Auditverslag

AZ Turnhout

Turnhout
België

Datum auditbezoek: 19 tot en met 21 januari 2022

Versie normenset: Qmentum Global

Assessmentprocedure: Qualicor Europe 2021-2022

Vastgesteld op: 17 februari 2022

Inhoud

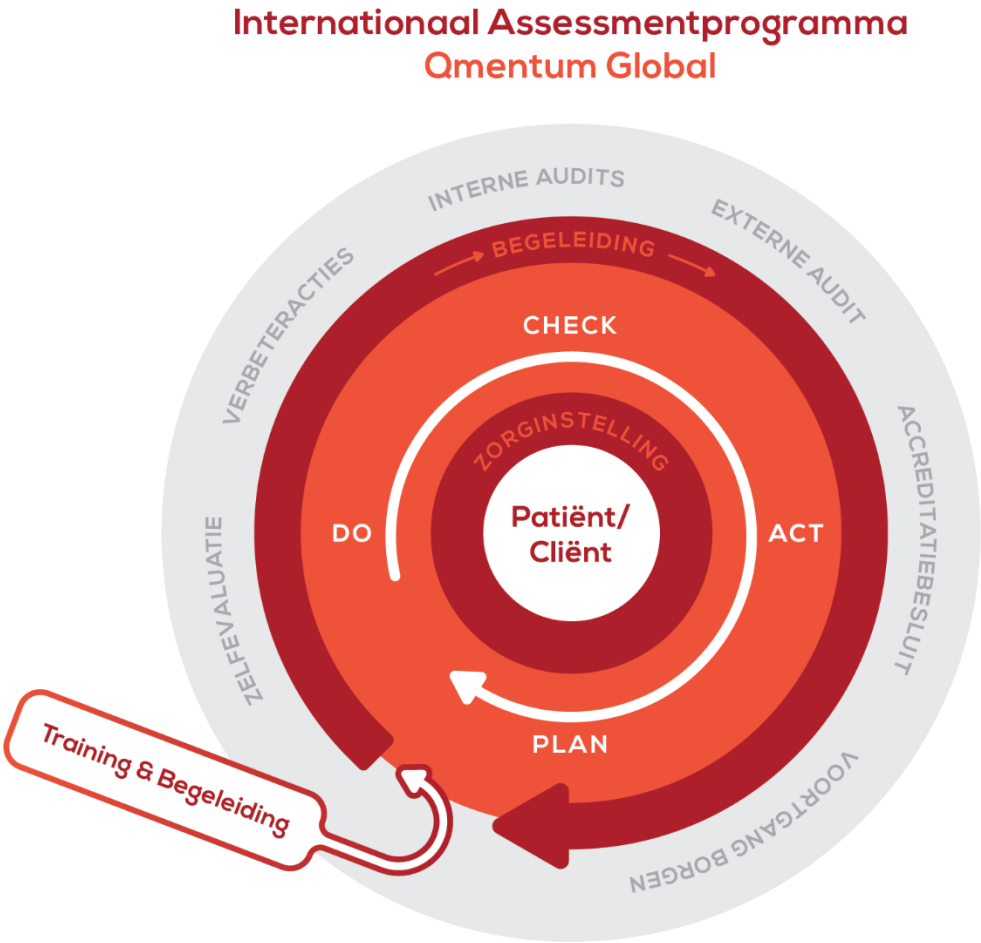
Inleiding 3

1. Samenvatting 4
   - 1.1 Auditinformatie 4
   - 1.2 Conclusies auditteam 7
   - 1.3 Overzicht per normenset 14
   - 1.4 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR) 16
2. Overzicht beoordelingen op niveau goud 17
   - 2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen 17
   - 2.2 Normensets 17
3. Overzicht beoordelingen op niveau platina 19
   - 3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen 19
4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant 25
   - 4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen 25
5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren 26
   - 5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen 26
   - 5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen 30

Inleiding

Qmentum 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.

Qmentum 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.



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 AZ Turnhout heeft plaatsgevonden van 19 tot en met 21 januari 2022.

Auditteam
- De heer dr. R.M.J. Vossaert, voorzitter auditteam
- Mevrouw dr. J.D. Oosting
- De heer H. Cuvelier
- De heer B.G.N. Dewaele
- Mevrouw C. Haesebroek
- De heer J. Alleweireldt, aspirant-auditor

Surveymanager
- De heer Dimitri Dewaele
- Mevrouw Tilly Postelmans

Aanvullende informatie
Het directiecomité van AZ Turnhout 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 2021-2022. Dit is de tweede Qualicor Europe-accreditatie voor deze instelling.

Het directiecomité van AZ Turnhout heeft voorafgaand aan het auditbezoek verklaard dat binnen eenheid neuro-C en intensieve zorgen een groot verloop van medewerkers is gekend en een probleem op het gebied van leiderschap; de instelling heeft goed zicht op de problematiek en een stappenplan is uitgerold.

De audit betreft de volgende locaties van AZ Turnhout
- AZ Turnhout Campus Sint Jozef (SJ).
- AZ Turnhout Campus Sint-Elisabeth (SE).
- Chronische Autodialyse Geel.
- Chronische Autodialyse Mol.

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 AZ Turnhout te toetsen:

De VIR's uit de zorgspecifieke normensets
- Ambulante Zorg.
- Diagnostische beeldvorming.
- Excellente zorgverlening.
- 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.
- Eerstelijnszorg.
- Geestelijke gezondheidszorg.
- Hospicezorg, palliatieve zorg en zorg rond het levenseinde.
- Revalidatiezorg.
- Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen.

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?	96,7%	95%
Is per normenset aan het vereiste aandeel gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) voldaan?	Ja	90% per normenset
Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling?	99,4%	81%
Aan hoeveel procent van alle noodzakelijke criteria voor veilige zorg op niveau platina en diamant, zoals beschreven in de bijlage van de 'Assessmentprocedure 2021-2022' over alle relevante normensets voldoet de instelling?	100%	81%

1.2 Conclusies auditteam

Algemene bevindingen

Overzicht complimenten

De volharding om de audit in deze tijd te laten doorgaan met als leuze 'het is wat het is'. Ondanks de Covid-19 crisis heeft de instelling er voor gekozen om middels een overgangsaudit zich een spiegel te laten voorhouden omtrent haar patiëntveiligheids- en kwaliteitsbeleid. Uiteraard heeft de crisis een weerslag op de werking van de instelling, maar aangezien men geen zicht heeft op een mogelijks kortst bijgelegen einde van de crisis, blijkt duidelijk uit gesprekken met de instelling dat men zich wenst te laten toetsen, waarbij alle geledingen er op vertrouwen dat men in de gegeven omstandigheden zo optimaal mogelijk functioneert, maar dat er inderdaad wellicht nog onvolkomenheden aanwezig zijn.

De vriendelijke ontvangst. We voelden ons overal welkome gasten in jullie huis

De auditoren zijn overal op enthousiaste wijze welkom geheten. Dit uitte zich praktisch ook met name in een performante ICT-ondersteuning van het auditteam, smakelijke voeding en enthousiaste buddy's waarvoor geen moeite te veel was.

Enthousiasme, openheid en fierheid van de medewerkers

De auditoren zijn overal op enthousiaste wijze welkom geheten, waarbij medewerkers van de instelling fier waren omtrent hun manier van werken en dit dan ook uitgebreid wilden illustreren. Sommige gesprekspartners zijn niet zo gelukkig omdat ze naar eigen vinden te weinig tijd vanwege auditoren ter beschikking kregen om hun functioneren volledig toe te lichten. Openheid en transparantie lijkt een rode draad doorheen de instelling te zijn. Zaken die nog niet volledig op orde zijn of fout gegaan zijn worden niet onder de mat geveegd, en dit zowel op het hoogste niveau, als op de werkvloer.

Investering in mensen en middelen en niet enkel in bakstenen

Naar aanleiding van een recente denkdag tussen bestuur, directie en artsen blijkt duidelijk dat niet enkel de betrachting om tot één campus te komen door middel van een nieuwbouwziekenhuis, een belangrijk strategisch punt is, maar dat bij de Raad van Bestuur eveneens de wens en de wil aanwezig is om te investeren in mensen en middelen, ook al zijn die items niet steeds gedekt door de ziekenhuisfinanciering en dus met eigen middelen dienen gerealiseerd te worden. Overigens blijkt uit gesprekken met biomedische dienst, de preventieadviseur, de stafmedewerker kwaliteit en stafmedewerker patiëntenparticipatie dat hen voldoende middelen en mensen toebedeeld worden, zodanig dat hun functioneren optimaal verloopt.

Co-governance van artsen

Binnen de Vlaamse context is co-governance zeker en vast geen verworvenheid. Artsen zijn via drie door hen gemandateerde bestuurders in de raad van bestuur vertegenwoordigd. Dit geeft aanleiding tot een inhoudelijke en bestuurlijke betrokkenheid van de ziekenhuisartsen. Met name naar aanleiding van de Covid-crisis zorgde dit ervoor dat men in gemeenschappelijk overleg, zonder belangrijke onvrede-uitingen, kon overgaan tot het nemen van de nodige, soms beperkende maatregelen. Niet alleen bestuurlijk, maar ook dichter bij de werkvloer is een aantoonbare betrokkenheid van de ziekenhuisartsen bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid (deelname aan stuurgroep kwaliteit / duaal leiderschap op de afdelingen / artsen als interne auditoren…).

Gedegen uitbouw van open disclosure

Een open disclosure procedure vond enige tijd geleden ingang; deze procedure is in overeenstemming met een procedure ontwikkeld aan de universiteit van Leuven en in samenspraak met de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars. De medisch directeur speelt hierin een coachende, ondersteunende en raadgevende rol.

Vlotte bereikbaarheid van de ziekenhuisartsen voor huisartsen

Uit een gesprek met de vertegenwoordiger van de huisartsenvereniging van Turnhout en omgeving, blijkt dat deze heel tevreden zijn over de vlotte en korte communicatielijnen met de ziekenhuisartsen, die laagdrempelig kunnen benaderd worden bij vragen vanuit de eerste lijn.

Korte lijnen in het huis o.a. met dienst ZHH

De instelling zelf heeft een beleid dat er op gericht is dat ondersteunende functionarissen vlot gekend, bereikbaar en beschikbaar zijn. Als voorbeeld is de rol en plaats van de functie ziekenhuishygiëne tijdens de Covid-crisis aangehaald, maar ook andere diensten, zoals bijvoorbeeld de biomedische dienst, de preventieadviseur, de vertrouwenspersoon, etc. zijn goed gekend en beschikbaar.

De introductie van Q coaches en de werking van de Q-teams

In 2021 is een nieuwe kwaliteitsmanager benoemd en deze gaf gestalte aan een reeds eerder geplande aanduiding van vijf Q-coaches. Het betreft vijf medewerkers die deeltijds (20%) vrijgesteld zijn voor kwaliteit, maar dus nog voor het grootste deel werkzaam zijn op hun respectievelijke werkvloer. Op deze wijze is een belangrijke brugfunctie ontstaan tussen kwaliteitsmanagement en de werkvloer, bijdragend tot een groter betrokkenheidsgevoelen van deze werkvloer bij het kwaliteits- en veiligheidsgebeuren.

Aandacht voor valrisico's. VALKUIL is wijd en zijd bekend

VALKUIL is een mnemotechnisch middel om verschillende facetten binnen de preventie van valincidenten te onthouden. Dit middel is goed gekend binnen de afdelingen en wordt als essentieel onderdeel gebruikt en gezien in het valpreventiebeleid van de instelling.

Innovatie in de voeding met meerwaarde voor de patiënt en tegen voedselverspilling

AZ Turnhout poogt middels keuzemogelijkheden en gebruik maken van buffetwagens, aan de patiënten een voeding op maat aan te bieden, zodanig dat patiënten effectief meer en betere voeding tot zich nemen. Daarnaast worden ook inspanningen geleverd om voedselverspilling tegen te gaan door onder meer een wijziging in de bewaarstrategie en het verkopen via 'too good to go' van voeding op het einde van zijn bewaartermijn.

Inventieve kluisjes voor narcoticaveiligheid

Narcotica is veilig opgeborgen op de afdelingen in speciale kluisjes, die de kans op diefstal of oneigenlijk gebruik in belangrijke mate beperken.

Akwadraat isolator

Nog vooraleer de wetgeving het gebruik van cleanrooms verplicht bij de bereiding van chemotherapeutica, heeft de instelling een overeenkomst aangegaan met een private partner (uit de sociale ondernemingssector) die dergelijke cleanroom ter beschikking stelt.

'Wij zijn er voor u' borden op afdelingen

Het is een mooi initiatief dat de bezoeker / patiënt de mogelijkheid biedt om te zien wie de verantwoordelijke verpleegkundige is voor de toegewezen kamers. Ook de afdelingsartsen en

andere paramedici staan op het bord vermeld. Een mooie concrete uitwerking van "gast in ons huis".

