

GENERIEK EISENKADER

Onderstaand eisenkader bevat eisen die gelden voor elke hospitalisatie-afdeling van het ziekenhuis.

De publicatie van dit eisenkader vermijdt dat deze normen en eisen bij elk specifiek eisenkader opnieuw opgenomen moeten worden. Ze vormen dan ook een onlosmakelijk onderdeel van elk eisenkader voor een zorgprogramma of afdeling waar patiënten gehospitaliseerd worden.

BRONNEN

Koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

Koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waar een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" aan moet voldoen.

Koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waar een functie voor intensieve zorg aan moet voldoen.

Koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waarvan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen.

Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.

Koninklijk besluit van 13 juli 2006 houdende uitvoering van artikel 17bis van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, voor wat de functie van hoofdverpleegkundige betreft.

Koninklijk besluit van 28 december 2006 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier, bedoeld in artikel 17quater van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen.

Koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

Wet van 23 mei 2013 tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren [en tot regeling van de reclame en informatie betreffende die ingrepen.

Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

=====

HGR 7725 van juni 2005 met richtlijnen voor de beheersing en preventie van overdracht van Methicilline-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) in Belgische ziekenhuizen.

CDC Guideline (2007) for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings.

WHO guidelines (2009) for safe surgery: safe surgery saves lives.

HGR 8381 van 23 februari 2010 over goede transfusiepraktijken in ziekenhuizen.

CBO richtlijn van 2011 over bloedtransfusie.

Aanbevelingen van HGR 8580 van april 2013 over infectiebeheersing bij bouwen, verbouwen en technische werkzaamheden in zorginstellingen. Aanbevelingen voor interne en externe werknemers.

Richtlijn delier Volwassen en ouderen van 2013 van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)

De NHG-standaard delier M77 van april 2014.

Fiche van maart 2015 van het Vlaams Indicatoren Project (VIP²) over checklist veilige heelkunde.

Fiche van 29 november 2018 van het Vlaams Indicatoren Project (VIP²) over patiëntidentificatie ziekenhuisbreed.

Aanbevelingen van HGR 9277 van mei 2019 over de preventie, beheersing en aanpak van patiënten die drager zijn van tegen antibiotica multiresistente bacteriën (MDRO) in zorginstellingen.

IEC 930 opgenomen in Gids T013 van het Belgian Electrotechnical Committee.

IEC 62353 Medisch elektrische toestellen - Periodiek testen en testen na reparatie van medische elektrische toestellen.

Inhoud

NIET MEDISCH PERSONEEL	4
MEDISCH KADER GENERIEK	5
INFRASTRUCTUUR GENERIEK.....	9
MEDISCHE MATERIALEN GENERIEK	12
PATIËNTIDENTIFICATIE generiek.....	19
DOSSIER generiek.....	20
PIJNBELEID generiek	26
ONTSLAGBELEID generiek.....	27
COMMUNICATIE MET PATIENT en VERWANTEN – INFORMED CONSENT	29
DELIRIUM	31
VALPREVENTIE generiek	33
ZORGOVERDRACHT generiek.....	35
HOOG-RISICO MEDICATIE generiek	36
KWALITEIT VAN ZORG generiek	38
INFECTIEPREVENTIE generiek	41
1 MEDISCH EN NIET-MEDISCH KADER	41
2. ORGANISATIE	46
3. TOEZICHT OP NOSOCOMIALE INFECTIES	47
4. RICHTLIJNEN / PROCEDURES.....	49
5. HANDHYGIENE	53
6. ANTIMICROBIEEL BELEID.....	56
7. INFRASTRUCTUUR.....	58
8. KWALITEITSMONITORING	60

Ongeacht of de bepalingen ervan in dit eisenkader zijn opgenomen, gelden alle bepalingen van de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en deze van de Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.3	NIET MEDISCH PERSONEEL			
G.3.1		Ter ondersteuning van de organisatorische en inhoudelijke aspecten van de verpleegkundige zorgverlening, dient in de algemene ziekenhuizen een middenkader (zorgmanagers) te worden voorzien. Het middenkader wordt er, per 150 bedden, gevormd door tenminste één gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of één bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende opleiding heeft gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde master in het management en beleid van gezondheidszorg of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering.		KB 23 oktober 1964 art N1, III 2° 3 ^e alinea
G.3.2		Er is per afdeling permanent een gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde gewaarborgd actief (excl. de hoofdverpleegkundige). Vanaf 31 erkende en geëxploiteerde bedden op de afdeling is er op de afdeling permanent een tweede gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde gewaarborgd actief.	Er is per dag (week en weekend) voor de verschillende shiften een minimale bestaffing per afdeling vastgelegd. De patiënt/nurse ratio is gekend per shift. De werkelijke bestaffing is daaraan conform.	KB 23 oktober 1964 art N1, III. 12°

G.3.3			Er zijn voor elke afdeling aandachts- of referentieverpleegkundigen met extra expertise in minimaal de aspecten geriatrische zorg, ziekenhuishygiëne, diabetes, pijn en dementie die met een adviserende functie opgeroepen kunnen worden afhankelijk van de pathologie. Het ziekenhuis beschikt over een nominatieve lijst van deze verpleegkundigen.	KB 23 oktober 1964 I algemene inrichting III. Organisatorische normen 2° alinea 9
G.3.4		Er is een programma voor permanente opleiding (bij/inscholing) voor het team in de basisbeginselen van de reanimatie. Daarvoor is aangepaste infrastructuur en materiaal in het ziekenhuis aanwezig.	Heel het team van verpleegkundigen doorloopt tweejaarlijks een basisopleiding in reanimatie (BLS), tenzij de verpleegkundigen een attest kunnen voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de Advanced Life Support-(ALS) met succes beëindigd hebben in de loop van de laatste 2 jaar, hetzij een certificaat kunnen voorleggen van een opleiding in de ALS waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.	KB 13 juli 2006 art. 9, §1 KB 27 april 1998 functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" art. 6 en 12
G.3.5		Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleidingen per personeelslid.		KB 13 juli 2006 art. 9, §2, 3°
G.3.6		Functionerings- en/of evaluatiegesprekken worden minimaal jaarlijks gehouden met elk personeelslid.		KB 13 juli 2006 art. 7, §2 4°

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.4	MEDISCH KADER GENERIEK			
G.4.1.		De patiënt moet steeds, en binnen de kortst mogelijke tijd, de bevoegde hulp van ervaren artsen kunnen ontvangen. Binnen het ziekenhuis is er een interne MUG-functie uitgebouwd waarop door de diensten 24u/24u en 7d/7d beroep kan gedaan worden.	Er is een <u>performant oproepsysteem</u> voor reanimatie en dringende hulp (interne MUG). Dit kan aan het bed, hetzij op zak bij elke zorgverstrekker, zodat in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt de interne MUG rechtstreeks kan worden opgeroepen terwijl de	KB 23 oktober 1964, art N1, III, 1°

		Deze interne MUG is aanwezig intra-muros op campus niveau.	patiënt constant onder toezicht blijft en de reanimatie zo nodig onmiddellijk kan opgestart worden. De procedure en de correcte toepassing ervan per afdeling is door iedere zorgverlener op die afdeling gekend. Op de dienst die instaat voor de interne MUG, is een specifieke, goed uitgeruste en verzegelde <u>reanimatiekar</u> aanwezig met medicatie, monitor, defibrillator, EKG toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuze perfusie en intubatie en draagbare zuurstofbron. Er is een verantwoordelijke aangeduid voor de controle van medicatie en materiaal in de reanimatiekar. De medicatie en het materiaal van die reanimatiekar worden minimaal maandelijks gecontroleerd en bij elke verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.	
G.4.1.1			Het ziekenhuis hanteert een systeem voor het vroegtijdig opsporen van kritieke patiënten (<u>Early Warning System</u>) en beschikt daarvoor over een. protocol. Dat protocol vermeldt minimaal de doelgroep, de te meten parameters, de meetfrequentie, de scorebepaling, en de vervolgacties afhankelijk van de behaalde score. De verpleegkundigen en artsen hebben een opleiding genoten over dit EWS en de gestructureerde communicatie daarover. Het protocol wordt toegepast.	

