

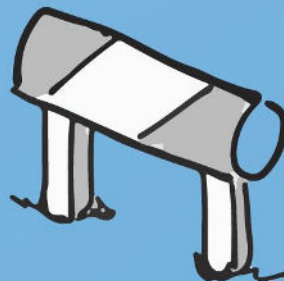


# euPrevent projectlijn infectiepreventie

Vierde kwaliteitszegel voor ziekenhuizen



2023



## **Toelichting op de kwaliteitsdoelstellingen van de Infectiepreventie Projectlijn van de Stichting euPrevent voor het verkrijgen van het Kwaliteitszegel voor Ziekenhuizen**

Het vierde kwaliteitszegel van de Stichting euPrevent wordt toegekend voor drie jaar (van 01.01.2023 tot 31.12.2026).

In het nu volgende worden 10 kwaliteitsdoelstellingen (KZ) gedefinieerd. Voor elke kwaliteitsdoelstelling worden tussen 5 en 15 kwaliteitspunten (KP) toegekend. In totaal kunnen maximaal 100 KP's worden toegekend volgens onderstaande tabel:

<b>KZ</b>	<b>Beschrijving</b>	<b>Maximale KP</b>
<b>1</b>	Netwerken en kennisbeheer	10 KP
<b>2</b>	Structurele kwaliteit en intern kennisbeheer	15 KP
<b>3</b>	Bewaking	10 KP
<b>4</b>	Antibioticastewardship	15 KP
<b>5</b>	Standaard hygiëne	10 KP
<b>6</b>	Patiëntenparticipatie – Griep- en COVID-19-preventie	5 KP
<b>7</b>	Bescherming door vaccinatie	10 KP
<b>8</b>	Patiëntveiligheid door proceskwaliteit BRMO zorg rond het levenseinde	15 KP
<b>9</b>	Overplaatsing en ontslag management	10 KP
<b>10</b>	Euregionaliteit	5 KP
<b>Totale score:</b>		<b>100 KP</b>

Om het kwaliteitslabel te verkrijgen moet ten minste 70% van het totale aantal punten (d.w.z. 70 KP) worden behaald. Tenzij anders vermeld, moet voor elke KZ ten minste 1 KP worden behaald.

## KZ Uitleg

### 1 Netwerken en kennisbeheer

**Doelstelling:** Opbouw en actualisering van kennisstructuren inzake infectiebescherming/-preventie en veiligheidscultuur/patiëntveiligheid en verdieping van de netwerkvorming.

**Maximumscore: 10 KP**

**Uitvoering en evaluatie:**

#### 1) Het opbouwen van kennisstructuren:

- a) De voor infectiepreventie verantwoordelijke artsen, de deskundigen infectiepreventie en, in voorkomende gevallen, belangstellende medewerkers (met name hygiënefunctionarissen in de verpleging) van het deelnemende ziekenhuis nemen tweemaal per jaar deel aan een bijscholingsbijeenkomst over de onderwerpen:
- Hygiëne en infectiepreventie,
  - Veiligheidscultuur/patiëntveiligheid
- deel.

**Max. 2 KP, 1 KP per gebeurtenis**

- b) Het deelnemende ziekenhuis beschikt over structuren die alle personeelsleden in principe toegang geven tot de inhoud van de opleiding(en). Dit kan bijvoorbeeld via een of meer van de volgende mogelijkheden:
- Intranet

**KZ Uitleg**

- Interne communicatie
- Personeelskrant
- Interne opleiding

**Max. 3 KP**

**2) Verdieping van het netwerkwerk:**

a) Op gezette tijden nodigen de gezondheidsautoriteiten/netwerkbeheerders alle ziekenhuizen van het netwerk uit voor de rondetafelgesprekken of netwerkbijeenkomsten. Indien ten minste één deelnemer per ziekenhuis (deskundige infectiepreventie, arts-microbioloog) aanwezig is, wordt telkens 1 punt toegekend. De verificatie gebeurt door het voorleggen van de presentielijsten. Alle sinds juni 2017 gehouden ronde tafelgesprekken en netwerkbijeenkomsten worden erkend.

