

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
1.1	1.1 D-dienst Niet medisch personeel			
1.1.1.1		Het personeelskader van de D dienst voldoet minimaal aan de normering. Norm per 30 erkende bedden aan 80% bezetting: 12 vte waarvan 9 vte gekwalificeerden (incl. hoofdverpleegkundige).		KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting/ Organisatorische normen, 12° KB 25 april 2002 art 45, §9
1.1.1.2		Er is per afdeling permanent een verpleegkundige aanwezig (excl. de hoofdverpleegkundige).	Vanaf 30 erkende en geëxploiteerde bedden op de afdeling dient de afdeling steeds te kunnen beschikken over een tweede verpleegkundige.	K.B. 23 oktober 1964 III. Organisatorische normen 12°
1.1.1.3			Er zijn op elke afdeling referentieverpleegkundigen / gespecialiseerde verpleegkundigen / verpleegkundige specialisten met extra expertise in relatie tot de opgenomen pathologie en met adviserende functie. Het ziekenhuis duidt op een lijst aan welke referentieverpleegkundigen voor welke afdelingen voorzien worden. De lijst betreft minimaal de aspecten geriatrische zorg, ziekenhuishygiëne, diabetes en pijn.	
1.1.1.4			Er is per dag (week en weekend) voor de verschillende shiften een minimale bestaffing per afdeling vastgelegd. De werkelijke bestaffing is hieraan conform.	
1.1.1.5			De patient/nurse ratio is gekend per shift.	

1.1.1.6	Check 1	<u>Er is een programma voor permanente opleiding (bij/inscholing) voor het team in de basisbeginselen van de reanimatie. Hiervoor is aangepaste infrastructuur in het ziekenhuis aanwezig.</u> <u>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 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>	De leden van het team hebben minstens om de twee jaar een opleiding BLS gevolgd.	K.B. 13 juli 2006 art. 9, §1 K.B. 27 april 1998 functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" art. 12
1.1.1.7	Check 1	<u>Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleidingen per personeelslid.</u>		K.B. 23 oktober 1964 I algemene inrichting III. Organisatorische normen 2° alinea 9 K.B. 13 juli 2006 art. 9, §2, 3°
1.1.1.8		Op regelmatige basis worden functionerings- en/of evaluatiegesprekken gehouden met elk personeelslid.		K.B. 13 juli 2006 art. 7, §2 4°
1.2	1.2. Niet-chirurgische daghospitalisatie Niet medisch personeel			

1.2.4.1		Bij een gemengd dagziekenhuis (chirurgisch/internistisch) wordt er voor de zorg van de internistische patiënten een apart toegewezen equipe ingezet, in functie van de zorgzwaarte (ernst van de behandelde pathologie, turnover, aantal patiënten). Er is minstens 1 verpleegkundige exclusief toegewezen aan de internistische patiënten op een gemengd dagziekenhuis.		KB 10 februari 2008 art. 10
1.2.4.2		Tot de laatste patiënt uit de functie ontslagen is, is er permanent tenminste 1 verpleegkundige aanwezig op de functie per onderscheiden architectonische eenheid.		K.B. 10 februari 2008 art. 10
1.2.4.3		Gedurende de openingsuren is een administratief personeelslid beschikbaar (niet noodzakelijk steeds in de functie aanwezig).		K.B. 10 februari 2008 art. 10
1.2.4.4	Check 1	Er is een programma voor permanente opleiding (bij/inscholing) voor het team in de basisbeginselen van de reanimatie. Hiervoor is aangepaste infrastructuur in het ziekenhuis aanwezig. <u>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 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>	De leden van het team hebben minstens om de twee jaar een opleiding BLS gevolgd.	K.B. 13 juli 2006 art. 9, §1 K.B. 27 april 1998 functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" art. 12

1.2.4.5	Check 1	<u>Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleidingen per personeelslid.</u>		K.B. 23 oktober 1964 I algemene inrichting III. Organisatorische normen 2° alinea 9 K.B. 13 juli 2006 art. 9, §2, 3°
1.2.4.6		Op regelmatige basis worden functionerings- en/of evaluatiegesprekken gehouden met elk personeelslid.		K.B. 13 juli 2006 art. 7, §2 4°
1.2.4.7			De bestaffing (naar aantal en kwalificatie) is steeds ifv de aard van pathologie, rekening houdend met kwaliteit & patiëntveiligheid, op basis van de zorgzwaarte en de bepaling van de piek- en dalmomenten.	
1.3.	1.3. Ziekenhuisapotheek Niet medisch personeel			
1.3.1.1		Voor het apotheekpersoneel bestaat een functieomschrijving en werden de taken en verplichtingen omschreven. Er is een verplicht intern opleidingsplan voor specifieke taken van het ziekenhuisapotheekpersoneel.		K.B. 21/01/2009 ISO9001:2008 K.B. 4 maart 1991 art. 15

1.3.1.2		Volgende taken in de ziekenhuisapotheek worden uitsluitend uitgevoerd door een apotheker of een farmaceutisch geschoold medewerker die minimaal de kwalificatie van farmaceutisch technisch assistent heeft: -afleveren van geneesmiddelen overeenkomstig de wet en geldende regels -uitvoeren van magistrale bereidingen Volgende diploma's komen in aanmerking voor farmaceutisch technisch assistent: - diploma derde graad secundair technisch onderwijs, farmaceutisch-technisch assistent; - diploma derde graad secundair onderwijs, aangevuld met een attest van een specifieke door de overheid erkende opleiding (met een theoretisch gedeelte en een stage van minimum 300 uren in een apotheek); - professioneel bachelor diploma, biomedische laboratorium technologie.		K.B. 5/2/1997 KB 78 10/11/1967
---------	--	---	--	---

1.3.1.3		Het kader aan apothekers en apotheek-assistenten voldoet aan de norm. - vanaf 75 bedden: minstens 0,5 vte apotheker - vanaf 120 gepondereerde bedden: minstens 0,75 vte apotheker - vanaf 150 gepondereerde bedden: minstens 1 vte apotheker - vanaf 150 gepondereerde bedden tot 299 gepondereerde bedden wordt dit aantal verhoogd a rato van 0,2 vte apothekers per schijf van 30 acute en gepondereerde bedden, en vanaf 300 gepondereerde bedden wordt dit aantal verhoogd a rato van 0,5 vte apothekers per schijf van 75 acute en gepondereerde bedden. De ponderatiecoëfficiënten zijn - 0,3 voor de diensten erkend onder kenletter O, T, T1, T2; - 0,5 voor de diensten erkend onder kenletter A1, A2, H, K, K1, K2, M, S; - 1 voor de overige diensten. Het aantal farmaceutisch technisch assistenten bedraagt		K.B. 4 maart 1991 art. 20 en 22
1.3.1.4		Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleiding per personeelslid.		ISO9001:2008
1.3.1.5		Er is minstens tweejaarlijks een functionerings- en evaluatiegesprek voor elk personeelslid.		ISO9001:2008 K.B. 4 maart 1991 art. 15
1.3.1.6		Alle apotheekactiviteiten vallen onder de bevoegdheid van de ziekenhuisapotheker.		K.B. 4 maart 1991
1.3.1.7		De ziekenhuisapotheker neemt actief deel aan het comité voor ziekenhuishygiëne		K.B. 4 maart 1991 art. 10 K.B. 23 oktober 1964 9 bis c

1.3.1.8		De ziekenhuisapothekers voorzien een permanentie buiten de openingsuren van de ziekenhuisapotheek, al dan niet in samenwerking met andere ziekenhuizen. Deze permanentie wordt georganiseerd met ten minste 3 VTE apothekers. Er is een wachtlijst beschikbaar en consulteerbaar.		K.B. 4 maart 1991 art. 13
1.4	1.4 Gespecialiseerde spoedgevallenzorg en eerste opvang van spoedgevallen Niet medisch personeel			
1.4.1.1	Check 1	<u>De functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" beschikt over een eigen specifiek verpleegkundig team waarbij een permanentie van 24 uur op 24 uur wordt verzekerd door ten minste 2 verpleegkundigen (basispermanentie), waaronder minstens 1 drager is van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg, tenzij hij/zij als bachelor in de verpleegkunde of gegradueerde verpleegkundige van het hoger beroepsonderwijs verpleegkunde HBO5 kan bewijzen dat hij/zij op 19/06/1998, minstens 5 jaar ervaring heeft opgedaan in één van de diensten bedoeld in § 1, tweede lid van art. 11 van het K.B. 27 april 1998. Dit is de basispermanentie.</u>		K.B. 27 april 1998 - art. 11, § 2 K.B. 19 april 2007.

1.4.1.2	Check 1	<u>Geen van deze twee verpleegkundigen wordt vast ingeschakeld voor structureel georganiseerde activiteiten elders, zoals permanenties op andere diensten, waardoor de basispermanentie van de spoed in het gedrang komt.</u> <u>Op momenten dat de functie niet actief is, dwz wanneer er zich geen patiënten op de functie bevinden of nog aangemeld staan (tijdelijk elders voor bv. radiologie onderzoek), kan één van de twee verpleegkundigen van de basispermanentie, tijdelijk elders dan de spoedfunctie worden ingeschakeld, maar nog steeds op dezelfde vestigingsplaats.</u> <u>Van zodra er zich een patiënt aanmeldt in de spoed wordt deze verpleegkundige onmiddellijk gecontacteerd en begeeft die zich direct naar de spoedfunctie.</u>		Omzendbrief d.d. 11/02/2004 van minister Byttebier Omzendbrief d.d. 26/01/2006 van minister Demotte
1.4.1.3		De hoofdverpleegkundige is drager van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg tenzij hij/zij bachelor is in de verpleegkunde of gegradueerde verpleegkundige van het hoger beroepsonderwijs verpleegkunde HBO5 en kan bewijzen minstens 5 jaar ervaring in deze functie van hoofdverpleegkundige te hebben op datum van 01/12/1998.		K.B. 27 april 1998 art. 11, § 1
1.4.1.4		Het verpleegkundig team moet aangepast worden naar gelang van de activiteiten van de dienst; hierbij gelden dezelfde bekwaamheidsvereisten als de basispermanentie.		K.B. 27 april 1998 art. 11, § 2, al. 2

1.4.1.5			Er is een activatieplan voor bijkomend personeel bij grote toestroom van patiënten.	
1.4.1.14 1.4.2.2	Check 1	<u>De functies gespecialiseerde spoedgevallenzorg en eerste opvang van spoed beschikken over een programma voor permanente bij/inscholing eigen aan de functie spoed. De geneesheer diensthoofd, het verpleegkundig middenkader en de hoofdverpleegkundige staan in voor de permanente bijscholing van het personeel van spoed.</u>	<u>Voor nieuwe medewerkers is er een inscholingsplan met tijdsplan en evaluaties.</u>	K.B. 13 juli 2006 art. 9
1.4.1.15 1.4.2.3	Check 1	<u>Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie doorloopt jaarlijks een doorgedreven opleiding in reanimatie (ALS) kan hetzij een attest voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de reanimatie (ALS) met succes beëindigd hebben in de loop van het laatste jaar, hetzij een certificaat voorleggen van een opleiding in de reanimatie (ALS) waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.</u>		K.B. 13 juli 2006 art. 9 M.B. van 14/02/2005, art. 2, 1° of 2°
1.4.1.16 1.4.2.4	Check 1	<u>Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleiding per personeelslid.</u>		K.B. 23 oktober 1964 I algemene inrichting III. Organisatorische normen 2° alinea 9 K.B. 13 juli 2006 art. 9, §2, 3°
1.4.1.17		De spoedgevallendienst staat voor het ganse ziekenhuis in voor de permanente vorming in de basisbeginselen van de reanimatie. Hiervoor wordt in het ziekenhuis aangepaste infrastructuur voorzien.		K.B. 27 april 1998 art. 6 en art. 12
1.4.1.18		Op regelmatige basis worden functionerings- en/of evaluatiegesprekken gehouden met elk personeelslid.		K.B. 13 juli 2006 art. 7, §2 4°

1.4.2.1	Check 1	<u>Er is steeds een verpleegkundige aanwezig die de permanentie van de functie "eerste opvang van spoedgevallen" verzekert.</u>	<u>De verpleegkundige van de functie eerste opvang spoed wordt niet vast ingeschakeld voor andere structureel georganiseerde activiteiten, zoals andere normatieve permanenties, waardoor de verpleegkundige permanentie van de functie "eerste opvang van spoedgevallen" in het gedrang komt.</u>	K.B. 27 april 1998. art. 5, al. 1
1.4.2.5	Check 1	<u>De functie "eerste opvang van spoedgevallen" wordt bewaakt door een aangestelde die beschikt over de middelen om een dringende oproep te doen op de permanentie arts.</u>		K.B. 27 april 1998. art. 2 § 2
1.5	1.5 MUG Niet medisch personeel			
1.5.3.1	Check 1	<u>De MUG-functie voorziet 24 uur op 24 in een eigen verpleegkundige permanentie, van ten minste één persoon die houder is van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg tenzij hij/zij bachelor is in de verpleegkunde of gegradueerde verpleegkundige van het hoger beroepsonderwijs verpleegkunde HBO5 en kan bewijzen minstens 5 jaar ervaring te hebben op datum van 02/09/1998 in één van de diensten bedoeld in art. 7, al. 2 van het K.B. 10 augustus 1998.</u>		K.B. 10 augustus 1998. art. 8

1.5.3.5	Check 1	Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie doorloopt jaarlijks een doorgedreven opleiding in reanimatie (ALS) kan hetzij een attest voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de reanimatie (ALS) met succes beëindigd hebben in de loop van het laatste jaar, hetzij een certificaat voorleggen van een opleiding in de reanimatie (ALS) waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.		K.B. 13 juli 2006 art. 9, §1 en §2 K.B. 10 augustus 1998 art. 11
1.5.3.6	Check 1	Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleiding per personeelslid.		K.B. 13 juli 2006 art. 9, §2, 3° K.B. 10 augustus 1998 art. 11
1.5.3.7	Check 1	De functie MUG beschikt over een programma voor permanente bij/inscholing eigen aan de functie MUG.	Voor nieuwe medewerkers is er een inscholingsplan met tijdspad en evaluaties.	K.B. 13 juli 2006 art. 9 K.B. 10 augustus 1998 art. 11
1.6.	1.6 Intensieve zorg Niet medisch personeel			

1.6.1.1	Check 1	<u>In elke eenheid van de functie IZ zijn steeds minimaal 2 verpleegkundigen aanwezig. Dit is de basispermanentie. Eén van beide verpleegkundigen is houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg, tenzij hij/zij kan bewijzen dat hij/zij op 29/06/1998, minstens 5 jaar ervaring heeft opgedaan in één van de diensten bedoeld in art. 17 tweede lid van het K.B. 27 april 1998. Dit is de basispermanentie.</u>		K.B. 27 april 1998 art.18
1.6.1.2	Check 1	<u>Het aantal verpleegkundigen aanwezig in de functie IZ is aangepast aan de activiteiten in de functie. De verhouding aanwezige IZ patiënten / verpleegkundigen bedraagt 3/1. (Er wordt wiskundig afgerond. Dit betekent dat voor 7 patiënten 2 verpleegkundigen volstaan. Voor 8 patiënten dienen 3 verpleegkundigen te worden ingezet enz...). Hierbij gelden dezelfde bekwaamheidsvereisten als de basispermanentie. Supplementair kan men aanvullen met zorgkundigen, administratieve- of logistieke hulpen.</u> <u>Indien de hoofdverpleegkundige gedeeltelijk effectief wordt ingeroosterd in de zorg, dan kunnen die uren ook meegerekend worden in de zorg.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 18

1.6.1.3	Check 1	Het personeelskader specifiek voor de functie IZ beschikt over <u>tenminste 12 vte verpleegkundigen per volledige schijf van 6 erkende IZ bedden, waarvan minstens 6 vte houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg, tenzij hij/zij kan bewijzen dat hij/zij op 29/06/1998, minstens 5 jaar ervaring heeft opgedaan in één van de diensten bedoeld in art. 17 tweede lid van het K.B. 27 april 1998. Dit vast/eigen team kan aangevuld worden met medewerkers uit mobiele equipe - interimkrachten -</u> <u>Per bijkomende, aangevatte schijf van zes bedden dient het in het vorig lid bedoelde aantal vte verpleegkundigen, verhoudingsgewijs, ten opzichte van het aantal bedden</u>		K.B. 27 april 1998 art. 18
1.6.1.4		De hoofdverpleegkundige is houder van de bijzondere beroepstitel verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg of levert het bewijs dat hij/zij als bachelor in de verpleegkunde of als gegradueerde verpleegkundige van het hoger beroepsonderwijs verpleegkunde HBO5 kan bewijzen minstens 5 jaar ervaring in deze functie van hoofdverpleegkundige te hebben op datum van 29/06/1998 en dit in één van de diensten bedoeld in art. 17 tweede lid van het K.B. 27 april 1998		K.B. 27 april 1998 art. 17
1.6.1.5		Het verpleegkundig team van de functie IZ staat enkel in voor patiënten van de functie IZ. Dit team moet aangepast worden naar gelang van de activiteiten binnen de functie.		K.B. 27 april 1998 art. 18
1.6.1.6	Check 1		<u>Wanneer de interne MUG vanuit de functie IZ vertrekt mag dit geen inbreuk betekenen op de verpleegkundige basispermanentie van IZ. Er wordt dan een procedure toegepast die verzekert dat steeds minimaal 2 verpleegkundigen aanwezig zijn in IZ.</u>	K.B. 27 april 1998 art.18

1.6.1.7	Check 1	<u>De functie IZ kan een beroep doen op een kinesitherapeut.</u>	<u>Een kinesist is overdag (weekdag tussen 8 en 17u, weekend tussen 8 en 12u) oproepbaar (7 dagen/7). Een wachtlijst is binnen de functie beschikbaar en consulteerbaar.</u>	K.B. 27 april 1998 art. 19
1.6.1.8			De functie kan beroep doen op een logistieke hulp en een administratieve kracht al dan niet gedeeld met een andere dienst.	Attractiviteitsplan minister Onkelinx (2008)
1.6.1.9	Check 1		<u>Er is een psycholoog en/of maatschappelijk werker bereikbaar voor noodgevallen 7d/7d. Een wachtlijst is binnen de functie beschikbaar en consulteerbaar.</u>	
1.6.1.10			Het ziekenhuis stelt een lijst op van referentieverpleegkundigen met extra expertise in relatie tot de opgenomen pathologie en met adviserende functie. De functie IZ kan beroep doen op referentieverpleegkundigen minstens voor geriatrische zorg, ziekenhuishygiëne, pijnbehandeling, wondzorg/decubitus. De lijst van referentieverpleegkundigen is consulteerbaar.	
1.6.1.11	Check 1	<u>De functie beschikt over een programma voor permanente bij/inscholing eigen aan de functie intensieve zorgen. De geneesheer diensthoofd, het verpleegkundig middenkader en de hoofdverpleegkundige staan in voor de permanente bijscholing van het personeel van IZ.</u>	<u>Voor nieuwe medewerkers is er een inscholingsplan met tijdspad en evaluaties.</u>	K.B. 27 april 1998 art. 21 K.B. 13 juli 2006 art. 9 K.B. 13 juli 2006 (functie hoofdverpleegkundige) art. 9

