

EISENKADER

D DIENST EN FUNCTIE NIET CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE MET BEHOUD VAN WIJZIGINGEN

Bronvermelding

KB 23 oktober 1964, normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten nageleefd worden;

KB 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen;

KB 15 december 1987 behoudende uitvoering van de artikels 13 tem 17 van de wet op de ziekenhuizen, zoals gecoördineerd door het KB van 7 augustus 1987;

K.B. 15 december 1978 tot bepaling van bijzondere normen voor universitaire ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten

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

KB 10 februari 2008 houdende de vaststelling van de normen waaraan de functie niet-chirurgische daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend

KB 28 dec 2006 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier, bedoeld in art 17 quater van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 aug 1987, moet voldoen.

Decreet 17 okt 2003 decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen

Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

KB 27 april 2007, betreffende de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen

K.B. 29 januari 2007 normen voor het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt

K.B. 13 juli 2006 houdende uitvoering van art 17 bis van de gecoördineerde ziekenhuiswet, voor wat de functie van hoofdverpleegkundige

K.B. 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	1. NIET MEDISCH PERSONEEL D DIENST			
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
1.2		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°
1.3			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.	
1.4			Er is per dag (week en weekend) voor de verschillende shiften een minimale bestaffing per afdeling vastgelegd. De werkelijke bestaffing is hieraan conform.	
1.5			De patient/nurse ratio is gekend per shift.	

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>	<u>De leden van het team hebben minstens om de twee jaar een opleiding BLS gevolgd.</u>	K.B. 13 juli 2006 art. 9, §1 K.B. 27 april 1998 functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" art. 12
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°
1.8		Op regelmatige basis worden functionerings- en/of evaluatiegesprekken gehouden met elk personeelslid.		K.B. 13 juli 2006 art. 7, §2 4°

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	2. MEDISCH KADER D DIENST			
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°
2.2		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
2.3	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
2.4		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

2.5		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
2.6		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
2.7		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

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	3. INFRASTRUCTUUR D DIENST			
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
3.2	Check 1	<u>Op elke afdeling is een bedpanspoeler aanwezig.</u>	Validatie en preventieve technische controle van de bedpanspoelers gebeuren volgens de voorschriften van de fabrikant De cyclussen van de bedpanspoelers worden minimaal een maal per jaar gevalideerd. De bedpanspoelers krijgen minstens jaarlijks een technisch onderhoud.	KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting architectonische normen B 12° EN ISO 158831 Consensusdocument 8 HGR 8580 april 2013
3.3			De keuze van een nieuwe bedpanspoeler dient voor advies voorgelegd te worden aan het team voor ziekenhuishygiëne.	
3.4			De bedpan is bij visuele controle rein en droog.	

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
3.6	Check 1		<u>Ramen kunnen door de patiënt niet volledig geopend worden, ter preventie van suïcide of accidentele val door het raam.</u>	
3.7			Alle lokalen, toegankelijk voor de patiënt, zijn ook rolstoeltoegankelijk.	
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
3.9			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.	

3.10	Check 1	Er is geen vermenging van vuil, proper en steriel materiaal.		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
3.11		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°.
3.12	Check 1		<u>Indien de D dienst 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.</u>	
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
3.14			<u>Er is een oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp voorzien, hetzij aan het bed, hetzij op zak bij de zorgverstrekker.</u>	

3.15	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.</u> <u>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>	
------	---------	--	---	--

3.15			<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 .
3.16			<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>	
3.17			<u>Het onderhoud beoogt het toestel in goede staat te brengen of te houden via de noodzakelijke technische handelingen.</u>	IEC 62353
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

3.19		<u>Indien aanwezig:</u> <u>Voor volgende toestellen worden de technische controles/inspecties/onderhoud uitgevoerd conform de richtlijnen van de fabrikant:</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 termijnen.</u>		K.B. 27 april 1998 (IZ), art. 20 IEC 62353 annex F
3.20		<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
3.21		<u>Monitors die worden 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
3.22		<u>Defibrillatoren krijgen minstens jaarlijks een inspectie.</u> <u>Er wordt minstens wekelijks een gedocumenteerde controle uitgevoerd (functiecheck, alle accessoires zijn in goede staat en gebruiksklaar).</u>		IEC 62353 - annex F

