verwerkt. Acceptatie dient door een daarvoor bevoegde medewerker te geschieden. In het geval van algehele narcose dient ook acceptatie door de anesthesioloog te geschieden. Resultaten van de intake worden in het dossier opgeslagen.

6.b De cliënt wordt voorafgaand aan een besluit tot behandelen geïnformeerd over ten minste: • resultaten en (mogelijke) gevolgen van de behandeling*; • alternatieven voor de behandeling; • financiële aspecten, inclusief mogelijkheden ten aanzien van verzekeringen*; • tijd voor overwegen, om tot een weloverwogen besluit te kunnen komen te nemen acties na besluitvorming en welke de volgende stappen zijn bij akkoord; • aanwezigheid van een privacyreglement*.

6.c De cliënt wordt voorafgaand aan de behandeling geïnformeerd over ten minste: • informatie/instructies voor de cliënt, te volgen voorafgaand aan de behandeling*; • instructies voor begeleiding, opvang en vervoer, indien relevant*; • regelingen die de organisatie hanteert voor de afhandeling van klachten*; • bereikbaarheid*.

6.d De cliënt wordt voorafgaand aan de behandeling ten behoeve van de nazorg geïnformeerd over ten minste: • instructies voor de cliënt voor na de behandeling, inclusief symptomen waarbij de cliënt contact moet opnemen* • de bereikbaarheid van de organisatie indien er complicaties optreden buiten werktijden*. De met * gemerkte onderwerpen dienen schriftelijk meegegeven te worden.

6.e De toestemming van de cliënt wordt vastgelegd in het dossier.

7. Uitvoering

7.a De cliënt wordt gedurende de voorbereiding, behandeling en nazorg binnen de kliniek door deskundigen begeleidt.

7.b Behandelingen worden uitgevoerd volgens onderbouwde protocollen. Relevante gegevens van de behandeling worden in een verslag vastgelegd volgens de binnen de beroepsgroep geldende regels. Het verslag wordt in het dossier opgenomen.

7.c Bij (algehele) narcose is de gehele tijd een anesthesioloog aanwezig. Gedurende de narcose worden de vitale functies bewaakt. Gegevens en registratie van de bewaking worden in het dossier opgenomen. Gedurende de periode op de verkoeverkamer is continue observatie door aanwezig bekwaam personeel geregeld. 6.d Voor het gebruik van lokale verdoving zijn interne afspraken vastgelegd.

7.e Toegediende medicatie wordt vastgelegd. Gebruikte medicatie is onderdeel van het interne overleg inzake de beheersing van deskundigheid.

7.f Indien van toepassing is traceerbaarheid van implantaten, medicatie en dergelijk geregeld.

7.g Binnen de organisatie wordt een procedure voor het ontslaan van cliënten gehanteerd. Ontslag geschiedt door een bevoegde functionaris. Indien medisch relevant ontvangt de cliënt informatie ten behoeve van zijn medisch dossier, welke veelal wordt beheerd door de huisarts.

7.h Voor de begeleider van een cliënt zijn voorzieningen getroffen om de tijd door te brengen.

8. Nazorg

Voor de nazorg zijn passende faciliteiten geregeld. Indien voor de opvang andere dienstverleners van belang zijn dan zijn hiermee contracten aanwezig.

Ondersteunende aspecten deskundigheid

9. Interne beheersing van deskundigheid

9.a Binnen de organisatie is voor iedere gedefinieerde disciplines van het zorgaanbod een specialist in dienst. Onder verantwoordelijkheid van de betreffende specialisten worden werkafspraken vastgelegd

voor de behandelingen, waarbij indien nodig ook andere specialisten betrokken worden. Deze afstemming van werkafspraken geschiedt met een vastgestelde frequentie. Indien meerdere medewerkers voor een discipline actief zijn vindt met een vastgestelde frequentie overleg plaats om de werkzaamheden af te stemmen en waar mogelijk te verbeteren.

9.b Indien er medische handelingen op het disciplinegebied door andere medewerkers worden verricht, dan is geregeld dat door de betreffende specialist 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. Voorbehouden handelingen worden alleen uitgevoerd door bevoegde en bekwame medewerkers. Binnen de organisatie zijn passende training- en beoordelingsregistraties voorhanden, indien de handelingen zijn gedelegeerd. Bij uitvoering van deze handelingen is een bevoegde medewerker bereikbaar.

9.c Alle medewerkers voldoen aan de eisen van de beroepsgroep, zijn waar mogelijk of nodig BIG geregistreerd en volgen passende bij- en nascholing. Van de opleiding, bij- en nascholing wordt registratie bijgehouden.

9.d Voor nieuwe medewerkers wordt een inwerkprogramma gehanteerd. Voortgang en het voldoen aan de eisen van de organisatie worden vastgelegd.

10. Externe beoordeling deskundigheid

Iedere discipline ondergaat met een vastgestelde frequentie een intercollegiale toetsing door een onafhankelijke vertegenwoordiger van de beroepsgroep. De gebruikte protocollen zijn onderdeel van de beoordeling. Frequentie geschiedt in overeenstemming met hetgeen door de beroepsgroep is bepaald. Resultaten van deze beoordeling worden vastgelegd door de beoordelende partij. Geconstateerde punten ter verbetering worden afgehandeld via het systeem voor continue verbetering. (opm: dit systeem voorziet ook in de mogelijkheid om te beargumenteren dat er geen actie genomen wordt).

11. Externe beoordeling werkwijze

11.a Indien 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. Geconstateerde punten ter verbetering worden afgehandeld via het systeem voor continue verbetering.

