

Keurmerken, certificaten en kwaliteitsverklaringen in de zorg

Een praktisch overzicht

Betere zorg
door betere informatie



Zorginstituut Nederland

Inhoudsopgave

Voorwoord

Zorggerelateerde kwaliteitsverklaringen

CCAF-keurmerk	8
Certificaat Hepatitis Behandelcentrum	10
Erkenning instellingen voor pijngeneeskunde	12
Freya pluim	14
Groene vink voor goede bloed- en lymfklierkankerzorg	16
Groene vink voor goede darmkankerzorg	18
Groene vink voor goede prostaatkankerzorg	20
Groene vink voor goede stomazorg	22
KNGF-standaarden Beweegprogramma's	24
Kwaliteitszegel Dermatologie	26
NCFS-keurmerk	28
Neokeurmerk	30
Planetree label	32
Roze Lintje	34
Smiley, Bronzen, Zilveren en Gouden	36
Spataderkeurmerk	38
TOPGGz keurmerk	40
Vaatkeurmerk	42
Waarborgzegel Fixatievrije zorginstelling	44
WHO/UNICEF-certificaat	46
Zorg voor Borstvoeding	46

4 Instellingsgerelateerde kwaliteitsverklaringen	49
CCKL-accreditatie	50
CIO-Maatstaf	52
Door Cliënten Bekeken	54
EARL-certificaat	56
EFI-certificaat	58
Erkend Audicien	60
Erkend Specialist in Zelfzorg	62
Erkenning voor audicienvestigingen	64
EurSafety kwaliteits- en transparantiecertificaat	66
Gastvrijheidszorg met Sterren	68
HKZ-keurmerken	70
INK-onderscheiding	72
ISO 15189-accreditatie	74
JACIE-accreditatie	76
JCI-accreditatie	78
Keurmerk Cliëntgestuurde Wijkzuster	80
Keurmerk Pgb-bureaus	82
Keurmerk voor apotheekhoudende huisartspraktijken	84
KNOV-Praktijkaccreditatie	86
Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen	88
LPGGz sterren Familiebeleid	90
NHG-Praktijkaccreditering	92

NIAZ-accreditatie	94	Kwaliteitsverklaringen	
OERmerk	96	voor medische hulpmiddelen	131
Keurmerk Palliatieve zorg	98	CE-markering	132
PDL-keurmerk	100	Ketenkeurmerk Persoonsgebonden	
Perspekt bronzen keurmerk in de zorg	102	Alarmeringsdiensten	134
Perspekt zilveren en gouden keurmerk in de zorg	104	Revakeur	136
PREZO Hulp bij het Huishouden	106	SEMH-erkenning	138
PREZO Informele zorg	108	TÜV Rheinland test mark	140
PREZO Verpleging, Verzorging en Thuiszorg	110	ICT-gelateerde	
Roze Loper	112	kwaliteitsverklaringen	143
Seniorvriendelijk Ziekenhuis	114	Acceptatietest	144
Sterklinieken	116	Continua certificaat	146
Wij werken mantelzorgvriendelijk	118	Data Seal of Approval	148
ZKN-keurmerk	120	EMRAM-model	150
Kwaliteitsverklaringen		Fysio-EPD keurmerk	152
voor websites	123	Groene Vink	154
HONcode	124	IHE Integration Statements	156
Onlinehulpstempel	126	NEN-informatiebeveiliging	158
SRTFEC-keurmerk	128	QAEH-erkenning	160
		XIS-kwalificatie	162
		ZSP-kwalificatie	164
		Colofon	166

Voorwoord

In Nederland zijn er honderden kwaliteitsverklaringen in de zorg te behalen. Wij realiseren ons dat het woord kwaliteitsverklaring wellicht vaag klinkt, maar onder dit containerbegrip vallen onder andere keurmerken, erkenningen, certificaten, kwaliteitszegels, kwalificaties, waarborgzegels, labels en markeringen. Ook in de zorg- en zorg-ICT-branche streven steeds meer zorginstellingen en zorgverleners naar een zo hoog mogelijk kwaliteitsniveau van hun dienstverlening, producten en organisatie. Dit willen ze ook zichtbaar maken. Voor uw beleving: de afgelopen vijf jaar zijn er gemiddeld acht kwaliteitsverklaringen per jaar bijgekomen die iets met zorg en ICT te maken hebben.

Een kwaliteitsverklaring in de vorm van een keurmerk of certificaat geeft een instelling

erkenning voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De instelling kan zich hiermee onderscheiden. Voor cliënten, klanten en patiënten biedt een kwaliteitsverklaring houvast. Zij kunnen er van uitgaan dat de kwaliteit van de erkende dienstverlening, het product of de organisatie gewaarborgd is.

Het Kwaliteitsinstituut van het Zorginstituut Nederland en Nictiz hebben een gemeenschappelijk doel: de kwaliteit van de in Nederland geleverde zorg te helpen verbeteren. Het Kwaliteitsinstituut richt zich hierbij op de zorg die door professionals of instellingen aan patiënten en cliënten wordt geleverd. De focus bij Nictiz ligt op ICT. Met deze verschillende invalshoeken is het boek 'Keurmerken, certificaten en kwaliteitsverklaringen in de zorg' ontstaan.



Wij willen voor cliënt, klant, patiënt en zorgverlener inzichtelijk maken welke keurmerken, certificeringen en kwaliteitsverklaringen van producten, diensten, instellingen en managementsystemen er in de zorg en de zorg-ICT zijn. Hiermee is ook de begrenzing van het boek aangegeven. Keurmerken voor individuele personen of die niet direct (inhoudelijk) betrekking hebben op de zorg of zorg-ICT vallen buiten de scope van dit boek. Bij elke kwaliteitsverklaring geven we ook aan hoeveel er zijn uitgegeven. Dit aantal is tijdgevoelig. In de tussentijd kunnen er nieuwe kwaliteitsverklaringen uitgereikt of bestaande ingetrokken zijn.

Wij pretenderen met de kwaliteitsverklaringen in dit boek niet volledig te zijn. Kent u relevante keurmerken, certificeringen of kwaliteitsverkla-

ringen die niet in het boek opgenomen zijn, dan nodigen we u uit om contact met ons op te nemen.

Dit boek had niet tot stand kunnen komen zonder de inzet en kennis van experts werkzaam op het gebied van kwaliteitsverklaringen in de zorgsector. We bedanken hen dan ook in het bijzonder en hopen dat u met dit boek meer grip krijgt op de grote diversiteit aan kwaliteitsverklaringen.

Lies van Gennip,
Directeur Nictiz

Diana Delnoij,
Hoofd Kwaliteitsinstituut
(Zorginstituut Nederland)

Hoofdstuk 1

Zorggerelateerde kwaliteitsverklaringen

Zorginstellingen of zorgverleners die specifieke zorg verlenen, zoals zorg voor couveusekinderen en zorg voor borstkankerpatiënten, kunnen een kwaliteitsverklaring ontvangen. Deze kwaliteitsverklaring laat zien dat zorginstellingen of zorgverleners een bepaald niveau van zorg verlenen. In dit hoofdstuk vindt u kwaliteitsverklaringen die van toepassing zijn op de geboden zorg.



Ambulante geestelijke gezondheidszorg

CCAF-keurmerk

Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) zet zich in om de toepassing van Assertive Community Treatment (ACT) en Flexibele ofwel Functie ACT (FACT) in de ambulante geestelijke gezondheidszorg te bevorderen. Uit onderzoek blijkt dat hoe beter het (F)ACT-team zich houdt aan het model van ACT, hoe beter de behandelresultaten bij patiënten zijn. Om te bevorderen dat ACT effectief, betrouwbaar en transparant wordt uitgevoerd is door de Stichting CCAF het CCAF-keurmerk in het leven geroepen.

ACT en FACT

Patiënten met ernstig psychiatrische aandoeningen (EPA), zoals een psychotische stoornis, hebben een grote kans op andere problemen zoals een verslaving, een verstandelijke handicap, een gedragsstoornis of persoonlijkheidsstoornis. Deze patiënten hebben langdurige zorg en behandeling in de eigen omgeving nodig. ACT is de oorspronkelijke 'bemoeizorg'. Zorgverleners uit allerlei disciplines werken samen in een ACT-team dat deze patiënten actieve en intensieve 'outreachende' zorg biedt. Naast ACT-teams zijn er ook 'Flexibele-ACT' (FACT)-teams. FACT-teams zijn bedoeld voor alle

patiënten in een bepaalde wijk of regio. In Nederland zijn er ongeveer 250 (F)ACT-teams actief.

Eisen

Om het CCAF-keurmerk te verkrijgen moeten ACT-teams voldoen aan kwaliteitsstandaarden op het gebied van:

- teamstructuur: bijvoorbeeld de samenstelling en de organisatie van het team;
- zorgaanbod: intensieve dagelijkse zorg door meerdere leden van het team;
- hulpverlening en samenwerking met steun-systemen.

Bij FACT-teams wordt er naast deze kwaliteitsstandaarden ook gekeken naar:

- het kunnen schakelen tussen zeer intensieve en minder intensieve zorg;
- behandeling en interventies;
- maatschappelijke zorg: bijvoorbeeld de samenwerking met andere organisaties en steun-systemen;
- monitoring: bijvoorbeeld routine outcome monitoring;
- professionalisering.

Beoordeling

Een (F)ACT-team vraagt het keurmerk aan bij de Stichting CCAF. Het team moet minimaal één jaar actief zijn om deze aanvraag te kunnen doen. Vervolgens vult het team zelf een checklist in waar de minimale vereisten voor de aanvraag in staan. Daarna meldt het team zich aan voor een audit door de Stichting CCAF. Deze audit wordt door twee personen uitgevoerd en vervolgens gecontroleerd door de commissie certificering. Als het team voldoet aan de kwaliteitsstandaarden kent de Stichting CCAF het keurmerk toe. Bij een hoge score op veel kwaliteitsstandaarden wordt op het certificaat 'optimale implementatie' vermeld. Als het (F)ACT-team net niet voldoende scoort ontvangt deze een voorlopig CCAF-keurmerk dat een jaar geldig is. Het volledige CCAF-keurmerk, al dan niet met extra vermelding, is drie jaar geldig.



EIGENAAR

Stichting Centrum Certificering ACT en FACT

INTRODUC- TIEJAAR

2009

DOELGROEP

(F)ACT-teams

KOSTEN

€ 4.500,-

AANTAL UITGEGEVEN

110 (F)
ACT-teams

GELDIGHEIDSDUUR

Drie jaar geldig

Certificaat Hepatitis Behandelcentrum

Het certificaat Hepatitis Behandelcentrum is een certificaat van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV). Het certificaat geeft aan dat het betreffende behandelcentrum zorg levert volgens de kwaliteitseisen van NVMDL en NIV. Met dit keurmerk willen NVMDL en NIV bereiken dat patiënten met chronische virale hepatitis beter behandeld en begeleid worden en dat hun kwaliteit van leven wordt vergroot. De hepatitis behandelcentra met dit certificaat vormen een landelijk netwerk waarin kwaliteit van hepatitiszorg hooggehouden wordt.

Eisen

NVMDL en NIV stellen vijftien eisen aan hepatitis behandelcentra:

- Er zijn minimaal twee ervaren behandelaren voor virale hepatitis aanwezig, waarvan ten minste één maag-darm-leverarts.
- Patiënten worden ondersteund door verpleegkundige(n) die ervaring hebben met hepatitispatiënten en aantoonbaar onderwijs in virale hepatitis behandeling.
- In het centrum is kennis aanwezig van epidemiologie, diagnose en indicatiestelling voor behandeling van chronische virale hepatitis.
- In het centrum is kennis en ervaring aanwezig op het gebied van complicaties van chronisch virale hepatitis, zowel over het natuurlijk verloop als de behandeling.
- In het centrum is kennis aanwezig over de indicatiestelling voor een leverbiopsie.
- In het centrum vinden multidisciplinaire pathologiebesprekingen plaats.
- Er is een geformaliseerd overleg met de microbioloog, de viroloog, de infectioloog, de GGD-arts en/of de verslavingsarts.
- De patiënt heeft directe toegang tot virusdiagnostiek en ontvangt de uitslag binnen twee weken.
- Er is voldoende kennis en ervaring aanwezig over de behandeling van leverziekten, met name over ge(de-)compenseerde leverziekten, portale hypertensie, hepatocellulair carcinoom en acuut leverfalen.
- In het centrum is kennis aanwezig over indicaties en selectiecriteria voor levertransplantatie.
- Medewerkers van het centrum volgen aantoonbaar nascholing in leverziekten en virale hepatitis.
- Vanuit het centrum wordt deelgenomen aan multicenter studies.
- Jaarlijks vinden ten minste twintig chronisch virale hepatitisbehandelingen plaats. Alle patiënten worden geregistreerd in een database.

- Het centrum biedt gedocumenteerde hepatitisbehandelingen volgens de richtlijnen van de NVMDL en er wordt voldaan aan de daarin vastgelegde kwaliteitsindicatoren.
- Het centrum functioneert als hepatitiszorgcoördinator in de regio.

Beoordeling

Het hepatitis behandelcentrum vraagt het certificaat aan bij de NVMDL. De commissie hepatologie van de NVMDL toetst het centrum zowel schriftelijk als op locatie aan de hand van de eisen. Als deze kwaliteitsvisitatie succesvol wordt afgerond ontvangt het centrum het Certificaat Hepatitis Behandelcentrum. De kwaliteitsvisitatie vindt eenmaal per vijf jaar plaats. Het certificaat is geldig tot aan de volgende kwaliteitsvisitatie.

	
EIGENAAR Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen en Nederlandse Internisten Vereniging	INTRODUC- TIEJAAR 2012
DOELGROEP Hepatitis behandelcentra	KOSTEN Geen
AANTAL UITGEGEVEN 46 Hepatitis behandelcen- tra	GELDIGHEIDSDUUR Vijf jaar geldig

Erkenning instellingen voor pijngeneeskunde

De 'Erkenning instellingen voor pijngeneeskunde' wordt toegekend door de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) aan pijnklinieken en -centra in ziekenhuizen die voldoen aan de kwaliteitseisen van de NVA. De 'Erkenning instellingen voor pijngeneeskunde' geeft aan dat de betreffende instelling zorg biedt van goede kwaliteit op het gebied van pijngeneeskunde. De NVA houdt een register bij van gekwalificeerde anesthesiologen en klinieken. Met de 'Erkenning instellingen voor pijngeneeskunde' worden pijnklinieken en -centra ingeschreven in het NVA-register voor instellingen.

Eisen

De eisen voor de 'Erkenning instellingen voor pijngeneeskunde' zijn verdeeld over zes thema's:

- aansturing: onder andere de eis dat het medisch hoofd of zijn vervanger is geregistreerd als anesthesioloog-pijnspecialist;
- continuïteit van zorg: bijvoorbeeld de eis dat een geregistreerd anesthesioloog-pijnspecialist minimaal één werkdag per week beschikbaar en aanwezig moet zijn;
- formatie: minimaal 0,2 fte moet werkzaam zijn als anesthesioloog-pijnspecialist, als ondersteunend personeel en als verpleegkundige en de organisatie moet minimaal 150 patiënten met nieuwe verwijzingen voor diagnose en behandeling per jaar hebben;

- kwaliteitsbeleid: onder andere de eis van deelname aan de kwaliteitsvisitatie van de NVA en aandacht voor het kwaliteitssysteem in een beschikbaar jaarverslag;
- multidisciplinariteit: onder andere een multidisciplinaire consultatie met relevante specialisten;
- samenwerking: participatie in een regionaal zorgnetwerk met tenminste één pijncentrum waarin de mogelijkheid bestaat tot overname van patiënten.

De eisen voor pijncentra zijn iets strenger dan voor pijnklinieken. Voor pijncentra geldt bijvoorbeeld dat:

- een geregistreerd anesthesioloog-pijnspecialist minimaal vijf dagen per week beschikbaar en aanwezig is;
- het mogelijk moet zijn een multidisciplinaire consultatie uit te voeren met minimaal twee voor de pijngeneeskunde relevante specialisten binnen de medische staf van het eigen ziekenhuis. Bij voorkeur een revalidatiearts, neuroloog, psycholoog/psychiater en/of fysiotherapeut;
- er een formeel samenwerkingsverband is met een opleidingsinrichting die is erkend om de volledige opleiding anesthesiologie te verzorgen.

Beoordeling

Een zorginstelling meldt zich aan bij de NVA, waarna de NVA de instelling toetst tijdens een kwaliteitsvisite. Als de instelling voldoet aan deze eisen kent de NVA de 'Erkenning instellingen voor pijngeneeskunde' toe voor een periode van vijf jaar. Na deze vijf jaar kan de instelling een herregistratie als pijnkliniek of -centrum aanvragen.



EIGENAAR

Nederlandse Vereniging voor
Anesthesiologie

INTRODUC- TIEJAAR

2010

DOELGROEP

Pijnklinieken en -centra

KOSTEN

€ 500,-

AANTAL UITGEGEVEN

99 pijnklinie-
ken en -centra

GELDIGHEIDSDUUR

Vijf jaar geldig



Zorg rondom vruchtbaarheidsproblemen

Freya pluim

De Freya pluim wordt uitgereikt aan ziekenhuizen en klinieken die zorg leveren rondom vruchtbaarheidsproblemen volgens de kwaliteitseisen van de patiëntenvereniging Freya, vernoemd naar de Noorse godin van de vruchtbaarheid. De patiëntenvereniging is er voor mensen met vruchtbaarheidsproblemen en zet zich in voor belangenbehartiging, informatievoorziening en lotgenotencontact.

Freya heeft samen met MediQuest de Monitor Fertilitieitszorg ontwikkeld. De monitor geeft inzicht in welke mate klinieken en ziekenhuizen voldoen aan de eisen van de Freya pluim en welk rapportcijfer patiënten geven aan de kliniek of het ziekenhuis. Daarnaast bevat de monitor informatie over bijvoorbeeld het behandel-aanbod, het aantal behandelingen, de wachttijden en de informatievoorziening. De informatie in de Monitor Fertilitieitszorg is verstrekt door de betreffende klinieken en ziekenhuizen.

Eisen

Freya heeft vijftien eisen opgesteld voor de Freya pluim. Klinieken en ziekenhuizen moeten aan minimaal dertien van deze eisen voldoen. Vijf van deze eisen zijn per definitie verplicht:

- De zorgverlener verstrekt mondelinge en schriftelijke informatie over onderzoeken en behandelingen met bijbehorende kansen en risico's, toegespitst op de situatie van de patiënt.
- De kliniek of het ziekenhuis voert per jaar minimaal 100 ovulatie-inductiebehandelingen, 150 intra-uteriene inseminatie (IUI)-behandelingen en 125 in-vitrofertilisatie (IVF)-behandelingen uit.
- De kliniek of het ziekenhuis participeert tweemaal per jaar in een regionaal overleg.
- De kliniek of het ziekenhuis stelt behandelresultaten beschikbaar aan de Monitor Fertilitieitszorg.
- IUI- en IVF-behandelingen kunnen zes dagen per week plaatsvinden.

De overige eisen zijn:

- De zorgverlener wijst iedere patiënt mondeling, schriftelijk of digitaal op het bestaan van de patiëntenvereniging Freya.
- Het behandelteam moet bestaan uit een aantal specialisaties. Deze eis verschilt voor IVF-, transport-, satellietklinieken en algemene ziekenhuizen.
- Het laboratorium neemt per jaar deel aan minimaal drie van de semen-rondzendingen van de Stichting Kwaliteitsbewaking Medische Laboratoriumdiagnostiek.
- Om onnodige herhaling te voorkomen worden uitslagen voor de onderzoeken hysterosalpingogram, laparoscopie, MRI en hysteroscopie van andere klinieken overgenomen.
- Voor IVF- en transportklinieken geldt dat de instelling patiënten standaard de mogelijkheid biedt om bij een IVF-punctie een intraveneus

of intramusculair opiaat ter pijnbestrijding toegediend te krijgen.

- Bij elke patiënt worden de mogelijkheden van psychosociale ondersteuning besproken en protocollair vastgelegd.
- De kliniek houdt minimaal tweejaarlijks een patiënttevredenheids- of patiëntervaringsonderzoek dat speciaal is gericht op fertiliteitszorg.
- IUI- en IVF-behandelingen kunnen zeven dagen per week plaatsvinden.
- De wachtruimte van de fertiliteitspolikliniek is gescheiden van de wachtruimte verloskunde voor zowel IUI- als IVF-behandelingen.
- De kliniek beschikt over een aparte productiekamer waarvan de deur niet uitkomt in een wachtruimte.

Beoordeling

Ziekenhuizen en klinieken die zorg rondom vruchtbaarheidsproblemen bieden leveren informatie aan de Monitor Fertiliteitszorg. Freya beoordeelt de ziekenhuizen en klinieken elke twee jaar op basis van deze informatie en beslist of de Freya pluim wordt uitgereikt.



EIGENAAR

Freya

INTRODUC- TIEJAAR

2012

DOELGROEP

Instellingen en ziekenhuizen
die fertiliteitszorg bieden

KOSTEN

Geen

AANTAL UITGEGEVEN

42 zieken-
huizen

GELDIGHEIDSDUUR

Tweejaarlijks uitgereikt



Bloed- en lymfklierkankerzorg

Groene vink voor goede bloed- en lymfklierkankerzorg

Het groene vinkje voor goede bloed- en lymfklierkankerzorg wordt toegekend aan ziekenhuizen die voldoen aan de minimale voorwaarden voor bloed- en lymfklierkankerzorg van kankerpatiëntenorganisaties. Deze vinkjes worden zichtbaar gemaakt in de patiëntenwijzer bloed- en lymfklierkanker. Deze wijzer geeft patiënten en zorgverleners inzicht in de kwaliteit van zorg die ziekenhuizen bieden bij bloed- en lymfklierkanker.

Bij het ontwikkelen van de minimale voorwaarden voor goede bloed- en lymfklierkankerzorg zijn de volgende organisaties betrokken: de Contactgroep Myeloom en Waldenström Patiënten, LymfklierkankerVereniging Nederland, de Stichting Contactgroep Leukemie, de Contactgroep Stamceltransplantaties en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties.

Eisen

Ziekenhuizen moeten aan de volgende minimale voorwaarden voldoen:

- Er is minimaal één hematoloog werkzaam.
- Er vindt een patiëntoverleg plaats tussen een

hematoloog, een medisch oncoloog, een radiotherapeut, een klinisch patholoog, een radioloog en bij voorkeur ook met een nucleair geneeskundige, gespecialiseerde verpleegkundige en/of psycholoog.

- Het patiëntoverleg wordt vastgelegd in het dossier van de patiënt.
- De hematoloog is altijd de hoofdbehandelaar.
- De patiënt is schriftelijk en mondeling geïnformeerd over het aanspreekpunt voor patiënten.
- Er vindt minimaal maandelijks een patiëntgericht consultatief overleg plaats met de consultverlener.
- Voor het vaststellen van het behandelplan vindt een overleg plaats tussen een hematoloog en een consultverlener.
- De patiënt wordt geïnformeerd over consultatie en adviezen die hieruit voortvloeien.
- De behandelend arts informeert de huisarts binnen vijf werkdagen na het begin of na een wijziging van een behandeling.

Beoordeling

De patiëntenorganisaties analyseren halfjaarlijks samen met MediQuest de informatie die ziekenhuizen aanleveren aan de patiëntenwijzer bloed- en lymfklierkanker. Als de ziekenhuizen voldoen aan de minimale voorwaarden ontvangt het ziekenhuis het groene vinkje voor goede bloed- en lymfklierkankerzorg. De gegevens in de patiëntenwijzer worden ieder halfjaar geactualiseerd aan de hand van informatie die de ziekenhuizen zelf aanleveren.



**Nederlandse Federatie van
Kankerpatiëntenorganisaties**

EIGENAAR

Nederlandse patiëntenorganisaties
voor mensen met bloed- en
lymfklierkanker

INTRODUC- TIEJAAR

2010

DOELGROEP

Ziekenhuizen

KOSTEN

Gegevens niet
beschikbaar

AANTAL UITGEGEVEN

48 zieken-
huislocaties

GELDIGHEIDSDUUR

Halfjaarlijkse update



Groene vink voor goede darmkankerzorg

Het groene vinkje voor goede darmkankerzorg is bedoeld voor ziekenhuizen die goede zorg bieden aan patiënten met darmkanker (specifiek colorectaal carcinoom). In de patiëntenwijzer darmkanker krijgen ziekenhuizen het groene vinkje voor goede darmkankerzorg als ze voldoen aan de minimale voorwaarden van kankerpatiëntenorganisaties. De patiëntenwijzer darmkanker geeft patiënten en zorgverleners inzicht in de kwaliteit van zorg die ziekenhuizen bieden bij darmkanker.

Bij het vaststellen van de minimale voorwaarden om het groene vinkje voor goede darmkankerzorg te behalen zijn de volgende patiëntenorganisaties betrokken: Stichting voor patiënten met kanker aan het spijsverteringskanaal, Vereniging HNPCC-Lynch, de Polyposis Contactgroep en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties.

Eisen

Ziekenhuizen moeten aan de volgende minimale voorwaarden voldoen:

- Er is vastgelegd wie de hoofdbehandelaar is en deze is bekend bij de patiënt.
- De patiënt is schriftelijk en mondeling geïnformeerd over het aanspreekpunt voor patiënten.
- Er zijn minimaal twee geregistreerde maag-darm-leverartsen.
- Er is een multidisciplinair team met een maag-darm-leverarts, een internist, oncoloog, chirurgisch oncoloog of gastro-intestinaal chirurg, een radioloog, een patholoog en een radiotherapeut.
- Minimaal 90% van de patiënten wordt voor de operatie besproken in het multidisciplinair teamoverleg.
- De circumferentiële resectie marge, een kwaliteitsmaat voor endeldarmchirurgie, staat expliciet vermeld bij minimaal 85% van de patiënten met rectumcarcinoom.
- Bij minimaal 80% van de patiënten met een coloncarcinoom worden tien of meer lymfeklieren onderzocht.
- De patiëntgegevens van alle chirurgische resecties van primair colorectaal carcinoom zijn aangeleverd aan de Dutch Surgical Colorectal Audit.
- Bij elke patiënt met een colorectaal carcinoom wordt standaard gescreend op de behoefte aan psychosociale zorg.
- 80% van de patiënten met colorectaal carcinoom bij wie de kans bestaat dat er een stoma aangelegd moet worden, krijgt een voorbereidend gesprek met een stomaverpleegkundige.

- Er wordt standaard een familieanamnese afgenomen bij patiënten met colorectaal carcinoom.
- Er is een oproep voor periodiek onderzoek voor patiënten en familieleden met een verhoogd risico op colorectaal carcinoom.
- Er wordt een microsatelliet instabiliteitsanalyse uitgevoerd bij patiënten met colorectaal carcinoom op locatie conform de richtlijn erfelijke darmkanker.

Beoordeling

De patiëntenorganisaties analyseren samen met MediQuest ieder half jaar de informatie die ziekenhuizen aanleveren aan de patiëntenwijzer darmkanker. Als een ziekenhuis voldoet aan de eisen ontvangt het ziekenhuis het groene vinkje voor goede darmkankerzorg. De gegevens in de patiëntenwijzer worden ieder halfjaar geactualiseerd aan de hand van informatie die de ziekenhuizen zelf aanleveren.



**Nederlandse Federatie van
Kankerpatiëntenorganisaties**

EIGENAAR

Patiëntenorganisaties voor mensen met darmkanker

INTRODUC- TIEJAAR

2010

DOELGROEP

Ziekenhuizen

KOSTEN

Geen

AANTAL UITGEGEVEN

90 ziekenhuis-
locaties

GELDIGHEIDSDUUR

Halfjaarlijkse update



Groene vink voor goede prostaatkankerzorg

In de patiëntenwijzer prostaatkanker wordt kenbaar gemaakt welke ziekenhuizen voldoen aan de minimale voorwaarden voor goede prostaatkankerzorg. Ziekenhuizen die aan de voorwaarden voldoen worden in de patiëntenwijzer gemarkeerd met een groen vinkje. De patiëntenwijzer geeft patiënten en zorgverleners inzicht in de kwaliteit van zorg die ziekenhuizen bieden bij prostaatkanker. De patiëntenwijzer prostaatkanker is ontwikkeld door ProstaatKankerStichting.nl en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, in samenwerking met het onderzoeksbureau MediQuest.

Eisen

Ziekenhuizen moeten aan de volgende minimale voorwaarden voldoen:

- In het geval van prostatectomieën voert het behandelteam minimaal twintig radicale prostatectomie operaties per jaar uit of verwijst voor deze ingreep naar centra die aan deze volumennorm voldoen.
- In het team is minimaal één gespecialiseerde verpleegkundige aanwezig.
- Er is een vaste hoofdbehandelaar van wie de naam is vastgelegd in het dossier en bekend is bij de patiënt.
- De patiënt is mondeling en schriftelijk geïnformeerd over het aanspreekpunt voor patiënten.

- Er vindt een multidisciplinair overleg plaats met een uroloog, een radiotherapeut en een internist oncoloog.
- Patiënten met prostaatacarcinoom worden standaard besproken in het multidisciplinair teamoverleg voordat het behandelplan wordt opgesteld.
- Een prostaatbiopsie wordt binnen tien werkdagen uitgevoerd.
- De uroloog informeert standaard iedere patiënt met prostaatkanker over het stadium waarin de tumor zich bevindt.
- Indien als behandeling zowel chirurgie als radiotherapie geschikt zijn, wordt de patiënt een gesprek met een radiotherapeut aangeboden.
- Bij elke patiënt met prostaatkanker wordt standaard gescreend op de behoefte aan psychosociale zorg.
- Het ziekenhuis biedt schriftelijke informatie over het bestaan van ProstaatKankerStichting.nl.
- De behandelend arts informeert de huisarts binnen vijf werkdagen na ontslag van de patiënt.
- In het geval van prostatectomieën neemt het ziekenhuis deel aan de landelijke registratie van prostatectomieën van de Nederlandse Vereniging Urologie.

Beoordeling

De patiëntenorganisaties analyseren samen met MediQuest ieder half jaar de informatie die ziekenhuizen aanleveren voor de patiëntenwijzer prostaatkanker. Als de ziekenhuizen voldoen aan alle minimale voorwaarden ontvangt het ziekenhuis het groene vinkje voor goede prostaatkankerzorg. De gegevens in de patiëntenwijzer worden ieder halfjaar geactualiseerd aan de hand van informatie die de ziekenhuizen zelf aanleveren. Eens per twee jaar worden de minimale voorwaarden waar nodig aangescherpt.



**Nederlandse Federatie van
Kankerpatiëntenorganisaties**

EIGENAAR

Prostaatkankerstichting.nl en NFK

INTRODUC- TIEJAAR

2012

DOELGROEP

Ziekenhuizen

KOSTEN

Geen

AANTAL UITGEGEVEN

69 ziekenhuis-
locaties

GELDIGHEIDSDUUR

Halfjaarlijkse update



Stomazorg

Groene vink voor goede stomazorg

Ziekenhuizen die stomazorg leveren en voldoen aan de minimale voorwaarden van de Nederlandse Stomavereniging, krijgen een groen vinkje voor goede stomazorg. De Nederlandse Stomavereniging is een belangenorganisatie voor mensen met een stoma en/of een pouch. Op www.stomazorgwijzer.nl staat vermeld welke ziekenhuizen een groen vinkje voor goede stomazorg hebben en welke stomazorg de ziekenhuizen leveren. De Stoma Zorgwijzer maakt onderscheid tussen zorg aan patiënten met een colostoma of ileostoma en patiënten met een urinestoma.

De Nederlandse Stomavereniging ontwikkelde de minimale normen voor goede stomazorg samen met stomadragers, zorgprofessionals, MediQuest en het toenmalige Centrum Klantervaring Zorg. De Stoma Zorgwijzer is afgeleid van de patiëntenwijzers van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) en de Monitor Borstkankerzorg van de Borstkankervereniging Nederland (BVN).

Eisen

De minimale voorwaarden voor goede stomazorg zijn volgens de Nederlandse Stomavereniging:

- Er zijn minimaal twee chirurgen met het aandachtsgebied gastro-intestinale chirurgie die colostoma's en ileostoma's aanleggen.
- Er zijn minimaal twee gespecialiseerde urologen die urinestoma's aanleggen.
- Minimaal twee dagdelen per week is er een spreekuur van een stomaverpleegkundige in een eigen spreek- en behandelruimte.
- Minimaal vijf dagen in de week is er een stomaverpleegkundige beschikbaar voor advies of begeleiding.
- Stomadragers kunnen vragen stellen tijdens een telefonisch (terugbel) spreekuur met een stomaverpleegkundige en/of een arts.
- Aan iedere patiënt bij wie mogelijk een stoma wordt aangelegd wordt een preoperatief gesprek met een stomaverpleegkundige aangeboden.
- De patiënt krijgt de gelegenheid om voor de operatie te oefenen met stomamaterialen.

