

# Auditverslag

## AZ St.-Elisabeth Herentals



## Herentals

### België

Datum auditbezoek: 22 tot en met 24 november 2022  
Assessment: Overbruggingsaudit  
Assessmentprocedure: 2021 - 2022  
Niveau accreditatie: goud  
Niveau toetsing: goud  
Vastgesteld op: 9 december 2022

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	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.....	19
4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant .....	20
4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen .....	20
4.2 Normensets.....	20
5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren .....	21
5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen .....	21
5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen .....	25

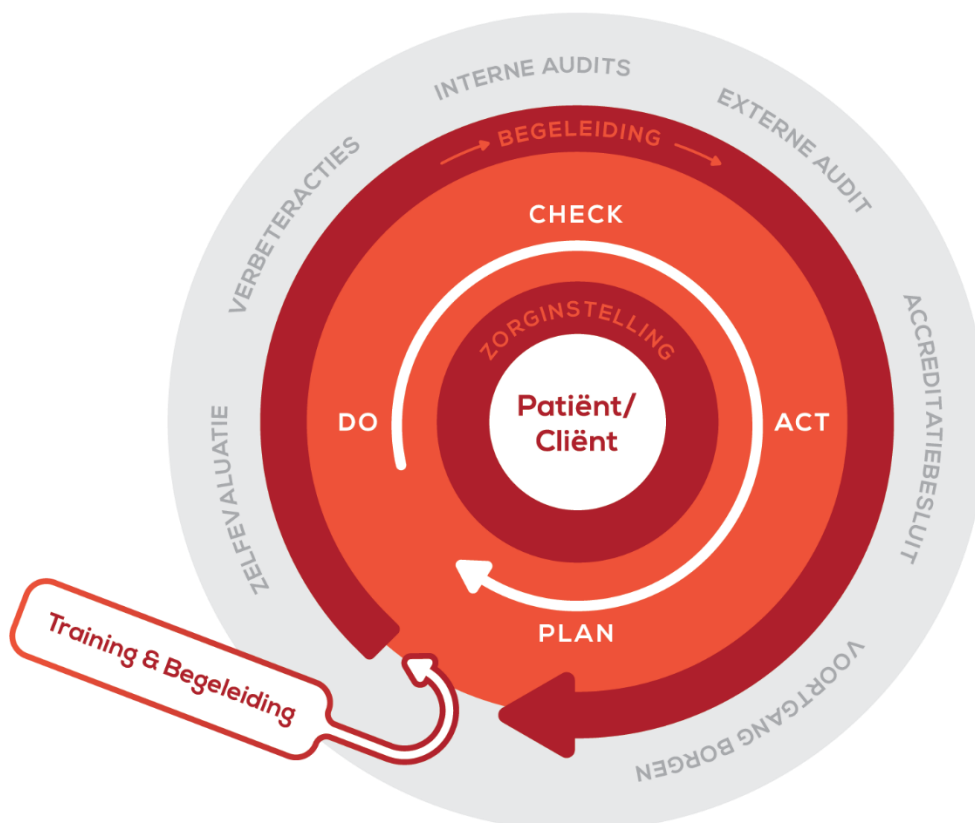
Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

## 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: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	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 St.-Elisabeth Herentals heeft plaatsgevonden van 22 tot en met 24 november 2022.

#### Auditteam

De audit wordt uitgevoerd door:

De heer dr. D. Maes, voorzitter auditteam

Mevrouw K. Bogaert

De heer mr. W. Van Campenhout

Mevrouw E. Depreter

#### Surveymanager

De heer D. Dewaele

#### Aanvullende informatie

De directie van AZ St.-Elisabeth Herentals 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 directie van AZ St.-Elisabeth Herentals heeft voorafgaand aan het auditbezoek verklaard dat er geen werkeenheden zijn met problemen die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorg en waarvan het auditteam op de hoogte moet zijn.

De audit betreft de locatie Herentals.

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

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

## Normensets

Tijdens het auditbezoek voor de overbruggingsaudit zijn de volgende normensets en kritische processen gebruikt om de diensten en procedures van AZ St.-Elisabeth Herentals te toetsen:

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

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

### *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: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

## Samenvatting bevindingen

Standaard audit	Resultaat	Eis
Hoeveel procent van de nalevingstesten van alle VIR's is behaald?	98%	95%
Is per normenset aan het vereiste aandeel gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) voldaan?	Ja	90% per normenset
Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling?	99%	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: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

## 1.2 Conclusies auditteam

### Algemene bevindingen

De audit betreft een overbruggingsaudit na voorafgaande proefaudit.

AZ Herentals heeft als visie "wij staan borg voor kwaliteit en zorg".

De auditoren hebben zich onmiddellijk zeer welkom gevoeld in een zeer open sfeer.

Het ziekenhuis straalt rust uit mede door beheersing van patiënt- en bezoekersstromen. Daarnaast is het ook mooi aangekleed (compliment).

Tijdens de voorbereidende vergadering heeft het auditteam uitgebreide toelichting gekregen over de visie en missie en hoe deze vertaald zijn in de beleidsplannen en het kwaliteitsbeleid. Bij de start van de audit heeft het team inzage gekregen in het dashboard met indicatoren en hoe hierop wordt gestuurd.

Het auditteam heeft alle (zorg)afdelingen bezocht. Overall hebben wij enthousiaste medewerkers aangetroffen die fier zijn op hun organisatie en die graag laten zien hoe zij de laatste maanden hard hebben gewerkt om de "puntjes op de i" te zetten rond kwaliteitsbeleid. De organisatie heeft hiervoor veel creativiteit aan de dag gelegd. De artsen zijn actief betrokken bij de uitbouw en opvolging van kwaliteitsbeleid (compliment).

Het auditteam heeft heel vlot toegang gehad tot alle gevraagde informatie. Mede dankzij het vlotte verloop van de audit zijn heel wat crosschecks uitgevoerd.

