

Eisenkader C dienst en chirurgische daghospitalisatie

Aangepast mei 2018

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Medisch kader en personeel C dienst.....	4
Infrastructuur C dienst	11
Medisch kader en personeel chirurgisch dagziekenhuis.....	19
Infrastructuur chirurgisch dagziekenhuis	25
Specifieke eisen chirurgisch dagziekenhuis	31
Traject-brede eisen	
Kwaliteitsbewaking C dienst en chirurgisch dagziekenhuis	37
Dossier C dienst en chirurgisch dagziekenhuis	40
Ontslagbeleid.....	52
Informed consent.....	56
Pijnmanagement.....	59
Post operatieve wondinfecties	61
Ziekenhuishygiëne en handhygiëne	63
Patiëntenidentificatie.....	69
Hoog-risico medicatie.....	71
Medicatiebeleid C dienst	73

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Inleiding

- Vertrekpunt = Alle normen inzake C dienst , van toepassing op universitaire ziekenhuizen, en in dit document opgenomen, zijn ook van toepassing op algemene ziekenhuizen.
Alle procedures die binnen dit eisenkader beschikbaar moeten zijn, zijn gekend door de betrokken artsen/ziekenhuispersoneel en worden ook overeenkomstig uitgevoerd.
- Bovenliggende rij bevat de wetgeving, als referentie, in cursieve druk. De verwijzing naar de wetgeving is onderlijnd.
Hierop wordt teruggevallen wanneer er niet voldaan wordt aan de genuanceerde norm.
- Kolom A : norm die nog relevant is en behouden blijft of norm die nog relevant is, maar concreter geïnterpreteerd wordt (interpretatie is aangeduid met *)
- Kolom B : genuanceerde norm¹
- Kolom C: bijkomende eis²
- Kolom D: streefwaarde³ of nulmeting⁴
- Kolom E: bronvermelding

De eisen in de kolommen A, B of C die gebruikt worden in check 1 werden onderlijnd.

¹ Wanneer bij nalevingstoezicht niet voldaan wordt aan de genuanceerde norm, zal men bij handhaving terugvallen op de oorspronkelijke norm die een juridische basis heeft.

² Hier werd gepoogd een algemenere wettelijke basis aan te linken (bv. kwaliteitsdecreet). Mogelijke andere bron van een bijkomende eis wordt vermeld.

³ Meetwaarde die nagestreefd wordt, maar die niet onmiddellijk moet gehaald worden. De verwachte compliance kan lager liggen maar deze ligt nog niet vast voor alle items.

⁴ Bij sommige eisen opteert de overheid om te werken met een nulmeting i.p.v. het vastleggen van een streefcijfer. De meting is bedoeld om een zicht te hebben op de stand van zaken binnen de sector. Er wordt echter wel verwacht dat de ziekenhuizen deze eisen zelf opvolgen en verbetering nastreven. Deze resultaten worden bij het eerste zorgtraject niet gebruikt voor opvolgingstoezicht en handhaving.

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Eisen C dienst

Medisch kader en personeel C dienst				
<u>Norm: KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting / Organisatorische normen, 12°</u> Doorheen alle dagen van het jaar moet, naast de hoofdverpleegkundige, permanent en per afdeling en maximum per 30 zieken, de aanwezigheid van een gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde gewaarborgd zijn zodat de continuïteit en de kwaliteit van de zorg gewaarborgd zijn. <u>Norm: KB 23 oktober 1964</u> De verhouding deeltijds werk / voltijds werk dient vastgelegd te worden dat de continuïteit en de kwaliteit van de zorg verzekerd blijven				
	Er is per afdeling steeds een permanentie van een verpleegkundige.		100%	
<u>(Norm: KB 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen art 45, §9 p. 606 dienst C = norm van 12 VTE per 30 verantwoorde bedden)</u>				
Norm van 12 VTE per 30 opgestelde bedden op dienstniveau (C dienst)		Er wordt op afdelingsniveau en afdelingsoverschrijdend gewerkt met referentieverpleegkundigen / gespecialiseerde verpleegkundigen / verpleegkundige specialisten met extra expertise en adviserende functie over minimaal stoma, pijn en wondzorg	100%	
			Nulmeting	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
		Er is een minimale bestaffing per afdeling vastgelegd. De patient/nurse ratio is gekend per shift.		
<u>Norm: KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting / Organisatorische normen, 12°</u> Het verpleegkundig werk dient op de afdelingen op die wijze georganiseerd te worden dat op elk ogenblik kan vastgesteld worden welke verpleegkundige voor welke patiënt verantwoordelijk is.				
*Het is steeds duidelijk welke verpleegkundige de coördinatie opneemt voor de verpleegkundige zorg bij de patiënt.			100%	
*Het is duidelijk welke verpleegkundige / zorgkundige verantwoordelijk is voor welke akten, uitgevoerd bij welke patiënt.			100%	
<u>Norm: KB 15 december 1987 behoudende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen, zoals gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 (BS 25-12-1987)</u> In ieder ziekenhuis moet de medische activiteit gestructureerd zijn. In ieder ziekenhuis is er : 1. Een hoofdgeneesheer, die verantwoordelijk is voor de goede gang van zaken in het medisch departement; hij wordt benoemd en /of aangewezen door de beheerder 2. Een geneesheer – diensthoofd voor ieder van de verschillende diensten van het medisch departement; hij wordt benoemd en / of aangewezen door de beheerder → onder diensten wordt verstaan: de ziekenhuisdiensten die onder een specifieke kenletter worden erkend, de (zware) medisch-technische diensten, de diensten als zodanig aangeduid in het medisch reglement 3. Een medische staf gevormd door alle ziekenhuisgeneesheren.				

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Norm: KB 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (BS 7-11-1964), II inrichting en werking van elk soort diensten, kenletter C

Een voltijdse geneesheer erkend specialist in de algemene heelkunde of in één van de bijzondere specialiteit van de heelkunde heeft de leiding van de dienst.

	Er is een arts beleidsmatig verantwoordelijk voor de dienst , cluster.	Er is een arts beleidsmatig verantwoordelijk voor de afdeling. Het is op de afdeling duidelijk wie de verantwoordelijke arts is.	100%	
--	--	--	------	--

Norm: KB 15 december 1987 behoudende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen, zoals gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 (BS 25-12-1987)

De geneesheer diensthooft is verantwoordelijk voor de goede gang van zaken in zijn dienst. Hij staat in voor de organisatie van de medische activiteit in zijn dienst, zoals dit per ziekenhuis en gebeurlijk per dienst nader wordt uitgewerkt in het medisch reglement. (art 12 p80)

*Het medisch reglement is uitgewerkt op ziekenhuisniveau .			100%	
*Op dienstniveau is het medisch reglement vertaald in interne afspraken met formele bekrachtiging (zaalrondes, oproepen wachtdiensten, ...).			100%	
Interne afspraken voor de dienst worden nageleefd			100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
<i>Norm: KB 15 december 1987 behoudende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen, zoals gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 (BS 25-12-1987)</i> <i>(Met de leiding van de dienst moet een specialist – chirurg belast worden die ten gepaste tijd de nodige richtlijnen moet geven voor de doeltreffende verzorging van de zieken en die moet instaan voor de spoedverzorging, inzonderheid door de wachtdienst te regelen van de chirurgen en de anesthesisten waarop de dienst op elk ogenblik een beroep moet kunnen doen. P135)</i>				
*Er is een permanentie van een chirurg (permanentie betekent permanente beschikbaarheid, niet inslapend).			100%	
* Er is een permanentie van een anesthesist (permanentie betekent permanente beschikbaarheid, niet inslapend).			100%	
<i>Norm: K.B. 27 april 1998 houdende vestelling van de normen waaraan een functie “gespecialiseerde spoedgevallenzorg” moet voldoen om erkend te worden. Art. 12</i> <i>Het medisch en verpleegkundig personeel van de functie “gespecialiseerde spoedgevallenzorg” staat voor het ganse ziekenhuis in voor de permanente vorming in de basisbeginselen van de reanimatie.</i>				
	Heel het team van verpleegkundigen en artsen doorloopt tweejaarlijks een basisopleiding in reanimatie (BLS), tenzij zij een attest kunnen		100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
	voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de cardiale reanimatie 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 cardiale reanimatie (ALS) waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.			
<u>Norm: KB 15 december 1987 behoudende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen, zoals gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 (BS 25-12-1987)</u> Met de leiding van de dienst moet een specialist – chirurg belast worden die ten gepaste tijd de nodige richtlijnen moet geven voor de doeltreffende verzorging van de zieken en die moet instaan voor de spoedverzorging, inzonderheid door de wachtdienst te regelen van de chirurgen en de anesthesisten waarop de dienst op elk ogenblik een beroep moet kunnen doen. P135 <u>Norm: KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting / Organisatorische normen, 10</u> Dagelijks zal de geneesheer zijn ziekenbezoek afleggen <u>Norm: KB 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in art 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 aug 1987, moet voldoen.</u> Het dossier van een gehospitaliseerde zieke bevat onder meer volgende documenten en gegevens: ☐ De uitslagen van de klinische, radiologische, biologische, functionele en histopathologische onderzoeken ☐ De ingestelde behandeling ☐ De evolutie van de aandoening				
	Er is een dagelijkse zaalronde tijdens de week, al of niet aan het		100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

	bed van de patiënt, waarbij alle patiënten besproken worden.			
	In het weekend is er een zaalronde, waarbij minimaal patiënten met (potentiële) problemen besproken worden.		100%	
		Van de zaalronde is er steeds een weergave door een geneesheer in het individuele dossier van de patiënt (bv. wijzigingen in behandeling, opstarten nieuwe items, aanvragen ondertekend door de arts / vermelding 'idem' bij geen wijzigingen ...).	100%	
		Indien de zaalronde gebeurt door een andere dan de behandelende arts, dan is er informatie overdracht, eveneens met weergave in het individuele dossier van de patiënt.	100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Norm: KB 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (BS 7-11-1964), II inrichting en werking van elk soort diensten, kenletter C

