

buiten verzoek

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

buiten verzoek

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

buiten verzoek

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

buiten verzoek

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

buiten verzoek

## Bijlage 14

Van: [REDACTED] 5.1.2e <[REDACTED] 5.1.2e@yahoo.com>

Onderwerp: Ingebrekestelling

Datum: 11 november 2021 om 16:29:04 CET

Aan: [REDACTED] 5.1.2e <[REDACTED] 5.1.2e@minvws.nl>, [REDACTED] 5.1.2e@minvws.nl,  
[REDACTED] 5.1.2e@minvws.nl, [REDACTED] 5.1.2e@minvws.nl, [REDACTED] 5.1.2e@minvws.nl,  
[REDACTED] 5.1.2e@minvws.nl, [REDACTED] 5.1.2e@minvws.nl

Geachte heer, mevrouw,

Hierbij treft u in de bijlage een ingebrekestelling gericht aan de Minister van VWS. De ingebrekestelling is ook per aangetekende post verstuurd.

Graag verzoeken wij u de ingebrekestelling aan de juiste persoon te overhandigen. Tevens ontvangen wij graag een ontvangstbevestiging van deze overdracht.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED] 5.1.2e [REDACTED] 5.1.2e  
[REDACTED] 5.1.2e [REDACTED] 5.1.2e

## Formulier dwangsom bij niet tijdig beslissen

Dien dit formulier in bij het bestuursorgaan waar u de aanvraag/het bezwaarschrift heeft ingediend.

Op **12 maart 2021** {datum} heb ik een aanvraag of bezwaar bij u ingediend. Ik wil u erop wijzen dat de (wettelijke) termijn voor het beslissen op mijn aanvraag of bezwaar **12 oktober 2021** {datum} is verstreken. Wanneer u niet binnen twee weken alsnog een besluit neemt, dan bent u een dwangsom verschuldigd.

### 1 Aanvraag of bezwaar

Datum van uw aanvraag of bezwaar

12 maart 2021

Onderwerp aanvraag of bezwaar met toelichting

De stichting centrum voor seksuele gezondheid Eplone, heeft op 12 maart 2021 een aanvraag ingediend voor een vergunning in het kader van de Wet Afbreking Zwangerschap. De minister heeft niet binnen de wettelijke termijn van 7 maanden een beschikking op de aanvraag gegeven. Bij deze stelt stichting csg Eplone de minister in gebreke.

Ons kenmerk (dit kunt u terugvinden op uw ontvangstbevestiging)

kenmerk correspondentie d.d. 13 oktober 2021: 3258566-1015496-PG  
kenmerk correspondentie d.d. 19 maart 2021: 1845392-219817-PG

### 2 Gegevens

Naam

Stichting centrum voor seksuele gezondheid Eplone

Adres

Paasheuvelweg 25

Postcode

1105 BP

Woonplaats

Amsterdam

Telefoonnummer overdag

5.1.2e

Telefoonnummer mobiel

Bank- of gironummer

5.1.2e

### Ondertekening

(zonder ondertekening wordt dit formulier niet in behandeling genomen)

Datum

11 november 2021

Plaats

Amsterdam

Handtekening

5.1.2e

5.1.2e

Dit formulier volledig ingevuld en ondertekend opsturen naar het bestuursorgaan waar u de aanvraag of het bezwaar heeft ingediend

Naam instelling

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Postbus/adres

Postbus 20350

Postcode en plaats

2500 EJ Den Haag

## Bijlage 15

## Algemeen

Epione is 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. De organisatie heeft de ambitie om ook op het gebied van seksueel overdraagbare aandoeningen, diensten te kunnen aanbieden.

## 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. Rondom het gebied van de kliniek zijn meerder parkeeropties mogelijk, zoals een grote Q-park op 500 meter naast de kliniek.

## Locatie

De kliniek is gevestigd op de 6<sup>de</sup> 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.

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.

(artikel 19 Bafz)

## Facilitaire voorzieningen

De openbare ruimte biedt mogelijkheid aan personen die met cliënten meekomen, te kunnen wachten. Er is een koffiebar en een restaurant, waar bezoekers ook gebruik van kunnen maken.

Via de verhuurder worden gemeenschappelijke voorzieningen verzorgd. Deze vallen binnen de huurovereenkomst met de verhuurder. Hieronder vallen bijvoorbeeld onderhoud, reparatie en periodieke controle van liftinstallaties, brandblusmiddelen en doormelding brandcentrale, sprinklerinstallaties en legionella-preventiesysteem. Tevens voorziet de verhuurder in schoonmaak van algemene binnen-en buitenruimten en het vuilafvoer (hieronder valt niet het medische afval).

Er is een algemene receptiedienst in de centrale hal op de begane grond. Cliënten van Epione kunnen zich hier melden en krijgen instructies voor de looproute naar de kliniekrimte. In overleg met de verhuurder wordt een duidelijke looproute met richting aanduiding naar de kliniekrimte tot stand gebracht, als er zicht is op een openingsdatum van de kliniek.

