



NIAZ[®]
Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

AUDITRAPPORT

Sint-Dimpna Ziekenhuis

Geel, België



Datum auditbezoek: 7 t/m 10 november 2017

Versie normenset: 3.0

Accreditatieprocedure: 2017

Vastgesteld op: 8 december 2017



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Inhoud

| | |
|--|-----|
| 1. Samenvatting | 4 |
| 1.1 Auditbezoek | 4 |
| 1.2 Overzicht per normenset | 7 |
| 1.3 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR) | 16 |
| 1.4 Overzicht per kwaliteitsdimensie | 22 |
| 2. Overzicht beoordelingen op niveau goud | 30 |
| 2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen | 30 |
| 2.2 Normen | 30 |
| 3. Overzicht beoordelingen op niveau platina | 48 |
| 3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen | 48 |
| 3.2 Normen | 60 |
| 4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant | 70 |
| 4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen | 70 |
| 4.2 Normen | 73 |
| 5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren | 80 |
| 5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen | 80 |
| 5.2 Beoordelingen van zorg-specifieke normen | 91 |
| 6. Resultaten instrumenten | 117 |
| 7. Intern toetsingssysteem | 119 |
| Appendix A: De beoordelingssystematiek en noodzakelijke voorwaarden voor het toekennen en continueren van de accreditatiestatus | 126 |
| Appendix B: Auditprogramma | 127 |
| Appendix C: Slotpresentatie | 129 |



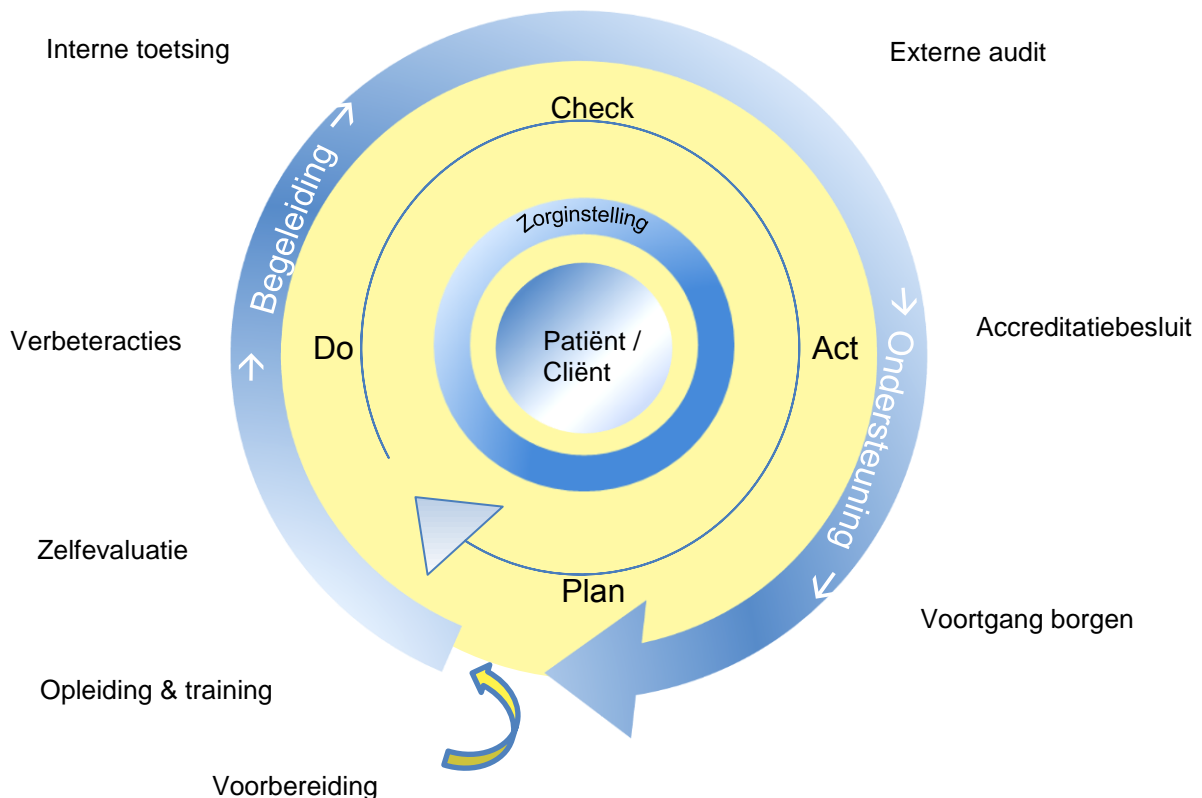
| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

Inleiding

NIAZ-Qmentum is een internationaal accreditatieprogramma dat is ontwikkeld op basis van uitgebreid onderzoek en ervaringen op het terrein van accreditatie in de gezondheidszorg. Het uitgangspunt van het programma is dat kwaliteitsverbetering tot stand komt door kennisoverdracht en draagvlak in zorgorganisaties. Dit betekent dat medewerkers uit alle onderdelen van een organisatie op één of andere wijze betrokken zijn bij kwaliteitsverbetering en het accreditatieproces. Het gaat dus zowel om bestuurders, artsen, verpleegkundigen, staffunctionarissen, medewerkers van ondersteunende diensten, managers en verzorgenden. Het programma biedt zorgorganisaties een kwaliteitskader en instrumenten om de eigen organisatie aan het kwaliteitskader te toetsen.

NIAZ-Qmentum doorloopt een accreditatiecyclus die start met de aanmelding door de instelling bij het programma. Vervolgens wordt de instelling begeleid bij het voorbereiden en uitzetten van de zelfevaluatie vragenlijsten in de organisatie. De zelfevaluatie leert de instelling waar acties nodig zijn. Met het actieplan gaat de instelling aan de slag, waarna de interne audits en het externe auditbezoek plaatsvinden. Vervolgens ontvangt de instelling het auditrapport en accreditatiebesluit en laat de instelling zien hoe acties zijn opgepakt en wat daarvan de resultaten zijn.

Internationaal accreditatieprogramma NIAZ - Qmentum



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

1. Samenvatting

Dit rapport geeft weer wat de bevindingen zijn van de auditoren bij het toetsen van de criteria op basis van het internationale accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum.

In de geldende accreditatieprocedure is vastgelegd dat het NIAZ bij een audit voor het behalen van een accreditatie verschillende eisen stelt aan een instelling.

Op basis van de bevindingen van het auditteam maakt de voorzitter van het auditteam – na overleg met het auditteam - een korte rapportage voor het College Kwaliteitsverklaringen van het NIAZ. Daarin onderbouwt de voorzitter op basis van de bevindingen en de scores van het auditteam in welke mate de instelling voldoet aan de drie noodzakelijke voorwaarden. Hierbij gaat het om hoofdlijnen, niet om details. Deze rapportage is niet openbaar en is ook niet in dit rapport opgenomen.

1.1 Auditbezoek

Het auditbezoek heeft plaatsgevonden van 7 t/m 10 november 2017.

Auditprogramma

Zie appendix B.

Auditteam

- Hans Valkenburg
- Peter Bocxe
- Jean-Paul Van Baelen
- Rudi Vossaert,
- Rita Barilla
- Els Dewaele
- Bart Dewaele - aspirant auditor

Surveymanager

- Christophe Maes

Aanvullende informatie

Sint-Dimpna Ziekenhuis heeft een aanvraag bij het NIAZ gedaan voor een instellingsbrede accreditatie op basis van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 3.0. De accreditatie is uitgevoerd conform de Accreditatieprocedure 2017.

De Raad van Bestuur van Sint-Dimpna Ziekenhuis heeft desgevraagd tijdens het auditbezoek verklaard dat er geen werkeenheden zijn met problemen die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorg en waarvan het auditteam op de hoogte moet zijn.

De instellingsbrede accreditatie betreft:

- Sint-Dimpna Ziekenhuis, JB Stessensstraat 2, 2440 Geel



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Normen

Tijdens het auditbezoek zijn de volgende normensets gebruikt om de diensten en procedures van Sint-Dimpna Ziekenhuis te toetsen:

Instellingsbrede normen

- Leiderschap
- Governance

Zorg-specifieke normen

- Ambulante Zorg
- Bloedbank en -transfusiediensten
- De afdeling SEH
- Diagnostische beeldvorming
- Geestelijke gezondheidszorg
- Infectiepreventie en -bestrijding
- Kritieke zorg
- Medicatiebeheer
- Medische (niet-chirurgische) zorg
- Oncologische zorg
- Operatiekamers/het operatiekwartier
- Operatieve zorg
- Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische hulpmiddelen
- Revalidatiezorg
- Verloskundige zorg
- Voorbereid zijn op noodsituaties en rampen

Instrumenten

Net zoals de andere Vlaamse ziekenhuizen participeert Sint-Dimpna Ziekenhuis aan de veiligheidscultuurmetingen in het kader van het contract kwaliteit en veiligheid met de 'Federale Overheidsdienst' (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.

Hiervoor hanteerde Sint-Dimpna Ziekenhuis de gestandaardiseerde 'Hospital Survey on Patient Safety Culture'.

Een eerste cultuurmeting werd reeds uitgevoerd in het voorjaar van 2008. De tweede cultuurmeting werd uitgevoerd in september/oktober 2011. De derde en laatste meting vond plaats in het najaar 2015. Verdere bespreking van de resultaten van de veiligheidscultuurmeting is te vinden in hoofdstuk 6 van dit rapport.



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Samenvatting bevindingen

| | Resultaat | Eis |
|---|---|-------------------|
| In hoeveel procent van het aantal toetsingen zijn alle vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's) behaald? | 91% | 100% |
| Is per normenset aan het vereiste aandeel gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) voldaan? | 3 normensets scoren lager dan 90%: Leiderschap 82,1% Operatieve zorg 89,4% Noodsituaties 83,3% | 90% per normenset |
| Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling? | 95,4% | 81% |
| Wat is de respons op de Patiëntveiligheidscultuurmeting 2015? | 669 | 254 |



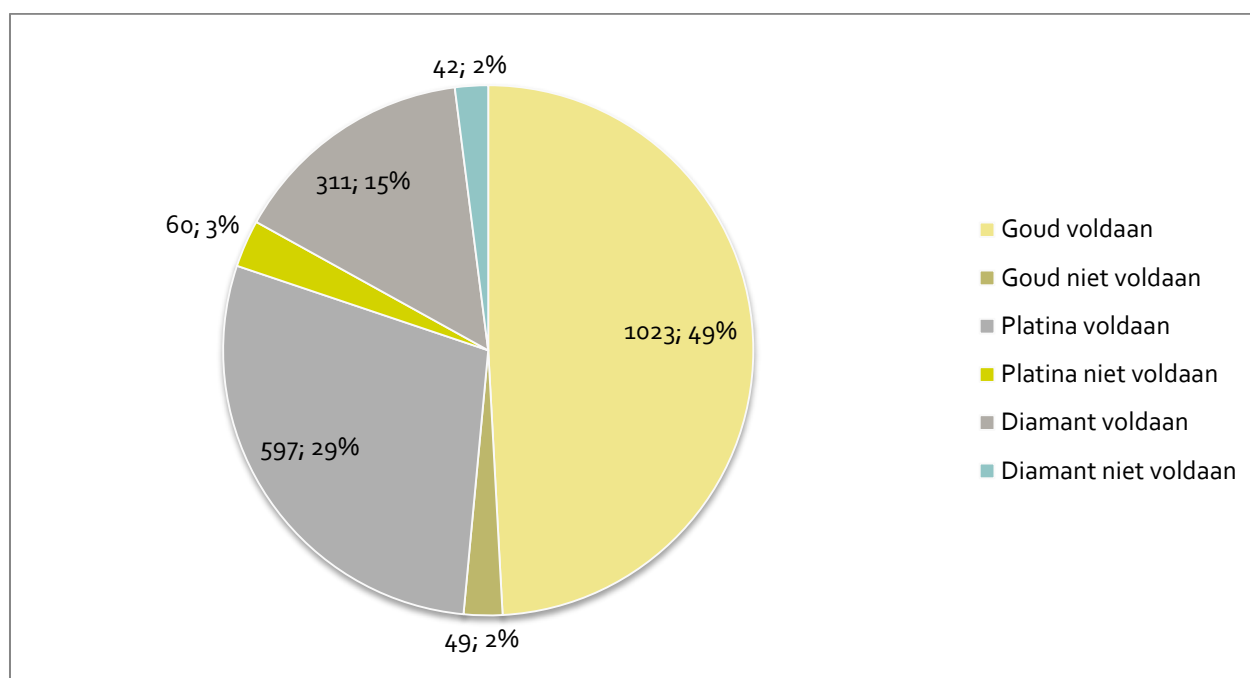
| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

1.2 Overzicht per normenset

De normen van het internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum benoemen procedures en methoden die bijdragen tot zorg van hoge kwaliteit, die veilig is en op een effectieve manier wordt bestuurd. Elke norm bestaat uit een aantal criteria die iets zeggen over wat er precies nodig is om aan de norm te voldoen. Elk criterium heeft een bepaald niveau (goud, platina, diamant) om de instelling op die manier een stapsgewijze methode te bieden hun kwaliteitssysteem te verbeteren.

- **Goud** heeft betrekking op basisstructuren en –processen die verband houden met de fundamentele elementen van veiligheids- en kwaliteitsverbetering.
- **Platina** bouwt voort op deze elementen van kwaliteit en veiligheid, maar benadrukt ook cliëntgerichte zorg, waarbij consistentie in de zorgverlening wordt nagestreefd door middel van standaardprocedures en door het betrekken van cliënten en medewerkers bij de besluitvorming.
- **Diamant** richt zich op het realiseren van kwaliteit door het controleren van resultaten, gebruikmakend van praktijkervaring en best practices om diensten te verbeteren, en door het vergelijken van eigen resultaten met die van collega-instellingen om tot verbeteringen op systeemniveau te komen.

In onderstaand diagram staat in hoeverre Sint-Dimpna Ziekenhuis voldoet aan de gouden, platina en diamanten criteria.



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Deze tabel laat zien welke normensets zijn gebruikt bij het toetsen van de instelling, en geeft een overzicht van het aantal (en percentage) criteria dat is aangemerkt als 'voldaan', 'niet voldaan' en 'n.v.t.' tijdens het auditbezoek.

De instellingsbrede normen gelden voor iedere organisatie en worden dan ook standaard ingezet in een accreditatieprocedure. De zorgspecifieke normen worden ingezet aan de hand van het profiel van een organisatie: welk type zorg wordt geboden en welke afdelingen zijn aanwezig.

| Normen | Criteria met hoge prioriteit | | | Andere criteria | | | Alle criteria | | |
|---|------------------------------|---------------|--------|-----------------|---------------|--------|----------------|---------------|--------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| <i>Instellingsbrede normen</i> | | | | | | | | | |
| Governance | 43 (93,5%) | 3 (6,5%) | 2 | 39 (100%) | 0 (0%) | 0 | 82 (96,5%) | 3 (3,5%) | 2 |
| Leiderschap | 41 (80,4%) | 10 (19,6%) | 0 | 80 (87,9%) | 11 (12,1%) | 4 | 121 (85,2%) | 21 (14,8%) | 4 |
| <i>Zorg-specifieke normen</i> | | | | | | | | | |
| Infectiepre-ventie en -bestrijding | 54 (94,7%) | 3 (5,3%) | 1 | 41 (100%) | 0 (0%) | 2 | 95 (96,9%) | 3 (3,1%) | 3 |
| Medicatie-beheer | 69 (95,8%) | 3 (4,2%) | 2 | 48 (90,6%) | 5 (9,4%) | 1 | 117 (93,6%) | 8 (6,4%) | 3 |
| Ambulante zorg | 89 (87,3%) | 13 (12,7%) | 2 | 30 (71,4%) | 12 (28,6%) | 1 | 119 (82,6%) | 25 (17,4%) | 3 |
| Bloedbank- en transfusie-diensten | 54 (94,7%) | 3 (5,3%) | 32 | 18 (94,7%) | 1 (5,3%) | 15 | 72 (94,7%) | 4 (5,3%) | 47 |
| De afdeling Spoedeisende Hulp | 71 (95,9%) | 3 (4,1%) | 0 | 55 (93,2%) | 4 (6,8%) | 0 | 126 (94,7%) | 7 (5,3%) | 0 |
| Diagnostische beeldvorming | 66 (90,4%) | 7 (9,6%) | 1 | 59 (100%) | 0 (0%) | 0 | 125 (94,7%) | 7 (5,3%) | 1 |
| Kritieke zorg | 97 (97%) | 3 (3%) | 2 | 38 (86,4%) | 6 (13,6%) | 0 | 135 (93,8%) | 9 (6,3%) | 2 |
| Medische (niet-chirurgische) zorg | 89 (100%) | 0 (0%) | 0 | 47 (95,9%) | 2 (4,1%) | 0 | 136 (98,6%) | 2 (1,4%) | 0 |
| Oncologische zorg | 75 (88,2%) | 10 (11,8%) | 0 | 57 (83,8%) | 11 (16,2%) | 0 | 132 (86,3%) | 21 (13,7%) | 0 |
| Operatie-kamers / het operatie-kwartier | 72 (92,3%) | 6 (7,7%) | 3 | 26 (100%) | 0 (0%) | 0 | 98 (94,2%) | 6 (5,8%) | 3 |
| Operatieve zorg | 72 (90%) | 8 (10%) | 1 | 47 (90,4%) | 5 (9,6%) | 0 | 119 (90,2%) | 13 (9,8%) | 1 |

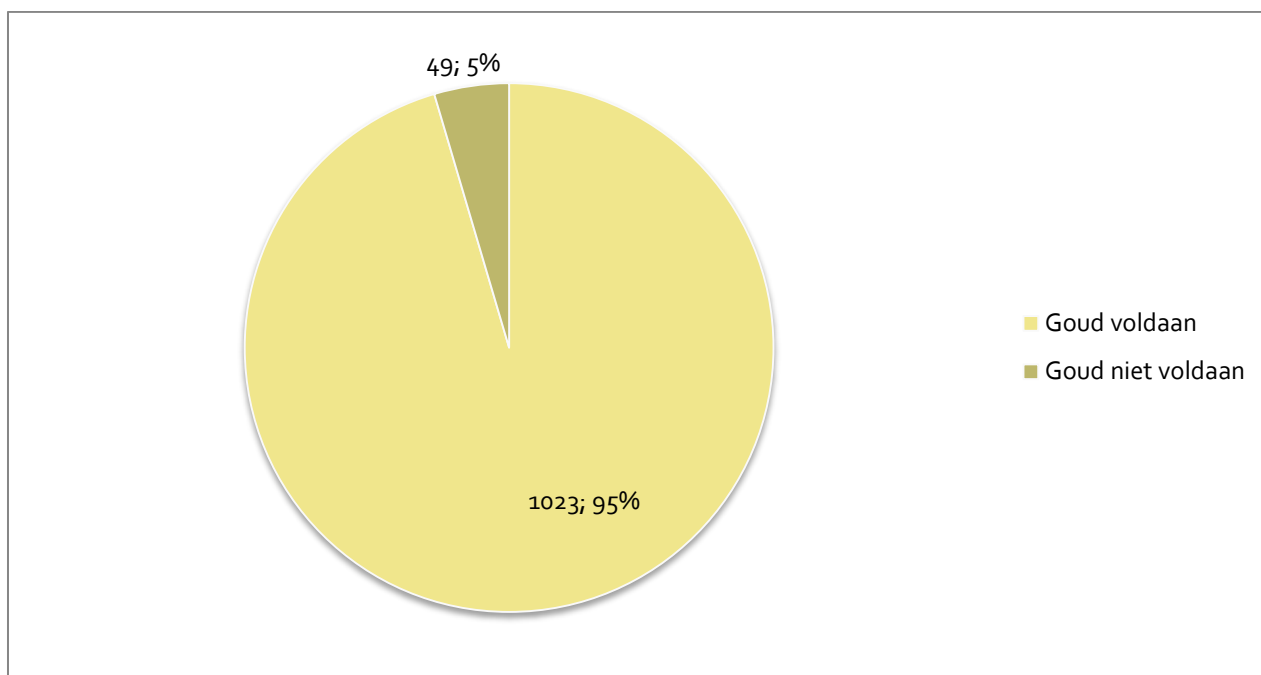
| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Normen | Criteria met hoge prioriteit | | | Andere criteria | | | Alle criteria | | |
|--|------------------------------|----------------------|-----------|------------------------|----------------------|-----------|-------------------------|-----------------------|-----------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | 38 (92,7%) | 3 (7,3%) | 1 | 54 (94,7%) | 3 (5,3%) | 0 | 92 (93,9%) | 6 (6,1%) | 1 |
| Revalidatie-zorg | 81 (96,4%) | 3 (3,6%) | 2 | 63 (98,4%) | 1 (1,6%) | 2 | 144 (97,3%) | 4 (2,7%) | 4 |
| Verloskundige zorg | 116 (96,7%) | 4 (3,3%) | 3 | 56 (96,6%) | 2 (3,4%) | 2 | 172 (96,6%) | 6 (3,4%) | 5 |
| Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen | 12 (80%) | 3 (20%) | 0 | 44 (93,6%) | 3 (6,4%) | 4 | 56 (90,3%) | 6 (9,7%) | 4 |
| Totaal | 1139 (93,1%) | 85 (6,9%) | 52 | 802 (92,4%) | 66 (7,6%) | 31 | 1941 (92,8%) | 151 (7,2%) | 83 |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Gouden Criteria

In onderstaand diagram staat in hoeverre Sint-Dimpna Ziekenhuis voldoet aan de gouden criteria.



Deze tabel geeft een overzicht van het aantal (en percentage) gouden criteria dat is aangemerkt als 'voldaan', 'niet voldaan' en 'n.v.t.' tijdens het auditbezoek.

| Normen | Criteria met hoge prioriteit (Goud) | | | Andere criteria (Goud) | | | Alle criteria (Goud) | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------|--------|------------------------|--------------|--------|----------------------|--------------|--------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| <i>Instellingsbrede normen</i> | | | | | | | | | |
| Governance | 21 (100%) | 0 (0%) | 0 | 11 (100%) | 0 (0%) | 0 | 32 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Leiderschap | 23 (82,1%) | 5 (17,9%) | 0 | 34 (87,2%) | 5 (12,8%) | 2 | 57 (85,1%) | 10 (14,9%) | 2 |
| <i>Zorg-specifieke normen</i> | | | | | | | | | |
| Infectiepreventie en -bestrijding | 32 (94,1%) | 2 (5,9%) | 1 | 15 (100%) | 0 (0%) | 2 | 47 (95,9%) | 2 (4,1%) | 3 |
| Medicatie-beheer | 42 (97,7%) | 1 (2,3%) | 2 | 30 (93,8%) | 2 (6,3%) | 1 | 72 (96%) | 3 (4%) | 3 |
| Ambulante zorg | 52 (91,2%) | 5 (8,8%) | 1 | 10 (100%) | 0 (0%) | 0 | 62 (92,5%) | 5 (7,5%) | 1 |
| Bloedbank- en transfusiediensten | 39 (95,1%) | 2 (4,9%) | 28 | 14 (100%) | 0 (0%) | 13 | 53 (96,4%) | 2 (3,6%) | 41 |

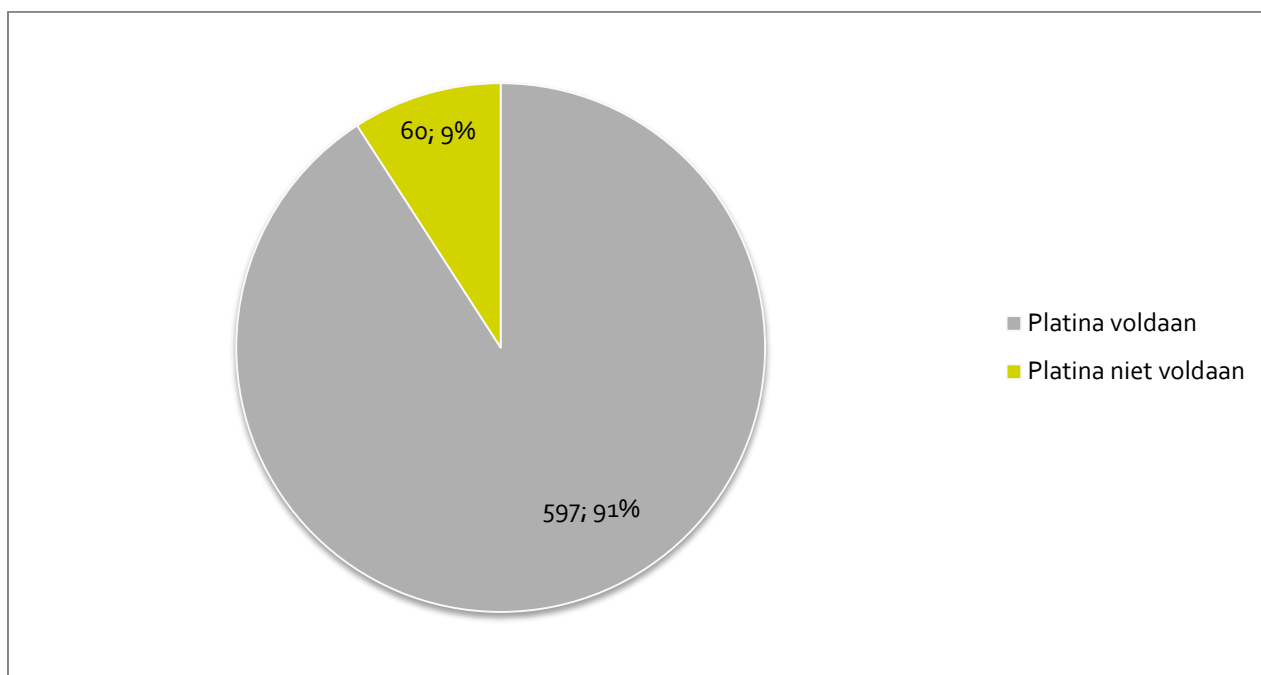
| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Normen | Criteria met hoge prioriteit (Goud) | | | Andere criteria (Goud) | | | Alle criteria (Goud) | | |
|--|--|----------------------|-----------|---------------------------|----------------------|-----------|-------------------------|----------------------|-----------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| De afdeling Spoedeisende Hulp | 38 (92,7%) | 3 (7,3%) | 0 | 19 (100%) | 0 (0%) | 0 | 57 (95%) | 3 (5%) | 0 |
| Diagnostische beeldvorming | 50 (96,2%) | 2 (3,8%) | 0 | 24 (100%) | 0 (0%) | 0 | 74 (97,4%) | 2 (2,6%) | 0 |
| Kritieke zorg | 54 (94,7%) | 3 (5,3%) | 1 | 10 (100%) | 0 (0%) | 0 | 64 (95,5%) | 3 (4,5%) | 1 |
| Medische (niet-chirurgische) zorg | 51 (100%) | 0 (0%) | 0 | 10 (100%) | 0 (0%) | 0 | 61 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Oncologische zorg | 46 (97,9%) | 1 (2,1%) | 0 | 17 (89,5%) | 2 (10,5%) | 0 | 63 (95,5%) | 3 (4,5%) | 0 |
| Operatiekamers / het operatiekwartier | 45 (91,8%) | 4 (8,2%) | 2 | 10 (100%) | 0 (0%) | 0 | 55 (93,2%) | 4 (6,8%) | 2 |
| Operatieve zorg | 42 (89,4%) | 5 (10,6%) | 0 | 15 (100%) | 0 (0%) | 0 | 57 (91,9%) | 5 (8,1%) | 0 |
| Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | 26 (92,9%) | 2 (7,1%) | 0 | 43 (97,7%) | 1 (2,3%) | 0 | 69 (95,8%) | 3 (4,2%) | 0 |
| Revalidatiezorg | 47 (97,9%) | 1 (2,1%) | 0 | 16 (100%) | 0 (0%) | 0 | 63 (98,4%) | 1 (1,6%) | 0 |
| Verloskundige zorg | 84 (100%) | 0 (0%) | 1 | 19 (100%) | 0 (0%) | 1 | 103 (100%) | 0 (0%) | 2 |
| Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen | 10 (83,3%) | 2 (16,7%) | 0 | 24 (96%) | 1 (4%) | 2 | 34 (91,9%) | 3 (8,1%) | 2 |
| Totaal | 702 (94,9%) | 38 (5,1%) | 36 | 321 (96,7%) | 11 (3,3%) | 21 | 1023 (95,4%) | 49 (4,6%) | 57 |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Platina Criteria

In onderstaand diagram staat in hoeverre Sint-Dimpna Ziekenhuis voldoet aan de platina criteria.



Deze tabel geeft een overzicht van het aantal (en percentage) platina criteria dat is aangemerkt als 'voldaan', 'niet voldaan' en 'n.v.t.' tijdens het auditbezoek.

| Normen | Criteria met hoge prioriteit (Platina) | | | Andere criteria (Platina) | | | Alle criteria (Platina) | | |
|-----------------------------------|--|--------------|--------|---------------------------|--------------|--------|-------------------------|--------------|--------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| <i>Instellingsbrede normen</i> | | | | | | | | | |
| Governance | 17 (85%) | 3 (15%) | 1 | 12 (100%) | 0 (0%) | 0 | 29 (90,6%) | 3 (9,4%) | 1 |
| Leiderschap | 12 (75%) | 4 (25%) | 0 | 30 (90,9%) | 3 (9,1%) | 2 | 42 (85,7%) | 7 (14,3%) | 2 |
| <i>Zorg-specifieke normen</i> | | | | | | | | | |
| Infectiepreventie en -bestrijding | 19 (95%) | 1 (5%) | 0 | 17 (100%) | 0 (0%) | 0 | 36 (97,3%) | 1 (2,7%) | 0 |
| Medicatie-beheer | 18 (90%) | 2 (10%) | 0 | 15 (83,3%) | 3 (16,7%) | 0 | 33 (86,8%) | 5 (13,2%) | 0 |
| Ambulante zorg | 26 (81,3%) | 6 (18,8%) | 1 | 9 (60%) | 6 (40%) | 1 | 35 (74,5%) | 12 (25,5%) | 2 |
| Bloedbank- en transfusie-diensten | 15 (100%) | 0 (0%) | 4 | 3 (75%) | 1 (25%) | 1 | 18 (94,7%) | 1 (5,3%) | 5 |

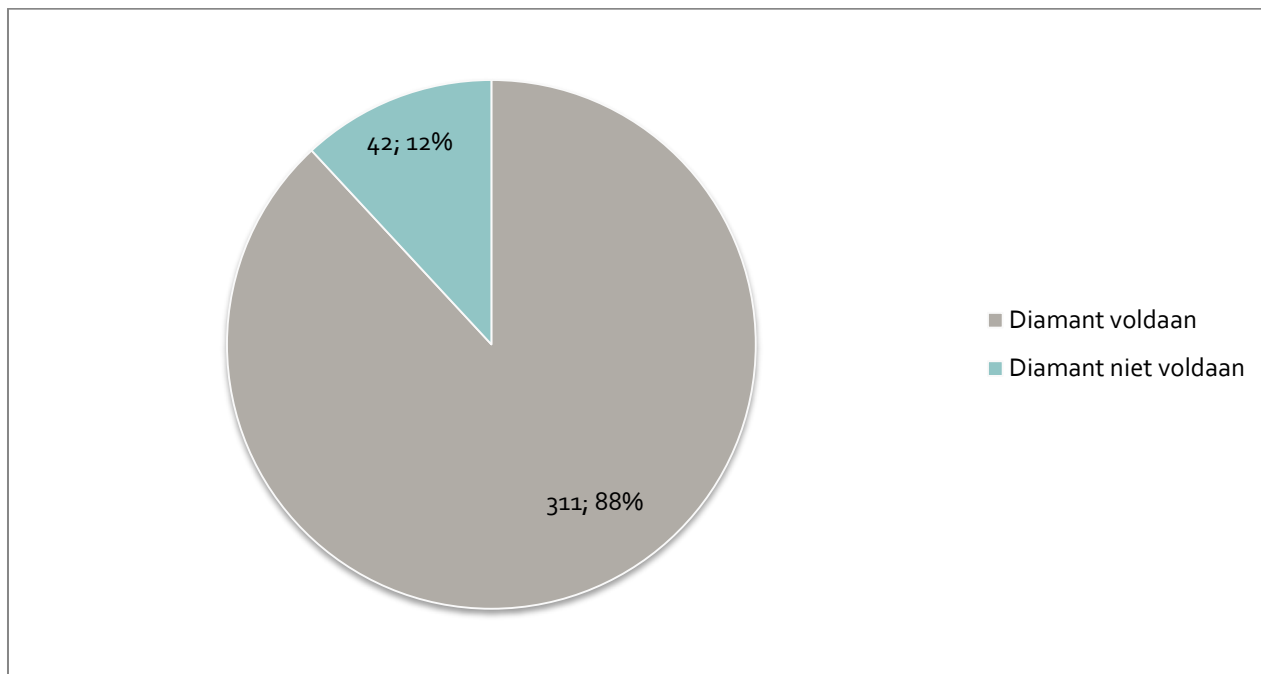
| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Normen | Criteria met hoge prioriteit (Platina) | | | Andere criteria (Platina) | | | Alle criteria (Platina) | | |
|---|---|----------------------|-----------|------------------------------|--------------------|----------|----------------------------|----------------------|-----------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| De afdeling Spoedeisende Hulp | 21 (100%) | 0 (0%) | 0 | 19 (86,4%) | 3 (13,6%) | 0 | 40 (93%) | 3 (7%) | 0 |
| Diagnostische beeldvorming | 13 (76,5%) | 4 (23,5%) | 0 | 28 (100%) | 0 (0%) | 0 | 41 (91,1%) | 4 (8,9%) | 0 |
| Kritieke zorg | 33 (100%) | 0 (0%) | 1 | 13 (86,7%) | 2 (13,3%) | 0 | 46 (95,8%) | 2 (4,2%) | 1 |
| Medische (niet- chirurgische) zorg | 27 (100%) | 0 (0%) | 0 | 18 (94,7%) | 1 (5,3%) | 0 | 45 (97,8%) | 1 (2,2%) | 0 |
| Oncologische zorg | 22 (84,6%) | 4 (15,4%) | 0 | 18 (78,3%) | 5 (21,7%) | 0 | 40 (81,6%) | 9 (18,4%) | 0 |
| Operatie- kamers / het operatie- kwartier | 24 (96%) | 1 (4%) | 1 | 9 (100%) | 0 (0%) | 0 | 33 (97,1%) | 1 (2,9%) | 1 |
| Operatieve zorg | 22 (95,7%) | 1 (4,3%) | 1 | 17 (100%) | 0 (0%) | 0 | 39 (97,5%) | 1 (2,5%) | 1 |
| Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | 9 (90%) | 1 (10%) | 1 | 8 (80%) | 2 (20%) | 0 | 17 (85%) | 3 (15%) | 1 |
| Revalidatie- zorg | 22 (91,7%) | 2 (8,3%) | 1 | 26 (100%) | 0 (0%) | 0 | 48 (96%) | 2 (4%) | 1 |
| Verloskundige zorg | 22 (88%) | 3 (12%) | 2 | 19 (100%) | 0 (0%) | 1 | 41 (93,2%) | 3 (6,8%) | 3 |
| Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen | 1 (50%) | 1 (50%) | 0 | 13 (92,9%) | 1 (7,1%) | 1 | 14 (87,5%) | 2 (12,5%) | 1 |
| Totaal | 323 (90,7%) | 33 (9,3%) | 13 | 274 (91%) | 27 (9%) | 6 | 597 (90,9%) | 60 (9,1%) | 19 |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Diamanten Criteria

In onderstaand diagram staat in hoeverre Sint-Dimpna Ziekenhuis voldoet aan de diamanten criteria.