Met het oog op integratie van de medische activiteit in het geheel van de activiteit van de dienst, voert de geneesheer diensthoofd zijn opdracht uit in nauw contact met :

De hoofdgeneesheer en zijn collega's diensthoofden

De verantwoordelijken van de onderscheiden aspecten van zijn dienst, en meer in het bijzonder met de hoofdverpleegkundige en met de verantwoordelijke voor de paramedische activiteiten van de dienst. (art 15, p. 81)

*Er is periodiek beleidsmatig overleg tussen de verantwoordelijke arts voor de cluster of dienst en de hoofdgeneesheer		Hiervan wordt verslag opgemaakt.		
*Er is periodiek beleidsmatig overleg tussen de verantwoordelijke arts voor de cluster of dienst en de hoofdverpleegkundigen		Hiervan wordt verslag opgemaakt.		
*Er is periodiek beleidsmatig overleg tussen de verantwoordelijke arts voor de cluster of dienst en de paramedische diensthoofden van de betrokken dienst.		Hiervan wordt verslag opgemaakt.		

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Infrastructuur C dienst

Norm: KB 23 oktober 1964 Algemene inrichting / architectonische normen 17°

Men moet beschikken over een voldoende aantal kamers met 1 bed om er steeds de zieken in te kunnen opnemen voor wie afzondering vereist is.

	<u>Er zijn eenpersoonskamers per afdeling / per ziekenhuis om patiënten af te zonderen indien nodig.</u>			
	<u>Patiënten die afgezonderd dienen te worden omwille van besmettingsrisico, worden volgens de geldende richtlijnen afgezonderd.</u>		100%	
<u>Norm: KB 15 december 1978 , II inrichting en werking van elk soort van diensten (bijzondere normen toepasselijk op universitaire diensten kenletter C), architectonische normen 4-5-6</u> <i>Een propere spoelkamer: deze dient ondermeer voor de berging van de verpleegvoorraad, het klaarmaken van de verpleegkarren, het voorbereiden van de verpleegtechnieken en het opslaan van proper linnen</i> <i>Een vuile spoelkamer: dit lokaal dient ondermeer voor het tijdelijk opslaan van vuil linnen en materiaal, van urinestalen en afval. Een pannenspoeler dient in dit lokaal voorzien.</i> <i>Bergruimte: In de eenheid moet men voldoende bergruimte voorzien. De bergruimte kan voorzien worden in een enkel lokaal of verdeeld worden over verschillende ruimten die eventueel nog een andere functie hebben.</i> <i>Een gescheiden bergruimte dient voorzien te worden voor het onderhoudsmateriaal.</i>				
	<u>Er is geen vermenging van vuil en proper/ steriel materiaal.</u>			KB 15 december 1978 , inrichting en werking van elk soort van diensten (bijzondere normen

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
				toepasselijk op universitaire diensten kenletter D), I architectonische normen B 4-5-6.
	Materiaal wordt niet opgeslagen in de gangen of in andere ruimten wanneer de functionaliteit van die ruimte hierdoor belemmerd wordt.		100%	
	Gevaarlijke producten zijn niet toegankelijk voor onbevoegden.		100%	
<u>(Norm: KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting Functionele en organisatorische normen</u> De bedden moeten tegen tocht beschermd zijn. De nachtverlichting die doeltreffend en bescheiden moet zijn, moet in de ziekenkamers, gangen en verzorgingslokalen aangelegd zijn. Een bescheiden maar doeltreffend oproepsysteem moet in alle ziekenkamers voorhanden zijn. De kamers moeten op natuurlijke wijze geventileerd kunnen worden. De kamers dienen zodanig verwarmd dat men bij om het even welke weersgesteldheid een temperatuur van 20° kan bereiken. De ziekenkamers moeten uitgerust zijn met tenminste 1 wastafel. De ziekenhuisafdelingen dienen van voldoende sanitaire installaties voorzien te zijn. Zij omvatten tenminste 1 WC voor 10 zieken, 1 bedpannenwasser voor 30 zieken 1 bad of stortbadkamer voor 30 zieken				
De afdeling beschikt over een bad / douche.				

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
De afdeling beschikt over een bedpannenspoeler. Validatie en preventieve technische controle van de bedpanspoeler gebeuren volgens de voorschriften van de fabrikant. De cyclussen van de bedpanspoeler worden minimaal een maal per jaar gevalideerd. De bedpanspoeler krijgt jaarlijks een preventieve technische controle.				
		De afdeling beschikt minimaal over 1 WC per patiëntenkamer.		
	De minimale infrastructurele normen zijn: • (Hoog-laag) bed • Roltafel met verstelbaar tablet • Patiëntenzetel (verrolbaar) • Voetenbankje • Eettafel met stoel			American Institute of Architects (AIA)

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
	• Beloproepsysteem • Verlichtingsbediening • Apart toilet/1 wastafel per 2 patiënten • Mogelijkheid tot gebruik van telefoon, TV, eventueel computer.			
	Iedere patiënt, ook in afzondering, verblijft in een kamer die voldoet aan de infrastructurele normen		100%	
	Ramen kunnen door de patiënt niet volledig geopend worden, ter preventie van suïcide of accidentele val door het raam		100%	
	Men moet steeds zorgen voor een continue en veilige energie- en gasbevoorrading.	Alle vitale apparatuur is aangesloten op een noodstroombron.		K.B. 27 april 1998 (IZ) art. 10
		Er is een oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp voorzien, hetzij aan het bed, hetzij op zak bij de zorgverstrekker.		

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

		Volgende voorwaarden voor een goed beheer van medische toestellen worden vervuld: 1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd. 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. Het resultaat van inspectie en onderhoud is beschikbaar op de dienst waar het toestel gebruikt wordt (elektronisch of op papier). Er is een lijst beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt, waarin staat: - het resultaat van inspectie/onderhoud: goed / slecht / aandachtspunten - wanneer uitgevoerd - door wie		IEC 930 opgenomen in Gids T013 deel III .
--	--	---	--	---

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

		De inspectie omvat de bewaking van de goede werking via: 1. visuele controle 2. metingen 3. functionele test		
		Het onderhoud beoogt het toestel in goede staat te brengen of te houden via de noodzakelijke technische handelingen.	IEC 62353	
		Het toebehoren zoals drukmanchette, ecg-kabel, saturatieprobes zijn in goede staat, worden regelmatig gereinigd en zijn gebruiksklaar.	IEC 62353 annex F	
	Indien aanwezig: Voor volgende toestellen worden de technische controles/inspecties/onderhoud uitgevoerd conform de richtlijnen van de fabrikant: Monitors die de vitale parameters bij de patiënten bewaken,			K.B. 27 april 1998 (IZ), art. 20 IEC 62353 annex F

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
	Monitors die worden gebruikt voor een momentopname van de niet-invasieve bloeddruk, saturatie, hartslag, evt. temperatuur (vital signs monitor), Infuuspompen, ECG toestellen, Drukregistratietoestellen, Elektrische ziekenhuisbedden Onderstaande eisen vermelden minimale termijnen.			
	Monitors die de vitale parameters bij de patiënten (meestal continu) bewaken krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.			IEC 62353 - annex F
	Monitors die worden gebruikt voor een momentopname van de niet-invasieve bloeddruk, saturatie, hartslag, evt. temperatuur (vital signs monitor) krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.			IEC 62353 - annex F
				IEC 62353 - annex F

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

	ECG en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.			
	De infuuspompen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.			IEC 62353 - annex F
	De echotoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.			IEC 62353-annex F
	Elektrische patiëntenbedden krijgen minstens om de drie jaar een inspectie.			IEC 62353

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Eisen chirurgisch dagziekenhuis

Medisch kader en personeel chirurgisch dagziekenhuis				
<u>Norm: KB 25 nov 1997 houdende de vaststelling van de normen waaraan de functie chirurgische daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend (BS 5-12-1997)</u> De functie "chirurgische daghospitalisatie" staat onder leiding van een geneesheer-specialist in de anesthesiologie of in een heelkundige discipline.				
De functie "chirurgische daghospitalisatie" staat onder leiding van een geneesheer-specialist in de anesthesiologie of in een heelkundige discipline.			100%	
<u>Norm: KB 25 nov 1997 houdende de vaststelling van de normen waaraan de functie chirurgische daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend (BS 5-12-1997)</u> In de functie "chirurgische daghospitalisatie" dient er een permanentie van een geneesheer-specialist in de anesthesie reanimatie voorzien te worden, en dit tot op het ogenblik dat de laatste patiënt uit de functie ontslagen is.				
* Er is een permanentie op de campus van een geneesheer specialist in de anesthesie – reanimatie tot op het ogenblik dat de laatste patiënt uit de functie ontslagen is.			100%	
<u>Norm: KB 25 nov 1997 houdende de vaststelling van de normen waaraan de functie chirurgische daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend (BS 5-12-1997)</u>				

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Over het ontslag van een patiënt uit de functie “chirurgische daghospitalisatie” beslist, na onderzoek van de betrokkene, de behandelend chirurg of, bij diens afwezigheid, de in het ziekenhuis aanwezige geneesheer die verantwoordelijk is voor de patiënten van de functie “chirurgische daghospitalisatie” Deze laatste dient tot hetzelfde (sub)specialisme te behoren als de behandelende chirurg.