Er is vanuit de huurders een BHV-organisatie, waarbij Epione zich aansluit, als er zicht is op opengaan van de kliniek (eerder is immers niet noodzakelijk, aangezien er zich eerder geen mensen in de kliniekrimte bevinden). Deze BHV-organisatie heeft periodiek overleg en

neemt met name beslissingen over incidenten waarvoor BHV nodig is in de openbare ruimtes. Ook stemmen ze het ontruimingsplan van alle verhuurders met elkaar af, met een centraal aanspreekpunt.

Intern is een aantal medewerkers opgeleid tot BVH-er. Epione zorgt voor het op peil houden van de BHV-kennis, door jaarlijkse deze medewerkers op herhaaltrainingen te sturen.

De kliek beschikt over een eigen huishoudelijke dienst. Deze medewerker is jaren werkzaam binnen de abortushulpverlening. Deze medewerker verzorgt de was (oa dienstkleding), zorgt voor de dagelijkse boodschappen en ondersteunt de rest van het team op facilitair gebied. Ook verzorgt de huishoudelijke dienst de dagelijkse schoonmaak tijdens openingsuren van de kliniek.

De overige schoonmaak, na openingstijden, wordt voorzien door Z.F.R. MultiService, het schoonmaak- renovatie- en onderhoudsburo dat alle openbare ruimte van het pand onderhoud. Tevens maken zij binnen alle overige kantoren van het pand op de Paasheuvelweg schoon (waaronder 113 Zelfmoordpreventie, Sanofi, Uniqure). Dit schoonmaakbedrijf werkt met een vast team aan medewerkers en worden door de verhuurder van de Paasheuvelweg als uiterst betrouwbaar beschreven.

Het medische afval wordt aangeboden in daartoe geschikt bevonden containers. Deze worden geleverd door Renewi, bedrijf gespecialiseerd in verwerkingsmethoden voor medisch afval en beschikt over een vergunning hiervoor. Deze organisatie zal tevens periodiek het medische afval ophalen en verwerken.

#### Kliniekruijnte

De gehuurde ruimte beslaat een oppervlak van 665m<sup>2</sup>, deel hiervan is openbare ruimte in het gebouw. Het overige deel is gelegen op de 6<sup>de</sup> verdieping en betreft de kliniek. Deze is middels 2 liften (waarvan 1 brandweerlift) en een trappenhuis te bereiken.

De kliniekruijnte is zo ingericht dat er bij binnenkomst een ontvangstbalie met wachtruijnte is. Hieraan grenzen 4 spreekkamers. Achter de ontvangstbalie zijn 2 deuren welke alleen door personeel te openen zijn. Deze bieden toegang tot de voorbereidingskamer met daarin een afsluitbare kleedruimte voor cliënten en een toilet voor cliënten, de behandelkamer, de uitrustkamer en een zusterpost. Er grens nog een apart cliëntentoilet aan deze ruimte, net als een ruimte waar cliënten na een behandeling op hun gemak wat kunnen eten en drinken. Ook bevinden zich in dit afgesloten deel de personeelsomkleedruimte (met afsluitbare lockers en apart personeelstoilet), de personeelskeuken, flexwerkruijnte en de directiekamer.

Achter de ontvangstbalie bevinden zich 2 opslagruimtes. De grootste is alleen te openen door personeel en heeft toegang tot de behandelkamer. (bijlage: plattegrond kliniek)

#### Inrichting kliniekruijntes

De spreekkamers worden allen voorzien van een onderzoeksbank, een echoapparaat en een bureau voor de hulpverlener en cliënt met eventuele personen die mee zijn. De inrichting wordt verzorgd door een inrichter die bekend is met inrichten van medische instellingen. De medische apparatuur wordt aangeschaft via erkende leveranciers. Daarbij worden onderhoudscontracten afgesloten. **Artikel 11 lid1, 14 Bofz**

De voorbereidingskamer en uitrustkamer bieden zowel privacy aan cliënten als goed

overzicht voor de verpleegkundigen vanuit de zusterpost. Het meubilair is goed te reinigen en aangeschaft bij erkende leveranciers.

De personeelsomkleedruimte heeft afsluitbare lockers voor elk personeelslid. Er is voldoende dienstkleding, welke door de huishoudelijke dienst van de kliniek wordt verzorgd. De personeelskeuken bevat een koelkast, magnetron, koffieapparaat en waterkoker, zodat personeel hier rustig kan pauzeren. **[Artikel 11, lid 1 Bafz]**

De behandelkamer bevat een gynaecologische stoel, geleverd door een erkende leverancier met bijbehorend onderhoudscontract. Er zijn 2 vacuümpompen; 1 voor het uitvoeren van de zwangerschapsafbreking en 1 voor het eventueel kunnen uitzuigen van de mond/keelholte van een cliënt tijdens sedatie. Ook voor deze apparatuur geldt, dat deze geleverd is door een erkende leverancier met bijbehorend onderhoudscontract.

Er is medicinale zuurstof ter beschikking in de ruimte. Dit wordt geleverd door een erkende leverancier. Bevoorrading geschiedt in overleg met deze leverancier.