1.6.1.12	Check 1	Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie doorloopt jaarlijks een doorgedreven opleiding in reanimatie (ALS) , kan hetzij een attest voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de reanimatie (ALS) met succes beëindigd hebben in de loop van het laatste jaar, hetzij een certificaat voorleggen van een opleiding in de reanimatie (ALS) waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.		K.B. 27 april 1998 art. 21 K.B. 13 juli 2006 (functie hoofdverpleegkundige) art. 9
1.6.1.13		Voor elk toestel aanwezig binnen de functie wordt een opleiding gegeven aan de voorziene gebruikers.	Voor elk toestel aanwezig binnen de functie wordt een opleiding gegeven aan de voorziene gebruikers.	K.B. 13 juli 2006 (functie hoofdverpleegkundige) art. 9
1.6.1.14	Check 1	Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleidingen per <u>personeelslid</u> .		K.B. 23 oktober 1964 I algemene inrichting III. Organisatorische normen 2° alinea 9 K.B. 13 juli 2006 art. 9, §2, 3°
1.6.1.15		Op regelmatige basis worden functionerings- en/of evaluatiegesprekken gehouden met de personeelsleden.		K.B. 13 juli 2006 art. 7, §2 4°

1.6.1.16	Check 1		<u>Er wordt voor elke patiënt die minimaal een week heeft verbleven op IZ een multidisciplinair overleg gehouden. Minstens wekelijks heeft een multidisciplinair overleg plaats.</u> <u>Hierop zijn minimaal aanwezig: intensivist en de toegewezen verpleegkundige vervolgens de artsen en de disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt.</u>	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
2.1	2.1 D-Dienst Medisch kader			
2.1.2.1		Er is een oproepbare permanentie van een geneesheer-specialist voor elke interne discipline die er hospitaliseert, die binnen de kortst mogelijke tijd na oproep aanwezig is op de campus. De 'kortst mogelijke tijd' is vast gelegd in het medisch reglement. Het medisch reglement en de algemene regeling vermelden concreet wat verstaan wordt onder "kortst mogelijke tijd".		KB 15 december 1987, art. 5, 9°
2.1.2.2		Binnen het ziekenhuis is er een interne MUG-functie uitgebouwd waarop door de D-dienst 24u/24u en 7d/7d beroep kan gedaan worden. Deze interne MUG is aanwezig intra-muros op campus niveau.		KB 23 oktober 1964 , II inrichting en werking van elk soort diensten, kenletter D, III. Organisatorische normen
2.1.2.3	Check 1	<u>Op weekdays wordt elke patiënt dagelijks door de arts bezocht.</u> <u>In het weekend is er een zaalronde, waarbij minimaal patiënten met (potentiële) problemen besproken worden.</u>	<u>Van de zaalronde is er steeds een weergave door een geneesheer in het individuele patiëntendossier (bv. wijzigingen in behandeling, geen wijzigingen, opstarten nieuwe items, aanvragen ondertekend door de arts...)</u> <u>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.</u>	KB 15 december 1987 KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting / Organisatorische normen, 10 KB 3 mei 1999
2.1.2.4		Er is een arts beleidsmatig verantwoordelijk voor de dienst of cluster.	Er is een arts beleidsmatig verantwoordelijk voor de afdeling.	KB 15 december 1987 art. 10 en 11 KB 23 oktober 1964 , II inrichting en werking van elk soort diensten, kenletter D

2.1.2.5		Er is periodiek beleidsmatig overleg, minstens eenmaal per jaar, tussen de verantwoordelijke arts voor de cluster of dienst en de hoofdgeneesheer. Er is periodiek beleidsmatig overleg, minstens eens per 4 maanden, tussen de verantwoordelijke arts voor de cluster of dienst en de hoofdverpleegkundigen. Er is periodiek beleidsmatig overleg, minstens eens per 4 maanden, tussen de verantwoordelijke arts voor de cluster of dienst en de paramedici van de betrokken dienst.	Van het beleidsmatig overleg wordt verslag opgemaakt.	KB 15 december 1987 art. 5 en art. 15
2.1.2.6		Het medisch reglement is uitgewerkt op ziekenhuisniveau . Op dienstniveau is het medisch reglement vertaald in interne afspraken die schriftelijk zijn opgemaakt (zaalrondes, oproepen wachtdiensten, ...). Interne afspraken voor de dienst worden nageleefd.		KB 15 december 1987 art. 12
2.1.2.7		Heel het team van artsen doorloopt tweejaarlijks een basisopleiding in reanimatie (BLS), tenzij de artsen 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.		K.B. 27 april 1998 functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" art. 12
2.2	2.2 Niet-chirurgische daghospitalisatie Medisch kader			
2.2.5.1		De functie "niet-chirurgische daghospitalisatie" staat onder leiding van een geneesheer-specialist		KB 10 februari 2008 art.7

2.2.5.2		Binnen het ziekenhuis is er een interne MUG-functie uitgebouwd waarop door de functie niet-chirurgische daghospitalisatie steeds beroep kan gedaan worden. Deze interne MUG is aanwezig intra-muros op campus niveau.		
2.2.5.3		Er is een medische permanentie op de campus van een geneesheer-specialist behorend tot de interne disciplines tot op het ogenblik dat de laatste patiënt uit de functie ontslagen is.		KB 10 februari 2008 art.8
2.2.5.4	Check 1	<u>Over het ontslag van een patiënt uit de functie beslist, na onderzoek van de patiënt, de geneesheer-specialist die op dat moment verantwoordelijk is voor de patiënten van de functie.</u> <u>De aftekening van deze beslissing is terug te vinden in het patiëntendossier.</u> <u>Voor bepaalde behandelingen kunnen er ontslagcriteria vastliggen via staand order. Dit staand order is terug te vinden in het dossier, ondertekend door de arts.</u>		KB 10 februari 2008 art. 9

2.2.5.5		Heel het team van artsen doorloopt tweejaarlijks een basisopleiding in reanimatie (BLS), tenzij de artsen 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.		K.B. 27 april 1998 functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" art. 12
2.3	2.3 Gespecialiseerde spoed en eerste opvang van spoedgevallen Medisch kader			
2.3.1.6	Check 1	<u>De medische permanentie van de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg wordt waargenomen door geneesheren die een kwalificatie bezitten die voldoet aan de normatieve vereisten (KB van 27 april 1998) Deze artsen zijn minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden. Het betreft:</u> <u>1)geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde (art.2,1° en 2° van KB 14 februari 2005)</u> <u>2)geneesheer -specialist in de acute geneeskunde (art.2,3° van KB 14 februari 2005)</u> <u>3)geneesheer houder van het brevet in de acute geneeskunde (art. 6,3,2° van KB 14 februari 2005)</u> <u>4)kandidaat geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde of in de acute geneeskunde, die hetzij geneesheer specialist is in één van de disciplines van art. 2,1° van KB 14 februari 2005, hetzij gedurende tenminste een jaar voornoemde opleiding heeft genoten.</u>	<u>Er is geen cumulatie mogelijk van andere georganiseerde activiteiten zoals in het operatiekwartier, cathlab...</u>	K.B. 27 april 1998 art. 9, §1

2.3.1.7	Check 1	<u>In afwijking mag tot 31/12/2016 de permanentie van de gespecialiseerde spoedgevallenzorg worden waargenomen door een geneesheer-specialist of een kandidaat geneesheer-specialist in opleiding (in dit laatste geval ten minste twee jaar opleiding genoten) in één van de volgende disciplines:</u> a) <u>anesthesie-reanimatie;</u> b) <u>inwendige geneeskunde;</u> c) <u>cardiologie;</u> d) <u>gastro-enterologie;</u> e) <u>pneumologie;</u> f) <u>reumatologie;</u> g) <u>heelkunde;</u> h) <u>neurochirurgie;</u> i) <u>urologie;</u> j) <u>orthopedische heelkunde;</u> k) <u>plastische heelkunde;</u> l) <u>pediatrie;</u> m) <u>neurologie;</u> n) <u>geriatrie.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 13 Gewijzigd bij K.B. 11 februari 2013. MB 14/02/2005
2.3.1.8	Check 1	<u>Een ASO (eerste of tweede jaars) van de basisdisciplines, die kunnen aanleiding geven tot het behalen van bijzondere beroepsbekwaming in de urgentiegeneskunde, of een arts stagiair, kunnen een geneesheer die de normatieve permanentie verzekert op de spoedfunctie assisteren. Zij worden niet beschouwd als dienstdoende permanentie arts.</u>	Indien een ASO, minstens derde jaars in opleiding, van wacht is dan is een supervisor met de kwalificatie van urgentiegeneskunde oproepbaar op spoed.	Bron: MB 30 april 1999 Vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten. Art. 2 § 10

2.3.1.9		Het aantal geneesheren dat deelneemt aan de medische permanentie moet worden aangepast aan de intensiteit van de activiteit van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg". Voor de aangepaste medische permanentie komen ook in aanmerking: geneesheren-specialisten en kandidaat-geneesheer-specialisten met minstens twee jaar opleiding in de specialismen zoals opgenomen in eis 2.3.1.7.		K.B. 27 april 1998 art.9 § 2
2.3.1.10		De permanentie artsen van de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg mogen tegelijkertijd de algemene medische permanentie van het ziekenhuis waarnemen, zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 4° van het K.B. van 30 januari 1989 met betrekking tot de aanvullende normen voor de erkenning van de ziekenhuizen, op dezelfde vestigingsplaats waar zich de spoedfunctie bevindt.		K.B. 27 april 1998 art.9 § 3, al. 3

2.3.1.11	Check 1	<u>De medische permanentie op de dienst intensieve zorgen wordt niet gecumuleerd met de medische permanentie op de MUG - dienst.</u> <u>Indien op dezelfde vestigingsplaats een erkende functie IZ, een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallendienst en een erkende functie MUG aanwezig is, dan is cumulatie van medische permanentie van de spoeddienst en van de MUG – dienst toegestaan.</u> <u>In voorkomend geval is een bijkomende geneesheer binnen de 15 minuten na iedere uitruk van de MUG op de spoeddienst aanwezig. Deze bijkomende oproepbare geneesheren voldoen aan de kwalificatievereisten voor de spoedpermanentie en zijn nominatief benoemd in een wachtlijst die bekend is.</u> <u>Ondertussen mag de arts die de permanentie waarneemt in de functie IZ eveneens de permanentie waarnemen op de spoedfunctie.</u>		K.B. 27 april 1998 IZ art. 14 K.B. 27 april 1998 art. 9
2.3.1.12		De geneesheer-diensthooft is een erkend geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde of houder van de bijzondere beroepstitel urgentiegeneskunde. Hij is voltijds aan het ziekenhuis verbonden en besteedt meer dan de helft van zijn werktijd aan de activiteit in de functie en aan de permanente vorming van het personeel verbonden aan de functie.		K.B. 27 april 1998 art. 8 M.B. van 14/02/2005, art. 2, 1° of 2°
2.3.1.13 2.3.2.7	Check 1	<u>De artsen die aan de medische permanentie deelnemen mogen niet langer dan 24 uur na elkaar een medische permanentie met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis vervullen.</u> <u>Dit geldt ook voor de artsen stagiairs.</u> <u>Dit moet worden aangetoond door een nominatief uurrooster van de permanentie artsen.</u>	<u>Er dient na elke permanentieperiode met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis van maximaal 24 u een rustperiode van minimaal 8 uur gerespecteerd te worden.</u>	K.B. 27 april 1998 art. 9 §5 Wet 12 december 2010 art. 5 §2

2.3.1.15	Check 1		Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie doorloopt jaarlijks een doorgedreven opleiding in reanimatie (ALS) -kan hetzij een attest voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de reanimatie (ALS) met succes beëindigd hebben in de loop van het laatste jaar, hetzij een certificaat voorleggen van een opleiding in de reanimatie (ALS) waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.	
2.3.1.16	Check 1		Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleiding per arts.	
2.3.2.6	Check 1	<u>De functie "eerste opvang van spoedgevallen" heeft een eigen medische permanentie 24 uur op 24 die wordt waargenomen door een geneesheer die tevens de algemene permanentie mag waarnemen zoals bedoeld in artikel 2,§ 1, 4° van het K.B. van 30 januari 1989 met betrekking tot de aanvullende normen voor de erkenning van de ziekenhuizen, op dezelfde vestigingsplaats waar zich de functie 'eerste opvang van spoedgevallen' bevindt.</u>		
2.4	2.4. MUG Medisch kader			

2.4.3.2	Check 1	<u>De MUG-functie heeft een eigen medische permanentie 24 uur op 24. De medische permanentie wordt waargenomen door minstens één, minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden geneesheer met één van de wettelijk voorgeschreven kwalificaties.</u> <u>Het betreft:</u> <u>1)geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde (art.2,1° en 2° van KB 14 februari 2005)</u> <u>2)geneesheer -specialist in de acute geneeskunde (art.2,3° van KB 14 februari 2005)</u> <u>3)geneesheer houder van het brevet in de acute geneeskunde (art. 6,3,2° van KB 14 februari 2005)</u> <u>4)kandidaat geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde of in de acute geneeskunde in opleiding, die hetzij geneesheer specialist is in één van de disciplines van art. 2,1° van KB 14 februari 2005, hetzij gedurende tenminste een jaar voornoemde opleiding heeft genoten.</u>		
---------	---------	---	--	--

2.4.3.3	Check 1	<u>In afwijking mag tot 31/12/2016 de permanentie worden waargenomen door een geneesheer-specialist of een kandidaat geneesheer-specialist in opleiding (in dit laatste geval ten minste twee jaar opleiding genoten) in één van de volgende disciplines:</u> <u>a) anesthesie-reanimatie;</u> <u>b) inwendige geneeskunde;</u> <u>c) cardiologie;</u> <u>d) gastro-enterologie;</u> <u>e) pneumologie;</u> <u>f) reumatologie;</u> <u>g) heekunde;</u> <u>h) neurochirurgie;</u> <u>i) urologie;</u> <u>j) orthopedische heekunde;</u> <u>k) plastische heekunde;</u> <u>l) pediatrie;</u> <u>m) neurologie;</u> <u>n) geriatrie.</u>		K.B. 10 augustus 1998 art. 18 Gewijzigd door K.B. 11 februari 2013. M.B. 14 februari 2005
2.4.3.4	Check 1	<u>De permanentie artsen van de MUG functie mogen tegelijkertijd de algemene medische permanentie van het ziekenhuis waarnemen, zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 4° van het K.B. van 30 januari 1989 met betrekking tot de aanvullende normen voor de erkenning van de ziekenhuizen, op dezelfde vestigingsplaats waar zich de MUG functie bevindt.</u>		K.B. 10 augustus 1998 art. 6, §2, 4° al. 3

2.4.3.5	Check 1		Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie doorloopt jaarlijks een doorgedreven opleiding in reanimatie kan hetzij een attest voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de reanimatie (ALS) met succes beëindigd hebben in de loop van het laatste jaar, hetzij een certificaat voorleggen van een opleiding in de reanimatie (ALS) waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.	
2.4.3.6	Check 1		Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleiding per arts.	
2.4.3.8	Check 1	De artsen die aan de medische permanentie deelnemen mogen niet langer dan 24 uur na elkaar een medische permanentie met fysieke aanwezigheid in een ziekenhuis vervullen. <u>Dit geldt ook voor de artsen stagiairs.</u> <u>Dit moet worden aangetoond door een nominatief uurrooster van de permanentie artsen.</u>	Er dient na elke permanentieperiode met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis van 24 uur een rustperiode van minimaal 8 uur gerespecteerd te worden.	K.B. 27 april 1998 art. 9 §5 Wet 12 december 2010 art. 5 §2
2.5	2.5 Intensieve zorg Medisch kader			
2.5.2.1		Wanneer de verschillende eenheden van de functie IZ over verschillende gebouwen gespreid zijn, dient elke eenheid een eigen medische permanentie volgens de geldende wettelijke criteria te organiseren.		K.B. 27 april 1998 art.9
2.5.2.2		Alle artsen die meewerken aan de medische permanentie intensieve zorg zijn verbonden aan het ziekenhuis en zijn als dusdanig opgenomen in de lijst van permanentieartsen van de functie.		K.B. 27 april 1998 art.14

2.5.2.3	Check 1	<u>De medische permanentie wordt verzekerd door artsen met minimaal de erkenning anesthesie-reanimatie, inwendige geneeskunde, heelkunde, of in één van de daartoe behorende subspecialismen en voor specifieke gevallen pediatrie, evt. met BBT in de IZ . Het betreft de specialismen die zijn opgenomen in het M.B. van 05/10/1995</u> <u>Volgende erkenningen komen hiervoor in aanmerking:</u> <u>o Anesthesie-reanimatie</u> <u>o Inwendige geneeskunde</u> <u>o Cardiologie</u> <u>o Gastro-enterologie</u> <u>o Pneumologie</u> <u>o Reumatologie</u> <u>o Heelkunde</u> <u>o Neurochirurgie</u> <u>o Urologie</u> <u>o Orthopedische heelkunde</u> <u>o Reconstructieve en esthetische heelkunde</u> <u>o Pediatrie</u> <u>Komen ook in aanmerking de houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde die ten minste één jaar stage in de intensieve zorg hebben vervuld.</u>	<u>Indien de medische permanentie verzekerd wordt door een arts-specialist niet-intensivist dan is steeds een arts-intensivist van de functie intensieve zorg consulteerbaar. De wachtlijst is beschikbaar en consulteerbaar.</u>	M.B. 05/10/1995 art. 2 en 3 K.B. 27 april 1998 art.14
2.5.2.4	Check 1	<u>De medische permanentie kan ook worden verzekerd door een kandidaat arts-specialist na twee jaar opleiding in één van bovenvermelde specialismen.</u>		K.B. 27 april 1998 art.14
2.5.2.5	Check 1	<u>Indien een kandidaat arts-specialist (na twee jaar opleiding) de medische permanentie waarneemt dan is steeds een arts-intensivist uit de medische staf van de functie intensieve zorg oproepbaar, die de functie binnen de kortst mogelijke tijd na oproep kan bereiken.</u> <u>De 'kortst mogelijke tijd' is in het medisch reglement gedefinieerd.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 14

