

**EISENKADER
FUNCTIE VOOR INTENSIEVE ZORG
MET BEHOUD VAN WIJZIGINGEN
versie april 2018**

Bronvermelding

K.B. 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen voor de functie voor intensieve zorg,

K.B. 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen voor de functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg,)

M.B. 5 oktober 1995 tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria voor de geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg;

K.B. 28 december 2006 algemene minimumvoorwaarden voor het verpleegkundig dossier

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

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

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

M.B. 5 oktober 1995 bijzondere erkenningscriteria voor de geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg, alsook van de stagemeesters en stagediensten in de intensieve zorg.

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)

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

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

1.6	Check 1		<u>Wanneer de interne MUG vanuit de functie IZ vertrekt mag dit geen inbreuk betekenen op de verpleegkundige basispermanentie van IZ. Er wordt dan een procedure toegepast die verzekert dat steeds minimaal 2 verpleegkundigen aanwezig zijn in IZ.</u>	K.B. 27 april 1998 art.18
1.7	Check 1	<u>De functie IZ kan een beroep doen op een kinesitherapeut.</u>	<u>Een kinesist is overdag (weekdag tussen 8 en 17u, weekend tussen 8 en 12u) oproepbaar (7 dagen/7). Een wachtlijst is binnen de functie beschikbaar en consulteerbaar.</u>	K.B. 27 april 1998 art. 19
1.8			De functie kan beroep doen op een logistieke hulp en een administratieve kracht al dan niet gedeeld met een andere dienst.	Attractiviteitsplan minister Onkelinx (2008)
1.9	Check 1		<u>Er is een psycholoog en/of maatschappelijk werker bereikbaar voor noodgevallen 7d/7d. Een wachtlijst is binnen de functie beschikbaar en consulteerbaar.</u>	
1.10			Het ziekenhuis stelt een lijst op van referentieverpleegkundigen met extra expertise in relatie tot de opgenomen pathologie en met adviserende functie. De functie IZ kan beroep doen op referentieverpleegkundigen minstens voor geriatrische zorg, ziekenhuishygiëne, pijnbehandeling, wondzorg/decubitus. De lijst van referentieverpleegkundigen is consulteerbaar.	
1.11	Check 1	<u>De functie beschikt over een programma voor permanente bij/inscholing eigen aan de functie intensieve zorgen. De geneesheer diensthoofd, het verpleegkundig middenkader en de hoofdverpleegkundige staan in voor de permanente bijscholing van het personeel van IZ.</u>	<u>Voor nieuwe medewerkers is er een inscholingsplan met tijdspad en evaluaties.</u>	K.B. 27 april 1998 art. 21 K.B. 13 juli 2006 (functie hoofdverpleegkundige) art. 9

1.12	Check 1	Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie doorloopt jaarlijks een doorgedreven opleiding in reanimatie (ALS) , kan hetzij een attest voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de reanimatie (ALS) met succes beëindigd hebben in de loop van het laatste jaar, hetzij een certificaat voorleggen van een opleiding in de reanimatie (ALS) waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.		K.B. 27 april 1998 (IZ) art. 21 K.B. 13 juli 2006 (functie hoofdverpleegkundige) art. 9
1.13		Voor elk toestel aanwezig binnen de functie wordt een opleiding gegeven aan de voorziene gebruikers.	Voor elk toestel aanwezig binnen de functie wordt een opleiding gegeven aan de voorziene gebruikers.	K.B. 13 juli 2006 (functie hoofdverpleegkundige) art. 9
1.14	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°
1.15		Op regelmatige basis worden functionerings- en/of evaluatiegesprekken gehouden met de personeelsleden.		K.B. 13 juli 2006 art. 7, §2 4°
1.16	Check 1		Er wordt voor elke patiënt die minimaal een week heeft verbleven op IZ een multidisciplinair overleg gehouden. Minstens wekelijks heeft een multidisciplinair overleg plaats. Hierop zijn minimaal aanwezig: intensivist en de toegewezen verpleegkundige vervolgens de artsen en de disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	2. MEDISCH KADER			
2.1		Wanneer de verschillende eenheden van de functie IZ over verschillende gebouwen gespreid zijn, dient elke eenheid een eigen medische permanentie volgens de geldende wettelijke criteria te organiseren.		K.B. 27 april 1998 art.9
2.2		Alle artsen die meewerken aan de medische permanentie intensieve zorg zijn verbonden aan het ziekenhuis en zijn als dusdanig opgenomen in de lijst van permanentieartsen van de functie.		K.B. 27 april 1998 art.14