**Max. 3 KP, 1 KP per gebeurtenis**

b) Ter bevordering van euregionale netwerkvorming neemt het deelnemende ziekenhuis in de periode tot October 2023 ten minste eenmaal deel aan een visitatie in een ziekenhuis in Duitsland of Nederland. Een visitatie van een naburig ziekenhuis in een ander district aan Belgische zijde wordt ook beoordeeld, maar met een lagere score.

**Max. 2 KP**

## KZ Uitleg

### 2 Structurele kwaliteit en intern kennisbeheer

**Doel:** zorgen voor de nodige personele en organisatorische voorwaarden voor een doeltreffend infectiepreventiebeleid in het ziekenhuis met voldoende opgeleid personeel, en de kennis van het personeel van de instelling op peil houden.

**Maximumscore: 15 KP**

**Uitvoering en evaluatie:**

#### 1) Personele middelen

- a) De deelnemende instelling levert schriftelijk bewijs van de integratie van functionarissen t.b.v. infectiepreventie (artsen en verpleegkundigen) in de organisatiestructuur. Dit bewijs verduidelijkt waar zij zich in de organisatiestructuur bevinden, welke taken en bevoegdheden zij hebben en welke tijdsquota hen ter beschikking worden gesteld (2 KP).
- b) De deelnemende instelling levert schriftelijk bewijs van de daadwerkelijk door de functionarissen t.b.v. infectiepreventie (artsen en verpleegkundigen) uitgevoerde taken. Uit het bewijsmateriaal blijkt welke activiteiten zij specifiek hebben uitgevoerd en hoe/waar zij dit hebben gecommuniceerd (2 KP).
- c) Het deelnemende ziekenhuis heeft een concept voor de komende 5 jaar met betrekking tot infectieziektezorg. De betrokkenheid van de arts-microbioloog met aandachtsgebied infectiepreventie (3 KP) wordt optimaal geacht.

**Max. 7 KP**

## KZ Uitleg

### **2) Infectiepreventiecommissie**

De commissie komt tweemaal per jaar bijeen en maakt van elke vergadering notulen. De respectieve instelling heeft communicatiestructuren opgezet die de informatiestroom tussen de infectiepreventiecommissie en het personeel mogelijk maken.

**Max. 2 KP**

### **3) Interne opleiding**

- a) Voor verschillende beroepsgroepen (artsen en verplegend personeel en ten minste één andere (bijv. schoonmaakpersoneel, therapeuten, psychologen, ziekenhuishulp, haal- en brengservice) moet ten minste eenmaal per jaar een interne opleiding over hygiëne en infectiepreventie worden gehouden. Als documentatie moet een bewijs van de bijeenkomst worden overgelegd, bijvoorbeeld in de vorm van handtekeningenlijsten / aanwezigheidscontroles. Een interne opleiding wordt erkend als minstens 60% van de werknemers uit de doelgroep eraan deelneemt. Nieuwe personeelsleden moeten meteen na hun indiensttreding (binnen de eerste zes weken) worden opgeleid in de infectiepreventierichtlijnen en procedurevoorschriften die in de inrichting van toepassing zijn (3 KP).
- b) Het deelnemende ziekenhuis voert na de opleidingen audits uit op de afdelingen om de toepassing van de in de opleidingen onderwezen inhoud te controleren en, indien nodig, de noodzaak van verdere opleiding vast te stellen (3 KP).

**Max. 6 KP**

## KZ Uitleg

### 3 Bewaking

**Doel:** Planning en uitvoering van interventie maatregelen voor de beoordeling van de locatie op basis van de verzamelde gegevens.

**Maximumscore: 10 KP**

**Uitvoering en evaluatie:**

#### 1) Bewaking:

Het ziekenhuis blijft deelnemen aan een systeem voor de surveillance van ziekenhuisinfecties en multiresistente pathogenen, dat benchmarking met externe referentiegegevens (NSIH) mogelijk maakt. In het kader van de surveillance moeten apparaatgebonden infecties (CVC-geassocieerde sepsis, beademingspneumonie en kathetergeassocieerde urineweginfectie) in ten minste één gebied (bv. volgens richtlijnen NSIH) op intensivecareafdelingen worden geregistreerd. Bovendien moeten postoperatieve wondinfecties worden geregistreerd met ten minste één geschikte indicatoroperatie. Alle bovengenoemde ziekteverwekkers zijn geregistreerd volgens de NSIH-criteria. Doorslaggevend is dat de BSI-criteria worden uitgevoerd of toegepast.