#### Overzicht complimenten

- Enthousiasme en creativiteit
- VIR 's in vizier
- Ziekenhuiskrantje extra apotheek
- Aankleding van het ziekenhuis, landschapsfoto's, huiselijke sfeer
- De "toegangspoortjes" => inbreng van bezoekers in het beleid
- Aanpak om participatie van de artsen in het accreditatieverhaal te verhogen
- "van opname naar operatiekwartier"

#### Overzicht uitdagingen

	Uitdaging	Normenset	criterium	VIR of !	Niveau
1	Het team volgt beleid en procedures van de instelling en instructies van fabrikanten om gecontamineerde instrumenten, hulpmiddelen en apparatuur te verpakken en te transporteren naar de afdeling voor reiniging, desinfectie en sterilisatie van medische apparatuur of naar de externe leverancier. (Diagnostische beeldvorming)	Diagnostische beeldvorming	8.4		goud
2	Er wordt een gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak geïmplementeerd voor de openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten bij cliënten en hun familie, die de communicatie en een	Leiderschap	15.6.2 15.6.6	VIR	Platina

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

	ondersteunende reactie stimuleert. (Leiderschap)				
3	Alle ruimten voor reiniging, desinfectie en sterilisatie voor flexibele endoscopen zijn uitgerust met gescheiden schone en gecontamineerde/vuile werkzones, evenals met een opslagvoorziening, speciale leidingen en afvoeren en goede luchtventilatie. (Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen)	Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	11.3		Goud
4	Bij elke recall worden alle betrokken afdelingen van de instelling die gereinigde, gedesinfecteerde en gesteriliseerde medische instrumenten, hulpmiddelen en apparatuur gebruiken, schriftelijk en volledig geïnformeerd over de items die worden teruggeroepen en de acties die daartoe moeten worden ondernomen. (Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen)	Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	14.7	!	Goud
5	De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht. (Zorgverlening)	Oncologische Zorg	17.9.2	VIR	Platina
6	De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht. (Zorgverlening)	Peri-operatieve Zorg	7.11.2	VIR	Platina
7	De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht. (Zorgverlening)	Intramurale Zorg	6.18.2	VIR	Platina



Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

## Intern toetsingssysteem

Het intern toetsingssysteem van AZ St.-Elisabeth Herentals voldoet aan de 'Assessmentprocedure 2021- 2022'.

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

## Persoonsgerichte zorg

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

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	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)*

Patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg is benoemd als topprioriteit in de visie en missie van het ziekenhuis. Het kwaliteitsbeleid is in sterke mate opgebouwd rond de normensets van Qmentum Global.

Afgelopen maanden is het project Vir in het Vizier uitgerold om een bijkomende boost te geven aan het kwaliteitsbeleid dat sinds de eerste audit niet losgelaten is. AZ Herentals heeft 21 Qteams met brede samenstelling die afdelingsgebonden kwaliteit of ziekenhuisbrede thema's kwaliteit opvolgen. Zij zijn de bakermat van waaruit lokale kwaliteitsinitiatieven bottom up ontstaan.

Daarnaast vinden interne audits plaats gebaseerd op risico analyse van afdelingen (Safer methodiek), alsook thema audits ziekenhuishygiëne en medicatiebeheer.

Opgeleide medewerkers lopen tweemaal per jaar veiligheidsrondes bij mekaar, het zogenaamde "gluren bij de burens".

Alle afdelingen hebben kwaliteitsborden waarop naast de indicatoren ook de verbeteracties geafficheerd zijn.

De driemaandelijke rapportering van indicatoren tonen de evolutie en de medewerkers op de afdelingen kunnen de werkpunten en de aanpak benoemen. De leiding van de organisatie is ervan overtuigd dat het continu verbeteren kan worden vastgehouden door de ingeburgerde systematiek van opvolging waaraan ook artsen participeren die dikwijls voorzitters zijn van Q teams.

Persoonsgerichte zorg is decentraal opgestart met diverse initiatieven. Het beleid rond Open Disclosure is pas vastgesteld en wordt volgend jaar uitgerold.

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

Het strategisch beleid is vastgelegd in een meerjarencyclus. Hierin heeft kwaliteit en verbetering een prominente plaats. De 'Raad van Bestuur' (SS) heeft veel aandacht voor kwaliteitsbeleid. Stuurgroep kwaliteit en veiligheid rapporteert regelmatig rechtstreeks aan RVB.

De verantwoordelijkheden, rapportagelijnen en verantwoording zijn vastgelegd.

De grote stabiliteit op directieniveau draagt bij tot verantwoorde zorg.

De communicatielijnen zijn kort en de informatie wordt transparant gedeeld. Medewerkers zijn op de hoogte van het strategisch beleidsplan en bijhorende kwaliteitsplan.

De medische disciplines hebben een gemeenschappelijk beleidsplan met zorg, waarin ook dienst specifieke kwaliteitsindicatoren zijn opgenomen.

AZ Herentals is een chirurgisch georiënteerd ziekenhuis. Het nieuwe opnametraject van de electieve chirurgische patiënt met voorafgaande voorbereiding is een voorbeeld van verantwoorde zorg. Het model wordt aangestuurd door een duaal management.

Het KWS dossier is op alle klassieke afdelingen uitgerold en vormt de basis voor alle patiëntinformatie. Hierin is ook het medicatiedossier vervat inclusief waarschuwingstools.

Alle medewerkers hebben een inscholingsplan. De medewerkers kunnen hun gevolgde opleidingen aantonen in hun eigen portfolio (E power). De leidinggevende ziet hierop toe. Veel aandacht gaat naar e-learning. Daarnaast zijn in voorbereiding van de audit ook de VIR's in de kijker geplaatst door de Q gala's. VIM meldingen worden centraal geanalyseerd, verbeteracties worden op teamniveau besproken.

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

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

Alle zorggerelateerde afdelingen zijn bezocht tijdens de audit. De overgrote meerderheid van de VIR's zijn in totaliteit geïmplementeerd.

Medicatiebeleid en beheer zijn op orde en worden volgens vastgelegde procedures opgevolgd.

De apotheek is zich bewust dat de manuele handling risico's inhoudt maar voert hiervoor nodige veiligheidschecks uit.

AZ Herentals heeft veel aandacht voor medicatieverificatie zowel voor electieve opnames via 'Pre Operatieve Screening' (POS), als via opname via spoed. Validatie van mondelinge opdrachten wordt actief opgevolgd.