- De plaats van de stoma wordt in afstemming met de patiënt afgetekend.
- Er is schriftelijke informatie beschikbaar voor de stomadrager over de stoma, het post-operatieve traject, contactinformatie en informatie van de Nederlandse Stomavereniging.
- Na ontslag kan de patiënt zelfstandig de stoma verzorgen of hulp bij ontslag is geregeld.
- Er zijn stomamaterialen geregeld voor de eerste periode thuis.
- Voor personeel is er minimaal tweejaarlijkse begeleiding en scholing.
- Het beleid omvat het ontwikkelen en implementeren van protocollen voor stomazorg.

Beoordeling

De Nederlandse Stomavereniging beoordeelt jaarlijks de informatie die ziekenhuizen aanleveren voor de Stoma Zorgwijzer. Als het ziekenhuis voldoet aan de minimale voorwaarden, ontvangt het ziekenhuis het groene vinkje voor goede stomazorg.



EIGENAAR

Nederlandse Stomavereniging

INTRODUC- TIEJAAR

2012

DOELGROEP

Ziekenhuizen

KOSTEN

Geen

AANTAL UITGEGEVEN

Colostoma- en ileostomazorg:
90 ziekenhuislocaties
Urinstomazorg:
84 ziekenhuislocaties

GELDIG- HEIDSDUUR

Jaarlijkse
herkeuring

KNGF-standaarden Beweegprogramma's

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) kent het Certificaat KNGF-standaarden Beweegprogramma's toe aan fysiotherapieprogramma's die volgens het KNGF voldoen aan het huidige wetenschappelijke kennisniveau. Het gaat hier uitsluitend om beweegprogramma's voor patiënten met een van de volgende chronische aandoeningen: artrose, COPD, coronaire hartziekten, diabetes mellitus type II, oncologie, osteoporose en overgewicht/obesitas bij kinderen.

Het certificaat KNGF-standaarden Beweegprogramma's is ontwikkeld door het KNGF, de Universiteit Maastricht en experts op het gebied van patiënten met chronische aandoeningen. Door dit certificaat weet de patiënt dat een fysiotherapeut volledig is toegerust om patiënten met een chronische aandoening te behandelen.

Eisen

De eisen van het KNGF-certificaat zijn verwerkt in een checklist die voor elke doelgroep apart wordt ingevuld. De checklist bevat eisen over:

- de verantwoordelijke fysiotherapeut: waaronder opleiding, werkervaring en kennis van de wetenschappelijke literatuur;
- de uitvoerende fysiotherapeut: waaronder opleiding en werkervaring;
- de randvoorwaarden van het programma: zoals de aanwezigheid van specifieke apparatuur en bereikbaarheid van de praktijk;
- de instroom: waaronder de benodigde verwijzing en intake;
- de inhoud van het programma: bijvoorbeeld doelgroepspecifieke vragen en algemene kennisvragen over gedragsverandering, inspanningsfysiologie en chronische ziekten;
- de evaluatie en uitstroom: waaronder de tussentijdse en eindevaluatie van beweegprogramma.

Beoordeling

De fysiotherapeut vult per doelgroep de checklist in. Hiervoor moet de fysiotherapeut geregistreerd zijn bij het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie. Als de checklist met een volledige score wordt afgerond, dan ontvangt de fysiotherapeut per doelgroep een Certificaat KNGF-standaarden Beweegprogramma's. Het certificaat geldt voor de periode van het lopende kalenderjaar. Wordt de checklist niet met een volledige score afgerond, dan is na afronding van de checklist te zien welk onderdeel van het beweegprogramma voor verbetering vatbaar is.



EIGENAAR

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

INTRODUCTIEJAAR

2012
(Overgewicht/obesitas bij kinderen: 2013)

DOELGROEP

Fysio-
therapeuten

GELDIG- HEIDSDUUR

Een jaar geldig

KOSTEN

Geen

AANTAL UITGEGEVEN

Artrose: 173, COPD: 264, Diabetes mellitus type II: 252,
Coronaire hartziekten: 162, Oncologie: 143, Osteoporose:
105, Overgewicht/obesitas bij kinderen: nog geen



Kwaliteit dermatologische zorg

Kwaliteitszegel Dermatologie

Het Kwaliteitszegel Dermatologie wordt toegekend aan dermatologische centra die kwalitatief goede zorg aan mensen met huidaandoeningen nastreven. Het Kwaliteitszegel maakt de dermatologische zorg transparant en helpt patiënten en zorgverleners bij de keuzes voor een dermatologisch centrum. Het Kwaliteitszegel is gebaseerd op zelfcertificering en patiëntbeoordeling. Het Kwaliteitszegel Dermatologie is een initiatief van Huidpatiënten Nederland, de koepelorganisatie van huidpatiëntenverenigingen.

Eisen

De criteria van het Kwaliteitszegel Dermatologie zijn verdeeld over verschillende thema's. Deze criteria hebben patiënten en dermatologische specialisten opgesteld:

- De vakgroep handelt aantoonbaar volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV).
- De zorgverleners maken een behandelplan op maat en oefenen het vak uit in het volle spectrum aan behandelopties.
- De zorgverleners hebben voldoende tijd en aandacht voor de patiënt.
- De zorgverleners geven de patiënt duidelijk antwoord op al zijn/haar vragen.
- De zorgverleners geven de patiënt uitleg over uit te voeren onderzoek en behandeling en over te verwachten gevolgen en risico's voor de gezondheid van de patiënt.

- De zorgverleners bespreken verschillende behandelmogelijkheden met de patiënt.
- Informatiemateriaal voor patiënten over huidaandoeningen en behandelingen/ingrepen/verrichtingen is zichtbaar aanwezig.
- Op de vakgroep is een schriftelijk vastgelegde regeling van toepassing om klachten en/of tuchtzaken te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.
- De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren.
- Er vindt minstens eens tot twee maanden overleg plaats met alle zorgverleners binnen de vakgroep.
- In geval van afwezigheid zorgen de zorgverleners voor de continuïteit van de behandeling van hun patiënten, die mede wordt gewaarborgd door een duidelijk schriftelijk vastgelegd dienstrooster met goede bereikbaarheid.
- In minimaal 75% van de gevallen wordt de patiënt binnen vijftien minuten na de afgesproken tijd geholpen.
- De dermatologische instelling is overdag tussen 9.00 en 17.00 uur telefonisch goed bereikbaar.
- Bij verdachte gepigmenteerde laesies wordt de patiënt binnen tien werkdagen gezien en worden diagnostische excisies binnen vijf werkdagen uitgevoerd.
- Binnen de dermatologische instelling zijn

afspraken gemaakt over de personele verdeling van eventuele specifieke aandachtsgebieden. Dit wordt op de website bij voorkeur ook duidelijk gemaakt aan patiënten.

- Elke dermatoloog is geregistreerd in het register van Beroepen van de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en in het register van erkende medisch specialisten van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).
- Indien er arts-assistenten werkzaam zijn is er altijd een dermatoloog aanwezig voor supervisie.
- Er vindt minimaal vier keer per jaar een dermatopathologie-bespreking plaats.

Beoordeling

Een dermatologisch centrum vult op een zelfcertificeringslijst in of aan de criteria wordt voldaan en geeft aan welke specialisaties in het betreffende centrum aanwezig zijn. Als het centrum naar eigen zeggen voldoet aan de eisen wordt het Kwaliteitszegel Dermatologie uitgereikt. Als centra niet aan de eisen voldoen wordt het Kwaliteitszegel Dermatologie niet uitgereikt. Patiënten van het dermatologisch centrum worden op basis van een steekproef uitgenodigd om de Consumer Quality (CQ)-index Chronische Huidaandoeningen te beantwoorden. De CQ-index Chronische Huidaandoeningen is een gestandaardiseerde methode om de ervaringen te meten van patiënten met chronische huid-



aandoeningen. Na toekenning van het Kwaliteitszegel wordt het centrum elke twee jaar getoetst op naleving van de eisen met behulp van de CQ-index.



Zorg voor patiënten met taaislijmziekte

NCFS-keurmerk

Het keurmerk van de Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting (NCFS) is bedoeld voor Cystic Fibrosis (CF)-centra die voldoen aan de kwaliteitscriteria voor goede CF-zorg vanuit patiëntenperspectief. NCFS is een patiëntenvereniging voor mensen met Cystic Fibrosis ofwel taaislijmziekte. NCFS heeft het NCFS-keurmerk ontwikkeld in overleg met mensen die zelf CF hebben, hun ouders, kwaliteitsmedewerkers en behandelaars.

Eisen

De kwaliteitscriteria van het NCFS-keurmerk zijn gebaseerd op bestaande richtlijnen en behandelprogramma's. Deze kwaliteitscriteria zijn geformuleerd vanuit patiëntenperspectief en bestaan uit twee groepen:

- generieke criteria;
- aandoeningspecifieke criteria.

De generieke criteria gelden voor alle chronische patiënten en daarmee ook voor CF-patiënten. De aandoeningspecifieke criteria zijn specifiek voor patiënten met CF en kunnen een aan- of invulling zijn van generieke criteria. De aandoeningspecifieke criteria zijn verdeeld over vijf fasen:

- Fase 1. na de diagnose CF bij de hielprikscreening;
- Fase 2. de diagnostiek;
- Fase 3. het individuele zorgplan en de behandeling;
- Fase 4. begeleiding, re-integratie en participatie;
- Fase 5. de laatste levensfase en palliatieve zorg.

Bij de generieke en aandoeningspecifieke criteria zijn in principe tien thema's te onderscheiden:

- regie over de zorg;
- effectieve zorg;
- toegankelijke zorg;
- continuïteit van de zorg;
- informatie, voorlichting en educatie;
- emotionele ondersteuning, empathie en respect;
- patiëntgerichte omgeving;
- veilige zorg;
- inzicht in de kwaliteit van de zorg;
- inzicht in de kosten.

Beoordeling

Mensen met CF en ouders van kinderen met CF ontvangen een vragenlijst over hun ervaringen met het CF-centrum en de CF-zorg in het CF-centrum. Daarna bezoekt een toetsingscommissie van het NCFS het centrum voor een toetsing. Hierbij is een volwassene met CF aanwezig, een ouder van een kind met CF, een verpleegkundige, de directeur van de NCFS en de onderzoekscoördinator van de NCFS. De toetsingscommissie is getraind in het houden van audits. Tijdens hun bezoek worden de resultaten van de vragenlijst besproken. Op basis van een keurmerkrapport wordt het NCFS-keurmerk uitgereikt. Het keurmerk is vier jaar geldig.



**NEDERLANDSE
CYSTIC FIBROSIS
STICHTING**

EIGENAAR

Nederlandse Cystic Fibrosis
Stichting

INTRODUC- TIEJAAR

2013

DOELGROEP

Ziekenhuizen met een CF-centrum

KOSTEN

Geen

AANTAL UITGEGEVEN

Eén ziekenhuis

GELDIGHEIDSDUUR

Vier jaar geldig



Zorg aan couveusekinderen

Neokeurmerk

Het Neokeurmerk is een keurmerk voor neonatologieafdelingen en moeder-en-kindcentra die voldoen aan de kwaliteitscriteria van ouders van couveusekinderen. Het Neokeurmerk is een initiatief van de Vereniging van Ouders van Couveusekinderen (VOC), die opkomt voor de belangen van te vroeg, te klein en ziek geboren kinderen en hun ouders. Het Neokeurmerk wordt ook wel de Kangoeroe genoemd, omdat het logo van het keurmerk uit een kangoeroe bestaat. De VOC werkt samen met de stichting Kind en Ziekenhuis (K&Z), die Smileys toekent aan kindvriendelijke ziekenhuizen.

Eisen

De kwaliteitscriteria van het Neokeurmerk zijn gebaseerd op voorwaarden van ouders, de resolutie Pasgeborenen (opgesteld door de European Association for Children in Hospital (EACH)) en the Rights of Parents and Newborns van de European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI). Deze kwaliteitscriteria zijn:

- Ouders maken zelf keuzes ten aanzien van behandeling en zorg. De zorgverlener geeft hen de ruimte (en informatie) om zoveel mogelijk eigen regie te voeren.

- Ouders hebben beschikking over informatie die hen in staat stelt besluiten te nemen, deel te nemen aan de verzorging en die hen helpt een band op te bouwen met hun kind.
- Gespecialiseerde zorgverleners verlenen zorg. Deze zorg is gericht op de familiebanden tussen het kind en de familie en is gericht op ondersteuning van de ontwikkeling van het kind.
- De zorgverlener peilt bij ouders de behoefte aan psychosociale zorg, biedt deze zorg of verwijst door.
- Overplaatsing of ontslag van het kind vindt plaats in overleg met de ouders. De nazorg voor het kind en de ouder richt zich op vroegsignalering van potentiële problematiek.
- Zoveel mogelijk dezelfde hulpverleners bieden continuïteit van zorg.
- Zorgverleners werken in een veilige (behandel) omgeving.
- De afdeling heeft de ambitie de kwaliteit hoog te houden.

De criteria hebben verschillende wegingsfactoren.

Beoordeling

VOC heeft een vragenlijst ontwikkeld waarmee afdelingen hun eigen functioneren kunnen beoordelen. Vervolgens bezoekt een gecertificeerde visitator van VOC de afdeling samen met een ouder of ervaringsdeskundige van de VOC. Als de afdeling voldoet aan de gestelde eisen kent VOC het Neokeurmerk toe voor een periode van drie jaar. Na drie jaar bezoekt VOC de afdeling opnieuw.



Vereniging van Ouders van Couveusekinderen

EIGENAAR

Vereniging van Ouders van
Couveusekinderen

INTRODUC- TIEJAAR

2013

DOELGROEP

Neonatologie-
afdelingen

KOSTEN

Zelfevaluatie: € 1.000,-
Visitatie VOC: € 3.000,-
Jaarlijkse bijdrage: € 500,-

AANTAL UITGEGEVEN

Vier
ziekenhuizen

GELDIGHEIDSDUUR

Drie jaar geldig



Mensgerichte zorg

Planetree label

Stichting Planetree zet zich wereldwijd in voor zorg waarbij de mens voorop staat. Stichting Planetree is actief in Nederland, de Verenigde Staten, Canada, Japan en Brazilië. De stichting kent het internationale Planetree label toe aan zorginstellingen die mensgerichte zorg omarmen en deze zorg op uitgebreide schaal toepassen. Het label is ontwikkeld op verzoek van zorginstellingen om excellente mensgerichte zorg beter te kunnen definiëren en prestaties te kunnen toetsen en erkennen. De inhoud is gebaseerd op feedback van duizenden patiënten, cliënten en zorgprofessionals over wat belangrijk wordt gevonden bij het verlenen en ontvangen van cliëntgerichte zorg.

Het Planetree label is bedoeld voor allerlei soorten zorginstellingen. Stichting Planetree helpt zorginstellingen om de zorg, de beleving van de patiënt en de organisatie te verbeteren. Hierbij ligt de nadruk vooral op het zoveel mogelijk betrekken van patiënten, bewoners, cliënten en hun naasten bij de zorg. Het label fungeert als meetlat om mensgerichte zorg consistent en in een samenhangende richting te kunnen toepassen.

Principes Planetree

Stichting Planetree heeft een lijst van 51 criteria opgesteld waaraan zorginstellingen moeten voldoen om voor het label in aanmerking te

komen. De criteria zijn gebaseerd op twaalf componenten:

- menselijke interactie en liefdevolle bejegening: contact maken, luisteren naar wat nodig is en daar zoveel mogelijk naar handelen;
- eigen keuzes en verantwoordelijkheid door informatie en educatie: mensen hebben regie over hun eigen leven en welbevinden en daarnaast hebben zij toegang tot relevante informatie en hun dossier/leefplan zodat zij betere keuzes kunnen maken;
- uitstekende diagnose, behandeling en (na) zorg: effectieve en veilige zorg;
- gezond eten, drinken en bewegen: lekker en gezond eten in een plezierige ambiance op het moment en in gezelschap dat de cliënt past en daarnaast beweging stimuleren en belonen;
- aanvullende zorg en zingeving: meer kwaliteit van leven door zingeving, expressie, menselijke aanraking en comfortzorg;
- menswaardige technologie: gemakkelijke, effectieve en geruimtelijke techniek;
- architectuur en interieur leveren een bijdrage aan gezondheid en heling: een lichte en comfortabele inrichting, ventilatie, een mooi, schoon en lawaaiarm gebouw, heldere bewegwijzering en daglicht;
- positieve rol van vrienden, familie en gemeenschap: familie en dierbaren zijn welkom en dragen samen met vrijwilligers bij aan verblijf of herstel;

- tevreden leerlingen en cliënten: cliënten waar-deren de zorg en verwijzen vrienden en familie van harte naar de organisatie;
- tevreden en gemotiveerde medewerkers: met plezier en vakbekwaamheid samen werken aan datgene wat belangrijk is;
- gezonde financiële resultaten: voldoende middelen genereren om te doen wat nodig is;
- goede marktpositie en relaties met belang-hebbenden: waardering voor organisatie en collega's en een goede reputatie.

Beoordeling

De zorginstelling dient een aanvraag in voor het Planetree label. Daarna begint de zorginstelling met een zelfassessment. Hiervoor beantwoordt de zorginstelling vragen en onderbouwt hoe aan de criteria wordt voldaan. Na het zelfassessment vindt een assessment op locatie plaats. Stichting Planetree toetst in hoeverre de zorginstelling de criteria in de praktijk brengt. Daarnaast organi-seert Stichting Planetree focusgroepen met onder andere cliënten en familie, medewerkers, medici en vrijwilligers. Stichting Planetree houdt ook vraaggesprekken met cliënten en mede-werkers. Als de ervaring van deze groepen, de uitkomsten van de landelijke benchmarks en de 51 criteria met elkaar overeenkomen en positief zijn afgerond, wordt het Planetree Label door

	
EIGENAAR Stichting Planetree	INTRODUC-TIEJAAR 2012
DOELGROEP Zorginstellingen	KOSTEN Vanaf € 5.000,-
AANTAL UITGEGEVEN 39 instellingen wereldwijd, waaronder 18 in Nederland	GELDIG-HEIDSDUUR Drie jaar geldig

een internationale commissie toegekend. Het label is drie jaar geldig. De kosten zijn afhanke-lijk van de omvang en complexiteit van de orga-nisatie.



Borstkankerzorg

Roze Lintje

Borstkankervereniging Nederland (BVN) reikt het Roze Lintje uit aan ziekenhuizen die voldoen aan de BVN-eisen voor goede zorg voor borstkankerpatiënten. Stichting Pink Ribbon heeft haar beeldmerk beschikbaar gesteld voor dit keurmerk. Het Roze Lintje geeft de patiënten inzicht in de zorg die een ziekenhuis levert. Daarnaast krijgen ziekenhuizen naar aanleiding van het Roze Lintje en de Monitor Borstkankerzorg feedback over hun functioneren vanuit patiëntperspectief.

Monitor Borstkankerzorg

BVN is een patiëntenorganisatie die zich onder ander inzet om de kwaliteit van zorg rondom borstkanker te verbeteren. Hiervoor hebben BVN en onderzoeksbureau MediQuest de Monitor Borstkankerzorg ontwikkeld. Deze monitor brengt in kaart welke zorg het ziekenhuis aan borstkankerpatiënten aanbiedt en hoe de patiënten deze zorg ervaren. De resultaten van de Monitor Borstkankerzorg zijn openbaar en vormen de basis voor de criteria van het Roze Lintje.

Eisen

BVN heeft criteria opgesteld die betrekking hebben op de zorg die het ziekenhuis aanbiedt:

- De instelling behandelt jaarlijks minimaal 100 patiënten met een primair mamma carcinoom.
- Maximaal 15% van de patiënten heeft na de eerste borstbesparende operatie achtergebleven kankerweefsel.
- Het multidisciplinair mammateam bestaat minimaal uit een oncologisch chirurg, een radioloog, een radiotherapeut, een patholoog, een internist-oncoloog en een mammacare-verpleegkundige of verpleegkundig specialist.
- Het multidisciplinair team bespreekt minimaal 90% van de patiënten.
- Het pathologierapport wordt opgesteld volgens het protocol van het Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief. De patiënt krijgt de uitslag mee op schrift.
- Minimaal 95% van de patiënten krijgt binnen vijf werkdagen na het eerste polikliniekbezoek de diagnose.
- Bij minimaal 90% van de patiënten met een primair mamma carcinoom wordt binnen vijf weken na de weefselafname gestart met de behandeling.
- Het ziekenhuis biedt de mogelijkheid voor directe reconstructie in eigen huis. De plastisch chirurg zit in het multidisciplinair mammateam.

- Minimaal 95% van de patiënten kunnen de mammacare-verpleegkundige en/of verpleegkundig specialist telefonisch of via e-mail goed bereiken.
- Bij alle borstkankerpatiënten wordt de behoefte aan psychosociale zorg standaard en bij herhaling in kaart gebracht met een gevalideerd signaleringsinstrument.
- Een klinisch psycholoog maakt onderdeel uit van het multidisciplinair mammateam. Op vaste basis of op afroep.
- Informatie over de gen-expressietest is standaard in het voorlichtingsmateriaal opgenomen.
- Minimaal 40% van de patiënten met een kwaadaardige afwijking neemt deel aan de Consumer Quality Index vragenlijst Mammacare.

Beoordeling

Ziekenhuizen leveren klinische gegevens en patiëntenervaringen aan de Monitor Borstkankercare. BVN beoordeelt ziekenhuizen op basis van de gegevens in de Monitor Borstkankercare. Als het ziekenhuis voldoet aan de criteria kent BVN het Roze Lintje aan het ziekenhuis toe. Jaarlijks scherpt BVN de criteria aan en controleert de ziekenhuizen opnieuw.

 **borstkankervereniging nederland**

EIGENAAR

Borstkankervereniging Nederland

INTRODUCTIEJAAR

2010

DOELGROEP

Ziekenhuizen

KOSTEN

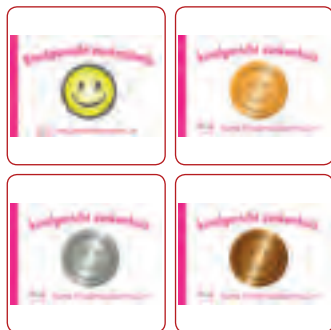
Jaarlijkse bijdrage Monitor Borstkankercare: € 2.000,-

AANTAL UITGEGEVEN

88 ziekenhuizen

GELDIGHEIDSDUUR

Eén jaar geldig



Kindgerichte zorg

Bronzen, Zilveren en Gouden Smiley

De stichting Kind en Ziekenhuis (K&Z) kent Smileys toe aan ziekenhuizen die kindgerichte zorg bieden vanuit het perspectief van ouder en kind. Stichting Kind en Ziekenhuis is in 1977 opgericht om de belangen van kinderen in het ziekenhuis en hun ouders te behartigen. Deze stichting hanteert het internationale Handvest Kind en Ziekenhuis, dat is gebaseerd op het VN-verdrag voor rechten van het kind. Dit Handvest geeft in tien punten aan wat de rechten zijn van kinderen voor, tijdens of na een verblijf in het ziekenhuis. De Smiley kan worden toegekend aan de kinderafdeling, de dagbehandeling en de kraamafdeling van een ziekenhuis. Een ziekenhuis met meerdere afdelingen kan meerdere Smileys ontvangen.

De stichting K&Z werkt samen met de Vereniging van Ouders van Couveusekinderen (VOC), die de Kangoeroe uitreikt aan neonatologie- en kraamafdelingen.

Eisen

De criteria van stichting K&Z zijn in te delen in zeven categorieën:

- informatie: bijvoorbeeld de wijze van informatievoorziening aan kind en ouders;
- aanwezigheid van en samenwerking met ouders: bijvoorbeeld de aanwezigheid van de ouders bij het inleiden in en ontwaken uit de narcose;

- kind-zijn, pijn en angst: bijvoorbeeld duidelijke afspraken over pijn en pijnbestrijding en een veilige en kindvriendelijke omgeving;
- waardering, respect en privacy: aandacht voor onder meer autonomie, doeltreffendheid, bejegening en kindparticipatie;
- afstemming en samenwerking in het ziekenhuis: bijvoorbeeld de samenwerking met specialisten buiten de kinderafdeling;
- accommodatie: bijvoorbeeld de situering van de kinderafdeling en aandacht voor spel- en recreatieruimtes;
- personeel: aandacht voor voldoende personele bezetting met voldoende deskundigheid op het gebied van kinderen.

Bij deze criteria gaat het zowel om organisatorische zaken als om de beleving van de patiënt. De Smiley kent drie varianten: brons, zilver en goud. De Bronzen Smiley geeft aan dat het ziekenhuis voldoet aan de standaardnorm voor kindgerichtheid. De Zilveren Smiley is bedoeld voor ziekenhuizen die kindgericht en onderscheidend zijn. De Gouden Smiley geeft aan dat het ziekenhuis excellent kindgericht is.

Beoordeling

De criteria voor de Bronzen Smiley worden schriftelijk getoetst aan de hand van relevante brochures, de website, en de manier waarop de betreffende voorzieningen aan (aanstaande)

ouders worden gepresenteerd. De Bronzen Smiley kan voor alle betreffende afdelingen worden uitgegeven. De Bronzen Smiley is vijf jaar geldig. Daarna volgt een heraudit.

Voor de Zilveren Smiley worden de criteria op locatie getoetst door middel van de Bronzen Smiley check en een uitgebreide visitatieprocedure met vragenlijsten, gesprekken en observaties. Daarbij vindt ook een eenmalige patiëntervaringsmeting plaats. De Zilveren Smiley is drie jaar geldig. Daarna volgt een heraudit.

De eisen en toetsing van de Gouden Smiley zijn gelijk aan die van de Zilveren Smiley. Voor de Gouden Smiley geldt echter ook dat het ziekenhuis drie jaar lang de ervaringen van ouders en kinderen registreert via een ervaringsmonitor. Aan de hand van drie rapportages per jaar kan het ziekenhuis de kindgerichtheid continu meten en indien nodig bijstellen. De Gouden Smiley is drie jaar geldig. Daarna volgt een heraudit. De Zilveren of Gouden Smiley wordt uitgereikt aan de kinderdagbehandeling en kinderafdeling samen.



kind&ziekenhuis

EIGENAAR

Stichting Kind
en Ziekenhuis

INTRODUCTIEJAAR

2002: De Smiley (voorloper van de
huidige Smileys)
2013: Bronzen, Zilveren, Gouden
Smileys

DOELGROEP

Ziekenhuizen

GELDIGHEIDSDUUR

Bronzen Smiley: vijf jaar geldig
Zilveren en Gouden Smiley: drie jaar
geldig

KOSTEN

Bronzen Smiley: aanschaf: € 350,-
en jaarlijkse bijdrage: € 500,-
Zilveren Smiley: aanschaf: € 5.000,-
en jaarlijkse bijdrage: € 850,-
Gouden Smiley: aanschaf: € 5.000,- en jaarlijkse bijdrage:
€ 850,-. Jaarlijkse bijdrage ervaringsmonitor: € 4.500,-

AANTAL UITGEGEVEN

Bronzen Smiley: 83 kinderafdelingen, 53 dagbehandelin-
gen, 36 kraamafdelingen
Gouden Smiley: 8 kinderafdelingen/ dagbehandelingen



Spataderzorg

Spataderkeurmerk

De Hart&Vaatgroep kent het spataderkeurmerk toe aan ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra die spataderzorg leveren volgens bepaalde kwaliteitscriteria. Deze kwaliteitscriteria zijn ontwikkeld vanuit patiëntenperspectief in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV) en de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Met dit keurmerk informeert de Hart&Vaatgroep patiënten, verwijzers en zorgverzekeraars welke ziekenhuizen de beste spataderzorg levert.

Eisen

Het Spataderkeurmerk helpt patiënten een gefundeerde keuze te maken voor een goed ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. De Hart&Vaatgroep kent het Spataderkeurmerk toe als het ziekenhuis of behandelcentrum voldoet aan dertien kwaliteitscriteria voor de behandeling van spataders. De kwaliteitscriteria zijn:

- Er vindt een duplexonderzoek plaats voorafgaand aan een invasieve therapie.
- Er is een breed behandelaanbod.
- De patiënt heeft de mogelijkheid om de diagnose en het behandelvoorstel op één dag te ontvangen.
- Er wordt schriftelijk informatiemateriaal uitgereikt aan de patiënten.

- De instelling is telefonisch bereikbaar binnen kantooruren.
- De instelling is altijd bereikbaar voor spoedeisende vragen.
- Bij complexe behandelingen is een specialist betrokken.
- De huisarts wordt binnen twee weken na begin van de behandeling geïnformeerd.
- De instelling registreert het klinische beeld van aandoeningen volgens de CEAP-classificatie (internationale classificatie op klinisch, etiologisch, anatomisch en pathofysiologisch gebied bij invasieve therapieën).
- Er vindt minimaal vier keer per jaar een gezamenlijke casuïstiekbespreking plaats.
- De instelling heeft behandelprotocollen voor spataderbehandelingen.
- Voorafgaand aan de behandeling wordt er een veiligheidscontrole uitgevoerd: de zogenaamde Time Out procedure.
- Er is een complicatieregistratie.

De kwaliteitscriteria van het Spataderkeurmerk zijn verwerkt in de keuzewijzer 'Kies uw vaatzorg' van De Hart&Vaatgroep. Met deze keuzewijzer kan de patiënt een behandelcentrum in de buurt vinden dat de juiste spataderzorg biedt.

Beoordeling

De Hart&Vaatgroep zet een webbased vragenlijst uit onder zorginstellingen. Vervolgens beoordeelt De Hart&Vaatgroep de zorginstellingen aan de hand van deze vragenlijst. Als een zorginstelling voldoet aan de eisen kent De Hart&Vaatgroep het Spataderkeurmerk toe. Twee keer per jaar worden de criteria aangescherpt en worden de zorginstellingen opnieuw beoordeeld.

 De Hart & Vaatgroep VAN EN VOOR MENSEN MET EEN HART- OF VAATZIEKTE	
EIGENAAR De Hart&Vaatgroep	INTRODUC- TIEJAAR 2012
DOELGROEP Ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra	KOSTEN € 950,-
AANTAL UITGEGEVEN 123 Instellingen	GELDIGHEIDSDUUR Halfjaarlijkse uitgave



Topklinische geestelijke gezondheidszorg

TOPGGz keurmerk

De Stichting Topklinische GGz heeft het TOPGGz keurmerk ontwikkeld voor topklinische ggz-afdelingen. Deze afdelingen leveren zeer gespecialiseerde patiëntenzorg in combinatie met wetenschappelijk onderzoek, innovatiebehandelingen en kennisverspreiding. Ze kunnen onderdeel zijn van een geïntegreerde of categorale ggz-instelling, een universitair medisch centrum (UMC), een algemeen ziekenhuis of een ander soort instelling die zich richt op de ggz. Het TOPGGz keurmerk geeft aan dat de patiëntenzorg en het patiëntgebonden onderzoek op de afdeling topklinisch van aard zijn en dat de instelling in staat is de kwaliteit van de topklinische ggz-functies op lange termijn te waarborgen.

Eisen

Om in aanmerking te komen voor het TOPGGz keurmerk moet een ggz-afdeling voldoen aan de volgende eisen:

- Minstens de helft van de patiënten heeft een topklinische zorgvraag.
- De afdeling verricht regelmatig second opinions en geeft advies aan tweedelijns ggz-professionals.
- Eén van de behandelaren wordt als autoriteit erkend binnen de ggz (een boegbeeld).
- De afdeling biedt minimaal twee innovatieve behandelingen die aantoonbaar worden onderzocht op effectiviteit;
- Routinematige, periodieke evaluaties van de behandelingen en het behandelaanbod vinden

plaats om inzicht te krijgen in de resultaten. Het behandelaanbod wordt, indien gewenst, bijgesteld.

- De afdeling heeft minimaal twee senior onderzoekers, die betrokken zijn bij of verantwoordelijk zijn voor de inhoud en continuïteit van het behandel- en onderzoeksbeleid.
- De afdeling voert structureel patiëntgebonden onderzoek naar kwaliteit, effectiviteit en/of efficiency van de behandelingen uit. Een promotieonderzoek is onderdeel hiervan.
- De afdeling heeft in de afgelopen drie jaar minimaal drie wetenschappelijke publicaties in een toonaangevend 'peer reviewed' (inter)nationaal tijdschrift gepubliceerd.
- De afdeling verzorgde in de afgelopen drie jaar minimaal drie voordrachten per jaar op gezaghebbende (inter)nationale congressen of symposia.
- Op de afdeling is structurele en aantoonbare aandacht voor overdracht van kennis over de topklinische functie en/of de specifieke patiëntenpopulatie.
- De afdeling participeert in de opleiding voor psychiater, klinisch psycholoog en/of klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist. Op de afdeling is een stageplaats beschikbaar voor minimaal één student van deze opleidingen.
- Facultatieve eis: op de afdeling is een hoogleraar werkzaam als afdelingshoofd, consulent of stafid.

De zorginstelling waarvan de ggz-afdeling deel uitmaakt moet voldoen aan de volgende voorwaarden:

- De zorginstelling waarborgt de topklinische ggz-functie(s) expliciet in alle formele uitingen.
- De zorginstelling is ISO- of vergelijkbaar gecertificeerd.
- Op lange termijn is er voldoende financiële waarborg voor topklinische ggz-functies.
- De zorginstelling heeft samenwerkingsovereenkomst(en) gesloten met een universiteit en/of universitair medisch centrum;
- Alle relevante opleidingen en/of keuzestages voor psychiaters, klinisch psychologen en/of klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten kennen de zorginstelling.