Tegen de wand is kastruimte geplaatst met ruimte voor dagvoorraden van medische benodigdheden voor een zwangerschapsafbreking of plaatsen van long-acting reversible contraception (LARC's). Er bevindt zich een werkblad waar verpleegkundigen medicatie kunnen voorbereiden. Tevens is er een werkblad waar een laptop staat waar de abortusarts de medische gegevens uit op kan halen en in verwerken.

De luchtverversing in de behandelkamer voldoet aan de NGvA gestelde eisen **[artikel 14, artikel 15 Bafz]**.

Aan de behandelkamer grenst de spoelruimte welke duidelijk is ingedeeld in 'vieze ruimte' en 'schone ruimte'. Hier kan het curettement gespoeld worden. Tevens staat er een vriezer waar het foetale weefsel in wordt opgeslagen voordat dit via speciale medische afvalverwerking uit de kliniek wordt gehaald.

De spoelruimte grens aan de medische voorraadkamer. Deze is ook toegankelijk via een alleen door personeel te openen deur. In deze ruimte wordt de medische voorraad en medicatie opgeslagen. Medicatie wordt bewaard in een af te sluiten kast. **[Bafz artikel 19]**

## Bestuurlijke verantwoordelijkheid

De leden van de directie zijn gezamenlijk en individueel bevoegd en verantwoordelijk voor het besturen van de organisatie en voor de algemene gang van zaken. De directie maakt een zorgvuldige en evenwichtige afweging tussen de belangen van de cliënten, de maatschappelijke belangen en de belangen van de medewerkers. In de statuten van de organisatie zijn de verantwoordelijkheden van directie opgenomen. (bijlage: statuten)

### 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: 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 legt verantwoording af over gevoerd beleid aan de raad van toezicht. In de statuten is vastgelegd welke besluiten door de directie voorafgaand door de raad van toezicht moeten zijn goedgekeurd. De besluitvorming door de directie wordt vastgelegd en is terug te halen voor de raad van toezicht.

Op jaarlijkse basis zal de directie reflecteren op het eigen functioneren. Evaluatie van het functioneren van de directie vindt op 2-jaarlijkse basis plaats door de raad van toezicht. Individuele directieleden bespreken met de raad van toezicht de persoonlijke ontwikkeling en de positie binnen de organisatie. De raad van toezicht zal ook met de directie gesprek voeren over de onderlinge samenwerking tussen directie en het team van medewerkers. Indien gewenst, brengt de directie de raad van toezicht in contact met medewerkers. De directie informeert de raad van toezicht over eventuele bevindingen van externe toezichthouders (te denken is bijvoorbeeld aan de Inspectie voor gezondheidszorg en jeugd).

### Raad van toezicht

De raad van toezicht is verantwoordelijk voor het toezicht op het beleid van de directie. Zij kijken met een brede, kritische blik naar het besturen van de directie, zich bewust van de maatschappelijke positie van de organisatie.

De leden van de raad van toezicht zijn tijdens het optuigen van de organisatie aangesteld door de bestuurders van de stichting. Hierna zijn de leden van de raad van toezicht bevoegd tot benoeming, schorsing en ontslag van overige leden van de raad. Een lid van de raad van toezicht kan tot 4 jaar benoemd worden, met herbenoeming van 1 termijn zoals vastgelegd in de statuten. De raad van toezicht zal 2-jaarlijks reflecteren over eigen functioneren.

De raad van toezicht is verantwoordelijk voor zijn eigen handelen, is transparant en staat open voor inbreng van directie en de belanghebbenden.

De raad van toezicht bestaat uit 3 personen:

- 5.1.2e
- 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e
- 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e

#### Achtergrond RvT leden:

|        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|
| 5.1.2e |        |        |        |
| 5.1.2e | 5.1.2e | 5.1.2e |        |
| 5.1.2e |        | 5.1.2e |        |
| 5.1.2e |        | 5.1.2e | 5.1.2e |
| 5.1.2e | 5.1.2e | 5.1.2e | 5.1.2e |
| 5.1.2e |        |        |        |

Voor het tot stand komen van de raad van toezicht, heeft Epione zich, ten tijde van het opzetten van de kliniek, tegen betaling, laten adviseren door onder meer advocaten, een notaris en een administratie-belastingadvieskantoor. Vanaf het moment van hun aanstelling zijn de leden van de RvT betrokken bij het lopende proces.

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: statuten)

## Veiligheidsmanagementsysteem

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 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. Daarbij biedt het ruimte voor verbetermaatregelen. (bijlage: VMS)

De directie zorgt jaarlijks voor een evaluatie van het VMS en gaat na of de beschreven doelstellingen in het beleidsplan behaald zijn. De directie kijkt naar het functioneren van het VMS en zorgt voor naleving van eventuele verbetermaatregelen m.b.t. de cliënt- en medewerkersveiligheid. Een verslag hiervan wordt meegenomen in het jaarverslag van de organisatie, welke ook aan de raad van toezicht wordt voorgelegd.