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

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

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

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

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	3. INFRASTRUCTUUR			
3.1	Check 1	<u>De functie vormt één of meerdere zelfstandige en architecturaal herkenbare eenheid / eenheden</u>		K.B. 27 april 1998 art. 3
3.2		De functie mag opgesplitst zijn in verschillende eenheden van minstens 6 bedden die elk aan alle architectonische normen voldoen, met uitzondering van een bureau voor het medische team, vergaderruimte, ontspanningruimte, gespreksruimte (kan ook bv. vergaderlokaal zijn) , sanitaire installaties voor bezoekers toegankelijk voor mindervaliden die met een aangrenzende dienst/functie/afdeling mogen gedeeld worden. De ruimte voor de arts, mag buiten de functie gelegen zijn. De wachtzaal (los van bezoekers- en patiëntenstromen) is specifiek voor de functie.		K.B. 27 april 1998 art.7
3.3	Check 1	<u>Per 6 bedden beschikt de functie over 1 isoleerkamer met afzonderlijk sas.</u>		K.B. 27 april 1998 art. 5
3.4		Elke eenheid van de functie heeft een afzonderlijke ingang met toegangscontrole		K.B. 27 april 1998 art. 3
3.5		De functie is toegankelijk voor rolstoelpatiënten		K.B. 27 april 1998 art. 3
3.6	Check 1	<u>Het aantal bedden aanwezig binnen de functie komt overeen met het aantal erkende IZ bedden met een minimum van 6 bedden.</u>		K.B. 27 april 1998 art.4

3.7	Check 1	<u>Elke patiënt kan visueel bewaakt worden, via camera bewaking of direct zicht, waarbij de ziekenhuishygiëne en de intimiteit van de patiënt gewaarborgd zijn.</u>		K.B. 27 april 1998 art.4
3.8	Check 1	<u>De nodige maatregelen worden genomen om de oriëntatie van de patiënt te bevorderen. (bv. daglicht, klok die zichtbaar is voor de patiënt)</u>		K.B. 27 april 1998 art.5, §2
3.9		De werkoppervlakte en de oppervlakte per bed zijn afgestemd op de medische en de verpleegkundige activiteiten. De kamers/bedposities zijn vlot toegankelijk.		K.B. 23 oktober 1964 Algemene inrichting en functionele normen
3.10		Ieder bed is uitgerust met de nodige apparatuur voor de continue bewaking van kritieke zorgpatiënten op cardiaal, respiratoir, metabool, cerebraal en circulatoir gebied.		K.B. 27 april 1998 art. 10
3.11		Elk bed is in de hoogte verstelbaar en aangepast aan de verzorging van kritische patiënten. Elk bed is voorzien van apparatuur ter voorkoming van doorligwonden.		K.B. 27 april 1998 art. 10
3.12		Elk bed is uitgerust met een beloproepsysteem dat bereikbaar is en hanteerbaar door de patiënt.		K.B. 27 april 1998 art. 11
3.13		De vereiste apparatuur moet toelaten bij ieder bed zuurstof, perfusie, medicatie met strikt gecontroleerd debiet, aspiraties met verschillende vermogens, kunstmatige beademing, cerebrale en cardiopulmonaire resuscitatie toe te dienen.	In de onmiddellijke omgeving van de patiënt is steeds een beademingsballon aanwezig.	K.B. 27 april 1998 art. 10