Beoordeling

Een gespecialiseerde ggz-afdeling meldt zich aan bij de Stichting Topklinische GGz en reserveert een visitatiedatum. De zorginstelling voert een interne audit voor de afdeling(en) uit. Vervolgens onderbouwt de zorginstelling met onder andere een beschrijving van de patiëntenpopulatie, het zorgaanbod en een organogram dat aan de criteria wordt voldaan. De visitatiecommissie van de Stichting Topklinische GGz beoordeelt de afdelingen en de zorginstelling op basis van de visitatie en de aangeleverde onderbouwing. Als na een zorgvuldige besluitvormingsprocedure blijkt dat de afdeling voldoet aan de eisen dan kent het bestuur het TOPGGz keurmerk toe. De



EIGENAAR

Stichting
Topklinische
GGz

INTRODUC- TIEJAAR

2008

DOELGROEP

Topklinische
ggz-afdelin-
gen

KOSTEN

Visitatie: € 5.500,- – € 7.500,- per afdeling
Entree fee: € 10.000,- per zorginstelling
Jaarlijkse bijdrage: € 18.000 per zorginstelling

AANTAL UITGEGEVEN

25 ggz-
afdelingen

GELDIGHEIDSDUUR

Vier jaar geldig. Automatische
hervisitatie na vier jaar

zorginstelling wordt lid van de Stichting Topklinische GGz. Het keurmerk is vier jaar geldig en wordt periodiek gecontroleerd. Ook de afdelingen dienen tussentijds te blijven voldoen aan de criteria. De resultaten van de visitaties zijn verwerkt in een keuzewijzer voor de patiënt en verwijzer. De kosten van de visitatie voor nieuwe instellingen zijn iets hoger dan voor reeds participerende instellingen.



Vaatkeurmerk

De Hart&Vaatgroep kent het Vaatkeurmerk toe aan ziekenhuizen die voldoen aan de kwaliteitscriteria voor behandelingen van aandoeningen in slagaders zoals etalagebenen en aneurysma's. De Hart&Vaatgroep heeft de criteria vanuit patiëntperspectief in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV) en het Nederlands Genootschap voor Interventieradiologie (NGIR) opgesteld. Patiënten gebruiken het Vaatkeurmerk om een goede zorginstelling te vinden voor de behandeling van ziektes aan hun slagaderen. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) heeft het Vaatkeurmerk opgenomen in haar eigen normenset voor het uitvoeren van chirurgische behandelingen in de vaatzorg.

Eisen

Het Vaatkeurmerk wordt toegekend voor de behandeling van aandoeningen in de slagaders van benen, bekken, buik, aorta en hals. Een ziekenhuis ontvangt het Vaatkeurmerk indien voldaan wordt aan de onderstaande criteria:

- Er zijn minimaal twee NVvV-gecertificeerde vaatchirurgen en minimaal twee NGIR-geregistreerde interventieradiologen werkzaam in het ziekenhuis.
- Gecertificeerde vaatchirurgen voeren alle vaatoperaties uit.
- Een endovasculair specialist (een chirurg met

het NVvV-certificaat vaatchirurg inclusief de endovasculaire aantekening en/of een NGIR-geregistreerde interventieradioloog) voert alle endovasculaire interventies uit.

- Minimaal één keer per week is er een multidisciplinaire patiëntbespreking;
- Behalve de specialisten zijn (indien nodig) ook een cardioloog, een neuroloog, een internist of vasculair geneeskundige en een vasculair verpleegkundige beschikbaar en bij de behandeling betrokken.
- Er wordt gesuperviseerde en gestandaardiseerde looptraining aangeboden als basisinterventie aan patiënten met Claudicatio Intermittens (etalagebenen).
- Bij looptrainingdoorverwijzing wordt doorverwezen naar geschoolde fysiotherapeuten.
- De volgende onderzoeken zijn mogelijk: looptest, dopplersonderzoek, duplexonderzoek, angiografie, MRA (MRI-scan van bloedvaten) en CTA (CT-scan van bloedvaten).
- Bij spoedgevallen is 24/7 opvang mogelijk door een endovasculair specialist. Als er operaties aan aneurysma of halsslagader worden verricht, moet het ziekenhuis voldoen aan de normeringseisen van de NVvH-NVvV.
- Het ziekenhuis biedt cardiovasculair risicomanagement aan en legt deze vast volgens de richtlijnen.

- Het ziekenhuis overhandigt schriftelijke informatie over behandelmethodes, kans op complicaties en dergelijke aan de patiënt.
- Het eerste consult en de non-invasieve onderzoeken kunnen op één dag gepland worden.
- De patiënt kan tijdens kantooruren vragen stellen en krijgt dezelfde dag nog antwoord.

De kwaliteitscriteria van het Vaatkeurmerk zijn verwerkt in een keuzewijzer van De Hart&Vaatgroep voor de patiënt. Met deze keuzewijzer kan de patiënt een behandelcentrum in de buurt vinden dat de goede vaatzorg biedt.

Beoordeling

De Hart&Vaatgroep zet een online vragenlijst uit onder ziekenhuizen. Vervolgens beoordeelt De Hart&Vaatgroep het ziekenhuis aan de hand van deze vragenlijst. Als het ziekenhuis voldoet aan de eisen kent De Hart&Vaatgroep het Vaatkeurmerk toe. Twee keer per jaar worden de criteria aangescherpt en worden de ziekenhuizen opnieuw beoordeeld.

 De Hart&Vaatgroep VAN EN VOOR MENSEN MET EEN HART- OF VAATZIEKTE	
EIGENAAR De Hart&Vaatgroep	INTRODUC- TIEJAAR 2007
DOELGROEP Ziekenhuizen	KOSTEN € 1300,-
AANTAL UITGEGEVEN 85 Instellingen	GELDIGHEIDSDUUR Halfjaarlijkse uitgave



Bewegingsvrijheid dementiecliënten

Waarborgzegel Fixatievrije zorginstelling

Het Waarborgzegel Fixatievrije zorginstelling wordt toegekend aan zorginstellingen die bewegingsvrijheid bieden aan hun cliënten met dementie. 'Fixatie' is de benaming voor het vastbinden van patiënten met bijvoorbeeld onrustbanden of verpleegdekens om valletsel en probleemgedrag te bestrijden. Instellingen met het Waarborgzegel Fixatievrije zorginstelling gebruiken geen fixatie en zijn gericht op het vergroten van de bewegingsvrijheid van cliënten.

Het Waarborgzegel Fixatievrije zorginstelling is een initiatief van Innovatiekring Dementie (IDé). De stichting IDé zet zich in voor goede kwaliteit van leven van mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuis. Het Waarborgzegel Fixatievrije zorginstelling is ontwikkeld in het kader van de landelijke campagne 'Ik bind hou vast!' van IDé.

Eisen

Het Waarborgzegel Fixatievrije zorginstelling bestaat uit een tot drie sterren die aangeven hoe ver de instelling is in het bieden van bewegingsvrijheid. De criteria van het Waarborgzegel Fixatievrije zorginstelling worden elke drie jaar geactualiseerd. Toegekende sterren zijn geldig tijdens de looptijd van de geldende criteria. De criteria zijn:

Criteria voor de eerste ster:

- De zorginstelling past bij mensen met dementie of delier geen fixatie toe.

Criteria voor de tweede ster:

- De zorginstelling voldoet aan de eisen voor één ster.
- Vrijheidsbeperking of gedragsbeïnvloedende medicatie wordt alleen toegepast als er aantoonbaar geen alternatieven zijn en dan zo kort mogelijk.
- Bij het zoeken naar en realiseren van oplossingen worden zo nodig ook de naasten van de cliënt en vrijwilligers betrokken.
- Als gedragsbeïnvloedende medicatie wordt overwogen, wordt er altijd een gedragskundige ingeschakeld.
- Voor antipsychotica en antidepressiva worden de conclusies en aanbevelingen gevolgd van het Expertisecentrum pharmacotherapie bij ouderen (Ephor).
- Voor valpreventie wordt de Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO)-richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen gehanteerd.
- In de zorginstelling zijn zo min mogelijk deuren voor de cliënten gesloten.

Criteria voor de derde ster:

- De zorginstelling voldoet aan de eisen voor twee sterren.
- De cliënten worden geholpen om zo lang mogelijk mobiel en zelfredzaam te blijven.
- De cliënten zijn zoveel mogelijk actief bij de persoonlijke verzorging, de algemene dagelijkse levensverrichtingen en sociale activiteiten.
- De cliënten hebben elke dag zoveel mogelijk beweging naar eigen kunnen.
- Naasten van cliënten en vrijwilligers worden betrokken.
- Er wordt naar gestreefd om de woonomgeving zo in te richten dat cliënten zich kunnen oriënteren en beschikken over attractieve vrije loopruimte.

Beoordeling

De zorginstelling vraagt het Waarborgzegel Fixatievrije zorginstelling aan bij Innovatiekring Dementie. De zorginstelling vult een aanmeldingsformulier in en voegt daarbij de bewijsstukken. Innovatiekring Dementie beoordeelt de ingezonden stukken en kent de verdiende ster(ren) toe. Bij twee of drie sterren vindt er binnen zes maanden na de toekenning van het waarborgzegel eenmalig een peer-audit plaats.



Innovatiekring Dementie

EIGENAAR

Innovatiekring Dementie

INTRODUC- TIEJAAR

2011

DOELGROEP

Zorginstellingen met dementiepatiënten

KOSTEN

Afhankelijk van ondermeer het aantal sterren. Vanaf € 605,- voor 3 jaar.

AANTAL UITGEGEVEN

Periode 2011 – 2013:
Een ster: 11 zorginstellingen
Twee sterren: 21 zorginstellingen
Drie sterren: 51 zorginstellingen

GELDIG- HEIDSDUUR

Drie jaar

WHO/UNICEF-certificaat

Zorg voor Borstvoeding

Het Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) is een initiatief van de World Health Organization (WHO) en UNICEF uit 1991 om wereldwijd te stimuleren dat baby's vanaf de geboorte uitsluitend borstvoeding krijgen. Het WHO/UNICEF-certificaat Zorg voor Borstvoeding is bedoeld voor ziekenhuizen, kraamzorgorganisaties en verloskundigenpraktijken die moeder- en kindzorg verlenen tijdens de kraamtijd volgens de tien vuistregels van het BFHI. Het certificaat is ook voor jeugdgezondheidszorg (JGZ)-instellingen die kraamzorg verlenen volgens de zeven stappen van het BFHI.

In Nederland is de stichting Zorg voor Borstvoeding verantwoordelijk voor het uitdragen van het BFHI. Stichting Zorg voor Borstvoeding informeert instellingen en adviseert bij de uitvoering van de tien vuistregels en de zeven stappen.

De tien vuistregels en de zeven stappen

De tien vuistregels voor het slagen van borstvoeding zijn:

1. Het borstvoedingsbeleid staat op papier en is bekend bij alle betrokken medewerkers.
2. Alle betrokken medewerkers leren de vaardigheden aan die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van dat beleid.
3. Alle zwangere vrouwen krijgen voorlichting over de voordelen en de praktijk van borstvoeding geven.
4. Moeders worden binnen een uur na de geboorte van hun kind(eren) geholpen met borstvoeding geven.

5. Vrouwen krijgen uitleg hoe ze de baby moeten aanleggen en hoe zij melkproductie in stand kunnen houden. Ook als de baby en de moeder gescheiden moeten worden.
6. Pasgeborenen krijgen geen andere voeding of extra vocht dan borstvoeding, tenzij op medische indicatie.
7. Moeder en kind mogen dag en nacht bij elkaar op een kamer blijven.
8. Borstvoeding wordt op verzoek nagestreefd.
9. Pasgeborenen die borstvoeding krijgen, krijgen geen speen of fopspeen.
10. De instelling houdt contact met andere instellingen en disciplines over de begeleiding van borstvoeding. De instelling verwijst de ouders naar borstvoedingsorganisaties.

De zeven stappen voor JGZ-instellingen zijn:

1. Het borstvoedingsbeleid staat op papier en is bekend bij alle betrokken medewerkers.
2. Alle betrokken medewerkers leren de vaardigheden aan die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van dat beleid.
3. Alle zwangere vrouwen krijgen voorlichting over de voordelen en de praktijk van borstvoeding geven.
4. De vrouwen die borstvoeding geven, worden daarin gestimuleerd en ondersteund met aandacht voor preventie en oplossing van problemen.
5. Aan de vrouwen wordt uitgelegd dat het kind tot de leeftijd van ongeveer zes maanden over het algemeen geen andere voeding nodig heeft

dan moedermelk. Daarna kan de borstvoeding, gecombineerd met andere voedingsmiddelen, doorgaan zolang moeder en kind dat wensen.

6. De vrouwen krijgen voorlichting over de mogelijkheden hoe borstvoeding te combineren is met werk of studie buitenshuis.
7. De JGZ-instelling onderhoudt contacten met andere instellingen en disciplines over de begeleiding van borstvoeding en verwijst de ouders naar borstvoedingsorganisaties.

Bij de tien vuistregels en de zeven stappen geldt dat het certificaat wordt toegekend als 80% van de geïnterviewde cliënten bevestigt dat zij voorlichting en ondersteuning hebben ontvangen volgens de tien vuistregels of de zeven stappen. Vuistregel 6 is hierop een uitzondering: de zorgverleners moeten in alle gevallen aanvaardbare medische gronden aan kunnen wijzen voor het gebruik van andere voeding of vocht bij borstgevoede baby's.

Beoordeling

Om het WHO/UNICEF-certificaat Zorg voor Borstvoeding te ontvangen vult de instelling een vragenlijst in voor de interne beoordeling. Vervolgens meldt de instelling zich aan bij de stichting Zorg voor Borstvoeding. Hierbij stuurt de instelling de volgende documenten mee:

- het borstvoedingsbeleid en/of -protocol;
- het scholingsprogramma (aantal uur scholing) en het gebruikte lesmateriaal;
- de inhoud van prenatale voorlichting.



stichting
Zorg voor Borstvoeding
WHO/UNICEF Certificering voor Nederland

EIGENAAR

Stichting Zorg voor Borstvoeding

INTRODUC- TIEJAAR

1991

DOELGROEP

Instellingen die moeder- en kindzorg verlenen tijdens kraamtijd

KOSTEN

Beoordeling:
€ 2.040,- –
€ 7.030,-

AANTAL UITGEGEVEN

Kraamzorgorganisaties: 116
Ziekenhuizen: 70
Verloskundigenpraktijken: 96
JGZ-instellingen: 17

GELDIG- HEIDSDUUR

Drie jaar
geldig

De Stichting Zorg voor Borstvoeding controleert deze stukken en interviewt een representatief aantal professionals, zwangeren en kraamvrouwen in de instelling. Als de instelling niet aan de eisen voldoet, wordt een aanmoedigingsprijs toegekend en wordt de instelling op termijn opnieuw getoetst. Het certificaat is drie jaar geldig. De kosten van het keurmerk zijn afhankelijk van de grootte van de instelling.

Hoofdstuk 2

Instellingsgerelateerde kwaliteitsverklaringen

Instellingen kunnen een specifieke dienst verlenen, zoals een optimaal leefklimaat creëren voor patiënten en cliënten die niet in staat zijn tot het verrichten van activiteiten en het actief meewerken aan hun behandeling. Ook zijn er instellingen die als specifieke dienst stamceltransplantaties uitvoeren. Met een kwaliteitsverklaring kunnen dergelijke instellingen erkend worden. In dit hoofdstuk zijn de kwaliteitsverklaringen opgenomen die van toepassing zijn op (delen van) instellingen.

CCKL-accreditatie

CCKL zet zich in voor de bevordering van de kwaliteit van het laboratoriumonderzoek en voor de accreditatie van laboratoria in de gezondheidszorg. CCKL kent het kwaliteitskeurmerk CCKL-accreditatie toe aan laboratoria in de humane gezondheidszorg die voldoen aan de CCKL-Praktijkrichtlijn. De CCKL is sinds 2008 onderdeel van Raad voor Accreditatie (RvA) als Unit Zorg.

De CCKL-Praktijkrichtlijn is opgesteld in samenwerking met alle laboratoriumgerelateerde beroepsverenigingen. Het is specifiek gericht op laboratoria in de humane gezondheidszorg die moeten voldoen aan de Nederlandse regelgeving. De eerste versie van deze richtlijn is in 1991 tot stand gekomen in samenwerking met de laboratorium-gerelateerde beroepsverenigingen. In de CCKL-Praktijkrichtlijn worden verschillende internationale normen uitgewerkt, namelijk de ISO/IEC 17025 voor laboratoria die testen en kalibreren en onderdelen van de ISO 9001 en 9002, twee internationale normen voor kwaliteitsmanagementsystemen. De richtlijn is de basis geweest voor de internationale norm

ISO 15189 voor medische laboratoria, die in 2003 is uitgebracht. De CCKL-Praktijkrichtlijn is voor een groot aantal medische laboratoria de basis voor het kwaliteitssysteem en is de norm waartegen wordt getoetst.

Eisen

De CCKL-Praktijkrichtlijn is onderverdeeld in de volgende categorieën:

- algemene eisen aan het kwaliteitssysteem;
- kwaliteitsdoelstellingen en kwaliteitsbeleid;
- werkerrein van het laboratorium;
- personeel en organisatie;
- voorzieningen;
- goederen;
- validatie van apparatuur;
- werkvoorschriften en protocollen;
- aanvraag en afname van lichaamsmateriaal;
- behandeling en analyse van lichaamsmateriaal;
- vastlegging van onderzoeksgegevens;
- rapportage van onderzoeksgegevens;
- beheerdocumenten;
- klachten, afwijkingen en verbeterpunten;
- beoordeling van het kwaliteitssysteem.

Beoordeling

Een laboratorium registreert zich bij de RvA. Vervolgens voert een RvA/CCKL-beoordelings-team van vier auditoren een initiële beoordeling ter plaatse uit. Daarbij wordt gekeken naar het bedrijfsvoeringssysteem van de organisatie, de laboratoriumverrichtingen en de competentie van de beroepsbeoefenaren. Op basis van het advies van het team en het rapport wordt een positief of negatief besluit genomen over toekenning van de accreditatie. De CCKL-accreditatie is vijf jaar geldig. Elke twee jaar bezoekt de RvA/CCKL het laboratorium afwisselend voor een (lichtere) controlebeoordeling en een herbeoordeling.



EIGENAAR

Raad voor Accreditatie/CCKL

INTRODUC- TIEJAAR

1991

DOELGROEP

Laboratoria in
de humane
gezondheids-
zorg

KOSTEN

Eenmalige registratie: € 2.515,-
Beoordeling: € 6.364,-
Jaarlijkse contributie: € 6.364,-

AANTAL UITGEGEVEN

295 Accreditaties, waarvan
momenteel 247 actief

GELDIG- HEIDSDUUR

Vijf jaar geldig,
tweejaarlijks
audit



Dienstverlening

ClIO-Maatstaf

De ClIO-Maatstaf is een praktische vertaling van de ISO 9001:2008 norm, die internationaal erkend is als model voor kwaliteitsmanagement. Met deze vertaling kunnen zorg- en dienstverleners de eisen van de ISO 9001 norm eenvoudiger toepassen en uitvoeren. Als wordt voldaan aan de eisen van de ClIO-Maatstaf, reikt de ClIO een ISO 9001 certificaat uit aan de dienstverlener. De ClIO-Maatstaf is vanuit de praktijk ontwikkeld door ClIO en geeft zekerheid voor een goed kwaliteitsmanagementsysteem. De ClIO-Maatstaf is bedoeld voor zorgorganisaties in de professionele dienstverlening. In de zorgsector zijn dit bijvoorbeeld ggz-instellingen, thuiszorgorganisaties, organisaties voor maatschappelijke opvang en verpleeg- en verzorgingshuizen.

Eisen

De ClIO-Maatstaf heeft zes aandachtsgebieden:

1. beleid: de beleidsvorming en innovatie;
2. organisatie: de afstemming van de organisatie en het kwaliteitsmanagementsysteem op het beleid;
3. kernproces: het maken van heldere afspraken met de klant en deze ook nakomen;
4. mensen: het inzetten van mensen met de benodigde competenties;
5. partners: het samenwerken met relevante partners en leveranciers;
6. reflectie: het evalueren van en reflecteren op de uitgevoerde werkzaamheden en het beleid.

Elk aandachtsgebied is uitgewerkt in een aantal onderliggende eisen die zijn gebaseerd op de ISO 9001 norm.

Beoordeling

De dienstverlener doet een aanvraag voor een toetsing op basis van de CIIO-Maatstaf bij CIIO. Vervolgens stelt CIIO een onderzoeksteam samen dat de dienstverlener tweemaal bezoekt en beoordeelt. Tussen het eerste en tweede bezoek heeft de dienstverlener de mogelijkheid om eventuele verbeteringen aan te brengen. Als de dienstverlener aan de eisen voldoet wordt een ISO 9001 certificaat voor drie jaar toegekend. Jaarlijks beoordeelt CIIO of de eisen van de CIIO-Maatstaf voldoende worden nageleefd.



EIGENAAR

CIIO B.V.

INTRODUCTIEJAAR

2007: voor zakelijke dienstverlening
en andere professionele organisaties
2010: voor de zorg

DOELGROEP

Professionele
dienst-
verleners

KOSTEN

Afhankelijk van het aantal
medewerkers en het type
onderzoek

AANTAL UITGEGEVEN

64 Dienst-
verleners

GELDIGHEIDSDUUR

Drie jaar geldig, jaarlijkse controle



Door Cliënten Bekeken

Door Cliënten Bekeken (DCB) is een kwaliteits-traject voor het meten en verbeteren van de kwaliteit in de zorg vanuit cliëntperspectief. DCB is een wetenschappelijk verantwoorde methode om de klantgerichtheid van zorgaanbieders te bevorderen. DCB is in 2004 ontwikkeld door Advies, Research, Gezondheidszorg en Ouderenbeleid (ARGO) in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). DCB is opgesteld voor apothekers en later verder uitgewerkt en doorontwikkeld voor eerstelijns gezondheidscentra, oefentherapeuten, huisartsen en tandartsen. De NPCF reikt het kwaliteitslabel Door Cliënten Bekeken uit aan elke deelnemer die het DCB-traject volledig heeft afgerond.

Eisen

Door Cliënten Bekeken is een driejarig kwaliteitstraject. In het eerste jaar worden de volgende activiteiten uitgevoerd:

- Een startbijeenkomst, waarin alle betrokkenen worden geïnformeerd over het kwaliteits-traject.
- Een basismeting, die bestaat uit het verspreiden van online vragenlijsten onder de cliënten. Deze vragenlijsten sluiten aan op de CQ-index, de landelijke standaard voor het meten van patiëntervaringen. Ze bevatten vragen over de ervaringen van cliënten met de dienstverlening in de betreffende instelling in de afgelopen twaalf maanden. Voor cliënten met een chronische aandoening is er een apart hoofdstuk met vragen. ARGO verwerkt deze vragenlijsten tot een rapportage en stuurt deze naar de instelling.
- Een workshop 'Van Meten naar Verbeteren', waarin de rapportage van de basismeting wordt toegelicht en besproken. Hierbij worden op basis van de resultaten van de dataverzameling drie verbeterpunten geformuleerd waaraan de instelling moet gaan werken.

- Een cliëntenpanel, veelal in de vorm van een spiegelgesprek, in de instelling of in de regio.
- Een evaluatiebijeenkomst, waarin het traject wordt geëvalueerd en het verbeterplan en eventuele eerste gerealiseerde verbeteracties worden gepresenteerd.

In de daaropvolgende twee jaren volgen tussentijdse metingen en/of aanvullende modules. Het certificaat wordt jaarlijks verlengd.

Beoordeling

De instelling meldt zich aan bij de NPCF en begint met het kwaliteitstraject. De basismeting, de workshop en het cliëntenpanel vinden in het eerste jaar van het kwaliteitstraject plaats. Als de instelling deze drie elementen volledig heeft afgerond, reikt de NPCF het kwaliteitslabel Door Cliënten Bekeken uit.



EIGENAAR

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

INTRODUCTIEJAAR

2004

DOELGROEP

Apotheken, eerstelijnszorgcentra, oefentherapeuten, huisartsen en tandartsen

KOSTEN

Vanaf
€ 1.500,- per
driejarig traject

AANTAL UITGEGEVEN

1000 Apotheken, 200 gezondheidscentra, 400 huisartsenpraktijken

GELDIGHEIDSDUUR

Een jaar geldig



Kwaliteit van PET- en CT-scans

EARL-certificaat

Het European Association of Nuclear Medicine (EANM) heeft het EANM Research Limited (EARL) opgericht om samenwerking en kwaliteit te bevorderen in de nucleaire geneeskunde. EANM kent het EARL-certificaat toe aan centra die PET-en/of PET/CT-studies uitvoeren volgens Europese richtlijnen. Met dit certificaat is de patiënt verzekerd van goede kwaliteit en kan het PET/CT-centrum deelnemen aan (inter)nationale onderzoeken waarin meerdere centra samenwerken.

Bij een PET/CT-scan wordt een radioactieve stof, bijvoorbeeld FDG, ingebracht in het lichaam en wordt de opname van deze stof over het lichaam gemeten. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld tumoren zichtbaar worden gemaakt. Vaak wordt een PET-scan gecombineerd met een CT-scan om de

tumor exact te kunnen lokaliseren. Het EARL-certificaat is specifiek bedoeld voor zorginstellingen die kwantitatieve FDG-PET/CT-scans ten behoeve van multicenter studies uitvoeren.

Eisen

Het EARL-certificaat is gebaseerd op de Europese kwaliteitseisen van het EANM en EARL. De PET/CT-centra moeten elk kwartaal een kwaliteitscontrole uitvoeren op de ijking van het systeem. Daarnaast moeten de centra elk jaar een kwaliteitscontrole uitvoeren met betrekking tot de beeldkwaliteit en kwantitatieve gegevens van de FDG PET/CT-studies. De precieze procedures en eisen die aan deze kwaliteitscontroles gesteld worden staan beschreven in de EANM handleiding en in het EARL handboek.

Beoordeling

De zorginstelling meldt zich aan bij het EARL. De zorginstelling verklaart te handelen volgens de EANM-richtlijnen en vult een online vragenlijst in. Ook dient de zorginstelling documenten en de data van de kwaliteitscontrolestudies in bij de EARL, waaruit blijkt dat de kwaliteitscontroles conform de handleidingen uitgevoerd zijn en de resultaten voldoen aan de EARL specificaties. EARL kent jaarlijks het EARL FDG-PET/CT-certificaat toe.

**RESEARCH
4LIFE®**

an  initiative

EIGENAAR

EANM Research Ltd.

INTRODUC- TIEJAAR

2010

DOELGROEP

PET/CT-centra

KOSTEN

Beoordeling: € 1.000,- per
PET/CT-systeem per jaar

AANTAL UITGEGEVEN

Meer dan zeventig centra in Europa, meer
dan twintig Nederlandse ziekenhuizen

GELDIGHEIDSDUUR

Jaarlijkse toekenning, indien kwartaalcontroles
akkoord zijn door EARL

EFI-certificaat

De European Federation for Immunogenetics (EFI) kent het EFI-certificaat toe aan laboratoria die voldoen aan door de EFI opgestelde kwaliteitseisen. EFI is een Europese organisatie die zich bezighoudt met immunogenetica (erfelijkheid van de afweerreacties van het lichaam op de lichaamsvreemde stoffen), weefseltypering en transplantatie. Het EFI-certificaat is door Stichting Eurotransplant verplicht om werkzaamheden te mogen verrichten in het kader van orgaan- en weefseltransplantaties. Stichting Eurotransplant is een serviceorganisatie voor samenwerkende transplantatiecentra, laboratoria en donorziekenhuizen in zeven landen, waaronder Nederland.

Eisen

Voor het EFI-certificaat gelden eisen in verschillende categorieën:

- Kwalificatie van het personeel waaronder opleidingsniveau van de directeur, technisch leidinggevende en kwaliteitsmanager.
- Kwaliteitsbewaking waaronder beschikbare faciliteiten en handboeken voor alle laboratoriumprocedures.
- Technieken en testprotocollen met betrekking tot orgaan- en weefseltransplantaties zoals de gebruikte terminologie, instrumenten en technieken.
- Specifieke eisen voor nier- en/of alveeskliertransplantaties, transplantaties van andere organen en bloedstamceltransplantaties.

Beoordeling

Een laboratorium vraagt het EFI-certificaat aan bij de EFI. De certificatieprocedure bestaat uit een cyclus van drie jaar. In het eerste jaar verstuurt EFI documentatie (pakket A) naar het

laboratorium. Deze documentatie wordt ingevuld door het laboratorium en beoordeeld door een vertegenwoordiger van EFI. Vervolgens initieert deze vertegenwoordiger een audit. Als deze audit succesvol wordt afgesloten, ontvangt het laboratorium het EFI-certificaat. Het certificaat is een jaar geldig.

In het tweede en derde jaar stuurt EFI opnieuw documentatie (pakket B1 en B2) naar het laboratorium. Het laboratorium voert een zelfinspectie uit en bij succesvolle afronding van deze zelfinspecties wordt het certificaat steeds voor een jaar toegekend. Na deze drie jaar vindt er weer een audit plaats door een vertegenwoordiger van EFI op basis van documentatie (pakket C).

**EIGENAAR**

European Federation
for Immunogenetics

**INTRODUC-
TIEJAAR**

1995

DOELGROEP

Laboratoria die orgaan- en
weefseltransplantaties uitvoeren

KOSTEN

Jaarlijkse
bijdrage:
€ 750,-

AANTAL UITGEGEVEN

262 Laboratoria in en buiten Europa,
waarvan zes in Nederland

**GELDIG-
HEIDSDUUR**

Een jaar geldig,
jaarlijkse
controle



Kwaliteit van audiciendiensten

Erkend Audicien

Het keurmerk Erkend Audicien wordt uitgegeven door de Stichting Audicienregister (StAr). Dit keurmerk geeft aan dat de betreffende audicienvestiging voldoet aan de kwaliteitsnormen die StAr stelt aan audiciens. Het keurmerk geeft de klant inzicht in de kwaliteit van de geboden dienstverlening. Daarnaast stimuleert het keurmerk de audicienbranche om de kwaliteit te waarborgen. Het keurmerk Erkend Audicien is bedoeld voor audicienvestigingen en hoorwinkels, niet voor individuele audiciens.

De StAr behartigt de belangen van audicienbedrijven. StAr houdt een gratis register bij waarin audiciens kunnen worden opgenomen als zij hun vakopleiding tot audicien hebben afgerond, hun na- en bijscholingsverplichtingen nakomen en hun dienstverlening uitvoeren op basis van de kwaliteitsvoorschriften van de StAr. StAr wordt gefinancierd vanuit een jaarlijkse bijdrage van de aangesloten organisaties.

Eisen

Aan het keurmerk Erkend Audicien zijn de volgende voorwaarden verbonden:

- De klant wordt geholpen door geregistreeerde audiciens.
- De dienstverlening is modern en wordt verricht volgens objectieve kwaliteitsmaatstaven.
- De geregistreeerde audicien maakt gebruik van geijkte apparatuur en gevalideerde werkmethoden.
- De klant kan kiezen uit een breed scala van hoortoestellen.
- Hoortoestellen worden eerst 'op proef' verstrekt en pas wanneer de klant tevreden is volgt de aanschaf.
- Bij klachten kan de klant een beroep doen op de Stichting Audicienregister.

Beoordeling

Een audicienbedrijf vraagt het keurmerk aan bij StAr. Een onafhankelijke instantie controleert het audicienbedrijf op de gestelde eisen. Als het audicienbedrijf aan deze eisen voldoet kent de StAr het keurmerk Erkend Audicien toe. Het keurmerk is drie jaar geldig. Audicienbedrijven met het keurmerk worden jaarlijks gecontroleerd en als het audicienbedrijf hierbij niet aan de eisen voldoet, verliest het audicienbedrijf het keurmerk.

EIGENAAR

Stichting Audicienregister (StAr)

INTRODUC- TIEJAAR

2006

DOELGROEP

Audicien-
vestigingen en
hoorwinkels

KOSTEN

Beoordeling: € 1.080,-
Controle: € 810,-
Jaarlijkse bijdrage aan StAr: € 225,-

AANTAL UITGEGEVEN

948
Audicien-
vestigingen

GELDIGHEIDSDUUR

Jaarlijkse controle,
driejaarlijkse audit



Erkend Specialist in Zelfzorg

Het Centraal Bureau Drogisterijbedrijven (CBD) heeft het kwaliteitskeurmerk Erkend Specialist in Zelfzorg ontwikkeld voor drogisterijen die UAD-zelfzorggeneesmiddelen verkopen. Dat zijn niet-receptgeneesmiddelen die uitsluitend via apotheek en drogist verkocht mogen worden. Het keurmerk geeft aan dat voorlichting bij en toezicht op de verkoop van deze geneesmiddelen van een goed niveau is. Het CBD is een koepelorganisatie en kenniscentrum voor filiaalbedrijven en zelfstandigen in de drogisterijbranche. Met het keurmerk 'Erkend Specialist in Zelfzorg' beoogt de drogisterijbranche de wettelijke eis van verantwoorde zorg op een gedegen manier in te vullen en te borgen.