Meerwaarde van de perorale raadpleging voor de oncologie patiënten

Chemotherapie wordt in steeds belangrijker mate peroraal toegediend. Dit vereist evenwel de nodige omkadering aangezien het hoogrisicomedicatie blijft. Inschatten van risico's en bijwerkingen, opstellen van een correcte anamnese, beantwoorden van vragen van patiënten, etc. wordt mogelijk gemaakt door het installeren van een specifieke raadpleging voor toedienen of ter beschikking stellen van perorale chemotherapie.

De verbetergedrevenheid van nefro-geriatrie

Er is door de auditoren een belangrijke verbetergedrevenheid ervaren op de afdeling nefro-geriatrie. Hiermede wensen we geen afbreuk te doen aan mogelijks dezelfde gedrevenheid op andere afdelingen, die niet direct gezien de tijdsdruk, door auditoren bezocht zijn.

Ideeënbus op dagchirurgie

In het dagziekenhuis is een ideeënbus geïnstalleerd waarin patiënten ideeën kunnen droppen, die dan meegenomen worden naar de Q-teams en eventueel aanleiding geven tot verbeteracties.

Overzicht uitdagingen

	Uitdaging	Normenset	Criterium	VIR of !	Niveau
1	Het overzicht van reiniging, desinfectie en sterilisatie van het flexibele endoscopische apparaat bevat het identificatienummer van de flexibele endoscoop en het type, het identificatienummer van de geautomatiseerde eenheid voor reiniging, desinfectie en sterilisatie van de endoscoop (indien van toepassing), datum en tijdstip van reiniging, desinfectie en sterilisatie, de naam of unieke aanduiding van de patiënt, de uitvoering van de afzonderlijke inspecties en lektests en de naam van de persoon die de flexibele endoscoop reinigt, desinfecteert en steriliseert.	Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	11.10	!	Goud
2	Steriele medische instrumenten, hulpmiddelen en apparatuur worden vervoerd met gebruik van schone, gesloten of afgedekte wagens en bakken of plastic zakken.	Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	12.6		Goud
3	Communiceert effectief informatie voor cliënten bij zorgovergangen.	Ambulante zorgverlening Revalidatie Verloskundige zorg Geestelijke gezondheidszorg Intramurale zorg Spoedeisende hulp Oncologische zorg Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen	4.10.2 4.10.5 4.12.5 4.16.5 5.23.5 6.18.5 6.18.5 8.17.5 17.9.5 7.11.5	VIR	Platina

Intern toetsingssysteem

Het intern toetsingssysteem van AZ Turnhout voldoet aan de 'Assessmentprocedure 2021-2022 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.	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.	Niet van toepassing

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. Voorafgaand dient aangemerkt dat door tijdsgebrek bij auditoren het toetsen, cross-checken en double-checken van sommige nalevingstesten bij vereiste instellingsrichtlijnen mogelijkerwijze onvoldoende diepgaand is kunnen geschieden.

Noodzakelijke voorwaarde: verbetercultuur (de cultuur is gericht op voortdurende verbetering van de kwaliteit alsmede op borging van de doorgevoerde verbeteringen)
Kwaliteit en veiligheid staat sedert de fusie van de twee ziekenhuizen tot één ziekenhuis (AZ Turnhout), meer dan een decennium geleden, steevast op de agenda van de Raad van Bestuur. Er is een beleidscyclus aanwezig die aanleiding geeft tot een strategiekaart en die de gids is voor het verder definiëren en realiseren van vooropgestelde doelen. In de kaderbrief voor 2022 is kwaliteit en veiligheid en de hiertoe noodzakelijke verbetercultuur één van de zes focusgebieden.
Co-governance van de artsen, onder vorm van vertegenwoordigers in de Raad van Bestuur en het strategische Paritaire Executieve Comité (SPEC), zorgt voor een bestuurlijke en inhoudelijke betrokkenheid van de ziekenhuisartsen. Ook in het ganse kwaliteitsbeleid is er betrokkenheid van de artsen door hun aanwezigheid in Q-teams, de stuurgroep kwaliteit en veiligheid en duaal leiderschap op de diverse afdelingen.
Het aanduiden in 2021 van een nieuwe kwaliteitsmanager en vijf Q-coaches, die voor een belangrijk deel van hun tijd aan hun afdelingen verbonden blijven, zorgen ervoor dat het kwaliteitsgebeuren reëler en meer geëngageerd op de werkvloer beleefd wordt.
Binnen de instelling worden interne audits (vooralsnog niet met de tracertechniek) en CIO's (check it out/veiligheidsrondes) uitgevoerd. Sommige artsen en artsengroepen beginnen gebruik te maken van PROMS. Daarnaast zijn er nog tal van indicatoren die bepaald worden en waarvan sommige via de Vlaamse website *zorgkwaliteit.be* gepubliceerd worden. Al deze informatie wordt gebruikt voor analyse van de werking en opstellen van verbetermaatregelen en worden op transparante wijze gedeeld met de Raad van Bestuur.
Een incidentmeldsysteem en de ombudspersoon geven eveneens input aan de stuurgroep kwaliteit en veiligheid. Calamiteiten worden op niveau van de ziekenhuisartsen besproken. Het implementeren van een open disclosure procedure, alsook het opstarten en implementeren van een patiëntenparticipatie-programma dragen eveneens bij tot de realisatie van de verbetercultuur.
De PDCA-cyclus is breed geïmplementeerd, maar is nog niet in complete volheid aanwezig in een beperkt aantal vereiste instellingsrichtlijnen. Betreffende communicatie van relevante informatie bij een zorgoverdracht is de ISBARR-methode breed geïmplementeerd en werkt deze effectief en efficiënt bij zorgoverdracht tussen klinische afdelingen. Auditoren ontwaarden enkele overdrachten waarbij de communicatie bij overdracht nog onvolledig geborgd is en/of alle risico's in beeld zijn gebracht (overdracht raadplegingen naar hospitalisatie-afdeling bij opname, overdracht verkoeverkamer naar hospitalisatie-afdeling).

Noodzakelijke voorwaarde: verantwoorde zorg (de besturing en organisatie van de (zorg)processen zijn zo ingericht dat zij redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg)
De instelling waarborgt verantwoorde zorg via onder meer het ziekenhuisbrede veiligheidsbeleid zoals hieronder beschreven, alsook vanuit de in de strategiekaart gestelde doelen: ontwikkelen van speerpunten, zorgtrajecten, samenwerkingen, innovatieve zorgconcepten en organisatiemodellen.
Elke afdeling kent een duale aansturing (medische en paramedische/verpleegkundige aansturing). Interne audits, CIO's, informatie uit klachten of uit incidentmeldingen worden meegenomen bij het evalueren van de werking van de afdeling, het implementeren van verbetervoorstellen en opstellen van jaractieplannen.

Begeleidingsverpleegkundigen helpen de intredende verpleegkundigen en zorgkundigen bij de opstart. Inscholing en bijscholing zijn geregeld; registratie van participatie geschiedt centraal en kan decentraal ingezien worden.
Het nagenoeg totaal uitrollen van het KWS (elektronisch patiëntendossier) helpt de professionals bij het volledig overlopen en registreren van de verschillende aspecten van een ziekenhuisverblijf en de verslaglegging van alle (para)medische gegevens, waardoor informatie voor alle betrokkenen beschikbaar is.
Het kritisch proces betreffende patiëntenstroom is op orde.
De criteria met betrekking tot medicatieverificatie zijn op orde. Aanwezigheid van apotheekassistenten op de spoedopname betekenen een duidelijk aantoonbare meerwaarde.
De instelling identificeert probleemafdelingen (bijvoorbeeld neuro-C) en heeft een duidelijk stappenplan ontwikkeld om hieraan te verhelpen.

Noodzakelijke voorwaarde: veiligheid (de veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd)
AZ Turnhout hecht veel belang aan veiligheid voor zijn patiënten, medewerkers, vrijwilligers en bezoekers. Procedureel zijn de volgende aspecten afgedekt en geborgd:

- sterilisatie, desinfectie en reinheid;
- aanschaf en onderhoud apparatuur;
- medicatie: hoogrisicomedicatie, lijst van verboden afkortingen, het veilig gebruik van spuitpompen, de cleanroom voor het bereiden van chemotherapeutica;
- gebruik van de safe surgery checklist;
- patiëntidentificatiebeleid;
- valpreventiebeleid, decubituspreventiebeleid, suicidepreventie beleid, trombose-profylaxebeleid;
- recall-beleid;
- geweld en agressiebeleid.

De uitrol van het KWS (elektronisch patiëntendossier) nadert zijn voltooiing en draagt bij tot het leveren van veilige zorg.
Een aantal zorgondersteunende actoren zoals ziekenhuishygiëne, de preventieadviseur, de vertrouwenspersoon, de biomedische dienst, etc. hebben duidelijk de indruk dat ze begrepen en gerespecteerd worden door de directie en de Raad van Bestuur, die hen voldoende mensen en middelen ter beschikking stelt.
Door de coronacrisis hebben regulier voorziene brandoefeningen en evacuatie-oefeningen tijdelijk geen doorgang gevonden; zodra de pandemie dit mogelijk maakt, zal dit programma hernomen worden.

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
Instellingsbrede normen									
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
Infectie-preventie en -bestrijding	35 (100%)	0 (0%)	2	14 (100%)	0 (0%)	0	49 (100%)	0 (0%)	2
Leiderschap	6 (100%)	0 (0%)	15	14 (100%)	0 (0%)	21	20 (100%)	0 (0%)	36
Medicatie-beheer	63 (100%)	0 (0%)	3	40 (100%)	0 (0%)	0	103 (100%)	0 (0%)	3
Peri-opera-tieve zorg en invasieve ingrepen	9 (100%)	0 (0%)	19	Nvt	Nvt	19	9 (100%)	0 (0%)	38
Revalidatie	Nvt	Nvt	5	Nvt	Nvt	10	Nvt	Nvt	15
Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen	Nvt	Nvt	9	Nvt	Nvt	38	Nvt	Nvt	47

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
Zorgspecifieke normen									
Ambulante zorgverlening	Nvt	Nvt	4	Nvt	Nvt	8	Nvt	Nvt	12
Diagnostische beeldvorming	1 (100%)	0 (0%)	43	1 (100%)	0 (0%)	38	2 (100%)	0 (0%)	81
Geestelijke gezondheids-zorg	Nvt	Nvt	5	Nvt	Nvt	14	Nvt	Nvt	19
Hospicezorg, palliatieve zorg en zorg rond het levenseinde	Nvt	Nvt	5	Nvt	Nvt	27	Nvt	Nvt	32
Intramurale zorg	Nvt	Nvt	11	Nvt	Nvt	10	Nvt	Nvt	21
Kritieke zorg	Nvt	Nvt	7	Nvt	Nvt	21	Nvt	Nvt	28
Oncologische zorg	2 (100%)	0 (0%)	28	9 (100%)	0 (0%)	24	11 (100%)	0 (0%)	52
Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	74 (98,7%)	1 (1,3%)	5	20 (95,2%)	1 (4,8%)	0	94 (97,9%)	2 (2,1%)	5
Spoedeisende hulp	Nvt	Nvt	17	Nvt	Nvt	17	Nvt	Nvt	34
Transfusiedie nsten	Nvt	Nvt	52	Nvt	Nvt	51	Nvt	Nvt	103
Verloskundige zorg	Nvt	Nvt	25	Nvt	Nvt	13	Nvt	Nvt	38
Totaal	**199 (99,5%)**	**1 (0,5%)**	**284**	**115 (99,1%)**	**1 (0,9%)**	**324**	**314 (99,4%)**	**2 (0,6%)**	**608**

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.

