

|                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LIJST VAN VRAGEN OVER HET EISENKADER VOOR<br/>DE INTERNISTISCHE PATIËNT EN DE KRITIEKE DIENSTEN.</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                             |
|-----------------------------|
| <b>Traject brede vragen</b> |
|-----------------------------|

VRAAG:

Momenteel worden er aan de normen geen ‘unieke ID-nummers’ gekoppeld alsook geen versienummer waarin wijzigingen worden bijgehouden.

Dit heeft als nadeel dat

- 1) nieuwe/ vernieuwde normen moeilijk traceerbaar zijn waardoor het hele eisenkader moet doorgelezen worden om na te gaan welke eisen al dan niet aangepast werden en
- 2) de verwijzingen in JCI en of Qmentum naar het eisenkader niet meer bruikbaar zijn.

Zouden deze ID en versienummers vooralsnog aan het eisenkader toegevoegd kunnen worden?

ANTWOORD:

Er is een globaal eisenkader opgesteld waarbij gebruik wordt gemaakt van unieke nummers.

VRAAG:

Vallen de pediatrie afdelingen ook onder het eisenkader voor de internistische patiënt?

Is er een verschil tussen regionale en universitaire ziekenhuizen?

ANTWOORD:

De pediatrie diensten vallen niet onder het eisenkader voor de internistische patiënt.

Maar het eisenkader voor de ziekenhuisapotheek houdt eisen in die ziekenhuisbreed kunnen worden geïnspecteerd. De eisen van het thema ‘bewaring medicatie’ kunnen moeilijk beperkt worden tot de interne afdelingen. Daardoor zouden bv. ook pediatrie, heelkunde etc.... voor die eisen in principe kunnen geïnspecteerd worden.

Er wordt in de eisenkaders geen onderscheid gemaakt tussen universitaire en niet universitaire ziekenhuizen. De universitaire normen blijven echter van kracht.

Eisen rond het onderhoud van toestellen

*“Beademingstoestellen worden minstens om de zes maanden, monitoren, defibrillatoren, pompen en EKG toestel worden minstens jaarlijks nagekeken op correcte (kalibratie) en veilige werking (onderhoudsattest). Het toestel voor het bepalen van bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en minstens jaarlijks technisch onderhouden.*

*De richtlijnen van de producent worden hierbij gevolgd.*

*De data zijn raadpleegbaar op functieniveau/dienstniveau.”*

VRAAG: Wat als richtlijnen van de firma geen jaarlijks preventief onderhoud en kalibratie voorschrijven? Vb. toestellen die zodanig geautomatiseerd zijn dat zij de noodzaak aan preventief onderhoud zelf aangeven.

OPMERKING: De uitvoering van POCT-testen valt onder de wettelijke bevoegdheid van het laboratorium (en zijn directeur).

Op de bepaling van bloedgasen zijn dus de wettelijke normen en praktijkrichtlijn van het laboratorium van toepassing.

De betrokken data zullen derhalve niet primair raadpleegbaar zijn binnen de functie intensieve zorg

maar binnen het kwaliteitssysteem van het laboratorium.

De analyses dienen bovendien uitgevoerd conform de richtlijnen van het laboratorium.

Gezien op spoedgevallendiensten nog andere POCT-testen kunnen uitgevoerd worden zoals glucose, hartmerkers, elektrolyten, ... wordt gesuggereerd om de omschrijving te verruimen.

Vraag: 'Pompen en EKG toestellen worden minstens jaarlijks nagekeken op ....'

➔ Is dit ook van toepassing voor de Aspiratiepompen ?

ANTWOORD:

De eis werd, na advies door de Vlaamse Vereniging Ziekenhuisinstrumentatietechnici als volgt aangepast:

*"Beademingstoestellen worden minstens jaarlijks onderhouden.*

*Monitoren, defibrillatoren, en ECG-toestellen worden minstens jaarlijks onderhouden.*

*De infuuspompen worden minstens om de 24 maanden geïnspecteerd.*

*Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden krijgt dagelijks een gebruikstest en wordt minstens jaarlijks onderhouden.*

*De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.*

*De inspectie- en onderhoudsrapporten zijn opvraagbaar in het ziekenhuis.*

*Het resultaat van de inspectie of onderhoud is bekend op de dienst. D.w.z. dat er een lijst beschikbaar is op papier of elektronisch waarin staat:*

- het resultaat van de inspectie en het onderhoud : goed / slecht / aandachtspunten*
- wanneer uitgevoerd*
- door wie"*

ANTWOORD:

Met infuuspompen worden bedoeld de gewone spuitpompen of volumetrische pompen gebruikt voor het toedienen van medicatie en/of voeding.

VRAAG:

Wie kan onderhoudsattesten afleveren? Kan dit ook door een interne medisch technische dienst?

ANTWOORD:

De kwalificatie van de techniker hangt af van het type van onderhoud.

Soms zijn de eigen technici zeer goed onderlegd en door de betrokken firma opgeleid om het onderhoud te doen, maar dit kan moeilijk gecontroleerd worden.

Belangrijk is dat de inspectie- en onderhoudsrapporten opvraagbaar zijn in het ziekenhuis.

VRAAG:

Is het echt noodzakelijk dat die data beschikbaar is op functie/dienstniveau?

ANTWOORD:

De data moeten centraal raadpleegbaar zijn, maar ook een zorgverlener moet op het moment dat hij/zij een toestel wenst te gebruiken op één of andere manier kunnen verifiëren dat dit toestel onderhouden is.

Het resultaat van de inspectie of onderhoud moet daarom bekend zijn op de dienst. D.w.z. dat er minimaal een lijst beschikbaar is op papier of elektronisch waarin staat:

- het resultaat van de inspectie en het onderhoud : goed / slecht / aandachtspunten
- wanneer uitgevoerd
- door wie

**VRAAG:**

Hoe dienen we deze norm te interpreteren indien het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden zich niet op intensieve zorgen bevindt ?

**ANTWOORD:**

Toestellen die zich op het labo bevinden dienen door het labo te worden onderhouden. Bij de volgende inspectieronde zal wel IZ, maar niet het labo worden bezocht.

**Eis 13.3 D dienst**

**Eis 7.4 IZ**

**Eis 10.4 spoed**

**OPMERKING:** Bij handen wassen wordt telkens vermeld *“handen en voorarmen worden gewassen met water en zeep”*.

Binnen de richtlijn van de WHO staan de voorarmen NIET vermeld en zijn dus niet opgenomen binnen de huidige techniek.

**ANTWOORD:**

De woorden ‘en voorarmen’ worden geschrapt in het eisenkader voor de internistische patiënt en de kritieke diensten.

Het wassen van de voorarmen wordt door de HGR (advies 8349 Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening) geadviseerd als facultatieve voorafgaande stap bij chirurgische handontsmetting.

Indicaties zijn bv. heilkundige ingreep, ook een kleine, handelingen op vlak van obstetrica en interventionele radiologie.

Vóór elke handeling waarvoor asepsie van het chirurgisch type gewenst is: inbrengen van een centrale katheter, van een centraal veneuze of spinale katheter, een implanteerbare injectiepoort, een pleurale drain, uitvoeren van een amnionpunctie, een biopsie en andere gelijkaardige interventies.

**Handhygiëne**

**Eis 13.5 D dienst**

**Eis 7.6 IZ**

**Eis 10.6 spoed**

*“De verdelers van handalcohol moeten in de kamer zo dicht mogelijk bij de plaats van de zorgverlening of van gebruik aanwezig zijn, dus niet noodzakelijk ter hoogte van de ingang van de kamer.”*

**VRAAG:** Is het onvoldoende als de verdelers van handalcohol ter hoogte van de ingang van de kamer staan?

**ANTWOORD:**

De verdelers mogen zich ook aan de ingang van de kamer bevinden.

**Eis 13.9 D dienst**

**Eis 7.12 IZ**

**Eis 10.8 spoed**

*“Opvolging-meting-steekproeven bv. handhygiëne compliance (observatie) of handalcoholverbruik per ligdag.”*

VRAAG: Het handalcoholverbruik wordt bijgehouden/ ligdag + teruggekoppeld. Voor de standaard verpleegafdelingen houden we rekening met 30ml/ligdag; voor IZ met 60ml per ligdag. Met welke norm wordt er best rekening gehouden voor de spoedgevallendienst? ....ml/ “aanmelding” spoed. Graag had ik ook graag geweten op welke norm ik me best baseer voor medisch technische diensten en dagkliniek.

**ANTWOORD:**

Dat werd niet nader gespecificeerd. Het ziekenhuis dient dit zelf uit te werken.

**Eis 13.2 D dienst**

**Eis 10.3 Spoed**

**Eis 7.3 IZ**

*“Dispensers zonder navulbare reservoir en met wegwerpbare kop”*

VRAAG: Zeepdispensers met wegwerpbare mond: is dit gebaseerd op specifieke guidelines of adviezen?

**ANTWOORD:**

De bron wordt gevonden in het advies van de HGR 8349 ‘Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening’. Dat vermeldt: ‘De zeepverdelers worden aan de muur bevestigd en verdelen de producten per gebruikseenheid en voor eenmalig gebruik. De zeep recipiënten zijn voor eenmalig gebruik en worden na gebruik weggegooid.’ Dit betekent dat ook de kop wordt vervangen.

VRAAG: Betreft die eis zowel dispensers voor handalcohol als voor zeep?

**ANTWOORD:**

Het betreft de dispensers voor handalcohol en voor zeep.

**Eis 13.4 D dienst**

**Eis 10.5 Spoed**

**Eis 7.5 IZ**

*“in alle toiletten zijn tevens alcoholdispensers voorzien.”*

VRAAG: Is dit noodzakelijk? Volstaat handen wassen aan sich dan niet?

**ANTWOORD:**

Eis 13.3 D dienst, 7.5 IZ en 10.5 spoed werd gewijzigd als volgt:

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 handontsmetting aanwezig:

- \* vloeibare zeep in dispenser
- \* alcohol in dispenser ; handalcohol hoeft niet noodzakelijk aan de wastafel voorzien te zijn, wel in de ruimte aanwezig
- \* dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare kop
- \* wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje
- \* reminder handhygiëne

**Eis 13.5 D dienst**

**Eis 10.6 Spoed**

**Eis 7.6 IZ**

*“ de verdelers van handalcohol moeten zo dicht mogelijk bij de plaats van de zorgverlening voorzien worden”.*

VRAAG: Wat is “zo dicht mogelijk”? Is dit geen subjectief gegeven? Is “in de nabijheid van de zorgverlening geen betere omschrijving?

**ANTWOORD**:

De tekst van het advies van de HGR 8349 werd woordelijk overgenomen.

Daarom wordt deze eis aldus behouden.

## Eisenkader D dienst en functie niet-chirurgische daghospitalisatie

**VRAAG:** Zijn deze normen ook van toepassing op Medium Care, Stroke unit, Acute coronaire?

**ANTWOORD:**

Voor medium care zijn geen specifieke normen opgesteld. Hier kunnen enkel de normen mbt de D dienst worden gehanteerd, in die zin dat, indien deze bedden opgesteld staan naast een IZ eenheid, er een aparte verpleegkundige permanentie moet zijn voor die subeenheid van bedden.

De normen voor het zorgprogramma 'beroertezorg' zijn gepubliceerd op 08/08/2014. Het eisenkader zal hierdoor moeten herzien worden. Maar die herziening zal pas gebeuren nadat de zorgprogramma's "beroertezorg" zijn erkend.

**VRAAG:** In het eisenkader voor de D-dienst en het niet-chirurgische daghospitaal is het hoofdstuk fixatie komen te vervallen. Is dit bewust of een vergetelheid?

**ANTWOORD:**

Fixatie is bewust niet meer meegenomen in dit eisenkader, omdat dit voorzien wordt in het eisenkader m.b.t. de geriatrie en revalidatie.

Dat zal daar dieper uitgewerkt worden.

**VRAAG:**

Zit de hemodialyse, de afdeling oncologie en het dagziekenhuis oncologie en dagziekenhuis geriatrie vervat in het huidige eisenkader?

**ANTWOORD:**

De hemodialyse afdeling, waar de dialyses gebeuren, zal worden opgenomen in een apart en gespecialiseerd eisenkader. De internistische verblijfsafdeling van die patiënten kan wel worden opgenomen in dit traject.

De eisen m.b.t. de D diensten en de niet-chirurgische daghospitalisatie die in dit eisenkader zijn opgenomen zijn eigenlijk basisvereisten voor alle D verpleegafdelingen en niet-chirurgische dagziekenhuizen, welke doelpopulatie ze ook hebben, dus ook de oncologische.

In principe kunnen dus alle D diensten of niet-chirurgische dagziekenhuizen worden geïnspecteerd. Maar afdelingen of dagziekenhuizen exclusief voorbehouden aan oncologie zullen niet aan bod komen in dit patiëntentraject.

Deze eenheden zullen aan bod komen in de inspectieronde m.b.t. de oncologische patiënt.

In analogie zal een specifiek dagziekenhuis voor geriatrie en een exclusief geriatrie verblijfsafdeling worden opgenomen in een apart zorgtraject m.b.t. de geriatrie patiënt.

Een gemengd oncologisch/internistisch of geriatrie/internistisch daghospitaal kan wel worden geïnspecteerd, maar enkel voor wat betreft het algemeen internistische deel.

### Eis 1.1

*"Het personeelskader van de D dienst voldoet minimaal aan de normering."*

*Norm per 30 erkende bedden aan 80% bezetting: 12 vte waarvan 9 vte gekwalificeerden (incl. hoofdverpleegkundige)."*

**OPMERKING:** Dit is niet realistisch. Tevens gedurende de afgelopen jaren zijn er bijkomende FTE toegevoegd via sociale maribel en andere projecten, deze moet men dan ook meenemen indien men wil vaststellen of er een minimum aantal verpleegkundigen aanwezig is op de afdeling. Voor de afdeling spoedgevallen en intensieve zorgen gebruikt men de normering dan weer zeer strikt en in sommige gevallen overdreven in de andere richting.

Wij begrijpen dat er geen extra middelen zijn en vragen dit ook niet. Maar dit op deze wijze voorstellen is de klok decennia terugdraaien en is voor bepaalde mensen in de ziekenhuizen blijkbaar voldoende om te eisen dat dit dan ook de bestaafing moet zijn om een afdeling te runnen.

Als dit zo blijft houdt voor ons elke discussie over kwaliteit op. De recente studie van prof. Sermeus is wat dit betreft voldoende sterk onderbouwd om deze stelling te ondersteunen.

**ANTWOORD:**

Het normatieve personeelskader werd weerhouden als algemene minimale eis voor alle ziekenhuizen. Dit is gebeurd in analogie met het eisenkader voor de chirurgische patiënt. Er bestaat inderdaad voor verschillende zaken aanvullende financiering, maar hier wordt alleen de minimale norm weerhouden.

**Eis 1.2**

*"Vanaf 45 erkende en geëxploiteerde bedden op de afdeling dient de afdeling steeds te kunnen beschikken over een tweede verpleegkundige."*

**VRAAG:**

Op basis van welke wettekst is bijkomende eis 1.2 geformuleerd?

KB 23 oktober 1964 III. Organisatorische normen 12° "Per verpleegafdeling wordt één hoofdverpleegkundige aangeduid. ... Doorheen alle dagen van het jaar moet, naast de hoofdverpleegkundige, permanent per afdeling en maximum per 30 zieken, de aanwezigheid van een gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde gewaarborgd zijn, zodat de continuïteit en de kwaliteit van de zorg verzekerd zijn."

**ANTWOORD:**

De eis wordt als volgt gewijzigd: "Vanaf 30 erkende en geëxploiteerde bedden op de afdeling dient de afdeling steeds te kunnen beschikken over een tweede verpleegkundige."

**Eis 1.3**

**VRAAG:** Wat betreft de bepaling van de referentieverpleegkundigen, is het niet zinvoller om als ziekenhuis een overzicht te hebben welke referentieverpleegkundigen er op welke afdelingen zijn en elke dienst zelf te laten bepalen welke noden er zijn?

**ANTWOORD:**

De aspecten ziekenhuishygiëne, diabetes en pijn werden door de sector weerhouden als belangrijk en, met een zeer grote waarschijnlijkheid, van toepassing op vele verpleegeenheden.

De geriatrische referentieverpleegkundige was een wettelijke norm. Maar art. 19 van het K.B. van 29 januari 2007 mbt de normen voor het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, is door het K.B. van 26 maart 2014 gewijzigd in die zin dat geen geriatrische referentieverpleegkundige meer vereist wordt. Deze wijziging gaat in vanaf 01/10/2014. Omwille van het belang van gespecialiseerde

geriatrische zorg wordt de eis m.b.t. een geriatrische referentieverpleegkundige behouden, maar wordt die nu als bijkomende eis geformuleerd.

De eis vermeldt dat het ziekenhuis een lijst van referentieverpleegkundigen opstelt voor geriatrische zorg, ziekenhuishygiëne, diabetes en pijn voor de verschillende verpleegafdelingen. De afdelingen zullen ifv hun patiënten doelgroep inderdaad bepaalde keuzen maken, maar de voorgetelde items zijn dermate belangrijk naar impact en frequentie dat deze in praktisch elke verpleegafdeling van dit zorgtraject en ook daarbuiten aan bod komen.

### **Eis 1.6**

*"Er is een programma voor permanente opleiding (bij/inscholing) voor het team in de basisbeginselen van de reanimatie, minstens eenmaal om de 2 jaar. Hiervoor is aangepaste infrastructuur in het ziekenhuis aanwezig." (K.B. 13 juli 2006 art. 9, §1)*

VRAAG a: Wat wordt verstaan onder "het team"? (Buiten verpleegkundigen ook artsen, paramedici,...?)

#### **ANTWOORD:**

Het ganse team: verpleegkundigen, artsen en paramedici

VRAAG b: Welke wettelijke bepalingen gelden voor de permanente opleiding PBL? Welke zorgverstrekkers moeten deze opleiding volgen, volgens welke frequentie?

#### **ANTWOORD:**

Minstens om de twee jaar is de enige tijdsbepaling in de eis.

De verduidelijking 'BLS' en frequentie van 'eenmaal om de 2 jaar' werden als bijkomende eis opgenomen. Een ziekenhuis mag daarbinnen zelf de frequentie aanpassen aan de doelgroep.

### **Eis 2.1**

*"Er is een oproepbare permanentie van een geneesheer-specialist voor elke interne discipline die er hospitaliseert, die binnen de kortst mogelijke tijd na oproep aanwezig is op de campus."*

OPMERKING: Dit is overbodige overshooting; er zijn disciplines waarvoor helemaal geen belangrijke urgenties bestaan of waarvoor deze zonder probleem door andere disciplines kunnen worden opgevangen (bv. geriatrie, dermatologie, reumatologie). Er zijn ook disciplines waarvoor maar 1 stafid is, die zou dan heel het jaar van wacht moeten zijn?

#### **ANTWOORD:**

Hiermee wordt bedoeld dat op elk moment geweten is welke arts men kan oproepen voor de gehospitaliseerde patiënten. Eerst en vooral is er de algemene medische permanentie en daarnaast moet elke hoofdspecialisatie een arts beschikbaar kunnen stellen. Hiervoor is minimaal de lijst van de beschikbare disciplines voor spoed richtinggevend. Maar als bv. een dermatoloog een patiënt gehospitaliseerd heeft, dan moet die dermatoloog ervoor zorgen dat er contact kan worden genomen met een arts voor dringende vragen/interventies.

VRAAG: Zowel bij het internistisch dagziekenhuis (tot aan ontslag van de patiënt) als voor D-diensten dient er medische permanentie voorzien te worden op de desbetreffende campus door een geneesheer-specialist behorend tot de interne disciplines.

Mag de permanentie dus door eender welke arts die tot interne discipline behoort, uitgevoerd worden?

Hierbij enkele praktijkvoorbeelden:

- Indien patiënt is opgenomen voor pneumologie in een dagziekenhuis, is de aanwezigheid van een - gastro-enteroloog dan ook voldoende (en omgekeerd )?
- Of indien een geriater op een campus aanwezig is , is dit ook voldoende voor de chemotherapie-patiënten (van gelijk welke discipline ) aldaar in het dagziekenhuis?

**ANTWOORD:**

Wanneer een patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis dan dient er ook een continu medisch toezicht georganiseerd te worden.

Dit dient zo efficiënt en effectief mogelijk te worden georganiseerd.

De hoofdgeneesheer moet toezien op de continuïteit van de medische zorgen via organisatie van de medische permanentie en de medewerking van de artsen aan die wachtdiensten.

De artsen dienen daarbij zelf te evalueren wie geschikt is voor het waarnemen van die oproepbare permanentie.

Wat betreft het voorbeeld mbt de oncologie staat in het zorgprogramma voor oncologie art 30. §2 beschreven op welke artsen permanent een beroep moet kunnen worden gedaan.

**Eis 3.8**

*“Gevaarlijke producten zijn niet toegankelijk voor onbevoegden...”*

**VRAAG:**

Wat wordt precies onder ‘gevaarlijke producten’ verstaan?

Wordt dit bepaald door het ziekenhuis? Is er een verwachting dat deze opgenomen zijn in een lijst?

**ANTWOORD:**

Aangezien de verschillen tussen ziekenhuizen en afdelingen dermate groot zijn, moet elk ziekenhuis zelf een lijst opstellen van producten die op elk van de afdelingen als gevaarlijk bestempeld worden. In deze eis worden eigenlijk de onderhoudsproducten bedoeld, maar het kan dus meer zijn. In uitbreiding hoort daar ook medicatie bij. De bewaring van medicatie is apart opgenomen in het eisenkader voor de ziekenhuisapothek.

**Eis 4.1**

*“Bij een gemengd dagziekenhuis wordt er voor de zorg van de interne patiënten een apart toegewezen equipe ingezet, in functie van de zorgzwaarte (ernst van de behandelde pathologie, turnover, aantal patiënten). Er is minstens 1 verpleegkundige exclusief toegewezen aan de interne patiënt op een gemengd dagziekenhuis.”*

**VRAAG:** Wat wordt bedoeld met de term ‘gemengd dagziekenhuis’?

Betekent dit een gemengde pathologie in het niet-chirurgisch dagziekenhuis? (Dus bv. oncologische patiënten, patiënten voor endo- of coloscopieën, ...)

Of wordt er een gemengd chirurgisch en intern dagziekenhuis bedoeld?

**ANTWOORD:**

Een gemengd dagziekenhuis betekent in dit geval gemengd chirurgisch/internistisch.

