



Auditverslag

Noorderhart Mariaziekenhuis

Pelt

Datum auditbezoek:	7 tot met 9 november 2023
Assessment:	Overbruggingsaudit
Assessmentprocedure:	2023
Niveau accreditatie:	Goud
Niveau toetsing:	Goud
Status verslag:	Definitief
Vastgesteld op:	14 december 2023



Geheimhouding en copyright

Alles in dit auditverslag is vertrouwelijk. Het Internationaal Qmentum Global programma, waarop dit auditverslag is gebaseerd, is intellectueel eigendom van de Health Standards Organisation (HSO). Het gebruik van dit auditverslag door de zorgorganisatie leidt er in geen geval toe dat zij enig (intellectueel) eigendomsrecht op dit programma verkrijgt. Hoewel Qualicor Europe dit auditverslag vertrouwelijk zal behandelen, mag de zorgorganisatie dit auditverslag openbaar maken aan andere personen zoals uiteengezet in de overeenkomst, op voorwaarde dat de copyrightkennisgeving en de juiste citaten en toestemmingen in eventuele kopieën ervan zijn opgenomen. Elk ander gebruik is uitdrukkelijk verboden zonder de uitdrukkelijke toestemming van Qualicor Europe. Elke wijziging van dit auditverslag brengt de integriteit van het accreditatieproces in gevaar en is ten strengste verboden. Voor toestemming om dit auditverslag te reproduceren of anderszins te gebruiken, kunt u contact opnemen met Qualicor Europe.

Inhoud

Inleiding	4
1. Samenvatting.....	5
1.1. Auditinformatie	5
1.2. Conclusies auditteam.....	7
1.3. Overzicht per normenset	13
1.4. Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR).....	15
2. Overzicht beoordelingen op niveau goud	16
2.1. Vereiste instellingsrichtlijnen	16
2.2. Normensets	18
3. Overzicht beoordelingen op niveau platina	22
3.1. Vereiste instellingsrichtlijnen	22
3.2. Normensets	24
4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant	24
4.1. Vereiste instellingsrichtlijnen	24
4.2. Normensets	24
5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren	25
5.1. Beoordelingen van instellingsbrede normen	25
5.2. Beoordelingen van zorgspecifieke normen	31

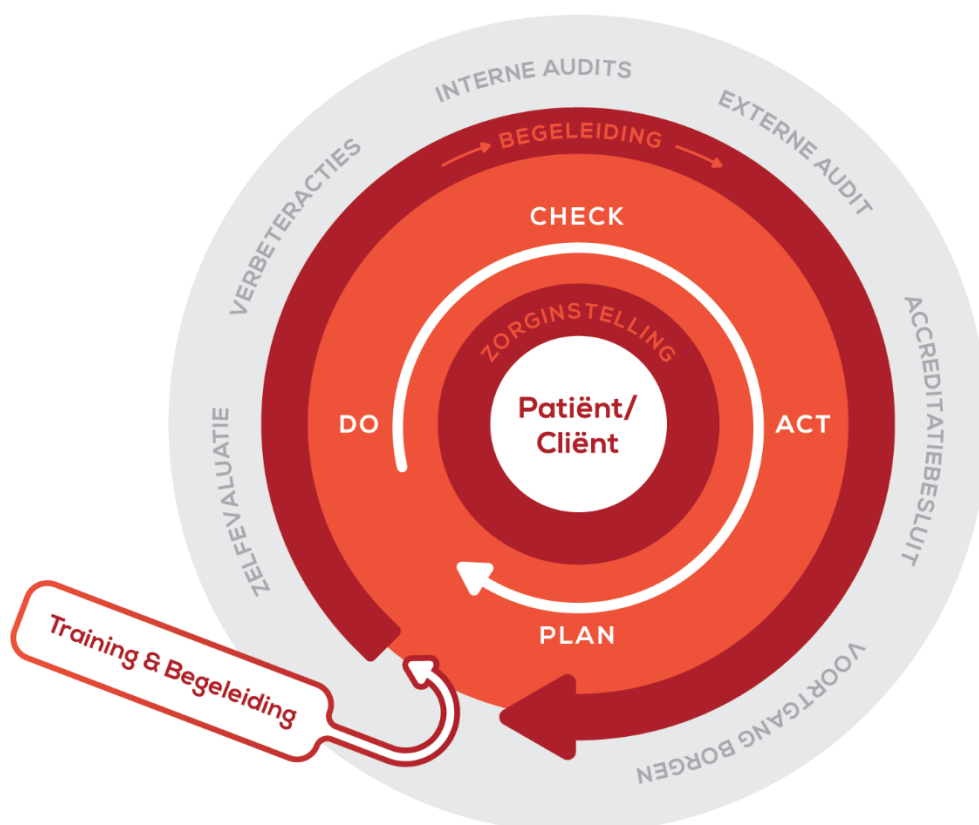


Inleiding

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

Omentum Global doorloopt een assessmentcyclus die start met de aanmelding door de instelling bij het programma. Vervolgens wordt de instelling begeleid bij het voorbereiden en uitzetten van de zelfevaluatievragenlijsten in de organisatie. De zelfevaluatie leert de instelling waar acties nodig zijn. Met het actieplan gaat de instelling aan de slag, waarna de interne audits en het externe auditbezoek plaatsvinden. Vervolgens ontvangt de instelling het auditverslag en assessmentbesluit en laat de instelling zien hoe acties zijn opgepakt en wat daarvan de resultaten zijn.

Internationaal Assessmentprogramma Omentum Global



1. Samenvatting

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

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

1.1. Auditinformatie

Het auditbezoek in Noorderhart Mariaziekenhuis heeft plaatsgevonden van 7 tot en met 9 november '23.

Auditteam

- De Heer Rudi Vossaert, voorzitter
- De Heer Raf Molkens
- De Heer Bart Dewaele
- De Heer Jos van der Schoot
- Mevrouw Kelly Wanzele, aspirant auditor

Surveymanager

- De Heer Dimitri Dewaele

Aanvullende informatie

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

De Raad van Bestuur van Noorderhart Mariaziekenhuis heeft voorafgaand aan het auditbezoek verklaard dat er geen werkeenheden zijn met problemen die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorg en waarvan het auditteam op de hoogte moet zijn.

De audit betreft de locatie van Noorderhart Mariaziekenhuis.

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 Noorderhart Mariaziekenhuis te toetsen:

De VIR's uit de normensets

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

- Spoedeisende hulp.
- Transfusiediensten.
- Verloskundige zorg.
- Geestelijke gezondheidszorg.

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

- Excellente zorg.
- Medicatiebeheer.
- Infectiepreventie.

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

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

Noodzakelijke criteria voor veilige zorg

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

Samenvatting bevindingen

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

1.2. Conclusies auditteam

Algemene bevindingen

Het auditteam is heel gastvrij en vriendelijk ontvangen in het Noorderhart ziekenhuis te Pelt (België). In alle gesprekken is openheid en transparantie ervaren. De auditoren hebben de zaken leren kennen 'zoals ze zijn' op de werkvloer. Er zijn gesprekken gevoerd tientallen medewerkers en opmerkelijk is dat nagenoeg iedereen ergens 'trots' op is. Het kan zijn dat dit woordje er bij de voorbereiding van de audit door de organisatie erin gedramd werd, maar het is toch ons aanvoelen dat dit door medewerkers, die veelal met veel 'goesting' komen werken, ook echt zo ervaren wordt.

Alle klinische afdelingen, alsook een aantal andere afdelingen en functionarissen, zijn door de auditoren bezocht of zijn aangesproken. In totaal werden gesprekken gevoerd met 105 personen, waaronder 20% patiënten. Alle in het ziekenhuis werkzame groepen medewerkers (artsen inclusief) zowel op de werkvloer als op managementniveau konden aangesproken worden.

Het ziekenhuis heeft duidelijk de ambitie om steeds beter te worden en een belangrijke rol te blijven spelen in de gezondheidszorg van deze uithoek van Vlaanderen, en dit binnen een gemoedelijke, bijna familiale sfeerzetting zowel ten aanzien van de eigen medewerkers als ten aanzien van de patiënten. Het ganse kwaliteitsmanagementsysteem is matuur en aantoonbaar geïmplementeerd op de werkvloer. Er zijn een aantal werkpunten ontdekt tijdens de audit. Een aantal hiervan hebben overigens te maken met bouwplannen die nog moeten gerealiseerd worden en met krapte op de arbeidsmarkt. Naast werkpunten hebben we ook een aantal complimenten mogen waarnemen. Het betreft zaken die misschien niet exceptioneel zijn in de ziekenhuiswereld, maar toch in zekere mate opmerkelijk zijn voor de schaalgrootte van dit ziekenhuis, en die bijdragen tot veiligheid en kwaliteit van de zorg, alsook tot het realiseren van meer persoons-/patiëntgerichte zorg.

Overzicht complimenten

1. De mooie verbouwing van de afdeling materniteit en het installeren van een koala-kamer waarbij moeders en prematuren verenigd blijven.
2. De implementatie van een OPAT traject waarbij thuis antibioticabehandelingen kunnen toegediend worden. Dit project is zijn opstartfase al ontgroeid.
3. De suïcidepreventie-procedure op de PAAZ (psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis); het betreft een sterk en multidisciplinair protocol ontwikkeld binnen een sterk gedreven en gemotiveerd team.
4. Aandacht vanwege de organisatie voor de werkdruk en het welbevinden van de verpleegkundige medewerkers op alle afdelingen door reduceren van het aantal gehospitaliseerden van 10 naar 8 per verpleegkundige. Specifiek voor de heilkundige afdelingen werd verder overgegaan tot het installeren van een vooropnamecel, een preoperatieve eenheid, en het verder zetten van de zomerbestaffing ook in de winter op het operatiekwartier en dit alles in onderling overleg tussen directie en artsen.
5. Operation clean hands op geriatrie en IZ waarbij het aantal malen gebruik van alcogel per dag digitaal gemeten wordt, wat een snelle feedback en correctie mogelijk maakt.
6. Voor een ziekenhuis van deze schaalgrootte is er aanwezigheid van een belangrijk aantal verpleegkundige specialisten. (Oncologie / Coma / Geriatrie / Pijn / Wond- en stomazorg / Haemovigilantie).
7. De inbreng van zorgcompagnons is innovatief en wordt geapprecieerd door zowel patiënten als verpleeg/zorgkundigen. Deze zorgcompagnons staan, onder toezicht van verpleging, in voor niet zorggerelateerde taken en opdrachten bij patiënten.
8. Het gebruik van een Da Vinci operatierobot, niet alleen door urologen, maar ook door gynaecologen, en abdominaal chirurgen.

9. Bovenstaande lijst is niet limitatief en de auditoren waarderen eveneens de netheid die overal aangetroffen wordt, de cohesie van de meeste teams, de inzet en gedrevenheid van de vele diensthoofden en managers, de ontbijtkarren, de nagenoeg complete uitrol van een EPD.