Het antibioticabeleid is afgestemd op netwerkniveau.

Het team infectiepreventie is laagdrempelig bereikbaar en koppelt bevindingen terug aan de afdelingen.

Veel aandacht gaat naar opleiding van medewerkers inclusief vrijwilligers.

Beleid rond geweld en agressie op de werkplek is geïmplementeerd en wordt opgevolgd.

De Stroom van bezoekers wordt gekanaliseerd via toegangspoortjes. Doorstroom in spoed wordt gemonitord.

De apparatuur is conform afspraken onderhouden en dit kan door medewerkers worden aangetoond.

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	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)	88 (100%)	0 (0%)	0	23 (100%)	0 (0%)	0	111 (100%)	0 (0%)	0
Excellente zorgverlening	9 (100%)	0 (0%)	0	17 (100%)	0 (0%)	0	26 (100%)	0 (0%)	0
Governance	Nvt	Nvt	29	Nvt	Nvt	13	Nvt	Nvt	42
Infectie-preventie en -bestrijding	37 (100%)	0 (0%)	0	14 (100%)	0 (0%)	0	51 (100%)	0 (0%)	0
Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen	9 (100%)	0 (0%)	19	1 (100%)	0 (0%)	18	10 (100%)	0 (0%)	37
Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen	Nvt	Nvt	9	Nvt	Nvt	38	Nvt	Nvt	47
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Ambulante zorgverlening	Nvt	Nvt	4	Nvt	Nvt	8	Nvt	Nvt	12
Diagnostische beeldvorming	4 (100%)	0 (0%)	4 <sup>0</sup>	7 (87,5%)	1 (12,5%)	31	11 (91,7%)	1 (8,3%)	71

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	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
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	78 (98,7%)	1 (1,3%)	1	19 (95%)	1 (5%)	1	97 (98%)	2 (2%)	2
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
<b>Totaal</b>	<b>232 (99,6%)</b>	<b>1 (0,4%)</b>	<b>245</b>	<b>97 (98%)</b>	<b>2 (2%)</b>	<b>263</b>	<b>329 (99,1%)</b>	<b>3 (0,9%)</b>	<b>508</b>

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	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 St.-Elisabeth	Binnen hoeveel kritische processen zijn deze VIR's getoetst			Aantal NLTs in matrix	Score nalevingstesten			
		Voldaan	Niet voldaan	Totaal		Voldaan	Niet voldaan	Totaal	% Voldaan
1	Controlelijst voor veilige heekunde ('Safe surgery checklist')	2	0	2	5	10	0	10	100,0%
2	Clïëntenidentificatie	9	0	9	1	9	0	9	100,0%
3	Gevaarlijke afkortingen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
4	Overdracht van informatie op overdrachtsmomenten	4	3	7	5	32	3	35	91,4%
5	Medicatieverificatie als strategische prioriteit	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
6	Medicatieverificatie bij opname – Ambulante zorg	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
7	Medicatieverificatie bij opname – Acute zorg	5	0	5	4	20	0	20	100,0%
8	Medicatieverificatie bij opname – Spoedeisende hulp	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
9	Beheer van geconcentreerde elektrolyten	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
10	Hoogrisico medicatie	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
11	Narcoticaveiligheid	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
12	Veilig gebruik van infuuspompen	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
13	Antimicrobieel beleid	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
14	Heparineveiligheid	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
15	Preventief onderhoudsprogramma	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
16	Training en scholing op het gebied van patiëntveiligheid	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
17	Clïëntveiligheidsplan	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
18	Preventie van geweld en agressie op de werkplek	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
19	Patiëntenstroom	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
20	Voorlichting over handhygiëne	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
21	Naleving van handhygiëne	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
22	Aantallen infecties	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
23	Kwartalrapportages clïëntveiligheid	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
24	Beheer van ongewenste voorvallen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
25	Openbaarmaking van ongewenste voorvallen	0	1	1	6	4	2	6	66,7%
26	Verantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
27	Valpreventiestrategie (bij klinische patiënten)	5	0	5	3	15	0	15	100,0%
28	Decubituspreventie	4	0	4	5	20	0	20	100,0%
29	Voorkoming van zelfdoding	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
30	VTE profylaxe	4	0	4	5	20	0	20	100,0%
	<i>Totaal</i>	55	4	59		230	5	235	
	<i>Totaal %</i>	93,2%	6,8%			97,9%	2,1%		

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	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

Op niveau goud zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

#### Zorgspecifieke normen

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
<b>Diagnostische beeldvorming</b>		
8.4 Het team volgt beleid en procedures van de instelling en instructies van fabrikanten om gecontamineerde instrumenten, hulpmiddelen en apparatuur te verpakken en te transporteren naar de afdeling voor reiniging, desinfectie en sterilisatie van medische apparatuur of naar de externe leverancier.		De geauditeerde verpleegkundige en de hoofdverpleegkundige van de medische beeldvorming geven aan dat het gebruikte instrumentarium na een hystero(salpingo)grafie in de oorspronkelijke verpakking wordt aangeleverd bij CSA. Dat is niet conform de procedure 'reiniging en desinfectie van niet-kritische en semi-kritische materialen' waarin wordt aangegeven dat dit in een afgesloten bak dient te gebeuren.
<b>Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen</b>		
11.3 Alle ruimten voor reiniging, desinfectie en sterilisatie voor flexibele endoscopen zijn uitgerust met gescheiden schone en gecontamineerde/vuile werkzones, evenals met een opslagvoorziening, speciale leidingen en afvoeren en goede luchtventilatie.		De geauditeerde verpleegkundige, 'Centrale Sterilisatie Afdeling' (CSA) -medewerker en hoofdverpleegkundige op de afdeling endoscopie geven aan dat in de ruimte voor reiniging, desinfectie en sterilisatie de afstand tussen de schone werkzone en vuile werkzone als te klein wordt ervaren om de strikte scheiding proper / vuil te kunnen waarborgen. Tijdens een bezoek aan de dienst endoscopie stelt de auditor vast dat de gescheiden schone en gecontamineerde zones, omwille van hun nabijheid en locatie (in één ruimte) de eenrichtingsstroom van flexibele endoscopen niet ondersteunen. De auditor brengt een bezoek aan de in aanbouw zijnde nieuwe ruimte voor reiniging, desinfectie en sterilisatie voor flexibele endoscopen en stelt vast dat de eenrichtingsstroom daar wel zal kunnen worden gewaarborgd.