Eisen

De 'Erkend Specialist in Zelfzorg' moet, wat betreft de verkoop van UAD-geneesmiddelen, aan de volgende eisen voldoen:

- Algemene eisen: onder andere dat verkoop uitsluitend plaatsvindt vanuit de winkelruimte die op het certificaat staat aangegeven en uitsluitend onder toezicht en verantwoordelijkheid van de gediplomeerde drogist.
- Voorzorgsmaatregelen: onder andere dat de verkoop uitsluitend plaatsvindt aan particuliere gebruikers, dat voorkomen moet worden dat kleine kinderen geneesmiddelen uit het schap kunnen pakken.
- Persoonlijke advisering aan en communicatie met de klant: bij aankoop van een zelfzorggeneesmiddel checkt de kassamedewerker standaard of de klant behoefte heeft aan advies (de 'kassacheck').
- Publieksreclame — niet-receptgeneesmiddelen en gezondheidsproducten: de eigen publieksreclame (of publieksreclame van derden) voor deze middelen moet van tevoren worden getoetst door de Keuringsraad KOAG/KAG.
- Personeel: eisen met betrekking tot de personeelsbezetting, instructies, werkoverleg en nascholing, zoals de verplichte vijfjaarlijkse nascholing voor (assistent) drogisten.
- Inrichting, aanduidingen en geneesmiddelen: waaronder de aanwezigheid van een duidelijk waarneembaar en leesbaar kenteken waaruit blijkt dat een waarborgcertificaat is uitgegeven en dat advies kan worden ingewonnen over niet-receptgeneesmiddelen.
- Systematische controles, interne terugkoppeling en klachtenbehandeling: zoals het steekproefsgewijs toetsen van het personeel op het toepassen van werkinstructies en systematische klachtenregistratie.
- Documenten en hun bewaartermijnen: het schriftelijk vastleggen en bewaren van bijvoorbeeld de in- en verkoopadministratie, schriftelijke verklaringen over werkinstructies en de resultaten van de halfjaarlijkse productcontrole.

Voor drogisterijen die UAD-zelfzorggeneesmiddelen aanbieden in de zelfbediening in plaats van achter de toonbank, gelden aanvullende eisen die een goede zelfzorgadvisering moeten garanderen, zoals continue beschikbaarheid van een personeelslid bij het schap en een goed leesbaar bord met de tekst: 'Zelfzorggeneesmiddelen. Advies? Vraag het de (assistent) drogist.'

Beoordeling

De drogist vraagt het certificaat aan bij PCO Certificerend Orgaan, een onderdeel van het CBD. Dit orgaan voert een aanvraagaudit uit en toetst de drogist aan de hand van de eisen. De drogist ontvangt het keurmerk zodra deze voldoet aan de eisen. Hierna vindt een jaarlijkse controle plaats die in sommige gevallen bestaat uit een selfassessment en in andere gevallen uit een winkelbezoek. Als de drogist tijdens deze jaarlijkse controle niet aan alle eisen voldoet vindt er daarna weer een controleaudit plaats om de verbeteringen te analyseren. Alleen als de drogist (weer) aan de eisen voldoet, wordt het keurmerk met een jaar verlengd.



Centraal Bureau
Drogisterijbedrijven

EIGENAAR

Centraal
Bureau
Drogisterij-
bedrijven

DOELGROEP

Drogisten die UAD-
zelfzorggeneesmiddelen verkopen

INTRODUC- TIEJAAR

1997

AANTAL UITGEGEVEN

Ruim 1.900
drogisterijen

GELDIG- HEIDSDUUR

Jaarlijkse
controle

KOSTEN

Audit: € 160,10
Betaalde controleaudit: € 159,50
Jaarlijkse bijdrage: € 221,95



Kwaliteit van triage-audiciens

Erkenning voor audicienvestigingen

Het Centrum voor Certificatie (CvC) kent de Erkenning voor audicienvestigingen toe aan audicienvestigingen die een triage-gehoormeting uitvoeren volgens de eisen van CvC en die beschikken over een ruimte met een zeer laag geluidsniveau. De Erkenning voor audicienvestigingen heeft als doel vestigingen te kwalificeren en de kwaliteit van triage-audiciens te waarborgen.

Triage-audiciens

Triage-audiciens zijn, naast de reguliere audicienhandelingen, bevoegd een triage uit te voeren. Met een triage kunnen zij ziektebeelden en bijzonderheden van normaal gehoorverlies onderscheiden. Een triage-gehoormeting bestaat uit drie onderdelen:

- audiometrie: drie metingen waarin de gevoeligheid en sterkte van het gehoor wordt getest;
- otoscopisch onderzoek: een onderzoek van de oorschelp, gehoorgang en het trommelmvlies volgens nationale standaarden;
- psychosociale anamnese.

Eisen

Het CvC heeft een erkenningsschema voor triage-audiciens opgesteld waarin verschillende eisen worden gesteld aan de uitvoering van de triage:

- De ruimte waar triage plaatsvindt is op elk moment stil genoeg om beengeleidingsdrempels van 15 decibel Hearing Level (dBHL) te meten.
- Een gekwalificeerd persoon voert de triage uit.
- De audiometer dient van het type 1 of 2 te zijn en moet minimaal één keer per jaar gekalibreerd worden.

Beoordeling

Een audicien schrijft zich in bij het CvC. Daarna toetst het CvC de audicien op alle eisen die vermeld staan in het erkenningschema en maakt een toetsingsrapport op. Als de audicien aan alle eisen voldoet, wordt de Erkenning voor audienvestigingen toegekend. De audicien wordt vermeld in het register van CvC. Als de audicien niet aan alle eisen voldoet, krijgt de audicien de gelegenheid om te werken aan verbetering. De Erkenning voor audienvestigingen is één jaar geldig.



EIGENAAR

Centrum voor Certificatie

INTRODUC- TIEJAAR

2012

DOELGROEP

Audienvestigingen waar triage
wordt uitgevoerd

KOSTEN

Beoordeling:
€ 120,-

AANTAL UITGEGEVEN

150
Vestigingen

GELDIGHEIDSDUUR

Eén jaar geldig

EurSafety kwaliteits- en transparantiecertificaat

Het EurSafety kwaliteits- en transparantiecertificaat is een certificaat voor ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen rond het bestrijden van ziekenhuisgerelateerde ziekteverwekkers met een resistentie tegen antibiotica. Dit certificaat maakt de inspanningen van ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen op het gebied van bescherming tegen infecties zichtbaar voor hun patiënten. De certificaten worden uitgegeven om de preventie van zorggerelateerde infecties en antibioticaresistentie internationaal op elkaar af te stemmen.

EurSafety Health-Net is een grensoverschrijdend project voor patiëntveiligheid en bescherming tegen infecties. EurSafety Health-Net vormt een netwerk van medische experts van ziekenhuizen, GGD's, microbiologische afdelingen, verpleeghuizen en artspraktijken uit vier zogenoemde 'Euregio's' die een groot deel van Nederland en Duitsland omspannen. Het EurSafety kwaliteits- en transparantiecertificaat heeft twee varianten. Het eerste certificaat is gericht op de preventie van de Meticilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA)-bacterie, de tweede op de preventie van andere multiresistente ziekteverwekkers en antibiotica-therapieën. Het tweede certificaat kan alleen na het eerste certificaat verkregen worden.

Eisen

De kwaliteitsdoelen voor ziekenhuizen zijn:

- het deelnemen aan bijeenkomsten van zogenoemde 'euregionale kwaliteitskringen';
- het vastleggen van epidemiologische gegevens;
- regelmatig overleg met publieke gezondheidsdiensten;
- prevalentie- en opnamescreening op de aanwezigheid van MRSA bij patiënten;
- het bepalen van het aantal en de aard van infecties bij specifieke risicogroepen;
- typering van speciaal geselecteerde MRSA-bacteriën;
- het uitvoeren van de richtlijnen van het Robert-Koch-Instituut (voor Duitse zieken- en verpleeghuizen) of de regelgeving van het RIVM (voor Nederlandse instellingen) met betrekking tot hygiënische maatregelen, isolatie en sanering;
- uitvoering geven aan wettelijke voorschriften;
- het strikt naleven van de hygiënemaatregelen bij de overplaatsing van en naar het ziekenhuis, de patiëntenvervoerder, de huisartsenpraktijk, de ouderenzorg en/of de pleegzorg;
- screening van risicopatiënten.

Per kwaliteitsdoel zijn maximaal drie of zes punten te halen. Om het EurSafety certificaat te verkrijgen dient het ziekenhuis tenminste 50% van het totale aantal punten te hebben behaald én minstens één punt per kwaliteitsdoel. Voor verpleeg- en verzorgingshuizen gelden iets afwijkende kwaliteitsdoelen.

Beoordeling

Een instelling kan zich aanmelden bij EurSafety Health-net voor het EurSafety kwaliteits- en transparantiecertificaat. De projectcoördinatoren van EurSafety Health-net zijn verantwoordelijk voor de evaluatie van de kwaliteitsdoelen. Als de instelling aan de eisen voldoet wordt het eerste certificaat toegekend. Als de instelling vervolgens aan de eisen van het tweede certificaat voldoet wordt ook dit uitgereikt. Beide certificaten zijn twee jaar geldig.



EURSAFETY HEALTH-NET
eursafety.eu

EIGENAAR

EurSafety Health-net

INTRODUC- TIEJAAR

2009

DOELGROEP

Ziekenhuizen en verpleeg- en
verzorgingshuizen

KOSTEN

Geen

AANTAL UITGEGEVEN

Eerste certificaat: 44 zorginstellingen
Tweede certificaat:
41 zorginstellingen

GELDIG- HEIDSDUUR

Twee jaar
geldig



Gastvrijheidszorg met Sterren

Gastvrijheidszorg met Sterren is een keurmerk voor de gastvrijheid in zorginstellingen. Zorginstellingen worden beoordeeld op de mate van gastvrijheid die tot uiting komt in onder andere het eten en drinken, de ambiance en de service binnen de instelling. Op basis daarvan ontvangt de instelling één tot vijf sterren. Gastvrijheidszorg met Sterren is gebaseerd op de Normen voor Verantwoorde Zorg en de CQ-index, de landelijke standaard voor het meten van patiëntenervaringen. Het keurmerk is een initiatief van LOC Zeggenschap in de zorg, Koksgilde en B+B Vakmedianet B.V., een uitgever van verschillende zorgbladen.

Eisen

De gastvrijheid in instellingen wordt in vijf categorieën getoetst:

- het beleid van het management en de cliëntenraad;

- de gastvrijheid in de praktijk vanuit zowel het management als de cliëntenraad;
- het aanbod, de kwaliteit en de variatie van het eten en drinken;
- de ambiance, wat bijvoorbeeld tot uiting komt in de inrichting;
- een klachtenregeling.

Bij de beoordeling worden per categorie punten toegekend. In totaal kan een instelling maximaal 800 punten behalen. Op basis van het percentage bepaalde punten wordt een aantal sterren toegekend. Als de instelling minimaal 55% van de punten heeft behaald ontvangt deze één ster. Bij 55 tot 65% worden dit twee sterren, bij 65 tot 75% drie sterren en bij 75 tot 85% worden vier sterren toegekend. Bij het behalen van meer dan 90% van de toe te kennen punten ontvangt de instelling vijf sterren, wat staat voor excellente gastvrijheidszorg.

Beoordeling

Het management en de cliëntenraad vullen een online vragenlijst in over de gastvrijheidszorg in de zorginstelling. Daarna vindt er een audit op locatie plaats door een onafhankelijke instelling waarbij het management en de cliëntenraad worden getoetst. Gesprekken met cliënten en medewerkers zijn mogelijk onderdeel van de audit. Ook nuttigen de auditeurs een maaltijd. Op basis van deze toetsing wordt het verdiende aantal sterren toegekend. De zorginstelling wordt vermeld in de Sterrengids Gastvrijheidszorg met het aantal behaalde sterren. De zorginstelling wordt jaarlijks opnieuw getoetst.

	
EIGENAAR LOC, Koksgilde en B+B Vakmedianet B.V.	INTRODUC- TIEJAAR 2006
DOELGROEP Zorg- instellingen	KOSTEN Beoordeling: € 1.150,- per vestiging
AANTAL UITGEGEVEN 2013: 252 Instellingen	GELDIGHEIDSDUUR Jaarlijkse herkeuring



Kwaliteits- en veiligheidskeurmerken

HKZ-keurmerken

Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg-sector (HKZ¹) ontwikkelt kwaliteits- en veiligheidsnormen met bijbehorende producten voor branches binnen zorg en welzijn. Inmiddels zijn voor meer dan dertig branches HKZ-normen ontwikkeld. Dit wordt samen met alle betrokken partijen gedaan. Met het HKZ-keurmerk kunnen instellingen laten zien dat ze serieus werk maken van kwaliteit van zorg en dat ze voldoen aan de bijbehorende eisen van patiënten, professionals en financiers. Een organisatie met een HKZ-keurmerk heeft intern de zaken goed op orde, stelt de klant principieel centraal en werkt voortdurend aan verbetering van de zorg- en dienstverlening.

HKZ-normen

Een HKZ-keurmerk wordt toegekend als aan de bijbehorende HKZ-normen is voldaan. De HKZ-normen zijn opgesteld door deskundigen uit de sector op basis van het algemene HKZ-model. In dit model staan de volgende kernwaarden centraal:

- verbetering- en resultaatgerichtheid;
- cliëntenperspectief staat centraal;
- cliëntveiligheid;
- professioneel handelen;
- ketenkwaliteit;
- werken conform ISO/NEN normen.

Het HKZ-kwaliteitskeurmerk is gebaseerd op de ISO 9001-normen voor kwaliteitsmanagementsystemen en branchespecifieke eisen voor kwaliteit. Het HKZ-veiligheidskeurmerk is gebaseerd op de Norm Technische Afspraak (NTA) 8009 voor veiligheidsmanagementsystemen met een focus op de veiligheid van patiënten en cliënten. De NTA 8009 is ontwikkeld in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). De HKZ-normen van ieder keurmerk worden elke drie jaar gecontroleerd op actualiteit.

Beoordeling

De beoordeling en toekenning van een HKZ-keurmerk gaat via een externe certificerende instelling. Deze beoordeelt de zorginstelling op de normen die voor de betreffende branche gelden en kent het bijbehorende HKZ-keurmerk toe als de organisatie voldoet. Een HKZ-keurmerk is drie jaar geldig en wordt tussentijds jaarlijks getoetst. De kosten voor de beoordeling zijn afhankelijk van de omvang van de organisatie.

¹⁾ HKZ is eigendom van het Nederlands Normalisatie Instituut (NEN). NEN faciliteert de ontwikkeling van normen. Een norm stelt eisen aan een managementsysteem en/of product, proces of diensten en/of deskundigheid van personen. Een certificaat op basis van een NEN-norm toont aan dat het onderwerp van toetsing voldoet aan de desbetreffende norm. De certificering wordt uitgevoerd door een certificerende instelling, die de organisatie toetst aan de hand van een NEN-norm. De certificerende instellingen worden formeel conformiteitsbeoordelende instellingen (CBI) genoemd.

The NEN logo consists of the letters 'NEN' in a bold, blue, sans-serif font, centered within a light blue rectangular box.

EIGENAAR

NEN

INTRODUC- TIEJAAR

1995

DOELGROEP

Organisaties in
zorg en welzijn

KOSTEN

Beoordeling: € 2.000,- – € 20.000,-

AANTAL UITGEGEVEN

Ruim 3.000 keurmerken, verdeeld
over meerdere domeinen.

GELDIG- HEIDSDUUR

Drie jaar
geldig,
jaarlijkse audit

INK-onderscheiding

De INK-onderscheiding is een algemeen managementmodel dat ook in de zorg wordt gebruikt. Het INK kent de INK-onderscheiding toe aan organisaties die het INK-managementmodel succesvol gebruiken als hulpmiddel voor verbetering en vernieuwing van de bedrijfsvoering. Met de INK-onderscheiding waardeert het INK organisaties die structureel feedback opzoeken, gericht werken aan verbetering en vernieuwing van hun bedrijfsvoering en daarmee een hoog kwaliteitsniveau behalen. Het INK is in 1991 op initiatief van het Ministerie van Economische Zaken opgericht als Instituut Nederlandse Kwaliteit om Nederlandse profit- en non-profitorganisaties te stimuleren tot excellente bedrijfsvoering. Het INK-managementmodel wordt gebruikt voor zelfevaluatie en auditing van organisaties.

Eisen

Het INK-managementmodel kent tien aandachtsgebieden die de organisatie in het oog moet houden bij het verbeteren en vernieuwen van de bedrijfsvoering. De uitwerking van deze aandachtsgebieden vindt plaats in de vorm van suggesties, niet in de vorm van voorschrijvende normen. De organisatie bepaalt zelf welke suggesties worden gerealiseerd. Dit leidt tot een open en ontwikkelingsgerichte benadering. De aandachtsgebieden zijn te verdelen in vijf organisatiegebieden en vier resultaatgebieden op het gebied van 'Verbeteren en vernieuwen'.

De organisatiegebieden zijn:

- leiderschap;
- strategie en beleid;
- management van medewerkers;
- management van middelen;
- management van processen.

De resultaatgebieden zijn:

- klanten en partners;
- medewerkers;
- maatschappij;
- bestuur en financiers.

Bij de resultaatgebieden staat enerzijds de relevantie centraal vanuit de optiek van belanghebbers en van de organisatie. Anderzijds wordt gekeken naar het niveau van de behaalde resultaten vanuit de eigen doelstellingen en in vergelijking met andere organisaties. Bij zowel de organisatie- als de resultaatgebieden wordt ook gekeken naar de mate waarin verbeteren en vernieuwen een rol speelt.

Beoordeling

Om in aanmerking te komen voor een INK-onderscheiding moet een organisatie een zelfevaluatie opstellen, waarin de aandachtsgebieden van het INK-managementmodel aan de orde komen. Op basis van deze zelfevaluatie laat INK een audit uitvoeren door ervaren, deskundige en hiervoor opgeleide praktijkmensen. De organisatiegebieden worden beoordeeld op opzet, uitvoering en evaluatie; de resultaatgebieden op relevantie en behaald resultaat.

Hierbij is aandacht voor de context waarbinnen de organisatie opereert en de missie die zij heeft.

De INK-audit resulteert in een auditrapport, een managementletter (managementrapport) en een score op basis van de scoremethodiek van het INK-managementmodel. Deze score is voor 50% gebaseerd op de beoordeling van de organisatiegebieden en voor 50% op die van de resultaatgebieden. Als de organisatie minstens 300 punten scoort kan de organisatie een INK-onderscheiding aanvragen. Bij 300 punten ontvangt de organisatie de INK-onderscheiding met drie sterren, bij 400 punten de INK-onderscheiding met vier sterren en bij 500 punten wordt de INK-onderscheiding met vijf sterren toegekend. De INK-onderscheiding is twee jaar geldig. De kosten van de audit zijn afhankelijk van de omvang van de organisatie.

voor organisaties in conditie **INK**

EIGENAAR

INK

**INTRODUC-
TIEJAAR**

1993

DOELGROEP

Organisaties in de profit- en de
non-profit-sector

KOSTEN

Audit:
€ 15.000,- –
€ 20.000,-

AANTAL UITGEGEVEN

300 punten: 34
400 punten: 37
500 punten: 5

**GELDIG-
HEIDSDUUR**

Twee jaar

ISO 15189-accreditatie

De ISO 15189 is een internationale norm voor humane medische laboratoria en is voor het eerst vrijgegeven in 2003. De ISO 15189-norm is gebaseerd op de ISO/IEC 17025, een internationale norm voor test- en kalibratielaboratoria, en op onderdelen van de ISO 9001, een internationale norm voor kwaliteitsmanagementsystemen. Daarnaast zijn elementen toegevoegd zoals de consultatieve functie, interactie met clinici, monsternamen en ethische verantwoordelijkheden richting de patiënt. CCKL (Coördinatie Commissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing van het Laboratoriumonderzoek op het gebied van de Gezondheidszorg), onderdeel van de Raad voor Accreditatie (RvA), accrediteert humane medische laboratoria tegen de ISO 15189. De ISO 15189-accreditatie geeft aan dat het betreffende laboratorium voldoet aan deze internationale norm.

Eisen

De ISO 15189 is onderverdeeld in management-eisen en technische eisen. De managementeisen omvatten onder andere:

- de organisatie;
- het personeel;
- de verantwoordelijkheden van het personeel en de organisatie;
- het kwaliteitssysteem;
- het documentbeheer;
- verbetermaatregelen.

De technische eisen hebben onder andere betrekking op:

- het personeel;
- de accommodatie;
- de omgeving;
- de uitrusting;
- het onderzoeksproces;
- de kwaliteitscontrole;
- de rapportage.

Beoordeling

Een laboratorium registreert zich bij de RvA. Vervolgens voert een RvA-beoordelingsteam een vooronderzoek uit. Dit vooronderzoek wordt gevolgd door een beoordeling ter plaatse waarbij alle normelementen worden beoordeeld. Het laboratorium krijgt een periode om eventuele verbetermaatregelen te nemen. Na het goedkeuren van de verbetermaatregelen wordt een besluit genomen over toekenning van de accreditatie. De ISO 15189-accreditatie is vier jaar geldig. Na de initiële beoordeling volgt elk jaar een controlebezoek. In het vierde jaar vindt er weer een herbeoordeling plaats.



EIGENAAR

Raad voor Accreditatie

INTRODUC- TIEJAAR

2003

KOSTEN

Registratie: geen
Jaarlijks controlebezoek en vierjaarlijkse beoordeling:
zie tarievenstructuur accreditaties RvA/CCKL

DOELGROEP

Laboratoria in
de humane
gezondheids-
zorg

AANTAL UITGEGEVEN

Elf accre-
ditaties

GELDIG- HEIDSDUUR

Vier jaar geldig,
jaarlijkse
controle

JACIE-accreditatie

De JACIE-accreditatie is een internationaal erkende accreditatie voor centra die stamceltransplantaties uitvoeren. Stamceltransplantatie is een medische handeling bij bloed- en lymfeklierkanker en bepaalde bloedziekten waarbij de patiënt stamcellen ontvangt uit het bloed of het beenmerg van een donor. De accreditatie toont aan dat een stamceltransplantatiecentrum werkt volgens internationale JACIE-standaarden. De JACI-accreditatie is in Nederland verplicht voor het verkrijgen van een vergunning van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

JACIE staat voor Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT. Deze commissie is door twee organisaties opgericht: de European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT), een beroepsgroep voor professionals die betrokken zijn bij stamceltransplantaties en de International Society for Cellular Therapy (ISCT), een organisatie die zich inzet voor wetenschappelijk onderzoek naar cellulaire therapieën. In Nederland vervult de Raad voor Accreditatie (RvA/CCKL) de front-office functie voor JACIE Europa.

Eisen

De algemene standaarden of eisen van de JACIE-accreditatie zijn:

- Er worden voorschriften gehanteerd voor het selecteren en evalueren van donoren en de gegevens van donoren moeten worden vastgelegd.
- De complete patiëntendossiers worden getoetst op volledigheid en nauwkeurigheid.
- De informatie op de labels van celmateriaal voldoet aan de gestelde eisen, zoals datum, donor, aanbevolen bewaartemperatuur en houdbaarheidsdatum.
- De verzendlabels voldoen aan de gestelde eisen met betrekking tot de vermeldingen, waarschuwingen en instructies op de labels van celmateriaal.

Daarnaast de eisen voor vier specifieke aandachtsgebieden:

- Wat betreft de kliniek wordt voldaan aan eisen op het gebied van het personeel, de veiligheid, het kwaliteitsmanagement, de procedures en de registratie van data.
- Wat betreft celafname uit beenmerg wordt ook voldaan aan deze eisen.

- Wat betreft celafname uit bloed wordt ook voldaan aan deze eisen.
- Wat betreft de bewerking van het materiaal wordt ook voldaan aan deze eisen.

Beoordeling

Een centrum evalueert de eigen procedures en handelingen en past deze zo nodig aan. Vervolgens meldt het centrum zich bij RvA/CCKL en overlegt een aantal documenten, zoals het kwaliteitshandboek en bewijzen van personeelskwalificaties. Daarna bezoekt JACIE het centrum en toetst daarbij de documentatie en registratie, interviewt het personeel, observeert de gang van zaken en toetst of aan alle JACIE-standaarden (normen) wordt voldaan. Na afloop van deze audit ontvangt het centrum een lijst met aanbevelingen en verbeterpunten. Als het centrum voldoet aan alle eisen, dan wordt door JACIE de accreditatie toegekend. De JACIE-accreditatie is vier jaar geldig. Twee jaar na de toekenning voert JACIE een minder uitgebreide audit uit, gericht op het kwaliteitsmanagementsysteem. De kosten van de audit zijn afhankelijk van de werkzaamheden van het centrum en het aantal onderdelen dat wordt getoetst.



EIGENAAR

Joint Accreditation Committee-ISCT
& EBMT

INTRODUC- TIEJAAR

1998

DOELGROEP

Stamcel-
transplantatie-
centra

KOSTEN

Eenmalige aanmelding: € 2.300,-
Jaarlijkse contributie:
€ 1.400,- – € 4.200,-

AANTAL UITGEGEVEN

Dertien centra, één zelfstandig
bewerkingslaboratorium

GELDIG- HEIDSDUUR

Vier jaar geldig,
controle na
twee jaar

JCI-accreditatie

The Joint Commission International (JCI) certificeert ziekenhuizen en andere zorginstellingen die hoog scoren op zorgkwaliteit en patiëntveiligheid. De JCI-accreditatie is toegekend in meer dan vijftig landen, waaronder Nederland. De JCI is in 1994 opgericht om wereldwijd de kwaliteit, veiligheid en efficiëntie in de gezondheidszorg te verbeteren en is erkend door de World Health Organization (WHO).

JCI heeft accreditatieprogramma's ontwikkeld voor ambulante zorg, klinische laboratoria, thuiszorg, ziekenhuizen, langdurige zorg, medisch transport en eerstelijnszorgcentra. In Nederland is tot op heden alleen de accreditatie voor ziekenhuizen toegekend.

Het accreditatieprogramma voor ziekenhuizen is uitgebreid met een speciaal programma voor academische ziekenhuizen. Volgens het JCI is een ziekenhuis academisch als het ziekenhuis is verbonden met een medische faculteit, als het ziekenhuis de belangrijkste onderwijsplek is voor de studenten van deze medische faculteit en als het ziekenhuis academisch onderzoek uitvoert waarbij patiënten uit het ziekenhuis betrokken zijn.

Eisen

Om de JCI-accreditatie voor ziekenhuizen te ontvangen moet een ziekenhuis voldoen aan ongeveer 1.200 eisen in twee categorieën: een categorie met patiëntgerichte eisen en een categorie met organisatie- en managementeisen. De eisen voor patiëntgerichtheid zijn:

- de toegankelijkheid en continuïteit van zorg;
- patiënt- en familierechten;
- het diagnosticeren van patiënten;
- zorg voor patiënten;
- anesthesie en chirurgie;
- management en gebruik van medicatie;
- onderwijs van patiënt en familie.

De eisen met betrekking tot organisatie en management zijn:

- kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid;
- preventie van infecties en infectiebeheersing;
- bestuur en leiderschap;
- faciliteitmanagement en veiligheid;
- kwaliteit en onderwijs van het personeel;
- management van communicatie en informatie.

Voor academische ziekenhuizen gelden twee aanvullende eisen:

- medisch professioneel onderwijs;
- onderzoeksprogramma's.

Beoordeling

Een instelling meldt zich aan bij het JCI. De JCI bezoekt de instelling en toetst of de instelling voldoet aan de eisen. Bij deze toetsing wordt de tracermethodiek gebruikt: patiënten worden gevolgd vanaf de eerste aanmelding in de instelling en gedurende het hele proces daarna. De JCI-accreditatie is drie jaar geldig.

EIGENAAR

Joint
Commission
International
(JCI)

INTRODUCTIEJAAR

2011: voor ziekenhuizen
2013: voor academische
ziekenhuizen

DOELGROEP

Ziekenhuizen
en andere
zorginstellingen

KOSTEN

Gegevens niet beschikbaar

AANTAL UITGEGEVEN

Wereldwijd: meer dan
500 zorginstellingen
Nederland: 1 academisch ziekenhuis

GELDIG- HEIDSDUUR

Drie jaar
geldig



Kwaliteit van de zorg van wijkverpleegkundige

Keurmerk Cliëntgestuurde Wijkzuster

Het Keurmerk Cliëntgestuurde Wijkzuster wordt toegekend aan (thuis)zorgorganisaties die voldoen aan kwaliteitseisen op het gebied van dienstverlening aan en regie van de cliënt. Het keurmerk geeft de cliënt duidelijkheid over de kwaliteit van de aangeboden cliëntgestuurde zorg door de wijkzuster.

De eisen voor dit keurmerk zijn opgesteld op initiatief van CIO en de Regionale Kruisvereniging West-Brabant, een regionaal, onafhankelijk burgerinitiatief dat de belangen van ongeveer 100.000 cliënten behartigt. De Kruisvereniging heeft een initiatief gestart de cliëntgestuurde gezins- en thuiszorg, zoals in de tijd van de wijkzuster het geval was, weer in het leven te roepen. Cliëntgestuurde zorg is zorg waarbij de cliënt de regie heeft en waarin de cliënt wordt gestimuleerd om zijn eigen kracht en het eigen netwerk in te zetten. De wijkzuster zoekt samen met de cliënt naar een oplossing voor vragen

van de cliënt op een breed terrein waaronder wonen, zorg en welzijn. Dit vindt plaats in nabijheid, verbinding en vertrouwen.

Eisen

De eisen voor het keurmerk zijn onderdeel van vier perspectieven waarmee naar de inzet van de wijkzuster gekeken wordt:

- cliëntperspectief: de vertrouwensband met de wijkzuster en de regie van cliënt;
- medewerkerperspectief: de professionaliteit van waaruit de wijkzuster handelt, wat zij doet of nalaat om cliëntgestuurd te werken en hoe zij leert van ervaringen;
- partnerperspectief: de wijze van samenwerken met samenwerkingspartners als een huisarts en welke rol de wijkzuster vervult in dit netwerk;
- managementperspectief: het beleid en de middelen die de organisatie beschikbaar stelt aan de wijkzuster om cliëntgestuurd te werken.

Beoordeling

Een (thuis)zorgorganisatie geeft bij de certificerende instantie CIIO aan zich te willen laten toetsen voor het keurmerk. Vervolgens hebben beoordelaars van CIIO en daarvoor opgeleide leden van de Kruisvereniging gesprekken met wijkzusters, cliënten, leidinggevendenden en partners. Als aan de minimeisen is voldaan, wordt het keurmerk toegekend. Na de toekenning toetst CIIO jaarlijks of de organisatie zich ontwikkelt langs de normen uit het toetsingskader en/of de organisatie het niveau heeft weten te behouden. Wanneer de organisatie na drie jaar aan alle eisen uit het toetsingskader voldoet, wordt de frequentie van onderzoek tweejaarlijks. De kosten van het keurmerk zijn afhankelijk van het aantal wijkzusters dat in de organisatie wordt ingezet.

	
EIGENAAR Regionale Kruisvereniging en CIIO	INTRODUC- TIEJAAR 2011
DOELGROEP (Thuis) zorg- organisaties	KOSTEN Afhankelijk van het aantal wijkzusters en het aantal vrijwillige auditoren van de kruisvereniging.
AANTAL UITGEGEVEN Onbekend	GELDIGHEIDSDUUR De eerste drie jaar een jaarlijkse audit, daarna tweejaarlijks



Kwaliteit pgb-diensten

Keurmerk Pgb-bureaus

Het Keurmerk persoonsgebonden budget (Pgb)-bureaus is een keurmerk voor bemiddelingsbureaus die op een betrouwbare wijze advies en/of administratieve diensten en/of bemiddeling aanbieden aan mensen met een persoonsgebonden budget. Het keurmerk is gebaseerd op een gedragscode voor pgb-bureaus van Per Saldo, een vereniging voor mensen met een persoonsgebonden budget en Stichting de Ombudsman. Met deze gedragscode wordt de kwaliteit van pgb-bureaus inzichtelijk gemaakt, zodat onzorgvuldig handelen en mogelijkheden tot fraude geminimaliseerd worden. Het Keurmerkinstituut heeft deze gedragscode uitgewerkt tot een eisenpakket voor het Keurmerk Pgb-bureaus in samenwerking met de voormalige Branchevereniging Voor Onafhankelijke PGB-bureaus (BVOP), Branchebelang Thuiszorg Nederland en de Nederlandse Branchevereniging voor erkende Cliëntondersteuners, Per Saldo, het Landelijk Platform GGZ en het Zorginstituut Nederland.