Overzicht uitdagingen

	Uitdaging	Normenset	Criterium	VIR of !	Niveau
1	De raad van bestuur/directiecomité implementeert een geïntegreerde benadering van risicomangement om de risico's te beheersen en te beperken. (Leiderschap)	Geïntegreerd kwaliteitsmanagement (Leiderschap)	12.2		Platina
2	Er wordt een gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak geïmplementeerd voor de openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten bij cliënten en hun familie, die de communicatie en een ondersteunende reactie stimuleert. (Leiderschap)	Geïntegreerd kwaliteitsmanagement (Leiderschap)	15.6.1 15.6.2 15.6.3 15.6.6	VIR	Platina
3	Lasers worden in voorkomende gevallen op een veilige manier en in overeenstemming met de vastgestelde normen gebruikt. (Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen)	Medische instrumenten en apparatuur	13.2	!	Goud
4	Alle ruimten voor reiniging, desinfectie en sterilisatie voor flexibele endoscopen zijn fysiek gescheiden van ruimten voor patiëntenzorg. (Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen)	Medische instrumenten en apparatuur	11.2	!	Goud
5	Voordat er wordt begonnen met de desinfectie op een hoog desinfectieniveau, wordt elk accessoire van de flexibele endoscoop gereinigd, afgespoeld en gedroogd volgens de instructies voor gebruik van de fabrikant. (Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen)	Medische instrumenten en apparatuur	11.6	!	Goud
6	De flexibele endoscopische apparaten worden dusdanig opgeslagen volgens de instructies van de fabrikant dat de kans op verontreiniging en schade wordt geminimaliseerd. (Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen)	Medische instrumenten en apparatuur	11.8	!	Goud

7	Er wordt een vastgelegde en gecoördineerde aanpak voor het veilige gebruik van infuuspompen geïmplementeerd waarin training en de evaluatie van competenties zijn opgenomen en er wordt een werkwijze geïmplementeerd voor het melden van problemen met het gebruik van infuuspompen. (Competentie)	Excellente zorg	3.8.4	VIR	goud
8	De medicatie-opslagruimten voldoen aan alle wettelijke vereisten en toepasselijke regelgeving voor opiumwetartikelen. (Medicatiemanagement)	Medicatiebeheer	13.6	!	Goud
9	Medicatie die visueel en qua benaming overeen lijkt te komen, verschillende concentraties van dezelfde medicatie en hoog-risicomedicatie wordt gescheiden bewaard in de behandelruimten en apotheek. (Medicatiemanagement)	Medicatiebeheer	13.7	!	Goud
10	Multidose-flacons worden in behandelruimten gebruikt op individuele cliëntbasis. (Medicatiemanagement)	Medicatiebeheer	13.9	!	Goud
11	De instelling heeft een lijst opgesteld en geïmplementeerd met afkortingen, symbolen en dosisaanduidingen die niet mogen worden gebruikt. (Medicatiemanagement)	Medicatiebeheer	15.6.2 15.6.4	VIR	Goud

Intern toetsingssysteem

Het intern toetsingssysteem van Noorderhart Mariaziekenhuis voldoet aan de 'Assessmentprocedure 2023 Qmentum'.

Criteria interne toetsingssysteem	Voldaan/ niet voldaan
Qualicor Europe stelt als voorwaarde dat de instelling beschikt over een adequaat functionerend toetsingssysteem. Het interne toetsingssysteem kan in diverse vormen voorkomen. Voorbeelden van interne toetsing zijn: interne audits (per afdeling of dienst; per (zorg)proces, met of zonder gebruikmaking van tracermethodiek); inspecties; veiligheidsrondes; hygiëne audits; Arbo audits; etc.	Voldaan
Het intern toetsingssysteem toont aan dat de gehele organisatie, en in het bijzonder de medische staf/medische raad, actief betrokken is bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de instelling.	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.

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

Het Noorderhart ziekenhuis te Pelt zet, voor de auditoren op aantoonbare wijze, in op kwaliteit en veiligheid, en het continu verbeteren ervan. Voor zowel de Raad van Bestuur als de directie is dit een prioriteit, die onder meer gestalte gegeven wordt door een cel Kwaliteit.

Deze cel verzamelt tal van gegevens voortkomende uit:

- Interne toetsingen, veiligheidsrondes
- Metingen van indicatoren
- Externe toetsingen en audits
- Meldingen in het incidentmeldsysteem
- Bevragingen van patiënten (o.a. VPP-metingen)
- Klachten bij de ombudspersoon.

Uitgaande van deze input worden rapporten opgesteld die zowel naar het bestuursorgaan en directie gaan, als naar een stuurgroep Kwaliteit en alle afdelingen. Elke afdeling heeft inzicht in zijn eigen performantie en ontwikkelt op basis hiervan verbeterdoelen en verbeteracties. Alle medewerkers worden via dienstvergaderingen, mail en verbeterborden erbij betrokken. De facto doorlopen de afdelingen derhalve de PDCA-cyclus (plan do check act).

De cel en stuurgroep Kwaliteit superviseert dit alles en ontwikkelt ook verbeterdoelen en verbeteracties op ziekenhuisbreed niveau. Daarnaast wordt door deze cel in toenemende mate gebruik gemaakt van de PRI-techniek (prospectieve risicoinventarisatie) alsook retrospectieve analyses.

Omtrent al deze bevindingen konden de auditoren duidelijke voorbeelden terugvinden zowel tijdens gesprekken met het management, als bij plaatsbezoeken op de werkvloer.

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

Het Noorderhart ziekenhuis te Pelt levert verantwoorde zorg in ziekenhuisnetwerkverband. Het ZOL (Ziekenhuis Oost Limburg / Genk – partner in het ziekenhuisnetwerk) staat in voor de hooggespecialiseerde zorg (oa intracranieële chirurgie en cardiochirurgie), terwijl het Noorderhart ziekenhuis in staat voor de ruime ziekenhuisbasiszorg. Ondanks een krapte op de arbeidsmarkt voor artsen voor wat betreft bepaalde specialismen, zijn de medische diensten voldoende bemand en kan verantwoorde medische zorg aangeboden worden.

Ook op de markt van verpleegkundigen en zorgkundigen is er een krapte aanwezig, die eensdeels gecounterd wordt door goede relaties met de hogescholen, anderdeels door in overleg tussen artsen en directie over te gaan tot een aantal initiatieven die de werkdruk voor de medewerkers en hun welbevinden in gunstige zin beïnvloeden. Hierbij noteren we :

- Het installeren van een vooropnamecel
- Het installeren van een preoperatieve eenheid
- Het aanhouden van de zomerbestaffing ook in de winter in het operatiekwartier
- De aanwerving van zorgcompagnons die eveneens de verpleeg/zorgkundigen ontlasten.

De inscholing en bijscholing van nieuwe medewerkers en artsen is goed geregeld; medewerkers kunnen binnen hun personeelsdossier (JIP) op overzichtelijke wijze hun te volgen, alsook gevolgde, opleidingen en vervolgoopleidingen nagaan.

Het ziekenhuis zet eveneens in op een niet onbelangrijk aantal verpleegkundige specialisten (Oncologie / Coma / Geriatrie / Pijn / Wond- en stomazorg / Haemovigilantie). Vermelden we eveneens de aanwezigheid van een sterk en multidisciplinair protocol suïcidepreventie op de psychiatrische afdeling in algemeen ziekenhuis (PAAZ).

De nagenoeg totale implementatie van een elektronisch patiëntendossier (EPD) en elektronisch medicatievoorschrift (EMV) zorgt voor een complete dossiervorming die voor iedereen (die hiervoor bevoegd is) toegankelijk is, waardoor geen (para)medische informatie meer verloren gaat en deze ook beschikbaar is voor de vervolghandelaars.

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

Voor wat betreft de noodzakelijke voorwaarde veiligheid kan het auditteam doorheen de verschillende normensets en kritische processen weerhouden dat hieraan grotendeels voldaan is.

Globaal is ziekenhuisbreed voldaan aan de verschillende VIR's (vereiste instellingsrichtlijnen) die veilige zorg beogen : decubituspreventie, preventie valpartijen, suïcidepreventie, preventie thrombo-embolische incidenten, informatie-overdracht, patiëntenidentificatie. Het medicatiebeheer is eveneens grotendeels op orde (enkele uitdagingen vereisen nog aandacht of correcties).

Infectiepreventie en bestrijding krijgen de nodige aandacht; ziekenhuishygiëne functioneert op gewenste wijze en voldoet aan de desbetreffende criteria en normen.

De veiligheid bij laserheekunde dient nog verder geoptimaliseerd te worden.

Ook de reiniging en desinfectie van endoscopen dient nog geoptimaliseerd te worden.

De meeste toestellen en apparaten zijn voorzien van een correcte onderhoudssticker; enkele zeldzame toestellen zijn "over datum". Er is geen eigen biomedische dienst aanwezig, maar er zijn duidelijke SLA's (service level agreements) afgesproken met de leveranciers in verband met onderhoud en herstelling.

We verwijzen eveneens naar de noodzakelijke voorwaarde "verantwoorde zorg" i.v.m.

bestaffingsproblemen, i.v.m. inscholing en bijscholing, en i.v.m. de uitrol van een EPD en EMV, die allen eveneens het aspect veiligheid ten goede komen.

1.3. Overzicht per normenset

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

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

Gouden Criteria

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

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Goud)			Andere criteria (Goud)			Alle criteria (Goud)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>									
Medicatie-beheer (voor audits vanaf 2021)	85 (96,6%)	3 (3,4%)	0	23 (100%)	0 (0%)	0	108 (97,3%)	3 (2,7%)	0
Excellente zorgverlening	9 (100%)	0 (0%)	0	17 (100%)	0 (0%)	0	26 (100%)	0 (0%)	0
Governance	Nvt	Nvt	29	Nvt	Nvt	13	Nvt	Nvt	42
Infectiepreventie en -bestrijding	37 (100%)	0 (0%)	0	14 (100%)	0 (0%)	0	51 (100%)	0 (0%)	0
Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen	10 (90,9%)	1 (9,1%)	17	Nvt	Nvt	19	10 (90,9%)	1 (9,1%)	36
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
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Ambulante zorgverlening	Nvt	Nvt	4	Nvt	Nvt	8	Nvt	Nvt	12
Diagnostische beeldvorming	4 (100%)	0 (0%)	4 ⁰	8 (100%)	0 (0%)	31	12 (100%)	0 (0%)	71
Geestelijke gezondheidszorg	Nvt	Nvt	5	Nvt	Nvt	14	Nvt	Nvt	19
Intramurale zorg	Nvt	Nvt	11	Nvt	Nvt	10	Nvt	Nvt	21
Kritieke zorg	Nvt	Nvt	7	1 (100%)	0 (0%)	20	1 (100%)	0 (0%)	27
Leiderschap	6 (100%)	0 (0%)	15	15 (100%)	0 (0%)	20	21 (100%)	0 (0%)	35
Oncologische zorg	1 (100%)	0 (0%)	16	1 (100%)	0 (0%)	22	2 (100%)	0 (0%)	38
Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	75 (96,2%)	3 (3,8%)	2	21 (100%)	0 (0%)	0	96 (97%)	3 (3%)	2
Spoedeisende hulp	Nvt	Nvt	17	Nvt	Nvt	17	Nvt	Nvt	34
Transfusiediensten	Nvt	Nvt	52	Nvt	Nvt	51	Nvt	Nvt	103
Verloskundige zorg	Nvt	Nvt	25	Nvt	Nvt	13	Nvt	Nvt	38
Totaal	227 (97%)	7 (3%)	249	100 (100%)	0 (0%)	276	327 (97,9%)	7 (2,1%)	525

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.

