

Normendocument Visitatie Dialysecentra

Versiebeheer

Versie 1:

- Gebaseerd op 181004
- Commentaar Kennisinstituut FMS

Versie 2:

- opmerkingen verwijderd en correcties geaccepteerd.
- Versie 2 wordt ter beoordeling voorgelegd aan:
 - o DNN
 - o LONT
 - o NFN, sectie registratie
 - o NFN, sectie richtlijnen
 - o NVN
 - o VMWN

Versie 3.2:

- Commentaar van *LONT*, met *advies CHV*
- Commentaar *DNN*, met *advies CHV*
- Commentaar *NVN*, met *advies CHV*

Versie 3.3:

- Nadere uitwerking en verbeteringen doorgevoerd. Versie ter bespreking op Invitational Conference 29 november 2018

Versie 3.4:

- Input Invitational Conference 29 november 2018 in document opgenomen.

Versies 4.0 – 4.5

- Input RLC NFN in document overgenomen
- Input LENN in document overgenomen
- Indicatoren toegevoegd

Versie 5.0

- Tekst vastgesteld door Commissie Herziening Visitatiesystematiek d.d. 1 maart 2019

Inhoud

Uitgangspunten bij revisie.....	4
1. Faciliteiten.....	6
a. Algemeen.....	6
b. Hemodialyse	7
2. Organisatie van zorg	8
a. Algemeen.....	8
b. Zorg voor patiënten met eindstadium nierfalen.....	11
c. Hemodialyse	11
d. Thuisdialyse (TD) /peritoneale dialyse (PD)	12
e. Niertransplantatie	13
3. Management	14
4. Patiëntenperspectief	16
5. Professionele bekwaamheid en ontwikkeling	18

Uitgangspunten bij revisie

De herziening van de stellingen is mede gebaseerd op de “Leidraad waarderingssystematiek voor de kwaliteitsvisitaties” van de Orde van Medisch Specialisten 2014 (tegenwoordig Federatie Medisch Specialisten). In deze systematiek wordt niet van stellingen maar van **normen** gesproken. Zelfevaluatie en beoordeling van de norm vindt plaats op basis van een 3-5 puntsschaal met daaraan gekoppeld een advies:

1. **Streefnorm** (SN). De naleving van de norm is bovengemiddeld goed.
2. **Norm** (N). Het centrum voldoet aan de norm.
3. **Aanbeveling** (A). Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen binnen een jaar te zijn uitgevoerd.
4. **Zwaarwegend advies** (ZA). Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen 3 maanden na vaststelling van visitatierapport te zijn uitgevoerd.
5. **Voorwaarden** (V). Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen drie maanden na visitatiebezoek.

Op basis van deze vaste indeling wordt het voor gevisiteerde dialysecentra duidelijk waarop ze getoetst worden (transparantie) en hebben de visitatiecommissies ad hoc een eenduidig toetsingskader (eenduidigheid).

Bij visitatie kan het predicaat “**Goed voorbeeld**” worden toegekend aan een onderdeel van het zorgproces. Voorwaarden voor toekenning zijn:

- het betreft een vernieuwende wijze van organisatie van de zorg;
- het centrum is bereid kennis hierover te delen bijvoorbeeld door presentatie of publicatie

Voorafgaande aan de visitatie kan het centrum zelf een voordracht voor een ‘Goed voorbeeld’ doen. Uiteindelijk beslist de visitatiecommissie of aan de criteria voldaan wordt.

Naast deze normen is een deel van de oorspronkelijke stellingen in deze herziene versie gedefinieerd als **randvoorwaarde** en zal een deel van de stellingen getoetst worden aan de hand van een **indicator**.

Randvoorwaarden zijn voor één uitleg vatbaar: het centrum voldoet wel of niet. Wanneer niet wordt voldaan volgt automatisch een advies, dat - afhankelijk van het risico voor de patiënt - zal bestaan uit een zwaarwegend advies of een voorwaarde.

Bij stellingen over onderwerpen die op basis van uitkomst (een bruikbare indicator) kunnen worden getoetst, wordt van het centrum verwacht dat bij significante afwijking in negatieve zin (buiten het 95% betrouwbaarheidsinterval van de funnel plot) een oorzakaanalyse wordt verricht door middel van een audit op het proces en, indien nodig, verbeteracties worden uitgezet, bij voorkeur voorafgaande aan het visitatiebezoek. Indien bij visitatie blijkt dat de afwijking niet verklaard kan worden, volgt alsnog het zwaarwegende advies een audit en verbeteracties uit te voeren die mede gebaseerd zijn op bevindingen tijdens visitatiebezoek.

Bij afwijking in positieve zin (ook 95% betrouwbaarheidsinterval) kan het centrum als “Goed voorbeeld” worden aangemeld als blijkt dat centrum hier een proactief beleid op ingericht heeft dat als voorbeeld voor anderen kan dienen.

De randvoorwaarden, normen en indicatoren zijn ondergebracht in 5 hoofdstukken (domeinen)

- Faciliteiten
 - o Met onderwerpen als apparatuur, watercommissie, beschikbare disciplines en expertise disciplines;
- Organisatie van zorg
 - o Met zowel algemene punten als dossiervoering, naleven van richtlijnen en kwaliteitsregistratie als specifieke onderwerpen zoals zorg voor patiënten met eindstadium nierfalen, vaattoegang en jaarcontroles;
- Management en organisatie
 - o Met onderwerpen als kwaliteitssysteem, samenwerking in- en extern en teamklimaat
- Patiëntenperspectief
 - o Met onderwerpen als voorlichting, tevredenheidsmetingen, gemeenschappelijke besluitvorming en patiëntenparticipatie;
- Professionele ontwikkeling
 - o Met onderwerpen als deskundigheid internist-nefrologen, professionele deskundigheid, taakherschikking.