	Over het ontslag van een patiënt uit de functie beslist, na onderzoek van de betrokkene, de behandelend chirurg (of een chirurg, behorende tot hetzelfde subspecialisme), en de anesthesist die op dat moment verantwoordelijk is voor de patiënten van de functie.		100%	
	De aftekening van deze beslissing is terug te vinden in het patiëntendossier. Voor bepaalde behandelingen kunnen er ontslagcriteria vastliggen via staand order. Indien hiervan gebruik wordt gemaakt, dan is dit staand order terug te vinden in het dossier, ondertekend door de arts die de patiënt ontslaat.		100%	

Norm: KB 25 nov 1997 houdende de vaststelling van de normen waaraan de functie chirurgische daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend (BS 5-12-1997)

De functie “chirurgische daghospitalisatie” heeft gedurende de openingsuren een eigen personeelsopstelling, te onderscheiden binnen de personeelsopstelling van het ziekenhuis.

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

De functie “chirurgische daghospitalisatie” moet gedurende de openingsuren een permanentie verzekeren door ten minste één gegradueerde verpleegkundige.

Wanneer de functie “chirurgische daghospitalisatie” meer dan 800 patiënten per jaar opneemt moet de in het eerste lid bedoelde verpleegkundige voltijds en exclusief aan de functie verbonden zijn en moet ze, per begonnen bijkomende schijf van 800 patiënten beschikken over een bijkomende gegradueerde verpleegkundige die, in functie van de reële bezetting kan ingezet worden.

Het operatiekwartier moet, voor de uitoefening van de activiteiten van de functie “chirurgische daghospitalisatie” en gedurende de openingsuren van de functie, permanent beschikken over twee gegradueerde verpleegkundigen.

Wanneer de functie “chirurgische daghospitalisatie” meer dan 800 ingrepen per jaar verricht dienen de in het vorige lid bedoelde verpleegkundigen voltijds en exclusief aan de operatiezaal verbonden te zijn. Wanneer ze meer dan 1.500 ingrepen per jaar verricht moet het operatiekwartier, per bijkomende schijf van 750 ingrepen, beschikken over een bijkomende verpleegkundige, voltijds en exclusief aan de operatiezaal verbonden.

De functie “chirurgische daghospitalisatie” dient, gedurende de openingsuren, te beschikken over een administratief personeelslid.

De functie “chirurgische daghospitalisatie” moet beschikken over een gegradueerde verpleegkundige in de pediatrie, een bachelor in de verpleegkunde met een specialisatie in de pediatrie of personen die kunnen bewijzen op de datum van bekendmaking van het K.B. van 13 juli 2006, minstens gedurende 5 jaar in een erkende dienst kindergeneeskunde (index E) werken of hebben gewerkt, indien het algemeen ziekenhuis waarvan de functie “chirurgische daghospitalisatie” deel uitmaakt, of waarmee de functie “chirurgische daghospitalisatie” een functionele vinding heeft, niet beschikt over een erkend zorgprogramma voor kinderen.

Eigen personeelsofstelling (meer dan 800 pat / jaar = 1 VTE + exclusief aan de functie verbonden + per begonnen schijf van 800 patiënten een bijkomende gegradueerde verpleegkundige die in functie van de reële bezetting kan worden ingezet. Bij een gemengd dagziekenhuis wordt er voor de zorg van de interne patiënten een apart toegewezen equipe ingezet, in functie van de zorgzwaarte (ernst van de behandelde pathologie,		De bestaffing is steeds ✓ ifv de aard van pathologie ✓ rekening houdend met kwaliteit & patiëntveiligheid ✓ Op basis van de zorgzwaarte en de bepaling van de piek en dal momenten.		
--	--	--	--	--

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
turnover, aantal patiënten). Minimum is er een permanentie van 1 verpleegkundige, aangeduid voor de zorg voor de interne patiënten.				
<u>*Permanentie door ten minste 1 gegradueerde verpleegkundige tot de laatste patiënt uit de functie ontslagen is.</u>			100%	
<i>Norm: KB 13 JULI 2006. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan het "zorgprogramma voor kinderen" moet voldoen om te worden erkend Publicatie 16.08.2006 Art. 15octies. De functie "chirurgische daghospitalisatie" moet beschikken over een gegradueerd verpleegkundige in de pediatrie, een bachelor in de verpleegkunde met een specialisatie in de pediatrie of personen die kunnen bewijzen dat zij op de datum van bekendmaking van het koninklijk besluit van 13 juli 2006 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend in het Belgisch Staatsblad, minstens gedurende 5 jaar in een erkende dienst kindergeneeskunde (index E) werken of hebben gewerkt.</i>				
	<u>Er is een pediatrische verpleegkundige beschikbaar die het beleid m.b.t. de omgang met kinderen in de functie chirurgische daghospitalisatie uitwerkt.</u>		100%	
		<u>Er is een pediatrische verpleegkundige (of op datum van</u>	Nulmeting	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
		<u>18/6/2006 gedurende minstens 5 jaar in een erkende dienst voor pediatrie gewerkt) aanwezig op de functie op moment dat er een kind opgenomen is.</u>		
	De functie beschikt over een administratief personeelslid, inzetbaar volgens de noden. Het aantal VTE wordt berekend volgens de openingsuren.		100%	
<u>Norm: KB 25 nov 1997 houdende de vaststelling van de normen waaraan de functie chirurgische daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend (BS 5-12-1997)</u> Indien er kinderen worden opgenomen, mag de functie slechts worden uitgevoerd indien er een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde werkelijk aanwezig op de vestigingsplaats is.				
<u>Indien een kind wordt behandeld in het chirurgisch dagziekenhuis, dan dient er een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde werkelijk aanwezig te zijn op de vestigingsplaats van dat chirurgisch dagziekenhuis.</u>			100%	
<u>Norm: K.B. 27 april 1998 houdende veststelling van de normen waaraan een functie “gespecialiseerde spoedgevallenzorg” moet voldoen om erkend te worden. Art. 12</u> Het medisch en verpleegkundig personeel van de functie “gespecialiseerde spoedgevallenzorg” staat voor het ganse ziekenhuis in voor de permanente vorming in de basisbeginselen van de reanimatie.				

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
	Heel het team van verpleegkundigen en artsen doorloopt tweejaarlijks een basisopleiding in reanimatie (BLS), tenzij zijn een attest kunnen voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de cardiale reanimatie 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 cardiale reanimatie (ALS) waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.		100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Infrastructuur chirurgisch dagziekenhuis				
<u>Norm: KB 25 nov 1997 houdende de vaststelling van de normen waaraan de functie chirurgische daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend (BS 5-12-1997)</u> De functie vormt een aanwijsbare en herkenbare entiteit .				
De functie vormt een aanwijsbare en herkenbare entiteit .	Bij gemengde dagziekenhuizen vormt het dagziekenhuis als geheel een aanwijsbare en herkenbare entiteit .		100%	
<u>Norm: KB 25 nov 1997 houdende de vaststelling van de normen waaraan de functie chirurgische daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend (BS 5-12-1997)</u> De functie “chirurgische daghospitalisatie” beschikt over een eigen ruimte aangepast voor preoperatieve opvangen voorbereiding van de patiënt. Hierbij wordt ten minste voorzien in de nodige kleedhokjes, onderzoeksruimten, wachtkamers, toiletten en alle faciliteiten nodig voor een vlotte afhandeling van de medico-administratieve procedures De functie “chirurgische daghospitalisatie” beschikt in principe over eigen operatiezalen met nevenruimten. In afwijking op het voorgaande lid kan de functie gebruik maken van de operatieafdeling van het ziekenhuis. De functie “chirurgische daghospitalisatie” dient te beschikken over een eigen ruimte aangepast voor postoperatief toezicht. Faciliteiten dienen voorzien te worden voor liggende en zittende patiënten. De omvang, het aantal en de aard van de uitrustingen voor pre- en postoperatieve opvang moeten afgestemd zijn op de aard en het aantal uitgevoerde heekundige ingrepen.				
<u>Norm: KB 15 december 1978 , II inrichting en werking van elk soort van diensten (bijzondere normen toepasselijk op universitaire diensten kenletter C), architectonische normen 4-5-6</u> (Een propere spoelkamer: deze dient ondermeer voor de berging van de verpleegvoorraad, het klaarmaken van de verpleegkarren, het voorbereiden van de verpleegtechnieken en het opslaan van proper linnen Een vuile spoelkamer: dit lokaal dient ondermeer voor het tijdelijk opslaan van vuil linnen en materiaal, van urinestalen en afval. Een pannenspoeler dient in dit lokaal voorzien. Bergruimte: In de eenheid moet men voldoende bergruimte voorzien. De bergruimte kan voorzien worden in een enkel lokaal of verdeeld worden over verschillende ruimten die eventueel nog een andere functie hebben. Een gescheiden bergruimte dient voorzien te worden voor het onderhoudsmateriaal.)				
			100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
	<u>Er is geen vermenging van vuil en proper/ steriel materiaal.</u>			KB 15 december 1978 , inrichting en werking van elk soort van diensten (bijzondere normen toepasselijk op universitaire diensten kenletter D), I architectonische normen B 4-5-6.
	Materiaal wordt niet opgeslagen in de gangen of in andere ruimten wanneer de functionaliteit van die ruimte hierdoor belemmerd wordt.		100%	
	Gevaarlijke producten zijn niet toegankelijk voor onbevoegden.		100%	
	Men moet steeds zorgen voor een continue en veilige energie- en gasbevoorrading.	Alle vitale apparatuur is aangesloten op een noodstroombron.		K.B. 27 april 1998 (IZ) art. 10
		Er is een oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp voorzien, hetzij aan het bed, hetzij op zak bij de zorgverstrekker.		