	Noorderhart Mariaziekenhuis	Binnen hoeveel kritische processen zijn deze VIR's getoetst			Aantal NLTs in matrix	Score nalevingstesten			
		Voldaan	Niet voldaan	Totaal		Voldaan	Niet voldaan	Totaal	% Voldaan
1	Controlelijst voor veilige heekunde ('Safe surgery checklist')	2	0	2	5	10	0	10	100,0%
2	Cliëntenidentificatie	10	0	10	1	10	0	10	100,0%
3	Gevaarlijke afkortingen	0	1	1	7	6	1	7	85,7%
4	Overdracht van informatie op overdrachtmomenten	8	0	8	5	40	0	40	100,0%
5	Medicatieverificatie als strategische prioriteit	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
6	Medicatieverificatie bij opname – Ambulante zorg	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
7	Medicatieverificatie bij opname – Acute zorg	6	0	6	4	24	0	24	100,0%
8	Medicatieverificatie bij opname – Spoedeisende hulp	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
9	Beheer van geconcentreerde elektrolyten	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	0	1	1	6	5	1	6	83,3%
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	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	0	1	1	6	2	4	6	33,3%
26	Verantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
27	Valpreventiestrategie (bij klinische patiënten)	6	0	6	3	18	0	18	100,0%
28	Decubituspreventie	4	0	4	5	20	0	20	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%
	<i>Totaal</i>	61	3	64		247	6	253	
	<i>Totaal %</i>	95,3%	4,7%			97,6%	2,4%		



2. Overzicht beoordelingen op niveau goud

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

2.1. Vereiste instellingsrichtlijnen

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


Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
Communicatie			
<p>Stelt vast welke afkortingen, symbolen en dosisaanduidingen niet mogen worden gebruikt.</p> <p>De instelling heeft een lijst opgesteld en geïmplementeerd met afkortingen, symbolen en dosisaanduidingen die niet mogen worden gebruikt.</p> <p><i>De gevaarlijke afkortingen, symbolen en dosisaanduidingen die op de lijst met niet te gebruiken afkortingen, symbolen en dosisaanduidingen van de instelling staan, worden niet gebruikt op etiketten en formulieren die afkomstig zijn van de apotheek.</i></p>	<p>Medicatiebeheer (Voor audits vanaf 2021) 15.6.4</p>	Niet voldaan	<p>De auditor stelt vast dat in de apotheek steriel bereide spuiten met onder andere sufenta (voor gebruik middels PCEA-pompen op het verloskwartier) in de koelcel worden opgeslagen. Op de etiketten van deze steriel bereide ampullen staat de beschrijving sufenta '25 µg' getypt in plaats van '25 mcg'. De hoofdapotheker meldt de auditor dat deze week deze afkorting nog werd ontdekt en dat de nieuwe sjablonen voor de etiketten van deze bereiding reeds zijn aangepast in de software (Word-programma). Wanneer een apotheker onmiddellijk aansluitend de nieuwe sjablonen toont aan de auditor, ziet de auditor dat in het nieuwe sjabloon inderdaad reeds de toegelaten terminologie staat, namelijk 'mcg' en geen 'µg'. Deze aanpassing van het sjabloon is met zekerheid niet uitgevoerd na het opmerken van het gebruik van deze afkorting door de auditor. De auditor stelt vast dat apothekemedewerkers reeds voordien het sjabloon hadden aangepast. Bij de eerstvolgende bereidingen, zal bijgevolg de etikettering zijn met de toegelaten term 'mcg'. De hoofdapotheker heeft</p>

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			geoordeeld dat het risico op inboeten op de steriliteit (en bijgevolg de veiligheid) van de bereide medicatie groter is dan het risico op onduidelijkheid van de dosis bij een getypt etiket, wetende dat de etiketten al wel aangepast zijn voor nieuwe toekomstige bereidingen.
Medicijngebruik			
<p>Geeft infuuspomptraining. Er wordt een vastgelegde en gecoördineerde aanpak voor het veilige gebruik van infuuspompen geïmplementeerd waarin training en de evaluatie van competenties zijn opgenomen en er wordt een werkwijze geïmplementeerd voor het melden van problemen met het gebruik van infuuspompen.</p> <p><i>De competentie van de teamleden om infuuspompen veilig te gebruiken, wordt minimaal eens per twee jaar geëvalueerd en vastgelegd. Wanneer infuuspompen slechts sporadisch worden gebruikt, wordt tijdig een evaluatie van de competentie uitgevoerd.</i></p>	<p>Excellente zorgverlening 3.8.4</p>	<p>Niet voldaan</p>	<p>Onvoldoende medewerkers hebben een herhalingsopleiding met betrekking tot het veilig gebruik van infuuspompen gevolgd. Bij volgende onderdelen is de voorziene deadline van twee jaar overschreden door medewerkers (artsen zijn niet meegerekend gezien zij niet in de kruistabel vorming zijn opgenomen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - PCEA/PCIA: 18 - Fresenius (enkel op OK gebruikt): 7 - Braun (enkel op spoed en intensieve gebruikt): 9 - Volumetrische pompen non dedicated: 73 - Volumetrische pompen dedicated: 2.

2.2. Normensets

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

Instellingsbrede normen

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Medicatiebeheer (voor audits vanaf 2021)		
<p>13.6 De medicatie-opslagruimten voldoen aan alle wettelijke vereisten en toepasselijke regelgeving voor opiumwetartikelen.</p>		<p>De auditor ziet in de koelcel binnen de apotheek 40 reeds steriel bereide, correct geëtiketteerde spuiten met elks onder andere 25 microgram sufenta voor epidurale analgesie op het verloskwartier, liggen. De toegang tot de apotheek is geregeld middels een badge gecontroleerde beveiliging. Eenmaal in de apotheek toegekomen is de koelcel, waarin deze steriel bereide spuiten met sufenta liggen, vrij te openen door iedereen die zich in de apotheek bevindt. De auditor stelt vast dat de ampullen met verwerkte sufenta niet achter een tweede slot liggen. De hoofdapotheker was op de hoogte van deze afkorting dewelke de apotheekmedewerkers kort voordien zelf hadden ontdekt. Ze hebben gemeend dat het risico op steriliteitsproblemen van de voorraad spuiten groter is bij het aanpassen van de etiketten dan het risico op een vergissing als gevolg van deze afkorting. De auditor heeft zelf gezien dat de nieuwe sjablonen voor deze spuiten reeds waren aangepast naar gebruik van de juiste afkorting. De auditor weet zeker dat deze etiketten reeds waren aangepast voordat de medewerkers van de auditor hoorden dat de afkorting gebruikt was: onmiddellijk aansluitend aan de vaststelling van het gebruik van de afkorting, heeft de auditor de nieuwe sjablonen gezien, waarbij geen tijd was voor medewerkers om een aanpassing uit te kunnen voeren. Alle nieuwe bereidingen zullen vanaf heden dan ook een correct etiket hebben.</p>

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
<p>13.7 Medicatie die visueel en qua benaming overeen lijkt te komen, verschillende concentraties van dezelfde medicatie en hoog-risicomedicatie wordt gescheiden bewaard in de behandelruimten en apotheek.</p>	<p>!</p>	<p>Volgens het document 'Lijst hoogrisicomedicatie (Versie 10)' behoren de verschillende doses Clexane tot de groep hoogrisicomedicatie.</p> <p>Op meerdere afdelingen binnen het ziekenhuis, waaronder Orthopedie, Geriatrie, Cardiologie, zijn de ampullen Clexane van verschillende doseringen, namelijk Clexane 20mg, Clexane 40mg, Clexane 60mg, Clexane 80mg en Clexane 100mg, naast andere medicijnen aanwezig in een voorraadkast zonder visuele markering. De andere medicijnen behorend tot de groep hoogrisicomedicatie zijn wel visueel herkenbaar door rode stickers met opschrift 'High Alert' ter hoogte van de lade waar deze hoogrisicomedicatie is opgeslagen. Op andere diensten zoals Neurologie en chirurgisch dagziekenhuis zijn de opslagplaatsen van ampullen Clexane wel gemarkeerd als hoogrisicomedicatie met een rode sticker.</p> <p>De auditor stelt vast dat meerdere auditees (verpleegkundigen op afdelingen Geriatrie, Cardiologie, Neurologie) niet op de hoogte zijn dat Clexane behoort tot de groep van hoogrisicomedicatie. De auditor stelt ook vast dat er geen uniformiteit is in de instelling over de opslag van hoogrisicomedicatie, in casu Clexane.</p>

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
<p>13.9 Multidose-flacons worden in behandelruimten gebruikt op individuele cliëntbasis.</p>	<p>!</p>	<p>De auditor merkt in gesprekken met twee verpleegkundigen op het chirurgisch dagziekenhuis op dat voor bepaalde oftalmologische ingrepen bij één oftalmoloog, xylocaïnegel wordt gebruikt. De volgende werkwijze wordt volgens verpleegkundigen toegepast: uit één grote tube xylocaïnegel, trekt een verpleegkundige xylocaïnegel op in meerdere spuiten van twee milliliter. Deze spuiten zijn niet gelabeld wat betreft de inhoud van de spuit alsook niet geëtiketteerd met naam van een patiënt. In een nierbekken neemt een verpleegkundige deze gevulde spuiten mee en voorziet in een ander lokaal op een later elke spuit van een etiket met de identificatie van de patiënt. Volgens de beschrijving van de bevroegde verpleegkundigen, is er geen etiket of beschrijving van de inhoud van de spuit geregistreerd op de spuiten zelf. De auditor heeft deze werkwijze niet kunnen observeren aangezien de desbetreffende ingreep niet werd uitgevoerd op het moment van de audit.</p>
<p>Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen</p>		
<p>13.2 Lasers worden in voorkomende gevallen op een veilige manier en in overeenstemming met de vastgestelde normen gebruikt.</p>	<p>!</p>	<p>De auditor verneemt in een gesprek met het diensthoofd van het operatiekwartier dat er een laser in gebruik is door de dienst urologie voor verbrijzeling van urolithiasis. In de operatiekamer wordt hierbij gebruik gemaakt van laserbrillen. Er worden verder geen specifieke protectieve of aankondigende maatregelen genomen bij gebruik van dit lasertoestel die de medewerkers zouden attenderen op dit gebruik, noch worden de vensters van de operatiekamer afgedekt. Deze bevinding is discrepant ten aanzien van een document in Zenya (snelcode 2-JMV-78) dat wel een procedure bevat omtrent veiligheidsmaatregelen die dienen genomen te worden tijdens het gebruik van lasertoestellen.</p>

Zorgspecifieke normen

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen		
11.2 Alle ruimten voor reiniging, desinfectie en sterilisatie voor flexibele endoscopen zijn fysiek gescheiden van ruimten voor patiëntenzorg.	!	Het lokaal dat gebruikt wordt om bronchoscopie uit te voeren wordt tevens gebruikt om de bronchoscoop manueel te reinigen. Er is geen fysieke scheiding tussen waar het onderzoek doorgaat en waar de scoop manueel wordt gereinigd.
11.6 Voordat er wordt begonnen met de desinfectie op een hoog desinfectieniveau, wordt elk accessoire van de flexibele endoscoop gereinigd, afgespoeld en gedroogd volgens de instructies voor gebruik van de fabrikant.	!	De afmeting van de wasbak voor manuele reiniging van de bronchoscoop is niet afgestemd op een gestrekte ligging van de endoscoop. De instructies van de fabrikant spreken over reinigen van de scoop in uitgestrekte stand.
11.8 De flexibele endoscopische apparaten worden dusdanig opgeslagen volgens de instructies van de fabrikant dat de kans op verontreiniging en schade wordt geminimaliseerd.	!	De verpleegkundige endoscopie bevestigt dat endoscopen na de voorgeschreven bewaarduur van 4u wel gebruikt worden.