2.5.2.6		Het medisch team van de functie IZ bestaat, de geneesheer-diensthoud inbegrepen, uit erkende geneesheren-specialisten in de heekunde, inwendige geneeskunde, anesthesie-reanimatie of in één van de daartoe behorende subspecialismen en voor specifieke omstandigheden pediatrie, houder van de BBT in de IZ .		K.B. 27 april 1998 art. 13 al. 2
2.5.2.7	Check 1		<u>Voor elke patiënt dient aangeduid welke arts intensivist verantwoordelijk is voor de coördinatie van het medische toezicht. Het is duidelijk welke arts welke behandeling instelt.</u>	
2.5.2.8	Check 1		<u>Tijdens de werkdagen van maandag tot en met vrijdag dient overdag steeds een erkend arts-intensivist intra muros (op de campus) aanwezig en onmiddellijk beschikbaar te zijn voor de IZ functie.</u>	NEJM 2013;368:2201-9
2.5.2.9	Check 1		<u>De medische permanentie op de dienst intensieve zorgen wordt niet gecumuleerd met een andere, georganiseerde activiteit in het ziekenhuis (operaties, e.d.).</u> <u>Er wordt voorzien in een afzonderlijke oproepbare geneesheer – specialist in de anesthesie – reanimatie ten behoeve van het operatiekwartier, ook indien de medische permanentie op de dienst intensieve zorgen wordt waargenomen door een anesthesist.</u> <u>Indien een dringende operatie moet opgestart worden, kan dit gebeuren door de anesthesist die de permanentie op IZ waarneemt, in afwachting dat de opgeroepen anesthesist de narcose kan overnemen.</u>	

2.5.2.10	Check 1	<u>De permanentie artsen van de functie voor intensieve zorg mogen tegelijkertijd de algemene medische permanentie van het ziekenhuis waarnemen, zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 4° van het K.B. van 30 januari 1989 met betrekking tot de aanvullende normen voor de erkenning van de ziekenhuizen, op dezelfde vestigingsplaats waar zich de spoedfunctie bevindt.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 15 al. 2
2.5.2.11	Check 1	<u>De medische permanentie op de functie intensieve zorgen wordt niet gecumuleerd met de medische permanentie op de MUG - dienst.</u> <u>Indien op dezelfde vestigingsplaats een erkende functie IZ, een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallendienst en een erkende functie MUG aanwezig is, dan is cumulatie van medische permanentie van de spoeddienst en van de MUG – dienst toegestaan.</u> <u>In voorkomend geval is een bijkomende geneesheer binnen de 15 minuten na iedere uitruk van de MUG op de spoeddienst aanwezig.</u> <u>Ondertussen mag de arts die de permanentie waarneemt in de functie IZ eveneens de permanentie waarnemen op de spoedfunctie.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 15 al. 3 K.B. 27 april 1998 (erkenningnormen gespecialiseerde spoedgevallenzorg) art. 9
2.5.2.12		Het diensthoofd is een arts-intensivist, voltijds verbonden aan het ziekenhuis en met hoofdactiviteit in de functie		K.B. 27 april 1998 art.13 M.B. 5 oktober 1995 art. 2
2.5.2.13		De medische staf, bestaande uit artsen-intensivisten, is aangepast aan het aantal patiënten en de ernst van de pathologie.		K.B. 27 april 1998 art.15 al. 1

2.5.2.14	Check 1	<u>De artsen die aan de medische permanentie deelnemen mogen niet langer dan 24 uur na elkaar een medische permanentie met fysieke aanwezigheid in een ziekenhuis vervullen.</u> <u>Dit geldt ook voor de artsen stagiairs.</u> <u>Dit moet worden aangetoond door een nominatief uurrooster van de permanentie artsen.</u>	<u>Er dient na elke permanentieperiode met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis van 24 uur een rustperiode van minimaal 8 uur gerespecteerd te worden.</u>	K.B. 27 april 1998 art.15 al. 4 Wet 12 december 2010 art. 5 §2.
2.5.2.15	Check 1	<u>Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie doorloopt jaarlijks een doorgedreven opleiding in reanimatie (ALS)-, kan hetzij een attest voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de reanimatie (ALS) met succes beëindigd hebben in de loop van het laatste jaar, hetzij een certificaat voorleggen van een opleiding in de reanimatie (ALS) waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 21
2.5.2.16	Check 1	<u>Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleidingen per arts.</u>		K.B. 23 oktober 1964 I algemene inrichting III. Organisatorische normen 2° alinea 9 K.B. 13 juli 2006 art. 9, §2, 3°

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
3.1	3.1 D-dienst Infrastructuur			
3.1.3.1		Er is minimaal één eenpersoonskamer per afdeling om patiënten af te zonderen indien nodig.	Patiënten die afgezonderd dienen te worden omwille van besmettingsrisico, worden volgens de geldende richtlijnen afgezonderd.	KB 23 oktober 1964 Algemene inrichting / architectonische normen B 17° CDC: guideline for isolation precautions 2007 Appendix vanaf pag; 93
3.1.3.2	Check 1	<u>Op elke afdeling is een bedpanspoeler aanwezig.</u>	<u>Validatie en preventieve technische controle van de bedpanspoeler gebeuren volgens de voorschriften van de fabrikant.</u> <u>De cyclussen van de bedpanspoeler worden minimaal een maal per jaar gevalideerd.</u> <u>De bedpanspoeler krijgt minstens jaarlijks een technisch onderhoud.</u>	KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting architectonische normen B 12° EN ISO 158831 Consensusdocument 8 HGR 8580 april 2013
3.1.3.3			De keuze van een nieuwe bedpanspoeler dient voor advies voorgelegd te worden aan het team voor ziekenhuishygiëne.	
3.1.3.4			De bedpan is bij visuele controle rein en droog.	

3.1.3.5		Elke patiënt beschikt in de patiëntenkamer 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 • Apart toilet/1 wastafel per 2 patiënten	Mogelijkheid tot gebruik van telefoon, TV, eventueel internet.	KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting architectonische- en functionele normen
3.1.3.6	Check 1		<u>Ramen kunnen door de patiënt niet volledig geopend worden, ter preventie van suïcide of accidentele val door het raam.</u>	
3.1.3.7			Alle lokalen, toegankelijk voor de patiënt, zijn ook rolstoeltoegankelijk.	
3.1.3.8		Gevaarlijke producten zijn niet toegankelijk voor onbevoegden. Hiertoe worden de nodige maatregelen getroffen, door het afsluiten van lokaal of afsluiten van kast.	Elke afdeling beschikt over een lijst van de gevaarlijke producten die daar bewaard worden.	KB 15 december 1978 , II inrichting en werking van elk soort van diensten (bijzondere normen toepasselijk op universitaire diensten kenletter D), architectonische normen B 6
3.1.3.9			Er is een gespreksruimte voorzien op of in de nabijheid van de afdeling om slecht nieuws gesprekken te voeren of om in de opvang van familie te kunnen voorzien.	

3.1.3.10	Check 1	Er is geen vermenging van vuil, proper en <u>steriel materiaal.</u>		KB 15 december 1978 , II inrichting en werking van elk soort van diensten (bijzondere normen toepasselijk op universitaire diensten kenletter D),
3.1.3.11		Er zijn ziekenhuisbrede reinigingsprocedures, rekening houdend met de kiem. Deze procedures zijn gekend door het poetspersoneel en worden toegepast.		KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting architectonische normen A 2°.
3.1.3.12	Check 1		Indien de D dienst instaat voor de interne <u>MUG, dan is daartoe een specifieke, goed uitgeruste en verzegelde reanimatiekar aanwezig met medicatie, monitor, defibrillator, EKG toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuse 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 rea kar worden minimaal maandelijks gecontroleerd en bij elke verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.</u>	
3.1.3.13		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
3.1.3.14			<u>Er is een oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp voorzien, hetzij aan het bed, hetzij op zak bij de zorgverstrekker.</u>	

3.1.3.13	Check 1		<u>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>Monitoren, defibrillatoren, en ECG-toestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>De infuuspompen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.</u> <u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.</u> <u>De controle rapporten zijn opvraagbaar in het ziekenhuis.</u> <u>Het resultaat van deze controle is bekend op de dienst. D.w.z. dat er een lijst beschikbaar is op papier of elektronisch waarin staat:</u> <u>• het resultaat van de controle: goed / slecht /</u> <u>aandachtspunten</u> <u>• wanneer uitgevoerd</u> <u>• door wie</u>	
----------	---------	--	--	--

3.1.3.15			<u>Volgende voorwaarden voor een goed beheer van medische toestellen worden vervuld:</u> <u>1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.</u> <u>2. Er bestaat een inspectieplan voor het toestel</u> <u>3. Er bestaat een onderhoudsplan voor het toestel.</u> <u>4. De rapporten van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier).</u> <u>5. Het resultaat van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier).</u> <u>Er is een lijst beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt, waarin staat:</u> <u>- het resultaat van inspectie/onderhoud: goed / slecht / aandachtspunten</u> <u>- wanneer uitgevoerd</u> <u>- door wie</u>	IEC 930 opgenomen in Gids T013 deel III .
3.1.3.16			<u>De inspectie omvat de bewaking van de goede werking via:</u> <u>1. visuele controle</u> <u>2. metingen</u> <u>3. functionele test</u>	
3.1.3.17			<u>Het onderhoud beoogt het toestel in goede staat te brengen of te houden via de noodzakelijke technische handelingen.</u>	IEC 62353
3.1.3.18			<u>Het toebehoren zoals drukmanchette, ecg-kabel, saturatieprobes zijn in goede staat, worden regelmatig gereinigd en zijn gebruiksklaar.</u>	IEC 62353 annex F

3.1.3.19		<u>Indien aanwezig:</u> <u>Voor volgende toestellen worden de</u> <u>technische</u> <u>controles/inspecties/onderhoud</u> <u>uitgevoerd conform de richtlijnen van de</u> <u>fabrikant:</u> <u>Monitors die de vitale parameters bij de</u> <u>patiënten bewaken,</u> <u>Monitors die worden gebruikt voor een</u> <u>momentopname van de niet-invasieve</u> <u>bloeddruk, saturatie, hartslag, evt.</u> <u>temperatuur (vital signs monitor),</u> <u>Defibrillatoren,</u> <u>Het toestel voor het bepalen van de</u> <u>bloedgaswaarden,</u> <u>Infuuspompen,</u> <u>ECG toestellen,</u> <u>Drukregistratietoestellen,</u> <u>Electrische ziekenhuisbedden</u>		K.B. 27 april 1998 (IZ), art. 20 IEC 62353 annex F
3.1.3.20		<u>Monitors die de vitale parameters bij de</u> <u>patiënten (meestal continu) bewaken</u> <u>krijgen minstens om de twee jaar een</u> <u>inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.1.3.21		<u>Monitors die worden voor een</u> <u>momentopname van de niet-invasieve</u> <u>bloeddruk, saturatie, hartslag, evt.</u> <u>temperatuur (vital signs monitor) krijgen</u> <u>minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.1.3.22		<u>Defibrillatoren krijgen minstens jaarlijks</u> <u>een inspectie. Er wordt minstens wekelijks</u> <u>een gedocumenteerde controle uitgevoerd</u> <u>(functiecheck, alle accessoires zijn in goede</u> <u>staat en gebruiksklaar).</u>		IEC 62353 - annex F

3.1.3.23		<u>ECG toestellen en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.1.3.24		<u>De infuuspompen krijgen minstens om de twee jaar 24 maanden een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.1.3.25		De echotoestellen krijgen minstens om de 24 maanden een inspectie.		IEC 62353 - annex F
3.1.3.26		<u>De centrale componenten van de telemetriebeveiliging, dit is de centrale beveiliging van de ECG's die draadloos bewaakt worden, krijgen minstens jaarlijks een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.1.3.27		Elektrische patiëntenbedden krijgen minstens om de drie jaar een inspectie.		IEC 62353 -
3.1.3.28		<u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een inspectie.</u>		IEC 62353
3.2	3.2 niet-chirurgische daghospitalisatie Infrastructuur			
3.2.6.1		Elke eenheid van de functie vormt een aanwijsbare en herkenbare entiteit .		KB 10 februari 2008 art. 2
3.2.6.2		Bij een gemengd dagziekenhuis vormt dit dagziekenhuis als geheel een aanwijsbare en herkenbare entiteit.		
3.2.6.3		Elke patiënt beschikt in de patiëntenkamer over een bereikbaar beloproepsysteem		KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting functionele normen 7°

3.2.6.4	Check 1	Er is geen vermenging van vuil, proper en <u>steriel materiaal.</u>		KB 15 december 1978 , II inrichting en werking van elk soort van diensten (bijzondere normen toepasselijk op universitaire diensten kenletter D), architectonische normen 4-5- 6
3.2.6.5		Gevaarlijke producten zijn niet toegankelijk voor onbevoegden. Hiertoe worden de nodige maatregelen getroffen, door het afsluiten van lokaal of afsluiten van kast.	Elke eenheid niet-chirurgische daghospitalisatie beschikt over een lijst van de gevaarlijke producten die daar bewaard worden.	KB 15 december 1978 , II inrichting en werking van elk soort van diensten (bijzondere normen toepasselijk op universitaire diensten kenletter D),
3.2.6.6	Check 1		<u>Indien de functie niet-chirurgische daghospitalisatie instaat voor de interne MUG, dan is daartoe een specifieke, goed uitgeruste en verzegelde reanimatiekar 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 rea kar worden minimaal maandelijks gecontroleerd en bij elke verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.</u>	
3.2.6.7		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

3.2.6.8			<u>Er is een oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp voorzien, hetzij aan het bed, hetzij op zak bij de zorgverstrekker.</u>	
3.2.6.9	Check 1		<u>Indien aanwezig:</u> <u>Beademingstoestellen krijgen minstens</u> <u>jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>Monitoren, defibrillatoren, en ECG-toestellen</u> <u>krijgen minstens jaarlijks een preventieve</u> <u>technische controle.</u> <u>De infuuspompen krijgen minstens om de 24</u> <u>maanden een preventieve technische</u> <u>controle.</u> <u>Het toestel voor het bepalen van de</u> <u>bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd</u> <u>en krijgt minstens jaarlijks een preventieve</u> <u>technische controle.</u> <u>De richtlijnen van de fabrikant worden</u> <u>hiervoor gevolgd.</u> <u>De controle rapporten zijn opvraagbaar in het</u> <u>ziekenhuis.</u> <u>Het resultaat van deze controle is bekend op</u> <u>de dienst. D.w.z. dat er een lijst beschikbaar is</u> <u>op papier of elektronisch waarin staat:</u> <u>• het resultaat van de controle: goed / slecht /</u> <u>aandachtspunten</u> <u>• wanneer uitgevoerd</u> <u>• door wie</u>	
3.2.6.9	Check 1		<u>Ramen kunnen door de patiënt niet volledig geopend worden, ter preventie van suïcide of accidentele val door het raam.</u>	

3.2.6.10		Materiaal wordt niet opgeslagen in de gangen of in andere ruimten wanneer de functionaliteit van die ruimte hierdoor belemmerd wordt.		KB 15 december 1978 , II inrichting en werking van elk soort van diensten (bijzondere normen toepasselijk op universitaire diensten kenletter D),
3.2.6.11	Check 1		Er is een bedpanspoeler aanwezig. <u>Validatie en preventieve technische controle van de bedpanspoeler gebeuren volgens de voorschriften van de fabrikant.</u> <u>De cyclussen van de bedpanspoeler worden minimaal een maal per jaar gevalideerd.</u> <u>De bedpanspoeler krijgt jaarlijks een preventieve technische controle.</u>	EN ISO 158831 Consensusdocument 8 HGR 8580 april 2013
3.2.6.12			De bedpan is bij visuele controle rein en droog.	EN ISO 158831 Consensusdocument 8 HGR 8580 april 2013

3.2.6.13			<u>Volgende voorwaarden voor een goed beheer van medische toestellen worden vervuld:</u> <u>1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.</u> <u>2. Er bestaat een inspectieplan voor het toestel</u> <u>3. Er bestaat een onderhoudsplan voor het toestel.</u> <u>4. De rapporten van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier).</u> <u>5. Het resultaat van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier).</u> <u>Er is een lijst beschikbaar, op de dienst waar het toestel wordt gebruikt, waarin staat:</u> <u>- het resultaat van inspectie/onderhoud: goed / slecht / aandachtspunten</u> <u>- wanneer uitgevoerd</u> <u>- door wie</u>	IEC 930 opgenomen in Gids T013 deel III .
3.2.6.14			<u>De inspectie omvat de bewaking van de goede werking via:</u> <u>1. visuele controle</u> <u>2. metingen</u> <u>3. functionele test</u>	
3.2.6.15			<u>Het onderhoud beoogt het toestel in goede staat te brengen of te houden via de noodzakelijke technische handelingen.</u>	IEC 62353
3.2.6.16			<u>Het toebehoren zoals drukmanchette, ecg-kabel, saturatieprobes zijn in goede staat, worden regelmatig gereinigd en zijn gebruiksklaar.</u>	IEC 62353 annex F

3.2.6.17		<u>Indien aanwezig:</u> <u>Voor volgende toestellen worden de</u> <u>technische</u> <u>controles/inspecties/onderhoud</u> <u>uitgevoerd conform de richtlijnen van de</u> <u>fabrikant:</u> <u>Monitors die de vitale parameters bij de</u> <u>patiënten bewaken,</u> <u>Monitors die worden gebruikt voor een</u> <u>momentopname van de niet-invasieve</u> <u>bloeddruk, saturatie, hartslag, evt.</u> <u>temperatuur (vital signs monitor),</u> <u>Defibrillatoren,</u> <u>Het toestel voor het bepalen van de</u> <u>bloedgaswaarden,</u> <u>Infuuspompen,</u> <u>ECG toestellen,</u> <u>Drukregistratietoestellen,</u> <u>Electrische ziekenhuisbedden</u>		K.B. 27 april 1998 (IZ), art. 20 IEC 62353 annex F
3.2.6.18		<u>Monitors die de vitale parameters bij de</u> <u>patiënten (meestal continu) bewaken</u> <u>krijgen minstens om de twee jaar een</u> <u>inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.2.6.19		<u>Monitors die worden voor een</u> <u>momentopname van de niet-invasieve</u> <u>bloeddruk, saturatie, hartslag, evt.</u> <u>temperatuur (vital signs monitor) krijgen</u> <u>minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.2.6.20		<u>Defibrillatoren krijgen minstens jaarlijks</u> <u>een inspectie. Er wordt minstens wekelijks</u> <u>een gedocumenteerde controle uitgevoerd</u> <u>(functiecheck, alle accessoires zijn in goede</u> <u>staat en gebruiksklaar).</u>		IEC 62353 - annex F

3.2.6.21		<u>ECG toestellen en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.2.6.22		<u>De infuuspompen krijgen minstens om de twee jaar 24 maanden een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.2.6.23		De echotoestellen krijgen minstens om de 24 maanden een inspectie.		IEC 62353 - annex F
3.2.6.24		Elektrische patiëntenbedden krijgen minstens om de drie jaar een inspectie.		IEC 62353 -
3.2.6.25		<u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een inspectie.</u>		IEC 62353
3.3	3.3 Ziekenhuisapotheek Infrastructuur			
3.3.2.1			De apotheek is niet vrij toegankelijk. Toegangsrechten worden bepaald door de ziekenhuisapotheker.	Nieuwe K.B. 1885
3.3.2.2			Er is een adequate bewaring (huishoudelijk schone omgeving: stofarm, schimmelvrij,...) van medische hulpmiddelen, implantaten en prothesen in de apotheek of op de afdelingen.	