3.14	Check 1		Indien de functie intensieve zorgen instaat voor de interne MUG, dan is daartoe een specifieke, goed uitgeruste en verzegelde reanimatiekar aanwezig met medicatie, monitor, defibrillator, EKG toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuse perfusie en intubatie en draagbare zuurstofbron. Er is een verantwoordelijke aangeduid voor de controle van medicatie en materiaal in de reanimatiekar. De medicatie en het materiaal van die reanimatiekar worden minimaal maandelijks gecontroleerd of bij verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd.	
3.15		De functie beschikt over de nodige apparatuur om een kritische patiënt veilig te transporteren binnen het ziekenhuis, zoals mobiel beademingstoestel en mobiele monitoring.		K.B. 27 april 1998 art. 10
3.16		De functie bevat sanitaire installaties voor personeel.		
3.17	Check 1	<u>Er is geen vermenging van vuil, proper en steriel materiaal.</u>		KB 15 december 1978 , II inrichting en werking van elk soort van diensten (bijzondere normen toepasselijk op universitaire diensten kenletter D),
3.18	Check 1		<u>Ramen kunnen door de patiënt niet volledig geopend worden, ter preventie van suïcide of accidentele val door het raam.</u>	
3.19		Men moet steeds zorgen voor een continue en veilige energie- en gasbevoorrading.	Alle vitale apparatuur is aangesloten op een noodstroombron.	K.B. 27 april 1998 art. 10

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

3.26	Check 1	Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle. Monitoren, defibrillatoren, en ECG toestellen krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle. De infuuspompen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle. Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een preventieve technische controle. De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd. De controle rapporten zijn opvraagbaar in het ziekenhuis. 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:- ♦ het resultaat van de controle: goed / slecht / aandachtspunten ♦ wanneer uitgevoerd ♦ door wie		K.B. 27 april 1998 art. 20
------	---------	---	--	----------------------------

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

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

3.33		<u>Monitors die worden gebruikt voor een momentopname van de niet-invasieve bloeddruk, saturatie, hartslag, evt. temperatuur (vital signs monitor) krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.34		<u>Defibrillatoren krijgen minstens jaarlijks een inspectie. Er wordt minstens wekelijks een gedocumenteerde controle uitgevoerd (functiecheck, alle accessoires zijn in goede staat en gebruiksklaar).</u>		IEC 62353 - annex F
3.35		<u>Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een inspectie.</u>		
3.36		Externe pacemakers krijgen minstens jaarlijks een inspectie.		IEC 62353 - annex F
3.37		<u>ECG en drukregistratietoestellen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.38		<u>De infuuspompen krijgen minstens om de twee jaar een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.39		Externe hart assist devices krijgen jaarlijks een inspectie.		IEC 62353 - annex F
3.40		Toestellen die dienen om patiënten tijdelijk of definitief, partieel of volledig, respiratoir of cardiaal te ondersteunen (ECLS, ECMO, cardiopulmonale bypass, VAD, ...), dienen minstens één maal per jaar een inspectie te krijgen door een gespecialiseerde firma.		IEC 62353 - annex F

3.41		De echotoestellen krijgen minstens om de 24 maanden een inspectie.		IEC 62353 - annex F
3.42		<u>De centrale componenten van de telemetriebeveiliging, dit is de centrale bewaking van de ecg's die draadloos bewaakt worden, krijgen minstens jaarlijks een inspectie.</u>		IEC 62353 - annex F
3.43		Elektrische patiëntenbedden krijgen minstens om de drie jaar een inspectie.		IEC 62353 -
3.44			Zuurstof- en andere gasflessen staan opgesteld beveiligd tegen vallen.	
3.45			De functie beschikt over apparatuur voor thermoregulatie van patiënten en van vloeistoffen. Deze apparatuur mag gedeeld worden met andere diensten/functionaliteiten.	
3.46	Check 1		<u>In de functie is er minstens een EKG toestel met 12 afleidingen en een defibrillator aanwezig.</u>	
3.47			In de functie is er een toestel voor bloedgasanalyse of de resultaten zijn binnen de 10 minuten beschikbaar.	
3.48			In de functie is er specifiek materiaal aanwezig voor moeilijke intubatie.	

