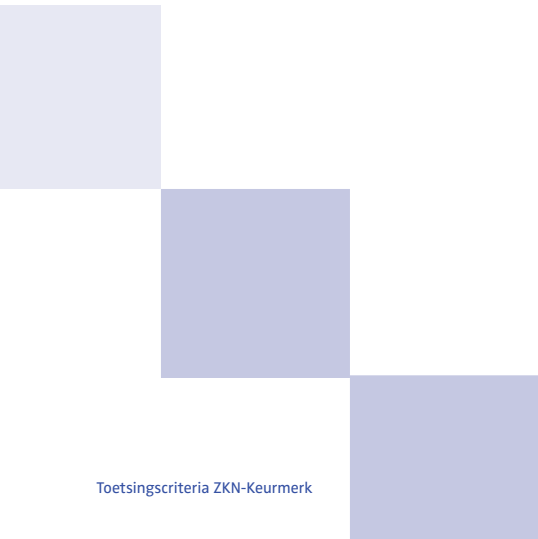


Toetsingscriteria ZKN-Keurmerk consument



Toetsingscriteria ZKN-Keurmerk consument

•





Inleiding

Uit een onderzoek van de Consumentenbond gepubliceerd in mei 2010 kwam het ZKN keurmerk als beste keurmerk in de zorg uit de bus. Alleen klinieken die aan een uitgebreide lijst van kwaliteitseisen voldoen, zoals infectie preventiemaatregelen, onderzoek naar patiënttevredenheid en snelle en efficiënte zorg, behalen en behouden het ZKN keurmerk.

De toetsingscriteria van het ZKN-Keurmerk zijn een aanvulling op de wetgeving die van toepassing is op de kliniek. Daarnaast dient te worden voldaan aan de richtlijnen en normen van de beroepsgroepen die vertegenwoordigd zijn in de organisatie.

Toelichting opzet van het toetsingsmodel.

Indien wordt verwezen naar het aanwezig zijn van een procedure, dan dient deze 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 een eis voor een kliniek niet van toepassing is, dan kan dit beargumenteerd uitgesloten worden.

Implementatietermijn

De zorgaanbieder dient vanaf de aanvang van het ZKN-kandidaat-lidmaatschap het ZKN-keurmerk binnen twee jaar behaald te hebben.

Na het behalen van het keurmerk en het ontvangst van het certificaat, verkrijgt de kliniek de status van lid ZKN. Een zelfstandige kliniek mag het ZKN-logo eerst voeren na het behalen van het ZKN-keurmerk.

Algemene eisen

1. Kwaliteitsbeleid

De organisatie heeft een bij de kliniek passend (kwaliteits)beleid gedefinieerd, waarin de kliniek haar visie beschrijft op tenminste de volgende onderwerpen:

- het zorgaanbod in herkenbare medische disciplines, doelgroepen en behandelingen;
- cliënttevredenheid;
- deskundigheidsbewaking en -bevordering;
- voorzieningen voor behandeling;
- infectiepreventie;
- voldoen aan wet- en regelgeving;
- continue verbetering van zorg- en dienstverlening.

De directie bewerkstelligt dat het beleid bekend en begrepen is door alle medewerkers binnen de kliniek.

2. Organisatie

2.a Binnen de kliniek 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 / anesthesiologische zorg;
- het beoordelen en bewaken van de deskundigheid / medische eindverantwoordelijkheid. Voor iedere discipline, is een intern verantwoordelijke specialist vastgesteld.

2.b De kliniek heeft contracten afgesloten met voor de behandelingen bevoegde medewerker(s), waarvan tenminste een BIG en MSRC geregistreerd medische specialist voor 0,4 fte in de kliniek werkzaam is. Aanwezigheid van een medisch specialist is vereist voor tenminste 0,4 fte. Indien meerdere specialisten verbonden zijn dienen zij daar tezamen ook voor tenminste 0,4 fte werkzaam te zijn. Bij de initiële audit zal dit gelden als een streefnormering. Na 12 maanden bij de opvolgingsaudit zal de norm van 0,4 fte gehaald dienen te worden. Daarnaast dient waarneming structureel te zijn geregeld.

