



# Auditverslag Ziekenhuis Geel

Geel, België

<b>Datum auditbezoek:</b>	22 t/m 24 maart 2023
<b>Assessment:</b>	Overbruggingsaudit
<b>Assessmentprocedure:</b>	2023
<b>Niveau accreditatie:</b>	Goud
<b>Niveau toetsing:</b>	Goud
<b>Status verslag:</b>	Definitief
<b>Vastgesteld op:</b>	5 mei 2023

## Inhoud

Inleiding .....	3
1. Samenvatting.....	4
1.1. Auditinformatie .....	4
1.2. Conclusies auditteam.....	7
1.3. Overzicht per normenset .....	12
1.4. Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR).....	14
2. Overzicht beoordelingen op niveau goud .....	15
2.1. Vereiste instellingsrichtlijnen.....	15
2.2. Normensets .....	17
3. Overzicht beoordelingen op niveau platina .....	19
3.1. Vereiste instellingsrichtlijnen.....	19
3.2. Normensets .....	20
4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant .....	20
4.1. Vereiste instellingsrichtlijnen.....	20
4.2. Normensets .....	20
5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren .....	21
5.1. Beoordelingen van instellingsbrede normen.....	21
5.2. Beoordelingen van zorgspecifieke normen .....	26

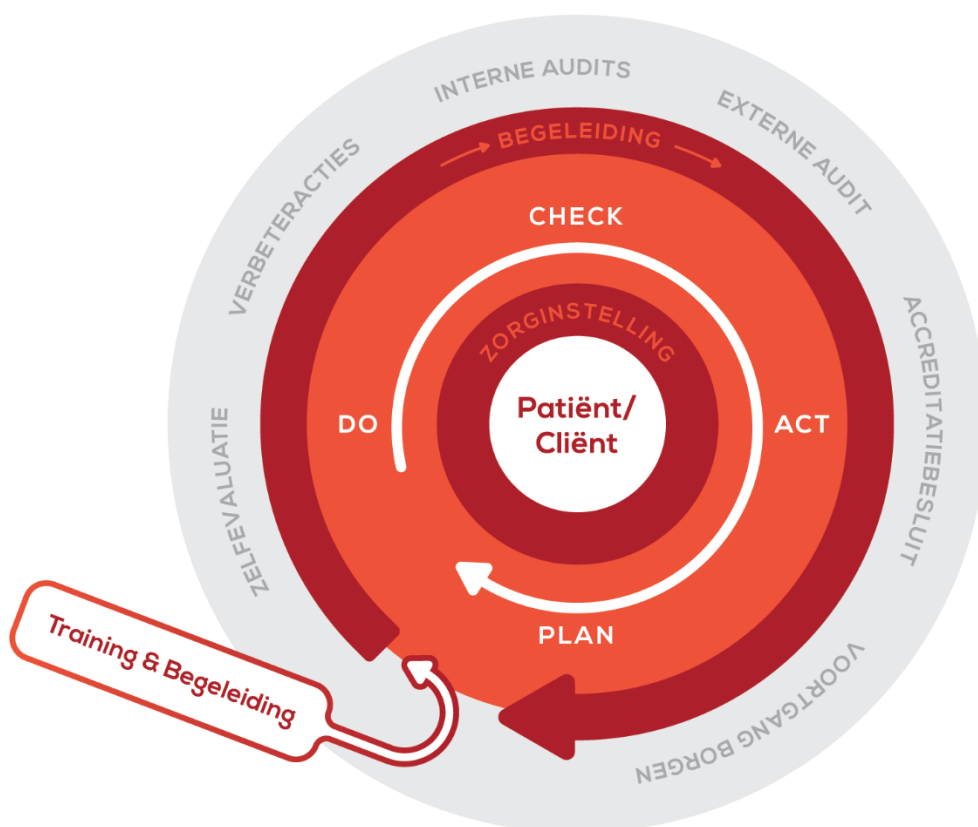


## Inleiding

Omentum Global is een internationaal assessmentprogramma dat is ontwikkeld op basis van uitgebreid onderzoek en ervaringen op het terrein van assessment 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 assessmentproces. 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.

Omentum Global doorloopt een assessmentcyclus die start met de aanmelding door de instelling bij het programma. Vervolgens wordt de instelling begeleid bij het voorbereiden en uitzetten van de zelfevaluatievragenlijsten 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 auditverslag en assessmentbesluit en laat de instelling zien hoe acties zijn opgepakt en wat daarvan de resultaten zijn.

### Internationaal Assessmentprogramma Omentum Global



## 1. Samenvatting

Dit verslag geeft weer wat de bevindingen zijn van de auditoren bij het toetsen van de criteria op basis van het internationale assessmentprogramma Qmentum Global.

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

### 1.1. Auditinformatie

Het auditbezoek in Ziekenhuis Geel heeft plaatsgevonden van 22 tot en met 24 maart 2023.

#### **Auditteam**

Ludo Meyers  
Rudi Vossaert  
Maarten Walravens  
Harmina Fischer-Danker

#### **Surveymanager**

Melissa Swinnen  
Pieter Mens

#### **Aanvullende informatie**

De Raad van Bestuur van Ziekenhuis Geel heeft een aanvraag bij Qualicor Europe gedaan voor een overbruggingsaudit voor accreditatie als opstap naar het sequential programma, op basis van de kwaliteitsnorm Qmentum Global. De audit is uitgevoerd conform de assessmentprocedure 2023. Dit is de tweede Qualicor Europe-accreditatie voor deze instelling.

De Raad van Bestuur van Ziekenhuis Geel heeft voorafgaand aan 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 audit betreft de volgende locaties van Ziekenhuis Geel: Geel

De bevindingen van de auditoren per criterium gelden voor alle locaties, eventuele uitzonderingen staan bij de samenvatting van de kritische processen beschreven.

#### **Normensets**

Tijdens het auditbezoek voor de overbruggingsaudit zijn de volgende normensets en kritische processen gebruikt om de diensten en procedures van Ziekenhuis Geel te toetsen:

##### *De VIR's uit de normensets*

- Ambulante Zorg.
- Diagnostische beeldvorming.
- Governance.
- Intramurale zorg.
- Kritieke zorg.
- Oncologische zorg.
- Peri-operatieve zorg en invasieve procedures.
- Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen.
- Spoedeisende hulp.



- Transfusiediensten.
- Verloskundige zorg.
- Revalidatiezorg.

*Normensets (gouden criteria en VIR's op alle niveaus)*

- Excellente zorg.
- Medicatiebeheer.
- Infectiepreventie.

*Kritische processen (gouden criteria en VIR's op alle niveaus)*

- Menselijk kapitaal.
- Geïntegreerd kwaliteitsmanagement.
- Medische instrumenten en apparatuur.

*Noodzakelijke criteria voor veilige zorg*

- 6 criteria Excellente zorg.
- 1 criterium geïntegreerd kwaliteitsmanagement.
- 2 criteria medische instrumenten en apparatuur.

## Samenvatting bevindingen

Standaard audit	Resultaat	Eis
Hoeveel procent van de nalevingstesten van alle VIR's is behaald?	98%	95%
Is per normenset aan het vereiste aandeel gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) voldaan?	Nee (peri-operatieve zorg)	90% per normenset
Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling?	98%	81%
Aan hoeveel procent van alle noodzakelijke criteria voor veilige zorg op niveau platina en diamant, zoals beschreven in de bijlage van de 'Assessmentprocedure 2023' over alle relevante normensets voldoet de instelling?	100%	81%

## 1.2. Conclusies auditteam

### Algemene bevindingen

Ziekenhuis Geel is een regionaal ziekenhuis dat een waaier van diensten aanbiedt. Het ziekenhuis telt meer dan 300 bedden en is jaarlijks goed voor 136.000 raadplegingen, 60.000 opnames (inclusief dagopnames), 14.000 operatie-ingrepen, 370.000 technische onderzoeken, 3,7 miljoen laboanalyses en 23.500 patiënten op spoed. Het ziekenhuis beschikt ook over een revalidatiecentrum.

Als regionaal ziekenhuis wil ziekenhuis Geel kwaliteitsvolle, betaalbare, menselijke en doelmatige zorg bieden op maat van elke patiënt die naar het ziekenhuis komt.

Er is een samenwerking met alle medewerkers van het ziekenhuis, partner-ziekenhuizen en andere zorgactoren in de 1ste, 2de en 3de lijn. De rol gaat verder dan een reactieve dienstverlening, er wordt ook proactief bijgedragen aan de gezondheid van de regio. Het ziekenhuis doet dit op basis van het zeer algemene en brede begrip van duurzaamheid: menselijk, financieel, ecologisch,...

De strategische doelen of pijlers van ziekenhuis Geel zijn de volgende:

- Kwaliteitsgericht: kwaliteit en service bieden aan de klant/patiënt.
- Resultaatsgericht: een efficiënte en doelmatige werking realiseren. Hierbij is een doelmatig en duurzaam gebruik van middelen cruciaal.
- Omgevingsgericht: er is een uitgebalanceerde werking met vele partners in functie van de regionale gezondheidsbehoeftes.
- Mensgericht: het ziekenhuis wil loyaal zijn aan mensen (medewerkers, patiënten, artsen, verwijzers,...) en wil dat er rekening wordt gehouden met de menselijke impact.

Ziekenhuis Geel wil toonaangevend blijven in de regio Kempen door goede samenwerking binnen het ziekenhuisnetwerk Kempen met H. Hartziekenhuis Mol, AZ Herentals en AZ Turnhout. Op heden is er reeds een intensieve samenwerking met het ziekenhuis Mol.

Het auditteam heeft zich vanuit het waarderend auditen welkom gevoeld. Er heerst een open en eerlijke cultuur om gesprekken te voeren met medewerkers, artsen en leidinggevenden die trots zijn op hun team en op hun ziekenhuis. Het auditteam is ondersteund met goede werkplekken en competente buddy's.