Uitvoering van het VMS binnen de organisatie is vastgelegd in het kwaliteitshandboek. Dit is voor elke medewerker eenvoudig terug te vinden. De organisatie werkt namelijk met een softwarepakket voor kwaliteitsmanagement (verzorgd door Scienta). Dit pakket zorgt voor een systeem waarin alle protocollen uit het handboek overzichtelijk gerangschikt zijn. Tevens wordt met dit systeem het periodiek beoordelen van protocollen door aangewezen personen vereenvoudigd. De aangewezen personen krijgen een melding om een protocol te beoordelen en een herinnering als dit nog niet gedaan is. Deze persoon beoordeelt of het protocol overeenkomt met de uitvoering in de praktijk. Verschil tussen protocol en praktijk wordt veranderd in het protocol. De eindverantwoordelijke (in het geval van Epione de algemeen of medisch directeur, afhankelijk van het soort protocol) krijgt een melding als het protocol beoordeeld is. Deze eindverantwoordelijke gaat na of de veranderingen in het protocol werkelijk plaatsvinden en toetst waardoor de veranderingen zijn ontstaan. Dit wordt besproken binnen de disciplines waar het protocol van toepassing is. Zo nodig worden veranderingen doorgevoerd of teruggedraaid (en dus het protocol ook aangepast). Door dit beoordelingssysteem wordt er dynamisch met de protocollen omgegaan, de praktijk periodiek getoetst naar uitvoerbaarheid en is er werkelijk sprake van een PDCA-cyclus (plan-do-check-act).

Het kwaliteitshandboek bestaat voornamelijk uit het personeelshandboek en het protocollenboek. Daarnaast zijn er protocollen terug te vinden over de bedrijfsvoering en kwaliteit en veiligheid binnen de organisatie. Er zijn oa protocollen voor de administratie (inclusief medische administratie), de verslaglegging en bescherming van de persoonlijke levenssfeer vastgelegd (Bafz artikel 10 lid 2).

De protocollen zijn in eerste instantie door de algemeen of medisch directeur opgesteld en worden vóór aanvang van de opening van de kliniek door betreffende disciplines gereviseerd. Het kwaliteitshandboek is ingedeeld in verschillende onderdelen: (bijlage handb)

- |                           |                        |
|---------------------------|------------------------|
| • Bedrijfsvoering         | • Medicatieveiligheid  |
| • Personeelsbeleid        | • Infectiepreventie    |
| • Cliëntenzaken           | • Medische technologie |
| • Dossiervoering          | • Zorgproces           |
| • Kwaliteit en Veiligheid |                        |

## Bedrijfsvoering

De organisatie is zich bewust van de maatschappelijke positie van de abortushulpverlening en het voortdurende debat rondom deze vorm van medische zorg. Zij zal dan ook integer maar open naar buiten treden, met inachtneming van de anonimiteit van haar cliënten.

De algemeen en de medisch directeur zijn voor verschillende onderdelen binnen de bedrijfsvoering verantwoordelijk. De bedrijfsvoering is vastgelegd in een beleidsplan, welke onder andere het personeelsbeleid en medisch beleid bevat. (bijlage: 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. Het jaarverslag en de jaarrekening worden door de directie met de raad van toezicht besproken. (Wafz, artikel 6, lid 1e)

## Wettelijke kaders

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

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.

## Privacy beleid

Het omgaan met de verwerking van persoonsgegevens voor gerechtvaardigde doeleinden die in een bestand zijn opgenomen of die bestemd zijn om daarin te worden opgenomen wordt beschreven in het privacy protocol van de organisatie. Het gaat zowel om persoonsgegevens die op papier staan als om elektronisch opgeslagen persoonsgegevens en heeft betrekking op alle verwerkingen van persoonsgegevens van cliënten en medewerkers. Er wordt hiermee gehandeld naar de bepalingen van de Algemene Verordening Gegevens Beheer (AVG). (artikel 3, lid 3, artikel 10 lid 2 Bafz)

## Governancecode zorg

Epione is niet is aangesloten bij de Brancheorganisatie Zorg (BoZ), maar hecht aan het belang van de door hen opgestelde Governance 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. Epione heeft in het VMS een code opgesteld welke nauw aansluit bij de governance code van de BoZ. (bijlage: Gov. code).

## Overlegstructuur

Er vinden periodiek overleggen plaats met verschillende disciplines plaats. Daarnaast is er ook periodiek overleg met het gehele team en met diverse commissies zoals de PSA-commissie en VIM-commissie. De overleg cycli zijn vastgelegd in het kwaliteitshandboek en voor elke medewerker inzichtelijk. Daarnaast worden de overleggen vastgelegd in de jaaragenda van de organisatie. Op deze wijze kan het zorgproces doorgang vinden met voldoende ruimte voor overleg. (Bafz artikel 4, artikel 11 lid 2)

## Administratie

Epione maakt gebruik van een administratie en advieskantoor. Dit kantoor verwerkt alle

financiële van Epione, automatiseert de facturen van de kliniek. Daarnaast verzorgt dit kantoor ook de salarisadministratie. Tevens stelt dit kantoor samen met de directie van Epione de jaarrekening op. *(Bafz artikel 13)*