3. Inventarisatielijst van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

De organisatie heeft de geldende inventarisatielijst, welke de Inspectie hanteert als uitgangspunt voor beoordeling van de kliniek bij het aanmelden bij de Inspectie, ingevuld voorhanden.

4. Verantwoording

Jaarlijks stelt de kliniek een jaardocument en indicatoren op in overeenstemming met de Kwaliteitswet Zorginstellingen.



5. Publiciteit

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

Cliëntgebonden eisen

6. Intake en acceptatie

- 6.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 BIG geregistreerde arts te geschieden. Indien er anesthesiologische zorg noodzakelijk is, dient er een preoperatieve screening plaats te vinden volgens de normen van de NVA. Resultaten van de intake worden in het dossier opgeslagen.
- 6.b De cliënt wordt voorafgaand aan een besluit tot behandelen geïnformeerd over tenminste:
- verwachte 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. (*per mail of met verwijzing naar de website*)
- 6.c De cliënt wordt voorafgaand aan de behandeling geïnformeerd over tenminste:
- 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 en geschillen*
 - bereikbaarheid *.

- 6.d De cliënt wordt voorafgaand aan de behandeling ten behoeve van de nazorg geïnformeerd over tenminste:
- 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*.
- 6.e De toestemming van de cliënt voor invasieve behandelingen wordt vastgelegd in het dossier volgens de WGBO.

7. Uitvoering

- 7.a De cliënt wordt gedurende de voorbereiding, behandeling en nazorg binnen de kliniek door deskundigen begeleid.
- 7.b Behandelingen worden uitgevoerd volgens onderbouwde protocollen. Relevante gegevens van de behandeling worden in het dossier vastgelegd volgens de binnen de beroepsgroep geldende regels.
- 7.c Bij anesthesiologische zorg 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, onder supervisie van een anesthesioloog; volgens richtlijnen van de NVA.
- 7.d Voor het gebruik van locale 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 en medicatie geregeld.
- 7.g Binnen de kliniek wordt een procedure voor het ontslaan van cliënten gehanteerd. Ontslag geschiedt aantoonbaar onder verantwoordelijkheid van de arts. De cliënt ontvangt informatie ten behoeve van zijn medisch dossier, wel-



ke veelal wordt beheerd door de huisarts. Op verzoek van de cliënt kan hiervan worden afgeweken.

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

8. Nazorg

Voor de nazorg zijn passende 24/7- faciliteiten geregeld.

Ondersteunende eisen deskundigheid

9. Interne beheersing van deskundigheid

- 9.a Binnen de kliniek is voor iedere discipline een intern eindverantwoordelijke specialist aangesteld. Deze specialist draagt zorg voor de interne borging van de geleverde kwaliteit van handelen op zijn vakgebied. Onder verantwoordelijkheid van deze specialist worden de werkafspraken/protocollen vastgelegd voor de behandelingen. Andere specialismen worden daarbij indien van belang betrokken. De wijze van frequentie van overleg tussen de artsen is beschreven.
- 9.b Indien er medische handelingen op het disciplinegebied door andere medewerkers worden verricht, dan is geregeld dat de intern verantwoordelijke specialist betrokken is bij de beoordeling van de betreffende medewerkers. Dit geschiedt met een vastgestelde frequentie en op basis van vastgestelde criteria. Van de resultaten van deze beoordeling wordt een individuele registratie bijgehouden.
- 9.c Voorbehouden handelingen worden alleen uitgevoerd door bevoegde en bekwaame medewerkers. Binnen de organisatie zijn passende training- en beoordelingsregistraties voorhanden, indien de handelingen zijn gedelegeerd. Bij uitvoering van deze handelingen is een arts beschikbaar.
- 9.d Alle medewerkers voldoen aan de eisen van de beroepsgroep, zijn waar mogelijk of nodig BIG geregistreerd en volgen passende bij- en nascholing. Van de oplei-

ding, bij- en nascholing wordt registratie bijgehouden.