**Max. 4 KP**



**KZ Uitleg****2) Bewijs van interventie maatregelen:**

Het deelnemende ziekenhuis levert schriftelijk bewijs welke interventie maatregelen zijn gepland en uitgevoerd op basis van de in het kader van het toezicht verzamelde gegevens. De volgende procedure wordt in aanmerking genomen:

- a) De resultaten van het toezicht worden aan de betrokken gebieden teruggekoppeld en met hen besproken (2 KP).
- b) Zo nodig worden interventies gepland om de preventie maatregelen te verbeteren (2 KP).
- c) Na de uitvoering van de maatregelen vindt een evaluatie van deze maatregelen plaats via verdere infectie surveillance (2 KP)

**Max. 6 KP**

#### 4 Antibiotic stewardship (ABS)

**Doel:** het gebruik van antibiotica in ziekenhuizen optimaliseren.

**Maximumscore: 15 KP**

**Uitvoering en evaluatie:**

Het deelnemende ziekenhuis past de SWAB of IGGI-richtlijnen voor antibioticagebruik toe.

Voorwaarden:

Het deelnemende ziekenhuis beschikt over teams van ABS-deskundigen en gegevens over infectieuze agentia, resistentie en anti-infectiemiddelengebruik. (4 KP)

ABS Kernstrategieën:

- Toepassing van plaatselijke behandelingsrichtsnoeren/-paden, lijsten van infectiebestrijdingsmiddelen en speciale voorschriften, vrijgavevoorschriften of toepassingsbeperkingen (2 KP)
- Ontwerp en uitvoering van bijscholing, opleiding en voorlichting (2 KP)
- Het uitvoeren van proactieve analyses van antibiotica - recepten of audit bezoeken (2 KP).
- Kwaliteitsindicatoren (2 KP)

**KZ Uitleg**

Aanvullende ABS-strategieën (3 KP):

- De-escalatie
- Duur van de therapie
- IV-orale switch
- Optimalisering van de dosering
- Verandering van stofnaam
- Speciale regels voor het rapporteren van microbiologische bevindingen
- Speciale regels voor de behandeling van patiënten met multiresistente pathogenen en *C. difficile*
- Informatica

**Max. 15 KP**

## KZ Uitleg

### 5 Standaard hygiëne

**Doel:** Uitbreiding van de veiligheidscultuur binnen de kliniek door optimalisering van de standaard hygiënemaatregelen.

**Maximumscore: 10 KP**

#### **Uitvoering en evaluatie:**

1. De deskundigen infectiepreventie van het deelnemende ziekenhuis voeren een interne hygiëne-audit (3 KP) uit op een afdeling aan de hand van het verstrekte auditprotocol of een vergelijkbaar intern document. Tijdens de audit worden gegevens verzameld over de volgende onderwerpen:

#### Organisatie:

- Hygiëneplan
- Plannen voor reiniging en desinfectie

#### Persoonlijke hygiëne:

- Persoonlijke hygiëne
- Uniformen
- Beschermende uitrusting
- Handverzorgingsproducten

#### Standaard hygiëne:

- Handhygiëne
- Persoonlijke beschermingsmiddelen

## KZ Uitleg

### Behandeling van medische hulpmiddelen

- Reiniging/desinfectie van de patiëntenomgeving
- Omgaan met besmet beddengoed
- Isolatiemaatregelen
- Veilige injectie- en infusietechniek

### Milieuhygiëne:

- Algemene eisen voor bouw en inrichting
- Water en sanitaire voorzieningen
- Huis schoonmaken
- Verwerkingsfaciliteiten
- Mobiele inventaris / zorgbenodigdheden / medische hulpmiddelen
- Opslag van steriele goederen
- Afval
- Verse was

### Hygiëne bij het omgaan met medicijnen en voedsel:

- Geneesmiddelen
- Voedsel

2. Bestaande tekortkomingen worden in het protocol gedocumenteerd en er worden tijdig interventie maatregelen gepland en uitgevoerd. De resultaten van de audit worden aan de afdeling gerapporteerd en daar besproken (2 KP).

