

**Aanvraag vergunning in het kader van de
Wet afbreking zwangerschap**

Centrum voor Seksuele Gezondheid
EPIONE

Datum: maart 2021

Opstellers:

5.1.2e

5.1.2e

Inhoudsopgave

<u>I. ALGEMEEN.....</u>	<u>4</u>
LOCATIE.....	4
BEREIKBAARHEID.....	4
RUIMTE.....	4
VERBOUWING.....	4
<u>II. ZORGAANBOD.....</u>	<u>6</u>
<u>III. BESTUURLIJKE VERANTWOORDELIJKHEID.....</u>	<u>7</u>
RECHTSPERSOON EN INRICHTING BESTUUR.....	7
WETTELIJKE KADERS.....	7
(MEDISCH) BELEID.....	7
GOVERNANCECODE ZORG.....	8
<u>IV. ACHTERWACHT.....</u>	<u>9</u>
ZIEKENHUIS.....	9
SEDATIE.....	9
PSYCHOLOGISCH EN MAATSCHAPPELIJK GEBIED.....	9
<u>V. ZORGPROCES.....</u>	<u>10</u>
AFSPRAKEN.....	10
CONSULT- EN OF BESLUITVORMINGSGESPREK.....	10
ANTICONCEPTIE.....	11
BEHANDELING.....	11
UITRUSTFASE.....	12
FOLLOW-UP.....	12
<u>VI. KWALITEIT EN VEILIGHEID.....</u>	<u>13</u>
MEDICATIEVEILIGHEID.....	13
INFECTIEPREVENTIE.....	13
MEDISCHE TECHNOLOGIE.....	14
BEWAKING PSA.....	14
INCIDENTEN, COMPLICATIES, CALAMITEITEN.....	14
<u>VII. PERSONEELSBELEID.....</u>	<u>15</u>
ORGANISATIESTRUCTUUR.....	15

VIII. CLIËNTEN(RECHTEN).....	17
-------------------------------------	-----------

IX. DOSSIERVEROERING.....	18
----------------------------------	-----------

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: HUURCONTRACT

BIJLAGE 2: PLATTEGROND KLINIEK

BIJLAGE 3: INSCHRIJVING KvK

BIJLAGE 4: STATUTEN "CSG EPIONE"

BIJLAGE 5: BELEIDSPLAN

BIJLAGE 6: GOVERNANCE CODE

BIJLAGE 7: SAMENWERKINGSOVEREENKOMST ACHTERWACHT ZIEKENHUIS

BIJLAGE 8: VMS

I. Algemeen

Hierbij vraagt centrum voor seksuele gezondheid Epione (csg Epione) een vergunning aan voor het verrichten van behandelingen gericht op het afbreken van zwangerschappen in het eerste en tweede trimester zoals bedoeld in artikel 2 van de Wet afbreking zwangerschap (Wafz).

Epione zal een centrum voor seksuele gezondheid zijn in de breedste zin van het woord. Als basis echter, is de organisatie een abortuskliniek. Daarnaast zal de organisatie een centrum worden voor voorlichting over, en verschaffen van anticonceptie.

Locatie

De kliniek is gevestigd op de 6^{de} verdieping in het Ada-gebouw aan de Paasheuvelweg 25, 1105 BP te Amsterdam. Dit gebouw is onderdeel van de zogenoemde 'IQuarters' en is gelegen naast het Amsterdam UMC, locatie AMC. De ruimte wordt verhuurd door Trinity Vastgoed Ada B.V. Epione zal een huurovereenkomst aangaan voor vijf jaar, welke met vijf jaar verlengd kan worden. (bijlage 1:huurcontract)

Het gebouw en daarmee dus ook de gehuurde ruimtes van de organisatie, voldoen aan de vigerende veiligheidsnormen/eisen ten aanzien van bouw en verbouw. De verhuurder heeft de nodige maatregelen getroffen met betrekking tot brandveiligheid en algemeen geldende wettelijke regelingen en voorschriften ten aanzien van het gebouw.

Bereikbaarheid

De locatie is goed bereikbaar vanaf de A9 en goed bereikbaar met het openbaar vervoer; Station Holendrecht (trein, metro en bus) ligt op 400 meter van de locatie. Onder het gebouw is een half verdiepte parkeergarage aangelegd waar parkeerruimte gehuurd gaat worden door de organisatie. Rondom het gebied zijn meerdere (gratis) parkeeropties mogelijk.