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
Veiligheidscultuur			
<p>Open en ondersteunende openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten.</p> <p>Er wordt een gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak geïmplementeerd voor de openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten bij cliënten en hun familie, die de communicatie en een ondersteunende reactie stimuleert.</p> <p><i>Er is een gedocumenteerde en gecoördineerde procedure voor de openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten bij cliënten en hun familie waarin het volgende is vastgelegd: welke patiëntveiligheidsincidenten openbaar moeten worden gemaakt; wie verantwoordelijk is voor de begeleiding en ondersteuning van het openbaarmakingsproces; wat er kan worden gecommuniceerd over het incident en aan wie; op welk moment en op welke manier het incident openbaar moet worden gemaakt; waar de openbaarmaking moet worden gedocumenteerd.</i></p>	<p>Leiderschap 15.6.1</p>	Niet voldaan	<p>Er bestaat geen gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak voor de openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten. Dit is bevestigd tijdens een gesprek met de hoofdarts en de functionaris.</p>
<p>Open en ondersteunende openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten.</p> <p>Er wordt een gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak geïmplementeerd voor de openbaarmaking van</p>	<p>Leiderschap 15.6.2</p>	Niet voldaan	<p>Er is geen evaluatie noch actualisatie van het openbaarmakingsproces.</p>

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
<p>patiëntveiligheidsincidenten bij cliënten en hun familie, die de communicatie en een ondersteunende reactie stimuleert.</p> <p><i>Het openbaarmakingsproces wordt geëvalueerd en indien nodig geactualiseerd, met inbreng van de cliënten en hun familie en medewerkers.</i></p>			
<p>Open en ondersteunende openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten.</p> <p>Er wordt een gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak geïmplementeerd voor de openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten bij cliënten en hun familie, die de communicatie en een ondersteunende reactie stimuleert.</p> <p><i>Degenen die verantwoordelijk zijn voor de begeleiding en ondersteuning van het openbaarmakingsproces worden hierin getraind.</i></p>	<p>Leiderschap 15.6.3</p>	<p>Niet voldaan</p>	<p>Er is geen training georganiseerd voor diegene die betrokken zijn bij het openbaarmakingsproces.</p>
<p>Open en ondersteunende openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten.</p> <p>Er wordt een gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak geïmplementeerd voor de openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten bij cliënten en hun familie, die de communicatie en een ondersteunende reactie stimuleert.</p> <p><i>Er wordt feedback gevraagd van de cliënten en hun familie en de medewerkers over hun ervaringen met de openbaarmaking en deze informatie wordt gebruikt om waar nodig het openbaarmakingsproces te verbeteren.</i></p>	<p>Leiderschap 15.6.6</p>	<p>Niet voldaan</p>	<p>Er is geen georganiseerde bevraging met betrekking tot feedback aangaande de ervaringen over de openbaarmaking. Er is geen informatie gebruikt waarmee de procedure kan worden bijgesteld.</p>

3.2. Normensets

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

Platina criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Leiderschap		
12.2 De raad van bestuur/directiecomité implementeert een geïntegreerde benadering van risicomanagement om de risico's te beheersen en te beperken.	!	In een gesprek met de functionaris kwaliteit en veiligheid verneemt de auditor dat op algemeen managementniveau (o.a. infrastructuur en IT) er risicomanagement plaats vindt. De risicostratificatie van individuele afdelingen is nog niet gebeurd en staat op de werklijst. Anderzijds is er vanwege de dienst kwaliteit wel een belangrijker wordende PRI benadering, waarbij proactief gekeken wordt in begrotingen en verbeterdoelen waarin er eventuele risico's kunnen terug gevonden worden.

4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant

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

4.1. Vereiste instellingsrichtlijnen

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

4.2. Normensets

Op niveau diamant zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren

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

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

5.1. Beoordelingen van instellingsbrede normen

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

Sommige kritische processen in deze paragraaf hebben ook betrekking op zorgspecifieke normen.

Kritisch proces	Omschrijving
Cliëntgerichte zorg	Samenwerken met cliënten en hun familie om zorg te plannen en te verlenen die respectvol, meevend, cultureel veilig en competent is, en ernaar te streven dat deze zorg voortdurend wordt verbeterd.
Ambulante zorgverlening Oncologische zorg Kritieke zorg Governance Intramurale zorg Leiderschap Geestelijke gezondheidszorg Verloskundige zorg Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen Excellente zorgverlening Spoedeisende hulp	
Opmerkingen:	<p>Het kritisch proces betreffende "cliëntgerichte zorg" is door de auditor op orde bevonden. Het bekomen van informatie en/of feedback vanuit de cliënten gebeurt hoofdzakelijk door het voeren van tevredenheidsmetingen (in samenwerking met VIKZ). De ruwe data zijn kenbaar gemaakt op afdelingsniveau waaruit dan verbeterdoelen zijn gerealiseerd. Een voorbeeld hiervan is de opstart van de broodbuffetwagens. Zowel vanuit de verpleging als vanuit de patiënten zijn er hieromtrent unaniem positieve reacties te horen.</p> <p>De verpleegkundig specialisten spelen een belangrijke rol in de patiëntenparticipatie gezien zij langsgaan bij specifieke doelgroepen (coma, geriatrie). Ook gaan zij langs bij families van patiënten.</p> <p>De methodiek rond open disclosure is opgestart maar staat volgens de kwaliteitscoördinator nog in zijn kinderschoenen. Tijdens datzelfde gesprek is er ook gewezen op het feit dat er geen bedside briefing wordt toegepast. Dit is in het verleden wel al gebeurd maar was toen niet gelukt.</p> <p>Daarnaast is er aandacht voor een aantal belemmeringen die de toegang voor cliënten kunnen beletten. In de algemene onthaalbrochure is er o.a. info terug te vinden over inschakeling van tolken, cultuurbarrières (bv. maaltijden en ev. bezoek van geloofsvertegenwoordiger), mogelijkheid tot inschakeling van bv. kapper of pedicure, afwijkende bezoekmogelijkheden, inschakeling medische studenten, aanwezigheid sociale dienst als hulp bij bepaalde problemen (bv. vervoer), info betreffende valpreventie,</p>

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>geneesmiddelenverbruik. Daarnaast zijn er diverse infobrochures voor patiënten aanwezig. Ook voor medewerkers zijn hieromtrent specifieke procedures raadpleegbaar.</p>
<p>Menselijk kapitaal (HRM)</p>	<p>Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.</p>
<p>Leiderschap</p>	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft betreffende het kritisch proces "menselijk kapitaal" met verschillende diensten en personen gesproken waaronder de verantwoordelijken van het vormingsbeleid, afdeling geriatrie, afdeling spoedgevallen, PAAZ, palliatieve eenheid, medische beeldvorming, schoonmaak, keuken, cardio-oncologie, pediatrie en materniteit.</p> <p>De VIR rond voorkoming van geweld en agressie op de werkplek is op orde bevonden. Artsen en medewerkers geven in meerdere gesprekken aan hieromtrent voldoende opgeleid te zijn.</p> <p>De VIR rond jaarlijkse organisatie van training op vlak van patiëntveiligheid is eveneens op orde bevonden.</p> <p>Elke medewerker heeft de mogelijkheid om zijn eigen personeelsdossier (JIP) te raadplegen waar een duidelijk en mooi overzicht is gegeven van o.a. gevolgde en te volgen opleidingen waar ook telkens een deadline wordt bij vermeld. Dit is een sterk punt.</p> <p>Niet gevolgde opleidingen geven aanleiding tot bespreking in het eerstkomende ontwikkelgesprek. De auditor stelt evenwel vast dat niet elke afdeling (geriatrie (A31) en palliatieve eenheid) volledig op orde is voor de opleidingen rond respectievelijk veilig gebruik van spuitpompen en spuitdrijvers, niet elke medewerker die dergelijke apparaten bedient heeft recent een opleiding gevolgd.</p> <p>Op de afdeling medische beeldvorming heeft ongeveer de helft van de medewerkers sinds 2022 geen vervolgopleiding betreffende stralingsprotectie gevolgd. Volgens het diensthoofd is er in 2022 hieromtrent een beslissing door de ziekenhuisleiding genomen om geen opleiding te organiseren en in 2023 liggen andere verwachtingen v/d verantwoordelijke diensten (preventie en vorming) hier mee aan de basis. Bovendien stelt de auditor vast dat er in de "Kruistabel vorming MZH" bij de opleiding stralingsbescherming geen frequentie vermeld staat hoewel er vanuit het FANC aanbevolen wordt dergelijke permanente vorming jaarlijks te organiseren.</p> <p>Daarnaast stellen de auditoren vast dat er geen herhalingsopleiding is voorzien voor de contrastpompen gekoppeld aan de CT-scan. De aangehaalde reden hiervoor is dat het toestel automatisch alle dosages bepaalt en er daarvoor geen verpleegkundige tussenkomst noodzakelijk is.</p> <p>Er wordt heel veel zorg besteed aan de inwerking van nieuwe personeelsleden. De gestructureerde aanpak is aanbevelenswaardig en wordt als dusdanig geapprecieerd door verschillende starters die door de auditoren zijn aangesproken.</p>	