Deze tabel geeft een overzicht van het aantal (en percentage) diamanten criteria dat is aangemerkt als 'voldaan', 'niet voldaan' en 'n.v.t.' tijdens het auditbezoek.

| Normen | Criteria met hoge prioriteit (Diamant) | | | Andere criteria (Diamant) | | | Alle criteria (Diamant) | | |
|-----------------------------------|--|--------------|--------|---------------------------|--------------|--------|-------------------------|--------------|--------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| <i>Instellingsbrede normen</i> | | | | | | | | | |
| Governance | 5 (100%) | 0 (0%) | 1 | 16 (100%) | 0 (0%) | 0 | 21 (100%) | 0 (0%) | 1 |
| Leiderschap | 6 (85,7%) | 1 (14,3%) | 0 | 16 (84,2%) | 3 (15,8%) | 0 | 22 (84,6%) | 4 (15,4%) | 0 |
| <i>Zorg-specifieke normen</i> | | | | | | | | | |
| Infectiepreventie en -bestrijding | 3 (100%) | 0 (0%) | 0 | 8 (100%) | 0 (0%) | 0 | 11 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Medicatiebeheer | 9 (100%) | 0 (0%) | 0 | 3 (100%) | 0 (0%) | 0 | 12 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Ambulante zorg | 11 (84,6%) | 2 (15,4%) | 0 | 11 (64,7%) | 6 (35,3%) | 0 | 22 (73,3%) | 8 (26,7%) | 0 |
| Bloedbank- en transfusiediensten | 0 (0%) | 1 (100%) | 0 | Nvt | Nvt | 0 | 0 (0%) | 1 (100%) | 0 |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Normen | Criteria met hoge prioriteit (Diamant) | | | Andere criteria (Diamant) | | | Alle criteria (Diamant) | | |
|--|--|-----------------------|----------|---------------------------|-----------------------|----------|-------------------------|-----------------------|----------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| De afdeling Spoedeisende Hulp | 12 (100%) | 0 (0%) | 0 | 16 (94,1%) | 1 (5,9%) | 0 | 28 (96,6%) | 1 (3,4%) | 0 |
| Diagnostische beeldvorming | 3 (75%) | 1 (25%) | 1 | 7 (100%) | 0 (0%) | 0 | 10 (90,9%) | 1 (9,1%) | 1 |
| Kritieke zorg | 10 (100%) | 0 (0%) | 0 | 13 (76,5%) | 4 (23,5%) | 0 | 23 (85,2%) | 4 (14,8%) | 0 |
| Medische (niet-chirurgische) zorg | 11 (100%) | 0 (0%) | 0 | 18 (94,7%) | 1 (5,3%) | 0 | 29 (96,7%) | 1 (3,3%) | 0 |
| Oncologische zorg | 7 (58,3%) | 5 (41,7%) | 0 | 21 (84%) | 4 (16%) | 0 | 28 (75,7%) | 9 (24,3%) | 0 |
| Operatiekamers / het operatiekwartier | 3 (75%) | 1 (25%) | 0 | 7 (100%) | 0 (0%) | 0 | 10 (90,9%) | 1 (9,1%) | 0 |
| Operatieve zorg | 8 (80%) | 2 (20%) | 0 | 14 (73,7%) | 5 (26,3%) | 0 | 22 (75,9%) | 7 (24,1%) | 0 |
| Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | 3 (100%) | 0 (0%) | 0 | 3 (100%) | 0 (0%) | 0 | 6 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Revalidatiezorg | 12 (100%) | 0 (0%) | 1 | 20 (95,2%) | 1 (4,8%) | 2 | 32 (97%) | 1 (3%) | 3 |
| Verloskundige zorg | 10 (90,9%) | 1 (9,1%) | 0 | 17 (89,5%) | 2 (10,5%) | 0 | 27 (90%) | 3 (10%) | 0 |
| Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen | 1 (100%) | 0 (0%) | 0 | 7 (87,5%) | 1 (12,5%) | 1 | 8 (88,9%) | 1 (11,1%) | 1 |
| Totaal | 114 (89,1%) | 14 (10,9%) | 3 | 197 (87,6%) | 28 (12,4%) | 3 | 311 (88,1%) | 42 (11,9%) | 6 |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

1.3 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR)

Vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's) zijn criteria die gaan over cruciale aspecten in de zorg- en dienstverlening van - met name - patiëntveiligheid. Aan deze eisen moet een instelling voldoen om voor accreditatie in aanmerking te komen. Elke VIR heeft een niveau op goud, platina of diamant en daaraan gekoppelde nalevingstest(s). Deze nalevingstest(s) moeten allemaal als 'voldaan' worden aangemerkt voordat de VIR als geheel als 'voldaan' kan worden beoordeeld.

Deze tabel geeft een overzicht van het aantal keren dat de VIR's zijn getoetst en hoe vaak deze VIR's zijn aangemerkt als 'voldaan' of 'niet voldaan' tijdens het auditbezoek.

| Normen | Gouden VIR's | | Platina VIR's | | Diamanten VIR's | |
|--|--------------|--------------|---------------|--------------|-----------------|--------------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Voldaan | Niet voldaan | Voldaan | Niet voldaan |
| <i>Instellingsbrede normen</i> | | | | | | |
| Governance | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Leiderschap | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| <i>Zorg-specifieke normen</i> | | | | | | |
| Infectiepreventie en –bestrijding | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Medicatiebeheer | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Ambulante zorg | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| Bloedbank- en transfusiediensten | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| De afdeling Spoedeisende Hulp | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Diagnostische beeldvorming | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Kritieke zorg | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| Medische (niet-chirurgische) zorg | 1 | 0 | 5 | 0 | 1 | 0 |
| Oncologische zorg | 1 | 0 | 5 | 0 | 1 | 0 |
| Operatiekamers / het operatiekwartier | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Operatieve zorg | 1 | 0 | 5 | 0 | 1 | 0 |
| Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Revalidatiezorg | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| Verloskundige zorg | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Normen | Gouden VIR's | | Platina VIR's | | Diamanten VIR's | |
|--|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|-----------------|---------------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Voldaan | Niet voldaan | Voldaan | Niet voldaan |
| Vorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totale aantal (%) | 17 (94,4%) | 1 (5,6%) | 31 (86,1%) | 5 (13,9%) | 9 (100%) | 0 (0%) |



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Deze tabel geeft een overzicht van de beoordelingen van de VIR's per patiëntveiligheidsgebied.

| VIR | Beoordeling | Niveau |
|--|-------------|---------|
| Communicatie | | |
| Clïëntverificatie (Ambulante zorg) | Voldaan | Goud |
| Clïëntverificatie (Bloedbank- en transfusiediensten) | Voldaan | Goud |
| Clïëntverificatie (De afdeling Spoedeisende Hulp) | Voldaan | Goud |
| Clïëntverificatie (Diagnostische beeldvorming) | Voldaan | Goud |
| Clïëntverificatie (Kritieke zorg) | Voldaan | Goud |
| Clïëntverificatie (Medische (niet-chirurgische) zorg) | Voldaan | Goud |
| Clïëntverificatie (Oncologische zorg) | Voldaan | Goud |
| Clïëntverificatie (Operatiekamers / het operatiekwartier) | Voldaan | Goud |
| Clïëntverificatie (Operatieve zorg) | Voldaan | Goud |
| Clïëntverificatie (Revalidatiezorg) | Voldaan | Goud |
| Clïëntverificatie (Verloskundige zorg) | Voldaan | Goud |
| Veilige chirurgische praktijken (Verloskundige zorg) | Voldaan | Goud |
| Veilige chirurgische praktijken (Operatiekamers / het operatiekwartier) | Voldaan | Goud |
| Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Ambulante zorg) | Voldaan | Platina |
| Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (De afdeling Spoedeisende Hulp) | Voldaan | Platina |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| VIR | Beoordeling | Niveau |
|--|--------------|---------|
| Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Kritieke zorg) | Niet voldaan | Platina |
| Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Medische (niet-chirurgische) zorg) | Voldaan | Platina |
| Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Oncologische zorg) | Voldaan | Platina |
| Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Operatieve zorg) | Voldaan | Platina |
| Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Revalidatiezorg) | Voldaan | Platina |
| Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Verloskundige zorg) | Voldaan | Platina |
| Medicatieafstemming (Ambulante zorg) | Voldaan | Diamant |
| Medicatieafstemming (De afdeling Spoedeisende Hulp) | Voldaan | Diamant |
| Medicatieafstemming (Kritieke zorg) | Voldaan | Diamant |
| Medicatieafstemming (Medische (niet-chirurgische) zorg) | Voldaan | Diamant |
| Medicatieafstemming (Oncologische zorg) | Voldaan | Diamant |
| Medicatieafstemming (Operatieve zorg) | Voldaan | Diamant |
| Medicatieafstemming (Revalidatiezorg) | Voldaan | Diamant |
| Medicatieafstemming (Verloskundige zorg) | Voldaan | Diamant |
| Medicatieverificatie als prioriteit (Leiderschap) | Voldaan | Diamant |
| Medicijngebruik | | |
| Controle van geconcentreerde elektrolyten (Medicatiebeheer) | Voldaan | Goud |
| High-alertmedicatie (Medicatiebeheer) | Voldaan | Platina |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| VIR | Beoordeling | Niveau |
|--|--------------|---------|
| Training in gebruik van infuuspompen (Medische (niet-chirurgische) zorg) | Voldaan | Platina |
| Training in gebruik van infuuspompen (Oncologische zorg) | Voldaan | Platina |
| Training in gebruik van infuuspompen (Operatiekamers / het operatiekwartier) | Voldaan | Platina |
| Training in gebruik van infuuspompen (Operatieve zorg) | Voldaan | Platina |
| Training in gebruik van infuuspompen (Revalidatiezorg) | Voldaan | Platina |
| Training in gebruik van infuuspompen (Verloskundige zorg) | Voldaan | Platina |
| Training in gebruik van infuuspompen (Ambulante zorg) | Voldaan | Platina |
| Training in gebruik van infuuspompen (De afdeling Spoedeisende Hulp) | Voldaan | Platina |
| Training in gebruik van infuuspompen (Kritieke zorg) | Voldaan | Platina |
| Arbeidsomstandigheden | | |
| Programma voor preventief onderhoud (Leiderschap) | Voldaan | Goud |
| Training over patiëntveiligheid (Leiderschap) | Voldaan | Goud |
| Infectiepreventie en -beheersing | | |
| Handhygiëne (Infectiepreventie en –bestrijding) | Voldaan | Goud |
| Tijdige toediening van profylactische antibiotica (Operatiekamers / het operatiekwartier) | Voldaan | Platina |
| Veilige injectiepraktijken (Infectiepreventie en –bestrijding) | Voldaan | Platina |
| Veiligheidscultuur | | |
| Incidentmelden (Leiderschap) | Niet voldaan | Goud |



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| VIR | Beoordeling | Niveau |
|--|--------------|---------|
| Risicomanagement | | |
| Tromboseprofylaxe (Kritieke zorg) | Voldaan | Platina |
| Tromboseprofylaxe (Medische (niet-chirurgische) zorg) | Voldaan | Platina |
| Tromboseprofylaxe (Oncologische zorg) | Voldaan | Platina |
| Tromboseprofylaxe (Operatieve zorg) | Voldaan | Platina |
| Valpreventiebeleid (Operatieve zorg) | Voldaan | Platina |
| Valpreventiebeleid (Revalidatiezorg) | Niet voldaan | Platina |
| Valpreventiebeleid (Oncologische zorg) | Voldaan | Platina |
| Valpreventiebeleid (Medische (niet-chirurgische) zorg) | Voldaan | Platina |
| Valpreventiebeleid (Verloskundige zorg) | Niet voldaan | Platina |
| Valpreventiebeleid (Ambulante zorg) | Niet voldaan | Platina |
| Valpreventiebeleid (Diagnostische beeldvorming) | Niet voldaan | Platina |
| Voorkomen decubitus (Medische (niet-chirurgische) zorg) | Voldaan | Platina |
| Voorkomen decubitus (Oncologische zorg) | Voldaan | Platina |
| Voorkomen decubitus (Kritieke zorg) | Voldaan | Platina |
| Voorkomen decubitus (Revalidatiezorg) | Voldaan | Platina |
| Voorkomen decubitus (Operatieve zorg) | Voldaan | Platina |



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

1.4 Overzicht per kwaliteitsdimensie



Het internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum gebruikt acht kwaliteitsdimensies om de kwaliteit van zorg weer te geven. Elk criterium in een norm is gerelateerd aan een specifieke kwaliteitsdimensie. Deze tabel geeft een overzicht van het aantal (en percentage) criteria per kwaliteitsdimensie dat is aangemerkt als 'voldaan', 'niet voldaan' en 'n.v.t.' tijdens het auditbezoek.

| Normen | Doelgroepgerichtheid  | | | Toegankelijkheid  | | |
|--|---|--------------|--------|---|--------------|--------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| <i>Instellingsbrede normen</i> | | | | | | |
| Governance | 6 (100%) | 0 (0%) | 0 | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 |
| Leiderschap | 12 (100%) | 0 (0%) | 1 | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 |
| <i>Zorg-specifieke normen</i> | | | | | | |
| Infectiepreventie en –bestrijding | 5 (100%) | 0 (0%) | 0 | 5 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Medicatiebeheer | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 | 4 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Ambulante zorg | 1 (25%) | 3 (75%) | 0 | 3 (42,9%) | 4 (57,1%) | 0 |
| Bloedbank- en transfusiediensten | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 | 2 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| De afdeling Spoedeisende Hulp | 4 (80%) | 1 (20%) | 0 | 13 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Diagnostische beeldvorming | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 | 2 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Kritieke zorg | 4 (80%) | 1 (20%) | 0 | 3 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Medische (niet-chirurgische) zorg | 4 (100%) | 0 (0%) | 0 | 6 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Oncologische zorg | 7 (77,8%) | 2 (22,2%) | 0 | 7 (77,8%) | 2 (22,2%) | 0 |
| Operatiekamers / het operatiekwartier | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 |
| Operatieve zorg | 2 (50%) | 2 (50%) | 0 | 7 (87,5%) | 1 (12,5%) | 0 |
| Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 | 5 (100%) | 0 (0%) | 0 |



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Normen | Doelgroepgerichtheid  | | | Toegankelijkheid  | | |
|---|---|----------------------|----------|---|----------------------|----------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| Revalidatiezorg | 8 (100%) | 0 (0%) | 1 | 7 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Verloskundige zorg | 6 (100%) | 0 (0%) | 0 | 6 (85,7%) | 1 (14,3%) | 0 |
| Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen | 6 (100%) | 0 (0%) | 0 | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 |
| Totaal | 65 (87,8%) | 9 (12,2%) | 2 | 70 (89,7%) | 8 (10,3%) | 0 |



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Normen | Cliëntgerichte Zorgverlening | | | Continuïteit van de zorgverlening | | |
|--|---|--------------|------------|---|--------------|-----|
| |  | | |  | | |
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | |
| <i>Instellingsbrede normen</i> | | | | | | |
| Governance | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 | 1 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Leiderschap | 2 (100%) | 0 (0%) | 0 | 1 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| <i>Zorg-specifieke normen</i> | | | | | | |
| Infectiepreventie en –bestrijding | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 |
| Medicatiebeheer | 8 (88,9%) | 1 (11,1%) | 0 | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 |
| Ambulante zorg | 17 (89,5%) | 2 (10,5%) | 1 | 9 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Bloedbank- en transfusiediensten | 2 (100%) | 0 (0%) | 0 | 0 Nvt | 0 Nvt | 2 |
| De afdeling Spoedeisende Hulp | 5 (83,3%) | 1 (16,7%) | 0 | 6 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Diagnostische beeldvorming | 10 (100%) | 0 (0%) | 0 | 1 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Kritieke zorg | 20 (90,9%) | 2 (9,1%) | 0 | 5 (83,3%) | 1 (16,7%) | 0 |
| Medische (niet-chirurgische) zorg | 18 (100%) | 0 (0%) | 0 | 9 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Oncologische zorg | 21 (95,5%) | 1 (4,5%) | 0 | 10 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Operatiekamers / het operatiekwartier | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 | 1 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Operatieve zorg | 13 (92,9%) | 1 (7,1%) | 0 | 7 (87,5%) | 1 (12,5%) | 0 |
| Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 |
| Revalidatiezorg | 23 (95,8%) | 1 (4,2%) | 0 | 11 (91,7%) | 1 (8,3%) | 0 |
| Verloskundige zorg | 15 (100%) | 0 (0%) | 0 | 6 (100%) | 0 (0%) | 0 |



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Normen | Cliëntgerichte Zorgverlening  | | | Continuïteit van de zorgverlening  | | |
|---|--|---------------------|----------|---|---------------------|----------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen | 3 (100%) | 0 (0%) | 0 | 8 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Totaal | 157 (94,6%) | 9 (5,4%) | 1 | 75 (96,2%) | 3 (3,8%) | 2 |



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Normen | Arbeidsomstandigheden  | | | Veiligheid  | | |
|--|--|--------------|--------|---|--------------|--------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| <i>Instellingsbrede normen</i> | | | | | | |
| Governance | 11 (91,7%) | 1 (8,3%) | 0 | 4 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Leiderschap | 25 (78,1%) | 7 (21,9%) | 1 | 25 (78,1%) | 7 (21,9%) | 0 |
| <i>Zorg-specifieke normen</i> | | | | | | |
| Infectiepreventie en –bestrijding | 3 (100%) | 0 (0%) | 0 | 45 (93,8%) | 3 (6,3%) | 0 |
| Medicatiebeheer | 3 (75%) | 1 (25%) | 0 | 64 (95,5%) | 3 (4,5%) | 2 |
| Ambulante zorg | 10 (62,5%) | 6 (37,5%) | 0 | 25 (89,3%) | 3 (10,7%) | 2 |
| Bloedbank- en transfusiediensten | 0 Nvt | 0 Nvt | 2 | 43 (95,6%) | 2 (4,4%) | 27 |
| De afdeling Spoedeisende Hulp | 18 (94,7%) | 1 (5,3%) | 0 | 24 (92,3%) | 2 (7,7%) | 0 |
| Diagnostische beeldvorming | 6 (100%) | 0 (0%) | 0 | 46 (93,9%) | 3 (6,1%) | 0 |
| Kritieke zorg | 17 (89,5%) | 2 (10,5%) | 0 | 26 (96,3%) | 1 (3,7%) | 0 |
| Medische (niet-chirurgische) zorg | 14 (93,3%) | 1 (6,7%) | 0 | 25 (100%) | 0 (0%) | 0 |
| Oncologische zorg | 13 (81,3%) | 3 (18,8%) | 0 | 23 (95,8%) | 1 (4,2%) | 0 |
| Operatiekamers / het operatie-kwartier | 5 (100%) | 0 (0%) | 0 | 59 (92,2%) | 5 (7,8%) | 3 |
| Operatieve zorg | 15 (100%) | 0 (0%) | 1 | 23 (92%) | 2 (8%) | 0 |
| Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | 4 (100%) | 0 (0%) | 0 | 35 (92,1%) | 3 (7,9%) | 1 |
| Revalidatiezorg | 16 (100%) | 0 (0%) | 0 | 19 (90,5%) | 2 (9,5%) | 1 |
| Verloskundige zorg | 16 (84,2%) | 3 (15,8%) | 0 | 49 (98%) | 1 (2%) | 4 |



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Normen | Arbeidsomstandigheden  | | | Veiligheid  | | |
|---|--|-----------------------|----------|---|--------------------|-----------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen | 6 (100%) | 0 (0%) | 0 | 25 (86,2%) | 4 (13,8%) | 3 |
| Totaal | 182 (87,9%) | 25 (12,1%) | 4 | 560 (93%) | 42 (7%) | 43 |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Normen | Efficiëntie  | | | Effectiviteit  | | |
|--|---|--------------|--------|---|---------------|--------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| <i>Instellingsbrede normen</i> | | | | | | |
| Governance | 16 (100%) | 0 (0%) | 0 | 44 (95,7%) | 2 (4,3%) | 2 |
| Leiderschap | 8 (100%) | 0 (0%) | 1 | 52 (86,7%) | 8 (13,3%) | 1 |
| <i>Zorg-specifieke normen</i> | | | | | | |
| Infectiepreventie en –bestrijding | 2 (100%) | 0 (0%) | 0 | 37 (100%) | 0 (0%) | 3 |
| Medicatiebeheer | 3 (100%) | 0 (0%) | 0 | 37 (92,5%) | 3 (7,5%) | 2 |
| Ambulante zorg | 3 (60%) | 2 (40%) | 0 | 55 (90,2%) | 6 (9,8%) | 0 |
| Bloedbank- en transfusiediensten | 0 Nvt | 0 Nvt | 0 | 26 (92,9%) | 2 (7,1%) | 16 |
| De afdeling Spoedeisende Hulp | 4 (100%) | 0 (0%) | 0 | 56 (96,6%) | 2 (3,4%) | 0 |
| Diagnostische beeldvorming | 6 (100%) | 0 (0%) | 0 | 55 (91,7%) | 5 (8,3%) | 1 |
| Kritieke zorg | 3 (100%) | 0 (0%) | 0 | 62 (95,4%) | 3 (4,6%) | 2 |
| Medische (niet-chirurgische) zorg | 3 (100%) | 0 (0%) | 0 | 64 (98,5%) | 1 (1,5%) | 0 |
| Oncologische zorg | 4 (80%) | 1 (20%) | 0 | 54 (83,1%) | 11 (16,9%) | 0 |
| Operatiekamers / het operatie-kwartier | 5 (100%) | 0 (0%) | 0 | 32 (97%) | 1 (3%) | 0 |
| Operatieve zorg | 3 (100%) | 0 (0%) | 0 | 56 (90,3%) | 6 (9,7%) | 0 |
| Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | 3 (100%) | 0 (0%) | 0 | 45 (93,8%) | 3 (6,3%) | 0 |
| Revalidatiezorg | 3 (100%) | 0 (0%) | 0 | 62 (98,4%) | 1 (1,6%) | 2 |
| Verloskundige zorg | 3 (100%) | 0 (0%) | 0 | 76 (97,4%) | 2 (2,6%) | 1 |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Normen | Efficiëntie  | | | Effectiviteit  | | |
|---|---|---------------------|----------|---|----------------------|-----------|
| | Voldaan | Niet voldaan | Nvt | Voldaan | Niet voldaan | Nvt |
| | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal | Aantal (%) | Aantal (%) | Aantal |
| Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen | 4 (80%) | 1 (20%) | 0 | 4 (80%) | 1 (20%) | 1 |
| Totaal | 73 (94,8%) | 4 (5,2%) | 1 | 817 (93,5%) | 57 (6,5%) | 31 |



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

2. Overzicht beoordelingen op niveau goud

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de beoordelingen door het auditteam van de criteria op niveau goud.

2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

In deze tabel ziet u de beoordeling van de gouden VIR's, het patiëntveiligheidsgebied daaraan gerelateerd, en de norm waar zij betrekking op hebben.

| Gouden VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|--|---|-------------|---|
| Communicatie | | | |
| Cliëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures. | Operatiekamers / het operatiekwartier 5-4 | Voldaan | De auditor stelt tijdens het werkplekbezoek aan het OK en de verkoeverkamer vast dat de cliëntidentificatie conform de afspraken gebeurt. Er is een actieve bevraging van de naam en de voornaam alsook de geboortedatum. En dit op alle momenten zoals vastgelegd in het protocol cliëntidentificatie. |
| Cliëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures. | Kritieke zorg 7.4 | Voldaan | Tijdens het werkplekbezoek stelt de auditor vast dat de patiëntidentificatie conform de afspraken gebeurt. De identificatie gebeurt aan de hand van de actieve bevraging en waar dit niet mogelijk is aan de hand van het polsbandje en het medische dossier dat in de box aanwezig is. |
| Cliëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures. | Operatieve zorg 7.15 | Voldaan | De auditor stelt vast dat met betrekking tot de operatieve zorg er een standaard procedure gebruikt wordt bij de cliëntidentificatie, zowel bij het binnenkomen van patiënten in het operatiekwartier / voorbereidingsruimte, als bij het binnenkomen in de eigenlijke operatiezaal, bij de time out en tenslotte ook bij het bereiken van de verkoeverkamer na de ingreep. Ook bij het volgen van de patiënten naar de verblijfsafdelingen, stelt de auditor vast dat de cliëntidentificatie conform de afspraken gebeurt. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Gouden VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|--|---------------------------------------|-------------|---|
| Clïëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures. | Verloskundige zorg 9.8 | Voldaan | De auditor verneemt van de patiënten dat alle vroedvrouwen steeds naam, voornaam en geboortedatum vragen alvorens een dienst wordt verleend. De auditor vindt in het portaal Infoland de procedure over de toepassing van patiënt-identificatie. Tijdens het werkplekbezoek waar? stelt de auditor vast dat de identificatie conform de afspraken gebeuren. |
| Clïëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures. | Medische (niet-chirurgische) zorg 9.8 | Voldaan | Het team beschikt over het protocol 'Patientidentificatie', ingezien door de auditor. In dit protocol zijn de definities, de doelen, de indicatiemethode, de aandachtspunten en de werkwijzen beschreven. Het team maakt gebruik van foto-identificatie (welk team? Enkel hier foto-identificatie?) en polsbandjes en gebruikt naam en geboortedatum om de cliënt te indentificeren. |
| Clïëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol bij alle diensten en procedures. | De afdeling Spoedeisende Hulp 10.6 | Voldaan | De auditor stelt vast tijdens het werkplekbezoek dat de cliëntidentificatie conform de afspraken gebeurt. Alle nalevingstesten worden door de auditor als voldaan beoordeeld. Het kamernummer wordt nergens gebruikt. |
| Clïëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures. | Ambulante zorg 10.7 | Voldaan | De auditor ziet in infoland de procedure patiëntidentificatie. De auditor stelt vast tijdens het werkplekbezoek op de poliklinieken dat de patiënt conform de afspraken geïdentificeerd wordt. Dit gebeurt aan de hand van de naam en de geboortedatum van de patiënt. Het protocol laat tevens toe dat de patiënt aan de hand van het patiëntenvignet wordt geïdentificeerd, vastgesteld op de polikliniek heerkunde. (Nog een afwijkende methode? Is hierover gesproken door de auditoren?) |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Gouden VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|--|--|-------------|---|
| Clïëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures. | Oncologische zorg 10.8 | Voldaan | De auditor stelt vast, dat het beleid cliëntidentificatie, ingezien door de auditor, correct wordt toegepast door het team. De auditees gebruiken bij de cliëntenidentificatie twee methodes(naam, voornaam en geboortedatum). |
| Clïëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures. | Revalidatiezorg 10.8 | Voldaan | Tijdens patiënttracers op de Spafdeling geven auditees aan dat patiëntidentificatie gebeurt door actief de naam, voornaam en geboortedatum te bevragen bij de patiënt en deze informatie te vergelijken met het patiëntidentificatiebandje. Twee patiënten bevestigen deze werkwijze aan de auditor. De bevraagde patiënten geven verder aan dat wanneer de parameters in het dossier opgenomen worden, de patiëntidentificatiebandjes gescand worden. |
| Clïëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol bij alle onderzoeken en procedures. | Diagnostische beeldvorming 11.4 | Voldaan | De auditor ziet de procedure 'Patiëntidentificatie in en stelt tijdens meerdere patiënttracers vast dat de patiënten actief bevraagd worden naar hun naam, voornaam, geboortedatum en dat de verkregen informatie vergeleken wordt met het aanvraagformulier. |
| Clïëntverificatie Het team hanteert een cliënt identifi catieprotocol dat toegepast wordt bij alle laboratoriumdiensten. | Bloedbank- en transfusie-diensten 20.3 | Voldaan | De auditor stelt samen met de auditees van het bloedtransfusiecomité vast dat men het identificatieprotocol bij de bloedtransfusie toepast conform de afspraken en dat deze afspraken terug te vinden zijn in Infoland (cfr. Transfusie van bloed en bloederivaten, versie 10). De auditor heeft deze procedure met zijn richtlijnen kunnen auditen op de verpleegeenheid oncologie en alle nalevingstesten als voldaan behouwd. De auditees op de dienst oncologie gebruiken |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Gouden VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|--|--|-------------|--|
| | | | tijdens de observaties bij de rondgang daarbij twee methodes om de cliënt te identificeren (naam en voornaam, geboortedatum). |
| Veilige chirurgische praktijken De instelling hanteert een protocol ter vermijding van chirurgische ingrepen op de verkeerde plaats, volgens de verkeerde procedure en bij de verkeerde persoon. | Operatiekamers / het operatiekwartier 5.1 | Voldaan | De auditor stelt in het operatiekwartier vast en hoort tijdens de gesprekken met enkele anesthesiologen en twee gynaecologen dat voldaan wordt aan de nalevingstests met betrekking tot het vermijden van chirurgische ingrepen op de verkeerde plaats, volgens de verkeerde procedure en bij de verkeerde persoon. De auditor ziet tijdens de patiëntentracer dat het protocol conform de afspraken wordt uitgevoerd. |
| Veilige chirurgische praktijken De instelling hanteert een protocol ter vermijding van chirurgische ingrepen op de verkeerde plaats, volgens de verkeerde procedure en bij de verkeerde persoon. | Verloskundige zorg 9.11 | Voldaan | De auditor stelt tijdens het werkplekbezoek vast dat de procedure met betrekking tot de safe surgery checklist, die te vinden is in het Infoland portaal, correct toegepast wordt. |
| Medicijngebruik | | | |
| Controle van geconcentreerde elektrolyten De instelling evalueert en beperkt de beschikbaarheid van geconcentreerde elektrolyten om te waarborgen dat hoeveelheden die kunnen leiden tot schade niet worden opgeslagen in zorgruimtes. | Medicatiebeheer 7.2 | Voldaan | In het gesprek met de hoofdapotheker en apothekemedewerkers is aangegeven dat de beschikbaarheid van geconcentreerde elektrolyten in bepaalde zorgruimtes door het medisch farmaceutisch comité is geëvalueerd en goedgekeurd. Het medisch farmaceutisch comité volgt in zijn vergaderingen, via een jaarlijkse audit, de opslag van geconcentreerde elektrolyten in zorgruimtes op en stuurt bij. |
| Arbeidsomstandigheden | | | |
| Training over patiëntveiligheid De instelling verzorgt ten minste eenmaal per jaar trainingen en opleidingen cliëntveiligheid voor organisatiemanagers, zorgverleners en andere medewerkers en | Leiderschap 11.8 | Voldaan | De auditor krijgt bevestigd tijdens de gesprekken met de directie en het managementteam en de cel kwaliteit en door inzage in de aanwezigheidslijsten dat de |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Gouden VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|--|---------------------------------------|-------------|---|
| vrijwilligers. Het gaat hierbij onder meer om opleidingen gericht op specifieke aandachtsgebieden van cliëntveiligheid. | | | instelling opleidingen aanbiedt inzake cliëntveiligheid. |
| <p>Programma voor preventief onderhoud</p> <p>De instellingsleiding zorgt voor een effectief preventief onderhoud van medische instrumenten, materialen, medische apparatuur en medische technologie.</p> | Leiderschap 10.5 | Voldaan | Uit het gesprek met de directeur Technische dienst en het diensthoofd Medische technologie bleek dat de instelling gebruikt maakt van het software programma ULTIMO en OPERA om medische instrumenten en apparatuur te inventariseren, identificeren, onderhoud te plannen en te registreren. De effectiviteit van het onderhoud wordt geëvalueerd. Bij dure herstellingen wordt de rentabiliteit van de investering geëvalueerd. Incidenten met medische apparatuur worden door de betrokken stafmedewerker opgevolgd. De technische dienst wordt indien relevant op de hoogte gesteld en levert input voor verbeterprojecten. De medewerkers werden gesensibiliseerd voor het veilig werken met medische apparatuur door middel van een postercampagne. |
| Infectiepreventie en -beheersing | | | |
| <p>Handhygiëne</p> <p>De instelling voorziet de medewerkers van middelen om te voldoen aan de aanbevolen richtlijnen op het gebied van handhygiëne.</p> | Infectiepreventie en –bestrijding 6.3 | Voldaan | De auditor heeft het introductieprogramma 'nieuwe medewerker' ingezien en met twee verpleegkundigen gesproken die recent in dienst kwamen. Zij hebben bevestigd dat zij voorlichting kregen over de juiste techniek voor handhygiëne. Ook worden er jaarlijks verplichte scholingen voor o.a. artsen en verpleegkundigen gegeven. De auditoren stellen tijdens de werkbezoeken vast dat er voorlichtingsmateriaal over handhygiëne op de werkplek aanwezig is en dat bij de directe |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Gouden VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|---|-----------------------|--------------|---|
| | | | patiëntenzorg overal handalcohol aanwezig is. De instelling beschikt over veilige continue watertoevoer en de noodzakelijke middelen (bijv. zeep, papieren handdoeken) om de handen te wassen. |
| Veiligheidscultuur | | | |
| Incidentmelden De instelling voert een meldsysteem en passende follow-up in voor bijwerkingen, incidenten en bijna-ongevallen. Het rapportagesysteem voldoet aan de vigerende wet- en regelgeving, en valt binnen de door de wetgeving geboden bescherming. <i>Na onderzoek en follow-up worden verbeteringen doorgevoerd.</i> | Leiderschap 16.4.2 | Niet voldaan | Uit de gesprekken met de cel kwaliteit en de verantwoordelijke voor de incidentmeldingen en na inzage van het incidentmeldingssysteem krijgen de auditoren bevestigd dat de follow-up van de incidenten nagenoeg niet gebeurt. Dit wordt ook bevestigd door de leidinggevendenden van de bezochte afdelingen. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

2.2 Normen

In deze tabel ziet u de gouden criteria die als 'niet voldaan' zijn beoordeeld. De criteria met hoge prioriteit zijn aangeduid met een uitroepteken.