Vanuit een zeer open en toegankelijke organisatie kunnen we vaststellen dat medewerkers met fierheid vertellen over hun werk. De teamleden zijn goed voorbereid op deze audit.

Het auditteam trof enthousiaste en trotse medewerkers aan tijdens gesprekken en bezoeken van afdelingen in alle geledingen van het ziekenhuis. Het belang van de patiënt staat centraal. In het duiden van normelementen bemerkten we meermaals dat mogelijke verbeterpunten reeds verder besproken werden. Hiermee geeft men aan dat het responsief karakter ten aanzien van verbeteringen hoog is. Mogelijks is enige verdiepende reflectie aangewezen als doorontwikkeling van het reeds uitgezette basis.

Alle documenten die werden aangevraagd werden vlot geleverd en zo nodig van info voorzien.



### Overzicht complimenten

- Transmurale rol van het ziekenhuis binnen het netwerk. Zo is er onder andere de ondersteuning van de woon zorg centra met een geriater die consulteerbaar is
- De keuze voor HIX als elektronisch patiëntendossier ondersteunt een procesmatige aanpak om de zorg maximaal te structureren
- De geleverde inspanningen van het ziekenhuis die resulteren in de certificering tot regionaal trauma centrum
- Participatie van het ziekenhuis aan bijscholingen op netwerkniveau om zo breder dan de eigen instelling te kijken en maatschappelijk zijn rol op te nemen
- Opleiding diversiteit getuigt van een vooruitstrevende en innovatieve houding
- Doorontwikkeling naar een data driven organisatie die zijn weg vindt in de organisatie

### Overzicht uitdagingen

	Uitdaging	Normenset	Criterium	VIR of !	Niveau
1	De teamleden en de vrijwilligers worden geschoold en er wordt informatie verstrekt aan de cliënten en hun familie en de mantelzorgers om valpartijen te voorkomen en valletsels te verminderen.	Intramurale zorg	5.8.2	VIR	platina
2	Wanneer het noodzakelijk is dat voornoemde heparinen beschikbaar zijn in specifieke behandelruimten, moet een multidisciplinaire commissie voor medicatiebeheer de redenering die ten grondslag ligt aan de beschikbaarheid, beoordelen en goedkeuren en voorzorgsmaatregelen nemen om het risico op fouten tot een minimum te beperken.	Medicatiebeheer	10.3.4	VIR	Platina
3	Wanneer het noodzakelijk is dat er narcotica (opioiden) beschikbaar zijn in specifieke behandelruimten, moet een multidisciplinaire commissie voor medicatiebeheer de redenering die ten grondslag ligt aan de beschikbaarheid, beoordelen en goedkeuren en voorzorgsmaatregelen nemen om het risico op fouten tot een minimum te beperken.	Medicatiebeheer	10.4.3	VIR	Goud
4	Wanneer het noodzakelijk is dat er geconcentreerde elektrolyten beschikbaar zijn in bepaalde behandelruimten, moet een multidisciplinaire commissie voor medicatiebeheer de redenering die ten grondslag ligt aan de beschikbaarheid, beoordelen en goedkeuren en voorzorgsmaatregelen nemen om het risico op fouten tot een minimum te beperken.	Medicatiebeheer	13.10.3	VIR	Goud





5	Er is een beleid ontwikkeld en geïmplementeerd voor het moment en de manier waarop EVS-systeemwaarschuwingen mogen worden genegeerd.	<i>Medicatiebeheer</i>	8.2	!	Goud
6	Het EVS-systeem wordt regelmatig getest om er zeker van te zijn dat de waarschuwingen worden afgegeven zoals verwacht.	<i>Medicatiebeheer</i>	8.4	!	Goud
7	De toegang tot de medicatie-opslagruimten wordt beperkt tot bevoegde medewerkers.	<i>Medicatiebeheer</i>	13.1	!	Goud
8	Medicatie die visueel en qua benaming overeen lijkt te komen, verschillende concentraties van dezelfde medicatie en hoog-risicomedicatie wordt gescheiden bewaard in de behandelruimten en apotheek.	<i>Medicatiebeheer</i>	13.7	!	Goud
9	De apotheker voert een extra controle (double check) uit van de dosisberekeningen op basis van gewicht voor pediatrische patiënten.	<i>Medicatiebeheer</i>	16.2	!	Goud
10	Schone en steriele chirurgische hulpmiddelen, medische apparatuur en benodigdheden worden opgeslagen conform de instructies van de fabrikant en gescheiden van gecontamineerde hulpmiddelen en afval.	<i>Peri-operatieve en invasieve ingrepen</i>	2.13	!	Goud

## Intern toetsingssysteem

Het intern toetsingssysteem van Ziekenhuis Geel voldoet aan de 'Assessmentprocedure 2023 Qmentum'.

Criteria interne toetsingssysteem	Voldaan/niet voldaan
Qualicor Europe stelt als voorwaarde dat de instelling beschikt over een adequaat functionerend toetsingssysteem. Het interne toetsingssysteem kan in diverse vormen voorkomen. Voorbeelden van interne toetsing zijn: interne audits (per afdeling of dienst; per (zorg)proces, met of zonder gebruikmaking van tracermethodiek); inspecties; veiligheidsrondes; hygiëne audits; Arbo audits; etc.	Voldaan
Het intern toetsingssysteem toont aan dat de gehele organisatie, en in het bijzonder de medische staf/medische raad, actief betrokken is bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de instelling.	Niet voldaan
De instelling heeft risicovolle afdelingen en/of processen aangemerkt op basis van een risicoanalyse. Deze risicovolle afdelingen en/of processen worden minimaal eenmaal per twee jaar intern getoetst.	Voldaan
De instelling kan interne toetsingen uitvoeren op basis van zorg- of werkprocessen of onderdelen daarvan en toetst daar waar mogelijk is aan de hand van het normenkader Qmentum Global.	Voldaan
Indien de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Inspectie Justitie en Veiligheid of de Vlaamse Zorginspectie specifieke richtlijnen heeft opgesteld voor risicovolle afdelingen/processen, zijn deze aantoonbaar binnen het interne toetsingssysteem op implementatie/borging getoetst.	Voldaan
Veldnormen zijn aantoonbaar binnen het interne toetsingssysteem op implementatie/borging getoetst. Een veldnorm is een norm voor kwaliteit zoals kwaliteitskaders, professionele normen en kwaliteitsindicatoren voor verantwoorde zorg. Een veldnorm bevat regels die na een zorgvuldige procedure door professionals (beroepsgroep) zijn aanvaard op basis van gezamenlijk opgestelde waarden.	Voldaan

## Persoonsgerichte zorg

Criteria persoonsgerichte zorg	Voldaan/niet voldaan
De instelling beschouwt persoonsgerichte zorg als een leidend principe	Voldaan
De instelling heeft een plan voor de ontwikkeling en effectieve implementatie van initiatieven persoonsgerichte zorg. - Het plan bevat initiatieven om cliënten en familie als partner te betrekken bij de zorg op macro-, meso- en microniveau. - Het plan bevat initiatieven om cliënten en familie als partner te betrekken bij de observatie en evaluatie van zorg op macro-, meso- en microniveau.	Voldaan
De instelling heeft aandacht voor de randvoorwaarden bij de ontwikkeling van persoonsgerichte zorg.	Voldaan
De instelling biedt ondersteuning aan teams bij het tot stand brengen van partnerschappen met de cliënt en familie zoals communicatievaardigheden en vaardigheden op het gebied van veranderingsmanagement.	Voldaan

## Noodzakelijke voorwaarden

De auditoren hebben ten aanzien van de noodzakelijke voorwaarden, zoals vermeld in de geldende assessmentprocedure, de volgende bevindingen.

*Noodzakelijke voorwaarde: verbetercultuur (de cultuur is gericht op voortdurende verbetering van de kwaliteit alsmede op borging van de doorgevoerde verbeteringen)*

In het ziekenhuis heerst een verbetercultuur waarbij men vertrekt vanuit metingen, observaties en incidenten. De processen worden op een zodanige wijze aangepast dat de zorg beter wordt. Vanuit het decentraal verwerken van lichte en matige incidenten wordt vastgesteld dat het leren van elkaar (afdeling overstijgend) beperkt aanwezig is. De medewerkers hebben een voorbereiding gehad voor deze audit en zijn nauwkeurig geïnstrueerd. De doorgroei naar een meer zelfbewuste houding verdient aandacht.

Het ziekenhuis is deel van het ziekenhuisnetwerk Kempen. Het bijscholingsaanbod voor onder andere stroke en geriatrie is hierop afgestemd tot tevredenheid van betrokkenen.

De lean-filosofie is bij een vorige audit geïmplementeerd. Door de personele wissels wordt aangegeven dit terug onder de aandacht te moeten brengen. Hierbij is er zeker een opportuniteit om verdiepend te verbeteren waarbij alle aspecten van kwaliteit onder de aandacht komen. Het vermijden van dubbelwerk in een tijdperk van schaarste aan middelen is hiervan een voorbeeld.

De participatie van artsen aan het intern audit systeem is na de COVID periode volledig geïmplodeerd. Deze vaststelling is gedeeld met en wordt gedragen door de directie van het ziekenhuis Geel.

De deelname van artsen aan de noodzakelijke vormingen is daarentegen volledig conform het beleid.

*Noodzakelijke voorwaarde: verantwoorde zorg (de besturing en organisatie van de (zorg)processen zijn zo ingericht dat zij redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg)*

Het ziekenhuis heeft de zorg vorm gegeven op een manier waarbij reproduceerbaarheid belangrijke aandacht gekregen heeft. Zo is er de uitrol van het elektronisch patiëntendossier (HIX) als ondersteuning van het zorgproces om op basis van protocollen zorg te plannen en uit te voeren. De erkenning als regionaal traumacentrum geeft ook aan dat de zorg georganiseerd en gestandaardiseerd is. Protocollen zoals overcrowding, fast track geriatrie borgen het proces van goede doorstroming op spoedgevallen.

