

AUDITRAPPORT

Algemeen Ziekenhuis St. Elisabeth Herentals vzw
Herentals, België



Datum auditbezoek: 5 t/m 8 december 2017

Versie normenset: KZi 3.0

Accreditatieprocedure: Qmentum

Vastgesteld op: 29 januari 2018



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Inhoud

1. Samenvatting	4
1.1 Auditbezoek	4
1.2 Overzicht per normenset	7
1.3 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR)	16
1.4 Overzicht per kwaliteitsdimensie	21
2. Overzicht beoordelingen op niveau goud	29
2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen	29
2.2 Normen	36
3. Overzicht beoordelingen op niveau platina	42
3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen	42
3.2 Normen	55
4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant	60
4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen	60
4.2 Normen	64
5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren	70
5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen	70
5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen	81
6. Resultaten instrumenten	106
7. Intern toetsingssysteem	108
Appendix A: De beoordelingssystematiek en noodzakelijke voorwaarden voor het toekennen en continueren van de accreditatiestatus	110
Appendix B: Auditprogramma	111
Appendix C: Slotpresentatie	113



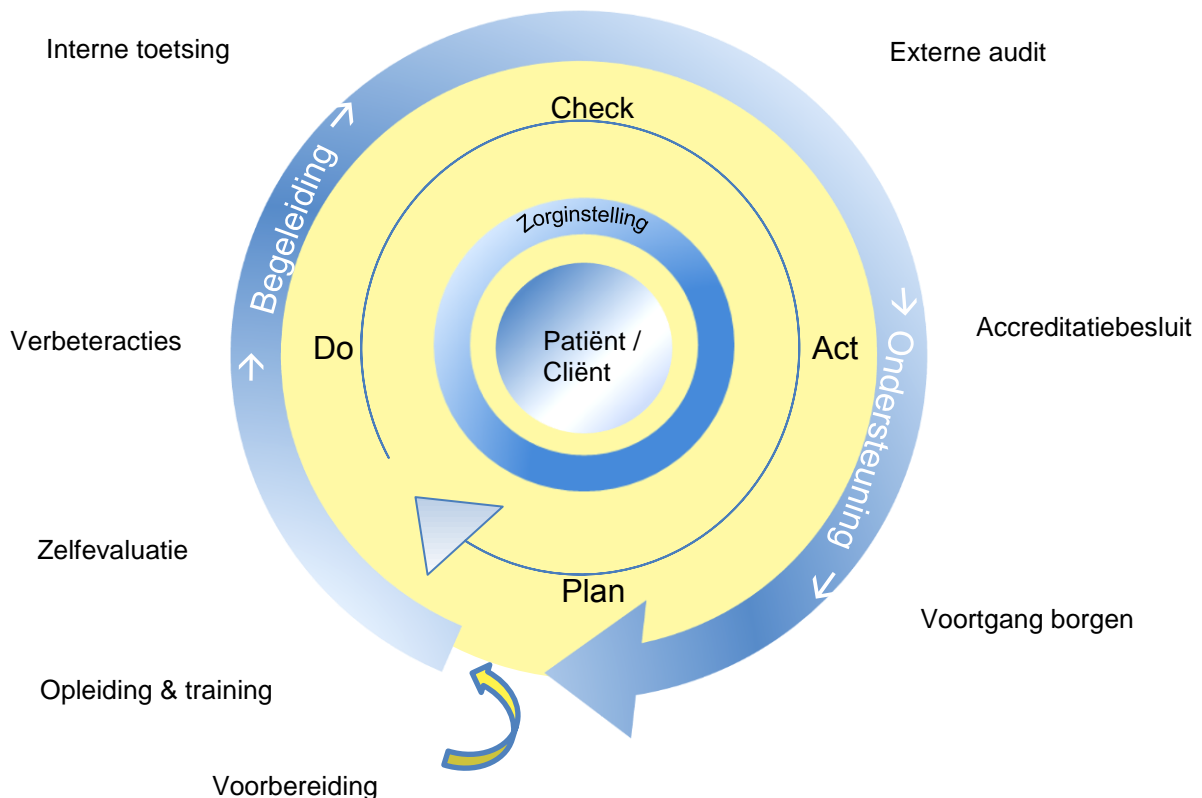
Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Inleiding

NIAZ-Qmentum is een internationaal accreditatieprogramma dat is ontwikkeld op basis van uitgebreid onderzoek en ervaringen op het terrein van accreditatie 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 accreditatieproces. 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.

NIAZ-Qmentum doorloopt een accreditatiecyclus die start met de aanmelding door de instelling bij het programma. Vervolgens wordt de instelling begeleid bij het voorbereiden en uitzetten van de zelfevaluatie vragenlijsten 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 auditrapport en accreditatiebesluit en laat de instelling zien hoe acties zijn opgepakt en wat daarvan de resultaten zijn.

Internationaal accreditatieprogramma NIAZ - Qmentum



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

1. Samenvatting

Dit rapport geeft weer wat de bevindingen zijn van de auditoren bij het toetsen van de criteria op basis van het internationale accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum.

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

Op basis van de bevindingen van het auditteam maakt de voorzitter van het auditteam – na overleg met het auditteam - een korte rapportage voor het College Kwaliteitsverklaringen van het NIAZ. Daarin onderbouwt de voorzitter op basis van de bevindingen en de scores van het auditteam in welke mate de instelling voldoet aan de drie noodzakelijke voorwaarden. Hierbij gaat het om hoofdlijnen, niet om details. Deze rapportage is niet openbaar en is ook niet in dit rapport opgenomen.

1.1 Auditbezoek

Het auditbezoek heeft plaatsgevonden van 5 tot en met 8 december 2017.

Auditprogramma

Zie appendix B.

Auditteam

- Mevrouw A. De Maere, voorzitter
- Mevrouw I. Braam
- Mevrouw I. de Graaff
- Mevrouw F. Haak-van der Lely
- De heer P. Pardon
- De heer L. Rosseel
- Mevrouw I. Wouters, aspirant auditor

Surveymanagers

- Mevrouw P. Lahana
- De heer W. Pustjens

Aanvullende informatie

Het Algemeen Ziekenhuis St. Elisabeth Herentals vzw (AZ Herentals) heeft een aanvraag bij het NIAZ gedaan voor een instellingsbrede accreditatie op basis van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 3.0. De accreditatie is uitgevoerd conform de Accreditatieprocedure 2017.