3.3.2.3	De oppervlakte van de ziekenhuisapotheek is minimaal 1,2 m²/ bed (huidige norm) en is daarenboven voldoende groot voor volgende opdrachten: * de productie en de bereiding van steriele en niet-steriele geneesmiddelen: in aparte ruimtes * de geneesmiddelendistributie naar individuele patiënten * het opslaan van de geneesmiddelen * de administratie * de archivering De oppervlakte houdt rekening met volume en omzet, aantal en aard van de bereidingen en het personeelsaantal. Er is een afzonderlijke ruimte voorzien om derden te ontvangen. De ruimte voor ambulante patiënten biedt voldoende discretie. Volgende taken kunnen zo nodig uitbesteed worden: 1:uitbesteding van magistrale bereidingen voor - a.risicohoudende gnm of grondstoffen - b.allergenen c. cefalosporines en penicillines d. alle steriele bereidingen 2.sterilisatie van herbruikbare medische hulpmiddelen 3. fractionering van geneesmiddelen		K.B. 4 maart 1991 art. 4, 5, 5 bis en 6 KB uitbesteding : KB 19-10-1978 art 4 ter en 4 quater In het nieuwe KB zal alles met uitzondering van aflevering en validatie van het voorschrift kunnen uitbesteed worden binnen een samenwerkingsverband mits garantie van de traceerbaarheid en mits iedereen over de nodige toelatingen beschikt.
3.4	3.4 Gespecialiseerde spoed Infrastructuur		

3.4.4.1		In elke patiëntenbox, in de wachtruimte, in de isolatiebox en in het patiëntentoilet, is een efficiënt oproepsysteem aanwezig dat bereikbaar is voor de patiënt.		KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting / Functionele normen 7° -
3.4.4.2		Er zijn mobiele brancards beschikbaar.	De mobiele brancards hebben volgende functionaliteiten: onderzoeksbrancard met matras, hoog-laag brancards, trendelenburg en antitrendelenburg stand en onrusthekkens.	K.B. 27 april 1998 art. 3, §3 4°
3.4.4.3		Er zijn verschillende draagbare zuurstofflessen aanwezig voor de beademing van patiënten die binnen het ziekenhuis worden vervoerd. Deze staan opgesteld beveiligd tegen omvallen.		K.B. 27 april 1998 art. 3, §3 3°
3.4.4.4		Er is een lokaal aanwezig waar hygiënische zorg kan worden toegediend aan bedlegerige of ambulante patiënten.		K.B. 27 april 1998 art. 3, §1 8°
3.4.4.5	Check 1	<u>Er is geen vermenging van vuil, proper en steriel materiaal.</u>		KB 15 december 1978 , II inrichting en werking van elk soort van diensten
3.4.4.6			Een bloedgasbepaling kan op de dienst zelf worden uitgevoerd of is beschikbaar binnen de 10 min.	
3.4.4.7			Er is mogelijkheid tot monitoring voor alle patiënten posities. Indien monitoring in gebruik is dan is ook een centrale monitoring in gebruik voor opvolging van vitale parameters zoals hartfrequentie, ademhalingsfrequentie, bloeddruk, zuurstofsaturatie en EKG. Auditieve alarmen zijn capteerbaar voor verpleegkundigen.	

3.4.4.8	Check 1	In de functie is er minstens een EKG toestel met 12 afleidingen, beademingstoestellen en een defibrillator aanwezig.	In de onmiddellijke omgeving van de patiënt is steeds een beademingsballon aanwezig.	K.B. 27 april 1998 art. 3, §3 1° en 2°
3.4.4.9	Check 1		Er is materiaal specifiek voor kinderen aanwezig zoals bloeddrukmeter met aangepaste manchetten, aangepaste elektroden, infuusmateriaal, intubatiemateriaal, monitors met kinderinstellingen, defibrillator met	
3.4.4.10	Check 1		Indien de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg instaat voor de interne MUG, dan is daartoe een specifieke, goed uitgeruste en verzegelde reanimatiekar aanwezig met medicatie, monitor, defibrillator, EKG toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuse 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 rea kar worden minimaal maandelijks gecontroleerd en bij elke verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.	
3.4.4.11			Er is voor de patiënten een rolstoeltoegankelijk toilet voorzien op de spoed. In alle omstandigheden kan de patiënt op een menswaardige wijze gebruik maken van toiletvoorzieningen.	

3.4.4.12	Check 1		<u>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>Monitoren, defibrillatoren, en ECG-toestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>De infuuspompen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.</u> <u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.</u> <u>De controle rapporten zijn opvraagbaar in het ziekenhuis.</u> <u>Het resultaat van deze controle is bekend op de dienst. D.w.z. dat er een lijst beschikbaar is op papier of elektronisch waarin staat:</u> <u>• het resultaat van de controle: goed / slecht / aandachtspunten</u> <u>• wanneer uitgevoerd</u> <u>• door wie</u>	
----------	---------	--	---	--

3.4.4.12			<u>Volgende voorwaarden voor een goed beheer van medische toestellen worden vervuld:</u> <u>1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.</u> <u>2. Er bestaat een inspectieplan voor het toestel</u> <u>3. Er bestaat een onderhoudsplan voor het toestel.</u> <u>4. De rapporten van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier).</u> <u>5. Het resultaat van inspectie en onderhoud is beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt (electronisch of op papier).</u> <u>Er is een lijst beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt, waarin staat:</u> <u>- het resultaat van inspectie/onderhoud: goed / slecht / aandachtspunten</u> <u>- wanneer uitgevoerd</u> <u>- door wie</u>	IEC 930 opgenomen in Gids T013 deel III .
3.4.4.13			<u>De inspectie omvat de bewaking van de goede werking via:</u> <u>1. visuele controle</u> <u>2. metingen</u> <u>3. functionele test</u>	
3.4.4.14			<u>Het onderhoud beoogt het toestel in goede staat te brengen of te houden via de noodzakelijke technische handelingen.</u>	IEC 62353

3.4.4.15			<u>Het toebehoren zoals drukmanchette, ecg-kabel, saturatieprobes zijn in goede staat, worden regelmatig gereinigd en zijn gebruiksklaar.</u>	IEC 62353 annex F
3.4.4.16		<u>Voor volgende toestellen worden de technische controles/inspecties/onderhoud uitgevoerd conform de richtlijnen van de fabrikant:</u> <u>Beademingstoestellen,</u> <u>Monitors die de vitale parameters bij de patiënten bewaken,</u> <u>Monitors die worden gebruikt voor een momentopname van de niet-invasieve bloeddruk, saturatie, hartslag, evt. temperatuur (vital signs monitor),</u> <u>Defibrillatoren,</u> <u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden,</u> <u>Externe pacemakers,</u> <u>Infuuspompen,</u> <u>ECG toestellen,</u> <u>Drukregistratietoestellen,</u> <u>Ballonpompen,</u> <u>De röntgen-beeldvormende systemen,</u> <u>Electrische ziekenhuisbedden</u>		K.B. 27 april 1998 (IZ), art. 20 IEC 62353 annex F
3.4.4.17		<u>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een inspectie.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 20 (Intensieve zorgen) IEC 62353 - annex F
3.4.4.18		<u>Monitors die de vitale parameters bij de patiënten (meestal continu) bewaken krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F

3.4.4.19		<u>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.</u>		IEC 62353 - annex F
3.4.4.20		<u>Defibrillatoren krijgen minstens jaarlijks een inspectie. Er wordt minstens wekelijks een gedocumenteerde controle uitgevoerd (functiecheck, alle accessoires zijn in goede staat en gebruiksklaar).</u>		IEC 62353 - annex F
3.4.4.21		<u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een inspectie.</u>		
3.4.4.22		Externe pacemakers krijgen minstens jaarlijks een inspectie.		IEC 62353 - annex F
3.4.4.23		<u>ECG en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.4.4.24		<u>De infuuspompen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.4.4.25		Externe hart assist devices krijgen jaarlijks een inspectie.		IEC 62353 - annex F

3.4.4.26		Toestellen die dienen om patiënten tijdelijk of definitief, partieel of volledig, respiratoir of cardiaal te ondersteunen (ECLS, ECMO, cardiopulmonale bypass, VAD, ...), dienen minstens één maal per jaar een inspectie te krijgen door een gespecialiseerde firma.		IEC 62353 - annex F
3.4.4.27		De echotoestellen krijgen minstens om de 24 maanden een inspectie.		IEC 62353 - annex F
3.4.4.28		<u>De centrale componenten van de telemetriebeveiliging, dit is de centrale beveiliging van de ecg's die draadloos bewaakt worden, krijgen minstens jaarlijks een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.4.4.29		Elektrische patiëntenbedden krijgen minstens om de drie jaar een inspectie.		IEC 62353 -

3.4.4.30	Check 1	<u>Er is een specifiek lokaal waar patiënten met een acute psychiatrische pathologie tegen automutilatie kunnen beschermd worden en van de andere patiënten kunnen worden afgezonderd.</u>	<u>Er is m.b.t. de isolatiekamer aandacht voor de veiligheid van patiënt en personeel. Er is beveiliging tegen automutilatie, suïcide en brand:</u> <u>-geen radiator</u> <u>-geen scherpe hoeken</u> <u>-verankerd bed zonder spijlen</u> <u>-zachte wanden en binnenkant van deuren</u> <u>-scheurvrij linnen</u> <u>-deurknoppen, ... zijn suïcideproof</u> <u>-matras en linnen zijn brandvrij</u> <u>-de deuren zijn brandvertragend</u> <u>-er is rookdetectie</u> <u>-de kamer heeft een sas en de deuren draaien naar buiten</u> <u>Er is mogelijkheid tot auditief en visueel toezicht op de geïsoleerde patiënt, waarbij de privacy gerespecteerd blijft.</u> <u>Onbevoegden kunnen niet in de kamer kijken of op het beeldscherm.</u>	Consensusdocument 8 HGR 8580 april 2013
3.4.4.31	Check 1		<u>Er is een bedpannenspoeler aanwezig.</u> <u>Validatie en preventieve technische controle van de bedpanspoeler gebeuren volgens de voorschriften van de fabrikant.</u> <u>De cyclussen van de bedpanspoeler worden minimaal een maal per jaar gevalideerd.</u> <u>De bedpanspoeler krijgt jaarlijks een preventieve technische controle.</u>	EN ISO 158831 Consensusdocument 8 HGR 8580 april 2013

3.4.4.32			De bedpan is bij visuele controle rein en droog.	EN ISO 158831 Consensusdocument 8 HGR 8580 april 2013
3.5	3.5 Eerste opvang van spoedgevallen Infrastructuur			
3.5.5.1	Check 1	<u>De functie beschikt over een herkenbaar lokaal dat toegankelijk is voor ambulante en bedlegerige patiënten.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 2 § 1
3.5.5.2	Check 1	<u>De eerste opvang van spoedgevallen is uitgerust met een verzegelde reanimatiekar met een monitor, defibrillator, EKG toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuze perfusie en intubatie, een draagbare zuurstofbron.</u>	<u>Er is een verantwoordelijke aangeduid voor de controle van medicatie en materiaal in de reanimatiekar. De medicatie en het materiaal van die rea kar worden minimaal maandelijks gecontroleerd en bij elke verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.</u>	K.B. 27 april 1998 art. 2 § 2
3.5.5.3	Check 1		<u>Er is materiaal specifiek voor kinderen aanwezig zoals bloeddrukmeter met aangepaste manchetten, aangepaste elektroden, infuusmateriaal, intubatiemateriaal, monitors met kinderinstellingen, defibrillator met</u>	

3.5.5.4	Check 1		Indien de functie eerste opvang van spoedgevallen instaat voor de interne MUG, dan is daartoe een specifieke, goed uitgeruste en verzegelde reanimatiekar aanwezig met medicatie, monitor, defibrillator, EKG toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuse 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 rea kar worden minimaal maandelijks gecontroleerd en bij elke verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.	
---------	---------	--	--	--

3.5.5.5	Check 1		<u>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>Monitoren, defibrillatoren, en ECG-toestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>De infuuspompen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.</u> <u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.</u> <u>De controle rapporten zijn opvraagbaar in het ziekenhuis.</u> <u>Het resultaat van deze controle is bekend op de dienst. D.w.z. dat er een lijst beschikbaar is op papier of elektronisch waarin staat:</u> <u>• het resultaat van de controle: goed / slecht /</u> <u>aandachtspunten</u> <u>• wanneer uitgevoerd</u> <u>• door wie</u>	
---------	---------	--	---	--

3.5.5.5			<u>Volgende voorwaarden voor een goed beheer van medische toestellen worden vervuld:</u> <u>1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.</u> <u>2. Er bestaat een inspectieplan voor het toestel</u> <u>3. Er bestaat een onderhoudsplan voor het toestel.</u> <u>4. De rapporten van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier).</u> <u>5. Het resultaat van inspectie en onderhoud is beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt (electronisch of op papier).</u> <u>Er is een lijst beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt, waarin staat:</u> <u>- het resultaat van inspectie/onderhoud: goed / slecht / aandachtspunten</u> <u>- wanneer uitgevoerd</u> <u>- door wie</u>	IEC 930 opgenomen in Gids T013 deel III .
3.5.5.6			<u>De inspectie omvat de bewaking van de goede werking via:</u> <u>1. visuele controle</u> <u>2. metingen</u> <u>3. functionele test</u>	
3.5.5.7			<u>Het onderhoud beoogt het toestel in goede staat te brengen of te houden via de noodzakelijke technische handelingen.</u>	IEC 62353

3.5.5.8			Het toebehoren zoals drukmanchette, ecg-kabel, saturatieprobes zijn in goede staat, worden regelmatig gereinigd en zijn gebruiksklaar.	IEC 62353 annex F
3.5.5.9		<u>Voor volgende toestellen worden de technische controles/inspecties/onderhoud uitgevoerd conform de richtlijnen van de fabrikant:</u> <u>Beademingstoestellen,</u> <u>Monitors die de vitale parameters bij de patiënten bewaken,</u> <u>Monitors die worden gebruikt voor een momentopname van de niet-invasieve bloeddruk, saturatie, hartslag, evt. temperatuur (vital signs monitor),</u> <u>Defibrillatoren,</u> <u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden,</u> <u>Infuuspompen,</u> <u>ECG toestellen,</u> <u>Drukregistratietoestellen,</u> <u>Electrische ziekenhuisbedden</u> <u>Onderstaande eisen vermelden minimale</u>		K.B. 27 april 1998 (IZ), art. 20 IEC 62353 annex F
3.5.5.10		<u>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een inspectie.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 20 (Intensieve zorgen) IEC 62353 - annex F
3.5.5.11		<u>Monitors die de vitale parameters bij de patiënten (meestal continu) bewaken krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F

3.5.5.12		<u>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.</u>		IEC 62353 - annex F
3.5.5.13		<u>Defibrillatoren krijgen minstens jaarlijks een inspectie. Er wordt minstens wekelijks een gedocumenteerde controle uitgevoerd (functiecheck, alle accessoires zijn in goede staat en gebruiksklaar).</u>		IEC 62353 - annex F
3.5.5.14		<u>ECG en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.5.5.15		<u>De infuuspompen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.5.5.16		Elektrische patiëntenbedden krijgen minstens om de drie jaar een inspectie.		IEC 62353 -
3.5.5.17		<u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een inspectie.</u>		IEC 62353
3.5.5.18	Check 1	<u>Er is geen vermenging van vuil, proper en steriel materiaal.</u>		KB 15 december 1978 , II inrichting en werking van elk soort van diensten (bijzondere normen toepasselijk op universitaire diensten kenletter D),
	3.6 MUG Infrastructuur			

3.6.6.1	Check 1	Er is draagbaar materieel aanwezig in de MUG zoals normatief opgelegd.	Een draagbaar toestel dat het CO-gehalte in de omgevingslucht meet en alarmeert bij overschreden kritische grenzen wanneer het MUG-team een locatie at risk betreedt, is aanwezig in de urgentietrousse of is vastgehaakt aan de kledij.	K.B. 10 augustus 1998 art. 15
3.6.6.2	Check 1		Er is een verantwoordelijke aangesteld voor de controle van medicatie en materiaal. Deze verantwoordelijke en het tijdstip waarop de laatste controle is gebeurd, moeten traceerbaar zijn. De controle dient minimaal eenmaal per dag te gebeuren en na iedere interventie.	
3.6.6.3	Check 1		Koffers worden verzegeld na controle.	