G.4.2		Op weekdays wordt elke patiënt dagelijks door de arts bezocht. Daarvan is een weerslag in het patiëntendossier terug te vinden. In het weekend is er een zaalronde, waarbij minimaal deze patiënten met (potentiële) problemen besproken worden. In de subacute diensten (G subacuut, Sp-diensten) is er dagelijks medisch toezicht voor elke patiënt. Daartoe is er dagelijks overleg tussen de arts en de zorgelijke over de medische toestand. Daarvan is een weerslag in het patiëntendossier terug te vinden. Patiënten die medische problemen stellen, worden elke dag onderzocht door de behandelende arts. Elke patiënt wordt minimaal één maal per week door de arts onderzocht. Op elke dienst is een actuele lijst van de verantwoordelijke en behandelende arts en de permanentie.	Van elk onderzoek van de patiënt, zowel op weekdays als in het weekend, is er steeds een weergave door de arts in het individuele patiëntendossier evenals van elke wijziging in de klinische toestand, de gevolgtrekkingen uit medisch-technische prestaties en de ingestelde behandeling. Indien een andere arts dan de behandelende arts de patiënt bezoekt/onderzoekt, vermeldt deze arts alle bevindingen in het patiëntendossier en waar nodig (in geval van hoogdringendheid) licht hij de behandelende arts mondeling in.	KB 23 oktober 1964, art N1, III, 10° KB 3 mei 1999, art 1, 2 en 4
G.4.3		Er is periodiek beleidsmatig overleg, minstens eenmaal per jaar, tussen - de verantwoordelijke arts voor het zorgprogramma/functie of medisch diensthoofd en de hoofddarts; - de verantwoordelijke arts voor het zorgprogramma/functie of medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundigen; - de verantwoordelijke arts voor het zorgprogramma/functie of medisch diensthoofd en de verantwoordelijke van de paramedici van de betrokken dienst.	Van het beleidsmatig overleg wordt verslag opgemaakt.	KB 15 december 1987 art. 15 en art. 19 KB 23 oktober 1964, art N1, III, 2°, 2^e alinea

G.4.4		Het medisch reglement is uitgewerkt op ziekenhuisniveau. Op dienstniveau is het medisch reglement vertaald in interne afspraken die schriftelijk zijn opgesteld (zaalrondes, oproepen wacht diensten, ...). Interne afspraken voor de dienst worden nageleefd.		KB 15 december 1987 art. 12
G.4.5			Heel het team van artsen doorloopt tweejaarlijks een basisopleiding in reanimatie (BLS <i>basic life support</i>)), tenzij de artsen een attest kunnen voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding ALS (<i>Advanced Life support</i>) met succes beëindigd hebben in de loop van de laatste 2 jaar, hetzij een certificaat kunnen voorleggen van een reanimatie-opleiding waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en maximaal 5 jaar bedraagt	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.5	INFRASTRUCTUUR GENERIEK			
G.5.1		Elke patiënt verblijft in een kamer die voldoet aan de infrastructurele normen. Elke patiëntenkamer beschikt minimaal over een • (Hoog-laag) bed met onrusthekkens • Roltafel met verstelbaar tablet • Patiëntenzetel (verrolbaar) • Voetenbankje (indien niet voorzien bij zetel) • Eettafel met stoel • Bereikbaar beloproepsysteem • Verlichtingsbediening • 1 toilet per kamer en per maximaal 4 patiënten/1 wastafel per 2 patiënten Er is minimaal 1 bad of douchekamer voor 30 zieken	Mogelijkheid tot gebruik van telefoon, TV, eventueel internet.	KB 23 oktober 1964, art N1 HGR 8580, Consensusdocument 5: sanitaire cel.
G.5.2		Er is minimaal één eenpersoonskamer per afdeling om patiënten ter infectiepreventie, indien nodig te isoleren	Patiënten die geïsoleerd dienen te worden omwille van besmettingsrisico, worden volgens de geldende richtlijnen afgezonderd.	KB 23 oktober 1964 art. N1 I B, 17° CDC: guideline for isolation precautions 2007 Appendix vanaf pag; 93 HGR 9277, pag. 20
G.5.3			Alle lokalen, toegankelijk voor de patiënt, zijn ook rolstoeltoegankelijk.	
G.5.4			Ramen kunnen door de patiënt niet volledig geopend worden, ter preventie van suicide of accidentele val door het raam.	

G.5.5			Elke afdeling beschikt over een lijst van de gevaarlijke producten die daar bewaard worden. Gevaarlijke producten zijn niet toegankelijk voor onbevoegden. Daartoe worden de nodige maatregelen getroffen, door afsluiten van lokaal of van kast.	
G.5.6			Er is een gespreksruimte op of in de nabijheid van de afdeling om slecht nieuws gesprekken te voeren of om in de opvang van familie te kunnen voorzien.	
G.5.7		In de gangen en doorgangen van de dienst zijn geen oneffenheden van de vloeren zoals treden, trappen en andere hindernissen aanwezig. Er zijn maatregelen genomen om slipgevaar en vallen te voorkomen.		
G.5.8		Er zijn leuning en handgrepen voorzien om de patiënten te ondersteunen bij hun verplaatsing, op de afdeling en de sanitaire lokalen. Er zijn voldoende rustmogelijkheden voorzien in de gangen.		
G.5.9		Alle lokalen, inclusief de WC's, bestemd voor patiënten en bezoekers, zijn uitgerust met een doeltreffend en bereikbaar beloproepingssysteem.		KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting functionele normen 7°
G.5.10		Dichtbij de zitkamers en oefentherapiezalen zijn sanitaire lokalen aanwezig waarvan minimum één rolstoeltoegankelijk.		
G.5.11		Elke verpleegeenheid beschikt over een onderzoekslokaal dat als verbandkamer kan dienst doen.		

G.5.12		Men moet steeds zorgen voor een continue en veilige energie- en gasbevoorrading.	Alle vitale apparatuur is aangesloten op een noodstroombron.	
---------------	--	--	--	--

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.6	MEDISCHE MATERIALEN GENERIEK			
G.6.1			Indien de betrokken dienst instaat voor de interne MUG, dan is daartoe een specifieke, goed uitgeruste en verzegelde reanimatiekar aanwezig met medicatie, monitor, defibrillator, ECG toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuze perfusie en intubatie en een draagbare zuurstofbron. Er is een verantwoordelijke aangeduid voor de controle van medicatie en materiaal in de reanimatiekar. De medicatie en het materiaal van die reanimatiekar worden minimaal maandelijks gecontroleerd en bij elke verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.	

G.6.2			Volgende voorwaarden voor een goed beheer van alle medische toestellen worden vervuld: 1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis.. 2. Er bestaat een inspectieplan voor het toestel 3. Er bestaat een onderhoudsplan voor het toestel. 4. De rapporten van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (elektronisch of op papier). 5. De resultaten van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (elektronisch of op papier). Deze vermelden zeker: goed / slecht / aandachtspunten. 6. Defecte toestellen worden hersteld conform de richtlijnen van de fabrikant of uit dienst gesteld conform de procedure van het ziekenhuis. Er is een inspectierapport aanwezig op de dienst waar het toestel wordt gebruikt waarin de duidelijke identificatie van het toestel vermeld staat en wanneer de laatste inspectie en/of onderhoud uitgevoerd is, alsook door wie (intern of externe leverancier)	IEC 930 opgenomen in Gids T013 deel III .
-------	--	--	--	---

G.6.3		Voor volgende toestellen worden de technische controles/inspecties/onderhoud uitgevoerd conform de richtlijnen van de fabrikant: Beademingstoestellen Coagulatietoestellen Bedpanspoeler Monitors voor vitale parameters, Monitors die worden gebruikt voor een momentopname van de niet-invasieve bloeddruk, saturatie, hartslag, evt.temperatuur (<i>vital signs monitor</i>), Defibrillatoren, Externe pacemakers, Het toestel voor bepaling van bloedgaswaarden, Infuuspompen, ECG toestellen, Drukregistratietoestellen, Ballonpompen Systemen waarbij gebruikt gemaakt wordt van radioactieve isotopen en/of ioniserende straling voor beeldvorming of therapeutische behandeling Electrische ziekenhuisbedden Ijkmeplichtige weegschalen Tilliften Echografietoestellen Sterilisatieapparatuur Externe <i>heart assist devices</i>	.	KB 27 april 1998 (IZ), art. 20 IEC 62353 - annex F
-------	--	---	---	--

G.6.3.0		Onderstaande eisen vermelden minimale termijnen voor inspectie van bovenstaande toestellen. Datum begint te tellen vanaf de indienststelling in het ziekenhuis. Er is een indienststellingsverslag van elk nieuw toestel aanwezig.	De inspectie omvat de bewaking van de goede werking via: 1. visuele controle 2. metingen 3. functionele test	IEC 62353 - annex F
G.6.3.1		Monitors die de vitale parameters bij de patiënten (meestal continu) bewaken krijgen minstens om de 24 maanden een inspectie.		
G.6.3.2		Monitors die worden gebruikt voor een momentopname van de niet-invasieve bloeddruk, saturatie, hartslag, evt. temperatuur (<i>vital signs monitor</i>) krijgen minstens om 24 maanden een inspectie.		
G.6.3.3		Defibrillatoren krijgen minstens om de 12 maanden een inspectie. Er wordt minstens wekelijks een gedocumenteerde controle uitgevoerd (functiecheck, alle accessoires zijn in goede staat en gebruiksklaar).		
G.6.3.4		ECG toestellen en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de 24 maanden een inspectie.		
G.6.3.5		De infuuspompen krijgen minstens om de 24 maanden een inspectie.		
G.6.3.6		De echografietoestellen krijgen minstens om de 24 maanden een inspectie.		