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
14.7 Bij elke recall worden alle betrokken afdelingen van de instelling die gereinigde, gedesinfecteerde en gesteriliseerde medische instrumenten, hulpmiddelen en apparatuur gebruiken, schriftelijk en volledig geïnformeerd over de items die worden teruggeroepen en de acties die daartoe moeten worden ondernomen.	!	In de procedure 'Recall procedure' is niet beschreven dat de afdelingen schriftelijk worden geïnformeerd in geval van recall. De geauditeerde medewerkers van CSA geven aan, in geval van een recall, de betrokkenen telefonisch te zullen informeren. Dit is niet in overeenstemming met het criterium dat vereist dat afdelingen schriftelijk worden geïnformeerd.



Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	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

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

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
<b>Communicatie</b>			
<p><b>Communiqueert effectief informatie voor cliënten bij zorgovergangen.</b></p> <p>De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgovergang.</p> <p>Er worden documentatie-hulpmiddelen en communicatie-maatregelen gebruikt om de overdracht van informatie bij de zorgovergang te standaardiseren.</p>	Intramurale zorg 6.18.2	Niet voldaan	In het beleid wordt beschreven dat de communicatiemethodiek bij overdracht ISBAR is en dat daar niet mag van afgeweken worden. Op de 'Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie' (Sp) en afdeling geriatrie is vastgesteld dat een zelf gemaakt overdrachtsdocument wordt gebruikt met een indeling volgens ISBAR, die zo de methodiek van mondelinge overdracht ondersteunt. Op de afdeling interne 1 en 2 is vastgesteld dat ze een zelf gemaakt overdrachtsdocument gebruiken met een niet-ISBAR indeling, wat extra aandacht vraagt om de mondelinge overdracht met de ISBAR-methode uit te voeren. Deze niet gestandaardiseerde documenten geeft potentiële risico's naar verpleegkundigen van de mobiele equipe. De standaardisatie van het overdrachtsdocument wordt aanbevolen door de verantwoordelijke van de mobiele equipe.
<p><b>Communiqueert effectief informatie voor cliënten bij zorgovergangen.</b></p> <p>De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgovergang.</p> <p><i>Er worden documentatie-</i></p>	Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen 7.11.2	Niet voldaan	Voor de overdracht tussen de afdelingen maakt AZ Herentals (AZH) gebruik van een gestandaardiseerd transfertblad. Voor de overdracht op de afdeling tussen de verschillende shiften maken de afdelingen orthopedie, H1 en H2 gebruik van een overdrachtsblad dat

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
<i>hulpmiddelen en communicatie-maatregelen gebruikt om de overdracht van informatie te standaardiseren.</i>			gebaseerd is op de ISBAR methodiek. Het document van orthopedie en H2 is gestructureerd volgens de velden van ISBAR, het document van H2 niet. Dit houdt een risico in voor mobiele verpleegkundigen die sporadisch op deze afdeling komen werken. De verantwoordelijke van mobiel equipe bevestigt dat het best uniforme documenten zouden worden.
<p><b>Communiqueert effectief informatie voor cliënten bij zorgovergangen.</b></p> <p>De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht.</p> <p><i>Er worden documentatie-hulpmiddelen en communicatie-strategieën gebruikt om de overdracht van informatie bij de zorgoverdracht te standaardiseren.</i></p>	Oncologische zorg 17.9.2	Niet voldaan	AZ Herentals (AZH) gebruikt een standaard transferblad voor overdracht van de ene afdeling naar de andere. De afdelingen hanteren een overdracht blad voor briefing bij overdracht tussen verschillende shiften. Elke afdeling kan hier eigen invulling aan geven op voorwaarde dat de ISBAR methode wordt gevolgd bij de overdracht. Op de afdeling oncologie volgde de auditor een debriefing die verloopt volgens de SBARR methode. Het document omvat de componenten van ISBAR op een minder gestructureerde manier, de structuur van het document is verschillend tussen de afdelingen wat potentieel risico inhoudt voor participatie van verpleegkundigen van mobiel equipe. De verantwoordelijke van mobiel equipe bevestigt dat het best uniforme documenten zouden worden.
<b>Veiligheidscultuur</b>			
<p><b>Open en ondersteunende openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten.</b></p> <p>Er wordt een gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak geïmplementeerd voor de openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten bij cliënten en hun familie, die de communicatie en een</p>	Leiderschap 15.6.2	Niet voldaan	Er is een beleid rond 'Open disclosure', waarin de aanpak wordt beschreven (gepubliceerd in infoland op 21-11-2022). Open disclosure gebeurt spontaan door sommige medewerkers. Het beleid rond open disclosure is niet volledig doordrongen in de dagdagelijkse praktijk. Gezien het zeer recente beleid is

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
<p>ondersteunende reactie stimuleert. Het openbaarmakingsproces wordt geëvalueerd en indien nodig geactualiseerd, met inbreng van de cliënten en hun familie en medewerkers.</p>			<p>er nog geen evaluatie en actualisatie gebeurd. Dit wordt bevestigd in het gesprek met enkele leden van de VIM-commissie, maar ook in een gesprek met de hoofdverpleegkundige van materniteit en de zorgmanager. In het 'Kwaliteitsbeleidsplan 2022-2023' wordt gesteld dat open disclosure als laatste op de planning staat en zal gelanceerd worden op Q-gala (tussen 2 en 16 november 2022).</p>
<p><b>Open en ondersteunende openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten.</b></p> <p>Er wordt een gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak geïmplementeerd voor de openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten bij cliënten en hun familie, die de communicatie en een ondersteunende reactie stimuleert. Er wordt feedback gevraagd van de cliënten en hun familie en de medewerkers over hun ervaringen met de openbaarmaking en deze informatie wordt gebruikt om waar nodig het openbaarmakingsproces te verbeteren.</p>	<p>Leiderschap 15.6.6</p>	<p>Niet voldaan</p>	<p>Er is een beleid rond 'Open disclosure', waarin de aanpak wordt beschreven (gepubliceerd in infoland op 21-11-2022). Open disclosure gebeurt spontaan door sommige medewerkers. Het beleid rond open disclosure is niet volledig doordrongen in de dagdagelijkse praktijk. Open disclosure gebeurt spontaan door sommige medewerkers, maar er is vooral een cultuur in groei rond dit thema. Gezien het zeer recente beleid is er nog geen feedback gevraagd aan patiënten over hun ervaring rond open disclosure. Dit wordt bevestigd in het gesprek met enkele leden van de VIM-commissie.</p>

### 3.2 Normensets

Op niveau platina zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

## 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: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	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.