**Eis 7.1**

*“Patiënten worden geïnformeerd minimaal over de voorbereiding van de opname, het vervoer na ontslag en de opvang gedurende de eerste 24 uur na het ontslag en de contactgegevens van de verantwoordelijke arts in het ziekenhuis in geval van problemen.*

*Er zijn richtlijnen en procedures voor de preventie en behandelingen van de meest voorkomende nevenwerkingen die gepaard gaan met de behandeling op het niet-chirurgisch dagziekenhuis.”*

VRAAG: Geldt dit ook voor patiënten die herhaaldelijk infuustherapie ondergaan. Is een eenmalige informatieoverdracht voldoende of moet dit telkens herhaald worden?

ANTWOORD:

De patiënt moet geïnformeerd worden. Een eenmalige informatie overdracht kan volstaan voor patiënten die herhaaldelijk dezelfde therapie ondergaan. Dit houdt wel in dat de patiënt telkens bevraagd wordt of hij/zij geen verdere vragen heeft.

VRAAG: Wat betekent concreet: “Patiënten worden geïnformeerd minimaal over de voorbereiding van de opname, ...”?

ANTWOORD:

De patiënt moet ondermeer weten of er eventueel vooronderzoeken moeten gebeuren, of ze al dan niet nuchter moeten zijn, welke medicatie er wel of niet mag/moet worden ingenomen, wat ze wel en niet mogen doen in de periode ervoor, ...

VRAAG: Volstaat mondelinge informatie of moet dit schriftelijk zijn?

ANTWOORD:

Doorgaans wordt veel informatie gegeven, in een meestal gestresseerde situatie, waardoor een schriftelijke neerslag ervan zeer wenselijk is. Deze kan later worden geraadpleegd.

Maar een mondelinge toelichting blijft ook nodig omdat dit direct is en er verduidelijking kan worden gegeven.

**Eis 7.4**

*“Het ziekenhuis hanteert een systeem voor het vroegtijdig opsporen van kritieke patiënten (Early Warning System). Hiertoe werd een protocol opgesteld.”*

VRAAG: EWS zal worden bevraagd, maar er is geen wetgeving die hiernaar verwijst. Hoe afdwingbaar is dit dan werkelijk? Men beseft uiteraard dat een goed EWS de kwaliteit ten goede komt, echter een goed EWS vraagt tijd om dit ziekenhuisbreed te implementeren.

VRAAG: Er loopt momenteel een federaal proefproject rond EWS waarvan de resultaten nog niet gekend zijn. Dit proefproject kent een duidelijk planning, en wordt enkel toegepast op bepaalde pilootafdelingen. Wordt er nu in het kader van het nalevingstoezicht verwacht dat alle ziekenhuizen het EWS reeds geïmplementeerd hebben op ALLE afdelingen? Kan er een afstemming met het federaal proefproject gebeuren?

**Eisen 7.4 – 7.7**

OPMERKING: Momenteel loopt een door de overheid gefinancierd project om een algemeen toepasbaar EWS te ontwikkelen. Door in het eisenkader voor de internistische patiënt het EWS nu reeds met het toezichtsniveau met ‘Naleving 1’ te labelen, ontstaat het risico dat de lopende studie verstoord kan worden door een verplichte introductie en anderzijds dat de resultaten van deze studie (nog) niet kunnen aangewend worden als basis van een wetenschappelijk onderbouwd EWS en de ziekenhuizen een ‘eigen’ EWS ontwikkelen.

Vraag: in welke ziekenhuizen is dit reeds (succesvol) geïmplementeerd? Naar onze

inschatting zijn er weinig of geen ziekenhuizen die dit aanwenden. Kan dit nu al effectief gecontroleerd worden? Moet er als het ware eerst geen nulmeting plaatsvinden?

**ANTWOORD:**

EWS is als eis opgenomen omdat dit een goed systeem is. JCI heeft dit trouwens ook opgenomen in haar accreditatie.

Wettelijk kan dit niet worden afgedwongen.

Het is de bedoeling dat elke ziekenhuis dat implementeert. Dat vraagt inderdaad tijd.

Nu zal vooral de stand van zaken worden gecheckt, zodat de ziekenhuizen de tijd krijgen om een goed systeem te zoeken en in te voeren.

**Eisen 7.4 – 7.6**

**VRAAG:** Het lijkt logisch om voor de normelementen 7.4 tot 7.6 hetzelfde nalevingsniveau te vragen gezien een gestructureerde waarneming zonder passende communicatie niet zal leiden tot de verhoopte zorgverbetering

**ANTWOORD:**

Deze eis is moeilijk te inspecteren. Maar blijft behouden omwille van het belang.

**Eis 8.1**

*“Er is een systematische registratie van*

- \* kwaliteitsparameters (decreet)*
- \* ziekenhuisinfecties*
- \* doorligwonden*
- \* fouten en ongevallen*
- \* verpleegduur, MVG”*

**VRAAG:** Wie doet dit allemaal?

**ANTWOORD:**

Deze eisen zijn wettelijk vast gelegd en worden al uitgevoerd.

**Eis 9.1**

*“Het dossier bevat tenminste volgende documenten en gegevens: Het patiëntendossier bevat:*

*- parameters volgens medisch voorschrift. Op een acute D-dienst minimum:*

- \* hartfrequentie*
- \* bloeddruk*
- \* temperatuur*
- \* pijn*
- \* respiratoire aandachtspunten*
- \* saturatiemeting*
- \* nausea*
- \* gewicht*
- \* voedingsstatus”*

**VRAAG:** Het meten van parameters is een B1-handeling in de categorie 6 ‘verpleegkundige activiteiten die verband houden met het stellen van de diagnose en de behandeling’ in de lijst voor verpleegtechnische handelingen. Dit houdt in dat voor het meten van parameters geen medisch

order of voorschrift nodig is. Kan deze bewoording dan ook aangepast worden. Er kan wel minimaal deze parameters gevraagd worden.

De vermelding "parameters volgens medisch voorschrift" is misschien beter te omschrijven als parameters in overleg met arts. Observatie is een verpleegkundige handeling en dient niet te wachten op een medisch voorschrift. Verpleegkundigen kunnen autonoom beslissen welke parameters dienen opgevolgd te worden en de frequentie aan te passen aan de toestand van de patiënt in overleg met de arts.

**ANTWOORD:**

De eis wordt aangepast als volgt: 'Het patiëntendossier bevat parameters die worden gemeten volgens medische noodzaak.'

- *"De gestructureerde observatienota's die de evaluatie van de bereikte resultaten documenteren en die de opvolging van de problemen en verwachtingen van de patiënt verzekeren."*

VRAAG: Moet dit ook in het medisch dossier beschreven worden, of is het voldoende als dit in het verpleegkundig dossier gebeurt?

**ANTWOORD:**

Het patiëntendossier is eigenlijk één dossier. Indien een apart medisch en verpleegkundig luik, dan moeten de problemen genoteerd worden in beide onderdelen volgens noodzaak, elk volgens de specifieke eigenschappen met name het medisch beleid en de zorgaspecten.

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

VRAAG: Welke items moeten in de medisch ontslagbrief opgenomen worden?

**ANTWOORD:**

Onder het item 'ontslagbeleid' staat vermeld wat minimaal in de medische ontslagbrief moet staan (eisen 10.2 en 10.3).

VRAAG 1. Is er een minimale frequentie gedefinieerd voor het parametriseren van patiënten, ongeacht het medisch voorschrift ?

VRAAG 2. Zijn m.b.t. deze norm exclusiecriteria voorzien voor bv. terminale patiënten in de laatste fase van hun leven of patiënten met een DNR-code met een hoge therapierestrictie?

**ANTWOORD**

Neen die zijn niet in het eisenkader bepaald. Dat moet individueel volgens medische noodzaak bepaald worden. De eis wordt aangepast in die zin.

- *"Elke patiënt van de D dienst heeft een DNR code in het dossier (of een andere code voor het aangeven van een beperking van therapie). Er wordt ook een code gebruikt in geval van 'geen therapierestrictie'."*

VRAAG: Moeten alle patiënten effectief een DNR-code hebben? Dit lijkt fel overdreven en zelfs gevaarlijk. Op deze wijze valt een DNR code helemaal niet meer op. Nu zijn er in bepaalde dossiers alerts gebouwd en valt een code op. Indien elke patiënt een code moet krijgen is dit niet meer het geval. Wij begrijpen de ratio hierachter absoluut niet.  
Wat met IZ?

ANTWOORD:

Oorspronkelijk was voorzien dat voor alle patiënten op een D dienst telkens een DNR code moest bepaald worden. De code 'geen therapierestrictie' moest niet besproken worden, maar dus wel vermeld in het patiëntendossier.

De eis wordt nu gewijzigd in die zin dat voor de D dienst geen DNR code '0' meer geëist wordt. Maar indien een therapierestrictie bepaald is dan moet die DNR code getekend/ gevalideerd zijn door de arts:

- \* er is een melding "besproken in team"
- \* er is een melding " besproken met patiënt-familie"
- \* er is een bondige weergave van de inhoud van het gesprek (wensen van gesprekspartners en resultaat van gesprek)

Voor de functie IZ blijft de verplichting bestaan dat voor elke patiënt een DNR code bepaald wordt.

OPMERKING: De artsen van de dienst intensieve zorgen vinden het gebruik van een DNR-code een verarming. Momenteel omschrijven zij zeer uitgebreid in het dossier wat de therapierestrictie inhoudt, deze wordt individueel aangepast per patiënt. Deze omschrijving is vaak niet te vatten onder één welbepaalde code. Soms bevat dit namelijk elementen uit meer dan één DNR-code. De vraag wordt dan ook door hen gesteld of het voldoende is de therapierestrictie voldoende te omschrijven in plaats van een uitdrukkelijke code te gebruiken.

ANTWOORD:

Een omschrijving van de therapierestrictie kan volstaan. Maar die dient dan duidelijk te zijn, bekend te zijn in de functie en goed zichtbaar vermeld in het dossier.  
In analogie geldt dit ook voor een D dienst.

- "Medische orders, getekend/gevalideerd door de arts:
- \* technische verstrekkingen
- \* toevertrouwde handelingen"

VRAAG:

Technische verstrekkingen (B2) en toevertrouwde handelingen (C):

In het KB 13 juli 2006 staat:

"Alle technische verpleegkundige verstrekkingen en toevertrouwde geneeskundige handelingen worden beschreven d.m.v. standaard verpleegplan of een procedure."

Het medisch voorschrift is noodzakelijk voor technisch verpleegkundige verstrekkingen (B2) en toevertrouwde geneeskundige handelingen (C). Er zijn drie vormen van medisch voorschrift:

- a) mondeling geformuleerd medisch voorschrift
- b) geschreven medisch voorschrift
- c) staand order.

Wat zijn de concrete verwachtingen hieromtrent?

ANTWOORD:

Eis 9.1 houdt in dat de opdrachten voor toediening van medicatie, diagnostische onderzoeken, technische verpleegkundige verstrekkingen (B2) en toevertrouwde medische handelingen moeten ondertekend worden door de arts.

Als het voorschrift mondeling is dan dient zo snel mogelijk een geschreven opdracht te worden genoteerd in het patiëntendossier.

Als een staand order de basis is voor de opdracht, dan moet naar dat staand order verwezen worden in het patiëntendossier. Het staand order is bekend en gedocumenteerd (als procedure, standaard verpleegplan,...)

- "Bij fixatie:

\*Motivatie

\*Start maatregel

\*Type fixatie

\*Stop fixatiemaatregel

\*De multidisciplinaire aanpak"

VRAAG: 'een neerslag zijn van de multidisciplinaire aanpak', wat betekent dit concreet?

ANTWOORD:

Omdat fixatie werd geschrapd in dit eisenkader wordt ook het deel 'fixatie in het patiëntendossier' geschrapd.

VRAAG: Het is niet steeds duidelijk welke eisen wel of niet van toepassing zijn voor het dossier van het medisch dagziekenhuis. Kan dit duidelijker worden voorzien in het eisenkader ?

ANTWOORD:

De eis bevat de verschillende elementen die in het patiëntendossier van toepassing kunnen zijn op de internistische patiënt. Lang niet alles zal ook invulling krijgen. Het medisch en verpleegkundig diensthoofd zijn belast om het dossier dagziekenhuis vorm te geven. De behandelende artsen en verpleegkundigen zullen die elementen moeten invullen die noodzakelijk zijn om de opname en het verloop ervan te documenteren. Hier kan geen pasklaar antwoord worden gegeven, de patiënt zal het dossier bepalen.

*"Een afschrift van het verpleegkundig ontslagrapport"*

VRAAG: Wat wordt hier mee bedoeld en welke topics dienen voorzien te worden?

ANTWOORD:

Eis 10.4 bepaalt 'Voor elke patiënt is er een ontslagbrief voor de eventuele andere zorgverleners in de nazorg (bv. medicatie, wondzorg, ...); rekening houdend met multidisciplinaire input van de zorgverstrekkers die bij de zorg betrokken waren...'

Indien van toepassing is er ook een verpleegkundige ontslagrapport. Dit heeft betrekking op de continuïteit van de verpleegkundige zorg. Het is niet bepaald wat dat moet inhouden, want dat zal variëren naargelang de zorg die na ontslag nog moet worden verder gezet.

*"Het patiëntendossier is een geïntegreerd (papieren / elektronisch) multidisciplinair dossier en omvat behandeling en observaties van de verschillende zorgverstrekkers die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt."*

VRAAG: Wat wordt er verstaan i.v.m. integratie? Dient alle informatie op dezelfde 'drager' te worden voorzien? Of dient allen informatie 'consulteerbaar' te zijn?

ANTWOORD:

Het patiëntendossier is eigenlijk één dossier. Indien een apart medisch en verpleegkundig luik, dan moeten de problemen genoteerd worden in beide onderdelen volgens noodzaak, elk volgens de specifieke eigenschappen met name het medisch beleid en de zorgaspecten. Alle informatie dient dus consulteerbaar/leesbaar te zijn volgens de leesrechten die gegeven zijn.

VRAAG: Voor het patiëntendossier van DH-patiënten worden dezelfde eisen gesteld als op D-diensten. Uitzonderingen? Afwijkingen ifv haalbaarheid? Vb. pat. die wekelijks in DH voor infuustherapie komt. Volstaat het heropenen van een bestaand dossier waarop wekelijks aanvullingen gemaakt worden van vb. parameters, medische orders, etc...?

ANTWOORD:

Het patiëntendossier wordt opgemaakt volgens de noodwendigheid. In uw voorbeeld kan inderdaad het bestaand dossier heropend worden, waarop wekelijks aanvullingen gemaakt worden van vb. parameters, medische orders, etc...Telkens de patiënt wordt opgenomen (met of zonder overnachting) dient het dossier te worden aangevuld.

Eis 9.1

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

Eis 9.2

*"Elke patiënt **ouder dan 75 jaar** wordt bij opname op de D dienst **gescreend** om na te gaan of hij/zij al dan niet in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet worden opgenomen. Screening ten laatste **de dag na opname**. Dit gebeurt aan de hand van een gevalideerde en eenvoudige **schaal** (ISAR, GRP, VIP,...) en wordt **in het dossier** opgenomen."*

VRAGEN:

1) Het is niet echt duidelijk of met "Patiënten opgenomen in het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt worden systematisch gescreend op valrisico. De screening is opgenomen in het dossier" een bijkomende screening wordt bedoeld in aanvulling op de GRP score?

Zo ja, welke screening wordt dan verwacht? (Tinetti, ....)

2) Wordt met systematisch bedoeld: alle patiënten of patiënten die beantwoorden aan specifieke criteria?

ANTWOORDEN:

1) De GRP-screening kan volstaan, die wijst op een gevoeligheid voor bijkomende problemen, onder andere vallen, en daarna kan er meer specifiek onderzoek naar valrisico doorgaan.

2) Met systematisch worden inderdaad alle patiënten bedoeld die tot de doelgroep van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt behoren.

Eis 9.2

VRAAG: Ook voor patiënten in het medisch dagziekenhuis?

**ANTWOORD:**

Neen, het betreft een eis enkel voor opname op de D dienst.

**Eis 9.3**

*“De dossiers kunnen steeds geraadpleegd worden door de bevoegde zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt.”*

**Vraag:** Raadplegen dossier door bevoegde zorgverleners: heeft dit betrekking op alle documenten uit het patiëntendossier? Omschrijving bevoegde zorgverleners?

**ANTWOORD:**

‘Bevoegde zorgverleners’ heeft betrekking op de zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor de betreffende patiënt. De leesrechten en schrijfrechten zijn selectief.

**Eis 9.5**

*“In het dossier is duidelijk welke **verpleegkundige de coördinatie** opneemt voor de verpleegkundige zorg bij de patiënt en **verpleegkundige / zorgkundige verantwoordelijk is voor welke akten**, uitgevoerd bij welke patiënt.”*

**VRAAG:** Is dit ook ok als er een werkverdeling uithangt waaruit blijkt wie de verpleegkundige coördinatie opneemt?

Wat is de definitie van ‘verpleegkundige die de coördinatie opneemt’?

**ANTWOORD:**

Neen. Het moet minstens in het dossier duidelijk gemaakt worden, zodat er ook achteraf geen betwisting is.

De eis wordt gewijzigd als volgt:

*“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.”*

**Eis 10.2**

*“Voor elke patiënt is er bij ontslag een voorlopige ontslagbrief voor de huisarts/verwijzer.*

*(\*minimale inhoud: relevante anamnestiche gegevens, behandeling, verloop hospitalisatie, vereiste nazorg, medicatieschema).*

*Voor regelmatig terugkomende patiënten (bv. patiënten met hemofilie of agammaglobulinemie) kan één ontslagbrief volstaan die een beperkt aantal opnamen van betreffende patiënt omvat.”*

**Vraag:** Ontslagcriteria Daghospitaal: wat wordt er net bedoeld met ontslagmedicatie en ontslagcriteria voor Daghospitaal patiënten? Graag eventueel een praktisch voorbeeld? Vaak komen patiënten wekelijks/dagelijks binnen voor een infuustherapie en is ontslagmedicatie of ontslagbrief niet relevant/haalbaar...

**ANTWOORD:**

Daarom vermelding van de zin:

Voor regelmatig terugkomende patiënten (bv. patiënten met hemofilie of agammaglobulinemie) kan één ontslagbrief volstaan die een beperkt aantal opnamen van betreffende patiënt omvat.

Dat is mogelijk. Er moeten algemene criteria worden vast gesteld op basis waarvan kan worden beslist dat iemand kan worden ontslagen.

#### **Eis 10.4**

*“Voor elke patiënt is er een ontslagbrief voor de eventuele andere zorgverleners in de nazorg (bv. medicatie, wondzorg, ...); rekening houdend met multidisciplinaire input van de zorgverstrekkers die bij de zorg betrokken waren. Voor regelmatig terugkomende patiënten kan één ontslagbrief volstaan die een beperkt aantal opnamen van betreffende patiënt omvat.”*

Vraag: Wat wordt er bedoeld met ontslagbrief ?

Volstaan voorschriften door desbetreffende disciplines in de thuiszorg?

#### **ANTWOORD**

Indien van toepassing is er ook een verpleegkundige ontslagrapport, of een rapport mbt revalidatie of logopedie etc.... Dit heeft betrekking op de continuïteit van de verpleegkundige of andere zorgverlening. Het is niet bepaald wat dat moet inhouden, want dat zal variëren naargelang het zorgprofiel van de patiënt .

#### **Eis 10.5**

*“Patiënten worden schriftelijk geïnformeerd over de noodzakelijke nazorg bij de specifieke behandeling (normaal verloop, pijn, mogelijke complicaties, contactgegevens bij problemen, medicatieschema, afspraak controle,...)”*

VRAAG: Indien de patiënt een ontslagbrief ontvangt is dit voldoende? Of dient men over folders te beschikken ?

#### **ANTWOORD:**

Bij het ontslagbeleid moet voldoende informatie worden gegeven voor elkeen, betrokken bij de zorg voor de patiënt. Dus er is zowel een ontslagbrief naar de verwijzende arts, een ontslagbrief naar de andere zorgverstrekkers en ook naar de patiënt toe.

De informatie naar de patiënt toe is specifiek gericht naar de aandoening, de nazorg en het eventuele verdere verloop, dus zaken die de patiënt moet weten. De ontslagbrief naar de arts of verpleegkundige of andere zorgverstrekker wordt afgegeven aan die zorgverstrekker en zal in vele gevallen niet geschikt zijn voor de patiënt.

Folders kunnen helpen omdat die de algemene informatie bevatten. Soms is dat te weinig en moet individuele informatie worden meegegeven. Daarnaast is een mondelinge toelichting en/of individuele informatie nodig om na te gaan of de informatie voldoende was en begrepen werd.

De eis wordt aangevuld als volgt: “Indien van toepassing worden voorschriften (bv. medicatie, wondzorg, ...) met de patiënt meegegeven.

Er is een mondelinge toelichting bij deze schriftelijke informatie.”

#### **Eis 10.7**

*“De ontslagcriteria van de dienst zijn uitgeschreven en bepaald door de artsen.”*

VRAAG: Ontslagcriteria D-diensten: wat wordt er exact bedoeld met de ontslagcriteria voor D-dienst patiënten? Kan dit voor een deel overgenomen worden van de ontslagcriteria voor C dienst patiënten?

#### **ANTWOORD:**

#### **Eis 11.1**

*“Het dossier bevat, indien van toepassing: bevestiging van **informed consent**. Voor volwassenen volstaat een handtekening van het item in het patiëntendossier, een afvinken, een ondertekend IC formulier of een inhoudelijke notitie.”*

VRAAG: Wanneer is het informed consent van toepassing? Kan hiervoor een lijst ontwikkeld worden?

ANTWOORD:

Een informed consent is een mondelinge of schriftelijke toezegging vanwege een goed geïnformeerde patiënt voor elke behandeling of onderzoek.

M.b.t. het dossier volstaat voor volwassenen een handtekening van het item in het patiëntendossier, een afvinken, een ondertekend IC formulier of een inhoudelijke notitie.

Het moet duidelijk zijn dat de patiënt de nodige informatie gekregen heeft.

Er bestaat dus geen lijst van behandelingen/onderzoeken die een informed consent vereisen, want in principe is dat steeds vereist .

**Eis 13.2**

VRAAG: Een ‘no-touch’ vuilbakje: mag dit een open systeem zijn of moet dit type pedaalemmer zijn? Kunnen bv. open vuilbakken met een brandwerende ring bovenop de vuilbak, met centraal een opening van 10 – 15 cm waar men de papieren doekjes in kan gooien (no touch), toegelaten zijn?

ANTWOORD:

Indien een gesloten vuilbakje wordt voorzien, dan dient dit zo voorzien te zijn dat de vuilbak niet met de handen moet aangeraakt worden.