G.6.3.7		Zowel de centrale componenten van de telemetriebeveiliging, (dit is de centrale bewaking van de ECG's die draadloos bewaakt worden), als de andere componenten (accu van UPS, filters van de ventilatie van het rack, bescherming antennes van centrale componenten, aangesloten luidsprekers en zenders die patiënt draagt) krijgen minstens om de 12 maanden een inspectie.		
G.6.3.8		Het toestel voor de bepaling van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens om de 12 maanden een inspectie.		
G.6.3.9		Weegschalen worden om de 48 maanden geïnspecteerd. Deze weegschalen moeten van KLASSE III of KLASSE II zijn. Ze moeten voorzien zijn van een M symbool.		Koninklijk besluit van 12 april 2016 betreffende niet-automatische weeginstrumenten
G.6.3.10		Tilliften worden om de 36 maanden geïnspecteerd		
G.6.3.11		Elektrische ziekenhuisbedden krijgen minstens om de 36 maanden een inspectie		
G.6.3.12		Externe pacemakers krijgen minstens om de 12 maanden een inspectie.		advies van de VVZ Vlaamse Vereniging van Ziekenhuisinstrumentatietechnici, versie 7 oktober 2018
G.6.3.13		Externe <i>heart assist devices</i> krijgen om de 12 maanden een inspectie. Dit zijn toestellen die dienen om patiënten tijdelijk of definitief, partieel of volledig, respiratoir of cardiaal te ondersteunen (ECLS, ECMO, cardiopulmonale bypass, VAD, ballonpomp ...).		

G.6.3.14		Beademingstoestellen krijgen minstens om de 12 maanden een inspectie.		
G.6.3.15		Validatie en preventieve technische controle van de bedpanspoeler gebeuren volgens de voorschriften van de fabrikant. De cyclussen van de bedpanspoeler worden minimaal om de 12 maanden gecontroleerd en gevalideerd.		
G.6.4		Systemen waarbij gebruikt gemaakt wordt van radioactieve isotopen en/of ioniserende straling voor beeldvorming of therapeutische behandeling krijgen om de 12 maanden een inspectie.		KB. 13 FEBRUARI 2020. P10094: — Koninklijk besluit betreffende de medische blootstellingen en blootstellingen bij niet-medische beeldvorming met medisch-radiologische uitrustingen.
G.6.5		Coagulatioestellen krijgen minstens om de 12 maanden een inspectie.		
G.6.6		Anesthesietoestellen krijgen minstens om de 12 maand een inspectie.		"KB 15 DECEMBER 1978. Publicatie : 04-07-1979 nummer : 1978121535 bladzijde : 7518"
G.6.7		Sterilisatieapparatuur wordt om de 12 maand gevalideerd. Na proces wijzigende herstellingen, gebeurt er een validatie van de steriliseerapparaten (controle op effectiviteit van toestel) met registratie in het logboek.		
G.6.8		Voor wastoestellen op sterilisatie-afdelingen gebeurt een validatie om de 12 maand en na proces wijzigende herstellingen.		

G.6.9			Alle toebehoren aan bovenstaande toestellen zoals bvb. drukmanchette, ecg-kabel, saturatieprobes zijn in goede staat, worden regelmatig gereinigd en zijn gebruiksklaar	
G.6.10			Het onderhoud beoogt het toestel in goede staat te brengen of te houden via de noodzakelijke technische handelingen.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.7	PATIËNTIDENTIFICATIE generiek			
G.7.1			Er bestaat een ziekenhuisbreed toegepaste procedure om de patiënt correct te identificeren voor elke transfert naar een andere afdeling en toediening van medische, paramedische of verpleegkundige zorg (zoals medicatietoediening, staalafname, onderzoek en behandeling) op elke afdeling.	VIP ² fiche maart 2015 en november 2018
G.7.1.1			De procedure hanteert minimaal twee persoonsgebonden parameters om te controleren of patiënten de zorg ontvangen die voor hen is bestemd. Deze parameters kunnen zijn de volledige naam, de geboortedatum, een persoonlijk identificatienummer dat de patiënt kent of een recente gezichtsfoto. In geval van langdurige of chronische zorg waarbij de patiënt lang op dezelfde afdeling verblijft en bijgevolg de patiënt daar goed gekend is, kan gezichtsherkenning één van de persoonsgebonden parameters zijn. Het kamernummer, bednummer of het woonadres is mogelijk variabel en kan dus niet worden gebruikt als parameter. Voor patiënten die hun identiteit niet kunnen bevestigen bestaat een specifieke identificatieprocedure.	
G.7.1.2			De persoonsgebonden parameters worden vergeleken met de gegevens van de identificatieband (polsbandje) die aan de patiënt aangebracht werd en ook met de identificatiegegevens voor de uit te voeren handeling.	

G.7.2			Het ziekenhuis voert evaluaties, steekproeven, metingen of interne audits uit over de naleving van de procedure over patiëntidentificatie	
--------------	--	--	---	--

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.8	DOSSIER generiek			
G.8.1		Er wordt een accuraat, actueel en volledig medisch en verpleegkundig dossier bijgehouden voor iedere patiënt. Het dossier bevat alle gegevens vermeld in artikel 33 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg	Het patiëntendossier is een geïntegreerd (bij voorkeur elektronisch) multidisciplinair dossier en omvat behandeling en observaties van alle zorgverstrekkers die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt.	KB 23 oktober 1964, art N1, II 6° KB 3 mei 1999 art 1 KB 28 december 2006 art 1, §1 Wet 22 april 2019, art 33 Wet 22 aug 2002 9, §1
G.8.2		De dossiers kunnen steeds geraadpleegd worden door alle bevoegde zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt. Het actuele volledige (medisch en verpleegkundig) patiëntendossier (op papier of bij voorkeur elektronisch) is toegankelijk op de afdeling waar de patiënt zich bevindt.	De toegang tot de dossiers (lees- en schrijfrechten) is vastgelegd, beveiligd en wordt gelogd. Het ziekenhuis ziet er op toe dat slechts bevoegden toegang hebben tot het dossier en beschikt over systemen om raadpleging van het dossier door onbevoegden op te sporen. De werknemer vergrendelt de PC zodra hij deze onbeheerd achterlaat.	KB 3 mei 1999 art 6, §1 2° alinea KB 28 december 2006 art 7
G.8.3		Het medisch luik van het dossier bevat tenminste volgende documenten en gegevens: 1° medisch anamnese; medische, familiale en persoonlijke antecedenten; gekende allergieën; 2° de resultaten van alle medisch-technische onderzoeken en adviezen van geconsulteerde artsen en paramedici; 3° de thuismedicatie en de ontslagmedicatie; 4° de ingestelde behandelingen en de evolutie van de aandoening.	De patiënten hebben het recht de informatie te lezen die over hen is vastgelegd en opmerkingen daarover te maken.	KB 3 mei 1999 art 2 en art 6, §2

		5° bij een chirurgische ingreep: het operatieprotocol en het anesthesieprotocol; 6° de voorlopige en definitieve ontslagbrief; 7° de notities waaruit de geïnformeerde toestemming van de patiënt blijkt voor iedere tussenkomst; 8° indien van toepassing: het verslag van de autopsie. Alle documenten worden door de arts die ze opstelde ondertekend of elektronisch gevalideerd.	De geïnformeerde toestemming kan blijken uit een handtekening van de patiënt of zijn vertegenwoordiger bij het item in het patiëntendossier, een ondertekend toestemmingsformulier of een inhoudelijke notitie van de zorgverlener waaruit blijkt dat de patiënt geïnformeerd is en toestemt.	
G.8.4.1		Het verpleegkundig luik van het dossier bevat 1° verpleegkundige anamnese met informatie over allergie, thuismedicatie, contactgegevens en alle elementen die de leefgewoonten van de patiënt weergeven, inclusief sociale anamnese en kenmerken van de patiënt (invaliditeit, etniciteit, taalkennis, woonsituatie, voedingsgewoontes, mantelzorg, vervoersmogelijkheden,..) 2° de voorgeschreven medische orders en behandelingen (gevalideerd /getekend door de arts), met name de staande orders, medicamenteuze toedieningen, de diagnostische onderzoeken, de technische verstrekkingen en de toevertrouwde handelingen; 3° het verpleegplan met de verpleegproblemen en/of verpleegdiagnoses, de doelstellingen, de verwachte resultaten en verpleegkundige interventies en de al dan niet verstrekte zorgen, overeenkomstig het verpleegplan en de voorgeschreven behandelingen. 4° de observatienota's, evaluaties, de evoluties, de huidige en potentiële wijzigingen met registratie van de parameters volgens	De patiënten en hun familie worden betrokken bij de verzameling van de informatie zodat de informatie accuraat en volledig is. Medicatie wordt genoteerd / afgevinkt na toediening door de verpleegkundige die toegediend heeft. Reden van niet toedienen van medicatie wordt vermeld. Indien van toepassing bevat het zorgplan de aangepaste beoordeling en bestrijding van pijn. Uit het dossier blijkt het gebruik van een pijnevaluatie-instrument om de pijn van de patiënt te beoordelen.	Wet patiëntenrechten art 11bis