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
		Volgende voorwaarden voor een goed beheer van medische toestellen worden vervuld: 1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd. 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. Het resultaat van inspectie en onderhoud is beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt (elektronisch of op papier). Er is een lijst beschikbaar waarin staat: - het resultaat van inspectie/onderhoud: goed./slecht / aandachtspunten - wanneer uitgevoerd - door wie		IEC 930 opgenomen in Gids T013 deel III .

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
		De inspectie omvat de bewaking van de goede werking via: 1. visuele controle 2. metingen 3. functionele test		
		Het onderhoud beoogt het toestel in goede staat te brengen of te houden via de noodzakelijke technische handelingen.	IEC 62353	
		Het toebehoren zoals drukmanchette, ecg-kabel, saturatieprobes zijn in goede staat, worden regelmatig gereinigd en zijn gebruiksklaar.	IEC 62353 annex F	
	Indien aanwezig: Voor volgende toestellen worden de technische controles/inspecties/onderhoud uitgevoerd conform de richtlijnen van de fabrikant: Monitors die worden gebruikt voor een momentopname van de niet-invasieve bloeddruk, saturatie,			K.B. 27 april 1998 (IZ), art. 20 IEC 62353 annex F

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
	hartslag, evt. temperatuur (vital signs monitor), Infuuspompen, ECG toestellen, Elektrische ziekenhuisbedden Onderstaande eisen vermelden minimale termijnen.			
	Monitors die worden gebruikt voor een momentopname van de niet-invasieve bloeddruk, saturatie, hartslag, evt. temperatuur (vital signs monitor) krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.			IEC 62353 - annex F
	ECG en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.			IEC 62353 - annex F
	De infuuspompen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.			IEC 62353 - annex F
				IEC 62353

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

	Elektrische patiëntenbedden krijgen minstens om de drie jaar een inspectie.			
--	---	--	--	--

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Specifieke eisen chirurgisch dagziekenhuis				
<i>Norm: KB 25 nov 1997 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 aug 1987, toepasselijk worden verklaard op de functie chirurgische dag hospitalisatie BS 5-12-1997)</i> <i>Norm KB 25 nov 1997 houdende de vaststelling van de normen waaraan de functie chirurgische daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend (BS 5-12-1997)</i> <i>De functie beschikt over schriftelijk vastgelegde selectiecriteria betreffende de ingrepen en de patiënten.</i> <i>Een van de selectiecriteria bestaat erin dat er in de functie enkel patiënten worden opgenomen die thuis, tot 24 uur na hun ontslag, over de nodige opvang beschikken.</i> <i>De geneesheer die voor de functie verantwoordelijk is, moet met een pediatr van het ziekenhuis overleg plegen voor het vastleggen van de schriftelijke procedure en de selectiecriteria.</i> <i>In dit kader zullen er richtlijnen en procedures inzake preventie en pijnbehandeling worden opgesteld.</i>				
De functie beschikt over uitgeschreven selectiecriteria *(lijst van ingrepen die mogen doorgaan in dagopname en voorwaarden voor patiënten).		Afwijkingen hiervan worden gemotiveerd in het dossier	100%	
Een van deze patiëntgebonden opnamecriteria is “patiënt heeft 24 uur na de ingreep opvang”.	Elke patiënt is <u>voor opname via een folder</u> op de hoogte gebracht dat hij / zij 24 u na de ingreep niet alleen mag zijn.		100%	
		<u>Er is duidelijke informatie aan patiënt/ouders (neergeschreven info) van</u> ☐ <u>pijnpreventie</u>	100 %	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

		☐ <u>pijnscore</u> ☐ <u>pijnbehandeling</u> ☐ <u>evaluatie van</u> <u>pijnbehandeling</u> ☐ <u>pijnstilling als nazorg bij</u> <u>ontslag</u>		
		Er is vermelding in het patiëntendossier van ☐ pijnscore ☐ evaluatie van Pijnbehandeling		
<u>Er zijn richtlijnen en procedures inzake preventie en pijnbehandeling.</u>			100%	
<u>Er zijn specifieke richtlijnen voor kinderen hierover</u>			100%	

(Norm: Norm KB 25 nov 1997 houdende de vaststelling van de normen waaraan de functie chirurgische daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend (BS 5-12-1997))
De functie verricht, gebruik makend van een operatiezaal die voldoet aan de desbetreffende normen van een erkende C-dienst, heelkundige verstrekkingen zonder dat zulks aanleiding geeft tot een ziekenhuisverblijf met overnachting. Indien een overnachting is aangewezen, dient hiervoor een procedure voorzien te zijn.

De functie beschikt in principe over eigen operatiezalen met nevenruimte. In afwijking kan de functie gebruik maken van de operatieafdeling van het ziekenhuis, mits er schriftelijke organisatorische afspraken worden gemaakt dat de afwikkeling van het programma van het dagziekenhuis in geen geval ondergeschikt is aan het operatieprogramma voor opgenomen patiënten.

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Er moeten schriftelijke organisatorische afspraken worden gemaakt die waarborgen dat de afwikkeling van het programma van de dagchirurgie bij kinderen opgenomen in de daghospitalisatie van een zorgprogramma voor kinderen, in geen geval ondergeschikt is aan het operatieprogramma voor kinderen opgenomen in de klassieke hospitalisatie van het zorgprogramma noch aan het operatieprogramma voor volwassenen.) (zorgprogramma kinderen)

Indien geen eigen operatiezalen gebruikt worden, zijn de ingrepen bij dagpatiënten niet ondergeschikt aan het operatieprogramma voor opgenomen patiënten. (rekening houdend met de urgentiegraad en urgente / niet electieve ingrepen)

*Ingrepen bij kinderen , opgenomen in het dagziekenhuis, zijn niet ondergeschikt aan het operatieprogramma voor kinderen in klassieke hospitalisatie en zijn niet ondergeschikt aan volwassenen, rekening houdend met individueel specifieke omstandigheden i.f.v. het kind en de ingreep.

100%

*'Het niet ondergeschikt zijn' staat vermeld in het reglement van inwendige orde.

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
<u>Norm: Norm KB 25 nov 1997 houdende de vaststelling van de normen waaraan de functie chirurgische daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend (BS 5-12-1997)</u> De organisatie in de onderzoeks- of behandelkamer is dusdanig dat: de bewuste patiënten noch auditief, noch visueel geconfronteerd worden met het gebeuren in andere onderzoeks- en behandelruimten, behoudens in de kamers van de verpleegafdeling voor kindergeneeskunde. De functie moet beschikken over een wachtkamer voor kinderen die gescheiden is van de wachtkamer voor volwassenen. Een van de ouders bij het kind kan blijven tijdens het onderzoek of de behandeling. De functie moet beschikken over een aangepaste omgeving, gescheiden van de volwassen patiënten, en over aangepast materiaal voor de opname van kinderen. Het verblijf in de afdeling moet voor alle personen, en in het bijzonder voor kinderen veilig zijn. De nodige maatregelen worden genomen om te voorkomen dat patiënten de functie verlaten zonder dat dit verantwoord is. <u>Norm: KB 1999-04-29/79, art. 2, 023:</u> Elk ziekenhuis dat over een erkende dienst voor kindergeneeskunde beschikt (kenletter E), evenals elk ziekenhuis dat niet over een dergelijke dienst beschikt maar waar het is toegestaan in toepassing van onderhavig besluit, kinderen te behandelen, moet, na multidisciplinair beraad binnen de instelling, een protocol goedkeuren dat de hoofdlijnen bepaalt voor de specifieke opvang van de opgenomen of ambulante verzorgde kinderen; de uitvoering van deze verplichting behoort tot de verantwoordelijkheid van de beheerder van het ziekenhuis. Dit protocol behandelt in het bijzonder : - specifieke maatregelen inzake het informeren, het geven van advies en het verlenen van psychologische steun aan de kinderen, hun ouders of hun wettelijke vertegenwoordigers; - initiatieven die moeten worden genomen om, in de mate van het mogelijke, de ouders te betrekken bij de zorgverlening aan hun kind; - initiatieven om het comfort van de opgenomen kinderen te verbeteren, meer bepaald voor wat betreft de inrichting van de zalen, de maaltijden, de bezoeken; - specifieke maatregelen om het toezicht op en de veiligheid van de kinderen, zowel in het ziekenhuis als in de onmiddellijke omgeving, te waarborgen (parkeerterrein, enz.); - maatregelen inzake het overleg tussen een kinderarts en de arts verantwoordelijk voor de dienst voor volwassenen waar een kind ouder dan 14 jaar is opgenomen; - maatregelen inzake het overleg tussen pediatriesch verpleegkundigen en verpleegkundigen van andere diensten. Dit protocol wordt meegedeeld aan de personeelsleden van het ziekenhuis en wordt ter beschikking gesteld van de kinderen, hun ouders en hun wettelijke vertegenwoordigers.				
<u>Er kan steeds een ouder / voogd / vertrouwenspersoon bij het bewuste kind blijven</u> <u>*(op het dagziekenhuis, tijdens onderzoeken, tot bij inductie en op recovery)</u>			100%	Europees Handvest Kind & Ziekenhuis