3.49	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
3.50			De bedpan is bij visuele controle rein en droog.	EN ISO 158831 Consensusdocument 8 HGR 8580 april 2013

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	4. KWALITEITSBEWAKING			
4.1			De functie beschikt over een reglement van interne orde (RIO) waarin volgende afspraken en procedures staan beschreven: opname en ontslagcriteria - in -en exclusiecriteria - beleid rond speciale patientengroepen (vb beleid mbt pediatrie patienten) - procedure indien de functie IZ geen patienten meer kan opnemen.	visitatiespiegel 2010
4.2		Er is een systematische registratie van kwaliteitsparameters, minstens: * ziekenhuisinfecties * doorligwonden * fouten en ongevallen * verpleegduur, MVG		Vlaams kwaliteitsdecreet KB 23 oktober 1964 p.131, Algemene inrichting / Organisatorische normen, 12° bis
4.3		De cijfers van de systematische registratie worden * centraal opgevolgd * teruggekoppeld naar de hoofdverpleegkundige en medisch diensthoofd * opgevolgd op functieniveau		K.B. 13 juli 2006 art 2, 4, 5, 6, 7
4.4		De cijfers worden gebruikt om het beleid van de afdeling bij te sturen (analyse, bespreking, verbeteracties) en aangewend in de beleidscyclus		K.B. 13 juli 2006 art 2, 4, 5, 6, 7
4.5			Jaarverslagen en beleidsplannen zijn multidisciplinair opgesteld	
4.6			De functie maakt gebruik van een (centraal) incidentmeldingssysteem, dat ziekenhuisbreed is opgesteld.	Kwaliteit kenbaar maken in de zorg Zorgnet Vlaanderen 2010

4.7			Voor de erkenning lokale donorcoördinatie: er is minstens voor donormanagement en vaststellen hersendood een procedure beschikbaar.	
4.8			Er zijn zorgbundels voor specifieke doelgroepen in gebruik.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	5. DOSSIER			
5.1	Check 1	Het patiënten dossier bevat: <u>parameters volgens medische noodzaak zoals hartfrequentie, bloeddruk, temperatuur, zuurstofsaturatie, vochtbalans, ademhalingsfrequentie, pijnscore, bewustzijnsscore, evt. andere relevante parameters volgens de ziekte-toestand van de patiënt.</u>		K.B. 23 oktober 1964 Algemene inrichting en functionele normen K.B. 3 mei 1999 K.B. 28 December 2006
5.2	Check 1	<u>Bij een transfusie:</u> * <u>indicatie voor de transfusie</u> * <u>controle bloedgroep en rhesusfactor</u> * <u>lotnummer en type van het toegediende bloedproduct</u> * <u>datum en uur van toediening (start- en stopuur) en toediener</u> * <u>eventuele reacties</u> * <u>klinische en/of biologische evaluatie van de doeltreffendheid van de interventie</u> <u>Controle parameters bij transfusie:</u> <u>temperatuur, pols, bloeddruk en observatie patiënt:</u> - <u>vlak voor transfusie</u> - 15 minuten na de start van de transfusie tussen 5 en 15- minuten na start - op het einde van de transfusie - <u>bij transfusiereactie</u>		CBO richtlijn 2011 HGR 8381