		medische noodzaak met op een acute dienst minimum dagelijks éénmalige meting van: *hartfrequentie *bloeddruk *temperatuur *pijn (pijnintensiteit, evaluatie van behandeling) en indien van toepassing *bewustzijn *respiratoire aandachtspunten *saturatiemeting *gewicht *voedingsstatus 5° de medische en paramedische informatie die nodig is om de kwaliteit en de continuïteit van de verpleegkundige zorg aan de patiënt te verzekeren (minimaal paramedische therapie en evolutie) 6° alle elementen ter voorbereiding op het ontslag van de patiënt; 7° verpleegkundige ontslagbrief		
G.8.4.2		Het is duidelijk welke verpleegkundige / zorgkundige verantwoordelijk is voor welke akten, uitgevoerd bij welke patiënt. Deze gegevens zijn terug te vinden op basis van registratie in het verpleegkundig dossier.		KB 23 oktober 1964, art N1, III 12°
G.8.4.3		Het is voor elke patiënt duidelijk welke verpleegkundige de coördinatie opneemt voor zijn verpleegkundige zorg		
G.8.5		Bij een transfusie bevat het medisch luik: * indicatie voor de transfusie * controle bloedgroep en rhesusfactor * lotnummer en type van het toegediende bloedproduct * datum en uur van toediening (start- en stopuur) en toedieners (arts en		CBO richtlijn bloedtransfusie 2011 HGR 8381 KB 3 mei 1999 art 2, §1 10°

		verpleegkundige) * eventuele reacties * klinische en/of biologische evaluatie van de doeltreffendheid van de interventie En bevat het verpleegkundig luik : *de controle van de parameters bij transfusie met name de temperatuur, pols, bloeddruk en observaties bij de patiënt: - vlak voor transfusie - 15 minuten na de start van de transfusie - op het einde van de transfusie - bij transfusiereactie.		
G.8.6			Het ziekenhuis beschikt over een geschreven procedure zodat uit het dossier onmiddellijk blijkt dat de patiënt drager is van een multiresistente kiem en welke maatregelen zoals bvb isolatie genomen moet worden. De ontslagbrief of transfertdocument van deze patiënt bevat de microbiologische toestand van de patiënt en de behandeling, die lokaal en / of systemisch aan de patiënt werd toegediend en nog toegediend moet worden, evenals alle maatregelen voor de opvolging.	HGR Richtlijnen voor de beheersing en preventie van overdracht van Methicilline-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) in Belgische ziekenhuizen 2003
G.8.7		De identiteit van de patiënt is op elk document of formulier in het patiëntendossier (op scherm of losbladig afgedrukt) gevisualiseerd.		
G.8.8			Het dossier bevat, indien van toepassing: het resultaat van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen. Het dossier bevat, indien van toepassing, het multidisciplinaire revalidatieplan en het	

			resultaat van de bespreking ervan met de patiënt.	
G.8.9			Het dossier bevat, indien van toepassing: adviezen van gespecialiseerde teams (bv.. palliatief support team,...;)	
G.8.10			Het dossier bevat, indien van toepassing: adviezen van verpleegkundige specialisten (bv wondzorg, stomazorg, diabetesteam, interne liaison geriatrie, pijnverpleegkundige,...)	
G.8.11			Het dossier bevat, indien van toepassing: een screening op valrisico bij de patiënt en de voorzorgsmaatregelen die genomen zijn. Elk valincident wordt bij elke patiënt geregistreerd.	
G.8.12		In het dossier zijn de wensen van de patiënt en/of zijn vertegenwoordiger over zorgbeperkingen en de negatieve wilsverklaring opgenomen. Indien van toepassing wordt de zorgbeperking met de patiënt en zijn verwanten besproken. Een DNR-code heeft een opvallende en snel toegankelijke plaats in het dossier. De DNR-code is met datum getekend/gevalideerd door de arts. Indien de DNR-code groter is dan nul: * er is een melding met datum "besproken in team" * er is een melding met datum " besproken met patiënt-familie"		Wet patiëntenrechten art 8

		* er is een bondige weergave van de inhoud van het gesprek (wensen van gesprekspartners en resultaat van gesprek)		
--	--	--	--	--

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.9	PIJNBELEID generiek			
G.9.1		Elke zorgverstreker geeft de meest aangepaste zorg om pijn bij de patiënt te voorkomen, er aandacht voor te hebben, te evalueren, in aanmerking te nemen, te behandelen en te verzachten.	Er is een ziekenhuisbreed pijnbeleid, eventueel aangevuld met dienstspecifieke pijnprotocollen.	Wet patiëntenrechten art 11bis
G.9.2			Het pijnbeleid is gekend en wordt toegepast door de medewerkers. Daartoe organiseert het ziekenhuis een inscholing bij hun introductie en een regelmatige vorming.	
G.9.3			Het ziekenhuis gebruikt erkende pijnevaluatie-instrumenten om de pijn van een cliënt te beoordelen. De pijnevaluatie wordt uitgevoerd in samenspraak met de patiënt en is voor de leeftijd, toestand en aandoening van de patiënt geschikt (ook voor de niet communicatieve en of patiënt met dementie). De frequentie van deze pijnmetingen is vermeld in de pijnprotocollen.	
G.9.4			Er zijn staande orders voor de pijnbehandeling. Indien dit om dienstspecifieke redenen niet het geval is, wordt dit vermeld in het pijnprotocol.	
G.9.4.1			De staande orders worden in het patiëntendossier opgenomen, gevalideerd/ondertekend door de arts.	
G.9.5			De pijnmetingen en indicatoren worden geregistreerd en geanalyseerd en geven aanleiding tot verbeteracties van het pijnbeleid.	KB 27 april 2007 art 2, 4° en 5°

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.10	ONTSLAGBELEID generiek			
G.10.1		Voor elke zorgverlener die instaat voor of betrokken wordt bij de nazorg van een patiënt na het ziekenhuisverblijf en voor elke zorgverlener die de patiënt aanwijst, wordt bij ontslag in een ontslagbrief voorzien, eventueel een voorlopige gevolgd door een definitieve. Deze bevat, naast de algemeen medische en verpleegkundige gegevens, waaronder de relevante anamnestiche gegevens, behandeling, verloop hospitalisatie, vereiste nazorg, medicatieschema) ook een specifieke input van de zorgverstrekkende discipline (kinesitherapie, verpleegkundige zorg, logopedie...) Voor regelmatig terugkomende patiënten kan één ontslagbrief volstaan die een beperkt aantal opnamen van de patiënt omvat. Een kopie van de voorlopige of definitieve ontslagbrief wordt in het patiëntendossier bewaard.	Er zijn schriftelijke afspraken over de termijn waarbinnen de (definitieve) ontslagbrief naar de verwijzende arts/huisarts wordt verzonden.	KB 3 mei 1999 art 3, §3 KB 10 februari 2008 art. 4 KB 28 december 2006 art. 4
G.10.2		Patiënten worden schriftelijk geïnformeerd over de noodzakelijke nazorg bij de specifieke behandeling (normaal verloop, pijn, mogelijke complicaties, contactgegevens bij problemen, medicatieschema, afspraak controle,...) Indien van toepassing worden voorschriften (bv. medicatie, wondzorg, ...) met de patiënt meegegeven. Er is een mondelinge toelichting bij deze schriftelijke informatie.	Er wordt voldoende medicatie meegegeven zodat de continuïteit van medicatie-inname kan worden verzekerd gedurende de periode die nodig is om de thuismedicatie in de apotheek aan te schaffen.	KB 10 februari 2008 art. 4

G.10.2.1			Het medicatieschema bevat voor elk geneesmiddel: 1. Naam; 2. dosis en posologie; 3. Toedieningsvorm; 4. evt. specifieke opmerkingen zoals stopdatum of zelfregulatiemogelijkheid Het medicatieschema bij ontslag is terug te vinden in het patiëntendossier. Indien van toepassing ook vermelding van medicatie, die niet mag gebruikt worden, na het onderzoek of de behandeling.	
G.10.3		Indien van toepassing, in functie van infectiepreventie, is er een vervoersdocument voor de ambulancedienst met vermelding van de te nemen maatregelen volgens de soort isolatie. Een kopie daarvan wordt in het patiëntendossier bewaard.		HGR 7725