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Cliëntgerichte zorg</b>	Samenwerken met cliënten en hun familie om zorg te plannen en te verlenen die respectvol, meelevend, cultureel veilig en competent is, en ernaar te streven dat deze zorg voortdurend wordt verbeterd.
Ambulante zorgverlening Oncologische zorg Kritieke zorg Governance Intramurale zorg Leiderschap Verloskundige zorg Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen Excellente zorgverlening Spoedeisende hulp	
<b>Opmerkingen:</b>	<p>Om de normen van het kritisch proces "cliëntgerichte zorg" te toetsen sprak de auditor met de ombudspersoon, een medewerker van de sociale dienst, de stafmedewerker kwaliteit en accreditatie, de HR-directeur, een onderhoudsdame op spoed en een verpleegkundige op IZ. De normen die door de auditor tijdens deze gesprekken konden worden getoetst kunnen als behaald worden beschouwd.</p> <p>Het kritisch proces "persoonsgerichte zorg" werd door de auditor beoordeeld tijdens gesprekken met de directie, de stafmedewerker kwaliteit en accreditatie, een medewerker van de sociale dienst, de hoofdverpleegkundige van de dienst spoedgevallen, de zorgpadcoördinator en een lid van de ondernemingsraad. Tijdens deze gesprekken vernam de auditor dat het persoonsgericht handelen van de medewerkers, zoals het houden van focusgroepen en het bevragen van patiëntenervaringen, zijn oorsprong vindt in de missie en visie van het ziekenhuis, meer bepaald in het respect voor elk individu en het benoemen van klachtvriendelijkheid als sleutelbegrip. In de visie wordt de patiënt benoemd als klant met van daaruit het geven van een stem in het ziekenhuisbeleid. Op deze basis wordt verder gebouwd om een actief beleid rond patiëntenparticipatie uit te bouwen. In het onderdeel van het beleidsplan gewijd aan patiëntenparticipatie wordt ingezet op het stimuleren van initiatieven voor het betrekken van patiënten bij ontwikkelen en verbeteren van processen. De organisatie bevindt zich hier nog in een groeitraject, maar legt al een aantal accenten in beleidsplannen en past daar ook de projectaanpak aan. De bevraging van zowel de brede bevolking, medewerkers als management in verband met de introductie van de ingangspoortjes in de centrale inkomhal is daar een mooi voorbeeld van.</p>

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Menselijk kapitaal (HRM)</b>	Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De criteria van het kritisch proces menselijk kapitaal zijn getoetst tijdens gesprekken met de HR-directeur, de verpleegkundig en paramedisch directeur, de preventie-adviseur, de voorzitter van het 'Comité Preventie en Bescherming op het Werk' (CPBW), een delegatie van leden van de ondernemingsraad, een verpleegkundige op spoed, een verpleegkundige op Intensieve zorgen, de hoofdverpleegkundige van spoed, een schoonmaakmedewerker en medewerkers van het onthaal.</p> <p>Tijdens de gesprekken en na het bekijken van e-Power, de digitale toepassing die de soft HR in de organisatie ondersteunt, stelt de auditor vast dat het AZ Herentals veel inspanning levert voor het welzijn van zijn medewerkers. De organisatie zet in op welzijn voor zijn medewerkers met programma's voor fysiek en mentaal welbevinden, zoals informatie rond gezonde voeding, goede slaapgewoontes en aanzetten tot beweging. Dit komt bovenop een goede implementatie van de arbeidsreglementering, zoals een opvolging van de overuren, vakantiedagen en de noodzakelijke gezondheidsopvolging.</p> <p>De organisatie organiseert op regelmatige tijdstippen een arbeidstevredenheidsmeting en de resultaten vertonen een significante verbetering in de twee laatste metingen. Dit is zowel het geval bij de medewerkers als bij de artsen. Tijdens gesprekken met de medewerkers krijgt de auditor bevestigd dat de organisatie veel initiatieven neemt om appreciatie te tonen aan de medewerkers en om hun input te vragen over allerhande zaken, zoals over de installatie van de toegangspoortjes. Er heerst een open en warme sfeer in de organisatie die de kwaliteit van zorg ondersteunt.</p> <p>In gesprekken met verpleegkundigen, de hoofdarts en een medewerker van de schoonmaak kan de auditor vaststellen dat het opleidingsbeleid de professionele ontwikkeling van de medewerkers en de artsen ondersteunt. Hierbij komt de scholing op het gebied van patiëntveiligheid ruim aan bod. Naast de opleidingen die georganiseerd worden door de organisatie heeft de auditor ook veel eigen opleidingsinitiatieven op de afdelingen gezien zoals de Bingo op spoedgevallen. Voor het opvolgen van het functioneren worden POEF-gesprekken gehouden en indien nodig worden coachingstrajecten opgestart. De criteria die door de auditor werden getoetst worden als behaald beschouwd met inbegrip van de VIR's.</p>	
<b>Geïntegreerd kwaliteitsmanagement</b>	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><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Voor het toetsen van het kritisch proces 'Geïntegreerd kwaliteitsmanagementsysteem' is gesproken met enkele leden van de VIM-commissie en de cel kwaliteit. Het kwaliteitsbeleid is ook getoetst op de afdelingen interne 1 en 2, geriatrie, materniteit, dagziekenhuis interne en de Sp-afdeling.</p> <p>Kwaliteitsbeleid- en verbetering staat hoog op de agenda van het ziekenhuis, er is sterke betrokkenheid van directie en er is veel enthousiasme bij leidinggevend en medewerkers.</p> <p>Er zijn verschillende tools voor input naar kwaliteitsverbetering: klachtenbehandeling, veiligheidsrondes, incidentmeldingen, traceraudits (door team kwaliteit en team ziekenhuishygiëne).</p> <p>De medewerkers weten hoe incidenten te melden en deze worden opgevolgd door een centrale VIM-commissie, waar de analyses worden voorgesteld en waar ook de betrokken medewerker wordt gehoord. Verbeterpunten uit de verschillende tools worden centraal besproken in de stuurgroep Kwaliteit, maar ook op dienstoverleg tussen zorgmanagers en de leidinggevend en van de betrokken afdelingen.</p> <p>Voor opvolging van de implementatie van het beleid worden kwaliteitsdashboards door de cel kwaliteit voorzien voor de afdelingen die ofwel in de keuken uithangen of op de gang en die wekelijks door de</p>	