Eisen

In het eisenpakket van het Keurmerk Pgb-bureaus staan drie kernwoorden centraal: respect, inzichtelijkheid en vertrouwen. Het

eisenpakket bevat eisen in verschillende categorieën, uitgewerkt met een toelichting en toetsingsmethode:

- gedragingen: bijvoorbeeld het centraal stellen van de budgethouder en het hanteren van een privacyregeling;
- adviesverzoeken van budgethouder of aanvrager: bijvoorbeeld uitsluitend adviseren op initiatief van de budgethouder en het bieden van keuzevrijheid voor de budgethouder uit een transparant aanbod van beschikbare diensten;
- bemiddelingsverzoeken van budgethouder of aanvrager: bijvoorbeeld het schriftelijk voorleggen van de keuzemogelijkheden voor zorg- of hulpverleners aan de budgethouder;
- verzoeken van budgethouder of aanvrager tot het verzorgen van administratie: bijvoorbeeld het leveren van diensten in de omvang en frequentie waar de budgethouder om vraagt;
- acquisitie: bekendheid geven aan de geboden diensten zonder agressieve wervingsmethoden;
- informatievoorziening en levering van diensten: bijvoorbeeld een duidelijke en inzichtelijke omschrijving van de werkwijze van het pgb-bureau en een schriftelijk verslag van het intakegesprek met de budgethouder;
- administratie: bijvoorbeeld het (op verzoek)

geven van inzichtelijke toegang tot de pgb-administratie aan de budgethouder;

- Financieel verkeer: pgb-geld mag alleen op de eigen rekening van de budgethouder worden ontvangen en het pgb-bureau moet een accountantsverklaring kunnen overleggen met betrekking tot het beheer.

Daarnaast moet het kwaliteitssysteem:

- een werkende schriftelijke klachtenprocedure hebben met minimale eisen zoals binnen vijf werkdagen reageren op een klacht en het schriftelijk vastleggen van klachten op een klachtenformulier;
- belangrijke standaarddocumenten, zoals klant-overeenkomsten, systematisch beheren.

Beoordeling

Een pgb-bureau vraagt het keurmerk aan bij het Keurmerkinstituut. Het Keurmerkinstituut onderzoekt tijdens een audit op locatie of het bureau aan alle eisen voldoet. Het aantal auditdagen dat hiervoor nodig is hangt af van de grootte van de organisatie. Het bureau dat voldoet aan de eisen ontvangt voor drie jaar het Keurmerk Pgb-bureau. Tijdens deze drie jaar vindt er jaarlijks een controle plaats om te zien of het nog steeds aan de eisen voldoet.



Keurmerkinstituut

EIGENAAR

Keurmerk-
instituut

INTRODUC- TIEJAAR

2011

AANTAL UITGEGEVEN

27 pgb-
bureaus

DOELGROEP

Pgb-bureaus die advies en/of bemiddeling en/of administratie aanbieden aan budgethouders

KOSTEN

Audit: € 1.171,- per dag
Jaarlijkse bijdrage: € 195,-

GELDIG- HEIDSDUUR

Drie jaar geldig,
jaarlijkse
controle

Keurmerk voor apotheekhoudende huisartspraktijken

Het keurmerk voor apotheekhoudende huisartspraktijken (AHHAP) is onderdeel van het kwaliteitskeurmerk DEKRA seal. DEKRA seal is een keurmerk voor kwaliteit-, arbo-, en milieuzorgsystemen, een klant ontvangt altijd de specifieke seal die voor hem van toepassing is.

Het AHHAP keurmerk laat zien dat het medische gedeelte van een huisartsenpraktijk voldoet aan de kwaliteitsnormen 'Huisartsenpraktijken' van de Landelijke Huisartsen Vereniging, die gebaseerd zijn op de ISO 9001. De ISO 9001 is een internationale norm voor kwaliteitsmanagementsystemen.

Apotheekhoudende huisartsenpraktijken kunnen daarnaast een DEKRA seal ontvangen voor het apotheekgedeelte van hun praktijk door te voldoen aan de kwaliteitsnorm 'Farmaceutische zorgverlening door apotheekhoudende huisartsenpraktijken'. Deze norm is ontwikkeld door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) in samenwerking met patiënten- en beroepsorganisaties, zorgverzekeraars en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Eisen

Het medische gedeelte van de (apotheekhoudende) huisartsenpraktijk wordt getoetst op basis van de ISO 9001. De belangrijkste normen in dit internationale voorschrift zijn:

- De praktijk heeft visie en beleid op schrift gezet, heeft een jaarplan en voldoet aan de wet- en regelgeving en aan de richtlijnen van de branche.
- De praktijk controleert zelf of belangrijke activiteiten volgens protocol verlopen, stelt (indien nodig) verbeterplannen op en voert deze uit.
- Er zijn duidelijke afspraken over de taakverdeling binnen de praktijk, er vinden regelmatig voortgangsgesprekken met de medewerkers en klanttevredenheidsonderzoeken plaats.
- De praktijk structureert de zorgprocessen, zorgt voor een adequate registratie van de contacten met patiënten en hun gegevens, voert de doelstellingen van het jaarplan uit, controleert regelmatig of hieraan voldaan wordt en past (indien nodig) het jaarplan aan.

Apotheekhoudende huisartsenpraktijken worden voor het apotheekgedeelte van hun praktijk getoetst op basis van de kwaliteitsnorm 'Farmaceutische zorgverlening door apotheekhoudende huisartsenpraktijken'. Deze norm bestaat uit de volgende onderdelen:

- kwaliteitsbeleid;
- organisatie;
- het inschrijven, beoordelen en vaststellen van farmaceutisch zorgaanbod;
- farmaceutische zorgverlening;
- evaluatie en nazorg;
- personeel;

- fysieke omgeving en materiaal;
- diensten door derden;
- documenten;
- klachtenbehandeling;
- verbeteren van werkprocessen.

Beoordeling

Een (apotheekehoudende) huisartsenpraktijk meldt zich aan bij DEKRA Certification B.V. DEKRA voert vervolgens een audit uit in de praktijk en toetst het medische gedeelte van de praktijk en het apotheekgedeelte. Als de praktijk aan de normen voldoet, reikt DEKRA de betreffende DEKRA seal uit aan de praktijk. Het keurmerk is drie jaar geldig. Elke negen maanden voert DEKRA een nieuwe audit uit om te toetsen of de praktijk blijft voldoen aan de eisen. Deze audits vinden zowel op locatie plaats als op afstand.

 Kwaliteit ISO 9001 Kwaliteitsnorm Apotheekehoudende Huisartsenpraktijk www.dekra-seal.com		
EIGENAAR DEKRA Certification B.V.	DOELGROEP (Apotheek- houdende) huisartsen- praktijken	KOSTEN Gegevens niet beschikbaar
INTRODUCTIEJAAR 2005: apotheekehoudende huisartsenpraktijken 2008: huisartsenpraktijken (ISO 9001)		
AANTAL UITGEGEVEN 6 Huisartsenpraktijken 94 Apotheekehoudende huisartsenpraktijken voor het medische gedeelte van de praktijk, 192 voor het apotheekgedeelte van de praktijk		
GELDIGHEIDSDUUR Drie jaar geldig, elke negen maanden een audit		



Verloskundige zorg

KNOV-Praktijkaccreditatie

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) heeft de KNOV-praktijk-accreditering ontwikkeld voor verloskundigen-praktijken die voldoen aan kwaliteitseisen. De KNOV-praktijkaccreditering is gebaseerd op de NHG-Praktijkaccreditering en wordt beheerd door NHG Praktijk Accreditering b.v. (NPA). Het laat zien dat de betreffende praktijk voldoet aan de eisen en continu werkt aan verbetering van de zorg voor haar cliënten.

Eisen

Er gelden de volgende voorwaarden:

- De praktijk werkt volgens de KNOV-basiscriteria, die betrekking hebben op de kwaliteit van de praktijkvoering en de zorgverlening.
- De verlostas en de zuurstofkoffer zijn compleet en de instrumenten voldoen aan houdbaarheidsvoorschriften en andere vastgestelde eisen.
- In de praktijk wordt systematisch en continu aan kwaliteitsverbetering gewerkt.

De basiscriteria, zoals genoemd in de eerste voorwaarde, zijn:

- Alle verloskundigen zijn geregistreerd in het BIG-register; een register, voortvloeiend uit de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

- Alle relevante en actuele medische en sociale gegevens worden vastgelegd in het cliënten-dossier conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
- Er is een klachtenprocedure conform de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ).
- Er wordt jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag opgesteld conform de Kwaliteitswet zorginstellingen, dat wordt verstuurd naar de betreffende instanties.
- Aan cliënten wordt conform de WGBO toestemming gevraagd voor verrichtingen en/of behandelingen.
- Alleen met uitdrukkelijke toestemming van de cliënt vindt uitwisseling plaats van zijn (geautomatiseerde) gegevens, conform de WGBO en de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).
- Er wordt rekening gehouden met de veiligheid conform de Arbowet voor een ieder die in het praktijkgebouw aanwezig is.
- Als de praktijk werknemers heeft, is de praktijk aangesloten bij een gecertificeerde Arbodienst, conform de Arbowet.
- Er is een ziekteverzuimbeleid conform de Arbowet en de Wet verbetering poortwachter, gericht op het voorkomen en begeleiden van zieke werknemers.

Beoordeling

Een verloskundigenpraktijk meldt zich aan bij de NPA voor de KNOV-Praktijkaccreditering. De praktijk krijgt een feedbackrapport van het Praktijk Analyse Instrument en de cliënten-enquête. Dit rapport wordt tijdens een pre-audit besproken met een NPA-consulent. Na de pre-audit heeft de praktijk een goed beeld aan welke punten gewerkt kan worden ter verbetering en stelt minimaal twee verbeteringsplannen op. NPA voert vervolgens een audit uit in de praktijk. Een NPA-auditor toetst of de praktijk voldoet aan de eisen en of er systematisch en continu gewerkt wordt aan kwaliteitsverbetering. Zo ja, dan krijgt de praktijk het certificaat voor drie jaar. Vervolgens vindt er jaarlijks een controle-audit plaats.



EIGENAAR

KNOV (beheerder NHG Praktijk
Accreditering b.v.)

INTRODUC- TIEJAAR

2009

DOELGROEP

Verloskun-
digenpraktij-
ken

KOSTEN

Eerste jaar: € 2.238,50
Volgende jaren: € 1.815,-

AANTAL UITGEGEVEN

29 praktijken

GELDIGHEIDSDUUR

Drie jaar geldig, jaarlijkse controle



Zorgboerderijen

Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen

De Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen ondersteunt zorgboerderijen bij het zichtbaar maken van de begeleiding en zorg die zij aanbieden. Dit maakt het eenvoudiger voor cliënten en zorgpartners om een zorgboerderij te kiezen die past bij hun doelstellingen en wensen. De Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen laat zien dat de zorgboerderij voldoet aan de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Arbowet, de Wet klachtenrecht cliënten zorgsector (WKCZ), de Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp) en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz).

Eisen

Het kwaliteitssysteem zorgboerderijen is een vragenlijst waarin de zorgboer(in) kan aangeven hoe diverse zaken geregeld zijn op de zorgboerderij. Het kwaliteitssysteem bevat de volgende onderdelen:

- een profiel van de zorgboerderij met onder andere informatie over de agrarische activiteiten, de doelgroepen die welkom zijn op de zorgboerderij en welke begeleiding wordt aangeboden;
- informatie over het personeel en scholing zoals functiebeschrijvingen van alle functies op de zorgboerderij, informatie over de scholing en arbeidsvoorwaarden van medewerkers en de functioneringsgesprekken met medewerkers en vrijwilligers;

- een uitleg over het begeleidingstraject, met bijvoorbeeld een beschrijving van de kennis-making, intake, begeleiding, ontwikkeling, evaluatie en tevredenheid van deelnemers, en informatie over de samenwerkingsovereenkomsten met een zorginstelling;
- het bijhouden van een dossier voor elke deelnemer, afspraken over huisregels, vervoer, het gebruik van machines, werktuigen en apparaten. Daarnaast een beschrijving van de procedures voor medicijngebruik en medisch handelen, voor het omgaan met agressie, ongewenste intimiteiten en strafbare handelingen en een klachtenprocedure;
- informatie over de organisatie en het beleid van de zorgboerderij, zoals de visie van de zorgboerderij, de continuïteit van de zorg en begeleiding, het samenwerken met derden, veiligheid, privacy en aansprakelijkheid.

Naast de beschrijving van de bedrijfsvoering wordt aan de hand van deze vragenlijst een actielijst opgesteld. Deze actielijst bevat alle punten waaraan de zorgboer(in) de daaropvolgende periode moet werken. Het gaat hier om korte, middellange en lange termijnacties. De actielijst is een belangrijk middel om voortdurend actief te blijven werken in de kwaliteitscyclus.

Beoordeling

De zorgboer vult het kwaliteitssysteem zorgboerderijen in. Als de zorgboer schriftelijk kan aantonen dat hij aan alle voorwaarden voldoet is de eerste stap in de certificering voltooid en wordt de zorgboerderij officieel geregistreerd. Als de zorgboer een jaar heeft gewerkt met het kwaliteitssysteem wordt het bedrijf getoetst door een onafhankelijke auditor. Bij een positief resultaat kent de Federatie Landbouw en Zorg het keurmerk Kwaliteitswaarborg Zorgboerderijen toe. De registratie van de zorgboer wordt dan aangepast naar keurmerkhouder. De beoordeling door de onafhankelijke auditor dient eens in de drie jaar uitgevoerd te worden. Daarnaast moet de zorgboerderij jaarlijks een jaarverslag indienen bij de Federatie Landbouw en Zorg om de registratie bij dit orgaan te verlengen. Dit jaarverslag wordt getoetst door een onafhankelijke beoordelaar. Bij een positief resultaat wordt de registratie van het keurmerk met een jaar verlengd.



EIGENAAR

Federatie Landbouw en Zorg

INTRODUC- TIEJAAR

2001

DOELGROEP

Zorgboerde-
rijen

KOSTEN

Schriftelijke evaluatie: € 332,75
Beoordeling jaarverslag: € 121,-
Bedrijfsaudit: € 726,25

AANTAL UITGEGEVEN

390
zorgboerde-
rijen

GELDIGHEIDSDUUR

Drie jaar, jaarlijks jaarverslag
indienen



LPGGz Sterren Familiebeleid

Het Landelijk Platform GGz (LPGGz) is een koepelorganisatie van twintig cliënten- en familieorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg. Het LPGGz heeft het kwaliteitskeurmerk LPGGz Sterren ontwikkeld. De LPGGz Sterren geven aan in hoeverre een organisatie goede kwaliteit van zorg levert vanuit cliënten- en familieperspectief. De LPGGz Sterren zijn voorheen toegekend aan bijvoorbeeld zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het LPGGz heeft in samenwerking met familieorganisaties de LPGGz Ster Familiebeleid ontwikkeld, gericht op de kwaliteit van het familiebeleid van de zorginstelling. De LPGGz Ster Familiebeleid is beschikbaar voor ggz-instellingen en verslavingsklinieken, die langdurige klinische opname van volwassenen bieden of beschermd wonen aan volwassenen.

Eisen

De LPGGz Sterren voor Familiebeleid zijn opgedeeld in vier categorieën. De instelling kan per categorie een ster bemachtigen. De categorieën zijn:

- organisatiestructuur: registratie van gegevens rondom familie in het cliëntenregistratiesysteem, het verwerken van het familiebeleid en scholing van hulpverleners voor de omgang met familie in de kwaliteitscyclus van de instelling;
- familieraad: de familieraad heeft een samenwerkingsovereenkomst met de Raad van Bestuur en is betrokken bij de totstandkoming van het beleid;
- familievertrouwenspersoon (FVP): het beleid bevat het waarborgen van de onafhankelijkheid van de FVP en schrijft een rapportage van de FVP aan de Raad van Bestuur voor;
- familieklachtenregeling: deze regeling informeert over de mogelijkheid van het indienen van klachten en beschrijft dat klachten serieus en respectvol moeten worden afgehandeld en dat de klachtencommissie toegerust moet zijn om familieklachten met betrekking tot cliënten te behandelen.

Beoordeling

De LPGGz Sterren Familiebeleid zijn gebaseerd op documenten en gegevens van de zorginstelling. Deze informatie wordt door de zorginstellingen toegestuurd aan het LPGGz, die de informatie beoordeelt. Aan de hand van de resultaten kent het LPGGz de juiste ster(ren) toe.



Landelijk Platform GGz

LPGGz

EIGENAAR

Landelijk Platform GGz

INTRODUC- TIEJAAR

2010

DOELGROEP

Zorginstellingen, verslavingsklinieken en beschermd wonen

KOSTEN

Geen

AANTAL UITGEGEVEN

Organisatiestructuur 26, Familieraad 18, Familievertrouwenspersoon 17, Familiekachtenregeling, 22

GELDIG- HEIDSDUUR

Onbepaald



NHG-Praktijkaccreditering

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft een certificaat ontwikkeld voor huisartsenpraktijken: de NHG-Praktijkaccreditering. Dit certificaat is ontwikkeld door vertegenwoordigers van huisartsen, patiënten en zorgverzekeraars, met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als waarnemer. De NHG-Praktijkaccreditering wordt beheerd door de NHG Praktijk Accreditering b.v. (NPA), een organisatie die voor dit doel is opgericht door de NHG. De NHG-Praktijkaccreditering geeft aan dat de huisartsenpraktijk in kwestie verantwoorde zorg levert.

Eisen

Bij de NHG-Praktijkaccreditering horen drie soorten criteria: normatieve, signalerende en informatieve criteria. Om in aanmerking te komen voor het certificaat moet een huisartsenpraktijk voldoen aan normatieve criteria. Deze normatieve criteria zijn verdeeld over vijf thema's:

- beleid: eisen voor het beleidsplan en het jaarverslag;
- meten, verbeteren, borgen: eisen voor de gegevensverzameling, systematische verbetering, klachtenafhandeling, incidentmeldingen en het borgen van het kwaliteitssysteem;
- praktijkorganisatie: eisen voor de beheersing van processen, eisen voor personeel, middelen en het beheer van gegevens;
- patiëntervaringen: periodiek, minimaal driejaarlijks, een enquête onder de patiënten;

- professioneel handelen; deelname aan NHG-visitaties en het volgen van NHG-standaarden en -richtlijnen.

Naast deze normatieve criteria moet de praktijk binnen drie jaar na de gegevensverzameling voldoen aan de signalerende criteria. Voorbeelden van signalerende criteria zijn:

- het werken met een protocol kindermishandeling;
- de beschikbaarheid van publieksinformatie over de praktijk op internet;
- het niveau van medisch handelen bij patiënten met diabetes, COPD, astma en hart- en vaatziekten.

De informatieve criteria gaan over feitelijke gegevens, bijvoorbeeld over het aantal medewerkers, hun functies en hun werkuren. Daarnaast gaat het om gegevens met betrekking tot het medisch handelen bij verschillende patiëntgroepen. Deze gegevens worden gebruikt om huisartsenpraktijken onderling te vergelijken, zodat huisartsen zelf keuzes kunnen maken of ze verbeteringen zullen doorvoeren.

Beoordeling

Een huisartsenpraktijk meldt zich aan bij NPA en vult vragenlijsten in voor zelfevaluatie. Vervolgens voert NPA na ongeveer acht maanden een pre-audit uit, waarbij de zelfevaluatie en eventuele verbeterpunten besproken worden. Vier

maanden later wordt door middel van een audit besloten of de NHG-Praktijkaccreditering toegekend kan worden. Het certificaat is vijf jaar geldig. Jaarlijks toetst NPA met een controle-audit of de praktijk nog voldoet aan de eisen.

**EIGENAAR**

NHG Praktijk Accreditering b.v.

INTRODUCTIEJAAR

2005

DOELGROEP

Huisartsen-
praktijken

KOSTEN

Eerste jaar: € 2.158,-
Vervolgjaren: € 1.795,-

AANTAL UITGEGEVEN

48% van de huisartsen is werkzaam
in een geaccrediteerde praktijk

GELDIGHEIDSDUUR

Vijf jaar geldig,
jaarlijkse
controle



NIAZ-accreditatie

Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) accrediteert ziekenhuizen en zorginstellingen die voldoen aan de eisen van de NIAZ-Kwaliteitsnorm Zorginstelling. In de NIAZ-accreditatie is de Nederlandse Technische Afspraak 8009 verwerkt, een norm voor veiligheidsmanagementsystemen in ziekenhuizen. De NIAZ-accreditatie geeft aan dat de betreffende instelling zorg op een veilige manier biedt, zich doorlopend inzet om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en werkt volgens de huidige inzichten.

Het NIAZ is ontstaan uit een initiatief van de International Health Development Foundation, een samenwerkingsverband van industrie, universiteiten en zorg, vier algemene en vier academische ziekenhuizen. NIAZ zet zich in voor het borgen en verbeteren van de kwaliteit van gezondheidszorg door kwaliteitsnormen te ontwikkelen en de toepassing van deze normen te toetsen.

NIAZ-Kwaliteitsnorm Zorginstelling

De huidige NIAZ-Kwaliteitsnorm Zorginstelling beslaat negen onderwerpen:

- leiderschap: waaronder de inhoud en actualisering van de beleidsvisie, de taakverdeling en communicatie;
- strategie en beleid: waaronder de vorming en verantwoording van het beleid;
- management van medewerkers: waaronder de

werving, de werkomgeving, het functioneren en de begeleiding van medewerkers;

- management van middelen: waaronder het inkoopproces, de infrastructuur, geneesmiddelen-, voedsel- en bloedvoorziening en infectiepreventie;
- management van processen: waaronder het meten en verbeteren van het procesontwerp en het risicomanagement;
- resultaten voor ketenpartners aan de hand van de uitkomsten van het tevredenheidsonderzoek;
- resultaten voor medewerkers: waaronder de uitkomst van de basisset prestatie-indicatoren;
- resultaten voor bestuur en maatschappij: aan de hand van de uitkomsten van het tevredenheidsonderzoek;
- resultaten voor de patiënt: aan de hand van de uitkomsten van prestatie- en veiligheidsindicatoren en het tevredenheidsonderzoek.

Naast deze norm, voert het NIAZ accreditaties uit in Nederland en Vlaanderen op basis van het Canadese accreditatieprogramma Qmentum. Hiermee verlegt het NIAZ het accent van processen en procedures naar inhoud en zorgresultaten.

Accreditatieprogramma Qmentum

Qmentum werkt met normensets. Vier normensets gelden voor iedere organisatie en worden dan ook standaard ingezet in een accreditatie-

procedure. Het gaat om de normen voor:

- bestuur van de organisatie;
- effectiviteit van de organisatie;
- hygiëne en infectiepreventie;
- beheer van medicatie.

De overige normensets worden ingezet aan de hand van het profiel van een organisatie: welk type zorg wordt geboden en welke afdelingen zijn aanwezig. Elke normenset bevat verschillende dimensies van kwaliteit zoals omgeving, toegankelijkheid, veiligheid, werkomstandigheden, cliëntgerichtheid, continuïteit van zorg, effectiviteit en efficiëntie. Qmentum biedt verschillende niveaus van accreditatie. Per norm is aangegeven of het behalen van de norm bijdraagt aan accreditatie op niveau goud, platina of diamant.

Beoordeling

Een instelling doet een aanvraag bij het NIAZ. Bij de huidige Kwaliteitsnorm Zorginstelling stelt de instelling een zelfevaluatie-rapport op waarin de instelling zichzelf beoordeelt aan de hand van de kwaliteitsnorm van het NIAZ. Vervolgens biedt de instelling het zelfevaluatie-rapport aan met een verklaring van juistheid en volledigheid. Bij het accreditatieprogramma Qmentum vult 50% - 80% van de medewerkers wel een vragenlijst in, maar de instelling stuurt geen zelfevaluatie-rapport meer op naar het NIAZ. Bij beide accreditatiemethoden bezoekt een auditteam van het NIAZ de instelling. Als de instelling voldoet aan

EIGENAAR

Nederlands Instituut voor
Accreditatie in de Zorg

INTRODUC- TIEJAAR

1998

DOELGROEP

Ziekenhuizen
en andere
zorginstellin-
gen

KOSTEN

€ 2.119,- – € 28.340,-

AANTAL UITGEGEVEN

157 Instellingsbrede en deel-
accreditaties voor zorginstellingen

GELDIG- HEIDSDUUR

Vier jaar geldig

de kwaliteitsnorm wordt de instelling geaccrediteerd voor vier jaar. De kosten van de NIAZ-accreditatie zijn afhankelijk van de grootte van de instelling en het aantal bedden, fte's en locaties.



Vraaggestuurde, transparante en doelmatige zorg

OERmerk

OER is de afkorting van Ondersteuning Eigen Regievoering. Het OERmerk staat voor een zorgorganisatie die zorg organiseert op basis van wensen van cliënten en hiermee vraaggestuurd, transparant en doelmatig is ingericht. Het OERmerk is gebaseerd op het OERmodel dat vijf hulpmiddelen omvat waarmee een organisatie de benodigde cultuuromslag of kanteling kan bewerkstelligen. Het OERmerk is bedoeld voor verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg- en welzijnsorganisaties. Bureau Verkooijen&Beima heeft in samenwerking met het Nederlands Normalisatie Instituut (NEN) het OERmerk ontwikkeld.

Hulpmiddelen

De vijf hulpmiddelen die het OERmodel voorschrijft, zijn:

- een quickscan voor toetsing van de missie, de visie, de werkprocessen en het (voorgenomen) beleid op basis van het OERmodel;
- een methode voor het verhelderen van vragen;

- een systeem voor continue inventarisatie van wensen;
- een communicatieschema voor afstemming van het aanbod op de vraag;
- (logistieke) principes voor de organisatie van het aanbod.

Vanwege het kantelingskarakter wordt een instelling voor het behalen en behouden van het OERmerk de eerste drie jaar getoetst op de toepassing van het OERgedachtegoed:

- worden de vijf hulpmiddelen gebruikt?
- worden de vijf hulpmiddelen gebruikt zoals ze bedoeld zijn?
- ervaren cliënten en medewerkers het gebruik van de vijf hulpmiddelen waarvoor ze bedoeld zijn?

Elke volgende beoordeling vindt één keer in de drie jaar plaats.

Beoordeling

De toetsing van de zorginstelling wordt uitgevoerd op basis van de drie stappen tijdens drie OERchecks. Tijdens deze OERchecks vinden gesprekken plaats met leidinggevenden, medewerkers en cliënten. Ook worden zorgdossiers en planningsystemen bekeken. Het OERmerk wordt na de eerste OERcheck voor één jaar toegekend en verlengd met één jaar na de tweede OERcheck. Afhankelijk van de bevindingen wordt na de derde OERcheck het OERmerk met één, twee of drie jaar verlengd. De kosten voor de OERchecks verschillen voor de eerste, tweede en derde OERcheck.

NEN

Verkooijen Beima
ondersteuning eigen regievoering

EIGENAAR

CIO

INTRODUC- TIEJAAR

2012

DOELGROEP

Verpleeg- en verzorgingshuizen,
thuiszorg- en welzijnsorganisaties

KOSTEN

OERcheck:
€ 500,- –
€ 700,-

AANTAL UITGEGEVEN

Ongeveer vijftig organisatorische
eenheden

GELDIG- HEIDSDUUR

Eerste drie keer
één jaar, daarna
drie jaar geldig



Palliatieve zorg

Keurmerk Palliatieve Zorg

Het keurmerk Palliatieve Zorg wordt toegekend aan high care hospices en palliatieve units in verpleeghuizen die kwalitatief goede zorg leveren volgens het kwaliteitssysteem voor palliatieve zorg. High care hospices zijn hospices waar 24 uur per dag medische zorg aanwezig is en waar men ziekenhuisverplaatste-zorg kan uitvoeren. Palliatieve units zijn verpleeghuisafdelingen waar palliatieve zorg verleend wordt. Voor beide varianten is een apart kwaliteitssysteem beschikbaar dat gebaseerd is op de systematiek van de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ).

Het keurmerk is ontwikkeld in een samenwerking met Associatie van High Care Hospices (AHCH), Palliatief en Stichting Perspekt. AHCH is een vereniging van zelfstandige high care hospices en Palliatief is de multidisciplinaire beroepsvereniging voor palliatieve zorg. Beide organisaties hebben als doel om gezamenlijk de kwaliteit van palliatieve zorg voor terminale patiënten in Nederland te verhogen. Stichting Perspekt is betrokken bij de ontwikkeling en toetsing van verscheidene keurmerken in de zorg.

Eisen

High care hospices worden getoetst aan de hand van 112 normen, waarvan 30 normen (de A-normen) als zeer belangrijk zijn aangemerkt. Voor palliatieve units zijn er in totaal 99 normen,

20 daarvan zijn A-normen. De normen zijn opgedeeld volgens de rubrieken van HKZ. Voorbeelden van de A-normen zijn:

- Met de cliënt en diens naasten worden persoonlijke wensen en behoeften besproken. Indien de cliënt behoefte heeft aan (professionele) informatie om de implicaties van bepaalde keuzes voor de cliënt en diens naasten te verhelderen, ontvangt zij dit.
- Voorafgaand aan een mogelijke opname, is voor de cliënt informatie op schrift beschikbaar over de visie op het omgaan met ethische aangelegenheden binnen de high care hospice. Met in ieder geval richtlijnen over levensverlengend handelen, abstineren, afzien van cureren, euthanasie en palliatieve sedatie.
- Aan de privacy van de cliënt wordt actief vorm gegeven conform de zorgvisie en/of de gedragscode. De privacy wordt gewaarborgd volgens een vastgesteld privacyreglement dat voldoet aan de wettelijke eisen.
- Voor de cliënten is op vaste tijden de aanwezigheid gegarandeerd van een psychosociaal medewerker met specifieke deskundigheid ten aanzien van palliatieve zorg in de high care hospice.
- De high care hospice voorziet in steun en begeleiding van de naasten na overlijden van de cliënt, gebaseerd op de behoeften van de nabestaanden. Dit is vastgelegd in een nazorgprotocol.

Bij alle normen geldt dat zowel de schriftelijke vastlegging van de norm als het uitvoeren volgens de schriftelijke vastlegging beoordeeld wordt. High care hospices moeten aan minimaal 75% van alle normen en aan minimaal 85% van de A-normen voldoen. Palliatieve units ontvangen het keurmerk als zij aan minimaal 60% van alle normen en aan minimaal 80% van de A-normen voldoen.

Beoordeling

Een high care hospice of een verpleeghuis met palliatieve units kan het keurmerk Palliatieve Zorg aanvragen bij AHCH. Daarna wordt de instelling getoetst door de certificerende instelling Stichting Perspekt. Als de instelling aan de eisen voldoet wordt het keurmerk Palliatieve Zorg voor drie jaar toegekend. Een high care hospice wordt met het aanvragen van het keurmerk aspirantlid van de AHCH. Met het behalen van het keurmerk wordt een high care hospice volwaardig lid, mits de driejaarlijkse audit met goed gevolg wordt doorlopen.



EIGENAAR

Associatie van
High Care
Hospices

DOELGROEP

High care hospices en palliatieve
units bij verpleeghuizen

INTRODUC- TIEJAAR

2002

KOSTEN

Kwaliteitshandleiding: € 150,-
Audithandleiding: € 75,-
Toetsing: € 4.500,-

GELDIG- HEIDSDUUR

Drie jaar
geldig

AANTAL UITGEGEVEN

43 high care hospices
en palliatieve units



Begeleiding passieve patiënten

PDL-keurmerk

Het Passiviteiten Dagelijks Leven (PDL)-keurmerk is een keurmerk voor producten en instellingen die bijdragen aan een optimaal leefklimaat voor 'passieve' patiënten. Deze patiënten zijn niet in staat tot het verrichten van activiteiten en het actief meewerken aan hun behandeling. PDL is een methode voor optimale begeleiding, verzorging en verpleging van passieve patiënten. Het doel van PDL is het voorkomen van decubitus (doorligwonden) en contracturen (niet normale standen van een gewricht of lichaamsdeel) en het brengen van ontspanning. Het PDL-keurmerk is een initiatief van Stichting PDL.

Eisen

De eisen zijn gebaseerd op de PDL-methode en zijn uitgewerkt in een inleiding en zeven factoren:

- inleiding: bijvoorbeeld het vermelden van zelf-zorgactiviteiten en –passiviteiten in het zorgplan, specifieke handelingen, multidisciplinaire maatregelen en voorzieningen;
- liggen: diverse ligmiddelen, voorzieningen en inzichtelijkheid in het inkoop- en verstrekkingenbeleid van deze middelen;
- zitten: microdynamische kuipen, macrodynamische rolstoelondersteunen en inzichtelijkheid in het inkoop- en verstrekkingenbeleid van (rol)stoelen;
- gewassen worden: de methode waarbij paramedische vaardigheden worden toegepast bij het wassen en kleden waardoor zwaar zorg-

afhankelijke cliënten op een meer ontspannen wijze kunnen worden geholpen. Zonder pijn en ongenoegen. Deze vaardigheden van gediplomeerden en leerlingen worden op peil gehouden door gekwalificeerd personeel;

- gekleed worden: voldoende en op korte termijn te gebruiken aangepaste kleding op de verpleegafdeling en het informeren van personeel, bewoners en familie over eventuele kledingaanpassingen;
- verschoond worden: bijvoorbeeld aandacht richten op het behoud van continentie bij passieve bewoners, de keuze van het incontinentiemateriaal en transferondersteunende middelen;
- verplaatst worden: bijvoorbeeld een til- of transferprotocol met specificatie per patiënt, per werkeenheid een verantwoordelijke en een daarvoor opgeleide verplegende of verzorgende;
- gevoed worden: een verantwoordelijke die met afspraken of instructies aandacht geeft aan de problematiek bij het toedienen van voeding en vocht, met name bij het zich verslikken van de passieve bewoner.