Een deel van de oorspronkelijke stellingen is niet overgenomen als normen of randvoorwaarden:

1. Stellingen over onderwerpen die niet door de visitatiecommissie getoetst kunnen worden omdat het hen aan expertise ontbreekt;
2. Stellingen die in de afgelopen 3 jaar vrijwel nooit tot onderscheid hebben geleid (iedereen voldoet);
3. Stellingen die voldoende getoetst worden in het kader van andere accreditatie/certificatietrajecten (NIAZ Q-mentum, JCI, ISO etc.);

Bij het opstellen van de normen is aandacht gegeven aan actuele thema's in de zorg. De keuze van deze thema's is gebaseerd op raadplegingen van kwaliteitsdeskundigen uit andere sectoren in de zorg en raadpleging van de patiëntenvereniging NVN. De thema's zijn:

- versterking van het patiëntenperspectief;
- personalisatie van zorg;
- versterking van het leerklimaat;
- evaluatie van het teamklimaat;

1. Faciliteiten

(apparatuur, waterbehandeling, beschikbare disciplines)

a. Algemeen

Randvoorwaarden

1. Het dialysecentrum beschikt zelf of via een samenwerkingsovereenkomst over de volgende disciplines met specifieke kennis en deskundigheid van problematiek bij (pre)dialysepatiënten, nierfalenpatiënten en nierfunctievervangende therapie:
 - Internist-nefroloog
 - Dialyseverpleegkundige
 - Diëtetiek
 - Maatschappelijk werk
 - (Dialyse)techniek
 - (Toezichthoudend) apotheek
2. Het dialysecentrum beschikt zelf of via een samenwerkingsovereenkomst over de volgende disciplines:
 - Vaatchirurg (7 x 24 uur beschikbaar)
 - Interventieradioloog (7 x 24 uur beschikbaar)
 - Cardioloog (7 x 24 uur beschikbaar)
 - Medisch-microbioloog
 - Ziekenhuishygiënist
 - Geriater/internist-ouderengeneeskunde
 - Diabetesverpleegkundige
3. Het dialysecentrum beschikt zelf of via een samenwerkingsovereenkomst over de volgende faciliteiten:
 - Laboratorium
 - IC
 - CCU
 - Angiokamer
 - Isolatiekamer met drukregulatie
 - Spoedeisende hulp
 - Verpleegafdeling met verpleegkundigen deskundigheid op het gebied van nierfalen
4. Het dialysecentrum heeft de mogelijkheid patiënten op een bed te dialyseren .

Normen

Norm 1.1

Onderwerp: **Maatschappelijk werk**

Het dialysecentrum beschikt over een eigen geormerkte en adequate formatie maatschappelijk werk, zodanig dat inhoudelijk gewerkt kan worden volgens de vigerende beroepsnorm "Kwaliteitsstandaarden maatschappelijk werk nefrologie". De maatschappelijk werker neemt deel aan het multidisciplinair overleg (MDO). De maatschappelijk werker heeft een proactieve rol in het dialyseteam, is lid van een interne werkgroep, geeft groepsvoorlichting en/of draagt aantoonbaar bij aan innovatie van de zorg. (SN)
--

Het dialysecentrum beschikt over een eigen geormerkte en adequate formatie maatschappelijk werk, zodanig dat inhoudelijk gewerkt kan worden volgens de vigerende beroepsnorm "Kwaliteitsstandaarden maatschappelijk werk nefrologie". De maatschappelijk werker neemt deel aan het MDO. (N)

De maatschappelijk werker is niet aanwezig bij het MDO. (A)

De formatie is ontoereikend hetgeen aantoonbaar nadelige effecten heeft voor kwaliteit van zorg. (ZA)

Norm 1.2

Onderwerp: **Diëtetiek**

Het dialysecentrum beschikt over een eigen geormerkte en adequate formatie diëtetiek, zodanig dat inhoudelijk gewerkt kan worden volgens de vigerende 'visie en productbeschrijving diëtisten nierziekten DNN'. De diëtist beoordeelt de voedingstoestand van de patiënt conform de aanbevelingen in de DNN Position paper Nutritional Assessment. De resultaten worden zowel op individueel als op geaggregeerd niveau geëvalueerd en indien nodig worden verbeteracties ingezet. De diëtist neemt deel aan het MDO. De diëtist heeft een proactieve rol in het dialyseteam, is lid van een interne werkgroep, ontwikkelt innovatieve (hulp)middelen en/of geeft groepsvoorlichting. (SN)

Het dialysecentrum beschikt over een eigen geormerkte en adequate formatie diëtetiek, zodanig dat inhoudelijk gewerkt kan worden volgens de vigerende 'visie en productbeschrijving diëtisten nierziekten DNN'. De diëtist beoordeelt de voedingstoestand van de patiënt conform de aanbevelingen in de DNN Position paper Nutritional Assessment, De resultaten worden zowel op individueel als op geaggregeerd niveau geëvalueerd en indien nodig worden verbeteracties ingezet. De diëtist neemt deel aan het MDO. (N)

De diëtist beoordeelt de voedingstoestand van de patiënt niet conform de DNN Position paper Nutritional Assessment of de diëtist neemt niet deel aan het MDO. (A)

De diëtist beoordeelt de voedingstoestand van de patiënt niet conform de DNN Position paper Nutritional Assessment en de diëtist neemt niet deel aan het MDO. (ZA)

De formatie diëtisten is ontoereikend hetgeen aantoonbaar nadelige effecten heeft op de kwaliteit van zorg, de diëtist gebruikt geen gevalideerd instrument om de voedingstoestand te meten en de diëtist neemt niet deel aan het MDO. (V)

b. Hemodialyse

Randvoorwaarden

1. Het dialysecentrum beschikt over een zodanige dialysecapaciteit dat patiënten conform de behandelafpraak gedialyseerd kunnen worden..
2. Het dialysecentrum beschikt over een calamiteitenplan voor gehele of gedeeltelijke uitval van de dialysecapaciteit.
3. Het dialysecentrum beschikt over de mogelijkheid tot het (laten) inbrengen van centraal veneuze katheters (CVC).
4. Het dialysecentrum beschikt over echoapparatuur om complexe shunts aan te kunnen prikken en/of CVC's onder echogeleiding in te (laten) brengen.
5. De inzetbaarheid van de waterbehandelingsinstallatie en dialysemachine is voor gebruikers op elk moment duidelijk.
6. De huisaanpassingen ten behoeve van thuishemodialyse worden uitgevoerd volgens daartoe geldende NEN norm.
7. De ruimte, faciliteiten en waterinstallatie thuis worden voorafgaand aan de eerste thuisdialysebehandeling aantoonbaar gekeurd door een daartoe erkend inspecteur.