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.11	COMMUNICATIE MET PATIENT en VERWANTEN – INFORMED CONSENT			
G.11.1		Het behandelende team informeert (minimaal mondeling) en betreft de patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) en zijn omgeving familie/context ten laatste bij de planning van de behandeling over zijn opname, evaluatie, revalidatie en ontslag : * reden voor de behandeling * het behandelplan * de uitvoer van de behandeling * het verwachte resultaat * de mogelijke complicaties, risico's en problemen * alternatieve behandelopties * herstelperiode en nazorg * de financiële implicaties Ze informeren bovendien over de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de behandeling, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen.	Het <i>informed consent</i> wordt voor geplande behandelingen minimaal schriftelijk vastgelegd. Voor volwassenen volstaat een handtekening van het item in het patiëntendossier, een afvinken, een ondertekend IC formulier of een inhoudelijke notitie.	Wet 22 aug 2002 art 7 en 8 Wet 23 mei 2013 art 18-20.
G.11.2		Bij minderjarigen is er een schriftelijke, geïnformeerde toestemming van de wettelijke vertegenwoordiger(s) van de minderjarige die terug te vinden is in het patiëntendossier. Indien er een verklaring van de arts is over voldoende maturiteit van de minderjarige, dan is deze schriftelijke toestemming niet nodig. In dat geval is de verklaring van de maturiteit van de minderjarige in het patiëntendossier terug te vinden	Bij mature minderjarigen moet het <i>informed consent</i> door deze jongere zelf ondertekend worden.	

G.11.3		De patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) heeft tegenover de beroepsbeoefenaar recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan.		Wet 22 aug 2002 Art. 7. § 1
G.11.4		De communicatie met de patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) vindt plaats in een duidelijke taal.	Er zijn tolk- en vertaaldiensten beschikbaar voor de patiënten en hun familie. Indien bepaalde doelgroepen van de samenleving die het ziekenhuis verzorgt anderstalig zijn, worden de informatiefolders in een taal die voor hen begrijpelijk is, vertaald.	Wet 22 aug 2002 Art. 7. § 2
G.11.5			De dienst beschikt over een informatiebrochure voor familie/patiënten. Daarin dienen minimaal volgende elementen te worden opgenomen: bezoeken en -voorwaarden, zorgverstrekkers, contactgegevens, werking van de dienst.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.12		DELIRIUM		
G.12.1			Er is een actueel (max drie jaar geleden opgesteld of geëvalueerd) en ziekenhuisbreed toegepast deliriumprotocol voor volwassenen en ouderen.	
G.12.1.1			Dit protocol bevat minimaal: - een overzicht van de preventieve maatregelen ter voorkoming van delirium; - een screeningsinstrument voor (het risico op) delirium met instructies voor de identificatie van risicopatiënten; - een diagnostisch instrument voor delirium met instructies en uitleg; - een overzicht van niet-medicamenteuze maatregelen om een delirium te behandelen; - een basis medicatieschema voor de behandeling van een relatief ongecompliceerde delirium; - de beschikbaarheid van bijzondere expertise in het ziekenhuis voor de benadering van een patiënt met delirium; - afspraken over inzet van familie en andere betrokkenen.	
G.12.2			Er wordt gescreend voor risico op delirium volgens de instructies die zijn opgenomen in het overeenkomstig protocol.	

G.12.3			Patiënten met een verhoogd risico op delirium worden minstens één maal per dag gescreend op delirium. Het screeningsresultaat wordt in het patiëntendossier vermeld.	
G.12.4			Bij transfert van de patiënt met een verhoogd risico op delirium naar een andere afdeling in het ziekenhuis of naar een ander ziekenhuis wordt bijzondere aandacht geschonken bij de overdracht aan de preventieve maatregelen en de resultaten van de screening op delirium net voor de overplaatsing. Deze maken onderdeel uit van het patiëntendossier.	
G.12.5			Het team houdt rekening met het beleid voor de vrijheidsbeperkende maatregelen bij de toepassing van het beleid voor delirium.	
G.12.6			Het ziekenhuis beschikt over een begrijpelijke informatiebrochure over delirium, de symptomen, risico's en de te nemen maatregelen voor de patiënt en verwanten.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.13	VALPREVENTIE generiek			
G.13.1	-		Er is een actueel (max drie jaar geleden opgesteld of geëvalueerd) en ziekenhuisbreed toegepast valpreventiebeleid om valincidenten bij patiënten te voorkomen.	
G.13.1.1			Dit valpreventiebeleid omhelst minstens: *Welke patiënten gescreend worden * te gebruiken gevalideerde screeningsinstrumenten *wanneer de screening gebeurt *op welke manier dit valrisico gescreend wordt *uitvoerend meetinstrument *algemene maatregelen voor valpreventie *specifieke maatregelen voor patiënten met verhoogd risico	
G.13.2	-		Deze maatregelen zijn gekend en worden toegepast door de medewerkers. Er is vorming en opleiding van de maatregelen en het toezicht op de naleving ervan.	
G.13.3			Specifieke maatregelen zijn aanwezig voor patiënten met een verhoogd risico, waaronder *Informerende van patiënt/familie (bv brochure) *Aangepast toiletbezoek (urinaal/bedpan/toiletstoel); *Aangepaste loophulp.	

G.13.4			Algemene maatregelen voor valpreventie zijn aanwezig, ook voor patiënten zonder verhoogd risico, waaronder *oproepsysteem, bril, drank en bezigheid (afstandsbediening TV, boek/krant, handwerk) en met patiënt af te spreken items binnen handbereik van de patiënt; *kamer/gang vrij van obstakels; *rollend materiaal vastzetten na verplaatsen; *infuusstaander aan juiste kant; *verlichting in orde afhankelijk van de noden van de patiënt vooraleer je die verlaat; *Bed in juiste positie; *droge vloer en specifieke maatregelen bij natte vloer; *veilig schoeisel; *preventie tegen vallen bij transport van patiënt in bed of rolstoel.	
G.13.5			Valincidenten worden gemeld via een incidentmeldingssysteem. Gemelde valincidenten worden geëvalueerd door een expertteam. De effectiviteit van de preventiemaatregelen wordt geëvalueerd. Deze evaluaties worden gebruikt voor verbetering van het beleid.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.14	ZORGOVERDRACHT generiek			
G.14.1			Bij elke patiënt die getransporteerd wordt in bed, zijn de bedsponden omhoog.	
G.14.2			Het ziekenhuis heeft een beleid dat wordt toegepast dat garandeert dat er bij elke zorgoverdracht (gewijzigd team of zorglocatie) een effectieve communicatie van de informatie is die relevant is voor de zorgverlening aan de patiënt.	
G.14.3			Het beleid definieert en standaardiseert de informatie die minimaal wordt vastgelegd in een medische en verpleegkundige nota (evt. elektronisch) opgesteld bij zorgoverdracht. Volgende elementen dienen minimum in de nota genoteerd te staan: -identiteit van de patiënt, -diagnose en behandeling, -verpleegkundige zorgen, -parameters en -medicatieschema inclusief recent toegediende medicatie: naam, dosis, tijdstip toediening en toedieningsvorm.	
G.14.4			De zorgeenheden hanteren de terugkoppelingen uit de beoordelingen van de nota, de gemelde incidenten en van de patiënt en familie om verbeteringen in het beleid aan te brengen.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.15	MEDICATIE generiek			
G.15.1			De ziekenhuisapotheker maakt samen met het medisch farmaceutisch comité een procedure op over de veilige omgang met hoog risico medicatie. Deze procedure bevat minstens: ✓ Oplijsting van de hoogrisicomedicatie ✓ Het gebruik van een waarschuwingssysteem bvb; via labeling ✓ Veilige manier van opslag, voorschrijven, bereiden, toedienen ✓ Beperking van concentraties en volumes (op elke afdelingen moet duidelijk zijn welke hoeveelheden en concentraties mogen bewaard worden) ✓ Toegangsbevoegdheden. ✓ Opleiden van zorgverleners om op een veilige manier om te gaan met hoogrisicomedicatie ✓ Snel informatiebereik over alle aspecten van de hoogrisicomedicatie voor de medewerkers	
G.15.2			Het ziekenhuis bepaalt welke medicatie als hoog-risico omschreven wordt en heeft een procedure hoe men hier op een veilige manier mee omgaat. Hoogrisico medicatie omvat minimaal: ✓ Geconcentreerde elektrolyten (bv. KCl) ✓ Heparine ✓ Insuline ✓ Cytostatica	Institute for Safe Medication Practices (ISMP)

