

Auditverslag

AZ Sint-Vincentius Deinze



Deinze
België

Datum auditbezoek: 14 juni tot en met 16 juni 2022
Assessment: Overbruggingsaudit Qmentum Global
Assessmentprocedure: 2021-2022
Niveau accreditatie: goud
Niveau toetsing: goud
Vastgesteld op: 5 juli 2022

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------

Inhoud

Inleiding	3
1. Samenvatting	4
1.1 Auditinformatie.....	4
1.2 Conclusies auditteam	7
1.3 Overzicht per normenset.....	12
1.4 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR)	14
2. Overzicht beoordelingen op niveau goud	15
2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen	15
2.2 Normensets.....	15
3. Overzicht beoordelingen op niveau platina.....	17
3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen	17
3.2 Normensets.....	17
4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant	17
4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen	17
4.2 Normensets.....	17
5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren	18
5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen	18
5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen	23

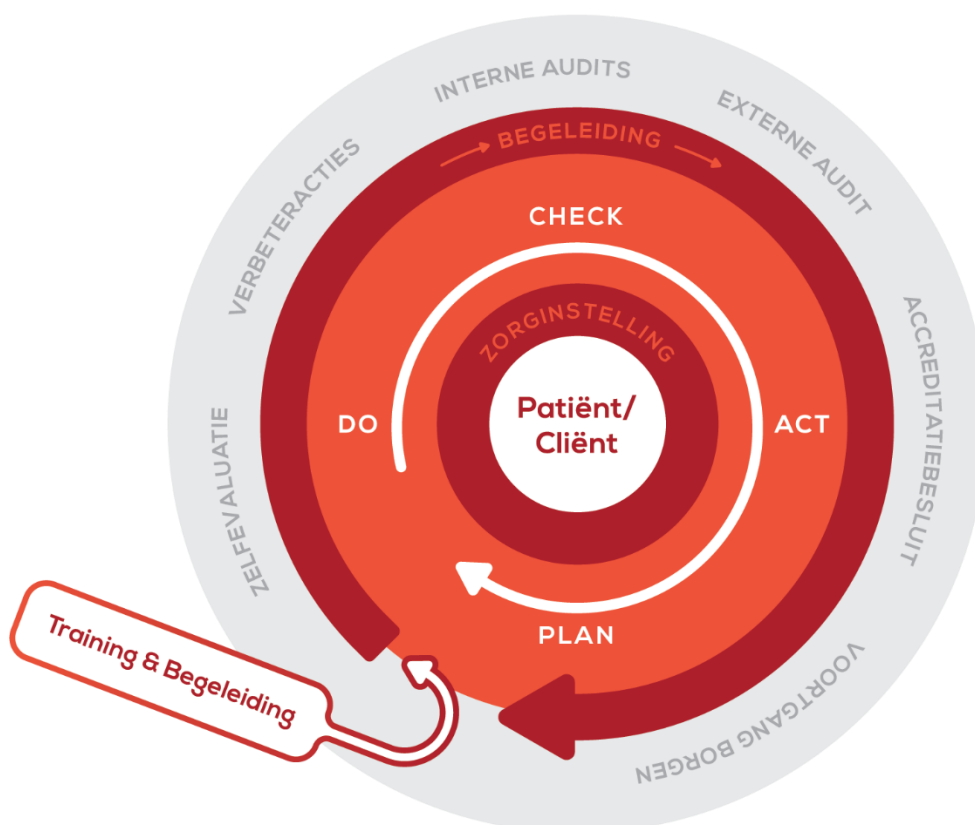
Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

Inleiding

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

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

Internationaal Assessmentprogramma Qmentum Global



Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------

1. Samenvatting

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

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

1.1 Auditinformatie

Het auditbezoek in AZ Sint-Vincentius Deinze heeft plaatsgevonden van 14 t/m 16 juni 2022.

Auditteam

De heer dr. D.A.M. Meire, voorzitter
 De heer H. Cuvelier
 Mevrouw A. De Wever
 Mevrouw K. Clerbout, aspirant auditor
 De heer S.R.T. De Keukeleire, aspirant auditor

Surveymanager

Mevrouw B.A. De Neve, surveymanager
 De heer P. Mens, aspirant surveymanager

Aanvullende informatie

De Raad van Bestuur van AZ Sint-Vincentius Deinze heeft een aanvraag bij Qualicor Europe gedaan voor een overbruggingsaudit voor accreditatie als opstap naar het sequential programma, op basis van de kwaliteitsnorm Qmentum Global. De audit is uitgevoerd conform de assessmentprocedure 2021-2022. Dit is de tweede Qualicor Europe-accreditatie voor deze instelling.

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

De audit betreft de volgende locaties van AZ Sint-Vincentius Deinze.

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

Normensets

Tijdens het auditbezoek voor de overbruggingsaudit zijn de volgende normensets en kritische processen gebruikt om de diensten en procedures van AZ Sint-Vincentius Deinze te toetsen:

De VIR's uit de zorgspecifieke normensets

- Ambulante Zorg.
- Diagnostische beeldvorming.
- Excellente zorgverlening.
- Intramurale zorg.
- Kritieke zorg.
- Oncologische zorg.
- Peri-operatieve zorg en invasieve procedures.

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------

- Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen.
- Spoedeisende hulp.
- Transfusiediensten.
- Verloskundige zorg.

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.

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

Samenvatting bevindingen

Standaard audit	Resultaat	Eis
Hoeveel procent van de nalevingstesten van alle VIR's is behaald?	100%	95%
Is per normenset aan het vereiste aandeel gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) voldaan?	Ja	90% per normenset
Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling?	99,4%	81%
Aan hoeveel procent van alle noodzakelijke criteria voor veilige zorg op niveau platina en diamant, zoals beschreven in de bijlage van de 'assessmentprocedure 2021-2022' over alle relevante normensets voldoet de instelling?	100%	81%

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

1.2 Conclusies auditteam

Algemene bevindingen

Van 14 tot 16 april 2022 is het auditteam - dat door de aanwezigheid van drie aspiranten enigszins groter was dan gepland - gastvrij ontvangen in het AZ Sint-Vincentius ziekenhuis te Deinze. De openheid en bereidwilligheid van de auditees is door de auditoren positief ervaren. Het ziekenhuis wil zich profileren als volwaardig algemeen ziekenhuis met vriendelijke intermenselijke contacten tussen patiënten en medewerkers en tussen medewerkers onderling. De auditoren hebben de vriendelijke intermenselijke contacten kunnen vaststellen en ervaren bij zoverre dat dit als compliment is weerhouden.

Op de eerste dag van de audit is door de directeur meegedeeld dat in de afgelopen dagen een communicatie verspreid is dat het AZ Sint-Vincentius Deinze en AZ Maria Middelaars Gent een nieuwe unieke VZW zullen vormen vanaf 1 januari 2024.

Tijdens de vorige audit van juni 2017 (waar de voorzitter ook deel uitmaakte van het auditteam) is de personele unie tussen beide vermelde ziekenhuizen aangekondigd. De auditoren hebben kunnen vaststellen uit gesprekken met het managementteam maar vooral in gesprekken met medewerkers en artsen dat de samenwerking geleid heeft tot een grotere rust en vertrouwen in de toekomst bij alle medewerkers. De afgelopen vijf jaar hebben geleid tot een nauwe samenwerking op vlak van personeelsbeleid, kwaliteitsbeleid met gelijke indicatoren en intensere samenwerking tussen de artsen van dezelfde disciplines. De opleidingsmogelijkheden zijn sterk toegenomen door de grotere schaalgrootte. Ondanks deze intense samenwerking blijft de schaalgrootte voor het AZ Sint-Vincentius als algemeen ziekenhuis beperkt en vormt dit op sommige vlakken een bedreiging. Door de voorzitter van de raad van bestuur wordt aangegeven dat de personele unie de uitdrukkelijke wil heeft om een algemeen ziekenhuis te blijven in Deinze. De eengemaakte VZW zal hierin een oplossing bieden als stevige ruggensteun. Daarnaast zal een uitgekiend gedifferentieerd medisch aanbod in Deinze een gepaste oplossing kunnen bieden om de schaalgrootte te valoriseren. Zo is er met de aanpassingen van de locomotorische revalidatie afdeling en een nakende uitbreiding van een tweede geriatrie afdeling reeds een belangrijke stap gezet en zijn er plannen voor een "focused factory" voor urologische robotchirurgie.

De auditoren kunnen vaststellen dat veiligheid en kwaliteit een issue is dat op E17-netwerk niveau sterk convergerend wordt aangepakt.

Het is de auditoren tijdens de audit duidelijk geworden dat in het ziekenhuis een verbetercultuur heerst. Medewerkers in alle lagen van de organisatie en artsen zijn doordrongen van het belang van kwalitatieve en veilige zorg. In de gesprekken geven auditees en artsen het belang aan van kwaliteit te meten en verder te bouwen om de kwaliteit te verbeteren. De bevroegde artsen geven zeer duidelijk aan dat de kwaliteit is verbeterd en op een hoger niveau kan gehouden worden. De sterke transparantie en communicatie van indicatoren en verbetertrajecten maken het ook makkelijker om nieuwe medewerkers en artsen mee te nemen in het verbeterproces en kwaliteit te borgen.

De auditoren hebben tijdens de audit kunnen beroep doen op de kwaliteitsmedewerker en accreditatiecoach-arts om een vlot verloop van de audit mogelijk te maken. Beiden zorgen ook dagdagelijks voor de noodzakelijke brug tussen het beleid en systemen en de actieve participatie van alle medewerkers en artsen in de uitrol van de systemen en toepassing van het beleid.

Door de opbouw van verschillende kwaliteitsbesprekingen vanop de basis naar Q-teams, veiligheidsronden, interne audits en tenslotte comité veiligheid en kwaliteit is nagenoeg de ganse instelling actief betrokken bij kwaliteitsverbetering.

De raad van bestuur, in personele unie, is erin geslaagd om kwaliteitsindicatoren in een breder perspectief te plaatsen en aldus "interne" benchmarking mogelijk te maken.

Door de beslissing om een vroeger directielid vrij te stellen voor het project cliëntgerichte zorg bewijst de instelling niet alleen dat overleg en inspraak van patiënten in verbeterprocessen van groot belang zijn maar getuigt zij bovendien van respectvolle omgang met medewerkers in een landingsbaan.