Kritisch proces	Omschrijving
Geïntegreerd kwaliteitsmanagement	Voortdurend, proactief en systematisch proces om kwaliteit vanuit een systeemomvattend perspectief te begrijpen, managen en communiceren om zo doelen en oogmerken te realiseren.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>Binnen het kritisch proces "geïntegreerd kwaliteitsmanagement" heeft de auditor gesproken met twee leden van de raad van bestuur (waaronder de voorzitter), de hoofdarts, de functionaris kwaliteit en veiligheid, alsook met meerdere hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen van klinische afdelingen (heelkundige, geriatrische en internistische afdelingen).</p> <p>Voor de raad van bestuur en de directie van het ziekenhuis is kwaliteit en patiëntveiligheid een prioriteit. Hiervoor zijn de nodige middelen ter beschikking gesteld. De betrokkenheid van de artsen varieert nog van arts tot arts of van groep tot groep. Soms is deze betrokkenheid voorbeeldig, soms betreft het nog een werkpunt.</p> <p>De kwaliteitscel en coördinatie bestaat uit vier medewerkers; deze cel staat in voor het verzamelen van een multitude aan data (indicatoren, resultaten checks / interne audits / externe audits, klachten, patiënttevredenheidsmetingen, bevindingen uit het incidentmeldsysteem), doorspelen van deze data aan de stuurgroep kwaliteit en aan afdelingen, formuleren van verbeterdoelen, alsook uitvoeren van prospectieve en retrospectieve risico-inventarisaties. Kwartaalrapporten zijn opgesteld en gedeeld met het bestuursorgaan, directie en alle medewerkers van het ziekenhuis. De kwaliteitscel is recent beginnen gebruik maken van de techniek van analyse over wat goed of minder goed gaat na implementatie van nieuwe processen of procedures, zodanig dat eventueel goedbedoelde maar niet werkbare processen of procedures hetzij afgevoerd, hetzij gecorrigeerd worden; men zal meer en meer deze techniek introduceren in de toekomst.</p> <p>De afdelingen krijgen cijfers en bevindingen terug die betrekking hebben op hun afdeling, en gaan hiermee aan de slag via verbeterplannen. De diensthoofden van deze afdelingen hebben hierin een belangrijke taak; er zijn geen specifieke referentieverpleegkundigen voor kwaliteit en veiligheid. Via dienstvergaderingen, mailing en verbeterborden zijn de medewerkers op de hoogte gebracht en worden ook de verbeterdoelen en verbeteracties besproken en gecommuniceerd. Op de afdelingen wordt de PDCA-cyclus techniek gebruikt (plan do check act).</p> <p>Het incidentmeldsysteem is toegankelijk voor alle medewerkers van het ziekenhuis; nog niet voor patiënten of familie of eerstelijnsactoren. Deze worden verwezen naar hetzij de ombudsdienst, hetzij een meldpunt eerstelijns. De meeste gesprekspartners gaan ervan uit dat zeker nog niet alles gemeld is; er is wel een stijgende lijn in het aantal meldingen waarneembaar. Overigens geschiedt het melden in een 'no shame-no blame' context.</p> <p>In een gesprek met de functionaris kwaliteit en veiligheid verneemt de auditor dat op algemeen managementniveau (o.a. infrastructuur en IT) er risicomanagement plaats vindt. De risicostratificatie van individuele afdelingen is nog niet gebeurd en staat op de werklijst.</p> <p>De auditor verneemt in gesprekken met de functionaris kwaliteit en veiligheid, en met de hoofdarts, dat de open disclosure richtlijnen voornamelijk nog niet op consequente wijze ziekenhuisbreed geïmplementeerd zijn. Bij ernstige patiëntveiligheidsincidenten wordt door deze beiden meestal ad hoc in gesprek gegaan met patiënten en familie, en wordt de nodige (warme) ondersteuning geboden. Nadien wordt aan tafel gezeten met betrokkenen om de tijdslijn van het gebeuren te definiëren, alsook een analyse ervan te verrichten, teneinde de risico's op herhaling van het incident in te schatten en te voorkomen.</p>	



Kritisch proces	Omschrijving
	<p>Ondanks het feit dat casuïstisch deze problematiek de bezorgdheid wegdraagt van de verantwoordelijken, kan deze vereiste instellingsrichtlijn niet als voldaan beschouwd worden door van ontbreken van een gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak voor de openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten bij cliënten en hun familie.</p>
<p>Patiëntenstroom</p>	<p>Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings.</p>
<p>Leiderschap Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen Spoedeisende hulp</p>	
<p>Opmerkingen:</p>	<p>De VIR betreffende "patiëntenstroom" binnen de instelling is door de auditoren op orde bevonden.</p> <p>Het proces betreffende geplande opnames en meer bepaald de opstart van de preoperatieve raadplegingen en de centralisatie van de OK-patiënten is door meerdere medewerkers en verantwoordelijken als positief ervaren. Dit brengt rust op de betrokken afdelingen (beheersbaarheid van de werkdruk).</p> <p>Overcrowding van spoedopname is geregeld door de introductie van de sedocs score (cf. protocol Druktebarometer op spoedgevallen - Versie 1). Uit gesprekken met het medisch diensthoofd, hoofdverpleegkundige en adjunct van de dienst spoedgevallen heeft deze introductie geleid tot een continu objectief beeld op de bezetting wat voornamelijk interessant is bij het inschakelen van extra artsen en/of extra personeel.</p>
<p>Medische instrumenten en apparatuur</p>	<p>Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen.</p>
<p>Oncologische zorg Diagnostische beeldvorming Leiderschap Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen</p>	
<p>Opmerkingen:</p>	<p>De auditor heeft gesproken met de aankoopmanager, de projectmedewerker preventief onderhoud, diensthoofd en medewerkers van de centrale sterilisatieafdeling (CSA), verpleegkundige en zorgkundige van de dienst endoscopie. De auditor heeft gesproken met de materiaalmeester.</p> <p>De auditor sprak met diensthoofden keuken en schoonmaak, materniteit en neonatologie, operatiekwartier, zorgcoördinator van de eenheid A22 pneumologie, cardiologie-oncologie en een verpleegkundige van de eenheid A21 geriatrie en chirurgisch daghospitaal (POK). Tevens was er gesprek met en observatie bij de verpleegkundige vooropnamecel.</p> <p>De auditor sprak twee patiënten.</p> <p>De auditor bezocht de radiologie en sprak met het diensthoofd.</p>

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>De aankoopmanager zegt dat, na goedkeuring in de begroting, het initiatief tot opstart van de aankoop tot zijn bevoegdheid behoort. In dit aankooptraject wordt rechtstreeks overlegd met de eindgebruiker ten einde het meest geschikte product te weerhouden. Dit bevestigen de materiaalmeester en diensthoofd CSA.</p> <p>Onvoorziene aankopen buiten begroting kennen een alternatieve werkwijze en worden behandeld door de manager Controlling.</p> <p>De aankoopmanager streeft met de leveranciers een Service Level Agreement (SLA) na, waardoor de onderhouds- en herstellingsafspraken zijn vastgelegd.</p> <p>Het aankoopproces is uitgeschreven en er is een duidelijke scheiding tussen het aankooptraject en het traject van preventieve onderhoud en herstellingen.</p> <p>Voor ieder toestel dat in gebruik wordt genomen is een identificatie- en een onderhoudssticker voorzien. Via digitale werkbonden wordt een sticker voor ieder toestel aangemaakt met vermelding van periodiek onderhoud.</p> <p>De geobserveerde apparaten en toestellen waren voorzien van deze sticker. De auditor stelt vast dat een endoscopiewasher een sticker voor preventief onderhoud bevat die aangeeft dat het vorige onderhoud in 2021 moest gebeuren. De verpleegkundige endoscopie bevestigt dat het onderhoud wel heeft plaatsgevonden maar dat de onderhoudssticker niet vervangen is. Op het chirurgisch daghospitaal (POK) is een monitor/defibrillator gezien waarvan de sticker aangeeft dat het toestel niet tijdig een preventief onderhoud kreeg.</p> <p>Van elk toestel dat uit dienst wordt genomen, is een verslag bijgehouden. De auditor kreeg inzage van een "uit dienst verslag" van een toestel voor medische beeldvorming.</p> <p>Wanneer een toestel uit dienst genomen wordt, dient dit vrijgegeven te worden door de dienst ICT en de DPO (data protection officer) medewerker in functie van veilig omgaan met patiëntgegevens en privacy.</p> <p>Het ziekenhuis beschikt niet over een interne biotechnische dienst. Kleine herstellingen en onderhoud van medische instrumenten en apparatuur gebeuren hierdoor door de externe leverancier. De projectmedewerker preventief onderhoud bevestigt dat dit lange wachttijden voor herstelling en onderhoud met zich meebrengt.</p> <p>De evaluatie van het preventieve onderhoudsprogramma bestaat uit het halfjaarlijks opmaken van rapporten die zo nodig geëscaleerd worden naar de facilitair directeur ter overleg. Door de huidige werkdruk werd geen recent rapport (laatste halfjaar) opgemaakt.</p> <p>De eenheid CSA heeft te kampen met een structureel plaats tekort. Er is een adequate scheiding proper/vuil wat betreft de werkruimtes. De opslag van steriel materiaal is gescheiden van voorraadmateriaal door gebruik te maken van afstand en markering op de vloer.</p> <p>Het team van CSA bestaat uit verpleegkundigen, zorgkundigen en logistieke medewerkers. Allen volgden zij de opleiding tot sterilisatiemedewerker. Vier medewerkers zullen de opleiding nog starten.</p> <p>De eenheid CSA beschikt niet over een digitaal traceringsysteem. Tracering tot op setniveau wordt wel gerealiseerd op basis van manuele registraties en etikettering. De auditor heeft inzage in de procedure labeling van gesteriliseerde sets op CSA en gebruik van logboek bij gebruik in het operatiekwartier (OK). De omloopverpleegkundige van het chirurgisch dagziekenhuis (POK) bevestigt in gesprek met de auditor dat de labels op de instrumentensets niet aan een logboek voor tracering zijn toegevoegd.</p>