Het PDL-keurmerk wordt toegekend aan producten als deze bijdragen aan:

- optimale ontspanning;
- preventie van decubitus;
- preventie van contracturen.

Beoordeling

Voor instellingen geldt dat de instelling zich aanmeldt bij Stichting PDL. De toetsingscommissie van PDL bezoekt de instelling en toetst deze op de eisen van het PDL-keurmerk. Als de instelling aan de eisen voldoet, wordt het keurmerk toegekend. Voor producten geldt dat de fabrikant van het product een aanvraag doet bij Stichting PDL. Vervolgens beoordeelt de toetsingscommissie of het PDL-keurmerk kan worden toegekend. Het PDL-keurmerk is drie jaar geldig.



EIGENAAR

Stichting PDL

INTRODUC- TIEJAAR

1994

DOELGROEP

Zorginstellingen met passieve
patiënten
Producten voor passieve patiënten

KOSTEN

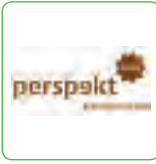
Gegevens niet
beschikbaar

AANTAL UITGEGEVEN

Acht instellingen
Vijf producten

GELDIG- HEIDSDUUR

Drie jaar
geldig



Verpleging, verzorging, thuiszorg

Perspekt bronzen keurmerk in de zorg

Het Perspekt bronzen keurmerk in de zorg is een keurmerk voor de kwaliteit van diensten binnen organisaties die verpleging, verzorging en/of thuiszorg aanbieden. Het keurmerk geeft aan dat de organisatie voldoet aan kwaliteitscriteria gericht op zorg, welzijn en veiligheid van en voor de cliënt. Stichting Perspekt zet zich in om vanuit cliëntperspectief de kwaliteit en maatschappelijke profilering van organisaties in de verpleging, verzorging, woonzorgcomplexen, thuiszorg en de informele en palliatieve sector te verbeteren. Stichting Perspekt geeft het keurmerk af op het niveau van een locatie of andere organisatorische eenheid.

Het Perspekt bronzen keurmerk in de zorg kan voor de volgende situaties behaald worden: intramuraal verblijf inclusief behandeling, extramuraal individuele zorg en extramuraal dagactiviteiten. Er kan ook sprake zijn van een combinatie van (deel)producten.

Eisen

Stichting Perspekt heeft voor intramurale zorg 88 kwaliteitscriteria opgesteld, waaronder 33

voorwaardelijke criteria. Voorwaardelijke criteria zijn criteria die direct met wet- en regelgeving te maken hebben. Voor extramuraal zorg zijn er in totaal 78 kwaliteitscriteria, waaronder 25 voorwaardelijke criteria. De kwaliteitscriteria, inclusief de voorwaardelijke criteria, zijn verdeeld over 12 rubrieken:

1. leef- en zorgklimaat;
2. informatieverstrekking cliënten;
3. kwaliteitsontwikkeling en -verantwoording;
4. cliëntervaringsonderzoek;
5. melding incidenten cliëntenzorg;
6. klachten cliënten;
7. cliëntdossiers;
8. professionele dienstverleners;
9. vrijheidsbeperkende maatregelen;
10. beëindiging of wijziging van inzet van zorg- en/of dienstverlening;
11. medicijnen;
12. veiligheid.

Bij elk criterium wordt bekeken of er schriftelijke afspraken zijn voor dit criterium en of deze afspraken correct worden uitgevoerd.

Beoordeling

De zorginstelling vraagt het keurmerk aan bij Stichting Perspekt. De zorginstelling vult zelf vragenlijsten in. Daarna vindt een audit door het auditteam van Stichting Perspekt plaats. Stichting Perspekt kent het keurmerk toe als de instelling voldoet aan alle voorwaardelijke criteria en binnen elke rubriek aan meer dan de helft van de kwaliteitscriteria. Het keurmerk is drie jaar geldig. De instelling met het keurmerk wordt vermeld in het register van Stichting Perspekt. Jaarlijks controleert Stichting Perspekt met een tussentijdse audit of de zorginstelling nog steeds voldoet aan de eisen van het keurmerk.



EIGENAAR

Stichting
Perspekt

INTRODUCTIEJAAR

2004, doorontwikkeld in 2008

DOELGROEP

Organisaties die verpleging,
verzorging, thuiszorg of palliatieve
zorg bieden

KOSTEN

Gegevens op
te vragen bij
Perspekt

AANTAL UITGEGEVEN

Meer dan 500 keer uitgegeven

GELDIG- HEIDSDUUR

Drie jaar
geldig,
jaarlijkse audit



Verpleging, verzorging en thuiszorg

Perspekt zilveren en gouden keurmerk in de zorg

Stichting Perspekt kent het Perspekt zilveren en gouden keurmerk in de zorg toe aan verpleeg- en verzorgingshuizen, woonzorgcomplexen en thuiszorg. Het keurmerk geeft aan dat de betreffende zorginstelling voldoet aan eisen vanuit cliëntperspectief en op het gebied van kwaliteitsontwikkeling. Stichting Perspekt heeft de eisen voor het Perspekt zilveren en gouden keurmerk opgesteld samen met (informele) zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars.

Bij deze toets wordt het totale kwaliteitssysteem getoetst met het accent op cliëntenperspectief en kwaliteitsontwikkeling. Bij deze toets bepaalt de organisatie zelf op basis van welk kwaliteitssysteem zij getoetst wil worden. Organisaties die voor het Perspekt gouden keurmerk in de zorg in aanmerking komen, scoren beter op normen die met kwaliteitsontwikkeling te maken hebben dan organisaties die het Perspekt zilveren keurmerk in de zorg verwerven. Organisaties kunnen ook een proeftoets (pre-audit) voor het Perspekt zilveren / gouden keurmerk in de zorg

aanvragen. Het Perspekt zilveren / gouden keurmerk in de zorg kan voor de volgende situaties behaald worden: intramuraal verblijf, intramuraal verblijf inclusief behandeling, extramuraal individuele zorg en extramurale dagactiviteiten.

Eisen

De eisen voor het Perspekt zilveren en gouden keurmerk in de zorg zijn verdeeld over de categorieën cliëntenperspectief en kwaliteitsontwikkeling. Bij elke eis wordt gekeken naar de schriftelijke afspraken en de uitvoering hiervan. Eisen binnen het cliëntenperspectief zijn bijvoorbeeld:

- een individueel zorgplan voor elke cliënt;
- privacy van de cliënt;
- goede waardering door de cliënt;
- klachtenregeling.

Voorbeelden van eisen binnen de kwaliteitsontwikkeling zijn:

- meerjarenbeleidsplan en jaarwerkplannen;
- evaluatie van beleid;
- incidentenregistratie;
- goed beheer van documenten.

Beoordeling

De zorginstelling vraagt het keurmerk aan bij Stichting Perspekt. De zorginstelling vult vragenlijsten in. Daarna vindt een audit door het auditteam van Stichting Perspekt plaats. Om de zilveren variant van het keurmerk te bemachtigen moet de zorginstelling minimaal 80% op cliëntperspectief en minimaal 60% op kwaliteitsontwikkeling. Voor de gouden variant geldt hetzelfde, alleen moet de score voor de kwaliteitsontwikkeling minimaal 80% zijn. Het keurmerk is drie jaar geldig. De instelling met het keurmerk wordt vermeld in het register van Stichting Perspekt. Jaarlijks controleert Stichting Perspekt met een tussentijdse audit of de zorginstelling nog steeds voldoet aan de eisen van het keurmerk.



perspekt
keurmerk in de zorg

EIGENAAR

Stichting Perspekt

INTRODUC- TIEJAAR

2003

DOELGROEP

Zorginstellingen die verpleging,
verzorging en/of thuiszorg bieden

KOSTEN

Gegevens op
te vragen bij
Perspekt

AANTAL UITGEGEVEN

283 keer
uitgegeven

GELDIGHEIDSDUUR

Drie jaar geldig, jaarlijkse audit



Hulp bij het huishouden

PREZO

Hulp bij het Huishouden

Het PREstatiemodel ZOrg (PREZO) is een kwaliteitssysteem dat helpt te sturen op verantwoord zorg en verantwoord ondernemerschap. In PREZO staan de prestaties centraal die de medewerkers en de organisatie aan de cliënt leveren. Stichting Perspekt heeft PREZO Hulp bij het Huishouden (HH) ontwikkeld in samenwerking met branchevertegenwoordigers, beroepsvereniging V&VN en cliëntenorganisatie LOC. Het PREZO HH-keurmerk is ontwikkeld in navolging van het PREZO Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T)-keurmerk.

PREZO HH beschrijft welke activiteiten van medewerkers en de organisatie eraan kunnen bijdragen dat de klant verantwoorde hulp bij het huishouden ontvangt. Ook staat erin welke voorwaarden nodig zijn om die activiteiten te verrichten. Voor een zorginstelling met een PREZO HH-keurmerk geldt:

- Uit landelijke indicatorenuitskomsten blijkt dat de cliënten tevreden zijn.
- De organisatie biedt verantwoorde zorg conform branchespecifieke eisen.
- De organisatie is een verantwoord ondernemer, die aan relevante wet- en regelgeving voldoet.
- De organisatie werkt blijvend aan prestatieverbeteringen.

Stichting Perspekt zet zich in om vanuit cliëntperspectief de kwaliteit en maatschappelijke

profilering van organisaties in de verpleging, verzorging, woonzorgcomplexen, thuiszorg en de informele en palliatieve sector te verbeteren. Perspekt geeft keurmerken af op het niveau van een locatie of andere organisatorische eenheid.

Prestaties

PREZO is gebaseerd op domeinen, pijlers en voorwaarden.

De domeinen van PREZO HH beschrijven vier levensgebieden van de cliënt:

- leefsfeer;
- zelfstandigheid;
- een schoon huis;
- veiligheid.

Voor elk domein is uitgewerkt welke prestaties de cliënt mag verwachten. Voor PREZO HH gaat het bijvoorbeeld om de prestaties 'de klant ervaart een goede ondersteuning in het zelfstandig voeren van de huishouding' en 'de klant mag rekenen op een adequate signalering van tekorten, knelpunten, problemen of klachten'.

Om deze prestaties te kunnen realiseren zijn er twee pijlers nodig die de prestaties ondersteunen, namelijk:

- een plan huishoudelijke hulp;
- adequate communicatie met en informatie aan de cliënt.

Om de prestaties te kunnen leveren geldt de voorwaarde dat de organisatie en de medewerkers professioneel handelen. Dit PREZO HH-keurmerk kent een zilveren en een gouden variant. Voor een gouden keurmerk moeten alle negentien prestaties behaald zijn. Om voor een PREZO zilveren keurmerk in aanmerking te komen mogen maximaal twee prestaties niet behaald zijn, niet zijnde de voorwaardelijke prestatie.

Beoordeling

De zorginstelling vraagt een PREZO HH-keurmerk aan bij Stichting Perspekt en vult vragenlijsten in. Daarna vindt een audit plaats door het audit-team van Stichting Perspekt waarin de prestaties van de organisatie en medewerkers beoordeeld worden. Deze audit kan zowel separaat als gecombineerd met een PREZO VV&T audit plaatsvinden. Als de zorginstelling aan de gestelde eisen voldoet wordt het keurmerk voor drie jaar toegekend en wordt de instelling vermeld in het register van Stichting Perspekt. Jaarlijks controleert Stichting Perspekt met een tussen-tijdse audit of de zorginstelling nog steeds voldoet aan de eisen van het keurmerk.

perspekt
keurmerk in de zorg

EIGENAAR

Stichting Perspekt

INTRODUC- TIEJAAR

2011

DOELGROEP

Zorginstellingen die hulp bij het
huishouden bieden

KOSTEN

Gegevens op
te vragen bij
Perspekt

AANTAL UITGEGEVEN

Twee
instellingen

GELDIGHEIDSDUUR

Drie jaar geldig, jaarlijkse audit



PREZO Informele Zorg

Het PREstatiemodel ZOrg (PREZO) is een kwaliteitsstelsel dat helpt te sturen op verantwoord zorg en verantwoord ondernemerschap. In PREZO staan de prestaties die medewerkers en organisatie leveren aan de cliënt centraal. Stichting Perspekt heeft PREZO Informele Zorg ontwikkeld in samenwerking met Mezzo, landelijke vereniging voor mantelzorgers en vrijwilligerszorg. Het PREZO IZ-keurmerk is ontwikkeld in navolging van het PREZO Verpleging, verzorging en thuiszorg (VV&T)-keurmerk.

PREZO IZ beschrijft activiteiten van betaalde medewerkers, vrijwilligers en de organisatie die bijdragen aan verantwoorde ondersteuning aan hulpvrager en mantelzorger. Daarnaast beschrijft PREZO IZ welke voorwaarden nodig zijn om die activiteiten te kunnen verrichten. Voor een zorginstelling met een PREZO IZ-keurmerk geldt:

- Uit landelijke indicatorenuitskomsten blijkt dat de cliënten tevreden zijn.
- De organisatie biedt verantwoorde zorg conform branchespecifieke eisen.
- De organisatie is een verantwoord ondernemer, die aan relevante wet- en regelgeving voldoet.
- De organisatie werkt continu aan prestatieverbeteringen.

Eisen

PREZO IZ is gebaseerd op domeinen, pijlers en voorwaarden. De domeinen van PREZO IZ beschrijven vijf levensgebieden van de cliënt:

- lichamelijk welbevinden;
- praktische redzaamheid;
- maatschappelijke participatie;
- emotioneel en mentaal welbevinden;
- expertise en informatie.

Voor elk domein is uitgewerkt welke prestaties de cliënt mag verwachten. Specifiek voor Informele Zorg gaat het bijvoorbeeld om de prestaties 'adequate ondersteuning bij het voorkomen of doorbreken van isolement' en 'ondersteuning bij praktische activiteiten'. Om deze prestaties te kunnen realiseren zijn twee pijlers nodig die de prestaties ondersteunen:

- een ondersteuningsplan voor elke cliënt;
- passende en adequate communicatie met en informatie aan de cliënt.

Om de prestaties te kunnen realiseren geldt de voorwaarde dat de organisatie en de medewerkers professioneel handelen. Het PREZO IZ-keurmerk kent een zilveren en een gouden variant. Voor een gouden keurmerk moeten alle prestaties behaald zijn. Bij een volledig productaanbod zijn dat 26 prestaties. Om voor een PREZO IZ-zilveren keurmerk in aanmerking te komen, mogen maximaal drie prestaties niet behaald zijn.

Beoordeling

De organisatie vraagt een PREZO IZ-keurmerk aan bij Stichting Perspekt en vult zelf vragenlijsten in. Daarna vindt een audit door het auditteam van Stichting Perspekt plaats waarin de prestaties van de organisatie en medewerkers beoordeeld worden. Als de organisatie aan de gestelde eisen voldoet, wordt het keurmerk voor drie jaar toegekend. De organisatie met het keurmerk wordt vermeld in het register van Stichting Perspekt. Jaarlijks controleert Stichting Perspekt met een tussentijdse audit of de organisatie nog steeds voldoet aan de eisen van het keurmerk.



perspekt
keurmerk in de zorg

EIGENAAR

Stichting Perspekt

INTRODUC- TIEJAAR

2011

DOELGROEP

Organisaties die in het kader van de
Wmo informele zorg bieden

KOSTEN

Gegevens op
te vragen bij
Perspekt

AANTAL UITGEGEVEN

Eén instelling

GELDIGHEIDSDUUR

Drie jaar geldig, jaarlijkse audit



Verpleging, verzorging en thuiszorg

PREZO Verpleging, Verzorging en Thuiszorg

Het PREstatiemodel ZOrg (PREZO) is een kwaliteitssysteem dat helpt te sturen op verantwoord zorg en verantwoord ondernemerschap. In PREZO staan de prestaties die medewerkers en organisatie leveren aan de cliënt centraal. Stichting Perspekt heeft in samenwerking met branchevertegenwoordigers en cliëntenorganisaties PREZO Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) voor organisaties in de intramurale ouderenzorg en thuiszorg ontwikkeld.

Voor een zorginstelling met een PREZO VV&T-keurmerk geldt:

- Uit landelijke indicatorenuitskomsten blijkt dat de cliënten tevreden zijn.
- De organisatie biedt verantwoorde zorg conform branchespecifieke eisen.
- De organisatie is een verantwoord ondernemer, die aan relevante wet- en regelgeving voldoet.
- De organisatie werkt blijvend aan prestatieverbeteringen.

Stichting Perspekt zet zich in om vanuit cliëntperspectief de kwaliteit en maatschappelijke profilering van organisaties in de verpleging, verzorging, woonzorgcomplexen, thuiszorg en de informele en palliatieve sector te verbeteren.

Perspekt geeft keurmerken af op het niveau van een locatie of andere organisatorische eenheid.

Prestaties

PREZO VV&T is gebaseerd op domeinen, pijlers en voorwaarden. De domeinen van PREZO VV&T beschrijven vier levensgebieden van de cliënt:

- lichamelijk welbevinden en gezondheid;
- woon- en leefomgeving;
- participatie en sociale zelfredzaamheid;
- mentaal welbevinden.

Voor elk domein is uitgewerkt welke prestaties de cliënt mag verwachten. Specifiek voor de VV&T gaat het bijvoorbeeld om de prestaties 'leefsfeer en privacy', 'respect voor en ondersteuning van eigen identiteit en zingeving' en 'adequate zorg bij gezondheidsklachten en pijn'. Daarnaast staan voor alle prestaties twee ondersteunende pijlers omschreven:

- een zorgleefplan voor elke cliënt;
- passende en adequate communicatie met en informatie aan de cliënt.

Om de prestaties te kunnen leveren, geldt de voorwaarde dat de organisatie en de medewerkers professioneel handelen.

Het PREZO VV&T-keurmerk kent een zilveren en een gouden variant. Voor een gouden keurmerk moeten alle prestaties behaald zijn. Voor de intramurale zorg komt dat neer op 46 prestaties en voor de extramurale zorg op 43. Om voor het PREZO zilveren keurmerk in de zorg in aanmerking te komen, moeten minimaal 41 respectievelijk 38 prestaties behaald zijn.

Beoordeling

De zorginstelling vraagt een PREZO VV&T-keurmerk aan bij Stichting Perspekt en vult vragenlijsten in. Daarna vindt een audit door het auditteam van Stichting Perspekt plaats waarin de prestaties van de organisatie en medewerkers beoordeeld worden. Als de zorginstelling aan de gestelde eisen voldoet, wordt het keurmerk voor drie jaar toegekend. De instelling wordt vermeld in het register van Stichting Perspekt. Jaarlijks controleert Stichting Perspekt met een tussentijdse audit of de zorginstelling nog steeds voldoet aan de eisen van het keurmerk.



perspekt
keurmerk in de zorg

EIGENAAR

Stichting Perspekt

INTRODUC- TIEJAAR

2008

DOELGROEP

Organisaties die verpleging,
verzorging en thuiszorg bieden

KOSTEN

Gegevens op
te vragen bij
Perspekt

AANTAL UITGEGEVEN

Meer dan 250
instellingen

GELDIGHEIDSDUUR

Drie jaar geldig, jaarlijkse audit



Roze Loper

Consortium Roze 50+ en de certificerende instelling Kiwa hebben de Roze Loper ontwikkeld voor instellingen in de ouderenzorg en thuiszorgorganisaties die zich inzetten voor de sociale acceptatie van lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuele mensen en transgenders. Consortium Roze 50+ bestaat uit vier nationale organisaties op het gebied van ouderen en homoseksualiteit:

- Algemene Nederlandse Belangenorganisatie Ouderen (ANBO);
- COC Nederland;
- Movisie;
- Vilans.

Eisen

De Roze Loper is gebaseerd op de tolerantiescan die instellingen inzicht geeft in hoeverre hun aanbod aansluit bij de doelgroep. De tolerantiescan bestaat uit de volgende thema's:

- beleid en organisatie: bijvoorbeeld een speci-

fiek beleid en activiteiten voor homoseksuele, lesbische of biseksuele cliënten, gedragsregels in het reglement rondom seksistisch of discriminerend gedrag en een vertrouwenspersoon voor cliënten;

- personeelsbeleid: bijvoorbeeld specifieke afspraken of beleid met betrekking tot seksuele geaardheid van medewerkers en een vertrouwenspersoon voor medewerkers;
- opleiding: bijvoorbeeld een opleidingsbeleid, gedragscode, bewustwording van beroepsmatige houding ten opzichte van diversiteit;
- bewustwording en veiligheid: bijvoorbeeld het monitoren van de bewustwording van diversiteit, leeftijdsdiscriminatie, algemeen gevoel van veiligheid en acceptatie;
- signalering, begeleiding en klachten: een klachtenprocedure en -folder, de mogelijkheid tot persoonlijk gesprek met betrekking tot diversiteit en het inschakelen van een externe vertrouwenspersoon is protocolair vastgelegd.

Beoordeling

Een instelling meldt zich aan bij Consortium Roze 50+ en vult de tolerantiescan in. Instellingen kiezen een instrument uit de toolkit, waarmee aandacht en begrip kan worden gevraagd voor diversiteit. Vervolgens voert Kiwa een audit op locatie uit waarbij verschillende mensen binnen de instelling geïnterviewd worden. Op aanvraag kunnen er audits op meerdere locaties plaatsvinden. Bij een positief resultaat wordt de Roze Loper per vestiging uitgereikt. Hierbij ontvangt de instelling de Roze Loper plaquette. De Roze Loper is drie jaar geldig en wordt jaarlijks getoetst. De kosten van de audit zijn afhankelijk van het aantal locaties dat getoetst moet worden.



EIGENAAR

Consortium Roze 50+ en Kiwa

INTRODUC- TIEJAAR

2010

DOELGROEP

Instellingen in
ouderenzorg
en thuiszorg-
organisaties

KOSTEN

Audit (eerste jaar):
€ 2.064,- – € 7.692,-
Audit (tweede en derde jaar):
€ 930,- – € 6.128,-

AANTAL UITGEGEVEN

84 Instellingen

GELDIGHEIDSDUUR

Drie jaar geldig, jaarlijkse toetsing



Seniorvriendelijke zorg

Seniorvriendelijk Ziekenhuis

Het keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis is een keurmerk voor ziekenhuislocaties die de organisatie van zorg hebben aangepast aan de wensen en behoeften van kwetsbare ouderen. Het Keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis is een initiatief van de Unie Katholieke Ouderenbond (Unie KBO), de Protestants Christelijke Ouderenbond (PCOB), de Nederlandse Vereniging van Organisaties van Gepensioneerden (NVOG) en het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM). Met het keurmerk worden ziekenhuislocaties gestimuleerd hun zorg af te stemmen op de specifieke zorgvragen en behoeften van ouderen.

Eisen

Het keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis kent vijftien eisen. Kort samengevat zijn deze eisen:

- het vastleggen van de uitkomst van verschillende testen in het patiëntendossier van minimaal 80% van de opgenomen oudere (70+) patiënten;
- protocolair vastgelegde interventies voor alle in de screening geconstateerde risico's;
- een geriatrieteam dat volgens protocol wordt ingeschakeld voor (poli)klinische behandeling van kwetsbare ouderen bestaat minimaal uit een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde en een geriatrieverpleegkundige of verpleegkundig specialist geriatrie;
- het actief aanbieden van de mogelijkheid voor oudere patiënten om zoveel mogelijk onderzoeken op één dag te combineren. Bij voorkeur in een dagonderzoekscentrum geriatrie;
- poliklinisch: bij voorkeur multidisciplinaire poliklinieken gericht op specifieke aandachtspunten bij kwetsbare ouderen, zoals een geheugenpoli;
- klinisch: aparte afdeling geriatrie en/of voldoende toerusting van relevante verpleegafdelingen;
- protocolair vastgelegde aandacht voor het bespreken van medicatiegebruik gedurende opname en ontslag met oudere (70+) patiënt dan wel mantelzorger;
- de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de verschillende hulpverleners voor iedere oudere (70+) patiënt wordt vastgelegd in het patiëntdossier en gecommuniceerd naar de patiënt;
- mogelijk maken van lichamelijke en sociale participatie van ouderen;
- implementatie van het speerpunt ouderenzorg door een hiervoor ingestelde commissie met een periodiek geëvalueerd plan van aanpak inclusief structurele scholing van alle betrokken zorgverleners;
- het waarborgen van de continuïteit van de begeleiding van (kwetsbare) ouderen met een ketenprotocol voor bijvoorbeeld de thuiszorg, de wijkverpleegkundige en de huisarts;
- ziekenhuisbreed protocol voor zorg en begeleiding in de laatste levensfase met een procedure voor schriftelijke wilsverklaringen, een gesprek met de arts en verpleegkundige

bij naderend overlijden. Er is een aparte ruimte voor nabestaanden om bij overlijden afscheid te kunnen nemen van de overledene;

- rekening houden met fysieke beperkingen van ouderen op de spoedeisende hulp;
- gastvrije ontvangst en inrichting voor ouderen;
- duidelijke bewegwijzering en oriëntatieborden en leesbaar voor de oudere patiënt;
- inrichting op ouderen afstemmen die langer in het ziekenhuis verblijven.

Beoordeling

De seniorenbonden toetsen alle ziekenhuislocaties aan de hand van de eisen. De ziekenhuislocaties die voldoen aan deze criteria ontvangen het keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis. De toetsingsronde van alle ziekenhuizen vindt elke twee jaar plaats.

	
EIGENAAR Unie KBO, PCOB, NVOG, NOOM	INTRODUCTIEJAAR 2013
DOELGROEP Ziekenhuislocaties	KOSTEN Geen
AANTAL UITGEGEVEN Eerste aanvragen zijn in behandeling	GELDIGHEIDSDUUR Tweejaarlijkse toetsing

Sterklinieken

De ApneuVereniging kent sterren toe aan slaapklinieken die volgens patiënten bovengemiddeld presteren. Deze sterren geven aan hoe een slaapkliniek functioneert ten opzichte van andere slaapklinieken. De ApneuVereniging stelt dat een patiëntenvereniging zich moet onthouden van een oordeel over wat haalbaar is of zou moeten zijn. Daarom formuleert de ApneuVereniging geen eisen of normen, maar vergelijkt de slaapklinieken onderling. De slaapklinieken die in vergelijking met andere klinieken bovengemiddeld presteren ontvangen één tot vijf sterren.

Waarderingsonderzoek

De sterren zijn het resultaat van het prestatie- en waarderingsonderzoek dat de ApneuVereniging elke twee jaar houdt onder patiënten met het Obstructieve Slaap Apneu Syndroom (OSAS). In het onderzoek krijgen patiënten de mogelijkheid de betreffende slaapkliniek te beoordelen. De patiënten geven hun ervaringen bij de slaapklinieken weer over:

- de wacht- en doorlooptijden;
- de mate van voorlichting en begeleiding door een specialist, assistent of verpleegkundige;
- de mate van controle op de effectiviteit van de behandeling;
- de aandacht voor comorbiditeiten;
- de mate van ondersteuning om de algehele gezondheid te verbeteren.

Daarnaast waarderen de patiënten via een rapportcijfer hun tevredenheid over:

- de wacht- en doorlooptijden;
- de voorlichting en begeleiding;
- de deskundigheid van de medici;
- de organisatie van diagnoses en behandeling;
- de kliniek als geheel (dit aspect wordt dubbel geteld).

Voor elk aspect ontvangt de kliniek een score die aangeeft hoe de slaapkliniek functioneert ten opzichte van andere slaapklinieken. Vervolgens deelt de ApneuVereniging aan elke kliniek voor elk aspect punten uit. Een kliniek kan in totaal 55 punten ontvangen. De klinieken die bij een bepaald aspect bij de beste 20% behoren, krijgen hiervoor vijf punten, de volgende 20% krijgt vier punten, de middelste drie punten, de een na onderste 20% krijgt twee punten en de onderste 20% krijgt één punt. Deze punten worden opgeteld om te bepalen of de kliniek in aanmerking komt voor (een) ster(ren).

Beoordeling

Voor het prestatie- en waarderingsonderzoek verspreidt de ApneuVereniging via slaapklinieken en leveranciers vragenlijsten onder OSAS-patiënten. Patiënten kunnen deze vragenlijst zowel digitaal als op papier invullen. De resultaten worden anoniem beoordeeld. Op basis van de resultaten worden vervolgens sterren toegekend. Hierbij geldt dat een kliniek in totaal mini-

maal 30 punten moet scoren om de titel Sterkliniek te mogen dragen. Vanaf 35 punten komt hier een tweede ster bij, vanaf 40 punten een derde ster en vanaf 45 punten wordt daar een vierde ster aan toegevoegd. Klinieken met 50 of meer punten krijgen het maximale aantal van vijf sterren. Het prestatie- en waarderingsonderzoek onder OSAS-patiënten vindt elke twee jaar plaats.

**EIGENAAR**

ApneuVereniging

**INTRODUC-
TIEJAAR**

2009

DOELGROEP

Slaapklinieken

KOSTEN

Geen

**GELDIG-
HEIDSDUUR**

Twee jaar

AANTAL UITGEGEVEN

Een ster: zes klinieken
Twee sterren: elf klinieken
Drie sterren: dertien klinieken
Vier sterren: negen klinieken
Vijf sterren: drie klinieken
(van de zeventig klinieken in totaal)



Combinatie van werk en mantelzorg

Wij werken mantelzorgvriendelijk

Stichting Werk&Mantelzorg verleent de erkenning 'Wij werken mantelzorgvriendelijk' aan organisaties die zich inzetten om werknemers met mantelzorgtaken de mogelijkheid te bieden betaald werk te combineren met deze vaak intensieve zorgtaken.

Mantelzorg is onbetaalde, langdurige zorg aan chronische zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten. Stichting Werk&Mantelzorg zet zich in om de combinatie van werk en mantelzorg zo gewoon en bespreekbaar mogelijk te maken. Stichting Werk&Mantelzorg werkt samen met werkgevers, overheid, gemeenten, belangenorganisaties en werkende mantelzorgers.

Elementen

Om de erkenning 'Wij werken mantelzorgvriendelijk' te ontvangen, moeten organisaties structureel aandacht besteden aan de volgende drie elementen:

- De combinatie van werk en mantelzorg is bekend en bespreekbaar door bijvoorbeeld het onderwerp op te nemen in functioneringsgesprekken of er regelmatig aandacht aan te besteden in het eigen personeelsblad.
- De verlofregelingen zijn bekend en worden actief toegepast bijvoorbeeld door mantelzorgvriendelijke regelingen in de cao op te nemen of het toepassen van wettelijke verlofregelingen.
- Leidinggevenden en medewerkers zoeken door middel van dialoog en gedeelde verantwoordelijkheid naar maatwerkoplossingen voor individuele werk-mantelzorgsituaties.

Beoordeling

Een organisatie vult de vragenlijst in van Stichting Werk&Mantelzorg. Hierin vermeldt de organisatie hoe deze invulling geeft aan de drie criteria. Stichting Werk&Mantelzorg beoordeelt de ingevulde vragenlijst en stelt eventueel aanvullende vragen. De erkenning wordt eenmalig uitgereikt.

Wij werken **MANTELZORGVRIENDELIJK**

EIGENAAR

Stichting Werk&Mantelzorg

INTRODUC- TIEJAAR

2009

DOELGROEP

Organisaties

KOSTEN

Geen

AANTAL UITGEGEVEN

53 Organisaties, waaronder
13 gemeenten

GELDIG- HEIDSDUUR

Eenmalig
uitgereikt



ZKN-keurmerk

Het keurmerk van Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) wordt toegekend aan zelfstandige klinieken en zelfstandige behandelcentra die voldoen aan eisen op het gebied van kwaliteit, veiligheid en professionaliteit. De brancheorganisatie voor zelfstandige klinieken ZKN heeft het ZKN-keurmerk ontwikkeld. Het ZKN-keurmerk geeft aan dat de betreffende kliniek kwalitatief goede en veilige medische zorg levert.

Eisen

ZKN heeft eisen gesteld op het gebied van kwaliteit, veiligheid en professionaliteit voor het gehele zorgproces:

- algemene eisen: bijvoorbeeld een kwaliteits- en veiligheidsbeleid. Daarnaast BIG-geregistreerd personeel en medische specialisten die geregistreerd zijn bij de Medisch Specialist Registratie Commissie (MSRC);
- risicobeheersing: bijvoorbeeld een professionele risico-inventarisatie om fouten zoveel mogelijk te voorkomen;

- cliëntgebonden eisen: bijvoorbeeld een procedure voor intake en professionele begeleiding bij voorbereiding, behandeling en nazorg;
- ondersteunende eisen aan deskundigheid: zoals verantwoordelijkheden en beoordeling van het personeel;
- externe beoordeling van de werkwijze: waaronder externe beoordeling en toezicht op het infectierisico van behandelingen, verstrekking van medicatie en sterilisatie van hulpmiddelen;
- toetsing op medisch specialisten: de medisch specialisten die werkzaam zijn in de kliniek dienen gevisiteerd te zijn door de visitatiecommissie van de beroepsgroep;
- ondersteunende eisen aan voorzieningen en hulpmiddelen: waaronder hygiëne protocollen;
- omgaan met afwijkingen en continue verbetering: bijvoorbeeld een jaarlijks cliënttevredenheidsonderzoek;
- beheer van documenten en gegevens: waaronder protocollen en cliëntdossiers.