In tegenstelling tot de proefaudit is men erin geslaagd bij vele vereiste instellingsrichtlijnen ook de naleving van de procedures te toetsen en bij te sturen zo nodig.

De organisatie heeft ingezet om meerdere data te ontsluiten en te gebruiken in de sturing van de zorg op diverse insteken van het beleidskader. Het werken met deze data is aanwezig bij zorgmanagers, stafleden en directie. Het gebruik van de data in de dagelijkse praktijk door artsen en hoofdverpleegkundigen is niet vastgesteld maar biedt opportuniteiten naar de toekomst.

*Noodzakelijke voorwaarde: veiligheid (de veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd)*

De veiligheid van de medewerkers krijgt aandacht. Hierbij wordt niet alleen ingezet op vorming maar ook op ondersteuning en waardering. Als voorbeelden hiervan zijn het gedragsprotocol in uitrol en heeft het beleid ingrijpende gebeurtenissen vorm gekregen. Bij de implementatie wordt door zowel medewerkers, artsen als directie aangegeven dat dit leidt tot tevredenheid en erkenning van eenieders bijdrage.

Het beleid met betrekking tot medische apparatuur en infectiepreventie is aanwezig, geïmplementeerd en wordt opgevolgd door toegewezen verantwoordelijken.

De veiligheid van het medicatie gebeuren heeft bijkomende aandacht nodig. Het gaat hier enerzijds om het elektronisch systeem dat partieel geïntegreerd is en kansen op overschrijvingsfouten genereert.

De wifi dekking is niet optimaal op alle diensten van het ziekenhuis waardoor dossiervorming soms laattijd uitgevoerd wordt. Anderzijds dekt de werking van het medisch farmaceutisch comité niet alle normelementen rond vastlegging van soorten en aantallen medicijnen op de afdelingsvoorraad.

### 1.3. Overzicht per normenset

De normensets van het internationaal assessmentprogramma Qmentum Global 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.

#### 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>									
Medicatie-beheer (voor audits vanaf 2021)	83 (94,3%)	5 (5,7%)	0	23 (100%)	0 (0%)	0	106 (95,5%)	5 (4,5%)	0
Excellente zorgverlening	9 (100%)	0 (0%)	0	17 (100%)	0 (0%)	0	26 (100%)	0 (0%)	0
Governance	Nvt	Nvt	29	Nvt	Nvt	13	Nvt	Nvt	42
Infectiepreventie en -bestrijding	37 (100%)	0 (0%)	0	14 (100%)	0 (0%)	0	51 (100%)	0 (0%)	0
Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen	8 (88,9%)	1 (11,1%)	19	1 (100%)	0 (0%)	18	9 (90%)	1 (10%)	37
Revalidatie	Nvt	Nvt	5	Nvt	Nvt	10	Nvt	Nvt	15



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
Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen	Nvt	Nvt	9	Nvt	Nvt	38	Nvt	Nvt	47
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Ambulante zorgverlening	Nvt	Nvt	4	Nvt	Nvt	8	Nvt	Nvt	12
Diagnostische beeldvorming	4 (100%)	0 (0%)	40	8 (100%)	0 (0%)	31	12 (100%)	0 (0%)	71
Intramurale zorg	Nvt	Nvt	11	Nvt	Nvt	10	Nvt	Nvt	21
Kritieke zorg	Nvt	Nvt	7	Nvt	Nvt	21	Nvt	Nvt	28
Leiderschap	6 (100%)	0 (0%)	15	15 (100%)	0 (0%)	20	21 (100%)	0 (0%)	35
Oncologische zorg	1 (100%)	0 (0%)	16	1 (100%)	0 (0%)	22	2 (100%)	0 (0%)	38
Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	80 (100%)	0 (0%)	0	20 (100%)	0 (0%)	1	100 (100%)	0 (0%)	1
Spoedeisende hulp	Nvt	Nvt	17	Nvt	Nvt	17	Nvt	Nvt	34
Transfusiediensten	Nvt	Nvt	52	Nvt	Nvt	51	Nvt	Nvt	103
Verloskundige zorg	Nvt	Nvt	25	Nvt	Nvt	13	Nvt	Nvt	38
<b>Totaal</b>	<b>228 (97,4%)</b>	<b>6 (2,6%)</b>	<b>249</b>	<b>99 (100%)</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>273</b>	<b>327 (98,2%)</b>	<b>6 (1,8%)</b>	<b>522</b>

#### 1.4. 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.

De volgende tabel geeft een overzicht van het aantal (en percentage) VIR's dat is aangemerkt als 'voldaan' of 'niet voldaan' tijdens het auditbezoek.

	Ziekenhuis Geel	Binnen hoeveel kritische processen zijn deze VIR's getoetst			Aantal NLTs in matrix	Score nalevingstesten			
		Voldaan	Niet voldaan	Totaal		Voldaan	Niet voldaan	Totaal	% Voldaan
1	Controlelijst voor veilige heekunde ('Safe surgery checklist')	2	0	2	5	10	0	10	100,0%
2	Cliëntenidentificatie	10	0	10	1	10	0	10	100,0%
3	Gevaarlijke afkortingen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
4	Overdracht van informatie op overdrachtmomenten	8	0	8	5	40	0	40	100,0%
5	Medicatieverificatie als strategische prioriteit	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
6	Medicatieverificatie bij opname – Ambulante zorg	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
7	Medicatieverificatie bij opname – Acute zorg	6	0	6	4	24	0	24	100,0%
8	Medicatieverificatie bij opname – Spoedeisende hulp	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
9	Beheer van geconcentreerde elektrolyten	0	1	1	3	2	1	3	66,7%
10	Hoogrisico medicatie	1	0	1	8	7	0	7	100,0%
11	Narcoticaveiligheid	0	1	1	3	2	1	3	66,7%
12	Veilig gebruik van infuuspompen	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
13	Antimicrobieel beleid	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
14	Heparineveiligheid	0	1	1	4	3	1	4	75,0%
15	Preventief onderhoudsprogramma	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
16	Training en scholing op het gebied van patiëntveiligheid	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
17	Cliëntveiligheidsplan	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
18	Preventie van geweld en agressie op de werkplek	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
19	Patiëntenstroom	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
20	Voorlichting over handhygiëne	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
21	Naleving van handhygiëne	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
22	Aantallen infecties	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
23	Kwartaalrapportages cliëntveiligheid	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
24	Beheer van ongewenste voorvallen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
25	Openbaarmaking van ongewenste voorvallen	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
26	Verantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
27	Valpreventiestrategie (bij klinische patiënten)	5	1	6	3	17	1	18	94,4%
28	Decubituspreventie	5	0	5	5	25	0	25	100,0%
29	Voorkoming van zelfdoding	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
30	VTE profylaxe	4	0	4	5	20	0	20	100,0%
	Totaal	60	4	64		248	4	252	
	Totaal %	93,8%	6,3%			98,4%	1,6%		



## 2. Overzicht beoordelingen op niveau goud

Dit hoofdstuk geeft de beoordeling door het auditteam weer van de criteria op niveau goud. Voor de niet-behaalde criteria is een onderbouwing van de beoordeling gegeven.

### 2.1. Vereiste instellingsrichtlijnen

In deze tabel ziet u de onderbouwing van de niet-behaalde gouden VIR's, het patiëntveiligheidsgebied daaraan gerelateerd, en de normenset waar zij betrekking op hebben.

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
<b>Medicijngebruik</b>			
<p><b>Evalueert en beperkt de beschikbaarheid van narcotica (opioïden).</b></p> <p>De beschikbaarheid van narcotica wordt beoordeeld en beperkt om ervoor te zorgen dat verpakkingen die patiëntveiligheidsincidenten kunnen veroorzaken, niet op voorraad worden gehouden in behandelruimten.</p> <p><i>Wanneer het noodzakelijk is dat er narcotica (opioïden) beschikbaar zijn in specifieke behandelruimten, moet een multidisciplinaire commissie voor medicatiebeheer de redenering die ten grondslag ligt aan de beschikbaarheid, beoordelen en goedkeuren en voorzorgsmaatregelen nemen om het risico op fouten tot een minimum te beperken.</i></p>	<p>Medicatiebeheer (Voor audits vanaf 2021) 10.4.3</p>	Niet voldaan	<p>De auditor stelt vast in het gesprek met de hoofdapotheker dat er geen jaarlijkse en/of systematische bespreking gebeurt op het medisch farmaceutisch comité rond de beschikbaarheid van narcotica. De hoofdapotheker geeft aan dat aanpassingen van voorraden wel gebeuren bij de jaarlijkse stockcontrole maar dat deze niet worden besproken op het medisch farmaceutisch comité.</p>
<p><b>Bewaart geconcentreerde elektrolyten uit de buurt van behandelruimten.</b></p> <p>De beschikbaarheid van geconcentreerde elektrolyten wordt beoordeeld en beperkt om ervoor te zorgen dat verpakkingen die patiëntveiligheidsincidenten kunnen veroorzaken, niet op voorraad worden gehouden in behandelruimten.</p> <p><i>Wanneer het noodzakelijk is dat er geconcentreerde elektrolyten</i></p>	<p>Medicatiebeheer (Voor audits vanaf 2021) 13.10.3</p>	Niet voldaan	<p>De auditor stelt vast in het gesprek met de hoofd-apotheker dat er geen jaarlijkse en/of systematische bespreking gebeurt op het medisch farmaceutisch comité rond de beschikbaarheid van geconcentreerde elektrolyten. De hoofdapotheker geeft aan dat aanpassingen voorraden wel gebeuren bij de jaarlijkse stockcontrole op de verpleegafdelingen maar deze worden niet besproken op het medisch farmaceutisch comité.</p>








Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
<i>beschikbaar zijn in bepaalde behandelruimten, moet een multidisciplinaire commissie voor medicatiebeheer de redenering die ten grondslag ligt aan de beschikbaarheid, beoordelen en goedkeuren en voorzorgsmaatregelen nemen om het risico op fouten tot een minimum te beperken.</i>			

