

## Bijlage c)

### Te stellen eisen en mogelijkheden voor accreditatie

#### Deel A

Beslissing of visitatie ter plekke zinvol is op basis van het voorgesprek en de vragenlijsten uit het vooronderzoek, waarbij aan de volgende minimum voorwaarden moet worden voldaan:

1. Er zijn een medisch hoofd en minstens een andere arts verbonden aan het SLC, waarvan mag worden aangenomen dat zij voldoende kennis van slaapgeneeskunde hebben. Minstens een van hen is medisch specialist in een discipline relevant voor de slaapgeneeskunde. Dit alles te toetsen aan deelname aan (na)scholing, behaald hebben van certificaten na deelname aan relevante examens, het naar buiten treden als slaapdeskundige in voordrachten en publicaties, lidmaatschap van op slaapgeneeskunde gerichte organisaties, etc. Met ingang van 1 januari 2017 moet minstens 1 van de artsen het predicaat ESRS Somnoloog/Expert in Sleep Medicine gehaald hebben.
2. Consultatie van een neuroloog, psycholoog, KNO arts, longarts, psychiater, kinderarts kaakchirurg is op papier goed en gemakkelijk mogelijk. Aanwezigheid van deze disciplines in de staf van het slaapcentrum (SLC) zelf is wenselijk, maar niet verplicht. Het is niet nodig dat zij in hetzelfde ziekenhuis werken, mits voldaan wordt aan de eis van gemakkelijke en geregelde consultatie. Andere specialisten dienen aanspreekbaar te zijn, waarbij ook aan een maatschappelijk werkende moet worden gedacht.
3. Het SLC ziet een diversiteit aan patiënten. Er mag worden verwacht dat in een algemeen slaapcentrum diagnostische en therapeutische mogelijkheden aanwezig zijn voor patiënten met insomnie, ademhalingsstoornissen in de slaap, bewegingstoornissen in de slaap, hypersomnie, circadiane ritmestoornissen en parasomnie. De accenten kunnen hierbij verschillen. Indien maximaal twee van deze grote groepen niet kunnen worden behandeld, is accreditatie nog steeds mogelijk. Bovendien zal voor de huidige leden van de Federatie algemene SlaapCentra (FSC) een aantalscriterium worden aangehouden: in het te visiteren SLC worden per jaar minstens 250 nieuwe patiënten gezien, en waarbij de eind hoofddiagnose een andere is dan een ademhalingsstoornis in de nacht bij minstens 125 van hen..
4. Het SLC dient te beschikken over een secretariaat, goede dossiervorming en archiveringsmogelijkheden, eigen registratieruimten, eigen slaapkamers en ruimten voor artsen en personeel. Indien niet aan al deze wensen voldaan wordt kan de accreditatie toch doorgaan, dit naar oordeel van de visitatiecommissie. Patiënten voor nachtelijke PSG's dienen over een eigen kamer te beschikken met goede (liefst eigen) sanitaire voorzieningen. Registratie op zaal is niet acceptabel.
5. Het SLC dient polygrafisch onderzoek te verrichten, waarvan minstens 250 polysomnografieën (PSG's) volgens Rechtschaffen en Kales/AASM 2014/5 criteria, waarbij voor een deel van deze PSG's ook mogelijkheid dient te bestaan tot simultane en gekoppelde video monitoring. MSLT's tellen in deze als een PSG. Er moet mogelijkheid zijn voor MSLT en/of MWT. Mogelijkheden tot verdere uitbreiding van het PSG buiten de R+K/AASM minimum criteria, andere polygrafiemogelijkheden als actigrafie, etc. zijn wenselijk, maar niet verplicht. De laboranten hebben op papier voldoende kennis van registratietechnieken en scoring van registraties. Dit dient te blijken uit opleiding, gevolgde (na)scholingscursussen, behaalde examens op het gebied van slaapgeneeskunde, etc. Minstens 1 van de laboranten heeft het ESRS

Somnologist/Technician behaald. Deze regel gaat als voorwaarde in per 1 januari 2017.