Ruimte

De gehuurde ruimte bestaat een oppervlak van 665m², deel hiervan is openbare ruimte in het gebouw. Het overige deel is gelegen op de 6^{de} verdieping en betreft de kliniek. Deze is middels 2 liften (waarvan 1 brandweerlift) en een trappenhuis te bereiken.

Verbouwing

De ruimte heeft een verbouwing nodig, dit zal geleid worden door een projectleider. De verwachte oplevering van de verbouwing zal eind Q2-2021 zijn.

De ruimte wordt zo ingericht dat er een ontvangstbalie is, 4 spreekkamers, 1 voorbereidingskamer ('priming'), 1 behandelkamer, 1 uitrustkamer en een

zusterpost. Verder diverse kantoorruimtes en een personeelsruimte.
(bijlage 2: plattegrond kliniek)

II. Zorgaanbod

De verwachting is, dat de kliniek in het derde kwartaal van 2021 open kan voor behandelingen, indien de gevraagde vergunning verleend is en de beoogde verbouwing opgeleverd.

Op openingsdagen kunnen cliënten een consultgesprek krijgen, op afspraak of ad hoc gepland. Instrumentele of medicamenteuze behandelingen zijn elke dag mogelijk. Cliënten kunnen ook elke dag terecht voor nacontroles.

Meegenomen LARC-middelen kunnen aansluitend aan de behandeling geplaatst worden. Daarnaast bestaat in de toekomst de mogelijkheid om los van een zwangerschapsafbreking anticonceptie geplaatst te krijgen.

Buiten kantoortijden is er een arts bereikbaar voor cliënten die een behandeling hebben ondergaan. Ten tijde van de aanvraag van de vergunning, wordt nog uitgezocht op welke wijze dit vorm gaat krijgen, wens is om dit via de telefooncentrale van de kliniek te laten verlopen.

De geboden zorg is onverzekerde zorg of is gesubsidieerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De organisatie heeft zodoende geen toelating nodig zoals gesteld in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), net als de overige abortusklinieken in Nederland.

III. Bestuurlijke verantwoordelijkheid

Rechtspersoon en inrichting bestuur

De kliniek wordt beheerd door een rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid welke geen winst nastreeft, zoals in artikel 6, lid a van de Wafz is voorgeschreven. Epione is een stichting, met een stichtingsbestuur (zie bijlage 3: inschrijving KvK). De organisatie kent een tweekoppig stichtingsbestuur, welke tevens directie is en verantwoordelijk voor de dagelijkse bedrijfsvoering van de organisatie.

De bestuurstaken van de directie zijn onderverdeeld:

- 5.1.2e 5.1.2e):
financiën, personeelsbeleid, algemene zaken
- 5.1.2e (5.1.2e):
medisch beleid, kwaliteit en veiligheid, cliëntenzorg

De directie zal verantwoording afleggen aan de raad van toezicht. De raad van toezicht zal uit 2 personen bestaan. Ten tijde van de aanvraag van de vergunning, is de procedure voor werven van leden voor de raad van toezicht nog in gang.

De directie en de raad van toezicht zijn ieder vanuit hun eigen rol verantwoordelijk voor het beleid van de organisatie. De wettelijke en statutaire taak- en bevoegdheidsverdeling staan vermeld in de statuten van de organisatie. (Bijlage 4: statuten)

Wettelijke kaders

In eerste instantie wordt er binnen de organisatie gewerkt binnen de kaders van de Wet afbreking zwangerschap (Wafz) en het Beleid afbreking zwangerschap (Bafz) en overige relevante wet- en regelgeving.

Er wordt gewerkt volgens de richtlijnen en protocollen van het NGvA. Waarbij de geleverde zorg niet valt onder deze richtlijnen, worden richtlijnen van andere daartoe erkende beroepsverenigingen gehanteerd.

(Medisch) beleid

De directie is verantwoordelijk voor het gevoerde (medisch) beleid. De bedrijfsvoering is vastgelegd in een beleidsplan, welke onder andere het personeelsbeleid en medisch beleid bevat. (bijlage 5: beleidsplan)

Jaarlijks wordt een jaarverslag opgesteld, met daarin de gang van zaken op medisch en financieel gebied. Hierbij wordt ook een jaarrekening opgesteld, welke door een accountant wordt gecontroleerd (Wafz, artikel 6, lid 1e).