Kritisch proces	Omschrijving
	<p>Steriel geleverde leensetten worden rechtstreeks door de externe leverancier aan het operatiekwartier bezorgd op voorwaarde dat de set vergezeld zijn van een decontaminatiefiche.</p> <p>Het transport van instrumentarium gebeurt in gesloten karren en bakken.</p> <p>Door de beperkte wascapaciteit van de wasstraat in de eenheid CSA worden onsteriele leensetten niet consequent eerst gewassen vooraleer naar de reine zone te gaan.</p> <p>De keuze van zepen wordt in samenspraak met de dienstverantwoordelijke van CSA bepaald en krijgt goedkeuring via het Comité voor Medische Materialen.</p> <p>De auditor bezoekt de endoscopische eenheid en volgt het reinigingsproces van een flexibele endoscoop / coloscoop.</p> <p>Zowel de manuele als machinale reiniging van de scoop gebeurt volgens vooropgestelde procedure. De manuele reiniging van de bronchoscopen gebeurt niet volgens procedure. Men beschikt niet over droogkasten waardoor de zuivere endoscopen in ontsmette en afgesloten recipiënten bewaard worden. De bewaartijd van vier uren van de endoscopen na desinfectie wordt niet gerespecteerd hoewel de procedure deze bewaartijd beschrijft.</p> <p>De manuele reiniging van de bronchoscopen gebeurt niet in een wasbak, -eiland waarvan de afmeting is afgestemd op het kunnen reinigen van de endoscoop in gestrekte ligging. De manuele reiniging van de bronchoscopen gebeurt in het onderzoeklokaal zelf en niet in een van de behandelruimte gescheiden plaats.</p> <p>In overleg met de projectmedewerker preventief onderhoud worden defecten van zware beeldvormende apparatuur rechtstreeks door de gebruiker met de externe leverancier afgehandeld en gebeurt de registratie van het herstel post factum bevestigt het diensthoofd radiologie.</p> <p>De auditor verneemt in een gesprek met het diensthoofd van het operatiekwartier dat er een laser in gebruik is door de dienst urologie voor verbrijzeling van urolithiasis. In de operatiekamer is hierbij gebruik gemaakt van laserbrillen. Er zijn verder geen specifieke protectieve of aankondigende maatregelen genomen bij gebruik van dit lasertoestel die de medewerkers zouden attenderen op dit gebruik, noch worden de vensters van de operatiekamer afgedekt. Deze bevinding is discrepant ten aanzien van een document in Zenya (snelcode 2-JMV-78) dat wel een procedure bevat omtrent veiligheidsmaatregelen die dienen genomen te worden tijdens het gebruik van lasertoestellen.</p> <p>De auditor krijgt inzage in een schriftelijke overeenkomst van het ziekenhuis met een externe leverancier voor reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische apparatuur en stelt vast de afspraken en verantwoordelijkheden duidelijk omschreven zijn.</p>
<p>Governance</p>	<p>Optimaal functioneren van het toezichtsorgaan.</p>
<p>Governance</p>	
<p>Opmerkingen:</p> <p>In een gesprek met twee leden (waaronder de voorzitter) van de raad van bestuur van het Noorderhart-ziekenhuis Pelt, verneemt de auditor dat deze raad van bestuur zich verantwoordelijk toont voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg van de instelling. De competentieprofielen van de leden van de raad van bestuur zijn divers en knopen aan bij de vereisten, waaronder kwaliteit en veiligheid, die het besturen van een ziekenhuis stellen. Kwaliteit en veiligheid zijn een vast agendapunt op de reguliere vergaderingen van de raad, waarbij de functionaris kwaliteit en veiligheid per kwartaal een rapport komt voorleggen. De raad stelt zich hierbij kritisch-geïnteresseerd op en in een open debatcultuur worden de resultaten besproken en verbetervoorstellen geformuleerd of goedgekeurd. De raad beschouwt kwaliteit en veiligheid als een prioriteit voor een regionaal ziekenhuis en stelt hiervoor dan ook de nodige middelen ter beschikking.</p>	



5.2. Beoordelingen van zorgspecifieke normen

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

5.2.1 Medicatiebeheer (voor audits vanaf 2021)

Kritisch proces	Omschrijving
Medicatiemanagement	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.
<p>Opmerkingen:</p> <p>Gesprek met:</p> <ul style="list-style-type: none"> - afvaardiging Medisch Farmaceutisch Comité - afvaardiging Antibioticumcomissie - hoofdapotheker over de dienst apotheek - hoofdverpleegkundige Pediatrie - medisch diensthoofd Pediatrie - hoofdverpleegkundige Orthopedie - zorgmanager Orthopedie - twee (ouders van) patiëntjes op Pediatrie - twee patiënten op de afdeling Orthopedie - tweepatiënten op de dienst Spoedgevallen - twee patiënten op niet-chirurgisch daghospitaal - een patiënt op chirurgisch daghospitaal - drie verpleegkundigen van chirurgisch daghospitaal - twee verpleegkundigen/zorgmanager niet-chirurgisch daghospitaal - hoofdverpleegkundige en adjunct-hoofdverpleegkundige Spoedgevallen - verpleegkundige en hoofdverpleegkundige Intensieve Zorgen - een verpleegkundige Spoedgevallen - hoofdverpleegkundige en 2 verpleegkundigen Neurologie en Stroke-Unit - longarts - cardioloog / intensivist <p>Geraadpleegde documenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antibioticabeleid VIR - Overzicht van de bezorgde documenten Apotheek_inhoud_noodkasten HRM - Verslag MFC 2023 05 16 - Verslag MFC 2023 06 27 - Goedgekeurd verslag antibioticacomité Q1 2023 - Dossieraudit - Gebruik van afkortingen pre implementatie beleid - Dossieraudit - Gebruik van afkortingen post implementatie beleid - Afdelingsbezoek pediatrie door apotheker 10072023 - Opvolging automatische temperatuurslogging - koel te bewaren geneesmiddelen (versie 1) - Algemeen beleid voor het bewaren van geneesmiddelen op een afdeling (versie 4) - Hoogrisicomedicatie en hoog geconcentreerde elektrolyten (double check) - Toediening (versie 3) - Beleid hoogrisicomedicatie (VIR) (versie 8) - PCEA - Vrouw in arbeid (versie 4) (Patiënt geControleerde Epidurale Analgesie) - Reglement van inwendige orde van Medisch Farmaceutisch Comité (versie 3) - Beleid medicatieverificatie (VIR) (versie 4) - Beleid afkortingen in medicatieorders (VIR) (versie 1) - Reglement inwendige orde werkgroep hoogrisicomedicatie (versie 4) - Antidota - Overzicht van de beschikbare antidota met richtlijnen voor toediening bij intoxicatie (versie 3) - Formularium geneesmiddelen (apotheek) (Versie 7) - Lijst hoogrisicomedicatie (versie 10) - Verdoving (versie 1) 	

- Medicatie - richtlijnen in apotheek voor de bedeling van medicatie (versie 2)
- Antibioticabeleid (VIR) (versie 1)
- Antibioticabeleid - Antibioticaprofylaxe in de chirurgie (VIR) (versie 5)
- Zelfmedicatie (versie 1)

Volgende tracers zijn uitgevoerd:

- retrospectieve tracers vanaf moment van hospitalisatie tot heden op afdelingen Pediatrische en Orthopedie
- 2 tracers op de dienst Spoedgevallen
- 1 tracer omtrent retour beschadigde verpakking medicatie

De auditor stelt vast dat er een uitgeschreven en onderbouwd beleid is wat betreft de implementatie, voorschrijven, opslag, distributie, bereiden en toedienen van medicijnen binnen de instelling. De instelling plant interne audits en voert interne audits uit zoals onder meer voor medicatiebeheer. Ook voeren verantwoordelijke zorgverleners of organen periodieke controles uit op bestaande procedures en documenten, zoals bijvoorbeeld het medisch formularium.

De medicatieruimtes zijn ruim, goed verlicht en netjes onderhouden.

De auditor merkt dat alle bezochte voorraadkamers van medicijnen op de hospitalisatie-afdelingen voorzien van badge-gecontroleerde toegang en dat deze kamers correct afgesloten waren. Ook de medicatiekarren tijdens het bezorgen van medicatie aan patiënten op hun kamers, zijn correct afgesloten en enkel te openen middels een persoonlijke code. De opslag van medicijnen in koelkasten in de apotheek en op afdelingen is correct en wordt gecontroleerd met centrale monitoring, waarvan maandelijkse rapportage via de apotheek.

De auditor stelt vast dat in de apotheek steriel bereide sufenta in de koelcel ligt zonder bijkomend slot waardoor de sufenta bereikbaar is voor iedereen die zich in de apotheek bevindt. De toegang tot de apotheek zelf is beperkt voor bevoegde personen middels een badge-gecontroleerde toegang.

Op het POK / chirurgisch dagziekenhuis merkt de auditor op tijdens gesprekken met verpleegkundigen dat zorgverleners topische medicatie (in casu verdovende zalf voor ingrepen ter hoogte van een oog) optrekken in niet gelabelde spuitjes waar later een patiëntenetiket wordt opgeplakt. Ook dan is er nog geen etiket wat betreft de inhoud van de bereide spuit.

Wat betreft de procedures van hoogrisicomedicaties, merkt de auditor het volgende op:

- De auditor stelt vast dat op afdeling Orthopedie (C21) 21 tabletten Eliquis 5mg liggen. Het aan de auditor bezorgde document 'Apotheek_Inhoud_Noodkasten HRM-C21' stelt dat er vijf tabletten op deze voorraadplaats aanwezig mogen zijn, wat bevestigd wordt door de goedkeuring in het verslag van het Medisch Farmaceutisch Comité de dato 27/6/2023 waarin beschreven staat dat op deze voorraadplaats maximaal vijf tabletten Eliquis 5mg aanwezig mogen zijn.

Eveneens ziet de auditor op deze voorraadplaats zeven flacons Clexane 120mg waar het document 'Apotheek_Inhoud_Noodkasten HRM-C21' beschrijft dat er maximaal vijf ampullen mogen liggen. De instelling plant regelmatig audits op de klinische afdelingen in om de voorraad hoogrisicomedicatie te controleren. De hoofdapotheker toont de auditor de planning van de interne audits wat betreft de medicatievoorraden op de afdelingen en de auditor stelt vast dat de geplande interne audit van enkele weken geleden op de afdeling C21 was verplaatst naar 16/11/2023 (een week na de externe audit).

- de lijst met hoogrisicomedicatie is niet algemeen gekend bij de medewerkers. De meerderheid van de ondervraagde auditers wist niet dat Clexane behoort tot de groep hoogrisicomedicatie. Op meerdere afdelingen merkt de auditor op dat Clexane als hoogrisicomedicatie ook niet visueel herkenbaar is in tegenstelling tot andere hoogrisicomedicatie, zoals insuline en andere antitombotica.

- de voorraden van opiaten op de klinische afdelingen zijn sterk beperkt.

Op hospitalisatie-afdelingen is er vaak geen voorraad van opiaten en zijn enkel op naam voorgeschreven opiaten aanwezig.

De auditor merkt op dat op meerdere diensten en in meerdere documenten het gebruik van niet-toegelaten afkortingen voorkomt.

Bij navragen aan auditees over de ontvangen opleiding of training wat betreft het gebruik van deze afkortingen, hoort de auditor dat verpleegkundigen van de bezochte hospitalisatie-afdelingen geen uitleg of training hebben gehad over dit onderwerp.

Tijdens een gesprek met een recent gestarte verpleegkundige op afdeling A21 en een assistent specialist in opleiding Inwendige Geneeskunde die vorige maand is gestart in Noorderhart, hoort de auditor dat beiden geen training of opleiding hebben gehad over het gebruik van afkortingen.

Tijdens gesprek met Antibioticumcommissie, zegt een afgevaardigde van de Antibioticatherapiebeleidsgroep (ABTBG) dat ABTBG de laatste jaren geen feedback geeft naar de afdelingen toe.

Medewerkers op afdelingen (onder andere een longarts en een hoofdverpleegkundige Intensieve Zorgen) zeggen tegen de auditor dat zij wel halfjaarlijks of jaarlijks feedback krijgen over resistentiepatronen en kwantificatie van gebruikte antibiotica.