6. Na verwijzing naar het centrum dient de patiënt eerst door een arts met kennis van de Slaap Geneeskunde te worden gezien, voordat aanvullend onderzoek wordt uitgevoerd.
7. Het SLC dient met eigen personeel of via gemakkelijk lopende consultatie cognitief gedragsmatige therapie te kunnen geven, maatschappelijke problemen te kunnen aanpakken, therapie via een neuroloog, en via een KNO arts of longarts mogelijk te kunnen maken en aantoonbare lijnen te hebben voor consultatie van andere specialisten en kunnen verwijzen naar andere SLC's waar meer gespecialiseerde therapie mogelijk is. De staf van het SLC dient kennis te hebben van de therapieën die gangbaar zijn voor de onder 3) genoemde grote groepen aandoeningen. Dit dient mede te blijken uit de onder 1) genoemde activiteiten van de staf. Alle therapieën geschieden conform landelijke richtlijnen in deze (vooralnog alleen goed omschreven voor OSAS (CBO) en aanmeten MRA's (NTVS)).
8. Het SLC dient ingebed te zijn in een grotere organisatie en daarin een stabiele positie te hebben.
9. In geval van twijfel beslist de visitatiecommissie of op grond van het vooronderzoek visitatie wel of niet doorgaat.
10. In geval het SLC werkt op twee of meerdere locaties, al of niet beide onder een directie/Raad van Bestuur, gelden aparte regels. Dit kan zijn: a. alleen accreditatie van de hoofdvestiging met ook alleen daar visitatie of b. afzonderlijke visitatie en accreditatie van de aparte locaties. In het eerste geval tellen de gegevens van alle locaties gezamenlijk voor de bovengenoemde differentiatie en aantallen patiënten/verrichtingen. In het tweede geval dient elke locatie afzonderlijk aan de eisen voor een zelfstandig SLC te voldoen.

#### Deel B.

Visitatie ter plekke.

1. Voor de procedure, zie bijlage b).
2. Aan de hand van de spreadsheet (bijlage d) waarin als paragrafen voorkomen: Samenstelling staf, Consultatie mogelijkheden, Aantal patiënten, Gang van zaken na verwijzing, Wordt de patient al in eerste instantie door een arts, liefst medisch specialist, gezien?, Diversiteit patiënten, Aanvullend onderzoek, Therapie, Wachttijden, Ruimtelijke en organisatorische aspecten en Opleiding, wordt een oordeel gegeven over het functioneren van het SLC. Deze paragrafen zijn weer onderverdeeld in de toetsen items. Op basis van de bevindingen en het vooronderzoek (zie boven onder deel A van deze bijlage) tezamen wordt per item beslist of bij eventueel in gebreke blijven dit leidt tot een afwijzing, een voorwaarde of een aanbeveling.

#### Deel C.

Advies aan de FSC.

Op basis van de spreadsheet (bijlage d) heeft de visitatiecommissie als mogelijkheden van advies:

1. accreditatie voor 5 jaren. Dit is het geval wanneer er geen punten zijn die tot afwijzing zouden leiden en er niet meer dan twee voorwaarden gesteld worden. Het is daarnaast mogelijk om aan het SLC enkele aanbevelingen te geven. Over de voorwaarden dient na 1 jaar gerapporteerd te worden. De FSC beslist of de invulling van deze voorwaarden voldoende is om de accreditatie tot de volle 5 jaar door te laten lopen.
2. accreditatie voor 2 jaren, indien er geen punten zijn die tot afwijzing zouden leiden en er 3, eventueel 4 voorwaarden zijn. Hierover dient wel na 1 jaar schriftelijk verslag te worden uitgebracht aan de FSC. Deze beslist op grond van deze rapportage of alsnog eerdere visitatie nodig wordt geacht. Aanbevelingen zijn daarnaast mogelijk.
3. in alle andere gevallen: afwijzing.

Indien na afwijzing accreditatie alsnog gewenst is dient de procedure tot accreditatie opnieuw en volledig doorlopen te worden na een latentietijd van minstens 1 jaar en blijkt van verbetering via de vragenlijst.

Alle genoemde termijnen gaan in na de dagtekening van de brief van de FSC aan het SLC over het besluit tot al of niet accreditatie.

Deel D.

Diversen

1. Visitatie en maken van het rapport zijn tijdrovend. Hiervoor zijn tarieven die van jaar tot jaar bijgesteld kunnen worden.
2. Deelname aan de accreditatieprocedure houdt onlosmakelijk in dat het definitieve oordeel van de FSC over (de duur van) de accreditatie en de daarbij horende voorwaarden en aanbevelingen geaccepteerd worden.