Normen

Norm 1.3

Onderwerp: **Waterbehandeling conform NFN richtlijn**

De waterbehandeling voor hemodialyse geschiedt volgens de actuele NFN richtlijn Waterbehandeling. (N)

De waterbehandeling geschiedt op onderdelen niet volgens de actuele NFN richtlijn Waterbehandeling met een minimaal risico voor patiëntveiligheid. (A)

De waterbehandeling geschiedt op onderdelen niet volgens de actuele NFN richtlijn Waterbehandeling met een risico voor de patiëntveiligheid. (V)

2. Organisatie van zorg

(algemeen, zorg voor eindstadium nierfalen, hemodialyse, peritoneale en thuisdialyse en niertransplantatie)

a. Algemeen

Randvoorwaarden

1. De internist-nefroloog is 24/7 bereikbaar voor consultatie en acute nefrologische interventies binnen medisch verantwoorde tijd.
2. Iedere (pre)dialysepatiënt wordt ten minste eenmaal per jaar besproken in een MDO. (ZA)
3. De internist-nefrologen en de dialyseverpleegkundigen zorgen voor een overdracht van relevante medische en verpleegkundige gegevens over de dialysebehandeling bij:
 - Opname
 - Overplaatsing
 - Vakantiedialyse

Normen

Norm 2.1

Onderwerp: **Verpleegkundig zorgconcept**

De verpleegkundige zorg wordt gegeven vanuit een patiëntgericht en planmatig zorgconcept. De kwetsbaarheid van de patiënt is in kaart gebracht en leidt, indien relevant, tot doelen en/of acties die in samenspraak met patiënt worden opgesteld. Acties worden aantoonbaar geëvalueerd en gemonitord om te beoordelen of deze leiden tot het gewenste resultaat. Om de patiëntgerichte en planmatige zorg te spiegelen worden intervisies uitgevoerd. (SN)

De verpleegkundige zorg wordt gegeven vanuit een patiëntgericht en planmatig zorgconcept. De kwetsbaarheid van de patiënt is in kaart gebracht en leidt, indien relevant, tot doelen en/of acties die in samenspraak met patiënt worden opgesteld. Acties worden aantoonbaar geëvalueerd en gemonitord om te beoordelen of deze leiden tot het gewenste resultaat. (N)

De verpleegkundige zorg wordt gegeven vanuit een patiëntgericht en planmatig zorgconcept. De kwetsbaarheid van de patiënt is in kaart gebracht en leidt, indien relevant, tot doelen en/of acties die in samenspraak met patiënt worden opgesteld. Acties worden niet aantoonbaar geëvalueerd en/of gemonitord om te kijken of deze leiden tot het gewenste resultaat. (A)

De verpleegkundige zorg wordt gegeven vanuit een patiëntgericht en planmatig zorgconcept die in samenspraak met patiënt worden opgesteld. De kwetsbaarheid van de patiënt is niet in kaart gebracht. (ZA)

De verpleegkundige zorg wordt niet gegeven vanuit een patiëntgericht en/of planmatig zorgconcept. De kwetsbaarheid van de patiënt is niet in kaart gebracht. (V)

Norm 2.2

Onderwerp: **Jaarcontrole**

Alle dialysepatiënten ondergaan ten minste eenmaal per jaar een controle in een voor onderzoek bestemde ruimte. De controle omvat ten minste anamnese, lichamelijk onderzoek en bespreking met de patiënt. Deze bespreking wordt gedaan door de behandelend internist- nefroloog .Hierbij komen minimaal aan de orde: huidig en toekomstig behandelplan (inclusief alternatieve behandel mogelijkheden waaronder niertransplantatie en behandelbeperkingen). De behandelend internist-nefroloog brengt ten minste jaarlijks schriftelijk verslag uit van zijn bevindingen en het ingezette beleid aan de huisarts en andere bij de behandeling betrokken artsen. De PROM is gespreksonderwerp bij de jaarcontrole. (SN)

Alle dialysepatiënten ondergaan ten minste eenmaal per jaar een controle in een voor onderzoek bestemde ruimte door hun behandelend internist-nefroloog. De controle omvat ten minste anamnese, lichamelijk onderzoek en bespreking met de patiënt. In dit gesprek dient minimaal aan de orde te komen: huidig en toekomstig behandelplan (inclusief alternatieve behandel mogelijkheden waaronder niertransplantatie, en behandelbeperkingen). De behandelend internist-nefroloog brengt ten minste jaarlijks schriftelijk verslag uit van zijn bevindingen en het ingezette beleid aan de huisarts en andere, bij de behandeling betrokken artsen. (N)

Vrijwel alle dialysepatiënten ondergaan ten minste eenmaal per jaar een controle in een voor onderzoek bestemde ruimte door hun behandelend internist-nefroloog. Op onderdelen is deze controle onvolledig dan wel is het jaarlijks verslag aan huisarts en andere behandelaren onvolledig. (A)

Bij meer dan 10% van de dialysepatiënten ontbreekt een jaarlijkse controle in een voor onderzoek bestemde ruimte door hun behandelend internist-nefroloog, dan wel is de controle onvolledig of ontbreekt een jaarlijks verslag aan de huisarts en andere bij de behandeling betrokken artsen. (ZA)

Jaarcontroles worden niet gepland en/of schriftelijke jaarrapportages aan de huisarts en andere bij de behandeling betrokken artsen ontbreken. (V)

Norm 2.3

Onderwerp: **Werken volgens richtlijnen**

Het dialysecentrum hanteert voor de zorg aan patiënten met eindstadium nierfalen en dialysezorg de actuele richtlijnen van de NFN. Implementatie vindt plaats op gestructureerde wijze. De toepassing van de richtlijn wordt structureel geëvalueerd indien nodig worden verbeteringen uitgevoerd. (SN)

Het dialysecentrum hanteert voor de zorg aan patiënten met eindstadium nierfalen en dialysezorg de actuele richtlijnen van de NFN. Implementatie vindt plaats op gestructureerde wijze. (N)

Het dialysecentrum hanteert voor de zorg aan patiënten met eindstadium nierfalen en dialysezorg de actuele richtlijnen van de NFN echter implementatie vindt niet plaats op gestructureerde wijze. (A).