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------

Samengevat kan de cultuur omschreven worden als open en sterk verankerd in alle geledingen met aandacht voor elkaar en sterke betrokkenheid met de patiënt en familie.

Overzicht complimenten

- Zeer proper en toegankelijk ziekenhuis
- Vriendelijkheid, open aanspreekcultuur en intermenselijke positieve sfeer tussen patiënten en medewerkers
- Trots in de job
- Inzet en aanwezigheid op de werkvloer van de accreditatie arts
- Inzet op cliëntgerichte zorg
- Patiënt en familie betrokken in het multidisciplinair overleg op de afdeling locomotorische revalidatie
- Harmonicawerking – “Sharing is caring”
- Continu verbetercultuur in peri-operatieve zorg
- Duaal management (zoals op het Operatiekwartier)
- Project “Schelde en Leie” op het medicatieschema

Overzicht uitdagingen

	Uitdaging	Normenset	Criterium	VIR of !	Niveau
1	Medicatie in afwachting van verwijdering of vervallen, stopgezette, teruggeroepen, beschadigde of gecontamineerde medicatie wordt in de medicatieopslagruimten gescheiden opgeslagen van medicatie in gebruik.	Medicatiebeheer	13.8	!	goud
2	De apotheker voert een extra controle (double check) uit van de dosisberekeningen op basis van gewicht voor pediatrische patiënten.	Medicatiebeheer	16.2	!	goud

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

Intern toetsingssysteem

Het interne toetsingssysteem van AZ Sint-Vincentius Deinze voldoet aan de 'Assessmentprocedure 2021 - 2022 Qmentum'.

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

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

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

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)

De voortdurende verbetering blijkt uit de gedreven sturing vanuit de organisatie tot realisatie van de Qmentum Global criteria. De innovaties op de locomotorische revalidatie en de realisatie van de MRI-nieuwbouw zijn realisaties met verbetering tot doel.

De aanpassingen en verbeteringen zijn daadwerkelijk gerealiseerd ten opzichte van de proefaudit en zijn onderbouwd en traceerbaar door indicator metingen.

Een verbetering in de antibioticaprofylaxe is gerealiseerd na overleg tussen artsen anesthesie en chirurgen na onderlinge evaluatie van de indicator. De verbetering heeft geleid tot betere uitkomst voor de patiënt en bovendien is de methode van meting aangepast waardoor de indicator nog betrouwbaarder is geworden.

Borging van verbetering blijkt uit de aanpak naar aanleiding van een klacht op de geriatrie-afdeling.

De casus is vooreerst grondig geanalyseerd en opgedeeld in verschillende deelprocessen. Voor verschillende deelprocessen zijn nieuwe indicatoren gemaakt en worden nu gevolgd. De metingen zijn gebruikt om specifieke maatregelen te treffen op een duurzame wijze. De casus is aangegrepen om te komen tot generieke en geborgde maatregelen.

In samenspraak met medewerkers, ondernemingsraad en directie is er gekomen tot een oplossing om personeel in overtal op sommige momenten in de weekends op bepaalde afdelingen in te zetten op andere afdelingen. Er werd training georganiseerd in de zorgnoden van de afdelingen waarop de medewerkers geplaatst werden via het programma "sharing is caring".

Het bewust aanpakken, door opleiding en introducties, van het risico dat zou ontstaan wanneer artsen uit het partner ziekenhuis - al dan niet occasioneel - interventies doen in de instelling is een bewijs van kwaliteitsverbetering na voorafgaande analyse.

Conclusie

De cultuur is gericht op verbetering. De verbetering is gestoeld op indicator analyse en leidt na onderling overleg tot aantoonbare en geborgde verbetering.

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

Er is een belangrijke aandacht voor geïntegreerd kwaliteitsbeleid aanwezig. De raad van bestuur is op actieve wijze betrokken bij risicomanagement. De personele unie heeft bijzonder aandacht voor een sterk geïntegreerd kwaliteitsbeleid, deze aandacht wordt doorgetrokken tot op netwerkniveau. Getuige hiervan zijn de uniforme indicatoren en opvolging processen.

De governance structuur is aangetoond en in orde. De samenwerking en overlegcultuur tussen raad van bestuur, directie en artsen verloopt vlot en transparant en tot ieders tevredenheid zoals aangegeven in gesprekken met vertegenwoordigers van de verschillende geledingen. De ondernemingsraad geeft aan tevreden te zijn met het huidige overlegbeleid.

Het geïmplementeerde uniforme elektronisch zorgdossier in beide partnerziekenhuizen wordt als een meerwaarde aangegeven. Op sommige afdelingen is er een verdere implementatie van integratie van verpleegkundig-elektronisch zorgdossier aan de gang. De auditoren hebben geen incidenten of risico's kunnen vaststellen.

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

De accreditatiecoach-arts is een belangrijke schakel in de toegenomen rapportage van incidenten in het incident meld systeem. Informele informatie over incidenten leiden nu eerder tot concrete meldingen en generieke bespreking en verbetering.

Door de schaalgrootte zijn een aantal functies in de instelling niet ontdudd. Deze situeren zich eerder in de backoffice en leiden niet tot veiligheidsrisico's voor patiënten. Door de personele unie is er de afgelopen jaren evenwel intense samenwerking tussen beide partnerziekenhuizen onder andere op het vlak van kwaliteitsbeleid, personeelsbeleid en opleiding.

De aankondiging tijdens de audit om tot één VZW te komen zal de financiële risico's voor de organisatie verder afdekken.

Conclusie

De besturing en organisatie van de zorg en andere processen zijn zo ingericht dat zij redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg. De aandacht van de raad van bestuur in de personele unie hebben oplossing gebracht voor mogelijke risico's.

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

De borging van de veiligheid blijkt uit de resultaten van de metingen in verband met patiënt veiligheid. De trainingen tegen mogelijke agressie van patiënten zijn in de ganse organisatie gebeurd. De propere en ordelijke status van de accommodatie en de integratie van de nieuwe MRI afdeling in het bestaande gebouw leidt tot een veilige omgeving voor patiënten en medewerkers.

Voor wat medicatiebeheer betreft hebben de auditoren twee mogelijke veiligheidsrisico's vastgesteld:

- een onvoldoende scheiding tussen vervallen en nieuwe medicatie in de apotheek zou kunnen leiden tot een risico.
- de dubbele controle van de dosis van medicatie vooraleer toediening bij kinderen is onvoldoende verzekerd en vormt een mogelijk risico.

Conclusie

De veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd.

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

1.3 Overzicht per normenset

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

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

Gouden Criteria

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

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Goud)			Andere criteria (Goud)			Alle criteria (Goud)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>									
Medicatie-beheer (voor audits vanaf 2021)	83 (97,6%)	2 (2,4%)	3	20 (100%)	0 (0%)	3	103 (98,1%)	2 (1,9%)	6
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	13 (100%)	0 (0%)	1	50 (100%)	0 (0%)	1
Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen	11 (100%)	0 (0%)	17	Nvt	Nvt	19	11 (100%)	0 (0%)	36
Revalidatie	Nvt	Nvt	5	Nvt	Nvt	10	Nvt	Nvt	15
Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen	Nvt	Nvt	9	Nvt	Nvt	38	Nvt	Nvt	47
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Ambulante zorgverlening	Nvt	Nvt	4	Nvt	Nvt	8	Nvt	Nvt	12

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------

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
Diagnostische beeldvorming	3 (100%)	0 (0%)	41	8 (100%)	0 (0%)	31	11 (100%)	0 (0%)	72
Intramurale zorg	Nvt	Nvt	11	Nvt	Nvt	10	Nvt	Nvt	21
Kritieke zorg	Nvt	Nvt	7	Nvt	Nvt	21	Nvt	Nvt	28
Leiderschap	6 (100%)	0 (0%)	15	15 (100%)	0 (0%)	20	21 (100%)	0 (0%)	35
Oncologische zorg	1 (100%)	0 (0%)	16	1 (100%)	0 (0%)	22	2 (100%)	0 (0%)	38
Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	80 (100%)	0 (0%)	0	20 (100%)	0 (0%)	1	100 (100%)	0 (0%)	1
Spoedeisende hulp	Nvt	Nvt	17	Nvt	Nvt	17	Nvt	Nvt	34
Transfusie-diensten	Nvt	Nvt	52	Nvt	Nvt	51	Nvt	Nvt	103
Verloskundige zorg	Nvt	Nvt	25	Nvt	Nvt	13	Nvt	Nvt	38
Totaal	230 (99,1%)	2 (0,9%)	251	94 (100%)	0 (0%)	278	324 (99,4%)	2 (0,6%)	529

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

1.4 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR)

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

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

	AZ Sint-Vincentius Deinze	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 heerkunde ('Safe surgery checklist')	2	0	2	5	10	0	10	100,0%
2	Cliëntidentificatie	9	0	9	1	9	0	9	100,0%
3	Overdracht van informatie op overdrachtmomenten	7	0	7	5	35	0	35	100,0%
4	Medicatieverificatie als strategische prioriteit	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
5	Medicatieverificatie bij opname – Ambulante zorg	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
6	Medicatieverificatie bij opname – Acute zorg	5	0	5	4	20	0	20	100,0%
7	Medicatieverificatie bij opname – Spoedeisende hulp	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
8	Beheer van geconcentreerde	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
9	Hoogrisico medicatie	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
10	Narcoticaveiligheid	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
11	Veilig gebruik van infuuspompen	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
12	Antimicrobieel beleid	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
13	Heparineveiligheid	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
14	Preventief onderhoudsprogramma	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
15	Training en scholing op het gebied van patiëntveiligheid	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
16	Cliëntveiligheidsplan	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
17	Preventie van geweld en agressie op de werkplek	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
18	Patiëntenstroom	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
19	Voorlichting over handhygiëne	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
20	Naleving van handhygiëne	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
21	Aantallen infecties	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
22	Kwartalrapportages cliëntveiligheid	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
23	Beheer van ongewenste voorvallen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
24	Openbaarmaking van ongewenste voorvallen	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
25	Verantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
26	Valpreventiestrategie (bij klinische patiënten)	5	0	5	3	15	0	15	100,0%
27	Decubituspreventie	4	0	4	5	20	0	20	100,0%
28	Voorkoming van zelfdoding	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
29	VTE profylaxe	4	0	4	5	20	0	20	100,0%
30	Gevaarlijke afkortingen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
	Totaal	59	0	59		235	0	235	
	Totaal %	100,0%	0,0%			100,0%	0,0%		