11.b Door de toezichthoudend apotheker wordt ten minste twee keer per jaar een beoordeling uitgevoerd. Resultaten van deze beoordeling worden vastgelegd door de beoordelende partij. Geconstateerde punten ter verbetering worden afgehandeld via het systeem voor continue verbetering.

11.c Indien binnen de instelling 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, tenminste eens per jaar. Resultaten van deze beoordeling worden vastgelegd door de beoordelende partij. Geconstateerde punten ter verbetering worden afgehandeld via het systeem voor continue verbetering.

Ondersteunende aspecten voorzieningen en (hulp)middelen

12a. Behandelruimten voldoen aan de wettelijke eisen, zoals vastgelegd in de richtlijnen van de wet Ziekenhuisvoorzieningen, en aan de eisen door de beroepsgroep gesteld.

12b. Voor de behandelruimten wordt een passend schoonmaakprotocol gehanteerd. Uitvoering wordt geregistreerd.

12.c Voor de medewerkers en de cliënten worden binnen de beroepsgroep geldende en voor het doel passende hygiëneprotocollen gehanteerd. Waar van toepassing omvatten de protocollen ook de veiligheidseisen zoals voor het gebruik van OK-gassen.

12.d Voor de opslag zijn passende voorzieningen aanwezig, zodat producten opgeslagen kunnen worden volgens de wettelijke eisen en op een wijze dat achteruitgang wordt voorkomen.

12.e Meetmiddelen worden regelmatig gecontroleerd of gekalibreerd. Registratie is voorhanden. Onderhoud van de apparatuur is geregeld. Met de betreffende leveranciers zijn onderhoudscontracten afgesloten. Indien apparatuur een meetfunctie heeft wordt zorg gedragen dat valide meetgegevens worden gegenereerd door middel van ijking en/of kalibratie. Registraties zijn voorhanden.

Omgaan met afwijkingen en continue verbetering

13. Geplande verbeteringen

Jaarlijks stelt de organisatie een jaarplan op met de voornemens voor de komende periode. Doelstellingen worden meetbaar gedefinieerd. Jaarlijks wordt ten minste één nieuwe prestatie-indicator ingevoerd.

14. Monitoring van de processen

De organisatie monitort de intern gedefinieerde prestatie-indicatoren en de met de Inspectie overeen gekomen prestatie-indicatoren. Frequentie en te accepteren grenswaarden zijn gedefinieerd. Geconstateerde afwijkingen ten opzichte van de grenswaarden wordt afgehandeld via het systeem van continue verbetering.

15. Cliënttevredenheid

De organisatie monitort de perceptie van de cliënten over de geleverde zorg- en dienstverlening. Bij deze monitoring wordt de gekozen publiciteit en de daardoor opgeroepen verwachtingen betrokken. Geconstateerde afwijkingen worden afgehandeld via het systeem van continue verbetering.

16. Noodsituaties

16a. De organisatie is ingericht om te kunnen reageren op medische noodsituaties. Benodigde middelen en getrainde/bevoegde medewerkers zijn beschikbaar. Afspraken zijn vastgelegd voor het aanmelden, vervoeren en overdragen van de cliënt(en), indien gebruik nodig wordt van een ambulance.

16b. De organisatie heeft een ontruimingsplan per locatie.

17. Afwijkingen/MIP/complicaties

De organisatie heeft een procedure voor het registreren van afwijkingen en de gekozen wijze van afhandelen. Door een goede definiëring van de verschillende afwijkingen bewerkstelligt de instelling dat deze procedure op de geëigende momenten wordt gebruikt. In deze procedure zijn de criteria voor het verplicht melden aan de Inspectie opgenomen.

18. Klachten

17a. De organisatie heeft een procedure voor het ontvangen en het afhandelen van klachten over zorg- en dienstverlening. Gedefinieerd is wat binnen de instelling als klacht wordt afgehandeld. Vastgelegd is welke functionaris verantwoordelijk is voor de klachtafhandeling.

17b. De organisatie heeft een onafhankelijke klachtencommissie in overeenstemming met de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector.

19. Continue verbetering

De organisatie heeft een procedure voor het bewerkstelligen van blijvende verbeteringen in zorg- en dienstverlening. Deze procedure voorziet tenminste in: • het bepalen van de oorzaken van afwijkingen; • het beoordelen van de noodzaak om maatregelen te treffen om te bewerkstelligen dat afwijkingen zich niet opnieuw voordoen; • het vaststellen en doorvoeren van de benodigde

maatregelen; • het registreren van de resultaten van de getroffen maatregelen; • het beoordelen van het effect van de getroffen maatregelen.

Beheer van documenten en gegevens

20. Afspraken binnen de instelling zoals handboeken/procedures/instructies en protocollen

De organisatie hanteert een procedure voor het autoriseren, beheren en wijzigen van alle documenten die de afspraken binnen de organisatie weergeven. Informatie moet op de relevante locaties in de juiste versie beschikbaar zijn.

21. Cliëntdossier

De organisatie hanteert regelingen voor het vullen, bijhouden, opslag en vernietiging van cliëntdossiers. Bewaartermijnen dienen vastgesteld te zijn en te voldoen aan de binnen de beroepsgroep gangbare en wettelijke regelingen.

22. Normen, voorschriften en richtlijnen

De organisatie heeft een overzicht met voor de instelling relevante eisen. Wijzigingen worden beoordeeld en, indien van toepassing, opgevolgd via het systeem van continue verbetering.

23. Elektronische gegevens

Door de organisatie wordt met vastgestelde frequentie zorg gedragen voor het maken van back-ups van de relevante gegevens. Netwerken zijn beveiligd tegen inbraak van buitenaf.