## 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.

Personeelsbeleid richt zich in essentie op de relatie tussen de arbeidsorganisatie en de personeelsleden, met name op de taak, de plaats, de arbeidsvoorwaarden en de rol van het personeel in die organisatie. De directie wil de manier waarop zij deze onderwerpen wil benaderen, neerleggen in een beleid waarmee ook de werknemers zich kunnen verenigen. Protocollen met betrekking tot het personeelsbeleid 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 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. *artikel 19 Bafz, Artikel 20 Bafz*

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. De organisatie zal hiervoor gebruik maken van de software van De Digitale Gesprekscyclus. Deze software bevat de gespreksformulieren, competentieprofielen, personeelsdossiers en Persoonlijke Ontwikkelplannen (POP) voor alle werknemers

## Organisatiestructuur

De organisatie heeft een platte structuur: Een platte organisatie heeft als kenmerk dat er weinig tot geen tussenliggende managementlagen zijn tussen werknemers en managers. Het idee is dat goed opgeleide werknemers productiever zijn wanneer zij meer worden betrokken bij besluitvormingsprocessen. Dit model is afhankelijk van een goede relatie tussen medewerkers en managers. De directie is makkelijk toegankelijk voor de medewerkers, er is een open overlegcultuur. Het team is zoveel mogelijk zelfsturend. Dit neemt niet weg dat ook in een organisatie met weinig hiërarchie heel duidelijk moet zijn wie welke verantwoordelijkheden en taken heeft. Deze taken en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in de protocollen, functiebeschrijvingen en worden besproken tijdens (inter-) disciplinair overleg.

Binnen de organisatie zijn de volgende disciplines werkzaam:

- Directie (5.1.2e)
- 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. Van de artsen zijn er 3 opgeleid tot 2a abortusarts (het verrichten van zwangerschapsafbrekingen tot en met 17 weken en 6 dagen amenorroeduur). De overige 2 abortusartsen zijn bevoegd voor het uitvoeren van 1<sup>ste</sup> trimesterbehandelingen (tot 13 weken amenorroeduur).

Ook de 7 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.

#### Doeleinden

Het personeelsbeleid is gericht op de volgende doeleinden

- de aanwezigheid van voldoende personeel van de juiste kwaliteit
- het welbevinden van het personeel, zowel individueel als groepsgewijs
- ontwikkelings- en ontplooiingsmogelijkheden voor het personeel

#### Middelen

Onderstaand overzicht dient ter illustratie van de wijze waarop de vermelde doeleinden worden nagestreefd.

1. Formatievaststelling, gebaseerd op efficiënte bedrijfsvoering en procedures
2. Eigentijdse, rechtszekerheid biedende arbeidsvoorwaarden door middel van aansluiting bij de CAO Ziekenhuizen 2019-2021
3. Personeelsplanning en loopbaanbegeleiding, rekening houdend met de behoeften en mogelijkheden van de kliniek en van het personeel.
4. Introductieprogramma, interne en externe opleiding en training
5. Systematische beoordelingscyclus
6. Een goede, veilige werkomgeving.
7. Open overleg met de werknemers over de werkzaamheden, arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden

## 8. Voorlichting over het personeelsbeleid aan alle erbij betrokkenen.

### Communicatie

Om het personeelsbeleid niet slechts een document te laten zijn, maar te laten leven binnen de organisatie, is het belangrijk om duidelijk te communiceren op welke wijze er uitvoeringen gegeven wordt aan het beleid. Werknemers krijgen via het intranet direct toegang tot informatie over hun arbeidsvoorwaarden (arbeidsovereenkomst, CAO), procedures en protocollen (kwaliteitshandboek, VMS) en het Personeelsreglement.

De app LOKET biedt direct inzage in loonstroken, jaaropgave, vrije dagen, ziekmeldingen en declaraties. Er wordt gestreefd naar een werksfeer waarin werknemers zich vrij voelen om ideeën aan te dragen en knelpunten te benoemen.

Het actief feedback vragen van de werknemer op de organisatie is onderdeel van de gesprekken in het performance managementsysteem.

## Cliënten(rechten)

De cliënt staat binnen de te bieden zorg centraal. Er wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de behoeftes, wensen, ervaringen en belangen van de cliënt. Hierbij wordt de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverleners niet uit het oog verloren.

Binnen de organisatie wordt een respectvolle houding aangenomen richting cliënten en de persoon die met haar mee is, 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. (Bafz artikel 16)

### Verstrekken van persoonsgegevens aan derden

Er wordt vertrouwelijk met cliëntgegevens omgegaan en geen informatie met derden gedeeld, voordat cliënt hier uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. Voor de gevallen waarvoor deze toestemming niet nodig is, is dit beschreven in het protocol in het kwaliteitshandboek.

Er wordt met elke cliënt besproken of er informatie over haar behandeling naar haar huisarts gestuurd mag worden. Er wordt benadrukt dat het voor haar gezondheid van belang kan zijn, dat de huisarts op de hoogte is van deze informatie. Als zij voor nacontrole naar haar huisarts wil, wordt dit belang nogmaals besproken (artikel 3, lid 3, artikel 6, artikel 7 Bafz).