	AZ Turnhout		*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 heelkunde ('Safe surgery checklist')**		1	0	1	5	5	0	5	100,0%
2	**Cliëntenidentificatie**		12	0	12	1	12	0	12	100,0%
3	**Gevaarlijke afkortingen**		1	0	1	7	7	0	7	100,0%
4	**Overdracht van informatie op overdrachtsmomenten**		1	8	9	5	36	9	45	80,0%
5	**Medicatieverificatie als strategische prioriteit**		1	0	1	4	4	0	4	100,0%
6	**Medicatieverificatie bij opname – Ambulante zorg**		0	1	1	5	5	0	5	100,0%
7	**Medicatieverificatie bij opname – Acute zorg**		8	0	8	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**		1	0	1	3	3	0	3	100,0%
10	**Hoogrisico medicatie**		1	0	1	8	8	0	8	100,0%
11	**Narcoticaveiligheid**		1	0	1	3	3	0	3	100,0%
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**		1	0	1	4	4	0	4	100,0%
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)**		8	0	8	3	24	0	24	100,0%
28	**Decubituspreventie**		6	0	6	5	30	0	30	100,0%
29	**Voorkoming van zelfdoding**		2	0	2	5	10	0	10	100,0%
30	**VTE profylaxe**		4	0	4	5	20	0	20	100,0%
	Totaal		63	9	72		261	9	270	
	Totaal %		87,5%	12,5%	100,00%		96,7%	3,3%	100,0%	

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

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

2.2 Normensets

Op niveau goud zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

Zorgspecifieke normen

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen		
11.10 Het overzicht van reiniging, desinfectie en sterilisatie van het flexibele endoscopische apparaat bevat het identificatienummer van de flexibele endoscoop en het type, het identificatienummer van de geautomatiseerde eenheid voor reiniging, desinfectie en sterilisatie van de endoscoop (indien van toepassing), datum en tijdstip van reiniging, desinfectie en sterilisatie, de naam of unieke aanduiding van de patiënt, de uitvoering van de afzonderlijke inspecties en lektests en de naam van de persoon die de flexibele endoscoop reinigt, desinfecteert en steriliseert.	!	De auditor stelt vast dat de scopen op de dienst functionele onderzoeken op SE en SJ niet worden geregistreerd op patiëntenniveau. De auditees geven aan dat het desinfectieproces digitaal wordt geregistreerd, maar dat er geen link is met de patiënt. Er wordt een papier van het desinfectieproces geprint en ingescand in het patiëntendossier. Bij een recall is het arbeidsintensief om de patiënt te linken aan het misgelopen desinfectieproces van de endoscoop. Bij elk endoscopisch onderzoek wordt in het patiëntendossier het bewijs van het desinfectieproces van de individuele scoop gedocumenteerd. Aangezien het documentatieproces semi-digitaal verloopt is het bij een eventuele recall momenteel arbeidsintensief om de geïnfecteerde scoop aan de individuele patiënt te koppelen. Dit is bevestigd na interviews met de verpleegkundige, de verantwoordelijke CSA, de verantwoordelijke arts en de coördinator van de afdeling. De risico's zijn gekend, maar hier zijn tot nog toe geen acties voor ondernomen.

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
12.6 Steriele medische instrumenten, hulpmiddelen en apparatuur worden vervoerd met gebruik van schone, gesloten of afgedekte wagens en bakken of plastic zakken.		De hoofdverpleegkundige van de CSA van campus SE geeft aan dat het transport van vuil instrumentarium gebeurt met de instrumententafel, bedekt met een afdekdoek. Bij observatie was er een instrumententafel met veel instrumentarium die niet volledig bedekt kon worden. Het transport van proper instrumentarium gebeurt in open karren. Het transport van vuil en proper instrumentarium van en naar OK gebeurt in eenzelfde lift volgens de hoofdverpleegkundige maar er is gelijktijdig nooit vuil en proper transport samen. Doch wordt de afspraak van volledig afdekken van vuil instrumentarium niet gevolgd, waardoor risico is op kruisbesmetting op steriel instrumentarium, dat eveneens niet afgedekt is.

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
Communicatie			
Communiceert effectief informatie voor cliënten bij zorgovergangen. De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht. *De effectiviteit van de communicatie wordt geëvalueerd en er worden verbeteringen doorgevoerd op basis van ontvangen feedback. Tot de evaluatiemechanismen kunnen de acties hieronder behoren: • het gebruik van een controlehulpmiddel (directe observatie of beoordeling van het cliëntendossier) om de naleving van de gestandaardiseerde werkwijzen en de kwaliteit van de informatie-overdracht te meten; • de cliënten en hun familie en de zorgverleners vragen of zij de informatie hebben ontvangen die zij nodig hadden; • de aan de informatie-overdracht gerelateerde veiligheidsincidenten evalueren (bijvoorbeeld via het incidentenmanagementsysteem voor patiëntveiligheid).*	Ambulante zorgverlening 4.10.5	Niet voldaan	De verpleegkundige educator/coördinator van de polikliniek nefrologie/endocrinologie (SJ), een vroedkundige van de polikliniek gynaecologie (SJ) en een coördinator borstkliniek/oncologiepoli (SE) geven aan dat in het elektronisch patiëntendossier Klinisch Werkstation (KWS) de arts het beleid noteert. De effectiviteit van de communicatie die bij de zorgoverdracht plaatsvindt wordt niet geëvalueerd, waardoor geen verbeteringen worden doorgevoerd op basis van ontvangen feedback. Dit is bevestigd door de verpleegkundige educator/coördinator van de polikliniek nefrologie/endocrinologie (SJ), een vroedkundige van de polikliniek gynaecologie (SJ) en een coördinator borstkliniek/oncologiepoli (SE).
Communiceert effectief informatie voor cliënten bij zorgovergangen. De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht. *De effectiviteit van de communicatie wordt geëvalueerd en er worden verbeteringen doorgevoerd op basis*	Revalidatie 4.12.5	Niet voldaan	De informatie die bij een zorgovergang moet worden gedeeld is gedefinieerd en gestandaardiseerd conform de zogenaamde Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation en Readback (ISBARR)-methode. Deze methode is ingebouwd in het KWS, waar dit

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
van ontvangen feedback. Tot de evaluatiemechanismen kunnen de acties hieronder behoren: - het gebruik van een controlehulpmiddel (directe observatie of beoordeling van het cliëntendossier) om de naleving van de gestandaardiseerde procedures en de kwaliteit van de informatie-overdracht te meten; - de cliënten en hun familie en de zorgverleners vragen of zij de informatie hebben ontvangen die zij nodig hadden; - de aan de informatie-overdracht gerelateerde veiligheidsincidenten evalueren (bijvoorbeeld via het incidentenmanagementsysteem voor patiëntveiligheid).			ook wordt vastgelegd. De effectiviteit van de communicatie wordt niet aantoonbaar geëvalueerd, op grond waarvan dan ook geen beleidsverbeteringen worden doorgevoerd. Dit is bevestigd gezien in gesprekken met twee verpleegkundigen van de locomotorische revalidatie verpleegafdeling (SJ), de VIR-verantwoordelijke en de directeur patiëntenzorg.
Communiceert effectief informatie voor cliënten bij zorgovergangen. De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht. *De effectiviteit van de communicatie wordt geëvalueerd en er worden verbeteringen doorgevoerd op basis van ontvangen feedback. Tot de evaluatiemechanismen kunnen de acties hieronder behoren:het gebruik van een controlehulpmiddel (directe observatie of beoordeling van het cliëntendossier) om de naleving van de gestandaardiseerde procedures en de kwaliteit van de informatie-overdracht te meten;de cliënten en hun familie en de zorgverleners vragen of zij de informatie hebben ontvangen die zij nodig hadden;de aan de informatie-overdracht gerelateerde veiligheidsincidenten evalueren (bijvoorbeeld via het incidentenmanagementsysteem voor patiëntveiligheid).*	Verloskundige zorg 4.16.5	Niet voldaan	De informatie die bij een zorgovergang moet worden gedeeld is gedefinieerd en gestandaardiseerd conform de ISBARR-methode. Deze methode is ingebouwd in het KWS, waar dit ook wordt vastgelegd. De effectiviteit van de communicatie wordt niet aantoonbaar geëvalueerd, op grond waarvan dan ook geen beleidsverbeteringen worden doorgevoerd. Dit is bevestigd gezien in een gesprek met de hoofdverpleegkundige en een verpleegkundige van de verpleegafdeling materniteit/verloskamer/neonatologie (SJ), de VIR-verantwoordelijke en de directeur patiëntenzorg.

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
Communiceert effectief informatie voor cliënten bij zorgovergangen. De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht. *De effectiviteit van de communicatie wordt geëvalueerd en er worden verbeteringen doorgevoerd op basis van ontvangen feedback. Tot de evaluatiemechanismen kunnen de acties hieronder behoren: -het gebruik van een controlehulpmiddel (directe observatie of beoordeling van het cliëntendossier) om de naleving van de gestandaardiseerde werkwijzen en de kwaliteit van de informatie-overdracht te meten; -de cliënten en hun familie en de zorgverleners vragen of zij de informatie hebben ontvangen die zij nodig hadden; -de aan de informatie-overdracht gerelateerde veiligheidsincidenten evalueren (bijvoorbeeld via het incidentenmanagementsysteem voor patiëntveiligheid).*	Kritieke zorg 5.23.5	Niet voldaan	De effectiviteit van de communicatie die bij de zorgoverdracht plaatsvindt wordt niet geëvalueerd, waardoor geen verbeteringen worden doorgevoerd op basis van ontvangen feedback. Dit is bevestigd gezien in een gesprek met een verpleegkundige van de afdeling IZ.
Communiceert effectief informatie voor cliënten bij zorgovergangen. De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht. *De effectiviteit van de communicatie wordt geëvalueerd en er worden verbeteringen doorgevoerd op basis van ontvangen feedback. Tot de evaluatiemechanismen kunnen de acties hieronder behoren: -het gebruik van een controlehulpmiddel (directe observatie of beoordeling van het cliëntendossier) om de naleving van de gestandaardiseerde procedures en de kwaliteit van de informatie-overdracht te meten; -de cliënten en hun familie en de zorgverleners vragen of zij de informatie hebben ontvangen die zij nodig hadden; -de aan de informatie-overdracht gerelateerde veiligheidsincidenten*	Geestelijke gezondheidszorg 6.18.5	Niet voldaan	Bij de zorgoverdracht van een patiënt die overgeplaatst wordt van een klinische afdeling naar de Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) vindt dit gestandaardiseerd en gestructureerd plaats via de ISBARR-methode, hetgeen in orde is bevonden door de auditor. Bij de zorgoverdracht van een patiënt die overgeplaatst wordt naar een meer gespecialiseerde kliniek is de informatie die bij de zorgoverdracht naar de ambulancemedewerker moet worden gedeeld echter niet gestandaardiseerd tenzij het een patiënt betreft die gedwongen is opgenomen. De inhoud van de mondelinge overdracht is medewerker-afhankelijk. De effectiviteit van de communicatie die bij de

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
evalueren (bijvoorbeeld via het incidentenmanagementsysteem voor patiëntveiligheid).			zorgoverdracht plaatsvindt wordt niet geëvalueerd, waardoor geen verbeteringen worden doorgevoerd op basis van ontvangen feedback. Dit is bevestigd gezien in een gesprek met de hoofdverpleegkundige PAAZ.
Communiceert effectief informatie voor cliënten bij zorgovergangen. De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgovergang. *De effectiviteit van de communicatie wordt geëvalueerd en er worden verbeteringen doorgevoerd op basis van ontvangen feedback. Tot de evaluatiemechanismen kunnen de acties hieronder behoren: -het gebruik van een controlehulpmiddel (directe observatie of beoordeling van het cliëntendossier) om de naleving van de gestandaardiseerde procedures en de kwaliteit van de informatie-overdracht te meten; -de cliënten en hun familie en de zorgverleners vragen of zij de informatie hebben ontvangen die zij nodig hadden; -de aan de informatie-overdracht gerelateerde veiligheidsincidenten evalueren (bijvoorbeeld via het incidentenmanagementsysteem voor patiëntveiligheid).*	Intramurale zorg 6.18.5	Niet voldaan	De effectiviteit van de communicatie die bij de zorgoverdracht plaatsvindt wordt niet geëvalueerd, waardoor geen verbeteringen worden doorgevoerd op basis van ontvangen feedback. Dit is bevestigd gezien in een gesprek met de hoofdverpleegkundige van de nefrologie/geriatrie verpleegafdeling (SE), de VIR-verantwoordelijke en de directeur patiëntenzorg.
Communiceert effectief informatie voor cliënten bij zorgovergangen. De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgovergang. *De effectiviteit van de communicatie wordt geëvalueerd en er worden verbeteringen doorgevoerd op basis van ontvangen feedback. Tot de evaluatiemechanismen kunnen de acties hieronder behoren: -het gebruik van een controlehulpmiddel*	Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen 7.11.5	Niet voldaan	De auditoren kunnen niet opmaken uit de getoonde auditrapporten dat de effectiviteit van informatie overdracht geëvalueerd wordt.