3. Naleving Handhygiëne:

Bepaling van het verbruik op afdelings- of afdelingsniveau.

Terugkoppeling naar afdeling/afdeling en planning van maatregelen indien nodig (3 KP).

4. Een verbeteringsplan opstellen, rekening houdend met een vergelijking met de evaluatie van de vorige audit (2 KP).

**Max. 10 KP**

## 6 Patiëntenparticipatie – Influenza- en COVID 19-preventie

**Doel:** Patiënten worden geïnformeerd over influenza en COVID-19 en de risico's daarvan, alsmede over gedragsmaatregelen, wat de acceptatie van vaccinatie kan vergroten.

**Maximumscore: 5 KP**

### **Uitvoering en evaluatie:**

Het deelnemende ziekenhuis verstrekt patiënten voorlichtingsmateriaal over influenza en COVID-19.

Dit kan in de vorm van flyers, brochures of informatiebladen, zoals die welke gratis door de Departement Zorg Vlaanderen worden verstrekt.

**Max. 5 KP**

## KZ Uitleg

### 7 Bescherming door vaccinatie

**Doelstelling:** De vaccinatieacceptatie en vaccinatiegraad van influenza en COVID-19 onder ziekenhuispersoneel verhogen.

**Maximumscore: 10 KP**

**Uitvoering en evaluatie:**

Het deelnemende ziekenhuis toont aan dat het een beleid voert om het aantal influenza- en COVID-19-vaccinaties onder het personeel te verhogen.

De wetenschappelijk onderbouwde maatregelen omvatten:

**Individuele communicatie:** Aanbiedingen van gesprekken met de bedrijfsarts en een gezondheidsofficier, gepersonaliseerde e-mails.

**Organisatorische maatregelen:** Gezondheidsdag voor het personeel, aanbod van "open vaccinatiesprekuren", vaccinaties ter plaatse voor nacht-, vroege en late dienst, aankondiging van data voor vaccinaties ter plaatse via e-mail.

**Algemene informatie:** Posters, brochures.

**Max. 10 KP**

## KZ Uitleg

### 8 Patiëntveiligheid door proceskwaliteit MDRO zorg rond het levenseinde

**Doel:** Patiënten aan het eind van hun leven die gekoloniseerd zijn met een of meer MDROs en hun naasten worden in staat gesteld waardige sociale contacten te hebben met inachtneming van individueel overeengekomen, passende beschermingsmaatregelen.

**Maximumscore: 10 KP**

#### **Uitvoering en evaluatie:**

Het deelnemende ziekenhuis heeft een concept voor het omgaan met sociale contacten en isolatie/beschermingsmaatregelen voor patiënten met MDRO aan het einde van hun leven.

Het ziekenhuis volgt de volgende strategische aanbevelingen van de NSIH richtlijnen met betrekking tot **maatschappelijke participatie**:

1. Multiprofessionele therapeutische diensten (bijv. fysiotherapie, muziektherapie, kunstzinnige therapie) toegankelijk maken voor patiënten met MDRO (1 KP).
2. Bepaal onder welke omstandigheden de patiënt de kamer kan verlaten (1 KP).
3. Patiënten voorzien van communicatiemiddelen in de kamer van de patiënt (1 KP).
4. Teamleden en familieleden onderscheiden en herkennen (bijv. door beschermende uitrusting van verschillende kleuren of



## KZ Uitleg

etikettering) voor patiënten te vergemakkelijken (1 KP).

5. Sociale isolatie vermijden, rekening houdend met de wensen van de patiënt (1 KP).
6. Stigmatisering van patiënten met MDRO voorkomen door betere voorlichting van (mede)patiënten, familieleden en teamleden (1 KP).

### Max. 6 KP

Het ziekenhuis voldoet aan de volgende strategische aanbevelingen van de NSIH richtlijnen e.V. met betrekking tot **isolatie- en beschermingsmaatregelen**:

1. Bepaal in het team wie de beslissing neemt over welke beschermings- en isolatiemaatregelen in elk individueel geval zullen worden toegepast (1 KP).
2. Neemt in individuele gevallen op patiënt- en gezinsgerichte wijze beslissingen over beschermings- en isolatiemaatregelen (1 KP).
  - Er zij op gewezen dat de maatregelen beperkt blijven tot onontbeerlijke beschermings- en isolatiemaatregelen.
  - Vermeld de voorwaarden waaronder de leden zijn vrijgesteld van het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen.
  - Spreek af onder welke beschermings- en isolatiemaatregelen de patiënt de kamer kan verlaten.
3. Bepaal in het team door wie en hoe individuele casusbeslissingen transparant worden gemaakt voor alle betrokkenen (patiënten, familieleden, teamleden) (1 KP).