Het directiecomité en de afvaardiging medische raad geven desgevraagd tijdens het auditbezoek aan dat op de spoedafdeling een ontslagprocedure voor één van de spoedartsen (medisch diensthoofd) loopt. De desbetreffende spoedarts heeft een uitwerkperiode. De werving van een nieuw medisch diensthoofd spoedgevallen is gestart. Het voormalig medisch diensthoofd Intensieve zorgen (IZ) is benoemd als medisch coördinator spoedgevallen-MUG-intensieve zorgen. Het ziekenhuis heeft een vacature opengesteld om een nieuw medisch diensthoofd spoed-MUG aan te trekken. Enkele dagen voor het auditbezoek heeft zich een voorval voorgedaan op de afdeling spoedgevallen waarbij de ouders van een



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

kind niet tevreden waren over de diagnostiek van een spoedarts en in de media en op social media hierover melding hebben gedaan. Het directiecomité en de afvaardiging medische raad geven aan dat contact is gezocht met de ouders om het voorval te bespreken. Ten tijde van de audit is dit contact de laatste dag van de audit doorgegaan. Het directiecomité en de afvaardiging medische raad geven aan dat in beide situaties de patiëntveiligheid op de afdeling spoedgevallen niet in gevaar is geweest. De samenwerking met het ontslagen medisch diensthoofd spoedgevallen leidt tot een vertraging van het doorvoeren van verbeteracties op de afdeling spoedgevallen, aldus de auditees.

De instellingsbrede accreditatie betreft de locatie gelegen te Herentals.

De auditoren hebben de locatie Herentals tijdens het auditbezoek bezocht. De bevindingen van de auditoren per criterium gelden voor alle locaties, eventuele uitzonderingen staan bij de samenvatting van de kritische processen beschreven.

De volgende onderdelen behoren niet tot de accreditatie, zoals vastgesteld tijdens het intakegesprek:

- De low care dialyse; deze is uitbesteed aan een ander ziekenhuis.
- To Walk Again REVALution Center.
- Het bezoekersrestaurant.

Normen

Tijdens het auditbezoek zijn de volgende normensets gebruikt om de diensten en procedures van AZ Herentals te toetsen:

Instellingsbrede normen

- Leiderschap
- Governance
- Medicatiebeheer
- Infectiepreventie en –bestrijding
- Voorbereid zijn op noodsituaties en rampen

Zorgspecifieke normen

- Ambulante Zorg
- Bloedbank en -transfusiediensten
- De afdeling SEH
- Diagnostische beeldvorming
- Kritieke zorg
- Medische (niet-chirurgische) zorg
- Oncologische zorg
- Operatiekamers/het operatiekwartier
- Operatieve zorg
- Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische hulpmiddelen
- Verloskundige zorg

Instrumenten

AZ Herentals heeft onderstaand instrument gebruikt voor het toetsen van de (patiënt)veiligheidscultuur:

- Onderzoek naar veiligheidscultuur binnen zorginstellingen.



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Samenvatting bevindingen

	Resultaat	Eis
Hoeveel procent van alle vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's) is behaald?	95 %	100%
Is per normenset aan het vereiste aandeel gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) voldaan?	ja	90% per normenset
Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling?	98%	81%
Wat is de respons op de patiëntveiligheidscultuurmeting?	410	263



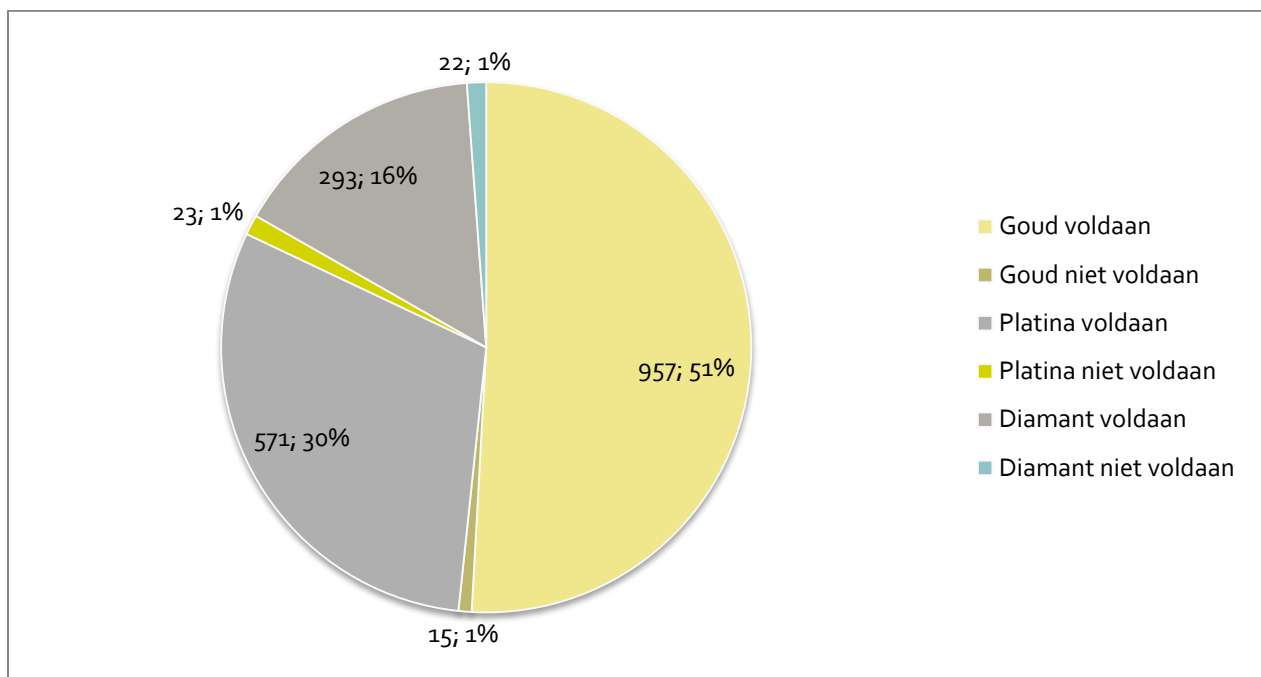
Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

1.2 Overzicht per normenset

De normen van het internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum 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.

In onderstaand diagram staat in hoeverre AZ Herentals voldoet aan de gouden, platina en diamanten criteria.



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Deze tabel laat zien welke normensets zijn gebruikt bij het toetsen van de instelling, en geeft een overzicht van het aantal (en percentage) criteria dat is aangemerkt als 'voldaan', 'niet voldaan' en 'n.v.t.' tijdens het auditbezoek.

De instellingsbrede normen gelden voor iedere organisatie en worden dan ook standaard ingezet in een accreditatieprocedure. De zorgspecifieke normen worden ingezet aan de hand van het profiel van een organisatie: welk type zorg wordt geboden en welke afdelingen zijn aanwezig.