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
(directe observatie of beoordeling van het cliëntendossier) om de naleving van de gestandaardiseerde procedures en de kwaliteit van de informatieoverdracht te meten; -de cliënten en hun familie en de zorgverleners vragen of zij de informatie hebben ontvangen die zij nodig hadden; -de aan de informatieoverdracht gerelateerde veiligheidsincidenten evalueren (bijvoorbeeld via het incidentenmanagementsysteem voor patiëntveiligheid).			
Communiceert effectief informatie voor cliënten bij zorgovergangen. De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de overdracht. *De effectiviteit van de communicatie wordt geëvalueerd en er worden verbeteringen doorgevoerd op basis van ontvangen feedback. Tot de evaluatiemechanismen kunnen de acties hieronder behoren: -het gebruik van een controlehulpmiddel (directe observatie of beoordeling van het cliëntendossier) om de naleving van de gestandaardiseerde procedures en de kwaliteit van de informatieoverdracht te meten; -de cliënten en hun familie en de zorgverleners vragen of zij de informatie hebben ontvangen die zij nodig hadden; -de aan de informatieoverdracht gerelateerde veiligheidsincidenten evalueren (bijvoorbeeld via het incidentenmanagementsysteem voor patiëntveiligheid).*	Spoedeisende hulp 8.17.5	Niet voldaan	De informatie die bij een zorgovergang moet worden gedeeld is gedefinieerd en gestandaardiseerd conform de zogenaamde ISBARR -methode. Deze methode is ingebouwd in het KWS, waar dit ook wordt vastgelegd. De effectiviteit van de communicatie wordt niet aantoonbaar geëvalueerd, op grond waarvan dan ook geen beleidsverbeteringen worden doorgevoerd.
Communiceert effectief informatie voor cliënten bij zorgovergangen. De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht.	Oncologische zorg 17.9.5	Niet voldaan	De informatie die bij een zorgovergang moet worden gedeeld is gedefinieerd en gestandaardiseerd conform de zogenaamde ISBARR-methode. Deze methode is ingebouwd in het KWS, waar dit ook wordt vastgelegd. De effectiviteit van

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
De effectiviteit van de communicatie wordt geëvalueerd en er worden verbeteringen doorgevoerd op basis van ontvangen feedback. Tot de evaluatiemechanismen kunnen de acties hieronder behoren: -het gebruik van een controlehulpmiddel (directe observatie of beoordeling van het cliëntendossier) om de naleving van de gestandaardiseerde werkwijzen en de kwaliteit van de -informatie-overdracht te meten; -de cliënten en hun familie en de zorgverleners vragen of zij de informatie hebben ontvangen die zij nodig hadden; de aan de informatie-overdracht gerelateerde veiligheidsincidenten evalueren (bijvoorbeeld via het incidentenmanagementsysteem voor patiëntveiligheid).			de communicatie wordt niet aantoonbaar geëvalueerd, op grond waarvan dan ook geen beleidsverbeteringen worden doorgevoerd. De effectiviteit van de communicatie die bij de zorgoverdracht plaatsvindt wordt niet geëvalueerd, waardoor geen verbeteringen worden doorgevoerd op basis van ontvangen feedback. Dit is bevestigd gezien in een gesprek met de met de hoofdverpleegkundige van de verpleegafdeling oncologie (SE), de VIR-verantwoordelijke en de directeur patiëntenzorg.

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 weergeven per kritisch proces, dan per normenset. Sommige kritische processen in deze paragraaf hebben ook betrekking op zorgspecifieke normen.

Kritisch proces	Omschrijving
Cliëntgerichte zorg	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.
Ambulante zorgverlening Oncologische zorg Kritieke zorg Governance Hospicezorg, palliatieve zorg en zorg rond het levenseinde Intramurale zorg Leiderschap Geestelijke gezondheidszorg Verloskundige zorg Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen Revalidatie Excellente zorgverlening Spoedeisende hulp	
Opmerkingen: Cliëntgerichte zorg is in de meeste normensets getoetst; de auditoren hebben vastgesteld dat de instelling hier een particulier belang aan hecht. In 2019 is het vooruitzicht van het strategisch plan voor de periode 2020-2025 een beleidsnota ontwikkeld, de 'Patiënt als Partner'. Na een inventarisatie van alle bestaande initiatieven en realisaties is een planning opgesteld binnen dit strategisch plan voor de verdere uitrol van initiatieven op micro-, meso- en macroniveau. Een aantal realisaties zijn door de auditoren reeds waargenomen.	
Menselijk kapitaal (HRM)	Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditor heeft van de directeur Human Resource Management (HRM) gehoord dat de instelling aandacht heeft voor de verbetering van de arbeidsomstandigheden en een gezonde en veilige werkomgeving. Nieuwe medewerkers krijgen inscholing met aandacht voor kwaliteit en patiëntveiligheid. In het zorgdepartement staan twee begeleidingsverpleegkundigen ter beschikking om beginnende zorgprofessionals bij te staan.	

Kritisch proces	Omschrijving
Het beleid ter voorkoming van geweld en agressie is aanwezig, medewerkers krijgen dienaangaande opleiding en incidenten met betrekking tot agressie worden gemeld. De hoofdverpleegkundige van cardiologie en de hoofdverpleegkundige van pediatrie kunnen voor de individuele medewerkers nakijken welke opleidingen zijn gevolgd. De opleiding rond het KWS en EMV is opgenomen in het traject van de nieuwe medewerker. De auditor kan in het gesprek met de begeleidingsverpleegkundige dit traject inkijken. Op de afdeling gastro- enterologie/heelkunde is een checklist voor afdelingsgebonden inscholing beschikbaar. In dit document zijn ook specifieke items rond medicatiegebeuren (distributie, bestellen medicatie niet in stock, hoogrisicomedicatie, verdoving, antibiotica, noodkast, wachtdienst,…) opgenomen. Voor de vroedkundigen zijn regelmatig interne scholingen georganiseerd zodat zij hun bijscholingspunten kunnen behalen.	
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.
Oncologische zorg Leiderschap	

Opmerkingen:

Voor het kritisch proces 'Geïntegreerd kwaliteitsmanagement' heeft de auditor gesprekken gevoerd met een delegatie van de Raad van Bestuur, de kwaliteitsmanager en vier Q-coaches, de medisch directeur en vier zorgmanagers.
Kwaliteit en veiligheid (K&V) is een strategische prioriteit voor de Raad van Bestuur sedert de fusie van de twee ziekenhuizen in Turnhout (2009).
Een duidelijk engagement is aanwezig vanwege de Raad van Bestuur om niet alleen "in bakstenen" te investeren, maar ook in mensen en middelen om het kwaliteitsbeleid te ondersteunen.
In het voorjaar 2021 heeft een optimalisatie plaatsgevonden van de organisatie van het K&V-beleid met het benoemen van een nieuwe kwaliteitsmanager, vijf Q-coaches (één per zorgcluster), duale kwaliteitsbetrokkenheid op elke afdeling (hoofdverpleegkundige en arts), en de oprichting van een stuurgroep K&V waarin drie artsen participeren, waardoor ook de betrokkenheid van de ziekenhuisartsen gegarandeerd is. De Q-coaches zorgen, dankzij hun aanwezigheid, voor een directere betrokkenheid van de werkvloer bij het K&V-beleid van de instelling.
Een patiëntveiligheidsplan is aanwezig en een incidentmeldsysteem is functioneel en vormt één van de elementen van feedback die gebruikt worden binnen de Plan-Do-Check-Act-cyclus van het K&V-beleid. Het meldsysteem is niet toegankelijk voor patiënten en huisartsen.
Een open-disclosure beleid is opgestart en geïmplementeerd.
Het medicatieverificatiebeleid is uitgeschreven en is regelmatig geëvalueerd en bijgestuurd. Begin 2022 is versie 4.0 gepubliceerd.
De auditor heeft een gesprek met een abdominaal chirurg, tevens lid vanuit de medische raad van de stuurgroep K&V gehad. Artsen en artsengroepen maken geleidelijk aan meer gebruik van klinische outcome-indicatoren waarop kan gestuurd worden. De doorontwikkeling van outcome-indicatoren en het gebruik van informatie- en communicatietechnologie (ICT) hierin verdient aandacht.
De auditoren hebben vastgesteld dat AZ Turnhout bewust middelen inzet om een grondige kwaliteitswerking te faciliteren. Duidelijke taken zijn toegewezen aan een kwaliteitscoördinator, aan zorgmanagers en Q-coaches. Uit een gesprek met de directie en enkele medewerkers van het kwaliteitsteam blijkt dat ingezet wordt op een integrale kwaliteitswerking die 'bottom-up' is ingevuld.
Werken met Q-coaches en Q-teams die ook op de werkvloer actief zijn verdient een compliment en de auditoren kunnen waarnemen dat het enthousiasme en betrokkenheid veroorzaakt.
Tijdens meerdere gesprekken met verpleegkundigen, hoofdverpleegkundigen en medewerkers van het kwaliteitsteam, blijkt dat de Q-teams actief inzetten op de verwerking en analyse van incidenten. De auditoren hebben waargenomen dat verbeteracties zijn opgezet uit deze incidentanalyses. Aansluitend

Kritisch proces	Omschrijving

hebben de auditoren waargenomen dat het ziekenhuis een "check it out"-evaluatiesysteem hanteert. Uit een gesprek met de kwaliteitscoördinator en zorgmanager blijkt echter dat de "check it outs" voornamelijk een bevraging is van medewerkers. Het is onduidelijk of tijdens deze check en tijdens interne audits, ook een evaluatie wordt gemaakt van enkele belangrijke processen zoals bijvoorbeeld de medicatiebedeling of zorgoverdrachten, door de processen actief mee te volgen en te beoordelen.
De kwaliteitsmedewerkers getuigen dat men sinds december 2021 uit het patiëntendossier gegevens kan halen als indicatoren om na te gaan of de registratie van kritische processen daadwerkelijk gebeurt (risicotaxaties, medicatieverificatie, dubbele check HRM, ...); dit is sindsdien eenmaal uitgevoerd.
Een hoofdverpleegkundige geeft aan dat ze een kwaliteitsbord op de afdeling wil installeren maar dat dit een eigen initiatief is en dat dit niet wordt aangestuurd vanuit de kwaliteitswerking van het ziekenhuis. Op een andere afdeling geeft een hoofdverpleegkundige aan dat ze een resultatenbord heeft maar de auditoren hebben vastgesteld dat op dit bord geen indicatoren hangen of resultaten vermeld staan.

Patiëntenstroom	Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings.

Leiderschap
Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen
Spoedeisende hulp

Opmerkingen:

Het proces betreffende patiëntenstroom is in orde bevonden. In het gesprek met de betrokken medewerkers (bedco's) blijkt dat de doorstroom van patiënten goed en continu wordt opgevolgd. Er zijn duidelijke afspraken (code zwart en opnamestop) om de regulering in de hand te houden. Ook is er een duidelijke procedure en schema om patiënten toe te wijzen. De auditoren verwijzen hierbij naar de procedure 'Bedcontingentering en bijhorende spelregels' en het beddentoewijzingsschema dat op geregelde basis wordt bijgestuurd.

Medische instrumenten en apparatuur	Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen.

Oncologische zorg
Diagnostische beeldvorming
Leiderschap
Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen
Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen

Opmerkingen:

De auditoren hebben de afdelingen sterilisatie en endoscopie bezocht op de campus SE en SJ onder begeleiding van de verantwoordelijke van sterilisatie, de verantwoordelijke van endoscopie, de hoofdverpleegkundige van de centrale sterilisatieafdeling (CSA) en de verantwoordelijke apotheker.
De afdelingen endoscopie op campus SE en SJ zijn recent volledig vernieuwd waarbij een centrale reinigings- en desinfectie-unit is gerealiseerd op beide campussen. Hierbij is een volledige scheiding van besmet en gedesinfecteerd instrumentarium gerealiseerd. Apart personeel is voorzien voor de reiniging en desinfectie van de scopen. De registratie van de scopenreiniging gebeurt digitaal, met uitzondering van de registratie van de patiënt. De registratie van de patiënt wordt niet in het overzicht van reiniging en desinfectie opgenomen. Wel wordt volgens de verantwoordelijke van endoscopie, de coördinator van endoscopie en de arts, het papieren formulier van het reinigings- en desinfectieproces ingescand in het digitaal medisch dossier.
Het drogen van de scopen gebeurt in daarvoor voorziene droogkasten.
Op regelmatige basis gebeuren staalafnames door de verantwoordelijke van endoscopie en het team

Kritisch proces	Omschrijving

ziekenhuishygiëne.
Alle procedures voor scopenreiniging en -desinfectie en -sterilisatie zijn beschikbaar in het documentbeheersysteem Infoland.
De medewerkers van de afdeling endoscopie zijn fier op het werk dat ze uitvoeren en willen graag hun werk correct uitvoeren en volgen de afspraken zoals genoteerd in de procedures.
Twee flexibele cystoscopen op het operatiekwartier (OK) van campus SE worden niet centraal in de endoscopenwasmachines behandeld. Volgens de hoofdverpleegkundige CSA en een medewerker CSA gebeurt een manuele reiniging en desinfectie welke niet geregistreerd wordt.
De medewerkers van CSA zijn gemotiveerde medewerkers die graag uitleg geven aan de auditoren. Zo is een nieuwe medewerker geïnterviewd en een ervaren medewerker.
Op campus SE geeft de hoofdverpleegkundige CSA en de verantwoordelijke apotheker aan dat op korte termijn verbouwingen zullen plaatsvinden, waarbij stelselmatig nieuwe sterilisatietoestellen zullen geïnstalleerd worden.
De vuile instrumenten worden met een instrumententafel vervoerd met een afdekdoek. Bij observatie blijkt de afdekdoek niet de volledige instrumententafel af te dekken. Deze instrumententafel gaat in een lift naar de vuile ruimte van sterilisatie. Daar worden instrumenten gesorteerd, gereinigd en gedesinfecteerd. De propere instrumenten worden gesorteerd en verpakt in afdekdoeken en gesteriliseerd in de autoclaaf. Van deze stappen gebeurt een digitale registratie.
Het transport van steriele instrumenten gebeurt in open transportkarren en gaan via dezelfde transportlift als het vuil instrumentarium (transport wordt wel gescheiden in tijd) naar het OK. Het bewaren van het steriel instrumentarium gebeurt in daarvoor voorziene berging.
Op campus SJ geeft de verantwoordelijke van CSA en de verantwoordelijke apotheker aan dat het transport van vuile en steriele instrumenten volledig gescheiden zijn. Er is een vuile transportgang waarna de instrumenten in de vuile ruimte gesorteerd, gereinigd en gedesinfecteerd worden. De propere instrumenten worden gesorteerd en verpakt in afdekdoeken en gesteriliseerd in de autoclaaf. Van deze stappen gebeurt een digitale registratie.
Het transport van steriele instrumenten gebeurt in open transportkarren, naar het nabijgelegen OK. Het bewaren van het steriel instrumentarium gebeurt in daarvoor voorziene bergingen en kasten. In enkele bergingen heeft de auditor vastgesteld dat de onderste legger open was (mogelijkheid tot kruisbesmetting van de sets).