Instellingsbrede normen

| Gouden criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------------|--|
| Governance | | |
| Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld. | | |
| Leiderschap | | |
| 2.1 Voor de instellingsleiding is een gezonde en veilige werkomgeving een strategische prioriteit. | ! | Verschillende auditoren stellen vast dat in de Keuken de vaatwasmachine enorm veel lawaai maakt. De medewerkers werken met oordoppen om het haalbaar te maken. Bovendien is de vloer gevaarlijk glad waardoor valincidenten altijd mogelijk zijn. De bevindingen worden bevestigd door de auditees van de keuken. Op de CSA stellen de auditoren vast dat de medewerkers in zeer kleine en beperkte werkruimtes met schaarse en onaangename verlichting dienen te werken. Er is nagenoeg geen daglicht. De inpakruimte is bijzonder warm. Op de Apotheek stellen de auditoren kleine en donkere werkruimtes vast waar geen of nauwelijks daglicht aanwezig is. Bij consultatie van de verslagen van de bedrijfsbezoeken op 09/09, 14/10 en 30/10/2016 werden zowel de apotheek als de dienst CSA niet bezocht. |
| 2.2 De instellingsleiding ondersteunt activiteiten ter verbetering van de werkomstandigheden en het creëren van een gezonde en veilige werkomgeving. | | De auditees geven aan dat reeds meerdere malen melding is gemaakt van de bovengenoemde problemen. Dit is ook reeds in de ondernemingsraad geagendeerd aldus de afvaardiging van de ondernemingsraad. Doch tot op heden zijn hier nog geen oplossingen voor geboden, aldus de auditees en vastgesteld door de auditor tijdens de rondgang. De auditor stelt vast dat het ziekteverzuim tussen 2014 en 2016 behoorlijk gestegen is (cf. statistiek ziekteverzuim Securex). Een globaal plan van aanpak kon worden aangereikt. |
| 2.7 De instellingsleiding ontwikkelt, implementeert en onderhoudt gezondheids- en veiligheidsbeleid op de werkplek conform de wet- en regelgeving. | ! | De auditor stelt vast dat niet alle risicovolle diensten worden meegenomen tijdens de inspectierondes van de arbeidsgeneeskundige dienst. de apotheek en de CSA zijn niet bezocht blijkt uit de verslaggeving van de arbeidsgeneeskundige dienst. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Gouden criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|--|
| 4.7 Het strategisch beleid bevat doelen die meetbaar zijn en in lijn zijn met de missie en waarden. | | De auditor verneemt dat na een strategische exercitie de contouren voor een nieuw strategisch beleid nader zijn uitgewerkt. Het ligt volgens de directie en de RvB in de bedoeling eind 2017, begin 2018 tot vaststelling van het nieuwe beleid te komen. Actueel strategisch beleid in strikte zin is derhalve nog niet voorhanden. |
| 6.2 De instellingsleiding ontwikkelt jaarplannen op operationeel niveau voor de realisatie van het strategisch plan en de doelen. De jaarplannen dienen voor de sturing van de dagelijkse bedrijfsactiviteiten. | ! | Mede gelet op het finaliseren van het strategisch beleid voor de komende jaren zijn er op decentraal operationeel niveau geen jaarplannen door de auditor aangetroffen. |
| 9.10 De instelling heeft in een beleidsdocument vastgelegd dat roken beperkt is tot aangewezen ruimtes. | | De auditor verneemt van de afvaardiging van de ondernemingsraad dat de instelling een beleid uitgestippeld heeft waarbij het rookbeleid ten aanzien van de medewerkers gedefinieerd werd. De auditoren stellen evenwel vast dat dit beleid nog niet door de ondernemingsraad goedgekeurd werd. ten aanzien van de patiënten wordt in de onthaalbrochure verwezen naar KB van 31 maart 1987 dat het rookverbod in ziekenhuizen regelt. |
| 13.9 De instelling ontwikkelt en implementeert een continuïteitsplan om tijdens en na een ramp of noodsituatie continuïteit van zorg te kunnen garanderen. | | De auditor ziet een zeer recent door de preventiemedewerker opgesteld gecombineerde risicoanalyse/continuïteitsplan. Het document is nog niet voor iedereen toegankelijk op het Portaal (Infoland) en wacht voorts nog op verdere implementatie. Op basis van de geïdentificeerde risico's is het continuïteitsplan beschreven en in het document geïntegreerd. De implementatie dient nog te gebeuren aldus diensthoofd van de technische dienst. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Gouden criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|--|
| 14.2 De instellingsleiding beschikt over een geïntegreerde aanpak voor management en beheersing van risico's. | ! | De auditor krijgt tijdens het gesprek met de afdeling kwaliteit bevestigd dat er momenteel nog geen geïntegreerde aanpak is voor de aanpak van risico's. Er worden wel veel meldingen (duidelijk stijgende tendens) gedaan wat wijst op een positieve meldcultuur. Retrospectieve analyses (zoals bijvoorbeeld via de Prisma methodiek) van deze meldingen gebeuren momenteel nog niet. De verder uitrol in 2018 moet nog verder gebeuren. Dit staat ook zo uitdrukkelijk vermeld in het "patiëntveiligheidsplan 2017". Sinds 2010 is één medewerker opgeleid om retrospectieve analyses uit te voeren. Prospectieve evaluaties gebeuren wel maar niet systematisch waardoor een geïntegreerde aanpak nog niet mogelijk is, aldus de auditees. |
| 16.6 De instellingsleiding stimuleert een verbetercultuur door zorgverleners en andere medewerkers de mogelijkheid bieden om te leren van incidenten, bijwerkingen en bijna-ongevallen. | | De auditees bevestigen dat op dit moment er wel een duidelijke stijging is van het aantal meldingen. Dat de meldcultuur verbetert maar door het nog niet consequent en gestructureerd uitvoeren van incidentanalyses is de leercultuur nog niet aanwezig. Tijdens de rondgang krijgen de auditoren bevestigd dat de medewerkers geen weet hebben van de resultaten van het incident melden. |
| 17.1 De instellingsleiding ontwikkelt en implementeert een geïntegreerd plan voor kwaliteitsverbetering. | ! | Er is een plan voor kwaliteitsverbetering ontwikkeld (cf. strategisch en operationeel plan) maar de implementatie organisatiebreed is nog onvoldoende uitgewerkt volgens de cel kwaliteit en bevestigd door alle leidinggevende auditees op de afdelingen. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Zorgspecifieke normen

| Gouden criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|--|
| Infectiepreventie en –bestrijding | | |
| 11.3 Medewerkers dragen geschikte persoonlijke beschermingsmiddelen bij het omgaan met besmette materialen en apparatuur. | ! | De auditor stelt tijdens het werkbezoek op endoscopie vast dat de medewerker bij het reinigen van gebruikte scopen geen persoonlijke beschermingsmiddelen gebruikt. |
| 13.2 Alle ruimtes voor reiniging en desinfectie van endoscopen zijn fysiek gescheiden van afdelingen voor patiëntenzorg. | ! | De auditor stelt tijdens het werkbezoek aan de polikliniek urologie vast dat de reiniging en de desinfectie van de endoscopen niet fysiek zijn gescheiden van de patiëntenzorg. |
| Medicatiebeheer | | |
| 6.1 De medicatieopslagruimtes zijn schoon en ordelijk. | | De auditor heeft samen met de hoofdapotheeker vastgesteld dat de opslagruimtes binnen de centrale apotheek niet ordelijk zijn. Wegens plaats tekort is er een opeenstapeling van bijvoorbeeld infuusvloeistoffen en staan er overvolle rekken en kasten. Bovenop de kasten bewaart men administratief materiaal. Apotheekmedewerkers dienen regelmatig in de hoogte te werken voor handelingen betreffende medicatievoorraden. |
| 6.3 De medicatie is opgeslagen in beveiligde ruimtes die alleen toegankelijk zijn voor bevoegde medewerkers. | ! | De auditor heeft vastgesteld samen met de hoofdverpleegkundigen van de verpleegafdelingen D7 en D5 dat de deuren die toegang geven tot de ruimtes waar medicatie wordt bewaard niet worden afgesloten. De ruimtes zijn dus vrij toegankelijk, aldus de auditees. |
| 12.1 De instelling biedt werkruimte aan apotheekmedewerkers om een veilige en effectieve bereiding van medicatie te ondersteunen. | | De auditor stelt vast dat de werkruimten in de centrale apotheek zo goed als mogelijk worden georganiseerd. De ruimtes zijn onvoldoende geventileerd en verlicht en beschikken niet over klimaatbeheersing, bevestigd door de auditees. |
| Ambulante zorg | | |
| 6.2 Het team ontvangt cliënten in de behandelruimte, met respect voor privacy en vertrouwelijkheid. | ! | De auditoren hebben vastgesteld op de polikliniek heelkunde dat documenten met betrekking tot de planning van de consultaties vrij toegankelijk beschikbaar zijn. De auditoren stellen vast dat op de raadpleging urologie patiëntvignetten van vorige patiënten liggen in de ruimte waar patiënten aanwezig zijn. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Gouden criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------------|--|
| 7.3 Het team houdt bij hoeveel cliënten niet verschijnen voor geplande afspraken. | ! | De coördinator polikliniek heelkunde deelt mee aan de auditoren dat er niet wordt bijgehouden hoeveel patiënten niet verschijnen voor geplande afspraken. |
| 11.6 Het team volgt het instellingsbeleid met betrekking tot het veilig bewaren van medicatie en het weggooien van medicatie die over de datum, besmet of ongebruikt zijn. | ! | De auditoren vinden tijdens het werkplekbezoek op de polikliniek urologie vervallen medicatie in de kast van de urologen. De auditoren zien tijdens het werkplekbezoek de lijst met de controles van de vervaldatum van de medicatie waarop vermeld staat dat de kast niet in orde is. Dit werd besproken met de coördinator en de afspraak was dat de arts dat zelf zou opnemen. |
| 13.11 Het team bewaart schone en steriele apparatuur, medische instrumenten en benodigdheden gescheiden van besmette apparatuur en afval, conform de instructies van de fabrikant. | ! | De auditor stelt vast tijdens de systeemtracer "Stella endoscopenreiniger" op de poli urologie dat de gereinigde en de high level gedesinfecteerde endoscopen in een gesloten kast in de onderzoeksruijme bewaard worden. Tijdens werkplekbezoeken aan de endoscopenunit, de centrale sterilisatie-unit en het operatiekwartier stelt de auditor vast dat er zich losse steriele setonderdelen in de sterilisatie- en de inpakruimtes bevinden, dat heupprothesen en andere steriele materialen opgeslagen liggen in een kast in de onreine gang van het operatiekwartier. Dit wordt ook bevestigd door de auditees die aangeven dat de foute stockering gebeurt uit plaatsgebrek. |
| 16.8 Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten, bijna-ongevallen en bijwerkingen voorkomen, monitort en analyseert deze. | ! | De auditoren stellen vast dat de personeelsleden incidenten melden. Ze zijn niet op de hoogte zijn van de frequentie. De stafmedewerker stelt dat incidenten door haar worden geanalyseerd, incidenten met een ernstig risico worden besproken in de incidentencommissie. De terugkoppeling gebeurt nog niet consequent op alle poliklinieken tot op dienstniveau. |
| Bloedbank- en transfusiediensten | | |
| 15.1 Bij het verpakken van bloed en bloedcomponenten voor verzending inspecteert het team visueel elke zak en noteert het dat deze vrij is van lekken en abnormaliteiten, en dat de houdbaarheidsdatum nog niet is verstreken. | ! | De auditor stelt vast tijdens het werkplekbezoek dat de auditee op het lab de verpakking van de bloed en de bloedcomponenten voor de verzending niet inspecteert op lekken en abnormaliteiten. De auditee bevestigt dat deze handeling de gewoonte is. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Gouden criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|--|
| 20.4 Het team inspecteert vóór de transfusie alle bloedzakken op lekken of andere abnormaliteiten. | ! | De auditor stelt samen met de auditees op de dienst oncologie vast dat men vooraf niet controleert op lekken of andere abnormaliteiten van de bloedzakken. |
| De afdeling Spoedeisende Hulp | | |
| 3.3 Het team beschikt over een afdelingsplan voor noodsituaties en rampen waarin de rol van de afdeling spoedeisende hulp en de beschikbare hulpmiddelen zijn beschreven. | ! | De auditor verneemt dat er geen overall afdelingsplan beschikbaar is maar op basis van het ziekenhuisnoodplan bestaan wel uitgewerkte 'actiekaarten'. Als voorbeeld haalt de auditee het opstarten van het noodplan aan waarbij de spoedeisende hulp een cruciale functie vervult. |
| 14.6 Het team registreert alle incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen en vermeldt, indien van toepassing, deze in het dossier van de cliënt. | ! | De auditor stelt vast uit de gesprekken met de hoofdverpleegkundige van de SEH dat de implementatie van het incident-meld systeem nog niet volkomen ingeburgerd is. Een aantal verpleegkundigen op de spoedeisende hulp geven aan dat er gemeld wordt maar dat niet alles gemeld wordt. Volgens hen wordt er niet noodzakelijkerwijze en consequent geregistreerd binnen het dossier van de cliënt |
| 14.7 Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen voorkomen, monitort en analyseert deze. | ! | De auditor verneemt bij de spoedverpleegkundigen, de hoofdverpleegkundige, de spoedartsen en het medisch diensthoofd van de spoedopname dat er incidenten en bijna-incidenten gemeld worden. De meldingen zijn onvolledig en er is geen echte feedback qua aantallen en men weet ook niet of alles geanalyseerd wordt. Een aantal incidenten geven eerder ad hoc aanleiding tot verbeterpunten. |
| Diagnostische beeldvorming | | |
| 2.1 Het team volgt wachttijden en de gemiddelde responstijden voor electieve, dringende en spoedaanvragen voor radiologische diagnostiek. | ! | Uit het gesprek met de hoofdverpleegkundige op de dienst radiologie blijkt dat de wachttijden voor electieve aanvragen wekelijks voor alle soorten onderzoeken geregistreerd wordt en aanleiding geeft tot verbeteracties. Wat de wachttijden voor dringende aanvragen betreft zijn er afspraken tussen de dienst Radiologie en de verpleegafdelingen en de spoeddienst (cfr. SLA Spoed-Radiologie, het Stroke protocol). Of deze wachttijden/streeftijden ook effectief behaald zijn, worden niet als dusdanig gemonitord, aldus de auditee. De wachttijden op de dienst Nucleaire geneeskunde worden volgens het medisch diensthoofd niet systematisch gemonitord. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Gouden criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|---|
| 15.9 Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten, bijna-ongevallen en bijwerkingen voorkomen. | ! | Verschillende auditees geven aan dat incidenten centraal gemeld worden maar ze niet op de hoogte zijn van het aantal incidenten op de eigen dienst. Het medisch diensthoofd heeft geen toegang tot het managementportaal waarop deze data en de verbeterprojecten staan. Enkel de hoofdtechnoloog heeft dit overzicht. |
| Kritieke zorg | | |
| 11.9 Het team neemt een volledig verslag van het ontslag of de overdracht op in het cliëntdossier, inclusief een samenvatting van de verleende diensten. | ! | De auditor krijgt van de auditees bevestigd dat de verpleegkundigen geen samenvatting van de verleende diensten opnemen in het patiëntendossier. De verpleegkundigen schrijven dagelijks hun bevindingen in een papieren dossier. Bij de overdracht naar de afdeling wordt geen samenvatting geschreven van de verleende zorg, aldus de auditees van de afdeling Kritieke Zorg. |
| 12.4 Het team bergt dossiers van cliënten zodanig op dat de privacy en vertrouwelijkheid van cliëntinformatie beschermd worden. | ! | De auditor observeert bij de werkbezoeken op de IZ dat het patiëntendossier driemaal niet werd afgesloten door de zorgverleners bij het verlaten van de patiëntenkamer. |
| 14.9 Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen voorkomen, monitort en analyseert deze. | ! | De auditee heeft de auditor bevestigd dat er geen analyse en opvolging is op het meestvoorkomende incident 'vallen van de patiënt'. |
| Medische (niet-chirurgische) zorg | | |
| Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld. | | |
| Oncologische zorg | | |
| 1.1 De teamleiders beschikken over een beschreven plan om informatie te verzamelen over de behoeften aan zorg van huidige en potentiële cliënten. | | De auditor stelt tijdens het gesprek met de auditees vast dat er geen beschreven plan is om de informatie te verzamelen over de behoeften aan zorg van huidige potentiële cliënten. |
| 6.1 De teamleiders ontwikkelen samen met teamleden een plan om de werk-privébalans te bevorderen. | | De auditor krijgt bevestigd bij de auditees dat de teamleden onder meer inspraak hebben in de uitoefening van het werk, flexibele werktijden en jaarlijkse verlofregelingen. Samen met de auditee van D5 wordt een groot aantal overuren vastgesteld zonder toekomstig afbouwplan of maatregelen om afbouw van overuren te bevorderen. |
| 15.5 Het team registreert alle incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen en vermeldt deze, indien van toepassing, in het dossier van de cliënt. | ! | De auditor heeft vastgesteld, samen met de auditee, dat niet alle incidenten waar cliënten bij betrokken zijn worden vastgelegd in het cliëntdossier. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Gouden criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------------|--|
| Operatiekamers / het operatiekwartier | | |
| 3.4 De operatiekamer kent drie niveaus van toegankelijkheid: vrij toegankelijk, semi-toegankelijk en plaatsen met een strikte beperking. | ! | De auditoren stellen tijdens het werkplekbezoek vast dat het OK vrij toegankelijk is voor onbevoegden. Aan de achterzijde kan een lift, die ook gebruikt wordt om de goederen van en naar de CSA te brengen, genomen worden door derden die niet bevoegd zijn tot het OK. Op die manier krijgt men rechtstreeks toegang tot de operatiezalen en ook tot de opslagruimte van de steriele materialen en de implantaten. |
| 3.5 De steriele opslag van medische apparatuur, hulpmiddelen en steriele materialen is op de operatiekamers/het operatiekwartier beperkt toegankelijk. | ! | De auditoren stellen vast dat via een lift aan de achterzijde van het OK complex vrij toegankelijk is voor onbevoegden. |
| 10.2 Het team maakt veilig gebruik van lasers en doet dit in een gecontroleerde omgeving. | ! | De auditor stelt tijdens het werkplekbezoek aan het operatiekwartier vast dat aan alle persoonlijke voorzorgsmaatregelen voor veilig gebruik van lasers voldaan is. Tijdens een ingreep waarbij lasers gebruikt worden, kunnen de ramen in de operatiekamerdeuren niet afgesloten worden. |
| 13.14 Het team slaat schone en steriele chirurgische apparatuur, medische apparatuur en benodigdheden op volgens de instructies van de fabrikanten, en gescheiden van vuile apparatuur en afval. | ! | De auditor stelt tijdens de rondgang op het OK vast dat in een aantal zijruimtes van de logistieke gang van het operatiekwartier, die bedoeld is voor de afvoer van gebruikt- en desgevallend besmet materiaal en linnen, een aantal benodigdheden (zoals te gebruiken loodschorten) en steriele implantaten en sets opgeslagen zijn. Volgens de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier is dit omwille van plaatsgebrek binnen het steriele operatiekwartiergedeelte. Een optimalisatie is voorzien in de loop van de komende maanden, aldus de hoofdverpleegkundige. Daarnaast stelt de auditor ook vast dat benodigdheden voor ingrepen die 's anderendaags plaats vinden op karren gelegd worden waarbij de steriele sets gestapeld worden op een wijze die niet kan uitsluiten dat er perforaties kunnen ontstaan, bevestigd door de hoofdverpleegkundige van het OK. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Gouden criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|---|
| Operatieve zorg | | |
| 2.6 Het team beschikt over adequate persoonlijke beschermingsmiddelen die deugdelijk zijn onderhouden. | ! | De auditor verneemt van de auditee/hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier dat de loodschorten die gebruikt worden bij de radioscopie jaarlijks macroscopisch – visueel geëvalueerd worden. Vanaf volgend jaar is het voorzien dat deze schorten ook radiologisch zullen getest worden om de integriteit van de loodbescherming te evalueren. |
| 8.5 Voorafgaand aan een grote en/of risicovolle ingreep bespreekt het team orgaandonatie met de cliënt en geeft de cliënt de mogelijkheid om in te stemmen met orgaandonatie. | ! | De auditor verneemt van het medisch diensthoofd anesthesiologie dat voorafgaand aan een grote en/of risicovolle ingreep er geen bespreking gebeurt met de cliënt omtrent orgaandonatie. |
| 12.4 Het team bergt cliëntendossiers zodanig op dat de privacy van de cliënt en de vertrouwelijkheid van cliëntinformatie beschermd worden. | ! | De auditor stelt tijdens de rondgang op de diensten waar operatieve zorgen diensten worden verleend, vast dat de papieren documenten met informatie betreffende de cliënt aanwezig zijn die vrij toegankelijk zijn. Ook is vastgesteld dat de pc-schermen niet onmiddellijk na gebruik in onleesbare / screen-saver-modus komen te staan waardoor de patiënten informatie beschikbaar – leesbaar blijft voor derden. |
| 14.6 Het team registreert alle incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen en vermeldt deze, indien van toepassing, in het dossier van de cliënt. | ! | De auditor stelt vast op de chirurgische en orthopedische hospitalisatie-afdelingen, op de spoedeisende hulp, op het chirurgisch dagziekenhuis en op het operatiekwartier dat veel incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen gemeld worden. De auditees geven aan dat op dit moment zeker en vast niet alle incidenten gemeld worden. Er geschiedt ook meestal geen vermelding in het dossier van de cliënt. Dit is vastgesteld bij inzage van patiëntendossiers van patiënten waarbij een incident gemeld was. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Gouden criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------------|--|
| 14.7 Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen voorkomen, en monitort en analyseert deze. | ! | De auditor stelt vast op de chirurgische en orthopedische hospitalisatie-afdelingen, op de spoedeisende hulp, en op het operatiekwartier dat de feedback omtrent aantallen en aard van gemelde incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen wel aanwezig is op het dienstportaal. Wat met deze aantallen gebeurt is minder duidelijk, aldus de auditee. Sommige incidenten geven aanleiding tot een verbeterpunt of een verbeterplan maar anderen geven niet systematisch aanleiding tot verbeterpunten. |
| Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | | |
| 5.8 Het team draagt geschikte en correct onderhouden persoonlijke beschermingsmiddelen in de ontsmettingsruimte. | ! | Tijdens de tracer op de CSA observeert de auditor hoe een instrument na de reinigingsfase in de ontsmettings- en inpakruimte wordt schoongebazen zonder daarbij gebruik te maken van mondkap, spatbril en schort. Tijdens observatie in de endoscopie-unit stelt de auditor vast dat een medewerker een vuile scoop reinigt zonder daarbij masker, spatbril en een schort te dragen. Bij navraag bevestigt de laatstgenoemde medewerker dat wanneer een verpleegkundige op de endoscopieunit alleen instaat om het onderzoek te assisteren en de scopen te reinigen/desinfecteren het aan- en uittrekken van de beschermingsmiddelen praktisch niet haalbaar is en niet gebeurt. |
| 10.4 De instelling zorgt dat elk steriel pakket ongeschonden blijft. | ! | In de opslagruimtes op de CSA evenals in het operatiekwartier stelt de auditor vast dat de steriele pakketten soms gestapeld opgeslagen worden waardoor de kans bestaat dat de steriele verpakking beschadigd raakt. Dit wordt bevestigd door de beide diensthoofden van de bezochte afdelingen. De reden hiervoor is een structureel plaatsgebrek, aldus de auditees. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Gouden criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------------|---|
| 12.1 Het team heeft een gedocumenteerd systeem voor kwaliteitsmanagement voor zijn diensten op het gebied van reiniging en sterilisatie. Hierin zijn principes van kwaliteitsbewaking, risicomangement en continue verbetering geïntegreerd. | | De medewerkers van de centrale sterilisatie kunnen terugvallen op procedures voor alle procesonderdelen. De dienst beschikt niet over een kwaliteitshandboek als dusdanig waarin het proces van continue verbetering van de kwaliteit gedocumenteerd staat. Uit het interview met het verpleegkundig diensthoofd en de verantwoordelijke apotheker blijkt dat risico's geanalyseerd worden, maatregelen ter verbetering getroffen worden en indicatoren opgevolgd worden. Op welke principes deze initiatieven gestoeld zijn, is niet gedocumenteerd en het is niet duidelijk wat de stand van zaken is van de verbeterprojecten. |
| Revalidatiezorg | | |
| 9.10 Het team overlegt indien nodig met andere specialisten om de beoordeling van de cliënt af te ronden. | ! | Op basis van dossierinzages tijdens de patiënttracer stelt de auditor vast dat er niet voor elke patiënt nota's beschikbaar zijn van regelmatige contacten met de behandelende arts. Uit de interviews met de verpleegkundigen, de paramedici en de leidinggevenden van de sp afdeling blijkt dat het team dit als knelpunt in de zorgverlening ervaart. Uit de gesprekken leert de auditor dat er een strikte taakverdeling is tussen de revalidatiearts en de behandelend arts. De revalidatiearts is verantwoordelijk voor de revalidatie en rekent op de behandelende arts voor de diagnostiek en behandeling van respectievelijk neurologische/orthopedische problemen, alsook voor het signaleren en opvolgen van internistische problemen in samenwerking met de internisten. Indien nodig worden dan wijzigingen oa aan het medicatieschema doorgevoerd. Dit beleid blijkt in de praktijk inconsequent toegepast te worden. Tijdens het interview met het medisch diensthoofd Revalidatie verneemt de auditor de intentie van de revalidatieartsen om de afspraken met de behandelende artsen op korte termijn te evalueren en te verbeteren. |
| Verloskundige zorg | | |
| Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld. | | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Gouden criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------------|---|
| Vorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen | | |
| 1.2 Het instellingsbeleid en -procedures inzake het voorbereid zijn op noodsituaties en rampen voldoen aan de vigerende wet- en regelgeving. | | De afgevaardigden van het permanent comité geven aan dat het noodplan momenteel ter goedkeuring bij de FOD ligt. Op dit moment is er dus geen goedgekeurd plan ter beschikking. |
| 6.4 De instelling stelt prioriteiten vast voor de in kaart gebrachte noodsituaties en rampen op basis van hun frequentie en ernst. | ! | De auditees geven aan dat er geen prioriteiten vastgelegd zijn. |
| 6.5 De instelling herhaalt jaarlijks de risicoinventarisatie en past deze indien nodig aan. | ! | De risicoinventarisatie is van recente datum en moet nog opvolging krijgen, aldus de auditee. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

3. Overzicht beoordelingen op niveau platina

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de beoordelingen door het auditteam van de criteria op niveau platina.

3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

In deze tabel ziet u de beoordeling van de platina VIR's, het patiëntveiligheidsgebied daaraan gerelateerd, en de norm waar zij betrekking op hebben.

| Platina VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|--|---|--------------|---|
| Communicatie | | | |
| <p>Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten</p> <p>Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.</p> <p><i>Het team gebruikt tijdens overdrachten hulpmiddelen (bijv. overdrachtsformulieren, checklists) voor de tijdige overdracht van cliëntinformatie.</i></p> | <p>Kritieke zorg 11.8.2</p> | Niet voldaan | De auditees geven aan dat er niet consequent en uniform gebruik wordt gemaakt van hulpmiddelen bij de overdracht. Dit is volgens hen een belangrijk werkpunt. |
| <p>Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten</p> <p>Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.</p> | <p>Operatieve zorg 11.9</p> | Voldaan | De auditor stelt vast dat de overdracht van de patiënten van de spoedeisende hulp naar de hospitalisatie-afdelingen en het operatiekwartier, alsook van de hospitalisatie-afdelingen naar het operatiekwartier, alsook tussen de operatiekamer en de verkoeverafdeling, volledig elektronisch ondersteund wordt en dat derhalve alle benodigde informatie conform de afspraken en veilig doorgegeven wordt. |
| <p>Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten</p> <p>Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.</p> | <p>De afdeling Spoedeisende Hulp 11.9</p> | Voldaan | De informatieoverdracht gebeurt conform de afspraken vastgelegd in het beleid. De auditor hoort tijdens het werkplekbezoek verschillende informatieoverdrachten en krijgt bevestigd dat dit steeds gestandaardiseerd gebeurt. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Platina VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|---|---|-------------|---|
| | | | Het gebruik van een checklist is volledig ingeburgerd en wordt als zeer zinvol ervaren, aldus de medewerkers van de SEH. |
| Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners. | Medische (niet-chirurgische) zorg 11.9 | Voldaan | Het team beschikt over het protocol 'Overdracht patiënteninformatie', ingezien door de auditor. In dit protocol zijn het doel, de normen, de criteria en de werkwijzen beschreven. Conform dit protocol voor de overdracht van cliëntinformatie gebruikt het team de read-backtechniek en elektronische bestanden waarin onder andere de rapportages en het briefingsblad zijn opgenomen. |
| Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners. | Ambulante zorg 12.5 | Voldaan | Tijdens de werkplekbezoeken stelt de auditor vast dat de informatie overdracht van arts naar verpleegkundige en omgekeerd volgens de afspraken gebeurt vastgelegd in de procedure over informatieoverdracht van patiëntengegevens. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de SBAR methodiek. |
| Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners. | Oncologische zorg 12.8 | Voldaan | De auditor heeft samen met de auditees op de dienst oncologie en cardiologie vastgesteld, dat de SBAR methodiek steeds wordt gebruikt bij informatie overdracht in dringende situaties. Dit is conform de procedure 'Overdracht patiënteninformatie'. |
| Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners. | Verloskundige zorg 12.9 | Voldaan | De auditor woont een briefing bij en stelt vast dat het briefingsblad wordt gebruikt bij de overdracht van de patiënteninformatie. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Platina VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|--|--|-------------|---|
| <p>Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten</p> <p>Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.</p> | Revalidatiezorg 12.11 | Voldaan | Tijdens de patiëntentracer op de Sp-afdeling toont een zorgverlener aan de auditor welke gegevens tijdens de overdracht aan mekaar gebriefd worden. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van een overdrachtsblad dat gegenereerd wordt door het elektronisch patiëntendossier. |
| Medicijngebruik | | | |
| <p>High-alertmedicatie</p> <p>De instelling implementeert een uitvoerig beleid voor het beheren van 'high-alertmedicatie'.</p> | Medicatiebeheer 3.6 | Voldaan | De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplek-bezoeken bevestigd gezien dat er voldaan is aan de Vereiste instellingsrichtlijn en verwijst naar de procedure en het beleid met referentie VIR 'Hoog risico medicatie'. Het beleid noemt de verantwoordelijken voor het implementeren en het monitoren van het hoog risico beleid. Er is een afgestemde lijst van 'high-alertmedicatie', procedures voor het opslaan, voorschrijven, bereiden, uitdelen, toedienen en documenteren van de high-alertmedicatie. De auditor stelt vast, dat middels introductiemomenten en bijscholingen zorgmedewerkers worden geïnformeerd. Opvolgverslagen tonen aan dat in mei 2017 interne audits zijn uitgevoerd, aandachtspunten bespreekbaar zijn gemaakt en verbeteringen zijn doorgevoerd. Het MFC monitort het beleid over high-alertmedicatie. |
| <p>Training in gebruik van infuuspompen</p> <p>De zorgverleners ontvangen continue training in het veilig gebruik van alle (binnen de operatiekamers gehanteerde types) infuuspompen.</p> | Operatiekamers / het operatiekwartier 2.6 | Voldaan | De auditor verneemt van alle verpleegkundigen van het OK en de verkoeverkamer dat alle medewerkers de opleiding volgden in het veilig gebruiken van infuuspompen. De auditor ziet dat de opleiding via een |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Platina VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|---|---------------------------------------|-------------|--|
| | | | e-learning module gebeurt en ziet de lijsten in van de medewerkers die in de loop van de laatste 12 maanden de opleiding gevolgd hebben. Geen van de auditees kon evenwel melden wanneer de eerstvolgende training diende doorlopen te worden. |
| Training in gebruik van infuuspompen De zorgverleners ontvangen continue training in het veilig gebruik van alle (binnen de kritieke zorg gehanteerde types) infuuspompen. | Kritieke zorg 4.6 | Voldaan | De auditor krijgt bevestigd door de auditees en door inzage in diverse documenten en softwareprogramma's dat de medewerkers continue training in het veilig gebruik van infuuspompen ontvangen. Dit registreert de hoofdverpleegkundige op afdelingsniveau. Op ziekenhuisniveau registreert de dienst Vorming Training en Opleiding (VTO) de opleidingen in het veilig gebruik van infuuspompen. |
| Training in gebruik van infuuspompen De zorgverleners ontvangen continue training in het veilig gebruik van alle (binnen de medische zorg gehanteerde types) infuuspompen. | Medische (niet-chirurgische) zorg 4.6 | Voldaan | De auditor krijgt tijdens de werkbezoeken door de auditees bevestigd dat de medewerkers een continue training krijgen in het veilig gebruik van infuuspompen (twee jaarlijks). De controle hiervan ligt centraal bij de afdeling Vorming Training Opleiding. |
| Training in gebruik van infuuspompen De zorgverleners ontvangen continue training in het veilig gebruik van alle (binnen de operatieve zorg gehanteerde types) infuuspompen. | Operatieve zorg 4.6 | Voldaan | De auditor verneemt van de geauditeerde verpleegkundigen, het medische en het verpleegkundige diensthoofd dat allen een opleiding hebben genoten inzake het veilig gebruik van infuuspompen. De auditor ziet de deelnamelijst in. |
| Training in gebruik van infuuspompen De zorgverleners ontvangen continue training voor het veilig gebruik van alle (binnen de ambulante zorg gehanteerde types) infuuspompen. | Ambulante zorg 4.6 | Voldaan | De auditoren stellen vast dat op de polikliniek heelkunde geen infuuspompen worden gebruikt. De verpleegkundig directeur stelt dat de continue training rond infuuspompen door iedereen moet gevolgd |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Platina VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|---|-----------------------------------|-------------|---|
| | | | worden. Iedereen komt in contact met de infuuspompen, aldus directeur verpleegkunde. De auditor ontvangt een lijst van de VTO medewerker van de personeelsleden van de polikliniek die de training hebben gevolgd en een lijst van alle personeelsleden die daar werkzaam zijn. De auditor stelt vast dat iedere medewerker de training heeft gevolgd. |
| Training in gebruik van infuuspompen De zorgverleners ontvangen continue training voor het veilig gebruik van alle (binnen de verloskundige zorg gehanteerde types) infuuspompen. | Verloskundige zorg 4.10 | Voldaan | De auditor verneemt dat er trainingen worden gevolgd rond het gebruik van infuuspompen. De VTO medewerker toont het e-learningspakket dat hiervoor is voorzien aan de auditoren. De VTO verantwoordelijken volgen zo op welk personeelslid de training heeft gevolgd. Indien medewerkers de training niet hebben gevolgd, worden ze op de hoogte gebracht door de VTO verantwoordelijken. |
| Training in gebruik van infuuspompen De zorgverleners ontvangen continue training voor het veilig gebruik van alle (binnen de spoedeisende hulp gehanteerde types) infuuspompen. | De afdeling Spoedeisende Hulp 5.7 | Voldaan | De training voor het veilig gebruik van alle infuuspompen werd pas het laatste jaar geïntroduceerd. Alle betrokken medewerkers dienen een e-learning module te doorlopen. De auditores van de spoedeisende hulp geven aan deze e-learning succesvol te hebben doorlopen. Ze weten niet wanneer ze deze opleiding dienen te herhalen. |
| Training in gebruik van infuuspompen De zorgverleners ontvangen continue training voor het veilig gebruik van alle (binnen de oncologische zorg gehanteerde types) infuuspompen. | Oncologische zorg 5.8 | Voldaan | De auditor heeft vastgesteld door inzage te krijgen in de opleidingslijsten dat de teamleden een continue training ontvangen voor het veilig gebruik van infuuspompen. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Platina VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|--|--|-------------|--|
| <p>Training in gebruik van infuuspompen</p> <p>De zorgverleners ontvangen continue training voor het veilig gebruik van alle (binnen de revalidatiezorg gehanteerde types) infuuspompen.</p> | Revalidatiezorg 5.8 | Voldaan | Tijdens het interview met de hoofdverpleegkundige van de Sp-dienst en een dubbelcheck bij de VTO-verantwoordelijke kon de auditor vaststellen dat er continue training (via e-learning) voorzien is in het veilig werken met infuuspompen. De hoofdverpleegkundige had hiervan een overzicht en de VTO kan ook nakijken welke medewerkers dit wel/niet gevolgd hebben. |
| Infectiepreventie en -beheersing | | | |
| <p>Tijdige toediening van profylactische antibiotica</p> <p>Daartoe gekwalificeerde teamleden dienen profylactische antibiotica toe om postoperatieve infecties te voorkomen.</p> | Operatiekamers / het operatiekwartier 7.6 | Voldaan | De auditor stelt tijdens zijn gesprek met het medisch/ anesthesiologisch en verpleegkundig diensthoofd vast dat voldaan is aan de nalevingstests met betrekking tot het profylactisch toedienen van antibiotica om postoperatieve infecties te vermijden. De antibiotica worden in de operatiekamer zelf toegediend onmiddellijk na de time out procedure. Het beëindigen van de behandeling geschiedt in samenspraak tussen de anesthesioloog en de chirurg op het einde van de ingreep en in concordantie met de door bapcoc (Belgisch wetenschappelijk instituut) uitgevaardigde richtlijnen. De auditor krijgt bevestiging hieromtrent van een andere anesthesioloog en een gynaecoloog. |
| <p>Veilige injectiepraktijken</p> <p>De instelling ontwikkelt protocollen en werkwijzen voor veilig injecteren om schade aan cliënten, zorgverleners en de mensen thuis te voorkomen. Nalevingstest(s):</p> | Infectiepreventie en –bestrijding 4.5 | Voldaan | De instelling beschikt over de protocollen 'Subcutane inspuiting' en 'Intramusculaire inspuiting' met hierin de definities, de (contra-)indicaties, de aandachtspunten, de observaties, de benodigdheden, de werkwijzen en de complicaties. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Platina VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|---|---|-------------|--|
| | | | Er worden (bij)scholingen gegeven over de effectiviteit van medicatie die per injectie en per os wordt gegeven. De auditor heeft bevestigd gekregen tijdens de rondgang op diverse verpleegafdelingen dat conform de protocollen de medicatie wordt toegediend. De auditor heeft van de auditees bevestigd gekregen dat er steeds voldoende injectiemateriaal aanwezig is. |
| Risicomanagement | | | |
| Valpreventiebeleid Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren. | Medische (niet-chirurgische) zorg 14.2 | Voldaan | De auditor stelt vast dat het team een valpreventiebeleid heeft geïmplementeerd waarin risicogroepen op vallen worden geïdentificeerd. Bij deze risicogroepen worden preventieve maatregelen genomen. De incidenten worden besproken op teamniveau en de verbeteringen worden doorgevoerd. De auditoren stellen ook vast dat het valpreventiebeleid wordt aangepast. |
| Valpreventiebeleid Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren. | Operatieve zorg 14.2 | Voldaan | De auditor stelt vast dat op de operatieve zorg afdelingen voldaan is aan de nalevings-tests van de vir met betrekking tot valpreventie. |
| Valpreventiebeleid Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren. | Oncologische zorg 15.2 | Voldaan | De auditor stelt vast dat de auditees op de hoogte zijn van het valpreventiebeleid en zijn richtlijnen. Het valpreventiebeleid is geïmplementeerd en wordt geëvalueerd, vastgesteld bij de rondgang op de oncologie afdelingen en via inzage in de patiënten-dossiers.. De resultaten van deze evaluatie worden gebruikt ter verbetering van het valpreventiebeleid. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Platina VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|---|---------------------------|--------------|--|
| <p>Valpreventiebeleid</p> <p>Het team implementeert en evalueert beleid rond valpreventie om de gevolgen van vallen van de cliënt te minimaliseren.</p> <p><i>Het team evalueert regelmatig het valpreventiebeleid.</i></p> | Revalidatiezorg 15.3.4 | Niet voldaan | Uit gesprekken met de hoofdverpleegkundige en medewerkers van de Sp afdeling blijkt dat de valincidenten centraal gemeld worden. Een evaluatie van het valpreventiebeleid (doelgroepen, maatregelen, ...) kon door de auditees niet aangetoond worden. Zij verwezen hiervoor naar het middenkader. Uit verslagen van de MIP-commissie (dd. 14.09.2017), het Comité Patiëntveiligheid (dd. 28.09.2017) en het verslag van de werkgroep Medicatie (dd. 28.09.2017) blijkt dat geregistreerde valincidenten, in tegenstelling tot andere soorten incidenten, nog niet structureel geanalyseerd werden. In het verslag van het Comité Patiëntveiligheid (dd. 28.09.2017) kan de auditor lezen dat de werkgroep Valpreventie plant de valincidenten structureel te analyseren na de externe NIAZ-audit en verbeteracties op te stellen. Uit het verslag blijkt dat men dan ook de risicogroepen wil herevalueren. |
| <p>Valpreventiebeleid</p> <p>Het team implementeert en evalueert beleid rond valpreventie om de gevolgen van vallen van de cliënt te minimaliseren.</p> <p><i>Het team gebruikt de resultaten van de evaluatie voor verbeteringen in het valpreventiebeleid.</i></p> | Revalidatiezorg 15.3.5 | Niet voldaan | Uit de gesprekken die de auditor voert met het team- en de stafleden blijkt dat het beleid (doelgroepen, maatregelen) sinds de implementatie nog niet geëvalueerd werd. De taak is toegewezen aan de werkgroep Valpreventie, zo blijkt uit het document 'Werkgroep Valpreventie', die dit zal opnemen na de externe NIAZ-audit. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Platina VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|---|--|--------------|---|
| <p>Valpreventiebeleid</p> <p>Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om verwondingen door vallen van een cliënt te minimaliseren.</p> <p><i>Het team evalueert regelmatig het valpreventiebeleid.</i></p> | <p>Diagnostische beeldvorming 15.6.4</p> | Niet voldaan | <p>Een structurele evaluatie van het valpreventiebeleid (doelgroepen, maatregelen, ...) kon door de auditees niet aangetoond worden. Zij verwijzen hiervoor naar het bevoegd stafid. Dit stafid stelt dat de verder evaluatie van het valpreventiebeleid na de NIAZ audit is gepland.</p> |
| <p>Valpreventiebeleid</p> <p>Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om verwondingen door vallen van een cliënt te minimaliseren.</p> <p><i>Het team gebruikt de resultaten van de evaluatie voor verbeteringen in het valpreventiebeleid.</i></p> | <p>Diagnostische beeldvorming 15.6.5</p> | Niet voldaan | <p>Uit de gesprekken die de auditor voerde met team- en stafleden blijkt dat het beleid (doelgroepen, maatregelen) sinds de implementatie nog niet geëvalueerd werd. De taak is toegewezen aan de werkgroep Valpreventie, zo blijkt uit het document 'Werkgroep Valpreventie'. Deze werkgroep zal dit opnemen na de externe NIAZ-audit.</p> |
| <p>Valpreventiebeleid</p> <p>Het team implementeert en evalueert het beleid rond valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren.</p> <p><i>Het team evalueert regelmatig het valpreventiebeleid.</i></p> | <p>Ambulante zorg 16.2.4</p> | Niet voldaan | <p>De auditor stelt vast dat het valpreventiebeleid niet werd aangepast naar aanleiding van incidentmeldingen. Dit wordt ook bevestigd door de coördinator van de polikliniek.</p> |
| <p>Valpreventiebeleid</p> <p>Het team implementeert en evalueert het beleid rond valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren.</p> <p><i>Het team gebruikt de resultaten van de evaluatie voor verbeteringen in het valpreventiebeleid.</i></p> | <p>Ambulante zorg 16.2.5</p> | Niet voldaan | <p>De geauditeerde verpleegkundigen kunnen niet aantonen dat er verbeteringen gebeuren naar aanleiding van de resultaten komende uit de meldingen. Dit wordt bevestigd door de coördinator van de polikliniek.</p> |
| <p>Valpreventiebeleid</p> <p>Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren.</p> <p><i>Het team evalueert regelmatig het valpreventiebeleid.</i></p> | <p>Verloskundige zorg 17.4.4</p> | Niet voldaan | <p>De auditor verneemt van de hoofdvrouw dat de aspecten met betrekking tot de valpreventie worden besproken met de patiënte en dat de preventie wordt opgenomen in het informatieboekje dat wordt overgemaakt aan de patiënte.</p> |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Platina VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|--|---------------------------------------|--------------|--|
| | | | De auditor verneemt van de hoofdvroedvrouw dat deze informatie niet wordt geëvalueerd en tot op heden nog niet wordt aangepast. |
| Valpreventiebeleid Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren. <i>Het team gebruikt de resultaten van de evaluatie voor verbeteringen in het valpreventiebeleid.</i> | Verloskundige zorg 17.4.5 | Niet voldaan | De auditoren stellen op de werkplek vast dat er geen aanpassing is gebeurd rond het valpreventiebeleid dat is opgenomen in het informatieboekje voor de ouders. |
| Voorkomen decubitus Het team beoordeelt bij elke cliënt het risico op het krijgen van decubitus en implementeert maatregelen ter voorkoming hiervan. | Operatieve zorg 7.11 | Voldaan | De auditor stelt onder meer op de hospitalisatie-afdelingen vast dat aan alle nalevingstests voldaan wordt teneinde het risico bij elke patiënt op het krijgen van decubitus te beoordelen. De auditor ziet patiëntendossiers die conform de afspraken inzake decubituspreventie zijn ingevuld. De auditor ziet verslagen van interne audits waar de decubituspreventie getoetst wordt. Verbetertrajecten worden vermeld door de auditees. |
| Voorkomen decubitus Het team beoordeelt bij elke cliënt het risico op het krijgen van decubitus en implementeert maatregelen ter voorkoming hiervan. | Medische (niet-chirurgische) zorg 9.5 | Voldaan | Het team stelt bij opname de risico's vast op het krijgen van decubitus en doet dit op afgesproken momenten tijdens de opname en zet acties en middelen in om decubitus te voorkomen. Het team geeft scholing en training aan zorgverleners en voorlichting aan cliënten en familie over de risico's en preventie. De auditor ziet het beleid betreffende valpreventie in. |
| Voorkomen decubitus Het team beoordeelt bij elke cliënt het risico op het krijgen van decubitus en implementeert | Revalidatiezorg 9.5 | Voldaan | Tijdens de patiënttracer op de Sp-afdeling en het revalidatiecentrum stelt de auditor door middel van dossierinzage en interviews vast dat het team over een |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Platina VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|--|-----------------------|-------------|---|
| maatregelen ter voorkoming hiervan. | | | decubituspreventieprotocol beschikt. Uit de dossiers blijkt dat bij opname en nadien op vastgestelde tijdstippen de Norton-schaal toegepast wordt en indien nodig de gepaste maatregelen getroffen worden. De risicopatiënten worden door middel van een brochure geïnformeerd over het risico op decubitus en de preventiemaatregelen. De auditees (verpleegkundigen, zorgkundigen, paramedici) volgden een training rond decubitus. Dit werd geregistreerd door de VTO-verantwoordelijke. De incidentie van decubitus worden structureel gemeten en opgevolgd door de directie via het managementportaal. |
| Voorkomen decubitus Het team beoordeelt bij elke cliënt het risico op het krijgen van decubitus en implementeert maatregelen ter voorkoming hiervan. | Oncologische zorg 9.6 | Voldaan | De auditor stelt tijdens de rondgang op de oncologie afdelingen vast dat het team een standaardmethode gebruikt om het risico op decubitus vast te stellen. Het team maakt gebruik van de Nortonscore en gebruikt protocollen en procedures om decubitus te voorkomen. Dit is conform de afspraken vastgelegd in het decubituspreventie beleid. |
| Voorkomen decubitus Het team beoordeelt bij elke cliënt het risico op het krijgen van decubitus en implementeert maatregelen ter voorkoming hiervan. | Kritieke zorg 9.11 | Voldaan | Het team stelt bij de opname de risico's vast op het krijgen van decubitus en doet dit op de afgesproken momenten tijdens de opname. Het team zet acties en middelen in om decubitus te voorkomen. Het team geeft scholing en training aan zorgverleners en geeft (indien mogelijk) ook voorlichting aan de cliënten en de familie over de risico's en de preventie van decubitus. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Platina VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|---|--|-------------|--|
| <p>Tromboseprofylaxe</p> <p>Het team identificeert interne en chirurgische patiënten met een verhoogd risico op veneuze trombose (diep-veneuze trombose en longembolie) en zorgt voor de juiste tromboseprofylaxe.</p> | Kritieke zorg 7.5 | Voldaan | Het team hanteert een beleid voor tromboseprofylaxe. Ze identificeren de cliënten met een verhoogd risico, ze nemen maatregelen en geven informatie aan de zorgverleners en patiënten over de risico's op het krijgen van trombose en hoe dit te voorkomen, hiervoor is een folder beschikbaar. |
| <p>Tromboseprofylaxe</p> <p>Het team identificeert interne en chirurgische patiënten met een verhoogd risico op veneuze trombose (diep veneuze trombose en longembolie) en zorgt voor de juiste tromboseprofylaxe.</p> | Medische (niet-chirurgische) zorg 7.6 | Voldaan | Het team hanteert een beleid voor tromboseprofylaxe, ze identificeert cliënten met een verhoogd risico, neemt maatregelen en geeft informatie aan zorgverleners en patiënten over de risico's op het krijgen van trombose en hoe dit te voorkomen is. Hiervoor is ook een folder beschikbaar. De auditor stelt vast bij inzage van verschillende dossiers dat de procedure tromboseprofylaxe conform de afspraken gevolgd wordt. |
| <p>Tromboseprofylaxe</p> <p>Het team identificeert chirurgische patiënten met een verhoogd risico op veneuze trombose (diep veneuze trombose en longembolie) en zorgt voor de juiste tromboseprofylaxe.</p> | Operatieve zorg 7.10 | Voldaan | De auditor stelt tijdens de werkplekbezoeken en door inzage in verschillende patiëntendossiers op de afdelingen waar operatieve zorg verleend wordt dat aan alle nalevingstesten voldaan wordt. |
| <p>Tromboseprofylaxe</p> <p>Het team identificeert interne en chirurgische patiënten met een verhoogd risico op veneuze trombose (diep veneuze trombose en longembolie) en zorgt voor de juiste tromboseprofylaxe.</p> | Oncologische zorg 9.3 | Voldaan | De auditor ziet de procedure in die betrekking heeft op het tromboseprofylaxe beleid. tijdens de rondgang en bij inzage in verschillende dossiers stelt de auditor vast dat het beleid conform de afspraken wordt toegepast. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