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

2. Overzicht beoordelingen op niveau goud

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

2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

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

2.2 Normensets

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)		
13.8 Medicatie in afwachting van verwijdering of vervallen, stopgezette, teruggeroepen, beschadigde of gecontamineerde medicatie wordt in de medicatieopslagruimten gescheiden opgeslagen van medicatie in gebruik.	!	<p>De auditor stelt vast bij de rondgang op de apotheek dat de ruimte waar de goederen die voor het centraal magazijn en de apotheek worden geleverd, beperkt is in omvang. De logistiek medewerker van het magazijn trieert de goederen in functie van de bestemming. Tijdens de rondgang wordt door de apotheker en de apotheekassistent bevestigd dat deze ruimte vaak te klein is om de vele toegeleverde goederen en medicatie ordelijk te stockeren in afwachting van de inslag in de apotheek of magazijn. Medicatie die wordt ingeslagen wordt gecontroleerd door de apotheekassistent op vervalste vormen. De controle gebeurt op elektronische wijze.</p> <p>In de ruimte is er een beperkte zone op de werktafel aangeduid met een rode plakband waar retourmedicatie naar de firma kan geplaatst worden. De geleverde medicatie staat naast de medicatie die naar de firma's moet worden geretourneerd.</p> <p>Door de inrichting van de ruimte staat bijgevolg de retourmedicatie naast de geleverde medicatie en dient door het plaatsgebrek in de hoogte gestapeld te worden om de nodige leveringen te kunnen onderscheiden. Ook op rode markering worden dozen geplaatst. Als gevolg hiervan is het risico op een vergissing reëel en is het niet goed zichtbaar welke medicatie voor retour is. De kans op verkeerde plaatsing bij levering of foutieve afhaling is reëel.</p>

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
16.2 De apotheker voert een extra controle (double check) uit van de dosisberekeningen op basis van gewicht voor pediatrie patiënten.	!	De auditor stelt vast in het gesprek met de apotheker dat de dosisberekening niet systematisch wordt gevalideerd door de apotheker voor de toediening van de pediatrie medicatie. Er is eveneens niet bepaald welke medicatie met een hoger risico nog eens wordt nagerekend op basis van gewicht door de apotheker. De apotheker ziet in het elektronisch medicatievoorschrift de geboortedatum van het kind. Het gewicht moet geraadpleegd worden in het medisch dossier. Dit dossier is toegankelijk voor de apotheker. De dosisberekening op basis van gewichtcontrole gebeurt, vooral buiten de openingsuren van apotheek, niet op systematische wijze. Tijdens de openingsuren van de apotheek wordt alle medicatie gevalideerd door de apotheek. De apotheker bevestigt dat er geen lijst is met risicomedicatie waar er een herberekening gebeurt. De apotheker bevestigt dat dit bij kinderen een verhoogd risico omvat. Er is geen validatieprotocol beschikbaar. In het gesprek met de pediater en de hoofdverpleegkundige stelt de auditor vast dat dosisberekeningen vaak uit het hoofd gebeuren. Deze berekeningsmethode houdt bijzondere risico's in bij deze patiëntenpopulatie.

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

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

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

3.2 Normensets

Op niveau platina zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant

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

4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

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

4.2 Normensets

Op niveau diamant zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

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.

Cliëntgerichte zorg	Samenwerken met cliënten en hun familie om zorg te plannen en te verlenen die respectvol, meelevend, cultureel veilig en competent is, en ernaar te streven dat deze zorg voortdurend wordt verbeterd.
<p>Ambulante zorgverlening Oncologische zorg Kritieke zorg Governance Intramurale zorg Leiderschap Verloskundige zorg Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen Revalidatie Excellente zorgverlening Spoedeisende hulp</p>	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft gesproken met de verantwoordelijke cliëntgerichte zorg, het managementteam en een afvaardiging van het functioneel management.</p> <p>De auditor heeft eveneens gesproken met de voorzitter van de raad van bestuur, artsen en de hoofddarts, de verpleegkundig directeur. Het document 'cliëntenparticipatie met de beleidsvisie en beleidsplan' is ingezien door de auditor.</p> <p>De introductie voor nieuwe medewerkers is toegelicht. Er is een schriftelijke introductiebrochure en er worden introductiedagen georganiseerd. Bijzondere aandacht bestaat er voor de introductie van nieuwe artsen. Door de actieve samenwerking van de artsen van beide ziekenhuizen namelijk AZ Sint-Vincentius en AZ Maria Middelaars is er een toename van activiteit van de artsen van AZ Maria Middelaars in de instelling. Opleiding en introductie wordt actief georganiseerd en bevestigd.</p> <p>De instelling meet op permanente wijze de activiteit en bespreekt op directieniveau en raad van bestuur belemmeringen. Parkeerproblemen zijn geanalyseerd en aangepast. Er is een plan om een ambulante revalidatieafdeling te bouwen met aparte toegang via een andere toegangsweg.</p> <p>Door de samenwerking met het AZ Maria Middelaars kunnen gespecialiseerde diensten en artsen in de instelling worden aangeboden.</p> <p>De voorzitter van de raad van bestuur geeft aan dat in een overlegmodel met de artsen hier actief aan gewerkt wordt. De voorzitter geeft aan dat belemmeringen van welke aard dan ook voor de instelling een vast agendapunt vormen op de vergadering van de raad van bestuur.</p> <p>De verantwoordelijke van cliëntgerichte zorg geeft toelichting op het plan en acties voor cliëntgerichte zorg. Bijzondere aandacht gaat naar een actieve participatie van een cliëntenraad waar men op zoek is naar een voortdurend verbeteren van de werking en organisatie. De verantwoordelijke toont de wetenschappelijke</p>	

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

onderbouw en de verschillende vormen van reeds bestaande samenwerkingen met patiënten en patiëntenorganisaties. De samenwerking en beleid wordt voortdurend geëvalueerd en bijgestuurd. Patiënten bevestigingen worden generiek aangestuurd en verlopen elektronisch. Patiënten bevestigingen worden gedeeld in de ganse organisatie en worden gecommuniceerd op het intranet. Auditees geven aan dat ze fier zijn op het fijne intermenselijke, vriendelijke contact in de instelling tussen patiënten en collega's. Auditees geven aan dat alles open bespreekbaar is en een positieve aanspreekcultuur bestaat. De auditoren vinden dat de vriendelijke intermenselijke contacten met zorg voor elkaar en patiënten in een positieve sfeer een compliment waard is.

Menselijk kapitaal (HRM)

Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.

Leiderschap

Opmerkingen:

De auditor heeft gesproken met het management team, afvaardiging van het operationeel management en een delegatie van ondernemingsraad.

De auditor heeft gesproken met de verantwoordelijke persoonsgerichte zorg, medewerkers spoedgevallen, een kinesiste op de afdeling locomotorische revalidatie en medewerkers op radiologie.

De auditor heeft daarnaast ook gesproken met de financieel en administratief directeur.

De auditor krijgt het document 'organisatie HR' van 03/2/2022.

De VIR ter voorkoming van geweld en agressie is op orde. De auditor verneemt van de auditees dat het beleid omtrent voorkoming van geweld en agressie bestaat en gekend is. De auditees zeggen dat zij agressietrainingen hebben gevolgd. Auditees kunnen bevestiging van deze training in het elektronisch gedeelte van het persoonlijk dossier aantonen. De leden van de ondernemingsraad geven aan dat veiligheid voor medewerkers een prioriteit is.

De VIR training en scholing op het gebied van patiënt veiligheid is op orde.

De auditor verneemt van de auditees op de afdeling radiologie dat een specifieke geregistreerde training is gegeven om te werken op het nieuwe MRI (Magnetic resonance imaging) toestel. Enkel medewerkers die de opleiding gevolgd hebben, hebben via badge controle toegang tot de afdeling.

Opleiding, leiderschapsontwikkeling wordt gecentraliseerd in "WOLL": Welzijn, Ontwikkeling, Leiderschap en Loopbaan. Er wordt in samenwerking met AZ Maria-Middelares een aanbod van opleidingen en trajecten georganiseerd. Auditees geven aan dat het aanbod voor opleiding ruim en pertinent is.

De auditees lichten het traject "sharing is caring" toe. Bij overloop van geriatrische patiënten naar andere afdelingen is er training voorzien aan de medewerkers van de ontvangende diensten om met de specifieke zorgnoden om te gaan. Dit wordt ondersteund door het harmonica systeem waarbij in weekends sommige afdelingen ten dele dicht gaan en het beschikbare personeel ingezet wordt op andere afdelingen na voorafgaande training in de andere zorgnoden. Het auditteam vindt dit project "sharing is caring" een compliment waard.

Het vaccinatiebeleid is op orde. De percentages van vaccinatie tegen Covid en griep zijn hoog en staan in het jaarverslag en op het intranet.

Leden van de ondernemingsraad zeggen dat er laagdrempelige psychologische bijstand bestaat voor medewerkers. De leden geven ook een veranderde actieve rol aan van de arbeidsgeneesheer, die positief ervaren wordt.

Ontwikkelingsgesprekken en evaluaties verlopen volgens auditees volgens de verwachting. De personeelsdossiers en evaluaties zijn voor de medewerkers transparant en de privacy is gegarandeerd. Auditees geven aan dat zowel artsen als medewerkers teruggekomen zijn naar de instelling na een periode werkzaam te zijn geweest in een andere instelling. Deze vaststelling wordt door de auditees als positief ervaren. Medewerkers kunnen aan het werk blijven met alle respect in landingsbanen.