### Inzage dossier

Cliënten hebben recht op recht op inzage van hun dossier. De afspraken hierover zijn opgenomen in het kwaliteitshandboek van de organisatie. Er wordt vanuit Epione voldoende tijd ingeruimd voor de inzage van het dossier en de medisch directeur of een andere vertegenwoordiger van de kliniek zal hierbij aanwezig zijn om eventueel toelichting te kunnen geven. Het aanvullen, corrigeren of verwijderen van informatie staat ook in dit protocol beschreven.

### Minderjarigen en wilsonbekwamen

Epione heeft binnen het VSM een protocol opgenomen in het kwaliteitshandboek voor minderjarigen en wilsonbekwamen. Er 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 die zij bij dit proces kan betrekken. In het protocol wordt ook beschreven op welke wijze omgegaan dient te worden met wettelijke vertegenwoordigers.

### Huiselijk geweld en kindermishandeling

Medewerkers van Epione zijn zich bewust van het feit dat veel vrouwen zich in een kwetsbare positie bevinden als zij zich bij de kliniek melden voor zorg. Zij zijn geschoold in het herkennen en eventueel bespreken van huiselijk geweld. Tijdens het intake gesprek zal actief gevraagd worden naar huiselijk geweld en/of kindermishandeling. In het kwaliteitshandboek is een protocol van de organisatie opgenomen, gebaseerd op de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (2018).

### Klachten en geschillen

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. Tevens is er een protocol opgenomen in het kwaliteitshandboek. *[Bafz artikel 10, lid 2, artikel 16]*

#### Dossiervoering

De medische gegevens welke nodig zijn om op verantwoorde wijze een zwangerschapsafbreking uit te voeren, worden vastgelegd in het elektronisch cliënt dossier. Er 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. Eventuele geplaatste anticonceptie wordt genoteerd met betreffend batchnummer.

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 (LAR).

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 voor de behandeling en voor PSA, 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 worden de dossiers door de EPD bouwer-onderhouder opgeslagen.

*[Artikel 3, lid 3, artikel 15 Bafz]*

## Kwaliteit en Veiligheid

### Audits

Interne audits worden jaarlijks na eventuele revisie van de protocollen uit het kwaliteitshandboek en overige doelstellingen van de organisatie opgetuigd. Externe audits als hygiëne controle, medicatieveiligheid, worden met de externe betrokkenen vastgesteld in bepaalde cyclus.

Het artsenteam zal periodiek meedoen aan de visitaties van de beroepsvereniging. Tijdens deze visitatie wordt gereflecteerd op de onderlinge samenwerking en verbeteringen binnen dit team.

### Incidenten, complicaties, calamiteiten

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. Het analyseren van incidenten zal onder leiding van de medisch directeur plaats vinden. Hierbij zal per discipline een persoon zitting hebben in de periodieke VIM-besprekingen. Dit zal per bespreking elke keer een ander persoon zijn, om alle medewerkers binnen de organisatie betrokken te houden bij het melden van incidenten. De uitkomsten van deze overleggen worden binnen het team besproken.

De medische directeur is eindverantwoordelijke voor medisch inhoudelijke processen en de algemeen directeur voor financiële en personeelsprocessen. Indien een VIM betrekking heeft op een niet-medisch proces, kan de algemeen directeur aansluiten bij de bespreking van het incident.

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. Complicaties worden geregistreerd in het EPD en indien deze betrekking hebben op de zwangerschapsafbreking, wordt dit opgenomen in de LAR.

Calamiteiten worden gemeld bij de inspectie voor gezondheidszorg en jeugd conform de geldende richtlijnen van deze instantie.

### Voorbehouden handelingen

Binnen Epione vinden een aantal risico volle en voorbehouden handelingen plaats. Al het medisch personeel is bevoegd en bekwaam in het uitvoeren van deze binnen de kliniek voorkomende voorbehouden behandelingen. De bekwaamheid van deze handelingen zal in het individuele portfolio worden bijgehouden.

## Medicatieveiligheid

Binnen dit thema vallen diverse protocollen die betrekking hebben op het veilig klaarmaken, gebruik en beheer van medicatie, allen beschreven in het kwaliteitshandboek.

Epione heeft een samenwerkingsovereenkomst met apotheek Beker, met als aanspreekpunt apotheker **5.1.2e** Grijsen is de toezichthoudend apotheker en geeft tevens advies voor bewaren, bereiden en voorschrijven van medicatie. Minimaal 1x per jaar zal er een audit plaatsvinden door de apotheker. (bijlage: apotheker).

Er komt een elektronisch systeem voor inkoop van medicatie, zo is eenvoudig te zien welke medicatie nog op voorraad is. In de toekomst wordt dit gekoppeld met het EPD, zodat niet meer handmatig medicatie aan het EPD toegevoegd hoeft te worden.