3.2 Normen

In deze tabel ziet u de platina criteria die als 'niet voldaan' zijn beoordeeld. De criteria met hoge prioriteit zijn aangeduid met een uitroepteken.

Instellingsbrede normen

| Platina criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|--|
| Governance | | |
| 2.9 Ieder lid van het toezichtorgaan tekent een verklaring waarin zijn of haar taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn aangegeven, inclusief de verwachtingen van de positie en de wettelijke verplichtingen. | ! | Desgevraagd is de RvB binnen het bestek waarin zij in de huidige samenstelling functioneert nog niet toegekomen aan het uittekenen van een verklaring inzake taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, aldus de auditees. |
| 13.4 Het toezichtorgaan volgt een procedure om regelmatig zijn functioneren en effectiviteit te evalueren. | ! | De huidige RvB heeft, gelet op de korte tijd dat zij in deze samenstelling functioneert, nog geen procedure ter evaluatie van eigen functioneren en effectiviteit opgesteld, aldus de auditees. |
| 13.6 Het toezichtorgaan evalueert regelmatig het functioneren van de voorzitter van het toezichtorgaan op grond van vastgelegde criteria. | ! | Omdat de voorzitter van de Raad van Bestuur pas een half jaar in functie is, is deze functie nog niet geëvalueerd, aldus de auditees. |
| Leiderschap | | |
| 2.9 De instellingsleiding ziet toe op vermoeidheid en stress van zorgverleners en andere medewerkers om de veiligheidsrisico's die hiermee verband houden te verminderen. | | Tijdens het gesprek met de directeur HRM stelt de auditor vast dat er geen specifieke maatregelen zijn ontwikkeld betreffende het verminderen van de veiligheidsrisico's inzake stress en vermoeidheid. De directeur HRM geeft aan dat het eerder om ad hoc acties gaat. De auditor stelt na onderzoek van de statistiek ziekteverzuim (Securex) vast dat het aantal ziekte-uren tussen 2014 (78.878,24) en 2016 (90.040,05) met 11.161,81 uur is gestegen. Het aantal ziekte-uren >1 jaar is tussen 2015 (28.740,30) en 2016 (37.034,80) gestegen met 8.294,5 uur. De sterkst gestegen oorzaak van deze stijging is stress (gaande van 84,67% gecontroleerde ziektedagen in 2014 naar 100% gecontroleerde ziektedagen in 2016). De benchmark in 2016 ligt voor dit item op 48,42%. De directeur HRM geeft na een gesprek aan dat het globale ziekteverzuim nog onder de benchmark ligt. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Platina criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|--|
| 9.11 De instelling controleert de naleving van haar rookbeleid. | | De instelling heeft nog geen goedgekeurd rookbeleid en kan bijgevolg de naleving niet getoetst hebben. |
| 11.12 De instellingsleiding houdt exitinterviews en gebruikt deze informatie om het functioneren, het personeelsbeleid en het beleid om medewerkers te behouden te verbeteren. | | Na een gesprek met de directeur HRM stelt de auditor vast dat er geen concreet uitgewerkt beleid is voor de organisatie van exit-interviews. Volgens de directeur HRM organiseert zij wel een exitinterview als de aanleiding van het ontslag ontevredenheid betreft. Verdere aanpak van de eventueel gestelde problemen ontbreekt, bevestigd door de auditee. |
| 13.2 De instellingsleiding ontwikkelt, implementeert en evalueert een allesomvattend rampenbestrijdingsplan waarmee het risico op rampen en noodsituaties kan worden beheerst. | ! | De auditor ziet een algemeen Ziekenhuis Noodplan dat nog op goedkeuring van de FOD wacht en nog (decentraal) moet geïmplementeerd worden. Hierdoor is er ook nog geen evaluatie mogelijk. |
| 16.7 De instelling kent een formeel en open beleid voor het melden van incidenten aan cliënten en hun familieleden. | ! | De auditor stelt vast tijdens de gesprekken dat er geen procedure is die het melden van incidenten aan cliënten en hun familieleden regelt. Op de verschillende afdelingen wordt bevestigd dat de incidenten niet gemeld worden aan de cliënten en de familie. |
| 16.8 Bij het melden van incidenten aan cliënten en hun familieleden wordt ondersteuning aangeboden aan cliënten, familieleden, medewerkers en zorgverleners die bij de incidenten zijn betrokken. | ! | De auditor stelt vast dat er geen procedure is die het melden van incidenten aan cliënten en hun familieleden regelt. |
| 17.4 De instellingsleiding signaleert mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering op basis van trends in incidenten, bijwerkingen, bijna-ongevallen, prestatiegegevens, patiëntervaringen en andere bronnen, en ontwikkelt een plan om deze mogelijkheden te prioriteren en te benutten. | ! | De auditor stelt tijdens meerdere gesprekken vast dat kwaliteitsverbetering een terechte bezorgdheid is. Hierbij stelt de auditor ook vast dat een instellingsbreed beleid op vandaag onvoldoende is geïmplementeerd binnen de organisatie. Het kwaliteitsplan 2018 voorziet een aantal mogelijkheden hiertoe, aldus de cel kwaliteit. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

Zorgspecifieke normen

| Platina criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|--|
| Infectiepreventie en –bestrijding | | |
| 13.3 Alle ruimtes voor reiniging en desinfectie van endoscopen zijn uitgerust met afzonderlijke werkruimtes voor reiniging, ontsmetting, opslag, specifieke aan- en afvoerleidingen en een deugdelijke luchtventilatie. | ! | De auditor stelt tijdens het werkbezoek aan de polikliniek urologie vast dat de ruimtes voor reiniging en desinfectie van endoscopen niet zijn uitgerust met afzonderlijke werkruimtes voor reiniging, ontsmetting, en opslag, |
| Medicatiebeheer | | |
| 3.7 De instelling heeft beleid en een procedure voor de beschikbaarheid van proefmedicatie/monsters. | | De auditor heeft in het gesprek met de hoofdapotheker en de hoofdarts vastgesteld dat de instelling geen procedure heeft voor de beschikbaarheid van proefmedicatie monsters. Het gebeurt dat dergelijke medicatie via een vertegenwoordiger in de instelling wordt gebracht zonder dat de apotheek hiervan op de hoogte wordt gesteld, aldus de auditees. |
| 3.8 De instelling heeft beleid en een procedure voor het gebruik van experimentele medicatie. | | De auditor heeft vastgesteld dat er geen procedure voorhanden is voor het gebruik van experimentele medicatie, bevestigd door de auditees. |
| 10.9 De apotheek en andere zorgverleners aanvaarden alleen in noodgevallen mondelinge of telefonische medicatieopdrachten. | ! | De auditor en de verpleegkundigen van de verpleegeenheden (D5 en D8) stellen vast dat de mondelinge medicatieopdrachten worden geverifieerd en geautoriseerd door de voorschrijvende arts, conform het beleid van de instelling. De instelling aanvaardt mondelinge of telefonische medicatieopdrachten voor medicatie die niet dringend is. |
| 16.5 De zorgverleners leggen mondelinge of schriftelijke informatie die is verstrekt aan de cliënt vast in het cliëntdossier. | | De auditor heeft vastgesteld, dat de zorgverleners op het daghospitaal oncologie en D5, geen mondelinge of schriftelijke informatie die is verstrekt aan de cliënt, vastlegt in het cliëntdossier. |
| 19.1 De instelling heeft en volgt een proactieve risicobeoordelingsprocedure om mogelijke risico's van nieuwe toedieningssystemen voor medicatie te evalueren. | ! | De auditor heeft vastgesteld, dat de instelling geen proactieve risicobeoordelingsprocedure heeft om mogelijke risico's van nieuwe toedieningssystemen voor medicatie te evalueren. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Platina criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|---|
| Ambulante zorg | | |
| 1.4 De teamleiders verzamelen informatie over de behoeften aan ambulante zorg van hun cliënten. | | De auditoren stellen vast dat er geen bevraging wordt gedaan op de polikliniek heelkunde met betrekking tot de behoeften van de ambulante zorg van hun cliënten, bevestigd door de auditees. |
| 2.2 Het team bestaat uit voldoende medewerkers en is van de juiste samenstelling om ambulante zorg van goede kwaliteit te verlenen. | ! | De coördinator van de polikliniek heelkunde geeft aan dat er een medewerker is die te veel taken heeft waardoor deze systematisch overuren presteert. Dit aspect werd door de auditie reeds besproken met de leidinggevende. |
| 2.4 Teamleden beschikken over een werkruimte om samen te komen, cliënten te bespreken en informatie uit te wisselen. | ! | De auditoren hebben op de polikliniek heelkunde vastgesteld dat er naast de consultatieruimtes geen afzonderlijke ruimte is om informatie uit te wisselen. Er is een open pauzeruimte beschikbaar. |
| 4.1 De teamleiders hanteren criteria voor de werving en selectie van teamleden op basis van hun kwalificaties, ervaring en de mate waarin zij in het team passen. | ! | De auditoren horen van de HR Manager dat de rechtstreekse leidinggevendenden niet zijn betrokken bij de werving en de selectie van de nieuwe medewerkers. |
| 5.5 Het team beschikt over een rustige en afgezonderde ruimte om na te denken, te rusten en te bidden. | | De auditoren stellen vast dat er op de polikliniek heelkunde geen afzonderlijke ruimte is om te bidden, te rusten of na te denken. |
| 5.6 De teamleiders zien toe op vermoeidheid en stress van de teamleden om factoren die hieraan bijdragen te onderkennen en zo nodig te beïnvloeden. | ! | De HR Manager geeft mee aan de auditoren dat er nog moet gestart worden met psychosociale risico-analyses. Op één afdeling vond reeds een diepgaandere analyse plaats naar aanleiding van een casus. Dit is echter nog niet structureel ingepland, aldus de HR manager. |
| 5.7 Voor de teamleden is psychische begeleiding beschikbaar, vooral na een schokkende gebeurtenis. | ! | De auditoren vernemen van de HR manager dat er nog geen second victim beleid is. Personeelsleden kunnen bij problemen steeds terecht bij hun leidinggevende of bij de vertrouwenspersoon. De vertrouwenspersoon is een medewerker van de personeelsdienst. Sommige problemen komen bij de HR Manager terecht, die een ad hoc oplossing uitwerkt of een erkende dienst inschakelt. |
| 6.1 Het team brengt belemmeringen in kaart die cliënten, hun familieleden, zorgverleners en verwijzers de toegang tot diensten beletten, en neemt deze waar mogelijk weg. | | De auditoren vernemen van de auditie dat er geen bevraging gebeurt bij de patiënten die komen voor ambulante zorgverlening. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Platina criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------------|---|
| 7.6 Het team beoordeelt wachtende cliënten regelmatig op nood- of crisissituaties, zodat daarop snel gereageerd kan worden. | | De auditoren vernemen van de auditee dat er geen systeem gehanteerd wordt om wachtende cliënten te beoordelen. |
| 8.4 Het team gebruikt gestandaardiseerde klinische meetmethodes om de pijn van de cliënt te beoordelen. | ! | De auditoren vernemen van de orthopedist op de polikliniek dat er geen pijnmethode wordt gehanteerd op de polikliniek. |
| 17.4 De instelling monitort uitkomstmetingen van de processen om de manier waarop zij ambulante zorg verleent te beoordelen. | | De auditor stelt vast in gesprek met de coördinator op de polikliniek heekunde dat er geen uitkomsten van de processen worden gemeten. |
| 17.5 De instelling monitort meningen van cliënten over de kwaliteit van haar ambulante dienstverlening. | | De coördinator van de polikliniek heekunde stelt dat geen patiënttevredenheidsbevraging gebeurt bij de ambulante patiënten. |
| Bloedbank- en transfusiediensten | | |
| 15.6 Alleen aangewezen personen vervoeren volbloed of bloedcomponenten binnen de instelling. | | De auditee van het labo bevestigt dat het vervoer van bloed of bloederivaten ook kan gebeuren door niet verpleegkundigen. Het beleid stelt dat het transport enkel door verpleegkundigen mag gebeuren. |
| De afdeling Spoedeisende Hulp | | |
| 5.1 De teamleiders hebben een plan om het werken in de afdeling spoedeisende hulp te promoten bij nieuwe en bestaande teamleden. | | De auditor stelt vast tijdens de gesprekken met de hoofdverpleegkundige, verpleegkundigen en het medisch diensthoofd van de spoedopname dat men zeer enthousiast is over zijn eigen afdeling en dat deze functioneert. Hier zit geen "plan" achter om het werken op de afdeling te promoten. |
| 9.3 Het team beoordeelt de psychosociale gezondheid van de cliënt. | | De auditor stelt in een gesprek met een spoedarts en ook met het verpleegkundig diensthoofd van de spoedeisende hulp vast dat de psychosociale gezondheid van de cliënt niet stelselmatig beoordeeld wordt. Het beoordelen ervan wordt niet ervaren als een prioriteit op de spoedafdeling en wordt vermoedelijk eerder naderhand op een hospitalisatie-afdeling verder bekeken, aldus de auditees. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Platina criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------------|---|
| 15.5 De instelling monitort meningen van cliënten over de kwaliteit van haar spoedeisende hulp dienstverlening. | | De auditoren vernemen uit tal van contacten binnen het ziekenhuis dat de meting van cliëntentevredenheid op een aantal pilootafdelingen en nog niet ziekenhuisbreed plaatsvindt. Op de spoedopname worden geen metingen van cliëntentevredenheid uitgevoerd. Voor de patiënten van de SEH is er wel achteraan in de opnamebrochure een blad voorzien waarop ze kunnen commentaar leveren onder andere ook over de spoedopname. Volgens de hoofdverpleegkundige van de spoedopname bereikt hem nagenoeg geen feedback. |
| Diagnostische beeldvorming | | |
| 15.4 Het team bereidt zich voor op medische noodgevallen door te participeren in simulatie-oefeningen. | ! | De diensten Radiologie en Nucleaire Geneeskunde beschikken over actiekaarten die deel uitmaken van het rampenplan en de medewerkers ontvingen het afgelopen jaar een informatieve training en sensibilisatie (cfr. casus brand in een PZ). Simulatie-oefeningen worden niet als dusdanig georganiseerd, aldus de auditee. |
| 15.7 Het team hanteert het instellingsbeleid en -procedures om activiteiten met een hoog risico veilig en gecontroleerd te laten plaatsvinden (bijvoorbeeld time out procedure). | ! | Uit het interview met de hoofdtechnoloog Radiologie en tijdens de observaties van beeldvormingsonderzoeken stelde de auditor vast dat de technologen niet standaard gebruik maken van hulpmiddelen (bvb. checklists, time out procedures) om risicovolle procedures veilig te laten verlopen. Dit wordt ook bevestigd door de auditees. |
| 16.3 Het team voert maandelijks een 'repeat/reject'-analyse met rapportage uit, als onderdeel van zijn programma voor kwaliteitscontrole. | ! | Een radioloog geeft aan dat kwalitatief minder goede beelden niet gestructureerd geanalyseerd worden. |
| 17.2 Het team betreft cliënten, familieleden en andere instellingen bij het evalueren van zijn radiologische diagnostiek. | ! | Tot op heden gebeuren er nog geen patiëntenbevragingen op de dienst Radiologie/Nucleaire geneeskunde. De hoofdtechnoloog ontwierp samen met het medisch diensthoofd Radiologie een model vragenlijst die na de pilootprojecten op andere afdelingen geïmplementeerd zou worden. Voorziene tijdslijn is 2018 volgens de auditee. |
| Kritieke zorg | | |
| 3.8 De teamleden volgen trainingen onder meer op het gebied van communicatie, conflictoplossing en leiderschap, ter bevordering van het werken in een team en samenwerken van disciplines. | | De auditees kunnen niet aan de auditor bevestigen dat er trainingen worden gevolgd door de teamleden op het gebied van communicatie, conflictoplossing en leiderschap. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Platina criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------------|---|
| 15.6 De instelling monitort meningen van cliënten over de kwaliteit van de kritieke zorg. | | De auditor kreeg in het gesprek met de hoofdverpleegkundige bevestigd dat de meningen van cliënten over de kwaliteit van de kritieke zorg niet wordt gemonitord. |
| Medische (niet-chirurgische) zorg | | |
| 3.5 De teamleden volgen trainingen onder meer op het gebied van communicatie, conflictoplossing en leiderschap, ter bevordering van het werken in een team en samenwerken van disciplines. | | De auditor krijgt van de auditee bevestigd dat er geen trainingen ter bevordering van het werken in een team en samenwerken van disciplines worden gevolgd. |
| Oncologische zorg | | |
| 1.2 De teamleiders voeren hun plan uit voor het verzamelen van informatie over de behoeften van huidige en potentiële cliënten. | | De auditor stelt vast, dat er geen uitvoerend plan is voor het verzamelen van informatie over de behoeften van huidige en potentiële cliënten, bevestigd door de auditees. |
| 1.4 De teamleiders analyseren de informatie over cliënten om te bepalen wat de benodigde samenstelling en omvang van het team is. Ook kijken de teamleiders naar de infrastructuur, voorzieningen, apparatuur en andere 'middelen' die nodig zijn voor de zorgverlening. | ! | De auditor heeft bevestigd gekregen door de auditees van de oncologie afdeling dat men onvoldoende informatie heeft voor de bepaling van de benodigde samenstelling en omvang van het team. |
| 4.4 De teamleden volgen trainingen onder meer op het gebied van communicatie, conflictoplossing en leiderschap, ter bevordering van het werken in een team en samenwerken van disciplines. | | De auditor heeft vastgesteld in gesprek met de auditee van de dienst oncologie dat men niet over de instrumenten beschikt om de zorgverleners en andere medewerkers te helpen effectief als multidisciplinair team te laten functioneren. |
| 5.11 Het team volgt een training over culturele competenties. | | De auditor heeft vastgesteld dat het team geen training volgt over culturele competenties, dit wordt bevestigd door de geauditeerde medewerkers van de oncologie afdeling. |
| 5.12 Het team wordt opgeleid in het hanteren van de instellingsprocedure(s) rond ethische kwesties. | ! | De auditor heeft vastgesteld dat het team niet wordt opgeleid in het hanteren van procedures rond ethische kwesties, bevestigd door het verpleegkundig diensthoofd van de oncologie afdeling. |
| 6.4 De teamleiders zien toe op vermoeidheid en stress van de teamleden om factoren die hieraan bijdragen te onderkennen en zo nodig te beïnvloeden. | ! | De auditor heeft vastgesteld dat er een te hoge hoeveelheid overuren bestaat op de dienst D5. De auditee bevestigd dat de overuren moeilijk af te bouwen zijn en dat er geen afbouwplan bestaat. |
| 7.12 Het team brengt belemmeringen in kaart die cliënten, hun familieleden, zorgverleners en verwijzers de toegang tot diensten beletten, en neemt deze waar mogelijk weg. | | Het diensthoofd van de oncologie afdeling geeft aan dat de mogelijke belemmeringen die de toegang tot diensten beletten niet in kaart worden gebracht. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Platina criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------------|---|
| 15.6 Het team volgt het beleid van de instelling om over ongewenste gebeurtenissen met cliënten en familieleden te communiceren. | ! | De auditor heeft vastgesteld via inzage in patiëntendossiers en bevestigd gekregen door de auditee, dat er geen beleid is om ongewenste gebeurtenissen met cliënten en familieleden te communiceren. |
| 16.2 Het team monitort meningen van cliënten over de kwaliteit van de oncologische zorg. | | De auditor stelt vast, dat men cliënten mondeling naar hun mening vraagt, maar dat niet doet via enquêtes, focusgroepen, individuele gesprekken of bijeenkomsten. De auditor ziet de wensboom waar de wensen en meningen van de patiënten vermeld worden. Van een monitoring is nog geen sprake, aldus de leidinggevende van de oncologie afdeling. |
| Operatiekamers / het operatiekwartier | | |
| 10.4 De instelling hanteert een systeem voor rookverdrrijving bij het gebruik van elektrochirurgische apparatuur. | ! | De auditor stelt vast tijdens het werkplekbezoek en bij het gesprek met de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier dat er geen systeem voor rookverdrrijving gehanteerd wordt bij het gebruik van elektrochirurgische apparatuur. |
| Operatieve zorg | | |
| 6.9 Het team monitort regelmatig de cliënten op de wachtlijst om tijdig spoed- of crisissituaties te onderkennen en daarop te reageren. | ! | De auditor verneemt van het medisch diensthoofd van de operatiezaal dat er bij enkele disciplines wel wachtlijsten bestaan maar zonder dat deze aanleiding geven tot spoed- of crisissituaties. De auditee geeft aan dat er wachtlijsten bestaan voor plastische heelkunde. Er gebeurt geen monitoring van de wachtlijsten, aldus de auditee. |
| Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | | |
| 11.7 Bij ieder geval van terugroepen (recall) stuurt het team een geschreven, volledige kennisgeving naar alle organisatieonderdelen waar gereinigde en gesteriliseerde medische instrumenten en materialen worden gebruikt. In de kennisgeving zijn de voorwerpen benoemd die worden teruggeroepen en is aangegeven welke acties nodig zijn voor het terugroepen van de voorwerpen. | ! | In de procedure omtrent recall, die de auditor inkijkt, wordt niet gesteld dat kennisgeving schriftelijk dient te gebeuren. Er wordt gesproken over "melden". |
| 11.8 Het team maakt een volledig verslag van iedere terugroeping (recall). | | Een medewerker en het diensthoofd van de CSA geven aan dat het niet de gewoonte is een verslag over een recall op te maken. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Platina criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------------|---|
| 11.9 Het team volgt beleid om alle terugroepopdrachten en -rapporten in zijn dossiers te bewaren. | | In de procedure CSA Algemeen - Recall leest de auditor dat in het geval van een recall een registratie in T-doc vereist is, teneinde op een later tijdstip de reden te kunnen achterhalen. Tijdens de tracer vertelt een medewerker over een concrete casus maar kon het desbetreffende dossier of andere voorbeelden van registratie niet aantonen. |
| Revalidatiezorg | | |
| 3.5 Het team beschikt over afgezonderde ruimtes om de privacy van cliënten en hun familieleden en de vertrouwelijkheid van hun gesprekken te waarborgen. | ! | Tijdens het werkplekbezoek aan de Sp-afdeling observeert de auditor hoe een paramedicus een gesprek voert met een patiënt in de leefruimte. Andere patiënten kunnen op dat moment de leefruimte moeilijk gebruiken. Door plaatsgebrek vinden bepaalde ergo en kine-oefeningen in de gang plaats. Bezoekers kunnen dit zien en de gesprekken meevolgen. Deze vaststellingen worden bevestigd door de auditees op de sp afdeling. |
| 3.6 Het team beschikt over voldoende werkruimte voor teambesprekingen over cliënten en hun familieleden. | ! | Tijdens het werkplekbezoek aan de verpleegafdeling Sp stelt de auditor vast dat de wekelijkse teambesprekingen doorgaan in de leefruimte voor de patiënten. Uit de interviews met twee patiënten blijkt dat de patiënten dit weten en dan wegblijven uit de leefruimte. |
| Verloskundige zorg | | |
| 4.1 De teamleiders hanteren criteria voor de werving en selectie van teamleden op basis van hun kwalificaties, ervaring en de mate waarin zij in het team passen. | ! | De auditoren vernemen van de stafmedewerker zorg en van de HR Manager dat er geen hoofdverpleegkundigen of stafmedewerkers betrokken zijn bij de werving en selectie van teamleden. |
| 4.13 Nieuwe teamleden worden opgeleid in het hanteren van de instellingsprocedure(s) ten aanzien van het omgaan met ethische kwesties. | ! | De auditor verneemt van de VTO medewerker en van de medewerkers op de afdeling materniteit dat er geen opleiding is voorzien voor het omgaan met ethische kwesties. |
| 17.5 Het team hanteert het instellingsbeleid en -procedures om activiteiten met een hoog risico veilig en gecontroleerd te laten plaatsvinden (bijvoorbeeld time out procedure/ dubbel-check bij toediening oxytocine en prostaglandine / uitvoeren invasieve ingrepen). | ! | De auditor stelt vast tijdens het werkplekbezoek dat er geen dubbele-check wordt uitgevoerd bij de toediening van oxytocine, bevestigd door de de vroedvrouw op de kraamafdeling. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Platina criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|--|
| Vorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen | | |
| 1.3 De instelling zorgt voor het regelmatig evalueren en bijwerken van haar beleid en procedures inzake het voorbereid zijn op noodsituaties en rampen. | | Instellingsbeleid met betrekking tot noodsituaties en rampen is nog niet geïmplementeerd, aldus de afvaardiging van het permanent comité. |
| 6.6 De instelling ontwikkelt een beleid voor het beheersen van risico's en voert dit beleid uit. | ! | Auditor heeft vastgesteld dat er een recente risicoinventarisatie/continuïteitsplan is geschreven dat nog moet worden uitgevoerd. Een geïntegreerd beleid is nog niet beschikbaar. Wel zijn er actiekaarten met richtlijnen en werkwijzen betreffende de praktische uitvoering, bevestigd door de afvaardiging van het permanent comité. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de beoordelingen door het auditteam van de criteria op niveau diamant.

