

## EISENKADER FUNCTIES SPOED EN MUG

### Bronvermelding

K.B. 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheeskunde.

K.B. 12 november 1993 Koninklijk besluit tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, alsook van de stagemeeesters en stagediensten in de urgentiegeneskunde, opgeheven door het K.B. van 14 februari 2005, tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, van geneesheren-specialisten in de urgentiegeneskunde en van de stagemeeesters en stagediensten in deze disciplines.

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

K.B. 27 april 1998 Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "eerste opvang van spoedgevallen" moet voldoen om erkend te worden.

K.B. 27 april 1998 IZ Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden.

K.B. 10 augustus 1998. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend.

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

M.B. 30 april 1999 - tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten

K.B. 28 december 2006. - Koninklijk Besluit 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.

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

K.B. 27 april 2007, betreffende de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen

K.B. 19 APRIL 2007. — Ministerieel besluit tot vaststelling van de criteria voor erkenning waarbij de beoefenaars van de verpleegkunde gemachtigd worden de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg te dragen.

Decreet 04 APRIL 2003 betreffende de herstructurering van het hoger onderwijs in Vlaanderen

27/09/2006 – Koninklijk besluit houdende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor de beoefenaars van de verpleegkunde.  
(B.S. van 24.10.2006)

K.B. 11/02/2013 - tot wijziging van de normen (art. 13) voor een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg "

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
<b>1. NIET MEDISCH PERSONEEL EN MEDISCH KADER FUNCTIE 'GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG'</b>				
1.1	Check 1	<p><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></p>		<p>K.B. 27 april 1998 - art. 11, § 2</p> <p>K.B. 19 april 2007.</p>

1.2	Check 1	<p><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></p> <p><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></p> <p><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></p>		<p>Omzendbrief d.d. 11/02/2004 van minister Byttebier</p> <p>Omzendbrief d.d. 26/01/2006 van minister Demotte</p>
1.3		<p>De hoofdverpleegkundige is drager van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallen zorg 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.</p>		<p>K.B. 27 april 1998 art. 11, § 1</p>
1.4		<p>Het verpleegkundig team moet aangepast worden naar gelang van de activiteiten van de dienst; hierbij gelden dezelfde bekwaamheidsvereisten als de basispermanentie.</p>		<p>K.B. 27 april 1998 art. 11, § 2, al. 2</p>

1.5			Er is een activatieplan voor bijkomend personeel bij grote toestroom van patiënten.	
1.6	Check 1	<p><u>De medische permanentie 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></p> <p><u>1)geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde (art.2,1° en 2° van KB 14 februari 2005)</u></p> <p><u>2)geneesheer -specialist in de acute geneeskunde (art.2,3° van KB 14 februari 2005)</u></p> <p><u>3)geneesheer houder van het brevet in de acute geneeskunde (art. 6,3,2° van KB 14 februari 2005)</u></p> <p><u>4)kandidaat geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde 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></p>	<p><u>Er is geen cumulatie mogelijk van andere georganiseerde activiteiten zoals in het operatiekwartier, cathlab...</u></p>	K.B. 27 april 1998 art. 9, §1

1.7	Check 1	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) anesthesie-reanimatie;</li> <li>b) inwendige geneeskunde;</li> <li>c) cardiologie;</li> <li>d) gastro-enterologie;</li> <li>e) pneumologie;</li> <li>f) reumatologie;</li> <li>g) heeskunde;</li> <li>h) neurochirurgie;</li> <li>i) urologie;</li> <li>j) orthopedische heeskunde;</li> <li>k) plastische heeskunde;</li> <li>l) pediatrie;</li> <li>m) neurologie;</li> <li>n) geriatrie.</li> </ul>		<p>K.B. 27 april 1998 art. 13 Gewijzigd bij K.B. 11 februari 2013. MB 14/02/2005</p>
1.8	Check 1	<p>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.</p>	<p>Indien een ASO, minstens derde jaars in opleiding, van wacht is dan is een supervisor met de kwalificatie van urgentiegeneskunde oproepbaar op spoed.</p>	<p>Bron: MB 30 april 1999 Vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten. Art. 2 § 10</p>