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>leidinggevende met het team besproken worden.</p> <p>De campagne 'VIR in het vizier' met opvolging via indicatoren (te meten door de eigen afdeling) creëerde een methodiek tot borging van thema's. Door enkele bevraagde hoofdverpleegkundigen werd aangegeven dat deze methodiek hen verder zou helpen tot implementatie van projecten in de toekomst. De betrokkenheid van de artsen in de campagne resulteerde in meer overtuiging van de zinvolheid van accreditatie en ze bieden hierdoor ook meer medewerking.</p> <p>Het plannen van de interne toetsingen is gebaseerd op basis van een risico-indeling van de afdelingen. Voor het uitvoeren van de audits beschikt men over een opgeleid multidisciplinair team waar ook artsen deel van uitmaken. Naast de interne audits worden ook veiligheidsrondes georganiseerd. Deze gebeuren onder het motto "gluren bij de burens" waarbij naast leidinggevendenden ook medewerkers van verschillende afdelingen worden ingeschakeld.</p> <p>Het totaal overzicht van de resultaten ligt bij de stuurgroep Kwaliteit, klachten en incidenten zijn hier ook meegenomen.</p>
<b>Medische instrumenten en apparatuur</b>	Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen.
	<p>Oncologische zorg            Diagnostische beeldvorming            Leiderschap            Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen            Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen</p>
	<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor spreekt met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• twee verpleegkundigen, de hoofdverpleegkundige, een arts en een patiënt op de medische beeldvorming</li> <li>• met één vroedkundige en de hoofdvroedkundige op de dienst materniteit</li> <li>• de verantwoordelijke en 3 medewerkers op de dienst CSA (Centrale sterilisatie afdeling)</li> <li>• één CSA-medewerker en één verpleegkundige op de dienst endoscopie</li> <li>• één verpleegkundige op de spoedopnamedienst</li> <li>• twee verpleegkundigen op het internistisch dagziekenhuis</li> <li>• de verantwoordelijke en een medewerker van de dienst ambulante revalidatie</li> <li>• de hoofdverpleegkundige van de dienst geriatrie</li> <li>• een vroedkundige op de dienst raadplegingen</li> <li>• twee verpleegkundigen op de heelkundige afdelingen</li> </ul> <p>Daarnaast vinden er gesprekken plaats met de verantwoordelijk(en) van CSA, de facilitair directeur, de verantwoordelijke van de (bio)technische dienst en de dienst endoscopie.</p> <p>De volgende documenten zijn ingezien: 'agressiebeleid', 'reiniging en desinfectie van niet-kritische en semi-kritische materialen', 'onderhoud en herstellingen medische toestellen', 'behandeling afgedankte toestellen', 'onderhoudslijst RX', 'reiniging en desinfectie vaginale en rectale echosondes', 'VIR infuuspompen en medische toestellen', 'herstellen van instrumenten', 'scopenbeheersplan', 'onderhoud van flexibel warmtegevoelig endoscopisch materiaal' en 'identificeren van patiënten'.</p> <p>Doorheen de instelling wordt de tracer van aanleveren, gebruik en reiniging van het steriel instrumentarium gevolgd van afdelingsniveau tot en met CSA. Voor (medische) apparatuur volgt de auditor het proces van aankoop, opleiding, gebruik, preventief onderhoud en opvolging van defecten en incidenten.</p> <p>De auditor ziet bevestigd dat de procedures gerelateerd aan de reinigings-, desinfectie- en sterilisatie-activiteiten binnen de instelling zijn gevalideerd door de betrokken verantwoordelijken. De auditor</p>

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>constateert tijdens een bezoek aan de dienst medische beeldvorming dat werkruimtes en schone opslagruimtes gescheiden zijn. De geauditeerde arts en verpleegkundigen geven aan de procedure 'onderhoudslijst radiologie' en 'reiniging en desinfectie van semi-kritische materialen' te volgen bij het reinigen van de echosondes. De geauditeerde verpleegkundige en de hoofdverpleegkundige geven aan dat het gebruikte instrumentarium na een hystero(salpino)grafie in de oorspronkelijke verpakking wordt aangeleverd bij CSA. Dat is niet conform de procedure 'reiniging en desinfectie van niet-kritische en semi-kritische materialen'.</p> <p>In een bezoek aan de CSA worden door drie medewerkers en de verantwoordelijke de vuile, reinigungs-, inpak- en opslagzones getoond. De auditor stelt vast dat er toegang is tot de verschillende procedures en afspraken, dat deze gekend zijn en worden gevolgd. Toegang tot faciliteiten voor handhygiëne is overal gegarandeerd en de ruimtes zijn schoon. De auditees tonen aan hoe het 'track en trace'-principe wordt gewaarborgd binnen de instelling.</p> <p>Tijdens bezoeken aan de hierboven genoemde afdelingen stelt de auditor vast dat de afspraken en procedures wat betreft reiniging en desinfectie van semi-kritische materialen zijn gekend en worden gevolgd (zoals het gebruik van Aniosyme-spray en afgesloten doorzichtige bakken bij transport naar CSA). In de 'Recall procedure' is niet beschreven dat de afdelingen schriftelijk worden geïnformeerd in geval van recall. De geauditeerde medewerkers van CSA geven aan, in geval van een recall, de betrokkenen telefonisch te informeren. Dit is niet in overeenstemming met het criterium dat vereist dat afdelingen schriftelijk worden geïnformeerd.</p> <p>In gesprekken met verschillende medewerkers, betrokken bij de aankoop, opvolging van het preventief onderhoud, reiniging en desinfectie van apparatuur en instrumenten komt naar voor dat het proces en procedures van aanschaf, gebruik en onderhoud van apparatuur en instrumenten gekend zijn binnen de organisatie. Beleid en uitvoering van het beleid zijn actueel en taken en verantwoordelijkheden van één ieder zijn duidelijk. De medewerkers tonen aan de auditor hoe een defect dient te worden gemeld en tonen de handleidingen in Ultimo. De auditees kennen het gebruik van de 'rode bak' en het 'rood label' om aan te geven dat apparatuur defect is en wordt opgehaald door de (bio)technische dienst. Ze tonen ronde sticker van AZH op het toestel die aangeeft hoe wordt toegezien dat een apparaat tijdig preventief onderhoud heeft gehad. De auditor kan vaststellen door middel van crosschecks dat de medische apparatuur het vereiste preventief onderhoud krijgt.</p>



Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	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
<b>Medicatiemanagement</b>	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft hoofdapotheker, hoofdarts, haematoloog, arts microbioloog, anesthesist, apothekers, apotheekassistentes, verpleegkundigen op kinderafdeling, orthopedieafdeling, Heelkunde 1&amp;2, operatiezaal, preoperatieve screening, oncologieafdeling en Chirurgisch dagcentrum (CDC) gesproken.</p> <p>Het beleid rond hoogrisicomedicatie inclusief heparines, hooggeconcentreerde elektrolyten en narcotica is tot stand gekomen vanuit het Q team hoogrisicomedicatie. Dit multidisciplinair team omvat apothekers, hoofdarts, medische diensthoofden, artsen, directeur verpleging alsook verpleegkundigen. De lijst is opgemaakt met afspraken omtrent labeling en een realistisch beleid rond dubbelcheck die moet plaatsvinden bij narcotica en toedienen chemotherapie. Dit beleid is bevestigd in het 'Medisch Farmaceutisch Comité' (MFC) dat minstens vier keer per jaar samenkomt.</p> <p>Het MFC heeft ook de lijst opgemaakt van niet te gebruiken afkortingen zowel voor elektronische opdrachten als voor handgeschreven opdrachten. Een apotheker ziet toe op de correcte toepassing van het beleid door middel van controle van de voorschriften en terugkoppeling aan de voorschrijver. Op basis hiervan is op afdeling oncologie het overdrachtblad aangepast.</p> <p>Het beleid rond 'sound and look alike' is uitgetekend met inbreng van de werkvloer. Labeling is voorzien en duidelijk herkenbaar in de medicatiekasten op de afdelingen en apotheek.</p> <p>De antibioticabeleidsgroep is multidisciplinair samengesteld en volgt actief het correct gebruik en verbruik van antibiotica op. Een project is lopende rond afstemming van antibiotica beleid op netwerkniveau. Driemaandelijks geeft de hoofdapotheker een "Ziekenhuiskrantje Extra Apotheek" uit waarin de aanpassingen van het MFC en antibioticabeleidsgroep zijn opgenomen alsook bijsturingen in beleid, leerpunten uit incidentanalyse, alsook nieuwigheden in het elektronisch voorschrijfsysteem. Hiervoor is een compliment geformuleerd. Daarnaast krijgen de eindgebruikers artsen en afdelingen info aangeleverd via mail of intranet rond een formulariumswitch of stockbreuken.</p> <p>Transport naar de afdelingen is georganiseerd per afdeling in gesloten "verzegelde" boxen</p> <p>De apotheek is laagdrempelig bereikbaar voor vragen van medewerkers en artsen.</p> <p>In apotheek is er heden nog geen automatisatie, alle stappen in het proces verlopen manueel. Controles bij van medicatie en implantaten zijn ingebouwd en worden gecheckt. Apotheek heeft een intern meldsysteem.</p> <p>Jaarlijks voeren apothekers met hun medewerkers stockcontrole uit op alle afdelingen. Hierbij is er speciale aandacht voor hoog geconcentreerde elektrolyten, narcotica en heparines. Tweemaandelijks vindt controle plaats op vervallen medicatie.</p> <p>Op alle bezochte afdelingen zijn de medicatieruimtes afgesloten, met badges toegankelijk), opgeruimd en voldoende verlicht.</p> <p>Waar van toepassing zitten narcotica achter slot. Sound en look alike principe is gekend en medicatie is duidelijk aangeduid in de kasten.</p> <p>De thuismedicatie wordt genoteerd in KWS alsook bijkomende opdrachten. Het valideren door artsen binnen 24 uur wordt gemonitord en de hoofdarts stuurt hierop.</p> <p>De auditor heeft het begin van de medicatieronde gevolgd en toegelicht gekregen. Medicatie blijft correct verpakt tot inname. De verpleegkundige die instaat voor medicatiebedeling draagt een hesje "niet storen" en past de patiëntenidentificatie toe volgens afspraak.</p> <p>Oncologische patiënten kunnen medicatie in eigen beheer bij zich houden. Inname wordt in KWS geregistreerd.</p> <p>Analyses van medicatie incidenten worden teruggekoppeld naar de afdelingen. Bij een incident wordt betrokken arts verwittigd en wordt dit teruggekoppeld naar patiënt.</p> <p>Veiligheidssystemen zijn ingebouwd in KWS i.v.m. incompatibiliteit, allergie en andere risico's.</p>	