3.6.6.4	Check 1	<u>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>Monitoren, defibrillatoren, en ECG-toestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>De infuuspompen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.</u> <u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.</u> <u>De controle rapporten zijn opvraagbaar in het ziekenhuis.</u> <u>Het resultaat van deze controle is bekend op de dienst. D.w.z. dat er een lijst beschikbaar is op papier of elektronisch waarin staat:</u> <u>• het resultaat van de controle: goed / slecht / aandachtspunten</u>		K.B. 10 augustus 1998 art. 17
---------	---------	---	--	-------------------------------

3.6.6.4			<u>Volgende voorwaarden voor een goed beheer van medische toestellen worden vervuld:</u> <u>1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.</u> <u>2. Er bestaat een inspectieplan voor het toestel</u> <u>3. Er bestaat een onderhoudsplan voor het toestel.</u> <u>4. De rapporten van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier).</u> <u>5. Het resultaat van inspectie en onderhoud is beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt (electronisch of op papier).</u> <u>Er is een lijst beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt, waarin staat:</u> <u>- het resultaat van inspectie/onderhoud: goed / slecht / aandachtspunten</u> <u>- wanneer uitgevoerd</u> <u>- door wie</u>	IEC 930 opgenomen in Gids T013 deel III .
3.6.6.5			<u>De inspectie omvat de bewaking van de goede werking via:</u> <u>1. visuele controle</u> <u>2. metingen</u> <u>3. functionele test</u>	
3.6.6.6			<u>Het onderhoud beoogt het toestel in goede staat te brengen of te houden via de noodzakelijke technische handelingen.</u>	IEC 62353

3.6.6.7			<u>Het toebehoren zoals drukmanchette, ecg-kabel, saturatieprobes zijn in goede staat, worden regelmatig gereinigd en zijn gebruiksklaar.</u>	IEC 62353 annex F
3.6.6.8		<u>Voor volgende toestellen worden de technische controles/inspecties/onderhoud uitgevoerd conform de richtlijnen van de fabrikant:</u> <u>Beademingstoestellen,</u> <u>Monitors die de vitale parameters bij de patiënten bewaken,</u> <u>Monitors die worden gebruikt voor een momentopname van de niet-invasieve bloeddruk, saturatie, hartslag, evt. temperatuur (vital signs monitor),</u> <u>Defibrillatoren,</u> <u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden,</u> <u>Infuuspompen,</u> <u>ECG toestellen,</u> <u>Drukregistratietoestellen,</u> <u>Onderstaande eisen vermelden minimale</u>		K.B. 27 april 1998 (IZ), art. 20 IEC 62353 annex F
3.6.6.9		<u>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een inspectie.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 20 (Intensieve zorgen) IEC 62353 - annex F
3.6.6.10		<u>Monitors die de vitale parameters bij de patiënten (meestal continu) bewaken krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F

3.6.6.11		<u>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.</u>		IEC 62353 - annex F
3.6.6.12		<u>Defibrillatoren krijgen minstens jaarlijks een inspectie. Er wordt minstens wekelijks een gedocumenteerde controle uitgevoerd (functiecheck, alle accessoires zijn in goede staat en gebruiksklaar).</u>		IEC 62353 - annex F
3.6.6.13		<u>ECG en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.6.6.14		<u>De infuuspompen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.6.6.15		<u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een inspectie.</u>		
3.7	3.7 Intensieve zorgen Infrastructuur			
3.7.3.1	Check 1	<u>De functie vormt één of meerdere zelfstandige en architecturaal herkenbare eenheid / eenheden</u>		K.B. 27 april 1998 art. 3

3.7.3.2		De functie mag opgesplitst zijn in verschillende eenheden van minstens 6 bedden die elk aan alle architectonische normen voldoen, met uitzondering van een bureau voor het medische team, vergaderruimte, ontspanningruimte, gespreksruimte (kan ook bv. vergaderlokaal zijn) , sanitaire installaties voor bezoekers toegankelijk voor mindervaliden die met een aangrenzende dienst/functie/afdeling mogen gedeeld worden. De ruimte voor de arts, mag buiten de functie gelegen zijn. De wachtzaal (los van bezoekers, en		K.B. 27 april 1998 art.7
3.7.3.3	Check 1	<u>Per 6 bedden beschikt de functie over 1 isoleerkamer met afzonderlijk sas.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 5
3.7.3.4		Elke eenheid van de functie heeft een afzonderlijke ingang met toegangscontrole		K.B. 27 april 1998 art. 3
3.7.3.5		De functie is toegankelijk voor rolstoelpatiënten		K.B. 27 april 1998 art. 3
3.7.3.6	Check 1	<u>Het aantal bedden aanwezig binnen de functie komt overeen met het aantal erkende IZ bedden met een minimum van 6 bedden.</u>		K.B. 27 april 1998 art.4
3.7.3.7	Check 1	<u>Elke patiënt kan visueel bewaakt worden, via camera bewaking of direct zicht, waarbij de ziekenhuishygiëne en de intimiteit van de patiënt gewaarborgd zijn.</u>		K.B. 27 april 1998 art.4
3.7.3.8	Check 1	<u>De nodige maatregelen worden genomen om de oriëntatie van de patiënt te bevorderen. (bv. daglicht, klok die zichtbaar is voor de patiënt)</u>		K.B. 27 april 1998 art.5, §2

3.7.3.9		De werkoppervlakte en de oppervlakte per bed zijn afgestemd op de medische en de verpleegkundige activiteiten. De kamers/bedposities zijn vlot toegankelijk.		K.B. 23 oktober 1964 Algemene inrichting en functionele normen
3.7.3.10		Ieder bed is uitgerust met de nodige apparatuur voor de continue bewaking van kritieke zorgpatiënten op cardiaal, respiratoir, metabool, cerebraal en circulatoir gebied.		K.B. 27 april 1998 art. 10
3.7.3.11		Elk bed is in de hoogte verstelbaar en aangepast aan de verzorging van kritische patiënten. Elk bed is voorzien van apparatuur ter voorkoming van doorligwonden.		K.B. 27 april 1998 art. 10
3.7.3.12		Elk bed is uitgerust met een beloproepsysteem dat bereikbaar is en hanteerbaar door de patiënt.		K.B. 27 april 1998 art. 11
3.7.3.13		De vereiste apparatuur moet toelaten bij ieder bed zuurstof, perfusie, medicatie met strikt gecontroleerd debiet, aspiraties met verschillende vermogens, kunstmatige beademing, cerebrale en cardiopulmonaire resuscitatie toe te dienen.	In de onmiddellijke omgeving van de patiënt is steeds een beademingsballon aanwezig.	K.B. 27 april 1998 art. 10

3.7.3.14	Check 1		Indien de functie intensieve zorgen instaat voor de interne MUG, dan is daartoe een specifieke, goed uitgeruste en verzegelde reanimatiekar aanwezig met medicatie, monitor, defibrillator, EKG toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuse 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 rea kar worden minimaal maandelijks gecontroleerd of bij verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.	
3.7.3.15		De functie beschikt over de nodige apparatuur om een kritische patiënt veilig te transporteren binnen het ziekenhuis, zoals mobiel beademingstoestel en mobiele monitoring.		K.B. 27 april 1998 art. 10
3.7.3.16		De functie bevat sanitaire installaties voor personeel.		
3.7.3.17	Check 1	<u>Er is geen vermenging van vuil, proper en steriel materiaal.</u>		KB 15 december 1978 , II inrichting en werking van elk soort van diensten (bijzondere normen toepasselijk op universitaire diensten kenletter D), architectonische normen 4-5-
3.7.3.18	Check 1		Ramen kunnen door de patiënt niet volledig geopend worden, ter preventie van suicide of accidentele val door het raam.	
3.7.3.19		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 art. 10

3.7.3.20		De privacy van de patiënten t.o.v. bezoekers en niet-medisch personeel moet steeds gerespecteerd en verzekerd worden.		K.B. 27 april 1998 art. 4
3.7.3.21	Check 1		<u>Binnen een eenheid zijn geen andere diensten zoals medium care of CCU geïntegreerd. Er is een duidelijke afbakening tussen beide. Wanneer IZ en medium care eenzelfde toegang hebben, dan dienen de patiëntenkamers voor IZ apart opgesteld te staan en aantoonbaar.</u>	
3.7.3.22			Er is een oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp voorzien, hetzij aan het bed, hetzij op zak bij de zorgverstrekker.	
3.7.3.23			Elk bed is voorzien van bedsponden.	
3.7.3.24			Bij elke invasief beademde patiënt is capnografie aanwezig.	Intensive Care Society: Capnography Guidelines
3.7.3.25			Er is mogelijkheid tot monitoring voor alle patiënten posities. Indien monitoring in gebruik is dan is ook een centrale monitoring in gebruik voor opvolging van vitale parameters zoals hartfrequentie, ademhalingsfrequentie, bloeddruk, zuurstofsaturatie en EKG. Auditieve alarmen zijn capteerbaar voor verpleegkundigen.	

3.7.3.26	Check 1	<u>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>Monitoren, defibrillatoren, en ECG-toestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>De infuuspompen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.</u> <u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt jaarlijks een preventieve technische controle.</u> <u>De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.</u> <u>De controle rapporten zijn opvraagbaar in het ziekenhuis.</u> <u>Het resultaat van deze controle is bekend op de dienst. D.w.z. dat er een lijst beschikbaar is op papier of elektronisch waarin staat:</u> <u>• het resultaat van de controle: goed / slecht / aandachtspunten</u>		K.B. 27 april 1998 art. 20
----------	---------	---	--	----------------------------

3.7.3.26			<u>Volgende voorwaarden voor een goed beheer van medische toestellen worden vervuld:</u> <u>1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.</u> <u>2. Er bestaat een inspectieplan voor het toestel</u> <u>3. Er bestaat een onderhoudsplan voor het toestel.</u> <u>4. De rapporten van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier).</u> <u>5. Het resultaat van inspectie en onderhoud is beschikbaar op de dienst IZ (elektronisch of op papier).</u> <u>Er is een lijst beschikbaar waarin staat:</u> <u>- het resultaat van inspectie/onderhoud: goed / slecht / aandachtspunten</u> <u>- wanneer uitgevoerd</u> <u>- door wie</u>	IEC 930 opgenomen in Gids T013 deel III .
3.7.3.27			<u>De inspectie omvat de bewaking van de goede werking via:</u> <u>1. visuele controle</u> <u>2. metingen</u> <u>3. functionele test</u>	
3.7.3.28			<u>Het onderhoud beoogt het toestel in goede staat te brengen of te houden via de noodzakelijke technische handelingen.</u>	IEC 62353
3.7.3.29			<u>Het toebehoren zoals drukmanchette, ecg-kabel, saturatieprobes zijn in goede staat, worden regelmatig gereinigd en zijn gebruiksklaar.</u>	IEC 62353 annex F

3.7.3.30		<u>Voor volgende toestellen worden de technische controles/inspecties/onderhoud uitgevoerd conform de richtlijnen van de fabrikant:</u> <u>Beademingstoestellen,</u> <u>Monitors die de vitale parameters bij de patiënten bewaken,</u> <u>Monitors die worden gebruikt voor een momentopname van de niet-invasieve bloeddruk, saturatie, hartslag, evt. temperatuur (vital signs monitor),</u> <u>Defibrillatoren,</u> <u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden,</u> <u>Externe pacemakers,</u> <u>Infuuspompen,</u> <u>ECG toestellen,</u> <u>Drukregistratietoestellen,</u> <u>Ballonpompen,</u> <u>De röntgen-beeldvormende systemen,</u> <u>Electrische ziekenhuisbedden</u>		K.B. 27 april 1998 (IZ), art. 20 IEC 62353 annex F
3.7.3.31		<u>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een inspectie.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 20 (Intensieve zorgen) IEC 62353 - annex F
3.7.3.32		<u>Monitors die de vitale parameters bij de patiënten (meestal continu) bewaken krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F

3.7.3.33		<u>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.</u>		IEC 62353 - annex F
3.7.3.34		<u>Defibrillatoren krijgen minstens jaarlijks een inspectie. Er wordt minstens wekelijks een gedocumenteerde controle uitgevoerd (functiecheck, alle accessoires zijn in goede staat en gebruiksklaar).</u>		IEC 62353 - annex F
3.7.3.35		<u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een inspectie.</u>		
3.7.3.36		Externe pacemakers krijgen minstens jaarlijks een inspectie.		IEC 62353 - annex F
3.7.3.37		<u>ECG en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.7.3.38		<u>De infuuspompen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.7.3.39		Externe hart assist devices krijgen jaarlijks een inspectie.		IEC 62353 - annex F

3.7.3.40		Toestellen die dienen om patiënten tijdelijk of definitief, partieel of volledig, respiratoir of cardiaal te ondersteunen (ECLS, ECMO, cardiopulmonale bypass, VAD, ...), dienen minstens één maal per jaar een inspectie te krijgen door een gespecialiseerde firma.		IEC 62353 - annex F
3.7.3.41		De echotoestellen krijgen minstens om de 24 maanden een inspectie.		IEC 62353 - annex F
3.7.3.42		<u>De centrale componenten van de telemetriebeveiliging, dit is de centrale bewaking van de ecg's die draadloos bewaakt worden, krijgen minstens jaarlijks een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.7.3.43		Elektrische patiëntenbedden krijgen minstens om de drie jaar een inspectie.		IEC 62353 -
3.7.3.44			Zuurstof- en andere gasflessen staan opgesteld beveiligd tegen vallen.	
3.7.3.45			De functie beschikt over apparatuur voor thermoregulatie van patiënten en van vloeistoffen. Deze apparatuur mag gedeeld worden met andere diensten/functies.	
3.7.3.46	Check 1		<u>In de functie is er minstens een EKG toestel met 12 afleidingen en een defibrillator aanwezig.</u>	
3.7.3.47			In de functie is er een toestel voor bloedgasanalyse of de resultaten zijn binnen de 10 minuten beschikbaar.	

3.7.3.48			In de functie is er specifiek materiaal aanwezig voor moeilijke intubatie.	
3.7.3.49	Check 1		Er is een bedpanspoeler aanwezig. <u>Validatie en preventieve technische controle van de bedpanspoeler gebeuren volgens de voorschriften van de fabrikant.</u> <u>De cyclussen van de bedpanspoeler worden minimaal een maal per jaar gevalideerd.</u> <u>De bedpanspoeler krijgt jaarlijks een preventieve technische controle.</u>	EN ISO 158831 Consensusdocument 8 HGR 8580 april 2013
3.7.3.50			De bedpan is bij visuele controle rein en droog.	EN ISO 158831 Consensusdocument 8 HGR 8580 april 2013

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
4.1	4.1 D dienst en niet-chirurgische daghospitalisatie Functioneel organisatorisch			
4.1.7.1	Check 1	<u>Patiënten worden geïnformeerd minimaal over het soort onderzoek/behandeling, de voorbereiding van de opname, het vervoer na ontslag en de opvang gedurende de eerste 24 uur na het ontslag, de herstelperiode en de contactgegevens van de verantwoordelijke arts in het ziekenhuis in geval van problemen.</u>	Er zijn richtlijnen en procedures voor de preventie en behandelingen van de meest voorkomende nevenwerkingen die gepaard gaan met de behandeling op het niet-chirurgisch dagziekenhuis.	KB 10 februari 2008 art. 4
4.1.7.2		De functie beschikt over uitgeschreven selectiecriteria (lijst van behandelingen die mogen doorgaan in dagopname en voorwaarden voor patiënten).	Afwijkingen hiervan worden gemotiveerd in het dossier.	KB 10 februari 2008 art. 5
4.1.7.3			Er is een procedure voor interne reanimaties binnen het ziekenhuis. Deze procedure heeft betrekking op alle campussen van het ziekenhuis, ook de campussen zonder acute diensten.	
4.1.7.4	Check 1		<u>Het ziekenhuis hanteert een systeem voor het vroegtijdig opsporen van kritieke patiënten (Early Warning System). Hiertoe werd een protocol opgesteld.</u>	
4.1.7.5	Check 1		<u>Dat protocol vermeldt minimaal de doelgroep, de te meten parameters, de meetfrequentie, de scorebepaling, en de vervolgacties ivf de behaalde score.</u>	

4.1.7.6			Communicatie tussen de zorgverleners (bellen bij een bepaalde score) gebeurt op gestructureerde basis.	
4.1.7.7	Check 1		De verpleegkundigen en artsen hebben een opleiding <u>genoten inzake dit EWS en de gestructureerde communicatie daarover en passen dit systeem toe.</u>	
4.2	4.2 Triage gespecialiseerde spoed			
4.2.17.1	Check 1		Er gebeurt een triage van de patiënten op de <u>spoeddienst.Deze gebeurt via een triageprotocol. Gedurende de triage worden er aan de hand van de aanmeldingsklacht, triagecriteria en parameters een prioriteit toegekend aan elke patiënt die zich aanmeldt op de spoeddienst. De bevindingen van het triagegesprek evenals de parameters dienen opgenomen te worden in het spoeddossier.De triagescore bepaalt de tijdspanne waarin het medisch contact moet plaatsvinden. Er gebeurt een hertrriage wanneer de voorziene tijdspanne is overschreden en/of wanneer er verandering zou optreden in het ziektebeeld of klinische toestand van de patiënt.</u>	Richtlijn triage 2008 www.nvshv.nl
4.2.17.2	Check 1		<u>Pijn wordt gemeten aan de hand van een gevalideerde pijnscore . Bevindingen worden bij triage genoteerd in het medisch-verpleegkundig spoeddossier. Er is voorzien dat er een pijninterventie gebeurt ofwel via een pijnprotocol ofwel op medisch voorschrift van een arts.</u>	Richtlijn triage 2008 www.nvshv.nl

4.2.17.3			De permanentie arts ziet de patiënt binnen de vooropgestelde tijd (in de procedure). Dit blijkt uit de registratie van het uur van het eerste medisch contact in het dossier.	Richtlijn triage 2008 www.nvshv.nl
4.2.17.4	Check 1		De patiënten worden geïnformeerd over de wachttijden.	Richtlijn triage 2008 www.nvshv.nl
4.2.17.5	Check 1		<u>Er is steeds een verpleegkundige van spoed toegewezen aan de triagefunctie (tenzij de triage gebeurt door de gekwalificeerde permanentie arts)</u> <u>Deze verpleegkundige cumuleert deze taak niet met MUG, 100 en heeft geen taken buiten spoed. Deze triage dient te gebeuren door een verpleegkundige met bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg en onder supervisie van een volgens de normen gekwalificeerde spoedarts die de permanentie op spoed verzorgt. Deze verpleegkundige dient minimum één jaar werkzaam te zijn op de spoeddienst.</u>	Richtlijn triage 2008 www.nvshv.nl “KB 18 juni 1990 Bijlage IV - Technische verpleegkundige verstrekkingen en toevertrouwde geneeskundige handelingen voorbehouden aan de houders van een bijzondere beroepstitel of een bijzondere beroepsbekwaamheid.”

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
5.1 5.2 5.3	5.1 D-dienst en niet-chirurgische daghospitalisatie 5.2 Gespecialiseerde spoed, eerste opvang spoedgevallenzorg en MUG 5.3 Intensieve zorgen Kwaliteitsbewaking			
5.1.8.1 5.2.15.1 5.3.4.2		Er is een systematische registratie van kwaliteitsparameters, minstens: * ziekenhuisinfecties * doorligwonden * fouten en ongevallen * verpleegduur, MVG		Vlaams kwaliteitsdecreet KB 23 oktober 1964 p.131, Algemene inrichting / Organisatorische normen, 12° bis
5.1.8.2 5.2.15.2 5.3.4.3		De cijfers van de systematische registratie worden * centraal opgevolgd * teruggekoppeld naar de hoofdverpleegkundige en medisch diensthoofd * opgevolgd op dienstniveau		K.B. 13 juli 2006 art 2, 4, 5, 6, 7
5.1.8.3 5.2.15.3 5.3.4.4		De cijfers worden gebruikt om het beleid van de afdeling bij te sturen (analyse, bespreking, verbeteracties) en aangewend in de beleidscyclus		K.B. 13 juli 2006 art 2, 4, 5, 6, 7
5.1.8.4 5.2.15.4 5.2.4.5			Jaarverslagen en beleidsplannen zijn multidisciplinair opgemaakt	
5.2.15.5			Er is een procedure indien de functie gespecialiseerde spoedgevallen geen patiënten meer kan transfereren naar andere diensten, functies of zorgprogramma's van het eigen ziekenhuis.	