1.9		<p>Het aantal geneesheren dat deelneemt aan de medische permanentie moet worden aangepast aan de intensiteit van de activiteit van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg".</p> <p>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 1.7.</p>		K.B. 27 april 1998 art.9 § 2
1.10		<p>De permanentie artsen van de gespecialiseerde spoedfunctie 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.</p>		K.B. 27 april 1998 art.9 § 3, al. 3

1.11	Check 1	<p><u>De medische permanentie op de dienst intensieve zorgen wordt niet gecumuleerd met de medische permanentie op de MUG - dienst.</u></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><u>Ondertussen mag de arts die de permanentie waarneemt in de functie IZ eveneens de permanentie waarnemen op de spoedfunctie .</u></p>		<p>K.B. 27 april 1998 IZ art. 14</p> <p>K.B. 27 april 1998 art. 9</p>
1.12		<p>De geneesheer-diensthoud is een erkend geneesheerspecialist 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.</p>		<p>K.B. 27 april 1998 art. 8</p> <p>M.B. van 14/02/2005, art. 2, 1° of 2°</p>

1.13	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 permanente 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
1.14	Check 1	<u>De functie beschikt 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 IZ.</u>	<u>Voor nieuwe medewerkers is er een inscholingsplan met tijdspad en evaluaties.</u>	K.B. 27 april 1998 art. 21
1.15	Check 1	<u>Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie <del>doorloopt jaarlijks een doorgedreven opleiding in reanimatie (ALS)</del> 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. 6 M.B. van 14/02/2005, art. 2, 1° of 2°
1.16	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°



<b>1.17</b>		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. 12
<b>1.18</b>		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
<b>2. NIET MEDISCH PERSONEEL EN MEDISCH KADER FUNCTIE 'EERSTE OPVANG VAN SPOEDGEVALLEN'</b>				
2.1	Check 1	Er is steeds een verpleegkundige aanwezig die de <u>permanentie van de functie "eerste opvang van spoedgevallen" verzekert.</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 <u>permanentie van de functie "eerste opvang van spoedgevallen" in het gedrang komt.</u>	K.B. 27 april 1998. art. 5, al. 1
2.2	Check 1	De functie beschikt over een programma voor <u>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 IZ.</u>	Voor nieuwe medewerkers is er een inscholingsplan met <u>tijdspad en evaluaties.</u>	K.B. 27 april 1998 art. 21
2.3	Check 1	Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie <u>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. 6
2.4	Check 1	Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleiding <u>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°

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
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>		
2.7	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 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. 9 §5 Wet 12 december 2010 art. 5 §2

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
<b>3. NIET MEDISCH PERSONEEL EN MEDISCH KADER FUNCTIE MUG</b>				
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

3.2	Check 1	<p><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></p> <p>Het betreft:</p> <p><u>1)geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde (art.2,1° en 2° van KB 14 februari 2005)</u></p> <p><u>2)geneesheer -specialist in de acute geneeskunde (art.2,3° van KB 14 februari 2005)</u></p> <p><u>3)geneesheer houder van het brevet in de acute geneeskunde (art. 6,3,2° van KB 14 februari 2005)</u></p> <p><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></p>		
-----	---------	--	--	--

3.3	Check 1	<p><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></p> <p>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></p>		<p>K.B. 10 augustus 1998 art. 18  Gewijzigd door K.B. 11 februari 2013.</p> <p>M.B. 14 februari 2005</p>
3.4	Check 1	<p><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></p>		<p>K.B. 10 augustus 1998 art. 6, §2, 4° al. 3</p>

3.5	Check 1	<p><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></p>		<p>K.B. 13 juli 2006 art. 9 K.B. 10 augustus 1998 art. 11</p>
3.6	Check 1	<p><u>Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleiding per personeelslid.</u></p>		<p>K.B. 13 juli 2006 art. 9 §2 3° K.B. 10 augustus 1998 art. 11</p>
3.7	Check 1	<p><u>De functie MUG beschikt over een programma voor permanente bij/inscholing eigen aan de functie MUG.</u></p>	<p><u>Voor nieuwe medewerkers is er een inscholingsplan met tijdsplan en evaluaties.</u></p>	<p>K.B. 10 augustus 1998 art. 11</p>
3.8	Check 1	<p><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></p> <p><u>Dit moet worden aangetoond door een nominatief uurrooster van de permanentie artsen.</u></p>	<p><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></p>	<p>K.B. 27 april 1998 art. 9 §5 Wet 12 december 2010 art. 5 §2</p>