5.2.2 Excellente zorgverlening

Kritisch proces	Omschrijving
<p>Besluitondersteuning</p>	<p>Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.</p>
	<p>Opmerkingen:</p> <p>In het ziekenhuis wordt er gebruik gemaakt van het elektronisch patiëntendossier (EPD) NEXUZ. Na gesprekken met diverse artsen, beleidsverantwoordelijken en verpleegkundigen is er een algemene tevredenheid over dit pakket. Vanuit de verpleegkundige hoek worden er opmerkingen gemaakt over het vele klikwerk in het medicatiepakket. Tegelijk is er ook besef dat er mogelijk geen betere alternatieven voorhanden zijn.</p> <p>Daarnaast is het wel zo dat bepaalde ondersteuning (bv. ISBARR) niet gebruikt worden. De auditor heeft een informatieoverdracht bijgewoond op PAAZ en vastgesteld dat er daar een eigen methodiek wordt toegepast.</p> <p>Op de dienst medische beeldvorming worden, naast het EPD, nog papieren documenten (persoonlijke vragenlijst CT-scan, persoonlijke vragenlijst NMR en vragenlijst NMR mammografie) gebruikt die ter ondertekening aan de patiënten worden voorgelegd. In een gesprek geeft de verantwoordelijke aan dat deze dienen als extra check in functie van de patiëntveiligheid.</p>
<p>Competentie</p>	<p>Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.</p>
	<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft het vormingsbeleid met diverse mensen (vormingsverantwoordelijken, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, schoonmaak) in het ziekenhuis besproken. Er is een zeer uitgebreid aanbod waarbij vooral de inscholing van nieuwe medewerkers en artsen grondig is aangepakt. Bijkomend dient elke startende medewerker en arts een vormingsweek te doorlopen die vier keer per jaar wordt georganiseerd.</p>



Daarnaast is er een kruistabel (Kruistabel vorming MZH - Versie 5) opgemaakt en raadpleegbaar waarbij er per discipline wordt vastgelegd welke opleiding er dient gevolgd te worden en in welke frequentie. Het pakket aan opleidingen bestaat zowel uit e-learning, als interne vormingen en extern aanbod.

Het al dan niet volgen van een opleiding is onderwerp van gesprek in de ontwikkelingsgesprekken.

De VIR betreffende veilig gebruik van infuus- en spuitpompen is niet op orde. Onvoldoende medewerkers hebben een herhalingsopleiding daartoe gevolgd.

Bij onderstaande opgesomde onderdelen is de voorziene deadline van twee jaar overschreden door meerdere medewerkers (artsen zijn niet meegerekend gezien zij niet in de kruistabel vorming zijn opgenomen):

- PCEA/PCIA: 18
- Fresenius (enkel op OK gebruikt): 7
- Braun (enkel op spoed en intensieve gebruikt): 9
- Volumetrische pompen non dedicated: 73
- Volumetrische pompen dedicated: 2.

Klinisch leiderschap

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

Opmerkingen:

De auditoren hebben betreffende het kritisch proces "klinisch leiderschap" volgende zaken vastgesteld:

- Het is overal in het ziekenhuis opvallend netjes en ordelijk. De gangen zijn vrij gehouden waarbij alle gebruikte toestellen aan één kant van de gang worden opgesteld;
- De aanwezigheid van verpleegkundig specialisten is een belangrijk pluspunt. Zij helpen mee een toegewezen beleid (coma, haemovigilantie, wond- en stomazorg, geriatrie, oncologie en pijn) verder uit te diepen, te ondersteunen op de afdelingen door o.m. opleidingen en aan te passen volgens de actuele wetenschappelijke inzichten. Een aandachtspunt hierbij is de toegankelijkheid van wetenschappelijke databanken. Dit is aangegeven tijdens een gesprek met een verpleegkundig specialist. Op vandaag is die toegankelijkheid er via de medisch directeur.
- De inspraak van patiënten en/of familie is op vandaag heel sterk gefocust op het invullen van bevragingen waar met de resultaten ook effectief verbeteracties worden ondernomen. Een mooi voorbeeld hiervan zijn de invoering van de broodbuffetwagens op de afdelingen. Gesprekken met patiënten geven aan dat dit zeer positief wordt ervaren.
- Open disclosure is in het algemeen nog een werkpunt. Er is geen protocol ontwikkeld. Er gebeuren wel gesprekken met patiënten maar eerder ad hoc en niet gestructureerd.
- Het topmanagement van het ziekenhuis heeft geen rechtstreeks contact en/of overleg met patiënten.

Resultaten beïnvloeden

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

Opmerkingen:

De auditor stelt betreffende dit kritisch proces volgende zaken vast:

- Er is een protocol aanwezig (Ethisch beleid binnen het Mariaziekenhuis en het Revalidatie & MS Centrum - Versie 1). Daarnaast zijn ook allerhande ethische adviezen beschikbaar (palliatieve sedatie, euthanasie, ...).
- Patiëntveiligheidsincidenten worden gemeld en dit wordt ook gestimuleerd. Een protocol is voorzien (Patiëntveiligheid, melden van incidenten; VIR - Versie 5). Deze incidenten vormen ook aanleiding tot verder retrospectief onderzoek (PRISMA-analyse). Er zijn ook prospectieve risico-analyses uitgevoerd. De auditor heeft hierbij twee analyses nagekeken:
 - PRI suïcidepreventie: zeer uitgebreid en gedetailleerd waar ook duidelijke verbeterdoelen worden gehaald;
 - PRI Da Vinci - operationeel: duidelijk overzicht van mogelijke faalwijzen en de daaraan gekoppelde oorzaken.



5.2.3 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.
<p>Opmerkingen:</p> <p>Qua zorgverlening zijn door de auditoren een aantal vereiste instellingsrichtlijnen gecontroleerd.</p> <p>1/ Suïcidepreventie: De afgelopen vier jaren is intensief gewerkt aan de ontwikkeling van een nieuw protocol (cf. Suïcidepreventiebeleid - versie 4) wat vooral wenst in te zetten op verbinding met de patiënten met een achterliggende herstelgerichte visie. Dit brengt o.a. met zich mee dat er zo min mogelijk tot isolatie wordt overgegaan. Dit jaar waren er zes isolaties terwijl dit vier jaar geleden nog boven de 50 zat. Alle patiënten krijgen een bepaalde kleurencode toegewezen bij opname waartegenover een uitgeschreven beleid staat. Ook zijn er duidelijke afspraken met de dienst spoedopname gemaakt om dergelijke patiënten correct op te vangen (cf. Suïcideleidraad Spoed - PAAZ).</p> <p>De auditoren zijn onder de indruk over de doordachte visie en de doelstelling om suïcide zo bespreekbaar mogelijk te maken en tegelijk ook het enthousiasme van de hoofdverpleegkundige en de zorgcoördinator. Dit alles heeft geleid tot een sterk en multidisciplinair protocol.</p> <p>Ook bij crisissituaties tijdens therapie vermijdt men zoveel mogelijk isolatie. Een mooi voorbeeld hierbij is de comfortroom (Protocol gebruik van comfortroom op PAAZ). Dit biedt patiënten de mogelijkheid om een time-out te vragen waarbij zij even tot zichzelf kunnen komen zonder tussenkomst van een zorgverlener. Deze VIR is op orde.</p> <p>2/ Valpreventie: Er is een protocol aanwezig (cf. Globale aanpak van valpreventie in het ziekenhuis). Op de PAAZ worden patiënten hier ook bij betrokken, vooral om hen in te lichten over potentiële valmogelijkheden bij inname van bepaalde medicatie. Deze VIR is op orde.</p> <p>3/ Medicatieverificatie: Er is een protocol aanwezig (cf. Beleid medicatieverificatie - versie 4). Dit protocol wordt correct toegepast. Deze VIR is op orde.</p> <p>4/ Gebruik twee persoonsgebonden parameters: Er is een protocol aanwezig (cf. Patiëntidentificatie: algemeen beleid - versie 6). Tijdens een observatie van de medicatieronde op de PAAZ is bij twee van de drie patiënten de naam, voornaam en geboortedatum actief bevraagd voorafgaand aan de toediening van de medicatie.</p> <p>5/ Zorgoverdracht: Er is een protocol aanwezig (cf. Briefing van patiënteninformatie volgens de ISBAR-methodiek). Tijdens een observatie van een shiftwissel op de PAAZ tussen verpleegkundigen met vroegdienst en verpleegkundigen met avonddienst is een vaste structuur gehanteerd voor de briefing. De briefing verloopt niet via het ISBAR-dashboard. De therapeutische hoofdverpleegkundige licht toe dat zij wel vragende partij zijn om een specifiek dashboard te ontwikkelen voor de PAAZ-afdeling, aangezien het standaard ISBAR-dashboard in KWS minder geschikt is voor de PAAZ-afdeling.</p>	



5.2.4 Infectiepreventie en -bestrijding

Kritisch proces	Omschrijving
Infectiepreventie en -beheersing	Maatregelen door medisch personeel in gezondheidsinstellingen om het overdragen en oplopen van infectieverwekkers te verminderen.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor sprak met de leden van het team ziekenhuishygiëne (ZHH) en leden van het Comité Ziekenhuishygiëne (CZH). Het betreffen drie ziekenhuishygiënisten, de arts klinisch bioloog en ziekenhuishygiëne, de verantwoordelijke voor Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA).</p> <p>Er is gesproken met het diensthoofd pediatrie, verpleegkundig zorgcoördinator van de eenheden geriatrie, pneumologie en cardiologie-oncologie en een verpleegkundige van de vooropnamecel.</p> <p>De auditor sprak tevens met drie schoonmaakmedewerkers en hun diensthoofden en het diensthoofd keuken.</p> <p>Daarnaast sprak de auditor met patiënten.</p> <p>Het CZH is samengesteld volgens de wettelijke bepalingen. De auditor krijgt inzage in het reglement inwendige orde.</p> <p>De auditor heeft inzage in het strategisch plan ziekenhuishygiëne 2022-2026.</p> <p>De auditor heeft inzage in het ziekenhuisbrede indicatordashboard en met name voor de indicator handhygiëne.</p> <p>M.b.t. handhygiënebeleid: er loopt een project, Operation Clean Hands, op de diensten geriatrie A31, A32 en intensieve zorgen met real-time dashboard voor de dienst ziekenhuishygiëne. Dit project meet het aantal handhygiënemomenten per ligdag. De auditor kijkt de resultaten in.</p> <p>Medewerkers krijgen opleiding en moeten een e-learning volgen aangaande handhygiëne. Tijdens de vormingsweek die iedere nieuwe medewerker volgt komen de belangrijke aspecten van het hygiënebeleid aan bod. De auditor kreeg inzage in Jouw Informatie Platform (JIP). Dit is een webtoepassing waarin medewerkers o.a. hun opleidingsopdrachten en -geschiedenis kunnen raadplegen. De auditor stelt bij inzage vast dat de items aangaande ziekenhuishygiëne hierin vervat zijn. Het screeningsbeleid wordt aangeboden in het basisopleidingspakket en tevens tijdens aparte info sessies.</p> <p>De norm voor handhygiëne is door het ziekenhuis bepaald op 100% compliance. De auditor stelt op het kwaliteitsbord van de eenheid A22 pneumologie, cardiologie-oncologie vast dat de resultaten van metingen over handhygiëne voor de medewerkers beschikbaar zijn. Feedback omtrent handhygiëne wordt op de eenheid materniteit en neonatologie tijdens dienstvergaderingen gegeven. De auditor kan dit bevestigen na inzage in het verslag.</p> <p>Er is een sterke betrokkenheid van de dienst ziekenhuishygiëne (ZHH) bij aanvang van een nieuwbouw en verbouwingen. De ziekenhuishygiënisten geven aan dat hun advies gevolgd wordt door het ziekenhuis mits het voorleggen van juiste argumentatie en onderbouwd door regelgeving. De installatie van een nieuwe luchtgroep voor de operatiekamer en het verkrijgen van twee gescheiden ruimtes voor de melkkeuken zijn hiervan voorbeelden. Dezelfde betrokkenheid is ervaren bij de dienst voeding zo bevestigt het diensthoofd. De eenheid CSA is vertegenwoordigd in het Comité voor Ziekenhuishygiëne. De verantwoordelijke van CSA bevestigt dat zij punten ter bespreking kan brengen op het Comité voor Ziekenhuishygiëne. Daarnaast is ook apart overleg met de ziekenhuishygiënist en de verantwoordelijke apotheker en diensthoofd van CSA wanneer daar nood aan is.</p> <p>De arts klinisch bioloog bevestigt in het gesprek met het CZH dat postoperatieve wondinfecties niet systematisch is opgevolgd.</p> <p>Ventilator geassocieerde pneumonie (VAP), registratie van bloedstroominfecties geassocieerd met een centraal veneuze catheter (CLABSI) en van blaascatheter geassocieerde urineweg infecties (CAUTI) zijn wel opgevolgd.</p> <p>De dienst ziekenhuishygiëne werkt met referentiemedewerkers ziekenhuishygiëne. Deze medewerkers vertalen het algemene ziekenhuishygiëne beleid op hun eigen eenheid. De referentiemedewerkers krijgen tijdens hun teamvergaderingen tijd om relevante informatie over ziekenhuishygiëne door te brieven aan het volledige zorgteam. De auditor krijgt inzage in een vergaderverslag van deze werkgroep. Er wordt feedback gegeven over isolaties en nosocomiale infecties, screeningsbeleid multiresistente micro-organismen,</p>	