Governancecode zorg

In het kwaliteitshandboek is opgenomen op welke wijze de organisatie zich zo veel mogelijk aan de Governancecode Zorg zal conformeren. Ondanks het feit dat csg Epione officieel niet is aangesloten bij de Brancheorganisatie Zorg (BoZ), hecht de organisatie aan het belang van de code, om de zorg zo in te richten dat deze bijdraagt aan het waarborgen van goede abortushulpverlening, het realiseren van haar maatschappelijke doelstelling en daarmee aan het maatschappelijk vertrouwen. (bijlage 6: Governance code).

IV. Achterwacht

Ziekenhuis

Een samenwerkingsovereenkomst met een achterwachtziekenhuis zoals bedoeld in de Wafz, artikel 6, lid c) en het Bafz (artikel 18), is er met het Amsterdam UMC, locatie AMC.

Afspraken over de opvang bij eventuele calamiteiten en complicaties ten gevolge van een zwangerschapsafbreking, als ook afspraken voor diagnostische en therapeutische consultatie in niet-spoed situaties, staan hierin beschreven.

Er vindt jaarlijks overleg plaats over dit samenwerkingsverband met het achterwachtziekenhuis en directie van Epione. Ten tijde van de vergunningsaanvraag is er nog overleg over de juridische aspecten van deze samenwerking en moet de overeenkomst nog worden ondertekend.

(bijlage 7: samenwerkingsovereenkomst)

Sedatie

Op het gebied van PSA wordt de kliniek ondersteunt door een anesthesist. Deze is bereikbaar voor consultatie op alle dagen dat er instrumentele behandelingen met PSA plaatsvinden. Daarnaast vindt er op regelmatige basis overleg plaats met de anesthesist en de lokale sedatie commissie van de organisatie.

Ten tijde van de aanvraag van de vergunning vinden er nog gesprekken plaats met een anesthesist over de voorwaarden van de samenwerking.

Psychologisch en maatschappelijk gebied

De Bafz (artikel 2, lid 1, artikel 8) geeft aan dat de abortuskliniek ervoor zorgdraagt dat medewerking van deskundigen op psychologisch en maatschappelijk gebied in voldoende mate beschikbaar is. Tevens moeten er afspraken zijn met instellingen of personen werkzaam op het terrein van de gezondheids- en welzijnszorg, dat een goede nazorg voor de vrouw en de haren kan worden verwezenlijkt.

Er zal op dit vlak samengewerkt worden met oa het FIOM. Dat kan voor keuzehulp, maar ook voor verwerkingsproblematiek. Verder zal in overleg met cliënt gezocht worden naar andere organisaties, als zij niet naar het FIOM verwezen wil worden. Hierbij kan gedacht worden aan haar huisarts, een voor haar reeds bekende psycholoog of overige keuzehulpaanbieders.

In de kliniek zal voldoende informatie beschikbaar zijn voor keuzehulp en verwerkingshulp, hetzij in folders, hetzij in verwijzingen naar websites van instellingen op dit gebied.

V. Zorgproces

Voor het uitvoeren van het zorgproces worden de richtlijnen van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) gehanteerd.

Afspraken

Clënten kunnen bij de kliniek terecht voor zwangerschapsafbrekingen tot 17 weken en 6 dagen amenorroeduur. Afspraken kunnen tijdens openingstijden van de kliniek gemaakt worden.

De website van de kliniek zal een overzicht van de aangeboden zorg geven en is in ieder geval beschikbaar in Nederlands en Engels. Ten tijde van de vergunningsaanvraag is de website nog in opbouw.

Bij het maken van de afspraak wordt besproken welke behandeling cliënt wenst (consult/medicamenteus/instrumenteel/anticonceptie), of cliënt PSA wenst, de gestelde eisen voor PSA (nuchter, ASA-klasse), aansluitend aan de behandeling een LARC geplaatst wil hebben en het beleid rondom personen die cliënt mee wil nemen bij haar afspraak.

Consult- en of besluitvormingsgesprek

Indien er sprake is van de wettelijke bedenktijd zoals gesteld in de Wafz, kunnen cliënten terecht voor een eerste consult gesprek in de kliniek, als zij niet naar hun huisarts willen voor dit gesprek. Indien de bedenktijd reeds voorbij is of niet van toepassing, kunnen zij op dezelfde dag een behandeling krijgen, indien zij dit willen.