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
<b>4. INFRASTRUCTUUR FUNCTIE 'GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG'</b>				
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° -
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°
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°
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°
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 (bijzondere normen toepasselijk op
4.6			Een bloedgasbepaling kan op de dienst zelf worden uitgevoerd of is beschikbaar binnen de 10 min.	
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.	



4.8	Check 1	<u>In de functie is er minstens een EKG toestel met 12 afleidingen, beademingstoestellen en een defibrillator aanwezig.</u>	<u>In de onmiddellijke omgeving van de patiënt is steeds een beademingsballon aanwezig.</u>	K.B. 27 april 1998 art. 3, §3 1° en 2°
4.9	Check 1		<u>Er is materiaal specifiek voor kinderen aanwezig zoals bloeddrukmeter met aangepaste manchetten, aangepaste elektroden, infuusmateriaal, intubatiemateriaal, monitors met kinderinstellingen, defibrillator met pediatrie middelen.</u>	
4.10	Check 1		<u>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 reanimatiekar worden minimaal maandelijks gecontroleerd en bij elke verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.</u>	
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.	

4.12	Check 1		<p><u>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u></p> <p><u>Monitoren, defibrillatoren, en ECG toestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u></p> <p><u>De infuuspompen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.</u></p> <p><u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u></p> <p><u>De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.</u></p> <p><u>De controle rapporten zijn opvraagbaar in het ziekenhuis.</u></p> <p><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></p> <ul style="list-style-type: none"><li><u>• het resultaat van de controle: goed / slecht / aandachtspunten</u></li><li><u>• wanneer uitgevoerd</u></li></ul>	
------	---------	--	--	--

4.12			<p><u>Volgende voorwaarden voor een goed beheer van medische toestellen worden vervuld:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.</u></li> <li><u>2. Er bestaat een inspectieplan voor het toestel</u></li> <li><u>3. Er bestaat een onderhoudsplan voor het toestel.</u></li> <li><u>4. De rapporten van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier).</u></li> <li><u>5. Het resultaat van inspectie en onderhoud is beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt (electronisch of op papier).</u></li> </ol> <p><u>Er is een lijst beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt, waarin staat:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><u>- het resultaat van inspectie/onderhoud: goed / slecht / aandachtspunten</u></li> <li><u>- wanneer uitgevoerd</u></li> <li><u>- door wie</u></li> </ul>	IEC 930 opgenomen in Gids T013 deel III .
4.13			<p><u>De inspectie omvat de bewaking van de goede werking via:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>1. visuele controle</u></li> <li><u>2. metingen</u></li> <li><u>3. functionele test</u></li> </ol>	
4.14			<p><u>Het onderhoud beoogt het toestel in goede staat te brengen of te houden via de noodzakelijke technische handelingen.</u></p>	IEC 62353

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
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
4.17		<u>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een inspectie.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 20 (Intensieve zorgen) IEC 62353 - annex F
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

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
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
4.21		<u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een inspectie.</u>		
4.22		Externe pacemakers krijgen minstens jaarlijks een inspectie.		IEC 62353 - annex F
4.23		<u>ECG en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
4.24		<u>De infuuspompen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
4.25		Externe hart assist devices krijgen jaarlijks een inspectie.		IEC 62353 - annex F
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