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
<u>Ouder/voogd/vertrouwenspersoon moeten over deze mogelijkheid geïnformeerd worden en moeten gevraagd worden of ze op deze mogelijkheid willen ingaan.</u> <u>Indien er hiervoor een medische, patiëntgebonden contra indicatie is, dan is daar een weerslag van in het dossier.</u>				
<u>Kinderen worden visueel en auditief afgeschermd van volwassen patiënten.</u>			100%	
<u>*Bij nieuwbouw wordt een aparte ruimte voor kinderen voorzien voor pre- en postoperatieve opvang.</u>				
De nodige maatregelen moeten worden genomen dat geen enkele patiënt de functie kan verlaten zonder dat dit verantwoord is.				

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
		Er is aangepast materiaal voor kinderen.		

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Traject- brede eisen

Kwaliteitsbewaking C dienst en chirurgisch dagziekenhuis				
<u>Norm KB 25 nov 1997 houdende de vaststelling van de normen waaraan de functie chirurgische daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend (BS 5-12-1997)</u> <i>De medische en verpleegkundige activiteit wordt kwalitatief getoetst en er wordt jaarlijks een rapport opgesteld. Het programma van kwaliteitsbewaking heeft minstens betrekking op de werking van de functie, het resultaat van de zorgverstrekking en de communicatie met de verstrekkers van de eerste lijnszorg)</i>				
*Er is een jaarverslag waarin de kwaliteit van zorg besproken wordt voor de functie daghospitalisatie.				
<u>Norm: KB 15 december 1987 behoudende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen, zoals gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 (BS 25-12-1987)</u> <i>De geneesheer diensthoofd dient over de mogelijkheden te beschikken om de kwaliteitszorg in zijn ziekenhuisdienst te bevorderen. (art 13 p. 81)</i>				
	Medische Q wordt opgevolgd via interne PDCA ✓ Methodiek om opvolging van cijfers te motiveren ✓ cijfers zijn beschikbaar over de kwaliteit van zorg, ✓ cijfers worden geanalyseerd en besproken ✓ resultaten worden gebruikt voor bijsturen van het beleid van de dienst			Kaplan & Norton – Balanced Score Card - Harvard (1996) PDCA – Dr. Edwards Deming Cycle IHI – Quality Indicators - 2010

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

<u>Norm: KB 23 oktober 1964 p.131, Algemene inrichting / Organisatorische normen, 12° bis</u> <i>(De verpleegkundige activiteit moet op een systematische wijze kwalitatief worden getoetst. In het kader hiervan dient een systematische registratie te worden ondernomen van ziekenhuisinfecties, doorligwonden, fouten en ongevallen, als hulpmiddel om de kwaliteit en de doeltreffendheid van de verpleegkundige verzorging op te volgen. Tevens dient een registratie te worden opgezet van de verpleegduur, heropnamen of verwikkelingen voor welomschreven pathologieën)</i> <i>Een zelfevaluatie is een systematische evaluatie van de processen, structuren en resultaten van de voorziening en wordt door de voorziening zelf verwezenlijkt. De voorziening toont door middel van een zelfevaluatie aan hoe ze haar processen, structuren en resultaten bewaakt, beheerst en voortdurend verbeterd.(kwaliteitsdecreet)</i> <i>In deze zelfevaluatie toont de voorziening minimaal aan:</i> 1° <i>Hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de kwaliteit van zorg.</i> 2° <i>Hoe ze de gegevens aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren</i> 3° <i>Welk stappenplan met tijdspad ze opstelt om de doelstellingen te bereiken</i> 4° <i>Hoe en met welke frequentie ze evalueert of de doelstellingen bereikt zijn</i> 5° <i>Welke stappen ze onderneemt indien een doelstelling niet bereikt is.</i> <i>Met het oog op de verbetering van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit dienen het geheel van diensten, functies, medisch technische diensten, evenals de zorgprogramma's, over te gaan tot interne en externe toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit.</i>				
Er is een systematische registratie van: ☐ kwaliteitsparameters (decreet), ☐ ziekenhuisinfecties, ☐ doorligwonden, ☐ fouten en ongevallen ☐ verpleegduur, MVG	De cijfers van de systematische registratie worden ☐ centraal opgevolgd, ☐ teruggekoppeld naar de hoofdverpleegkundige en medisch diensthoofd, ☐ opgevolgd op dienstniveau.			Cfr. Supra
	De cijfers worden gebruikt om het beleid van de afdeling bij te sturen (analyse, bespreking,			

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

	verbeteracties) en aangewend in de beleidscyclus			
		Jaarverslagen en beleidsplannen zijn multidisciplinair opgesteld		

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Dossier C dienst en chirurgisch dagziekenhuis

Norm: KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting / Functionele normen 6°

Voor alle zieken moet er een geneeskundig dossier en een koortsblad bijgehouden worden

Norm: KB 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in art 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 aug 1987, moet voldoen. (BS 30-07-1999)

Voor alle patiënten van de dienst dient een eenvormig medisch dossier te worden bijgehouden, dat alle elementen bevat die toelaten de diagnose te stellen, de gepaste behandeling in te voeren en de evolutie van de aandoening te volgen.

In een ziekenhuis wordt voor elke patiënt een medisch dossier aangelegd. Dit dossier vormt samen met het verpleegkundig dossier het patiëntendossier.

Het medisch dossier mag bijgehouden en bewaard worden in een elektronische vorm mits voldaan wordt aan alle in dit besluit gestelde voorwaarden.

Het medisch dossier dient gedurende minstens dertig jaar in het ziekenhuis bewaard te worden.

Het dossier van een gehospitaliseerde zieke bevat onder meer volgende documenten en gegevens:

1. De identiteit van de patiënt
2. Familiale en persoonlijke antecedenten, de huidige ziektegeschiedenis, de gegevens der voorgaande raadplegingen en hospitalisaties
3. De uitslagen van de klinische, radiologische, biologische, functionele en histopathologische onderzoeken
4. De adviezen van geconsulteerde geneesheren,
5. De voorlopige en definitieve diagnose,
6. De ingestelde behandeling: bij een chirurgische ingreep, het operatief protocol en het anesthesieprotocol
7. De evolutie van de aandoening
8. Het verslag van een eventuele lijkschouwing
9. Een afschrift van het ontslagverslag
10. Voor elke transfusie het toegediende labiel bloedproduct (met eenheid of lotnummer), de datum en het uur van toediening, de toedieners (arts en verpleegkundige), de indicatie voor de transfusie, de eventuele reacties en een klinische en/of biologische evaluatie van de doeltreffendheid van de interventie.

De in §1, 3°, 4°, 5°, 6° en 8° bedoelde stukken dienen respectievelijk door de verantwoordelijke arts, de geconsulteerde geneesheren, de arts die de diagnose gesteld heeft, de behandelend chirurg en anesthesist en de anatomo-patholoog ondertekend te zijn.

Het document dat in §1, 10° bedoelde gegevens bevat, wordt opgesteld in de dienst waar het eerste labiel bloedproduct wordt toegediend en het volgt de patiënt gedurende zijn gans verblijf in het ziekenhuis tot bij de dienst waar de patiënt het ziekenhuis verlaat.

Het medisch dossier, in bijzonder het ontslagverslag, moet de therapeutische en diagnostische aanpak getrouw weergeven.

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Norm: KB 28 dec 2006 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier, bedoeld in art 17 quater van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 aug 1987, moet voldoen. (BS 30-01-2007)

(Er wordt voor elke patiënt een verpleegkundig dossier aangelegd.

Het verpleegkundig dossier bevat tenminste de volgende documenten en gegevens:

1. De identiteit van de patiënt
2. De verpleegkundige anamneses, met name alle elementen die tot doel hebben de leefgewoonten van de patiënt te identificeren, de evaluaties, de evoluties, de huidige en potentiële wijzigingen van zijn behoeften als ook alle elementen ter voorbereiding op zijn ontslag.
3. De medische en paramedische informatie die nodig is om de kwaliteit en de continuïteit van de verpleegkundige zorg aan de patiënt te verzekeren.
4. De voorgeschreven medische behandelingen, met name de medicamenteuze toedieningen, de diagnostische onderzoeken, de technische verstrekkingen en de toevertrouwde handelingen
5. Het verpleegplan, met name het document dat het klinisch oordeel van de verpleegkundige omschrijft bij de benadering van gezondheidsproblemen, die voortvloeien uit zijn / haar specifieke verantwoordelijkheid. Het verpleegplan bestaat uit verpleegproblemen en : of verpleegdiagnoses, de doelstellingen, de verwachte resultaten en de verpleegkundige interventies.
6. De verpleegplanning die een lijst is van de geplande en al dan niet verstrekte zorgen, overeenkomstig het verpleegplan en de voorgeschreven behandelingen.
7. De gestructureerde observatienota's die de evaluatie van de bereikte resultaten documenteren en die de opvolging van de problemen en verwachtingen van de patiënt verzekeren.
8. Een afschrift van het verpleegkundig ontslagrapport.