Vóór het uitvoeren van een behandeling wordt door een arts getoetst of de beslissing tot het afbreken van een zwangerschap weloverwogen en vrijwillig heeft kunnen plaats vinden (conform de Wafz en Bafz).

Dit wordt geborgd door elke vrouw in eerste instantie alleen te spreken in de spreekkamer. Tijdens dit gesprek wordt kenbaar gemaakt dat zij alles kan bespreken wat zij wil en dat er, indien mogelijk, passende hulp voor haar gezocht kan worden.

Dit kan betekenen dat er met Veilig Thuis overlegd wordt indien er sprake is van (dreigend) geweld. Maar kan ook inhouden dat zij verwezen kan worden naar een instelling voor keuzehulpgesprekken, als zij twijfelt over haar beslissing over het afbreken van de zwangerschap (zoals gesteld in de Wafz en Bafz).

In geval van minderjarigheid, wordt rekening gehouden met de wettelijke leeftijdsgrenzen. De ouder of vertegenwoordiger wordt hierbij zoveel mogelijk betrokken, indien mogelijk. Bij elke cliënt wordt nagegaan of er een vertrouwenspersoon in haar omgeving is, met wie zij kan/wil bespreken wat er gaande is in haar leven. Mocht zij behoefte hebben aan extra nazorg, zal zij verwezen worden.

In het consult- of besluitvormingsgesprek wordt mbv een vragenlijst de huidige gezondheid met de cliënt besproken. Aan de hand van deze lijst wordt een ASA-

klasse toegepast. Alleen cliënten met een ASA-klasse 1 of 2 kunnen (bij nuchter zijn) PSA bij instrumentele behandelingen ontvangen in de kliniek. Bij ASA-klasse 3, kan de cliënt alleen een instrumentele behandeling onder lokale anesthesie krijgen (of medicamenteuze behandeling) in de kliniek.

Tijdens openingstijden is er overleg mogelijk met een anesthesist op het gebied van PSA. Indien cliënt onder controle is bij een medisch specialist, wordt met deze specialist overlegd, als daar aanleiding voor is, of PSA veilig is, uiteraard na toestemming van cliënt.

Anticonceptie

Tijdens het intake gesprek wordt ook de gewenste anticonceptie besproken (zoals gesteld in de Wafz en Bafz). Indien cliënt dat wenst, is het mogelijk om direct na de behandeling de gewenste anticonceptie te ontvangen. Hieronder wordt verstaan het uitschrijven van recept voor anticonceptie of plaatsen van een LARC (long-acting reversible contraception) aansluitend aan de behandeling.

Behandeling

De cliënt ontvangt uitleg over de behandeling en nadat is nagegaan of zij de informatie begrepen heeft, wordt een informed consent getekend en toegevoegd aan het elektronisch patiënten dossier (EPD).

Als cliënt de medicamenteuze behandeling wenst, gebruikt zij het eerste deel van de medicatie (Mifegyne) in de kliniek. Er wordt nagegaan of een volwassene bij haar aanwezig is, als zij het tweede deel van de medicatie (Misoprostol) thuis gaat gebruiken.

Voorafgaand aan de instrumentele behandeling, ontvangt de cliënt medicatie voor priming met 2 tabletten Misoprostol (indien dit medisch verantwoord is). In de periode dat de priming plaatsvindt, zit zij in een hiervoor ingerichte ruimte, tezamen met andere cliënten die deze priming ook ondergaan.

Na de primingsprocedure wordt cliënt door de behandelend arts meegenomen naar de behandelkamer. Indien zij PSA wenst en dit medisch verantwoord is, ontvangt zij sedatie met propofol intraveneus, alvorens de arts gaat behandelen.

Bij starten van de behandeling zal de arts een paracervicaalblok middels lidocaine zetten.

PSA wordt gegeven door een PSA gecertificeerde verpleegkundige, onder verantwoordelijkheid van een PSA gecertificeerde abortusarts. Er wordt gewerkt volgens het NGvA protocol PSA in abortusklinieken.

De PSA verpleegkundige houdt zich alleen bezig met de sedatie. Tijdens de sedatie worden de vitale parameters (bloeddruk, hartslag en saturatie) en de sedatie diepte bewaakt. Dit wordt genoteerd in het EPD.

Er is een tweede verpleegkundige bij de behandeling aanwezig ter assistentie van de abortusarts en eventueel de sedatie verpleegkundige.