5.3	Check 1	<u>Het patiëntendossier is bij de patiënt aanwezig en consulteerbaar door alle betrokken artsen, verpleegkundigen, zorgverleners.</u>		K.B. 23 oktober 1964 Algemene inrichting en functionele normen K.B. 3 mei 1999 art. 6 K.B. 28 December 2006 art. 7
5.4		Het is duidelijk welke verpleegkundige is toegewezen aan de patiënt en welke verpleegkundige/zorgkundige verantwoordelijk is voor welke akten uitgevoerd bij welke patiënt. Dit laatste is terug te vinden op basis van registratie in het verpleegkundig dossier.	Het is duidelijk welke verpleegkundige is toegewezen aan de patiënt en welke verpleegkundige/zorgkundige verantwoordelijk is voor welke akten uitgevoerd bij welke patiënt. Dit laatste is terug te vinden op basis van registratie in het verpleegkundig dossier.	K.B. 28 december 2006 art. 2 en 5.
5.5	Check 1		<u>Elke patiënt heeft een DNR code in het dossier (of een andere code voor het aangeven van een beperking van therapie).</u> <u>Er wordt ook een code gebruikt in geval van 'geen therapierestrictie'.</u>	
5.6	Check 1		<u>De DNR code is 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 (minstens wensen van gesprekspartners en resultaat van gesprek)</u> <u>Uitzondering: De code gebruikt in geval van 'geen therapierestrictie' moet niet besproken worden.</u>	
5.7	Check 1		<u>Het resultaat van een consult of multidisciplinair overleg dient beschikbaar te zijn in het patiëntendossier, met vermelding van de betrokken zorgverstrekkers.</u>	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	6. PIJNBELEID			
6.1			Het pijn- en sedatieprotocol is opgesteld, gekend en wordt toegepast door de medewerkers.	KB 27 april 2007 Wet van 22 augustus 2002
6.2	Check 1		<u>De meetmethode is aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt (ook de niet communicatieve patiënt).</u>	Decreet 17 okt 2003
6.3			Er zijn staande orders ter uitvoering van het pijnbeleid.	Wet van 22 augustus 2002
6.4			<u>De staande orders voor pijn worden in het patiëntendossier opgenomen, gevalideerd/ondertekend door de arts.</u>	
6.5			Verbeteracties van het pijnbeleid kunnen aangetoond worden. (PDCA). Hiervoor worden indicatoren opgevolgd over pijnbehandeling.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	7. ZIEKENHUISHYGIENE EN HANDHYGIENE			
7.1	Check 1		<u>Basisvereisten voor handhygiëne worden opgevolgd door alle artsen, personeel en medewerkers die op patiëntenafdelingen taken vervullen:</u> * <u>juwelenvrije handen en voorarmen</u> * <u>geen polshorloges, armbanden en/of ringen</u> * <u>korte zuivere nagels, dwz geen nagellak, gel of kunstnagels</u> * <u>korte mouwen zowel van dienst- als van burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen.</u>	HGR 8349 'Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening.' WHO. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. 2009. Boyce J.M., Pittet D. . Guideline for Hand Hygiene in Health Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR, 2002 APIC (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology) Implementation Guide. Guide to Infection Prevention and Emergency Medical Services - 2013 - gebaseerd op CDC 2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Available at: http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007_ip_table4.html. Accessed January 24, 2013
7.2			Alle noodzakelijk elementen voor een goede handhygiëne en handontsmetting zijn aanwezig in elke patiëntenbox/patiëntenzaal: - vloeibare zeep in dispenser; - alcohol in dispenser; - dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbaar mond; - wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje - reminder handhygiëne	KB 17/04/2013: bescherming van de werknemers tegen de risico's...)