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

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>De auditor spreekt met het management team, de voorzitter van de medische raad, twee zorgmanagers, beleidsmedewerker zorg, diensthoofd technische dienst en onderhoud, de kwaliteitscoördinator en de accreditatiecoach arts, alsook met de VIM (veilig incident melden) verantwoordelijke chirurgie en inwendige en de voorzitter van de VIM commissie, een vertegenwoordiging ondernemingsraad en CPBW (comité voor preventie en bescherming op het werk), met artsen op de consultaties en de afdeling radiologie en medewerkers op de afdelingen radiologie en spoedgevallen.</p> <p>De auditor krijgt inzage in het jaarverslag 2021 en heeft ziet de checklist bespreking hoog risico incidenten alsook het document over rapporteren incidenten met titel 'Beleid open disclosure' ingezien.</p> <p>De VIR's patiëntveiligheidsplan en managementsysteem voor patiënt incidenten zijn op orde. De auditor krijgt inzage in het patiëntveiligheidsplan en in het managementsysteem voor patiëntenincidenten.</p> <p>De VIR openbaarmaking is op orde. De auditees kennen de openbaarmakingsprocedure die de auditor ter inzage heeft gehad. De VIR medicatieverificatie is op orde. Het beleid is helder en wordt toegepast door auditees en wordt teruggevonden in de dossiers.</p> <p>De VIR kwartaalrapportage is op orde. De auditor kan in verslagen vaststellen dat de rapportage gebeurt. Er is een ombudsdienst die jaarrapportages maakt maar ook gedurende het jaar participeert aan evaluatie van incidenten en verbeter-programma's.</p> <p>De auditor bekijkt samen met de auditee het kwaliteitsverbeterplan: er is een inventarisatie, aard van de verbetering en agenda. De planning wordt geëvalueerd en een tijdspanne wordt vastgelegd voor de implementatie van de verbetering.</p> <p>De auditor verneemt van auditees dat naar aanleiding van een klacht er een verbeterplan is opgesteld en geïmplementeerd op de afdeling geriatrie. De klacht heeft geleid tot een analyse van de verschillende deelelementen en op ieder deelelement is een verbetering geïmplementeerd. Het proces en plan en resultaat wordt getoond aan de auditor en de generieke implementatie is aangetoond door nieuwe indicatoren die opgevolgd worden.</p> <p>De auditor stelt vast dat de instelling een accreditatiecoach-arts heeft aangesteld. Deze persoon is een medisch specialist namelijk gynaecoloog die na zijn pensionering de bijzondere opdracht heeft gekregen. De persoon werkt planmatig voor het beleid en houdt toezicht op de implementatie op de werkvloer. Door zijn kennis en overtuigingskracht bij artsen is deze persoon een belangrijke schakel in kwaliteitsbewaking en verbeterproces van de instelling.</p>	
Vorbereid zijn op noodsituaties	Omgaan met noodgevallen en andere aspecten van openbare veiligheid.
<p>Vorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen</p> <p>Infectiepreventie en -bestrijding</p> <p>Leiderschap</p>	
<p>Opmerkingen:</p> <p>Ter voorbereiding op noodsituaties wordt het beleid en de procedures rond uitbraak in het kader van infectiepreventie en -bestrijding door de auditor ingezien. De auditor heeft het beleid getoetst op de afdelingen locomotorische revalidatie en heelkunde.</p> <p>Tijdens het bezoek aan de afdelingen kunnen de verpleegkundigen en paramedici de werkwijze bij een infectie-uitbraak benoemen en de procedure tonen in het documentbeheersysteem. De hoofdverpleegkundige, verpleegkundige, vrijwilliger en kinesitherapeut van de afdeling locomotorische revalidatie benoemen de wijze van communicatie bij een geïnfecteerde patiënt op de afdeling. Er wordt op de afdeling gebruik gemaakt van een communicatiebord met aanduiding van de beschermingsrichtlijnen.</p>	

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

De signalisatie is eveneens terug te vinden in het elektronisch patiëntendossier en op de kamerdeuren.

In het gesprek met het comité ziekenhuishygiëne wordt de aanpak tijdens uitbraken besproken. De aanpak van de COVID19 pandemie wordt omschreven. De verpleegkundig ziekenhuishygiënist geeft aan opleiding te geven aan het ziekenhuispersoneel aan de hand van infosessies en instructievideo's. Veranderingen in beleid worden gecommuniceerd door middel van intranet.

Patiëntenstroom

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

Leiderschap
Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen
Spoedeisende hulp

Opmerkingen:

De auditor spreekt met de financieel administratief directeur, de hoofdarts, een delegatie operationeel management, het managementteam, medewerkers spoedgevallen en met de verantwoordelijke huisarts van de huisartsenwachtpost, gelegen naast de spoedgevallen van de instelling.

De auditor ziet in het dashboard van de instelling de opname- en aanmeldingscijfers van de spoedgevallen. De auditor ziet de druktebarometer op de spoedgevallen (Neddox). Deze barometer laat toe de activiteit transparant te monitoren. Drempels zijn formeel en informeel vastgelegd om acties te ondernemen. Extra bestaaffing met medewerkers uit een groep opgeleide medewerkers kan worden gerealiseerd bij nood. Bij overdruchte voor de spoedarts wordt beroep gedaan op de artsen in huis om patiënten versneld naar de afdeling te brengen en verdere uitwerking op de afdeling te doen. Auditees geven aan dat er geen probleem is van capaciteit. De hoofdarts en verpleegkundig directeur geven aan doorstromingsproblemen te bespreken op de diensthoofden vergaderingen. Verantwoordelijken voor bottlenecks worden persoonlijk aangesproken. Auditees van de afdeling spoedgevallen bevestigen de procedure die leidt tot verbetering van doorstromingsproblemen. Auditees geven aan dat de doorstromingsproblemen occasioneel zijn.

De samenwerking met de afdeling radiologie en labo kent geen belemmeringen volgens de bespreking met de afdeling spoedgevallen.

De verantwoordelijke huisarts voor de huisartsenwachtpost geeft aan dat er geen capaciteitsproblemen zijn en er een goede samenwerking bestaat met de spoedgevallen van de instelling.

De verantwoordelijke huisarts drukt zijn bezorgdheid uit over de bestaanszekerheid van de huisartsenwachtpost die volgens hem een eerder lage activiteit heeft.

Medische instrumenten en apparatuur

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

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

Opmerkingen:

De auditor bezoekt voor de onderbouw van het kritisch proces medische instrumenten en apparatuur het operatiekwartier, de centrale sterilisatie afdeling (CSA), de dienst biotechniek, de afdeling endoscopie en het internistisch/oncologisch dagziekenhuis. In totaal spreekt de auditor met zes verpleegkundigen, één arts, twee medewerkers van de technische dienst, de verantwoordelijke gebouwen en één patiënt.

De auditees op de afdelingen tonen de tabel waar elke leidinggevende toegang tot heeft om de onderhoudscyclus op te volgen. Op de technische dienst toont de biotechnicus het dashboard met de onderhoudsstatus van de toestellen en een werkwijze voor in- en uit dienstname van toestellen.

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

Het overzicht van de aanwezige toestellen wordt opgemaakt in Excel, wat kan dankzij het beperkt aantal toestellen. In het overzicht staat een korte verslaggeving van de uitgevoerde werken en reparaties. Binnen de CSA is er een overzicht beschikbaar van alle uitgevoerde herstellingen.

Momenteel werkt de biotechnicus met een risicoanalyse. Het is behapbaar om alle toestellen van een jaarlijks onderhoud te voorzien.

Er is een preventief onderhoudsprogramma voor alle medische apparatuur, medische hulpmiddelen en medische technologie. De medewerker biotechniek licht toe dat alle toestellen jaarlijks onderhouden worden. Voor de meerderheid gebeurt het onderhoud door de fabrikant.

Er zijn rapporten van het preventief onderhoud voor de toestellen en technieken vastgelegd. De biotechnicus gebruikt een Excel-tabel dat overzicht biedt over de onderhoudsstatus van alle toestellen. De medewerker heeft duidelijk zicht op afwijkingen en neemt de gepaste actie.

Er is een procedure om de effectiviteit van het preventieve onderhoudsprogramma te evalueren. Indien de input van de biotechnicus noodzakelijk is, wordt bij afhandeling van incidenten de input gevraagd. Er is vastgelegd welke opvolging er is gegeven aan het onderzoek van incidenten en problemen met betrekking tot medische apparatuur, medische hulpmiddelen en medische technologie. Binnen de overzichtstabel worden korte toelichtingen over incidenten en afwijkingen weergegeven. Logboeken zijn ter beschikking voor inzage. Auditees passen de werkwijze voor defecte toestellen uniform toe.

Op de afdeling sterilisatie wordt aangetoond dat er aan kwaliteit gewerkt wordt met verbeteracties. Zo geeft de auditee aan dat er een scheiding is doorgevoerd tussen de ontvangst van leensets tijdens dag- en nachturen. Deze verbeteractie is opgezet na een incident op de afdeling.

Governance

Optimaal functioneren van het toezichtsorgaan.

Governance

Opmerkingen:

De auditor spreekt met de voorzitter van de raad van bestuur.

De VIR verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg is op orde.

Bepaalde leden van de raad van bestuur hebben ervaring in kwaliteitsbewaking en borging zowel vanuit hun opleiding als door uitgeoefende functies.

Kwartaalgewijs worden veiligheidskwesties en kwaliteitsindicatoren besproken.

Jaarlijks worden de top-tien hoog risico-incidenten besproken. Twee hoog risico incidenten worden volledig uitgewerkt met toelichting over genomen maatregelen en interventies. De voorzitter zegt dat indien nodig generieke beslissingen worden genomen en middelen worden vrijgemaakt.

De evaluatie van het managementteam en kwaliteitsdoelstellingen gebeurt op basis van de vooraf gestelde doelstellingen. De evaluatie heeft geen financiële implicatie voor het directielid.

Kwaliteit en kwaliteitsborging is een vast agendapunt in het netwerk en wordt via uniforme indicatoren gevolgd en geborgd.