Governance	Optimaal functioneren van het toezichtsorgaan.
Governance	

Opmerkingen:

Met betrekking tot het kritisch proces 'Governance' heeft de auditor een gesprek gevoerd met drie leden van de Raad van Bestuur (RvB), zijnde de voorzitter en twee ondervoorzitters.
De interessegebieden van de diverse leden van de RvB leunen aan bij K&V. Vanuit hun expertise en competentie beschikken de diverse leden van de RvB over de competenties om beleid mede op te maken op het gebied van K&V.
Co-governance van artsen in het dagelijks bestuur zorgt voor uitvoerende en bestuurlijke betrokkenheid van de ziekenhuisartsen.
K&V is een vast agendapunt op de reguliere maandelijkse vergaderingen van de RvB. De auditor heeft een lijst ingezien van de behandelde onderwerpen sedert 2010.
Aan de RvB worden op kwartaalbasis rapporten bezorgd in verband met K&V, proces- en outcome-indicatoren, klachten, werking ombudsdienst, incidentmeldingen, meldingen agressie en geweld, etc.
De RvB maakt binnen de budgettaire mogelijkheden middelen vrij ter ondersteuning van K&V. In diverse andere gesprekken van de auditor met de preventieadviseur, de kwaliteitsmanager, stafmedewerker patiëntenparticipatie en de verantwoordelijke voor preventief onderhoud medische toestellen is bevestigd dat voldoende middelen, mensen, ICT ondersteuning, etc. ter beschikking gesteld worden.

5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen

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

5.2.1 Ambulante zorgverlening

Kritisch proces	Omschrijving
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 auditoren hebben een verpleegkundige educator/coördinator van de polikliniek nefrologie/endocrinologie (SJ), een vroedkundige van de polikliniek gynaecologie (SJ), een coördinator borstkliniek/oncologiepoli (SE) en de medisch directeur gesproken.
Als tracer zijn een patiënt met diabetes type-I en een patiënt met een borstcarcinoom gevolgd.
Het elektronisch patiëntendossier Klinisch Werk Station (KWS) is ingezien, medicatielijsten zijn getoond.
Een checklist voor de polibezoek is getoond, waarbij het opvalt dat die checklist bij de poli nefrologie SJ niet gestandaardiseerd is, maar per medewerker anders is.
De samenwerking met huisartsen wordt door de poli nefrologie SJ als laagdrempelig ervaren.
Aan de vereiste instellingsrichtlijn (VIR) omtrent patientenidentificatie is voldaan. Recent zijn veranderingen doorgevoerd waardoor bijvoorbeeld het stickeren van de bloedbuizen voor bloedafname bij de patiënt plaatsvindt na controle van naam en geboortedatum. Voorheen werden de buizen vooraf al gestickerd waardoor het risico op patiëntverwisselingen relatief groot was.
De samenwerking binnen de teams en de collegialiteit binnen de afdelingen raadpleging van de instelling wordt als positief ervaren. Het contact met de patiënten is laagdrempelig en de samenwerking met de artsen is goed.

5.2.2 Diagnostische beeldvorming

Kritisch proces	Omschrijving
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:

Tijdens een werkplekbezoek aan de afdeling medische beeldvorming hebben de auditoren vastgesteld dat voldaan is aan de vooropgestelde vereiste instellingsrichtlijnen.
Qua patiëntidentificatie wordt duidelijk aan de patiënt naar naam, voornaam en geboortedatum gevraagd. Het antwoord van de patiënt is een bevestiging door het vermelden van naam, voornaam en geboortedatum. Naam en geboortedatum is zichtbaar op een scherm onmiddellijk naast de patiënt én het scherm waarop de verpleegkundige de nodige handelingen uitvoert voor het nemen van de nodige beelden.
Op het vlak van valpreventie is geïnvesteerd in aanpassingen van de toestellen, zoals bijvoorbeeld handgrepen zodat een patiënt zich op een eenvoudige manier kan vasthouden. Een mooi voorbeeld van het beperken van de valrisico's is het trapsysteem voor de patiënt voor opnames van klein bot.
De auditoren zijn ontvangen door een enthousiast team met een patiëntgerichte attitude.
Personeelstekorten n.a.v. de Covid-pandemie worden onder meer opgelost door de inschakeling van enthousiaste gepensioneerde verpleegkundigen, die beschikken over de noodzakelijke expertise.

5.2.3 Excellente zorgverlening

Kritisch proces	Omschrijving
Besluitondersteuning	Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.

Opmerkingen:

Betreffende het kritisch proces 'Excellente zorgverlening 'stelt de auditor vast dat op de verpleegafdelingen artsen en andere zorgprofessionals gebruik maken van een elektronisch patiëntendossier (KWS); de uitrol gebeurt progressief en is bijna compleet geïmplementeerd.
Wat betreft de vereiste inrichtingsrichtlijn met betrekking op het veilig gebruik van infuuspompen is aan de verschillende nalevingstesten voldaan.
Er worden indicatorgegevens bijgehouden die zijn aangetroffen in een dashboard die aanleiding geven tot kwaliteitsverbeteringsactiviteiten.
Betreffende patiëntenparticipatie heeft de auditor een gesprek met de werkgroep patiëntenparticipatie/persoonsgerichte zorg en de stafmedewerker persoonsgerichte zorg gehad.
In 2019 is in het vooruitzicht van het strategisch plan voor 2020-2025 de beleidsnota 'Patiënt als partner' ontwikkeld. Na een inventarisatie van alle bestaande initiatieven en realisaties is een planning opgesteld binnen dit strategisch plan voor de verdere uitrol van initiatieven op micro-, meso- en macroniveau.
Voorbeelden van cliëntgerichte zorg die de auditor heeft aangetroffen zijn het aanstellen van een ervaringsdeskundige op de psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (PAAZ) in verband met verslavingsproblematiek. Dit initiatief is positief ervaren door zowel patiënten als verpleging. Een ervaringsdeskundige op de dialyseafdeling zit in de plan-fase. Vanuit de medische directie is een aanbeveling aan de artsen gegeven om de patiënt actief te betrekken bij de besluitvorming over behandeling, waarbij de artsen wel sturend maar niet bepalend mogen zijn. Bedsidebriefing wordt reeds bij een aantal zorgoverdrachten gebruikt. Het ter beschikking stellen van kaartjes aan raadplegingspatiënten met suggesties van vragen die men niet mag vergeten te stellen aan artsen is goedgekeurd binnen het medisch diensthoofdenoverleg.
Bij de poli oncologie is recent een perorale raadpleging ingevoerd. Hierbij wordt de patiënt eerst gezien door een verpleegkundige samen met een apothekersassistente. De (thuis-)medicatie wordt geverifieerd, eventueel opgetreden bijwerkingen worden besproken en aandacht is voor psychosociale aspecten. Daarna wordt de patiënt door de arts gezien. Dit in tegenstelling tot de normale gang van zaken waarbij een patiënt eerst door een arts gezien wordt en daarna door een verpleegkundige (zonder apothekersassistent). Ook nieuw is dat de patiënt standaard een week na de start van medicatie thuis gebeld wordt om te vragen hoe het gaat. Uit patiëntenenquêtes en persoonlijke feedback van patiënten blijkt dat patiënten deze nieuwe manier van raadpleging zeer positief vinden. Binnenkort zal deze nieuwe manier ook uitgebreid worden naar de hemato-oncologiepatiënten.
De palliatieve eenheid werkt zeer patiëntgericht; men probeert het de patiënt zo comfortabel mogelijk te maken. De patiënten mogen hun eigen ritme bepalen en bepalen zelf wat en wanneer ze willen eten. Ze mogen persoonlijke spullen in hun kamer zetten. De vraag: "Wat kunnen we voor u doen zodat deze dag speciaal voor u is?" wordt regelmatig gesteld. De medewerkers zijn zeer toegewijd.
De gesproken cardiologische patiënt erkende de meerwaarde van de betrokkenheid bij de informatieoverdracht. Hij voelde zich hierdoor meer op zijn gemak. Hij is ervan overtuigd dat de verpleegkundigen van de dienst cardiologie goed op de hoogte zijn van zijn persoonlijke situatie en evolutie
Recent zijn nieuwe boekjes omtrent borstvoeding gemaakt, wat positief gewaardeerd wordt door de patiënten.

5.2.4 Geestelijke gezondheidszorg

Kritisch proces	Omschrijving
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 hoofdverpleegkundige van de PAAZ op campus SJ en met de verantwoordelijke zorgmanager zijn bevraagd.
Als tracer is een patiënt gevolgd die op 7 januari 2022 is opgenomen.
Het KWS, met daarin de registratie van het risico op zelfdoding, medicatieverificatie en valpreventie is ingezien.
Bij opname wordt het risico op zelfdoding beoordeeld waarbij een indeling in drie categorieën wordt gehanteerd. Deze risicobeoordeling wordt wekelijks opnieuw beoordeeld en vlak voor ontslag of overplaatsing. Afhankelijk van de hoogte van het risico op zelfdoding worden voorzorgsmaatregelen, zoals extra observatiemomenten, getroffen.
De thuismedicatie wordt bij opname vastgelegd in het KWS. Elke drie weken worden de patiënten gezien door de psychiater die de medicatie opnieuw checkt.
Een voorbeeld van een PDCA-cyclus is besproken (afstemming zorgzwaarte en werkdruk verpleegkundigen). Naar aanleiding van te grote zorgzwaarte en daarmee overbelasting van medewerkers is op 18 juni 2021 een analyse gemaakt van de problematiek op de afdeling; het verslag daarvan is ingezien. Verbeteracties die onder andere te maken hebben met een aangepast opnamebeleid en verwijspatroon en extra scholing voor medewerkers zijn als gevolg van deze analyse doorgevoerd. Dit heeft een positief effect op de werkbelasting van de medewerkers.
De procedure 'Valpreventie - Ken jij de valkuil?', versie 3 d.d. 11-8-2021 is ingezien en is in orde.
De samenwerking met de artsen verloopt op een prettige manier. Beleidsplannen worden gezamenlijk met de artsen opgesteld.
Het PAAZ-netwerk van de Kempen functioneert goed. De invoering van het zogenaamde "Bed op recept" binnen het netwerk is een duidelijke verbetering die als voorbeeld is benoemd door de auditees.

5.2.5 Hospicezorg, palliatieve zorg en zorg rond het levenseinde

Kritisch proces	Omschrijving
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:

Gesproken is met de coördinator van de palliatieve eenheid (SE).
Als tracer is een patiënte gevolgd, geboren in 1938, die op 27 december 2021 is opgenomen.
Het KWS met daarin de registratie van de medicatieverificatie, valpreventie en risico op decubitus is ingezien en is in orde.
Alle patiënten op deze afdeling hebben in principe een hoog risico op vallen.
Meerdere voorzorgsmaatregelen worden ingezet om vallen zoveel mogelijk te voorkomen (anti-slipsokken, bed laag zetten, optische melding, etc.) De procedure voor valpreventie wordt gehanteerd. De werkgroep kwetsbare ouderen heeft aangegeven dat valincidenten, waarbij de patiënt niet gewond is geraakt, niet meer gemeld hoeven te worden.
De medicatieverificatie wordt conform de richtlijnen uitgevoerd.
Dagelijks worden patiënten gecontroleerd op decubitus.

5.2.6 Infectiepreventie en -bestrijding

Kritisch proces	Omschrijving
Infectiepreventie en -beheersing	Maatregelen door medisch personeel in gezondheidsinstellingen om het overdragen en oplopen van infectieverwekkers te verminderen.