Op de dagen dat er PSA gegeven wordt in de kliniek, zijn er 2 PSA gecertificeerde abortusartsen in de kliniek aanwezig. Er is dan overleg met een anesthesist mogelijk.

Als het medisch niet verantwoord is (ASA-klasse 3 of hoger) of cliënt dit niet wenst, wordt er tijdens de instrumentele behandeling alleen lokale verdoving gegeven. Dit bestaat uit een paracervicaalblok middels lidocaine. Er bestaat de mogelijkheid om alfentanil i.v. te geven bij lokale verdoving. De NGvA richtlijn pijnbeleid in abortusklinieken, is van toepassing.

Uitrustfase

Na behandeling komt cliënt in de uitrustkamer, hier is een verpleegkundige aanwezig voor de directe nazorg. Cliënten blijven na sedatie minimaal een uur in de kliniek, voordat zij met ontslag kunnen.

Follow-up

Voor zowel de medicamenteuze als instrumentele behandeling geldt dat er een afspraak voor follow-up wordt gemaakt met cliënt. Dit kan bij de huisarts, telefonisch door de kliniek, of in de kliniek. Ook ontvangt zij een telefoonnummer waarnaar zij kan bellen als er sprake is van een spoedgeval buiten kantooruren.

Bij de follow-up door de kliniek wordt met cliënt besproken hoe zij de behandeling en de periode erna heeft ervaren. Anticonceptie wordt nogmaals besproken. Indien blijkt dat zij te maken heeft met verwerkingsproblematiek, wordt zij verwezen. Dit alles conform richtlijn nazorg van het NGvA.

VI. Kwaliteit en veiligheid

Voor de organisatie spreekt het als vanzelf dat de zorg van goed kwaliteit is, deze voldoet aan wettelijke regelgeving en actuele kwaliteits- en veiligheidseisen. Binnen csg Epione wordt gewerkt met een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) gebaseerd op de NEN-norm 8009. Het heeft als doel het beheersen van risico's om vermijdbare schade aan cliënten (en medewerkers) te minimaliseren. (bijlage 8: VMS)

Het VMS van de organisatie uit zich in de praktijk voor een groot deel in het kwaliteitshandboek.

De algemeen en de medisch directeur zijn voor verschillende onderdelen binnen de bedrijfsvoering verantwoordelijk. Beiden zien periodiek toe op het up-to-date houden van protocollen, procedures en instructies welke onder hun verantwoordelijkheid vallen. Hiervoor wordt een zogenoemde PDCA-cyclus gehanteerd. De directie stimuleert medewerkers om actief verbeterpunten op de inhoud van het handboek aan te dragen en zal hier regelmatig naar vragen.

Ten tijde van de aanvraag van de vergunning, wordt er nog hard aan de inhoud van het kwaliteitshandboek gewerkt en zal dus nog niet volledig zijn.

Medicatieveiligheid

Medicatieveiligheid is een van de hoofdonderwerpen binnen het VMS van Epione. Binnen dit hoofdonderwerp vallen diverse protocollen die betrekking hebben op het veilig klaarmaken, gebruik en beheer van medicatie.

Infectiepreventie

Ook infectiepreventie is een hoofdonderwerp in het VMS. Protocollen en werkinstructies op dit gebied zijn opgenomen in het kwaliteitshandboek. Onder andere protocollen op gebied van besmettelijke ziektes/kolonisatie bacteriën, persoonlijke hygiëne en beschermingsmiddelen en prikaccident/accidenteel bloedcontact worden hierin beschreven. De hepatitis B vaccinatiestatus van medewerkers betrokken bij het zorgproces, wordt opgenomen in het individuele portfolio.

Zolang de overheid dit voorschrijft zal de kliniek zich houden aan de door het RIVM gestelde corona-maatregelen. Er zal daar waar dit mogelijk is, anderhalve meter afstand gehouden worden tussen personen. Dit geldt voor cliënten en zorgmedewerker, maar ook voor medewerkers onderling. Indien binnen het zorgproces het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden, zal er gebruikt gemaakt worden van persoonlijke beschermingsmiddelen.

Ten tijde van de aanvraag van de vergunning, zoekt de organisatie nog uit, op welke wijze het sterilisatieproces zal moeten verlopen.