5.1.8.5 5.2.15.6 5.3.4.6			Er wordt gebruik gemaakt van een (centraal) incidentmeldingssysteem, dat ziekenhuisbreed is opgesteld.	Kwaliteit kenbaar maken in de zorg Zorgnet Vlaanderen 2010
5.3.4.1			De functie intensieve zorg beschikt over een reglement van interne orde (RIO) waarin volgende afspraken en procedures staan beschreven: opname en ontslagcriteria - in -en exclusiecriteria - beleid rond speciale patientengroepen (vb beleid mbt pediatrische patienten) - procedure indien de functie IZ geen patiënten meer kan opnemen.	visitatiespiegel 2010
5.3.4.7			Voor de erkenning lokale donorcoördinatie: er is voor de functie intensieve zorgen minstens voor donormanagement en vaststellen hersendood een procedure beschikbaar.	
5.3.4.8			Er zijn in de functie intensieve zorgen zorgbundels voor specifieke doelgroepen in gebruik.	

Ingestelde behandeling

Evolutie van de aandoening

Uitslagen van de onderzoeken

* klinische

* radiologische

* biologische

* functionele

* histopathologische

Adviezen van geconsulteerde geneesheren, getekend /
gevalideerd

Medische orders, getekend/gevalideerd door de arts:

* medicamenteuze toedieningen

* diagnostische onderzoeken

* technische verstrekkingen

* toevertrouwde handelingen

* staande orders

Medicatie wordt genoteerd / afgevinkt na toediening
door de verpleegkundige die toegediend heeft.

Reden van niet toedienen van medicatie wordt vermeld
in het dossier of op het medicatieschema.

Bij een transfusie:

- * indicatie voor de transfusie
- * controle bloedgroep en rhesusfactor
- * lotnummer en type van het toegediende bloedproduct
- * datum en uur van toediening (start- en stopuur) en toediener
- * eventuele reacties
- * klinische en/of biologische evaluatie van de doeltreffendheid van de interventie

Controle parameters bij transfusie:

temperatuur, pols, bloeddruk en observatie patiënt:

- vlak voor transfusie
- ~~15 minuten na de start van de transfusie tussen 5 en 15 minuten na start~~
- ~~op het einde van de transfusie na toediening~~
- bij transfusiereactie

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.

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)

CBO richtlijn 2011
HGR 8381

Ontslagbrief medisch, inclusief transfertdocument, dat wordt meegegeven met de patiënt bij ontslag. Hierin staat, indien van toepassing, duidelijk de kiem vermeld en de te nemen maatregelen.

Een afschrift van het verpleegkundig ontslagrapport

Verslag van een eventuele lijkschouwing

Het patiëntendossier bevat: parameters volgens medische noodzaak. Op een acute D-dienst minimum:

* hartfrequentie

* bloeddruk

* temperatuur

* pijn (pijnintensiteit, evaluatie van behandeling)

* bewustzijn (indien van toepassing)

* respiratoire aandachtspunten (indien van toepassing)

* saturatiemeting (indien van toepassing)

* gewicht

* voedingsstatus

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.

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.

Het dossier bevat, indien van toepassing: het resultaat van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen.

Het dossier bevat, indien van toepassing: adviezen van gespecialiseerde teams (bv interne liaison geriatrie, palliatief support team,...)

Het dossier bevat, indien van toepassing: adviezen van verpleegkundige specialisten (bv wondzorg, stomazorg,...)

Patiënten opgenomen in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt worden systematisch gescreend op valrisico. De screening is opgenomen in het dossier.

			Het dossier bevat, indien van toepassing: bevestiging van <u>informed consent</u>. Voor volwassenen volstaat een handtekening van het item in het patiëntendossier, een afvinken, een ondertekend IC formulier of een inhoudelijke notitie. Indien een DNR code <u>groter dan 0</u> bepaald is, <u>dan wordt die in het patiëntendossier opgenomen</u>. De DNR code is getekend/ gevalideerd door de arts: * er is een melding "besproken in team" * er is een melding " besproken met patiënt-familie" * er is een bondige weergave van de inhoud van het gesprek (wensen van gesprekspartners en resultaat van gesprek)	De wet op de patiëntenrechten.
6.1.9.2		Elke patiënt ouder dan 75 jaar wordt bij opname op de D dienst 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

6.1.9.3	Check 1	De dossiers kunnen steeds geraadpleegd worden door <u>de bevoegde zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt.</u>		KB 3 mei 1999
6.1.9.4	Check 1	Het actuele <u>volledige (medisch en verpleegkundig) patiënten</u> dossier, papier/elektronisch, is toegankelijk op de afdeling waar de patiënt zich bevindt.		KB 28 dec 2006
6.1.9.5		Het is duidelijk welke verpleegkundige is toegewezen aan de patiënt en welke verpleegkundige / zorgkundige verantwoordelijk is voor welke akten, uitgevoerd bij welke patiënt. Dit laatste is terug te vinden op basis van registratie in het verpleegkundig dossier.		KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting / Organisatorische normen, 12°
6.2	6.2 Spoed Dossier			

6.2.7.1	Check 1	Het dossier (al dan niet geïntegreerd met het patiëntendossier van het ziekenhuis) van de spoedgevallienpatiënt bevat onder meer volgende documenten en gegevens (indien gekend*): <u>1. Identiteit*</u> <u>2. Herkomst patiënt*</u> <u>3. Huisarts*</u> <u>4. Aanmeldingsklacht*</u> <u>5. Medische voorgeschiedenis en allergie*</u> <u>6. Naam van behandelende verpleegkundige op spoed</u> <u>7. Naam van behandelende arts op spoed</u> <u>8. Klinisch en onderzoek</u> <u>9. Vitale parameters (Volgens medische noodzaak: BD - HR - saturatiemeting - t° - pijn - bewustzijn - respiratoire aandachtspunten)</u> <u>10. Technische onderzoeken (resultaten)</u> <u>11. Behandeling op spoed</u> <u>12. Eventuele diagnose op spoed</u> <u>13. Bestemming van patiënt</u>		KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting / Functionele normen 6° - KB 3 mei 1999 KB 28 dec 2006
---------	---------	--	--	---

6.2.7.2	Check 1	Bij een transfusie: * <u>indicatie voor de transfusie</u> * <u>controle bloedgroep en rhesusfactor</u> * <u>lotnummer en type van het toegediende bloedproduct</u> * <u>datum en uur van toediening (start- en stopuur) en toediener</u> * <u>eventuele reacties</u> * <u>klinische en/of biologische evaluatie van de doeltreffendheid van de interventie</u> Controle parameters bij transfusie: <u>temperatuur, pols, bloeddruk en observatie patiënt:</u> - <u>vlak voor transfusie</u> - 15 minuten na de start van de transfusie tussen 5 en 15 minuten na start - op het einde van de transfusie na toediening - <u>bij transfusiereactie</u>		CBO richtlijn 2011 HGR 8381
6.2.7.3			Er wordt op systematische basis toezicht gehouden op de aanwezige patiënten. Dit is opgenomen in het reglement van inwendige orde.	
6.2.7.4			Er is een medisch order of een staand order dat bepaalt wat de frequentie is van het toezicht op de patiënten en welke parameters genomen moeten worden.	
6.2.7.5	Check 1		<u>Op elk blad dienen de ID gegevens van de patiënt vermeld te staan, hetzij naam, voornaam en geboortedatum of dossiernummer.</u> <u>Indien naam niet gekend minstens het unieke dossiernummer.</u>	

6.2.7.6			De medische orders zijn ondertekend door de arts of elektronisch gevalideerd.	
6.2.7.7		Het dossier/historiek van vorige opnames is consulteerbaar op de spoedgevallendienst.		K.B. 3 mei 1999 art. 6
6.2.7.8		Het dossier van de actuele opname, papier/elektronisch, is beschikbaar op de dienst, waarnaar de patiënt is verwezen, zoals de dienst medische beeldvorming, labo, opname afdeling.		K.B. 3 mei 1999 art. 6
6.2.7.9			De sequentie van alle interventies en van de noodzakelijke behandelingen gedurende het verblijf van de patiënt op spoed wordt geregistreerd. Er gebeurt minimaal een tijdsregistratie van beeldende onderzoeken, medicatie en labo.	
6.2.7.10			Elke gebruiker van het patiëntendossier heeft zijn eigen login. Bij niet gebruik wordt het scherm afgesloten na een bepaalde tijd.	
6.3	6.3 Intensieve zorgen Dossier			
6.3.5.1	Check 1	<u>Het patiënten dossier bevat: parameters volgens medische noodzaak zoals hartfrequentie, bloeddruk, temperatuur, zuurstofsaturatie, vochtbalans, ademhalingsfrequentie, pijnscore, bewustzijnsscore, evt. andere relevante parameters volgens de ziekte-toestand van de patiënt.</u>		K.B. 23 oktober 1964 Algemene inrichting en functionele normen K.B. 3 mei 1999 K.B. 28 December 2006

6.3.5.2	Check 1	Bij een transfusie: * <u>indicatie voor de transfusie</u> * <u>controle bloedgroep en rhesusfactor</u> * <u>lotnummer en type van het toegediende bloedproduct</u> * <u>datum en uur van toediening (start- en stopuur) en toediener</u> * <u>eventuele reacties</u> * <u>klinische en/of biologische evaluatie van de doeltreffendheid van de interventie</u> Controle parameters bij transfusie: temperatuur, pols, bloeddruk en observatie patiënt: - <u>vlak voor transfusie</u> - <u>15 minuten na de start van de transfusie tussen 5 en 15 minuten na start</u> - <u>op het einde van de transfusi na toediening</u> - <u>bij transfusi-reactie</u>		CBO richtlijn 2011 HGR 8381
6.3.5.3	Check 1	Het patiëntendossier is bij de patiënt aanwezig en <u>consulteerbaar door alle betrokken artsen, verpleegkundigen, zorgverleners.</u>		K.B. 23 oktober 1964 Algemene inrichting en functionele normen K.B. 3 mei 1999 art. 6 K.B. 28 December 2006 art. 7
6.3.5.4		Het is duidelijk welke verpleegkundige is toegewezen aan de patiënt en welke verpleegkundige/zorgkundige verantwoordelijk is voor welke akten uitgevoerd bij welke patiënt. Dit laatste is terug te vinden op basis van registratie in het verpleegkundig dossier.	Het is duidelijk welke verpleegkundige is toegewezen aan de patiënt en welke verpleegkundige/zorgkundige verantwoordelijk is voor welke akten uitgevoerd bij welke patiënt. Dit laatste is terug te vinden op basis van registratie in het verpleegkundig dossier.	K.B. 28 december 2006 art. 2 en 5.

6.3.5.5	Check 1		Elke patiënt heeft een DNR code in het dossier (of een andere code voor het aangeven van een beperking van therapie). Er wordt ook een code gebruikt in geval van 'geen therapierestrictie'.	
6.3.5.6	Check 1		De DNR code is getekend/ gevalideerd door de arts: * er is een melding "besproken in team" * er is een melding " besproken met patiënt-familie" * er is een bondige weergave van de inhoud van het gesprek (minstens wensen van gesprekspartners en resultaat van gesprek) Uitzondering: De code gebruikt in geval van 'geen therapierestrictie' moet niet besproken worden.	
6.3.5.7	Check 1		Het resultaat van een consult of multidisciplinair overleg dient beschikbaar te zijn in het patiëntendossier, met vermelding van de betrokken zorgverstrekkers.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
9.1	9.1 D-dienst en niet-chirurgische daghospitalisatie Pijnbeleid			
9.1.12.1			Er is een ziekenhuisbreed pijnbeleid, eventueel aangevuld met diensts specifieke pijnprotocollen.	KB 27 april 2007
9.1.12.2			Personeel is opgeleid inzake pijnbeleid.	
9.1.12.3			Het pijnbeleid is gekend en wordt toegepast door de medewerkers.	
9.1.12.4	Check 1		De meetmethode is aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt (ook de niet communicatieve patiënt).	
9.1.12.5			Er zijn staande orders ter uitvoering van het pijnbeleid.	Wet van 22 augustus 2002
9.1.12.6			<u>De staande orders worden in het patiëntendossier opgenomen, gevalideerd/ondertekend door de arts.</u>	
9.1.12.7			Verbeteracties van het pijnbeleid kunnen aangetoond worden. (PDCA). Hiervoor worden indicatoren opgevolgd over pijnbehandeling.	
9.2	9.2 Spoed Pijnbeleid			
9.2.9.1			Personeel is opgeleid inzake pijnbeleid	

9.2.9.2			Er is een dienstspecifiek pijnprotocol, eventueel geïntegreerd in en ziekenhuisbreed pijnprotocol, dat gekend is en wordt toegepast door de medewerkers. Indien het pijnprotocol bevat dat de arts steeds elke patiënt dient te onderzoeken vooraleer een pijnbehandeling door verpleegkundigen wordt ingezet, dan wordt de opdracht tot pijnbehandeling door de arts in het patiëntendossier vermeld, hierbij wordt verwezen naar staande orders indien van toepassing.	
9.2.9.3	Check 1		<u>De meetmethode voor pijn is aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt (kinderen, ouderen, niet communicatieve patiënten).</u>	
9.2.9.4			Er zijn staande orders ter uitvoering van het pijnbeleid.	Wet van 22 augustus 2002
9.2.9.5			De staande orders voor pijn worden in het patiëntendossier opgenomen, gevalideerd/ondertekend door de arts.	
9.2.9.6			Verbeteracties van het pijnbeleid kunnen aangetoond worden. (PDCA). Hiervoor worden indicatoren opgevolgd over pijnbehandeling.	
9.3	9.3 Intensieve zorgen Pijnbeleid			
9.3.6.1			Het pijn- en sedatieprotocol is opgesteld, gekend en wordt toegepast door de medewerkers.	KB 27 april 2007 Wet van 22 augustus 2002

9.3.6.2	Check 1		De meetmethode is aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt (ook de niet communicatieve patiënt).	Decreet 17 okt 2003
9.3.6.3			Er zijn staande orders ter uitvoering van het pijnbeleid.	Wet van 22 augustus 2002
9.3.6.4			De staande orders voor pijn worden in het patiëntendossier opgenomen, gevalideerd/ondertekend door de arts.	
9.3.6.5			Verbeteracties van het pijnbeleid kunnen aangetoond worden. (PDCA). Hiervoor worden indicatoren opgevolgd over pijnbehandeling.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
7.1	7.1 D-dienst en niet-chirurgische daghospitalisatie Ontslagbeleid			
7.1.10.1			Er zijn schriftelijke afspraken over de termijn waarbinnen de (definitieve) ontslagbrief wordt verzonden.	KB 3 mei 1999
7.1.10.2	Check 1	Voor elke patiënt is er bij ontslag een <u>(voorlopige of definitieve) ontslagbrief voor de huisarts/verwijzer.</u> (*minimale inhoud: relevante anamnestiche gegevens, behandeling, verloop hospitalisatie, vereiste nazorg, medicatieschema). Voor regelmatig terugkomende patiënten (bv. patiënten met hemofilie of agammaglobulinemie) kan één ontslagbrief volstaan die een beperkt aantal opnamen van betreffende patiënt omvat. <u>Een kopij van deze ontslagbrief is terug te vinden in het patiëntendossier.</u>		KB 3 mei 1999 art. 3 KB 10 februari 2008 art. 4 KB 28 december 2008 art. 4
7.1.10.3			Het medicatieschema 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. Indien van toepassing ook vermelding van medicatie, die niet mag gebruikt worden, na het onderzoek of de behandeling.	