Opmerkingen:

De auditor heeft het kritisch proces 'Infectiepreventie en bestrijding' getoetst op de campus Sint Jozef (SJ) en de campus Sint Elisabeth (SE) (verpleegeenheden neuro-C, geriatrie campus SE, geriatrie campus SJ, heelkunde B, revalidatie, sterilisatie en endoscopie) alsook tijdens gesprekken met het team ziekenhuishygiëne.
Het team ziekenhuishygiëne is een gemotiveerd en enthousiast team. Mede door Covid heeft dit team voor nog meer uitdagingen gestaan. Er zijn korte communicatielijnen tussen het team ziekenhuishygiëne en de primaire zorg. Op elke afdeling werken referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne die infectiepreventie en -bestrijding als aandachtsgebied hebben. Tweemaal per jaar is er een overleg met de referentieverpleegkundigen en het team ziekenhuishygiëne.
Het team ziekenhuishygiëne wordt geconsulteerd tijdens de planning en ontwikkeling van de fysieke omgeving (verbouwingen). Dit is aangetoond door een audit van een recente verbouwing en door verslaggeving. Het team ziekenhuishygiëne is betrokken bij aanschaf van nieuwe instrumenten en appratuur. Dit is bevestigd door recente voorbeelden uit verslagen van het Medische Materialen Comité.
De luchtkwaliteit in het operatiekwartier wordt opgevolgd door partikeltellingen en air sampling. Op de CSA is de opvolging enkel via het gebouwbeheerssysteem (aantal luchtwissels, drukverschillen, temperatuur en luchtvochtigheid).
Afspraken zijn gemaakt betreffende de houdbaarheid van ontsmettingsmiddelen op de afdelingen. Deze afspraken zijn gekend door de medewerkers op de verpleegafdelingen.
Een uitzondering is het gebruik van flacons met leidingwater voor glycemiebepaling en fysiologisch water voor aerosoltoediening op de afdeling geriatrie en heelkunde B van Campus SJ. Hier zijn geen afspraken betreffende houdbaarheid. De verpleegkundig ziekenhuishygiënist is hiervan op de hoogte gebracht en was eerder niet op de hoogte van de risico's die dit kan meebrengen (kruiscontaminatie).
De afspraak met betrekking tot stockage van gevaarlijke producten is dat deze ontoegankelijk is voor onbevoegden. Op verschillende afdelingen zijn deze producten vrij toegankelijk voor externen (neuro C, heelkunde B, geriatrie Campus SJ); deze afspraak is niet overal gevolgd.
Het team ziekenhuishygiëne heeft toezicht op afval en linnen. Het linnen wordt extern uitbesteed. Jaarlijks is opvolging van de bacteriologische controles op het linnen. Het afval wordt opgevolgd door de preventieadviseur en milieuadviseur. De verpleegkundige ziekenhuishygiënist geeft aan dat de afspraak is dat afval en linnen steeds bewaard worden in gesloten containers met pedaalbedieningen. Op heel wat afdelingen heeft de auditor vastgesteld dat de pedaalbediening van de mobiele afval- en linnenwagens niet meer functioneert, waardoor het deksel handmatig moet geopend worden (neuro C, heelkunde B, geriatrie Campus SJ, geriatrie campus SE, revalidatie).
Het omgaan met voeding gebeurt volgens HACCP-richtlijnen. Controles van koelkasten zijn aangetoond. De auditoren stellen echter vast op de afdelingen neuro-C en IZ dat het voedsel bewaard in een koelkast niet volgens geldende afspraken wordt opgevolgd (i.e. dagelijkse temperatuurcontrole dient genoteerd te worden op de koelkast door de schoonmaakster). Op de controlebladen die hangen op de koelkasten van genoemde afdelingen wordt dit niet dagelijks genoteerd.
Op de campussen SE en SJ zijn grootkeukens aanwezig die volgens de HACCP-normen wordt opgevolgd. Er is een HACCP-handboek aanwezig en een HACCP-werkgroep komt met regelmaat samen onder leiding van de HACCP-verantwoordelijke. Op de campus SJ is volgens het diensthoofd van de keuken een risico vastgesteld, namelijk de moeilijkheid rond scheiding van processen van enerzijds bereiding en portionering van voeding en anderzijds het afwassen van vuile vaat. Het diensthoofd van de keuken heeft dit risico geïnventariseerd en geeft aan dit risico op te vangen door deze processen in tijd te scheiden en dus de activiteiten niet gelijktijdig te laten plaatsvinden. Bij toekomstige verbouwingswerken zal dit ook worden aangepakt.
De HACCP-werkgroep voert mooie initiatieven rond voeding, zo wil men de verspilling rond voeding zo beperkt mogelijk houden.

De medewerkers hebben toegang tot de protocollen rondom infectiebestrijding en preventie. De naleving van infectiepreventie en -bestrijdingsbeleid wordt structureel bewaakt door check outs. Er zijn rapportages getoond door het team ziekenhuishygiëne en de hoofdverpleegkundigen.
De verpleegkundig ziekenhuishygiënist geeft aan dat middelen aangevraagd worden via de jaarlijkse begroting op het team ziekenhuishygiëne en het comité ziekenhuishygiëne.
Tijdens observaties op de verpleegeenheden neuro-C, geriatrie campus SE, geriatrie campus SJ, heelkunde B, revalidatie, sterilisatie en endoscopie is vastgesteld dat voldoende handhygiënemiddelen aanwezig zijn. De instructie hoe men de handendesinfectie moet uitvoeren is ook beschikbaar.
Medewerkers krijgen voorlichting over handhygiëne en audits hebben plaats gevonden. De verpleegkundige ziekenhuishygiënist kan aantonen dat controlerondgangen zijn georganiseerd waarbij controles gebeuren over de techniek van handhygiëne, over de indicaties voor handhygiëne en over de basisvereisten handhygiëne. Hierbij wordt onmiddellijk bijsturing en uitleg gegeven over handhygiëne aan de medewerker. Deze voorlichting wordt niet geregistreerd, maar de resultaten van deze audits zijn wel gecommuniceerd naar de hoofdverpleegkundigen.
Artsen en assistenten worden bij aanwerving geïnstrueerd door de geneesheer ziekenhuishygiënist.
Tijdens de bezoeken van de auditoren zijn verschillende medewerkers aangetroffen met lange mouwen en wordt een vestje gedragen bij patiëntenzorg, terwijl de afspraak in het ziekenhuis is om enkel een vestje te dragen in de verpleegwacht en om driekwart mouwen te dragen.
Zorggerelateerde infecties worden binnen de organisatie opgevolgd, geanalyseerd en gedeeld met het zorgmanagement en de directie. Afdelingshoofden van de geconsulteerde afdelingen geriatrie op SE en SJ, heelkunde B en revalidatie zijn hiervan niet op de hoogte. De hoofdverpleegkundigen geven aan dat ze bij eventuele problemen wel geconsulteerd worden, zoals bij uitbraken. De postoperatieve wondinfecties en lijnsepsis worden onder andere vastgelegd en besproken in het team ziekenhuishygiëne en het comité ziekenhuishygiëne, maar de afdelingen beschikken niet over deze gegevens.
Er zijn uitbraken vastgelegd, geïnventariseerd en geanalyseerd door middel van bron- en contactonderzoek. Informatie en resultaten wordt op het comité ziekenhuishygiëne doorgegeven en maatregelen worden onmiddellijk genomen.

5.2.7 Intramurale zorg

Kritisch proces	Omschrijving
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:

Gesproken is met de hoofdverpleegkundige van de afdeling nefrologie en met de hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie (SE).
Als tracer is een patiënt van 82 jaar gevold die opgenomen is op 14 januari 2022.
Het KWS is ingezien en de registratie van de medicatieverificatie, het risico op vallen en op decubitus zijn in orde bevonden.
Bij opname wordt het risico op decubitus beoordeeld met behulp van de zogenaamde Norton-schaal. Na een week wordt de risicobeoordeling op decubitus standaard herhaald. De firma die de decubitusmatrassen levert (Ario Huntington) controleert de effectiviteit van de voorzorgsmaatregelen elk kwartaal door elke patiënt fysiek te controleren. De rapportage hiervan wordt naar de wondverpleegkundige gestuurd. De resultaten worden door de wondverpleegkundige besproken met de hoofdverpleegkundige, die het vervolgens weer in de teamvergadering inbrengt. Recent is de patiëntenfolder met informatie over decubitus aangepast met de meest actuele informatie over dit onderwerp.
De bloedafname op de afdeling gebeurt door de verpleegkundige. Een voorbeeld van een PDCA-cyclus op dit onderwerp is besproken. Een incident waarbij foutieve identificatie heeft plaatsgevonden heeft geleid tot een aanpassing in het beleid met betrekking tot het voorbereiden van de bloedafnameronde 's-morgens. Nu vindt de controle op drie punten plaats: eerst controle door degene die alles klaarlegt, daarna volgt nog een controle door de nachtdienst en vervolgens controleert degene die bloed afneemt aan het bed van de

patiënt nogmaals door naam en geboortedatum te vragen en dan pas de buizen van identificatiestickers te voorzien. De registratie van de bloedafname gebeurt in het KWS.
Elk kwartaal worden standaard alle veiligheidsincidentmeldingen (VMS) van de afdeling besproken in de teamvergadering. Indien nodig bespreekt de hoofdverpleegkundige incidenten al eerder met betrokkenen medewerkers.
De medicatie die op de afdeling aanwezig is ligt achter gesloten deuren. Gekoelde medicatie bevindt zich in een koelkast waar temperatuurbewaking op plaats vindt rechtstreeks door de apotheek.
De zorgoverdracht naar een andere klinische afdeling gebeurt gestandaardiseerd en gestructureerd conform de ISBARR-systematiek. Deze systematiek is ingevoerd per 28 juni 2021. De documentatie omtrent de invoering is getoond. In het clusteroverleg van de hoofdverpleegkundigen met de zorgmanager worden interne audits besproken en op die manier vinden evaluaties van het beleid omtrent zorgoverdracht en valpreventie plaats.
In een gesprek met de VIR-verantwoordelijke (valpreventie en overdracht) en de directeur patiëntenzorg geven zij aan dat de evaluatie van de effectiviteit plaatsvindt via interne audits. De verslagen van de interne audits van verschillende afdelingen zijn ingezien.
Uit het verslag van de interne audit van de afdeling gastro-enterologie d.d. 3-3-2020 blijkt dat de nalevingstest met betrekking tot evaluatie van de effectiviteit als voldaan is gescoord voor valpreventie en als niet voldaan is gescoord voor overdracht. Wat verder met deze informatie is gedaan blijkt niet uit het verslag.
Uit het verslag van de interne audit van de afdeling pediatrie d.d. 6-10-2021 blijkt dat de nalevingstest met betrekking tot evaluatie van de effectiviteit niet bevraagd is voor valpreventie en als voldaan is gescoord voor overdracht op basis van één bevinding (een opmerking die ouders hadden gemaakt doorgegeven was aan de volgende shift van de verpleging).
De gesproken hoofdverpleegkundige is zeer gedreven om verbeteringen door te voeren en werkt zelf ook mee als dat nodig is. In de koffiekamer van de afdeling hangt een verbeterbord waar medewerkers verbetersuggesties laagdrempelig op noteren. Deze punten worden besproken en door de hoofdverpleegkundige gearchiveerd.
Op de verpleegafdeling nefrologie/geriatrie werkt een jong team dat zeer gedreven is. Het team werkt goed samen en heeft een goede band met elkaar en met de hoofdverpleegkundige. De afdeling is vaak opgesplitst in verband met het vormen van Covid-afdelingen. Op de afdeling geriatrie zijn ook relatief veel patiënten overleden aan Covid. De sfeer in het team is zeer goed en men helpt elkaar waar kan, aldus de gesproken auditees.

5.2.8 Kritieke zorg

Kritisch proces	Omschrijving
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 betreffende kritieke zorg zijn de auditoren langs geweest op de afdeling IZ en de dienst cardiologie. Op beide afdelingen is een gesprek gevoerd met de hoofdverpleegkundige, de adjunct-hoofdverpleegkundige, een intensivist, een assistent-arts en enkele verpleegkundigen. Ook is een gesprek gevoerd met een patiënt die werd gemuteerd van IZ naar cardiologie.
Uit een gesprek met een patiënt bleek een algemene tevredenheid over zijn verblijf op IZ. Vooral de vriendelijkheid van alle artsen en medewerkers is hierin opvallend aldus de patiënt; zorg en opvolging waren voortreffelijk en er waren geen negatieve opmerkingen.
De auditoren stellen vast dat het team van IZ een zware periode, mede door de Covid-pandemie, heeft doorgemaakt met veel personeelsmutaties. De aanstelling van een nieuwe hoofdverpleegkundige en adjunct-hoofdverpleegkundige is hierin een kantelpunt geweest om opnieuw één centraal beleid te kunnen voeren. De auditoren stellen vast dat bij elke arts en de teamleden veel enthousiasme blijkt om deze dienst opnieuw op de kaart te zetten en de nodige verbeterprojecten te organiseren.