De medicatievoorraad ligt opgeslagen in een afgesloten kast, in een ruimte waar alleen personeel toegang tot heeft. De opioïden liggen in de kast een aparte kluis. Bij de verstrekking van deze risico volle medicatie wordt door de apotheker het dubbel paraferen in acht genomen. Medicatie wordt als dagvoorraad klaargezet door 2 medewerkers voor dubbele controle. Aan het einde van de dag wordt deze medicatie tevens door 2 medewerkers gecontroleerd en opgeborgen.

De kliniek kan gebruik te maken van het Anticonceptieportaal, het EVS voor anticonceptiemiddelen waarbij de financiële afwikkeling van medicatie via de cliënt verloopt. Cliënten kunnen direct in de kliniek de gewenste anticonceptie aanschaffen.

De apotheker verzorgt tevens de scholing van relevante zorgmedewerkers die betrokken zijn bij het gereed maken en toedienen van medicatie.

**artikel 19 lid 1 Bafz**

## Infectiepreventie

Ook infectiepreventie is een hoofdonderwerp in het VMS. Protocollen op dit gebied zijn opgenomen in het kwaliteitshandboek. (Bafz artikel 17)

Onder andere protocollen op gebied van besmettelijke ziektes/kolonisatie bacteriën, persoonlijke hygiëne en beschermingsmiddelen en prikaccident/accidenteel bloedcontact worden hierin beschreven.

Er wordt verder gewerkt volgens de NGvA richtlijn 'Hygiëne in abortusklinieken' en de fingerende WIP-richtlijnen.

Potentieel besmet afval (medisch afval) wordt in de daartoe geschikt bevonden containers opgeslagen. Deze worden periodiek, tezamen met het foetaal weefsel, door Renewi, een bedrijf gespecialiseerd in verwerkingsmethoden voor medisch afval, opgehaald en verwerkt.

De hepatitis B vaccinatiestatus van medewerkers betrokken bij het zorgproces, wordt nagevraagd bij indiensttreding en opgenomen in het individuele personeelsdossier.

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.

Epione zal met disposable medische instrumenten gaan werken voor alle behandelingen.

Een sterilisatieproces is dus niet noodzakelijk binnen de organisatie.

Uiteraard worden de gebruikte disposables op de juiste manier afgevoerd (beschouwd als besmet materiaal en dus afgeleverd aan Renewi). (Bafz artikel 17)

## 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.

Voor alle medische apparatuur binnen de kliniek worden onderhoudscontracten afgesloten. Er wordt vastgelegd welk personeel bevoegd en bekwaam is voor het hanteren van de apparatuur.

## Zorgproces

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

### Afspraken

Op openingsdagen kunnen cliënten een consultgesprek krijgen, instrumentele zwangerschapsafbrekingen tot en met 17 weken en 6 dagen amenorroeduur of medicamenteuze behandelingen tot 9 weken amenorroeduur, nacontrole of een afspraak voor voorlichting of plaatsing van anticonceptie.

Afspraken worden telefonisch gemaakt, of zo nodig, direct in de kliniek. De kliniek is 4 dagen per week open. Epione streeft ernaar om ook 2 avonden per week open te zijn en op zaterdag om de week.

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

Bij het maken van de afspraak wordt besproken welke afspraak cliënt wenst. Ook wordt nagegaan of cliënt PSA wenst als de afspraak voor een instrumentele zwangerschapsafbreking is. Dan worden de gestelde eisen voor PSA (nuchter, ASA-klasse) besproken. Ook wordt nagegaan of cliënt aansluitend aan de behandeling een LARC geplaatst wil hebben en het beleid rondom personen die cliënt mee wil nemen bij haar afspraak wordt besproken.

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. *(Bafz artikel 12, artikel 17)*

### Consult- en of besluitvormingsgesprek

Indien er sprake is van de wettelijke bedenktijd zoals gesteld in *artikel 16 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 *(artikel 5 Wafz, artikel 5 Bafz)*.

Dit wordt geborgd door elke vrouw in eerste instantie alleen te spreken in de spreekkamer. Er wordt nagegaan of de noodsituatie waarin zij zich verkeerd, onontkoombaar is.

Er wordt met haar besproken of zij zeker is van haar beslissing over een zwangerschapsafbreking. Mocht dit niet het geval zijn (dit kan blijken uit het feit dat zij dit aangeeft of uit non-verbale communicatie), wordt hier op ingegaan. Er wordt besproken wat zij nodig heeft om meer zekerheid te krijgen en of zij meer wil weten over alternatieven voor een zwangerschapsafbreking. Indien zij dit wenst, kunnen er meerdere gesprekken met haar gevoerd worden over haar beslissing. Als een arts twijfel bespeurt, bespreekt de arts dit met de vrouw. De arts kan de overweging maken de vrouw op dat moment geen behandeling

aan te bieden. Dit gaat altijd in overleg met de vrouw én een collega, die dan ook nog eens met de vrouw in gesprek gaat over de beslissing. Komt deze collega ook tot de conclusie dat de vrouw twijfel vertoont, kan worden besloten om op dat moment geen behandeling aan te bieden. Dit wordt uiteraard aan de vrouw toegelicht en met haar besproken wanneer zij op een ander moment terug kan komen. (Bafz, artikel 3)

In het kwaliteitshandboek zijn protocollen opgenomen over hoe een consult-besluitvormingsgesprek te voeren en hoe te handelen indien er sprake is van twijfel over de beslissing.