Normen	Criteria met hoge prioriteit			Andere criteria			Alle criteria		
	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>									
Governance	43 (95,6%)	2 (4,4%)	3	34 (87,2%)	5 (12,8%)	0	77 (91,7%)	7 (8,3%)	3
Leiderschap	48 (94,1%)	3 (5,9%)	0	94 (98,9%)	1 (1,1%)	0	142 (97,3%)	4 (2,7%)	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Infectiepre-ventie en -bestrijding	55 (98,2%)	1 (1,8%)	2	37 (100%)	0 (0%)	6	92 (98,9%)	1 (1,1%)	8
Medicatie-beheer	68 (93,2%)	5 (6,8%)	1	50 (96,2%)	2 (3,8%)	2	118 (94,4%)	7 (5,6%)	3
Ambulante zorg	101 (100%)	0 (0%)	3	42 (97,7%)	1 (2,3%)	0	143 (99,3%)	1 (0,7%)	3
Bloedbank- en transfusie-diensten	30 (100%)	0 (0%)	12	10 (100%)	0 (0%)	3	40 (100%)	0 (0%)	15
De afdeling Spoedeisende Hulp	70 (95,9%)	3 (4,1%)	1	55 (94,8%)	3 (5,2%)	1	125 (95,4%)	6 (4,6%)	2
Diagnostische beeldvorming	61 (92,4%)	5 (7,6%)	8	50 (89,3%)	6 (10,7%)	3	111 (91%)	11 (9%)	11
Kritieke zorg	102 (100%)	0 (0%)	0	42 (100%)	0 (0%)	2	144 (100%)	0 (0%)	2
Medische (niet-chirurgische) zorg	88 (98,9%)	1 (1,1%)	0	44 (93,6%)	3 (6,4%)	2	132 (97,1%)	4 (2,9%)	2
Oncologische zorg	85 (100%)	0 (0%)	0	67 (100%)	0 (0%)	1	152 (100%)	0 (0%)	1
Operatie-kamers / het operatie-kwartier	72 (97,3%)	2 (2,7%)	7	25 (100%)	0 (0%)	1	97 (98%)	2 (2%)	8
Operatieve zorg	81 (100%)	0 (0%)	0	51 (100%)	0 (0%)	1	132 (100%)	0 (0%)	1

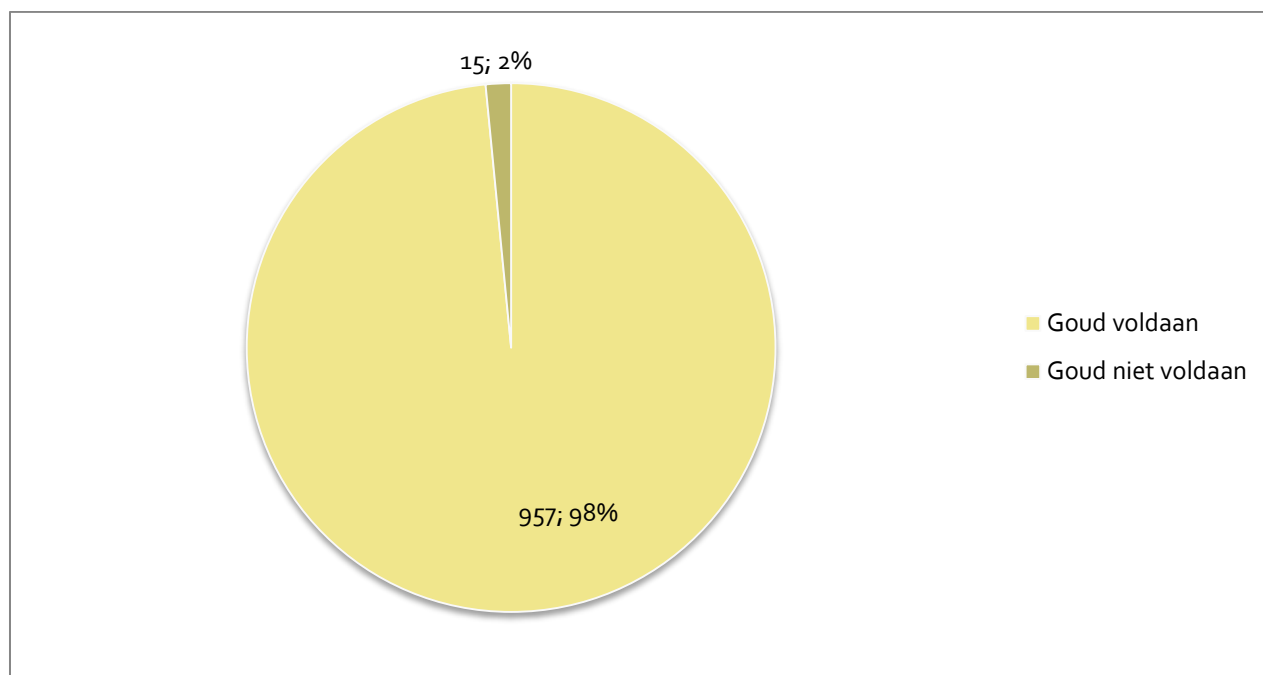
Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Normen	Criteria met hoge prioriteit			Andere criteria			Alle criteria		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	38 (97,4%)	1 (2,6%)	3	46 (90,2%)	5 (9,8%)	6	84 (93,3%)	6 (6,7%)	9
Verloskundige zorg	118 (96,7%)	4 (3,3%)	1	54 (94,7%)	3 (5,3%)	3	172 (96,1%)	7 (3,9%)	4
Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen	14 (100%)	0 (0%)	1	46 (92%)	4 (8%)	1	60 (93,8%)	4 (6,3%)	2
Totaal	1074 (97,5%)	27 (2,5%)	42	747 (95,8%)	33 (4,2%)	32	1821 (96,8%)	60 (3,2%)	74

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Gouden Criteria

In onderstaand diagram staat in hoeverre AZ Herentals voldoet aan de 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>									
Governance	21 (100%)	0 (0%)	0	11 (100%)	0 (0%)	0	32 (100%)	0 (0%)	0
Leiderschap	27 (96,4%)	1 (3,6%)	0	41 (100%)	0 (0%)	0	68 (98,6%)	1 (1,4%)	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Infectiepre-ventie en -bestrijding	34 (100%)	0 (0%)	1	12 (100%)	0 (0%)	5	46 (100%)	0 (0%)	6
Medicatie-beheer	41 (91,1%)	4 (8,9%)	0	31 (96,9%)	1 (3,1%)	1	72 (93,5%)	5 (6,5%)	1
Ambulante zorg	57 (100%)	0 (0%)	1	10 (100%)	0 (0%)	0	67 (100%)	0 (0%)	1
Bloedbank- en transfusie-diensten	21 (100%)	0 (0%)	8	8 (100%)	0 (0%)	2	29 (100%)	0 (0%)	10