4.27		De echotoestellen krijgen minstens om de 24 maanden een inspectie.		IEC 62353 - annex F
4.28		<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
4.29		Elektrische patiëntenbedden krijgen minstens om de drie jaar een inspectie.		IEC 62353 -
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>	<p><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></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-geen radiator</li> <li>-geen scherpe hoeken</li> <li>-verankerd bed zonder spijlen</li> <li>-zachte wanden en binnenkant van deuren</li> <li>-scheurvrij linnen</li> <li>-deurknoppen, ... zijn suïcideproof</li> <li>-matras en linnen zijn brandvrij</li> <li>-de deuren zijn brandvertragend</li> <li>-er is rookdetectie</li> <li>-de kamer heeft een sas en de deuren draaien naar buiten</li> </ul> <p><u>Er is mogelijkheid tot auditief en visueel toezicht op de geïsoleerde patiënt, waarbij de privacy gerespecteerd blijft.</u></p> <p><u>Onbevoegden kunnen niet in de kamer kijken op het beeldscherm.</u></p>	K.B. 27 april 1998 art. 3, 6°

4.31	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
4.32			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
<b>5. INFRASTRUCTUUR FUNCTIE 'EERSTE OPVANG VAN SPOEDGEVALLEN'</b>				
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
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 intraveneuse 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
5.3	Check 1		<u>Er is materiaal specifiek voor kinderen aanwezig zoals bloeddrukmeter met aangepaste manchetten, aangepaste elektroden, infuusmateriaal, intubatiemateriaal, monitors met kinderinstantellingen, defibrillator met pediatische peddels.</u>	



5.4	Check 1		<p>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.</p>	
5.5	Check 1		<p><del>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</del>  <del>Monitoren, defibrillatoren, en ECG toestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</del>  <del>De infuuspompen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.</del>  <del>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</del>  <del>De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.</del>  <del>De controle rapporten zijn opvraagbaar in het ziekenhuis.</del>  <del>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:</del></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><del>• het resultaat van de controle: goed / slecht / aandachtspunten</del></li> <li><del>• wanneer uitgevoerd</del></li> <li><del>• door wie</del></li> </ul>	

5.5			<p><u>Volgende voorwaarden voor een goed beheer van medische toestellen worden vervuld:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.</u></li> <li><u>2. Er bestaat een inspectieplan voor het toestel</u></li> <li><u>3. Er bestaat een onderhoudsplan voor het toestel.</u></li> <li><u>4. De rapporten van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier).</u></li> <li><u>5. Het resultaat van inspectie en onderhoud is beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt (electronisch of op papier).</u></li> </ol> <p><u>Er is een lijst beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt, waarin staat:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><u>- het resultaat van inspectie/onderhoud: goed / slecht / aandachtspunten</u></li> <li><u>- wanneer uitgevoerd</u></li> <li><u>- door wie</u></li> </ul>	IEC 930 opgenomen in Gids T013 deel III .
5.6			<p><u>De inspectie omvat de bewaking van de goede werking via:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>1. visuele controle</u></li> <li><u>2. metingen</u></li> <li><u>3. functionele test</u></li> </ol>	
5.7			<p><u>Het onderhoud beoogt het toestel in goede staat te brengen of te houden via de noodzakelijke technische handelingen.</u></p>	IEC 62353

5.8			<u>Het toebehoren zoals drukmanchette, ecg-kabel, saturatieprobes zijn in goede staat, worden regelmatig gereinigd en zijn gebruiksklaar.</u>	IEC 62353 annex F
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 termijnen.</u>		K.B. 27 april 1998 (IZ), art. 20 IEC 62353 annex F
5.10		<u>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een inspectie.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 20 (Intensieve zorgen) IEC 62353 - annex F
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

<b>5.12</b>		<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
<b>5.13</b>		<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
<b>5.14</b>		<u>ECG en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
<b>5.15</b>		<u>De infuuspompen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
<b>5.16</b>		Elektrische patiëntenbedden krijgen minstens om de drie jaar een inspectie.		IEC 62353 -
<b>5.17</b>		<u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een inspectie.</u>		
<b>5.18</b>	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

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
<b>6. INFRASTRUCTUUR FUNCTIE MUG</b>				
6.1	Check 1	<u>Er is draagbaar materieel aanwezig in de MUG zoals normatief opgelegd.</u>	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 urgentietrouse of is vastgehaakt aan de kledij.	K.B. 10 augustus 1998 art. 15
6.2	Check 1		<u>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.</u>	
6.3	Check 1		<u>Koffers worden verzegeld na controle.</u>	