Maar er kunnen ook open vuilbakjes worden getolereerd waar de papieren doekjes kunnen worden ingegooit.

**Eis 13.4**

*” In elke ruimte (verpleegpost, vuile utility en alle toiletten...) waar een wastafel voor personeel beschikbaar is, zijn alle noodzakelijke elementen voor goede handontsmetting aanwezig:*

*\* vloeibare zeep in dispenser*

*\* alcohol in dispenser ; handalcohol hoeft niet noodzakelijk aan de wastafel voorzien te zijn, wel in de ruimte aanwezig*

*\*dispensers zonder navulbaar reservoir en met wegwerpbare kop*

*\* wegwerphanddoekjes en no-touch vuilbakje*

*\* reminder handhygiëne”*

VRAAG: Er wordt gevraagd om deze elementen aan alle sanitaire voorzieningen ( met uitzondering van handalcohol) beschikbaar te stellen, dus ook in de patiëntenkamers..

Uiteraard is handalcohol thv. zorgpunt het belangrijkste en staat dit nu terecht ook zo in deze versie vermeld. Maar zorgenverstrekkers moeten ook de handen kunnen wassen in de patiëntenkamers cf. indicaties handhygiëne HGR. Bovendien wil men ook een goede handhygiëne in het kader van persoonlijke hygiëne door patiënten bevorderen.

*In het Eisenkader C dienst en chirurgisch dagziekenhuis (versie 6/12/2012) staat vermeld:*

*- Op p. 51: “Bij elke lavabo waar handen worden gewassen door personeel of bezoekers zijn alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne aanwezig”*

*- Op p. 52: “Alle sanitaire voorzieningen zijn voorzien van alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne.”*

*De tweede versie lijkt de meest logische. Er wordt gepleit voor de aanwezigheid van handalcohol vlak bij het zorgpunt maar elke zorgverstrekker moet zo nodig de handen kunnen wassen in de patiëntenkamers, cf. indicaties handhygiëne HGR. Bovendien wil men ook een goede handhygiëne in het kader van persoonlijke hygiëne door patiënten bevorderen.*

*De lavabo's in de FAQ's worden niet gebruikt in het kader van de 5 indicaties van de WHO maar eerder voor persoonlijke hygiëne:*

*"Hoe inspecteert Zorginspectie de volgende eis m.b.t. handhygiëne ("Bij elke lavabo waar handen worden gewassen door personeel of bezoekers zijn alle noodzakelijke elementen voor goede handhygiëne aanwezig")?*

*Zorginspectie inspecteert deze eis op diverse plaatsen (verpleegpost, utility, toiletten voor bezoekers en personeel, ...) maar toetst deze infrastructurele elementen niet in patiëntenkamers"*

*De aanwezigheid van handalcoholdispensers vlakbij het zorgpunt lijkt ons belangrijker als kwaliteitsindicator voor infectiepreventie.*

*Vraag om dit in overweging te willen nemen bij het opstellen van volgende eisenkaders en betreffend eisenkader te herzien omtrent deze eis.*

**Antwoord:**

Het advies van de HGR 8349 'Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening.' Stelt: de referentietechniek voor handontsmetting is ontsmetting met handalcohol.

Als de handen zichtbaar bevuild zijn of in geval van contact met een patiënt met een Clostridium difficile infectie..., moet de ontsmetting met HA absoluut voorafgegaan worden door het wassen met water en zeep.

De eisen mbt de handhygiëne zijn aangepast.

Algemeen geldt:

In alle toiletten worden voorzieningen gevraagd voor goede handhygiëne, dus het wassen met zeep.

In elke ruimte waar wastafels voor personeel beschikbaar moeten zijn, namelijk minimaal in de verpleegpost en de vuile utility moeten alle elementen aanwezig zijn voor goede handontsmetting, dus wassen met zeep en handalcohol.

Het wordt niet noodzakelijk geacht dat er in elke patiëntenkamer een wastafel beschikbaar is, specifiek voor het personeel.

De verdelers voor handalcohol bevinden zich zo dicht mogelijk bij de zorgverlening, maar aan de ingang van de patiëntenkamer kan ook.

**Eis 13.6**

*"Handschoenen worden gebruikt bij elk potentieel contact met bloed, lichaamsvloten of slijmvliesen."*

**VRAAG:** Moet bloedafname verplicht met handschoenen gebeuren?

**ANTWOORD:**

In principe ja, er dienen handschoenen ter beschikking te zijn en gedragen te worden in die situaties. Het advies van de HGR 8349 'Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening januari 2009' vermeldt in punt 4.1.1. 'bloedafname' als indicatie voor het dragen van niet steriele handschoenen.

**Eisen 14.2 en 14.4**

**VRAAG:** Kan worden gespecificeerd bij welke medische/verpleegkundige acties een actieve patiënten identificatie nodig is?

**ANTWOORD:**

Eis 14.3 vermeldt dat patiëntenidentificatie wordt aangewend voor het linken van de patiënt aan zijn/haar dossier, voorschriften, medicatie, staalname, onderzoek en behandeling. Dus voor elke behandeling of onderzoek moet nagegaan worden of die bij de juiste patiënt worden verricht. Er kan hiervoor geen lijst worden opgemaakt.

**Eis 14.4**

**VRAAG:** Bij vpk en medische acties steeds pat-ID gegevens op de armband opvragen: over welke acties en hoe wordt dit praktisch geïnterpreteerd? Volstaat het als de verpleegkundige dit tijdens de zorg eenmaal correct en volledig uitvoert zodat ze de rest van haar zorgen ineens verder kan afwerken bij dezelfde patiënt. Of wordt er verwacht dat dit bij elke verpleegkundige actie (ook al volgen deze elkaar op), de verpleegkundige dit aan dezelfde patiënt blijft vragen? (Dit kan voor de patiënt soms raar overkomen indien er op 1 uur tijd zijn naam 3 maal wordt gevraagd voor een bloedafname, medicatie-applicatie, wondzorg,...)

**ANTWOORD:**

De naam kan een eerste maal worden gevraagd. Verder kan het volstaan dat de patiënt met de naam wordt aangesproken, indien het dezelfde zorgverstrekker betreft.

**Eis 14.5**

*“Voor patiënten die hun identiteit niet kunnen bevestigen bestaat een werkbare identificatieprocedure.”*

**VRAAG:** Gaat dit dan bv. over demente patiënten die niet kunnen bevestigen dat de identificatiegegevens op het patiënten bandje juist zijn? Kan u een concreet voorbeeld geven van mogelijke oplossingen hiervoor?

**ANTWOORD:**

Indien een patiënt bij opname geen identiteitsbewijs bij zich heeft en of zijn eigen identiteit niet kan/wil bevestigen en geen begeleider heeft, dan beschikt die enkel over een dossiernummer. Een tweede identificatieparameter zou dan een uniek nummer kunnen zijn dat in een register vastgelegd wordt of opnamedatum en uur of ...

Een patiënt kan evt. niet in staat zijn om zijn gekende identiteit te bevestigen.

Dan kan de vraag m.b.t. de identiteit gesteld worden aan de begeleider indien patiënt zich buiten de eigen afdeling bevindt.

**Eis 16.2**

*“Er wordt een medische en verpleegkundige nota (evt. elektronisch) opgesteld bij transfer van een patiënt van of naar de afdeling.*

*Volgende elementen dienen minimum in de handover genoteerd te staan: identiteit van de patiënt, diagnose en behandeling, verpleegkundige zorgen, parameters en medicatieschema.”*

**VRAAG:** Is het de bedoeling dat er een transferdocument lijfelijk meegaat tijdens het transport, of is het voldoende als de parameters van de handover elektronisch vanop elke zorgpost raadpleegbaar zijn?

**ANTWOORD:**

De elektronische beschikbaarheid is ook in de eis opgenomen.

VRAAG: Is telkens een apart transferblad/nota nodig of is het voldoende als de gevraagde items in het patiëntendossier opgenomen zijn?

ANTWOORD:

Een transferblad trekt de aandacht naar de actuele ziekte-toestand van de patiënt en belangrijke aandachtspunten op moment van transfer. Indien het patiëntendossier daarop is voorzien, dan is dat OK.

VRAAG: Mag het hier ook over een checklist gaan waarbij deze items afgecheckt worden indien deze worden doorgezegd?

ANTWOORD:

Het is de bedoeling dat de belangrijke elementen worden overgemaakt. Daarvan moet zeker een schriftelijke neerslag van gemaakt worden.

## Eisenkader Intensieve Zorgen

### Eis 1.2

*“Het aantal verpleegkundigen aanwezig in de functie IZ is aangepast aan de activiteiten in de functie. De verhouding aanwezige IZ patiënten / verpleegkundigen mag maximaal 3/1 te bedragen. 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.”*

#### OPMERKING:

Men kan niet tegelijk het woord maximaal gebruiken en dan afronden: als men maximaal zegt dan is het een ratio. Indien wel een afronding, dan moet het woordje maximaal hier weg.

#### ANTWOORD:

De eis wordt gewijzigd als volgt: “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...”

**VRAAG:** De verpleegkundige permanentie op IZ is 1vpk voor 3 patiënten. Stel er zijn 9 bedden en 3 vpk aanwezig. De verpleegkundige moet met een patiënt naar CT. Er blijven 2 vpk achter op de afdeling. Kan dit wettelijk gezien?

In het verlengde van het verhaal een vergelijkbaar scenario wat betreft de intra muros oproepen vanuit het ziekenhuis. Stel IZ staat in voor de noodoproepen. Zij verlaat de afdeling. Er blijven 2 verpleegkundigen achter. Kan dit?

#### ANTWOORD:

Dit kan inderdaad worden toegestaan voor een kortdurende periode, omdat de basispermanentie van 2 verpleegkundigen gewaarborgd blijft.

Indien een IZ eenheid slechts 6 bedden telt, dan kan geen van beide verpleegkundigen van de basispermanentie de eenheid verlaten, tenzij er vervanging voorzien wordt om de basispermanentie te herstellen.

**VRAAG:** Gelet op de afwezigheid van majeure chirurgie zoals neurochirurgie, hartchirurgie, etc. en gelet op de afwezigheid van een uitgebouwde recoverydienst waardoor heel wat patiënten met een medium care karakter worden gehospitaliseerd op de IZ afdeling, wordt een afwijking gevraagd van de verpleegkundige bezetting tijdens de nachturen, nl. 2 in plaats van 3 verpleegkundigen voor 8 bedden. Dit werd tevens goedgekeurd tijdens de laatste uitgevoerde visitatie. Tijdens de daguren (6u30-22u) zijn er wel steeds 3 VPK voor 8 bedden aanwezig.

#### ANTWOORD:

De afwijking kan niet worden aanvaard.

De normen zijn steeds minimaal. De aanpassing ifv de activiteiten moet worden gelezen als een toevoeging van verpleegkundigen en niet als een vermindering.

Afwijkingen die wisselen in functie van de eigenheid van het ziekenhuis zijn bovendien niet toepasbaar in het toezichtsmodel.

### Eis 1.3

*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 - ....*

*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.*

**VRAAG:** Volstaat het voor een IZ afdeling met 12 erkende bedden dat de permanentie met 4 verpleegkundigen wordt ingevuld, met een personeelskader dat lager is dan 24 vte?

**ANTWOORD:**

Overeenkomstig de eis m.b.t. het beschikbare personeelskader voor IZ van 12 verpleegkundigen per 6 erkende IZ bedden, dient het ziekenhuis het verpleegkundig kader op te trekken tot 24 vte voor 12 bedden.

Het minimale personeelskader werd als eis weerhouden naast de eis mbt de minimale permanentie.

**Eis 1.5**

**VRAAG:** Stel een medium care unit is infrastructureel ondergebracht op intensieve zorgen en wordt verpleegkundig gerund door een geïntegreerde equipe, welk normenkader is dan van toepassing op de medium care entiteit: IZ-normen of de normen voor een D-dienst.

**ANTWOORD:**

De IZ bedden moeten apart opgesteld staan en aantoonbaar zijn.

Er moet een specifieke personeelsequipe zijn voor IZ en een aparte personeelsequipe voor medium care.

Er mag dus geen vermenging zijn tussen IZ en medium care zowel mbt bedden als mbt personeel.

Er moet voor IZ een hoofdverpleegkundige worden aangesteld conform de eisen.

Voor de medium care kunnen enkel de normen mbt de D dienst worden gehanteerd, in die zin dat er een aparte verpleegkundige permanentie moet zijn voor die subeenheid van bedden.

De normen voor IZ worden enkel getoetst op een IZ. De overige bedden worden getoetst op basis van de D normen.

De normen voor het zorgprogramma 'beroertezorg' zijn gepubliceerd op 08/08/2014. Het eisenkader zal hierdoor moeten herzien worden. Maar die herziening zal pas gebeuren nadat de zorgprogramma's "beroertezorg" zijn erkend.

**Eis 1.6**

*"Wanneer de interne MUG vanuit de functie IZ vertrekt mag dit geen inbreuk betekenen op de verpleegkundige permanentie van IZ. Er wordt dan een procedure toegepast die verzekert dat steeds het minimaal vereiste bestaffingsquotum aan IZ verpleegkundigen aanwezig is."*

**Vraag:** Hoe kan je dit regelen: dit betekent dat je steeds moet overbestafferen om te kunnen terugvallen op het minimum.

Of terugvallen op spoed? Maar ook daar geldt de norm 1.6 van het spoed eisenkader!

**ANTWOORD:**

De basispermanentie van de functie IZ van 2 verpleegkundigen dient steeds gerespecteerd te worden. Stel: de functie IZ is erkend voor 9 bedden, dan dient de permanentie uit 3 verpleegkundigen te bestaan. In dat geval kan in principe de interne MUG wel vanuit de functie IZ starten, omdat de basispermanentie van 2 bewaard blijft.

Een functie IZ erkend voor 6 bedden zal dus de interne MUG niet kunnen laten vertrekken vanuit de functie IZ zonder bijzondere ondersteuning van IZ te voorzien (cascade eis).  
Voor de functie spoed is de cascade eis evenwel geschrapt.

#### **Eis 1.7**

*“De functie IZ kan een beroep doen op een kinesitherapeut. Een kinesist is overdag (weekdag tussen 8 en 17u, weekend tussen 8 en 12 uur) oproepbaar (7 dagen op 7). Een wachtlijst is binnen de functie beschikbaar en consulteerbaar.”*

VRAAG: Slaat deze wachtlijst op de uren dat de kine oproepbaar is of op de uren buiten deze tijdspannes (week na 17u tot 8 u de volgende dag, weekend tussen 12u en 8 u)?

#### **ANTWOORD:**

De kinesist is elke dag oproepbaar minimaal tussen de vermelde uren: weekdag tussen 8 en 17u, weekend en feestdagen tussen 8 en 12 uur.

#### **Eis 1.8**

*“De functie kan beroep doen op een logistieke hulp en een administratieve kracht al dan niet gedeeld met een andere dienst.”*

VRAAG: De noodzaak om beroep te kunnen doen op een administratieve kracht, dient bepaald te worden door het ziekenhuis zelf. Een goed uitgebouwd dossier kan dit overbodig maken. We willen ervoor pleiten om dit door de ziekenhuizen zelf te laten bepalen.

#### **ANTWOORD:**

De eis wordt weerhouden. De eis wordt ook afgezwakt door de mogelijkheid van deling van die taak met een andere dienst.

#### **Eis 1.9**

*“Er is een psycholoog of maatschappelijk werker bereikbaar voor noodgevallen 7d/7d. Een wachtlijst is binnen de functie beschikbaar en consulteerbaar.”*

VRAAG: Op welke bron is deze eis gebaseerd? Er is hiervoor geen financiering voorzien.

#### **OPMERKING:**

1. ‘Psycholoog of maatschappelijk werker’.

De bevoegdheden, taken en bekwaamheden van psychologen en maatschappelijk werkers zijn niet gelijk. Zoals het geformuleerd werd in de eis lijken de beide functies onderling inwisselbaar. Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen wat een psycholoog al dan niet kan aanbieden en wat een maatschappelijk werker al dan niet kan aanbieden. Correcter wordt het als men een ‘psycholoog en/of maatschappelijk werker’ voorstelt.

2. Bij het organiseren van een wachtdienst 7d/7d dient men zich volgende pragmatische vragen te stellen.

a. Hoe organiseren ziekenhuizen deze wachten met een bezetting van een 5-tal psychologen? Hoe verhoudt dit zich tgo een bezetting van een dienst met 25 psychologen?

b. Hoe zal de verloning van deze wachtdiensten gedragen worden? Voor de gewone reguliere zorg (overdag op weekdays) van psychologen bestaat er tot op heden slechts een geringe financiering. Enkel voor de psychologen verrekend in de ligdagprijs (bv. PAAZ ) of in enkele

zorgprogramma's (bv. onco-zorgprogramma) krijgen de ziekenhuizen financiering. De lonen van de andere psychologen worden gedragen door de ziekenhuizen zelf. Tegenover de installatie van een 7d/7d wachtsysteem hoort financiering, echter de billijke financiering van de dagelijkse zorg van psychologen is zelfs nog niet geregeld, hoe gaat men financiering vinden voor de extra permanenties?

Een honorarium vragen aan de patiënt voor de aangeboden zorg kan een mogelijkheid zijn om de verloning van de psycholoog te ondersteunen, echter het informeren van de patiënt omtrent verloning, verwachtingen, facturering... op een moment van emotionele ontredde op een IZ- of spoeddienst is op dat moment niet aan de orde, weinig empathisch en ethisch, hoewel wettelijk verplicht, en kan niet rekenen op een 'gedragen en doordacht' akkoord van de patiënt.

c. Zal men psychologen moeten verplichten in de nabijheid van het ziekenhuis te gaan wonen om aan de dringende zorg tegemoet te komen? Dit staat echter niet ingeschreven in het arbeidscontract dat werd aangegaan met psychologen.

d. Bij wie zal de autoriteit liggen om de triage voor psychologische zorg te maken?

Inhoudelijk is enkel een psycholoog bevoegd om een inschatting te maken of /en welke psychologische zorg voor een patiënt vereist is. Het gebeurt nu ook dagdagelijks dat de psychologen (na verwijzing of aanvraag van een arts of verpleegkundige) in een kort contact met patiënten zelf bepalen of (verdere) zorg al dan niet nodig is (was) en of hij / zij hiervoor de toelating heeft van de patiënt.

Tijdens een wacht 's nachts of in het weekend wordt het al heel wat moeilijker om deze inschatting te doen van thuis uit.

Zal de psycholoog of maatschappelijk werker überhaupt wel het recht hebben om uit te zoeken of de oproep gewettigd is en een aanwezigheid vereist? Of is het de arts of verpleegkundige die de beslissing neemt en de wachtdoende psycholoog kan verplichten te komen?

We weten allemaal dat het inschatten van de nood voor psychologische hulp geen objectieve maatstaf kent en zal afhangen van de draagkracht, vertrouwde, angst, emotionele aansprakelijkheid van de arts of verpleegkundige die zal bepalen of een psycholoog nodig is bij een bepaalde patiënt. (Bv. Voor de ene arts is verdriet en hevig huilen een signaal om psychologische zorg in te schakelen, voor de andere niet.)

#### ANTWOORD:

De eis werd geformuleerd vanuit de experts groep. In functie van de kwaliteit en de continuïteit van zorg, werd de bereikbaarheid voor psychische bijstand in een noodgeval als een belangrijk element aangebracht. Bereikbaarheid betekent niet noodzakelijk dat die zorgverlener naar het ziekenhuis moet komen. Er moeten hierover afspraken worden vastgelegd.

Vanuit de taak om knelpunten aan te geven i.f.v. kwaliteit van zorg, wordt geopteerd om de eis te behouden, dit geeft de mogelijkheid om doorheen de inspecties een beeld te geven van de situatie in de Vlaamse ziekenhuizen.

De eis wordt gewijzigd als volgt.

Er is een psycholoog en/of maatschappelijk werker bereikbaar voor noodgevallen 7d/7d. Een wachtlijst is binnen de functie beschikbaar en consulteerbaar."

VRAAG: Dit gaat naar ons aanvoelen naast opvang van patiënten en hun familie ook over de opvang van second victims. De vraag is of het een absolute noodzaak is dat dit een psycholoog is. Vervangen door de verwachting dat er een beleid rond schokkende gebeurtenissen is.

#### ANTWOORD:

Het lijkt inderdaad aangewezen om een beleid te ontwikkelen rond schokkende gebeurtenissen voor second victims. Hieraan kunnen uiteraard nog andere disciplines participeren. Maar de eis is in eerste instantie bepaald vanuit de patiëntenzorg.

#### **Eis 1.12**

*“Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie doorloopt een doorgedreven opleiding in reanimatie.”*

VRAAG: wat wordt bedoeld met een doorgedreven training? Behoort het opleidings- en bijscholingstraject tot geneesheer-specialist of de bijzondere beroepstitel voor spoed en intensieve hier toe of is dit een afzonderlijke training die op regelmatige basis herhaald moet worden?

#### **ANTWOORD:**

Een doorgedreven opleiding betekent Advanced Life Support training. Deze training dient op regelmatige basis te worden gevolgd. Een jaarlijkse frequentie is nu in de eis opgenomen. Indien iemand binnen dat jaar een opleiding volgde (tot specialist / bijzondere beroepstitel) waarbinnen ALS een opleidingsonderdeel vormde, wordt dit als eveneens voldoende beschouwd. Maar er dient dus wel op de werkvloer een jaarlijkse opleiding te worden ingevoerd.

#### **Eis 1.13 IZ**

*“Voor elk toestel aanwezig binnen de functie wordt een opleiding gegeven aan de voorziene gebruikers.”*

VRAAG: Zijn er vereisten gekoppeld aan deze opleiding? Wordt een bedside uitleg ook gecatalogeerd onder opleiding? Moet er een evaluatie volgen op de opleiding alvorens de gebruiker het toestel mag bedienen? Volstaat het afvinken op een checklist als registratie dat de opleiding gevolgd werd?

#### **ANTWOORD:**

Er zijn geen bijzondere vereisten gekoppeld aan de opleiding. Bedside uitleg kan volstaan, dit is afhankelijk van het te gebruiken toestel. Feit is dat finaal de gebruiker het toestel moet kunnen hanteren.

Afvinken is één van de mogelijke registratievormen van gevolgde opleiding. De registratie moet de realiteit weergeven.

#### **Eis 1.16**

*“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.”*

VRAAG: Het tijdstip van het wekelijks multidisciplinair overleg:

Moet dit 1 vast wekelijks moment betreffen waar alle disciplines samenkomen?