Het patiëntendossier bevat tenminste volgende documenten en gegevens:				
<u>Identiteit van de patiënt</u> *op alle losbladige formulieren (op scherm en afgedrukt)			100%	
<u>Medische anamnese</u> ✓ <u>familiale en persoonlijke antecedenten (ook allergie)</u> ✓ <u>thuismedicatie</u> ✓ <u>huidige ziektegeschiedenis,</u>			100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
✓ <u>gegevens van voorgaande raadplegingen en hospitalisaties</u>				
De verpleegkundige anamnese ✓ allergieën, ✓ thuismedicatie ✓ sociale anamnese, ✓ contactgegevens, ✓ de evaluaties, de evoluties, de huidige en potentiële wijzigingen van zijn behoeften ✓ alle elementen ter voorbereiding op zijn ontslag. ✓ Alle elementen ter voorbereiding op zijn ontslag zoals kenmerken van de patiënt (invaliditeit, etniciteit, taalkennis), woonsituatie, mantelzorg, vervoersmogelijkheden...			100%	
Herkenning isolatiepatiënt plus evt. te nemen maatregelen afhankelijk van de kiem				Richtlijnen voor de beheersing en preventie van overdracht van Methicilline-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) in Belgische ziekenhuizen 2003

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
*Reden van opname (evt. opgenomen in de verwijsbrief van de huisarts) Voorlopige en definitieve diagnose			100%	
Ingestelde behandeling			100%	
Evolutie van de aandoening			100%	
<u>Uitslagen van de onderzoeken</u> ✓ <u>klinische,</u> ✓ <u>radiologische,</u> ✓ <u>biologische,</u> ✓ <u>functionele en</u> ✓ <u>histopathologische</u>			100%	
Adviezen van geconsulteerde geneesheren, getekend / gevalideerd			100%	
<u>Medische orders, getekend / gevalideerd door de arts</u> ✓ <u>medicamenteuze toedieningen,</u>			100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
✓ <u>diagnostische onderzoeken</u> ✓ <u>technische verstrekkingen</u> ✓ <u>toevertrouwde handelingen</u> ✓ <u>staande orders</u>				
<u>Bij een transfusie:</u> ✓ <u>indicatie voor de transfusie</u> ✓ <u>*controle Bloedgroep & Rhesusfactor</u> ✓ <u>lotnummer van het toegediende bloedproduct</u> ✓ <u>datum en uur van toediening & toediener</u> ✓ <u>eventuele reacties</u> ✓ <u>klinische en/of biologische evaluatie van de doeltreffendheid van de interventie</u> <u>Controle parameters bij transfusie:</u> <u>temperatuur, pols, bloeddruk en observatie patiënt:</u> - <u>vlak voor transfusie</u> - <u>15 minuten na de start van de transfusie</u> - <u>op het einde van de transfusie</u> - <u>bij transfusiereactie</u>			100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
Het verpleegplan: ✓ het klinisch oordeel van de verpleegkundige bij de benadering van gezondheidsproblemen, ✓ verpleegproblemen en/of verpleegdiagnoses, ✓ doelstellingen, ✓ verwachte resultaten ✓ verpleegkundige interventies			100%	
De verpleegplanning: = de geplande en al dan niet verstrekte zorgen, overeenkomstig het verpleegplan en de voorgeschreven behandelingen.			100%	
De gestructureerde observatienota's die de evaluatie van de bereikte resultaten documenteren en die de opvolging van de problemen en verwachtingen van de patiënt verzekeren.			100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
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)			100%	
<u>Ontslagbrief medisch</u>	Rekening houdend met multidisciplinaire input van de zorgverstrekkers die bij de zorg betrokken waren		100%	
Een afschrift van het (verpleegkundig) ontslagrapport.			100%	
Verslag van een eventuele lijkschouwing			100%	
	<u>Het patiëntendossier bevat:</u> <u>Parameters volgens medisch voorschrift</u>		100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
	<u>Op een acute C dienst minimum =</u> ☐ <u>Hartfrequentie</u> ☐ <u>Bloeddruk</u> ☐ <u>Temperatuur</u> ☐ <u>Pijn (pijnintensiteit, evaluatie van behandeling)</u> ☐ <u>Bewustzijn (indien van toepassing)</u> ☐ <u>Respiratoire aandachtspunten (indien van toepassing)</u> ☐ <u>Saturatiemeting (indien van toepassing)</u> ☐ <u>Gewicht</u> ☐ <u>Voedingsstatus</u>			
		Het patiëntendossier is een geïntegreerd (papieren / elektronisch) multidisciplinair dossier en omvat behandeling en observaties van de verschillende zorgverstrekkers die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt,	100%	
		Het dossier bevat, indien van toepassing:	100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

		Verslagen van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen		
		Het dossier bevat, indien van toepassing, het multidisciplinaire revalidatieplan en het resultaat van de bespreking ervan met de patiënt.		
		Het dossier bevat , indien van toepassing: Adviezen van gespecialiseerde teams (bv Interne liaison geriatrie, Palliatief support team ...)	100%	
		Het dossier bevat , indien van toepassing: Adviezen van verpleegkundige specialisten (bv. wondzorg, stomazorg, ...)	100%	
		Patiënten opgenomen in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt worden systematisch gescreend op		

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

		valrisico. De screening is opgenomen in het dossier.		
		<u>Het dossier bevat , indien van toepassing:</u> <u>bevestiging van informed consent (door handtekening van of aanvinken door de arts in het dossier)</u>	100%	
		Indien een DNR code groter dan 0 bepaald is, dan wordt die in het patiëntendossier opgenomen. Elke patiënt heeft een DNR code in het dossier (Code 0 betekent geen restrictie)	Nulmeting	
		De DNR code is getekend/ gevalideerd door de arts + er is een vermelding “besproken in team” + er is een vermelding “ besproken met patiënt – familie “	Nulmeting	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

		+ er is een bondige weergave van de inhoud van het gesprek (minstens wensen van gesprekspartners en resultaat van gesprek) Uitzondering: Code 0 moet niet besproken worden.		
		Medicatie wordt genoteerd / afgevinkt na toediening door de verpleegkundige die toegediend heeft.	100%	
		Reden van niet toedienen van medicatie wordt vermeld in het dossier of op het medicatieschema.	100%	

Norm: KB 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in art 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 aug 1987, moet voldoen. (BS 30-07-1999)

De dossiers van alle patiënten die de dienst verlaten hebben worden geklasseerd en bewaard in een medisch archief dat bij voorkeur centraal en elektronisch, of minstens op het niveau van de dienst wordt gegroepeerd met een enig nummer per patiënt binnen het ziekenhuis.

De dossiers moeten steeds geraadpleegd kunnen worden door de geneesheren die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt.

Norm: KB 28 dec 2006 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier, bedoeld in art 17 quater van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 aug 1987, moet voldoen. (BS 30-01-2007)

De dossiers van alle patiënten die de dienst verlaten hebben worden geklasseerd en bewaard in een verpleegkundig archief dat bij voorkeur centraal en elektronisch, of minstens op het niveau van de dienst wordt gegroepeerd met een enig nummer per patiënt binnen het ziekenhuis.

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

De dossiers moeten steeds geraadpleegd kunnen worden door de verpleegkundigen die betrokken zijn bij de verzorging van de patiënt

<u>De dossiers kunnen steeds geraadpleegd worden door de bevoegde zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt.</u>	<u>Het actuele, volledige (medisch en verpleegkundig) patiëntendossier papier/elektronisch, is toegankelijk op de afdeling waar de patiënt zich bevindt voor alle betrokken artsen, verpleegkundigen, zorgverleners.</u>		100%	KB 23 oktober 1964 Algemene inrichting en functionele normen KB 3 mei 1999 art. 1 KB 28 dec 2006 art. 1
	Elke patiënt ouder dan 75 jaar wordt, bij opname van meer dan 24 u, gescreend om na te gaan of hij/zij al dan niet in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet worden opgenomen. Screening ten laatste de dag na opname. Dit gebeurt aan de hand van een gevalideerde en eenvoudige schaal (ISAR, GRP, VIP,...) en wordt in het dossier opgenomen.			K.B. 29 januari 2007 art. 4
	Het is duidelijk welke verpleegkundige is toegewezen aan de patiënt en welke verpleegkundige / zorgkundige			KB 28 december 2006 art. 2, 3 en 5

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
	verantwoordelijk is voor welke akten, uitgevoerd bij welke patiënt. Dit laatste is terug te vinden op basis van registratie in het verpleegkundig dossier.			
	Toegang tot het dossier (lees- en schrijf rechten) zijn vastgelegd. Er is toezicht op de naleving.		100%	

Ontslagbeleid

Norm: KB 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in art 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 aug 1987, moet voldoen.