7.3			Alle toiletten voor personeel en bezoekers zijn voorzien van alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne: * wastafel om handen te wassen * vloeibare zeep in dispenser * dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare mond * wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje * reminder handhygiëne
7.4			Handen worden gewassen met water en zeep: * bij zichtbaar bevulde handen * bij contact met sporenvormende kiemen (bv clostridium difficile, norovirus...) * als vorm van persoonlijke hygiëne (bv. na bezoek aan het toilet, vóór de maaltijd) * reminder handhygiëne
7.5	Check 1		<u>In elke ruimte waar een wastafel voor personeel beschikbaar moet zijn, namelijk minimaal in de verpleegpost en de vuile utility, zijn alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne en handontsmetting aanwezig:</u> <u>*vloeibare zeep in dispenser</u> <u>*alcohol in dispenser ; handalcohol hoeft niet noodzakelijk aan de wastafel voorzien te zijn, wel in de ruimte aanwezig</u> <u>*dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare mond</u> <u>*wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje</u> <u>* reminder handhygiëne</u>

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

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

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	8. PATIENTIDENTIFICATIE			
8.1			Er bestaat een ziekenhuisbrede procedure voor patiëntidentificatie. Patiëntidentificatie gebeurt op een uniforme wijze. Er zijn specifieke aandachtspunten voor intensieve zorg.	VIP² Vlaamse kwaliteitsindicatoren
8.2	Check 1		<u>Patiëntidentificatie gebeurt minimaal op basis van 2 correcte parameters:</u> <u>* naam en voornaam, aangevuld met geboortedatum of naam + voornaam, aangevuld met dossiernummer (niet kamernummer, bednummer, adres van de patiënt)</u>	
8.3			Patiëntidentificatie wordt minstens angewend voor: * patiënt * dossier * voorschriften (onderzoek, behandeling,..) * medicatie * staalafname * onderzoek * behandeling	
8.4			Bij elke medische/verpleegkundige handeling op de functie voor intensieve zorg (behandeling/diagnostiek) worden aan de patiënt zijn/haar identificatiegegevens opgevraagd en vergeleken met de identificatiegegevens op de identificatieband van de patiënt en ook met de identificatiegegevens voor de uit te voeren handeling.	
8.5			Voor patiënten die hun identiteit niet kunnen bevestigen bestaat een werkbare identificatieprocedure.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	9. Zorgoverdracht			
9.1			Het patiënten transport tussen IZ en de verpleegafdeling/onderzoeksafdeling en binnen IZ gebeurt onder toezicht van een verpleegkundige of een arts.	
9.2			Bij elke patiënt die getransporteerd wordt van en naar IZ zijn de bedsponden omhoog. De bedsponden zijn ook omhoog bij elk intern transport in IZ.	
9.3	Check 1		<u>Er wordt een medische en verpleegkundige nota (evt. elektronisch) opgesteld bij transfer van een patiënt van of naar de intensieve zorgen.</u> <u>Volgende elementen dienen minimum in de handover genoteerd te staan:</u> <u>-identiteit van de patiënt,</u> <u>-diagnose en behandeling,</u> <u>-verpleegkundige zorgen,</u> <u>-parameters en</u> <u>-medicatieschema</u> <u>-recent toegediende medicatie: naam, dosis, tijdstip toediening en toedieningsvorm.</u>	
9.4			De functie beschikt over een procedure voor overdracht van patiënten van en naar de intensieve zorgen, intra- en extramuros.	
9.5			De functie beschikt over een informatiebrochure voor familie/patiënten. Hierin dienen minimaal volgende elementen te worden opgenomen: Bezoekuren en -voorwaarden, zorgverstrekkers, contactgegevens, werking van de dienst.	

9.6			Mits akkoord van de arts is bezoek door kinderen toegelaten. Dit bezoek wordt steeds begeleid. Hierrond is een beleid uitgestippeld met aandacht voor de patiënt en voor het kind.	

Eisnr.	Toezicht	Norm: eventueel geïnterpreteerd of genuanceerd	Bijkomende eis	Bronvermelding
	10. DNR/CODE BEPERKING THERAPIE (CBT)			
10.1			De toekenning en vermelding van de DNR/CBT code dient te voldoen aan een protocol opgemaakt binnen het ziekenhuis en bevat minstens de elementen vermeld bij het patiëntendossier.	
10.2			Een geschreven DNR/CBT protocol is aanwezig binnen de eenheid/functie en is door iedere zorgverlener consulteerbaar.	