6.4	Check 1	<p><u>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u></p> <p><u>Monitoren, defibrillatoren, en ECG toestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u></p> <p><u>De infuuspompen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.</u></p> <p><u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een preventieve technische controle.</u></p> <p><u>De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.</u></p> <p><u>De controle rapporten zijn opvraagbaar in het ziekenhuis.</u></p> <p><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></p> <ul style="list-style-type: none"><li><u>♦ het resultaat van de controle: goed / slecht /</u></li><li><u>aandachtspunten</u></li><li><u>♦ wanneer uitgevoerd</u></li></ul>		K.B. 10 augustus 1998 art. 17
-----	---------	---	--	-------------------------------

6.4			<p><u>Volgende voorwaarden voor een goed beheer van medische toestellen worden vervuld:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.</u></li> <li><u>2. Er bestaat een inspectieplan voor het toestel</u></li> <li><u>3. Er bestaat een onderhoudsplan voor het toestel.</u></li> <li><u>4. De rapporten van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier).</u></li> <li><u>5. Het resultaat van inspectie en onderhoud is beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt (electronisch of op papier).</u></li> </ol> <p><u>Er is een lijst beschikbaar op de dienst waar het toestel wordt gebruikt, waarin staat:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><u>- het resultaat van inspectie/onderhoud: goed / slecht / aandachtspunten</u></li> <li><u>- wanneer uitgevoerd</u></li> <li><u>- door wie</u></li> </ul>	IEC 930 opgenomen in Gids T013 deel III .
6.5			<p><u>De inspectie omvat de bewaking van de goede werking via:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>1. visuele controle</u></li> <li><u>2. metingen</u></li> <li><u>3. functionele test</u></li> </ol>	
6.6			<p><u>Het onderhoud beoogt het toestel in goede staat te brengen of te houden via de noodzakelijke technische handelingen.</u></p>	IEC 62353

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
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>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden,</u> <u>Defibrillatoren,</u> <u>Infuuspompen,</u> <u>ECG toestellen,</u> <u>Drukregistratietoestellen,</u>  <u>Onderstaande eisen vermelden minimale termijnen.</u>		K.B. 27 april 1998 (IZ), art. 20 IEC 62353 annex F
6.9		<u>Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een inspectie.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 20 (Intensieve zorgen) IEC 62353 - annex F
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



<b>6.11</b>		<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
<b>6.12</b>		<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
<b>6.13</b>		<u>ECG en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
<b>6.14</b>		<u>De infuuspompen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
<b>6.15</b>		<u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een inspectie.</u>		

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
<b>7. DOSSIER SPOED</b>				
7.1	Check 1	<p>Het dossier (al dan niet geïntegreerd met het patiëntendossier van het ziekenhuis) van de spoedgevallapatiënt bevat onder meer volgende documenten en gegevens (indien gekend*):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identiteit*</li> <li>2. Herkomst patiënt*</li> <li>3. Huisarts*</li> <li>4. Aanmeldingsklacht*</li> <li>5. Medische voorgeschiedenis en allergie*</li> <li>6. Naam van behandelende verpleegkundige op spoed</li> <li>7. Naam van behandelende arts op spoed</li> <li>8. Klinisch en onderzoek</li> <li>9. Vitale parameters (Volgens medische noodzaak: BD - HR - saturatiemeting - t° - pijn - bewustzijn - respiratoire aandachtspunten )</li> <li>10. Technische onderzoeken (resultaten)</li> <li>11. Behandeling op spoed</li> <li>12. Eventuele diagnose op spoed</li> <li>13. Bestemming van patiënt</li> </ol>		<p>KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting / Functionele normen 6° -</p> <p>KB 3 mei 1999</p> <p>KB 28 dec 2006</p>