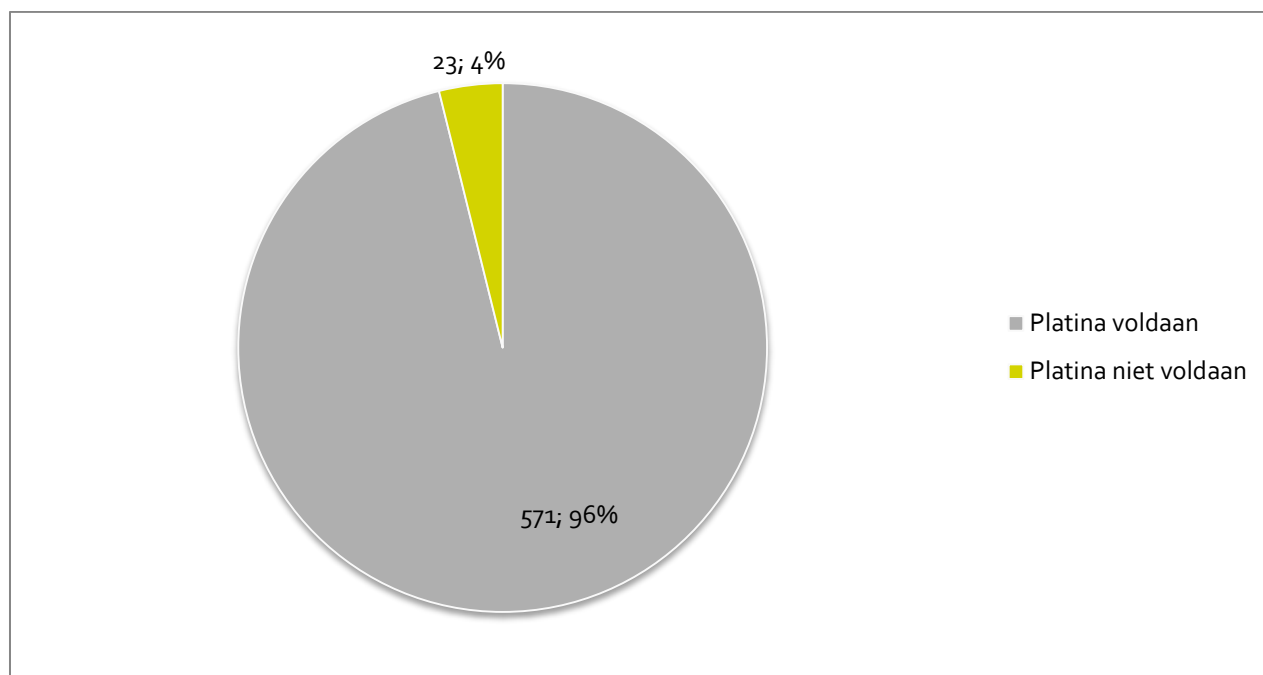
Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

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
De afdeling Spoedeisende Hulp	40 (97,6%)	1 (2,4%)	0	19 (100%)	0 (0%)	0	59 (98,3%)	1 (1,7%)	0
Diagnostische beeldvorming	46 (95,8%)	2 (4,2%)	4	23 (100%)	0 (0%)	1	69 (97,2%)	2 (2,8%)	5
Kritieke zorg	58 (100%)	0 (0%)	0	10 (100%)	0 (0%)	0	68 (100%)	0 (0%)	0
Medische (niet-chirurgische) zorg	51 (100%)	0 (0%)	0	10 (100%)	0 (0%)	0	61 (100%)	0 (0%)	0
Oncologische zorg	47 (100%)	0 (0%)	0	19 (100%)	0 (0%)	0	66 (100%)	0 (0%)	0
Operatiekamers / het operatiekwartier	48 (100%)	0 (0%)	3	9 (100%)	0 (0%)	1	57 (100%)	0 (0%)	4
Operatieve zorg	47 (100%)	0 (0%)	0	15 (100%)	0 (0%)	0	62 (100%)	0 (0%)	0
Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	27 (100%)	0 (0%)	1	36 (92,3%)	3 (7,7%)	5	63 (95,5%)	3 (4,5%)	6
Verloskundige zorg	82 (97,6%)	2 (2,4%)	1	19 (100%)	0 (0%)	1	101 (98,1%)	2 (1,9%)	2
Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen	11 (100%)	0 (0%)	1	26 (96,3%)	1 (3,7%)	0	37 (97,4%)	1 (2,6%)	1
Totaal	658 (98,5%)	10 (1,5%)	20	299 (98,4%)	5 (1,6%)	16	957 (98,5%)	15 (1,5%)	36

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina Criteria

In onderstaand diagram staat in hoeverre AZ Herentals voldoet aan de platina criteria.



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

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Platina)			Andere criteria (Platina)			Alle criteria (Platina)		
	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>									
Governance	18 (94,7%)	1 (5,3%)	2	12 (100%)	0 (0%)	0	30 (96,8%)	1 (3,2%)	2
Leiderschap	14 (87,5%)	2 (12,5%)	0	34 (97,1%)	1 (2,9%)	0	48 (94,1%)	3 (5,9%)	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Infectiepre-ventie en -bestrijding	18 (94,7%)	1 (5,3%)	1	17 (100%)	0 (0%)	0	35 (97,2%)	1 (2,8%)	1
Medicatie-beheer	18 (94,7%)	1 (5,3%)	1	16 (94,1%)	1 (5,9%)	1	34 (94,4%)	2 (5,6%)	2
Ambulante zorg	32 (100%)	0 (0%)	1	16 (100%)	0 (0%)	0	48 (100%)	0 (0%)	1
Bloedbank- en transfusie-diensten	8 (100%)	0 (0%)	4	2 (100%)	0 (0%)	0	10 (100%)	0 (0%)	4