## 2.2. Normensets

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
<b>Medicatiebeheer (voor audits vanaf 2021)</b>		
8.2 Er is een beleid ontwikkeld en geïmplementeerd voor het moment en de manier waarop EVS-systeemwaarschuwingen mogen worden genegeerd.	!	De auditor stelt vast in gesprekken met verpleegkundigen dat er geen beleid in het ziekenhuis is voor hoe om te gaan met waarschuwingen in het elektronisch voorschrijfsysteem en de acties die aan een waarschuwing gekoppeld worden. Tijdens de gesprekken wordt aangegeven door de verpleegkundigen dat er op een verschillende manier gehandeld wordt bij het verschijnen van waarschuwingen in het elektronisch voorschrijfsysteem: eerst bellen naar de arts, in functie van welk medicatie, "ondertussen weet ik dat ik dit mag of kan geven", ....
8.4 Het EVS-systeem wordt regelmatig getest om er zeker van te zijn dat de waarschuwingen worden afgegeven zoals verwacht.	!	De auditor stelt vast tijdens het gesprek met de hoofdapotheker dat er geen systematiek is voor het testen van waarschuwingen in het elektronisch voorschrijfsysteem.
13.1 De toegang tot de medicatie-opslagruimten wordt beperkt tot bevoegde medewerkers.	!	De auditor stelt vast dat er in het ziekenhuis een matrix wordt gebruikt om de toegang tot ruimtes te bepalen aan de hand van sleutelgroepen. In gesprek met de technische dienst en de personeelsdienst kan vastgesteld worden dat er geen duidelijk beleid is rond het toewijzen van de medewerkers aan de sleutelgroepen en bijgevolg de bijhorende rechten. Tijdens het bezoek aan verschillende afdelingen stelt de auditor vast dat verschillende medewerkers (medewerker informatica, personeelsdienst,..) toegang hebben tot de apotheekruimtes waar medicatie (inclusief hoog risico medicatie en cystostatica) aanwezig is en de medicatiekasten op de afdelingen geopend kunnen worden door medewerkers niet bevoegd/betrokken in de zorg.

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
<p>13.7 Medicatie die visueel en qua benaming overeen lijkt te komen, verschillende concentraties van dezelfde medicatie en hoog-risicomedicatie wordt gescheiden bewaard in de behandelruimten en apotheek.</p>		<p>De auditor stelt vast tijdens bezoek aan afdelingen dat hoogrisico-medicatie niet consequent gescheiden bewaard wordt op de afdelingen. Een echte scheiding wordt door de auditor niet teruggevonden, daar waar medicatie met een sterk gelijkende naam naast elkaar terug te vinden zijn en dezelfde medicatie met verschillende concentratie naast elkaar terug te vinden zijn.</p> <p>Anderzijds wordt gezien dat de labels voor sound-alike look-alike niet conform beleid aanwezig zijn in elke medicatiekar, daar waar dit in de medicatiekast voor diezelfde medicatie wel aanwezig is.</p>
<p>16.2 De apotheker voert een extra controle (double check) uit van de dosisberekeningen op basis van gewicht voor pediatrische patiënten.</p>		<p>De auditor stelt vast in het gesprek met de hoofdapotheker dat er geen double check gebeurt bij dosisberekeningen van pediatrische patiënten door de apotheek. Tijdens het gesprek met de pediater en verpleegkundigen op de afdeling pediatrie is er aangegeven dat de artsen zelf de dosisberekeningen doen..</p>
<p><b>Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen</b></p>		
<p>2.13 Schone en steriele chirurgische hulpmiddelen, medische apparatuur en benodigdheden worden opgeslagen conform de instructies van de fabrikant en gescheiden van gecontamineerde hulpmiddelen en afval.</p>		<p>In de middengang van het operatiekwartier staat een rek met steriel verpakt instrumentarium. Deze ruimte is niet afgesloten/gescheiden van andere activiteiten. De gang wordt gebruikt voor transport van patiënten en de bedden van patiënten worden gedurende de ingreep op deze gang gestald. In het verslag werkgroep centrale sterilisatie afdeling februari 2023 wordt aangegeven dat de opslag niet conform de afspraken is. In het gesprek met de apotheker is de opslag van de steriele instrumenten op het operatiekwartier besproken en is aan de auditor bevestigd dat de opslag niet conform de gemaakte afspraken is.</p>



### 3. Overzicht beoordelingen op niveau platina

Dit hoofdstuk geeft de beoordeling door het auditteam weer van de criteria op niveau platina. Voor de niet-behaalde criteria is een onderbouwing van de beoordeling weergegeven.

#### 3.1. Vereiste instellingsrichtlijnen

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

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
<b>Medicijngebruik</b>			
<p><b>Evalueert en beperkt de beschikbaarheid van heparinen.</b></p> <p>De beschikbaarheid van heparinen wordt beoordeeld en beperkt om ervoor te zorgen dat verpakkingen die patiëntveiligheidsincidenten kunnen veroorzaken, niet op voorraad worden gehouden in behandelruimten.</p> <p><i>Wanneer het noodzakelijk is dat voornoemde heparinen beschikbaar zijn in specifieke behandelruimten, moet een multidisciplinaire commissie voor medicatiebeheer de redenering die ten grondslag ligt aan de beschikbaarheid, beoordelen en goedkeuren en voorzorgsmaatregelen nemen om het risico op fouten tot een minimum te beperken.</i></p>	<p>Medicatiebeheer (Voor audits vanaf 2021) 10.3.4</p>	Niet voldaan	<p>De auditor stelt vast in het gesprek met de hoofdapotheker dat er geen jaarlijkse en/of systematische bespreking gebeurt op het medisch farmaceutisch comité rond de beschikbaarheid van geconcentreerde elektrolyten. De hoofdapotheker geeft aan dat aanpassingen voorraden wel gebeuren bij de jaarlijkse stockcontrole op de verpleegafdelingen maar deze worden niet besproken op het medisch farmaceutisch comité.</p>
<p><b>Implementeert een valpreventiestrategie.</b></p> <p>Ter voorkoming van valpartijen en ter vermindering van het risico op valletsels worden er universele voorzorgsmaatregelen geïmplementeerd, wordt er voorlichting en informatie verstrekt en worden de activiteiten geëvalueerd.</p> <p><i>De teamleden en de vrijwilligers worden geschoold en er wordt informatie verstrekt aan de cliënten en hun familie en de mantelzorgers om valpartijen te voorkomen en valletsels te verminderen.</i></p>	<p>Intramurale zorg 5.8.2</p>	Niet voldaan	<p>De auditor stelt vast in gesprekken met hoofdverpleegkundigen op dienst 9 en 5 dat er geen gestructureerde opleiding voorzien is in het kader van valpreventie. Tijdens het gesprek met de zorgmanager en een lid van de werkgroep vallen, wordt aangegeven dat er vandaag geen structureel vormingsbeleid is voor wat betreft opleiding in valpreventie- en beleid voor medewerkers en vrijwilligers. Er wordt momenteel wel aan een plan gewerkt om in de toekomst dit gestructureerd aan te bieden.</p>



### 3.2. Normensets

Op niveau platina zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

## 4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant

Dit hoofdstuk geeft de beoordeling door het auditteam weer van de criteria op niveau diamant. Voor de niet-behaalde criteria is een onderbouwing van de beoordeling weergegeven.

### 4.1. Vereiste instellingsrichtlijnen

Op niveau diamant zijn alle VIR's als voldaan beoordeeld.

### 4.2. Normensets

Op niveau diamant zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

## 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 verslag.

### 5.1. Beoordelingen van instellingsbrede normen

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

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Cliëntgerichte zorg</b>	Samenwerken met cliënten en hun familie om zorg te plannen en te verlenen die respectvol, meelevend, cultureel veilig en competent is, en ernaar te streven dat deze zorg voortdurend wordt verbeterd.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulante zorgverlening</li> <li>Oncologische zorg</li> <li>Kritieke zorg</li> <li>Governance</li> <li>Intramurale zorg</li> <li>Leiderschap</li> <li>Verloskundige zorg</li> <li>Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen</li> <li>Revalidatie</li> <li>Excellente zorgverlening</li> <li>Spoedeisende hulp</li> </ul>	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Voor het toetsen van het kritisch proces "cliëntgerichte zorg" heeft de auditor gesprekken gevoerd met de stafmedewerker kwaliteit en een vertegenwoordiger van de patiëntenbelangen. Het kritisch proces is beoordeeld tijdens plaatsbezoeken aan diverse afdelingen in het ziekenhuis (dienst 7, dienst 8, dienst 1, het operatiekwartier, het dagziekenhuis chirurgie, ...) en in gesprekken met zorgprofessionals en patiënten op de afdelingen.</p> <p>Cliëntgerichte zorg behoort tot de missie en visie van het ziekenhuis Geel: "Als regionaal ziekenhuis willen we kwaliteitsvolle, betaalbare, menselijke en doelmatige zorg bieden op maat van elke patiënt die naar ons ziekenhuis komt."</p> <p>De belangen van de patiënten worden waargenomen door verkozen vertegenwoordigers van de stad en het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn, zetelend in de raad van bestuur. Naast deze vertegenwoordigers zijn externe zorgverstrekkers betrokken uit de thuisverpleging, huisartsen en de geestelijke gezondheidszorg. Het feit dat minstens tweemaal per jaar thematische vergaderingen gehouden worden in de vorm van een algemene vergadering, voorafgegaan door voorbereidende gesprekken met ziekenhuismedewerkers, maakt de werking formeler en minder vrijblijvend. De methodiek garandeert een betrokkenheid van de raad van bestuur met relevante inbreng uit eigen instelling en de brede zorgcontext van de regio. Vanuit de vergadering worden aanbevelingen geformuleerd naar het ziekenhuis, dat op zijn beurt een terugkoppeling naar de vergadering aanlevert.</p>	



