

Tips & tricks ZKN IGJ-bezoek

April 2025

Wilt u zeker weten dat u als ZKN-lid goed scoort tijdens een IGJ-bezoek? Deze lijst geeft inzicht in criteria die door IGJ in meerdere klinieken als matig of onvoldoende zijn beoordeeld.

1. Bestuurlijke verantwoordelijkheid

- a. **Zorgbeleidsplan:** beschrijf in een zorgbeleidsplan tenminste de volgende onderdelen:
 - De specialismen die u biedt en het zorgaanbod daarbinnen;
 - Als u kinderen behandelt vergewis u van het [handvest kind en ziekenhuis](#).
 - Als u ouderen dan 70 jaar behandelt neem hierin op hoe u omgaat met risico op delier en vallen;
 - Wat zijn de exclusiecriteria voor behandeling in uw kliniek;
 - Wat zijn uw doelen voor de komende jaren.
- b. **Organisatiestructuur:** beschrijf welke overlegstructuren uw organisatie kent en wat de inhoud is van deze overleggen (bijvoorbeeld zorginhoudelijk, management of bestuurlijk).
- c. **Regeling disfunctioneren:** u dient te beschikken over een vastgestelde regeling disfunctioneren, niet alleen voor de artsen maar voor *alle* medewerkers. Een passage opnemen in een samenwerkingsovereenkomst of contract is niet voldoende. Ontbinding of niet voortzetting van de overeenkomst en het doen van een bijbehorende melding bij de inspectie, maakt deel uit van de 'regeling'.
- d. **Afspraken met een ziekenhuis:** de samenwerkingsovereenkomst die u hebt met een ziekenhuis (bij calamiteiten/complicaties/doorverwijzing) dient schriftelijk te zijn vastgelegd tussen kliniek en *raad van bestuur* van het betreffende ziekenhuis. Een samenwerkingsovereenkomst met bijvoorbeeld een maatschap is niet voldoende. Lukt het u niet om afspraken met een ziekenhuis te krijgen dat moet u dit aan kunnen tonen en kunnen laten zien dat u regelmatig opnieuw het gesprek aangaat met het bestuur van het ziekenhuis.
- e. **Klachtenregeling/geschillenbehandeling:** bij voorkeur heeft u uw klachtenregeling makkelijk vindbaar op de website gepubliceerd. Daarbij moeten ook de contactgegevens van de geschillencommissie vermeld staan.

- f. **Calamiteitenbeleid:** binnen het calamiteitenbeleid moet zijn vastgelegd op welke manier *peer support* is geregeld en op welke wijze en binnen welke termijn gehandeld moet worden in geval van een calamiteit¹;
- Door wie melden bij IGJ;
 - Hoe en door wie wordt het onderzoek uitgevoerd (onafhankelijk);
 - Met welke methodiek wordt de analyse van de calamiteit gedaan.

2. Professionaliteit

- a. **Functioneren medisch specialisten:** iedere specialist werkzaam in uw kliniek dient deel te nemen aan de IFMS in de kliniek. Ook als zij daarnaast in een ziekenhuis werken waar zij ook deelnemen aan de IFMS.
- b. **Inwerkprogramma's en bij- en nascholing medewerkers:** voor iedere functie dient een inwerkprogramma aanwezig te zijn. Bij en nascholing dient te zijn vastgelegd in een plan.

3. Kwaliteit en veiligheid

- a. **Veilig incident melden:** beschrijf in een protocol onder andere:
- De (multidisciplinaire) samenstelling van het team dat incidenten onderzoekt;
 - Volgens welke methode het incidentenonderzoek wordt uitgevoerd;
 - Met welke frequentie overleg over incidenten plaatsvindt;
 - Het meldformulier moet de volgende onderdelen bevatten:
 - ✓ de datum en het tijdstip
 - ✓ de locatie van optreden van het incident
 - ✓ de toedracht en de mogelijke oorzaken van het incident
 - ✓ de eventuele gevolgen voor de patiënt
 - ✓ de classificatie van ernst van het vermoedelijk letsel
 - ✓ een korte omschrijving van het incident, en
 - ✓ de maatregel die is genomen om herhaling te voorkomen.
- b. **Protocolen:** dienen up-to-date te zijn en in het beleid over protocollen/documentbeheer moet in ieder geval het volgende zijn vastgelegd:
- Afspraken rondom autorisatie en revisiedatum;
 - Verantwoordelijkheden per rol (auteur, beoordelaar en auditorator), de rollen mogen niet door dezelfde persoon ingevuld worden;
 - Afspraken wat per protocol zichtbaar moet zijn zoals de laatste revisiedatum, tot wanneer het protocol geldig is, namen van de auteur en autorisator.
- c. **Voorbehouden handelingen:** zorg voor een compleet overzicht van medewerkers die voorbehouden handelingen uitvoeren inclusief de data van laatste scholing en toetsing.
- d. **Recallprocedure:** zorg voor een vastgestelde procedure voor ontvangst en afhandeling van (spoedeisende) meldingen over de betrouwbaarheid van de medische hulpmiddelen recallprocedures binnen de kliniek.

¹ Meer informatie over [calamiteiten en het melden](#) ervan vindt u op de site van IGJ.