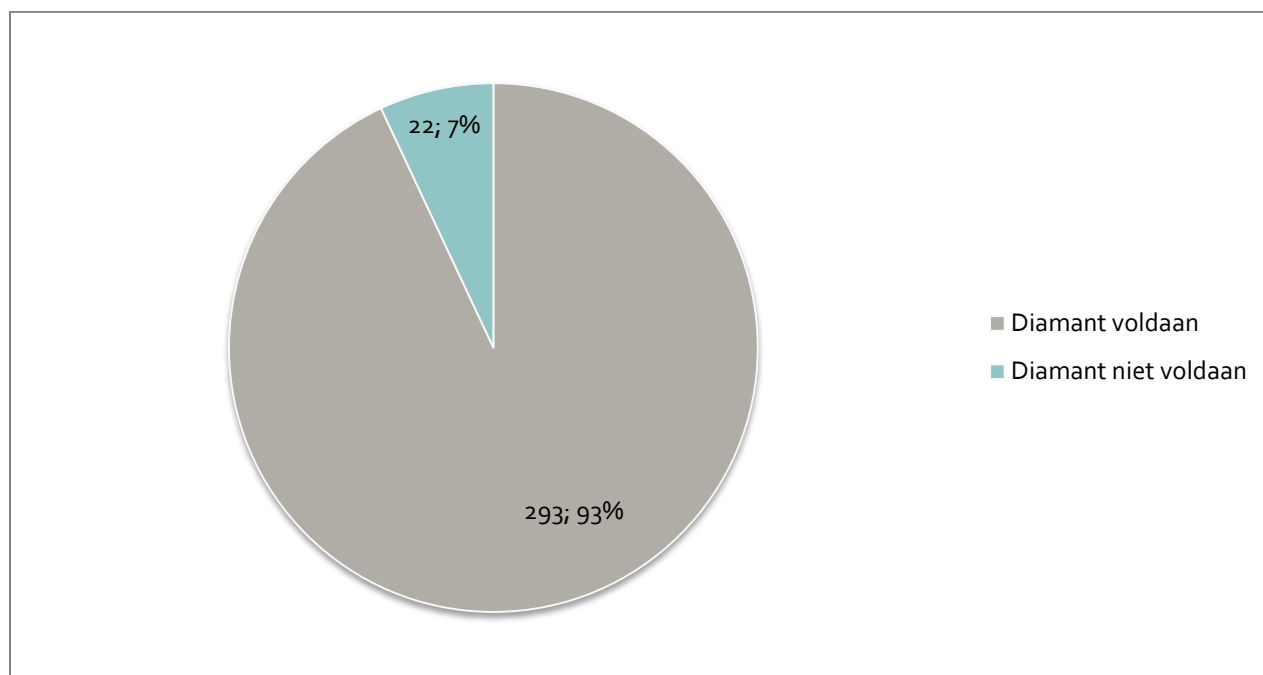
Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Platina)			Andere criteria (Platina)			Alle criteria (Platina)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
De afdeling Spoedeisende Hulp	19 (95%)	1 (5%)	1	21 (95,5%)	1 (4,5%)	0	40 (95,2%)	2 (4,8%)	1
Diagnostische beeldvorming	13 (86,7%)	2 (13,3%)	2	24 (88,9%)	3 (11,1%)	1	37 (88,1%)	5 (11,9%)	3
Kritieke zorg	34 (100%)	0 (0%)	0	15 (100%)	0 (0%)	0	49 (100%)	0 (0%)	0
Medische (niet-chirurgische) zorg	27 (100%)	0 (0%)	0	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0	45 (97,8%)	1 (2,2%)	0
Oncologische zorg	26 (100%)	0 (0%)	0	23 (100%)	0 (0%)	0	49 (100%)	0 (0%)	0
Operatiekamers / het operatiekwartier	21 (95,5%)	1 (4,5%)	4	9 (100%)	0 (0%)	0	30 (96,8%)	1 (3,2%)	4
Operatieve zorg	24 (100%)	0 (0%)	0	17 (100%)	0 (0%)	0	41 (100%)	0 (0%)	0
Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	10 (90,9%)	1 (9,1%)	0	7 (77,8%)	2 (22,2%)	1	17 (85%)	3 (15%)	1
Verloskundige zorg	26 (96,3%)	1 (3,7%)	0	18 (94,7%)	1 (5,3%)	1	44 (95,7%)	2 (4,3%)	1
Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen	2 (100%)	0 (0%)	0	12 (85,7%)	2 (14,3%)	1	14 (87,5%)	2 (12,5%)	1
Totaal	310 (96,6%)	11 (3,4%)	16	261 (95,6%)	12 (4,4%)	5	571 (96,1%)	23 (3,9%)	21

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Diamanten Criteria

In onderstaand diagram staat in hoeverre AZ Herentals voldoet aan de diamanten criteria.



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

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Diamant)			Andere criteria (Diamant)			Alle criteria (Diamant)		
	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>									
Governance	4 (80%)	1 (20%)	1	11 (68,8%)	5 (31,3%)	0	15 (71,4%)	6 (28,6%)	1
Leiderschap	7 (100%)	0 (0%)	0	19 (100%)	0 (0%)	0	26 (100%)	0 (0%)	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Infectiepre-ventie en -bestrijding	3 (100%)	0 (0%)	0	8 (100%)	0 (0%)	0	11 (100%)	0 (0%)	0
Medicatie-beheer	9 (100%)	0 (0%)	0	3 (100%)	0 (0%)	0	12 (100%)	0 (0%)	0
Ambulante zorg	12 (100%)	0 (0%)	1	16 (94,1%)	1 (5,9%)	0	28 (96,6%)	1 (3,4%)	1
Bloedbank- en transfusie-diensten	1 (100%)	0 (0%)	0	Nvt	Nvt	0	1 (100%)	0 (0%)	0

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Diamant)			Andere criteria (Diamant)			Alle criteria (Diamant)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
De afdeling Spoedeisende Hulp	11 (91,7%)	1 (8,3%)	0	15 (88,2%)	2 (11,8%)	0	26 (89,7%)	3 (10,3%)	0
Diagnostische beeldvorming	2 (66,7%)	1 (33,3%)	2	3 (50%)	3 (50%)	1	5 (55,6%)	4 (44,4%)	3
Kritieke zorg	10 (100%)	0 (0%)	0	17 (100%)	0 (0%)	0	27 (100%)	0 (0%)	0
Medische (niet-chirurgische) zorg	10 (90,9%)	1 (9,1%)	0	16 (88,9%)	2 (11,1%)	1	26 (89,7%)	3 (10,3%)	1
Oncologische zorg	12 (100%)	0 (0%)	0	25 (100%)	0 (0%)	0	37 (100%)	0 (0%)	0
Operatiekamers / het operatiekwartier	3 (75%)	1 (25%)	0	7 (100%)	0 (0%)	0	10 (90,9%)	1 (9,1%)	0
Operatieve zorg	10 (100%)	0 (0%)	0	19 (100%)	0 (0%)	0	29 (100%)	0 (0%)	0
Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	1 (100%)	0 (0%)	2	3 (100%)	0 (0%)	0	4 (100%)	0 (0%)	2
Verloskundige zorg	10 (90,9%)	1 (9,1%)	0	17 (89,5%)	2 (10,5%)	0	27 (90%)	3 (10%)	0
Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen	1 (100%)	0 (0%)	0	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0	9 (90%)	1 (10%)	0
Totaal	106 (94,6%)	6 (5,4%)	6	187 (92,1%)	16 (7,9%)	2	293 (93%)	22 (7%)	8

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

1.3 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.

Deze tabel geeft een overzicht van het aantal keren dat de VIR's zijn getoetst en hoe vaak deze VIR's zijn aangemerkt als 'voldaan' of 'niet voldaan' tijdens het auditbezoek.

Normen	Gouden VIR's		Platina VIR's		Diamanten VIR's	
	Voldaan	Niet voldaan	Voldaan	Niet voldaan	Voldaan	Niet voldaan
<i>Instellingsbrede normen</i>						
Governance	0	0	0	0	0	0
Leiderschap	3	0	0	0	1	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>						
Infectiepreventie en –bestrijding	1	0	1	0	0	0
Medicatiebeheer	1	0	0	1	0	0
Ambulante zorg	1	0	3	0	1	0
Bloedbank- en transfusiediensten	1	0	0	0	0	0
De afdeling Spoedeisende Hulp	0	1	2	0	1	0
Diagnostische beeldvorming	1	0	1	0	0	0
Kritieke zorg	1	0	4	0	1	0
Medische (niet-chirurgische) zorg	1	0	5	0	1	0
Oncologische zorg	1	0	5	0	1	0
Operatiekamers / het operatiekwartier	2	0	2	0	0	0
Operatieve zorg	1	0	5	0	1	0
Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	0	0	0	0	0	0
Verloskundige zorg	2	0	2	1	1	0
Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen	0	0	0	0	0	0
Totale aantal (%)	16 (94,1%)	1 (5,9%)	30 (93,8%)	2 (6,3%)	8 (100%)	0 (0%)

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Deze tabel geeft een overzicht van de beoordelingen van de VIR's per patiëntveiligheidsgebied.