			✓ Narcotica ✓ Adrenerge middelen ✓ Neuromusculaire inhibitoren Deze procedure is gekend door de zorgverleners en wordt nageleefd.	
G.15.3			Er is een procedure aanwezig om verwarring te vermijden bij omgang met medicatie die gelijkaardig verpakt is ("<i>look alike</i>") of gelijkaardig klinkt ("<i>sounds alike</i>"). Die procedure is bekend en wordt correct opgevolgd.	
G.15.4			Er is een lijst met verboden afkortingen die binnen het ziekenhuis niet gebruikt mogen worden. Deze eis geldt niet indien een ziekenhuisbreed elektronisch voorschrijfsysteem wordt gebruikt.	
G.15.5			Alle medicatievoorraden (kast of ruimte) zijn afsluitbaar en worden afgesloten indien onbewaakt.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.16	KWALITEIT VAN ZORG generiek			
G.16.1		Het ziekenhuis beschikt over een kwaliteitshandboek, waarin het kwaliteitsbeleid gestalte krijgt.		Decreet van 17 oktober 2003, art 5.
G.16.2		Het ziekenhuis verzamelt en registreert op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van de zorg, minimaal over: * ziekenhuisinfecties (zie eisenkader infectiepreventie) * decubitus * valincidenten * (bijna-)fouten en ongevallen * parameters bepaald in de regelgeving over de erkenning van diensten en zorgprogramma's.	Er wordt ziekenhuisbreed gebruik gemaakt van een incidentmeldingssysteem.	Decreet van 17 oktober 2003, art 5; KB 23 oktober 1964, art N1, III. 9° bis Belgische Werkgroep voor Kwaliteitszorg ter Preventie van Decubitus.
G.16.3		De cijfers van de systematische registratie worden * opgevolgd op dienstniveau * teruggekoppeld naar de hoofdverpleegkundige en medisch diensthoofd * centraal opgevolgd om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren.	De diensten beschikken over jaarverslagen en beleidsplannen die multidisciplinair zijn opgesteld.	KB 13 juli 2006 art 2, 4, 5, 6, 7; Decreet van 17 oktober 2003, art 5.
G.16.4		De cijfers worden gebruikt om het beleid van de afdeling bij te sturen (analyse, bespreking, verbeteracties) en aangewend in de beleidscyclus		KB 13 juli 2006 art 2, 4, 5, 6, 7.

INFECTIEPREVENTIE generiek

BRONNEN

Codex Welzijn op het werk boek VII, hoofdstuk XII.

Koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

Koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapotheek moet voldoen om te worden erkend.

Koninklijk besluit van 26 april 1999 houdende oprichting van een Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid

Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Koninklijk besluit van 14 november 2003 betreffende autocontrole, meldingsplicht en traceerbaarheid in de voedselketen.

Ministerieel Besluit van 19 juni 2009 tot bepaling van de lijst van infecties die gemeld moeten worden en tot delegatie van de bevoegdheid om ambtenaren-artsen en ambtenaren aan te wijzen.

Sciensano, Volksgezondheid & Surveillance, kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen, Jaarrapport 2019 – Data 2018 (nsih.be).

Aanbevelingen HGR 5109 van maart 2005 inzake het beheer van medisch verzorgingsafval.

Advies HGR 8816 van maart 2013 over hepatitis B.

Aanbevelingen HGR 8580 van april 2013 over infectiebeheersing bij bouwen, verbouwen en technische werkzaamheden in zorginstellingen.

Advies HGR 9110 van april 2014 over kinkhoest.

Aanbevelingen HGR 9444 van mei 2017 inzake textiel in zorginstellingen.

Aanbevelingen HGR 9344 van mei 2018 over handhygiëne tijdens de zorgverlening.

Advies HGR 9488 van oktober 2018 over seizoensgebonden griep.

Aanbevelingen van HGR 9277 van mei 2019 over de preventie, beheersing en aanpak van patiënten die drager zijn van tegen antibiotica multiresistente bacteriën (MDRO) in zorginstellingen.

EN ISO 158831 prestatie-eisen voor desinfecterende wasmachines.

Autocontrolegids van oktober 2015 voor de sector van de grootkeukens en verzorgingsinstellingen (http://www.favv.be/autocontrole-nl/gidsen/distributie/g025/_documents/G-025v2_NL_20151015.pdf).

Handleiding van december 2014 van OVAM over het beheer medische afvalstoffen (ovam.be).

Basisfiche basisvereisten handhygiëne van het Vlaams IndicatorenPlatform.

CDC: guideline for isolation precautions 2007, Appendix vanaf pagina 93.

Omzendbrief van 19 juli 2007 over het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (erkenningnormen voor ziekenhuishygiëne)

Boyce J.M., Pittet D. Guideline for Hand Hygiene in Health Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR, 2002.

APIC (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology), implementation guides, <https://apic.org/professional-practice/implementation-guides/>.

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
G.17 INFECTIEPREVENTIE generiek				
1 MEDISCH EN NIET-MEDISCH KADER				
17.1.1		Het ziekenhuis heeft een team voor ziekenhuishygiëne dat bestaat uit: - minstens één arts-ziekenhuishygiënist (0.5VTE) - minstens één verpleegkundige-ziekenhuishygiënist. (1 VTE) Het team rapporteert naar het comité. De leden van het team kunnen via scholingsattesten de opleiding aantonen die de wet hen oplegt.		KB 23 oktober 1964 art N1, III, 9°bis b)
17.1.2		Het ziekenhuis heeft een comité voor ziekenhuishygiëne dat is samengesteld uit minstens: 1° de directeur van het ziekenhuis; 2° het team voor ziekenhuishygiëne; 3° een ziekenhuisapotheker; 4° een microbioloog; 5° de hoofddarts/medisch directeur; 6° het hoofd van het verpleegkundig departement; 7° drie artsen werkzaam in de instelling, aangewezen door de medische raad; 8° drie verpleegkundigen werkzaam in de instelling, aangewezen door het hoofd van het verpleegkundig departement. Het comité komt minimaal 4x/jaar samen. Alle beslissingen van het comité zijn		KB 23 oktober 1964 art N1, III, 9°bis c)

		beschikbaar voor de directeur en de bevoegde arts-inspecteur.		
17.1.3		In de schoot van het medisch-farmaceutisch comité wordt een pluridisciplinaire antibiotherapiebeleidsgroep opgericht dat is samengesteld uit minstens: a) de coördinator van de groep (“afgevaardigde bij het antibiotherapie-beheer van het ziekenhuis”), arts-specialist met de competenties zoals in d) beschreven b) een arts-ziekenhuishygiënist van het team voor ziekenhuishygiëne c) een arts-specialist in klinische biologie of een apotheker houder van het diploma van specialist in klinische biologie d) een arts-specialist met bijzondere ervaring in klinische infectiologie en/of medische microbiologie waaronder wordt verstaan: - ofwel een arts-specialist houder van de bijzondere beroepstitel klinische infectiologie en/of een arts-specialist houder van de bijzondere beroepstitel medische microbiologie - ofwel, zolang er geen erkenningscriteria werden vastgesteld voor de bijzondere beroepstitels in de klinische infectiologie en in de medische microbiologie, een arts-specialist in de inwendige geneeskunde, een arts-specialist in de pneumologie, een arts-specialist in de pediatrie, een arts-specialist houder van de		KB 4 maart 1991 art. 25 bis, §1 en 2

		bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg of een arts-specialist in de klinische biologie e) een ziekenhuisapotheker		
17.1.4		De ziekenhuizen beschikken over minimaal één VTE verpleegkundige ziekenhuishygiënist en minimaal een halve VTE arts-ziekenhuishygiënist, waarbij het exact aantal VTE van beide berekend wordt volgens de parameters opgenomen in het KB van 21 juli 2017.		Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, art 56

17.1.5			Het ziekenhuis beschikt over referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne waarop alle verpleegeenheden beroep kunnen doen. Het ziekenhuis stelt een lijst op van referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne. Deze lijst is consulteerbaar. Er is een verslag van elke vergadering met de referentieverpleegkundigen.	K.B. 23 oktober 1964 I algemene inrichting III. Organisatorische normen 2° alinea 9 Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen - verzameling 2019 (gegevens 2018) Omzendbrief 19 juli 2007 over het KB van 26 april 2007 tot wijziging van het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (erkenningnormen met betrekking tot ziekenhuishygiëne) KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (financiering van de ziekenhuishygiëne en toezicht op de nosocomiale infecties).
--------	--	--	---	---

17.1.6			Het ziekenhuis voorziet jaarlijks in interne of externe vorming van de referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne. Er is een bewijs van de aanwezigheid van de referentieverpleegkundige op de interne of externe vorming of de deelname aan e-learning.	KB 23 oktober 1964 Art N1, III 9°bis Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen – verzameling 2019 (gegevens 2018)
--------	--	--	--	---

2. ORGANISATIE				
17.2.1		Het team ziekenhuishygiëne stelt een algemeen strategisch plan op voor infectiepreventie en -bestrijding evenals een jaarlijks beleidsplan op basis van prioriteiten van het ziekenhuis, wetenschappelijke evidentie en best practices. Het team stelt een jaarlijks activiteitenverslag en evalueert jaarlijks de werking van het team.		KB 23 oktober 1964 Art N1, III 9°bis b) taken team Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen – verzameling 2019 (gegevens 2018)
17.2.2			Het team ziekenhuishygiëne voorziet in opleidingen over ziekenhuishygiëne voor het ziekenhuispersoneel met patiëntencontact, in het bijzonder een opleiding voor startende medewerkers in de zorg. Er zijn documenten beschikbaar die gebruikt worden tijdens de opleiding. Er is een bewijs van de aanwezigheid van de verpleegkundige op de vorming of de deelname aan e-learning..	Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen – verzameling 2019 (gegevens 2018)
17.2.3			Het beleid en aanbevelingen van het team zijn eenvoudig toegankelijk voor alle ziekenhuismedewerkers.	