Medische technologie

De kwaliteitsborging van medische technologie binnen de organisatie valt onder de verantwoordelijkheid de medisch directeur. In het kwaliteitshandboek is de procedure rondom de invoering, gebruik, onderhoud en buitengebruikstelling van alle medisch technologisch apparatuur binnen de organisatie beschreven. Dit zoveel mogelijk conform het 'Convenant Veilige Toepassing van Medische Technologie in de medisch specialistische zorg' van de NVZ en NFU.

Bewaking PSA

Het uitvoeren van procedurele sedatie is opgenomen onder het zorgproces van het kwaliteitshandboek van de organisatie.

De lokale PSA commissie van de organisatie heeft op vastgestelde momenten overleg met de achterwacht anesthesist. Tijdens dit overleg worden oa eventuele door PSA opgetreden complicaties besproken. Verder wordt, indien van toepassing, de voortgang van nieuwe medewerkers die in opleiding zijn tot PSA gecertificeerde verpleegkundige of arts, besproken. Tevens wordt in dit overleg gekeken of de lokale protocollen rondom sedatie nog up-to-date zijn. Ook hier worden zo nodig middels een PDCA-cyclus processen geoptimaliseerd.

Een lid van de lokale PSA commissie heeft zitting in de landelijke PSA commissie van het NGvA. Door de lokale PSA commissie zal terugkoppeling van actuele veranderingen op het gebied van PSA gegeven worden aan het medisch team.

Incidenten, complicaties, calamiteiten

Binnen de open cultuur van de organisatie hoort ook het veilig kunnen bespreken van dilemma's en fouten. Er is een VIM (veilig incident melden) systeem ingericht om van (bijna) fouten te leren en de zorg te blijven verbeteren. Hiermee wordt niet allen de veiligheid van cliënten maar ook medewerkers geborgd. De directie hecht grote waarde aan het veilig kunnen melden van (bijna) incidenten en zal uitkomsten open bespreken.

Ook de procedure rondom vastleggen en bespreken van complicaties of calamiteiten in het zorgproces is onderdeel van het VMS en staat vermeld in het kwaliteitshandboek.

In het geval van complicaties en/of calamiteiten, worden deze met de disciplines waarbinnen deze heeft plaatsgevonden besproken. Het achterwacht ziekenhuis zal zo nodig geconsulteerd worden en krijgt jaarlijks terugkoppeling van relevante meldingen.

De VIM en complicaties worden op regelmatige basis binnen de daartoe aangewezen commissies besproken. De uitkomsten van deze overleggen worden binnen het team besproken.

VII. Personeelsbeleid

Alle medewerkers hebben een arbeidsovereenkomst met organisatie. De organisatie hanteert de Cao Ziekenhuizen 2019-2021. Dit zorgt voor transparantie wat betreft de voorwaarden waaronder mensen voor de organisatie werken, het al dan niet uitvoeren van een behandeling levert op deze wijze nooit een (financieel) belang op werknemers van de organisatie. De integriteit van de organisatie of haar werknemers kan hiermee niet ter discussie gesteld worden.

De organisatie draagt ervoor zorg dat de instelling zelf, het personeel en de overige voor de kliniek werkzame personen op passende wijze zijn verzekerd tegen de gevolgen van wettelijke aansprakelijkheid.

Het personeelsbeleid is één van de hoofdonderwerpen van het VMS van de organisatie en zal dus regelmatig via een PDCA-cyclus beoordeeld worden. De protocollen zijn opgenomen in het kwaliteitshandboek en toegankelijk voor al het personeel.

Het personeelsbeleid is opgebouwd rondom de cyclus werving – instroom – opleiden/begeleiden/ontwikkelen – doorstroom – uitstroom.

Er is een personeelsreglement dat integraal deel uitmaakt van de arbeidsovereenkomst. In dit reglement worden normen, waarden & verwachtingen, maar ook praktische, gezondheid- en veiligheidsinformatie opgenomen

De organisatie hanteert een Performance Management Cyclus die bestaat uit een doelstellingengesprek, een midyear review en een beoordelingsgesprek. Tijdens deze gesprekken komt niet alleen het functioneren van de werknemer aan bod, maar er wordt ook actief om feedback gevraagd van de werknemer richting de organisatie.

Organisatiestructuur

De organisatie heeft een platte structuur: de directie is makkelijk toegankelijk voor de medewerkers, er is een open overlegcultuur. Het team is zoveel mogelijk zelfsturend.