Of is er flexibiliteit over dit moment mogelijk: bv. Multidisciplinaire afstemming telkens de toestand van de patiënt dit vereist en minimaal 1 \* / week?

#### **ANTWOORD:**

Een flexibele periodiciteit is mogelijk.

VRAAG: Wat de samenstelling betreft:

Kan er op 'supra niveau' overleg plaatsvinden: tussen coördinerende intensivist en hoofdverpleegkundige ?

De arts intensivist die verantwoordelijk is voor de coördinatie van het medisch toezicht, stemt voorafgaand met alle betrokken artsen af.

De hoofdverpleegkundige stemt voorafgaandelijk met alle andere betrokken disciplines af

Beiden zorgen voor het intern communiceren van de afspraken zoals voorzien in het behandelplan.

Op welke wijze dient dit gestaafd te worden?

**ANTWOORD:**

De beste praktijk is dat de behandelende arts en verpleegkundige de overlegmomenten meemaken. Maar er kan, mits goede afstemming onder elkaar ook een collega worden afgevaardigd, indien er voldoende communicatie is.

Staving van het overleg via rapportering in het dossier is noodzakelijk.

**Eis 2.3**

*"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*

*Volgende erkenningen komen hiervoor in aanmerking:*

- o Anesthesie-reanimatie*
- o Inwendige geneeskunde*
- o Cardiologie*
- o Gastro-enterologie*
- o Pneumologie*
- o Reumatologie*
- o Heelkunde*
- o Neurochirurgie*
- o Urologie*
- o Orthopedische heelkunde*
- o Reconstructieve en esthetische heelkunde*
- o Pediatrie*

*Komen ook in aanmerking de houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde die ten minste één jaar stage in de intensieve zorg hebben vervuld.*

*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.*

*M.B. 05/10/1995 art. 2 en 3*

*K.B. 27 april 1998 art.14"*

**VRAAG:** Deze eis gaat over de medische permanentie. Op welke bron is deze eis gebaseerd? Het M.B. waarnaar verwezen wordt, gaat uitsluitend over de voorwaarden voor erkenning als arts-specialist, maar zegt niets over de permanentie. Het K.B. waarnaar verwezen wordt, is het volgende:

De bijlage 1 van het koninklijk besluit van 28 november 1986 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 6bis, § 2, 6°bis, van de wet op de ziekenhuizen, gewijzigd door het koninklijk besluit van 12 augustus 1991, wordt opgeheven.

Dit heeft eveneens niets met de medische permanentie te maken.

**ANTWOORD:**

De bron K.B. 27 april 1998 art.14. heeft betrekking op het K.B. houdende vaststelling van de normen voor de functie voor intensieve zorg. Daarin heeft art. 14 wel betrekking op de medische permanentie.

De bron M.B. 05/10/1995 art. 2 en 3 heeft betrekking op de specialismen die in aanmerking worden genomen voor het behalen van een BBT in de IZ. Het zijn deze specialismen die worden weerhouden, ook zonder BBT voor de permanentie in IZ.

#### **Eis 2.4**

*“De medische permanentie kan ook worden verzekerd door een kandidaat arts-specialist na twee jaar opleiding in één van bovenvermelde specialismen.”*

OPMERKING: Deze eis is discriminerend ten aanzien van de kleinere ziekenhuizen. Het is jammer dat hier niet het kwaliteitsaspect wordt meegenomen, maar enkel naar de letter van de wet wordt gekeken.

#### **ANTWOORD:**

De mogelijkheid om ASO vanaf het derde jaar op te nemen in de IZ wacht is wettelijk onderbouwd. Die mogelijkheid moet worden meegenomen in het eisenkader omdat bij vaststelling daarvan geen negatieve rapportering zou worden gegeven.

#### **Eis 2.6**

*“Het medisch team van de functie IZ bestaat, de geneesheer-diensthooft inbegrepen, uit erkende geneesheren-specialisten in de heelkunde, inwendige geneeskunde, anesthesie-reanimatie of in één van de daartoe behorende subspecialismen en voor specifieke omstandigheden pediatrie, houder van de BBT in de IZ (\*).”*

Vraag: Is het nog relevant een specifieke opleiding voor specifieke omstandigheden zoals de opname van kinderen te vragen in het kader van de nieuwe normering binnen het zorgprogramma pediatrie?

#### **ANTWOORD:**

De bestaande wetgeving werd hier in zijn geheel opgenomen.

De eisen mbt de omgang met kinderen op IZ worden geschrapt in dit eisenkader.

Maar kinderen kunnen tijdelijk in een acute situatie op een functie IZ worden opgenomen totdat zij, in het kader van de samenwerkingsovereenkomst met een tertiair centrum daarnaar worden getransfereerd.

#### **Eis 2.7.**

*“Voor elke patiënt dient aangeduid te worden welke arts-intensivist verantwoordelijk is voor de coördinatie van het medisch toezicht. Het is duidelijk welke arts welke behandeling instelt”*

VRAAG: Mag deze coördinator bijvoorbeeld wekelijks wijzigen bij patiënten die gedurende langere periode op IZ liggen.

#### **ANTWOORD:**

Dit kan inderdaad gebeuren. Belangrijk is dat er een arts verantwoordelijk is en dat op elk moment duidelijk is wie dat is.

#### **Eisen 2.9 en 2.11**

*“De medische permanentie op de dienst intensieve zorgen wordt niet gecumuleerd met een andere, georganiseerde activiteit in het ziekenhuis (operaties, consultaties, e.d.).*

*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.*

*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.”*

*“De medische permanentie op de functie intensieve zorgen wordt niet gecumuleerd met de medische permanentie op de MUG - dienst.*

*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.*

*In voorkomend geval is een bijkomende geneesheer binnen de 15 minuten na iedere uitruk van de MUG op de spoeddienst aanwezig.*

*Ondertussen mag de arts die de permanentie waarneemt in de functie IZ eveneens de permanentie waarnemen op de spoedfunctie.”*

**VRAAG:** De arts intensivist mag wel inspringen voor de permanentie op de spoed evenals de permanentie op OK. Kan het omgekeerde ook ?

**ANTWOORD:**

Neen. De arts die de permanentie voor IZ waarneemt kan slechts tijdelijk, en in noodgevallen de permanentie op spoed overnemen. Het is niet de bedoeling dat de spoedarts de permanentie op IZ gaat overnemen. Zeker niet wanneer de spoedarts tevens de MUG wacht waarneemt. Wanneer een ontdubbelde wacht voor spoed voorzien is dan kan een spoedarts bij urgenties de wacht op IZ waarnemen, indien de anesthesist met IZ permanentie een dringende narcose opstart.

**Eis 2.9**

*“De medische permanentie op de dienst intensieve zorgen wordt niet gecumuleerd met een andere, georganiseerde activiteit in het ziekenhuis (operaties, consultaties, e.d.).*

*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.*

*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.”*

**VRAAG:** Op welke bron is deze norm 2.9 gebaseerd? Deze norm is strenger dan de vigerende wetgeving.

**ANTWOORD:**

Deze eis was reeds opgenomen in de vroegere standaarden die gehanteerd werden bij de visitaties en werden toen als een non-conformiteit gelabeld.

De beschikbaarheid van de permanentie artsen komt sterk in het gedrang wanneer de permanentie artsen in een andere gestructureerde activiteit worden opgenomen, die niet/moeilijk kan onderbroken worden.

Daarom blijven operaties verboden als cumul, maar consultaties worden geschraapt in de eis, omdat deze eigenlijk kunnen onderbroken worden.

De permanentieartsen mogen tegelijk ook de algemene medische permanentie van het ziekenhuis waarnemen en tijdelijk de spoedpermanentie, indien op dezelfde vestigingsplaats een erkende functie IZ, een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallendienst en een erkende functie MUG aanwezig is en de spoed/MUG arts is weggeroepen. Hoewel dit ook niet ideaal is.

### **Eis 2.8 IZ**

*“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.”*

### **Eis 2.9 IZ**

*“De medische permanentie op de dienst intensieve zorgen wordt niet gecumuleerd met een andere, georganiseerde activiteit in het ziekenhuis (operaties, consultaties, e.d.).”*

**VRAAG:** 1) Wat is overdag? Is dat buiten de medische permanentie 's nachts? Volgens de RIZIV nieuwe honorariumnormen voor intensivisten volstaat een zaalronde op IZ en in huis zijn. (officieel schriftelijk op papier getekend)

2) Wat is onmiddellijk beschikbaar?

3) Waarom mag men geen consultaties doen want dan is men wel onmiddellijk beschikbaar en alleen de patiënt zal wat moeten wachten. Mag men epidurales doen op M? Endoscopie?

4) Overdag is er wat de medische permanentie betreft een verschil tussen de erkenningsnormen, het eisenkader en de RIZIV normen!

### **ANTWOORD:**

1) Er werden geen uren gespecificeerd. Dit is inderdaad afhankelijk van de permanentieregeling. Elk ziekenhuis dient dit zelf in te vullen.

2) 'Onmiddellijk beschikbaar' werd ook niet nader gedefinieerd. Dit dient eveneens in het medisch reglement te worden vast gelegd.

3) De beschikbaarheid van de permanentie artsen komt sterk in het gedrang wanneer de zij in een andere gestructureerde activiteit worden opgenomen, die niet/moeilijk kan onderbroken worden. Zoals hierboven vermeld worden daarom 'consultaties' geschrapt in de eis.

De artsen van permanentie voor IZ mogen dus wel ingeschakeld worden in de consultaties, hoewel ook dit niet ideaal is.

Zij kunnen ook epidurales doen op materniteit in die zin dat dit eenmalige activiteiten zijn die evt. kunnen worden uitgesteld wanneer de IZ arts niet direct beschikbaar is.

Endoscopie is een langdurige structureel georganiseerde activiteit die de beschikbaarheid van de arts wel degelijk belasten. Dus niet cumuleerbaar.

4) Het uitdrukkelijke verbod op bepaalde cumulaties zijn inderdaad bijkomende normen.

**VRAAG:** Kan een arts met medische permanentie op IZ ingeschakeld worden voor de interne MUG dienst?

### **ANTWOORD:**

Eis 2.10 vermeldt: “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.”

Daaruit wordt afgeleid dat de interne MUG ook door de arts mag worden waargenomen die de permanentie op IZ verzorgt, op voorwaarde dat deze binnen de vestigingsplaats blijft van de functie IZ.

### **Eis 2.9**

*“De medische permanentie op de dienst intensieve zorgen wordt niet gecumuleerd met een andere, georganiseerde activiteit in het ziekenhuis (operaties, consultaties, e.d.).*

*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.*

*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."*

Vraag: Graag een versoepeling in die regel i.f.v. de kleinere ziekenhuizen voor de permanenties Intensieve Zorgen die verzorgd worden door een anesthesist in de weekdagen van 18u tot 08u.

Argumentatie:

- Kleinere medische bestaffing dan grotere ziekenhuizen en minder zwaar pathologieprofiel.
- In de weekdagen van maandag tot vrijdag worden de patiënten opgevolgd door de verantwoordelijke intensivist, zodat 's nachts eerder uitzonderlijk ernstige therapieaanpassingen moeten worden doorgevoerd.

De chirurgische patiënten worden opgevolgd door een anesthesist-intensivist, en de internistische patiënten door een internist-intensivist. Een vergelijkbare organisatie bestaat in veel kleinere/middelgrote ziekenhuizen.

Installatie en toezicht van nieuwe patiënten op Intensieve Zorgen in de weekdagen 's nachts zullen dus bijna uitsluitend postoperatieve patiënten zijn, waarvoor de verantwoordelijke anesthesist het best geplaatst is om ze op te volgen op Intensieve Zorgen. Internistische patiënten worden 's nachts opgevolgd door de internist van wacht, al dan niet van permanentie voor Intensieve Zorgen.

Toestaan dat de anesthesist van permanentie op Intensieve Zorgen 's nachts narcosen uitvoert in het operatiekwartier doet in deze context geen afbreuk aan de kwaliteit en veiligheid van de zorgen op de dienst Intensieve Zorgen.

#### ANTWOORD:

Een permanentie overdag tijdens de weekdagen door een intensivist is zeker al een goede vertrekbasis.

Eis 2.9 was reeds opgenomen in de vroegere standaarden die gehanteerd werden bij de visitaties en werden toen als een non-conformiteit gelabeld.

De beschikbaarheid van de permanentie artsen komt sterk in het gedrang wanneer de permanentie artsen in een andere gestructureerde activiteit worden opgenomen, die niet/moeilijk kan onderbroken worden.

Daarom blijven operaties verboden als cumul, maar consultaties worden geschrapt in de eis, omdat deze eigenlijk kunnen onderbroken worden.

De permanentieartsen mogen tegelijk ook de algemene medische permanentie van het ziekenhuis waarnemen en tijdelijk de spoedpermanentie, indien op dezelfde vestigingsplaats een erkende functie IZ, een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallendienst en een erkende functie MUG aanwezig is en de spoed/MUG arts is weggeroepen. Hoewel dit ook niet ideaal is.

Het is echter onmogelijk om een grens te definiëren voor 'klein' ziekenhuis. Er kan geen onderscheid worden gemaakt ifv de specialisatie van de permanentie arts.

#### Eis 2.9 IZ

*"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."*

VRAAG: Is een wachtdienst van erkende arts specialisten intensivisten voldoende, zonder dat deze continu fysiek intramuraal aanwezig moeten zijn op de campus.

#### ANTWOORD:

De wettelijke norm bepaalt dat wanneer de verschillende eenheden van de functie IZ over verschillende gebouwen gespreid zijn, elke eenheid een eigen medische permanentie volgens de geldende wettelijke criteria dient te organiseren. Daarvan kan niet afgeweken worden. Bijkomende eis: indien de medische permanentie verzekerd wordt door een arts-specialist niet-intensivist dan is steeds een arts-intensivist van de functie intensieve zorg consulteerbaar. Een andere bijkomende eis stelt dat tijdens de werkdagen er overdag intramuraal op de IZ campus een intensivist aanwezig moet zijn die onmiddellijk beschikbaar is. Door de bijkomende eisen, die uitdrukkelijk werden gevraagd door de sector, wordt dus meer gevraagd dan wettelijk vereist.

#### **Eis 2.14**

*“De artsen met medische permanentie mogen niet langer dan 24 uur na elkaar dienst hebben. Dit geldt ook voor de artsen stagiairs. Dit moet worden aangetoond door een nominatief uurrooster van de permanentie artsen.”*

VRAAG: Zijn er ook bepalingen vastgelegd hoeveel uren er dienen te zitten tussen 2 shiften?

#### **ANTWOORD:**

De eis werd aangepast als volgt:

*“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.*

*Dit geldt ook voor de artsen stagiairs.*

*Dit moet worden aangetoond door een nominatief uurrooster van de permanentie artsen.”*

Als bijkomende eis: *“Er dient na elke permanentieperiode met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis van maximaal 24 u een rustperiode van minimaal 8 uur gerespecteerd te worden.”*

#### **Eis 2.12**

*‘Het diensthoofd is een arts-intensivist voltijds verbonden aan het ziekenhuis en met hoofdactiviteit in de functie’*

VRAAG: Moet het medisch diensthoofd van Intensieve Zorgen fulltime werken of is 4/5 ook voldoende?

#### **ANTWOORD:**

Het medisch diensthoofd moet voltijds (10/10) verbonden zijn aan het ziekenhuis. Daarvan moet hij of zij 8/10 werken binnen de ziekenhuismuren. Hij of zij besteedt minimaal 5/10 in de functie IZ.

#### **Eis 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.”*

#### VRAAG:

Is een Bipap-toestel ook voldoende i.v.m. de kunstmatige beademing?

#### **ANTWOORD:**

Het behoort tot de bevoegdheid van de artsen om te bepalen welke toestellen noodzakelijk zijn voor beademing in IZ.

#### **Eis 3.13**

VRAAG: De eis m.b.t. de reanimatiekar is verschillend van die van de eerste opvang van spoedgevallen.

ANTWOORD:

De bijkomende eis rond de reanimatiekar op IZ en spoed is gewijzigd als volgt: "Indien de functie intensieve zorgen/gespecialiseerde spoed instaat voor de interne MUG, dan is daartoe een specifieke, goed uitgeruste en verzegelde reanimatiekar aanwezig met monitor, defibrillator, EKG toestel, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuze perfusie en intubatie en draagbare zuurstofbron. Er is een verantwoordelijke aangeduid voor de controle van medicatie en materiaal in de reanimatiekar. De medicatie en het materiaal van die reka worden minimaal maandelijks gecontroleerd of bij verbreking van het zegel. Deze controle wordt geregistreerd."

Daardoor wordt de eis mbt de reka, voor interne MUG, op IZ en gespecialiseerde spoed gelijkvormig aan de reka van de eerste opvang van spoedgevallen. Maar de eis is voor de eerste opvang van spoedgevallen normatief bepaald.

**Eis 3.16**

*"Alle vitale apparatuur is aangesloten op een noodstroombron."*

Vraag: Veel moderne vitale apparatuur (ventilatoren, IABP, ... ) zijn voorzien van interne batterij. Wordt een interne batterij als noodstroombron aanvaard?

ANTWOORD:

Ja. De interne batterij dient dan ook steeds opgeladen te zijn.

**Eis 3.18**

*"Binnen een eenheid zijn geen andere diensten zoals medium care of CCU geïntegreerd. Er is een duidelijke afbakening tussen beide. Wanneer IZ en medium care eenzelfde toegang hebben, dan dienen de patiëntenkamers voor IZ apart opgesteld te staan en aantoonbaar"*

VRAAG: Er wordt een duidelijke afbakening tussen IZ en medium care gevraagd, met - in geval van eenzelfde toegang - aantoonbaar aparte patiëntenkamer voor IZ.

Hoe moet dit in praktijk geïnterpreteerd worden voor een IZ/ medium care met eenzelfde toegang: Is het voldoende dat de bedden bedoeld voor CCU visueel herkenbaar zijn en gescheiden van de andere IZ bedden? Mag er een gedeelde verpleegpost zijn voor deze 2 eenheden?

ANTWOORD:

De IZ bedden moeten apart opgesteld staan en aantoonbaar zijn.

Er moet een specifieke personeelsequipe zijn voor IZ en een aparte personeelsequipe voor medium care.

Er mag dus geen vermenging zijn tussen IZ en medium care zowel mbt bedden als mbt personeel. Eenzelfde ingang en verpleegpost maken het onderscheid moeilijker. De functionele opsplitsing moet dan duidelijk aantoonbaar zijn.

**Eis 3.21**

*"Bij elke invasief beademde patiënt is capnografie aanwezig."*

Vraag: Vermits elke kamer moet uitgerust kunnen worden met een beademingstoestel (3.13), zou dit betekenen dat we elke kamer moeten kunnen uitrusten met capnografie.

Dit is volgens ons overshooting: met een bloedgasanalyser kom je al heel ver wat betreft CO2 opvolging.

**ANTWOORD:**

De eis werd uitdrukkelijk gevraagd door de intensivisten ivf de patiëntveiligheid bij geïntubeerde patiënten.

Capnografie is belangrijk als continue parameter in het kader van zowel de observatie als in de diagnosestelling.

**Eis 4.8**

*"Er zijn zorgbundels voor specifieke doelgroepen in gebruik."*

**VRAAG:** Moeten er gewoon zorgbundels in gebruik zijn of zijn er specifieke zorgbundels die er minimaal moeten zijn?

**ANTWOORD:**

Er wordt geen eis gesteld naar een minimaal aantal of naar specifieke doelgroepen toe. Maar de functie IZ dient wel het principe van zorgbundels in haar werking in te passen. Welke en hoeveel staat vrij. Er is bv. het federale project m.b.t. VAP (ventilator geassocieerde pneumonie).

Andere mogelijkheden: zorgbundel POWI (post operatieve wond infectie), centrale katheter infectie...

**Eis 5.1**

*"Het patiëntendossier bevat: parameters volgens medisch voorschrift zoals hartfrequentie, bloeddruk, ..."*

**VRAAG:** Het meten van parameters is een B1-handeling. Dus wettelijk is hier geen medisch voorschrift voor nodig.

**ANTWOORD:**

De eis zal worden gewijzigd als volgt: 'medisch voorschrift' wordt gewijzigd naar 'medische noodzaak'.

**Eis 5.3**

*"Het is duidelijk welke verpleegkundige de coördinatie opneemt."*

**VRAAG:** Mag dit de hoofdverpleegkundige zijn? Kan dit - indien niet de hoofdverpleegkundige - dagelijks of wekelijks wijzigen?

**ANTWOORD:**

Het gaat hier over de zorg voor de patiënt. In analogie met het medisch toezicht, is het nodig dat op elk ogenblik duidelijk is welke verpleegkundige de zorg opneemt. De hoofdverpleegkundige is niet de aangewezen persoon, tenzij deze effectief de patiënt verzorgt.

De zin wordt gewijzigd als volgt: "Het is duidelijk welke verpleegkundige is toegewezen aan de patiënt."

**Eis 5.5.**

*"Elke patiënt heeft een DNR code in het dossier (of een andere code voor het aangeven van een beperking van therapie).*

*Er wordt ook een code gebruikt in geval van 'geen therapierestrictie'."*

**OPMERKING:** De artsen van de dienst intensieve zorgen vinden het gebruik van een DNR-code een verarming. Momenteel omschrijven zij zeer uitgebreid in het dossier wat de therapierestrictie inhoudt, deze wordt individueel aangepast per patiënt. Deze omschrijving is vaak niet te vatten

onder één welbepaalde code. Soms bevat dit namelijk elementen uit meer dan één DNR-code. De vraag wordt dan ook door hen gesteld of het voldoende is de therapierestrictie voldoende te omschrijven in plaats van een uitdrukkelijke code te gebruiken.

**ANTWOORD:**

Een omschrijving van de therapierestrictie kan volstaan. Maar die dient dan duidelijk te zijn, bekend te zijn in de functie en goed zichtbaar vermeld in het dossier.

Er dient in IZ ook melding te worden gedaan indien er geen therapierestrictie is.

Vraag: Is dit een haalbare kaart en noodzakelijk?

**ANTWOORD:**

Voor de functie IZ blijft de verplichting bestaan dat voor elke patiënt een DNR/CBT code bepaald wordt, gelet op het specifieke karakter van IZ.