Tijdens dit gesprek wordt tevens 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 (Bafz artikel 2, lid 1 zoals gesteld in de Wafz).

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. Dit kan zijn naar haar huisarts of een organisatie op het gebied van verwerking rondom zwangerschapsafbrekingen zoals het Fiom. Voor minderjarigen wordt een afspraak voor nacontrole altijd in de kliniek gemaakt. (Wafz artikel 5, lid d, Bafz artikel 2, artikel 7, artikel 8)

In het consult- of besluitvormingsgesprek wordt altijd nagegaan of en zo ja, welke anticonceptie door een vrouw gebruikt is. Er wordt besproken of zij anticonceptie wil (blijven) gebruiken en welke vorm haar voorkeur heeft. Indien wenselijk krijgt zij voorlichting over verschillende vormen van anticonceptie en kan, indien medisch verantwoord, een middel voorgeschreven en/of verstrekt worden. (Wafz artikel 5, lid 2d, Bafz artikel 5)

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 in de kliniek (of medicamenteuze behandeling).

#### Echo

Er wordt bij elk consult -en of besluitvormingsgesprek een echo gemaakt om de zwangerschap in beeld te krijgen. Ook als cliënt zeer recent (dit kan een dag voor de afspraak zijn) nog een echo gehad heeft in een ander centrum of binnen Epione. Met het maken van de echo wordt gekeken of de zwangerschap zichtbaar is, of deze intra-uterien is en of deze zich als 'normaal' voordoet (niet pathologisch). Er wordt aan cliënt gevraagd of zij mee wil kijken en of er eventueel een persoon die meegekomen is, mee mag kijken.

Indien zij dit wenst, is er een afdruk mogelijk van het echobeeld om mee te nemen.

In het kwaliteitshandboek zijn protocollen opgenomen voor als de zwangerschap niet zichtbaar is, of als er sprake lijkt te zijn van een pathologische zwangerschap. Maar ook voor als blijkt dat de zwangerschap boven 18 of 22.4 weken amenorroeduur blijkt te zijn.

#### Behandeling

De zwangerschapsafbrekingen verricht binnen Epione worden conform de richtlijnen van het NGvA uitgevoerd. 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 patiëntendossier (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. Er wordt uitleg over pijnstilling gegeven. Tevens wordt er gevraagd of zij informatie op papier mee wil en wordt haar gewezen op de website waar de info te vinden is.

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. Vanuit de zusterpost is er goed zicht op deze cliënten en verpleegkundige controleren regelmatig hoe het met een cliënt gaat (artikel 16 Bafz).

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. 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 (ASA 1+2) lokale verdoving. De NGvA richtlijn pijnbeleid in abortusklinieken, is van toepassing.

De 1<sup>ste</sup> trimesterbehandelingen kunnen worden uitgevoerd door alle abortusartsen werkzaam binnen de organisatie. De 2<sup>de</sup> trimester zwangerschapsafbrekingen worden uitgevoerd door 3 van de 5 abortusartsen. Op de dagen dat er 2<sup>de</sup> trimesterbehandeling worden aangeboden in de kliniek, zijn er altijd 2 artsen aanwezig. (Bafz artikel 21 en artikel 22)

#### Uitrustfase

Na behandeling komt cliënt in de uitrustkamer, hier is een verpleegkundige aanwezig voor de directe nazorg. Vanuit de zusterpost is goed toezicht op de uitrustkamer. Cliënten kunnen in de ruimte bij de zusterpost plaatsnemen aan tafel en hier wat eten en drinken. Cliënten blijven na sedatie minimaal een uur in de kliniek, voordat zij met ontslag kunnen. Er worden vitale functies bepaald, gevraagd of cliënten zelf het bloedverlies op de wc kunnen bekijken. Indien alle controles binnen normaal zijn, krijgen cliënten duidelijke instructies, hoe te handelen bij spoedeisende situaties en met wie zij hiervoor contact op moet nemen, voordat zij naar huis gaan. Er wordt gevraagd of ze de informatie op papier mee wil en

aangegeven dat dit terug te vinden is op de website van de kliniek. (Bafz artikel 12, artikel 16, artikel 23)

#### 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. (Bafz artikel 7, artikel 23)

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 hierop ingegaan of wordt zij verwezen indien zij dit wil. Dit alles conform richtlijn nazorg van het NGvA. (artikel 5, artikel 7, artikel 8 Bafz)

#### Procedurele sedatie en analgesie

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. De commissie bestaat uit de medisch directeur, een PSA-abortusarts en een PSA-verpleegkundige. 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.

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

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 artsen in de kliniek aanwezig. Er is dan overleg mogelijk met een anesthesist op het gebied van PSA. Indien cliënt onder controle is bij een medisch specialist en als daar aanleiding voor is, wordt ook met deze specialist overlegd of PSA veilig is, uiteraard na toestemming van cliënt.