Op onderdelen wijkt het dialysecentrum af van de actuele richtlijnen van de NFN zonder argumentatie met als gevolg dat er een risico bestaat voor kwaliteit van zorg en veiligheid. (ZA)

Het dialysecentrum wijkt af van de actuele richtlijnen van de NFN zonder argumentatie met als gevolg dat er een hoog risico bestaat voor kwaliteit van zorg en veiligheid. (V)

Norm 2.4

Onderwerp: Omgang met indicatoren

Het dialysecentrum neemt deel aan de landelijke registratie van de dialysegegevens door de stichting Nefrovisie, registreert de kwaliteitsindicatoren van de betrokken beroepsgroepen evenals de door het dialysecentrum zelf gekozen indicatoren. Het dialysecentrum evalueert de uitkomsten van de registraties, stelt verbeteracties in en monitort of deze leiden tot het gewenste resultaat. (SN)
Het dialysecentrum neemt deel aan de landelijke registratie van de dialysegegevens door de stichting Nefrovisie, registreert de kwaliteitsindicatoren van de betrokken beroepsgroepen evenals de door het dialysecentrum zelf gekozen indicatoren. Het dialysecentrum evalueert de uitkomsten van de registraties en stelt verbeteracties in. (N)
Het dialysecentrum neemt deel aan de landelijke registratie van de dialysegegevens door de stichting Nefrovisie, registreert de kwaliteitsindicatoren van de betrokken beroepsgroepen evenals de door het dialysecentrum zelf gekozen indicatoren. Het dialysecentrum evalueert de uitkomsten van de registraties, maar gebruikt deze niet om verbeteracties in te stellen. (A)
Het dialysecentrum neemt deel aan de landelijke registratie van de dialysegegevens door de stichting Nefrovisie, registreert de kwaliteitsindicatoren van de betrokken beroepsgroepen evenals de door het dialysecentrum zelf gekozen indicatoren. Het dialysecentrum evalueert de uitkomsten van de registraties niet. (ZA)
Het dialysecentrum neemt niet deel aan de landelijke registratie van de dialysegegevens door de stichting Nefrovisie en/of registreert de kwaliteitsindicatoren van betrokken beroepsgroepen niet. (V)

Norm 2.5

Onderwerp: Dossiervoering

Het dialysecentrum heeft een elektronisch dossier waarin alle relevante informatie voor de bij behandeling betrokken professionals beschikbaar is. De patiënt heeft direct toegang tot dit elektronisch dossier. Het centrum evalueert regelmatig de dossiervoering en past deze, indien gewenst, aan. (SN)
Het dialysecentrum heeft een elektronisch dossier waarin alle relevante informatie voor de bij behandeling betrokken professionals beschikbaar is. (N)
Het elektronisch dossier vertoont tekortkomingen of er is sprake van dubbele dossiervoering met een minimaal risico voor kwaliteit van zorg of veiligheid van de patiënt. (A)
Het elektronisch dossier vertoont tekortkomingen en er is sprake van dubbele dossiervoering met een minimaal risico voor kwaliteit van zorg of veiligheid van de patiënt. (ZA)
Het elektronisch dossier vertoont tekortkomingen en er is sprake van dubbele dossiervoering met een hoog risico voor kwaliteit van zorg of veiligheid van de patiënt. (V)

Norm 2.6

Onderwerp: Infectiepreventie

Het dialysecentrum heeft een infectiepreventiebeleid. Het dialysecentrum evalueert de uitkomsten van het beleid, stelt verbeteracties in en monitort of deze leiden tot het gewenste resultaat. (SN)
Het dialysecentrum heeft een infectiepreventiebeleid. Het dialysecentrum evalueert de uitkomsten van het beleid. En stelt verbeteracties in (N)
Het dialysecentrum heeft een infectiepreventiebeleid. De uitvoering schiet incidenteel te kort. (A)
Het dialysecentrum heeft een infectiepreventiebeleid. De uitvoering schiet tekort waardoor het risico op infectie voor medewerkers en/of patiënten duidelijk verhoogd is. (ZA)
Het dialysecentrum heeft geen infectiepreventiebeleid. (V)

b. Zorg voor patiënten met eindstadium nierfalen

Normen

Norm 2.7

Onderwerp: Organisatie multidisciplinaire poli voor patiënten met eindstadium nierfalen (stadia G4 en G5) (**nierfalenpoli**)

Het dialysecentrum heeft een gestructureerde nierfalenpoli, waarbij alle vormen van nierfunctievervangende therapieën (inclusief (pre-emptieve) transplantatie) en het afzien van nierfunctievervangende therapie (voortzetting conservatieve behandeling) worden besproken. De voorlichting over behandeling wordt afgestemd op de behoefte en vaardigheden van de patiënt en de fase c.q. behandelingsvorm waarin de patiënt zich bevindt. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van landelijk voorlichtingsmateriaal en wordt de mogelijkheid van contact met andere ervaringsdeskundigen en voorlichtingsbijeenkomsten aangeboden. Het centrum evalueert het functioneren van de nierfalenpoli in een PDCA cyclus. Onderdeel van de evaluatie is een patiënten raadpleging. (SN)