**Eis 5.6**

*“De DNR code is getekend/ gevalideerd door de arts:*

*\* er is een melding "besproken in team"*

*\* er is een melding " besproken met patiënt-familie"*

*\* er is een bondige weergave van de inhoud van het gesprek (minstens eventuele verschillen in mening tussen de gesprekspartners en resultaat van gesprek (=code)).*

*Uitzondering: De code gebruikt in geval van 'geen therapierestrictie' moet niet besproken worden.”*

Vraag: DNR code bij Intensieve Zorgen patiënten: Is het de bedoeling dat de arts een schriftelijke argumentatie geeft bij de toekenning van een DNR code ongeacht deze code een restrictie inhoudt of niet? Of is het de bedoeling dat hij systematisch iedere DNR code met de patiënt en/of zijn/haar familie bespreekt, dit laatste ligt zeer gevoelig.

**ANTWOORD:**

Indien geen therapierestrictie, dan moet de code niet besproken worden.

Vraag: Op de dienst intensieve zorgen dient steeds een DNR-code aangeduid worden in het dossier van de patiënt, ook wanneer deze 0 is.

Ik krijg de vraag of we via een stand order mogen aanduiden dat elke patiënt DNR-0 heeft tenzij er een uitdrukkelijk besproken therapierestrictie is in het dossier.

Dit zou dus willen zeggen dat DNR 0 gebaseerd wordt op de procedure/stand order, maar niet expliciet aangeduid in elk patiëntendossier.

**ANTWOORD:**

Ziekenhuisbreed moet de DNR code niet beschreven worden indien die 0 is.

Voor de functie intensieve zorg werd daar net een uitzondering op gemaakt. Daar wordt geëist dat voor elke patiënt nagedacht wordt over een DNR code. De verplichte vermelding ervan in het patiëntendossier, ook al is die 0, is de reminder daarvoor.

Een stand order is tegengesteld daaraan en wordt niet aanvaard.

**Eis 7.9**

*“De functie werkt mee aan een actief preventiebeleid van nosocomiale infecties door: wekelijks overleg tussen intensivist en de arts of verpleegkundige ziekenhuishygiënist van het team van ziekenhuishygiëne, registratie van nosocomiale infecties, neergeschreven en geupdate richtlijnen en procedure betreffende toe te passen maatregelen voor alle medewerkers binnen de functie.”*

OPMERKING: Wekelijks overleg is niet haalbaar voor een regionaal ziekenhuis.

VRAAG: Kan dit ook opgenomen worden door een aangeduide intensivist ( “sentinelarts Ziekenhuishygiëne) die zich hierin bekwaamd heeft en regelmatig overleg pleegt met de andere intensivisten en Ziekenhuishygiëne?

ANTWOORD:

Preventie van ziekenhuisinfectie wordt als een prioriteit beschouwd doorheen het ziekenhuis en specifiek ook in de functie IZ. Vandaar gaat de aandacht naar een effectief gedragen verantwoordelijkheid door intensivisten en het team voor ziekenhuishygiëne terzake. Het is belangrijk dat continuïteit wordt nagestreefd m.b.t. het voeren en opvolgen van een beleid inzake ziekenhuishygiëne en infectie preventie. Het team ziekenhuishygiëne moet ook wettelijk de hygiëne van ziekenhuisactiviteiten opvolgen. De ziekenhuiswetgeving verwijst dan naar het operatiekwartier en het verloskwartier, maar de functie IZ past zeker in deze rij.

In dit kader kan ‘Overleg’ op verschillende manieren worden geïnterpreteerd. Dit kan betekenen letterlijk samenzitten of telefonisch gesprek of er kan gewerkt worden met een aangeduide intensivist ( een soort van “sentinel arts Ziekenhuishygiëne) die zich hierin bekwaamd heeft en regelmatig overleg pleegt met de andere intensivisten en Ziekenhuishygiëne.

Ook een microbioloog zijn die daarvoor wordt afgevaardigd, kan een gesprekspartner zijn daarvoor. De eis wordt als volgt gewijzigd:

*“De functie werkt mee aan een actief preventiebeleid van nosocomiale infecties door:*

*-wekelijks gesprek 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.”*

### Eis 8.5

*“Er bestaat een ziekenhuisbrede procedure voor patiëntenidentificatie met specifieke aandachtspunten voor intensieve zorg.”*

VRAAG: Wat wordt bedoeld met ‘specifieke aandachtspunten voor IZ’? Kan u hier voorbeelden van geven?

ANTWOORD:

Indien een patiënt bij opname geen identiteitsbewijs bij zich heeft en of zijn eigen identiteit niet kan/wil bevestigen en geen begeleider heeft, dan beschikt die enkel over een dossiernummer. Een tweede identificatieparameter zou dan een uniek nummer kunnen zijn dat in een register vastgelegd wordt of opnamedatum en uur of ...

Een patiënt kan evt. niet in staat zijn om zijn gekende identiteit te bevestigen.

Dan kan de vraag m.b.t. de identiteit gesteld worden aan de begeleider indien patiënt zich buiten de eigen afdeling bevindt.

**Eis 9.1**

*“Bij elk kind mag er steeds een ouder/vertrouwenspersoon voor het kind aanwezig zijn.”*

VRAAG: Doelt dit ook op rooming-in? Effectieve aanwezigheid 24h/24h in de kamer zelf?

Wat als de architectonische structuur van de afdeling dit niet toelaat? Een ouderkamer verwijderd van de afdeling of een familieverblijf is dat ook een mogelijkheid?

**ANTWOORD:**

Gelet op de nieuwe wetgeving m.b.t. het zorgprogramma voor kinderen worden de bepalingen voor kinderen op I.Z. geschrapt in dit eisenkader.

**Eis 10.3 IZ**

*“Er wordt een medische en verpleegkundige nota (evt. elektronisch) opgesteld bij transfer van een patiënt van of naar de intensieve zorgen.*

*Volgende elementen dienen minimum in de handover genoteerd te staan: identiteit van de patiënt, diagnose en behandeling, verpleegkundige zorgen, parameters en medicatieschema.”*

Vraag: Volstaat het dat het hele dossier bij transfer wordt meegegeven of moet dit op een apart document worden “overgeschreven”?

**ANTWOORD:**

Een transferblad trekt de aandacht naar de actuele ziekte-toestand van de patiënt en belangrijke aandachtspunten op moment van transfer. Indien het patiëntendossier daarop is voorzien, dan is dat OK.

**Eis 17.1D dienst**

*“De toekenning en vermelding van de DNR/CBT code dient te voldoen aan een protocol opgemaakt binnen het ziekenhuis en bevat minstens de elementen van eis 6.3.5.5. ”*

Vraag: Het is niet duidelijk waar 6.3.5.5 naar verwijst.

**ANTWOORD:**

Er wordt verwezen naar de bepalingen m.b.t. DNR/CBT in het patiëntendossier eisen 5.5. en 5.6.

## Eisenkader ziekenhuisapothek

### Eis 1.2

Taken in de ziekenhuisapothek. Is het niet aan te bevelen dat er een lijst is wie er werkt in de apothek, over welke diploma's de verschillende medewerkers beschikken en men daaruit ook de bevoegdheden van eenieder kan afleiden. Het systeem van de bekwaamheden en toevertrouwde handelingen kennen we niet in België, niettegenstaande daarvoor vanuit kwalitatief oogpunt heel wat voor te zeggen zou zijn.

#### ANTWOORD:

Door de sector werd de eis mbt de taken van de farmaceutisch technisch assistent weerhouden als belangrijke kwaliteitsvoorwaarde. Deze bepaling is wettelijk verankerd in het K.B. van 05/02/1997.

### Eis 1.3

Wat zijn gepondereerde bedden?

#### ANTWOORD:

Om het belang van het soort kenletter van ziekenhuisbed in een bepaalde wetgeving duidelijk te maken wordt soms een gewicht gegeven aan elke kenletter. Dat noemt men pondereren. Voor de functie ziekenhuisapothek is een C bed gewichtiger dan een A bed voor het bepalen van het aantal ziekenhuisapothekers.

### Eis 1.4

*"Er gebeurt een registratie en evaluatie van de gevolgde opleiding per personeelslid."*

VRAAG: Ten opzichte van welke norm moet je een gevolgde opleiding gaan toetsen?

#### ANTWOORD:

'Evaluatie' van de opleiding zal worden geschrapt, zoals het ook elders geschrapt werd.

### Eis 1.8

*"De functie kan beroep doen op een logistieke hulp en een administratieve kracht al dan niet gedeeld met een andere dienst."*

VRAAG: De noodzaak om beroep te kunnen doen op een administratieve kracht, dient bepaald te worden door het ziekenhuis zelf. Een goed uitgebouwd dossier kan dit overbodig maken. We willen ervoor pleiten om dit door de ziekenhuizen zelf te laten bepalen.

#### ANTWOORD:

De eis wordt weerhouden. 'Beroep doen op' kan ruim geïnterpreteerd worden. De eis wordt afgezwakt door de mogelijkheid van deling van die taak met een andere dienst.

### Eis 2.3

*"De oppervlakte van de ziekenhuisapothek is minimaal 1,2 m<sup>2</sup>/ bed (huidige norm) en is daarenboven voldoende groot voor volgende opdrachten: \* de productie en de bereiding van steriele en niet-steriele geneesmiddelen: in aparte ruimtes \* de geneesmiddelendistributie naar individuele patiënten \* het opslaan van de geneesmiddelen \* de administratie \* de archivering De oppervlakte houdt rekening met volume en omzet, aantal en aard van de bereidingen en het personeelsaantal. Er is een afzonderlijke ruimte voorzien om derden te ontvangen. De ruimte voor ambulante patiënten biedt voldoende discretie. Volgende taken kunnen zo nodig uitbesteed worden: ..."*

Vraag: Wat wordt er bedoeld met 'ruimte voor ambulante patiënten'?

ANTWOORD:

De ziekenhuisapotheken kunnen ook medicatie afleveren aan ambulante patiënten, zoals parenterale voeding en oncologische geneesmiddelen die niet in de openbare apotheek te verkrijgen zijn.

In dit geval dient dit op een discrete manier te kunnen gebeuren.

**Eis 3.1**

*"De temperatuur in koelkasten en diepvriezers, waar medicatie wordt bewaard, wordt continu ingelogd."*

VRAAG: Hoe moet dit begrip 'continu loggen' worden verstaan?

Wordt hiermee bedoeld dat in alle koelkasten een automatisch logsysteem moet aanwezig zijn?

Of is een dagelijkse manuele temperatuurmeting ook voldoende als continue logging?

ANTWOORD:

Het is belangrijk dat de temperatuur continu wordt gelogd. Maar dit hoeft niet via een automatische logging. Dat is wel de beste, want de meest continue meting. Maar als de meting verschillende malen gebeurt per etmaal, dan heeft men al een grote waarschijnlijkheid dat men de probleemsituaties kan capteren.

NIEUWE VRAAG: Temperatuur loggen: in het eisenkader van de heelkundige patiënt volstond het om minimaal 1 keer per 24u de temperatuur manueel te controleren en te registreren. In de FAQ-lijst heeft men het opeens over meerdere malen (zie onderstaande). Volstaat 1x/24u of niet? En zo niet, welk aantal wordt vooropgesteld?

ANTWOORD:

Rekening houdend dat een koelkast/diepvriezer verschillende malen per 24 u kan worden geopend, kan worden verondersteld dat de temperatuur snel kan oplopen indien er technische problemen zijn. Daarom wordt geadviseerd om dit meer dan eens per dag te doen. Dat benadert het meest de automatische logging. Echter de manier waarop dit gebeurt is ondergeschikt aan het doel namelijk dat men via minimaal dagelijkse controle kan zien of grenswaarden al of niet overschreden werden en corrigerende acties indien dit wel gebeurde.

De eis wordt gewijzigd als volgt: "De temperatuur in koelkasten en diepvriezers, waar medicatie wordt bewaard, wordt continu bewaakt. Dit kan automatisch of anders minimaal dagelijks met registratie ervan."

**Eis 3.1**

*"Er is een adequate bewaring op het vlak van temperatuur van medicatie in de apotheek en op de afdeling/diensten/funcities/zorgprogramma's. Bewaring in een huishoudelijk schone omgeving."*

Vraag: Uiteraard dient de omgeving stof- en schimmelvrij te zijn. Eveneens wordt op de afdelingen verwacht dat de medicatie in kasten bewaard wordt. Geldt dit ook voor het operatiekwartier? Wat zijn daarnaast de richtlijnen rond de bewaring van implantaten op het operatiekwartier?

ANTWOORD:

Het eisenkader voor de bewaring van medicatie heeft betrekking op het ganse ziekenhuis. Voor de bewaring van implantaten/medicatie in het operatiekwartier geldt dat onbevoegden geen toegang mogen hebben tot de ruimte waar deze bewaard worden. Een sluitende controle op de

toegang tot het operatiekwartier volstaat. Indien er geen sluitende toegangscontrole is, dienen de implantaten/medicatie bewaard te worden in een afgesloten ruimte, zoals in de rest van het ziekenhuis.

#### **Eis 3.4**

*“Alle medicatievoorraden (kast of ruimte) zijn afsluitbaar en worden afgesloten indien onbewaakt.”*

VRAAG: In diensten zoals het OK en IZ is er in principe een toegangsregeling waardoor derden in principe niet zonder toezicht toegang hebben tot het OK. Is deze toegangsregeling voldoende ifv de eis?

#### **ANTWOORD:**

De eis over de medicatievoorraden is onveranderd van toepassing doorheen het ziekenhuis.

Dat er een algemene toegangscontrole is voor een dienst doet niets af aan de eis.

Het betekent dat indien personeel de medicatievoorraad kan bewaken, dat dan die kast of ruimte niet afgesloten moet worden. Dit vergemakkelijkt de werking.

Bewaking met camera is ook geen alternatief, tenzij er constant wordt toegezien op de beelden.

Verdovende middelen of gelijkgestelde medicatie moet steeds afzonderlijk en afgesloten bewaard worden.

#### **Eis 4.4**

*“De voorschriften voor narcotica voldoen aan de wettelijke normen.... Het betreft oorspronkelijke, schriftelijk, gedagtekende en ondertekende voorschriften van een geneesheer.*

OPMERKING: volgens een nieuwe publicatie van het staatsblad is een elektronisch voorschrift ook in orde.

#### **ANTWOORD:**

De eis zal worden aangepast als volgt:

De voorschriften voor narcotica voldoen aan de wettelijke normen, zoals beschreven in het KB van 31/12/1930.

Het betreft ofwel oorspronkelijke, schriftelijke, gedagtekende en ondertekende voorschriften van een geneesheer, ofwel een gevalideerd elektronisch voorschrift zoals bepaald in het K.B. van 13 januari 2014. Op het geschreven recept is duidelijk naam en adres van de ondertekenaar vermeld en is het aantal ampullen, tabletten en de dosis voluit geschreven.

Onder adres kan ook worden verstaan een eenduidige identificatie van de arts: naam en RIZIV nummer van de arts en naam van het ziekenhuis.

#### **Eis 4.5**

*“Alle geneesmiddelen die worden klaargemaakt (o.a. ook de infusen met bijgevoegde medicatie) zijn gelabeld...”*

Vraag: Hoe moet dit worden georganiseerd? Dienen alle infusen waarbij medicatie werd toegevoegd voorzien te worden van een sticker?

#### **ANTWOORD:**

Er dient inderdaad een label voorzien te worden voor infusen.

#### **Eis 4.5**

*"Alle geneesmiddelen die worden bereid zijn gelabeld met o.a. "datum en uur van bereiding".*

Vraag: Wat is hiervan de relevantie. Is datum (en eventueel uur bij korte houdbaarheid) van verval niet relevanter?

VRAAG: Het eisenkader vraagt dat op elke bereiding (magistraal, steriele bereidingen vanuit de apotheek, bereidingen op zaal gemaakt door de verpleegkundigen of de artsen) datum en tijdstip van bereiding moet gezet worden.

Op magistrale bereidingen vb. capsules, zalven, is dit weinig relevant. Voorstel om het vermelden van het tijdstip van bereiding enkel te vragen indien dit relevant is.

#### **ANTWOORD:**

Het is belangrijk dat steeds kan worden gecontroleerd of een geneesmiddel nog mag toegediend worden. Hoe men dat controleert voor magistrale bereidingen wordt vrij gelaten. Dat wordt door het ziekenhuis zelf bepaald. Maar het moet wel zichtbaar gemaakt worden op de medicatie.

De eis wordt gewijzigd als volgt: "...- datum van bereiding of uiterste toediening of uiterste vervaldatum...".

Het uur is enkel belangrijk voor infusen en spuiten.

#### **Eis 4.6**

*"Het medicatiebeleid is vastgelegd in een procedure en wordt periodiek geëvalueerd."*

Vraag: Hoe moet dit worden gezien?

#### **ANTWOORD:**

Er dient door de ziekenhuisapotheker een procedure te worden opgemaakt inzake de medicatie distributie. Procedures zijn tijdsgebonden en dienen doorheen de tijd te worden geëvalueerd op hun efficiëntie en effectiviteit. Dit kan leiden tot al of niet aanpassing ervan. De eis betreft dus een systematische kritische benadering van de medicatie distributie.

#### **Eis 4.7**

*"Er is een procedure rond uitzonderlijke afwijkingen van de norm in het kader van noodsituaties of in het kader van staande orders."*

VRAAG: Voor de apotheek is het niet duidelijk wat met die eis exact bedoeld/verwacht wordt.

#### **ANTWOORD:**

Er zijn verschillende mogelijkheden voorzien mbt het medisch voorschrift (schriftelijk, mondeling met naschrift en staand order. Zie eis 4.3 (nalevingstoezicht)

Eis 4.7 betreft het uitschrijven van de procedure (systeemtoezicht) die van toepassing is voor de verschillende modaliteiten van voorschrift.

De eisen 4.6 en 4.7 worden samengevoegd en gewijzigd als volgt:

*"De medicatie distributie is vastgelegd in een procedure en wordt periodiek geëvalueerd.*

*Er is een procedure rond uitzonderlijke afwijkingen van de norm in het kader van noodsituaties en rond staande orders."*

#### **Eis 5.3**

*"Betrokken medewerkers (artsen, verpleegkundigen en apothekers) kunnen een geactualiseerde lijst consulteren van de in het ziekenhuis beschikbare antidota alsook een geactualiseerde procedure voor de behandeling van intoxicaties."*

VRAAG: Behandelt de procedures de intoxicaties met betrekking tot de beschikbare antidota of behandelt de procedure alle mogelijke intoxicaties?

ANTWOORD:

De lijst betreft de procedures voor de intoxicaties met betrekking tot de antidota die beschikbaar zijn in het ziekenhuis.

Voor intoxicaties die niet in de lijst zijn opgenomen moet er uiteraard ook een algemene procedure zijn die aangeeft wat dan moet gebeuren.

**Eis 6.2**

*“Er is een gestructureerde terugkoppeling aan de voorschrijvers.”*

VRAAG: Hoe moet deze terugkoppeling gebeuren?

ANTWOORD:

Dit kan via een communicatiemoment of schriftelijk/elektronisch.

**Eis 8.3**

*“Elk nieuw medisch hulpmiddel dat in het ziekenhuis courant wordt gebruikt, werd in het comité medisch materiaal volgens de aanvraagprocedure behandeld en goedgekeurd.”*

Vraag: Wat is de definitie van een medisch hulpmiddel? En wat is “courant”?

ANTWOORD:

Op de website van het federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten wordt "medisch hulpmiddel" als volgt gedefinieerd: Elk instrument, toestel of apparaat, elke stof of elk ander artikel dat/die alleen of in combinatie wordt gebruikt, met inbegrip van de software die nodig is voor de goede werking ervan, en dat/die door de fabrikant bestemd is om bij de mens voor de volgende doeleinden te worden aangewend”

[http://www.fagg-afmps.be/nl/MENSELIJK\\_gebruik/gezondheidsproducten/medische\\_hulpmiddelen\\_hulpstukken/algemeenheden/definities/](http://www.fagg-afmps.be/nl/MENSELIJK_gebruik/gezondheidsproducten/medische_hulpmiddelen_hulpstukken/algemeenheden/definities/)

Courant betekent regelmatig, dus niet eenmalig of zeer uitzonderlijk. Er is niet bepaald vanaf welke frequentie.

**Eis 9.1**

*“De functie ziekenhuisapothek verzekeert de farmaceutische zorg van de patiënten die medicatie bekomen via de ziekenhuisapothek. Het betreft de (in)directe informatieverstrekking over de medicatie t.a.v. de patiënt.”*

Vraag: De functie ziekenhuisapothek, wil dit zeggen dat de informatie aan de patiënt over geneesmiddelen die door de ziekenhuisapothek verstrekt wordt, enkel en alleen mag gegeven worden door ziekenhuisapothekers behorende tot de dienst ziekenhuisapothek of dat deze informatie ook mag gegeven worden door een persoon die de beroepstitel heeft van ziekenhuisapotheker, maar administratief geen deel uitmaakt van de dienst ziekenhuisapothek; bv. ziekenhuisapothekers die deel uitmaken van de dienst Farmacotherapiecel of van een andere dienst binnen het ziekenhuis.

ANTWOORD:

Het betreft hier de functie ziekenhuisapotheek, dus personen die deel uitmaken van/verbonden zijn aan die functie. De ziekenhuisapotheker-titularis moet dit kunnen aansturen.

#### **Eis 9.2**

*“De ziekenhuisapotheker heeft inspraak bij de bepaling van het beleid rond opname en ontslagmedicatie.”*

Vraag: Dit kan nogal ruim geïnterpreteerd worden waardoor het al dan niet behalen van zo'n norm moeilijk in te schatten is.

#### **ANTWOORD:**

Het is wel belangrijk in het kader van medicatieveiligheid.

#### **Eis 11.4**

*“De bereiding van cytotoxische geneesmiddelen gebeurt in een afgescheiden ruimte in een uitsluitend daartoe geschikte verticale LAF kast (met glas) of isolator (hermetisch gesloten kast), met aangepaste maatregelen voor de bescherming van de bereider (minimum: specifieke geschikte handschoenen, ondoorlaatbare schort, haarkapje en specifiek schoeisel) en volgens de daartoe voorziene procedure.”*

VRAAG: Wat wordt er bedoeld met “specifiek schoeisel” ter bescherming van de bereider van cytostatica?

#### **ANTWOORD:**

Er dienen dienstspecifieke gesloten schoenen gedragen te worden die dus enkel voor de bereiding van de cytostatica gebruikt worden. De eis wordt in die zin aangepast.