4. Dossiervoering

- a. **Dossierbeheer:** de hoofdregel is dat de zorgaanbieder een dossier 20 jaar moet bewaren. Dit is gerekend vanaf het tijdstip dat het dossier voor het laatst is gewijzigd. U dient beleid te hebben hoe met dossiers om te gaan na die 20 jaar en indien een patiënt een verzoek indient om het dossier eerder te vernietigen.
- b. **Dossiervoering en beheer:** in uw dossiers moeten (indien van toepassing) in ieder geval de volgende onderdelen vastgelegd worden:
 - Naam van de hoofdbehandelaar/regiebehandelaar;
 - Of, en zo ja, welke informatie aan de patiënt is gegeven over de voorgestelde behandeling;
 - Informed consent voor de behandeling, waarbij bij operaties onder narcose zowel een informed consent voor de anesthesie als voor de ingreep aantoonbaar dient te zijn;
 - BMG (Basisset MedicatieGegevens) voorheen AMO (Actueel Medicatie Overzicht);
 - MRSA/BRMO screening indien van toepassing;
 - Pijnregistratie indien van toepassing;
 - Implantatenregistratie indien van toepassing (batchnummer);
 - Anesthesie- en ok-verslag indien van toepassing en ontslagcriteria;
 - Ontslag-/overdrachtsbrief naar bijvoorbeeld de huisarts, met BMG, ook in het geval van onverzekerde zorg (zie hiervoor voetnoot 2 en 3 bij c.).
- c. **Overdracht en ontslagbericht:** zorg voor een tijdig² ontslagbericht naar de huisarts. Dit geldt ook bij onverzekerde zorg³. Bij de medicatie dient ook de dosering vermeld te worden.

Tip: doe elke maand een steekproef van 10 dossiers op ten minste deze bovenstaande onderwerpen.

5. Zorgproces

- a. **Voorlichting patiënten:**
 - Het informed consent moet behandeling specifiek zijn en de volgende onderdelen bevatten: aard en doel onderzoek of behandeling, de te verwachten gevolgen en risico's, eventuele andere onderzoeken of behandelingsopties en de vooruitzichten.

² Bij invasieve niet zijnde operatieve ingrepen wordt het ontslagbericht/huisartsenbrief bij ontslag aan de patiënt ter hand gesteld of naar de huisarts gestuurd. Bij operatieve ingrepen wordt het ontslagbericht/ huisartsenbrief bij ontslag aan de patiënt ter hand gesteld en tegelijkertijd naar de huisarts gestuurd.

³ Ook indien geen verwijzer is betrokken, bijvoorbeeld bij cosmetische chirurgie, wordt met toestemming van de patiënt binnen 24 uur na ontslag een ontslagbrief aan de huisarts gestuurd conform de hierboven genoemde eisen. Indien de patiënt niet wil dat de huisarts een ontslagbericht ontvangt, wordt de patiënt expliciet over de noodzaak van dit ontslagbericht aan de huisarts geïnformeerd en wordt deze gewezen op de risico's m.b.t. complicaties/ nazorg die ontstaan bij het niet informeren van de huisarts. Indien de patiënt niet van gedachten verandert, maakt de operateur zelf een zorgvuldige afweging of het verantwoord is de patiënt toch te opereren, zonder dat de huisarts wordt geïnformeerd. Het gesprek, de uiteindelijke beslissing van de patiënt en de gemotiveerde beslissing van de operateur worden vastgelegd in het patiëntendossier.

6. Infectiepreventie

- a. **Ruimtes en inrichting**, denk aan:
- De ruimte moet visueel schoon, stofvrij en opgeruimd ogen
 - Handsfree te bedienen kranen en prullenbakken in een behandelruimte
 - Geen onnodige materialen in de behandelkamer
 - Dozen en materialen staan op een plank of in een kast, niet op de grond
 - Steriele en niet steriele hulpmiddelen moeten van elkaar gescheiden zijn
 - Zeep- en alcoholdispensers moeten voorzien zijn van een houdbaarheidsdatum op de verpakking.

7. Medicatieveiligheid

- a. **Voorraadbeheer, opslag, controle en toezicht**: medicatie vallend onder de opiumwetgeving dient altijd in een gesloten kast bewaard te worden. Overige medicatie moet in een afsluitbare kast/lade worden opgeslagen. Medicatie mag niet voor patiënten toegankelijk zijn.
Indien tubes, flacons geopend zijn of infuuszakken aangeprikt, moet er een datum/tijdstip op staan tot wanneer het geneesmiddel gebruikt mag worden.

8. Medische technologie

- a. **Gebruikersfase**: de zorgaanbieder beschikt over een overzicht van alle aanwezige medische hulpmiddelen inclusief onderhoudsstatus en indien van toepassing de validatiestatus met daarbij een overzicht van de bekwaamheid van alle betrokken medewerkers. De procedure stelt het gebruik van onderdelen zeker: alle in gebruik zijnde medische hulpmiddelen zijn aantoonbaar (sticker met datum volgend onderhoud) tijdig onderhouden. Informatie hierover vindt u in het [convenant](#) toepassing van Medische Technologie in de medisch specialistische zorg.