4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

In deze tabel ziet u de beoordeling van de diamanten VIR's, het patiëntveiligheidsgebied daaraan gerelateerd, en de norm waar zij betrekking op hebben.

| Diamanten VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------|-------------|--|
| Communicatie | | | |
| Medicatieafstemming Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling (inclusief de spoedeisende hulp of intramurale afdeling). | Operatieve zorg 7.6 | Voldaan | De auditor kan zowel op de afdeling spoedeisende hulp, als op de hospitalisatieafdeling, als op het operatiekwartier vaststellen dat aan alle nalevingstests voldaan wordt in verband met medicatieverificatie, clarificatie en reconciliatie. De auditor krijgt bevestiging hiervan tijdens de gesprekken met de medische diensthoofden spoedeisende hulp en operatiekwartier, alsook met de hoofdverpleegkundige van de hospitalisatie-afdeling orthopedie (vijfde verdieping) en heilkunde (eerste verdieping), alsook tijdens gesprekken met spoedartsen en hoofdverpleegkundige spoedeisende hulp. Inzage in verschillende patiëntendossiers toont aan dat de afspraken gevolgd worden. |
| Medicatieafstemming Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling (inclusief de SEH of intramurale afdeling). | Kritieke zorg 7.6 | Voldaan | Het team beschikt over het protocol 'Medicatieconcliatie -- /Medicatieverificatie' bij opname. Hierin zijn de definities, de doelen, het toepassingsgebied, de verantwoordelijkheden en de werkwijze omschreven. De medicatielijst voor opname wordt vergeleken met de door de instelling voorgeschreven medicatie. De correcte toepassing van de procedure is vastgesteld door de auditor door inzage in meerdere dossiers. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Diamanten VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|---|--|-------------|---|
| <p>Medicatieafstemming</p> <p>Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling (inclusief de spoedeisende hulp of intramurale afdeling).</p> | <p>Medische (niet-chirurgische) zorg 7.7</p> | Voldaan | <p>Het team beschikt over het protocol Medicatieconcliatie-/Medicatieverificatie bij opname. Hierin zijn de definities, de doelen, het toepassingsgebied, de verantwoordelijkheden en de werkwijze omschreven. De medicatielijst voor opname wordt vergeleken met de door de instelling voorgeschreven medicatie. Inzage in diverse dossier toont de auditor dat de medicatieverificatie conform de afspraken gebeurt.</p> |
| <p>Medicatieafstemming</p> <p>Het team verifieert de medicatie van de cliënt bij elk bezoek indien er medicatie gestopt, gewijzigd of veranderd is en betreft daarbij de cliënt, zijn familieleden of de zorgverlener.</p> | <p>Ambulante zorg 8.6</p> | Voldaan | <p>De auditor stelt vast dat er in het Infoland portaal een procedure beschikbaar is rond medicatieverificatie. De auditor observeert dat de verificatie door de arts gebeurt en dat er steeds een vergelijking mogelijk is tussen de medicatielijst bij opname en de huidige lijst. De huidige lijst bevat de meest actuele medicatielijst van de patiënt. De wijzigingen worden aangebracht en bewaard in het patiëntendossier en de patiënt wordt hierover geïnformeerd. Het protocol vermeldt dat de medicatieverificatie een gedeelde verantwoordelijkheid is van de patiënt en de zorgverlener.</p> |
| <p>Medicatieafstemming</p> <p>Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling (inclusief de spoedeisende hulp of intramurale afdeling).</p> | <p>Verloskundige zorg 8.9</p> | Voldaan | <p>De auditor verneemt van de gynaecoloog en van de hoofdvrouw dat de medicatie bij opname geïnfomeerd wordt en dat dit wordt aangepast aan de toestand bij opname van de patiënt. De gynaecoloog vermeldt dat zij de medicatiewijzigingen expliciet noteert in het medisch dossier. Het protocol vermeldt expliciet dat de medicatieverificatie een gedeelde verantwoordelijkheid is van zorgverlener en patiënt.</p> |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Diamanten VIR's | Normen | Beoordeling | Opmerkingen auditoren |
|--|---|-------------|---|
| | | | De auditoren zien in verschillende patiëntendossiers dat de medicatieverificatie-richtlijn conform de afspraken gebeurt. |
| Medicatieafstemming Het team verifieert na de triage de medicatie samen met de cliënt. | De afdeling Spoedeisende Hulp 9.4 | Voldaan | De auditor stelt vast dat de medicatieverificatie na de triage conform de afspraken, vermeld in het medicatieverificatie-protocol, gebeurt. De auditor ziet tijdens het werkplekbezoek dat er een actuele lijst voorhanden is waarbij de thuismedicatie te zien is. |
| Medicatieafstemming Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling (inclusief de spoedeisende hulp of intramurale afdeling). | Revalidatiezorg 9.7 | Voldaan | Tijdens de patiënttracer op de Sp-afdeling stelt de auditor door middel van dossierinzage en interviews met een familielid van een patiënt vast dat het team het medicatieverificatieprotocol conform de afspraken toepast. In de patiëntendossiers vindt de auditor thuismedicatielijsten en de huidige medicatielijsten terug. De auditor woont een ontslaggesprek bij waarbij de hoofdverpleegkundige de veranderingen in het huidige medicatieschema tov de thuismedicatielijst overloopt met een familielid. |
| Medicatieafstemming Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling (inclusief de spoedeisende hulp of intramurale afdeling). | Oncologische zorg 9.10 | Voldaan | De auditor stelt vast, dat de instelling over een protocol beschikt voor medicatieverificatie. Via HIX kan men de thuismedicatie terugvinden die vooraf werd overlopen met de cliënt. Inzage van verschillende patiëntendossiers bevestigt dat het team de afspraken correct volgt. |
| Medicatieverificatie als prioriteit De instelling verifieert de medicatie van de cliënt bij opname, of aan het begin van de zorgverlening. | Leiderschap 16.9 | Voldaan | De auditor krijgt bevestigd tijdens de rondgang op de afdelingen en door inzage in de patiëntendossiers dat de medicatieverificatie van de cliënt bij opname volledig conform de afspraken gebeurt. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

4.2 Normen

In deze tabel ziet u de diamanten criteria die als 'niet voldaan' zijn beoordeeld. De criteria met hoge prioriteit zijn aangeduid met een uitroepteken.

Instellingsbrede normen

| Diamanten criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|--|
| Governance | | |
| Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld. | | |
| Leiderschap | | |
| 3.7 De instellingsleiding bevordert dat geleerd wordt van de resultaten van kwaliteitsverbetering en dat beslissingen worden genomen op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, ervaringen van patiënten en continue kwaliteitsverbetering. | | De auditor stelt vast via de portal dat er een aantal indicatoren gemeten worden. Geauditeerde leidinggevenden, basisederwerkers en artsen aan dat de kwaliteitsverbetering onvoldoende is doorgevoerd doorheen de volledige organisatie. De auditees geven ook aan dat de duurtijd van de meting van indicatoren onvoldoende lang is om duidelijke trends te kunnen waarnemen waaraan acties kunnen worden gekoppeld. |
| 11.9 De instellingsleiding evalueert regelmatig de onderlinge rapportage en de 'span of control' van de leidinggevenden. | | De auditor krijgt geen relevant beleidbevestigd bij de auditees of er hieromtrent een regelmatige evaluatie gebeurt. Indien de leidinggevenden aangeven dat de "span of control" te groot wordt, is hierover een gesprek mogelijk, aldus de auditees. De auditor stelt vast dat bij heel wat leidinggevenden aangegeven wordt dat de "span of control" te groot is waardoor men niet de tijd heeft om het gevraagde werk naar behoren te volbrengen. |
| 14.5 De instelling evalueert de effectiviteit van de integrale risicomanagement aanpak en voert waar nodig verbeteringen door. | | Er is op vandaag nog geen ziekenhuisbreed geïntegreerd risicomanagement, bevestigd door de auditees. |
| 17.5 De instellingsleiding ziet erop toe dat de plannen voor kwaliteitsverbetering worden doorgevoerd. | ! | De auditor stelt vast dat er veel bereidwilligheid is om kwaliteitsverbetering door te voeren maar dat de vertaalslag ervan naar de organisatie onvoldoende diep is doorgedrongen. Dit wordt bevestigd tijdens de rondgangen waarbij de auditees aangeven dat er nog onvoldoende implementatie van kwaliteitsverbetering aanwezig is. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

Zorg-specifieke normen

| Diamanten criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|---|
| Infectiepreventie en –bestrijding | | |
| Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld. | | |
| Medicatiebeheer | | |
| Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld. | | |
| Ambulante zorg | | |
| 1.5 De teamleiders vragen cliënten, zorgverleners en andere medewerkers input om te besluiten welke ambulante zorg zij zullen verlenen. | ! | De orthopedist stelt dat andere de specialisten worden geconsulteerd indien hier een medische noodzaak voor is. Zo wordt het medisch beleid passend afgestemd op de behoeften van de patiënt. |
| 3.7 Het multidisciplinaire team evalueert zijn functioneren regelmatig en brengt waar nodig verbeteringen aan. | | De coördinator van de polikliniek heekunde vermeldt dat er voor urologie multidisciplinair overleg is. Voor de dienst orthopedie is het medisch diensthoofd van plan dit volgend jaar op te starten. |
| 4.8 Nieuwe teamleden volgen een training in culturele competenties voor een effectieve zorgverlening aan alle cliënten. | | De auditoren hebben het document introductie van de nieuwe medewerker ingezien. De auditoren hebben vastgesteld dat geen luik is opgenomen met betrekking tot een training in culturele competenties, bevestigd door de auditees en de HR manager. |
| 4.12 Van elk teamlid is het persoonlijk ontwikkelingsplan opgenomen in zijn personeelsdossier. | | De auditoren vernemen van de coördinator polikliniek dat er nog geen functioneringsgesprekken hebben plaats gevonden en aldus ook geen persoonlijk ontwikkelingsplan is voorzien in het personeelsdossier. |
| 5.4 Teamleden kunnen gebruik maken van beleid op de werkplek, dat erop gericht is hun gezondheid en welzijn te verbeteren. | | De auditoren vernemen van de HR Manager dat er nog geen algeheel beleid is omtrent gezondheid en welzijn van de medewerker. Wel is er een alcohol- en drugsbeleid. Ook is er een rookbeleid in ontwikkeling. Dit rookbeleid dient echter nog worden bekrachtigd door de directie en de ondernemingsraad. In het Infoland portaal is er een organisatievademecum voor artsen en voor derden en een personeelsvademecum beschikbaar waar een aspect rond veiligheid, gezondheid en welzijn is opgenomen, ingezien door de auditor via infoland. |
| 6.7 Het team houdt de gemiddelde responstijden voor het reageren op zorgvragen of informatie bij. | ! | De auditoren vernemen van de coördinator dat er op de polikliniek heekunde geen responstijden worden bijgehouden. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Diamanten criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|--|
| 15.3 Het team beschikt over een procedure om te kiezen tussen tegenstrijdige evidence-based richtlijnen, diverse aanbevelingen of de toepassing van meer dan één richtlijn voor cliënten met comorbiditeit. | | De auditoren stellen vast dat in het Infoland portaal geen procedure beschikbaar is om te kiezen tussen tegenstrijdige evidence-based richtlijnen, bevestigd door de auditees. |
| 17.9 Het team bespreekt de resultaten van evaluaties en verbeteringen met medewerkers, cliënten en familieleden. | | De auditoren stellen vast dat resultaten met betrekking tot cliëntveiligheid op de polikliniek worden besproken binnen het team, de resultaten worden echter niet besproken met patiënten of familieleden. |
| Bloedbank- en transfusiediensten | | |
| 16.9 De instelling monitort regelmatig de effectiviteit van haar terugroepprocedures en brengt indien nodig wijzigingen aan. | ! | De auditor stelt samen met de auditees van het labo vast dat men de effectiviteit van de terugroepprocedures niet regelmatig monitort. |
| De afdeling Spoedeisende Hulp | | |
| 13.8 Het team deelt met vergelijkbare instellingen onderzoeken, richtlijnen en benchmarkinformatie. | | De auditees geven aan dat er geen benchmarkgegevens beschikbaar zijn. |
| Diagnostische beeldvorming | | |
| 16.4 Het team documenteert alle 'repeat/reject'-analyses, met inbegrip van de genomen corrigerende maatregelen. | ! | Beelden die opnieuw gemaakt dienden te worden, worden niet systematisch bijgehouden en is er ook geen documentatie, aldus de geauditeerde radioloog. |
| Kritieke zorg | | |
| 4.11 Elk teamlid heeft een persoonlijk ontwikkelingsplan dat is opgenomen in zijn personeelsdossier. | | De auditor heeft in het gesprek met de hoofdverpleegkundige bevestigd gekregen dat de teamleden geen persoonlijk ontwikkelingsplan hebben dat is opgenomen in het personeelsdossier. |
| 13.5 Het team heeft zorgpaden voor veel voorkomende diagnoses. | | De auditor krijgt bevestigd van de hoofdverpleegkundige IZ dat er geen zorgpaden zijn voor de gestelde diagnoses. |
| 13.8 Het team deelt met vergelijkbare instellingen onderzoeken, richtlijnen en benchmarkinformatie. | | Door de atuditee kon aan de auditor niet worden bevestigd dat de resultaten van de zorg actief worden vergeleken met andere instellingen. |
| 15.9 Het team vergelijkt zijn resultaten met vergelijkbare teams, diensten of instellingen. | | De auditee kon aan de auditor niet bevestigen dat de resultaten met vergelijkbare teams, diensten of instellingen vergeleken wordt. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Diamanten criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------------|---|
| Medische (niet-chirurgische) zorg | | |
| 4.12 Elk teamlid heeft een persoonlijk ontwikkelingsplan dat is opgenomen in zijn personeelsdossier. | | De auditor krijgt tijdens de werkbezoeken door de auditee bevestigd dat er geen persoonlijk ontwikkelingsplan is opgenomen in het personeelsdossier. Wel wordt in enkele gevallen de wensen voor de opleiding/scholing in het dossier opgenomen. |
| Oncologische zorg | | |
| 4.7 Het team evalueert zijn functioneren regelmatig en brengt waar nodig verbeteringen aan. | | De auditees van de oncologie afdeling kunnen niet aantonen dat men het functioneren van de dienst regelmatig evalueert. |
| 6.9 De teamleiders evalueren regelmatig hun beleid ter bevordering van de werk-privé balans en brengen waar nodig verbeteringen aan. | | De auditor hoort van de leidinggevende dat men geen proces- en uitkomstindicatoren gebruikt om de werk-privébalans te bevorderen. Er gebeuren geen exitgesprekken. |
| 7.13 Het team houdt de gemiddelde responstijden voor het reageren op zorgvragen of informatievragen bij. | ! | Uit het gesprek met het diensthoofd van de oncologie afdeling blijkt dat de gemiddelde responstijd niet wordt bijgehouden. |
| 13.6 Het team verricht een interne audit bij cliëntdossiers om na te gaan of zij nauwkeurig en actueel zijn en voldoen aan het instellingsbeleid en –procedures met betrekking tot informatiebeheer. | ! | De auditor heeft vastgesteld, samen met de auditees van de dienst oncologie, dat er geen interne audits worden uitgevoerd bij cliëntdossiers. De instelling voorziet geen procedure om de nauwkeurigheid van informatie in het cliëntdossier te controleren aldus de auditee. |
| 13.7 Het team gebruikt de resultaten van interne audits voor verbeteringen in zijn cliëntdossiers. | ! | De auditor heeft vastgesteld, samen met de auditee van de dienst oncologie, dat er geen resultaten zijn ter verbetering van de cliëntdossiers. |
| 14.7 Het team heeft zorgpaden voor veel voorkomende diagnoses. | | De auditor heeft vastgesteld in een gesprek met de auditee en het MOC, dat men niet werkt met zorgpaden voor veel voorkomende diagnoses. De auditee bevestigt dat de variabiliteit van de zorg de oorzaak is waarom er geen zorgpaden zijn. Men maakt wel gebruik van standaardrichtlijnen bij schema's voor chemotherapie. |
| 16.4 Het team beoordeelt de gegevens van zijn prestatie metingen om sterke en verbeterpunten in kaart te brengen. | ! | De leidinggevende van de oncologie afdeling geeft aan dat de cyclus met betrekking tot het uitwerken en opvolgen van verbeterpunten nog onvoldoende geïmplementeerd is. |
| 16.6 Het team vergelijkt zijn resultaten met vergelijkbare teams, diensten of instellingen. | | De auditee geeft aan dat er geen benchmark-initiatieven en vergelijkingen met collega-instellingen gebeuren, om de eigen prestaties te beoordelen en mogelijkheden voor verbetering te signaleren. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Diamanten criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|---|------------------------------|---|
| 16.7 Het team gebruikt de informatie over de kwaliteit en veiligheid van zijn diensten om sterke en verbeterpunten in kaart te brengen en voert tijdig verbeteringen door. | ! | De auditee geeft aan dat de verbetercyclus nog niet rond is. |
| Operatiekamers / het operatiekwartier | | |
| 15.5 Het team benchmarkt of vergelijkt zijn resultaten met andere soortgelijke interventies, programma's of instellingen. | ! | De auditor verneemt van het medisch diensthoofd anesthesiologie dat er geen benchmarking of vergelijking van resultaten geschiedt met andere instellingen. |
| Operatieve zorg | | |
| 7.5 Het team beoordeelt de behoeften en verwachtingen van de cliënt, en de betrokkenheid van familieleden en mantelzorgers. | | Het medisch diensthoofd geeft aan dat de behoeften en de verwachtingen van de cliënt alsook de betrokkenheid van de familieleden en mantelzorgers niet systematisch beoordeeld worden. |
| 11.12 Na overdracht of ontslag neemt het team contact op met cliënten, hun familieleden of verwijzers om de resultaten van de overdracht of het einde van de zorgverlening en opvolgingsplannen te monitoren. | | De auditor verneemt van de hoofdverpleegkundige dat er na de overdracht en het ontslag er geen systematisch contact opgenomen wordt met de cliënten, hun familieleden of de verwijzers om de resultaten van de overdracht of het einde van de zorgverlening en opvolgingsplannen te monitoren. |
| 12.6 Het team verricht een interne audit naar cliëntdossiers om na te gaan of die nauwkeurig en actueel zijn en voldoen aan het instellingsbeleid en -procedures met betrekking tot informatiebeheer. | ! | De auditor stelt in het gesprek met het medisch diensthoofd dat er geen interne audit naar de cliëntdossiers verricht wordt om na te gaan of deze volledig en nauwkeurig zijn. Daarentegen is het wel zo, aldus de auditee, dat de volledigheid quasi gegarandeerd is door het feit dat de patiënt bvb niet vanuit de operatiekamer naar de verkoeverkamer kan verhuizen zonder dat de sign out vervolledigd wordt en de postoperatieve instructies uitgeschreven worden (ict-matig verplicht om dit te completeren). |
| 12.7 Het team gebruikt de resultaten van interne audits voor verbeteringen in zijn cliëntdossiers, indien van toepassing. | ! | De auditor stelt in het gesprek met het medisch diensthoofd vast dat er geen interne audit naar cliëntdossiers verricht wordt om na te gaan of deze volledig en nauwkeurig zijn. |
| 13.3 Het team beschikt over een procedure om te kiezen tussen tegenstrijdige evidence-based richtlijnen, meerdere aanbevelingen of de toepassing van meer dan één richtlijn voor cliënten met comorbiditeit. | | De auditor verneemt uit het gesprek met het medisch diensthoofd dat het team niet beschikt over een procedure om te kiezen tussen tegenstrijdige evidence-based richtlijnen, meerdere aanbevelingen of de toepassing van meer dan één richtlijn voor cliënten met comorbiditeit. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Diamanten criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------------|---|
| 13.9 Het team deelt met vergelijkbare organisaties onderzoeken, richtlijnen en benchmarkinformatie. | | De auditor verneemt van het medisch diensthoofd dat het team niet overgaat tot het delen met vergelijkbare organisaties van onderzoeken, richtlijnen en benchmarkinformatie. |
| 15.8 Het team bespreekt de resultaten van evaluaties en verbeteringen met medewerkers, cliënten en familieleden. | | De auditor kan niet vaststellen dat resultaten van evaluaties en verbeteringen met cliënten of hun familieleden besproken wordt. Hieromtrent bestaat geen ziekenhuisbreed beleid, aldus de geauditeerde hoofdverpleegkundige. |
| Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | | |
| Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld. | | |
| Revalidatiezorg | | |
| 12.14 Na overdracht of ontslag neemt het team contact op met de cliënten en hun familieleden om na te gaan of aan hun behoeften is voldaan. Het team gebruikt deze informatie om de organisatie van overdracht en ontslag te verbeteren. | | Uit het interview met een verpleegkundige op de Sp-dienst blijkt dat er niet systematisch contact opgenomen wordt met de patiënt na ontslag. Bij transfer naar een andere zorginstelling geeft de afdeling contactgegevens mee opdat er bij vragen contact opgenomen kan worden. Dit is niet steeds het geval, bevestigd door de auditee. |
| Verloskundige zorg | | |
| 4.17 De teamleiders monitoren en voorzien in de behoeften van elk teamlid aan permanente opleiding, training en professionele ontwikkeling en nemen deze informatie op in het personeelsdossier. | | De auditor verneemt van de VTO verantwoordelijke dat geen certificatie, attesten op een systematische wijze worden bijgehouden in het personeelsdossier. |
| 6.13 Het team houdt de gemiddelde responstijden bij voor het reageren op zorgvragen of informatie. | ! | De auditor stelt vast tijdens het werkplekbezoek op de kraamafdeling en na gesprek met de hoofdvroedvrouw dat er geen responstijden worden bijgehouden. De hoofdvroedvrouw stelt dat de patiënten bij het telefonisch contact een afspraak krijgen voor een prenataal consult afhankelijk van de wensen van de patiënten. |
| 16.3 Het team beschikt over een procedure om te kiezen tussen tegenstrijdige evidence-based richtlijnen, meerdere aanbevelingen of de toepassing van meer dan één richtlijn voor cliënten met comorbiditeit. | | De auditoren vinden in het Infoland portaal geen procedure voor het kiezen tussen tegenstrijdige evidence-based richtlijnen. Dit ontbreken wordt bevestigd door de leidinggevenden van de materniteit. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Diamanten criteria (niet voldaan) | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren |
|--|------------------------------|--|
| Vorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen | | |
| 6.3 De risicoinventarisatie van de instelling omvat het verzamelen van informatie van externe samenwerkingspartners over de mogelijke noodsituaties of rampen, kwetsbaarheden en mogelijkheden van de regio. | | De recent opgestelde risicoinventarisatie bevat voornamelijk een analyse van interne afdelingen en gegevens, aldus de afvaardiging van het permanent comité. |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren

Kritische processen zijn risicovolle gebieden of systemen die een grote impact hebben op de kwaliteit en veiligheid. Zij bieden een ander perspectief dan dat voortkomend uit normensets, en de resultaten zijn gegroepeerd in thema's die horizontaal door afdelingen, diensten en teams gaan.

Tijdens het auditbezoek beoordelen de auditoren de criteria die deel uitmaken van een kritisch proces, geven een reden voor hun beoordeling en vatten elk kritisch proces samen. Deze samenvattende opmerkingen worden hieronder weergegeven en zijn een nuttige aanvulling op de resultaten uit de eerdere hoofdstukken van dit rapport.

5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen

De beoordelingen worden hier eerst weergegeven per kritisch proces, dan per norm. Sommige kritische processen in deze paragraaf hebben ook betrekken op zorgspecifieke normen.