7.1.10.4	Check 1	<u>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 (kinesithérapie, verpleegkundige zorg, logopedie...)</u> <u>Voor elke patiënt is er een ontslagbrief voor de eventuele andere zorgverleners in de nazorg (bv. medicatie, wondzorg, ...); rekening houdend met multidisciplinaire input van de zorgverstrekkers die bij de zorg betrokken waren.</u> <u>Voor regelmatig terugkomende patiënten kan één ontslagbrief volstaan die een beperkt aantal opnamen van betreffende patiënt omvat.</u>		KB 3 mei 1999 KB 10 februari 2008 art. 4 KB 28 december 2008 art. 4
7.1.10.5	Check 1	<u>Patiënten worden schriftelijk geïnformeerd over de noodzakelijke nazorg bij de specifieke behandeling (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>		KB 10 februari 2008 art. 4

7.1.10.6		Indien van toepassing, is er een vervoersdocument voor de ambulancedienst met vermelding van de te nemen maatregelen volgens soort isolatie. 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
7.1.10.7		De ontslagcriteria van de dienst zijn uitgeschreven en bepaald door de artsen.		KB 10 februari 2008 art. 4 en 7
7.2	7.2 Spoed Ontslagbeleid			
7.2.8.1		Voor elke patiënt die wordt ontslagen uit het ziekenhuis, is er een ontslagbrief (papier/elektronisch) voor de zorgverleners in de nazorg elke discipline, die instaat voor of betrokken wordt bij de nazorg van een patiënt. Deze bevat, naast de algemeen medische - en verpleegkundige gegevens, specifieke input van de betreffende zorgverstrekkende discipline (kinesithérapie, verpleegkundige zorg, logopedie...) Een kopij van deze ontslagbrie(f)ven is terug te vinden in het patiëntendossier.		KB 3 mei 1999 art. 3 en 4 KB 28 dec 2006 art. 4

7.2.8.2	Check 1	<u>Bij ontslag uit het ziekenhuis krijgt elke patiënt schriftelijke informatie over nazorg en mogelijke complicaties (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>		KB 3 mei 1999 art. 3 en 4 KB 28 dec 2006 art. 4
7.2.8.3			Indien van toepassing dan bevat het medicatieschema van de ambulante patiënt 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.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
8.1	8.1 D-dienst en niet-chirurgische daghospitalisatie Informed consent			
8.1.11.1		Het behandelende team informeert de patiënt ten laatste bij de planning van de behandeling minimaal mondeling over: * reden voor de behandeling * het behandelplan * de uitvoer van de behandeling * het verwachte resultaat * pijn * de mogelijke complicaties en problemen * alternatieve behandelopties * herstelperiode	Het informed consent 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 van 22 augustus 2002 World Alliance for Patient Safety. WHO Guidelines for safe surgery. Genua: World Health Organization, 2008 Wright A. et al. Bar Coding for Patient Safety. New Eng. J Med. 2005

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
10.1	10.1 D-dienst en niet-chirurgische daghospitalisatie Infectiepreventie Handhygiëne			
10.1.13.1	Check 1		<u>Basisvereisten voor handhygiëne worden opgevolgd door alle artsen, personeel en medewerkers die op patiëntenafdelingen taken vervullen:</u> * <u>juwelenvrije handen en voorarmen</u> * <u>geen polshorloges, armbanden en/of ringen</u> * <u>korte zuivere nagels, dwz geen nagellak, gel of kunstnagels</u> * <u>korte mouwen zowel van dienst- als van burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen.</u>	HGR 8349 'Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening.' WHO. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. 2009. 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 K.B. 27 april 1998 art. 4

10.1.13.2			Alle toiletten voor personeel en bezoekers zijn voorzien van alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne: * wastafel om handen te wassen * vloeibare zeep in dispenser * dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare kop * wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje * reminder handhygiëne	
10.1.13.3			Handen worden gewassen met water en zeep: * bij zichtbaar bevuilde handen * bij contact met sporenvormende kiemen (bv clostridium difficile, norovirus...) * als vorm van persoonlijke hygiëne (bv. na bezoek aan het toilet, vóór de maaltijd)	HGR 8349 'Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening
10.1.13.4	Check 1		<u>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:</u> <u>* vloeibare zeep in dispenser</u> <u>* alcohol in dispenser ; handalcohol hoeft niet noodzakelijk aan de wastafel voorzien te zijn, wel in de ruimte aanwezig</u> <u>* dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare kop</u> <u>* wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje</u> <u>* reminder handhygiëne</u>	

10.1.13.5			Handen worden ontsmet met handalcohol: * vóór patiëntencontact * na patiëntencontact * vóór een zuivere of invasieve handeling * na (potentiële) blootstelling aan lichaamsvochten en slijmvliesen * na contact met de directe patiëntenomgeving Deze 5 indicaties voor handontsmetting zijn gekend door alle zorgverstrekkers en de richtlijnen worden toegepast. 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.	HGR 8349 'Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening
10.1.13.6			Handschoenen worden gebruikt bij elk potentieel contact met bloed, lichaamsvochten of slijmvliesen. Daarnaast zijn ook andere persoonlijke beschermingsmiddelen (schort, spatbril, masker,...) beschikbaar.	HGR 8349 'Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening punt 4.1.1.
10.1.13.7			Het ziekenhuis beschikt over een procedure voor handontsmetting.	
10.1.13.8			Het ziekenhuis beschikt over een procedure voor handwassen.	
10.1.13.9			Opvolging-meting-steekproeven bv. handhygiëne compliance (observatie) of handalcoholverbruik per ligdag	

10.1.13.10		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
10.1.13.11			De 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.	
10.1.13.12			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.	
10.2	10.2 Spoed Infectiepreventie Handhygiëne			

10.2.10.1	Check 1		<u>Basisvereisten voor handhygiëne worden opgevolgd door alle artsen, personeel en medewerkers die op patiëntenafdelingen taken vervullen.</u> <u>* juwelenvrije handen en voorarmen</u> <u>* geen polshorloges, armbanden en/of ringen</u> <u>* korte zuivere nagels, dwz geen nagellak, gel of kunstnagels</u> <u>* korte mouwen zowel van dienst- als van burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen.</u>	HGR 8349 'Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening.' WHO. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. 2009. 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
10.2.10.2			Alle noodzakelijk elementen voor een goede handhygiëne en handontsmetting zijn aanwezig in elke patiëntenbox/patiëntenzaal: - vloeibare zeep in dispenser; - alcohol in dispenser; - dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare mond; - wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakjes - reminder handhygiëne	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.
10.2.10.3			Alle toiletten voor personeel en bezoekers zijn voorzien van alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne: * wastafel om handen te wassen * vloeibare zeep in dispenser * zeepdispenser zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare kop * wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje * reminder handhygiëne	Available at: http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007ip_table4.html. Accessed January 24, 2013 KB 17/04/2013: bescherming van de werknemers tegen de risico's...)

10.2.10.4			Handen worden gewassen met water en zeep: * bij zichtbaar bevuilde handen * bij contact met sporenvormende kiemen (bv clostridium difficile, norovirus...) * als vorm van persoonlijke hygiëne (bv. na bezoek aan het toilet, vóór de maaltijd)
10.2.10.5	Check 1		<u>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:</u> <u>*vloeibare zeep in dispenser</u> <u>*alcohol in dispenser ; handalcohol hoeft niet noodzakelijk aan de wastafel voorzien te zijn, wel in de ruimte aanwezig</u> <u>*dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare kop</u> <u>*wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje</u> <u>* reminder handhygiëne</u>

10.2.10.6			Handen worden ontsmet met handalcohol: * vóór patiëntencontact * na patiëntencontact * vóór een zuivere of invasieve handeling * na (potentiële) blootstelling aan lichaamsvochten en slijmvliesen * na contact met de directe patiëntenomgeving Deze 5 indicaties voor handontsmetting zijn gekend door alle zorgverstrekkers en de richtlijnen worden toegepast. De verdelers van handalcohol moeten in de patiëntenbox zo dicht mogelijk bij de plaats van de zorgverlening of van gebruik aanwezig zijn, dus niet noodzakelijk ter hoogte van de ingang.
10.2.10.7			Handschoenen en andere persoonlijke beschermingsmiddelen (schort, masker bril) zijn beschikbaar cfr. APIC (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology) Implementation Guide. Handschoenen worden gebruikt bij elk potentieel contact met bloed of lichaamsvochten.
10.2.10.8			Opvolging-meting-steekproeven bv. handhygiëne compliance (observatie) of handalcoholverbruik per ligdag

10.2.10.9		Er zijn, ziekenhuisbreed, reinigingsprocedures die rekening houden met specifieke situaties in de verschillende afdelingen en functies en met de kiem. Deze procedures zijn gekend door het poetspersoneel en worden toegepast.		KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting architectonische normen A 5°.
10.2.10.10		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
10.2.10.11			De functie 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.	
10.2.10.12			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.	
10.3	10.3 Intensieve zorgen Infectiepreventie Handhygiëne			

10.3.7.1	Check 1		<u>Basisvereisten voor handhygiëne worden opgevolgd door alle artsen, personeel en medewerkers die op patiëntenafdelingen taken vervullen:</u> * <u>juwelenvrije handen en voorarmen</u> * <u>geen polshorloges, armbanden en/of ringen</u> * <u>korte zuivere nagels, dwz geen nagellak, gel of kunstnagels</u> * <u>korte mouwen zowel van dienst- als van burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen.</u>	HGR 8349 'Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening.' WHO. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. 2009. 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 KB 17/04/2013: bescherming van de
10.3.7.2			Alle noodzakelijk elementen voor een goede handhygiëne en handontsmetting zijn aanwezig in elke patiëntenbox/patiëntenzaal: - vloeibare zeep in dispenser; - alcohol in dispenser; - dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare mond; - wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje - reminder handhygiëne	
10.3.7.3			Alle toiletten voor personeel en bezoekers zijn voorzien van alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne: * wastafel om handen te wassen * vloeibare zeep in dispenser * dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare mond * wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje * reminder handhygiëne	

10.3.7.4			Handen worden gewassen met water en zeep: * bij zichtbaar bevuilde handen * bij contact met sporenvormende kiemen (bv clostridium difficile, norovirus...) * als vorm van persoonlijke hygiëne (bv. na bezoek aan het toilet, vóór de maaltijd) * reminder handhygiëne	werknemers tegen de risico's...)
10.3.7.5	Check 1		<u>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:</u> <u>*vloeibare zeep in dispenser</u> <u>*alcohol in dispenser ; handalcohol hoeft niet noodzakelijk aan de wastafel voorzien te zijn, wel in de ruimte aanwezig</u> <u>*dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare mond</u> <u>*wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje</u> <u>* reminder handhygiëne</u>	

10.3.7.6			Handen worden ontsmet met handalcohol: * vóór patiëntencontact * na patiëntencontact * vóór een zuivere of invasieve handeling * na (potentiële) blootstelling aan lichaamsvochten en slijmvliesen * na contact met de directe patiëntenomgeving Deze 5 indicaties voor handontsmetting zijn gekend door alle zorgverstrekkers en de richtlijnen worden toegepast. 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.	
10.3.7.7			Handschoenen worden gebruikt bij elk potentieel contact met bloed, lichaamsvochten of slijmvliesen. Daarnaast zijn ook andere persoonlijke beschermingsmiddelen (schort, spatbril, masker,...) beschikbaar.	
10.3.7.8		Patiënten met een infectierisico kunnen correct behandeld worden binnen de dienst zonder risico voor andere aanwezige patiënten. Hiervoor zijn procedures uitgeschreven.		K.B. 23 oktober 1964, 1 Algemene inrichting, Bijlage III organisatorische normen 9°. K.B. 27 april 1998 art. 4 CDC: Guideline for isolation precautions 2007 Appendix vanaf pag. 93

10.3.7.9			De functie werkt mee aan een actief preventiebeleid van nosocomiale infecties door: -wekelijks overleg over nosocomiale infecties, bv. tussen intensivist en de arts of verpleegkundige ziekenhuishygiënist van het team van ziekenhuishygiëne of microbioloog, of door aanstelling van een intensivist 'sentinel arts' ziekenhuishygiëne, -registratie van nosocomiale infecties, -neergeschreven en geupdate richtlijnen en procedure betreffende toe te passen maatregelen voor alle medewerkers binnen de functie.	
10.3.7.10			Er is in overleg met het team ziekenhuishygiëne, een programma ingesteld van reiniging en zo nodig desinfectie voor alle apparatuur die in contact komt/is met de patiënt.	
10.3.7.11			De functie beschikt over procedures voor ziekenhuishygiëne (waaronder een poetsprocedure), -toegangsmaatregelen, -opvang en begeleiding van familie en bezoekers, -opvang en begeleiding van kinderen.	
10.3.7.12			Opvolging-meting-steekproeven bv. handhygiëne compliance (observatie) of handalcoholverbruik per ligdag.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
11.1 11.2 11.3	11.1 D-dienst en niet-chirurgische daghospitalisatie 11.2 Spoed/MUG Patiëntidentificatie			
11.1.14.1 11.2.11.1 11.3.8.1			Er bestaat een ziekenhuisbrede procedure voor patiëntidentificatie. Patiëntidentificatie gebeurt op een uniforme wijze.	VIP ² Vlaamse kwaliteitsindicatoren
11.1.14.2 11.1.11.3 11.3.8.2	Check 1		<u>Patiëntidentificatie gebeurt minimaal op basis van 2 correcte parameters:</u> <u>* naam en voornaam, aangevuld met geboortedatum of naam en voornaam, aangevuld met dossiernummer (niet kamernummer, bednummer, adres van de patiënt)</u>	VIP ² Vlaamse kwaliteitsindicatoren
11.1.14.3 11.2.11.4 11.3.8.3			Patiëntidentificatie wordt minstens aangewend voor: * patiënt * dossier * medicatie * staalafname * onderzoek * behandeling	

11.1.14.4 11.2.11.5 11.3.8.4			Bij elke medische/verpleegkundige handeling op de D dienst en de niet-chirurgische daghospitalisatie (behandeling/diagnostiek) worden de patiënten identificatiegegevens van de identificatieband opgevraagd en vergeleken met de identificatiegegevens voor de uit te voeren handeling.	
11.1.14.5 11.2.11.6 11.3.8.5			Voor patiënten die hun identiteit niet kunnen bevestigen bestaat een werkbare identificatieprocedure.	
11.1.14.4 11.2.11.5 11.3.8.4			Bij elke medische/verpleegkundige handeling op de functies spoed en intensieve zorg (behandeling/diagnostiek) worden de patiënten identificatiegegevens van de identificatieband opgevraagd en vergeleken met de identificatiegegevens voor de uit te voeren handeling	
11.1.14.5 11.2.11.6 11.3.8.5			Voor patiënten die hun identiteit niet kunnen bevestigen bestaat een werkbare identificatieprocedure.	
11.1.14.5			Proces ter opvolging (evaluatie-steekproef-meting) is aanwezig.	
11.1 11.2 11.3	11.3 Intensieve zorg Patiëntidentificatie			

11.1.14.1 11.2.11.1 11.3.8.1			Er bestaat een ziekenhuisbrede procedure voor patiëntidentificatie. Patiëntidentificatie gebeurt op een uniforme wijze.	VIP ² Vlaamse kwaliteitsindicatoren
11.1.14.2 11.1.11.3 11.3.8.2	Check 1		<u>Patiëntidentificatie gebeurt minimaal op basis van 2 correcte parameters:</u> <u>* naam en voornaam, aangevuld met geboortedatum of naam en voornaam, aangevuld met dossiernummer (niet kamernummer, bednummer, adres van de patiënt)</u>	VIP ² Vlaamse kwaliteitsindicatoren
11.1.14.3 11.2.11.4 11.3.8.3			Patiëntidentificatie wordt minstens aangewend voor: * patiënt * dossier * medicatie * staalafname * onderzoek * behandeling	
11.1.14.4 11.2.11.5 11.3.8.4			Bij elke medische/verpleegkundige handeling (behandeling/diagnostiek) worden de patiënten identificatiegegevens van de identificatieband opgevraagd en vergeleken met de identificatiegegevens op de identificatieband van de patiënt en ook met de identificatiegegevens voor de uit te voeren handeling.	
11.1.14.5 11.2.11.6 11.3.8.5			Voor patiënten die hun identiteit niet kunnen bevestigen bestaat een werkbare identificatieprocedure.	

11.1.14.6			Proces ter opvolging (evaluatie-steekproef-meting) is aanwezig.	
11.2.11.2			Er is permanent een overzicht beschikbaar op de spoed met vermelding van welke patiënt zich op welke locatie bevindt.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
12.1	12.1 D-dienst en niet-chirurgische daghospitalisatie Valpreventie			
12.1.15.1			Er is een valpreventieprotocol uitgeschreven. Het bevat minstens: *Welke patiënten worden gescreend *Wanneer de screening gebeurt *Op welke manier valrisico gescreend wordt *Te gebruiken gevalideerd screeningsinstrument *Uitvoerend meetinstrument	Milisen, et al. Valpreventie. Acco Leuven; 2006. Campbell A.J., et al. Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomized controlled trial. J Am Ger Soc. 1999. Zecevic, AA, et al. Defining a fall and reasons for falling. The Gerontologist, 2006. Parker, MJ, Effectiveness of hip protectors for preventing hip fractures in elderly people: systematic review. BMJ 2006. Gillespie, LD, et al. Interventions for preventing falls (Review) 2005. The Cochrane Library. Sherrington, C.; Whitney, J.C.; Lord, S.R.; Herbert, R.D.; Cumming, R.G.; Close, J.C.T., 'Effective exercise for the prevention of falls: 2008, uit: Journal of the American Geriatrics Society.
12.1.15.2			Het protocol is gekend en wordt toegepast door de medewerkers. Er is toezicht op de naleving ervan.	

12.1.15.3			Specifieke maatregelen zijn aanwezig voor patiënten met een verhoogd risico. *Informeer patiënt/familie (bv brochure) *Aangepast toiletbezoek (urinaal/bedpan/toiletstoel) *Aangepaste loophulp	
12.1.15.4			Algemene maatregelen voor valpreventie zijn aanwezig, ook voor patiënten zonder verhoogd risico. *Alles binnen handbereik patiënt *Kamer/gang vrij van obstakels *Rollend materiaal kan gefixeerd worden *Infuusstaander aan juiste kant *Verlichting in orde *Bed in juiste positie *Droge vloer en specifieke maatregelen bij natte vloer *Veilig schoeisel *Veilig transport van patiënt in bed of rolstoel	
12.1.15.5			Valincidenten worden gemeld via een incidentmeldingssysteem. Gemelde valincidenten worden geanalyseerd door een expertteam. Er is een systeem voor opvolging, verbetering en optimalisatie aanwezig.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
13.1	13.1 Gespecialiseerde spoed Omgang met agressie			
13.3.12.1			Er is een protocol m.b.t. de veiligheidsmaatregelen die gelden voor patiënten en personeel. Personeelsleden weten hoe ze met agressie moeten omgaan.	
13.3.12.2			Er is een debriefingsprocedure voor de opvang van alle medewerkers en artsen na een traumatische gebeurtenis.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
14.1	14.1 Gespecialiseerde spoed Omgang met kinderen			
14.1.13.1	Check 1	<u>Een geneesheer-specialist in de pediatrie is oproepbaar en beschikbaar.</u>	<u>De tijdsspanne waarbinnen deze arts de patiënt op spoed moet kunnen zien is vastgelegd in het medisch reglement.</u>	K.B. 27 april 1998 art. 10, 5°
14.1.13.2			Er zijn specifieke criteria binnen het triagesysteem, waardoor kinderen voorrang kunnen krijgen.	Europees handvest kind en ziekenhuis K.B. 13 juli 2006 art. 9 §2.1°
14.1.13.3			Er is document beschikbaar rond kindvriendelijk beleid op de functie gespecialiseerde spoed. Dit kan eventueel geïntegreerd zijn in een ziekenhuisbreed document terzake.	
14.1.13.4		Bij elk kind mag er steeds een ouder/vertrouwenspersoon voor het kind aanwezig zijn (ook bij onderzoek en reanimatie). Hiervan mag enkel afgeweken worden op basis van medische tegenindicatie en deze moet genoteerd zijn in het dossier.		K.B. 13 juli 2006 art. 9 §2.2°
14.1.13.5			Er is in de wachtzaal minimaal een kinderhoek ingericht, waarbij een visuele afscheiding wordt bekomen voor de kinderen.	
14.1.13.6	Check 1		<u>Er is materiaal specifiek voor kinderen aanwezig zoals bloeddrukmeter met aangepaste manchetten, aangepaste elektroden, infuusmateriaal, intubatiemateriaal, monitors met kinderinstellingen, defibrillator met pediatrische peddels.</u>	