VIR	Beoordeling	Niveau
Communicatie		
Clïëntverificatie (Ambulante zorg)	Voldaan	Goud
Clïëntverificatie (Bloedbank- en transfusiediensten)	Voldaan	Goud
Clïëntverificatie (De afdeling Spoedeisende Hulp)	Niet voldaan	Goud
Clïëntverificatie (Diagnostische beeldvorming)	Voldaan	Goud
Clïëntverificatie (Kritieke zorg)	Voldaan	Goud
Clïëntverificatie (Medische (niet-chirurgische) zorg)	Voldaan	Goud
Clïëntverificatie (Oncologische zorg)	Voldaan	Goud
Clïëntverificatie (Operatiekamers / het operatiekwartier)	Voldaan	Goud
Clïëntverificatie (Operatieve zorg)	Voldaan	Goud
Clïëntverificatie (Verloskundige zorg)	Voldaan	Goud
Veilige chirurgische praktijken (Verloskundige zorg)	Voldaan	Goud
Veilige chirurgische praktijken (Operatiekamers / het operatiekwartier)	Voldaan	Goud
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Ambulante zorg)	Voldaan	Platina
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (De afdeling Spoedeisende Hulp)	Voldaan	Platina
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Kritieke zorg)	Voldaan	Platina
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Medische (niet-chirurgische) zorg)	Voldaan	Platina

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

VIR	Beoordeling	Niveau
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Oncologische zorg)	Voldaan	Platina
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Operatieve zorg)	Voldaan	Platina
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Verloskundige zorg)	Voldaan	Platina
Medicatieafstemming (Ambulante zorg)	Voldaan	Diamant
Medicatieafstemming (De afdeling Spoedeisende Hulp)	Voldaan	Diamant
Medicatieafstemming (Kritieke zorg)	Voldaan	Diamant
Medicatieafstemming (Medische (niet-chirurgische) zorg)	Voldaan	Diamant
Medicatieafstemming (Oncologische zorg)	Voldaan	Diamant
Medicatieafstemming (Operatieve zorg)	Voldaan	Diamant
Medicatieafstemming (Verloskundige zorg)	Voldaan	Diamant
Medicatieverificatie als prioriteit (Leiderschap)	Voldaan	Diamant
Medicijngebruik		
Controle van geconcentreerde elektrolyten (Medicatiebeheer)	Voldaan	Goud
High-alertmedicatie (Medicatiebeheer)	Niet voldaan	Platina
Training in gebruik van infuuspompen (Medische (niet-chirurgische) zorg)	Voldaan	Platina
Training in gebruik van infuuspompen (Oncologische zorg)	Voldaan	Platina
Training in gebruik van infuuspompen (Operatiekamers / het operatiekwartier)	Voldaan	Platina
Training in gebruik van infuuspompen (Operatieve zorg)	Voldaan	Platina

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

VIR	Beoordeling	Niveau
Training in gebruik van infuuspompen (Verloskundige zorg)	Niet voldaan	Platina
Training in gebruik van infuuspompen (Ambulante zorg)	Voldaan	Platina
Training in gebruik van infuuspompen (De afdeling Spoedeisende Hulp)	Voldaan	Platina
Training in gebruik van infuuspompen (Kritieke zorg)	Voldaan	Platina
Arbeidsomstandigheden		
Programma voor preventief onderhoud (Leiderschap)	Voldaan	Goud
Training over patiëntveiligheid (Leiderschap)	Voldaan	Goud
Infectiepreventie en -beheersing		
Handhygiëne (Infectiepreventie en –bestrijding)	Voldaan	Goud
Tijdige toediening van profylactische antibiotica (Operatiekamers / het operatiekwartier)	Voldaan	Platina
Veilige injectiepraktijken (Infectiepreventie en –bestrijding)	Voldaan	Platina
Veiligheidscultuur		
Incidentmelden (Leiderschap)	Voldaan	Goud
Risicomanagement		
Tromboseprofylaxe (Kritieke zorg)	Voldaan	Platina
Tromboseprofylaxe (Operatieve zorg)	Voldaan	Platina
Tromboseprofylaxe (Medische (niet-chirurgische) zorg)	Voldaan	Platina
Tromboseprofylaxe (Oncologische zorg)	Voldaan	Platina

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------



VIR	Beoordeling	Niveau
Valpreventiebeleid (Oncologische zorg)	Voldaan	Platina
Valpreventiebeleid (Medische (niet-chirurgische) zorg)	Voldaan	Platina
Valpreventiebeleid (Operatieve zorg)	Voldaan	Platina
Valpreventiebeleid (Verloskundige zorg)	Voldaan	Platina
Valpreventiebeleid (Ambulante zorg)	Voldaan	Platina
Valpreventiebeleid (Diagnostische beeldvorming)	Voldaan	Platina
Voorkomen decubitus (Kritieke zorg)	Voldaan	Platina
Voorkomen decubitus (Operatieve zorg)	Voldaan	Platina
Voorkomen decubitus (Medische (niet-chirurgische) zorg)	Voldaan	Platina
Voorkomen decubitus (Oncologische zorg)	Voldaan	Platina





Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

1.4 Overzicht per kwaliteitsdimensie



Het internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum gebruikt acht kwaliteitsdimensies om de kwaliteit van zorg weer te geven. Elk criterium in een norm is gerelateerd aan een specifieke kwaliteitsdimensie. Deze tabel geeft een overzicht van het aantal (en percentage) criteria per kwaliteitsdimensie dat is aangemerkt als 'voldaan', 'niet voldaan' en 'n.v.t.' tijdens het auditbezoek.

Normen	Doelgroepgerichtheid 			Toegankelijkheid 		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>						
Governance	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Leiderschap	11 (84,6%)	2 (15,4%)	0	0 Nvt	0 Nvt	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>						
Infectiepreventie en –bestrijding	5 (100%)	0 (0%)	0	5 (100%)	0 (0%)	0
Medicatiebeheer	0 Nvt	0 Nvt	0	4 (100%)	0 (0%)	0
Ambulante zorg	4 (100%)	0 (0%)	0	6 (100%)	0 (0%)	1
Bloedbank- en transfusiediensten	0 Nvt	0 Nvt	0	2 (100%)	0 (0%)	0
De afdeling Spoedeisende Hulp	5 (100%)	0 (0%)	0	13 (100%)	0 (0%)	0
Diagnostische beeldvorming	0 Nvt	0 Nvt	0	2 (100%)	0 (0%)	0
Kritieke zorg	5 (100%)	0 (0%)	0	3 (100%)	0 (0%)	0
Medische (niet-chirurgische) zorg	3 (75%)	1 (25%)	0	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0
Oncologische zorg	9 (100%)	0 (0%)	0	9 (100%)	0 (0%)	0
Operatiekamers / het operatie-kwartier	0 Nvt	0 Nvt	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Operatieve zorg	4 (100%)	0 (0%)	0	8 (100%)	0 (0%)	0
Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	0 Nvt	0 Nvt	0	5 (100%)	0 (0%)	0