| Kritisch proces | Omschrijving |
|---|---|
| Planning en kwaliteitsmanagement | Ontwikkelen en implementeren van de infrastructuur, programma's en diensten om tegemoet te komen aan behoeften van de gemeenschap en doelgroepen. |
| Leiderschap | |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor spreekt met het directiecomité en separaat met de algemeen directeur en een afvaardiging van de Raad van Bestuur. In de gesprekken wordt de totstandkoming van de kernwaarden van het ziekenhuis toegelicht en hoe deze worden gecommuniceerd. Daarnaast wordt toegelicht dat de totstandkoming van het strategisch beleid in ontwikkeling is en wordt voorzien eind 2017/begin 2018. Daardoor is de opvolging c.q. borging nog niet geheel aan de orde. Het is het voornemen om daarna de jaarplannen (decentraal) verder vorm te geven.</p> <p>Het ethisch kader is opgesteld door het Ethisch comité dat door de instellingsleiding daartoe is gemandateerd.</p> <p><u>Uitdagingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het strategisch beleid bevat doelen die meetbaar zijn en in lijn zijn met de missie en waarden. (4.7 – goud – Planning en Kwaliteitsmanagement - Leiderschap) - De instellingsleiding ontwikkelt jaarplannen op operationeel niveau voor de realisatie van het strategisch plan en de doelen. De jaarplannen dienen voor de sturing van de dagelijkse bedrijfsactiviteiten. (6.2 – goud – prioriteit - Planning en Kwaliteitsmanagement - Leiderschap) | |
| Management van middelen | Monitoren, bijhouden en integreren van activiteiten die te maken hebben met de toewijzing en het gebruik van bronnen. |
| Leiderschap | |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>In de gesprekken met de directeur financiën, het hoofd en het adjunct - hoofd van de aankoopdienst is duidelijk gemaakt dat het ziekenhuis een reguliere P&C cyclus heeft waarbij op instellingsniveau de begroting wordt gemaakt en gemonitord. De Investeringsaanvragen zijn daarbij opgenomen. De directieraad stelt de begroting vast waarna deze wordt goedgekeurd door de Raad van Beheer.</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Kritisch proces | Omschrijving |
|---------------------------------|--|
| | <p>De auditor ziet de begroting 2017, de investeringsaanvragen voor 2018 en de financiële rapportage van de directieraad aan de Raad van bestuur in. Er vindt een maandelijkse evaluatie en monitoring plaats. Dit is getoond door de directeur financiën aan de auditor. Er wordt in een financieel jaarverslag voorzien. De auditor heeft het jaarverslag 2016 ingezien. In een organisatorische tracer heeft de auditor het proces van de aanschaf van een nieuw EPD gevolgd. De auditor heeft kennis genomen van de vigerende aankoopprocedure welke via Infoland is op te vragen. Voor de aanschaf van (medische) apparatuur en of grote investeringen dient een zogenoemd "lastenboek" (aankoopdossier met offerte(s), argumentatie, kosten/baten, PRI etc.) te worden voorgelegd aan de Financieel Strategische Commissie, waarin een vertegenwoordiging van de medische raad zetelt. Die commissie adviseert vervolgens aan de directieraad. De auditor ziet een ondersteunend format in en een overzicht van de eisen waaraan het EPD moet voldoen.</p> <p>De afdeling aankoop toetst tevens op de Wet Overheidsopdrachten.</p> |
| Menselijk kapitaal (HRM) | Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten. |
| Leiderschap | |
| Opmerkingen: | <p>Voor het toetsen van het kritische proces Menselijk kapitaal heeft de auditor een gesprek gehad met de directeur HRM, de VTO-coördinator en een afvaardiging van het overlegcomité.</p> <p>De auditor heeft volgende documenten ingezien: VTO beleid & procedures, het draaiboek nieuwe medewerkers (diensten verloskamer-couveuse-materniteit), het personeelsvademeccum 2017 en de statistiek ziekteverzuim Securex.</p> <p>De VIR betreffende training en opleiding cliëntveiligheid wordt conform de afspraken toegepast.</p> <p>De instellingsleiding is betrokken bij activiteiten ter verbetering van de werkomstandigheden en het creëren van een gezonde en veilige werkomgeving. De instelling heeft een beleid betreffende de arbeidsomstandigheden, inclusief werken in avond en weekend. De instellingsleiding ontwikkelt een procedure voor zorgverleners, andere medewerkers en vrijwilligers om klachten, zorgen en ontevredenheid vertrouwelijk te kunnen uiten.</p> <p>De instelling werft en selecteert medewerkers eerlijk en op basis van individuele kwalificaties en de waarden en doelen van de organisatie. De instellingsleiding stelt vast hoe en aan wie door zorgverleners en andere medewerkers en vrijwilligers wordt gerapporteerd.</p> <p>De instellingsleiding hanteert een beleid en procedures om in overeenstemming met de missie, visie en waarden van de organisatie het functioneren van de medewerkers te monitoren. Het beleid en de procedures voor het monitoren van het functioneren tonen onder meer hoe op een objectieve en eerlijke manier wordt omgegaan met onderwerpen rondom het functioneren van de medewerker. De instellingsleiding beschermt de individuele privacy bij het bijhouden en opslaan van personeelsdossiers van zorgverleners en andere medewerkers en vrijwilligers.</p> <p>Tijdens de rondgang in de instelling stellen de auditoren vast dat de instellingsleiding activiteiten ter verbetering van de werkomstandigheden en het creëren van een gezonde en veilige werkomgeving niet steeds ondersteunt. Er is geen gevolg gegeven aan de bevindingen vastgelegd in de verslagen van de arbeidsgeneeskundige rondgangen. Dit is onder andere zo op de CSA, de apotheek en de keuken.</p> |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Kritisch proces | Omschrijving |
|--|---|
| | <p>Uitdagingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De instellingsleiding ondersteunt activiteiten ter verbetering van de werkomstandigheden en het creëren van een gezonde en veilige werkomgeving. (2.2 – goud – Menselijk Kapitaal - Leiderschap) - De instellingsleiding is betrokken bij activiteiten ter verbetering van de werkomstandigheden en het creëren van een gezonde en veilige werkomgeving. (2.7 – goud – prioriteit - Menselijk Kapitaal - Leiderschap) |
| Geïntegreerd kwaliteitsmanagement | Voortdurend, proactief en systematisch proces om kwaliteit vanuit een systeemomvattend perspectief te begrijpen, managen en communiceren om zo doelen en oogmerken te realiseren. |
| Leiderschap Operatiekamers / het operatiekwartier | |
| | <p>Opmerkingen:</p> <p>Voor het toetsen van het kritisch proces Geïntegreerd kwaliteitsmanagement spreekt de auditor met de staf verpleging, de verantwoordelijken van de accreditatie en de diensten materniteit, gynaecologie en neonatologie, Dienst D2, Dienst D10, poliklinieken orthopedie, urologie, gynaecologie en gastro-enterologie. Verder wordt tijdens de tracers van de overige auditoren de afspraken inzake geïntegreerd kwaliteitsmanagement getoetst.</p> <p>De auditor ziet o.a. volgende documenten in: het beleidsplan kwaliteit 2018, het patiëntveiligheidsplan 2017, ' Op weg naar een NIAZ-accreditatie in het Sint-Dimpna ziekenhuis Geel' een visie op kwaliteitsverbetering en -borging van de zorg - versie oktober 2017, het Strategisch plan en het Operationeel plan van Sint -Dimpna.</p> <p>De VIR medicatieverificatie van de cliënt bij opname of aan het begin van de zorgverlening en de VIR cliëntidentificatieprotocol worden conform de afspraken toegepast.</p> <p>De VIR betreffende een meldsysteem voor bijwerkingen, incidenten en bijna-ongevallen voldoet niet aan de afspraken. Er is een meldsysteem en er worden meldingen gedaan . Een overkoepelende aanpak (met retrospectieve en prospectieve analyses) is nog niet tot onvoldoende uitgewerkt, aldus de auditees.</p> <p>De auditoren krijgen bevestigd uit de documenten en de gesprekken dat voor de instellingsleiding kwaliteitsverbetering een strategische prioriteit is. De instellingsleiding verstrekt "middelen" voor activiteiten gericht op kwaliteitsverbetering. Als onderdeel van het integrale risicomanagement stellen de auditoren vast dat de instelling de afspraken conform het beleid volgt en dat de procedures voor het selecteren van en onderhandelen over gecontracteerde diensten vastgelegd is. Bevestigd door inzage van overeenkomsten met de linnendienst.</p> <p>De instelling benoemt cliëntveiligheid als een strategische prioriteit of doelstelling en de instelling ontwikkelt en implementeert een cliëntveiligheidsplan en voert waar nodig verbeteringen door in de cliëntveiligheid. De instellingsleiding belegt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering en monitoring van het cliëntveiligheidsplan en de belangrijkste verbeteracties voor cliëntveiligheid.</p> <p>De instellingsleiding voorziet het toezichtsorgaan van kwartaalverslagen over de cliëntveiligheid.</p> <p>Verscheidene auditoren stellen vast tijdens de rondgang dat er op diverse plaatsen niet veilig en onder gezonde voorwaarden kan gewerkt worden. Dit is onder andere het geval op de CSA, zeer beperkte werkruimte en geen tot zeer moeilijke vluchtwegen, op de apotheek waar kleine donkere werkruimtes zijn vastgesteld. In de keuken dient men oordoppen te dragen en is de vloer zeer glad.</p> |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Kritisch proces | Omschrijving |
|---|---|
| | <p>Na consultatie van het verslag bedrijfsbezoek 09/09 - 14/10 - 30/10/2016 werden zowel apotheek als dienst CSA niet bezocht. Opvolging van gemelde problemen in het verleden kan op die manier niet aangetoond worden.</p> <p>De auditor stelt vast dat het ziekteverzuim tussen 2014 en 2016 behoorlijk gestegen is (cfr. statistiek ziekteverzuim Securex). Een globaal plan van aanpak werd niet terug gevonden.</p> <p>De auditees geven aan dat momenteel er nog geen geïntegreerde aanpak is voor het managen en het beheersen van risico's. De auditoren stellen ook vast en krijgen bevestiging van de auditees dat het terugkoppelen van incidenten nog niet of te fragmentair gebeurt.</p> <p><u>Uitdagingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Voor de instellingsleiding is een gezonde en veilige werkomgeving een strategische prioriteit. (2.1 – goud – prioriteit - Leiderschap) - De instellingsleiding beschikt over een geïntegreerde aanpak voor management en beheersing van risico's. (14.2 – goud – prioriteit - Leiderschap) - De instelling voert een meldsysteem en passende follow-up in voor bijwerkingen, incidenten en bijna-ongevallen. Het rapportagesysteem voldoet aan de vigerende wet- en regelgeving, en valt binnen de door de wetgeving geboden bescherming. (16.4 – VIR - goud - Leiderschap) - De instellingsleiding stimuleert een verbetercultuur door zorgverleners en andere medewerkers de mogelijkheid bieden om te leren van incidenten, bijwerkingen en bijna-ongevallen. (16.6 – goud - Leiderschap) - De instellingsleiding ontwikkelt en implementeert een geïntegreerd plan voor kwaliteitsverbetering. (17.1 – goud – prioriteit - Leiderschap) |
| Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes | Identificeren van en besluiten nemen met het oog op ethische dilemma's en problemen. |
| Leiderschap | |
| | <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft een gesprek met een afvaardiging van het ethisch comité waaronder de voorzitter en de secretaris. In het gesprek is er toelichting gegeven op het beleid, de processen en de kwesties die worden geagendeerd door de commissie. De commissie werkt autonoom en de verslaglegging is geheim maar wordt in afschrift gezonden aan de algemeen directeur en de medische raad.</p> <p>In een aparte map in 'Workspace', welke alleen toegankelijk is voor de leden van de commissie, staan de procedures en de werkwijzen beschreven van de Ethische commissie. Deze zijn tijdens het gesprek aan de auditor getoond.</p> <p>De instellingsleiding heeft principieel de werkwijze en het ontwikkelen van de ethische strategie aan de commissie overgelaten. Dat geldt evenzo voor de communicatie naar de instelling en de stakeholders.</p> |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Kritisch proces | Omschrijving |
|---|--|
| Communicatie | Communicatie tussen verschillende lagen van de organisatie en met externe betrokkenen. |
| Leiderschap | |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor spreekt met twee stafmedewerkers van de afdeling communicatie en heeft inzage gehad in het documentbeheersysteem op Workplace dat door Infoland is ingericht. Het is de auditoren opgevallen bij het raadplegen van meerdere documenten dat er geen versiedatum, geldigheidsduur/revisiedatum is vermeld. Softwarematig zijn deze gegevens overigens wel te vinden. Als documenten moeten worden gereviseerd krijgen betrokken medewerkers een melding van de stafmedewerker documentbeheer indien actie(s) zijn vereist om het document te valideren.</p> <p>Op CSA en op de OK is vastgesteld dat regelmatig documenten worden uitgeprint. Daardoor is niet helder of wel van de meest recente versie gebruik wordt gemaakt.</p> <p>Om te voldoen aan wetgeving en ter bevordering van informatieveiligheid (bijvoorbeeld om te voorkomen dat gevoelige informatie per abuis op de verkeerde locatie terecht komt) is een informatieveiligheidsconsulent aangetrokken. De start van de functionaris is voorzien in 2018. De functionaris zal met name kijken naar dataopslag, verzending van de (patiënten)gegevens en beveiliging van de (patiënt)informatie.</p> <p>In een gesprek met een afvaardiging van de Raad van Bestuur heeft de auditor vastgesteld dat de afstemming met de directie plaatsvindt over samenwerkingsverbanden en in- en externe informatieverstrekking.</p> | |
| Fysieke omgeving | Verlenen van geschikte en veilige structuren en faciliteiten voor het succesvol uitvoeren van missie, visie en doelstellingen. |
| Leiderschap | |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>Fysieke omgeving</p> <p>Voor het toetsen van het kritisch proces fysieke omgeving bezoekt de auditor de lokalen van de technische dienst en spreekt daar met de verantwoordelijke van deze dienst. Het kritisch proces wordt ook door de auditoren tijdens hun rondgang doorheen het ziekenhuis geobserveerd. De auditoren zien onder meer de volgende documenten in; vgm-procedure-vgm-p-013 milieuzorg, onthaalbrochure voor patiënten en het dit kritisch proces zijn geen VIR's aanwezig.</p> <p>De auditor stelt vast dat uitgezonderd de volledige implementatie van het rookbeleid aan alle overige gouden criteria voldaan is. Het rookbeleid is nog hangende in de ondernemingsraad zoals bevestigd door de afvaardiging van de ondernemingsraad.</p> <p>De auditoren stellen vast dat de implementatie en het testen van de back-up systemen adequaat, logisch en volledig uitgerold zijn. Verslagen met verbeterpunten zijn ingezien door de auditor.</p> <p><u>Uitdaging:</u> De instelling heeft in een beleidsdocument vastgelegd dat roken beperkt is tot aangewezen ruimtes. (9.10 – goud - Leiderschap)</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Kritisch proces | Omschrijving |
|---|---|
| Vorbereid zijn op noodsituaties | Omgaan met noodgevallen en andere aspecten van openbare veiligheid. |
| Infectiepreventie en –bestrijding Leiderschap Vorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen De afdeling Spoedeisende Hulp | <p>Opmerkingen:</p> <p>Om de normenset voorbereid zijn op noodsituaties en rampen te toetsen spreek de auditor met een spoedeisende hulparts, de hoofdverpleegkundige en de triage verpleegkundige van de spoed. Er bestaat een algemeen ziekenhuisnoodplan (d.d. oktober 2017) dat ter goedkeuring bij de bevoegde instanties, de Federale Overheidsdienst, is ingediend. In de tussentijd handelt men, indien nodig, op basis van dit plan. De auditor stelt vast dat er nog geen geïntegreerd beleid is. De implementatiestructuur moet volgens de auditees in 2018 nog worden aangebracht</p> <p>De auditor krijgt bevestigd tijdens het gesprek met de spoedarts en de triageverpleegkundige dat men naar dit plan handelt. De auditees geven aan dat de structurele opvolging nog ontbreekt. Men werkt om een geïntegreerd plan te verkrijgen. De spoedeisende hulp vervult hierbij een voortrekkersrol.</p> <p>Om de continuïteit van de nutsvoorzieningen te toetsen spreekt de auditor met de directeur van de technische dienst, het diensthoofd informatica en het hoofd van de biotechnische dienst, de stafmedewerker technische dienst en een medewerker technische dienst.</p> <p>Tijdens de organisatorische tracer 'uitval van de stroomvoorziening extramuros het ziekenhuis' stelt de auditor vast dat de instelling adequaat is voorbereid om redundant te blijven.</p> <p>De auditor stelt tijdens de rondgang vast dat de instelling gebruik maakt van een warmtekrachtcentrale die na korte tijd de stroomvoorziening van de noodgenerator overneemt. Alle kritische apparatuur en kritische locaties zijn aangesloten op de UPS en dat geldt ook voor de telefoonvoorziening.</p> <p>Naar aanleiding van een stroomuitval afgelopen zomer ziet de auditor een lijst met verbeteracties waaraan momenteel wordt gewerkt.</p> <p>Een recent opgestelde risico-inventarisatie met daaraan gekoppeld de continuïteitsplanning voor de kritieke voorzieningen wordt momenteel geïmplementeerd.</p> <p>Met betrekking tot infectiebeheersing en een eventuele pandemie uitbraak heeft de auditor inzage het Business Continuity Plan (BCP) .</p> <p><u>Uitdagingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het team beschikt over een afdelingsplan voor noodsituaties en rampen waarin de rol van de afdeling spoedeisende hulp en de beschikbare hulpmiddelen zijn beschreven. (3.3 – goud – prioriteit – Noodsituaties - De afdeling Spoedeisende Hulp) - De instelling ontwikkelt en implementeert een continuïteitsplan om tijdens en na een ramp of noodsituatie continuïteit van zorg te kunnen garanderen. (13.9 – goud – Noodsituaties - Leiderschap) - Het instellingsbeleid en -procedures inzake het voorbereid zijn op noodsituaties en rampen voldoen aan de vigerende wet- en regelgeving. (1.2 – goud - Noodsituaties) - De instelling stelt prioriteiten vast voor de in kaart gebrachte noodsituaties en rampen op basis van hun frequentie en ernst. (6.4 – goud - prioriteit - Noodsituaties) - De instelling herhaalt jaarlijks de risicoinventarisatie en past deze indien nodig aan. (6.5 – goud - prioriteit - Noodsituaties) |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Kritisch proces | Omschrijving |
|---|---|
| Patiëntenstroom | Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings. |
| Leiderschap Operatiekamers / het operatiekwartier Operatieve zorg Diagnostische beeldvorming De afdeling Spoedeisende Hulp | |
| Opmerkingen: | <p>Voor het toetsen van het kritische proces Patiëntenstroom bezoekt de auditor de diensten Opname, Spoedgevallen, Radiologie, Operatie Kwartier en Kritieke Zorg en spreekt met de diensthoofden van deze afdelingen en de opnameplanner.</p> <p>De auditor ziet onder andere volgende documenten in: 'Overeenkomst algemene orde spoedgevallendienst & MUG', 'Procedure Overcrowding', 'WHAT IF ' overdracht kaart spoedgevallen, 'Triage op Spoedgevallen (Versie 1)', 'Transfer en overdracht van patiënt van spoedgevallen naar intensieve zorgen', 'Afspraken dienst radiologie en spoedgevallen', 'Transfer van spoedgevallen naar een afdeling' en 'Opname planning'.</p> <p>De auditor stelt vast dat aan alle gouden criteria is voldaan.</p> <p>Door een duidelijk signalering zijn de afdelingen en de diensten goed te vinden. Tijdens de rondgang en gedurende de gesprekken krijgt de auditor bevestigd dat de cliënten tijdig worden overgenomen van de medische noodhulpdiensten en dat er beschermende maatregelen worden genomen voor de cliënten en de medewerkers tijdens de diagnostische radiologische onderzoeken. De patiëntenstromen worden geanalyseerd en daar waar nodig worden de obstakels weggenomen voor een optimale doorstroming en prioritering van zorgverlening.</p> <p>De medewerking aan het lokale project ' GCARE' wordt door de auditoren als compliment aangemerkt. Dit ontschottingsproject tussen de welzijns- en de gezondheidszorg, door inzet van een verbindingscoach die een brug vormt tussen de lokale welzijns- en gezondheidszorgmedewerkers, doet in een jaar het gebruik van de tweedelijnszorg in de meest kwetsbare groep aanzienlijk dalen.</p> |
| Medische instrumenten en apparatuur | Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen. |
| Infectiepreventie en –bestrijding Leiderschap Operatiekamers / het operatiekwartier Diagnostische beeldvorming Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen Ambulante zorg | |
| Opmerkingen: | <p>Het kritisch proces 'Medische instrumenten en apparatuur' wordt getoetst door het uitvoeren van drie systeemtracers: het in roulatie brengen en onderhouden van het high level desinfectie-apparaat Stella op de poli urologie, de reiniging en desinfectie van medische instrumenten in de CSA en het transport en de opslag van steriele medische materialen. De auditor spreekt hierbij een polimedewerker, de technisch directeur, het diensthoofd biomedische techniek, het diensthoofd CSA, de verantwoordelijke apotheker, een CSA medewerker en het diensthoofd OK.</p> |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Kritisch proces | Omschrijving |
|-----------------|--|
| | <p>De VIR voor het 'Preventief onderhoud van medische apparatuur' wordt conform de afspraken toegepast. Vijf gouden criteria werden als niet voldaan gescoord. Het gaat om het niet beschikken over een geïntegreerd kwaliteitsbeleid voor de CSA, het niet correct opbergen van steriele pakketten zodat ze niet geschonden kunnen worden in de CSA en het OK, het niet scheiden van steriele en niet-steriele materialen in de poli en de CSA, het niet consequent dragen van beschermingsmiddelen in risicovolle situaties op de afdelingen en de CSA. Verder worden ook recalls niet systematisch gedocumenteerd.</p> <p>Uit het interview met de technisch directeur blijkt dat de instelling beschikt over een formele procedure voor de aanvraag, de aankoop en het in roulatie brengen van medische toestellen. Het getraceerde desinfectie-apparaat vormde hier een uitzondering op. Het toestel werd wegens hoogdringendheid in roulatie gebracht zonder tussenkomst van de biomedisch-technische dienst en zonder de vrijgave door de preventie-adviseur. Hierdoor was het apparaat niet identificeerbaar, niet opgenomen in de inventaris medische toestellen (thans beschikbaar voor de poli urologie) en werd er geen onderhoudsprogramma gepland in Ultimo. De betrokkenen geven aan dit wel nog te zullen doen. Het onderhoudsprogramma wordt op basis van het risico-classificatiesysteem Opera bepaald. De auditees bevestigen dat ze niet helemaal kunnen uitsluiten dat er medische apparatuur het ziekenhuis insluipt of achtergehouden wordt nadat het toestel volgens de technische dienst uit roulatie moet. De betrokken polimedewerker was opgeleid in het hanteren van het toestel.</p> <p>De auditor stelt vast dat het reinigen en high-level desinfecteren van de scopen op de poli urologie niet volgens de algemeen aanvaarde richtlijnen gebeurt. Volgens de medewerker is dit omwille van de infrastructurele beperkingen niet mogelijk. De gedesinfecteerde scopen worden in een kast bewaard die zich in het onderzoekslokaal bevindt. Het reinigen en desinfecteren gebeurt tevens op de endoscopie-unit waar de gastro-enterologen en de pneumologen endoscopies uitvoeren. Uit het interview met een medisch specialist en uit inzage van het logboek blijkt dat de endoscopen getraceerd kunnen worden tot op patiëntniveau. De auditor observeert twee verpleegkundigen die bij het manueel reinigen geen masker, schort of spatbril droegen. De reden die hiervoor aangehaald wordt is dat het omslachtig is de beschermingsmiddelen steeds aan en uit te trekken als een medewerker alleen instaat voor de assistentie bij het onderzoek en de reiniging van de scoop. De auditor stelt verder vast dat terwijl de ene medewerker een gedesinfecteerde scoop uit de wasmachine haalt en deze in de kast plaatst, de andere medewerker een vuile scoop in de wasmachine ernaast plaatst. De onreine en de reine scoop komen zo in contact met mekaar. De kast met reine scopen staat naast de wasmachines in de vuile utility-ruimte.</p> <p>Het proces van reinigen en desinfecteren op de centrale sterilisatieafdeling wordt door een CSA-medewerker aan de auditor getoond. De auditor stelt vast dat het proces op verschillende punten gecontroleerd wordt door visuele en chemische tests en hiervan verslagen worden bijgehouden om tracering mogelijk te maken. De instelling beschikt hiervoor over gecertificeerde medewerkers. Ze ontvangen op geregelde tijdstippen extra bijscholing. Onder andere ook over brandpreventie. Een evacuatie wordt niet geoefend. De auditees geven aan de vluchtroutes (via brandtrap en luik) te kennen maar deze omslachtig is en angst inboezemt. Dit werd meermaals gesignaleerd aan de arbeidsgeneesheer, preventieadviseur en werknemersafgevaardigden.</p> <p>Bij het bezoek aan de CSA valt de verouderde infrastructuur op. Dit wordt, samen met de capaciteitsproblemen door het diensthoofd en de verantwoordelijke apotheker als risico's benoemd. De auditor kijkt een uitgebreide prospectieve risico-analyse in. Het team meldt en analyseert incidenten. De verantwoordelijken meten en volgen verschillende kwaliteitsindicatoren op. Het team beschikt over protocollen om de processen te standaardiseren en kijken ook toe op de kwaliteitscontroles van de leensets van externe leveranciers. Hoe de vele kwaliteitscontroles en verbeterinitiatieven zich tot elkaar verhouden is niet duidelijk door het ontbreken van een kwaliteitshandboek waar de systematiek voor continue kwaliteitsverbetering geformuleerd staat.</p> |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Kritisch proces | Omschrijving |
|--|--|
| | <p>De auditor stelt vast dat steriele materialen niet steeds gescheiden opgeborgen worden. Zo bevinden zich losse steriele set onderdelen in de sterilisatie- en inpakruimtes, heupprothesen en andere materialen liggen opgeslagen in een kast in de onreine gang van het OK. Het transport van vuile en gesteriliseerde sets gebeurt door middel van afgesloten karren.</p> <p><u>Uitdagingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het team bewaart schone en steriele apparatuur, medische instrumenten en benodigdheden gescheiden van besmette apparatuur en afval, conform de instructies van de fabrikant. (13.11 – goud – prioriteit - Ambulante zorg) - Het team draagt geschikte en correct onderhouden persoonlijke beschermingsmiddelen in de ontsmettingsruimte. (5.8 – goud – prioriteit -Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen) - De instelling zorgt dat elk steriel pakket ongeschonden blijft. (10.4 – goud – prioriteit -Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen) - Het team heeft een gedocumenteerd systeem voor kwaliteitsmanagement voor zijn diensten op het gebied van reiniging en sterilisatie. Hierin zijn principes van kwaliteitsbewaking, risicomangement en continue verbetering geïntegreerd. (12.1 – goud – Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen) |
| Operatieve procedures | Verlenen van veilige operatieve zorg aan cliënten, van preparatie en de procedure in de operatiekamer tot aan het post-verkoevergebied en ontslag. |
| Operatiekamers / het operatiekwartier Operatieve zorg | |
| | <p>Opmerkingen:</p> <p>Om het kritische proces Operatieve Procedures te toetsen bezoekt de auditor het operatiekwartier en de afdelingen Orthopedie 5^overdieping, Heelkunde 1^o verdieping en het chirurgisch dagziekenhuis Tijdens de werkplekbezoeken worden naast een aantal organisatorische tracers ook een patiënttracer van een post-CVA patiënt met fatische stoornissen en die een posttraumatische heupfractuur heeft, gevolgd.</p> <p>De auditor kijkt het verpleegkundig en medisch patiëntendossier in en ziet de desbetreffende afspraken in op infoland.</p> <p>De VIR's met betrekking tot het uitvoeren van veilige heelkunde, profylactisch toedienen van antibiotica bij heelkundige ingrepen, medicatieverificatie en overdracht van informatie van de operatiekamer naar de verkoeverkamer en verder naar de hospitalisatie-afdelingen, worden conform de afspraken toegepast.</p> <p>De auditor krijgt tijdens de rondgang en tijdens de gesprekken bevestigd dat het medisch-verpleegkundige operatieteam goed gemanaged is en dat het team presteert met duidelijke bezorgdheid en oog voor kwalitatieve en patiëntveilige zorg.</p> <p>De auditor stelt vast dat de toegankelijkheid van het operatiekwartier niet volledig is gecontroleerd. Via de achterzijde is het OK complex vrij toegankelijk.</p> <p>De auditor stelt vast dat de opslag van sommige steriele materialen en implantaten in het operatiekwartier ook in de niet-steriele ruimte gebeurt. De reden hiervoor, aldus de hoofdverpleegkundige is het feit dat het operatiekwartier uit zijn voegen aan het barsten is. Hierdoor kan de opslag niet meer 100% adequaat en consequent volgens de afspraken gebeuren.</p> |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| Kritisch proces | Omschrijving |
|-------------------|--|
| | <p>Samen met de auditees stelt de auditor vast dat de afscherming van de ramen in de deuren van de operatiekamers geen beschermingen bieden inzake het tegenhouden van laserlicht. Het onderhoud en de integriteit van de loodschorten op het operatiekwartier dient, conform de afspraken, te worden voorzien via een radioscopische controle. Dit gebeurt op dit moment niet, aldus de hoofdverpleegkundige.</p> <p>De auditor stelt vast dat de privacy van de digitale dossiers niet volledig gewaarborgd is aangezien de PC's na inzage van het dossier niet automatisch overschakelen in screen-saver-modus.</p> <p>De auditees geven ook aan dat het incidentmeldsysteem nog niet voldoende en voor alle (bijna-) incidenten gebruikt wordt en dat de feedback en de navolgende verbeteracties duidelijker zichtbaar moeten worden.</p> <p><u>Uitdagingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De operatiekamer kent drie niveaus van toegankelijkheid: vrij toegankelijk, semi-toegankelijk en plaatsen met een strikte beperking. (3.4 – goud – prioriteit - Operatiekamers / het operatiekwartier) - De steriele opslag van medische apparatuur, hulpmiddelen en steriele materialen is op de operatiekamers/het operatiekwartier beperkt toegankelijk. (3.5 – goud – prioriteit - Operatiekamers / het operatiekwartier) - Het team maakt veilig gebruik van lasers en doet dit in een gecontroleerde omgeving. (10.2 – goud – prioriteit - Operatiekamers / het operatiekwartier) - Het team slaat schone en steriele chirurgische apparatuur, medische apparatuur en benodigdheden op volgens de instructies van de fabrikanten, en gescheiden van vuile apparatuur en afval. (13.14 – goud – prioriteit - Operatiekamers / het operatiekwartier) - Het team beschikt over adequate persoonlijke beschermingsmiddelen die deugdelijk zijn onderhouden. (2.6 – goud – prioriteit – Operatieve Zorg) - Voorafgaand aan een grote en/of risicovolle ingreep bespreekt het team orgaandonatie met de cliënt en geeft de cliënt de mogelijkheid om in te stemmen met orgaandonatie. (8.5 – goud – prioriteit - Operatieve Zorg) - Het team bergt cliëntendossiers zodanig op dat de privacy van de cliënt en de vertrouwelijkheid van cliëntinformatie beschermd worden. (12.4 – goud – prioriteit - Operatieve Zorg) - Het team registreert alle incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen en vermeldt deze, indien van toepassing, in het dossier van de cliënt. (14.6 – goud - Operatieve Zorg) - Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen voorkomen, en monitort en analyseert deze. (14.7 – goud - Operatieve Zorg) |
| Governance | Optimaal functioneren van het toezichtsorgaan. |
| Governance | |
| | <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor spreekt met een vertegenwoordiging van vier personen van de Raad van bestuur (RvB) waaronder de voorzitter. In het gesprek is aangegeven dat de RvB het afgelopen jaar een forse wijziging heeft ondergaan met het vertrek van drie oude en het benoemen van drie nieuwe leden. Men wil koersen op meer depolitisering.</p> <p>De auditees geven aan dat, omdat de voorzitter nog geen jaar voorzitter is van de Raad van Bestuur en men pas recent het document 'Reglement Interne orde Raad van Bestuur en algemene vergadering St Dimpna ziekenhuis Geel' en de competentie- en bevoegdhedenmatrix heeft opgemaakt, er nog geen evaluatie van het eigen functioneren gebeurde.</p> |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| Kritisch proces | Omschrijving |
|-----------------|---|
| | <p>De voorzitter loopt veiligheidsrondes mee in het ziekenhuis. De auditor krijgt inzage in de verslaglegging van recente RvB vergaderingen waaruit o.m. blijkt dat kwaliteit en veiligheid geagendeerd staat en dat de ontwikkelingen rondom het strategisch beleid en de problemen met medisch specialisten onderwerp van gesprek zijn geweest. Desgevraagd hebben de aanwezige leden van de Raad aangegeven in te stemmen met het ethisch kader en de kernwaarden van het ziekenhuis. Disfunctionerende artsen (door de RvB benoemd) worden niet procedureel aangesproken maar gepoogd wordt dit in de persoonlijke sfeer op te lossen. Een expliciete klokkenluidersregeling is niet gekend en acht men feitelijk ook niet nodig.</p> |



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen

De beoordelingen worden hier eerst weergegeven per norm, dan per kritisch proces.

5.2.1 Infectiepreventie en –bestrijding

| Kritisch proces | Omschrijving |
|---|---|
| Infectiepreventie en -beheersing | Maatregelen door medisch personeel in gezondheidsinstellingen om het overdragen en oplopen van infectieverwekkers te verminderen. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>Voor het toetsen van het kritische proces Infectiepreventie en -bestrijding spreken de auditoren het team Ziekenhuis hygiëne, de coördinator van de facilitaire diensten, hoofdverpleegkundigen, apotheker, artsen en polimedewerkers en bezoeken ze de spoedgevallendienst, de afdeling intensieve zorgen, het operatie kwartier en de Centrale Sterilisatie Afdeling, de polikliniek urologie, de afdelingen gastro-enterologie en pneumologie.</p> <p>De auditoren zien onder andere de volgende documenten in: Comité Ziekenhuis hygiëne, Team Ziekenhuis hygiëne, Introductie programma nieuwe medewerkers, Subcutane en intramusculaire inspuiting (Versie 3), MRSA : Sneltest / Isolatie / Decontaminatie / Onderzoek / Ontslag (Versie 9), Reinigen en machinale High Level desinfectie van flexibele endoscopen (Versie 1), Indicaties voor isolatie (Versie 2), Dashboard MultiDesk (audit schoonmaak) en Kwaliteitscontrole plan wasserij,</p> <p>De VIR's worden conform de afspraken toegepast.</p> <p>De auditoren hebben bevestigd gekregen tijdens de rondgang en de gesprekken dat het beleid infectiepreventie en -bestrijding wordt uitgevoerd. De informatie wordt gebruikt voor de verbetering van zorg op de afdelingen en de uitkomsten worden besproken in de werkoverleggen op de afdelingen. Verslagen zijn ingezien door de auditoren.</p> <p>Voor de handhygiëne worden er verplichte scholingen aangeboden en is voorlichtingsmateriaal, handalcohol, zeep en papieren handdoeken beschikbaar. Er worden regelmatig audits uitgevoerd waarvan de resultaten worden teruggekoppeld aan de hoofdverpleegkundigen. Tijdens de werkplekbezoeken is gebleken dat verpleegkundigen en 85% van de artsen de scholingen met betrekking handhygiëne hebben gevolgd.</p> <p>De auditoren hebben bevestigd gekregen dat een degelijke opslag, bereiding en behandeling van voedsel plaatsvindt. Regelmatig voert een externe partij een audit uit, waarvan de resultaten worden besproken en knelpunten worden opgepakt.</p> <p>De auditoren hebben bevestigd gekregen dat het schoonmaakbeleid met bijbehorende procedures tot stand is gekomen in samenwerking met het comité ziekenhuis hygiëne en conform dit beleid wordt uitgevoerd. Er zijn dagelijks audits door MultiDesk (externe firma die de schoonmaak verzorgt) die worden teruggekoppeld, besproken en zo nodig worden werkwijzen aangepast.</p> <p>De auditor stelt vast dat aan het gouden criterium "Alle ruimtes voor reiniging en desinfectie van endoscopen zijn fysiek gescheiden van afdelingen voor patiëntenzorg" niet wordt voldaan, omdat niet alle ruimtes voor reiniging en desinfectie van endoscopen fysiek zijn gescheiden van afdelingen voor patiëntenzorg en dat niet alle ruimtes zijn uitgerust met afzonderlijke werkruimtes voor reiniging, ontsmetting, opslag, specifieke aan- en afvoerleidingen en een deugdelijke luchtventilatie. Dit vormt een uitdaging voor het team.</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

De auditor stelt vast dat aan het gouden criterium "Medewerkers dragen geschikte persoonlijke beschermingsmiddelen bij het omgaan met besmette materialen en apparatuur" niet wordt voldaan omdat niet alle medewerkers steeds beschermingsmiddelen gebruiken en dit vormt hiermee een uitdaging voor het team.

Uitdagingen:

- Medewerkers dragen geschikte persoonlijke beschermingsmiddelen bij het omgaan met besmette materialen en apparatuur. (11.3 – goud – prioriteit- Infectiepreventie en -beheersing)
- Alle ruimtes voor reiniging en desinfectie van endoscopen zijn fysiek gescheiden van afdelingen voor patiëntenzorg. (13.2 – goud – prioriteit- Infectiepreventie en -beheersing)



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

5.2.2 Medicatiebeheer

| Kritisch proces | Omschrijving |
|---|--|
| Medicatiemanagement | Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft de normenset medicatiebeheer getoetst in gesprekken met de hoofdapotheker, de hoofdarts, hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen van de afdelingen Daghospitalisatie Geriatrie, Pneumologie, Orthopedie, Neurologie en de Stroke-unit.</p> <p>De Vereiste instellingsrichtlijnen 'De instelling implementeert een uitvoerig beleid voor het beheren van 'high-alertmedicatie', 'De instelling evalueert en beperkt de beschikbaarheid van geconcentreerde elektrolyten om te waarborgen dat hoeveelheden die kunnen leiden tot schade niet worden opgeslagen in zorgruimtes', worden conform de afspraken toegepast.</p> <p>De auditor stelt vast samen met de hoofdverpleegkundigen van de diensten D5, D7 en geriatrie, dat de deuren die toegang geven naar de medicatieopslag niet altijd afgesloten worden.</p> <p>De auditor stelt vast, samen met de auditees van de diensten dat de artsen medicatie valideren via het shipsoftpakket. Er wordt ook medicatie gegeven via een mondelinge opdracht, waarvan validatie plaatsvindt binnen de 24 uren. Bij het ontbreken van validatie na 24 uur wordt de hoofdarts op de hoogte gebracht en worden de artsen gevraagd de niet gevalideerde medicatie te valideren. De hoofdapotheker en hoofdarts volgen dit op via een lijst te valideren medicatievoorschriften.</p> <p>Er bestaat een algemene lijst betreffende Hoog risico medicatie op Infoland. Deze lijst is echter niet bepalend voor de labeling van de medicatie als hoog risico. Voor de labeling van Hoog risicomedicatie bestaat een andere lijst die op afdelingen worden gebruikt, bevestigd gezien door de auditoren en bevestigd door de auditees.</p> <p>De auditor heeft in een gesprek met de hoofdapotheker en de hoofdarts vastgesteld dat de instelling geen procedure heeft voor het beheer van proefmedicatie en medicatiemonsters. Het gebeurt dat dergelijke medicatie via een vertegenwoordiger in de instelling wordt gebracht zonder dat de apotheek hiervan op de hoogte is.</p> <p>De auditor stelt samen met de hoofdapotheker vast dat de opslagruimtes binnen de centrale apotheek niet ordelijk zijn.</p> <p>De ruimtes zijn onvoldoende correct geventileerd en verlicht en beschikken niet over klimaatbeheersing.</p> <p>De auditor stelt vast samen met de auditees van de Centrale sterilisatiedienst en besluit uit de verslaggeving van de bedrijfsbezoeken in oktober 2014 door IDEWE Turnhout, dat de medewerkers een hoge werkdruk ervaren en dat men in te kleine ruimten moet functioneren. De auditees geven aan dat men te weinig apparatuur voorhanden heeft voor een vlot sterilisatieproces van materialen. De bedrijfsbezoeken van IDEWE Turnhout toont in zijn verslaggeving van januari 2016 dat men deze dienst wenst te verbouwen in 2016. Men maakt ook melding van versleten apparatuur.</p> <p>De technisch en facilitair directeur bevestigt dat er concrete plannen zijn voor een architectonische aanpassing. Dit is gepland in februari 2018. Hiervoor werd een budget voorzien in 2017.</p> <p>De auditor heeft vastgesteld dat de instelling geen doorlooptijden hanteert voor het leveren van medicatie voor noodhulp, medicatie voor dringende hulp en routinemedicatie.</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Uitdagingen:

- De medicatieopslagruimtes zijn schoon en ordelijk. (6.1 – goud - Medicatiemanagement)
- De medicatie is opgeslagen in beveiligde ruimtes die alleen toegankelijk zijn voor bevoegde medewerkers. (6.3 – goud – prioriteit - Medicatiemanagement)
- De instelling biedt werkruimte aan apothekemedewerkers om een veilige en effectieve bereiding van medicatie te ondersteunen. (12.1 – goud – Medicatiemanagement)

Compliment:

Vernieuwde werklocatie voor de bereiding van chemotherapie.



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

5.2.3 Ambulante zorg

| Kritisch proces | Omschrijving |
|--|--|
| Besluitondersteuning | Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>Voor het toetsen van de normenset 'Ambulante Zorg' bezoekt de auditor volgende diensten; de polikliniek urologie, orthopedie, gastro-enterologie en pediatrie en spreekt met de orthopedist, de uroloog, de coördinator, de gastro-enteroloog, de secretaresse van de pediatrische polikliniek en verpleegkundigen van de polikliniek urologie. Tijdens de werkplekbezoeken loopt de auditor een tracer van een patiënt die moet worden opgenomen voor een heupoperatie.</p> <p>De auditor ziet onder andere volgende documenten in: medicatieverificatie, valpreventie, Introductie voor de nieuwe medewerker, de patiënten map, verbeterplan gipskamer, informatiebrochure patiënten rechten, afspraken omtrent overboekingen op de raadplegingen, verslagen dienstvergaderingen van het secretariaat heelkunde.</p> <p>De VIR's cliëntidentificatie, training in infuuspompen, medicatieverificatie en overdracht van patiënteninformatie worden conform de afspraken uitgevoerd. De vereiste instellingsrichtlijn met betrekking tot het valpreventiebeleid voldoet niet aan de afspraken omdat het beleid niet werd geëvalueerd en aangepast is in functie van de polikliniek.</p> <p>De auditor stelt vast dat het team een uniek cliëntidentificatiemiddel gebruikt voor het verlenen van ambulante zorg.</p> <p>De auditor stelt ook vast dat er een standaardprocedure is voor het opnemen van alle diagnostiek, behandeling en medicatie in het patiëntendossier. De auditor ziet ook een lijst van de teamleden die betrokken zijn bij de zorg voor de cliënt en de namen van deze zorgverstrekkers staan in het dossier van de cliënt vermeld.</p> | |
| Competentie | Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De VIR continue training voor het veilig gebruik van alle (binnen de ambulante zorg gehanteerde types) infuuspompen voldoet aan de nalevingsvereiste. De auditor stelt vast tijdens de gesprekken dat alle verpleegkundigen een opleiding hebben gekregen en dat deze training is geregistreerd?</p> <p>De auditor stelt vast dat aan alle gouden criteria is voldaan.</p> | |
| Klinisch leiderschap | Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat het materiaal beschikbaar is dat noodzakelijk is om spoedeisende zorg te organiseren. Tevens wordt dit materiaal regelmatig geëvalueerd.</p> <p>De auditor stelt dat het overleg dat de orthopedisten wekelijks hebben namelijk 'De krans' aangeeft dat teamleden hun diensten evalueren en aanpassen aan de behoeften van de patiënten. Verslagen van deze kransen zijn ingezien door de auditor.</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

De coördinator stelt dat er een multidisciplinair overleg is met alle teamleden voor urologie.

Resultaten beïnvloeden

De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.

Opmerkingen:

De VIR het team implementeert en evalueert het beleid rond valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren voldoen niet aan de nalevingstesten . Uit inzage van verslagen en gesprekken blijkt dat de aspecten van valpreventie worden opgenomen in het beleid bij onderzoeken op de polikliniek. Het beleid voorziet een afzonderlijk luik voor de valpreventie op de medische beeldvorming maar toont niet aan wat het valpreventiebeleid is bij onderzoeken die plaatsvinden op de polikliniek.

De markering van het blauwe klevertje op het identificatiebandje stelt duidelijk aan alle medewerkers in het ziekenhuis dat er een valrisico is. De auditor stelt vast dat de medewerkers op de polikliniek hier dan ook van op de hoogte zijn en dit meenemen in hun handelen ten aanzien van de patiënt.

De auditor stelt vast dat personeelsleden incidenten melden, maar dat ze niet op de hoogte zijn van de frequentie. De stafmedewerker stelt dat incidenten door haar worden geanalyseerd, incidenten met een ernstig risico worden besproken in de incidentencommissie. De auditoren stellen vast dat de medewerkers niet op de hoogte zijn van het aantal en de soort incidentenmeldingen.

De auditees stellen dat de incidenten die gemeld worden op afdelingsniveau meer diepgaand met het team moeten worden besproken en geanalyseerd. De auditees geven aan dat de aanpassingen in de procedures hier op afgestemd moeten worden.

Uitdagingen:

- Het team implementeert en evalueert het beleid rond valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren. (16.2 – VIR - platina – Ambulante zorg - Resultaten beïnvloeden)
- Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten, bijna-ongevallen en bijwerkingen voorkomen, monitort en analyseert deze. (16.8 – goud – prioriteit – Ambulante zorg - Resultaten beïnvloeden)

Zorgverlening

Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.

Opmerkingen:

De VIR's medicatieverificatie, cliëntidentificatie en informatieoverdracht zijn voldaan. Alle afspraken worden conform uitgevoerd zoals vastgesteld tijdens de werkplekbezoeken en bij dossierinzage. De auditor stelt dat op de polikliniek heelkunde er drie balies zijn voor het onthaal van de patiënten. Achter de open balie liggen verschillende documenten per arts zichtbaar met de namen van de patiënten die die dag worden verwacht op de polikliniek.

De auditor stelt vast dat niet wordt bijgehouden hoeveel patiënten niet verschijnen voor geplande afspraken. De patiënten worden wel opgebeld indien ze niet aanwezig zijn op de afspraak maar de leiding is niet op de hoogte van de frequentie.

De auditor vindt vervallen medicatie (stalen) terug in de kast van de urologen.

Het is een uitdaging alle medicatie te controleren op vervaldatum, ook deze die niet behoren tot het standaardformularium, aldus de auditees.