3.23		<u>ECG toestellen en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.24		<u>De infuuspompen krijgen minstens om de twee jaar 24 maanden een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.25		De echotoestellen krijgen minstens om de 24 maanden een inspectie.		IEC 62353 - annex F
3.26		<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
3.27		Elektrische patiëntenbedden krijgen minstens om de drie jaar een inspectie.		IEC 62353 -
3.28		<u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een inspectie.</u>		IEC 62353

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
4. NIET MEDISCH PERSONEEL NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE				
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
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
4.3		Gedurende de openingssuren is een administratief personeelslid beschikbaar (niet noodzakelijk steeds in de functie aanwezig).		K.B. 10 februari 2008 art. 10
4.4	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

4.5	Check 1	Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleidingen per personeelslid.		K.B. 23 oktober 1964 I algemene inrichting III. Organisatorische normen 2° alinea 9 K.B. 13 juli 2006 art. 9, §2, 3°
4.6		Op regelmatige basis worden functionerings- en/of evaluatiegesprekken gehouden met elk personeelslid.		K.B. 13 juli 2006 art. 7, §2 4°
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.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	5. MEDISCH KADER NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE			
5.1		De functie "niet-chirurgische daghospitalisatie" staat onder leiding van een geneesheer-specialist		KB 10 februari 2008 art.7
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.		
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
5.4		<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

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
-----	--	--	--	--

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	6. INFRASTRUCTUUR NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE			
6.1		Elke eenheid van de functie vormt een aanwijsbare en herkenbare entiteit .		KB 10 februari 2008 art. 2
6.2		Bij een gemengd dagziekenhuis vormt dit dagziekenhuis als geheel een aanwijsbare en herkenbare entiteit.		
6.3		Elke patiënt beschikt in de patiëntenkamer over een bereikbaar beloproepsysteem		KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting functionele normen 7°
6.4	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 4-5-6
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), architectonische normen B 6

6.6	Check 1		Indien de functie niet-chirurgische daghospitaisatie 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.	
-----	---------	--	---	--

6.7	Check 1		<u>Indien aanwezig:</u> <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 / aandachtspunten</u> • <u>wanneer uitgevoerd</u> • <u>door wie</u>	
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
6.8			<u>Er is een oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp voorzien, hetzij aan het bed, hetzij op zak bij de zorgverstrekker.</u>	
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>	

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), architectonische normen 4-5-6
6.11	Check 1		<u>Er 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 jaarlijks een preventieve technische controle.</u>	EN ISO 158831 Consensusdocument 8 HGR 8580 april 2013
6.12			De bedpan is bij visuele controle rein en droog.	EN ISO 158831 Consensusdocument 8 HGR 8580 april 2013

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 (elektronisch of op papier).</u> <u>5. Het resultaat van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt (elektronisch 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
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>	
6.15			<u>Het onderhoud beoogt het toestel in goede staat te brengen of te houden via de noodzakelijke technische handelingen.</u>	IEC 62353

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
6.17		<u>Indien aanwezig:</u> <u>Voor volgende toestellen worden de technische controles/inspecties/onderhoud uitgevoerd conform de richtlijnen van de fabrikant:</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>		K.B. 27 april 1998 (IZ), art. 20 IEC 62353 annex F
6.18		<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
6.19		<u>Monitors die worden 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

6.20		<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
6.21		<u>ECG toestellen en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
6.22		<u>De infuuspompen krijgen minstens om de twee jaar 24 maanden een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
6.23		De echotoestellen krijgen minstens om de 24 maanden een inspectie.		IEC 62353 - annex F
6.24		Elektrische patiëntenbedden krijgen minstens om de drie jaar een inspectie.		IEC 62353 -
6.25		<u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een inspectie.</u>		IEC 62353

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
7. FUNCTIONEEL ORGANISATORISCH D DIENST EN NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE				
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
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
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.	
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>	
7.5	Check 1		<u>Dat protocol vermeldt minimaal de doelgroep, de te meten parameters, de meetfrequentie, de scorebepaling, en de vervolgacties ifv de behaalde score.</u>	

