

Document C. Herziene versie september 2021

Accreditatie eisen (samengevat in Document D inclusief beoordeling)

1. Er is een medisch hoofd en minstens een andere arts verbonden aan het slaapcentrum (SC), waarvan mag worden aangenomen dat zij voldoende kennis van slaapgeneeskunde hebben. Tenminste 1 van de artsen moet het predicaat ESRS Somnoloog/Expert in Sleep Medicine gehaald hebben. Minstens een van hen is medisch specialist in een discipline relevant voor de slaap-geneeskunde. Dit alles wordt getoetst 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.
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 SC 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.
3. Het SC 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, bewegingsstoornissen in de slaap, hypersomnie, circadiane ritme slaap-waakstoornissen en parasomnie. De accenten kunnen hierbij verschillen.. Er dienen in het te visiteren SC per jaar minstens 500 nieuwe patiënten gezien te worden, waarbij de hoofddiagnose een andere is dan een slaap gerelateerde ademhalingsstoornis bij minstens 200 van hen. Getalscriteria voor een accreditatie zijn absoluut en niet onderhandelbaar.
4. Het SC dient te beschikken over een secretariaat, goede dossiervorming en archiverings-mogelijkheden, eigen registratieruimten, eigen slaapkamers, en ruimten voor artsen en personeel. Patiënten voor nachtelijke PSG dienen over een eigen kamer te beschikken met goede (lieft eigen) sanitaire voorzieningen. Registratie op zaal met meerdere personen is niet acceptabel.
5. Het SC dient voldoende slaap onderzoek te verrichten, namelijk per jaar: minstens 200 PSG, 15 MSLT's, en 50 actigrafie. Deze onderzoeken dienen volgens de meest recente AASM criteria verricht te worden. Ook dient er de mogelijkheid te bestaan voor PSG met simultane en gekoppelde video monitoring (vPSG). Deze vPSG dienen te worden gesuperviseerd door een zorgverlener, minimaal een verpleegkundige met training in de slaapgeneeskunde. Een klinische PSG met mogelijkheden tot titratie PAP of UAS in de nacht door een KNF laborant of andere functionaris met een slaapachtergrond, is niet verplicht.
6. 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.

7. Na verwijzing naar het centrum dient de patiënt eerst door een arts of physician-assistant of verpleegkundig specialist met aantoonbare kennis van de slaapgeneeskunde te worden gezien, voordat aanvullend onderzoek wordt uitgevoerd. Van deze regel kan worden afgeweken worden, indien om onderbouwde zorglogistische redenen met als doel verbetering van de slaapgeneeskundige zorg, ondersteund door wetenschappelijk analyse een andere volgorde noodzakelijk is. Goedkeuring voor het afwijken van deze regel wordt gegeven door de CKA na advies van de visitatiecommissie ad hoc bij gewone meerderheid van stemmen. Deze toestemming is voor maximaal 5 jaar.
8. Het SC dient met eigen personeel of via consultatie van behandelaren elders cognitieve gedragstherapie bij insomnie te kunnen geven. Ook moeten zij aantoonbare lijnen te hebben voor consultatie van andere specialisten en zo nodig kunnen verwijzen naar andere SC waar meer gespecialiseerde therapie mogelijk is.
9. Indien een KNO-arts betrokken is in het diagnostisch en therapeutisch proces moet de mogelijkheid tot DISE (Drug Induced Sleep Endoscopy) met sedatie middels TCI (target-controlled infusion) beschikbaar zijn. Het scoren gebeurt volgens een internationaal geaccepteerd gestandaardiseerd scoringssysteem (bijvoorbeeld VOTE).
10. De staf van het SC 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 (vooralsnog alleen goed omschreven voor OSAS (NVALT 2018) en aanmeten MRA's (NTVS)).
11. Het SC dient ingebed te zijn in een grotere organisatie en daarin een stabiele positie te hebben.
12. In geval het SC 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 SC te voldoen.
13. Een physician-assistant of verpleegkundig specialist kan zelfstandig intake en behandeling uitvoeren conform nationale geldende regels. Eenmalig tijdens het diagnostiek/behandel traject vindt een consultatie door een arts-somnoloog plaats. De CKA beveelt aan dat physician assistants en verpleegkundig specialisten (indien mogelijk) ESRS somnoloog worden. Het SC voldoet op het gebied van inzet van PA/VS aan de landelijke richtlijnen en wetgeving en kan inzage geven hoe lokaal de verantwoordelijkheden zijn geregeld en geborgd.

Advies aan de CKA.

Op basis van de spreadsheet (Document D.) heeft de visitatiecommissie als mogelijkheden van advies:

a) -Accreditatie voor 5 jaren. Dit is het geval wanneer er geen punten zijn die tot afwijzing leiden en er geen voorwaarden worden gesteld.

b) - Accreditatie voor 5 jaren onder voorwaarden. Dit is het geval wanneer er geen punten zijn die tot afwijzing leiden en er niet meer dan twee voorwaarden gesteld worden. Over de voorwaarden dient na 1 jaar gerapporteerd te worden. De CKA beslist of de invulling van deze voorwaarden voldoende is om de accreditatie de volle 5 jaar door te laten lopen. Indien na 1 jaar niet aan alle voorwaarde(n) wordt voldaan volgt afwijzing. Deze afwijzing heeft een minimale duur van 1 jaar, waarna opnieuw een visitatie aangevraagd kan worden. (Deze nieuwe visitatie wordt door een andere commissie uitgevoerd).

c)-Afwijzing.

Het is daarnaast mogelijk om aan het SC aanbevelingen te geven.

Over de aanbevelingen wordt na 1 jaar teruggekoppeld, echter aanbevelingen leiden niet tot een vervroegde hervisiteatie.

Centra die door logistieke, personele of strategische veranderingen niet (meer) aan de eisen voldoen in de loop van de 5 jaar hebben meldingsplicht aan de CKA-vergadering. De CKA vergadering kan een her visitatie adviseren.

Alle genoemde termijnen gaan in na de dagtekening van de brief van de CKA aan het SC over het besluit tot al of niet accreditatie