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Uitdagingen:

- Het team ontvangt cliënten in de behandelruimte, met respect voor privacy en vertrouwelijkheid. (6.2 – goud – prioriteit – Ambulante zorg - Zorgverlening)
- Het team houdt bij hoeveel cliënten niet verschijnen voor geplande afspraken. (7.3 – goud – prioriteit – Ambulante zorg - Zorgverlening)
- Het team volgt het instellingsbeleid met betrekking tot het veilig bewaren van medicatie en het weggooien van medicatie die over de datum, besmet of ongebruikt zijn. (11.6 – goud – prioriteit – Ambulante zorg - Zorgverlening)



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

5.2.4 Bloedbank- en transfusiediensten

| Kritisch proces | Omschrijving |
|---|--|
| Bloeddiensten | Veilige processen bij het omgaan met bloed en bloedcomponenten, van donorselectie en bloedcollectie tot aan het toedienen van transfusies. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft een patiëntentracer gevolgd op de dienst oncologie D5, waarbij transfusie van bloed plaatsvond. Deze tracer werd gestart op het labo.</p> <p>De auditor heeft in gesprekken met de auditees van het bloedtransfusiecomité, het labo en de dienst oncologie vastgesteld dat men het cliëntidentificatieprotocol bij bloedtransfusie toepast en dat deze terug te vinden is in het protocol met kenmerk 'Transfusie van bloed en bloedderivaten, versie 10'.</p> <p>De auditor stelt vast dat de auditee op het labo de verpakking van bloed en bloedcomponenten voor verzending niet inspecteert op lekken en abnormaliteiten en dat de auditee op de dienst oncologie de bloedproducten vooraf niet controleert op lekken of andere abnormaliteiten.</p> <p>De auditor stelt vast dat de teamleden op het labo de richtlijnen hanteren voor de opslag van elk soort bloedproduct binnen de aanvaardbare temperatuurwaarden en de bewaarcondities, ook in geval van een stroomstoring. Voor het testen van bloed en bloedcomponenten gebruikt het team een testkit die is goedgekeurd door een regelgevende instantie.</p> <p>De auditees van het labo werken met gedocumenteerde procedures (SOP) voor het verwijderen van onveilig bloed en onveilige bloedcomponenten.</p> <p>De verpleegkundige op de dienst oncologie D5, die de transfusie toedient, blijft de ontvanger monitoren op negatieve effecten tijdens en na de transfusie.</p> <p>Het controlesysteem van het labo voorziet in het volledig en tijdig terugroepen van alle vrijgegeven bloed en bloedcomponenten.</p> <p>De auditor stelt vast dat het vervoer van bloed of bloedderivaten niet steeds gebeurt door verpleegkundigen zoals beschreven in het protocol met kenmerk 'Transfusie van bloed en bloedderivaten'. Dergelijk transport gebeurt door niet verpleegkundigen en studenten.</p> <p><u>Uitdagingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij het verpakken van bloed en bloedcomponenten voor verzending inspecteert het team visueel elke zak en noteert het dat deze vrij is van lekken en abnormaliteiten, en dat de houdbaarheidsdatum nog niet is verstreken. (15.1 – goud – prioriteit -Bloeddiensten) - Het team inspecteert vóór de transfusie alle bloedzakken op lekken of andere abnormaliteiten. (20.4 – goud – prioriteit - Bloeddiensten) | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

5.2.5 De afdeling Spoedeisende Hulp

| Kritisch proces | Omschrijving |
|--|--|
| Besluitondersteuning | Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>Om de normenset SEH te toetsen bezoekt de auditor de afdeling SEH en spreekt met het medisch en verpleegkundig diensthoofd van de SEH, met een drietal spoedartsen, een vijftal (zowel oudere als jongere) spoedverpleegkundigen, een consulent - orthopedisch chirurg en twee administratieve onthaalmedewerkers.</p> <p>Tijdens het werkplekbezoek aan de SEH loopt de auditor de patiëntentracer: post-CVA patiënt met fatische stoornissen die met een posttraumatische heupfractuur op spoed opgenomen wordt.</p> <p>De auditor ziet het verpleegkundig en het medisch dossier in. Dit dossier wordt digitaal samengesteld wat de volledigheid, conform de afspraken, van het dossier waarborgt zoals vastgesteld door de auditor.</p> <p>De auditor stelt vast dat aan de gouden criteria van het kritisch proces besluitvorming voldaan is. Met name is er een volledige dossierlegging en de adequaatheid hiervan wordt gesuperviseerd en gecontroleerd door het medische diensthoofd. Het medische diensthoofd geeft net zoals de bevroegde spoedartsen aan dat men werkt volgens internationale richtlijnen die evidence based zijn. De aanpassingen van de richtlijnen en de zorgpaden geschieden in functie van de wetenschappelijke evoluties en worden binnen het team besproken en vervolgens uitgerold volgens verslaggeving ingezien door de auditor.</p> <p>De auditees geven aan dat een werkpunt van de dienst SEH het waarborgen van de privacy met betrekking de patiëntgebonden gegevens is. Er dient continu aandacht besteed te worden aan het uitschakelen van de PC-schermen onmiddellijk na gebruik.</p> | |
| Competentie | Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De VIR met betrekking tot de continue training in het veilig gebruik van op de afdeling aanwezige spuitpompen wordt conform de afspraken toegepast. De betrokken verpleegkundigen hebben in de loop van het voorbije jaar een e-learning module gevolgd en zijn in de test geslaagd. De verpleegkundigen weten evenwel niet wanneer ze in de toekomst eventueel deze test opnieuw dienen uit te voeren.</p> <p>De auditor stelt vast dat aan alle gouden criteria voldaan is. Tijdens de gesprekken en tijdens de rondgang op de dienst krijgt de auditor bevestigd dat voldaan is aan alle aspecten van de inscholing, het competentieprofiel, de competentiebeoordeling, het voeren van functioneringsgesprekken, het beoordelen van de werklust en desgevallend de wederzijdse ondersteuning bij emotionele gebeurtenissen.</p> <p>Het verpleegkundig diensthoofd is er in geslaagd een conform de afspraken werkend verpleegkundig team te organiseren, dat samen met het medisch diensthoofd en de spoedartsen garant staat voor patiëntveilige zorg voor de patiënten die zich aanmelden op de SEH.</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| | |
|--|--|
| Klinisch leiderschap | Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat aan alle gouden criteria behalve één is voldaan. De auditees geven aan dat er geen structurele identificatie gebeurt bij de patiënten met een gekende besmetting. Het informatiepakket laat dit volgens de auditees ook niet toe.</p> <p>De auditor stelt vast tijdens de rondgang op de afdeling en tijdens de gesprekken dat er een multidisciplinaire aanpak is. De hoofdverpleegkundige toont de auditor een lijst met de apparatuur die op de afdeling gebruikt wordt. De auditor stelt vast dat er voldoende beschermingsmiddelen voorhanden zijn.</p> <p><u>Uitdagingen:</u> Het team identificeert, isoleert en behandelt cliënten met bekende of vermoede infectieziekten. (14.2 – goud – prioriteit – SEH - Klinisch leiderschap)</p> | |
| Resultaten beïnvloeden | De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De VIR met betrekking tot de cliëntidentificatie wordt conform de afspraken toegepast. De auditor stelt vast dat aan alle gouden criteria voldaan is, behalve het melden van alle incidenten. De verpleegkundigen geven ook aan dat ze geen zicht hebben op het aantal meldingen en hoe er mee omgegaan wordt. Daarentegen is er op de SEH-afdeling wel een cultuur om verbeterpunten te melden op het verbeterbord en is er een actieve cultuur om verbeteracties uit te dokteren en te implementeren, vastgesteld door de auditor tijdens de rondgang.</p> <p><u>Uitdagingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het team registreert alle incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen en vermeldt, indien van toepassing, deze in het dossier van de cliënt. (14.6 – goud – prioriteit – SEH - Resultaten beïnvloeden) - Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen voorkomen, monitort en analyseert deze. (14.7 – goud – prioriteit – SEH - Resultaten beïnvloeden) | |
| Zorgverlening | Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De VIR's met betrekking tot de medicatieverificatie en de efficiënte overdracht van informatie worden conform de afspraken toegepast. De auditor stelt eveneens vast dat aan alle gouden criteria voldaan is.</p> <p>De digitale ondersteuning van de dossierlegging zowel verpleegkundig als medisch blijkt een groot pluspunt te zijn bij de beoordeling van de kwaliteit en veiligheid van zorg die aangeboden wordt op de SEH, aldus de auditees. De auditor stelt bij de werkplekbezoeken op de hospitalisatie-afdelingen alsook op het operatiekwartier vast dat het informaticasysteem garant staat voor een adequate en volledige informatieoverdracht vanuit de SEH naar de andere afdelingen.</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

5.2.6 Diagnostische beeldvorming

| Kritisch proces | Omschrijving |
|--|--|
| Diagnostische diensten - diagnostische beeldvorming | Beschikbaarheid van diagnostische beeldvorming om zorgverleners informatie te verschaffen over de aanwezigheid, ernst en oorzaken van medische problemen en de procedures en processen die door deze diensten worden gebruikt. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De normenset Diagnostische beeldvorming werd geaudit op basis van de patiënttracers CT met/zonder contrast en een patiënt met een NMR hersenscan op de afdeling Radiologie. De auditor sprak er met het medisch en verpleegkundig diensthoofd, verschillende verpleegkundig technologen en een radioloog. De auditor woonde verschillende onderzoeken bij en kon verschillende patiëntendossiers inkijken.</p> <p>De auditor bracht ook een werkplekbezoek aan de dienst Nucleaire Geneeskunde. Er vond een rondgang op de dienst plaats en de auditor had een gesprek met het medisch diensthoofd.</p> <p>De VIR 'Cliëntidentificatie' wordt volgens het protocol toegepast. De auditor stelt vast dat aan twee gouden criteria niet voldaan werd. De teams op de diensten Radiologie en Nucleaire geneeskunde registreren de wachttijden voor (dringende) onderzoeken niet en de teamleden en artsen van beide diensten zijn niet op de hoogte van de frequentie van incidenten.</p> <p>Op basis van de patiënttracers, werkplekbezoeken, interviews en documentinzage stelt de auditor vast dat beeldvormingsonderzoeken een gestandaardiseerd verloop kennen van aanvraag, over uitvoering tot protocol. Het team en de leidinggevenden hebben oog voor de veiligheid van hun patiënten en voor de eigen veiligheid. Dit werd aangetoond door het managementportaal en het verbeterbord op de Radiologie en de trainingen rond stralingsprotectie lijsten ingezien door de auditor. De nieuwe medewerkers worden gesensibiliseerd en getraind door de onthaalbrochure, het vademecum en het meter/peterschap. Het team kan werken met veilige apparatuur, zo blijkt uit het onderhoudsprogramma Ultimo dat de auditor kon inkijken. De dienst Nucleaire geneeskunde wordt door een externe instantie (FANC) geïnspecteerd en, zo bleek uit het meest recente verslag dat de auditor kon inkijken, goedgekeurd.</p> <p>De auditoren merken op, dat op de dienst Radiologie de benodigde contrastvloeistoffen door de collega's van de nachtdienst reeds voorbereid worden. Uit een gesprek met de hoofdverpleegkundige blijkt dat het team dit zelf als een risico ervaart en in samenspraak met de apotheek dit in de toekomst niet meer door de nachtverpleegkundige klaargezet zal worden.</p> <p><u>Uitdagingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het team volgt wachttijden en de gemiddelde responstijden voor electieve, dringende en spoedaanvragen voor radiologische diagnostiek. (2.1 – goud – prioriteit -Diagnostische diensten - diagnostische beeldvorming) - Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten, bijna-ongevallen en bijwerkingen voorkomen. (15.9 – goud – prioriteit -Diagnostische diensten - diagnostische beeldvorming) | |
| Resultaten beïnvloeden | De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat de VIR 'Valpreventie' niet volledig voldoet aan het normcriterium. De auditor observeert dat het valpreventiebeleid wordt toegepast door de medewerkers. Uit verslagen van de MIP-commissie en het Comité Patiëntveiligheid en interviews met zorgverleners blijkt dat er herstelmaatregelen getroffen worden naar aanleiding van de gemelde valincidenten maar een structurele prisma-analyses,</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

evaluatie van de doelgroepen en preventiemaatregelen vindt nog niet plaats. In de bovengenoemde verslagen leest de auditor dat deze taak belegd wordt bij de werkgroep Valpreventie en dit opgenomen zal worden na de externe NIAZ-audit, bevestigd door de auditees.

Uitdaging:

Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om verwondingen door vallen van een cliënt te minimaliseren. (15.6 – VIR – platina - Resultaten beïnvloeden



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

5.2.7 Kritieke zorg

| Kritisch proces | Omschrijving |
|--|--|
| Besluitondersteuning | Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>Om de normenset Kritieke zorg te toetsen bezoekt de auditor de diensten Intensieve Zorg (IZ), het Operatie kwartier, de afdeling Vorming Training en Opleiding en twee verpleegafdelingen. De auditor heeft tijdens het bezoek aan de Intensieve Zorg, de verpleegafdelingen Gastro-enterologie en Neurologie gesproken en meegekeken met de (hoofd)verpleegkundigen, de medisch coördinator en de dienststarts.</p> <p>De auditor ziet onder andere de volgende documenten in: Reglement Inwendige Orde Intensive Zorg, Introductiebrochure nieuwe medewerker Intensieve Zorgen IZ, Procedure: Transfer patiënt spoedgevallen naar intensieve zorgen, Beademing (Intensieve Zorgen) (Versie 2), Dagindeling (Intensieve Zorgen) (Versie 2), Onthaalbrochure Intensieve Zorgen en Evacuatieplan Intensieve Zorgen (Versie 1).</p> <p>Ook worden er drie dossiers en het e-learning syteem Cobra Academy ingezien. De auditor ziet ook dienstroosters, inwerklijsten en telefoonlijsten in.</p> <p>Er is dagelijks een intensivist of anesthesist beschikbaar op de IZ, er is (spoed)overleg mogelijk met medisch specialisten. Er wordt gebruik gemaakt van een uniek cliëntidentificatiemiddel en er wordt gebruik gemaakt van evidence-based richtlijnen bij de zorgverlening.</p> <p>De auditor neemt tijdens de werkbezoeken driemaal waar dat een medewerker bij het verlaten van de patiëntenkamer het dossier niet afsluit. Hiermee wordt niet voldaan aan het gouden criterium om de privacy en vertrouwelijkheid van de cliëntinformatie te beschermen. Het feit dat men niet altijd de pc afsluit wordt bevestigd door de auditees. Ze geven aan dat dit voor de medewerkers van de dienst IZ een uitdaging is.</p> <p>De auditees bevestigen dat er geen zorgpaden zijn voor de veel voorkomende diagnoses, hetgeen een platina criterium is.</p> <p><u>Uitdaging:</u> Het team bergt dossiers van cliënten zodanig op dat de privacy en vertrouwelijkheid van cliëntinformatie beschermd worden. (12.4 - goud – prioriteit - Besluitondersteuning)</p> | |
| Competentie | Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat de VIR "De zorgverleners ontvangen continue training in het veilig gebruik van alle infuuspompen" conform de afspraken wordt toegepast. De auditor ziet een lijst waarop duidelijk aangeven is dat alle medewerkers die een opleiding moeten krijgen die ook daadwerkelijk gekregen hebben.</p> <p>Aan alle gouden criteria van het kritisch proces Competentie is voldaan.</p> <p>De instelling heeft introductie- en inwerkprogramma's, functieprofielen en personeelsdossiers en de medewerkers krijgen scholing en training. Het functioneren wordt regelmatig beoordeeld. De auditor heeft dit bevestigd gezien aan de hand van medewerkersdossiers.</p> <p>De auditees geven aan dat niet elk teamlid beschikt over een persoonlijk ontwikkelingsplan dat is opgenomen in het personeelsdossier. Als onderdeel van het functioneringsgesprek wordt wel de scholingsbehoefte besproken. Hier worden geen afspraken of een plan van aanpak over opgemaakt.</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

| | |
|---|--|
| Klinisch leiderschap | Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat aan alle gouden criteria is voldaan.</p> <p>De middelen worden in kaart gebracht die nodig zijn om medische zorg van goede kwaliteit te verlenen en het team beschikt over adequate persoonlijke beschermingsmiddelen. De aanwezige apparatuur is conform de afspraken onderhouden.</p> | |
| Resultaten beïnvloeden | De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>Op de afdeling intensieve zorgen identificeert, reduceert en managet het team de risico's voor de veiligheid van de cliënt en de medewerkers. De teamleden worden regelmatig gescreend tegen veel voorkomende besmettelijke ziekten en er wordt gewerkt met de bundel maatregelen om beademingsgerelateerde longontsteking en lijnsepsis te voorkomen.</p> <p>De auditees geven aan dat incidenten worden gemeld, hoewel nog in geringe mate. Zij bevestigen dat er geen analyse en opvolging is van het meest voorkomende incident namelijk het vallen van de patiënt. Door de auditees kon er niet worden bevestigd dat de resultaten van de zorg actief worden vergeleken met andere instellingen.</p> <p><u>Uitdaging:</u> Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen voorkomen, monitort en analyseert deze. (14.9 – goud – prioriteit – Kritieke zorg -Resultaten beïnvloeden)</p> | |
| Zorgverlening | Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat de volgende VIR's conform afspraken worden toegepast: 'Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures', 'Het team identificeert interne en chirurgische patiënten met een verhoogd risico op veneuze trombose en zorgt voor de juiste tromboseprofylaxe', 'Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling' en 'Het team beoordeelt bij elke cliënt het risico op het krijgen van decubitus en implementeert maatregelen ter voorkoming hiervan'.</p> <p>De VIR 'Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners' voldoet niet aan de afspraken omdat het team niet beschikt over hulpmiddelen zoals overdrachtsformulieren en/of checklists. Patiëntinformatie wordt in diverse digitale en papieren systemen geregistreerd. De auditees van de Intensieve Zorg bevestigen dat de informatie versnipperd is hetgeen het overzicht ernstig bemoeilijkt. De auditees van de verpleegafdelingen bevestigen dat er overdrachtinformatie wordt geschreven door de IZ maar dat deze niet altijd de volgende afdeling bereikt waardoor de verkregen patiëntinformatie na de overdracht beperkt is.</p> <p>De auditor stelt vast dat aan vrijwel alle gouden criteria is voldaan voor zover van toepassing.</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Het team registreert in het cliëntdossier welke zorg het biedt. Het team beoordeelt de fysieke en psychosociale gezondheid van de cliënt en heeft 24 uur per dag en zeven dagen per week toegang tot laboratorium- en andere diagnostische diensten. Het team neemt resultaten van beoordeling in het dossier op en het team informeert cliënten en familieleden om hen te helpen keuzes te maken ten aanzien van de behandeling.

Het team volgt het beleid van tromboseprofylaxe, medicatieverificatie en toediening, sedatie, decubituspreventie en vrijheidsbeperkende maatregelen op volgens protocol. De verleende en de te verlenen diensten worden regelmatig multidisciplinair besproken en geëvalueerd.

De auditees bevestigen dat aan het gouden criterium "Het team neemt een volledig verslag van het ontslag of de overdracht op in het cliëntdossier, inclusief een samenvatting van de verleende diensten" niet wordt voldaan.

Uitdagingen:

- Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners. (11.8 – VIR – platina – Kritieke Zorg - Zorgverlening)
- Het team neemt een volledig verslag van het ontslag of de overdracht op in het cliëntdossier, inclusief een samenvatting van de verleende diensten. (11.9 – goud – prioriteit – Kritieke Zorg -Zorgverlening)



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

5.2.8 Medische (niet-chirurgische) zorg

| Kritisch proces | Omschrijving |
|--|--|
| Besluitondersteuning | Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>Om de normenset Medische (niet-chirurgische) Zorg te toetsen bezoekt de auditor de diensten Neurologie, Orthopedie/Neurochirurgie en Gastro-enterologie en spreekt op deze afdelingen met twee diensthoofden, drie hoofdverpleegkundigen, acht verpleegkundigen en drie patiënten.</p> <p>De auditor ziet onder andere volgende documenten in: Personeelsvademeccum (Versie 5); VIR: Patiëntenidentificatie, Medicatieconcliatie/Medicatieverificatie bij opname, Hoog Risico Medicatie op de verpleegafdeling, Tromboseprofylaxe bij gehospitaliseerde niet-chirurgische patiënten, Valpreventie (Versie 3), Informatiebrochure Valpreventie, Inscholingsformulier voor nieuwe collega, Functioneringsgesprek (ingevuld) en Evaluatiegesprek (ingevuld).</p> <p>De auditor stelt vast dat aan alle gouden criteria in het onderdeel Besluitondersteuning is voldaan. In de gesprekken met de auditees, uit observatie tijdens de rondgang en bij inzage van patiëntendossiers krijgt de auditor bevestigd dat er een actueel patiëntendossier wordt bijgehouden. Het team draagt zorg voor de privacy van de patiënt. De cliëntidentificatie gebeurt conform het protocol en de auditor stelt vast dat er evidence based richtlijnen zijn die worden geëvalueerd een zo nodig worden aangepast.</p> | |
| Competentie | Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat de VIR 'De zorgverleners ontvangen continue training in het veilig gebruik van alle infuuspompen' conform de afspraken wordt toegepast.</p> <p>Aan alle gouden criteria in het onderdeel Competentie is voldaan. Er zijn introductie- en inwerkprogramma's, functieprofielen en personeelsdossiers. De medewerkers krijgen scholing en training en hun functioneren wordt regelmatig beoordeeld zoals vastgesteld aan de hand van verslagen en dossiers.</p> <p>De auditor stelt vast dat aan het criterium 'Teamleden volgen trainingen ter bevordering van het werken in een team en samenwerken van disciplines' niet wordt voldaan omdat deze trainingen niet worden gevolgd, aldus auditees.</p> <p>Aan het criterium 'Elk teamlid heeft een persoonlijk ontwikkelingsplan dat is opgenomen in zijn personeelsdossier' wordt niet voldaan. Als onderdeel van het functioneringsgesprek wordt wel de scholingsbehoefte besproken. Hier worden geen afspraken of een plan van aanpak voor opgemaakt.</p> | |
| Klinisch leiderschap | Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat aan alle gouden criteria is voldaan.</p> <p>De middelen worden in kaart gebracht die nodig zijn om medische zorg van goede kwaliteit te verlenen en het team beschikt over adequate persoonlijke beschermingsmiddelen en functionele apparatuur die adequaat is onderhouden.</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| | |
|---|--|
| Resultaten beïnvloeden | De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat de VIR 'Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren' voldoet aan de criteria. Er is een beleid, er zijn meldingen en de meldingen leiden tot het aanpassen van het valpreventiebeleid. Dit is ook bevestigd door de auditees.</p> <p>Aan alle gouden criteria is voldaan.</p> <p>Op de bezochte afdelingen stelt de auditor vast dat het team de risico's voor de veiligheid van de cliënt en medewerkers identificeert, reduceert en managet. Medewerkers worden gescreend op veel voorkomende besmettelijke ziekten en het team registreert incidenten.</p> | |
| Zorgverlening | Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat aan de VIR's 'Het team identificeert interne en chirurgische patiënten met een verhoogd risico op veneuze trombose en zorgt voor de juiste tromboseprofylaxe', 'Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling', 'Het team beoordeelt bij elke cliënt het risico op het krijgen van decubitus en implementeert maatregelen ter voorkoming hiervan', 'Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures' en 'Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners' is voldaan. Alle afspraken worden conform uitgevoerd, vastgesteld tijdens de rondgangen en door inzage in dossiers en verslagen.</p> <p>De auditor stelt vast dat aan alle gouden criteria is voldaan.</p> <p>Het team beschikt over een opnamebeleid dat procedures bevat om te bepalen of cliënten spoedeisende zorg en behandeling behoeven. Bij de opname geeft het team de cliënten en de familieleden informatie over de diensten die worden verleend. Met toestemming van de cliënt verzamelt het team informatie over de gezondheidsgeschiedenis van de cliënt om zo de zorgbehoefte vast te stellen. Het team beoordeelt de fysieke gezondheid van de patiënt. Het team heeft tijdig de beschikking over laboratorium en andere diagnostische diensten om de beoordeling van de cliënt af te ronden en het neemt de resultaten van de beoordeling op in het dossier van de cliënt.</p> <p>Het team beschikt over een klachtenprocedure en het houdt zich aan vigerende wet- en regelgeving, instellingsbeleid en ethische beroepscode. Het ontwikkelt een zorgplan dat door gekwalificeerde teamleden wordt uitgevoerd</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

5.2.9 Oncologische zorg

| Kritisch proces | Omschrijving |
|---|--|
| Besluitondersteuning | Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>Om de normenset oncologische zorg te toetsen volgt de auditor een patiëntentracer op de verpleegeenheid D5 waarbij een verpleegkundige een bloedtransfusie uitvoert.</p> <p>De auditor spreekt op de verpleegeenheid D5 en de daghospitalisatie oncologie met twee hoofdverpleegkundigen en twee verpleegkundigen.</p> <p>Verder woont de auditor een MOC bij en spreekt een afvaardiging van de specialisten oncologie.</p> <p>De auditor heeft telefonisch contact met de radiotherapeut die verbonden is met St.Dimpna.</p> <p>Het team houdt een volledig en actueel dossier bij voor elke cliënt en bergt dossiers van cliënten zodanig op dat de privacy en vertrouwelijkheid van cliëntinformatie beschermd worden.</p> <p>De auditor stelt vast, dat aan alle gouden criteria is voldaan.</p> <p>De auditor krijgt bevestigd dat er geen oncologische zorgpaden voorhanden zijn. De auditees geven aan dat er geen interne audits gebeuren met betrekking tot het cliëntendossier.</p> <p><u>Complimenten:</u></p> <p>De wensenboom waarbij cliënten hun wensen en behoeften kenbaar kunnen maken.</p> <p>De mooie architectonische inrichting van het dagziekenhuis.</p> | |
| Competentie | Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat de zorgverleners een continue training voor het veilig gebruik van alle (binnen de oncologische zorg gehanteerde types) infuuspompen hebben ontvangen. Deze VIR wordt conform de afspraken toegepast.</p> <p>De auditor krijgt bevestigd van de auditees dat de trainingen over communicatie en conflictoplossing niet gebeuren.</p> <p>Er is een introductieprogramma voor alle verpleegkundigen, ingezien door de auditor.</p> <p>De auditor heeft vastgesteld dat het team geen training volgt over culturele competenties en niet wordt opgeleid in het hanteren van procedures rond ethische kwesties.</p> <p>De auditor heeft vastgesteld dat er een te hoge hoeveelheid overuren is op de dienst D5. De auditee bevestigt dat de overuren moeilijk af te bouwen zijn en dat er geen afbouwplan bestaat.</p> <p>De auditor heeft vastgesteld, dat men geen proces- en uitkomstindicatoren gebruikt om de werk-privébalans te bevorderen. Er gebeuren geen exitgesprekken.</p> <p>Alle gouden criteria voor dit kritisch proces zijn behaald.</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| Klinisch leiderschap | Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat er geen plan is voor het verzamelen van informatie over de behoeften van huidige en potentiële cliënten.</p> <p>De teamleden hebben onder meer inspraak in de uitoefening van het werk, de flexibele werktijden en de jaarlijkse verlofregelingen.</p> <p>Samen met de auditees van D5 wordt een groot aantal overuren vastgesteld zonder toekomstig afbouwplan of maatregelen om afbouw van overuren te bevorderen.</p> <p><u>Uitdagingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De teamleiders beschikken over een beschreven plan om informatie te verzamelen over de behoeften aan zorg van huidige en potentiële cliënten. (1.1 – goud – Oncologische Zorg - Klinisch leiderschap) - De teamleiders ontwikkelen samen met teamleden een plan om de werk-privébalans te bevorderen. (6.1 – goud – Oncologische Zorg - Klinisch leiderschap) | |
| Resultaten beïnvloeden | De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt tijdens de gesprekken met de auditees en tijdens de rondgang op de diensten vast dat de VIR valpreventie conform de afspraak wordt toegepast.</p> <p>De auditor stelt vast dat de teamleden niet alle incidenten waar cliënten bij betrokken zijn, vastleggen in het cliëntdossier. Er is geen beleid om ongewenste gebeurtenissen met cliënten en familieleden te communiceren, aldus de auditees.</p> <p>De cliënten worden mondeling en niet via enquêtes, focusgroepen, individuele gesprekken of bijeenkomsten bevraagd, aldus de auditees.</p> <p>De resultaten van de prestatiemetingen worden niet gebruikt bij de ontwikkeling van een plan voor kwaliteitsverbetering en momenteel zijn er geen benchmark-initiatieven en vergelijkingen met collega-instellingen om de eigen prestaties te beoordelen en de mogelijkheden voor verbetering te signaleren.</p> <p>De auditees geven aan dat het in kaart brengen van verbeterpunten wel gebeurt doch in onvoldoende mate. Hierdoor blijven verbetertrajecten op de dienst uit.</p> <p><u>Uitdaging:</u></p> <p>Het team registreert alle incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen en vermeldt deze, indien van toepassing, in het dossier van de cliënt. (15.5 – goud – prioriteit – Oncologische zorg - Resultaten beïnvloeden)</p> | |
| Zorgverlening | Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De VIR's Tromboseprofylaxe, Decubitus, Medicatieverificatie bij opname, Identificatie van de cliënt en Overdracht patiënteninformatie worden conform de afspraken toegepast.</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Aan alle gouden criteria wordt voldaan.

Het team verstrekt begrijpelijk informatiemateriaal over de zorg aan cliënten, hun familieleden, zorgverleners en verwijzers.

De auditor stelt vast tijdens de rondgang en bij de gesprekken met de auditees dat de dienst over procedures inzake het weigeren van diensten, het informeren van de patiënten en familieleden om behandelkeuzes te maken beschikt.

De behoefte om palliatieve begeleiding te krijgen wordt opgevolgd en het team beschikt per cliënt over een behandelplan dat met de cliënt is doorgesproken.

De ontslagprocedure gebeurt conform de afspraken.



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

5.2.10 Operatiekamers / het operatiekwartier

| Kritisch proces | Omschrijving |
|--|--|
| Competentie | Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>Om de normenset Operatiekamers / het operatiekwartier te toetsen bezoekt de auditor het operatiekwartier met inbegrip van de voorbereidingszone, de operatiekamers zelf en de recovery. Hierbij voert de auditor gesprekken met de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier, met verpleegkundigen van de recovery en met verpleegkundigen en medisch specialisten in de operatiekamers.</p> <p>De VIR met betrekking tot continue training in het veilig gebruik van infuuspompen wordt conform de afspraken toegepast. De auditor stelt vast dat alle bevroegde verpleegkundigen in de loop van het laatste jaar deelgenomen hebben aan en geslaagd zijn in een e-learning programma en dat deze deelname geattesteerd wordt in hun respectievelijke personeelsdossier. De hoofdverpleegkundige toont de overzichtslijst. De training heeft één keer plaatsgevonden. De bevroegde verpleegkundigen hebben geen weet van een volgende training.</p> | |

5.2.11 Operatieve zorg

| Kritisch proces | Omschrijving |
|--|--|
| Competentie | Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>Om het kritische proces Operatieve Procedures te toetsen bezoekt de auditor het operatiekwartier en de afdelingen Orthopedie 5^o verdieping, Heelkunde 1^o verdieping en het chirurgisch dagziekenhuis Tijdens de werkplekbezoeken worden naast een aantal organisatorische tracers ook een patiëntentracer van een post-CVA patiënt met fatische stoornissen en die een posttraumatische heupfractuur heeft, gevolgd.</p> <p>De VIR met betrekking tot de continue training in het veilig gebruik van infuuspompen wordt conform de afspraken toegepast. De auditor stelt vast dat alle bevroegde verpleegkundigen in de loop van het laatste jaar deelgenomen hebben aan en geslaagd zijn in een e-learning programma en dat deze deelname geattesteerd wordt in hun respectievelijke personeelsdossiers, ingezien door de auditor. De hoofdverpleegkundige toont de overzichtslijst. Het blijkt evenwel dat deze training de enige gedocumenteerde training is en dat de meeste bevroegde verpleegkundigen geen weet hebben wanneer ze een volgende maal hun bekwaamheid dienaangaande dienen aan te tonen.</p> | |
| Resultaten beïnvloeden | De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>Voor het kritische proces operatieve zorg, resultaten beïnvloeden, bezoekt de auditor het operatiekwartier, de operatiekamers zelf als de recovery. Tijdens het werkplekbezoek gaat de auditor hieromtrent in gesprek met de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier, anesthesiologen en verpleegkundigen van het operatiekwartier. Hieruit blijkt dat valincidenten in het verleden sowieso al enorm beperkt waren.</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

In het kader van de desbetreffende beleidsvoering werden nog wat bijkomende praktische correcties en aankopen doorgevoerd, waardoor tijdens de laatste jaren er zich geen valincidenten meer voorgedaan hebben. Op dit ogenblik is er derhalve ook geen verdere noodzaak tot verbeteren van het preventieve beleid, waaromtrent niettemin continue sensibilisatie bij de verpleegkundigen doorgevoerd wordt.

Zorgverlening

Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.

Opmerkingen:

Voor het kritisch proces operatieve zorg, zorgverlening, bezoekt de auditor zowel het operatiekwartier (operatiekamers en verkoeverkamer) als de hospitalisatie-afdelingen orthopedie (5° verdieping) en chirurgie (1° verdieping), alsook het chirurgisch dagziekenhuis. De auditor spreekt hierbij met senior en junior anesthesiologen, hoofdverpleegkundigen van de hospitalisatie-afdelingen, chirurgisch dagziekenhuis en operatiekwartier alsook verpleegkundigen van deze afdelingen.

De VIR's met betrekking op richtlijnen tromboseprofylaxe, decubitus, en cliëntidentificatie worden conform de afspraken toegepast.

De auditor stelt vast dat de richtlijnen tromboseprofylaxe uitgeschreven zijn en gekend zijn door alle betrokkenen en dat de afspraken correct toegepast worden. Hij stelt verder vast dat voor wat betreft decubituspreventie er een preoperatieve beoordeling conform de afspraken geschiedt en dat er op de operatiekamers preventieve maatregelen genomen worden. Ook postoperatief gebeurt de opvolging conform de afspraken. Het volledige proces wordt ondersteund door ICT-ondersteuning.

Tijdens de rondgang op het Ok complex stelt de auditor vast dat de cliëntenidentificatie door alle betrokken medewerkers conform de afspraken worden uitgevoerd. Het correct toepassen van de cliëntidentificatie is als item opgenomen in de sedert enkele weken opgestarte bevraging van patiënten in het chirurgisch dagziekenhuis.

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

5.2.12 Revalidatiezorg

| Kritisch proces | Omschrijving |
|--|--|
| Besluitondersteuning | Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor toetst de normenset revalidatiezorg door het lopen van een patiënttracer 'Patiënt met een onderbeenamputatie' en bezoekt daarbij de verpleegafdeling Sp en het Ambulante Revalidatiecentrum. De auditor sprak met het verpleegkundig, paramedisch en medisch diensthoofd, verpleegkundigen, paramedici en twee residentiële patiënten. De auditor kon meerdere patiëntendossiers, procedures en verslagen inkijken.</p> <p>De auditor stelde vast dat aan alle gouden criteria voldaan is. Uit de interviews met de leidinggevenden blijkt dat het revalidatieaanbod gebaseerd wordt op wetenschappelijke evidentie. De teamleiders, de artsen en de medewerkers volgen hiertoe tal van bijscholingen, zo getuigen de VTO-registraties die de auditor kon inkijken.</p> | |
| Competentie | Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De VIR 'Continue training voor het veilig gebruik van infuuspompen' werd conform de afspraken toegepast. De auditor zag registraties van de door het team gevolgde e-learning's in bij de hoofdverpleegkundige en de VTO-verantwoordelijke.</p> <p>De auditor stelt vast dat aan alle gouden criteria voldaan is. De geïnterviewde verpleegkundigen en de paramedici geven aan dat er duidelijkheid bestaat over de jobinhoud door de bestaande functieprofielen, de introductiebrochures en het vademecum voor nieuwe teamleden.</p> <p>Tijdens het werkplekbezoek stelde de auditor vast dat het team voor de wekelijkse teambespreking gebruik maakt van de leefruimte voor patiënten. In het interview met de patiënten wordt bevestigd dat zij dan geen gebruik kunnen maken van deze ontspanningsruimte.</p> | |
| Klinisch leiderschap | Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat aan alle gouden criteria voldaan wordt. De auditor stelt tijdens de werkplekbezoeken vast dat het team over benodigde zorgverleners, infrastructuur, medische apparatuur en beschermingsmiddelen beschikt om de revalidatiezorg aan te bieden.</p> | |
| Resultaten beïnvloeden | De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat de VIR 'Valpreventie' niet volledig voldoet aan de nalevingstesten. In de patiëntendossiers neemt de auditor waar dat het valpreventiebeleid wordt toegepast. Uit verslagen van de MIP-commissie en het Comité Patiëntveiligheid en uit interviews met zorgverleners blijkt dat er herstelmaatregelen getroffen worden naar aanleiding van gemelde valincidenten.</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Structurele evaluatie van doelgroepen en preventiemaatregelen vinden nog niet plaats. In de verslagen kon de auditor lezen dat deze taak belegd wordt bij de werkgroep Valpreventie en dit opgenomen zal worden na de externe NIAZ-audit.

De auditor stelt vast dat aan alle gouden criteria voldaan is. Tijdens de werkplekbezoeken en de interviews met de leidinggevenden en de medewerkers stelt de auditor vast dat het team incidenten meldt, hieruit leert en tal van indicatoren meet en deze benchmarkt.

Compliment:

Het team organiseert en analyseert eigen tevredenheidsenquêtes. De auditor kon een document met verbeterplannen (bvb. introductie van het patiëntenbord in de toekomst) inkijken. Uit het interview met het medisch diensthoofd blijkt dat er bij de opstart van het revalidatiecentrum en nadien op geregelde tijdstippen contact was met verschillende patiëntenverenigingen om het zorgaanbod af te stemmen op de specifieke behoefte van bvb. patiënten met Parkinson.

Uitdaging:

Het team implementeert en evalueert beleid rond valpreventie om de gevolgen van vallen van de cliënt te minimaliseren. (15.3 – VIR – platina – Revalidatiezorg - Resultaten beïnvloeden)

Zorgverlening

Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.

Opmerkingen:

De VIR's 'Decubituspreventie', 'Medicatieverificatie', 'Cliëntidentificatie' en 'Informatieoverdracht' worden volgens de afspraken toegepast.

Uit inzage van documenten en interviews met het verpleegkundig - en medisch diensthoofd blijkt dat de opname op en het ontslag van de revalidatieafdeling volgens een gestandaardiseerd proces verloopt. De patiënten worden door middel van patiëntenbrochures over het ziekenhuis, de afdeling, de behandeling en de in het ziekenhuis gebruikte preventiemaatregelen geïnformeerd. Het informed consent van de patiënt wordt door de auditor teruggevonden in het aanvraagformulier en in de medische ontslagbrieven. Uit interviews met twee patiënten blijkt dat hun persoonlijke doelstellingen deel uitmaken van het behandelplan en dat vorderingen expliciet opgevolgd en meegedeeld worden. De patiënten geven aan feedback te ontvangen na de wekelijkse multidisciplinaire bespreking.