7.6			Communicatie tussen de zorgverleners (bellen bij een bepaalde score) gebeurt op gestructureerde basis.	
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>	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	8. KWALITEITSBEWAKING D DIENST EN NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE			
8.1		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
8.2		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
8.3		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
8.4			Jaarverslagen en beleidsplannen zijn multidisciplinair opgemaakt	
8.5			Er wordt gebruik gemaakt van een (centraal) incidentmeldingssysteem, dat ziekenhuisbreed is opgesteld.	Kwaliteit kenbaar maken in de zorg Zorgnet Vlaanderen 2010

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
9. DOSSIER D DIENST EN NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE				
9.1	Check 1	Het patiëntendossier bevat tenminste volgende documenten en gegevens: <u>Identiteit van de patiënt op alle losbladige formulieren (op scherm en afgedrukt)</u> <u>Medisch anamnese</u> * <u>Familiale en persoonlijke antecedenten</u> * <u>Allergie</u> * <u>Thuismedicatie</u> * <u>Huidige ziektegeschiedenis</u> * <u>Gegevens van voorgaande raadplegingen en hospitalisaties</u> <u>Verpleegkundige anamnese</u> * <u>Allergie</u> * <u>Thuismedicatie</u> * <u>Sociale anamnese</u> * <u>Contactgegevens</u> <u>De evaluaties, de evoluties, de huidige en potentiële wijzigingen van zijn behoeften</u> <u>Alle elementen ter voorbereiding op zijn ontslag zoals kenmerken van de patiënt (invaliditeit, etniciteit, taalkennis), woonsituatie, mantelzorg, vervoersmogelijkheden...</u> <u>Herkenning isolatiepatiënt + evt. te nemen maatregelen afhankelijk van de kiem</u>		KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting / Functionele normen 6° KB 3 mei 1999 KB 28 dec 2006 Richtlijnen voor de beheersing en preventie van overdracht van Methicilline-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) in Belgische ziekenhuizen 2003

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, puls, 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.

			<u>Het dossier bevat, indien van toepassing: adviezen van gespecialiseerde teams (bv interne liaison geriatrie, palliatief support team,...)</u> <u>Het dossier bevat, indien van toepassing: adviezen van verpleegkundige specialisten (bv wondzorg, stomazorg,...)</u> <u>Patiënten opgenomen in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt worden systematisch gescreend op valrisico. De screening is opgenomen in het dossier.</u> <u>Het dossier bevat, indien van toepassing: bevestiging van informed consent.</u> <u>Voor volwassenen volstaat een handtekening van het item in het patiëntendossier, een afvinken, een ondertekend IC formulier of een inhoudelijke notitie.</u>	De wet op de patiëntenrechten.
--	--	--	---	--------------------------------

			Indien een DNR code <u>groter dan 0</u> bepaald is, <u>dan wordt die in het patiëntendossier opgenomen</u>. De DNR code is <u>getekend/ gevalideerd door de arts:</u> * <u>er is een melding "besproken in team"</u> * <u>er is een melding " besproken met patiënt-familie"</u> * <u>er is een bondige weergave van de inhoud van het gesprek (wensen van gesprekspartners en resultaat van gesprek)</u>	
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
9.3	Check 1	<u>De dossiers kunnen steeds geraadpleegd worden door de bevoegde zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt.</u>		KB 3 mei 1999
9.4	Check 1	Het actuele <u>volledige (medisch en verpleegkundig) patiëntendossier, papier/elektronisch, is toegankelijk op de afdeling waar de patiënt zich bevindt.</u>		KB 28 dec 2006

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°

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	10. ONTSLAGBELEID D DIENST EN NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE			
10.1			Er zijn schriftelijke afspraken over de termijn waarbinnen de (definitieve) ontslagbrief wordt verzonden.	KB 3 mei 1999
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
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.	