Kritisch proces	Omschrijving
	<p>Het ziekenhuis stelt zich als doel een betrokken partner te zijn binnen de ketenzorg om de patiënt breder dan de eigen instelling te kunnen ondersteunen. Het engagement in de keten vertaalt zich in verschillende afdelingen van het ziekenhuis die participeren aan ziekenhuis overschrijdende initiatieven (geriatrische zorg, zwangerschapsbegeleiding, stroke, verslavingszorg...).</p> <p>De patiënten (onder meer op de afdeling revalidatie) worden actief gestimuleerd om zorgdoelen te stellen. Het ziekenhuis stelt brochures ter beschikking van patiënten over diagnostiek en behandeling. De patiënten getuigen in de gesprekken dat ze voldoende informatie krijgen bij het stellen van nieuwe diagnoses en therapeutische opties en keuzes besproken worden.</p> <p>Het gebruik van een elektronisch patiëntendossier draagt bij tot een effectieve en veilige informatiedeling onder alle medische en paramedische zorgverstrekkers en is een krachtig middel om ontslagdocumenten (medische ontslagbrief, verpleegkundige ontslagbrief, kinesitherapie voorschrift, medicatieformulier, materiaal voorschrift...) te genereren.</p> <p>Het ziekenhuis neemt deel aan de patiëntenbevraging van het Vlaams Patiëntenplatform, maar houdt tussendoor ook een continue laagdrempelige en gerichte ziekenhuis-eigen bevragingen. De resultaten van de bevragingen zijn ziekenhuisbreed inzichtelijk en worden teruggekoppeld zowel naar directie, raad van bestuur en naar de diverse afdelingen. De resultaten worden gebruikt om actief te sturen op de werking.</p>
<p><b>Menselijk kapitaal (HRM)</b></p>	<p>Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.</p>
<p>Leiderschap</p>	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft het kritisch proces menselijk kapitaal in gesprekken met de directie, stafmedewerkers en medewerkers van de personeelsdienst getoetst. Daarnaast is door de auditor eveneens een toets op de bezochte afdelingen gebeurd.</p> <p>Er is recent een gedragscode vastgelegd. In overleg met de medische raad wordt gewerkt aan de verdere verfijning van deze code. Gelijktijdig is de operationele vertaling al gerealiseerd in duiding naar de medewerkers over het te hanteren gedrag, de meldmogelijkheden toe te lichten en de verdere afhandeling bij casussen te verduidelijken. Er lopen momenteel twee trajecten ter opvolging van geregistreerde meldingen.</p> <p>Geweld- en agressie incidenten kunnen via het centrale meldsysteem doorgegeven worden. Op basis van analyses is het vormingsaanbod van een afdeling geactualiseerd.</p> <p>Het medewerkersportaal (E-power) is in 2022 uitgerold en biedt naast algemene info een overzichtelijk beeld van de vormingsstatus per medewerker, per afdeling en per beroepsgroep of in de totaliteit. Er is een basispakket van vormingsinitiatieven uitgerold met vereiste vormingen in het kader van de accreditatie en kwaliteit van zorg. Het ziekenhuis is er in geslaagd om een hoge mate van compliance (meer dan 90%) van de vereiste vormingen te realiseren. Medewerkers hebben de realisatie in kwartaal één van 2023 als pittig maar prettig ervaren.</p> <p>Er is een opvolging van de vereiste inentingen en er loopt een campagne ten voordele van Covid en griep vaccinatie. In de campagne is bewust gekozen voor een opting-in systeem om een groter bereik te bewerkstelligen als doorontwikkeling van het beleid.</p> <p>Medewerkerdossiers zijn gedigitaliseerd en er is nog een klein deel beschikbaar op papier. Dit bevindt zich in een bewaakte omgeving.</p>	





Kritisch proces	Omschrijving
	<p>Tijdens de gesprekken zijn voor de auditor twee items aan bod gekomen die zeker een vernoeming waard zijn. De opleiding diversiteit die is vormgegeven en ook uitgerold is en de participatie in de bijscholingen op netwerkniveau waar de instelling zijn maatschappelijke rol opneemt. Twee items die getuigen dat het ziekenhuis mee wil evolueren met de samenleving en zijn evoluties.</p>
<p><b>Geïntegreerd kwaliteitsmanagement</b></p>	<p>Voortdurend, proactief en systematisch proces om kwaliteit vanuit een systeem omvattend perspectief te begrijpen, managen en communiceren om zo doelen en oogmerken te realiseren.</p>
<p>Leiderschap</p>	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft het kritisch proces getoetst aan de hand van een tracer rond een recent incident. In gesprekken met de directie, stafmedewerkers en afdelingen is er een zicht verkregen op de kwaliteitswerking.</p> <p>Er is een beleid opgesteld rond patiëntveiligheidsincidenten. Aan de hand van een medicatie-incident (keppra) en een incident op gynaecologie/materniteit (mors in uterus casus) is het beleid getoetst. Het ziekenhuis voorziet in de middelen om het beleid gestalte te geven.</p> <p>Medewerkers worden gefaciliteerd om nieuwe rollen op te nemen waardoor er een vacature loopt voor stafmedewerker kwaliteit.</p> <p>Er is een geïntegreerd kwaliteit en patiëntveiligheidsplan in het ziekenhuis. De operationele doorvertaling is gerealiseerd. Taken en verantwoordelijkheden zijn eenduidig toegekend.</p> <p>Op basis van ervaringen wordt het beleid bij regelmaat geactualiseerd en verder doorontwikkeld. Zo heeft het ziekenhuis een grote inhaalbeweging gemaakt tussen de proefaudit en deze audit, zo getuige alle projecten en realisaties sindsdien.</p> <p>Er is een managementsysteem om patiëntveiligheidsincidenten te melden en af te handelen op een decentrale of centrale wijze afhankelijk van de ernstklasse. Recent is de flow geïnformatiseerd.</p> <p>Het openbaarmakingsproces heeft in 2022 vorm gekregen. De procedure is ook al getest bij een aantal incidenten en aangrijpende gebeurtenissen tot tevredenheid van de betrokkenen bij het incident. Patiënten en of hun familie worden betrokken bij het afhandelen van incidenten. Zij waarderen de openheid van het ziekenhuis met blij van waardering hiervoor (bloemen materniteit).</p> <p>Het ziekenhuis zet in op de tevredenheid van medewerkers en heeft recent ook een ondersteuningsbeleid vorm gegeven. Zo is er een bevraging van de verpleegkundigen en verloskundigen rond de opvang die ze gekregen hebben naar aanleiding van een incident en/of ingrijpende gebeurtenis.</p> <p>De kwartaalrapportages geven een overzicht van de diverse initiatieven rond kwaliteit en veiligheid. Er is een beperkte maar inzichtelijke rapportering over de incidenten en calamiteiten van ernstige aard. Deze rapportering wordt gebruikt bij middenkader, directie en raad van bestuur om de lijnen uit te zetten en bij te sturen.</p> <p>Het ziekenhuis heeft een medicatieverificatie-procedure conform de normelementen van de vereiste instellingsrichtlijn.</p>	



Kritisch proces	Omschrijving
	<p>De organisatie heeft ingezet om data te ontsluiten en te gebruiken in de sturing van de zorg binnen het beleidskader. Het werken met deze data is aanwezig bij zorgmanagers, stafleden en directie. De implementatie is volgens de auditor een meerwaarde zeker als de doorvertaling naar de artsen en de hoofdverpleegkundigen kan gemaakt worden in de toekomst.</p>
<p><b>Patiëntenstroom</b></p>	<p>Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings.</p>
<p>Leiderschap Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen Spoedeisende hulp</p>	
	<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Het kritisch proces "patiëntenstroom" heeft de auditor getoetst in gesprekken met de medisch directeur, de directeur zorg en het medisch en verpleegkundig diensthoofd van de dienst spoedgevallen. Er is een plaatsbezoek verricht op de afdeling spoedgevallen. De verschillende nalevingstesten met betrekking tot de doorstroming van patiënten en omgaan met overbelasting van de spoedeisende hulp zijn voldaan. In de loop van de laatste jaren is het beleid op punt gesteld, zijn verschillende concrete maatregelen genomen (onder meer een fast track protocol voor geriatrische patiënten) en is er draagvlak aanwezig bij de verschillende betrokken medische disciplines.</p> <p>De auditor heeft inzage gekregen in activiteitencijfers en doorlooptijden van de afdeling spoedeisende hulp van de voorbije drie jaren. De auditor heeft vastgesteld dat ondanks een toename in activiteit van ruim 20% er een daling van de doorlooptijd bewerkstelligd is.</p> <p>De organisatie zet in op vermijden van opnames. Een eerste initiatief is in uitrol onder vorm van een geriater die in één woonzorgcentrum op afroep van huisartsen een zaalronde loopt. Ook voor wondzorg is een initiatief noemenswaardig waarbij via tele-consultatie over iPad expertise wordt aangeboden.</p>
<p><b>Medische instrumenten en apparatuur</b></p>	<p>Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen.</p>
<p>Oncologische zorg Diagnostische beeldvorming Leiderschap Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen</p>	
	<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft gesproken met de manager informatica en biotechniek, een analist, de hoofdverpleegkundige medische beeldvorming, het hoofd- en adjunct-hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier, ziekenhuishygiënist, een preventie medewerker, het hoofd en een medewerker van de centrale sterilisatie afdeling, een apotheker, een gastro-enteroloog, medewerker endoscopie reinigingen verpleegkundigen.</p> <p>Daarnaast voert de auditor afdelingsbezoeken uit aan de centrale sterilisatie afdeling, het endoscopisch platform, het operatiekwartier, dienst 4, dagziekenhuis oncologie, de revalidatiedienst en de afdeling medische beeldvorming.</p>