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Normen	Doelgroepgerichtheid 			Toegankelijkheid 		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Verloskundige zorg	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0	6 (85,7%)	1 (14,3%)	0
Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen	6 (100%)	0 (0%)	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Totaal	62 (92,5%)	5 (7,5%)	0	68 (97,1%)	2 (2,9%)	1



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Normen	Cliëntgerichte Zorgverlening			Continuïteit van de zorgverlening		
						
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	
<i>Instellingsbrede normen</i>						
Governance	0 Nvt	0 Nvt	0	1 (100%)	0 (0%)	0
Leiderschap	2 (100%)	0 (0%)	0	1 (100%)	0 (0%)	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>						
Infectiepreventie en –bestrijding	0 Nvt	0 Nvt	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Medicatiebeheer	8 (100%)	0 (0%)	1	0 Nvt	0 Nvt	0
Ambulante zorg	20 (100%)	0 (0%)	0	9 (100%)	0 (0%)	0
Bloedbank- en transfusiediensten	1 (100%)	0 (0%)	1	0 Nvt	0 Nvt	2
De afdeling Spoedeisende Hulp	6 (100%)	0 (0%)	0	6 (100%)	0 (0%)	0
Diagnostische beeldvorming	10 (100%)	0 (0%)	0	1 (100%)	0 (0%)	0
Kritieke zorg	22 (100%)	0 (0%)	0	6 (100%)	0 (0%)	0
Medische (niet-chirurgische) zorg	18 (100%)	0 (0%)	0	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0
Oncologische zorg	22 (100%)	0 (0%)	0	10 (100%)	0 (0%)	0
Operatiekamers / het operatiekwartier	0 Nvt	0 Nvt	0	1 (100%)	0 (0%)	0
Operatieve zorg	14 (100%)	0 (0%)	0	8 (100%)	0 (0%)	0
Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	0 Nvt	0 Nvt	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Verloskundige zorg	15 (100%)	0 (0%)	0	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Normen	Cliëntgerichte Zorgverlening 			Continuïteit van de zorgverlening 		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen	3 (100%)	0 (0%)	0	8 (100%)	0 (0%)	0
Totaal	141 (100%)	0 (0%)	2	64 (97%)	2 (3%)	2



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Normen	Arbeidsomstandigheden 			Veiligheid 		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>						
Governance	9 (81,8%)	2 (18,2%)	1	4 (100%)	0 (0%)	0
Leiderschap	33 (100%)	0 (0%)	0	29 (93,5%)	2 (6,5%)	1
<i>Zorgspecifieke normen</i>						
Infectiepreventie en –bestrijding	3 (100%)	0 (0%)	0	45 (97,8%)	1 (2,2%)	2
Medicatiebeheer	4 (100%)	0 (0%)	0	61 (91%)	6 (9%)	2
Ambulante zorg	16 (100%)	0 (0%)	0	29 (100%)	0 (0%)	1
Bloedbank- en transfusiediensten	0 Nvt	0 Nvt	1	23 (100%)	0 (0%)	8
De afdeling Spoedeisende Hulp	19 (100%)	0 (0%)	0	23 (92%)	2 (8%)	1
Diagnostische beeldvorming	6 (100%)	0 (0%)	0	42 (97,7%)	1 (2,3%)	6
Kritieke zorg	19 (100%)	0 (0%)	0	25 (100%)	0 (0%)	2
Medische (niet-chirurgische) zorg	14 (100%)	0 (0%)	1	24 (100%)	0 (0%)	1
Oncologische zorg	16 (100%)	0 (0%)	0	23 (100%)	0 (0%)	1
Operatiekamers / het operatiekwartier	5 (100%)	0 (0%)	0	62 (98,4%)	1 (1,6%)	4
Operatieve zorg	16 (100%)	0 (0%)	0	24 (100%)	0 (0%)	1
Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	4 (100%)	0 (0%)	0	36 (100%)	0 (0%)	3
Verloskundige zorg	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0	47 (94%)	3 (6%)	4



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Normen	Arbeidsomstandigheden 			Veiligheid 		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0	30 (96,8%)	1 (3,2%)	1
Totaal	186 (97,4%)	5 (2,6%)	3	527 (96,9%)	17 (3,1%)	38

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Normen	Efficiëntie 			Effectiviteit 		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>						
Governance	16 (100%)	0 (0%)	0	42 (91,3%)	4 (8,7%)	2
Leiderschap	9 (100%)	0 (0%)	0	61 (100%)	0 (0%)	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>						
Infectiepreventie en –bestrijding	2 (100%)	0 (0%)	0	34 (100%)	0 (0%)	6
Medicatiebeheer	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0	40 (97,6%)	1 (2,4%)	1
Ambulante zorg	5 (100%)	0 (0%)	0	59 (98,3%)	1 (1,7%)	1
Bloedbank- en transfusiediensten	0 Nvt	0 Nvt	0	15 (100%)	0 (0%)	3
De afdeling Spoedeisende Hulp	4 (100%)	0 (0%)	0	52 (91,2%)	5 (8,8%)	1
Diagnostische beeldvorming	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0	47 (83,9%)	9 (16,1%)	5
Kritieke zorg	3 (100%)	0 (0%)	0	67 (100%)	0 (0%)	0
Medische (niet-chirurgische) zorg	3 (100%)	0 (0%)	0	64 (98,5%)	1 (1,5%)	0
Oncologische zorg	5 (100%)	0 (0%)	0	65 (100%)	0 (0%)	0
Operatiekamers / het operatiekwartier	5 (100%)	0 (0%)	0	28 (96,6%)	1 (3,4%)	4
Operatieve zorg	3 (100%)	0 (0%)	0	62 (100%)	0 (0%)	0
Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0	37 (88,1%)	5 (11,9%)	6
Verloskundige zorg	3 (100%)	0 (0%)	0	78 (98,7%)	1 (1,3%)	0

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Normen	Efficiëntie 			Effectiviteit 		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen	4 (100%)	0 (0%)	1	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0
Totaal	71 (95,9%)	3 (4,1%)	1	756 (96,3%)	29 (3,7%)	29

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

2. Overzicht beoordelingen op niveau goud

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de beoordelingen door het auditteam van de criteria op niveau goud.

2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

In deze tabel ziet u de beoordeling van de gouden VIR's, het patiëntveiligheidsgebied daaraan gerelateerd, en de norm waar zij betrekking op hebben.