Het dialysecentrum heeft een gestructureerde nierfalenpoli, waarbij alle vormen van nierfunctievervangende therapieën (inclusief (pre-emptieve) transplantatie) en het afzien van nierfunctievervangende therapie (voortzetting conservatieve behandeling) worden besproken. De voorlichting over behandeling wordt afgestemd op de behoefte en vaardigheden van de patiënt en de fase c.q. behandelingsvorm waarin de patiënt zich bevindt. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van landelijk voorlichtingsmateriaal en wordt de mogelijkheid van contact met andere ervaringsdeskundigen en voorlichtingsbijeenkomsten aangeboden. (N)

Het dialysecentrum heeft een gestructureerde nierfalenpoli waarbij alle vormen van nierfunctievervangende therapieën (inclusief (pre-emptieve) transplantatie) en het afzien van nierfunctievervangende therapie (voortzetting conservatieve behandeling) worden besproken. De voorlichting over behandeling wordt afgestemd op de behoefte en vaardigheden van de patiënt en de fase c.q. behandelingsvorm waarin de patiënt zich bevindt. Bij de voorlichting wordt onvoldoende gebruik gemaakt van de beschikbare mogelijkheden. (A)

Het dialysecentrum heeft een gestructureerde nierfalen poli waarbij echter niet alle vormen van nierfunctievervangende therapieën (inclusief (pre-emptieve) transplantatie) of het afzien van nierfunctievervangende therapie (voortzetting conservatieve behandeling) worden besproken. (ZA)

Het dialysecentrum heeft geen gestructureerde nierfalenpoli (V)

Toetsen aan de hand van indicator

1. Percentage patiënten met een eGFR < 30 ml/min/1.73 m² volgens CKD-EPI dat meer dan zes maanden bekend is in de zorginstelling voor start met een vorm van chronische dialyse met hetzij een functionerende shunt, hetzij een functionerende PD katheter = *indicator Zorginstituut no 3, indicator Renine Benchmark rapport funnelplot 7.3.*
2. Percentage iv katheters incidente HD-patiënten = *indicator Renine Benchmark rapport funnelplot 5.5.*
3. Percentage iv katheters prevalentie HD-patiënten = *indicator Renine Benchmark rapport funnelplot 5.6*

c. Hemodialyse

Randvoorwaarden

1. Binnen vier weken na aanvraag zijn electieve vaattoegangsoperaties mogelijk.
2. Er is minimaal één keer per maand gestructureerd vaattoegangsoverleg tussen internist-nefroloog, dialyseverpleegkundige, vaatchirurg en interventieradioloog.
3. Indien in het dialysecentrum de voor het vaattoegangsoverleg vereiste disciplines ontbreken, neemt de internist-nefroloog van dat betreffende dialysecentrum deel aan het gestructureerde vaattoegangsoverleg in het dialysecentrum waarmee een samenwerkingsovereenkomst is afgesloten.

4. Er wordt wekelijks visite gelopen door internist-nefroloog (in opleiding), AIOS, PA en/of VS samen met een dialyseverpleegkundige.
 - a. Als er visite gelopen wordt door een NIO, AIOS, PA of VS vindt nabespreking plaats op de dag van de visite.
 - b. De internist-nefroloog bezoekt minimaal eenmaal per maand de patiënt zelf.
5. Nachtelijke centrumhemodialysepatiënten worden minimaal 1x per 8 weken aan de stoel/bed of op de polikliniek door hun behandelend internist-nefroloog gezien.
6. Bij nachtelijke centrumhemodialysepatiënten analyseert de internist-nefroloog minimaal wekelijks het behandeldossier van de patiënt en neemt daarop indien nodig actie.

Normen

Norm 2.8

Onderwerp: **Organisatie vaattoegang**

De zorg rondom vaattoegang voor hemodialyse geschiedt volgens de actuele NFN-richtlijn vaattoegang. Het centrum evalueert de implementatie en past indien nodig verbeteringen toe. (SN)
De zorg rondom vaattoegang voor hemodialyse geschiedt volgens de actuele NFN-richtlijn vaattoegang. (N)
De zorg rondom vaattoegang voor hemodialyse geschiedt op onderdelen niet volgens de actuele NFN-richtlijn met een minimaal risico voor de kwaliteit van zorg. (A)
De zorg rondom vaattoegang voor hemodialyse geschiedt op onderdelen niet volgens de richtlijn van de NFN met een hoog risico voor kwaliteit van zorg. (ZA)

d. Thuisdialyse (TD) /peritoneale dialyse (PD)

Randvoorwaarden

1. Peritoneale of thuishemodialysepatiënten worden minimaal éénmaal per 8 weken poliklinisch gezien door de behandelend internist-nefroloog.
2. De internist-nefroloog wordt bij de PD en THD-poli ondersteund door (informatie over de patiënt van) de verantwoordelijk PD of THD-verpleegkundige.
3. In een dialysecentrum ziet een NIO indien onderdeel van het behandelteam, onder verantwoordelijkheid van de bij de behandeling betrokken internist-nefroloog zelfstandig PD- of THD-patiënten op de polikliniek.
 - a. De verantwoordelijk internist-nefroloog ziet de patiënt eenmaal in de vier maanden zelf op het spreekuur.
 - b. Er vindt wekelijks een nabespreking plaats tussen NIO en internist-nefroloog over de patiënten die in die week zelfstandig door de NIO zijn gezien.
4. Ten behoeve van peritoneale dialysezorg beschikt het centrum over adequaat geschoolde verpleegkundigen.
5. Ten behoeve van thuishemodialysezorg beschikt het centrum over adequaat geschoolde verpleegkundigen.
6. Ten behoeve van patiënten die peritoneaal dialyseren is een opleidingsplan aanwezig.
7. Ten behoeve van patiënten die thuis hemodialyseren is een opleidingsplan aanwezig.
8. Ondersteuning bij de uitvoering van peritoneale dialyse door een thuiszorgverpleegkundige gebeurt op basis van een samenwerkingsovereenkomst.
9. Ondersteuning bij de uitvoering van thuishemodialyse door een externe partij gebeurt op basis van een samenwerkingsovereenkomst.

e. Niertransplantatie

Randvoorwaarde

1. De transplantabiliteit van patiënten, die voorbereid worden op transplantatie of op de wachtlijst staan voor transplantatie, wordt jaarlijks besproken met het transplantatiecentrum.