--	--	--	--	--

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
15.1	15.1 Gespecialiseerde spoed Omgang met psychiatrische patiënten			
15.1.14.1	Check 1	<u>Een geneesheer-specialist in psychiatrie of neuropsychiatrie is oproepbaar en beschikbaar</u>	<u>De tijdsspanne waarbinnen deze arts de patiënt op spoed moet kunnen zien is vastgelegd in het medisch reglement.</u>	KB 27 april 1998 art. 10, 10°
15.1.14.2	Check 1		<u>Er is een registratieformulier voor patiënten die in tijdelijke isolatie worden gebracht. Dit formulier vermeldt ten minste:</u> - naam van de patiënt, leeftijd, geslacht en opnamedatum; - nummer van de afzondering (per jaar); - datum en uur van ingang en opheffing van de maatregel; - naam en handtekening van de geneesheer onder wiens verantwoordelijkheid deze maatregel moet genomen worden; - naam en handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige; - reden en indicatie voor de maatregel (hieruit dient te blijken dat het om een noodmaatregel gaat); - follow – up gegevens.	Omzendbrief dd. 24 oktober 1990 minister Weckx
15.1.14.3			Psychiatrische patiënten kunnen doorverwezen worden naar een acute psychiatrische opvang. Hiervoor zijn samenwerkingsovereenkomsten opgesteld met psychiatrische en/of algemene ziekenhuizen.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
16.1	16.1 D-dienst en niet-chirurgische daghospitalisatie Zorgoverdracht			
16.1.16.1			Bij elke patiënt die getransporteerd wordt in bed zijn de bedsponden omhoog.	
16.1.16.2	Check 1		<u>Er wordt een medische en verpleegkundige nota (evt. elektronisch) opgesteld bij transfer van een patiënt van of naar een afdeling.</u> <u>Volgende elementen dienen minimum in de handover genoteerd te staan:</u> <u>-identiteit van de patiënt,</u> <u>-diagnose en behandeling,</u> <u>-verpleegkundige zorgen,</u> <u>-parameters,</u> <u>-medicatieschema en</u> <u>-recent toegediende medicatie: naam, dosis, tijdstip toediening en toedieningsvorm.</u>	
16.1.16.3			De dienst beschikt over een procedure voor overdracht van patiënten van en naar de D afdeling.	
16.1.16.4			De dienst beschikt over een informatiebrochure voor familie/patiënten. Hierin dienen minimaal volgende elementen te worden opgenomen: bezoeken en -voorwaarden, zorgverstrekkers, contactgegevens, werking van de dienst.	
16.2	16.2 Gespecialiseerde spoed Zorgoverdracht			

16.2.16.1	Check 1		Er wordt een medische en verpleegkundige nota (evt. elektronisch) opgesteld bij transfer van een patiënt naar een hospitalisatieafdeling. <u>Volgende elementen dienen minimaal in de handover genoteerd te staan:</u> -identiteit van de patiënt, -indien gekend diagnose en behandeling, -verpleegkundige zorgen, -parameters, -medicatieschema en -recent toegediende medicatie: naam, dosis, tijdstip toediening en toedieningsvorm.	
16.2.16.2			De functie beschikt over een procedure voor overdracht van patiënten naar een hospitalisatieafdeling.	
16.2.16.3			De functie beschikt over een informatiebrochure voor familie/patiënten rond opname in het ziekenhuis.	
16.3	16.3 Intensieve zorgen Zorgoverdracht			
16.3.9.1			Het patiënten transport tussen IZ en de verpleegafdeling/onderzoeksafdeling en binnen IZ gebeurt onder toezicht van een verpleegkundige of een arts.	
16.3.9.2			Bij elke patiënt die getransporteerd wordt van en naar IZ zijn de bedsponden omhoog. De bedsponden zijn ook omhoog bij elk intern transport in IZ.	

16.3.9.3	Check 1		Er wordt een medische en verpleegkundige nota (evt. elektronisch) opgesteld bij transfer van een patiënt van of naar de intensieve zorgen. <u>Volgende elementen dienen minimum in de handover genoteerd te staan:</u> -identiteit van de patiënt, -diagnose en behandeling, -verpleegkundige zorgen, -parameters, -medicatieschema en -recent toegediende medicatie: naam, dosis, tijdstip toediening en toedieningsvorm.	
16.3.9.4			De functie beschikt over een procedure voor overdracht van patiënten van en naar de intensieve zorgen, intra- en extramuros.	
16.3.9.5			De functie beschikt over een informatiebrochure voor familie/patiënten. Hierin dienen minimaal volgende elementen te worden opgenomen: Bezoekuren en -voorwaarden, zorgverstrekkers, contactgegevens, werking van de dienst.	
16.3.9.6			Mits akkoord van de arts is bezoek door kinderen toegelaten. Dit bezoek wordt steeds begeleid. Hierrond is een beleid uitgestippeld met aandacht voor de patiënt en voor het kind.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
17.1 17.2	17.1 D dienst 17.2 Intensieve zorgen DNR/code beperking therapie			
17.1.17.1 17.2.10.1			De toekenning en vermelding van de DNR/CBT code dient te voldoen aan een protocol opgemaakt binnen het ziekenhuis en bevat minstens de elementen vermeld bij het patiëntendossier.	
17.1.17.2 17.2.10.2			Een geschreven DNR/CBT protocol dient aanwezig te zijn binnen de eenheid/functie en door iedere zorgverlener consulteerbaar te zijn.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
18.1	18.1 Ziekenhuisapothek/afdelingen/funcities/diensten/zorgprogramma's Bewaring medicatie			
Deze eisen zijn van toepassing op de ziekenhuisapothek,afdelingen,funcities,diensten en zorgprogramma's				
18.1.3.1		Er is een adequate bewaring op het vlak van temperatuur van medicatie in de apotheek en op de afdeling/diensten/funcities/zorgprogramma's. Bewaring gebeurt in een huishoudelijk schone omgeving.	De temperatuur in koelkasten en diepvriezers, waar medicatie wordt bewaard, wordt continu bewaakt. Dit kan automatisch of anders minimaal dagelijks met registratie ervan.	K.B. 4 maart 1991 art. 8
18.1.3.2		Er is een procedure omtrent correcte bewaring van medicatie en omtrent te ondernemen acties t.a.v. de medicatie bv. bij afwijkende temperatuur. Zowel de technische aspecten met name de normalisatie van de temperatuur als de aspecten m.b.t. de verdere bestemming van de medicatie worden hierin opgenomen.		K.B. 4 maart 1991 art. 9 Nieuwe K.B. 1885
18.1.3.3	Check 1	Er is geen vervallen medicatie aanwezig, en dit zowel in de ziekenhuisapothek als op de afdelingen/diensten/funcities/zorgprogramma's.		K.B. 4 maart 1991 art. 8 Nieuwe K.B. 1885
18.1.3.4		Er is een procedure voor de controle van de vervaldatum in de ziekenhuisapothek en de afdelingen /diensten/funcitie/zorgprogramma's.		K.B. 4 maart 1991 art. 9 Nieuwe K.B. 1885
18.1.3.5		Verdovende middelen en gelijkgestelden worden afzonderlijk en afgesloten bewaard en er is een permanente inventaris beschikbaar, die de reële stock bevestigt, en dit zowel in de apotheek als op de afdelingen/diensten/funcities/zorgprogramma's.	Wanneer verdovende middelen uit de kast worden gehaald, dan worden ze niet onbewaakt achtergelaten.	K.B. 4 maart 1991 art. 8 Nieuwe K.B. 1885 K.B. 31/12/1930 art. 12 en 17

18.1.3.6			Alle medicatievoorraden (kast of ruimte) zijn afsluitbaar en worden afgesloten indien onbewaakt.	Nieuwe K.B. 1885
18.1.3.7		Er is een procedure voor de bewaring van verdovende middelen en gelijkgestelden, en dit zowel in de apotheek als op de afdelingen/diensten/funcities/zorgprogramma's.		K.B. 4 maart 1991 art. 9 Nieuwe K.B. 1885
18.1.3.8		Er is binnen elke campus een noodvoorraad voor medicatie voorzien die buiten de openingsuren van de apotheek toegankelijk is. Er is een specifieke procedure voorzien voor het bevoorraden en het uitnemen van medicatie uit deze noodvoorraad.		K.B. 19 oktober 1978 art. 5
18.1.3.9			Indien geautomatiseerde medicatiekasten worden gebruikt, dan is er een procedure 'dringende ontgrendeling' die enkel in noodsituaties mag worden gebruikt . Er is een registratie van het gebruik van deze noodprocedure (wie, wanneer, waarom).	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
19.1	19.1 Ziekenhuisapothek/afdelingen/functies/diensten/zorgprogramma's Medicatie distributie			
Deze eisen zijn van toepassing op de ziekenhuisapothek,afdelingen,functies,diensten en zorgprogramma's				
19.1.4.1	Check 1	<u>De aflevering van geneesmiddelen gebeurt steeds op basis van een medisch voorschrift.</u> <u>Dat voorschrift (papier of elektronisch) bevat</u> <u>-naam en voornaam van de patiënt voluit geschreven of identificatielever,</u> <u>-geboortedatum van de patiënt,</u> <u>-details van het/de voorgeschreven geneesmiddel(en):</u> <u>naam van het/de geneesmiddel(en) voluit,</u> <u>vorm van het/de geneesmiddel(en),</u> <u>sterkte van het/de geneesmiddel(en),</u> <u>dosis van het/de geneesmiddel(en),</u> <u>frequentie van het/de geneesmiddel(en),</u> <u>-stempel of volledige naam van de voorschrijvende arts,</u> <u>-handtekening van de voorschrijvende arts,</u> <u>-datum van het voorschrift.</u>		K.B. 4 maart 1991 art. 8 VIP ² indicatoren
19.1.4.2		Alle geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden gebruikt, worden door de ziekenhuisapothek verstrekt.	Ook de medicatie gebruikt bij klinische studies wordt door de ziekenhuisapothek verstrekt. Stalen bestemd voor gebruik bij verblijvende patiënten en patiënten in het daghospitaal worden steeds afgeleverd in de ziekenhuisapothek.	K.B. 4 maart 1991 art. 7

19.1.4.3	Check 1	Medicatie toediening aan de patiënt op de afdeling, dienst, functie of in het zorgprogramma, gebeurt conform de wetgeving via. - een geschreven medisch voorschrift, eventueel elektronisch of via telefax, - een mondeling geformuleerd medisch voorschrift, eventueel telefonisch, radiofonisch of via webcam - een staand order. Bij mondeling voorschrift bevestigt de arts zo spoedig mogelijk het voorschrift schriftelijk.		K.B. 18 juni 1990 art. 7 quater
19.1.4.4	Check 1	De voorschriften voor narcotica voldoen aan de wettelijke normen, zoals beschreven in het KB van 31/12/1930. Het betreft ofwel oorspronkelijke, schriftelijke, gedagtekende en ondertekende voorschriften van een geneesheer, ofwel een gevalideerd elektronisch voorschrift zoals bepaald in het K.B. van 13 januari 2014. Op het geschreven recept is duidelijk naam en adres van de ondertekenaar vermeld en is het aantal ampullen, tabletten en de dosis voluit geschreven. Onder adres kan ook worden verstaan een eenduidige identificatie van de arts: naam en RIZIV nummer van de arts en naam van het ziekenhuis.		K.B. 31 december 1930 art. 19

19.1.4.5	Check 1	<u>Alle geneesmiddelen die in het ziekenhuis als dusdanig worden toegediend worden tot op het moment van toediening bewaard in een verpakking, die minstens volgende informatie bevat :</u> - <u>naam van het geneesmiddel</u> - <u>dosis of concentratie</u> - <u>vervaldatum</u> <u>Alle geneesmiddelen die worden klaargemaakt (o.a. ook de infusen met bijgevoegde medicatie) zijn gelabeld met minimum volgende parameters:</u> - <u>naam geneesmiddel</u> - <u>dosis of concentratie geneesmiddel</u> - <u>datum van bereiding of uiterste toedieningsdatum of vervaldatum</u> - <u>naam patiënt</u>		Praktijkgids: High risk medicatie (VeiligheidsManagement Systeem - Oktober 2009) Nieuw KB 1885
19.1.4.6		De medicatiedistributie is vastgelegd in een procedure en wordt periodiek geëvalueerd. Er is een procedure rond uitzonderlijke afwijkingen van de norm in het kader van noodsituaties en rond staande orders.		K.B. 4 maart 1991 art. 9 Nieuwe K.B. 1885 K.B. 18 juni 1990 art. 7 quater

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
20.1	20.1 Ziekenhuisapothek Informatieplicht over medicatie aan zorgverstrekkers			
20.1.5.1		Er zijn tenminste procedures voor het manipuleren (oplossen en verdunnen) van alle formularium antibiotica beschikbaar en deze worden nageleefd door alle betrokken medewerkers die de medicatie klaarmaken voor toediening. (Productinformatiefiches).		K.B. 4 maart 1991 art. 9
20.1.5.2		Een protocol over pletbare medicatie en de medicatie die nuchter moet toegediend worden is beschikbaar, is gekend en wordt nageleefd door alle betrokken medewerkers. .		K.B. 4 maart 1991 art. 9
20.1.5.3	Check 1	<u>Betrokken medewerkers (artsen, verpleegkundigen en apothekers) kunnen een geactualiseerde lijst consulteren van de in het ziekenhuis beschikbare antidota alsook een geactualiseerde procedure voor de behandeling van intoxicaties.</u>		K.B. 4 maart 1991 art. 9

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
21.1	21.1 Ziekenhuisapothek Therapeutisch formularium			
21.1.6.1		Een geactualiseerd formularium en de geactualiseerde geneesmiddeleninformatie (betreffende de eventuele bereiding en de geneesmiddeleninteracties) van minstens de formulariumgeneesmiddelen is steeds en minstens digitaal beschikbaar voor de betrokken medewerkers. Het is door de betrokken medewerkers geweten waar het geconsulteerd kan worden.	Elke update van het formularium is aangebracht vanaf het moment van implementatie van de omschakeling.	K.B. 4 maart 1991 art. 25
21.1.6.2		Er is een therapeutisch antibioticum formularium beschikbaar, dat betrekking heeft op de anti-infectieuze geneesmiddelen van het ziekenhuis en dat minstens om de 3 jaar volledig herzien wordt. Er is een lijst beschikbaar van de restrictieve antibiotica, die slechts bij bepaalde indicaties mogen gebruikt worden. Er is een gestructureerde terugkoppeling aan de voorschrijvers.		K.B. 4 maart 1991 art. 25 ter KB 12 februari 2008
21.1.6.3		De ziekenhuisapotheker neemt actief deel aan de antibioticatherapiebeleidsgroep		K.B. 4 maart 1991 art. 25 bis K.B. 12 februari 2008

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
22.1	22.1 Ziekenhuisapothek Thuismedicatie			
22.1.7.1			Er is een beleid/procedure rond het in bezit hebben en het uitzonderlijk toedienen van medicatie meegebracht door de patiënt en deze is gekend door de betrokken medewerkers.	JCI/NIAZ

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
23.1	23.1 Ziekenhuisapothek Comité medisch materiaal			
23.1.8.1		De ziekenhuisapotheker neemt actief deel aan het comité medisch materiaal inzake de keuze van medische hulpmiddelen, de implantaten en prothesen.		K.B. 4 maart 1991 art. 11 en art. 26
23.1.8.2		Een geactualiseerd formularium van de medische hulpmiddelen is steeds beschikbaar.		K.B. 4 maart 1991 art. 27
23.1.8.3		Elk nieuw medisch hulpmiddel dat in het ziekenhuis courant wordt gebruikt, werd in het comité medisch materiaal volgens de aanvraagprocedure behandeld en goedgekeurd.		K.B. 4 maart 1991 art. 27

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
24.1	24.1 Ziekenhuisapothek Klinische farmacie			
24.1.9.1		De functie ziekenhuisapothek verzekert de farmaceutische zorg van de patiënten die medicatie bekomen via de ziekenhuisapothek. Het betreft de (in)directe informatieverstrekking over de medicatie t.a.v. de patiënt.		K.B. 4 maart 1991 art. 9, 6° nieuw KB 1885 en 29/1/2009
24.1.9.2	Check 1	<u>De ziekenhuisapotheker heeft zicht op de thuismedicatie en de actuele medicatieschema's en ontslagmedicatie en heeft inspraak bij de bepaling van het beleid rond opname en ontslagmedicatie.</u>		K.B. 4 maart 1991 art. 9, 6° nieuw KB 1885 en 29/1/2009

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
25.1	25.1 Ziekenhuisapothek Patiëntveiligheid bij medicatie			
25.1.10.1	Check 1		<u>Er is een procedure mbt hoog risico medicatie, look alikes en sound alikes. Deze procedure bevat de lijst met de namen van de hoog risico medicatie (medicatie met hoger risicopercentage, look alikes en sound alikes) en minstens instructies voor correcte labeling, opslag, toediening.</u> <u>Er is opleiding en systematische communicatie over deze lijsten.</u> <u>De procedures zijn gekend op de werkvloer en worden opgevolgd.</u>	Cfr. lijsten ISMP JCI IPSG 3 Veiligheid van de hoog risico medicatie IPSG 3.1 Veligheid van geconcentreerde electrolyten.
25.1.10.2		Een incident meldingssysteem, waarbinnen incidenten met medicatie gemeld worden, wordt gebruikt alsook een opvolgingssysteem (analyse en verbeteracties). De ziekenhuisapotheker is hierbij betrokken.		KB 17/10/1991 art. 9

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
26.1	26.1 Ziekenhuisapothek Bereidingen			
26.1.11.1		Alle bereidingen in de apotheek gebeuren onder daadwerkelijk, echter niet noodzakelijk fysiek, toezicht van een ziekenhuisapotheker. Daadwerkelijk wil zeggen dat er voldoende controles gebeuren voor en/ of tijdens de bereiding. Er gebeurt steeds een vrijgave van de bereiding door een apotheker. De uitgevoerde controles zijn traceerbaar.		K.B. 21 maart 2003 art. 36 KB1885
26.1.11.2		Er is een oplijsting van cytotoxische geneesmiddelen en er zijn procedures voor het veilig manipuleren ervan en de afvalproducten en ze worden toegepast. Er zijn speciale kits aanwezig alsook antidota voor de behandeling van extravasatie, breuk, gemorste producten. De kits zijn aanwezig op alle plaatsen waar deze worden gemanipuleerd.		K.B. 21 maart 2003 art. 36 en 37 Arbeidswetgeving PICS in annex KB1885
26.1.11.3		De steriele bereidingen moeten uitgevoerd worden in een afgescheiden ruimte in een LAFkast of in een isolator (hermetisch gesloten kast) volgens de daartoe voorziene procedure.		K.B. 4 maart 1991 art. 6

26.1.11.4		De bereiding van cytotoxische geneesmiddelen gebeurt in een afgescheiden ruimte in een uitsluitend daartoe geschikte verticale LAF kast (met glas) of isolator (hermetisch gesloten kast), met aangepaste maatregelen voor de bescherming van de bereider (minimum: specifieke geschikte handschoenen, ondoorlaatbare schort, haarkapje en dienstspecifiek gesloten schoeisel) en volgens de daartoe voorziene procedure.		K.B. 4 maart 1991 art. 6 K.B. 21 maart 2003 art. 36