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

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>De auditor heeft gesproken met de vertegenwoordiging van het medisch farmaceutisch comité (MFC), artsen, verpleegkundigen, apothekemedewerkers, medewerkers personeelsdienst, hoofd technische dienst, onderhoudstechnicus en leidinggevenden.</p> <p>De auditor heeft volgende afdelingen bezocht: technische dienst, apotheek, personeelsdienst, geriatrie, inwendige zorg, heelkunde en het operatiekwartier.</p> <p>In het ziekenhuis is een MFC opgericht. Het formulariumbeleid, het beleid rond hoog risico medicatie en narcoticabeleid worden geautoriseerd en bijgestuurd door het MFC. De auditor stelt dit vast in het gesprek met de hoofdapotheker en twee artsen die deel uitmaken van het MFC.</p> <p>In het gesprek met het MFC is het antibioticabeleid toegelicht. Het beleid is raadpleegbaar in het documentbeheersysteem van het ziekenhuis samen met de antibioticagids. De werking en verantwoordelijkheden voor het antibioticabeleid zijn in de procedure vastgelegd.</p> <p>Binnen het ziekenhuis gebeuren systematische audits op het profylactisch gebruik van antibiotica. De resultaten van de audits worden besproken met de betrokkenen om bij te sturen. Uit de gesprekken en het beschikbare dashboard blijkt dat er een verbetertraject lopende is met betrekking tot het toedienen van de antibiotica bij chirurgische ingrepen. Het verbeterproject wil inzetten op de juiste tijdstip van toediening vóór de chirurgische ingreep. Het verbetertraject wordt toegelicht door de anesthesist.</p> <p>In de verslaggeving van het MFC is terug te vinden dat het antibioticabeleid wordt besproken binnen het MFC.</p> <p>De instelling heeft een lijst opgesteld en geïmplementeerd met niet te gebruiken afkortingen, symbolen en dosisaanduidingen. Deze richtlijnen zijn opgenomen in de procedure medicatie. Het beleid is gekend bij de verpleegkundigen en wordt toegepast op voorgedrukte formulieren en handgeschreven etiketten.</p> <p>De auditor heeft de procedure hoog risico medicatie ingekeken en gezien dat de verantwoordelijken voor de implementatie benoemd zijn. De procedure bevat een lijst met hoog risico medicatie. Voor de hoog risico medicatie zijn verder terug te vinden: richtlijnen voor bewaring, voorschrijven, bereiding, distributie, toediening, documenteren, monitoring en training van de medewerkers. Het MFC evalueert op basis van interne audits, uitgevoerd door de apothekemedewerkers, en incidentmeldingen of er wijzigingen in het beleid nodig zijn. Indien wijzigingen nodig zijn, worden deze breed gecommuniceerd aan de artsen, verpleegkundigen en apothekemedewerkers. De communicatie gebeurt met behulp van flashberichten en op diverse overlegmomenten.</p> <p>Het aantal beschikbare concentraties en volumes van hoog risico medicatie zijn beperkt. Om de stockvorming op de afdelingen te voorkomen, vinden regelmatig controles plaats op de behandelruimten op de aanwezigheid van hoog risico medicatie.</p> <p>Er is structurele training en opleiding voorzien voor de medewerkers omtrent medicatie en specifiek hoogrisico medicatie.</p> <p>De vereiste instellingsrichtlijn antimicrobieel beleid is voldaan op basis van de gesprekken en observaties van de auditor.</p> <p>In het gesprek met de apotheker wordt door de auditor vastgesteld dat niet alle medicatie in unidosis verpakt en afgeleverd wordt. De medicatie blijft in de originele verpakking en informatie (naam, dosis, ...) worden door de apotheker op papier op een systematische wijze bijgevoegd.</p> <p>In het gesprek met de hoofdapotheker wordt getoond dat medicatie op elektronische wijze kan worden</p>	

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

voorgedragen tot opname in het formularium. In de aanvraag dient de arts de relevantie, de toepassingsgebieden, de wetenschappelijke achtergrond te motiveren. De auditor spreekt met de arts dermatoloog die in voorkomend geval zich zou richten tot de apotheker zodat de aanvraag op een correcte wijze zou gebeuren.

Het beleid rond heparine, narcotica en hoog geconcentreerde elektrolyten is opgenomen in het beleid over hoog risico medicatie. De beschikbaarheid en aanwezigheid van heparine, hoog geconcentreerde elektrolyten en narcotica in de voorraden worden geëvalueerd op basis van interne audits vanuit de apotheek. De auditor stelt vast dat er geen duidelijke tijdslijn is opgemaakt voor deze audits, maar dat maandelijks wordt besproken welke afdelingen door de apotheek zullen worden geauditeerd. De behandelruimten en afdelingen waar ongefractioneerde heparine, narcotica en hoog geconcentreerde elektrolyten in voorraad aanwezig zijn, zijn in het beleid vastgelegd samen met de maatregelen om stockvorming te vermijden. Tijdens de apotheekaudits op de afdelingen worden afwijkingen in de voorraden bijgestuurd. De narcotica die toegediend wordt op de afdeling wordt dagelijks gecontroleerd.

Het volledige beleid, de audits, de resultaten en de bijsturing is door de auditee aan de auditor getoond en toegelicht.

Het beleid en aanpassingen aan dit beleid rond heparine, narcotica en hoog geconcentreerde elektrolyten worden geautoriseerd in het MFC.

Tijdens het gesprek met de hoofdapotheker wordt toegelicht hoe de resultaten van de audits door de apotheek worden verzameld en bewaard. Sinds korte tijd gebeuren de audits in een daartoe voorziene applicatie. De resultaten worden in overzichtelijke vorm gepresenteerd. Op de afdeling inwendige zorg toont de hoofdverpleegkundige dezelfde resultaten van deze audits.

Tijdens de rondleiding in de medicatieopslagruimte stelt de auditor vast dat medicatie die wacht op retour in dezelfde ruimte namelijk hetzelfde tablet staan als leveringen voor magazijn en apotheek. Deze geleverde en retourmedicatie worden enkel visueel gescheiden door een op de desk voorziene rode plakband. In het gesprek met de hoofdapotheker wordt bevestigd dat de huidige werking risico's omvat. De kans op verkeerde plaatsing bij levering of foutieve afhaling is reëel. De gesproken apotheker en apotheekassistent bevestigen dat de huidige indeling en werking te klein is om ordelijk te stockeren in de opslagruimte.

De apotheker valideert volgens een vaste planning de medicatievoorschriften. De auditor kan vaststellen dat bij een patiënt die opgenomen is buiten de openingsuren van de apotheek, de validatie wordt uitgevoerd van zodra de apotheker aanwezig is. Een extra controle op de dosisberekeningen voor medicatie op basis van gewicht bij de pediatrie patiënten gebeurt niet systematisch voor de toediening. De hoofdapotheker en apotheker bevestigen deze observatie. De apotheker toont hoe de validatie van het voorschrift bij een pediatrie patiënt gebeurt. Uit het gesprek met de pediater blijkt dat de dosisberekeningen vaak gebeuren via hoofdrekken.

De auditor is positief verrast over de samenwerking van het ziekenhuis, en in het bijzonder de inspanningen van de hoofdapotheker, met de eerstelijnszone. In de samenwerking wordt bijzondere aandacht besteed aan het project 'Schelde en Leie' op schema. In dit project wordt de burger gesensibiliseerd tot het bijhouden van een actueel medicatieoverzicht. Binnen het project is ook bijzondere aandacht voor de medicatie bij ontslag waar een speciaal voorziene enveloppe ter attentie van de huisapotheker meegegeven wordt. De huisapotheker kan een unieke barcode op de enveloppe scannen en zo evalueren hoeveel patiënten deze enveloppe aan de apotheek hebben afgegeven. Een project die vanuit de auditor de nodige appreciatie krijgt en een compliment waard is in functie van samenwerking van externe partners met oog voor risico's.

In een gesprek met het hoofd van de technische dienst en de onderhoudstechnicus is getoond hoe de onderhoudscyclus van de infuuspompen wordt geborgd. De variëteit aan infuuspompen is beperkt tot één type in het ziekenhuis. Op verschillende afdelingen wordt door de auditor gezien dat de spuitpompen van een onderhoudsdatum voorzien zijn. De procedure preventief onderhoud en indienststelling medische bedrijfsmiddelen is terug te vinden in het documentbeheersysteem.

In het gesprek met een medewerker van de personeelsdienst, wordt het inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers getoond. Het programma is opgemaakt uit twee delen: een algemeen programma van het ziekenhuis en een programma per dienst. In dit schema is de vorming terug te vinden voor: medicatiebeleid,

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------

bediening van infuuspompen, etc . De verantwoordelijke voor het vormingsbeleid kan op ziekenhuis-, afdelings- en individueel niveau de opleidingsschema's raadplegen. Elke medewerker krijgt op digitale wijze de voor hem te volgen opleidingen aangereikt om zich in te schrijven en gevolgde opleidingen te kunnen raadplegen.

5.2.2 Ambulante zorgverlening

Kritisch proces	Omschrijving
Zorgverlening	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor spreekt met een cardioloog en met een vasculair chirurg op de ambulante raadpleging. De VIR identificatie is op orde. De secretariaatsmedewerker doet de dubbele controle via naam en geboortedatum. De procedure wordt herhaald door de arts, hij ziet ook een foto van de patiënt in het elektronisch patiëntendossier (EPD) . De arts toont in het EPD een patiëntendossier, de auditor stelt vast dat de foto wordt gezien.</p> <p>De VIR medicatieverificatie is op orde.</p> <p>De auditor ziet in het document management systeem de procedure. De auditor ziet in het patiëntendossier een verslag van een vergelijking met de thuismedicatie, de medicatiewijziging wordt genoteerd in het dossier.</p> <p>De VIR overdracht bij zorgovergangen is op orde. De auditor ziet in vier patiënten dossiers hoe de informatie wordt gedeeld met de huisarts, thuisverpleegster en interne specialisten.</p> <p>De auditor stelt vast dat voor cardiologie, de interventionele cardiologie wordt uitgevoerd in AZ Maria-Middelares. De cardioloog heeft online toegang tot het EPD in het andere ziekenhuis en kan er ook zijn bevindingen in noteren.</p> <p>Het EPD is van dezelfde leverancier en middels verandering van de kleur van de balk is er visuele controle in welk ziekenhuisdossier er actief gewerkt wordt.</p>	

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

5.2.3 Diagnostische beeldvorming

Kritisch proces	Omschrijving
Zorgverlening	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn patiëntidentificatie. Tijdens het bezoek aan de afdeling diagnostische beeldvorming is de dubbele controle met minimaal twee persoonsgebonden parameters bevestigd gezien. De patiënten voor nucleaire magnetische resonantie (NMR) onderzoek worden actief bevraagd naar naam en geboortedatum.</p> <p>Tijdens de rondgang van de auditoren hebben de auditoren de mooie infrastructuur en verbindinggang op de afdeling radiologie opgemerkt. De inzet van een vernieuwde NMR met speciale aandacht voor ergonomie, gebruiksvriendelijkheid en patiënten beleving is een compliment waard.</p>	