Normen

Norm 2.9

Onderwerp: **Organisatie transplantatievoorbereiding**

Bij de voorbereiding van potentiële niertransplantatiepatiënten wordt aantoonbaar gestreefd naar een minimale doorlooptijd en bestaat er een daartoe ingericht samenwerkingsverband met het transplantatiecentrum. Patiënten zijn te allen tijde op de hoogte van de status van de voorbereiding. Het centrum evalueert de transplantatievoorbereiding en past deze indien nodig aan. (SN)
--

Bij voorbereiding van potentiële niertransplantatie patiënten wordt aantoonbaar gestreefd naar een minimale doorlooptijd en bestaat er een daartoe ingericht samenwerkingsverband met het transplantatiecentrum. Patiënten zijn te allen tijde op de hoogte van de status van de voorbereiding. (N)

Op onderdelen is de organisatie van de transplantatievoorbereiding dan wel de samenwerking met het transplantatiecentrum onvoldoende met minimale effecten op de doorlooptijd dan wel patiënt wordt onvoldoende betrokken bij de voorbereiding. (A)

Op onderdelen is de organisatie van de transplantatievoorbereiding onvoldoende waardoor er significante effecten op de doorlooptijd ontstaan. (ZA)
--

De organisatie van de transplantatievoorbereiding is onvoldoende waardoor de patiënt ernstig benadeeld wordt. (V)

Toetsen aan de hand van indicator

1. Aantal patiënten bij wie binnen zes maanden na de start van een vorm van chronische dialyse bekend is of ze transplantabel (urgentie T bij Eurotransplant) zijn als percentage van het aantal patiënten dat gestart is met chronische dialyse = *indicator Zorginstituut 2, Renine benchmark rapport funnelplot 7.2.*
2. Aantal pre-emptieve niertransplantaties dat vanuit verwijzing binnen zorginstelling heeft plaatsgevonden (voor UMC's) óf het aantal pre-emptieve niertransplantaties dat na verwijzing vanuit uw zorginstelling elders heeft plaatsgevonden (voor niet-UMC's) als percentage van het aantal patiënten dat vanuit betreffende zorginstelling is gestart met chronische dialyse = *indicator zorginstituut 4,*
3. Aantal transplantaties als percentage van het aantal patiënten dat vanuit betreffende zorginstelling is gestart met chronische dialyse = *indicator Renine benchmark funnelplot 3.3.*
4. Aantal pre emptieve transplantaties (levend en overleden donor) als percentage van patiënten dat is gestart met chronische dialyse = *indicator Renine benchmark funnelplot 3.4.*
5. Aandeel pre emptief getransplanteerden als percentage van aantal transplantaties = *indicator Renine benchmark funnelplot 3.5.*

3. Management

(kwaliteitssysteem, samenwerking in- en extern)

Randvoorwaarden

1. Het dialysecentrum beschikt over een adequaat functionerend kwaliteitssysteem dat extern wordt gevalideerd door een certificerende of accrediterende instelling en stelt de rapportage ter inzage van de visitatiecommissie. (ZA)
2. Een internist-nefroloog maakt deel uit van het managementteam van het dialysecentrum. (ZA)

Normen

Norm 3.1

Onderwerp: **Samenwerking met ondersteunend centrum**

Voor alle voor de dialyse van belang zijnde disciplines en faciliteiten en voor de dialysemodaliteiten waarover een dialysecentrum niet beschikt, heeft dat dialysecentrum schriftelijke afspraken met één of meerdere ziekenhuizen, waardoor elke vorm van nierfunctievervangende therapie (inclusief zorg na afzien van de behandeling) laagdrempelig beschikbaar is. Deze afspraken worden jaarlijks aantoonbaar geëvalueerd en indien nodig worden verbeteringen doorgevoerd. (N)

Het dialysecentrum voldoet aan de norm, maar op onderdelen is de samenwerkingsovereenkomst onvolledig, waardoor niet alle vormen van nierfunctievervangende behandeling laagdrempelig beschikbaar zijn en/of er een risico bestaat voor de patiëntveiligheid en/of kwaliteit van zorg of de jaarlijkse evaluatie van de samenwerking wordt niet uitgevoerd. (A)

Het dialysecentrum heeft voor een of meer voor de dialyse van belang zijnde disciplines en faciliteiten, en voor de dialysemodaliteiten waarover men niet zelf beschikt geen schriftelijke afspraken met één of meerdere ziekenhuizen, waardoor bepaalde vormen van nierfunctievervangende behandeling niet beschikbaar zijn en/of er een hoog risico voor de patiëntveiligheid en/of kwaliteit van zorg bestaat. (ZA)

Het dialysecentrum heeft voor de dialyse van belang zijnde disciplines en faciliteiten en voor dialysemodaliteiten waarover men niet zelf beschikt geen schriftelijke afspraken met één of meerdere ziekenhuizen, waardoor bepaalde vormen van nierfunctievervangende behandeling niet beschikbaar zijn en/of er een hoog risico voor de patiëntveiligheid en/of kwaliteit van zorg bestaat. (V)

Norm 3.2

Onderwerp: **Samenwerking continue nierfunctievervangende behandeling**

Ten behoeve van nierfunctievervangende behandeling op de IC en of CCU heeft het centrum een schriftelijke afspraak met de betreffende afdeling waarin wederzijdse verantwoordelijkheden zijn vastgelegd. De afspraken worden jaarlijks aantoonbaar geëvalueerd en indien nodig worden verbeteringen doorgevoerd. (N)

Het centrum voldoet aan de norm maar op onderdelen is de samenwerkingsovereenkomst onvolledig met een beperkt risico voor patiëntveiligheid en/of kwaliteit van zorg, of de jaarlijkse evaluatie van de samenwerking wordt niet uitgevoerd. (A)

Het centrum voldoet aan de norm maar op onderdelen is de samenwerkingsovereenkomst onvolledig met een risico voor patiëntveiligheid en/of kwaliteit van zorg. (ZA)