3. TOEZICHT OP NOSOCOMIALE INFECTIES				
17.3.1		Het ziekenhuis neemt deel aan de initiatieven inzake toezicht op de nosocomiale infecties. Het toezicht heeft betrekking op: 1. Methicilline-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het relevant nationaal referentielaboratorium; 2. De septicemieën over het hele ziekenhuis overeenkomstig het protocol van het Sciensano; 3. Multiresistente Gram-negatieve bacteriën overeenkomstig het protocol van het Sciensano en het relevant nationaal referentielaboratorium. Het toezicht heeft eveneens betrekking op één aanvullend protocol te kiezen uit één van de volgende protocollen: 1. Clostridium difficile overeenkomstig het protocol van het Sciensano en het relevant nationaal referentielaboratorium; 2. Vancomycine resistente enterokokken (VRE) overeenkomstig het protocol van het Sciensano en het relevant nationaal referentielaboratorium; 3. Pneumonieën en bacteriëmieën in de eenheden intensieve zorgen overeenkomstig het protocol van het Sciensano; 4. Infecties van de operatiewonden overeenkomstig het protocol van het Sciensano. Het toezicht heeft eveneens betrekking op de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het ziekenhuishygiënebeleid in de instelling, indicatoren die gedefinieerd worden door de	Het ziekenhuis legt de indicatoren voor die zij meet in het kader van deze wettelijke verplichting. Het ziekenhuis volgt de nosocomiale infecties op, analyseert de uitbraken, spoort de oorzaken en bron op en het team voor ziekenhuishygiëne formuleert aanbevelingen ter voorkoming ervan.	KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. art. 56, §2 Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen – verzameling 2019 (gegevens 2018) Koninklijk besluit van 26 april 1999 houdende oprichting van een Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid

		'Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid'.'		
17.3.2		Het ziekenhuis meldt aan het agentschap zorg en gezondheid een plotse toename van het aantal infecties door multiresistente micro-organismen in vergelijking met de normale incidentie en de infecties opgenomen in art 1 van het MB van 19 juni 2009.	Het ziekenhuis kan de registraties en meetmethodiek aantonen waarmee ze deze infecties monitort.	Ministerieel Besluit van 19 juni 2009 tot bepaling van de lijst van infecties die gemeld moeten worden en tot delegatie van de bevoegdheid om ambtenaren-artsen en ambtenaren aan te wijzen.

4. RICHTLIJNEN / PROCEDURES				
17.4.1		Het ziekenhuis heeft een aantoonbaar beleid doorheen het ziekenhuis in verband met voorzorgsmaatregelen ter preventie van overdracht van besmettelijke kiemen.		KB 23 oktober 1964 Art N1, III 9°bis Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen – verzameling 2019 (gegevens 2018)
17.4.2			Er is een geactualiseerde ¹ procedure ter preventie van de overdracht via contact/druppels/lucht.	
17.4.3			Er is een geactualiseerde procedure voor de schoonmaak en desinfectie van de fysieke omgeving, oppervlakken en niet-medisch materiaal (bv. bel, nachtkastje, toilet) die rekening houdt met het risico op infectie om de noodzakelijke reinigingsfrequentie en het desinfectieniveau vast te leggen.	Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen – verzameling 2019 (gegevens 2018)
17.4.4			Er is een geactualiseerde procedure voor de schoonmaak en desinfectie van niet-kritisch medisch materiaal (bv. stethoscoop, bloeddrukmeter, thermometer).	Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen – verzameling 2019 (gegevens 2018)
17.4.5			Er zijn richtlijnen voor en er is toezicht op de methoden van wassen en verdeling van linnen.	Aanbevelingen HGR 9444 inzake textiel in zorginstellingen.

¹ Geactualiseerd betekent aangepast aan de recentste wetenschappelijke richtlijnen (*evidence*)

17.4.6			Er zijn richtlijnen voor en er is toezicht op de hygiëne in de bereiding en de distributie van de voeding in de keuken en melkkeuken. De verantwoordelijke teams zien toe op de toepassing van de vigerende normen voor voedselveiligheid ter voorkoming van door voedsel overgedragen ziekten.	KB 23 oktober 1964 Art N1, III 9°bis KB 14 november 2003 art 3 en 8
17.4.7			Er zijn richtlijnen voor en er is toezicht op het afvalbeheer.	KB 23 oktober 1964 Art N1, III 9°bis; Aanbevelingen HGR 5109 van maart 2005 inzake het beheer van medisch verzorgingsafval. Handleiding van december 2014 van OVAM over het beheer medische afvalstoffen.
17.4.8		Er is een beleid om personeel te motiveren zich te laten vaccineren tegen door vaccinaties vermijdbare infecties.		Advies HGR 9488 van oktober 2018 over seizoensgebonden griep; Advies HGR 9110 van april 2014 over kinkhoest; Advies HGR 8816 van maart 2013 over hepatitis B; Codex Welzijn op het werk boek VII, hoofdstuk XII
17.4.9		Er is een beleid over de handhygiëne (cf. infra 17.5)		KB 23 oktober 1964 Art N1, III 9°bis b) taken team 1°a) Aanbevelingen HGR 9344 van mei 2018 over handhygiëne tijdens de zorgverlening. Basisfiche basisvereisten handhygiëne van het Vlaams IndicatorenPlatform. Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen – verzameling 2019 (gegevens 2018)

17.4.10		Het ziekenhuis heeft een beleid voor de isolatie van besmette patiënten ter indijking van overdracht van besmettelijke ziekten	Er is een geactualiseerde procedure ter preventie van overdracht van antibiotica multiresistente bacteriën (MDRO) die ten minste de volgende elementen bevat: - herkenning in het dossier bij heropname van gekende MDRO+ patiënt; - geschreven beleid voor het screenen op MDRO; - systeem om MDRO+ te identificeren (verpleegdossier, medisch dossier, isolatiekaarten kamer); - speciale planning voor operatiekwartier en medisch-technische afdelingen; - procedure onderhoud kamer.	KB 23 oktober 1964 Art N1, III 9°bis Aanbevelingen van HGR 9277 van mei 2019 over de preventie, beheersing en aanpak van patiënten die drager zijn van tegen antibiotica multiresistente bacteriën (MDRO) in zorginstellingen.
17.4.11		Het team ziekenhuishygiëne heeft een beleid over de uitvoering en de opvolging van infrastructuurwerken in het ziekenhuis.	Er is een geactualiseerde procedure m.b.t. bouwen en verbouwen binnen de zorginstelling, waarbij het team ziekenhuishygiëne betrokken wordt bij de planning van nieuwbouw- of renovatieprojecten.	KB 23 oktober 1964 Art N1, III 9°bis b) taken team 3°a) Aanbevelingen HGR 8580 van april 2013 over infectiebeheersing bij bouwen, verbouwen en technische werkzaamheden in zorginstellingen.
17.4.12		Het team ziekenhuishygiëne wordt betrokken bij de creatie van optimale arbeidsomstandigheden voor de ziekenhuismedewerkers.	Er is een geactualiseerde procedure voor dragen van persoonlijke beschermingsmaatregelen om activiteiten met een verhoogd risico veilig uit te voeren (indicaties voor dragen van handschoenen, masker, schort, beschermbril) en deze wordt toegepast. De persoonlijke beschermingsmiddelen (schort,	

			spatbril, masker, handschoenen...) zijn steeds beschikbaar.	
17.4.13			Er is beleid voor de creatie van en toezicht op optimale omgevingsomstandigheden en luchtvochtigheid in de werkomgeving om de overdracht van micro-organismen in te dijken.	HGR 8580 consensusdocument 11: verwarming, verluchting en airconditioning.
17.4.14		Het team ziekenhuishygiëne heeft een beleid over en volgt de aankoop van medische materialen in het ziekenhuis op.	Het team wordt betrokken bij de selectie bij aankoop en onderhoud van medische instrumenten, hulpmiddelen en apparatuur.	KB 23 oktober 1964 Art N1, III 9°bis b) taken team 3°c)
17.4.15		Het team ziekenhuishygiëne heeft een beleid en procedures ontwikkeld voor geleende, geconsigneerde en gelease medische apparaten.		KB 23 oktober 1964 Art N1, III 9°bis b) taken team 3°c)
17.4.16			De instelling betreft patiënten, familie en bezoekers bij de bevordering van infectiepreventie via: - folders - opleiding, voorlichtingscampagnes - posters Zij krijgen passende en noodzakelijke informatie en voorlichting in begrijpelijke vorm. Zij hebben toegang tot middelen voor handhygiëne en tot persoonlijke beschermingsmiddelen, afhankelijk van het risico op de overdracht	Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen – verzameling 2019 (gegevens 2018)