7.2	Check 1	<p>Bij een transfusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* <u>indicatie voor de transfusie</u></li> <li>* <u>controle bloedgroep en rhesusfactor</u></li> <li>* <u>lotnummer en type van het toegediende bloedproduct</u></li> <li>* <u>datum en uur van toediening (start- en stopuur) en toediener</u></li> <li>* <u>eventuele reacties</u></li> <li>* <u>klinische en/of biologische evaluatie van de doeltreffendheid van de interventie</u></li> </ul> <p>Controle parameters bij transfusie:  <u>temperatuur, pols, bloeddruk en observatie patiënt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>vlak voor transfusie</u></li> <li>- <del>15 minuten na de start van de transfusie tussen 5 en 15</del>  <u>minuten na start</u></li> <li>- <del>op het einde van de transfusie na toediening</del></li> <li>- <u>bij transfusiereactie</u></li> </ul>		CBO richtlijn 2011 HGR 8381
7.3			<p>Er wordt op systematische basis toezicht gehouden op de aanwezige patiënten. Dit is opgenomen in het reglement van inwendige orde.</p>	
7.4			<p>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.</p>	
7.5	Check 1		<p><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></p>	

<b>7.6</b>			De medische orders zijn ondertekend door de arts of elektronisch gevalideerd.	
<b>7.7</b>		Het dossier/historiek van vorige opnames is consulteerbaar op de spoedgevallendienst.		K.B. 3 mei 1999 art. 6
<b>7.8</b>		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
<b>7.9</b>			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.	
<b>7.10</b>			Elke gebruiker van het patiëntendossier heeft zijn eigen login. Bij niet gebruik wordt het scherm afgesloten na een bepaalde tijd.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
<b>8. ONTSLAGBELEID gespecialiseerde spoedgevallenzorg en eerste hulp bij spoedgevallen</b>				
8.1		Voor elke patiënt die wordt ontslagen uit het ziekenhuis, is er een ontslagbrief (papier/elektronisch) voor <del>de zorgverleners in de nazorg</del> 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 zorgverstrekke 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
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

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
<b>9. PIJNBELEID</b>				
9.1			Personeel is opgeleid inzake pijnbeleid	
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.	
9.3	Check 1		<u>De meetmethode voor pijn is aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt (kinderen, ouderen, niet communicatieve patiënten).</u>	
9.4			Er zijn staande orders ter uitvoering van het pijnbeleid.	Wet van 22 augustus 2002
9.5			<u>De staande orders voor pijn worden in het patiëntendossier opgenomen, gevalideerd/ondertekend door de arts.</u>	
9.6			Verbeteracties van het pijnbeleid kunnen aangetoond worden. (PDCA). Hiervoor worden indicatoren opgevolgd over pijnbehandeling.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
<b>10. INFECTIEPREVENTIE-HANDHYGIENE gespecialiseerde spoedgevallenzorg en eerste hulp bij spoedgevallen</b>				
10.1	Check 1		<p>Basisvereisten voor handhygiëne worden opgevolgd door alle artsen, personeel en medewerkers die op patiëntenafdelingen taken vervullen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* <u>juwelenvrije handen en voorarmen</u></li> <li>* <u>geen polshorloges, armbanden en/of ringen</u></li> <li>* <u>korte zuivere nagels, dwz geen nagellak, gel of kunstnagels</u></li> <li>* <u>korte mouwen zowel van dienst- als van burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen.</u></li> </ul>	<p>HGR 8349 'Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening.'</p> <p>WHO. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. 2009.</p> <p>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</p> <p>APIC (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology) Implementation Guide.</p> <p>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.</p> <p>Available at:  <a href="http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007i_p_table4.html">http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007i_p_table4.html</a>. Accessed January 24, 2013</p> <p>KB 17/04/2013: bescherming van de werknemers tegen de risico's...)</p>
10.2			<p>Alle noodzakelijk elementen voor een goede handhygiëne en handontsmetting zijn aanwezig in elke patiëntenbox/patiëntenzaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vloeibare zeep in dispenser;</li> <li>- alcohol in dispenser;</li> <li>- dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbaar mond;</li> <li>- wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakjes</li> <li>- reminder handhygiëne</li> </ul>	
10.3			<p>Alle toiletten voor personeel en bezoekers zijn voorzien van alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* wastafel om handen te wassen</li> <li>* vloeibare zeep in dispenser</li> <li>* zeepdispenser zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbaar kop</li> <li>* wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje</li> <li>* reminder handhygiëne</li> </ul>	