Het centrum voldoet aan de norm maar op onderdelen is de samenwerkingsovereenkomst onvolledig met een hoog risico voor patiëntveiligheid. (V)

Norm 3.3**Onderwerp: Teamklimaat**

Het teamklimaat binnen het team van dialyseverpleegkundigen en internist-nefrologen wordt 1 x per 3 jaar besproken. Indien nodig worden er maatregelen genomen ter verbetering. (SN)
--

Het teamklimaat binnen het team van dialyseverpleegkundigen en internist-nefrologen wordt 1x per 3 jaar besproken. (N)
--

Het teamklimaat binnen het team van dialyseverpleegkundigen en internist-nefrologen wordt minder dan 1x per 3 jaar besproken. (A)

4. Patiëntenperspectief

(voorlichting, tevredenheidsmetingen en gemeenschappelijke besluitvorming, patiëntenparticipatie)

Randvoorwaarde

1. De uitkomsten van de visitatie van patiëntenperspectief worden met (een vertegenwoordiging van) de patiënten gedeeld.

Normen

Norm 4.1

Onderwerp: **Betrokkenheid bij behandeling**

Het dialysecentrum biedt de mogelijkheid van actieve betrokkenheid van de patiënt bij zijn behandeling en heeft daar een specifiek programma voor ingericht. Thuisdialyse en zelfzorgdialyse, alsmede beperktere vormen van activiteit en eigen inbreng worden regelmatig besproken en aangeboden volgens een herkenbaar programma, waarbij zowel de wensen als de fysieke en verstandelijke vermogens van de patiënt als uitgangspunt dienen. Het centrum evalueert de resultaten van dit programma op afdelingsniveau om verbeteracties op uit te voeren en evalueert deze. (SN)

Het dialysecentrum biedt de mogelijkheid van actieve betrokkenheid van de patiënt bij zijn behandeling en heeft daar een specifiek programma voor ingericht. Thuisdialyse en zelfzorgdialyse, alsmede beperktere vormen van activiteit en eigen inbreng worden regelmatig besproken en aangeboden volgens een herkenbaar programma, waarbij zowel de wensen als de fysieke en verstandelijke vermogens van de patiënt als uitgangspunt dienen. Het centrum evalueert de resultaten van dit programma op afdelingsniveau om verbeteracties op uit te voeren. (N)

Het dialysecentrum biedt de mogelijkheid van actieve betrokkenheid van patiënt bij zijn behandeling. Thuisdialyse en zelfzorgdialyse, alsmede beperktere vormen van activiteit en eigen inbreng worden regelmatig besproken en aangeboden volgens een herkenbaar programma met een opleidingsplan voor de patiënt, waarbij zowel de wensen als de fysieke en verstandelijke vermogens van de patiënt als uitgangspunt dienen. Het centrum evalueert de resultaten van dit programma op afdelingsniveau niet en /of voert geen verbeteracties. (A)

Het dialysecentrum biedt in beperkte mate mogelijkheden voor actieve betrokkenheid van patiënt bij zijn behandeling maar heeft daar geen specifiek herkenbaar programma voor ingericht. (ZA)

Het dialysecentrum biedt geen mogelijkheden voor actieve betrokkenheid van patiënt bij zijn behandeling. (V)

Norm 4.2

Onderwerp: **Evalueren patiëntervaringen** (met b.v. PREMs, spiegelgesprekken)

Het dialysecentrum brengt jaarlijks het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten met patiëntenvertegenwoordiging en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren. Het dialysecentrum evalueert de genomen verbetermaatregelen op effectiviteit. (SN)

Het dialysecentrum brengt jaarlijks het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten met patiëntenvertegenwoordiging en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren. (N)

Het dialysecentrum brengt jaarlijks het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten met de patiëntenvertegenwoordiging en maar gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren. (A)

Het dialysecentrum brengt jaarlijks het patiëntenperspectief in kaart, maar bespreekt deze uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren. (ZA)

Het dialysecentrum brengt het patiëntenperspectief niet jaarlijks in kaart. (V)

Norm 4.3

Onderwerp: **Omgaan met klachten**

Het dialysecentrum heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te verzamelen, te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. Als een patiënt niet-anoniem een klacht of verbeterpunt heeft ingediend, laat de organisatie de indiener weten wat er met de klacht of suggestie is gebeurd. Het dialysecentrum evalueert de genomen verbetermaatregelen op effectiviteit. (SN)
Het dialysecentrum heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te verzamelen, te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. Als een patiënt niet-anoniem een klacht of verbeterpunt heeft ingediend, laat de organisatie de indiener weten wat er met de klacht of suggestie is gebeurd. (N)
Het dialysecentrum heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te verzamelen, te analyseren en te bespreken maar er worden geen verbeteracties uitgevoerd of de terugkoppeling aan de niet-anonieme patiënt ontbreekt. (A)
Het dialysecentrum heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te verzamelen en te analyseren maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren en de terugkoppeling aan de niet-anonieme patiënt ontbreekt. (ZA)
Het dialysecentrum heeft geen afspraken om klachten signalen van onvrede te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. (V)

Norm 4.4

Onderwerp: **Gedeelde besluitvorming**

De principes van gedeelde besluitvorming worden structureel toegepast bij het opstellen van behandelplannen. Daarbij worden naast medisch-technische aspecten ook kwaliteit van leven, voorkeuren, mogelijkheden en behoeften van de patiënt meegenomen. De toepassing van de principes van gedeelde besluitvorming wordt samen met een patiëntenvertegenwoordiging geëvalueerd. (SN)
De principes van gedeelde besluitvorming worden structureel toegepast bij het opstellen van behandelplannen. Daarbij worden naast medisch-technische aspecten ook kwaliteit van leven, voorkeuren, mogelijkheden en behoeften van de patiënt meegenomen. (N)
De principes van gedeelde besluitvorming worden gedeeltelijk toegepast bij het opstellen van behandelplannen. Daarbij worden naast medisch-technische aspecten ook kwaliteit van leven, voorkeuren, mogelijkheden en behoeften van de patiënt meegenomen. (A)
De principes van gedeelde besluitvorming worden niet toegepast bij het opstellen van behandelplannen.(ZA)