Binnen de organisatie zijn de volgende disciplines werkzaam:

- Directie (algemeen directeur en medisch directeur)
- Abortusartsen
- Verpleegkundigen
- Facilitaire medewerkers (receptie, huishoudelijke dienst)

Bij start van de kliniek zijn de artsen werkzaam binnen de organisatie allen opgeleid tot abortusarts volgens de richtlijnen van het NGvA. Allen zijn al jaren werkzaam als abortusarts. Een aantal artsen zijn opgeleid tot 2a abortusarts (het verrichten van zwangerschapsafbrekingen tot 17 weken en 6 dagen amenorroeduur). De overige abortusartsen zijn bevoegd voor het uitvoeren van 1^{ste} trimesterbehandelingen (tot 13 weken amenorroeduur).

Ook de verpleegkundigen werkzaam binnen de organisatie bij start van de kliniek, zijn al jaren werkzaam binnen de abortushulpverlening. Zij zijn bevoegd en bekwaam in het uitvoeren van de binnen de kliniek voorkomende voorbehouden behandelingen. De bekwaamheid van deze handelingen zal in het individuele portfolio worden bijgehouden.

Al het medisch personeel is geschoold en ervaren in het voeren van besluitvormingsgesprekken, ALS/BLS, uitvoeren van PSA in abortusklinieken en overige relevante aanverwante scholingen.

De organisatie zal door externen worden ondersteund, onder andere op gebied van anesthesie achterwacht, ICT, (loon)administratie, onderhoud EPD, apotheek en schoonmaak

VIII. Cliënten(rechten)

Binnen de organisatie wordt een respectvolle houding aangenomen richting cliënten, ongeacht etniciteit, geaardheid, levensstijl of andere achtergrond.

Cliënten worden met behoud van eigenwaarde behandeld en als mondig beschouwd. In voor de cliënt duidelijke taal wordt uitleg gegeven over de geboden de zorg, indien nodig wordt er gebruikt gemaakt van een tolkentelefoon.

Er wordt vertrouwelijk met cliëntgegevens omgegaan en geen informatie met derden gedeeld, voordat cliënt hier uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven.

Het protocol 'geweld' bevat het lokale beleid op gebied van kindermishandeling en huiselijk geweld, gebaseerd op het stappenplan en afwegingskader van de KNMG. Tijdens het intake gesprek zal actief gevraagd worden naar huiselijk geweld en/of kindermishandeling.

De organisatie kent een klachtenregeling volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Hierin staat oa tot welke geschillencommissie een cliënt zich kan richten, indien zij met de kliniek niet tot een oplossing kan komen. Informatie over deze klachtenregeling is terug te vinden op de website van de organisatie en in de wachtkamer van de kliniek.

IX. Dossiervoering

Een Elektronische Patiënten Dossier (EPD) wordt nog opgezet ten tijde van deze vergunningsaanvraag.

In het te ontwikkelen EPD zal verslag gemaakt worden van het intake gesprek, verloop van de behandeling, verloop van directe nazorg in de kliniek, follow-up gesprek, gegeven medicatie, monitoring van vitale functies rondom PSA en overige bijzonderheden en/of complicaties rondom de zwangerschapsafbreking. De gegevens zoals bedoelt in model A-en B-formulier van de Wafz en Bafz kunnen uit het EPD gegenereerd worden en aangeleverd voor de landelijke abortus registratie.

De brief van de huisarts (of overige arts) met daarin de datum waarop de bedenktijd gaat lopen, de vragenlijst mbt de gezondheid, het getekende informed consent formulier, een foto van de echo gemaakt in de kliniek voorafgaand aan de behandeling, worden gedigitaliseerd en toegevoegd aan het individuele EPD.

De organisatie zal met het principe 'logging' werken. Uit een dossier is te achterhalen wie en wanneer in het EPD heeft gewerkt.

Medewerkers die niet betrokken zijn bij het zorgproces van de cliënt, hebben geen toegang tot deze onderdelen van het EPD. Het EPD zal alleen toegankelijk zijn met een gebruikersnaam en wachtwoord, wat uniek is voor elke medewerker. Alleen een medewerker is bekend met dit wachtwoord.

De bewaartermijn van dossiers is tenminste 15 jaar. Bij opheffen van de organisatie gaan de dossiers over naar het Amsterdam UMC voor opslag.