**KZ Uitleg**

4. Alle deelnemers houden zich consequent aan de aangenomen beschermings- en isolatiemaatregelen en hygiënische handdesinfectie (1 KP).

**Max. 4 KP**

## KZ Uitleg

### 9 Overplaatsing en ontslag management

**Doelstelling:** Om een snelle, probleemloze en naadloze overgang van ziekenhuisbehandeling naar latere zorgstructuren mogelijk te maken, wordt voor alle patiënten ontslagbegeleiding uitgevoerd.

**Maximumscore: 10 KP**

**Uitvoering en evaluatie:**

**1) Hygiëne aanbevelingen:**

Dit garandeert onder meer dat een reeds begonnen behandeling van een medische infectie op professionele wijze wordt voortgezet. In geval van kolonisatie worden specifieke hygiëneadviezen gegeven (2 KP).

**2) Individuele behoefte aan hulp en ondersteuning:**

In overleg met de patiënten en, indien van toepassing, hun wettelijke vertegenwoordigers moet de individuele behoefte aan hulp en ondersteuning worden vastgesteld en geïnitieerd, zo nodig met behulp van checklists en andere instrumenten (2 KP).

**3) Betrokken beroepsgroepen:**

Het ontslagbeheer vindt plaats in samenwerking met alle betrokken beroepsgroepen. Naast het verplegend personeel en de medische dienst zijn dat vooral fysiotherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten (2 KP).

**4) Ontslagdocumenten:**

## KZ Uitleg

Bij ontslag ontvangen de patiënten alle noodzakelijke documenten, recepten, certificaten en, indien nodig, medicijnen (2 KP).

### **5) Contactgegevens voor vragen:**

Voor het geval de arts of de instelling die de verdere behandeling verzorgt nog vragen heeft, moet de ontslagbrief/het overdrachtsformulier een individueel telefoonnummer bevatten waar de arts of de instelling informatie kan krijgen. Idealiter wordt ook een specifiek tijdstip aangegeven waarop een bevoegde contactpersoon op dit nummer bereikbaar is (2 KP).

**Max. 10 KP**

## KZ Uitleg

### 10 Euregionaliteit

**Doelstelling:** Om de burgers van de Euregio - ongeacht waar zij wonen of werken - optimale intramurale zorg te kunnen bieden, is het belangrijk dat de ziekenhuizen in de regio voorbereid zijn op de zorg voor patiënten uit de buurlanden.

**Maximumscore: 5 KP**

**Uitvoering en evaluatie:**

**1) Taalkeuze op informatiebrochures en – borden:**

Verstrekking van informatiebrochures/flyers voor patiënten en begeleiders in de talen van de buurlanden (Duits, Frans, Nederlands) en in het Engels; bewegwijzering / informatieborden in verschillende talen. (1 KP)

**2) Website:**

Taalkeuze Duits, Frans, Nederlands op de website van het ziekenhuis. (1 KP)

**3) Aanbieden van vertaaldiensten**

De verlening van vertaaldiensten is geboden aan patiënten. (1KP)

**4) Buitelandse communicatie:**

Mogelijkheid tot digitale & telefonische communicatie in het buitenland wordt gegeven zodat patiënten in contact kunnen blijven met familieleden. (1 KP)

**5) Euregionale overdracht en ontslagen:**

De overplaatsing en het ontslagbeheer afstemmen op de voorwaarden in de gezondheidszorgstelsels van de buurlanden (bijvoorbeeld ook toegankelijk zijn voor buitenlandse artsen die de behandeling

**KZ Uitleg**

voortzetten); opstellen van ontslagbrieven in de relevante Euregionale taal (Duits, Frans, Nederlands), indien nodig. (1 KP)

**Max. 5 KP**