5.2.4 Excellente zorgverlening

Kritisch proces	Omschrijving
Besluitondersteuning	Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor spreekt met de financieel administratief directeur, het management team, een delegatie ondernemingsraad, de verantwoordelijke patiëntenparticipatie, met artsen op de consultatie en met medewerkers op de afdelingen spoedgevallen, locomotorische revalidatie en consultaties.</p> <p>Er is een uniform patiëntendossier. De beschikbare en bevroegde patiënten informatie wordt uniform vastgelegd in het dossier. Klinische onderzoeken en klinisch fysische indicatoren zijn vastgelegd en volgbaar. De behandelplannen en voorzetting wordt vastgelegd. De elektronische informatie wordt gedeeld op het collaboratief zorgplatform, het platform waar patiënten informatie wordt gedeeld met andere zorgverstrekkers. Specifieke informatie wordt elektronisch en/of via brief gedeeld. De veiligheid en privacy is gegarandeerd zowel door het beveiligd inloggen in de persoonlijke computer als bijkomend voor de toegang tot de dossiers.</p> <p>De VIR infuuspompen is op orde. Er is naar aanleiding van een gemeld incident een nieuw beleid geïntroduceerd waarbij het nummer van de infuuspomp wordt genoteerd in het dossier teneinde snel te achterhalen bij een incident over welke pomp het gaat en een defecte pomp onmiddellijk kan hersteld worden.</p> <p>Auditees geven aan dat er een beleid en planning is om de nood aan middelen te inventariseren en er een planning en beleid bestaat om middelen toe te wijzen. Leden van de ondernemingsraad geven aan dat hieromtrent geen problemen bestaan.</p> <p>Auditees geven aan op de hoogte zijn van informatie over het levenseinde.</p> <p>De stillerimte is ingericht in een gedeelte van de vroegere kapel.</p> <p>Auditees geven aan op de hoogte te zijn hoe veiligheidsincidenten kunnen vastgelegd worden.</p> <p>De auditor kan op het intranet de indicatoren en resultaten zien, die voor iedereen open toegankelijk zijn.</p>	

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

5.2.5 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 werking rond infectiepreventie en -bestrijding is door de auditor getoetst via inzage in procedures en in gesprekken met het team ziekenhuishygiëne, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen en keukenmedewerkers. Het beleid is getoetst op onder andere de afdelingen locomotorische revalidatie, heelkunde, chirurgisch dagziekenhuis en de keuken.</p> <p>In het gesprek met het team ziekenhuishygiëne is inzage gegeven in het werkdocument van de dienst ziekenhuishygiëne. Op de afdelingen locomotorische revalidatie, heelkunde en het chirurgisch dagziekenhuis is door geauditeerde verpleegkundigen het opvolg- en verbeterstelsel voor ziekenhuishygiëne aan de hand van verbeterborden getoond.</p> <p>In het gesprek met de verpleegkundige op de afdeling heelkunde is aan de auditor aangegeven dat het laboratorium de afdeling verwittigt in geval van een vastgestelde infectie bij een patiënt op de afdeling.</p> <p>De hoofdverpleegkundige op de afdeling geeft aan dat er acties ondernomen zijn om de transfer van patiënten met een infectieuze aandoening naar woonzorgcentra te verbeteren. De auditoren nemen tijdens de gesprekken waar dat er nog verschillende methodieken bestaan. Eén uniforme methodiek kan voor de afdelingen en de woonzorgcentra de werking verder vereenvoudigen.</p> <p>Zowel de hoofdverpleegkundigen als verpleegkundigen geven aan laagdrempelig beroep te kunnen doen op de teamleden van ziekenhuishygiëne. De werking met referentieverpleegkundigen wordt door de auditoren als positief ervaren.</p> <p>Tijdens het bezoek aan de keuken is door de auditoren gezien dat de richtlijnen van het federaal voedselagentschap gevolgd worden en dat er zowel interne controles door ziekenhuishygiëne als externe kwaliteitscontroles uitgevoerd worden.</p> <p>De auditor stelt vast dat de COVID19-vaccinatiegraad 99% is en de griepvaccinatiegraad 90,1% is.</p> <p>De vereiste instellingsrichtlijn voorlichting aan het team en vrijwilligers met betrekking tot handhygiëne wordt door de auditor als voldaan bevonden. De auditor heeft dit vastgesteld op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken. De auditor heeft op de afdeling heelkunde de opleiding bevestigd gekregen na inzage in het opleidingsplan.</p> <p>De auditor heeft in de gesprekken met de verpleegkundigen en inzage in het integraal kwaliteitsbeleid en dashboards bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn naleving van de ingevoerde handhygiënepraktijken. Er worden e-learnings georganiseerd en maandelijks metingen uitgevoerd met behulp van veiligheidsrondes door referentieverpleegkundigen en controle rondes door de hoofdverpleegkundigen op de afdeling locomotorische revalidatie en heelkunde. De hoofdverpleegkundige geeft aan dat er bijgestuurd is op basis van extra controles en bijscholing na een mindere score uit een interne audit op handhygiëne.</p> <p>Zorggerelateerde infecties worden opgevolgd, informatie wordt geanalyseerd om uitbraken en trends te detecteren en de informatie wordt binnen de instelling gedeeld op het dashboard op intranet. De auditoren hebben op basis van de gesprekken met de dienst ziekenhuishygiëne bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn met betrekking tot zorggerelateerde infecties. Tijdens het bezoek aan de afdeling heelkunde en locomotorische revalidatie heeft de auditor de werking tijdens een gesprek met de verpleegkundige bevestigd gekregen.</p> <p>Tijdens het gesprek met het team ziekenhuishygiëne wordt verwezen naar het feit dat door de korte communicatielijnen de verpleegkundig ziekenhuishygiënist op de hoogte is van postoperatieve wondinfecties. Tijdens het gesprek wordt ook aangegeven dat er op dit ogenblik geen postoperatieve wondinfecties aanwezig zijn in het ziekenhuis. Tijdens het overdrachtsmoment op de afdeling heelkunde stelt de auditor vast dat er één postoperatieve wondinfectie aanwezig is op de afdeling.</p>	

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

Tijdens de audit is de auditor opgevallen dat de afdelingen, verpleegposten, lokalen, ... overal proper en toegankelijk zijn. Een compliment die de auditor dan ook graag deelt met het ziekenhuis, de poetsdienst en de medewerkers die dankzij hun dagdagelijks engagement hierin slagen.

5.2.6 Intramurale zorg

Kritisch proces	Omschrijving
Zorgverlening	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor bezoekt voor het toetsen van de normenset intramurale zorg de afdelingen pediatrie, inwendige zorg, locomotorische revalidatie en geriatrie.</p> <p>Op de afdelingen inwendige zorg, geriatrie, locomotorische revalidatie en pediatrie heeft de auditor gesproken met de hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen en patiënten.</p> <p>De medicatieverificatie gebeurt volgens de richtlijnen die zijn bepaald in de procedure 'medicatieverificatie'. In het gesprek met de verpleegkundige op de afdeling geriatrie en een verpleegkundige op locomotorische revalidatie stelt de auditor vast dat bij opname de medicatiegeschiedenis van de patiënt wordt vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier. Het medicatieoverzicht wordt gevalideerd door de arts. Bij ontslag van de patiënt wordt het medicatieoverzicht geautoriseerd door de arts van de afdeling. De vereiste instellingsrichtlijn met betrekking tot de medicatieverificatie is voldaan.</p> <p>Het valrisico en risico op ontwikkeling van decubitus bij de patiënt wordt geregistreerd in het elektronisch patiëntendossier bij opname. Er zijn universele voorzorgsmaatregelen gekend bij de verpleegkundigen. Het beleid rond valpreventie is opgenomen in een procedure. Het beleid en de maatregelen worden ook toegelicht aan de patiënt.</p> <p>Elke patiënt met een verhoogd valrisico draagt een blauw polsbandje. In een gesprek met een patiënt op de afdeling geriatrie wordt door de auditor vastgesteld dat de patiënt over het nut en de reden van het blauwe polsbandje op de hoogte is.</p> <p>Er is een brochure over val- en decubituspreventie voor de patiënten en bezoekers beschikbaar op de verschillende verpleegafdelingen.</p> <p>In het elektronisch patiëntendossier is een automatische berekening opgenomen om het risico op veneuze trombo-embolie te bepalen. Het risico wordt bepaald op basis van de parameters geregistreerd tijdens de anamnese en zal bepalen of er specifieke tromboseprofylaxe vereist is. Het beleid staat neergeschreven in een procedure die toegankelijk is voor de medewerkers.</p> <p>Bij de transfer van een patiënt van de afdeling intensieve zorgen naar de afdeling geriatrie wordt op een gestructureerde wijze gecommuniceerd tussen de collega's. Voor de overdracht wordt gebruik gemaakt van het ISBARR model (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation en Readback). Het beleid van de communicatie tussen zorgverleners bij overdracht van patiënt is vastgelegd in een procedure. Bij de overdracht worden twee persoonsgebonden parameters, naam en geboortedatum, gebruikt ter identificatie van de patiënt.</p> <p>Op de afdeling geriatrie loopt, in samenwerking met de hogeschool, een leerwerkplaats-project. Studenten verpleegkunde coördineren en organiseren de zorg rond een aantal patiënten. Het overdrachtsmoment van de vroegdienst naar de avonddienst wordt door de auditor gevolgd. De verantwoordelijke verpleegkundige volgt de overdracht en stuurt de studenten bij waar nodig. De studenten ervaren de vorm van stage als zeer leerrijk.</p> <p>In het gesprek met de auditor duidt de hoofdverpleegkundige van de afdeling locomotorische revalidatie de wijze waarop de patiënt, mantelzorger of familielid op structurele wijze deelnemen aan het multidisciplinair overleg. De betrokkenheid van patiënt en familie bij ieder multidisciplinair overleg ter bespreking van het patiëntentrajec ze verdient complimenten van de auditoren.</p>	

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

Tijdens het bezoek aan de afdeling locomotorische revalidatie spreekt de auditor met een verpleegkundige die recent in dienst is. De auditor stelt vast dat de verpleegkundige in het digitaal portaal haar inscholingsplan kan raadplegen en tonen. De opleidingen die gepland zijn voor de komende periode zijn opgenomen in het overzicht. De verpleegkundige toont de verslaggeving van de waarderingsgesprekken die in dialoog met de leidinggevende gevoerd worden.