### **Eisenkader spoed en MUG**

#### **Eis 1.2**

*‘Geen van deze twee verpleegkundigen wordt vast ingeschakeld voor structureel georganiseerde activiteiten elders zoals bv. algemene waak of permanenties waardoor de normatieve verpleegkundige permanentie van de spoed in het gedrang komt. 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 die de permanentie waarnemen, tijdelijk elders dan de spoedfunctie worden ingeschakeld, maar nog steeds op dezelfde vestigingsplaats.*

*Van zodra er zich een patiënt aanmeldt in de spoed wordt deze verpleegkundige onmiddellijk gecontacteerd en begeeft die zich direct naar de spoedfunctie.”*

VRAAG: Volstaat 1 VPE voor MUG en 1 VPE voor spoed, waarvan deze laatste sporadisch opgeroepen wordt door de nachtsupervisor ?

#### **ANTWOORD:**

Neen, er dienen 2 verpleegkundigen te worden ingezet voor de erkende spoed en bijkomend 1 verpleegkundige voor de erkende externe MUG functie.

Er wordt toegestaan dat 1 van beide spoedverpleegkundigen de functie verlaat indien er geen patiënten in de spoed aanwezig zijn. Er wordt dus vertrokken van de situatie op de spoedfunctie. Pas

indien daar de toestand het toelaat kan de tweede verpleegkundige elders gaan ondersteunen. Men mag de cascade niet omdraaien.

VRAAG: In bepaalde ziekenhuizen die minder groot zijn en een minder drukke spoed hebben wordt 's nachts één van de twee spoedverpleegkundigen (ook adjunct- hoofdverpleegkundigen) altijd ingezet voor de algemene waak. Deze behoudt zo een overzicht van gans het ziekenhuis en kan dat organiseren in functie van de drukte op spoed, het gaat om uitstelbare taken. 's Nachts is dat perfect combineerbaar. Kan die eis worden gerelateerd tot de "patiënten load" in de nacht, waarbij het ziekenhuis de kans krijgt om dit zelf te organiseren in functie van de schaalgrootte en zeker ook ifv de activiteiten.

De algemene waak is geen structureel georganiseerde activiteit maar planbaar en uitstelbaar en men kan steeds direct naar spoed terugkeren en beschikbaar zijn. De algemene waak zit nooit normatief ergens op een andere dienst.

ANTWOORD:

Indien de algemene waak inderdaad niet gepaard gaat met gestructureerde activiteiten, dan kan die taak worden waargenomen door de spoedverpleegkundige voor zover er zich geen patiënten bevinden op de spoed.

In de eis wordt 'algemene waak' geschrapt.

VRAAG: Kan de tweede spoedverpleegkundige bij drukte of noodzaak (dus niet structureel) ingezet worden ter ondersteuning van een andere afdeling (op dezelfde vestigingsplaats) indien er 2 gestabiliseerde patiënten op spoed aanwezig zijn? Uiteraard zal bij het aanmelden van een nieuwe patiënt de tweede verpleegkundige opgeroepen worden. Doch zijn wij van mening dat 1 spoedverpleegkundige de zorg voor 2 gestabiliseerde spoedpatiënten kan opnemen en dat de tweede spoedverpleegkundige dan bij noodzaak of drukte op een andere afdeling even kan helpen. De tweede spoedverpleegkundige is ten alle tijde oproepbaar en kan onmiddellijk terugkeren naar de spoed.

ANTWOORD:

Het is moeilijk om een grens te trekken. Maar 2 stabiele patiënten in het nachthospitaal kunnen in principe door één verpleegkundige worden verzorgd.

Hoewel de betreffende norm reeds is afgezwakt, kan een afwijking worden toegestaan, wanneer maximaal 2 stabiele patiënten in het nachthospitaal verblijven. Het betreft patiënten die in afwachting van een opname op een verblijfsafdeling in de spoedfunctie verblijven. Dit dient in het dossier aldus beschreven te zijn.

Echter indien er tekorten zijn in de permanentieregeling elders, dan dienen uiteraard eerst die problemen structureel te worden opgelost.

**Eis 1.4**

*"Het verpleegkundig team moet aangepast worden naar gelang van de activiteiten van de dienst; ..."*

VRAAG: Hoe interpreteert men dit?

ANTWOORD:

Spoedfuncties met een grote activiteit moeten meer dan de minimaal 2 normatief opgelegde verpleegkundigen inzetten. Dit kan bepaald worden o.a. via tijdsregistratie.

**BIJKOMENDE VRAAG:** Wat wordt er juist bedoeld met 'een grote activiteit'? Dit is op spoed zo dynamisch dat dit bijna vrij te interpreteren is...  
Betekent 30.000 patiënten per jaar een 'grote activiteit'?

**ANTWOORD:**

Er wordt niet gespecificeerd wat 'grote activiteit' inhoudt. Activiteiten schommelen bovendien. Het ziekenhuis dient inderdaad zelf te bepalen wanneer meer dan 2 verpleegkundigen worden ingezet op spoed. Registratiegegevens kunnen de noodzaak aan extra personeel onderbouwen, bijvoorbeeld wanneer de wachttijden zoals voorzien in de triage bij 'normale omstandigheden' meermaals per week niet kunnen worden gerespecteerd.

**Eis 1.6 spoed**

"Wanneer de interne MUG vanuit de gespecialiseerde spoed vertrekt mag dit geen inbreuk betekenen op de verpleegkundige permanentie van de spoedfunctie. Er moet een interne procedure zijn die het cascadesysteem dekt."

**Vraag:** moeten we dan structureel overbestaffelen om te kunnen terugvallen op het minimum?

**ANTWOORD:**

Deze eis werd voor de spoedfunctie geschrapt.

De basispermanentie van de functie IZ van 2 verpleegkundigen dient wel steeds gerespecteerd te worden. Stel: de functie IZ is erkend voor 9 bedden, dan dient de permanentie daar uit 3 verpleegkundigen te bestaan. In dat geval kan in principe de interne MUG wel vanuit de functie IZ starten, omdat de basispermanentie van 2 bewaard blijft.

Een functie IZ erkend voor 6 bedden zal dus de interne MUG niet kunnen laten vertrekken vanuit de functie IZ zonder bijzondere ondersteuning van IZ te voorzien (cascade eis).

Voor de functie spoed is de cascade eis evenwel geschrapt.

**Eis 1.8**

*"De medische permanentie wordt waargenomen door geneesheren die een kwalificatie bezitten die voldoet aan de normatieve vereisten. Deze artsen zijn minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden."*

**VRAAG:** Moeten alle permanentieartsen minstens halftijds verbonden zijn met het ziekenhuis, ook spoedartsen die nachtpermanentie doen?

**ANTWOORD:**

De permanentie op de spoed moet worden waargenomen door minstens 1, minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden geneesheer.

Dus op elk moment moet een minimaal halftijds aangestelde arts de permanentie waarnemen. Maar indien de spoedpermanentie, i.f.v. de activiteiten, door 2 of meer artsen wordt waargenomen, dan moet de tweede arts niet noodzakelijk halftijds aan het ziekenhuis verbonden zijn. Het is wel aangewezen dat elke permanentie arts het ziekenhuis kent met de gangbare procedures.

Halftijds wordt gedefinieerd als 5 halve dagen.

**Eis 1.08**

*Bijkomende eis: "Indien een ASO, minstens derde jaars in opleiding, van wacht is dan is een supervisor met de kwalificatie van urgentiegeneskunde oproepbaar op spoed."*

OPMERKING: Deze eis is discriminerend ten aanzien van de kleinere ziekenhuizen. Het is jammer dat hier niet het kwaliteitsaspect wordt meegenomen, maar enkel naar de letter van de wet wordt gekeken.

ANTWOORD:

De mogelijkheid om ASO vanaf het derde jaar op te nemen in de spoedwacht is wettelijk onderbouwd.

Die mogelijkheid moet worden meegenomen in het eisenkader omdat bij vaststelling daarvan geen negatieve rapportering zou worden gegeven.

OPMERKING: Niet akkoord, hiervoor bestaat geen wettelijke basis. De bron waarnaar verwezen wordt is deze:

MB 30 april 1999 Vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten. Art. 2 § 10

Dit artikel stelt dat kandidaat specialisten uit de basisdisciplines (cfr eisenkader 1.9) moeten kunnen deelnemen aan permanenties op IZ/spoed/MUG in het kader van hun opleiding in zoverre de diensten IZ/spoed/MUG voldoen aan de hun erkenningseisen. Voor spoed zijn de erkenningseisen geformuleerd in het KB van 27/4/1998.

Het artikel stelt ook dat kandidaat specialisten in opleiding, steeds moeten kunnen assisteren op IZ/spoed/MUG, m.a.w. in aanwezigheid van een geneesheer die de permanentie verzekert.

Het art. 2 § 10 stelt niet, noch in de letter, noch in de geest: indien een ASO, minstens derde jaars in opleiding, van wacht is dan is een supervisor met de kwalificatie van urgentiegeneeskunde oproepbaar op spoed.

Bovendien stelt het Art. 2 § 9 van hetzelfde MB: Hij (de kandidaat specialist) neemt deel aan de opvang en de behandeling van de spoedgevallen in zijn eigen en de aanverwante specialiteiten, onder de leiding van zijn stagemeester en volgens de graad van zijn opleiding.

ANTWOORD:

Een bronvermelding die verwijst naar een wet of norm betreft een bron voor een normatieve eis.

Ook hier is dat zo. De bron verwijst naar de normatieve eis en niet naar de bijkomende eis.

De bijkomende eis werd, bij het tot stand komen van het eisenkader, wel zeer uitdrukkelijk gevraagd door de spoedartsen. Dit is ingegeven door het feit dat een ASO van spoedwacht in het kader van de opleiding moet kunnen terug vallen op een erkende urgentie arts. Een urgentie arts is deskundig in het opvangen van patiënten maar ook in het organiseren van de spoedfunctie. Beide aspecten zijn in opleiding belangrijk.

**Eis 1.14**

*“De geneesheer-diensthoofd is een erkend geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde. 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.”*

OPMERKING: een arts houder van de bijzondere beroepstitel urgentiegeneeskunde kan wettelijk eveneens medisch diensthoofd zijn (MB van 14 februari 2005).

De omschrijving kan tot verwarring leiden.

Gezien dit een wettelijke norm is, lijkt een nalevingsniveau 1 gepast.

ANTWOORD:

Het gaat hier inderdaad over de bijzondere beroepstitel geneesheerspecialist in de urgentiegeneeskunde volgens art. 2, 1° of 2° van het M.B. van 14/02/2005. Deze vermelding zal worden bijgevoegd aan de eis.

### **Eis 1.16**

*“Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie doorloopt een doorgedreven opleiding in reanimatie.”*

**VRAAG:** wat wordt bedoeld met een doorgedreven training? Behoort het opleidings- en bijscholingstraject tot geneesheer-specialist of de bijzondere beroepstitel voor spoed en intensieve hier toe of is dit een afzonderlijke training die op regelmatige basis herhaald moet worden?

#### **ANTWOORD:**

Een doorgedreven opleiding betekent Advanced Life Support training. Deze training dient op regelmatige basis te worden gevolgd. Een jaarlijkse frequentie is nu in de eis opgenomen. Indien iemand binnen dat jaar een opleiding volgde (tot specialist / bijzondere beroepstitel) waarbinnen ALS een opleidingsonderdeel vormde, wordt dit als eveneens voldoende beschouwd. Maar er dient dus wel op de werkvloer een jaarlijkse opleiding te worden ingevoerd. De persoon die die opleiding geeft wordt gelijk geschakeld.

### **Eis 3.1**

*“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.”*

**VRAAG:** Hoe moeten de formuleringen rond het “eigen specifiek verpleegkundig team” voor de mug worden geïnterpreteerd? Mag deze verpleegkundige worden meegeteld als het gaat over de basispermanentie op spoed of moet deze supplementair worden beschouwd? Zelfde vraag voor andere prehospitaalfuncties, de triageverpleegkundige en de “interne mug-functie”...

#### **ANTWOORD:**

Het verpleegkundig kader van de externe MUG mag niet worden meegeteld voor de basispermanentie van de spoed.

De triageverpleegkundige en in voorkomend geval de interne MUG verpleegkundige komende van spoed mogen wel worden meegeteld voor die basis permanentie.

#### **BIJKOMENDE VRAAG:**

En wat zijn dan de kwalificaties die gevraagd worden van die vervanger? Indien dezelfde als die vermeld in het eisenkader, dan is dit hetzelfde als stellen dat er een derde verpleegkundige moet zijn als de interne mug van op spoed vertrekt...

En wat met prehospitaalfuncties, bv de verpleegkundige die wordt ingeschakeld voor interhospitaaltransporten. Of mag bv een verpleegkundige die instaat voor de zorg voor patiënten op het nachthospitaal meetellen voor de basispermanentie?

#### **ANTWOORD:**

Wordt geschrapt uit het eisenkader: “Wanneer de interne MUG vanuit de gespecialiseerde spoed vertrekt mag dit geen inbreuk betekenen op de verpleegkundige permanentie van de spoedfunctie. Er moet een interne procedure zijn die het cascadesysteem dekt.”

#### **Eis 4.1**

*"In elke patiëntenbox, ~~in de wachtruimte, in de isolatiebox~~ en in het patiënten toilet, is een efficiënt oproepsysteem aanwezig dat bereikbaar is voor de patiënt."*

#### **Eis 4.2**

*In elke patiëntenbox, ~~in de wachtruimte, in de isolatiebox~~ en in het patiënten toilet, is een efficiënt alarmeringssysteem aanwezig dat bruikbaar is voor de verpleegkundige.*

VRAAG: In de bron waarnaar wordt verwezen (KB 23 oktober 1964, algemene inrichting / functionele normen punt 7) wordt enkel melding gemaakt van "een bescheiden maar doeltreffend oproepingssysteem in al de ziekenkamers".

Worden in eis 4.1 de wachtruimte en toilet dan aanzien als "ziekenkamer" of is het voor deze ruimtes niet noodzakelijk een oproepsysteem te voorzien?

#### **ANTWOORD:**

De eis vraagt dat ook in de wachtruimte en in het patiënten toilet van de spoed een oproepsysteem voorzien wordt, gelet op de mogelijke acute situaties die ook daar kunnen voorkomen, gelet op de doelpopulatie.

Dit heeft eerder te maken met de 'doeltreffendheid' van een oproepsysteem in de spoedfunctie.

De eis dient eigenlijk gelezen te worden opgesplitst in een normatief deel en een deel bijkomende eis.

#### **Eis 4.6**

*"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."*

VRAAG: Wat wordt concreet verstaan onder 'patiënten posities'? Zijn dit de liggende patiënten die in een spoed box gelokaliseerd zijn voor hospitalisatie (ernstige pathologie)? Of moet er ook monitoring voorzien worden in andere locaties zoals orthopedie-boxen, gipskamer of enkel de relevante plaatsen? Wat met posities in gang (bv bij grote patiënten toestroom zoals bij rampen)?

#### **ANTWOORD:**

Er dient monitoring mogelijk te zijn voor alle patiënten posities die monitoring vereisen.

Het gaat hier over de kritieke patiënten en de patiënten voor observatie.

In welke ruimte die patiënten ook terecht komen, de mogelijkheid voor monitoring moet voorzien zijn. Dit kan via vaste of via mobiele monitors.

#### **Eis 4.10**

*"Er is een isolatiekamer ingericht die kan worden gebruikt voor agressieve patiënten."*

Vraag: de wettekst waarnaar gerefereerd wordt is: " Een lokaal waar patiënten met een acute psychiatrische pathologie tegen automutilatie kunnen beschermd worden en van de andere patiënten kunnen worden afgezonderd."

#### **ANTWOORD:**

De eis wordt als volgt gewijzigd: "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."

#### **Eis 4.10**

*“Er is m.b.t. de isolatiekamer aandacht voor de veiligheid van patiënt en personeel. Er is beveiliging tegen automutilatie, suicide en brand:*

- geen radiator*
- geen scherpe hoeken*
- verankerd bed zonder spijlen*
- zachte wanden en binnenkant van deuren*
- scheurvrij linnen*
- deurknoppen, ... zijn suicideproof*
- matras en linnen zijn brandvrij*
- de deuren zijn brandvertragend*
- er is rookdetectie*
- de kamer heeft een sas en de deuren draaien naar buiten*

*Er is mogelijkheid tot auditief en visueel toezicht op de geïsoleerde patiënt, waarbij de privacy gerespecteerd blijft.*

*Onbevoegden kunnen niet in de kamer kijken of op het beeldscherm.”*

Vraag: de isolatiekamer heeft een sas en de deuren draaien naar buiten: In het KB van 27 april 1998 art 3, 6° kunnen we niets terug vinden over de verplichte aanwezigheid van een sas in de isolatiekamer. Kan u toelichten of dit verplicht is of niet?

#### **ANTWOORD:**

Het is een bijkomende eis, dus niet wettelijk afdwingbaar.

#### **Eis 5.1**

*“De functie beschikt over een herkenbaar lokaal dat toegankelijk is voor ambulante en bedlegerige patiënten.”*

VRAAG: Wat wordt er bedoeld met ‘herkenbaar’, dient dit bv visueel met een affiche te worden aangebracht ?

#### **ANTWOORD:**

Het moet voor de patiënt duidelijk zijn waar de ‘eerste opvang voor spoedgevallen’ in het ziekenhuis gelegen is, zoals dit ook geldt voor elke afdeling, dienst,...

#### **Eis 5.2**

*“Het lokaal is uitgerust met een reanimatiekar met een monitor, defibrillator, EKG, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuse perfusie en intubatie, een draagbare zuurstofbron.*

*Er is een verantwoordelijke aangeduid voor de controle van medicatie en materialen in de reanimatiekar. Het tijdstip waarop de laatste controle is gebeurd staat vermeld. De controle dient minimaal 1x per dag te gebeuren en de medicatie na elke verbreking van het zegel.”*

VRAAG: Dienen deze uitrustingen voorzien te worden in elke patiëntenbox?

#### **ANTWOORD:**

De functie 'eerste opvang van spoedgevallen' dient te beschikken minimaal over een herkenbaar lokaal dat toegankelijk is voor ambulante en bedlegerige patiënten. En dat lokaal moet beschikken over de vermelde uitrusting. Het betreft hier medicatie en materiaal voor de spoedfunctie. Dit kan worden opgesteld in een reanimatiekar, zodat die voor de eventuele verschillende lokalen van die functie kan gebruikt worden. Indien de functie beschikt over meerdere lokalen, dan dient minimaal één lokaal zo te worden ingericht.

De eis wordt gewijzigd als volgt: ""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."

VRAAG: De eis m.b.t. de reanimatiekar is verschillend van die van de eerste opvang van spoedgevallen.

ANTWOORD:

De bijkomende eis rond de reanimatiekar voor IZ en gespecialiseerde spoed betreft de reanimatiekar die wordt gebruikt voor interne reanimaties (interne MUG). De optie om de functie 'eerste opvang van spoedgevallen' te gebruiken als mogelijke uitvalsbasis voor interne MUG was toen niet meegenomen. Daarom is nu op IZ en spoed/eerste opvang spoed de eis gewijzigd/opgenomen als volgt: "Indien de functie intensieve zorgen/gespecialiseerde spoed/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 aangewezen 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."

Daardoor wordt de eis mbt de reanimatiekar, voor interne MUG, op IZ, op de gespecialiseerde spoed en de eerste opvang van spoedgevallen uniform.

Eis 6.2

*MUG "Er is een verantwoordelijke aangesteld voor de controle van medicatie en materialen. Deze verantwoordelijke en het tijdstip waarop de laatste controle is gebeurd, moeten traceerbaar zijn. De controle dient minimaal 1x per dag te gebeuren en na iedere interventie."*

Vraag: Na elke interventie dient de aanvulling te gebeuren. De volledige traceerbare controle moet minimaal 1x per dag te gebeuren.

Schrapping 'na iedere interventie'

ANTWOORD:

Het is belangrijk dat het materiaal wordt bijgevoegd na elke interventie om te vermijden dat het materiaal of de medicatie niet in orde zou zijn voor een volgende rit. Deze bepaling werd door de sector toegevoegd.

Eis 7.1

*"Het dossier (al dan niet geïntegreerd met het patiëntendossier van het ziekenhuis) van de spoedgevallapatiënt bevat onder meer volgende documenten en gegevens (indien gekend\*):*  
*1. Identiteit\* 2. Herkomst patiënt\* 3. Huisarts\* 4. Aanmeldingsklacht\* 5. Medische voorgeschiedenis\**  
*6. Naam van behandelende verpleegkundige op spoed 7. Naam van behandelende arts op spoed 8.*  
*Klinisch onderzoek 9. Vitale parameters (Volgens medisch voorschrift: BD - HR - saturatiemeting - t° -*

*pijn - bewustzijn - resp. aandachtspunten - nausea) 10. Technische onderzoeken (resultaten) 11. Behandeling op spoed 12. Eventuele diagnose op spoed 13. Bestemming van patiënt"*

VRAAG: Bestemming van de patiënt: is dit voldoende dat men een terugkeer naar huis, transfer of opname in het ziekenhuis noteert?

ANTWOORD:

Ja, dit kan volstaan.

'Indien gekend' wordt geschrapd.

*"9. Parameters (Volgens medisch voorschrift: BD - HR - saturatiemeting - t° - pijn - bewustzijn - resp. aandachtspunten - nausea)"*

Vragen:

-Nausea is geen vitale parameter

-Moet bij kinderen de volledigheid van de parameters worden genomen? De belangrijkste parameters bij kinderen zijn lichaamsgewicht, temperatuur en bij ademhalingsproblemen de saturatie.

-Dienen er bij kleine traumata (kleine snijwonden, enkeldistorsie, ...) en kleinere klachten ook alle parameters te worden genomen?

ANTWOORD:

'Nausea' werd geschrapd.

De parameters die moeten gemeten worden dienen bepaald te worden ifv de concrete situatie.

De eis wordt daarom gewijzigd als volgt: ... 9. Vitale parameters (Volgens medische noodzaak: BD - HR - saturatiemeting - t° - pijn - bewustzijn - respiratoire aandachtspunten)

**Eis 7.6**

*"Het dossier/historiek van vorige opnames is consulteerbaar op de spoedgevallendienst."*

VRAAG: Wat betekent 'consulteerbaar'? Volstaat het dat de dossiers uit het archief opgevraagd kunnen worden?

Wat met opnames door andere medische disciplines? Waarvan de info niet intern publiek wordt gemaakt?

ANTWOORD:

Er wordt hier verwezen naar het patiëntendossier dat in het ziekenhuis bewaard wordt/elektronisch beschikbaar is. Daarin staan de noodzakelijke medische en verpleegkundige gegevens in genoteerd en deze zijn consulteerbaar (leesbaar) voor de betreffende zorgverstrekker die er leesrechten toe heeft.