10.4			<p>Handen worden gewassen met water en zeep:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* bij zichtbaar bevuilde handen</li> <li>* bij contact met sporenvormende kiemen (bv clostridium difficile, norovirus...)</li> <li>* als vorm van persoonlijke hygiëne (bv. na bezoek aan het toilet, vóór de maaltijd)</li> </ul>
10.5	Check 1		<p><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></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* <u>vloeibare zeep in dispenser</u></li> <li>* <u>alcohol in dispenser ; handalcohol hoeft niet noodzakelijk aan de wastafel voorzien te zijn, wel in elke patiëntenbox aanwezig</u></li> <li>* <u>dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare kop</u></li> <li>* <u>wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje</u></li> <li>* <u>reminder handhygiëne</u></li> </ul>

10.6			<p>Handen worden ontsmet met handalcohol:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* vóór patiëntencontact</li> <li>* na patiëntencontact</li> <li>* vóór een zuivere of invasieve handeling</li> <li>* na (potentiële) blootstelling aan lichaamsvochten en slijmvliezen</li> <li>* na contact met de directe patiëntenomgeving</li> </ul> <p>Deze 5 indicaties voor handontsmetting zijn gekend door alle zorgverstrekkers en de richtlijnen worden toegepast.</p> <p>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.</p>
10.7			<p>Handschoenen en andere persoonlijke beschermingsmiddelen (schort, masker bril) zijn beschikbaar cfr. APIC (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology) Implementation Guide.</p> <p>Handschoenen worden gebruikt bij elk potentieel <del>contact met bloed of lichaamsvochten</del></p>
10.8			<p>Opvolging-meting-steekproeven bv. handhygiëne compliance (observatie) of handalcoholverbruik per ligdag</p>

10.9		<p>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.</p>		<p>KB 23 oktober 1964, Algemene inrichting architectonische normen A 5°.</p>
10.10		<p>Patiënten met een infectierisico kunnen correct behandeld worden zonder risico voor andere aanwezige patiënten. Hiervoor zijn procedures uitgeschreven.</p>		<p>K.B. 23 oktober 1964, 1 Algemene inrichting, Bijlage III organisatorische normen 9°. CDC: Guideline for isolation precautions 2007 Appendix vanaf pag. 93</p>
10.11			<p>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.</p>	
10.12			<p>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.</p>	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
<b>11. PATIENTIDENTIFICATIE SPOED</b>				
11.1			Er bestaat een ziekenhuisbrede procedure voor patiëntidentificatie. Patiëntidentificatie gebeurt op een uniforme wijze	VIP <sup>2</sup> Vlaamse kwaliteitsindicatoren
11.2			Er is permanent een overzicht beschikbaar op de spoed met vermelding van welke patiënt zich op welke locatie bevindt.	
11.3	Check 1		<u>Patiëntidentificatie gebeurt uniform minimaal op basis van 2 correcte parameters:</u> * naam en voornaam, aangevuld met geboortedatum of naam + voornaam, aangevuld met dossiernummer (niet kamernummer, bednummer, adres van de patiënt).	
11.4			De patiëntidentificatie wordt minstens aangewend voor: * patiënt * dossier * medicatie * staalafname * onderzoek * behandeling	
11.5			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.	