Kritisch proces	Omschrijving
	<p>Naast de gesprekken en bezochte afdelingen is inzage verkregen in de documenten van het medisch materialen comité, de aankoopprocedure en het coördinatieformulier.</p> <p>De auditor heeft het criterium gescheiden opslag van steriele hulpmiddelen/instrumentaria als niet voldaan gezien. De opgeslagen steriel verpakte instrumentensets staan in een gang opgeslagen en niet in een afgesloten/gescheiden ruimte of kast dan wel in een gesloten kar. Op dezelfde gang vindt ook patiënten transport plaats en worden ziekenhuisbedden gedurende de operatie van de patiënt gestald. In het gesprek met de apotheker wordt bevestigd dat de opslag niet conform de afspraken is.</p> <p>In de gesprekken met verschillende medewerkers betrokken bij de aanschaf, onderhoud, reiniging en desinfectie van apparatuur en medische instrumentarium blijkt dat het proces en procedures voor aanschaf, gebruik en onderhoud van apparatuur en instrumentarium gekend zijn binnen de organisatie. Het beleid en de praktijkwerking zijn actueel en de taken en verantwoordelijkheden geformuleerd. Recent is het coördinatieformulier aankoop geïmplementeerd. Dit coördinatieformulier borgt dat er volgens een vaste procedure gewerkt wordt. Alle relevante informatie (procedures, handleidingen, ...) is beschikbaar of raadpleegbaar. Risico-inschatting worden uitgevoerd en nodige deskundigen worden geraadpleegd. De organisatie maakt gebruik van een elektronisch programma voor de facilitaire dienst ('Ultimo) om het preventief onderhoud met onderhoudsfiches op te volgen, te plannen en documenteren. Op verschillende afdelingen is aan de auditor getoond dat Ultimo vlot toegankelijk is en dat afdelingsapparatuur en onderhouds-statussen inzichtelijk zijn. Het preventief onderhoudsprogramma voor medische apparatuur, hulpmiddelen en techniek is hiermee binnen de organisatie op orde.</p> <p>Deskundigen zoals de ziekenhuishygiënist, de biotechnische dienst, hoofd centrale sterilisatie afdeling, apotheker en preventieadviseur worden betrokken bij de beoordeling en aanschaf van apparatuur en medische hulpmiddelen.</p> <p>De auditor heeft de centrale sterilisatie afdeling en de endoscopen reiniging bezocht. Beide afdelingen maken een schone en opgeruimde indruk. Er is een strikte scheiding tussen vuile en propere werkruimtes. De nieuwe endoscopen reiniging is sinds twee weken in gebruik. Voorafgaand aan de ingebruikname is de aanwezige apparatuur gevalideerd en vrijgegeven voor gebruik. De betrokken medewerkers zijn door de firma geïnstrueerd en geschoold.</p> <p>Het volledig reiniging en desinfectieproces wordt vastgelegd en is traceerbaar. De registratie is een handmatig proces welke op termijn gedigitaliseerd wordt. Het hoofd van de centrale sterilisatie afdeling heeft de auditor toegelicht en getoond hoe dagelijks de apparatuur op de afdeling wordt getest voor vrijgave tot gebruik.</p> <p>Een medewerker van de centrale sterilisatie afdeling toont de auditor waar zij de informatie kan vinden hoe het specifieke instrument moet gereinigd en onderhouden worden volgens de leverancier en dat hieraan wordt voldaan.</p> <p>Tijdens het bezoek aan de afdeling medische beeldvorming is door het diensthoofd aan de auditor bevestigd dat nieuwe steriele medische hulpmiddelen via een aanvraagprocedure in de medisch materialen comité worden besproken en beoordeeld alvorens tot proefplaatsing of aanschaf overgegaan wordt. De aankoopprocedure is bij het diensthoofd bekend en zij toont in Ultimo een maandoverzicht van apparatuur die in maart 2023 onderhouden moet worden.</p> <p>De procedure rondom storingen en reparatie van apparatuur is bekend en besproken.</p>



## 5.2. Beoordelingen van zorgspecifieke normen

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

### 5.2.1 Medicatiebeheer (Voor audits vanaf 2021)

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Medicatiemanagement</b>	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft gesproken met de hoofdapothecker, de apotheker, apothekersassistenten, verpleegkundigen, een adjunct-hoofdverpleegkundige, hoofdverpleegkundigen, verantwoordelijken, de hoofdarts en artsen.</p> <p>De auditor heeft gesproken met de voorzitter en de leden van het medisch farmaceutisch comité en antibioticatherapie beleidsgroep. De auditor heeft inzage verkregen in patiëntendossiers, documenten in het kwaliteitsportaal en auditresultaten.</p> <p>De auditor heeft een gesprek gevoerd met twee patiënten en een aanwezig familielid.</p> <p>De auditor bezoekt de apotheek, de spoedgevallen, intensieve zorgen, dienst 9 (geriatrie), dienst 5 (oncologie), dienst 10 (heelkunde) en het oncologisch dagziekenhuis.</p> <p>De auditor heeft inzage gekregen in de procedures voor sound-alike look-alike en hoogrisico-medicatie. De auditor stelt tijdens het bezoek aan hospitalisatieafdelingen vast dat hoogrisico-medicatie niet consequent op elke afdeling gescheiden bewaard wordt. De auditor ziet enerzijds dat op de ene afdeling medicatie die qua benaming sterk gelijkend is of medicatie met een verschillende concentraties naast elkaar bewaard worden. Anderzijds wordt gezien dat de labels voor sound-alike look-alike niet aanwezig zijn in elke medicatiekar, daar waar dit in de medicatiekast voor diezelfde medicatie wel aanwezig zijn.</p> <p>De auditor toetst de beschikbaarheid van een lijst met verboden afkortingen, symbolen en dosisaanduidingen en het antimicrobiële beleid. De auditor stelt vast dat aan de vereiste instellingsrichtlijnen wordt voldaan. Dit op basis van gevoerde gesprekken, inzage in patiëntendossiers, vaststellingen op de diensten en controles op geldende procedures, afspraken en beleid van het ziekenhuis.</p> <p>Zowel het medisch farmaceutisch comité als de antibioticatherapie beleidsgroep is samengesteld uit een vertegenwoordiging van artsen, apothekers en directieleden. In het antibioticatherapie beleidsgroep zetelen daarnaast ook nog de hoofdarts, een klinisch bioloog en een afvaardiging van het team ziekenhuishygiëne.</p> <p>Het medisch farmaceutisch comité bespreekt vier maal per jaar het geneesmiddelenformularium. Het comité behandelt vragen en noodzakelijke aanpassingen over het formularium en lopende projecten (bijvoorbeeld het Hospital Outbreak Support Team of HOST). Het opvolgen van medicatieschema's en resultaten van audits op medicatie-gerelateerde thema's gebeurt niet structureel. Zo is er geen multidisciplinaire aanpak van de audits of stocktellingen op de diensten van: narcotica, geconcentreerde elektrolyten en heparinen. De vereiste instellingsrichtlijnen (narcoticabeleid, beleid geconcentreerde elektrolyten en beleid heparinen) zijn daarom als niet voldaan gescoord.</p> <p>Uit het gesprek met de leden van het medisch farmaceutisch comité blijkt dat incidenten met betrekking tot medicatie in het incidentmeldsysteem worden geregistreerd en zo nodig besproken in het medisch farmaceutisch comité. De verbeteracties worden besproken met de hoofdarts en de betrokken partijen bij het incident.</p> <p>Het ziekenhuis Geel bevindt zich in een overgangsfase naar een nieuw elektronisch medicatievoorschrift. De overgang naar het nieuwe systeem zal oplossingen bieden voor de beperkingen en risico's waar het ziekenhuis momenteel tegenaan loopt.</p>	



Enkele van deze risico's zijn: geen waarschuwing op overdosering, ongevalideerde toediening van medicatie en dubbele registratie van allergieën.

De auditor stelt vast dat er in het ziekenhuis een matrix wordt gebruikt om de toegang tot de ruimtes te bepalen aan de hand van sleutelgroepen.

In gesprek met de technische dienst en de personeelsdienst stelt de auditor vast dat er geen duidelijk beleid is rond het beheer van de sleutelgroepen en de bijhorende rechten.

Tijdens het bezoek aan verschillende afdelingen stelt de auditor vast dat verschillende medewerkers (Informatica, personeelsdienst,..) toegang hebben tot de apotheekruimtes en medicatiekasten waar medicatie (inclusief hoogrisico-medicatie en cystostatica) aanwezig is.

In een gesprek met de technische dienst stelt de auditor vast dat er een beleid is rond temperatuurbewaking in ruimten en koelkasten met medicatie. In het beleid stelt de auditor vast dat er acties bepaald zijn voor overschrijding van de temperatuur binnen de koelkasten maar niet voor de ruimten waar de medicatie wordt bewaard. In het gesprek met de technische dienst stelt de auditor vast dat temperatuur van 28,5° is overgeschreden op afdeling 5 (oncologie) maar er geen acties naar apotheek zijn genomen rond bewaring of houdbaarheid van medicatie naar aanleiding van deze temperatuuroverschrijding.

De auditor brengt een bezoek aan de apotheek en de clean rooms. De ruimten voor steriele en niet steriele bereidingen voldoen aan de vereisten. Medicatie wordt per patiënt in eenheidsdosis en op naam uitgegeven aan de afdelingen. De auditor stelt vast dat de eenheidsdosissen alle vereiste informatie bevatten. Multidosis verpakkingen worden slechts voor één patiënt gebruikt en eventuele overschotten worden onmiddellijk verwijderd.

De auditor stelt in een gesprek met verpleegkundigen vast dat er geen uniform beleid in het ziekenhuis is voor hoe om te gaan met waarschuwingen in het elektronisch voorschriftsysteem. De acties die medewerkers nemen na een waarschuwing variëren dan ook.

Artsen maken een gevalideerd elektronisch voorschrift cytostatica.

De verpleegkundigen registreren de medicatie in het elektronisch medicatievoorschrift. Vervolgens heeft de arts 24 uur de tijd om de voorschriften te valideren. Apotheek volgt op regelmatige tijdstippen op of de validatie tijdig wordt uitgevoerd. Bij niet tijdige validatie wordt enerzijds de hoofddarts per mail geïnformeerd (dewelke de artsen persoonlijk opbelt) anderzijds zal de apotheek geen medicatie meer uitleveren voor die patiënt. Indien de arts een mondelinge medicatieorder geeft, wordt deze opdracht genoteerd in het patiëntendossier en dient de validatie eveneens binnen de 24 uur door de arts te gebeuren.