5. Professionele bekwaamheid en ontwikkeling

(deskundigheid internist-nefrologen, professionele deskundigheid, taakherschikking)

Randvoorwaarden

1. Internisten betrokken bij de dialysebehandeling beschikken over een geldige registratie in het aandachtsgebied nefrologie.
2. Dialyseverpleegkundigen zijn geregistreerd in het kwaliteitsregister V&VN.
3. Alle dialyseverpleegkundigen voldoen aan de specifieke registratie-eisen die door het kwaliteitsregister worden gesteld.
4. Indien dialysegerelateerde, verpleegkundige taken op het dialysecentrum structureel worden gedelegeerd aan derden geschiedt dit via vastgestelde procedures en protocollen.
5. Diëtisten zijn geregistreerd in het kwaliteitsregister diëtisten.
6. Maatschappelijk werkenden zijn geregistreerd in het Registerplein.

Norm 5.1

Onderwerp: **Bekwaamheid**

De professionals betrokken bij de dialysezorg zijn bekwaam in het uitoefenen van voorbehouden- en risicovolle handelingen. Het centrum heeft een regeling voor het op peil houden en toetsen van deze deskundigheid. Indien niet aantoonbaar bekwaam dan is met de leidinggevende een afspraak gemaakt hoe deze bekwaamheid wordt verworven. De wijze van toetsen wordt geëvalueerd en indien relevant worden verbeteringen doorgevoerd. (SN)

De professionals betrokken bij de dialysezorg zijn bekwaam in het uitoefenen van voorbehouden- en risicovolle handelingen. Het centrum heeft een regeling voor het op peil houden en toetsen van deze deskundigheid. Indien de medewerker niet aantoonbaar bekwaam is, dan is met de leidinggevende een afspraak gemaakt hoe deze bekwaamheid wordt verworven. (N)

Een deel van de professionals betrokken bij de dialysezorg is niet getoetst op voorbehouden en risicovolle handelingen zonder dat er corrigerende afspraken gemaakt zijn, of een deel van de risicovolle handelingen is niet opgenomen in het toetsingsprogramma. (A)

De voorbehouden en/of risicovolle handelingen worden niet structureel getoetst. (ZA)

Norm 5.2

Onderwerp: Leerklimaat individueel

De professional wordt door het centrum in staat gesteld zich te ontwikkelen in het vakgebied, onder andere door het bijwonen van nascholingen, symposia en congressen. De professional is zelf verantwoordelijk voor het behalen van voldoende scholing en het centrum heeft afspraken hoe om te gaan met de medewerker bij het niet voldoen aan de vereiste scholing. Opgedane kennis wordt aantoonbaar gebruikt voor projecten ter verbetering van de kwaliteit van zorg. (SN)

De professional wordt door het centrum in staat gesteld zich te ontwikkelen in het vakgebied, onder andere door het bijwonen van nascholingen, symposia en congressen. De professional is zelf verantwoordelijk voor het behalen van voldoende scholing en het centrum heeft afspraken hoe om te gaan met de medewerker bij het niet voldoen aan de vereiste scholing. (N)

De professional wordt door het centrum onvoldoende in staat gesteld zich te ontwikkelen in het vakgebied, onder andere door het bijwonen van nascholingen, symposia en congressen, of de professional neemt niet zijn eigen verantwoordelijkheid voor het behalen van voldoende scholing, of het centrum heeft geen afspraken hoe om te gaan met de medewerker bij het niet voldoen aan de vereiste scholing. (A)

De professional wordt door het centrum onvoldoende in staat gesteld zich te ontwikkelen in het vakgebied, onder andere door het bijwonen van nascholingen, symposia en congressen en/of de professional neemt niet zijn eigen verantwoordelijkheid voor het behalen van voldoende scholing en/of het centrum heeft geen afspraken hoe om te gaan met de medewerker bij het niet voldoen aan de vereiste scholing. (ZA)

De professional wordt door het centrum onvoldoende in staat gesteld zich te ontwikkelen in het vakgebied, onder andere door het bijwonen van nascholingen, symposia en congressen en de professional neemt niet zijn eigen verantwoordelijkheid voor het behalen van voldoende scholing en het centrum heeft geen afspraken hoe om te gaan met de medewerker bij het niet voldoen aan de vereiste scholing. (V)

Norm 5.3

Onderwerp Leerklimaat centrum

Het dialysecentrum maakt deel uit van een lerend netwerk met ten minste twee vergelijkbare dialysecentra. Actieve onderlinge uitwisseling vindt plaats door werkbezoek, consultatie, benchmarking en/of intervisie. De uitwisseling heeft een structurele plaats in het verbetertraject van het centrum. (SN)

Het dialysecentrum maakt deel uit van een lerend netwerk met ten minste twee verschillende dialysecentra. Actieve onderlinge uitwisseling vindt plaats door werkbezoek, consultatie, benchmarking en/of intervisie. (N)

Het dialysecentrum maakt geen deel uit van een lerend, netwerk met ten minste twee verschillende dialysecentra. (A)

Norm 5.4

Onderwerp: Taakherschikking

De taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), arts-assistent in opleiding tot specialist (AIOS) en de nefroloog-in-opleiding (NIO) zijn gedocumenteerd, er is adequate supervisie en de afspraken worden nageleefd. (N)

De taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), arts-assistent in opleiding tot specialist (AIOS) en de nefroloog-in-opleiding (NIO) zijn gedocumenteerd maar de beschrijving is onvolledig of onduidelijk of de afspraken worden niet nageleefd. (A)

De taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), arts-assistent in opleiding tot specialist (AIOS) en de nefroloog-in-opleiding (NIO) zijn gedocumenteerd. Adequate supervisie is niet geborgd en afspraken worden niet nageleefd. (ZA)

De taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), en/of arts-assistent in opleiding tot specialist (AIOS) en/of de nefroloog-in-opleiding (NIO) zijn niet gedocumenteerd. (V)