De auditoren stellen vast dat er een sterk bewustzijn is om verbeteracties op te nemen en te implementeren maar dat er weinig systematisch wordt vastgelegd en geëvalueerd. De auditoren verwijzen hierbij naar het valpreventiebeleid en de patiëntenoverdracht waarbij o.a. een verpleegkundige aangaf ISBAR te kennen maar dit niet toe te passen. Ook de hoofdverpleegkundige heeft in een gesprek aangegeven "eerder een eigen persoonlijke methodiek" toe te passen.
De afdeling cardiologie is enkel bezocht in functie van de hierboven beschreven mutatie van een patiënt. De overdracht gebeurde, zoals beschreven in het beleid, aan bed van de patiënt. ISBARR is niet toegepast. Wel werd door de verpleegkundige het ontslagformulier gegenereerd vanuit hun patiëntendossier MetaVision en systematisch overlopen. Ook de patiënt werd erbij betrokken door o.a. meerdere keren te herhalen niet alleen uit bed te mogen komen.

5.2.9 Medicatiebeheer

Kritisch proces	Omschrijving
Medicatiemanagement	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.

Opmerkingen:

De auditor heeft de toelevering van de medicatie naar de afdelingen gevolgd. De apotheker die verantwoordelijk is voor de distributie, de administratief medewerker, de verantwoordelijke van het magazijn, de apotheekassistent en verschillende verpleegkundigen zijn hierbij geïnterviewd.
De bestelling van de medicatie gebeurt vanuit de apotheek. De levering wordt ontvangen door de medewerker van het centraal magazijn. Deze medeweker controleert de levering op basis van de bestellijst. De inslag in de apotheek gebeurt door de administratief en logistiek medewerker van de apotheek. De medewerker scant alle medicatie om vervalste medicatie uit te sluiten. Binnen de apotheek wordt de medicatie in de voorraad geschikt in de apotheek. Hoogrisicomedicatie, medicatie sound a like en look like worden op aparte plaatsen voorzien. De medicatie die koel moet worden bewaard wordt opgeslagen in de medicijnkoelkast. De chemotherapie wordt op een aparte site (Akwadraat) bereid en wordt rechtstreeks aan de afdeling oncologie en het dagziekenhuis oncologie geleverd. Het transport van deze chemotherapie gebeurt in aangepaste containers. Dit is conform het opgestelde beleid.
De uitlevering vanuit de apotheek naar de afdelingen gebeurt op gecontroleerde wijze. In de apotheek zijn afdelingskastjes voorzien. Deze kastjes zijn beperkt toegankelijk. Enkel de betrokken afdeling kan door middel van een code de medicatie wegnemen.
Op de afdelingen cardiologie, gastro-enterologie en oncologie stelt de auditor vast dat de medicatie in een beperkt toegankelijke ruimte wordt bewaard. Binnen deze ruimte zijn de narcotica nog extra beveiligd in een aparte kast die op slot is. Het gebruik van de narcotica wordt apart geregistreerd op naam van de patiënt. De auditor stelt vast dat er geen hoog gedoseerde elektrolyten in stock worden bewaard op deze afdelingen.
Twee verpleegkundigen tonen hoe de medicatie wordt bedeeld naar de patiënten. De auditee toont hoe de medicatie op naam klaargezet wordt in de medicatiewagen. De verpleegkundige toont hoe het EMV (elektronisch medicatie voorschrift) geopend wordt bij de patiënt. De verpleegkundige moet zich op basis van badge (of geïndividualiseerd paswoord) kenbaar maken. Op deze manier wordt ook meteen geregistreerd wie de desbetreffende medicatie toedient aan de patiënt. De verpleegkundige toont hoe de dubbelcheck bij toediening van hoogrisicomedicatie gebeurt. Dit stemt overeen met de wijze waarop dit in het beleid is beschreven.
Op de afdeling oncologie toont de verpleegkundige het voorschrift voor chemotherapie. Dit voorschrift is niet opgenomen in het EMV. Het voorschrijven van chemotherapie gebeurt in een eigen ontwikkelde toepassing, genaamd "filemaker". De arts schrijft hierin de chemotherapie voor. De gehandtekende uitprint dient als voorschrift. De chemotherapie wordt bereid op een aparte locatie, Akwadraat genaamd. Het voorschrift (filemaker) is door de apotheker in de bereidingszone raadpleegbaar. De auditor stelt vast dat de apotheekassistent een controle van de berekening van de chemotherapie uitvoert. Deze controle wordt geautoriseerd door de apotheker.
De apotheekassistente, medeverantwoordelijk voor de opvolging van de planning en uitvoering van de audits, toont hoe op elektronische wijze de vragenlijst gebruikt tijdens de audits wordt opgesteld. Een

voorbeeld van een "check it out" van de afdeling gastro- enterologie/abdominale heelkunde wordt door de apotheekmedewerker toegelicht. De resultaten van deze audit zijn op 10 september 2021 verstuurd naar de hoofdverpleegkundige van deze afdeling. De hoofdverpleegkundige zorgt voor terugkoppeling naar het team via de nieuwsbrief. De auditor kan de nieuwsbrief van januari 2022 inkijken en stelt vast dat verbeterpunten rond het apotheekgebeuren en het klinisch werkstation opgenomen zijn in de nieuwsbrief.
De auditor bevraagt een nieuw gestarte medewerker; de verpleegkundige bevestigt dat er een opleidingsmoment is voorzien rond het gebruik van KWS en het EMV. De machtiging tot het gebruik van het EMV is niet afhankelijk van het al of niet gevolgd hebben van deze opleiding. Elke verpleegkundige krijgt vanaf dag één van de tewerkstelling toegang tot het EMV. Twee verpleegkundigen en de hoofdverpleegkundige van pediatrie kunnen in het vormings-, trainings- en opleidingsportaal (VTO)-portaal aantonen dat de opleiding rond KWS en EMV zijn gevolgd.
De auditor stelt vast in een gesprek met twee medewerkers van de dienst schoonmaak dat op regelmatige wijze de medicatieruimtes worden gereinigd. De schoonmaakster registreert de onderhoudsbeurt op een speciaal daartoe bestemd formulier.
De auditor stelt vast tijdens het gesprek met de medewerker en de verantwoordelijke van de medisch technische dienst, dat er een beleid rond spuitpompen en infuuspompen is vastgelegd in het document 'Medicatiebibliotheek, spuitpompen/infuuspompen', d.d.12-10-2021. Deze procedure heeft als doel de uniformiteit in het proces voor het beheer en opvolging van de medicatiebibliotheek te borgen. Elke wijziging in de medicatiebibliotheek wordt, na validatie door apotheek, finaal voorgelegd aan het medisch farmaceutisch comité (MFC) ter goedkeuring. Het beleid wordt geborgd binnen de werkgroep spuit- en infuuspompen. De auditor heeft de verslaggeving van deze werkgroepen ingezien. De auditee toont de documentatie waarin vastgelegd is hoe de instellingen van de pompen zijn vastgelegd.
In het gesprek met het medisch diensthoofd anesthesie stelt de auditor vast dat het gebruik van pijnpompen en elektronische infuuspompen gebeurt volgens de principes die in het beleid zijn vastgesteld en via vaste schema's pijnmedicatie wordt toegediend. De onderhoudscyclus is geborgd. De auditor stelt op de afdelingen cardiologie, oncologie en pediatrie vast dat de infuus- en spuitpompen voorzien zijn van een onderhoudssticker.
In het gesprek met een verpleegkundige en de revalidatiearts op de afdeling locomotorische revalidatie stelt de auditor vast dat in overleg en na autorisatie door de arts een patiënt zelf de insuline mag toedienen. Dit staat correct genoteerd in het verpleegdossier. De auditor stelt vast in een gesprek met de betrokken patiënt dat de afspraak hieromtrent gekend is. De verpleegkundige toetst bij de patiënt af als de medicatie is toegediend. Dit is conform het beleid 'Medicatiebeheer, zelfmedicatie'.
In het gesprek met de leden van de antibioticabeleidsgroep wordt de werking toegelicht. Het beleid is vastgelegd in het 'Reglement inwendige orde van de antibioticabeleidsgroep'. De verantwoordelijkheden en werking is in deze procedure vastgelegd. Er is een antimicrobieel beleid geïmplementeerd.
Het 'Reglement inwendige orde (RIO)' geeft aan wie verantwoordelijk is voor de implementatie van het antibioticabeleid. De samenstelling van het de werkgroep is multidisciplinair. Het verslag van het antibioticacomité van 28 juni 2021 toont de resultaten van de audits die zijn uitgevoerd rond het gebruik van antibiotica (keuze antibiotica, profylaxe van antibiotica,...). De audits worden jaarlijks herhaald. De resultaten zijn besproken met de betrokkenen.
De auditee geeft aan dat op de afdeling IZ wekelijks een multidisciplinair overleg wordt georganiseerd om het antibioticabeleid bij de aanwezige patiënten te bespreken. Er is een hulplijn voor advies rond antibiotica geïnstalleerd; de dienst klinische biologie verzorgt deze permanentie.
Globaal stelt de auditor vast dat de verdere uitrol van het EMV over alle zorgeenheden een prioritaire uitdaging is. In het gesprek bevestigt de directeur patiëntenzorg deze prioriteit. Het verder borgen van het correct gebruik van het KWS en het EMV behoort tot de uitdagingen.
Er is een uitgebreide beleidstekst rond het veilig beheer van hoogrisicomedicatie beschikbaar. In de beleidstekst zijn de verantwoordelijken voor de implementatie benoemd. De procedure bevat een lijst met hoogrisicomedicatie die de instelling heeft opgesteld. Het beleid omvat procedures voor de opslag, voorschrijving, bereiding, toediening, uitgifte en documentatie van alle opgenomen hoogrisicomedicatie. Het aantal, de concentraties en het volume van hoog-risicomedicatie zijn beperkt. Er vinden regelmatig controles plaats van de behandelruimten op hoogrisicomedicatie. Er is structureel overleg binnen het medisch farmaceutisch comité en de werkgroep medicatiebeleid om het beleid bij te sturen.
Het beleid rond heparine, narcotica en hoog gedoseerde elektrolyten is opgenomen in het beleid van de

hoogrisicomedicatie. De beschikbaarheid van deze producten wordt geëvalueerd. Jaarlijks wordt de aanwezigheid van de voorraden van heparine, hoog gedoseerde elektrolyten en narcotica geëvalueerd. De behandelruimten waar ongefractioneerde heparine, narcotica en hoog gedoseerde elektrolyten in voorraad worden gehouden zijn vastgelegd in het beleidsplan. Het beleid rond heparine, narcotica en hoog gedoseerde elektrolyten en wijzigingen aan dit beleid worden geautoriseerd door het medisch farmaceutisch comité.
Er is een lijst met afkortingen, symbolen en dosisaanduidingen die niet mogen worden gebruikt opgesteld en geïmplementeerd. Deze lijst bevat de afkortingen, symbolen en dosisaanduidingen die afkomstig zijn van een lijst met foutgevoelige afkortingen, symbolen en dosisaanduidingen van het Institute of Safe Medication Practices (ISMP).

5.2.10 Oncologische zorg

Kritisch proces	Omschrijving
Medicatiemanagement	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.

Opmerkingen:

Gesprekken hebben plaatsgevonden met de hoofdverpleegkundige van de verpleegafdeling oncologie (SE), de coördinator van de borstkliniek/oncologiepoli (SE) en met een hematoloog (SE).
Als tracer is een patiënt die opgenomen is voor immunotherapie op 12 januari 2022 gevolgd.
Als tweede tracer is een patiënt met een lymfoom, die op 19 januari 2022 is opgenomen, gevolgd.
Het KWS is ingezien. In het KWS is bij opname de medicatieverificatie, het valrisico, het risico op decubitus en tromboseprofylaxe geregistreerd.
Aan de VIR met betrekking tot patiëntidentificatie is voldaan. Op de poli wordt bloed afgenomen door de verpleging. Zo wordt bijvoorbeeld de identificatiesticker na de bloedafname in aanwezigheid van de patiënt op de buis geplakt.
Voor het in kaart brengen van het risico op decubitus wordt de Nortonscore gehanteerd. Deze risicobeoordeling gebeurt voor klinische patiënten bij opname en wordt daarna elke week herhaald; de momenten staan al voorgeprogrammeerd in KWS. Bij een interne audit op 28 oktober 2021 (het verslag is ingezien) is geconstateerd dat bij een bepaalde risicoscore het matras wel structureel wordt aangepast maar het zitkussen en de zwevende hiel niet altijd. Dit is vervolgens besproken op de teamvergadering en is nu in het beleid aangepast.
Het beleid omtrent risico op trombose en eventuele tromboseprofylaxe wordt door de arts bepaald. Bij opname wordt het beleid standaard in het KWS gezet. Bij patiënten met trombopenie (vaak voorkomend bij hematologische maligniteiten) kan niet altijd tromboseprofylaxe gegeven worden.
De medicatie wordt bij opname door de arts geverifieerd en in het KWS gezet. Aan de familie wordt altijd gevraagd de thuismedicatie mee te nemen naar het ziekenhuis zodat de arts deze kan controleren. Na opname volgt dagelijks controle op het medicatiebeleid.
Bij ontslag krijgt de patiënt de actuele lijst uitgeprint mee. In de brief naar de huisarts wordt deze medicatie ook benoemd.
Voor de patiënten die de poli bezoeken is voor de medische oncologie recent de perorale raadpleging opgezet voor patiënten die de chemomedicatie oraal innemen. Hierbij wordt de patiënt eerst gezien door een verpleegkundige samen met een apothekersassistente. Tijdens dit bezoek controleert de apothekersassistente de thuismedicatie en vraagt naar eventuele bijwerkingen. De verpleegkundige gaat in op de psychosociale aspecten. Hierna wordt de patiënt gezien door de behandelend arts. Dit in tegenstelling tot de normale gang van zaken waarbij een patiënt eerst door een arts gezien wordt en daarna door een verpleegkundige (zonder apothekersassistent). Binnenkort zal deze manier van raadpleging uitgebreid worden naar de hemato-oncologische patiëntenpopulatie.
Voor de totale poliklinische patiëntenpopulatie is niet vastgesteld bij welke ambulante zorg medicatieverificatie moet plaats vinden.
Met betrekking tot de overdracht worden incidenteel door directe observaties van de hoofdverpleegkundige, bijvoorbeeld bij de overdracht tijdens een shift wisseling, betrokkenen gewezen op tekortkomingen. Structurele evaluaties van de effectiviteit van de overdracht zijn niet aantoonbaar. Dit

geldt ook voor valpreventie.
De verpleegafdeling is in het algemeen gericht op kwaliteit en accreditaties. Behalve de Qualicor-accreditatie zijn ook kwaliteitsaudits van de externe instantie JACIE voor wat betreft de stamcellen-bewerkingen.
Op de afdeling is een van de verpleegkundigen voor 30% vrijgesteld van verpleegkundige taken om als kwaliteitscoördinator taken te kunnen uitvoeren.
Als patiëntparticipatieproject worden enquêtes gehouden onder patiënten die een stamceltransplantatie ondergaan om zo feedback te krijgen met betrekking tot hun ervaringen. Hier is onder andere uitgekomen dat het brood vaak niet lekker smaakte door smaakverandering bij deze patiëntengroep. Samen met de diëtisten is toen gezocht naar een ander soort brood.
Patiëntparticipatie blijkt ook uit de standaard gesprekken die tussen patiënt met familie, arts, verpleegkundige en sociaal assistente plaatsvinden omtrent behandelopties. Onder andere wordt daar ook het eventuele do not reanimatie (DNR) beleid besproken.
De verpleegafdeling van de oncologie bestaat uit een jong team dat enthousiast is. Het goede intercollegiale contact tussen de artsen van verschillende disciplines is een duidelijk positief punt.
Op de polikliniek werkt een hecht team dat een goede samenwerking heeft met de artsen.

5.2.11 Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen

Kritisch proces	Omschrijving
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 proces perioperatieve zorg en invasieve ingrepen zijn de auditoren langs geweest op het operatiekwartier, de recovery, het dagziekenhuis chirurgie en de afdeling heelkunde B op campus Sint-Jozef en het operatiekwartier, de recovery en de afdeling orthopedie op campus Sint-Elisabeth. Op alle afdelingen is gesproken met de hoofdverpleegkundige, de adjunct-hoofdverpleegkundige, enkele artsen, verpleegkundigen en een patiënt.
In een gesprek met de patiënt werd duidelijk een grote tevredenheid aangegeven ondanks de vrij precaire situatie van betrokken patiënt. De patiënt geeft aan telkens snel antwoorden te krijgen op zijn vele vragen en onder de indruk te zijn over de niet aflatende vriendelijkheid van alle artsen en medewerkers. De enige klacht betrof "wat weinig multimediale mogelijkheden".
Op alle betrokken diensten zijn beleidsplannen opgevraagd. De hoofdverpleegkundigen zijn hier goed mee bezig en weten ook waarover het gaat. Zodra de vraag aan verpleegkundigen wordt gesteld is dit een stuk minder. Men weet ofwel niet waarover het gaat of men weet enkel waar het beleidsplan terug te vinden is; er is weinig betrokkenheid met de afdelingsdoelstellingen. Een hoofdverpleegkundige geeft aan dat haar verpleegkundigen waarschijnlijk uit de lucht zouden vallen als deze vraag gesteld zou worden wat ook effectief bleek.
Over de opstart van de zogenaamde "Q-teams" zijn eensgezind enkel positieve geluiden. Dit wordt als een serieuze verbetering aangevoeld waarbij vooral de verbeterde interactie tussen artsen en verpleegkundigen sterk wordt geprezen. Dit leidt ook tot een grotere gedragenheid van verbeterprojecten.
De hoofdverpleegkundige is bijzonder trots op het feit dat AZ Turnhout als eerste ziekenhuis in België een safe surgery checklijst heeft ontwikkeld. De checklijst is geëvolueerd naar een uitgebreid document dat tevens gebruikt wordt als controlemiddel voor een correcte opstart van de operatie bij patiënten en geldt als een soort pré-sign-in. Doelstelling is dat de patiënt volledig op orde is als hij/zij de operatiezaal wordt binnengereden. Deze checklist is ook continu in evolutie. Het incident betreffende verkeerde operatiezijde is aangegrepen om deze checklist verder te verfijnen.
De hoofdverpleegkundige van heelkunde B geeft aan dat de medicatieverificatie een serieuze verbetering heeft gekend bij vooral interne disciplines en anesthesie. De snijdende disciplines passen dit niet of nauwelijks toe. De verpleging kan niet zelf de thuismedicatie in het dossier opnemen en/of opvolgen.
De auditor heeft een Hilotherm koeltoestel (MT 06484) op recovery campus SJ aangetroffen waarvan het

preventief onderhoud in november 2011 is verlopen.
De hoofdverpleegkundigen en adjuncten geven op alle afdelingen aan bijzonder trots te zijn op hun team met gemotiveerde verpleegkundigen.

5.2.12 Revalidatie

Kritisch proces	Omschrijving
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:

Gesproken is met twee verpleegkundigen van de locomotorische revalidatie verpleegafdeling (SJ).
Als tracer is een patiënt gevolgd die op 1 december 2021 is opgenomen, na critical illness en lang op IZ te hebben gelegen.
Het KWS is ingezien. Bij opname is de medicatieverificatie, het valrisico en het risico op decubitus geregistreerd.
Het medicatiebeleid wordt door de arts in het KWS gezet.
Veel informatie wordt aan de hand van de zogenaamde ISBARR-systematiek in het KWS genoteerd. Deze systematiek wordt ook gebruikt bij de zorgoverdracht tussen twee klinische afdelingen.
Opvolgnota's worden in KWS geregistreerd onder de laatste R van ISBARR.
Het risico op vallen is op de afdeling revalidatie per definitie hoog. De 'VALKUIL procedure' uit Infoland wordt gehanteerd.
Na het vastleggen van de risicoscore voor decubitus bij opname, wordt wekelijks het risico opnieuw beoordeeld; de vraag is wekelijks voorgeprogrammeerd in het KWS.
De verpleegkundigen zijn trots op hun team. Ze ondervinden een goede ondersteuning van elkaar.

5.2.13 Spoedeisende hulp

Kritisch proces	Omschrijving
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 betreffende zorgverlening op spoedeisende hulp zijn de auditoren langs geweest op de spoedopname van campus SE en de eerste opvang op campus SJ. Op beide afdelingen zijn gesprekken gevoerd met de hoofdverpleegkundige, het medisch diensthoofd, arts-assistenten en verpleegkundigen.
Ook hier is een patiënt aangesproken in het kader van een zorgoverdracht.
Qua medicatieverificatie is geïnvesteerd in de inschakeling van een apotheekassistent op de spoedeisende hulp tijdens de week overdag. De apotheekassistent geeft in een gesprek ook aan voldoening uit dit werk te halen. Zij beseft dat dit ook een belangrijke hulp is voor artsen en verpleegkundigen. Dit heeft tot een serieuze verbetering en tijdswinst geleid met algemene tevredenheid van betrokken artsen en verpleegkundigen. Diezelfde verificatie kan niet 100% gegarandeerd worden bij afwezigheid van de apotheekassistent. De auditoren stellen dit in gesprekken met artsen ook vast. De positieve benadering is er zeker maar de bronnen zijn niet altijd voorhanden. In die zin wordt er gestreefd naar de best mogelijke methodiek wat conform de vigerende norm is.
De overdracht gebeurt volgens de geldende afspraken conform de ISBARR-methodiek. Een permanent onderzoek van de effectiviteit van deze overdracht en de compliance betreffende de na te leven procedure is niet terug gevonden.
Er is een beleidsplan voor de spoedopname. Bij navraag aan verpleegkundigen op beide campussen blijkt

evenwel dit beleidsplan niet gekend te zijn.
Uit zowel gesprekken met artsen en verpleegkundigen bleek een grote bezorgdheid voor de patiënten en de gedrevenheid om de best mogelijke zorg te kunnen toedienen. Het is bijvoorbeeld een blijvende doelstelling om de wachttijden zo kort mogelijk te houden.
Het medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundige geven aan uit te kijken naar een nieuwe spoedopname die er, normaal gesproken, binnen de twee jaar aankomt. Vooral de grote betrokkenheid bij de ontwikkeling van de plannen wordt sterk gewaardeerd.

5.2.14 Transfusiediensten

Kritisch proces	Omschrijving
Transfusie	de veilige omgang met bloed en bloedbestanddelen met inbegrip van bloedinzameling (peri-operatief en autoloog) en transfusie.

Opmerkingen:

Gesproken is met een vroedkundige van de materniteit verpleegafdeling.
De algemene procedure 'Algemene procedure positieve identificatie: Patiënt identificatie in AZ Turnhout', versie 2 d.d. 10-3-2020, is ingezien.
Rondom een bloedtransfusie vindt de patiëntidentificatie plaats met digitale hulpmiddelen via het zogenaamde Cybertrack-systeem. Zowel de bloedzak als het polsbandje van de patiënt worden gescand en automatisch vindt vervolgens de controle plaats of die bloedzak bedoeld is voor die patiënt.

5.2.15 Verloskundige zorg

Kritisch proces	Omschrijving
Klinisch leiderschap	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.

Opmerkingen:

Met een vroedkundige en met de hoofdvroedkundige van de verpleegafdeling materniteit (SJ) is gesproken.
Als tracer is een patiënt gevolgd die opgenomen is op 18 januari 2022.
Als tweede tracer is een patiënt die op de dag van het werkplekbezoek met ontslag gaat gevolgd.
Het document 'Algemene procedure positieve identificatie: Patiënt identificatie in AZ Turnhout', versie 2 d.d. 10-3-2020 is ingezien.
Het KWS is ingezien. Op deze afdeling zit nog niet alle informatie in het KWS. Een deel van het patiëntendossier moet nog op papier bijgehouden worden. Dit wordt als niet handig ervaren. De planning is dat vanaf maart 2022 het complete dossier in KWS zit.
Met betrekking tot patiëntidentificatie zijn naar aanleiding van incidenten recent twee verbeteringen doorgevoerd. Na verwisselingen van moeder en kind worden nu de normale witte identificatiestickers gebruikt voor de moeders en gele stickers voor het kind. Verder is recent doorgevoerd dat de identificatiesticker niet meer vooraf, maar pas aan het bed van de patiënt, na de identificatie, op de bloedbuis wordt geplakt. Voor de identificatie van de baby's worden de polsbandjes gebruikt.
De thuismedicatie is geregistreerd in het elektronisch medisch voorschrijfsysteem (EMV). Voordat medicatie aan een patiënt wordt gegeven, wordt eerst in het EMV gecontroleerd of dit voor deze patiënt is voorgeschreven. Post partum wordt beoordeeld welke medicatie thuis nog nodig is, bijvoorbeeld tromboseprofylaxe. Bij ontslag gaat de medicatieopdracht met de patiënt mee en kan de medicatie bij de apotheek opgehaald worden. Indien tromboseprofylaxe gespoten moet worden, wordt na overleg met de patiënt bepaald of de thuiszorg daarvoor ingeschakeld moet worden.
Voor valpreventie wordt de 'VALKUIL procedure' gehanteerd. Recent is na een incident met een kraamvrouw vastgesteld dat kraamvrouwen voortaan begeleid moeten worden door een verpleegkundige bij de eerste douchegang na de bevalling.

Met betrekking tot zorgoverdracht tussen klinische afdelingen wordt de ISBARR-methode gehanteerd.
Voor de evaluatie van de effectiviteit van het beleid rondom valpreventie en zorgoverdracht is het rapport van de interne audit van de afdeling materniteit d.d. 9-6-2020 ingezien.
De VIR omtrent de time-out procedure voor chirurgische ingreep is voor het onderwerp verloskunde op niet van toepassing gescoord en is verwezen naar de VIR zoals gedefinieerd in operatieve zorg.