**Eis 7.7**

*"Het actuele dossier, zijnde het werkblad van de actuele opname, papier/elektronisch, is beschikbaar op de dienst waarnaar de patiënt is verwezen, medische beeldvorming, labo, consultatie, opname afdeling."*

VRAAG: Hoe dienen we 'werkblad' te interpreteren? Welke topics dienen op dit werkblad te worden voorzien?

**ANTWOORD:**

Werkblad betekent hier het actieve dossier van de huidige opname zowel medisch als verpleegkundig. Met in acht name van mogelijke selectieve leesrechten.

De eis wordt gewijzigd als volgt:

*“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.”*

**Eis 7.8.**

*“De sequentie van alle interventies en van de noodzakelijke behandelingen gedurende het verblijf van de patiënt op spoed wordt geregistreerd. Er gebeurt een tijdsregistratie van elke uitgevoerde actie.”*

**VRAAG:** Is dit haalbaar bij een papieren patiëntendossier.

**ANTWOORD:**

Dit is uitdrukkelijk door de experts gevraagd gezien dit de mogelijkheid biedt om het proces op te volgen.

**VRAAG:** Wat wordt precies bedoeld met ‘sequentie’ van alle interventies?

Wordt hiermee bedoeld dat uit de documentatie in het dossier de exacte volgorde van bv. triage, anamnese, bloedafnames, aanvraag radiologie, klinisch onderzoek, .... moet blijken?

Of is het voldoende dat het tijdstip gekend is waarop een foto is genomen, het tijdstip waarop het laboresultaat bekend/gevalideerd werd, het tijdstip waarop de medicatie werd gegeven?

**ANTWOORD:**

Het betreft het tijdstip van de uitgevoerde acties op spoed en ook van de aanleverende diensten.

Wanneer zowel het tijdstip van de aanvraag als het tijdstip van het resultaat wordt genoteerd, dan kan een procesopvolging voor spoed gebeuren, rekening houdend met de eigen activiteiten en met die van de aanleverende diensten voor de betreffende patiënt.

**Vraag:** Tijdsregistratie: moet dit apart gebeuren of is het voldoende als het tijdstip op bv. labo-uitslag, foto,... staat?

**ANTWOORD:**

De registratie dient om gebruikt te worden in het kader van procesopvolging van de patiënten opname. Daarvoor is aparte registratie nodig.

**Eis 8.2**

*“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 ...).*

*Indien van toepassing worden voorschriften (bv. medicatie, wondzorg, ...) met de patiënt meegegeven.”*

Bronnen: KB 3 mei 1999 art. 3 en 4

KB 28 dec 2006 art. 4

**Vraag:** De gerefereerde K.B.'s hebben betrekking op het hospitalisatieverloop van de patient en niet rechtstreeks op een spoedgevallenconsult; dit betreft eigenlijk een bijkomende eis.

Geldt niet alleen voor Spoedgevallendienst maar ook voor alle ambulante consulten en valt misschien toch onder systeemtoezicht.  
Bijkomende eis: "Bij ontslag uit de Spoedgevallendienst wordt aan de ambulante patient alle noodzakelijke informatie gegeven met betrekking tot nazorg, complicaties, consultatieafspraken, ...."

**ANTWOORD:**

De wet op de patiëntenrechten vormen de wettelijke basis hiervoor.

De informatie aan de patiënt is dus een normatieve eis.

'Ontslag uit het ziekenhuis' blijft behouden, want ontslag uit de spoeddienst kan evengoed gevolgd worden door opname in het ziekenhuis en dan spreken we over 'zorgoverdracht'.

**Eis 10.6**

*"Indien van toepassing zijn er vervoersdocument voor de ambulancediensten met vermelding van de te nemen maatregelen volgens soort isolatie, echter geen vermelding van de kiem dit i.f.v. de privacy."*

**OPMERKING:** Alle personeel werkzaam op een ambulancedienst valt onder het KB 78 (art. 21 vices en volgende), betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Het beroepsgeheim is van toepassing, waardoor vermelding van de kiem op een vervoersdocument geen schending van privacy hoeft te betekenen.

**ANTWOORD:**

In de eis wordt "...echter geen vermelding van de kiem dit i.f.v. de privacy" geschrapt.

**Eis 11.1**

*"Er is permanent een overzicht beschikbaar op de spoed met vermelding van welke patiënt zich op welke locatie bevindt."*

**VRAAG:** Wat wordt er precies bedoeld met 'locatie' op de spoedgevallenafdeling (bv. box-bedpositie-etc...) of effectief ook zichtbaar tonen indien patiënt naar RX is? (= patienttracking)

**ANTWOORD:**

Het gaat hier over patienttracking. De eis beoogt dat geweten is waar elke spoed patiënt zich bevindt doorheen het ziekenhuis.

**Eis 11.3**

*"De patiëntidentificatie wordt minstens aangewend voor: \* patiënt \* dossier \* voorschriften (onderzoek, behandeling,..) \* medicatie \* staalafname \* onderzoek \* behandeling"*

**VRAAG:** Hoe dienen we onderzoek en behandeling te interpreteren? Worden hier de voorschriften voor onderzoek en behandeling bedoeld of daadwerkelijk de verificatie bij de patiënt voor het uitvoeren van het onderzoek?

**ANTWOORD:**

Hier wordt beoogd dat de patiënt de juiste behandeling of onderzoek krijgt.  
'voorschriften (onderzoek, behandeling,...)' wordt geschrapt in de eis.

**Eis 12.2**

*"Er is een registratieformulier voor patiënten die in tijdelijke isolatie worden gebracht. Dit formulier vermeldt ten minste:*

*- naam van de patiënt, leeftijd, geslacht en opnamedatum;*

- nummer van de afzondering (per jaar);
- datum en uur van ingang en opheffing van de maatregel;
- naam en handtekening van de geneesheer onder wiens verantwoordelijkheid deze maatregel moet genomen worden;
- naam en handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige;
- reden en indicatie voor de maatregel (hieruit dient te blijken dat het om een noodmaatregel gaat);
- follow – up gegevens.”

Bron: Omzendbrief dd. 24 oktober 1990 minister Weckx

VRAAG: Dit item hoort hier niet maar wel bij item "omgang psych patient gespec spoed (14.2)

ANTWOORD:

Deze eis hoort bij beide onderwerpen: agressie en psychiatrische patiënt.

De eis wordt ondergebracht onder 'omgang met psychiatrische patiënten' als eis 14.2.

**Eis 13.2**

*“Er zijn specifieke criteria binnen het triagesysteem, waardoor kinderen voorrang krijgen.”*

OPMERKING: Specifieke criteria binnen het triagesysteem waardoor kinderen voorrang krijgen, worden niet vermeld in het nieuwe KB van 2/8/2014 rond het zorgprogramma kinderen. Waarop is dit dan gebaseerd?

Het is bovendien niet geheel duidelijk wat hiermee wordt bedoeld.

Er zijn een aantal mogelijkheden

1/ men bedoelt dat kinderen omwille van hun 'kind zijn' in een hogere triageklasse geplaatst worden. Bijvoorbeeld: wie 'geel' getrieerd werd, wordt 'oranje' gemaakt omdat de patiënt een kind is. Deze interpretatie is onaanvaardbaar omdat ze de eis tot een wetenschappelijk onderbouwde triage (17.1) ondergraaft. Geen wetenschappelijke onderbouwde triage doet aan een dergelijke op-triage.

2/ binnen een triage klasse krijgen kinderen voorrang. Hiermee kunnen we soms akkoord gaan. In realiteit wordt de volgorde van patiënten binnen een triage klasse bepaald door verschillende aspecten: organisatorische (vb. beschikbaarheid van de CT, toevallige aanwezigheid op de spoed van een bepaalde specialist), ziekte specifieke (vb. time to ECG, time to needle) en patiënt specifieke (vb. wachttijd kind vs. risico op doorligwonden geriatrie patiënt).

Het systematisch voortrekken van een patiëntengroep binnen een triageklassen zal een gevaar betekenen voor patiëntengroepen die minder efficiënt lobbyen.

ANTWOORD:

Een kind hoeft niet steeds voorrang te krijgen. Anderzijds kan leeftijd wel een criterium zijn tot voorrang. De zorgvragen dienen steeds te worden afgewogen.

De eis wordt gewijzigd als volgt:

*“Er zijn specifieke criteria binnen het triagesysteem, waardoor kinderen voorrang kunnen krijgen”*

**Eis 13.4**

*“Er is in de wachtzaal minimaal een kinderhoek ingericht, waarbij een visuele afscheiding wordt bekomen voor de kinderen.”*

VRAAG: een kinderhoek in de wachtzaal is niet relevant; wel relevant is een beleid waardoor kind zo snel mogelijk gezien worden

ANTWOORD:

Er werd daarom een eis toegevoegd voor het systeemtoezicht: "Er is een beleid rond de opvang van kinderen." De eis blijft behouden.

**Eis 16.1**

*"Er wordt een medische en verpleegkundige nota (evt. elektronisch) opgesteld bij transfer van een patiënt naar een hospitalisatieafdeling. Volgende elementen dienen minimum in de handover genoteerd te staan: identiteit van de patiënt, diagnose en behandeling, verpleegkundige zorgen, parameters en medicatieschema."*

VRAAG: Is het voldoende als het volledig verpleegkundig dossier meegaat?

Is telkens een apart transferblad/nota nodig of is het voldoende als de gevraagde items in het patiëntendossier opgenomen zijn?

ANTWOORD:

Een transferblad trekt de aandacht naar de actuele ziekte-toestand van de patiënt en belangrijke aandachtspunten op moment van transfer. Indien het patiëntendossier daarop is voorzien, dan is dat OK.

**Eis 17.1**

*"Er gebeurt een triage van de patiënten op de spoeddienst. Deze gebeurt via een triageprotocol dat wetenschappelijk onderbouwd is.*

*Gedurende de triage worden er aan de hand van de aanmeldingsklacht, triagecriteria en parameters een prioriteit toegekend aan elke patiënt die zich aanmeldt op de spoeddienst. De bevindingen van het triagegesprek evenals de parameters dienen opgenomen te worden in het spoeddossier. De triagescore bepaalt de tijdspanne waarin het medisch contact moet plaatsvinden. Er gebeurt een hertriage wanneer de voorziene tijdspanne is overschreden en/of wanneer er verandering zou optreden in het ziektebeeld of klinische toestand van de patiënt"*

VRAAG: tot schrapping van:

'de wetenschappelijke onderbouwing' van het triage protocol.

'De triagescore bepaalt de tijdspanne waarin het medisch contact moet plaatsvinden'.

ANTWOORD:

... 'dat wetenschappelijk onderbouwd is' wordt geschrapt.

'De triagescore bepaalt de tijdspanne waarin het medisch contact moet plaatsvinden': wordt niet geschrapt. De triagescore heeft net dat voor ogen dat de tijdsspanne daardoor bepaald wordt.

**Eis 17.4**

*"Patiënt worden geïnformeerd over wachttijden."*

VRAAG: Volstaat mondelinge informatie ad hoc?

**ANTWOORD:**

Mondelinge informatie kan volstaan.

Vraag: toevoeging van “in functie van hun verkregen triagescore.”

**ANTWOORD:**

OK wordt toegevoegd

**Eis 17.5**

*“Er is steeds een verpleegkundige van spoed toegewezen aan de triagefunctie...”*

*Bronvermelding:*

*Richtlijn triage 2008*

*www.nvshv.nl*

Vraag: toevoeging bij de bron van “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.”

**ANTWOORD:**

De bron wordt bijgevoegd.

## Nieuwe vragen over het eisenkader

### Algemene toelichting

De enige versies die worden gebruikt in functie van het nalevingstoezicht door Zorginspectie zijn de definitieve versies van eisenkader m.b.t.

- D dienst en functie niet chirurgische daghospitalisatie
- Functie ziekenhuisapotheek
- Functies spoed en MUG
- Functie intensieve zorg.

De versies met behoud van wijzigingen zijn aangereikt aan de sector om zicht te geven op de inhoudelijke wijzigingen.

De wijzigingen van "naleving 1" naar "check 1" zijn hierin niet aangegeven en de onderlijningen hierin zijn niet bindend.

Voor de eisen die worden meegenomen voor check 1 zijn enkel de definitieve versies de juiste.

Het globaal thematisch eisenkader is opgemaakt om alle eisen m.b.t. het internistische eisenkader thematisch te benaderen. Dit gebeurde op vraag van de sector en is ook een goed idee gebleken om hiaten of tegenstrijdigheden te detecteren. Ook dit is eerder een hulpinstrument.

### Eis mbt handhygiëne

*"Basisvereisten voor handhygiëne worden opgevolgd door alle artsen, personeel en medewerkers die op patiëntenafdelingen taken vervullen:*

- *juwelenvrije handen en voorarmen,*
- *geen polshorloges, armbanden en/of ringen*
- *korte, zuivere nagels, dwz geen nagellak, gel of kunstnagels*
- *korte mouwen zowel van dienst-als burgerkledij die onder de dienstkledij wordt gedragen"*

Vraag: Wordt hiermee verwacht dat alle medewerkers die in het ZH werken (en op de afdeling passeren) korte mouwen dragen? Wat als er bijvoorbeeld een informaticus op de afdeling aanwezig is voor het nakijken van een dienstcomputer in het verpleeglokaal van de dienst?

Er is enkel evidentie voor:

'Iedere zorgverstrekker (arts, verpleegkundige, verpleeghulp, paramedicus, ...); evenals iedere professional (schoonmaakpersoneel, technische dienst, ...) **die op een verpleegafdeling contact heeft met de patiënt of zijn directe omgeving.** Onder directe omgeving wordt verstaan het bedlinnen, het meubilair en de voorwerpen op de patiëntenkamer of lokalen waarin patiënten vertoeven. Een stratificatie is mogelijk op basis van de beroepsgroep.'

### ANTWOORD:

Dit is een correcte interpretatie.

### Algemene vragen over het toetsingskader IZ

Vraag: Situatie: CCU en medium care zijn beide afgescheiden van de eenheid IZ.

Zijn de eisen van intensieve zorgen niet van toepassing op CCU en medium care ook al staan daar een aantal van de erkende intensieve bedden?

Zijn voor CCU en MC dus de eisen voor D-bedden van toepassing?

### ANTWOORD:

Met betrekking tot de intensieve zorg voor kritieke patiënten vertrekt de overheid vanuit de positie van de patiënt en de patiëntveiligheid.

Voor wat betreft de ondersteuning van intensieve patiënten door voldoende opgeleid personeel en artsen wordt vertrokken vanuit volgende uitgangspunten:

- Wanneer een functie IZ wordt erkend, dan wordt daarbij steeds een capaciteit aan intensieve C en/of D en/of E bedden bij vermeld. Deze intensieve bedden worden getoetst aan de IZ normen. Ook al benoemt het ziekenhuis deze bedden als CCU of eventueel medium care. Eenheden die door het ziekenhuis opgegeven werden als erkende intensieve zorgeneenheden of eenheden voor highcare patiënten, worden geïnspecteerd aan de hand van het eisenkader intensieve zorgen.
- Gemengde eenheden worden in hun geheel als een eenheid voor intensieve zorgen beschouwd en worden aan de hand van het eisenkader intensieve zorgen geïnspecteerd.

Daarom dient bij gemengde afdelingen met eenzelfde ingang: de eenheid IZ (minimaal 6 bedden) expliciet aanwijsbaar te zijn evenals de eenheid medium care. Dan worden de normen IZ toegepast voor het deel IZ, waarvoor een apart verpleegkundig team is samengesteld en D normen voor het deel medium care, dat eveneens over een apart verpleegkundig team beschikt.

- Beademde patiënten worden beschouwd als kritieke patiënten en vereisen een artsen/personeelskader zoals op een eenheid voor intensieve zorgen vereist is

Afdelingen (bv. CCU, SU, MC... genoemd) waarop geen erkende IZ-bedden staan opgesteld, en waar geen beademde patiënten zijn opgenomen en die niet door het ziekenhuis aangeduid worden als highcare-afdelingen, worden aan de hand van het eisenkader van de D-afdeling geïnspecteerd.

Voor de verpleegkundige zorg in IZ zijn er verschillende eisen:

1. Er moeten minstens 2 verpleegkundigen op de eenheid zijn  
[Deze eis wordt gekoppeld aan de norm die stelt dat een eenheid minstens uit 6 bedden moet bestaan en dat er hiervoor een basispermanentie moet zijn. Vanuit patiëntveiligheid en het recht van de patiënt op kwalitatieve zorg, is het ook van belang dat er minstens 2 verpleegkundigen aanwezig zijn om een reanimatie op kwalitatieve wijze te kunnen uitvoeren.]
2. Naargelang het aantal opgenomen patiënten moeten er voldoende en voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen instaan voor de zorg (1 verpleegkundige per 3 patiënten, waarbij de 'af rondingsregel', zoals beschreven in de eis, wordt toegepast en waarvan de helft van de verpleegkundigen beschikt over een BBT (of gelijkgesteld).  
[Deze eis kan gekoppeld worden aan de wettelijke bepaling die stelt dat er een 24-uurspermanentie moet geboden worden van 2 verpleegkundigen per 6 bedden en het artikel dat stelt dat de bestaffing moet aangepast worden aan de activiteiten. De wiskundige afrondingsregel zelf is niet direct in de wetgeving opgenomen.]
3. Het verpleegkundig team voor deze afdeling is aangepast aan het aantal geëxploiteerde bedden (d.w.z. het maximale aantal patiënten dat kan worden opgenomen en waarbij dit aantal normaliter zou moeten overeenstemmen met het aantal erkende bedden) waarbij er per 6 posities waarop patiënten kunnen opgenomen worden 12 VTE vereist worden, waarvan minstens 6 VTE met een BBT (of gelijkgesteld).  
[Deze eis is gekoppeld aan de wettelijke bepaling dat er een 24-uurspermanentie moet geboden kunnen worden bestaande uit 2 verpleegkundigen per 6 patiënten. Om dit te kunnen realiseren bij maximale bezetting worden per 6 posities 12 VTE geëist.]

**Bovenaan het definitieve eisenkader IZ en de versie met behoud van de wijzigingen IZ, wordt het volgende toegevoegd om te verduidelijken dat een intensieve patiënt in een erkende functie IZ thuishoort:**

*“De functie IZ is bestemd voor patiënten die ernstig bedreigd zijn in één of meer van hun vitale functies. Deze patiënten vereisen een deskundige opvang, ter ondersteuning of bijsturing van deze functies, bij middel van een aangepaste medische, verpleegkundige en paramedische organisatie, van continue monitoring en aangepaste diagnostische en therapeutische interventies.”*

Vraag: Moet op CCU en MC dezelfde (strengere) medische permanentie voorzien worden als op IZ? Of mag de arts daar “gewoon oproepbaar” zijn?

**ANTWOORD:**

Voor afdelingen waarop, conform bovenvermelde uitgangspunten, intensieve zorg wordt geleverd aan patiënten, wordt verwacht dat de medische permanentie wordt ingevuld volgens de IZ eisen. Voor CCU en MC zonder IZ kan de arts oproepbaar zijn.

**Eis 2.10 bepaalt:**

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 IZ functie bevindt. Daardoor kan een IZ arts ook de permanentie opnemen voor de hospitalisatiediensten en ook van de medium care op dezelfde campus.

**Eis 2.14 IZ check 1**

*“De artsen die aan de medische permanentie deelnemen mogen niet langer dan 24 uur na elkaar een medische permanentie met fysieke aanwezigheid in een ziekenhuis vervullen.*

*Dit geldt ook voor de artsen stagiairs.*

*Dit moet worden aangetoond door een nominatief uurrooster van de permanentie artsen.*

*Er dient na elke permanentieperiode met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis van 24 uur een rustperiode van minimaal 8 uur gerespecteerd te worden.”*

Vraag: Mag een arts-intensivist die medische permanentie met fysieke aanwezigheid heeft gedaan voor 24h aansluitend oproepbaar (dus niet fysiek aanwezig) zijn voor anesthesie op OK of moet hier de 8u-regel worden gerespecteerd? Of geldt de 8u regel alleen voor opeenvolgende medische permanenties met fysieke aanwezigheid?

**ANTWOORD:**

De opeenvolgende medische permanentie betreft de permanentie met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis. Indien na 24 u permanentie met fysieke aanwezigheid daarna een oproepbare wachtdienst start, dan kan dit in principe aaneensluitend zijn.

**Eis 2.10 IZ check 1**

Volgende correctie werd aangebracht in **alle versies van het eisenkader voor IZ incl. globale eisenkader:**

*“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 **spoed-IZ** functie bevindt.”*

### **Eis 1.2 IZ check 1**

De eerste zin wordt **aangepast in alle eisenkaders IZ** als volgt:

*"Het aantal verpleegkundigen aanwezig in de **eenheid** IZ is aangepast aan de activiteiten in de **eenheid**."*

**Eis 3.18 IZ check 1** werd nu ook toegevoegd als eis in de **versie IZ met aanduiding van wijzigingen**.

De eis staat wel correct vermeld in het definitieve eisenkader IZ en het globale thematische eisenkader bij IZ.

*"Ramen kunnen door de patiënt niet volledig geopend worden, ter preventie van suïcide of accidentele val door het raam."*

### **Eis 3.21 IZ check 1**

Volgende zin wordt ter verduidelijking **toegevoegd in alle eisenkaders IZ**:

*"IZ en medium care vormen aldus infrastructureel aparte entiteiten met aparte personeelsequipes."*

### **Eis 7.6 IZ**

*"Handen worden ontsmet met handalcohol:*

- \* vóór patiëntencontact*
- \* na patiëntencontact*
- \* vóór een zuivere of invasieve handeling*
- \* na (potentiële) blootstelling aan lichaamsvochten en slijmvliezen*
- \* 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."*

**De vermelding 'naleving 1' die hierbij vermeld stond, wordt geschrapt in de definitieve versie IZ en de versie IZ met behoud van wijzigingen.**

De eis stond nergens onderlijnd en wordt niet getoetst.

### **Eis 2.5 spoed check 1:**

**Correctie werd aangebracht als volgt in de definitieve versie spoed en het globale eisenkader mbt spoed.**

*"Het lokaal van 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."*

### **Eis 1.14 en 2.2 spoed check 1:**

**Correctie werd aangebracht als volgt in de definitieve versie spoed en de versie spoed met aanduidingen van wijzigingen:**

“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 ~~12~~ spoed.”

De eis staat correct vermeld in het globale thematische eisenkader bij spoed.