5.2.7 Kritieke zorg

Kritisch proces	Omschrijving
Zorgverlening	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft op de afdeling intensieve zorgen gesproken met de hoofdverpleegkundige, verpleegkundigen, arts en patiënt. Daarnaast heeft de auditor het elektronisch patiëntendossier ingekeken van de behandelde patiënt en observaties uitgevoerd op de afdeling.</p> <p>De auditor heeft het beleid getoetst met betrekking tot medicatieverificatie, patiëntidentificatie, valpreventie, zorgoverdracht, decubituspreventie en tromboseprofyaxe.</p> <p>In het dossier van de patiënt en in gesprek met de auditees heeft de auditor kunnen vaststellen dat medicatieverificatie uitgevoerd wordt conform het beleid. De auditor stelt vast dat de verpleegkundige op intensieve zorgen bij aanvang van de opname de medicatiegeschiedenis van de patiënt verifieert en ingeeft in het elektronisch patiëntendossier.</p> <p>De thuismedicatie van de patiënt wordt vergeleken met de actuele medicatie voorgeschreven door de arts. De verpleegkundige meldt eventuele discrepanties, deze worden besproken met de behandelende arts en indien nodig aangepast.</p> <p>De auditor heeft waargenomen dat bij transfer van intensieve zorgen naar de afdeling de medicatie overlopen en gecommuniceerd wordt tijdens de overdracht. Uit het gesprek met de verpleegkundige blijkt dat de patiënt een accurate lijst met medicatie zal ontvangen bij definitief ontslag uit het ziekenhuis.</p> <p>Op intensieve zorgen is de procedure 'valpreventie' gekend bij de medewerkers en beschikbaar in het documentbeheersysteem (Zeny) om valletsels te voorkomen. De geïnterviewde verpleegkundige heeft hierover een opleiding gevolgd en betreft ook de patiënt door informatie te geven om valletsels te voorkomen. De resultaten uit interne audits valpreventie worden besproken tijdens de overlegmomenten op de afdeling en met de directie.</p> <p>Bij de opname van de patiënt op intensieve zorgen beschikt de afdeling over afspraken ter preventie van decubitus. De verpleegkundige doet een evaluatie bij de opname om het risico op decubitus te bepalen. De verpleegkundige her-evalueert tijdens iedere shift en bij significante veranderingen in de toestand het risico. De patiënt wordt gestimuleerd te bewegen, in de mate van het mogelijke. De verpleegkundige heeft ook bij de verzorging aandacht om niet te veel zeep te gebruiken ter preventie van decubitus.</p> <p>De patiënt en de familie ontvangen een brochure en uitleg over decubituspreventie. Op het wekelijks overleg worden de cijfers met betrekking tot decubituspreventie geëvalueerd door de hoofdverpleegkundige.</p> <p>Op intensieve zorgen is er een beleid omtrent veneuze trombo-embolie (VTE) profylaxe. De patiënt wordt gescoord op het risico VTE en volgens het intern medicatiebeleid wordt profylaxe opgestart. Op de afdeling zijn er maatregelen genomen om de juiste VTE-profylaxe te selecteren. De richtlijnen voor de profylaxe worden toegepast en zijn terug te vinden in het medisch dossier van de dossier.</p> <p>De verpleegkundige meldt dat de patiënt die grote orthopedische operaties ondergaan, na ontslag duidelijk VTE-profylaxe krijgen. Er is een folder beschikbaar dewelke de patiënt meekrijgt bij ontslag samen met het voorschrift. De patiënt krijgt informatie om het risico op VTE te voorkomen en krijgt in functie van het risico het advies steunkousen te gebruiken.</p>	

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

De verpleegkundige vraagt steeds aan de patiënt haar naam en geboortedatum bij het betreden van de kamer. Er is daarnaast ook een beleid indien patiënt niet aanspreekbaar zou zijn.

Bij de overdracht van de patiënt van de afdeling intensieve zorgen naar geriatrie wordt de informatie meegedeeld door de verpleegkundige waarom de patiënt wordt getransfereerd.

Voor de overdracht maakt de verpleegkundige gebruik van een gestandaardiseerde protocol, ISBARR, beschreven in procedure 'communicatie tussen zorgverleners'.

Tijdens het geobserveerde gesprek van de verpleegkundige met de patiënt krijgt de patiënt informatie over haar toestand en de mogelijkheid tot vragen te stellen. In het elektronisch patiëntendossier wordt de versterkte informatie door de verpleegkundige genoteerd. Op het maandelijks overlegmoment wordt aandacht geschonken aan de evaluatie van de patiënten enquêtes.

De auditor stelt vast dat uit de gesprekken, de ingekeken dossiers en de observaties op de afdeling dat de vereiste instellingsrichtlijnen voldaan zijn.

5.2.8 Oncologische zorg

Kritisch proces	Omschrijving
Zorgverlening	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor bezoekt de apotheek, het internistisch/oncologisch dagziekenhuis en de afdeling inwendige zorg waar oncologische patiënten worden behandeld en verzorgd.</p> <p>Er worden door de auditor gesprekken gevoerd met de apotheker, de oncoloog, verpleegkundigen en de hoofdverpleegkundige van de afdeling inwendige zorg en het internistisch/oncologisch dagziekenhuis.</p> <p>De medicatieverificatie voor verschillende patiënten kan worden aangetoond in de elektronische patiëntendossiers. Dit is door de auditor geobserveerd op zowel het internistisch/oncologisch dagziekenhuis en op de afdeling inwendige zorg. Verdere nazicht van het proces en het beleid tonen aan dat de vereiste instellingsrichtlijn medicatieverificatie in orde is.</p> <p>Op de afdeling inwendige zorg wordt door de auditee toegelicht hoe het valprotocol wordt toegepast. De hoofdverpleegkundige toont hoe het valrisico is geregistreerd in drie patiëntendossiers. De praktijkvoering met oog voor risicobeperkende maatregelen en het beleid worden door de auditor waargenomen.</p> <p>De patiënten met een verhoogd risico op veneuze trombo-embolie worden geïdentificeerd bij opname. Na identificatie worden de juiste profylaxe maatregelen toegepast conform het beleid van de instelling. Het beleid rond VTE-profylaxe is vastgelegd in een procedure en beschikbaar voor de medewerkers in het documentbeheersysteem.</p> <p>Bij iedere patiënt wordt het risico op decubitus beoordeeld en worden er maatregelen ter preventie toegepast bij een positief risico. De procedure decubitus is beschikbaar in het documentbeheersysteem. Voor de patiënt is er een brochure beschikbaar rond het voorkomen en tijdig herkennen van decubitus.</p> <p>De afdelingsleiding heeft toegang tot cijfergegevens van audits op de afdeling voor decubitus, valpreventie, ... om zo op de afdeling bij te sturen.</p> <p>De auditor heeft de toediening van hoog risico medicatie kunnen observeren op de afdeling internistisch/oncologisch dagziekenhuis en op de afdeling inwendige zorg. De verpleegkundige voert consistent een dubbele controle uit bij toediening van de hoog risico medicatie. Naast de dubbele controle op de toe te dienen medicatie wordt ook een patiëntidentificatie uitgevoerd. De patiëntidentificatie gebeurt volgens beleid van het ziekenhuis.</p> <p>De relevante informatie voor de zorgverlening aan de patiënt wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht. De auditor volgt de briefing van de verpleegkundige aan de arts op de afdeling internistisch/oncologisch dagziekenhuis. De resultaten van de bloedafnames en de resultaten van de</p>	

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

symptoomcheck worden besproken voor de arts medicatie voorschrijft.

De arts toont aan de auditor dat de symptoomcontrole ook via een applicatie kan gebeuren, een voorbeeld van innovatie in dit behandeltraject.

Op het internistisch/oncologisch dagziekenhuis wordt aan elke positie één unieke spuitpomp toegewezen. Elke infuuspomp is uniek gelabeld. De patiënten worden administratief ingeschreven op de unieke positie. Op deze manier kan retroactief achterhaald worden met welke infuuspomp aan welke patiënt de chemotherapie is toegekend.

5.2.9 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>De auditor heeft de vereiste instellingsrichtlijnen nagekeken binnen de normenset peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen. De auditor heeft om deze VIR's te toetsen zes dossiers ingezien en gesproken met 12 verpleegkundigen en artsen op de afdelingen heelkunde, chirurgisch dagziekenhuis en het operatiekwartier.</p> <p>De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken op de afdelingen heelkunde en operatiekwartier bevestigd gezien dat voldaan is aan de VIR valpreventie. De verpleegkundigen benoemen en tonen het valpreventiebeleid. De auditor heeft tijdens het volgen van een patiënten opname opgemerkt dat er tijdens een anamnese een bevraging van het valrisico gebeurt. Hoog risicopatiënten krijgen een blauw identificatiebandje aan en er gebeurt een aanduiding van het valrisico in het patiëntendossier. Tijdens rondgang op de afdelingen ziet de auditor dat voorzorgsmaatregelen zoals het gebruik van onrusthekken en het invoeren van laagstand van bedden van toepassing zijn.</p> <p>De auditor volgt twee patiënten tijdens een opname op de afdeling. De verpleegkundigen kunnen aantonen dat de medicatiegeschiedenis wordt meegebracht door de patiënt bij opname. Er gebeurt een controle van de medicatiegeschiedenis met de actuele medicatieopdrachten. Tijdens een ontslagprocedure van een orthopedische patiënt is getoond dat een actuele lijst van medicatie wordt meegegeven met de patiënt. De auditoren beoordelen de medicatieverificatie op basis van de waarnemingen en beschikbare documenten/procedure als voldaan.</p> <p>Tijdens het bezoek aan de afdelingen heelkunde en het operatiekwartier ziet de auditor dat voldaan is aan de VIR decubituspreventie. De verpleegkundigen benoemen en tonen aan de auditor de toepassing van het ziekenhuisbreed anti-decubitusbeleid. Tijdens bezoek aan het operatiekwartier is vastgesteld dat er op iedere operatietafel schuimmatrassen aanwezig zijn. In de gesprekken met de verpleegkundigen is benoemd dat er voldoende antidecubitus materiaal op de afdeling aanwezig is. Tijdens een anamnesegesprek op de afdeling heelkunde is aangetoond dat er aandacht is voor decubituspreventie. Hoog risicopatiënten worden aangeduid in het elektronisch patiëntendossier. Er wordt tijdens de rondgang van de auditor een decubitusregistratie uitgevoerd waarbij iedere patiënt op de afdeling gecontroleerd is op de preventie van decubitus. De hoofdverpleegkundige van de afdeling kan aantonen dat deze registratie maandelijks wordt uitgevoerd door de referentieverpleegkundige van de afdeling.</p> <p>De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken waargenomen dat voldaan is aan de VIR preventie van veneuze trombo-embolie. De verpleegkundigen en artsen op de afdeling heelkunde en het operatiekwartier benoemen en tonen het ziekenhuisbreed profylaxe beleid. Tijdens een anamnesegesprek op de afdeling heelkunde wordt een vragenlijst ingevuld om het risico op trombose te bepalen. Een risicoschaal met bijhorende maatregelen wordt getoond door de auditees. De verpleegkundigen geven toelichting aan de patiënt én de hoog risicopatiënten krijgen een extra informatiefolder. De hoofdverpleegkundige van de afdeling heelkunde toont de maandelijks controle door de referentieverpleegkundige op de afdeling.</p>	