11.6			Voor patiënten die hun identiteit niet kunnen bevestigen bestaat een werkbare identificatieprocedure.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	<b>12. ONGANG MET AGRESSIE FUNCTIE 'GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG'</b>			
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.	
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
<b>13. OMGANG MET KINDEREN FUNCTIE 'GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG'</b>				
13.1	Check 1	Een geneesheer-specialist in de pediatrie is oproepbaar en beschikbaar.	De tijdsspanne waarbinnen deze arts de patiënt op spoed moet kunnen zien is vastgelegd in het medisch reglement.	K.B. 27 april 1998 art. 10, 5°
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°
13.3			Er is document beschikbaar rond kindvriendelijk beleid op de functie gespecialiseerde spoed. Dit kan eventueel geïntegreerd zijn in een ziekenhuisbreed document terzake.	
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°
13.5			Er is in de wachtzaal minimaal een kinderhoek ingericht, waarbij een visuele afscheiding wordt bekomen voor de kinderen.	
13.6	Check 1		Er is materiaal specifiek voor kinderen aanwezig zoals <u>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
<b>14. ONGANG MET PSYCHIATRISCHE PATIENTEN FUNCTIE 'GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG'</b>				
14.1	Check 1	Een geneesheer-specialist in psychiatrie of neuropsychiatrie is oproepbaar en beschikbaar	De tijdsspanne waarbinnen deze arts de patiënt op spoed moet kunnen zien is vastgelegd in het medisch reglement.	KB 27 april 1998 art. 10, 10°
14.2	Check 1		Er is een registratieformulier voor patiënten die in tijdelijke isolatie worden gebracht. Dit formulier vermeldt ten minste: <ul style="list-style-type: none"> <li>- naam van de patiënt, leeftijd, geslacht en opnamedatum;</li> <li>- nummer van de afzondering (per jaar);</li> <li>- datum en uur van ingang en opheffing van de maatregel;</li> <li>- naam en handtekening van de geneesheer onder wiens verantwoordelijkheid deze maatregel moet genomen worden;</li> <li>- naam en handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige;</li> <li>- reden en indicatie voor de maatregel (hieruit dient te blijken dat het om een noodmaatregel gaat);</li> <li>- follow – up gegevens.</li> </ul>	Omzendbrief dd. 24 oktober 1990 minister Weckx
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
<b>15. KWALITEITSBEWAKING</b>				
15.1		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
15.2		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
15.3		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
15.4			Jaarverslagen en beleidsplannen zijn multidisciplinair opgemaakt	
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.	
15.6			De functie maakt gebruik van een (centraal) incidentmeldingssysteem, dat ziekenhuisbreed is opgesteld.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
<b>16 ZORGOVERDRACHT gespecialiseerde spoedgevallenzorg en eerste hulp bij spoedgevallen</b>				
16.1	Check 1		<p>Er wordt een medische en verpleegkundige nota (evt. elektronisch) opgesteld bij transfer van een patiënt naar een hospitalisatieafdeling.</p> <p><u>Volgende elementen dienen minimaal in de handover genoteerd te staan:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<u>identiteit van de patiënt,</u></li> <li>-<u>indien gekend diagnose en behandeling,</u></li> <li>-<u>verpleegkundige zorgen,</u></li> <li>-<u>parameters en</u></li> <li>-<u>medicatieschema</u></li> <li>-<u>recent toegediende medicatie: naam, dosis, tijdstip toediening en toedieningsvorm.</u></li> </ul>	
16.2			De functie beschikt over een procedure voor overdracht van patiënten naar een hospitalisatieafdeling.	
16.3			De functie beschikt over een informatiebrochure voor familie/patiënten rond opname in het ziekenhuis.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
<b>17.Triage</b>				
17.1	Check 1		<p><u>Er gebeurt een triage van de patiënten op de 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 tijdsperiode waarin het medisch contact moet plaatsvinden.Er gebeurt een hertrage wanneer de voorziene tijdsperiode is overschreden en/of wanneer er verandering zou optreden in het ziektebeeld of klinische toestand van de patiënt.</u></p>	Richtlijn triage 2008 www.nvshv.nl
17.2	Check 1		<p><u>Pijn wordt gemeten aan de hand van een gevalideerde pijnscore . Bevindingen worden bij triage genoteerd in het medisch-verpleegkundig spoeddossier.</u> <u>Er is voorzien dat er een pijninterventie gebeurt ofwel via een pijnprotocol ofwel op medisch voorschrift van een arts.</u></p>	Richtlijn triage 2008 www.nvshv.nl
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
17.4	Check 1		<u>De patiënten worden geïnformeerd over de wachttijden.</u>	Richtlijn triage 2008 www.nvshv.nl

17.5	Check 1		<p><u>Er is steeds een verpleegkundige van spoed toegewezen aan de triagefunctie (tenzij de triage gebeurt door de gekwalificeerde permanentie arts)</u></p> <p><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></p>	<p>Richtlijn triage 2008 www.nvshv.nl</p> <p>“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.”</p>