Verdoving wordt opgeslagen in afgesloten ruimten en karren. De verdoving wordt steeds in speciaal daarvoor gelabelde zakjes verpakt en afgeleverd aan de afdelingen. Bij dossierinzage stelt de auditor vast dat hoog-risicomedicatie en narcotica met een specifieke kleur en label gevisualiseerd worden.

In gesprek met de hoofd- en adjunct-hoofdverpleegkundige van spoedgevallen en intensieve zorgen stelt de auditor vast dat er in het ziekenhuis verschillende type infuuspompen en spuitdrijvers gebruikt worden. Elke dienst werkt wel maar met hetzelfde type infuuspompen en spuitdrijvers. De verschillende medicatieschema's kunnen lokaal per dienst verschillen. Eventuele defecten aan of noodzakelijke onderhoudscontroles van deze infuuspompen worden geregistreerd in Ultimo. De auditor krijgt inzage in dit systeem. In het gesprek stelt de auditor vast dat er een uniformisatie van infuuspompen zal gebeuren in de toekomst.

In het wekelijks multidisciplinair overleg bespreken behandelende artsen, klinisch bioloog en verpleegkundigen bacteriologische resultaten van de patiënten en passen zo nodig het antibioticabeleid aan.



De afdeling spoedgevallen werkt met het elektronisch patiëntendossier en een gedeeltelijk gebruik van het elektronisch medicatievoorschrift ervan. Het medisch diensthoofd van de spoedgevallen bevestigt dat medicatie bij opname de eerste 24 uur door de spoedartsen gevalideerd wordt. Het elektronisch medicatievoorschrift beschikt over de mogelijkheid aan te duiden indien medicatieverificatie is uitgevoerd. Ontslagmedicatie wordt door de behandelende arts bepaald en via een elektronische ontslagbrief aan de huisarts toegezonden.

### 5.2.2 Ambulante zorgverlening

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	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><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor voor het kritisch proces getoetst door naast het raadplegen en inzien van de diverse procedures, protocollen, (beleids-)documenten en (jaar-)verslagen ook gesprekken te voeren met verpleegkundigen en artsen. De auditor stelt vast dat aan alle vereiste instellingsrichtlijnen is voldaan.</p> <p>Daarnaast heeft de auditor processtromen ingezien, waaronder medicatiebeheer. De medicatieverificatie is gevolgd binnen de dagziekenhuis oncologie alsook de patiëntidentificatie en zorgoverdracht. De auditor stelt vast in gesprek met de artsen op polikliniek dat de medicatieverificatie conform beleid wordt uitgevoerd.</p>	

### 5.2.3 Excellente zorgverlening

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Besluitondersteuning</b>	Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Het kritisch proces "excellente zorgverlening" heeft de auditor getoetst met bezoek aan hospitalisatieafdelingen, het operatiekwartier, het dagziekenhuis chirurgie en de spoedgevallen. Bijkomend heeft de auditor gesprekken gevoerd met artsen, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, logistieke medewerkers, medewerkers van de facilitaire dienst, medewerker personeelsdienst en patiënten.</p> <p>Het ziekenhuis maakt gebruik van een elektronisch patiëntendossier dat een veilige en volledige dossiervorming mogelijk maakt en garanties levert tot veilige opslag van gegevens met aandacht voor de privacy.</p> <p>De competenties van medewerkers worden bijgehouden en zijn inzichtelijk door de medewerker en hun respectievelijke leidinggevenden. Training en scholing omtrent visie, missie en ethiek van de organisatie wordt voorzien voor de medewerkers. Daarnaast wordt voorzien in opleiding over veiligheids- en kwaliteitselementen, instrumenten en apparatuur en het veilig gebruik van infuuspompen.</p> <p>Het ziekenhuis volgt indicatoren op van de operationele werking en kwaliteitsitems. Deze indicatoren worden gekoppeld aan specifieke doelstellingen en terug gerapporteerd naar de afdelingen.</p> <p>Er is een incident meldsysteem aanwezig. Medewerkers weten hoe en wanneer te melden. Meldingen worden opgenomen door de afdelingsleiding of centraal in de organisatie. In functie van de ernst van de meldingen wordt bijgestuurd op afdelingsniveau of verbeteracties opgezet, prisma-analyses uitgevoerd,...</p>	



Het bestuur van het ziekenhuis houdt binnen het budget voldoende ruimte om verantwoorde investeringen te doen naar infrastructuur, materialen, apparaten en instrumenten, wat verder bijdraagt tot verantwoorde en veilige kwaliteitsvolle zorg. Tijdens de gesprekken met de auditor op dienst 9 blijkt dat de toegankelijkheid van de het patiëntendossier niet optimaal is door de traagheid van de wifi op de laptops. Een ongemak die voor de medewerkers tot enige frustratie in hun werking resulteert.

De medewerkers geven de auditor aan dat ze beschikken over een praktisch en ondersteunend elektronisch patiëntendossier. Tijdens de afdelingsbezoeken kon de auditor, eenmalig, vaststellen dat de intake van een patiënt op de kamer op basis van papier schriftelijk gebeurt omwille van het niet functioneren van het elektronisch patiëntendossier. De informatie is nadien op de verpleegpost digitaal ingegeven. Een methodiek die risico's omvat ten gevolge van informatieverlies of foutieve overname.

Belemmeringen voor toegankelijkheid van patiënten (ook financieel) worden waar mogelijk weggewerkt.

#### 5.2.4 Infectiepreventie en -bestrijding

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Infectiepreventie en -beheersing</b>	Maatregelen door medisch personeel in gezondheidsinstellingen om het overdragen en oplopen van infectieverwekkers te verminderen.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor bezoekt de afdelingen centrale sterilisatie, endoscopen reiniging, het operatiekwartier, dienst 4, de polikliniek, de opname, het dagziekenhuis oncologie, de SP-dienst, keuken en medische beeldvorming.</p> <p>Op de afdelingen is gesproken met de arts-microbioloog, dienst ziekenhuishygiëne, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, een medewerker van de centrale sterilisatie, schoonmaak medewerkers, adjunct en hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier, een vrijwilliger, het hoofd van de keuken, een anesthesist, een cardioloog en een gastro-enteroloog.</p> <p>Tijdens de introductie voor nieuwe medewerkers worden instructies met betrekking tot de juiste uitvoering van handhygiëne gegeven. De e-learning handhygiëne behoort voor zowel medewerkers, artsen en vrijwilligers tot de jaarlijkse verplichte scholing. Door diverse auditees is aan de auditor getoond in het elektronische pakket van de personeelsdienst ( E-power) dat de scholing "handenreiniging en desinfectie" is gevolgd.</p> <p>Handhygiëne is een onderdeel van de veiligheidsrondes en is opgenomen in het kwaliteitsdashboard waar op afdelingsniveau de compliance terug te vinden is. De resultaten worden binnen de dienst besproken.</p> <p>De zorg gerelateerde infecties worden bij vermoeden van kruisinfecties gevolgd en geanalyseerd. Er is in 2022 een puntprevalentiestudie in ziekenhuisnetwerk Kempen uitgevoerd. De resultaten worden besproken in het comité ziekenhuishygiëne.</p> <p>Een aantal infecties worden geregistreerd en geanalyseerd. Dit gebeurt voor Methicilline-resistente staphylococcus aureus, patiënten besmet met clostridium en patiënten met een lijnsepsis. De afdeling infectiepreventie voert de registraties uit. Binnen het ziekenhuisnetwerk worden de resultaten besproken en gebenchmarkt. Als er aandachtspunten voor een specialisme aan het licht komen volgt er een overleg met de artsen en diensthoofden om te komen tot een verbeterplan. De auditor heeft verslaglegging van deze besprekingen ingezien.</p> <p>Vanuit het ziekenhuisnetwerk Kempen is ten tijde van Covid een Reach Out Team opgestart en momenteel verdergezet onder de vorm van een Hospital Outbreak Support Teams (HOST). Het HOST-project heeft als doelstelling de infectiepreventie maatregelen binnen de regio en de zorginstellingen af te stemmen.</p> <p>De dienst ziekenhuishygiëne geeft aan waardering te voelen voor hun werk. Daarnaast is de dienst ziekenhuishygiëne laagdrempelig te benaderen bij (mogelijke) besmettingen.</p>	





In het gesprek met ziekenhuishygiëne wordt aangegeven dat, op het moment van de audit, sprake is van een uitbraak op de dienst intensieve zorgen. De arts heeft contact gezocht met de hygiënist en er is een uitbraak-team gevormd.

Na onderzoek van de situatie is er een rapportage om de afspraken en actiepunten te duiden. Om de situatie extra onder aandacht te brengen zijn actiekaarten beschikbaar met nodige maatregelen rond isolatie. Voor de schoonmaakmedewerker is beschreven wat en hoe er gereinigd en/of gedesinfecteerd moet worden. De auditor heeft op diverse afdelingen de isolatiekaarten gezien.

De dienst ziekenhuishygiëne geven aan dat zij nauw betrokken worden bij de aanschaf van nieuwe materialen, instrumenten en apparatuur. De nieuwe aanschafprocedure maakt gebruik van het coördinatieformulier als checklist.

De beschreven werkwijze wordt bevestigd door het hoofd informatica en biotechniek, de preventieadviseur, hoofd centrale sterilisatie afdeling en de apotheker belast met de verantwoordelijkheden voor reiniging, desinfectie en sterilisatie.

### 5.2.5 Intramurale zorg

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	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 auditor is op dienst 9 en dienst 5 geweest waarbij er gesprekken hebben plaatsgevonden met hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen en een patiënt. Daarnaast heeft de auditor een geriater kunnen spreken en patiëntendossiers ingezien met de medewerkers.