#### **Eis 11.1 spoed:**

##### **Toevoeging van deze eis in de versie spoed met aanduidingen van wijzigingen:**

*“Er bestaat een ziekenhuisbrede procedure voor patiëntidentificatie. Patiëntidentificatie gebeurt op een uniforme wijze.”*

Daardoor verspringt de nummering. De eis staat wel reeds vermeld in de definitieve versies van spoed. De eis wordt niet getoetst.

### **Vragen over het eisenkader die werden gesteld na 20 november**

#### **Eis 9.1 D dienst:**

1. Indien men spreekt van “*medische orders zijn getekend*” verstaan we hieronder dan:
  - a. Handtekening (dus geen paraaf): **Inderdaad handtekening**
  - b. Per dag? Of 1 handtekening op orderblad waar verschillende order over verschillende dagen gespreid terug te vinden zijn? **Per nieuw order dient een handtekening gezet te worden. Wanneer meerdere orders op eenzelfde moment gegeven worden voor uitvoering op verschillende dagen, dan volstaat ook 1 handtekening. Wanneer dezelfde orders op verschillende dagen gegeven worden, dan worden er meerdere handtekeningen verwacht. In de praktijk verwachten we dus een medisch order voor opstarten en stoppen van medicatie (dit kunnen twee orders zijn, maar kan ook in 1 order zitten, bv. antibiotica gedurende 10 dagen).**
  - c. Met naam en voornaam inclusief RIZIV nummer? **Handtekening volstaat**
2. Er moet informatie terug te vinden zijn over een *allergie* in het medisch dossier
  - a. Wat indien patiënt geen allergie heeft?
    - i. Niets vermelden in dossier? **Niet in orde, zo kun je niet weten of het item bevraagd werd.**
    - ii. Vermelden “geen allergie”? **Inderdaad. Vermelding “geen informatie” of iets dergelijks is ook aanvaardbaar wanneer het item om een of andere reden niet kon bevraagd worden (bv. comateuze patiënt)**
3. Wat verstaat de Zorginspectie onder “*dagelijkse notities*”?
  - a. Aparte katern die gewijd is aan de beschrijving van de evolutie van de toestand van de patiënt? **Dit is niet nodig**
  - b. Eender welke informatie terug te vinden over toestand van de patiënt op eender welke locatie in het medisch dossier? **Kan volstaan.**

#### **Eis 9.4 D dienst:**

*“Het actuele dossier, papier/elektronisch, is toegankelijk op de afdeling waar de patiënt zich bevindt.”*

**VRAAG:** Het KB verwijst naar : 28 DECEMBER 2006. - Koninklijk besluit houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier, bedoeld in artikel 17quater van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen.

Mogen wij veronderstellen dat met afdeling de verblijfsafdeling, de verpleegeenheid wordt bedoeld? Is het een vereiste dat verpleegkundigen of andere paramedici toegang dienen te verkrijgen tot het integraal medisch dossier van de patient?

**ANTWOORD:** Het patiëntendossier heeft een medisch en verpleegkundig luik.

Er moeten voor het patiëntendossier leesrechten worden gegeven volgens de noodwendigheid. Dit kan niet worden veralgemeend.

Zorgverleners moeten echter wel toegang krijgen tot alle informatie die nodig is voor de uitvoering van de zorg bij de patiënt.

Er wordt hierbij ook verwezen naar het beroepsgeheim.

Met 'afdeling' wordt inderdaad de verblijfsafdeling, de verpleegeenheid bedoeld, maar het is ook de bedoeling dat de nodige informatie de patiënt begeleidt, wanneer die voor onderzoek of behandeling elders vertoeft.

### **Eisen rond het onderhoud van toestellen**

Hierin wordt beschreven dat een "technische controle" wordt voorgeschreven om de 24 maanden voor infuuspompen.

**VRAAG:** Een fabrikant deelt ons mee dat hun voorschriften een preventief onderhoud om de 36 maanden bepalen.

Kan worden beschreven wat de desbetreffende "technische controle" inhoudt?

Moeten de onderhoudscontracten worden aangepast om conform te zijn met het eisenkader?

**ANTWOORD:** Er werd ons reeds op gewezen door de Vlaamse Vereniging van Instrumentatietechnici dat verschillende pompen maar om de 36 maanden een technisch onderhoud moeten krijgen volgens de specificaties van de fabrikant. Daarom wordt een preventief tussentijds nazicht ('inspectie' genoemd) van het apparaat wel belangrijk geacht, zonder dat er van een onderhoud sprake is.

De eis zal ook op die manier geïnspecteerd worden. Pompen moeten hetzij een preventief onderhoud gekregen hebben, hetzij een tussentijdse inspectie, in de voorbije 24 maanden. Inspectie betekent: verificatie en beoordeling van de goede werking (zonder bijregelen en of vervangen van onderdelen).

Onderhoud betekent: bepaalde onderdelen vervangen en kalibraties uitvoeren en alle andere maatregelen voorzien om een toestel in goede werkende conditie te brengen of te houden.

Deze termen zijn vastgelegd in de norm NBN EN 62353 "Medisch elektrische toestellen – Periodiek testen en testen na reparatie van medische elektrische toestellen".

Over de onderhoudscontracten wordt hier geen uitspraak gedaan.

*"Het toestel voor het bepalen van de bloedgaswaarden wordt dagelijks gekalibreerd en krijgt minstens jaarlijks een preventieve technische controle."*

**VRAAG:** Wat als richtlijnen van de firma geen jaarlijks preventief onderhoud en kalibratie voorschrijven? Vb. toestellen die zodanig geautomatiseerd zijn dat zij de noodzaak aan preventief onderhoud zelf aangeven. Kan de aanbeveling van de leverancier worden gevolgd, namelijk dat er geen jaarlijks preventief onderhoud uitgevoerd wordt, om in overeenstemming te zijn met de betreffende eis?

**ANTWOORD:** Dit toestel valt niet in de scope van de eerstvolgende inspectie. Er wordt hierbij volgende verduidelijking meegedeeld door de Vlaamse Vereniging van Instrumentatietechnici.

In dit geval moeten de richtlijnen van de fabrikant gevolgd worden.

In bijna alle gevallen zal de fabrikant, naast de automatische aanduiding van preventief onderhoud,

toch nog een maximum onderhoudsinterval opgeven dat niet mag worden overschreden. Deze limiet moet gerespecteerd worden.

Voor de meeste laboapparatuur voorziet de fabrikant ook dagelijkse inspecties.

Dit zijn alle maatregelen (testen, kalibraties, vergelijking i.k.v. een kwaliteitsprogramma met andere apparatuur) nodig om te controleren en om in te schatten of het toestel nog werkt volgens hetgeen de fabrikant beoogt.

Dit moet aantoonbaar uitgevoerd worden.

VRAAG: De uitvoering van POCT-testen valt onder de wettelijke bevoegdheid van het laboratorium (en zijn directeur). Op de bepaling van bloedgasen zijn dus de wettelijke normen en praktijkrichtlijn van het laboratorium van toepassing. De betrokken data zullen derhalve niet primair raadpleegbaar zijn binnen de functie intensieve zorg maar binnen het kwaliteitssysteem van het laboratorium.

ANTWOORD: voor de uitvoering van POCT-testen die vallen onder de wettelijke bevoegdheid van het laboratorium, volstaat het dat de dienst/functie kan verwijzen naar de plaats waar de controles kunnen geraadpleegd worden. De wettelijke bevoegdheden blijven wat ze zijn.

### **Eis rond handhygiëne**

*“Reminder handhygiëne aan de wastafels”*

VRAAG: Wat wordt verstaan onder deze reminder. Kan worden verwezen naar het K.B. of dient de procedure uitgeschreven te worden?

ANTWOORD: Het ziekenhuis mag zelf kiezen welke reminder wordt gebruikt.

### **Eis 7.1 Niet-chirurgisch dagziekenhuis**

*“Patiënten worden geïnformeerd minimaal over de voorbereiding van de opname, het vervoer na ontslag en de opvang gedurende de eerste 24 uur na het ontslag en de contactgegevens van de verantwoordelijke arts in het ziekenhuis in geval van problemen.”*

VRAAG: “de contactgegevens van de verantwoordelijke arts”. Hoe strikt moet dit geïnterpreteerd worden?

Volstaat het dat in de algemene onthaalbrochure van het ziekenhuis vermeld wordt wat een patiënt kan ondernemen indien er zich onverwachte problemen voordoen, hierbij rekening houdende met de rol van de huisarts (en het respect voor de rol van de eerste lijn), de spoedgevallendienst van het ziekenhuis, en aanvullend de rol van de “verantwoordelijke arts”?

Mag voor dit laatste verwezen worden naar een afdeling of een dienst via dewelke de patient in contact kan komen met de betreffende arts of zijn/haar discipline?

Volstaat het dat deze informatie opgenomen wordt in de algemene onthaalbrochure van het ziekenhuis of desgevallend van de afdeling?

**ANTWOORD:** Er moet niet specifiek naar de behandelende arts verwezen worden, verwijzing naar een dienst, functie etc. kan volstaan. De patiënten moeten iemand/een dienst kunnen contacteren die hen dan antwoord geeft of doorverwijst.

Een brochure is OK, maar de patiënten moeten ook mondeling worden ingelicht. De brochure is dan de herinnering daaraan.

#### **Eis medische permanentie spoed**

**VRAAG:** Is het mogelijk om de 2e wacht spoed (oproepbaar of inslapend afhankelijk van afstand van het ziekenhuis) te combineren met de oproepbare wacht van het specialisme?

**ANTWOORD:** De medische permanenties moeten zo efficiënt mogelijk, maar ook kwalitatief worden georganiseerd binnen het wettelijk kader. Dus als een arts oproepbaar is voor spoed, dan kan die ook oproepbaar zijn voor het ziekenhuis.

Eis 1.10 spoed stelt zelfs: "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."

#### **Eis 4.4 ziekenhuisapothek**

*"De voorschriften voor narcotica voldoen aan de wettelijke normen, zoals beschreven in het KB van 31/12/1930.*

*Het betreft ofwel oorspronkelijke, schriftelijke, gedagtekende en ondertekende voorschriften van een geneesheer, ofwel een gevalideerd elektronisch voorschrift zoals bepaald in het K.B. van 13 januari 2014. Op het geschreven recept is duidelijk naam en adres van de ondertekenaar vermeld en is het aantal ampullen, tabletten en de dosis voluit geschreven."*

**VRAAG:** In bijlage m.b.t. verdovende middelen. In artikel 19 van het KB 31-12-1930 staat dat het aantal tabletten, ampullen enz. voluit moet geschreven worden. Er staat niet vermeld dat de dosis voluit moet geschreven worden.

In het eisenkader van de ziekenhuisapothek wordt dit wel vermeld en er wordt tevens gerefereerd naar het KB van 31-12-1930. Hoe moet dit worden geïnterpreteerd?

**ANTWOORD:** Dezelfde motivering om aantallen voluit te schrijven wordt ook gebruikt om de dosis voluit te schrijven. Dit is dan wel niet strikt wettelijk onderbouwd, maar eerder een nuancering van de wet.

#### **Eis 11.4 Ziekenhuisapothek**

*"De bereiding van cytotoxische geneesmiddelen gebeurt in een afgescheiden ruimte in een uitsluitend daartoe geschikte verticale LAF kast (met glas) of isolator (hermetisch gesloten kast), met aangepaste maatregelen voor de bescherming van de bereider (minimum: specifieke geschikte handschoenen, ondoorlaatbare short, haarkapje en dienstspecifiek gesloten schoeisel) en volgens de daartoe voorziene procedure. Het AZ Glorieux stelt een vraag m.b.t. het dienstspecifiek schoeisel in apotheek bij cytostaticabereiding."*

**VRAAG:** Volstaat het dat men een overtrek doet over het schoeisel of moet het apart schoeisel zijn?

**ANTWOORD:** Het voorlopig antwoord is dat overtrekken kunnen gebruikt worden indien deze de gesloten schoen goed omvatten en bij het verlaten van het bereidingslokaal worden uitgetrokken. Dit aspect valt echter niet in de scope van de eerstvolgende inspectie.

### **Eis 1.9 IZ**

*“Er is een psycholoog en/of maatschappelijk werker bereikbaar voor noodgevallen 7d/7d. Een wachtlijst is binnen de functie beschikbaar en consulteerbaar.”*

#### **VRAGEN:**

- Wat zijn noodgevallen?
- Houdt 7d/7d ook de nacht in?
- Wat hebben maatschappelijk werkers en psychologen gemeenschappelijk in hun werking en hoe zijn deze onderling inwisselbaar in deze noodgevallen? Wat moeten de ziekenhuizen doen?
- Waarom werd in het opstellen van het eisenkader geen beroepsvereniging van psychologen en/of maatschappelijk werkers geraadpleegd?

**VRAAG:** Vanuit de Vlaamse Vereniging van Psychologen in de Algemene ziekenhuizen werden ons een aantal vragen overgemaakt mbt de inzet en de financiering van de gevraagde omkadering. Er werd tevens gevraagd om de Vlaamse Vereniging van Psychologen uit te nodigen voor verder overleg bij psycholoog-gerelateerde onderwerpen.

#### **ANTWOORDEN:**

Noodgevallen kunnen zijn: overlijden, plotse achteruitgang met vragen over DNR, ernstige incidenten, adverse events, ... waarvoor bijstand van familie en teamleden nodig is

7d/7d houdt ook in 24u/24u.

Maatschappelijk werkers en psychologen zijn opgeleid en kunnen ingeschakeld worden voor het geven van psychologische bijstand, opvang van familie en team bij traumatische ervaringen (intern psychologisch support team)

Op het communicatiemoment van Zorginspectie van 11 december werd meegedeeld dat de betreffende eis m.b.t. ‘de bereikbaarheid van een psycholoog en/of maatschappelijk werker voor noodgevallen 7d/7d in IZ’ wel zal worden geïnspecteerd, maar wanneer het niet in orde is, zal de eis niet leiden tot het formuleren van een knelpunt in het individuele ziekenhuisrapport.

Zorginspectie zal wel in haar globaal rapport een beeld weergeven mbt de eis.

Daardoor wordt de eis dus wel behouden omdat dit aspect van zorg belangrijk is, maar de inspectie ervan moet gezien worden als een meting van het aanbod terzake doorheen de Vlaamse ziekenhuizen.

Zie hiervoor de lijst met veel gestelde vragen bij het zorgtraject van de internistische patiënt op de website van Zorginspectie.

[http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/inspecties/Pages/FAQ\\_internistisch.aspx](http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/inspecties/Pages/FAQ_internistisch.aspx)

Binnen de nieuwe structuren die ten gevolge van de zesde staatshervorming zullen worden opgericht bij de Vlaamse Overheid, kan het resultaat van dat rapport in overleg met de sector worden besproken.

**Vragen naar aanleiding van de actualisatie/uniforme formulering van het eisenkader voor de internistische patiënt in mei 2018 na de opmaak van het cardiale eisenkader.**

**Eisen 1.6 en 2.7 D dienst en 4.4 en 5.5D dag**

**Eisen 1.15 gespec. Spoed, 2.3 eerste opvang spoed en 3.5 MUG**

**Eisen 1.12 en 2.15 IZ**

*“Heel het team van verpleegkundigen en artsen dat betrokken is bij reanimatie kan hetzij een attest voorleggen waaruit blijkt dat zij een opleiding in de reanimatie (ALS) met succes beëindigd hebben in de loop van het laatste jaar, hetzij een certificaat voorleggen van een opleiding in de reanimatie (ALS) waarin een geldigheidsduur vermeld staat die niet verstreken is en die maximaal 5 jaar bedraagt.”*

**Vraag:**

Wat wordt bedoeld met “een opleiding in de reanimatie-ALS”. De officiële ALS-opleiding bestrijkt 2 dagen en kost behoorlijk. Bovendien wordt die slechts zelden aangeboden.

De concrete vraag is of een ALS-opleiding van enkele uren niet kan volstaan, en wie gerechtigd is om die opleiding te geven.

**Antwoord:**

Niet iedereen moet de doorgedreven opleiding ALS van enkele dagen volgen.

Een interne opleiding ALS in de laatste twee jaar (voor de D dienst en D dag) of in het laatste jaar (voor spoed/MUG en IZ) kan ook aanvaard worden.

Enkel voor ALS certificaten afgeleverd door externe (kwalitatieve) opleidingscentra kan een verlengde geldigheidsduur worden aanvaard met een maximum van 5 jaar.

In de praktijk laten ziekenhuizen enkele personen (meestal artsen) de doorgedreven opleiding volgen en worden zij instructeurs, die op hun beurt interne opleidingen geven aan de overigen. Dit is zowel qua tijdsinvestering als qua financiële investering een meer haalbare kaart voor de ziekenhuizen. Blijkt dat op deze manier in de ziekenhuizen actief gewerkt wordt in teamverband (artsen samen met verpleegkundigen) rond verschillende scenario's, zoals die zich in het eigen ziekenhuis kunnen voordoen.

**Eisen 3 14 D dienst en 6.8 D dag**

**Eis 3.22 IZ**

*“Er is een oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp voorzien, hetzij aan het bed, hetzij op zak bij de zorgverstrekker.”*

**Vraag:**

Dient er dan een oproepsysteem te zijn die door elke zorgverstrekker kan gehanteerd worden, bv. ook de kinesist?

**Antwoord:**

Inderdaad de eis vraagt dat de centrale reanimatie equipe, zo dicht mogelijk bij de patiënt en snel, kan worden opgeroepen door elke zorgverstrekker. Dat kan hetzij door een reknop in te drukken, hetzij door bv. een telefonische oproep te doen via een centraal reanummer, dit laatste bij voorkeur via een voorgeprogrammeerde toets op het telefoontoestel.

**Eisen 3.15 D dienst en 6.13 D dag**

**Eisen 4.12 gesp. spoed, 5.5 eerste opvang spoed en 6.4 MUG**

### **Eis 3.26 IZ**

*“Volgende voorwaarden voor een goed beheer van medische toestellen worden vervuld:*

- 1. De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.*
- 2. Er bestaat een inspectieplan voor het toestel.*
- 3. Er bestaat een onderhoudsplan voor het toestel.*
- 4. De rapporten van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier).*
- 5. Het resultaat van inspectie en onderhoud zijn beschikbaar (electronisch of op papier). De gebruiker controleert of het toestel correct functioneert, volgens de procedure van het ziekenhuis. Dit wordt geregistreerd.”*

### **Vraag:**

Wat wordt hier precies mee bedoeld? Men kan toch niet voor elk toestel elke dag bij gebruik registreren dat het werkt? En over welke toestellen gaat het dan?

### **Antwoord:**

In deze eis wordt herhaald wat goed beheer inhoudt.

Echter correcte technische inspectie en onderhoud vormen geen garantie voor een dagelijkse goede werking van het toestel.

De gebruiker moet daarvoor zelf de toestellen (beperkt) controleren. En dat hoeft niet dagelijks te gebeuren.

Zo kan een defibrillator / reanimatiekar wekelijks worden gecontroleerd.

Deze eis vraagt dat het ziekenhuis eigen procedures opstelt die beschrijven welke toestellen, op welke manier en met welke frequentie gecontroleerd moeten worden; evenals de registratie van deze controle.

### **Eis 3.19 D dienst en 6.17 D dag**

### **Eisen 4.16 gesp. Spoed, 5.9 eerste opvang spoed en 6.8 MUG**

### **Eis 3.30 IZ**

*“(Indien aanwezig)*

*Voor volgende toestellen worden de technische controles/inspecties/onderhoud uitgevoerd conform de richtlijnen van de fabrikant: gevolgd door een opsomming van toestellen....”*

### **VRAAG:**

Betekent de volledige onderlijning van de eis dat alle toestellen worden gecontroleerd?

### **ANTWOORD:**

De volledige eis wordt onderlijnd, ook als deze slechts gedeeltelijk wordt geïnspecteerd. In deze eis wordt verwezen naar de onderstaande eisen voor minimale termijnen. Omdat eis 3.19 samenhangt met de onderliggende eisen, werd deze onderlijnd.

Daarnaast werd eis 3.15 ook onderlijnd, omdat hierin vermeld staat dat de rapporten van onderhoud en inspectie beschikbaar moeten zijn (de inspectievaststellingen gebeuren op basis van deze rapporten). Zorginspectie zal niet de controle voor het gebruik inspecteren, maar wel controleren of de minimale termijnen van preventieve inspectie/onderhoud worden gerespecteerd (m.b.t. de toestellen in de onderlijnde eisen:

D dienst: 3.20, 3.21, 3.22, 3.23, 3.24, 3.26, 3.28

D dag: 6.18, 6.19, 6.20, 6.21, 6.22 en 6.25

Gespecialiseerde spoed: 4.17, 4.18, 4.19, 4.20, 4.21, 4.23, 4.24 en 4.28

Eerste opvang spoed: 5.10, 5.11, 5.12, 5.13, 5.14, 5.15 en 5.17

MUG: 6.9, 6.10, 6.11, 6.12, 6.13, 6.14 en 6.15

IZ: 3.31, 3.32, 3.33, 3.34, 3.35, 3.37, 3.38 en 3.42.

#### **Eis 11.1 D dienst en D dag**

*“De behandelende arts informeert de patiënt of de wettelijke vertegenwoordiger ten laatste bij de planning van de behandeling minimaal mondeling over: ...*

*Het informed consent wordt voor geplande ingrepen in het cathlab minimaal schriftelijk vastgelegd.*

*Voor volwassenen volstaat een handtekening van het item in het patiëntendossier, een afvinken, een ondertekend IC formulier of een inhoudelijke notitie.”*

#### Vraag:

Wordt er werkelijk bedoeld voor alle behandelingen? Betekent dit dus ook dat de patiënt expliciet moet toestemming geven voor een medicamenteuze behandeling?

Of worden hier enkel de ‘invasieve’ behandelingen bedoeld, bijvoorbeeld de plaatsing van een pacemaker?

#### Antwoord:

Informed consent is steeds nodig, maar wordt meestal impliciet, vanuit de context, bekomen. Dit is zeker zo voor medicatietoediening tijdens een opname. Voor chirurgische /invasieve ingrepen is het belangrijk dat de patiënt echt geïnformeerd wordt. Daarom wordt de eis ingevoegd om (minstens) een aanduiding in het dossier toe te voegen over het feit dat de patiënt instemde met de chirurgische/invasieve behandeling of invasief onderzoek nadat deze geïnformeerd was.

Enkel voor chirurgische/invasieve ingrepen bij kinderen wordt gevraagd naar een expliciet (schriftelijk, door de wettelijke vertegenwoordiger(s) getekend) informed consent.

De meeste ziekenhuizen werken tegenwoordig met een formeel, schriftelijk informed consent voor alle ingrepen met anesthesie/chirurgie.

-----juni 2018-----