- 9.e Voor alle 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 visitatie van de medisch specialist geschiedt binnen de kliniek. Het visitatie rapport ligt ter inzage in de kliniek. Indien visitatie niet gerealiseerd is, dan dient tenminste de aanvraag en het antwoord daarop aantoonbaar te zijn. De gebruikte protocollen zijn onderdeel van de beoordeling. De 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).

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 Indien binnen de kliniek medicatie wordt verstrekt/toegediend, dient er toezicht te worden gehouden door een apotheker. Door de toezichthoudende apotheker wordt tenminste een keer per jaar een beoordeling uitgevoerd. Resultaten van deze beoordeling worden vastgelegd. 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 uitgevoerd door iemand die aantoonbaar ervaring heeft en bekwaam en bevoegd is met het steriliseren van instrumenten en het omgaan met steriele producten.

Ondersteunende eisen voorzieningen en (hulp)middelen

- 12.a Behandelruimten voldoen aan de wettelijke richtlijnen vanuit de Stichting Werkgroep InfectiePreventie.(WIP).
- 12.b Voor de behandelruimten wordt een passend schoonmaakprotocol gehanteerd volgens de richtlijnen van de Stichting Werkgroep InfectiePreventie. Uitvoering hiervan wordt geregistreerd.
- 12.c Voor de medewerkers gelden de persoonlijke hygiëneprotocollen en de richtlijnen van de Stichting Werkgroep InfectiePreventie.
- 12.d Voor de opslag zijn passende voorzieningen aanwezig, zodat producten opgeslagen kunnen worden volgens de wettelijke eisen en op een wijze die achteruitgang voorkomt. Dit geldt eveneens voor gassen die in de operatiekamer worden gebruikt.
- 12.e Meetmiddelen worden regelmatig gecontroleerd of gekalibreerd. Registratie is voorhanden. Onderhoud van de apparatuur dient geregeld te zijn volgens de wettelijke normen. Onderhoud dient periodiek plaats te vinden, registratie hiervan is voorhanden volgens wettelijke eisen (NEN).

Omgaan met afwijkingen en continue verbetering

13. Geplande verbeteringen
Jaarlijks stelt de kliniek een plan met geplande verbeteringen op. Doelstellingen worden meetbaar gedefinieerd.

14. *Monitoring van de processen*

De kliniek bewaakt de door de Inspectie gedefinieerde kwaliteitsindicatoren.

15. *Clïenttevredenheid*

De kliniek voert periodiek een cliënttevredenheidonderzoek uit (minimaal jaarlijks).

16. *Noodsituaties*

- 16.a De kliniek 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 nodig wordt van een ambulance gebruik gemaakt.
- 16.b De kliniek heeft een ontruimingsplan per locatie en kan aantoonbaar maken dat deze voldoet (Arbo-wet Ai blad 10).

17. *Incidenten en complicaties*

De kliniek heeft een procedure voor het registreren van incidenten en complicaties (voorbeelden: MIP/FONA/VIM) en de gekozen wijze van afhandelen.

18. *Klachten*

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



- 18.b De kliniek heeft een onafhankelijke klachtencommissie in overeenstemming met de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. De kliniek is – door het ZKN-lidmaatschap – verplicht aangesloten bij de Geschillencommissie.

19. *Continue verbetering*

De kliniek 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; en
- het beoordelen van het effect van de getroffen maatregelen.

Beheer van documenten en gegevens

20. *Afspraken binnen de kliniek 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 kliniek weergeven. Informatie moet op de relevante locaties in de juiste versie beschikbaar zijn.

21. *Cliëntdossier*

De organisatie hanteert regelingen voor het vullen, bijhouden, opslaan en vernietigen 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 en wet- en regelgeving.

23. Elektronische gegevens

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

Colofon

Dit is een publicatie van de Zelfstandige Klinieken Nederland

Postbus 262

2260 AG Leidschendam

Meer informatie:

info@zkn.nl

www.zkn.nl

Overname is alleen toegestaan met correcte bronvermelding. Dit document is met de meeste zorgvuldigheid samengesteld. De ZKN aanvaardt geen aansprakelijkheid voor mogelijke gevolgen die zouden kunnen voortvloeien uit het gebruik van deze publicatie.

Grafische vormgeving:

ZKN, Marina Roos-Jansen