Uit de interviews met de verpleegkundigen, de paramedici en de leidinggevenden blijkt dat het team de taakverdeling en de samenwerking tussen de revalidatieartsen en de behandelende artsen als knelpunt in de zorgverlening ervaren. Door het niet consequent volgen van de gemaakte taakafspraken dreigen eventuele orthopedische, neurologische of internistische problemen bij de revalidatiepatiënten niet gedetecteerd of opgevolgd te worden. Dit risico is bij het medisch diensthoofd bekend en zal op korte termijn aanleiding geven tot evaluatie en verbetering van de samenwerking tussen de revalidatieartsen en de behandelende artsen.

Uitdaging:

Het team overlegt indien nodig met andere specialisten om de beoordeling van de cliënt af te ronden. (9.10 – goud – prioriteit – Revalidatiezorg - Zorgverlening)

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

5.2.13 Verloskundige zorg

| Kritisch proces | Omschrijving |
|---|--|
| Besluitondersteuning | Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>Om de normenset verloskundige zorg te toetsen bezoekt de auditor de kraamafdeling, het verloskwartier, de neonatologie en de kinderafdeling en spreekt met de vroedvrouw, de hoofdvroedvrouw, de hoofdverpleegkundige pediatrie, de anesthesist, een verpleegkundige op neonatologie, de zorgmanager, de gynaecoloog en een patiënt. Tijdens de werkplekbezoeken loopt de auditor de tracer 'een bevalling met ongeplande sectio'.</p> <p>De auditor ziet onder andere volgende documenten in: het boekje dat wordt meegegeven met de ouders bij ontslag, het schema van de zwangerschapsopvolging, de procedure van de medicatieverificatie en valpreventie, de presentatie Zorgtraject Moeder – Kind en de aanwezigheidslijst symposium zorg moeder - kind, de procedure cliëntidentificatie, de patiëntenbrochure richtlijnen voor het afkolven van moedermelk, de ontslagbrochure neonatologie, de procedure over lactatiebeleid en alle procedures met betrekking tot de verloskundige zorg.</p> <p>De VIR's Cliëntidentificatie, Training in infuuspompen, Gestandaardiseerde overdracht van patiënteninformatie, Medicatieverificatie, Protocol ter vermindering van chirurgische ingrepen op de verkeerde plaats, volgens de verkeerde procedure en bij de verkeerde persoon zijn allemaal voldaan bevonden tijdens de gesprekken en de rondgang op de diensten. De VIR Valpreventiebeleid is niet voldaan omdat het preventiebeleid dat onder meer is opgenomen in de informatiebrochure bij ontslag nog niet werd geëvalueerd of werd verbeterd.</p> <p>De auditor stelt vast dat er aan alle gouden criteria wordt voldaan</p> | |
| Competentie | Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De VIR Continue training voor het veilig gebruik van infuuspompen wordt conform de afspraken vastgelegd, uitgevoerd.</p> <p>De auditor stelt vast dat de certificaten en de attesten van de gevolgde opleidingen worden bijgehouden.</p> | |
| Klinisch leiderschap | Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat aan alle gouden criteria is voldaan.</p> <p>De auditor stelt vast dat er op de kraamafdeling een tevredenheidsbevraging plaatsvindt bij de pas bevallen moeders. Het team houdt rekening met de feedback en onderneemt actie indien mogelijk.</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

| | |
|---|--|
| Resultaten beïnvloeden | De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor stelt vast dat de VIR 'Valpreventie' niet volledig voldoet aan de nalevingstesten. In de patiëntendossiers neemt de auditor waar dat het valpreventiebeleid wordt toegepast. Uit de verslagen van de MIP-commissie en het Comité Patiëntveiligheid en interviews met zorgverleners blijkt dat er herstelmaatregelen getroffen worden naar aanleiding van de gemelde valincidenten maar structurele (prisma-)analyses, evaluatie van de doelgroepen en preventie maatregelen vonden nog niet plaats. In de bovengenoemde verslagen kon de auditor lezen dat deze taak belegd werd bij de werkgroep Valpreventie en dit opgenomen zal worden na de externe NIAZ-audit.</p> <p>De auditor stelt vast dat aan alle gouden criteria voldaan is. Tijdens de werkplekbezoeken en interviews met leidinggevenden en medewerkers kon de auditor vaststellen dat het team incidenten meldt, hieruit leert en tal van indicatoren meet en deze benchmarkt met andere instellingen.</p> <p>De auditor stelt vast dat alle teamleden worden gescreend door de arbeidsgeneeskundige dienst IDEWE. De auditor stelt vast dat er voor artsen geen wettelijke regeling is omtrent het screenen tegen veel voorkomende besmettelijke ziekten. Artsen zijn niet opgenomen in de screening.</p> <p><u>Uitdaging:</u> Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren. (17.4 – VIR – platina - Verloskundige Zorg - Resultaten beïnvloeden)</p> | |
| Zorgverlening | Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem. |
| <p>Opmerkingen:</p> <p>De VIR's Cliëntveiligheid, Medicatieverificatie, Vermijding van chirurgische ingrepen op de verkeerde plaats of volgens de verkeerde procedure en bij de verkeerde persoon en de VIR Patiëntoverdracht zijn door de auditoren als voldaan bevonden. Dit gebeurt aan de hand van de gesprekken en tijdens de rondgang op de benoemde diensten.</p> <p>De auditor stelt dat de gouden criteria voldoen conform de afspraken vastgelegd in de desbetreffende procedures.</p> <p>Er is een volledige uitgewerkt en beschreven transmuraal verloskundig zorgpad. Tijdens de gesprekken met de auditees verneemt de auditor dat externe vroedvrouwen en de vroedvrouwen en gynaecologen van het St. Dimpna ziekenhuis intens samenwerken. Op regelmatige tijdstippen is er een overleg om de samenwerking te evalueren.</p> <p><u>Compliment:</u> Transmuraal verloskundig zorgproces</p> | |

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

6. Resultaten instrumenten

Onderzoek naar veiligheidscultuur binnen zorginstellingen

Inzicht in de veiligheidscultuur binnen een zorginstelling is belangrijk om gerichte acties ter verbetering van de patiëntveiligheid te kunnen kaderen en uitwerken. Het internationale accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum stelt daarvoor een instrument ter beschikking via de Qmentum portal. Het staat instellingen vrij hiervoor ook een ander instrument te gebruiken.

Net zoals de andere Vlaamse ziekenhuizen participeert St. Dimpna aan de veiligheidscultuurmetingen in het kader van het contract kwaliteit en veiligheid van de 'Federale Overheidsdienst' (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Hiervoor hanteerde St. Dimpna de gestandaardiseerde 'Hospital Survey on Patient Safety Culture'.

Een eerste cultuurmeting werd reeds uitgevoerd in het voorjaar van 2008. De tweede cultuurmeting werd uitgevoerd in september /oktober 2011. De derde en laatste meting vond plaats in het najaar 2015. De responsgraad van de eerste twee metingen zijn vergelijkbaar. De responsgraad in beide groepen is gestegen tijdens de laatste meting. (zie Tabel 1).

| Responsgraad | 2008 | 2011 | 2015 |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Aantal uitgezette lijsten | 609 | 660 | 744 |
| Totale respons | 523 (86%) | 567 (86%) | 669 (90%) |
| Minimum respons vereist | 236 | 243 | 254 |
| Responsgraad artsen | 63% | 65,9% | 83,12% |
| Responsgraad medewerkers | 89,5% | 88,8% | 92,63% |

▪ Tabel 1: Responsgraad Cultuurmeting 2008 / 2011 / 2015

De instelling heeft reeds drie maal deelgenomen aan deze benchmark: 2008 (86% respondenten) – 2011 (86% respondenten) – 2015 (89,78% respondenten).

Tijdens het auditbezoek hebben de auditoren de voortgang op dit gebied mede beoordeeld.

- Na de patiëntveiligheidscultuurmeting 2008 neemt de organisatie volgende verbeterpunten op:
 - Optimaliseren van de overdracht van informatie bij interne transfers →Dit heeft geleid tot de uitrol van het elektronisch patiëntendossier via Chipsoft.
 - Implementatie van een valabel instrument om incidenten te melden →Dit heeft geleid tot de uitrol van het digitaal meldformulier via SNAP.
 - Verbeteren van de algemene cultuur van patiëntveiligheid met speciale aandachtspunten voor personeel en patiënten → ontwikkelen van de patiëntveiligheidskaart voor de patiënt en de hulpverleners, artikels publiceren in personeelskrant Geelzuchtje, ingezien door de auditoren.
 - Uitrol van een gebruiksvriendelijk procedureboek →Dit heeft geleid tot de implementatie van het Documentbeheersysteem van Infoland ter vervanging van het digitale procedureboek van Partezis.

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

- Na de patiëntenveiligheidscultuurmeting **2011** neemt de instelling volgende verbeterpunten op:
 - Het verder optimaliseren van de verbetertrajecten uit 2008
 - De pro-actieve rondgang op de verpleegafdelingen (veiligheidsronde met excel file)
 - Opstarten van extra projecten interne transfer van patiënten:
 - Het project interne transfer van patiënten spoedgevallen naar de afdelingen.
 - Voor alle patiënten een elektronisch transferdocument. Indien het EPD al uitgerold wordt, wordt de interne transfer via het EPD gedaan. Indien er nog geen EPD is, kan de transfer elektronisch via de resultatenviewer doorgegeven worden.
- Na de patiëntenveiligheidscultuurmeting **2015**
 - Verder optimaliseren van de verbetertrajecten uit 2011.
 - Overdracht en transfer van patiënten verder optimaliseren via EWS / SBAR met behulp van Welch Allyn in combinatie met het EPD.
 - Beschikbaar maken dienstige procedures via nieuwe portalen van Infoland. → bij aanklikken van knop Raadplegen worden de dienstige procedures getoond. (cfr. categorie infoland + linklijst)
 - Stimuleren van meldcultuur → via veiligheidsronde wordt bevraagd hoe er moet gemeld worden en wanneer er kan gemeld worden.

Op basis van de bovenstaande bevindingen voldoet de voortgang naar veiligheidscultuur aan de 'Accreditatieprocedure 2017 Qmentum'.



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

7. Intern toetsingssysteem

In onderstaand overzicht staat in hoeverre het Sint-Dimpna Ziekenhuis voldoet aan de eisen gesteld in de geldende accreditatieprocedure 2017 m.b.t. het intern toetsingssysteem.

1. Het intern toetsingssysteem toont aan dat de medische staf actief betrokken is bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de zorginstelling.

De auditoren zien de lijst in van de opgeleide interne auditoren. In totaal zijn er 35 interne auditoren opgeleid. Hiervan zijn 16 medisch specialisten.

De auditoren stellen vast bij het inzien van de interne auditplanning en de rapporten van de uitgevoerde interne audits dat de medisch specialisten actief participeren.

De participatie van de artsen aan de interne audits werd op de agenda van de Medische Raad en de medisch diensthoofdenvergadering geplaatst ter goedkeuring. De resultaten van de interne toetsingen worden teruggekoppeld op het overleg tussen Medische Raad en Raad van Bestuur.

2. St. Dimpna heeft in het interne toetsingsbeleid, als onderdeel van het instellingsbrede kwaliteits- en veiligheidsbeleid, opgenomen welke afdelingen/processen als hoog risico zijn aangemerkt, op basis van een risicoanalyse.

De auditor gaat aan de hand van de risico-analyse die opgesteld is op basis van de proefaudit (uitgevoerd door NIAZ) en de interne audits en de auditmeerjarenplanning na welke risico-processen gedefinieerd worden. Deze risico-processen maken onderdeel uit van de auditmeerjarenplanning, ingezien door de auditoren.

Om de risico-processen te definiëren maakt St. Dimpna gebruik van de risico-indeling volgens Kinney and Wirth. De auditoren zien per departement de processen die als risico worden gecatalogeerd.

Naast risico-processen hanteert de instelling ook de risico-afdelingen die door NIAZ werden gedefinieerd vanuit de KZi 2.4 kwaliteitsnorm. De departementale risicoprocessen alsook de risico-afdelingen worden jaarlijks getoetst aan de hand van de tracer audits – de interne audits en veiligheidsrondes. De auditoren zien plannings in van alle interne toetsingen van 2014 – 2018.

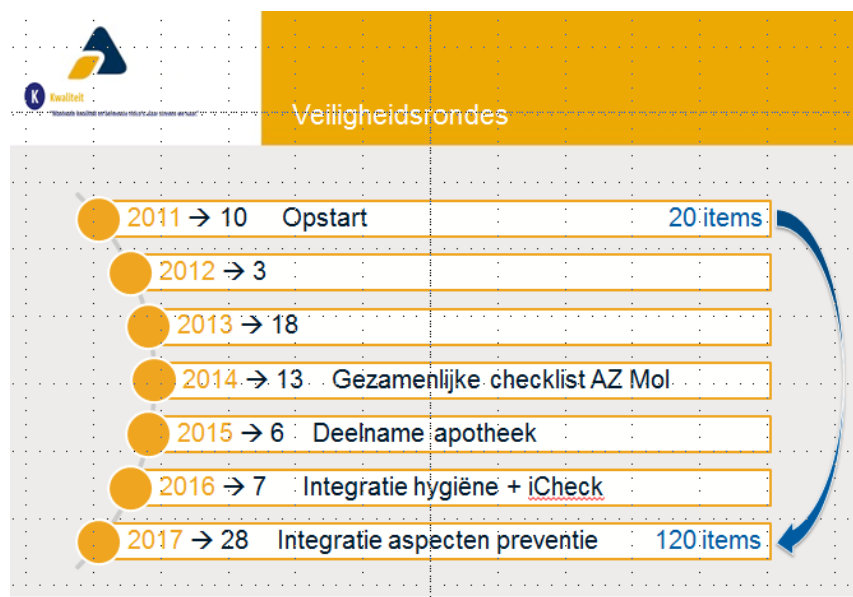
3. De interne toetsingen zijn uitgevoerd op basis van zorg- / werkprocessen en onderdelen daarvan en daar waar mogelijk is getoetst aan de hand van de geldende Kwaliteitsnorm Zorginstelling.

De auditoren stellen vast dat de gehanteerde kwaliteitsnorm bij het uitvoeren van interne audits en veiligheidsrondes volledig geënt zijn op de KZi 3.0 kwaliteitsnorm. Hierbij worden de criteria getoetst zoals ook aangegeven in de KZi3.0 norm.

De interne auditor scoort voldaan / niet voldaan en beschrijft de bevindingen en observaties van wat wel en niet op orde was. Het overzicht met hoeveel procent van de getoetste gouden (prioriteit) en de VIRs die al dan niet op orde zijn zijn ingezien door de auditor bij de staf accreditatie. De terugkoppeling van de resultaten van de interne toetsingen gebeurt naar de directieraad, de Raad van Bestuur en op het overleg Medische Raad-Raad van Bestuur. De verslagen van de directieraad, Raad van Bestuur en Medische Raad zijn ingezien door de auditoren. Hieruit blijkt dat de terugkoppeling van de interne toetsingen daadwerkelijk gebeurt. Dit wordt ook bevestigd tijdens het gesprek met de directie en de afvaardiging van de medische raad en tijdens het gesprek met de afvaardiging van de Raad van Bestuur.

De auditoren zien interne auditrapporten en veiligheidsrondes in en dit voor de jaren 2014 - 2015 - 2016 - 2017. De veiligheidsrondes vinden plaats sinds 2011.

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|



Verbeterplannen en -acties zijn terug te vinden op het portaal in Infoland:



Naast het gebruik van de KZi 3.0 kwaliteitsnorm zijn de eisenkaders van de Zorginspectie volledig geïntegreerd in het intern auditsysteem (opgenomen in de normensets), vastgesteld door de auditoren.

4. Indien de Inspectie voor de Vlaamse Zorginspectie specifieke richtlijnen heeft opgesteld voor risicovolle afdelingen/processen, zijn deze aantoonbaar binnen het interne toetsingssysteem op implementatie/borging getoetst.

De auditoren hebben de verslagen van de Overheid en de opvolgrapporten met de interne toetsingen via Infoland ingezien die betrekking hebben op het chirurgisch en het internistisch zorgtraject. De opvolging van der verbeterpunten volgend uit de externe toetsingen van de Zorginspectie gebeurt a.d.h.v. veiligheidsrondes. De verslagen zijn ingezien door de auditoren.

Naast de zorginspectie gebeuren onder andere ook volgende externe toetsingen:

- Anatomopathologie: WIV, HER2 neu en Nordicq

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

- Labo: FOD WIV
- Voedselveiligheid: FAVV en per kwartaal NSF Euroconsultants
- Financieel departement: Ernst & Young
- Apotheek: FAGG
- Nucleaire geneeskunde: BQuantum

De opmerkingen komende uit de externe rapporten van het FAGG en FAVV worden opgenomen in de interne veiligheidsrondes en de tracer audits. Het klinisch labo, de CSA en de anatomopathologie worden als afdeling meegenomen in de tracer audits. De rapporten en de verslagen van de interne toetsingen zijn ingezien door de auditoren.

- 5. De veldnormen zijn aantoonbaar binnen het interne toetsingssysteem op implementatie/borging getoetst.**
Niet van toepassing voor Vlaanderen
- 6. Indien aangesloten bij MediRisk: De SEH en OK zijn getoetst op de borging van de vangnetcriteria zoals door MediRisk geformuleerd. In de toetsingsrapportages van de SEH en OK is de mate van borging van de vangnetcriteria opgenomen.**
Niet van toepassing voor Vlaanderen.
- 7. Het intern toetsingssysteem toont aan dat de gehele organisatie betrokken is bij het borgen van het kwaliteitssysteem van de zorginstelling.**
Het willen werken aan kwaliteit staat hoog op de agenda van het St. Dimpna ziekenhuis. Dit blijkt reeds uit de baseline 'Onze zorg heeft KLEUR'. Kleur wordt als acroniem gebruikt en de verschillende letters staan voor:
K: Kwaliteit – maximale kwaliteit en beheerste risico's daar streven we naar
L: loyaal – de zorg voor de patiënt daar zijn we met z'n allen verantwoordelijk voor
E: efficiënt – we investeren in de toekomst en houden onze zorg betaalbaar
U: uitgebalanceerd – we stemmen ons zorgaanbod af op wat de mensen nodig hebben
R: regionaal – de beste zorg dicht bij de patiënt

Eind 2012 hebben de Raad van Bestuur en de Medische Raad van het ziekenhuis zich geëngageerd tot de opstart van een ziekenhuisbreed accreditatietraject, met als doelstelling het behalen van een internationaal kwaliteitslabel waarmee ze de kwaliteit van zorg aan het bed van de patiënt als topprioriteit naar voor willen schuiven.

In 2014 heeft het ziekenhuis gekozen voor het Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum. Op die manier wil het ziekenhuis bewijzen dat al het mogelijke gedaan wordt om op een systematische en gestructureerde manier continu een optimale kwaliteit van zorg te realiseren. De cel kwaliteit wordt rechtstreeks ondergebracht onder de algemeen directeur om zo ziekenhuisbreed de taak, de bevoegdheid en de verantwoordelijkheid te krijgen om het kwaliteitsverbetertraject te borgen.

Het kwaliteitsbeleid wordt vastgelegd in het visiedocument 'een visie op kwaliteitsverbetering en borging van de zorg in Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel'.



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

De verantwoordelijkheid over het kwaliteitsmanagementsysteem ligt bij de directie en medische staf van het ziekenhuis. Om aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid gestructureerd en volgens een vaste frequentie vorm te geven is onderstaande organisatiestructuur geïmplementeerd in het ziekenhuis:

- **Stuurgroep 'kwaliteit & accreditatie'** (maandelijks – 1u tot 1.5u):
 - **Opdracht:** coördinatie accreditatietraject
 - **Samenstelling:**
 - Directie
 - Stafmedewerkers Kwaliteit en Accreditatie
 - Stafmedewerker Patiëntveiligheid (Staf verpleging)
 - Hoofd ziekenhuisapotheker
 - Medisch staf – ad hoc
 - **Toepassingsgebied:**
 - VIR's
 - Ziekenhuisbrede normen
 - Leiderschap
 - Opvolging actieplannen per normenset

- **Cel 'kwaliteit & accreditatie'** (per kwartaal – 1u)
 - **Opdracht:** informeren en accorderen met het accreditatietraject
 - **Samenstelling:**
 - Voorzitter Raad van Bestuur
 - Directie
 - Stafmedewerkers Kwaliteit en Accreditatie
 - Stafmedewerker Patiëntveiligheid (Staf verpleging)
 - Medewerkers Pers en Communicatie
 - Stafmedewerker Administratie en Beleidsinformatie
 - Hoofd ziekenhuisapotheker
 - Staf verpleging
 - Coördinator technische dienst, coördinator facilitaire diensten, hoofd facturatie, hoofd boekhouding, hoofd personeelsbeheer en hoofd opname
 - Hoofd klinisch labo en hoofd revalidatie
 - Preventie-adviseur (arbeidsveiligheid)/milieucoördinator
 - Coördinator polikliniek
 - Medewerkers VTO
 - **Toepassingsgebied**
 - Bespreking actieplannen
 - Voortgangsrapportages
 - Communicatiestrategie

- **Comité 'kwaliteit en patiëntveiligheid'** (4x/jaar – 1.5u)
 - **Opdracht:** organisatiecultuur creëren die kwaliteit en patiëntveiligheid ontwikkelt en stimuleert.

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

- **Samenstelling:**
 - Directie
 - Stafmedewerker Kwaliteit en Accreditatie
 - Stafmedewerker Patiëntveiligheid (staf verpleging)
 - Staf verpleging
 - Hoofd ziekenhuisapotheker
 - Afvaardiging Medische Raad

- **Toepassingsgebied:**
 - (bijna-) incidenten patiëntveiligheid
 - Cultuurmeting
 - Contract Q & S
 - Tevredenheidsmetingen
 - PRI's
 - Infoland
 - Eisenkaders Zorginspectie
 - Indicatoren (VIP2)
 - Veiligheidsrondes
 - Lean management
 - Projecten patiëntveiligheid
 - Projecten stakeholders

- **Incidentencommissie** (maandelijks – 1u)
 - **Opdracht:** het opvolgen van de (bijna-)incidenten patiëntveiligheid
 - **Samenstelling:**
 - Afvaardiging directie: algemeen directeur, hoofdgeneesheer, directeur verpleging, directeur administratie en financiën
 - Stafmedewerker Patiëntveiligheid (staf verpleging)
 - **Toepassingsgebied:**
 - (bijna-) incidenten patiëntveiligheid
 - Meldcultuur
 - Verbeteracties na bespreking analyses

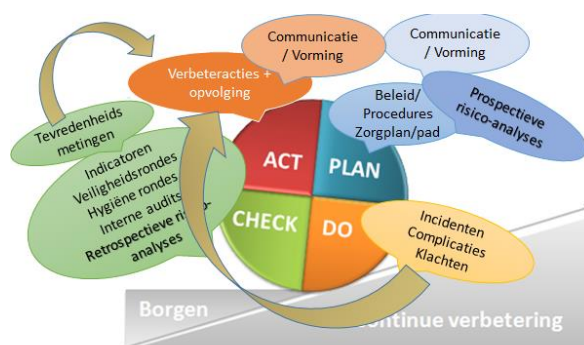
Het kwaliteits- en veiligheidsplan beschrijft 11 pijlers waarop het kwaliteitssysteem is gebouwd in de organisatie. Deze zijn:

1. Accreditatietraject NIAZ-Qmentum - 18 normenkaders NIAZ-Qmentum die van toepassing zijn op het Sint-Dimpna ziekenhuis. De auditoren stellen vast dat er gewerkt wordt met normverantwoordelijken die de zelfevaluaties begeleiden en verder de progressie van de verbetertrajecten toetsen aan de hand van interne toetsingen onder de vorm van interne audits en veiligheidsrondes.
2. Patiëntveiligheid – wordt beschreven in het document 'actieplan verbeteracties VMS' en kadert in het FOD contract patiëntveiligheid dat opgestart is in 2009.
3. Lean management en Productive Ward – de auditoren zien het document in 'draaiboek goedgeorganiseerde afdeling' – op te starten in 2018.
4. Inspectiemodel Vlaamse Overheid – externe audits uitgevoerd door de zorginspectie. De verslagen zijn ingezien door de auditoren.

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

5. Indicatoren – hierbij zien de auditoren interne en externe indicatoren die via de portal Infoland opgevolgd worden. Hiertoe behoren ook de indicatoren binnen het FOD kwaliteitscontract en de indicatoren van VIP². De verslagen en verbetertrajecten zijn ingezien door de auditoren.
6. Stakeholdersoverleg – St. Dimpna heeft deelgenomen aan het pilootproject opgezet door ICURO. Hieruit zijn volgende blijvende stakeholdersoverlegmomenten ontstaan:
 - Project ‘Actueel medicatieschema’: een samenwerking tussen het Sint-Dimpna ziekenhuis Geel, de Vereniging Huisartsenkringen Zuiderkempen (VHKZ) en de apothekers uit de regio Geel.
 - Overlegplatform tussen het Sint-Dimpna ziekenhuis Geel en de thuisverpleging uit de regio (Wit-Gele Kruis, De VoorZorg en zelfstandige thuisverpleging).
 - Permanent Overlegplatform (POP) tussen de specialisten van het Sint-Dimpna ziekenhuis Geel en de huisartsen van VHKZ.
 - Overlegplatform tussen het Revalidatiecentrum Zuiderkempen en de zelfstandige kinesisten uit de regio.
 - Overlegplatform tussen de dienst Materniteit, zelfstandige vroedvrouwen en Kind en Gezin.
 - Overlegplatform tussen het Sint-Dimpna ziekenhuis Geel, de Woonzorgcentra en Rust- en verzorgingstehuizen (RVT) uit de regio.
 - Participatie van het Sint-Dimpna ziekenhuis Geel aan de Gezondheidsraad in Geel.
7. Infoland – software ondersteuning voor onder andere de borging van kwaliteit.
8. Risicomanagement – waaronder preventie gebaseerd op het wettelijke kader rond veiligheid – gezondheid en milieu opgestart sinds 2016 – de prospectieve risico analyse opgestart sinds 2017 (risico inventarisatie van de CSA ingezien door de auditoren) en retrospectieve risico inventarisatie waaronder het incidentmeldingssysteem valt .
9. Tevredenheidsmetingen – met patiëntentevredenheidsmetingen, gebeurt momenteel decentraal op pilotafdelingen, opgestart 2017. De medewerkerstevredenheidsmetingen starten op in 2018.
10. Klachten - ombudsdienst
11. Opleiding en communicatie – opstart informatiecampagne in 2017


Visueel wordt de continue verbetering voorgesteld aan de hand van onderstaande figuur.



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

De auditoren hebben het kwaliteits- en veiligheidsplan op voorhand gekregen via de NIAZ-portal. Via Infoland krijgen de auditoren zicht op de 11 pijlers en stellen tijdens de rondgang vast dat er verbeterborden voorhanden zijn.

Centraal – digitaal zien de auditoren ook het verbeterbord. De centrale uitrol van dit verbeterbord is voorzien in 2018. Momenteel kan het middenkader en de directie deze digitale verbeterborden vinden. Voorbeeld verbeterbord:

|  VERBETERBORD | | | |
|---|--|--|----------------------|
| DIENST: pediatrie | | | |
| Probleemstelling: wat voor verbetering vaatbaar? | Verbetermaatregel: acties om doel te bereiken? | Verantwoordelijke/Uitvoerder | Realisatiedatum |
| te veel amb ceftriaxone op dezelfde moment | betere spreiding: tss 10u en 12u en tss 18u en 20u | An, verpleging die de planning maakt, kinderartsen | in voege vanaf 16/11 |
| aflezen lactosetest gebeurd te laat | losse man of verantwoordelijke doet dit de dag zelf | An, verpleging | in voege vanaf 16/11 |
| ID bandje voor amb patiënten (niet voor BN) | alleen voor patiënten die in het ziekenhuis moeten blijven wachten | An, verpleging | in voege vanaf 16/11 |
| testen nieuwe urinezakjes | geen verbetering tov van de oude; we blijven de oude houden, maar we kleven max 2 zakjes. Indien het niet lukt, bellen we om te horen of het nog nodig is of we moeten sonderen. Meer gebruik maken van sticks in de pampers om ketonen te testen. | | vanaf 1/5/2017 |
| ophangen badgen | alleen door vpk of verzorgende evt samen met student om overstock te voorkomen | | vanaf 1/5/2017 |
| uitladen van de groene karren | alleen door vpk of verzorgende evt samen met student zodat alle badgen terug hangen | | vanaf 1/5/2017 |
| bestellen poederpappen | zie verslag vergadering; om overstock te voorkomen | | vanaf 1/5/2017 |
| vuile melkkeuken -> doorgang vrijhouden | karren aan dezelfde kant | iedereen | vanaf 12/5/2017 |
| flessen water in verpakking in de kast | uit de verpakking halen voor ze in de kast gezet worden | iedereen | vanaf 12/5/2017 |
| infobord verpleegpost niet goed leesbaar dr verzorgingskar 2 karren onder de raam - 2 laptops onder bord - infobord | | | vanaf 5/6/2017 |
| slechte infuusstokken | 5 stokken weggehaald en 5 nieuwe besteld | An | zijn in juli besteld |
| opmaken van opklapbedden -> rugbelastend | bedden niet meer opmaken, ouders knn dit zelf doen. Bedden die niet in gebruik zijn nr de berging. An | | 20/06/2017 |

Besluit hoofdstuk 7: Interne toetsingen:

Op basis van de bovenstaande bevindingen voldoet het intern toetsingssysteem aan de 'Accreditatieprocedure 2017 Qmentum'.

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

Appendix A: De beoordelingssystematiek en noodzakelijke voorwaarden voor het toekennen en continueren van de accreditiestatus

Deze appendix vat de belangrijkste onderdelen samen van de accreditatieprocedure.

De beoordelingssystematiek van het NIAZ bestaat uit drie componenten:

- een rekenkundige beoordeling van de normensets,
- het interne toetsingssysteem van de zorginstelling (zie onder artikel 3 van de Accreditatieprocedure),
- een gekwalificeerd eindoordeel ('noodzakelijke voorwaarden').

Om een gouden accreditatieniveau te behalen moet de organisatie voldoen aan volgende vier vereisten:

1. voldoen aan alle vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's) passend bij het profiel van de betreffende zorginstelling. Alle VIR's zijn gerelateerd aan patiëntveiligheid en dienen geborgd te zijn.
2. voldoen aan ten minste 90% van de gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) per normenset;
3. voldoen aan ten minste 81% van alle gouden criteria over alle relevante normensets;
4. voldoen aan het behalen van de minimale vereiste respons op de veiligheidscultuurmeting.

Als een organisatie niet aan alle bovengenoemde eisen voldoet maar wel voldoet aan ten minste 71% van de gouden criteria met hoge prioriteit per normenset, of aan ten minste 81% van alle gouden criteria over alle relevante normensets, behaalt de organisatie een gouden accreditatie met een aanvullende rapportage of aanwijzing. Tevens is het mogelijk dat het accreditatiebesluit wordt uitgesteld of dat een negatief besluit wordt genomen.

Het gekwalificeerd eindoordeel ('noodzakelijke voorwaarden') beschrijft de kwalificaties waaraan de balans opmakend na het toepassen van de scoringssystematiek - de zorginstelling moet voldoen.

NOODZAKELIJKE VOORWAARDEN voor toekennen of continueren van de accreditiestatus

Voor het toekennen of continueren van de accreditiestatus is het noodzakelijk dat de betreffende zorginstelling naar het oordeel van het NIAZ genoegzaam en aantoonbaar aan een drietal voorwaarden voldoet:

- de cultuur is gericht op voortdurende verbetering van de kwaliteit alsmede op borging van de doorgevoerde verbeteringen;
- de besturing en organisatie van de (zorg)processen zijn zo ingericht dat zij redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg;
- de veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd.

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|

Appendix C: Slotpresentatie



| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|

Auditbezoek St. Dimpna

7 tot 10 november 2017



Onze zorg heeft kleur 




Dank aan allen

- Medewerkers
- Afdelen
- Directie
- Raad van bestuur
- Patiënten



- Voor het warme, vriendelijke onthaal en de open antwoorden op al onze vragen.




Speciale dank aan

- Sief Peeters
- Karin van Deuren



- Buddy's





Dank u

- Catering die bijzonder lekker en verzorgd was




- IT





Sfeer tijdens audit

Gezonde spanning maar vooral

- Loyaliiteit
- Trots
- Doorzettingsvermogen
- Verbondenheid
- Warm
- Enthousiast
- Open en transparant
- Gedreven
- Toegankelijk






Voorwaarden voor accreditatie

- De cultuur is gericht op voortdurende verbetering van de kwaliteit alsmede op borging van de doorgevoerde verbeteringen;
- De besturing en organisatie van de (zorg)processen zijn zo ingericht dat zij redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg;
- De veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd.
- De auditoren hebben daartoe 2154 criteria getoetst



Complimenten

een waauw van de auditoren

- G-Care
- Transmurale project vroedvrouwen
- Wensboom oncologie
- Architectuur van het oncologisch daghospitaal
- Patiëntenparticipatie bij opstart revalidatiecentrum



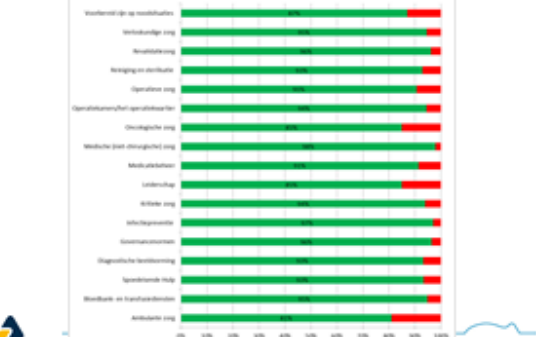


Overzicht criteria



92% Voldaan 8% Niet voldaan



Overzicht totaal - normensets





Vereiste instellingsrichtlijnen

SAFETY FIRST

In totaal zijn 18 VIR's getoetst over 63 criteria

| | Goud | Platina | Diamant |
|---------------|------|---------|---------|
| Voldaan? | 18 | 36 | 9 |
| Niet voldaan? | ? | ? | ? |




Vereiste Instellingsrichtlijnen

SAFETY FIRST

18 VIR's uit de te toetsen normensets



56 voldaan

| | Goud | Platina | Diamant |
|--------------|------|---------|---------|
| Voldaan | 18 | 36 | 9 |
| Niet voldaan | 1 | 6 | 0 |



Uitdagingen

- De instelling voert een meldsysteem en passende follow-up in voor bijwerkingen, incidenten en bijna-ongevallen. Het rapportagesysteem voldoet aan de vigerende wet- en regelgeving, en valt binnen de door de wetgeving geboden bescherming. (Leiderschap)
- Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om verwondingen door vallen van een cliënt te minimaliseren. (Resultaten beïnvloeden)
- Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners. (Zorgverlening)



Uitdagingen

Leiderschap

- Implementeren strategisch beleid
- Doorontwikkelen van en sturen op decentrale plannen

Geïntegreerd kwaliteitsmanagement

- Risicoinventarisatie en -beheersing
- Opvolging en borging
- Gestructureerde overdracht



Uitdagingen

Medische instrumenten en apparatuur

- Opslag en scheiding steriel en niet steriel / vuil - schoon
- Omgaan met steriele pakketten

Aandacht medewerker

- Het team identificeert, reduceert en manageert de risico's voor de veiligheid en privacy van cliënt en medewerkers
- Volgens voorschrift uitvoeren van risicovolle handelingen
- Werk-privébalans

Uitdagingen

Noodsituaties



- Doorontwikkelen geïntegreerd beleid
- Decentraal implementeren

Medicatie en bloedproducten

- Beheer en opslag

Toegankelijkheid

- Medicatie ruimtes
- OK complex




Grootste uitdaging

LAAT NIET LOS, HOU VOL EN GA DOOR!!!

=> borging





| | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| Datum: 8 december 2017 | Status: definitief | Sint-Dimpna Ziekenhuis | Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--|



Morgen begint vandaag

Conceptrapportage naar de instelling maandag 27 november 2017

- Feitelijke onjuistheden

Reacties van de instelling bij het NIAZ Vrijdag 1 december 2017

Accreditatiebesluit week van 18 december

SUCCESS!

Met de verdere verfijning en borging

A signpost with two arrows: one pointing left labeled "VERLEDEN" and one pointing right labeled "TOEKOMST". The signpost is set against a background of a blue sky with white clouds.