Op dienst 9 heeft de auditor kunnen vaststellen dat aan de vereiste instellingsrichtlijnen (waaronder patiëntidentificatie, decubitus en overdracht) is voldaan.

De vereiste instellingsrichtlijn met betrekking tot valpreventie is als niet voldaan beoordeeld. De auditor stelt in het gesprek met hoofdverpleegkundigen op de dienst 9 en 5 vast dat er geen gestructureerde opleiding voorzien wordt in kader van valpreventie. Tijdens het gesprek met de zorgmanager en een lid van de werkgroep vallen is aangegeven dat er vandaag geen structureel beleid is voor wat betreft opleiding in valpreventie- en beleid.

De risico's en aandachtspunten op vallen en decubitus op patiëntniveau worden wel beoordeeld en geregistreerd in het patiëntendossier zo heeft de auditor gezien. De risicobeoordeling is nogmaals bevestigd bij controle op de patiëntenkamers door middel van gestandaardiseerde pictogrammen.

De auditor stelt vast dat medicatieverificatie volgens procedure wordt toegepast. Op dienst 9 (geriatrie) stelt de auditor bij inzage van het dossier vast dat medicatie wordt geverifieerd en gevalideerd door de behandelend arts.

In gesprek met de verpleegkundigen stelt de auditor vast dat er een gestructureerde zorgoverdracht bij ontslag gebeurt. Tijdens de zorgoverdracht op de afdeling van de ene naar de andere shift stelt de auditor vast dat er op een gestructureerde manier via het elektronisch patiëntendossier wordt gebriefd.



### 5.2.6 Kritieke zorg

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	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><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft tijdens een bezoek aan de afdeling intensieve zorgen en spoedgevallen de normenset kritieke zorg getoetst waarbij er gesprekken plaatsvinden met de hoofdverpleegkundige en adjunct-hoofdverpleegkundige, artsen en verpleegkundigen. De auditor heeft inzage gekregen in patiëntendossiers. De auditor stelt vast dat aan alle vereiste instellingsrichtlijnen is voldaan.</p> <p>Tijdens het gesprek met de hoofdverpleegkundige op spoedgevallen stelt de auditor vast dat er beleid is omtrent valpreventie en patiëntenidentificatie. Het beleid is teruggevonden in het documentbeheersysteem. De resultaten van valscreening en incidenten worden weergegeven in het dashboard van de afdeling en worden geëvalueerd op het verbeterbord.</p> <p>De auditor stelt vast dat beleid voor decubituspreventie is uitgeschreven en heeft dit geraadpleegd in het documentbeheersysteem.</p> <p>Het beleid rond tromboseprofylaxe is aanwezig en de richtlijnen zijn geïntegreerd in de behandelplannen. De auditor heeft dit bevestigd gezien in het documentbeheersysteem en bij inzage in het elektronisch patiëntendossier.</p> <p>In het gesprek met de hoofdverpleegkundige stelt de auditor vast dat er een gestructureerde overdracht plaatsvindt op basis van een gestandaardiseerde methodiek.</p> <p>De auditor stelt in het vormingsbeleid vast dat er een uitgebreid individueel inscholingsprogramma is. De auditor heeft inzage tot een individueel inscholingsprogramma waarbij de hoofdverpleegkundige een evaluatie uitvoert.</p> <p>De auditor stelt vast tijdens het gesprek met de spoedarts dat handschoenen aangehouden worden tijdens dossiervoering in het elektronisch patiëntendossier (n=1).</p>	

### 5.2.7 Oncologische zorg

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	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><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor brengt een bezoek aan dienst 5 (oncologie) waarbij er een gesprek heeft plaatsgevonden met de hoofdverpleegkundige en een verpleegkundige. De auditor heeft inzage gekregen in het elektronisch patiëntendossier en het medicatiebeheer. Op basis van deze gesprekken, inzage in de documenten, dossiers en beleidsdocumenten stelt de auditor vast dat aan alle vereiste instellingsrichtlijnen is voldaan.</p> <p>Op dienst 5 (oncologie) en het dagziekenhuis stelt de auditor in het gesprek met de hoofdverpleegkundigen vast dat er een ziekenhuisbreed beleid is vastgelegd voor valpreventie en dat er een systematische screening met registratie gebeurt in het elektronisch patiëntendossier. De hoofdverpleegkundige geeft aan dat incidenten op de afdeling worden besproken en kan hier verbetermaatregelen aan koppelen.</p>	



De hoofdverpleegkundige geeft aan dat er een systematische screening gebeurt om het risico op decubitus in kaart te brengen. De hoofdverpleegkundige geeft aan dat een herevaluatie automatisch in het elektronisch dossier komt en dit via de uitrol van een activiteitenplan. Er is een uitgeschreven procedure die bepaalt wanneer van deze planning kan afgeweken worden.

De auditor constateert dat de medewerkers een terugkoppeling rond incidenten ontvangen via dienstvergaderingen alsook kunnen raadplegen via het dashboard met informatie over het type incidenten en de aantallen. Dit wordt door de auditor gezien op het kwaliteitsbord van de afdeling. Dit is bevestigd door de hoofdverpleegkundige.

De verpleegkundige benoemt het gebruik van twee persoonsgebonden parameters ter identificatie van patiënten. Uit de gesprekken met de verpleegkundige blijkt dat er vandaag geen aangepast beleid is voor patiënten waarbij deze vorm van bevraging niet mogelijk is.

De auditor stelt in het gesprek met de hoofdverpleegkundige vast dat bij opname de actuele medicatie door middel van twee bronnen wordt geverifieerd. Afhankelijk van het type opname, geplande of spoedopname, gebeurt medicatieverificatie door verpleegkundigen of apotheekassistenten. De auditor heeft dit bevestigd gezien in verschillende patiëntendossiers.

De auditor stelt in het documentbeheersysteem vast dat er beleid is omtrent tromboseprofylaxe.

De auditor stelt vast dat er aan de hand van de gestandaardiseerde methodiek en hulpmiddelen zorgoverdracht gebeurt en dat er vandaag geen zorgoverdracht aan bed gebeurt in aanwezigheid van patiënt en/of familie.

### 5.2.8 Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Medicatiemanagement</b>	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Voor het toetsen van het kritisch proces peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen heeft de auditor een afdelingsbezoek verricht aan het operatiekwartier, de recovery en dienst 1. Er is gesproken met twee anesthesisten, één orthopedisch chirurg, verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen op de afdelingen.</p> <p>De vereiste instellingsrichtlijnen omtrent medicatieverificatie, patiëntidentificatie, preventie van valincidenten en preventie van decubitus zijn voldaan. Er is daarnaast beleid over trombose-profylaxe terug te vinden en ook deze vereisten instellingsrichtlijn is voldaan.</p> <p>In het operatiekwartier wordt gebruik gemaakt van een 'safe surgery checklist' en maakt men concreet gebruik van het elektronisch patiëntendossier. De preoperatieve informatie in dit elektronisch patiëntendossier wordt verder aangevuld in het operatiekwartier, de recovery en op de verblijfsafdeling. Het dossier is voor iedereen betrokken in de patiëntenzorg toegankelijk. Deze informatie registratie draagt in belangrijke mate bij tot een veilige medische bedrijfsvoering en als basis voor de overdracht. Maatregelen zijn genomen om de privacy en discretie van de verkregen informatie te bewaren.</p> <p>De operatiekamers en vooral ook de opslagruimtes voor apparatuur en materialen zijn door de toenemende activiteit infrastructureel stilaan uit hun voegen aan het barsten. Het ziekenhuis investeert op dit ogenblik in nieuwbouw waarin meerdere nieuwe operatiekamers voorzien zijn.</p>	



### 5.2.9 Spoedeisende hulp

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Orgaan- en weefseldonatie</b>	Orgaandonatiedienstverlening voor overleden donoren en hun familie, inclusief de identificatie van potentiële donoren, de benadering van families en de uitname van organen.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Het kritisch proces spoedeisende hulp heeft de auditor de spoedgevallen getoetst en heeft hiervoor gesproken met het medisch diensthoofd, de hoofdverpleegkundige en een triage-verpleegkundige. De vereiste instellingsrichtlijnen met betrekking tot medicatieverificatie, beoordeling en observatie van patiënten met zelfdodingsrisico, patiëntidentificatie en informatieoverdracht ziet de auditor als voldaan.</p> <p>Als compliment geeft de auditor graag nog even de inspanningen aan in functie van de behaalde certificering tot lokaal traumacentrum. Na een audit heeft de Duitse organisatie 'Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie' het ziekenhuis Geel een certificering als regionaal traumacentrum toegekend. Procedures zijn hiertoe gestandaardiseerd en de feitelijke werking wordt gedragen door zowel het medisch als paramedisch korps.</p>	

### 5.2.10 Transfusiediensten

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	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><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft dienst 5 (oncologie) bezocht en heeft er gesproken met de hoofdverpleegkundige, een verpleegkundige. De auditor volgt een transfusie voor toediening. De auditor stelt vast dat ter identificatie gebruik gemaakt wordt van twee persoonsgebonden parameters. Het transfusieproces wordt procesmatig digitaal ondersteund door het programma Cybertrack.</p> <p>Tijdens de toediening faalt het computersysteem en is er adequaat omgeschakeld naar de noodprocedure.</p>	

### 5.2.11 Verloskundige zorg

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	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><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Het kritisch proces verloskundige zorg is door de auditor getoetst op dienst 3. De vereiste instellingsrichtlijnen binnen dit proces zijn onderzocht. Hiervoor is de auditor op bezoek gegaan op de verloskamer alsook het operatiekwartier en heeft hij gesproken met de hoofdverpleegkundige/hoofdvroedvrouw van deze beide afdelingen en met een anesthesist. De vereiste instellingsrichtlijnen met betrekking tot medicatieverificatie, valpreventie, patiënt-identificatie, informatieoverdracht en time-out procedure zijn voldaan als resultaat van de inzage in dossiers en de gevoerde gesprekken.</p>	