maatregelen i.k.v. COVID-symptomen bij medewerkers en patiënten.
 Het diensthoofd voeding bevestigt dat Noorderhart het SMILEY certificaat heeft behaald. Dit is een attestering die bevestigt dat aan de normen van voedingsveiligheid, kwaliteit van producten, traceerbaarheid en meldingsplicht wordt voldaan. De auditor kan het certificaat inkijken. De voedingsdienst volgt kwaliteitsindicatoren op doorheen het bereidingsproces. Het diensthoofd licht de temperatuurmetingen toe die zij opvolgen aan de steamer, bain-marie en bij de voedingsband tijdens proportionering. Eventuele onregelmatigheden of afwijkingen worden tevens gemeld in het incidentmeldsysteem van Zenya, en leiden tot verbeterpunten. De auditor kreeg inzage in een incidentmelding betreffende onvoldoende gaartijd van groenten.
 Ziekenhuishygiëne doet oppervlakte controles in de keuken en geeft feedback aan het diensthoofd van de keuken. Tevens worden bacteriologische controles gedaan van het linnengoed. De resultaten zijn met het team besproken.
 De auditor stelt bij bezoek aan de melkkeuken vast dat deze aan de vereiste voorwaarden voldoet. Medewerkers van de melkkeuken worden on the job getraind door ervaren collega's. De bereiding van de zuigelingenvoeding kan van bereiding tot toediening getraceerd worden via een logboek. De bewaring van de flesvoeding wordt door temperatuurregistratie opgevolgd. Het diensthoofd pediatrie bevestigt dat zij via hun dect-telefoon toestel een melding krijgen wanneer alarmwaarden bereikt worden. Hierdoor kunnen zij tijdig de nodige actie ondernemen.
 Uit gesprek met de diensthoofden schoonmaak blijkt dat alle schoonmaak medewerkers een opleiding krijgen in handhygiëne en schoonmaaktechnieken. Tevens zijn zij getraind in het schoonmaken van risicovolle omgevingen zoals isolatiekamers. Dit bevestigen drie schoonmaakmedewerkers in gesprek met de auditor.
 Voor het operatiekwartier zijn specifieke schoonmaak medewerkers opgeleid.

5.2.5 Kritieke zorg

Kritisch proces	Omschrijving
<p>Zorgverlening</p>	<p>Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.</p>
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft op de afdeling Kritieke Zorg / Intensieve Zorgen een plaatsbezoek verricht en gesproken met de hoofdverpleegkundige, een verpleegkundige, een intensivist-cardioloog. Hierbij kunnen de verschillende VIR's (vereiste instellingsrichtlijnen) van deze normenset op voldaan gezet worden. Het betreft de VIR's omtrent medicatieverificatie, preventie valpartijen, preventie decubitus, preventie thrombo-embolische incidenten, identificatie en informatie-overdracht bij zorgoverdrachten. De introductie van zowel KWS (klinisch werkstation / EPD) als EMV (electronisch medicatie voorschrift) is een belangrijk gegeven waardoor geen (para)medische orders en informatie verloren gaan en voor iedereen toegankelijk zijn; tevens staat het KWS garant voor het systematisch en correct uitvoeren van de verpleegkundige anamnese als preventieve actie bij een aantal risico's (zoals valpreventie, decubitus...). De afdeling beschikt over tal van brochures en flyers die aan patiënt / familie gegeven worden in het kader van informeren en responsabiliseren van de patiënten met betrekking tot voormelde risico's.</p>	



5.2.6 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.
<p>Opmerkingen:</p> <p>Binnen de normenset "peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen / zorgverlening" heeft de auditor plaatsbezoeken uitgevoerd in het operatiekwartier (voorbereiding / operatiekamers / recovery), alsook aan de afdelingen B.2.1, B.2.2 en de preoperatieve eenheid. Hierbij zijn gesprekken gevoerd met de diensthoofden van deze drie afdelingen, alsook met verpleegkundigen, werkzaam aldaar.</p> <p>Zeven vereiste inrichtingsrichtlijnen (VIR's) zijn getoetst en op voldaan geplaatst. Het betreft VIR's met betrekking tot medicatieverificatie, valpreventie, decubituspreventie, VTE profylaxe, cliëntenidentificatie, informatie-overdracht bij zorgoverdrachten en controlelijst voor veilige heekunde 'safe surgery checklist'.</p> <p>Zowel op de klinische afdelingen als in het operatiekwartier waren voor enige tijd belangrijke verpleegkundige/zorgkundige bestaffingsproblemen aanwezig, waarop in onderling overleg tussen directie en artsen er verschillende initiatieven geformuleerd zijn om de werkdruk terug te dringen en aldus het welbevinden van de medewerkers te verhogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verminderen van opengestelde bedden tot 24 per afdeling, waardoor het aantal patiënten per verpleegkundige gereduceerd werd van 10 naar 8 • introduceren van zorgcompagnons; dit zijn geen zorgkundigen, noch verpleegkundigen, maar ontlasten deze wel door een aantal niet-zorggerelateerde taken bij patiënten uit te voeren • inrichten van een vooropnamecel, waarlangs de meeste electieve heekunde patiënten passeren ; hier worden ontbrekende preoperatieve onderzoeken georganiseerd, een preoperatieve anamnese uitgevoerd, en een actuele medicatielijst in het EPD ingebracht • installeren van een preoperatieve eenheid alwaar patiënten op de dag van de ingreep gezien worden en een laatste check krijgen, zonder dat hierdoor de reguliere werking van de afdeling en de reeds verblijvende patiënten verstoord wordt • het aanhouden van de zomerregeling ook bij het begin van de winter 2023, in het operatiekwartier, met vervroegd stoppen van de activiteit in een aantal operatiekamers <p>De actueel ziekenhuisbrede introductie van het EPD en EMV (electronisch medicatievoorschrift) wordt door alle gesprekspartners als een grote vooruitgang ervaren: er gaat geen (para)medische informatie meer verloren, medicatie-orders worden correct doorgegeven, en de volledigheid van de dossiervorming wordt meer gerealiseerd. Enkel op het oncologisch dagziekenhuis ontbreekt nog een module voor voorschrijven van chemotherapie; hierdoor zijn nog medicatie-opdrachten deels op papier nodig ; overigens is er aldaar ook nog geen doorgedreven uniformisatie van therapieschema's aanwezig.</p> <p>Omtrent thromboseprofylaxie heeft de auditor gesprekken gehad met verschillende artsen (cardioloog-intensivist en een assistent orthopedie), met verschillende hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen (diensten intensieve zorgen en heekunde) en met patiënten op de dienst heekunde (na urologische heekunde). Hierbij is bevestigd dat er een beleid bestaat voor thromboseprofylaxie, en dat dit strikt toegepast wordt. Ook bij ontslag is nagegaan of deze behandeling dient verder gezet te worden, en wordt dit in betreffend geval voorgeschreven door de arts die het ontslag regelt. De auditor merkt op dat verschillende orthopedisch chirurgen na knie- en heupprotheseheekunde er een verschillend schema op na houden voor verdere profylaxe na ontslag (Asaflow versus LMWH). De verschillen in behandelingschema's zijn teruggevonden in de respectievelijke zorgplannen van elke chirurg.</p>	



5.2.7 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.
<p>Opmerkingen:</p> <p>Gesprek met:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hoofdverpleegkundige Spoedgevallen - adjunct-hoofdverpleegkundige Spoedgevallen - gesprek met twee patiënten <p>Tracer 1: opname van een patiënt van de dienst Spoedgevallen naar een hospitalisatie-afdeling.</p> <p>Tracer 2 en 3: volgen van een patiënt op de dienst Spoedgevallen.</p> <p>De auditor stelt vast dat op de dienst Spoedgevallen aan VIR's in verband met medicatieverificatie, inschatting risico zelfdoding, patiëntidentificatie en informatie-overdracht, is voldaan.</p> <p>De auditor stelt wel vast dat iedereen op de afdeling Spoedgevallen op de hoogte is van overdracht aan de hand van ISBAR-techniek, maar dat de medewerkers niet de "ISBAR"-tegel gebruiken in het elektronisch patiëntendossier. De hoofdverpleegkundige zegt dat deze ISBAR-tegel wel tijdelijk gebruikt is bij implementatie van deze mogelijkheid, maar dat er meerdere nadelen waren waardoor de medewerkers van Spoedgevallen een nieuwe methode hebben ontwikkeld om volledig en compleet de informatie over te dragen aan andere afdelingen.</p> <p>De auditor heeft de overdracht van een patiënt van Spoedgevallen naar de afdeling Geriatrie geobserveerd en stelt vast dat de spoedverpleegkundige de informatie gestructureerd en compleet heeft overgedragen aan de verpleegkundige van de afdeling.</p>	

5.2.8 Transfusiediensten

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.
<p>Opmerkingen:</p> <p>Betreffende het kritisch proces transfusiediensten/zorgverlening, kan de auditor de vereiste instellingsrichtlijn met betrekking tot de identificatie van de patiënt, gebruik makend van minimaal twee persoonsgebonden parameters, op voldaan zetten. De auditor bezocht hiervoor het oncologisch dagziekenhuis alwaar een transfusie plaats vond en kan bevestigen dat bij alle onderdelen van het transfusieproces er een correcte identificatie plaats vond. De bloedzak, bestemd voor de betrokken patiënt, wordt eveneens gecontroleerd bij afhaling in het labo, bij ontvangst op het dagziekenhuis en bij aanhangen ervan aan het infuus van de patiënt (double-check en aftekenen door twee verpleegkundigen).</p>	