5. HANDHYGIENE				
17.5.1		Er is een procedure voor handhygiëne (met basisvoorwaarden, indicaties en techniek) en deze wordt toegepast.		KB 23 oktober 1964 Art N1, III 9°bis b) taken team 1°a) Aanbevelingen HGR 9344 van mei 2018 over handhygiëne tijdens de zorgverlening.
17.5.2			Basisvereisten voor handhygiëne worden opgevolgd door alle artsen, personeel en medewerkers die patiëntencontact hebben: - juwelenvrije handen en voorarmen; - geen polshorloges, armbanden en/of ringen; - korte zuivere nagels, d.w.z. geen nagellak, gel- of kunstnagels; - korte mouwen tot boven de elleboog zowel van dienstkledij als van burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen.	Boyce J.M., Pittet D. Guideline for Hand Hygiene in Health Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR, 2002 APIC (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology) Implementation Guide. Guide to Infection Prevention and Emergency Medical Services - 2013 - gebaseerd op CDC 2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Available at: http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007ip_table4.html. Accessed January 24, 2013 Aanbevelingen HGR 9344 van mei 2018 over handhygiëne tijdens de zorgverlening.

17.5.3			Handschoenen worden gebruikt bij elk potentieel contact met bloed, lichaamsvochten of slijmvliesen.	Aanbevelingen HGR 9344 van mei 2018 over handhygiëne tijdens de zorgverlening.
17.5.4			Elk lokaal waar zorg verleend wordt of waar producten gemanipuleerd worden die met de patiënt in contact komen of kwamen en de verpleegpost, beschikken over alle noodzakelijke elementen voor een goede handhygiëne: - wastafel; - vloeibare zeep en handalcohol in niet navulbare dispenser (wegwerpbaar) (handalcohol hoeft niet noodzakelijk aan de wastafel zelf beschikbaar te zijn, wel in dezelfde ruimte aanwezig); - wegwerphanddoekjes in een handdoekverdeler bevestigd aan de muur; - no-touch vuilbakje; - reminder handhygiëne.	Aanbevelingen HGR 9344 van mei 2018 over handhygiëne tijdens de zorgverlening.
17.5.5			Vijf minimale indicaties voor de toepassing van handhygiëne met ontsmettende alcohol of gel: - vóór patiëntencontact; - na patiëntencontact; - vóór een zuivere of invasieve handeling; - na (potentiële) blootstelling aan lichaamsvochten en slijmvliesen; - na contact met de directe patiëntenomgeving	Aanbevelingen HGR 9344 van mei 2018 over handhygiëne tijdens de zorgverlening.

			Deze vijf indicaties voor handhygiëne zijn gekend door alle zorgverstrekkers en de richtlijnen worden toegepast.	
17.5.6			Handen worden gewassen met water en zeep: - bij zichtbaar bevulde handen; - bij contact met sporenvormende kiemen (bv <i>Clostridium difficile</i>, ...); - als vorm van persoonlijke hygiëne (bv. na bezoek aan het toilet, vóór de maaltijd).	Aanbevelingen HGR 9344 van mei 2018 over handhygiëne tijdens de zorgverlening.
17.5.7			De verdelers van handalcohol moeten in de kamer zo dicht mogelijk bij de plaats van de zorgverlening of van gebruik aanwezig zijn, dus niet noodzakelijk ter hoogte van de ingang van de kamer.	
17.5.8		De naleving van de handhygiëne wordt gemeten. De resultaten worden gedeeld en gebruikt om verbeteringen door te voeren in de handhygiënepraktijken.		KB 23 oktober 1964 art N1 9bis; Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen – verzameling 2019 (gegevens 2018).

6. ANTIMICROBIEEL BELEID				
17.6.1		Er is een ziekenhuisbreed antibioticumbeleid.		KB 23 oktober 1964 art N1 9bis c) 5b)
17.6.2		Er is een therapeutisch formularium dat betrekking heeft op de anti-infectieuze geneesmiddelen van het ziekenhuis.		KB 4 maart 1991 art. 25 ter 1° Aanbevelingen van HGR 9277 van mei 2019 over de preventie, beheersing en aanpak van patiënten die drager zijn van tegen antibiotica multiresistente bacteriën (MDRO) in zorginstellingen.
17.6.3		In de schoot van het medisch-farmaceutisch comité wordt een pluridisciplinaire antibiotherapiebeleidsgroep opgericht. De antibiotherapiebeleidsgroep zet een systeem op en beheert dit voor het volgen van de plaatselijke consumptieprofielen inzake anti-infectieuze geneesmiddelen.		KB 4 maart 1991 art. 25 bis en ter 6°
17.6.4		Er zijn schriftelijke aanbevelingen inzake empirisch, gericht en profylactisch antibioticagebruik (indicatie, keuze antibioticum en duur behandeling).		KB 4 maart 1991 art. 25 ter 2° Aanbevelingen van HGR 9277 van mei 2019 over de preventie, beheersing en aanpak van patiënten die drager zijn van tegen antibiotica multiresistente bacteriën (MDRO) in zorginstellingen.

17.6.5		Overmatig antibioticagebruik wordt beperkt door: - de verplichte toestemming voor bepaalde antibioticavoorschriften door een antibioticadeskundige; - het nazicht van de antibioticavoorschriften voor bepaalde antibiotica door een (team van) antibioticadeskundige(n) op de afdeling; - de vlotte mogelijkheid tot overleg tussen de voorschrijver en de antibioticadeskundige; - initiatieven om het overmatige gebruik van antibiotica te beperken met inbegrip van een plaatselijk beleid inzake promotieactiviteiten tegen antibioticagebruik.		KB 4 maart 1991 art. 25 ter 3° en 4° Aanbevelingen van HGR 9277 van mei 2019 over de preventie, beheersing en aanpak van patiënten die drager zijn van tegen antibiotica multiresistente bacteriën (MDRO) in zorginstellingen.
--------	--	---	--	--

7. INFRASTRUCTUUR				
17.7.1		Op elke afdeling is een bedpanspoeler en/of verbrijzelaar/verpulveraar voor wegwerpbedpannen aanwezig	Validatie en preventieve technische controle van de bedpanspoeler gebeuren volgens de voorschriften van de fabrikant. De cyclussen van de bedpanspoeler worden minimaal één maal per jaar gevalideerd. De bedpanspoeler krijgt jaarlijks een preventieve technische controle.	KB 23 oktober 1964 art. N1 I B, 12° EN ISO 158831 prestatie-eisen voor desinfecterende wasmachines Aanbevelingen HGR 8580 april 2013, Consensusdocument 8: de bedpanspoeler
17.7.2			Het verzorgend team controleert visueel of de bedpan rein en droog is na reiniging en voor gebruik.	Aanbevelingen HGR 8580 april 2013, Consensusdocument 8: de bedpanspoeler, punt 20
17.7.3			De keuze van een nieuwe bedpanspoeler / verbrijzelaar dient voor advies voorgelegd te worden aan het team ziekenhuishygiëne.	KB 23 oktober 1964 Art N1, III 9°bis b) taken team 3°c)
17.7.4			Er is een strikte scheiding tussen vuile en propere zone/materialen.	Aanbevelingen HGR 8580 april 2013, Consensusdocument 7: utility

17.7.5		Er is minimaal één eenpersoonskamer per afdeling om patiënten te isoleren indien nodig.	Patiënten die geïsoleerd dienen te worden omwille van besmettingsrisico, worden volgens de geldende richtlijnen afgezonderd.	KB 23 oktober 1964 art. N1 I B, 17° CDC: guideline for isolation precautions 2007 Appendix vanaf pag; 93 Aanbevelingen van HGR 9277 van mei 2019 over de preventie, beheersing en aanpak van patiënten die drager zijn van tegen antibiotica multiresistente bacteriën (MDRO) in zorginstellingen. Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen – verzameling 2019 (gegevens 2018)
--------	--	---	--	---

8. KWALITEITSMONITORING				
17.8.1		Het ziekenhuis registreert indicatoren die een zo goed mogelijke evaluatie geven van de voornaamste en belangrijkste aspecten van infectiecontrole en de kwaliteit van infectiepreventie.	Het ziekenhuis evalueert op die basis de effectiviteit van genomen maatregelen en voert eventuele verbeteringen door.	KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, art. 56, §2.
17.8.2		Het ziekenhuis neemt deel aan een samenwerkingsplatform op het gebied van de ziekenhuishygiëne om informatie en trends te delen		KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, art. 56, §3.