Het ontslagverslag omvat:

1. Het voorlopige verslag dat de onmiddellijke continuïteit van de zorg waarborgt
2. Het volledige verslag over het ziekenhuisverblijf, ondertekent door de arts die voor de patiënt verantwoordelijk is

Het verslag wordt

1. hetzij aan de patiënt meegegeven die het aan zijn behandelende arts en aan ieder betrokken arts bezorgt;
2. Hetzij aan de behandelende arts en ieder betrokken arts bezorgt.

Bedoeld verslag bevat alle informatie die het voor elke door de patiënt geconsulteerde arts moet mogelijk maken de continuïteit van de zorg te verzekeren.

Dit rapport omvat de meest kenmerkende anamnesticke , klinische, technische en therapeutische gegevens over de hospitalisatie en de vereiste nazorg.

Norm KB 25 nov 1997 houdende de vaststelling van de normen waaraan de functie chirurgische daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend (BS 5-12-1997)

Verantwoorde zorg voldoet aan de eisen van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. (kwaliteitsdecreet)

Bij het ontslag moet een geschreven rapport voor de behandelende arts voorhanden zijn. Dit rapport moet alle elementen bevatten die noodzakelijk zijn opdat de behandelende arts de coördinatie van de verdere medische hulpverlening zou kunnen verzekeren.

De in de functie in acht te nemen procedureregeling wordt schriftelijk vastgelegd en heeft betrekking op het ontslag uit de functie en de wijze waarop de continuïteit van de zorg gewaarborgd wordt. (schriftelijke procedure over de nazorg van de patiënt)

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Over het ontslag van een patiënt uit de functie beslist, na onderzoek van de betrokkene, de behandelend chirurg of, bij diens afwezigheid, de in het ziekenhuis aanwezige geneesheer die verantwoordelijk is voor de patiënten van de functie (dient tot hetzelfde subspecialisme te behoren dan de behandelende chirurg).

	Ontslagcriteria zijn uitgeschreven en bepaald door de artsen			
	De behandelende arts ziet elke patiënt voor ontslag.			
<u>Er zijn afspraken over de termijn waarbinnen de (definitieve) ontslagbrief wordt verzonden.</u> <u>Voor elke patiënt is er bij ontslag een (voorlopige of definitieve) ontslagbrief voor de huisarts</u> <u>(*minimale inhoud: relevante anamnestiche gegevens, uitgevoerde ingreep, verloop hospitalisatie, vereiste nazorg, medicatieschema).</u> <u>Een kopij van deze ontslagbrief is terug te vinden in het patiëntendossier.</u>	Rekening houdend met multidisciplinaire input van de zorgverstrekkers die bij de zorg betrokken waren		100%	KB 3 mei 1999 art. 3

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
Voor elke discipline, die instaat voor of betrokken wordt bij de nazorg van een patiënt, wordt een ontslagbrief voorzien. Deze bevat, naast de algemeen medische - en verpleegkundige gegevens, specifieke input van de betreffende zorgverstrekkende discipline (kinesitherapie, verpleegkundige zorg, logopedie...) Voor elke patiënt is er een ontslagbrief voor de eventuele andere zorgverleners in de nazorg, voorschriften (bv. medicatie, wondzorg, ...)			100%	
	Het medicatieschema bij ontslag bevat voor elk geneesmiddel: 1. naam 2. dosis en posologie 3. toedieningsvorm 4. evt. specifieke opmerkingen zoals stopdatum of zelfregulatiemogelijkheid Het ontslagschema is terug te vinden in het patiëntendossier.			

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
	Indien van toepassing ook vermelding van medicatie, die niet mag gebruikt worden, na het onderzoek of de behandeling.			
	<u>Patiënten worden schriftelijk geïnformeerd over de noodzakelijke nazorg bij de ingreep (normaal verloop, pijn, mogelijke complicaties, contactgegevens bij problemen, medicatieschema, afspraak controle,...)</u> <u>Indien van toepassing worden voorschriften (bv. medicatie, wondzorg, ...) met de patiënt meegegeven.</u> <u>Er is een mondelinge toelichting bij deze schriftelijke informatie.</u>		100%	
Indien van toepassing, in functie van infectiepreventie, is er een vervoersdocument voor de ambulancedienst met vermelding van de te nemen maatregelen volgens soort isolatie. Een kopie hiervan wordt in het patiëntendossier bewaard.		Richtlijnen voor de beheersing en preventie van overdracht van Methicilline-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) in Belgische ziekenhuizen 2003		

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Informed consent

Norm: Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (BS 26-09-2002)

De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar. (patiënten rechten)

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
	<u>De behandelende arts/anesthesist</u> <u>Het behandelende team</u> informeert <u>ten laatste bij</u> de planning van de <u>ingreep de patiënt minimaal</u> <u>mondeling over</u> ✓ <u>Reden voor de ingreep</u> ✓ <u>Het behandelplan</u> ✓ <u>De uitvoerder van de ingreep</u> ✓ <u>Het verwachte resultaat</u> ✓ <u>Pijn</u> ✓ <u>De mogelijke complicaties en problemen</u> ✓ <u>Alternatieven</u> ✓ <u>Herstelperiode</u> ✓ <u>De soort anesthesie</u> ✓ <u>De voor en nadelen van de anesthesie</u> ✓ <u>Alternatieven</u> ✓ <u>De voorwaarden en gemaakte afspraken voor en na de anesthesie.</u>		100%	Wet van 22 augustus 2002 World Alliance for Patient Safety. WHO Guidelines for safe surgery. Geneva: World Health Organization, 2008. Wright A, et al. Bar Coding for Patient Safety. New Eng. J Med 2005
	<u>Deze informatie gebeurt tijdig via een pre anesthesiecontact zodat de</u>		Nulmeting	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
	<u>patiënt nog inspraak heeft in de keuze.</u> <u>Dit vindt plaats voordat de patiënt in de operatiezaal is.</u>	<u>Het informed consent wordt voor geplande behandelingen minimaal schriftelijk vastgelegd.</u> <u>Voor volwassenen volstaat een handtekening van het item in het patiëntendossier, een afvinken, een ondertekend IC formulier of een inhoudelijke notitie.</u>		
	<u>Bij minderjarigen is er een schriftelijke, geïnformeerde toestemming van de wettelijke vertegenwoordiger(s) van de minderjarige die terug te vinden is in het patiëntendossier.</u> <u>Indien er een verklaring van de arts is i.v.m. de maturiteit van de minderjarige, dan is deze schriftelijke toestemming niet nodig.</u> <u>In dat geval is de verklaring van de maturiteit van de minderjarige in het patiëntendossier terug te vinden.</u>	<u>Bij mature minderjarigen moet het informed consent door deze jongere zelf ondertekend worden.</u>	100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Pijnmanagement				
<u>Norm: KB 27 april 2007, betreffende de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen</u> Het hoofd van het verpleegkundig departement is verantwoordelijk voor de verspreiding van richtlijnen betreffende de verschillende verpleegkundige zorgthema's ⁵ die ter beschikking zijn gesteld door de Federale Raad voor de Kwaliteit van de verpleegkundige activiteit en de vertaling ervan in de vorm van protocollen. <u>(Norm 17 okt 2003 decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (BS 10-11-2003)</u> Verantwoorde zorg voldoet aan de eisen van doeltreffendheid, doelmatigheid, <u>continuïteit</u>, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Voorzieningen en gebruikers hebben elk een aandeel in de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg, onverminderd de verantwoordelijkheid van de overheid. <u>Norm: Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (BS 26-09-2002)</u> De patiënt 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. De communicatie met de patiënt geschiedt in een duidelijke taal.)				
		Er is een ziekenhuisbreed pijnbeleid, eventueel aangevuld met dienstspecifieke pijnprotocollen.	100%	WHO Normative Guidelines on Pain Management, Geneva, 2007 Eccleston C, Yorke L, Morley S, Williams AC, Mastroyannopoulou K. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2003; Acute Pain Management: Scientific Evidence, Second Edition. Melbourne: Australian and New
			100%	

⁵ Pijn is een geselecteerd zorgthema

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

		Het pijnprotocol is gekend en wordt toegepast door de medewerkers.		Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. 2005 Brennan F, Carr DB. Pain Management: A Fundamental Human Right. Anesthesia and Analgesia, 2007 World Institute of Pain (WIP)
		Er zijn staande orders inzake pijn. ter uitvoering van het pijnbeleid.		
		De staande orders inzake pijn worden in het patiëntendossier opgenomen, gevalideerd/ondertekend door de arts.		
		<u>Pijn wordt gemeten minimaal tweemaal per dag .</u>		
		<u>De meetmethode is aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt (kinderen, ouderen, niet communicatieve patiënten).</u>		
		<u>Er zijn voor elke patiënt systematisch medische orders voor pijnbeleid post operatief.</u>	100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

		De pijnbehandeling wordt geëvalueerd op effectiviteit en genoteerd in het dossier.	100%	
		<u>Personeel is opgeleid over pijn</u>	100%	
		Verbeteracties van het pijnbeleid kunnen aangetoond worden. (PDCA) Hiervoor worden indicatoren opgevolgd over pijnbehandeling.		