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

## 5.2.2 Excellente zorgverlening

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Besluitondersteuning</b>	Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De normen van het kritisch proces "excellente zorgverlening - besluitondersteuning" zijn getoetst tijdens gesprekken met de medisch directeur, de stafmedewerker van de medisch directeur en tijdens bezoeken aan de afdelingen Intensieve zorgen en Spoedgevallen.</p> <p>Tijdens een gesprek met de medisch directeur en zijn stafmedewerker en tijdens bezoeken aan de afdelingen spoedgevallen en intensieve zorgen kon de auditor vernemen dat het proces voor het verzamelen van patiëntinformatie op een gestroomlijnde manier verloopt. Er zijn afspraken over het noteren en bewaren van de informatie die nodig is voor het zorgproces. Het AZ Herentals koos het KWS van Nexuz Health als elektronisch patiëntendossier (EPD). De implementatie van dit dossier is gebeurd op de basisafdelingen en is in uitrol op intensieve zorgen. De auditor verneemt van de verpleegkundige op intensieve zorgen dat de invoering van het EPD wordt begeleid door een team van medewerkers van AZH die de noden van de werkvloer probeert om te zetten naar werkbare oplossingen in het EPD.</p> <p>De auditor heeft kwaliteitsborden gezien op de afdelingen spoedgevallen, intensieve zorgen en pneumologie. Op alle borden waren kwaliteitsindicatoren te raadplegen voor het hele team. Op de bezochte diensten zijn de actieplannen gekoppeld aan de indicatoren en ook deze zijn op het bord genoteerd.</p> <p>In gesprekken met de hoofdverpleegkundigen en de medische diensthoofden van de spoedgevallen en van intensieve zorgen verneemt de auditor dat het kwaliteitsbeleid van de afdelingen getrokken wordt door het Q-team van de afdeling. Aan het hoofd van dit Q-team staat het medisch diensthoofd ondersteund door de hoofdverpleegkundige. Alle actieplannen en beleidsplannen worden door zowel verpleegkundig als medisch management ontwikkeld en geïmplementeerd. Dit duale leiderschap zorgt voor een groot draagvlak voor het kwaliteitsbeleid op de werkvloer.</p> <p>Verschillende auditees geven aan dat de laatste maanden veel werk is verzet in het kader van het invoeren van de VIR's en het implementeren van een kwaliteitswerking op de afdeling. Ze geven ook aan dat het cruciaal zal zijn om de inspanning te blijven volhouden na de audit. In de aanloop naar de audit zijn veel opleidingen georganiseerd voor het personeel, zowel fysiek als online. Het opleidingsbeleid wordt ondersteund door het "e-power", het digitaal leerplatform. Op dit platform worden de lessen aangeboden, kunnen medewerkers opvolgen welke verplichte vormingen zij nog moeten volgen en welke zij al gevolgd hebben. Bij gesprekken met verpleegkundigen op de afdelingen spoedgevallen, intensieve zorgen en cardiologie kon de auditor waarnemen dat verpleegkundigen vertrouwd zijn met dit platform en het ook effectief gebruiken om hun eigen vorming op te volgen. E-power is een goed uitgebouwd leerplatform dat ook managementrapporten genereert zodat actief kan gestuurd worden om het vormingsbeleid te optimaliseren. De auditor kon in het gesprek met de HR-directeur vernemen dat dit effectief gebeurd.</p> <p>Het kritisch proces "persoonsgerichte zorg" is door de auditor beoordeeld tijdens gesprekken met de directie, de stafmedewerker kwaliteit en accreditatie, een medewerker van de sociale dienst, de hoofdverpleegkundige van de dienst spoedgevallen, de zorgpadcoördinator en een lid van de ondernemingsraad.</p> <p>Tijdens deze gesprekken verneemt de auditor dat het persoonsgericht handelen van de medewerkers, zoals het houden van focusgroepen met de patiënten van het oncologisch dagziekenhuis en het bevragen van patiëntenervaringen die opgenomen zijn in een zorgpad, zijn oorsprong vindt in de missie en visie van het ziekenhuis, meer bepaald in het respect voor elk individu en het benoemen van klantvriendelijkheid als sleutelbegrip. In de visie wordt de patiënt benoemd als klant met van daaruit het geven van een stem in het ziekenhuisbeleid. Op deze basis wordt verder gebouwd om een actief beleid rond patiëntenparticipatie uit te bouwen. In het onderdeel van het beleidsplan gewijd aan patiëntenparticipatie wordt ingezet op het stimuleren van initiatieven voor het betrekken van patiënten bij ontwikkelen en verbeteren van processen. De organisatie bevindt zich hier nog in een groeitraject, maar legt al een aantal accenten in beleidsplannen en past daarop ook de projectaanpak aan. De bevraging van zowel de brede bevolking, medewerkers als</p>	

Datum: 9 december 2022	Status: definitief	AZ St.-Elisabeth Herentals	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------

management in verband met de introductie van de ingangspoortjes in de centrale inkomhal is daar een mooi voorbeeld van, een compliment waard.

### 5.2.3 Infectiepreventie en -bestrijding

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Infectiepreventie en -beheersing</b>	Maatregelen door medisch personeel in gezondheidsinstellingen om het overdragen en oplopen van infectieverwekkers te verminderen.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Voor het toetsen van dit kritisch proces is gesproken met de leden van het team ziekenhuishygiëne en de diëtisten. Sommige onderdelen van het ziekenhuisbreed beleid zijn afgetoetst op de afdelingen interne 1 en 2, dagziekenhuis interne, materniteit en de Sp-afdeling.</p> <p>Het team ziekenhuishygiëne bestaat uit 1,5 FTE Verpleegkundige en een arts en beschikt over een beleidsplan waarin de doelstellingen zijn beschreven.</p> <p>Team ziekenhuishygiëne worden betrokken bij verbouwingen, keuze van materiaal (comité medisch materiaal), schoonmaak, voeding (menucommissie), linnen, vaccinatiebeleid, en persoonlijke beschermingsmiddelen. Voor deze thema's zijn procedures beschikbaar die regelmatig worden bijgewerkt vanuit inzichten uit de Hoge Gezondheidsraad, vanuit het Hospital outbreak support team (HOST-netwerk) of andere bronnen. Er gebeuren diverse controles hierrond om de kwaliteit te waarborgen. De resultaten worden teruggekoppeld naar de leidinggevenden en besproken in het comité ziekenhuishygiëne en ook met de cel kwaliteit.</p> <p>Er is ook een VTO-programma voorzien voor medewerkers, dat wordt opgevolgd door de leidinggevenden via E-power.</p> <p>Ziekenhuisinfecties en uitbraken worden opgevolgd via KWS, er wordt ook opgevolgd of de afdelingen de isolatieboxen opvragen en het beleid correct toepassen.</p>	