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------

De VIR patiëntenidentificatie is door de auditoren getoetst op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken aan de afdeling heelkunde en het operatiekwartier. De verpleegkundigen en artsen bevragen naam en geboortedatum van de patiënt conform het beleid. Tijdens rondgang op de afdeling heelkunde is door de auditor opgemerkt dat er tijdens de eerste contacten en bij aanvang van kritische processen een dubbele controle van identiteit gebeurt. De auditor is aanwezig bij volgende kritische processen: transport naar het operatiekwartier, uitvoering van de anamnese, zorgoverdracht van de operatiezaal naar recovery en het uitvoering van de checklist veilige heelkunde. Drie patiënten bevestigen dat er frequent identiteitscontroles gebeuren voor kritische processen.

De auditor constateert op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken dat de zorgoverdracht geborgen is. Tijdens het bezoek aan het operatiekwartier is gezien dat de verpleegkundige en de arts tijdens de zorgoverdracht van de zaal naar recovery gebruik maken van de ISBARR-methode. Op de afdeling heelkunde heeft de auditor een bedside briefing door twee verpleegkundige gevolgd bij vier patiënten. Tijdens de bedside briefing wordt de ISBARR methode gebruikt.

Tijdens het bezoek aan het operatiekwartier is een time out procedure gevolgd door de auditoren. De procedure is mondeling doorlopen door de aanwezige anesthesist, verpleegkundige en gynaecologe. De auditor controleert zes dossiers waarbij een volledig ingevulde checklist veilige heelkunde aanwezig is.

Er is aandacht voor de opleiding van artsen uit AZ Mara-Middelares in het operatiekwartier. Een verder opleidingsprogramma voor de medewerkers van beide ziekenhuizen is aangewezen om uniformiteit te garanderen.

Op de afdeling heelkunde en het operatiekwartier wordt aangetoond dat er aan kwaliteit gewerkt wordt met verbeteracties. Zo geeft de auditee aan dat er architectonische verbouwingen uitgevoerd zijn in de verschillende materiaalruimten van het operatiekwartier om de vooropgestelde kwaliteitsnormen te behalen. Ook de opmaak van een voorbereidingsruimte wordt door de auditee aangebracht. De voorbereidingsruimte in het operatiekwartier wordt opgericht om de patiëntenstroom te scheiden voor te opereren patiënten en geopereerde patiënten. Het duaal leiderschap binnen het operatiekwartier wordt door de auditor als een meerwaarde in de uitwerking van kwaliteitsprojecten aangebracht. De auditor wil het duaal management en de praktijk ervan dan ook een compliment geven.

Vanuit de afdeling heelkunde is gestart met een vooropname om het preoperatief traject te verbeteren en het aantal incidenten met thuismedicatie en in het bijzonder bloedverduuners te verlagen. Het heup- en knieforum is opgericht als informatie en opleidingsprogramma voor patiënten met een geplande heup en knie operatie (prothese). De bovenstaande verbeterprojecten worden door het auditteam als compliment gezien vanuit de insteek continu verbeteren.

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

5.2.10 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>Op de afdeling spoedgevallen wordt er gesproken met de hoofdverpleegkundige, drie verpleegkundigen, de psychologe, één spoedarts en één onderhoudsmedewerker.</p> <p>Tijdens de opname van een patiënt met vermoeden van cerebro vasculair accident (CVA) wordt de medicatie geverifieerd. De patiënt en familie communiceren de medicatie aan de verpleegkundige. Het medicatie overzicht wordt genoteerd in het elektronisch patiëntendossier.</p> <p>Uit het gesprek van de auditor met de verpleegkundige blijkt dat bij vermoeden van een patiënt met suïcide het risico wordt geëvalueerd aan de hand van de vragenlijst 'LOES - Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit'. Het beleid ter preventie van suïcide is opgenomen in de procedure 'Suïcidepreventiebeleid'.</p> <p>Uit het interview met de verpleegkundige, de arts en psychologe blijkt dat de vragenlijst wordt ingevuld met de patiënt. Op basis van de vragenlijst wordt de patiënt gecategoriseerd. De positief gescreende patiënt wordt gemonitord door de verpleegkundige en opgevolgd ter preventie van suïcide vanuit een multidisciplinair kader. De data van de vragenlijsten 'LOES' worden nadien wetenschappelijk verwerkt om suïcide preventie verder te evalueren en optimaliseren. De aanpak biedt de mogelijkheid om preventief suïcide in kaart te brengen.</p> <p>In samenspraak met de psychologe wordt voor de patiënt een beleid opgesteld ter opvolging en aanpak van suïcidepreventie. De psychologe benadert vanuit het multidisciplinair kader de patiënt met een op maat gemaakte aanpak. De door de psychologe verstrekte informatie wordt genoteerd in het elektronisch patiëntendossier. Een psychologe is steeds beschikbaar ter ondersteuning van het zorgpersoneel en wordt als een meerwaarde gezien.</p> <p>In het ziekenhuis is er een pastorale dienst ter beschikking met pastoraal medewerker. Uit het interview met de pastoraal medewerker blijkt dat het ziekenhuis, de patiënt, de familie beroep kunnen doen op deze diensten (o.a. communie, inlevingsmomenten,...). Tijdens een jaarlijks overlegmoment met de directie wordt de uitkomst, de meerwaarde, de projecten van de pastorale dienst geëvalueerd.</p> <p>Tijdens de opname van de patiënt met vermoeden van CVA op de afdeling spoedgevallen wordt de identiteit van de patiënt op twee persoonsgebonden parameters gecontroleerd. Naam en geboortedatum worden geverifieerd bij de patiënt en de familie door de verpleegkundige. Ook de overdracht van de informatie bij zorgoverdracht is door de auditor geobserveerd volgens beleid van het ziekenhuis.</p>	

5.2.11 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>De auditor heeft op de afdeling internistisch/oncologisch dagziekenhuis een bloedtransfusie gevolgd. Tijdens de bloedtoediening is door de verpleegkundige de identiteit van de patiënt dubbel gecontroleerd met een actieve bevraging van de naam en de geboortedatum. In het gesprek met de patiënt is aangegeven dat een dubbele identiteitscontrole gebeurt risicovolle handelingen.</p>	

Datum: 5 juli 2022	Status: definitief	AZ Sint-Vincentius Deinze	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

5.2.12 Verloskundige zorg

Kritisch proces	Omschrijving
Zorgverlening	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft op de afdeling materniteit, neonatologie en verloskamer gesproken met de hoofdvroedvrouw, vroedvrouwen, een patiënte en familie. Daarnaast heeft de auditor het medisch dossier ingekeken van de behandelde patiënte en observaties uitgevoerd op de afdeling.</p> <p>De auditor heeft beleid getoetst met betrekking tot medicatieverificatie, patiëntidentificatie, valpreventie, zorgoverdracht en navolging van time-out procedure.</p> <p>In het dossier van de patiënt en in gesprek met de auditees heeft de auditor kunnen vaststellen dat medicatieverificatie uitgevoerd wordt. De auditor stelt vast dat de vroedvrouw op materniteit bij de opname de medicatiegeschiedenis van de patiënte verifieert en invult in het patiëntendossier.</p> <p>Uit het gesprek met de verpleegkundige tijdens het ontslagmoment blijkt dat de patiënt een accurate lijst met medicatie ontvangt en informatie voor de postnatale opvolging.</p> <p>Op materniteit is er een procedure 'valpreventie' beschikbaar in het documentbeheersysteem (Infoland) om valletsels te voorkomen. De geïnterviewde vroedvrouw volgt een scholing en geeft informatie aan de patiënt om valletsels te voorkomen. De effectiviteit van de genomen voorzorgsmaatregelen worden besproken tijdens de overlegmomenten op de afdeling zelf en met de directie.</p> <p>De vroedvrouw vraagt steeds aan de patiënt haar naam en geboortedatum bij het betreden van de kamer voor de toediening van medicatie of andere verpleegkundige handelingen.</p> <p>Bij het ontslag van de patiënt naar huis wordt de informatie in het kader van postnatale opvolging meegedeeld op een gestandaardiseerde manier door de vroedvrouw aan de hand van brochures.</p> <p>Tijdens het ontslagmoment wordt door de vroedvrouw informatie verstrekt aan de patiënt om zelfstandig de zorg voor het kind te continueren in de thuissetting (o.a. brochure borstvoeding, contactmogelijkheden afdeling 'materniteit', follow up,...). De patiënt krijgt tevens de mogelijkheid om vragen te stellen. De verstrekte informatie wordt in het patiëntendossier genoteerd door de vroedvrouw. Tijdens het observatiemoment wordt gesproken met de familie/partner waaruit blijkt dat op een gestandaardiseerde manier wordt gecommuniceerd met behulp van brochures en bijkomende tips. Op het maandelijks overlegmoment op de afdeling wordt binnen het team aandacht geschonken aan de patiënten tevredenheid, naast evaluatie van de valpreventie cijfers.</p> <p>Het team van de materniteit/verloskamer beschikt over time-out procedure en deze wordt gebruikt tijdens een sectio. Tijdens controlemomenten wordt de naleving van de time-out procedure geëvalueerd met behulp van een gestandaardiseerd protocol. De resultaten van de controlemomenten worden gecommuniceerd door de hoofdvroedvrouw aan het team. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt om de time-out procedure continu te verbeteren.</p>	