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Post operatieve wondinfecties				
<i>Norm: KB 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (BS 7-11-1964), II inrichting en werking van elk soort diensten, kenletter C</i> <i>De specialist –c chirurg, belast met de leiding van de dienst zal, samen met de verantwoordelijke voor de verpleging, al de nodige voorzorgen nemen om besmettingen te vermijden.</i>				
		Richtlijnen aseptisch werken zijn uitgeschreven, gekend en worden toegepast.		Alicia J. Mangram, MD et al.; The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee;US Department of Health and Human Services, Atlanta, Georgia. Mangram A., et al. Guideline for prevention of surgical site infection. Am J Infect Control 1999;27:97-132. Stichting Werkgroep Infectie Preventie - Richtlijnen: omstandigheden (kleine) chirurgische & invasieve ingrepen; WIP (NL.) 2011 Stichting Werkgroep Infectie Preventie - Preventie van postoperatieve wondinfecties; WIP (NL.) 2012
		<u>Preoperatieve voorbereiding operatiestreek gebeurt volgens de geldende richtlijnen van CDC en WIP</u>	100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
				CDC, (Centers for Disease Control) guideline for prevention of surgical site infection, 1999.
Ziekenhuishygiëne en handhygiëne				
		<u>De basisvereisten voor handhygiëne worden opgevolgd door alle artsen, personeel en medewerkers die op patiëntenafdelingen taken vervullen.</u> <u>Richtlijnen handhygiëne worden opgevolgd.</u> ✓ <u>Juwelenvrije handen & voorarmen</u> ✓ <u>Geen polshorloges,</u> ✓ <u>Geen gel of kunstnagels</u> ✓ <u>Geen nagellak</u> ✓ <u>Korte mouwen zowel van dienst- als van burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen</u> ✓ <u>Korte nagels</u> ✓ <u>Propere nagels</u>	100%	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 WHO. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. 2009.
		Richtlijnen zijn gekend & worden opgevolgd volgens de indicatiebepaling	100%	Hoge Gezondheidsraad. Aanbevelingen inzake

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

				handhygiëne tijdens de zorgverlening. 2009.
		<u>Alle toiletten voor personeel en bezoekers sanitaire voorzieningen zijn voorzien van alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne.</u> ✓ <u>Lavabo om handen te wassen</u> ✓ <u>Vloeibare zeep in dispenser</u> ✓ <u>Dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerp mond</u> ✓ <u>Papieren handdoekjes en no-touch vuilbakje</u> ✓ <u>Reminders handhygiëne</u>		WHO
		In elke ruimte waar een wastafel voor personeel beschikbaar moet zijn, namelijk minimaal in de verpleegpost en de vuile utility, zijn alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne en handontsmetting aanwezig: *vloeibare zeep in dispenser *alcohol in dispenser ; handalcohol hoeft niet noodzakelijk aan de wastafel voorzien te zijn, wel in de ruimte aanwezig *dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare mond *wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje * reminder handhygiëne		

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

		Handen en—voorarmen worden gewassen met water en zeep: ✓ bij zichtbaar vuil, ✓ bij contact met sporenvormende kiemen (bv clostridium) ✓ als vorm van persoonlijke hygiëne (bv. na bezoek aan het toilet, voor maaltijd).	100%	
		Handen worden gedesinfecteerd met handalcohol: ✓ vóór patiëntencontact ✓ na patiëntencontact ✓ vóór een zuivere of invasieve handeling ✓ na (potentiële) blootstelling aan lichaamsvochten en slijmvliesen ✓ na contact met de directe patiënten omgeving Deze 5 indicaties voor handontsmetting zijn gekend door alle zorgverstrekkers en de richtlijnen worden toegepast.	100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
		De verdelers van handalcohol moeten zo dicht mogelijk bij de plaats van de zorgverlening of van gebruik aanwezig zijn en niet alleen ter hoogte van de ingang van de kamer.		
		Handschoenen worden gebruikt bij elk potentieel contact met bloed, lichaamsvochten of slijmvliezen. Daarnaast zijn ook andere persoonlijke beschermingsmiddelen (schort, spatbril, masker,...) beschikbaar.	100%	
		Opvolging-meting-steekproeven Bv. Handalcohol compliance (observatie) of Handalcoholverbruik/patiënt/24u.	100%	
Patiënten met een infectierisico kunnen correct behandeld worden zonder risico voor andere aanwezige patiënten. Hiervoor zijn procedures uitgeschreven.				K.B. 23 oktober 1964, 1 Algemene inrichting, Bijlage III organisatorische normen 9°. CDC: Guideline for isolation precautions 2007 Appendix vanaf pag. 93

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
		De heelkundige dienst werkt mee aan een actief preventiebeleid van nosocomiale infecties door: -overleg over nosocomiale infecties, bv. tussen de behandelende arts en de arts- of verpleegkundige ziekenhuishygiënist van het team van ziekenhuishygiëne of microbioloog, of door aanstelling van een 'sentinel arts' ziekenhuishygiëne, -registratie van nosocomiale infecties, -neergeschreven en geactualiseerde richtlijnen en procedure betreffende toe te passen maatregelen voor alle medewerkers.		
		Er is een programma ingesteld, goedgekeurd door het team ziekenhuishygiëne, mbt reiniging en zo nodig desinfectie voor alle apparatuur die in contact komt/is met de patiënt.		
<u>Norm: KB 23 oktober 1964, II inrichting en werking van elk soort van diensten (bijzondere normen toepasselijk op universitaire diensten kenletter C), architectonische normen 11 (Afzonderlijk sanitair voor patiënten, personeel en bezoekers)</u>				
			100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

	Voor de bezoekers is er 1 WC per verdieping			
--	---	--	--	--

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Patiëntenidentificatie				
		<u>Er bestaat een ziekenhuisbrede procedure voor patiëntidentificatie.</u> <u>Patiëntidentificatie gebeurt op een uniforme wijze</u>		Patient Identification. Geneva: World Health Organization, 2007. Wright A, et al. Bar Coding for Patient Safety. New Eng J Med 2005.
		<u>Patiëntidentificatie gebeurt minimaal op basis van 2 correcte parameters:</u> ☐ <u>naam + voornaam, aangevuld met geboortedatum of</u> ☐ <u>naam + voornaam, aangevuld met dossiernummer</u> <u>(niet kamernummer, bednummer, adres van de patiënt)</u>	100%	
		<u>Patiëntidentificatie wordt minstens angewend voor:</u> ☐ <u>patiënt</u> ☐ <u>dossier</u> ☐ <u>voorschriften (onderzoek, behandeling, etc...)</u> ☐ <u>medicatie</u> ☐ <u>staalafname</u>	100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

		☐ <u>onderzoek</u> ☐ <u>behandeling</u>		
		Bij elke medische/verpleegkundige handeling in het operatiekwartier (behandeling/diagnostiek) worden aan de patiënt zijn/haar identificatiegegevens vergeleken met de identificatiegegevens op de identificatieband van de patiënt en ook met de identificatiegegevens voor de uit te voeren handeling. Bij medische/verpleegkundige acties (behandeling/diagnostiek) worden de patiënten identificatiegegevens van de armband luidop afgelezen.	Nulmeting	
		Proces ter opvolging (evaluatie-steekproef-meting) is aanwezig		
		Voor patiënten die hun identiteit niet kunnen bevestigen bestaat een specifieke identificatieprocedure.		

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Hoog-risico medicatie				
		De ziekenhuisapotheker maakt samen met het medisch farmaceutisch comité een procedure op m.b.t. de veilige omgang met hoog risico medicatie. Deze bevat minstens: ✓ Oplijsting van de medicatie ✓ Correcte labeling ✓ Veilige manier van stockage ✓ Ontoegankelijk voor onbevoegden. ✓ Snel informatiebereik voor de medewerkers	100%	
		Het ziekenhuis bepaalt welke medicatie als hoog-risico omschreven wordt & hoe men hier op een veilige manier mee omgaat. Hoogrisico medicatie omvat minimaal: ✓ Geconcentreerde elektrolyten (bv. KCL)	100%	Geneva: World Health Organization Institute for Safe Medication practices (2012)

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
		✓ Heparine ✓ Insuline ✓ Cytostatica		
		Procedure is gekend door de zorgverleners & wordt nageleefd.	100%	
		Er is een procedure aanwezig ifv het omgaan met medicatie die gelijkaardig verpakt is of gelijkaardig klinkt, die procedure wordt correct opgevolgd.	100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

Medicatiebeleid C dienst				
		Narcotica worden tot op moment van toediening achter slot bewaard	100%	Geneva: World Health Organization Poon E, et al. Medication dispensing errors and potential adverse drug events before and after. Ann Int Med 2006;
		Er is een sluitende stock controle voor narcotica via registratie en telling.	100%	
		Proces ter opvolging (evaluatie-steekproef-meting) is aanwezig.		
		Correcte identificatie van medicatie tot op het moment van toediening is noodzakelijk. Minimaal: ▶ Identiteit van patiënt ▶ Naam geneesmiddel ▶ Dosis	100%	

A Norm *Verduidelijkte norm	B Nuancering norm	C Bijkomende eis	D Streefwaarde / nulmeting	E Bronvermelding
-----------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------

		► Toedieningswijze Dit zowel voor: ► Tabletten ► Capsules ► Bereide spuiten, drips, infusen		
--	--	---	--	--