Beoordeling

Een zelfstandige kliniek meldt zich aan bij ZKN. De kliniek wordt getoetst door een certificerende instelling. Deze toetsing bestaat uit een bezoek aan de kliniek, een beoordeling van de handboeken en interviews met managementleden en medewerkers. Als de kliniek voldoet aan de gestelde eisen wordt het keurmerk toegekend en wordt de kliniek lid van ZKN. Binnen één jaar na de aanvraag moet de kliniek het ZKN-keurmerk behaald hebben. Als het keurmerk behaald is wordt de kliniek jaarlijks getoetst om te controleren of de kliniek nog aan de eisen voldoet. Het ZKN-keurmerk is drie jaar geldig, waarna een uitgebreide hercertificering plaatsvindt. De kosten van het ZKN-keurmerk zijn afhankelijk van de grootte van de organisatie, het aantal vestigingen en personeelsleden.

EIGENAAR

Zelfstandige klinieken Nederland

INTRODUC- TIEJAAR

2005

DOELGROEP

Zelfstandige privéklinieken en
zelfstandige behandelcentra

KOSTEN

Afhankelijk van
de certifice-
rende
instelling

AANTAL UITGEGEVEN

133 Klinieken

GELDIGHEIDSDUUR

Drie jaar geldig, jaarlijkse herkeuring

Hoofdstuk 3

Kwaliteitsverklaringen voor websites

Volgens de landelijke eHealth-monitor 2013 maakt 66% van de patiënten gebruik van internet als informatiebron voor zorgzaken. Maar is de aangeboden informatie correct en betrouwbaar? In dit hoofdstuk vindt u kwaliteitsverklaringen die als doel hebben om de kwaliteit en betrouwbaarheid van de aangeboden informatie te borgen.



HONcode

De stichting Health On the Net (HON) heeft de HONcode ontwikkeld; een ethische gedragscode met als doel medische en gezondheidsinformatie op internet meer geloofwaardig, betrouwbaar, kwalitatief beter en transparant te maken. Websites die voldoen aan de principes van deze HONcode kunnen zich aanmelden voor het HONcode-certificaat. Het HONcode-certificaat geeft aan dat de betreffende website het voornemen heeft om transparante informatie te publiceren. Hierdoor heeft de websitebezoeker meer inzicht in de kwaliteit van de medische en gezondheidsinformatie op het internet.

Stichting HON is opgericht in 1995 in Zwitserland en is geaccrediteerd door de Economische en Sociale Raad van de Verenigde Naties. Stichting HON is actief in meer dan 102 landen, waaronder Nederland.

Eisen

De HONcode is gebaseerd op acht principes:

1. Het medische of gezondheidsadvies op de website wordt alleen gegeven door medische of op gezondheidszorggebied opgeleide professionals, tenzij anders vermeld.
2. Het medische of gezondheidsadvies op de website is een aanvulling op het contact tussen arts en patiënt, het is geen vervanging.
3. Vertrouwelijke of persoonlijke informatie van de patiënt, inclusief identiteit, moet door de eigenaar van de website worden gerespecteerd.
4. De informatie op de website moet, waar mogelijk, worden voorzien van de bron van de informatie en de datum waarop een pagina het laatst is herzien moet duidelijk worden aangegeven.
5. Alle beweringen die worden gedaan over de voordelen en resultaten van behandelingen, commerciële producten of diensten moeten worden ondersteund door evenwichtige bewijzen.
6. De aangeboden informatie wordt zo duidelijk mogelijk weergegeven en contactadressen worden vermeld voor verdere informatie of hulp.
7. De financiering van de website wordt duidelijk vermeld.
8. Het advertentiebeleid en het redactioneel beleid van de website worden duidelijk aangegeven.

Stichting HON kent het HONcode-certificaat toe aan websites die het voornemen hebben om volgens deze acht principes te handelen.

Beoordeling

De websiteontwikkelaar vult een vragenlijst in. Vervolgens evalueert stichting HON de website. Stichting HON kent het HONcode-certificaat toe als aan de acht principes wordt voldaan. Als de website niet voldoet, krijgt de websiteontwikkelaar de kans om de website aan te passen. Als deze aanpassingen voldoende zijn, wordt alsnog het certificaat toegekend. Het certificaat is twee jaar geldig. Tijdens deze twee jaar voert stichting HON regelmatig stichting controles uit op de websites.



EIGENAAR

Health On the Net Foundation

INTRODUC- TIEJAAR

1995

DOELGROEP

Websites met
gezondheids-
informatie

KOSTEN

Geen

AANTAL UITGEGEVEN

Ongeveer 8.300 websites,
waarvan 100 Nederlandse websites

GELDIG- HEIDSDUUR

Twee jaar
geldig



Online hulpprogramma's

Onlinehulpstempel

Het Onlinehulpstempel is een keurmerk voor online hulpprogramma's die gericht zijn op het veranderen van gedrag van mensen om de geestelijke gezondheid te bevorderen of psychische stoornissen te voorkomen. Het Onlinehulpstempel beoordeelt of het online hulpaanbod voldoet aan technische en zorginhoudelijke standaarden. Daarnaast biedt het Onlinehulpstempel gebruikers de mogelijkheid om hun mening te geven over het beoordeelde aanbod. Bij het Onlinehulpstempel wordt het gemiddelde beoordelingscijfer van de gebruikers vermeld.

Het Onlinehulpstempel is in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ontwikkeld door het Trimbos instituut, ggz-instellingen en verslavingszorginstellingen. Met het Onlinehulpstempel wordt de kwaliteit en betrouwbaarheid van hulpprogramma's voor psychische klachten in kaart gebracht.

Eisen

Een online hulpprogramma moet aan verschillende criteria voldoen om in aanmerking te komen voor het Onlinehulpstempel. De criteria zijn verdeeld over vier categorieën:

- gebruikersvriendelijkheid: bijvoorbeeld de aanwezigheid van gedragsregels en een klachtenprocedure;
- effectiviteit: zoals professionele training voor begeleiding van de gebruiker, aanbod gebaseerd op bewezen effectieve behandelvormen;
- transparantie: bijvoorbeeld duidelijkheid over de aanbieder en externe financiers en over de kosten van deelname voor de gebruiker;
- techniek en veiligheid: zoals het gecodeerd opslaan van alle persoonlijke informatie en wachtwoorden in een afgeschermd database.

Voor elke categorie zijn ongeveer tien criteria benoemd. Binnen elke categorie zijn sommige criteria verplicht en andere criteria aanbevolen.

Beoordeling

De aanbieder van een online hulpprogramma registreert zich op de website van Onlinehulpstempel. Vervolgens vult de aanbieder een vragenlijst in waarin alle criteria zijn verwoord. Wanneer het Online hulpaanbod voldoet aan alle verplichte criteria kan de aanbieder de interventie indienen ter beoordeling door experts. Twee experts beoordelen het online hulpaanbod op basis van de ingediende vragenlijst. Als beide experts de vragenlijst positief beoordelen wordt het Onlinehulpstempel toegekend. Zodra het hulpaanbod goedgekeurd is, kunnen gebruikers het beoordelen. Het gemiddelde rapportcijfer van de beoordeling van gebruikers wordt getoond op het Onlinehulpstempel. Het Onlinehulpstempel is twee jaar geldig. De kosten van de beoordeling zijn afhankelijk van het aantal onderdelen of modules van het zelfhulpprogramma.



EIGENAAR

Trimbos instituut

INTRODUC- TIEJAAR

2012

DOELGROEP

Online hulpprogramma's op gebied
van geestelijke gezondheid

KOSTEN

Beoordeling:
€ 1.495,- –
€ 2.995,-

AANTAL UITGEGEVEN

Twee
hulpprogram-
ma's

GELDIGHEIDSDUUR

Tweejaarlijkse toetsing



SRTFEC-keurmerk

De Stichting Raad van Toezicht Farma E-commerce (SRTFEC) heeft het SRTFEC-keurmerk ontwikkeld voor websites, apps en andere digitale fora in de gezondheidszorg die kwalitatief goede gezondheidsinformatie bevatten. SRTFEC zet zich in voor actuele, betrouwbare, transparante, complete, zorgvuldige en deugdelijk gefinancierde informatie in het gezondheidszorgveld. Met het SRTFEC-keurmerk wordt voor medische professionals en patiënten onderscheid gemaakt binnen het veelvoud aan medische en gezondheidswebsites. Het SRTFEC-keurmerk bestaat uit een logo en een uniek dossiernummer.

Eisen

De kwaliteitscriteria van het SRTFEC-keurmerk zijn geformuleerd door medische specialisten, ICT-deskundigen, communicatiedeskundigen en journalisten. De kwaliteitscriteria omvatten de volgende thema's:

- provider, ontwerper, uitgever en (indien van toepassing) redactieraad;
- domeinnaamhouderschap;
- navigatie;
- journalistieke kwaliteit;
- geloofwaardigheid;
- autoriteit;
- overtuigingskracht;
- interactiviteit;
- intellectueel eigendomsrecht;
- uitgeversverplichtingen;
- bestuurdersverantwoordelijkheid;
- actualiteit;
- aansprakelijkheid;
- journalistieke waarborgen voor medewerkers;
- kwalitatieve en onafhankelijke inbreng van adviesraden, hoofdredacties en redacties;
- waarborgen voor privacy, volgens onder andere de Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp);
- communicatieve waarde;
- inzicht in financiering.

Beoordeling

Het SRTFEC-keurmerk wordt aangevraagd bij de SRTFEC. Vervolgens toetst de SRTFEC het digitale forum volgens de kwaliteitscriteria. Hierbij voert SRTFEC zoveel audits uit als nodig zijn. Het SRTFEC-keurmerk is één jaar geldig. SRTFEC toetst jaarlijks de gecertificeerde websites en apps en voorziet deze van een nieuw dossiernummer. De kosten van het SRTFEC zijn afhankelijk van de inhoud, inzichtelijkheid en reikwijdte van het digitale forum.

EIGENAAR

Stichting Raad van Toezicht Farma
E-commerce

INTRODUC- TIEJAAR

2010

DOELGROEP

Websites, apps en andere digitale
fora in gezondheidszorgveld

KOSTEN

€ 250,- –
€ 750,-

AANTAL UITGEGEVEN

Zeventig websites
(ongeveer een op de vijf aanvragen
is gehonoreerd)

GELDIG- HEIDSDUUR

Een jaar geldig

Hoofdstuk 4

Kwaliteitsverklaringen voor medische hulpmiddelen

Medische hulpmiddelen zijn er in allerlei soorten en maten. Voor een patiënt is het medische hulpmiddel zijn prothese, terwijl dat voor een zorgverlener zijn meetapparaat is. Ongeacht de definitie mag de kwaliteit van de medische hulpmiddelen niet ter discussie staan. Dit hoofdstuk bevat algemene en specifieke kwaliteitsverklaringen voor medische hulpmiddelen.



CE-markering

De CE-markering is een verklaring dat een product voldoet aan de Europese richtlijnen op het gebied van veiligheid, gezondheid, milieu en consumentbescherming. De CE-markering mag alleen gebruikt worden voor producten waarvoor dit wettelijk verplicht is. De CE-markering geeft aan dat de fabrikant of importeur het betreffende product op de markt mag brengen in de landen van de Europese Economische Raad (EER). De EER bestaat uit Noorwegen, IJsland, Liechtenstein en de 27 landen van de Europese Unie. Nationale overheden mogen geen extra eisen stellen aan de CE-producten. De CE-markering stelt minimale eisen aan producten en is daarmee geen kwaliteitskeurmerk.

Europese richtlijnen

De Europese richtlijnen zijn opgesteld voor twintig groepen producten, waaronder de productgroep medische hulpmiddelen. Medische hulpmiddelen zijn producten die voor medische doeleinden worden gebruikt, variërend van pleisters, tot pacemakers en chirurgische instrumenten. Ook losgeleverde hulpstukken en bijbe-

horende software worden vaak als medische hulpmiddelen gezien. Sommige producten, zoals geneesmiddelen zijn vooralsnog uitgezonderd. De richtlijnen voor medische hulpmiddelen zijn onderverdeeld in drie groepen:

- medische hulpmiddelen;
- actieve implanteerbare medische hulpmiddelen, zoals pacemakers en andere implantaten met energiebron;
- medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek voor onderzoek van bijvoorbeeld bloed-, weefsel- of urinemonsters.

Eisen

De richtlijnen voor medische hulpmiddelen bevatten onder andere eisen rondom de algemene veiligheid, toxiciteit, besmetting, steriliteit en productinformatie voor de gebruiker. Deze eisen zijn vrij algemeen geformuleerd zodat de richtlijnen bruikbaar zijn bij tal van producten in allerlei gebruikssituaties. Voor veel producten zijn deze eisen verder uitgewerkt en afgestemd op specifieke eigenschappen en kenmerken.

Beoordeling

De aanvraagprocedure van een CE-markering is afhankelijk van de risicoklasse waartoe het medisch hulpmiddel behoort. Klasse I-hulpmiddelen zonder meetfunctie en niet-steriel worden gezien als medische hulpmiddelen met een laag risico. Hiervoor geldt dat:

- de fabrikant de CE-markering zelf toekent aan het product;
- de fabrikant het medisch hulpmiddel aanmeldt bij het CIBG;
- de fabrikant een technisch dossier bijhoudt om aan te tonen dat het betreffende product aan de Europese regelgeving voldoet.

Klasse IIa en IIb worden gezien als medische hulpmiddelen met een matig risico en klasse III met hoog risico. Hiervoor geldt dat:

- een door de overheid aangestelde instantie de medische hulpmiddelen beoordeelt;
- deze instantie vervolgens toestemming verleent om de CE-markering te gebruiken;
- de IGZ toezicht houdt op de instanties die de CE-markering mogen toekennen.

Op maat gemaakte medische hulpmiddelen mogen geen CE-markering dragen, maar dienen wel aan de eisen uit de richtlijnen te voldoen.

EIGENAAR

Het is de verantwoordelijkheid van de fabrikant om vast te stellen of een product aan de eisen voldoet. Onder de fabrikant valt de persoon of het bedrijf dat onder zijn naam het product op de markt brengt, ongeacht of deze het fabriceert of niet.

KOSTEN

Gegevens niet beschikbaar

DOELGROEP

Fabrikanten of importeurs van medische hulpmiddelen

INTRODUCTIEJAAR

1995: Medische hulpmiddelen en actieve implanteerbare medische hulpmiddelen
2000: Medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek

AANTAL UITGEGEVEN

Gegevens niet beschikbaar

GELDIGHEIDSDUUR

Eenmalige uitgave, periodieke controle



Persoonsgebonden Alarmeringsdiensten

Ketenkeurmerk Persoonsgebonden Alarmeringsdiensten

Het Ketenkeurmerk Persoonsgebonden Alarmeringsdiensten is een keurmerk voor organisaties die werkzaam zijn in de keten van persoonsgebonden alarmeringsdiensten. Het ketenkeurmerk is ontwikkeld door Wonen, Diensten en Techniek voor Mensen (WDTM), een branche- en netwerkorganisatie die langer zelfstandig thuiswonen met behulp van techniek stimuleert. Het ketenkeurmerk speelt in op de maatschappelijke behoefte om langer zelfstandig te kunnen wonen door middel van betrouwbare betaalbare producten en diensten voor personenalarmering.

Het ketenkeurmerk is bedoeld voor leveranciers, installateurs, zorgcentrales, alarmopvolgers en aanbieders van personenalarmering die gebruik maken van een leidend procesmodel. Hierdoor worden processen geoptimaliseerd wat resulteert in de hoogst mogelijk betrouwbare oplossingen voor eindgebruikers. Het ketenkeurmerk staat voor betrouwbaarheid en efficiëntie voor zowel de vertegenwoordigers als de eindgebruikers en draagt bij aan een hogere acceptatie en aanschaf van personenalarmeringsproducten en -diensten.

Eisen

De keten van persoonsgebonden alarmeringsdiensten bestaat uit vijf rollen:

- de leverancier die de software en apparatuur levert;
- de installateur die deze apparatuur bij de eindgebruiker thuis installeert;
- de zorgcentrale die binnenkomende alarmeringen beoordeelt en verwerkt;
- de alarmopvolger die de hulpverlening verleent;
- de aanbieder die diensten aanbiedt aan de eindgebruiker.

Een organisatie kan het Ketenkeurmerk Persoonsgebonden Alarmeringsdiensten ontvangen voor een of meer van bovengenoemde onderdelen. WDTM toetst de organisaties in deze keten op de volgende onderdelen:

- klantencontact, namelijk de informatievoorziening, het opstellen van een contract, de instructie van medewerkers, het omgaan met factuur en incasso, het beheren van gegevens, het meten van klanttevredenheid, het beëindigen van contract, het maken van afspraken en het uitvoeren van de klachtenprocedure;

- product/dienst interface, zoals het valideren, installeren of demonteren van een product of dienst, het afhandelen en opvolgen van een alarm, het monitoren van de technische keten, het managen van incidenten;
- het beheer van verschillende onderdelen, waaronder continuïteitsmanagement, het toegangsbeheer van een woning, capaciteitsmanagement, het beheren van een meldbank en netwerkcomponenten en devicesmanagement.

Beoordeling

De aanvrager meldt zich aan bij WDTM. Vervolgens voeren twee hiertoe opgeleide leden van WDTM een audit uit bij de aanvrager. De auditoren beoordelen de organisatieprocessen, documentatie en uitkomstenrapportages, interviewen de betrokken werknemers, beoordelen de activiteiten in de praktijk en voeren steekproeven uit. Als de aanvragende partij de beoordeling succesvol afrondt, ontvangt deze het Ketenkeurmerk Persoonsgebonden Alarmeringsdiensten voor zijn specifieke rol in de keten. Het keurmerk is twee jaar geldig. Daarna vindt er een herkeuring plaats.

		
EIGENAAR WDTM	INTRODUCTIEJAAR 2012	AANTAL UITGEGEVEN Negen organisaties
DOELGROEP Leveranciers, installateurs, zorgcentrales, alarmopvolgers en/of –aanbieders in de keten persoonsgebonden alarmeringsdiensten		
KOSTEN Audit: € 1.750,- per rol Audit voor WDTM leden: € 1.250,- per rol	GELDIGHEIDSDUUR Twee jaar geldig	



Technische hulpmiddelen

Revakeur

Het keurmerk Revakeur is ontwikkeld voor leveranciers van technische hulpmiddelen, zoals rolstoelen en scootmobielen. De Stichting Erkenningregeling Revalidatietechnisch Bedrijf (ERB) is opgericht door de branchevereniging van hulpmiddelen en is verantwoordelijk voor het beheer van dit keurmerk. Het keurmerk Revakeur toont aan dat de leverancier vakmanschap, goede kwaliteit en service levert. Dit is relevant voor zowel gebruikers als verstrekkers van hulpmiddelen.

Eisen

Een hulpmiddelenleverancier moet aan eisen voldoen om het keurmerk Revakeur te ontvangen, namelijk:

- een gediplomeerd adaptatietechnicus om de standaard hulpmiddelen aan te passen voor de individuele gebruiker;
- een goede klachtenprocedure voor de klanten;
- goede kwaliteit hulpmiddelen;
- een goede garantieregeling;
- een groot assortiment revalidatiehulpmiddelen en thuiszorgproducten.

Beoordeling

De leverancier dient een aanvraag in bij de Stichting ERB. Hierbij moet de leverancier een uittreksel van de Kamer van Koophandel overhandigen en een kopie van de algemene voorwaarden van het bedrijf. Een certificerende instantie bezoekt de leverancier en beoordeelt of er wordt voldaan aan de eisen. Na toekenning van het keurmerk wordt de leverancier vermeld in het Register van erkende revalidatietechnische bedrijven van Stichting ERB. Leveranciers met het keurmerk worden jaarlijks getoetst door een certificerende instantie.

EIGENAAR

Stichting Erkenningregeling
Revalidatietechnisch Bedrijf

INTRODUC- TIEJAAR

1998

DOELGROEP

Leveranciers
van technische
hulpmiddelen

KOSTEN

Afhankelijk van de certificerende
instelling

AANTAL UITGEGEVEN

Meer dan 100
uitgegeven

GELDIGHEIDSDUUR

Jaarlijkse herkeuring



SEMh-erkenning

De Stichting Erkenningsschema's voor leveranciers van Medische Hulpmiddelen (SEMh) reikt de SEMh-erkenning uit aan leveranciers van medische hulpmiddelen die hoogwaardig kwaliteitswerk leveren. Het gaat om leveranciers van orthesen, prothesen, orthopedische schoenen, therapeutische elastische kousen, diabetes-, incontinentie-, stoma- en wondverzorgings-hulpmiddelen, haarwerken of mammacare hulpmiddelen.

De eisen van de SEMh-erkenning zijn gebaseerd op de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg, het protocol dat ervoor zorgt dat een hulpmiddel op basis van functionaliteit wordt geleverd. De eisen van de SEMh worden opgesteld in samenspraak met gebruikers, zorgverzekeraars, brancheorganisaties en verwijzers. Het Centrum voor Certificatie beheert de erkenningsschema's en voert deze uit.

Eisen

De eisen voor de SEMh-erkenning zijn verwoord in erkenningsschema's. Deze schema's bevatten eisen aan:

- kwaliteit;
- deskundigheid, specifiek voor elk hulpmiddel;
- inrichting;
- het op de juiste wijze leveren van hulpmiddelen op basis van functionaliteit;
- het toepassen van de zogenaamde plan-do-check-act-cyclus bij het verbeteren van de kwaliteit.

Deze eisen uiten zich in het opstellen van de zorgvraag, het zorgplan, de selectie van het hulpmiddel en een evaluatie van het hulpmiddel samen met de cliënt. Dit wordt gedaan conform de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg. De aanvrager van de SEMh-erkenning moet aan alle eisen van de erkenningsschema's voldoen om de SEMh-erkenning te ontvangen.

Beoordeling

De aanvrager meldt zich aan bij de SEMH en vult het inschrijfformulier in. De SEMH toetst de dienstverlening van de aanvrager en stelt een toetsingsrapport op. Wanneer de aanvrager aan alle eisen voldoet wordt de SEMH-erkenning toegekend. Als de aanvrager nog niet voldoet aan de eisen krijgt hij tijd om verbeteringen aan te brengen. De erkenning is drie jaar geldig en wordt jaarlijks gecontroleerd. De jaarlijkse bijdrage is afhankelijk van de omzet van het betreffende hulpmiddel.

EIGENAAR

Stichting Erkenningsregeling voor
leveranciers van Medische
Hulpmiddelen

INTRODUC- TIEJAAR

1995

DOELGROEP

Leveranciers
van medische
hulpmiddelen

KOSTEN

Beoordeling: € 294,- tot € 708,-
Jaarlijkse bijdrage: € 155,- tot
€ 1.655,-

AANTAL UITGEGEVEN

630
erkenningen

GELDIGHEIDSDUUR

Een jaar geldig, jaarlijkse controle



Transparantie en veiligheid

TÜV Rheinland test mark

Het TÜV Rheinland test mark is een wereldwijd kwaliteitskeurmerk voor producten uit alle sectoren. In zorgcontext kan het keurmerk onder andere worden aangevraagd voor medische hulpmiddelen, medische apparatuur, radiologische technologie, diagnostische apparaten, rolstoelen en scootmobielen. Het TÜV Rheinland test mark is in 2013 op de markt gebracht en vervangt de meer dan 130 keurmerken die wereldwijd in omloop waren in de TÜV Rheinland Groep. Het TÜV Rheinland test mark staat voor meer transparantie, meer veiligheid en meer potentie op de markt.

TÜV Rheinland is een internationale leverancier van technische diensten voor kwaliteit en veiligheid. Het TÜV Rheinland test mark bestaat uit vijf elementen:

- het logo van TÜV Rheinland met de vermelding 'certified';
- een aantal duidelijke sleutelwoorden die het product categoriseren;

- een QR-code (dit is een tweedimensionale streepjescode);
- een unieke tiencijferige identificatiecode;
- een jaarring, waarin wordt aangegeven wanneer de volgende test van het product plaatsvindt.

De QR-code en de unieke code zijn gelinkt aan de Certipedia-database. Certipedia is de online database van de TÜV Rheinland Groep waarin alle uitgegeven keurmerken staan vermeld.

Eisen

TÜV Rheinland kent een diversiteit aan testen. De testen worden uitgevoerd aan de hand van geharmoniseerde normen. De gehanteerde normen zijn afhankelijk van het type product dat aangeboden wordt aan de TÜV Rheinland Groep. Zo wordt een bloedglucosemeter op andere normen getest dan een scootmobiel. Naast de geharmoniseerde normen kan worden gekozen om aan bepaalde brancherichtlijnen of aanvullende keurmerken te voldoen.

De 'TÜV test mark'-procedure bestaat uit de volgende stappen:

- testen van het product;
- certificatie;
- registratie in Certipedia, de online database van TÜV Rheinland;
- uitgifte van het TÜV Rheinland test mark en de uitgifte van de bijbehorende identificatie code;
- jaarlijkse hertesten;
- jaarlijkse licentiebijdrage.

Beoordeling

De beoordeling van het TÜV test mark verschilt per type keurmerk.



EIGENAAR

TÜV Rheinland Nederland B.V.

INTRODUC- TIEJAAR

2013

DOELGROEP

Industriële services, mobiliteit,
producten, gezondheid en systemen.

KOSTEN

De kosten zijn afhankelijk van de testen
die uitgevoerd moeten worden.

AANTAL UITGEGEVEN

Zie website
van TÜV Rhein-
land

GELDIGHEIDSDUUR

Afhankelijk van de testen en de
geldende normen.



Hoofdstuk 5

ICT-gerelateerde kwaliteitsverklaringen

ICT is niet meer weg te denken uit de gezondheidszorg. ICT wordt gebruikt voor bijvoorbeeld uitwisseling van medische gegevens, voor het digitaliseren van het zorgproces, maar ook voor archivering van onderzoeksgegevens. De kwaliteitsverklaringen die in dit hoofdstuk aan bod komen, hebben betrekking op het waarborgen van de kwaliteit en patiëntveiligheid en de professionalisering van de ICT-omgeving.

Acceptatietest

De Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) heeft een acceptatietest die toetst of software op een goede en veilige manier landelijk berichten kan uitwisselen via het Landelijk Schakelpunt (LSP). De acceptatietest is vooral gericht op de veilige uitwisseling van patiëntgegevens en minder op de medische inhoud van de berichten die worden uitgewisseld. Het LSP is een onderdeel van een van de zorginfrastructuren waarmee patiëntinformatie tussen zorgverleners uitgewisseld kunnen worden. Via het LSP kunnen zorgverleners, mits geautoriseerd, op een beveiligde manier patiëntinformatie aanbieden aan en opvragen uit het systeem van andere zorgverleners.

Eisen

Om medische gegevens veilig en betrouwbaar op het LSP te kunnen uitwisselen zijn de volgende eisen noodzakelijk:

- De zorgverlener verklaart zich te houden aan de eisen van een Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ).
- De software van de zorgverlener is XIS gekwalificeerd.
- De leverancier van netwerkverbindingen is ZSP gekwalificeerd.
- Om daadwerkelijk te kunnen aansluiten op het LSP moeten software- en netwerkleveranciers de acceptatietest van de VZVZ doorlopen.

Deze waarborgen zorgen ervoor dat zowel de applicatie-eisen, de implementatie-eisen als de organisatie-eisen nageleefd worden en bijdragen aan juistheid, beschikbaarheid en veiligheid van informatie-uitwisseling.

De acceptatietest beoordeelt in hoeverre de software voldoet aan een set van eisen:

- Het systeem voldoet aan eisen op het gebied van connectiviteit om de interoperabiliteit te kunnen garanderen tussen alle systemen die op het LSP zijn aangesloten.
- Het systeem voldoet aan eisen met betrekking tot het inloggen en uitloggen van een gebruiker en het eventuele afbreken van een gebruikersessie.
- Het systeem houdt een toegangslog bij waarin wordt vastgelegd (gelogd) welke zorgverleners patiëntgegevens hebben opgevraagd of verzonden en welke patiënt het betreft, zonder daarbij de medische inhoud van het bericht vast te leggen.
- De zorgapplicaties worden op een juiste manier beheerd, door bijvoorbeeld bij te houden welke Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI)-passen worden toegelaten voor gebruik van het systeem.

Beoordeling

Een software- of netwerkleverancier, met een XIS- of ZSP-kwalificatie, meldt zich voor de acceptatietest aan bij de VZVZ. Vervolgens toetst het testteam van de VZVZ of de software voldoet aan de gestelde eisen. Dit gebeurt door gezamenlijk met de leverancier op een productie-acceptatie testomgeving, alle eisen te toetsen. Dit gebeurt door middel van het doorlopen van testscripts, waarbij de volledige uitwisseling wordt doorlopen. Wanneer de software voldoet, reikt de VZVZ een oorkonde uit en plaatst een vermelding op de VZVZ-website. Wanneer de leverancier nadien een nieuwe versie en/of release van de goedgekeurde software uitbrengt, verklaart de leverancier in een Eigen Verklaring dat de software blijvend voldoet aan de gestelde eisen. De VZVZ beoordeelt in dat geval of er een hertest dient plaats te vinden en of er een herkwalificatie van de berichteninhoud door Nictiz noodzakelijk is.



EIGENAAR

Vereniging van zorgaanbieders voor zorgcommunicatie (VZVZ)

INTRODUC- TIEJAAR

2013

DOELGROEP

ICT-leveranciers die gebruik willen maken van het Landelijk Schakelpunt (LSP)

KOSTEN

Geen

AANTAL UITGEGEVEN

Tientallen

GELDIGHEIDSDUUR

Geldig tot één jaar na publicatie van de nieuwe baseline GBZ-eisen

Continua certificaat

Continua Health Alliance kent het Continua certificaat toe aan medische apparatuur binnen de gezondheidszorg. Continua richt zich vooral op het mogelijk maken van interoperabiliteit van apparaten en systemen op het gebied van de persoonlijke gezondheidszorg (zoals bloeddruk meters, glucose meters, weegschalen) en de koppeling met de achterliggende systemen van zorgaanbieders. Het Continua certificaat geeft aan dat de gecertificeerde apparaten voldoen aan de relevante standaarden en dat twee apparaten zoals bedoeld kunnen samenwerken.

Continua Health Alliance is een internationale non-profit organisatie waarin de gezondheidszorg en technologiebedrijven samenwerken om de persoonlijke gezondheidszorg te verbeteren. Continua Health Alliance ontwikkelt industrie-standaarden en werkt aan interoperabiliteit tussen technologische toepassingen in de gezondheidszorg. Continua heeft de markt waarop ze actief zijn in drie domeinen onderverdeeld:

- langer onafhankelijk wonen voor ouderen;
- gezond leven (overgewicht, fitness);
- het managen van chronische ziekten.

Er zijn wereldwijd meer dan 200 bedrijven verbonden aan Continua Health Alliance, waaronder ook Nederlandse bedrijven.

Eisen

Continua Health Alliance heeft richtlijnen (Design Guidelines) opgesteld waaraan apparatuur moet voldoen om interoperabiliteit mogelijk te maken. Daarvoor is een Continua Architectuur ontwikkeld die drie belangrijke interfaces definieert:

- De verbinding tussen de 'persoonlijke' apparatuur (zoals bloeddrukmeter, weegschaal) en het apparaat waarmee die apparatuur gekoppeld is in de directe, locale omgeving; de Personal/Local Area Network (PAN/LAN) Interface;
- De verbinding tussen de lokale apparatuur en de achterliggende service centra; de Wide Area Network (WAN) Interface;
- De verbinding met de achterliggende EPD's en andere systemen die medische informatie verwerken; de Health Reporting Network (HRN) Interface.

Naast de richtlijnen zijn er ook eisen geformuleerd waaraan apparatuur moet voldoen. De richtlijnen en de eisen zijn alleen toegankelijk voor leden van de Continua Health Alliance.

Aanvragen

Om deel te nemen aan de Continua certificering, is een lidmaatschap bij Continua Health Alliance verplicht. Het certificeringstraject van Continua verloopt als volgt. De leverancier toetst ter voorbereiding het product aan de hand van Continua testinstrumenten. Daarna meldt de leverancier het product aan voor de Continua certificering. Het product wordt getest in het testlab. Als alle testen met voldoende resultaat zijn afgerond, mag de leverancier het Continua certificaatlogo op zijn product vermelden.

EIGENAAR

Continua
Health Alliance

INTRODUCTIEJAAR

2008 (eerste certificaten
zijn in 2009 uitgegeven)

DOELGROEP

Leveranciers
van medische
apparatuur

KOSTEN

\$5.000,- – \$15.000,-
(afhankelijk van complexiteit)

AANTAL UITGEGEVEN

Ongeveer 80

GELDIGHEIDSDUUR

Eenmalige uitgave



Opslaan van digitale data

Data Seal of Approval

Het Data Seal of Approval (DSA) geeft aan dat digitale onderzoeksgegevens in de toekomst vindbaar, herkenbaar en bruikbaar zijn. Door digitale onderzoeksgegevens en de bijbehorende metadata (informatie over de onderzoeksgegevens) op te slaan volgens bepaalde richtlijnen, worden de onderzoeksgegevens toekomstbestendig. Hierdoor kan een kwalitatief hoogwaardige en betrouwbare omgang met data worden gegarandeerd zonder nieuwe drempels, reguleringen of hoge kosten. Het DSA is relevant voor onderzoeksinstituten die data genereren, organisaties die data archiveren en voor gebruikers die (op een later tijdstip) gebruik willen maken van de data. In de gezondheidszorg is het DSA bijvoorbeeld uitgereikt aan de LASA Longitudinal Aging Study Amsterdam waarin al sinds 1991 determinanten en gevolgen van veroudering worden vastgelegd en bestudeerd.