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
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

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
10.7		De ontslagcriteria van de dienst zijn uitgeschreven en bepaald door de artsen.		KB 10 februari 2008 art. 4 en 7

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	11. INFORMED CONSENT D DIENST EN NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE			
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
	12. PIJNBELEID D DIENST EN NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE			
12.1			Er is een ziekenhuisbreed pijnbeleid, eventueel aangevuld met dienstspectifieke pijnprotocollen.	KB 27 april 2007
12.2			Personeel is opgeleid inzake pijnbeleid.	
12.3			Het pijnbeleid is gekend en wordt toegepast door de medewerkers.	
12.4	Check 1		<u>De meetmethode is aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt (ook de niet communicatieve patiënt).</u>	
12.5			Er zijn staande orders ter uitvoering van het pijnbeleid.	Wet van 22 augustus 2002
12.6			<u>De staande orders worden in het patiëntendossier opgenomen, gevalideerd/ondertekend door de arts.</u>	
12.7			Verbeteracties van het pijnbeleid kunnen aangetoond worden. (PDCA). Hiervoor worden indicatoren opgevolgd over pijnbehandeling.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
13. INFECTIEPREVENTIE HANDHYGIENE D DIENST EN NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE				
13.1	Check 1		Basisvereisten voor handhygiëne worden opgevolgd door alle artsen, personeel en medewerkers die op patiëntenafdelingen taken vervullen: * <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

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	
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
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>	

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
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.
13.7			Het ziekenhuis beschikt over een procedure voor handontsmetting.	
13.8			Het ziekenhuis beschikt over een procedure voor handwassen.	
13.9			Opvolging-meting-steekproeven bv. handhygiëne compliance (observatie) of handalcoholverbruik per ligdag.	

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
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.	
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.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	14. PATIENTIDENTIFICATIE D DIENST EN NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE			
14.1			Er bestaat een ziekenhuisbrede procedure voor patiëntidentificatie. Patiëntidentificatie gebeurt op een uniforme wijze	VIP ² Vlaamse kwaliteitsindicatoren
14.2	Check 1		<u>Patiëntidentificatie gebeurt minimaal op basis van 2 correcte parameters:</u> * naam en voornaam, aangevuld met geboortedatum <u>of</u> naam en voornaam, aangevuld met dossiernummer (niet kamernummer, bednummer, adres van de patiënt)	VIP ² Vlaamse kwaliteitsindicatoren
14.3			Patiëntidentificatie wordt minstens angewend voor: * patiënt * dossier * medicatie * staalafname * onderzoek * behandeling	
14.4			Bij elke medische/verpleegkundige handeling op de D dienst en de niet chirurgische daghospitalisatie (behandeling/diagnostiek) worden de patiënten identificatiegegevens van de identificatieband opgevraagd aan de patiënt en vergeleken met de identificatiegegevens voor de uit te voeren handeling.	
14.5			Voor patiënten die hun identiteit niet kunnen bevestigen bestaat een werkbare identificatieprocedure.	

14.5			Proces ter opvolging (evaluatie-steekproef-meting) is aanwezig.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	15. VALPREVENTIE D DIENST EN NIET-CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE			
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.
15.2			Het protocol is gekend en wordt toegepast door de medewerkers. Er is toezicht op de naleving ervan.	

15.3			Specifieke maatregelen zijn aanwezig voor patiënten met een verhoogd risico. *Informeer patiënt/familie (bv brochure) *Aangepast toiletbezoek (urinaal/bedpan/toiletstoel) *Aangepaste loophulp	
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	
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
	16 ZORGOVERDRACHT			
16.1			Bij elke patiënt die getransporteerd wordt in bed zijn de bedsponden omhoog.	
16.2	Check 1		Er wordt een medische en verpleegkundige nota (evt. elektronisch) opgesteld bij transfer van een patiënt van of naar een afdeling. <u>Volgende elementen dienen minimum in de handover genoteerd te staan:</u> -identiteit van de patiënt, -diagnose en behandeling, -verpleegkundige zorgen, -parameters en -medicatieschema -recent toegediende medicatie: naam, dosis, tijdstip toediening en toedieningsvorm.	
16.3			De dienst beschikt over een procedure voor overdracht van patiënten van en naar de D afdeling.	
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.	

Eisnr	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	17 DNR/CODE BEPERKING THERAPIE (CPT)			
17.1			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.	
17.2			Een geschreven DNR/CBT protocol dient aanwezig te zijn binnen de eenheid/functie en door iedere zorgverlener consulteerbaar te zijn.	