Eisen

De richtlijnen van het DSA zijn opgesteld door de Nederlandse organisatie DANS, Data Archiving and Networked Services. In 2009 zijn de richtlijnen overgedragen aan een internationaal bestuur en verder verfijnd. Het DSA stelt verscheidene eisen aan het opslaan en gebrui-

ken van de digitale onderzoeksgegevens. Hierbij zijn drie partijen belangrijk:

- De dataproducent die de data genereert en verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de data;
- Het archief dat verantwoordelijk is voor de kwaliteit van het opslaan van de data en de toegankelijkheid ervan;
- De gebruiker die verantwoordelijk is voor de kwaliteit van het gebruik van de data.

Het DSA is gebaseerd op vijf criteria:

- De onderzoeksdata zijn te vinden op het internet.
- De onderzoeksdata zijn toegankelijk, rekening houdend met de relevante wetgeving met betrekking tot persoonlijke gegevens en intellectueel eigendom van de gegevens.
- De onderzoeksgegevens zijn beschikbaar in een bruikbaar formaat.
- De onderzoeksgegevens zijn betrouwbaar.
- De gebruiker kan verwijzen naar de onderzoeksgegevens.

Deze criteria zijn uitgewerkt in zestien richtlijnen.

Beoordeling

Een archiverende organisatie vraagt het DSA aan via de website. Vervolgens vult de aanvrager een self-assessment in. Hiermee wordt duidelijk of de dataopslag voldoet aan de richtlijnen. Het assessment wordt vervolgens geanalyseerd door een bestuurslid van DSA en indien goedgekeurd wordt het datakeurmerk toegekend. Vervolgens mag de archiverende organisatie het DSA-logo voeren. De aanvrager wordt er op geattendeerd als de richtlijnen worden geüpdate door het bestuur van DSA, zodat het DSA opnieuw aangevraagd kan worden.

EIGENAAR

Data Seal of Approval

INTRODUC- TIEJAAR

2009

DOELGROEP

Organisaties die onderzoeksdata
archiveren

KOSTEN

Geen

AANTAL UITGEGEVEN

Gezondheidszorg: één organisatie

GELDIG- HEIDSDUUR

Periodieke
controle

EMRAM-model

Het Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM) meet de digitalisering van het zorgproces in ziekenhuizen. Het EMRAM-model is ontwikkeld om inzicht te krijgen in de digitalisering om daarmee de patiëntveiligheid in ziekenhuizen op een hoger niveau te brengen. Het EMRAM-model bestaat uit acht niveaus. Het laagste niveau staat voor een ziekenhuis waarin uitsluitend met papieren dossiers wordt gewerkt. Een ziekenhuis van het hoogste EMRAM-niveau is volledig papierloos en werkt alleen met digitale dossiers.

Het EMRAM-model is ontwikkeld door Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS), een not-for-profit organisatie die zich toelegt op het promoten van een beter begrip van informatietechnologie in de zorg. HIMSS is opgericht in de Verenigde Staten en wordt door de HIMSS-EU vertegenwoordigd in Nederland. HIMSS Analytics heeft vanaf 2005 in meer dan 5.000 Amerikaanse en ongeveer 700 Canadese ziekenhuizen de digitalisering van het zorgproces in ziekenhuizen gemeten met dit EMRAM-model. HIMSS Analytics is in 2010 begonnen met het meten van Europese ziekenhuizen. Inmiddels zijn er meer dan 8.000 ziekenhuizen gemeten, waaronder 92 ziekenhuizen in Nederland.

Niveaus

Het EMRAM-model onderscheidt acht niveaus, van nul tot zeven. De acht niveaus zijn als volgt uitgewerkt:

7. Het ziekenhuis is volledig papierloos. De communicatie met collega's en instanties is volledig digitaal op basis van internationale standaarden. De analyse van klinische gegevens helpt het ziekenhuis om de patiëntveiligheid en de kwaliteit verder te verhogen.
6. De communicatie via artsen is nu volledig digitaal. Het derde niveau van het model Clinical Decision Support is geïmplementeerd en helpt de arts beslissen en signaleert actief risico's. Closed-loop-administratie is volledig ingevoerd in tenminste één onderdeel van het ziekenhuis.
5. Al het beeldmateriaal is digitaal opgeslagen volgens standaarden en beschikbaar op alle plaatsen binnen en buiten het ziekenhuis.
4. Alle orderaanvragen (van bijvoorbeeld de radiologie, het laboratorium en de operatiekamer), inclusief het elektronisch voorschrijven van medicijnen, worden door artsen en verpleegkundigen direct in de systemen ingevoerd. Het tweede niveau van het model Clinical Decision Support is geïmplementeerd.
3. Het verpleegkundig dossier is volledig digitaal, inclusief de toedieningsadministratie van

medicijnen. Medicijnen worden automatisch gecontroleerd op fouten. Radiologie beelden zijn beschikbaar buiten de radiologieafdeling.

2. EPD met standaard naamgeving is beschikbaar. De gegevens van tenminste het laboratorium, de radiologie en de apotheek worden hierin opgeslagen. Deze gegevens zijn digitaal beschikbaar buiten het ziekenhuis.
1. De dossiers in het laboratorium, de radiologie en de apotheek zijn digitaal.
0. De dossiers in het laboratorium, de radiologie en de apotheek zijn (nog) niet digitaal.

Beoordeling

EMRAM beoordeelt ziekenhuizen op basis van de HIMSS Analytics Annual Study. De data van dit onderzoek worden opgeslagen in de HIMSS Analytics Database. Deze database bevat van meer dan 7.500 ziekenhuizen gedetailleerde informatie op het gebied van ICT en is toegankelijk voor alle deelnemende ziekenhuizen. Daarnaast kan een ziekenhuis ook zelf aangeven dat een volgend stadium is bereikt. HIMSS onderzoekt het ziekenhuis en kent, indien van toepassing, het volgende stadium toe. Vanaf niveau 6 volgt een peer review door collega ziekenhuizen en door HIMSS ter plaatse.



EIGENAAR

HIMSS

INTRODUCTIEJAAR

2005: USA/Canada
2010: Europa

DOELGROEP

Ziekenhuizen

KOSTEN

Geen

AANTAL UITGEGEVEN

Europa: 1.354
Nederland: 56

GELDIGHEIDSDUUR

Eenmalig toegekend,
jaarlijkse controle

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) heeft een keurmerk ontwikkeld voor een elektronisch patiënten-dossier (EPD) voor fysiotherapeuten: het Fysio-EPD. Het KNGF kent het Fysio-EPD keurmerk toe aan ICT-systemen die, volgens een verklaring van een daarvoor aangewezen auditor, voldoen aan het Programma van Eisen van het KNGF. Het Programma van Eisen anticipeert sterk op de rechten en plichten in relatie tot de patiënt.

Het Fysio-EPD keurmerk leidt tot innovatie en meer professionalisering van de ICT-omgeving van de fysiotherapeut. Daarnaast stimuleert het keurmerk de marktwerking tussen leveranciers van ICT-producten en diensten. De basis van het Programma van Eisen is gelegd door praktiserend fysiotherapeuten, werkzaam in de vrijgevestigde praktijk, intramuraal en als specialist.

Eisen

In samenwerking met praktiserende fysiotherapeuten heeft KNGF een Programma van Eisen opgesteld waaraan fysio-EPD's moeten voldoen. Dit Programma van Eisen richt zich op:

- de continuïteit en beveiliging van de praktijkvoering van de fysiotherapeut;
- het voldoen aan wet- en regelgeving rondom beschikbaarheid, integriteit en vertrouwelijkheid van gegevens;
- gestructureerde en gestandaardiseerde registratie en overdracht van gegevens tussen fysiotherapeuten onderling, bij de samenwerking met andere zorgprofessionals en met verzekeraars;
- gebruikersfunctionaliteit, zoals het definiëren van gebruikersrollen, de rechten van gebruikers en het beschikbaar stellen van gegevens aan gebruikers.

Beoordeling

Leveranciers van ICT-producten en diensten vragen een (product en versiegebonden) zelftoets aan. Het resultaat van dit toetsingstraject vormt de basis voor de beoordeling door een onafhankelijke auditor. Deze certificerende instelling rekent kosten voor de beoordeling. Als deze auditor verklaart dat aan de eisen is voldaan, komt het product in aanmerking voor het keurmerk. Het KNGF publiceert de resultaten van de leverancier en de verklaring van de auditor op de keurmerkwebsite. Voor het Fysio-EPD keurmerk geldt dat de geldigheid beperkt is tot het moment van actualisering van de eisen. Dit vindt bijvoorbeeld plaats wanneer de wet- en regelgeving dusdanig veranderd is dat het Programma van Eisen geactualiseerd moet worden.





AWBZ-brede zorgregistratie

Groene Vink

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vergoedt langdurige zorg voor mensen met een ernstige beperking. Deze kosten zijn niet individueel verzekeraar. De AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) is een landelijke standaard waarmee alle partijen die betrokken zijn bij de AWBZ informatie met elkaar uitwisselen via berichten. Het Zorginstituut Nederland is verantwoordelijk voor het beheer van AZR. Het Zorginstituut Nederland kent de Groene Vink toe in het kader van de kwaliteitsborging van de implementatie van nieuwe AZR-releases. Ketenpartners kunnen een Groene Vink halen wanneer hun AZR-berichten zowel technisch als inhoudelijk juist zijn beoordeeld. De Groene Vink kan alleen worden behaald gedurende een implementatiefase van een nieuwe release. Per release wordt bepaald of er een Groene Vink behaald kan worden.

AZR

De AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) is een systematiek voor het volgen van cliënten in de AWBZ in alle fasen van de keten: het indiceren, het toewijzen en het leveren van zorg en het

opleggen van de eigen bijdrage aan cliënten. De gegevens van deze cliënten worden elektronisch uitgewisseld door de AWBZ-ketenpartners: het Centrum Indicatiestelling Zorg, het zorgkantoor, het Centraal Administratie Kantoor en de zorgaanbieder. Het doel van AZR is het ondersteunen van een snelle en efficiënte inzet van zorg en bijdragen aan een afname van administratieve lasten.

Jaarlijks stelt het Zorginstituut Nederland een nieuwe release van AZR samen die door alle ketenpartners wordt geïmplementeerd. Tussentijds zijn er indien nodig revisiereleases. In een revisierelease worden op korte termijn noodzakelijke wijzigingen verwerkt. Om de kwaliteit van de implementatie van een AZR-release te garanderen, heeft het Zorginstituut Nederland de Groene Vink ontwikkeld. De Groene Vink is bedoeld voor softwareleveranciers en AZR-ketenpartners.

Eisen

De Groene Vink wordt toegekend als de berichten zowel technisch (fase 1) als inhoudelijk

(fase 2) correct zijn en voldoen aan de gestelde eisen. Ook het aanleveren van de 'uitrolplanning' aan het Zorginstituut Nederland (fase 3) is onderdeel van de Groene Vink. Er kan pas begonnen worden met een volgende fase als de voorgaande fase is afgerond. De eisen zijn releaseafhankelijk en worden dan ook per release vastgesteld en gecommuniceerd. Per release wordt besloten of een Groene Vink onderdeel is van het implementatietraject.

Beoordeling

Softwareleveranciers en AZR-ketenpartners melden zich bij het Zorginstituut Nederland aan om in aanmerking te komen voor de Groene Vink. Zij leveren hun berichten aan het Zorginstituut Nederland aan, dat de berichten vervolgens toetst. Als de berichten de drie fases correct doorlopen hebben, kent het Zorginstituut Nederland de Groene Vink toe. Het Zorginstituut Nederland publiceert de behaalde Groene Vinken op het Zorgregistratie portaal. De Groene Vink is nadrukkelijk géén certificering of keurmerk van het AZR-systeem zoals dat door de ontvanger van de Groene Vink wordt of is gebruikt, uitgerold of ingericht. Het is een toetsing van de input en output van de systemen.

 Zorginstituut Nederland	
EIGENAAR Zorginstituut Nederland	INTRODUCTIEJAAR 2009
DOELGROEP Softwareleveranciers en AWBZ-Ketenpartners	KOSTEN Geen
AANTAL UITGEGEVEN 65	GELDIGHEIDSDUUR Uitgave bij desbetreffende AZR-release

IHE Integration Statements

Integrating the Healthcare Enterprise (IHE) Integration Statements zijn documenten waarmee softwareleveranciers kunnen aantonen dat hun producten voldoen aan de profielen van IHE. Een IHE Integration Statement mag worden gepubliceerd als het product de testen op het jaarlijkse IHE-evenement connectathon succesvol heeft doorlopen. De verantwoordelijkheid voor deze verklaring ligt bij de softwareleveranciers. De Integration Statements worden gebruikt om toekomstige kopers van een product te informeren over de capaciteiten ervan.

IHE is een internationaal samenwerkingsverband van gebruikers en leveranciers van ICT in de zorgsector. De connectathon is een jaarlijks testevenement van IHE waar softwareleveranciers bij elkaar komen om een week lang ICT-

systemen te testen aan de hand van IHE-profielen. Het doel van de connectathon is het verbeteren van de interoperabiliteit van ICT-systemen in de zorg.

Integratieprofielen

IHE ontwikkelt integratieprofielen waarin is vastgelegd welke standaarden gebruikt worden in een specifieke context. Een integratieprofiel bestaat de uitwisseling van medische gegevens die nodig zijn om in een klinisch domein voor een bepaalde gebruikerssituatie een zorgtaak uit te voeren. Een IHE-profiel wordt opgesteld om een vraagstuk rondom interoperabiliteit in de zorg op te lossen. Een integratieprofiel wordt daarna ingebouwd in de ICT-systemen van leveranciers.

Beoordeling

Tijdens de connectathon kunnen deelnemers hun systeem, met het geïntegreerde IHE-integratieprofiel, testen tegen de software van minimaal drie andere leveranciers. De softwareleverancier mag na succesvolle deelname het IHE Integration Statement publiceren. In deze verklaring wordt vermeld welk IHE-profiel het betreft. IHE heeft een openbaar register met Integration Statements. Voor iedere nieuwe release van zijn softwareproduct doorloopt de leverancier opnieuw de testen tijdens de connectathon om een Integration Statement te mogen publiceren.

 Integrating the Healthcare Enterprise	
EIGENAAR Integrating the Healthcare Enterprise	INTRODUCTIEJAAR 2002
DOELGROEP Software-leveranciers in zorgsector	KOSTEN Deelname aan Connectathon: € 4.200,-
AANTAL UITGEGEVEN Wereldwijd 596 Integration Statements sinds 2002	GELDIGHEIDSDUUR Eenmalige uitgave

NEN-informatiebeveiliging

NEN 7510 is de norm voor het organiseren en borgen van informatiebeveiliging in de zorg. De norm richt zich op kleine en grote organisaties die hiermee te maken hebben. NEN 7510 is een algemene norm. NEN 7512 en NEN 7513 werken deze norm verder uit voor een specifiek aandachtsgebied.

NEN 7510 - Informatiebeveiliging in de zorg

NEN 7510 geeft aanwijzingen over het organisatorisch en technisch inrichten van informatiebeveiliging in een zorginstelling. Een voorbeeld van informatiebeveiliging is de toegangsbeveiliging van medische gegevens of de beveiliging van communicatiemiddelen. Het management-systeem voor informatiebeveiliging en de risico-analyse van informatiebeveiliging hebben een centrale plaats in de norm.

NEN 7512 - Vertrouwensbasis voor gegevensuitwisseling

NEN 7512 heeft als doel het bieden van zekerheid bij partijen die onderling medische gegevens uitwisselen. NEN 7512 levert aan de hand van een risicobeoordeling voor een gegeven communicatiescenario de minimale maatregelen die nodig zijn voor een betrouwbare gegevensuitwisseling. Een voorbeeld hiervan is het bepalen van beveiligingseisen bij het versturen van een overdrachtsbericht van een patiënt.

NEN 7513 - Vastleggen van acties in elektronische patiëntendossiers

NEN 7513 stelt eisen aan de toegangsregistratie van zorgverleners tot elektronische patiëntendossiers. Alle acties van zorgverleners moeten in een systeem worden gelogd om de rechtmatigheid van de toegang tot het patiëntendossier te kunnen controleren. NEN 7513 is de norm een toepasbare en uniforme invulling van bestaande wetgeving, met name de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

De norm specificeert gebeurtenissen die in aanmerking komen voor logging en welke gegevens dan moeten worden vastgelegd. Deze gebeurtenissen zijn onder andere:

- alle acties waarbij patiëntgegevens worden vastgelegd, ingezien of anderszins verwerkt;
- acties voor het toepassen van een noodprocedure of naar aanleiding van technische problemen;
- acties voor het instellen van de toegangsregeling, zoals het creëren van bevoegdheden voor bepaalde rollen.

Beoordeling

In steeds meer zorginstellingen ontstaat de behoefte aan structurele aandacht voor informatiebeveiliging en wil men, naast adequate implementatie van NEN 7510, een bewijs dat men voldoet aan de NEN 7510. Een uniform cer-

tificatieschema heeft als voordeel dat er eenduidigheid ontstaat in het proces van toetsen, in de weging van bevindingen en in de wijze waarop de norm wordt geïnterpreteerd tijdens de toetsing. Deze eenduidigheid stimuleert het vertrouwen van externe partijen in de waarde van een NEN 7510 certificaat.

Schemabeheer

Het is de verantwoordelijkheid van de schema-beheerder om de bereikte eenduidigheid te behouden. Bij certificatie van meerdere zorginstellingen is het van belang om de variatie in werkwijze en beoordeling tussen de zorginstellingen zo klein mogelijk te houden. Op basis van een continue terugkoppeling vanuit de praktijk, het monitoren van veranderingen in de norm en de sector wordt het schema aangepast. Zo blijft het actueel en behoudt het zijn relevantie. NEN is door de Raad voor Accreditatie (RvA) geaccepteerd als schemabeheerder. Door aan te sluiten op de regels van de RvA beschikt NEN over goede handvatten om op een eenduidige en professionele manier uitvoering te geven aan het beheren van schema's.

The NEN logo is displayed in a large, bold, dark blue font within a light blue rectangular box.

EIGENAAR

NEN

INTRODUC- TIEJAAR

2011

DOELGROEP

Zorg-
instellingen

KOSTEN

Afhankelijk van de certificerende instelling en de norm.

AANTAL UITGEGEVEN

Afhankelijk van de certificerende instelling en de norm.

GELDIGHEIDSDUUR

Drie jaar voor het certificaat.
De norm wordt elke vijf jaar opnieuw beoordeeld.



QAEH-erkenning

De Stichting Quality Assurance eHealth (QAEH) reikt de QAEH-erkenning van telemedicine uit aan dienstverleners die gebruikmaken van telemedicine. Telemedicine, is het toepassen van informatie- en communicatietechnologie in de gezondheidszorg. Met de QAEH-erkenning van telemedicine dienstverlening wordt deze dienstverlening getoetst om zo de kwaliteit en patiëntveiligheid van telemedicine te kunnen waarborgen.

Stichting QAEH is opgericht om dienstverlening met behulp van telemedicine te erkennen. De eisen van de QAEH-erkenning zijn gebaseerd op de NEN 8028; de norm voor kwaliteitseisen voor telemedicine van het Nederlandse Normalisatie-instituut. De eisen voor de QAEH-erkenning zijn samengesteld met hulp van het Centrum voor Certificatie en van patiënten en dienstverleners die gebruik maken van telemedicine.

Eisen

De QAEH-erkenning is bedoeld voor fabrikanten, leveranciers, zorgbedrijven en zorgverleners die in hun dienstverlening gebruik maken van telemedicine. De eisen voor de QAEH-erkenning zijn verwoord in een erkenningschema. Deze eisen hebben betrekking op:

- productie-eisen: bijvoorbeeld een richtlijn voor installatie en een onderhoudsvoorschrift;
- organiseren en faciliteren: beschrijven van de voorwaarden waaraan telemedicine moet voldoen;
- de zorgverlening aan de patiënt met behulp van telemedicine: bijvoorbeeld een instructie voor de zorgverlener voor het gebruiken van het middel voor telemedicine;
- samenwerking tussen zorgverlener en patiënt: bijvoorbeeld een behandelplan met afspraken over de inhoud en frequentie van de dienstverlening.

De aanvrager van het certificaat moet aan alle eisen van het erkenningschema voldoen om de QAEH-erkenning te ontvangen.

Beoordeling

De aanvrager van een QAEH-erkenning meldt zich aan bij de Stichting QAEH en vult het inschrijfformulier in. De Stichting QAEH toetst de dienstverlening van de aanvrager en stelt een toetsingsrapport op. Wanneer de aanvrager aan alle eisen voldoet, wordt de QAEH-erkenning van telemedicine toegekend. Als de aanvrager nog niet voldoet aan de eisen, krijgt hij tijd om verbeteringen aan te brengen. De erkenning is drie jaar geldig en wordt jaarlijks gecontroleerd. De jaarlijkse bijdrage is afhankelijk van het aantal fte dat met telemedicine werkt bij de organisatie.

EIGENAAR

Stichting Quality Assurance eHealth

INTRODUCTIEJAAR

2012

DOELGROEP

Dienstverleners die gebruik maken van telemedicine

KOSTEN

Beoordeling: € 610,- – € 1.002,-
Jaarlijkse bijdrage: € 150,- – € 1.000,-

AANTAL UITGEGEVEN

Drie
dienst-
verleners

GELDIGHEIDSDUUR

Drie jaar geldig, jaarlijkse controle



XIS-kwalificatie

Nictiz kent de XIS-kwalificatie of zorgtoepassingskwalificatie toe aan zorginformatiesystemen die gegevens uitwisselen volgens de standaarden die door Nictiz zijn opgesteld. XIS is een generieke afkorting die staat voor een willekeurig zorginformatiesysteem, zoals een huisartsinformatiesysteem (HIS) en een apotheekinformatiesysteem (AIS). Een informatiesysteem met een XIS-kwalificatie wisselt op een correcte wijze medische informatie uit met een ander informatiesysteem met volledig behoud van de inhoud van het bericht. Daarnaast vindt de uitwisseling volgens een gestandaardiseerde manier plaats, wat de uitwisseling met andere partijen vergemakkelijkt.

Eisen

De XIS-kwalificatie is gebaseerd op standaarden voor zorginformatie-uitwisseling. De twee meest

gebruikte zijn:

- huisartswaarneminggegevens (HWg), voor de informatie-uitwisseling tussen huisartsen;
- medicatiegegevens (Mg), voor de informatie-uitwisseling tussen de apotheek(-houdende huisarts) en collega-zorgverleners.

Deze standaarden bevatten richtlijnen voor de inhoud van de berichten die uitgewisseld worden. In deze informatie-uitwisseling bestaan allerlei zorgtoepassingsrollen, die verschillende functies kunnen vervullen. Zo kan een vaste huisarts informatie uit het dossier van de patiënt beschikbaar stellen en opvragen, terwijl een verstrekker en bewaker van medicatie (apotheek) inzage kan hebben in de medicatievoorschriften. Het zorginformatiesysteem wordt gekwalificeerd voor de rollen die het informatiesysteem moet uitvoeren.

Beoordeling

Een softwareleverancier van zorginformatiesystemen vraagt een XIS-kwalificatie aan bij Nictiz. Vervolgens worden er volgens het kwalificatiescript berichten met testdata uitgewisseld tussen de leverancier en Nictiz. Vervolgens controleert Nictiz of het informatiesysteem deze data goed weergeeft, verstuurt en/of ontvangt, al naar gelang de rol die het informatiesysteem behoort te vervullen. Als het informatiesysteem voldoet aan de eisen dan wordt de XIS-kwalificatie toegekend. Als de softwareleverancier wijzigingen aanbrengt in zijn software die van invloed zijn op de interoperabiliteit, moet de software opnieuw gekwalificeerd worden. In sommige gevallen kan de softwareleverancier volstaan met een eigen verklaring dat de software, ondanks de wijzingen, nog steeds voldoet aan de eisen van de XIS-kwalificatie.

Betere zorg
door betere informatie

Nictiz 

EIGENAAR

Nictiz

INTRODUC- TIEJAAR

2005

DOELGROEP

Zorginformatiesystemen

KOSTEN

Geen

AANTAL UITGEGEVEN

21 Informatie-
systemen

GELDIGHEIDSDUUR

Uitgave bij elke (relevante)
software-update



ZSP-kwalificatie

Leveranciers die netwerkdiensten bieden waarmee medische gegevens tussen zorgaanbieders worden uitgewisseld, kunnen gekwalificeerd worden als Zorgserviceprovider (ZSP). Zorgverleners die een ZSP in de arm nemen voor netwerkdiensten kunnen erop vertrouwen dat de leverancier volgens standaarden en normen werkt. De ZSP-kwalificatie wordt beheerd door Nictiz. De audit wordt uitgevoerd door een certificerende instelling.

Eisen

Nictiz stelt eisen aan netwerkdienstenleveranciers in verschillende categorieën:

- Ondersteuning van de gebruikers: bijvoorbeeld, de leverancier heeft een servicedesk om de dienstverlening aan zorgaanbieders te ondersteunen en procedures voor de afhandeling van beschikbaarheidsproblemen;
- Beveiligingsmaatregelen: de leverancier heeft onder andere een informatiebeveiligingsbeleid en beschermt de afnemers tegen bedreigingen van andere systemen die toegang hebben tot het netwerk;
- Systeembeheer: bijvoorbeeld, de beheerder is continu telefonisch bereikbaar. Het verhuizen van netwerkverbindingen van een afnemer naar een andere leverancier is binnen drie weken mogelijk zonder verlies van continuïteit;
- Toezicht en verantwoording: de leverancier heeft een geldige inschrijving bij de Kamer van Koophandel en heeft een service level agreement afgesloten met iedere aangesloten zorgaanbieder;
- Connectiviteit: de leverancier heeft vastgelegd welke gespecificeerde berichtuitwisseling via het netwerk mogelijk is. De leverancier gebruikt voor het verkeer tussen de afnemers geen onderdelen die gebaseerd, configureerbaar of benaderbaar zijn via het openbare internet;
- Beschikbaarheid: de leverancier is 24 uur per dag, zeven dagen per week beschikbaar. De overall beschikbaarheid van het netwerk is minimaal 99,9% per jaar en de leverancier houdt gepland onderhoud van het netwerk waar de afnemers van op de hoogte zijn.

Beoordeling

Een netwerkdienstenleverancier vraagt de ZSP-kwalificatie aan bij Nictiz. Een certificerende instelling beoordeelt tijdens een audit de diensten van de leverancier. Als de netwerkleverancier aan alle eisen voldoet, kent Nictiz de ZSP-kwalificatie toe. Deze kwalificatie is drie jaar geldig. Elk jaar voert de leverancier een self-assessment uit en elke drie jaar vindt er een externe audit plaats om te controleren of de kwalificatie nog steeds van toepassing is. Aan de externe audit zijn kosten verbonden.

Betere zorg
door betere informatie

Nictiz 

EIGENAAR

Nictiz

INTRODUC- TIEJAAR

2007

DOELGROEP

Netwerk-
diensten-
leveranciers

KOSTEN

Afhankelijk van de
certificerende instelling

AANTAL UITGEGEVEN

27 Leveran-
ciers

GELDIGHEIDSDUUR

Drie jaar geldig, jaarlijks
self-assessment

Colofon

Keurmerken, certificaten en kwaliteitsverklaringen in de zorg is een uitgave van Nictiz en het Kwaliteitinstituut van het Zorginstituut Nederland.

Projectvoering

Henk Hutink

Auteur

Henk Hutink en Liesbeth van Oostenbrugge

Geraadpleegde experts

Alex Friedrich (UMCG)
Anne Kors-Walraven (De Hart&Vaatgroep)
Angela de Vogel (Palliatief)
Anja Roters (UMCG)
Annemarie Auwerda (De Hart&Vaatgroep)
Anouk Potjes (CIIO)
Carol Richel (BVN)
Christel van Batenburg (Nederlandse Stomavereniging)
Claudia Zwaan (NEN)
Claartje Hülsmann (IHE)
Dorette Jansen (VOC)
Ellen Mogendorff (St. Topklinische GGz)
Elly Duijf (IDé)
Eva Fischer (Trimbos Instituut)
Harriëtte van der Sar (DEKRA Certification B.V.)
Hanneke Bos (CBD)
Hanneke Nusselder (Freya)
Henk Nijkamp (PDL)

Herman Kuik (CCKL)
Hester Rippen (Stichting Kind en Ziekenhuis)
Jan Benedictus (NPCF)
Jan Jongenelen (Nictiz)
Jan van der Kroon (Stichting FEC)
Jan-Willem Lieve (StAR)
Janneke Kramers (CCAF)
P. Honkoop (NVMDL)
Joris Smits (VZVZ)
Leendert van Wezel (vakmedianet)
Lisa de Leeuw (Data Seal of Approval)
Lineke Verkooijen (Bureau Verkooijen&Beima)
Lisenka van Loon (NFK)
Lydian Klabbers (NCFS)
Lucia Nouwens (TÜV Rheinland Nederland B.V.)
Marieke Wollaars (Landelijk Platform GGz)
Margo Niestadt (Consortium Roze 50+)
Margo van der Gaag (Zorginstituut Nederland)
Marjolein de Booys (Uniekbo)
Marjolein Siegenthaler (PinkRibbon)
Majorie de Been (Stichting Perspekt)
Manon Linschoten (COC)
Marcel Snijders (Planetree)
Marijn Lamers (ZKN)
Marloes van Grotel (NVA)
Michelle Schoof (DEKRA Certification B.V.)
Oda van Cranenburgh (Huidpatiënten Nederland)
Odile Smeets (Trimbos Instituut)
Peter Snaterse (Zorginstituut Nederland)
Piet-Heijn van Mechelen (Apneuvereniging)
Rene Ungerer (CvC)

Freek van der Heijden (NIAZ)
Remmers van Veldhuizen (CCAF)
Rianne Hanning (Stichting Perspekt)
Rob Stadt (KNGF)
Roger Jongen (WDTM)
Ronald Boellaard (VUMC)
Rube van Poelgeest (HIMMS)
Ruud Stassen (INK)
Sander Stravers (Keurmerkinstituut)
Sanny van Ginkel (Stichting Zorg voor Borstvoeding)
Shirin Golyardi (NEN)
Sonja Geelhoed (EFI)
Ton van der Biezen (Federatie Landbouw en Zorg)
Willem van Weperen (Keurmerkinstituut)

Geraadpleegde organisaties

NPA B.V., Stichting Werk&Mantelzorg,
Stichting ERB.

Redactie

Barbara van Rest, Boudewien Mulder,
Edmar Weitenberg, Elske Faber, Geert-Jan Cath,
Jacqueline Nell-Bergwerff, Kim Idzardi, Léon
van den Haak, Randi Dam.

Eindredactie

Lies van Gennip en Diana Delnoij

Vormgeving en productie

No Panic, communicatiemakers

2e druk

April 2014

Nictiz

Oude Middenweg 55
2491 AC Den Haag
info@nictiz.nl
www.nictiz.nl
twitter: @nictiz
linkedin: Nictiz

Zorginstituut Nederland

Eekholt 4
1112 XH Diemen
twitter: @kwaliteitsinst
linkedin: Kwaliteitsinstituut



In de zorg- en zorg-ICT-branche streven steeds meer zorginstellingen en zorgverleners naar een zo hoog mogelijk kwaliteitsniveau van hun dienstverlening, producten en organisatie. Dit willen ze ook zichtbaar maken. Een kwaliteitsverklaring in de vorm van een keurmerk of certificaat geeft een instelling erkenning voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De instelling kan zich hiermee onderscheiden. Voor cliënten, klanten en patiënten biedt een kwaliteitsverklaring houvast. Zij kunnen er van uitgaan dat de kwaliteit van de erkende dienstverlening, het product of de organisatie gewaarborgd is.

Het Kwaliteitsinstituut van het Zorginstituut Nederland en Nictiz hebben een gemeenschappelijk doel: de kwaliteit van de in Nederland geleverde zorg te helpen verbeteren. Het Kwaliteitsinstituut richt zich hierbij op de zorg die door professionals of instellingen aan patiënten en cliënten wordt geleverd. De focus bij Nictiz ligt op ICT. Met deze verschillende invalshoeken is het boek 'Keurmerken, certificaten en kwaliteitsverklaringen in de zorg' ontstaan.

In dit praktische overzicht dat samen met experts uit de gezondheidszorg is geschreven, zijn 75 kwaliteitsverklaringen van producten, diensten, instellingen en managementsystemen die er nu rond zorg en zorg-ICT te behalen zijn. Van elke kwaliteitsverklaring zijn de eisen, beoordeling, eigenaar en kosten in kaart gebracht.