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
Communicatie			
Cliëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures.	Operatiekamers / het operatiekwartier 5-4	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken met de medisch diensthoofden algemene en abdominale heelkunde en cardiologie gehoord dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De instelling beschikt over een methode van polsidentificatiebandjes voor de patiëntidentificatie. De medisch specialisten geven aan dat de patiënt actief wordt bevraagd naar zijn naam en geboortedatum bij de zaalronde van patiënten van collegae en bij nieuw opgenomen of onbekende patiënten. Bij de zaalronde van eigen patiënten, die voor langere tijd zijn gehospitaliseerd geven auditees aan niet standaard naam en geboortedatum te bevragen gezien de patiënt bekend is bij de arts.
Cliëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures.	Kritieke zorg 7.4	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De auditor heeft bij twee patiënten op de afdeling intensieve zorgen (IZ) waargenomen dat, bij overdracht van dienst, de verpleegkundige aan het bed vraagt naar naam, voornaam en geboortedatum van de patiënt.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			De gegevens worden vervolgens gecheckt aan de hand van het polsbandje dat de patiënt draagt.
Clïëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures.	Operatieve zorg 7.15	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan de afdelingen dagziekenhuis heelkunde, afdeling orthopedie en pre-operatieve screening (POS) en in gesprek met de verpleegkundigen op deze afdelingen is dit bevestigd gezien.
Clïëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures.	Verloskundige zorg 9.8	Voldaan	De auditor heeft op basis van het gesprek met de hoofdvroedvrouw en het werkplekbezoek bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De patiënten, meestal (toekomstige) moeders, krijgen een polsidentificatiebandje op de afdeling onthaal en buiten kantoor tijden op de afdeling spoedgevallen. De pasgeborenen krijgen een handgeschreven polsidentificatiebandje en een identificatienummer wordt aangemaakt via het softwareprogramma Oasis, gelinkt aan de identificatie van de moeder.
Clïëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures.	Medische (niet-chirurgische) zorg 9.8	Voldaan	Tijdens het bezoek aan de afdelingen inwendige ziekten (cardiologie/neurologie) en geriatrie en in gesprek met de verpleegkundigen op deze afdelingen is bevestigd dat verpleegkundigen twee methodes gebruiken bij de identificatie van de patiënt, namelijk naam en geboortedatum. De procedure voor patiëntidentificatie is ingezien door de auditor.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
<p>Clïëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol bij alle diensten en procedures.</p> <p><i>Het team gebruikt minimaal twee methodes (bijv. naam en geboortedatum) om een cliënt te identificeren voordat een dienst wordt verleend of procedure wordt toegepast. Het kamernummer van de cliënt kan niet worden gebruikt om de cliënt te identificeren.</i></p>	De afdeling Spoedeisende Hulp 10.6.2	Niet voldaan	De auditor heeft op basis van het gesprek met diverse auditees en het werkplekbezoek aan de afdeling spoedgevallen bevestigd gezien dat niet voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De auditor heeft bij twee verschillende verpleegkundigen gehoord dat bij twee verschillende patiënten de naam van de patiënt door de verpleegkundigen uitgesproken is om bevestiging van de juistheid hiervan van de patiënt te ontvangen. De auditor heeft dit vastgesteld bij het verpakken van monsters voor het klinisch laboratorium en het invullen van een document aangaande te verwittigen personen zoals de patiënt of familieleden. De auditor heeft bij andere verpleegkundigen, en bij andere patiënten, bij het omdoen van het polsidentificatiebandje, en bij het aanhangen van een infuus gezien en gehoord dat de patiëntidentificatie correct is uitgevoerd.
<p>Clïëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures.</p>	Ambulante zorg 10.7	Voldaan	Tijdens het bezoek aan de afdelingen endoscopisch centrum en raadpleging cardiologie en in gesprek met verpleegkundigen is bevestigd dat verpleegkundigen voor endoscopie onderzoek twee methodes gebruiken om een patiënt te identificeren voordat de zorg verleend wordt, er wordt actief gevraagd naar de naam en geboortedatum van de patiënt. De procedure voor patiëntidentificatie is ingezien door auditor.
<p>Clïëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures.</p>	Oncologische zorg 10.8	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			De auditor heeft geconstateerd dat bij patiënten van het dagziekenhuis oncologie bij opname de patiëntidentificatie plaatsvindt op de volgende wijze: de patiënt wordt actief naar naam en geboortedatum gevraagd, vervolgens wordt de identiteit gecheckt via het identificatiepolsbandje.
Clïëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol bij alle onderzoeken en procedures.	Diagnostische beeldvorming 11.4	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De auditor heeft tijdens het werkplekbezoek aan de afdeling medische beeldvorming meermaals (vijf maal) een check gedaan zowel bij de balie, als bij patiënten die werden opgeroepen voor het onderzoek.
Clïëntverificatie Het team hanteert een cliënt identificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle laboratoriumdiensten.	Bloedbank- en transfusiediensten 20.3	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan het klinisch laboratorium en in gesprek met de klinisch bioloog en hemovigilantiemedewerker is dit bevestigd gezien.
Veilige chirurgische praktijken De instelling hanteert een protocol ter vermijding van chirurgische ingrepen op de verkeerde plaats, volgens de verkeerde procedure en bij de verkeerde persoon.	Operatiekamers / het operatiekwartier 5.1	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken aan de afdelingen dagziekenhuis heelkunde, orthopedie, preoperatieve raadpleging en het operatiekwartier (OK) bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn.
Veilige chirurgische praktijken De instelling hanteert een protocol ter vermijding van chirurgische ingrepen op de verkeerde plaats, volgens de verkeerde procedure en bij de verkeerde persoon.	Verloskundige zorg 9.11	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken met de hoofdvrouw, de gynaecoloog en het werkplekbezoek gehoord en gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			In het dossier van een patiënte die een sectio onderging heeft de auditor het ingevulde document 'Checklist veilige heelkunde' aangetroffen.
Medicijngebruik			
Controle van geconcentreerde elektrolyten De instelling evalueert en beperkt de beschikbaarheid van geconcentreerde elektrolyten om te waarborgen dat hoeveelheden die kunnen leiden tot schade niet worden opgeslagen in zorgruimtes.	Medicatiebeheer 7.2	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken met de hoofdapotheker en de apotheker bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn.
Arbeidsomstandigheden			
Training over patiëntveiligheid De instelling verzorgt ten minste eenmaal per jaar trainingen en opleidingen cliëntveiligheid voor organisatiemanagers, zorgverleners en andere medewerkers en vrijwilligers. Het gaat hierbij onder meer om opleidingen gericht op specifieke aandachtsgebieden van cliëntveiligheid.	Leiderschap 11.8	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan de afdeling human resources (HR) en het gesprek met de medisch directeur en een stafmedewerker HR is bevestigd dat elk jaar gedurende twee weken trainingen in het kader van patiëntveiligheid worden georganiseerd waarbij aandacht is voor scholing en training in omgaan met agressie, kwaliteit, patiëntveiligheid, handhygiëne, hoffelijkheid, brandpreventie en het noodplan. Andere voorbeelden van scholingen zijn de basic life support (BLS), de advanced life support (ALS), radioprotectie, omgaan met infuuspompen en blusoefeningen.
Programma voor preventief onderhoud De instellingsleiding zorgt voor een effectief preventief onderhoud van medische instrumenten, materialen, medische apparatuur en medische technologie.	Leiderschap 10.5	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het gesprek met de biotechnicus, die verantwoordelijk is voor de medische apparatuur, is vastgesteld dat alle medische

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			apparatuur is opgenomen in het softwaresysteem Ultimo, de data van preventief onderhoud bekend zijn en de richtlijnen van de fabrikant aanwezig zijn. De demonstratietoestellen zijn tevens opgenomen in Ultimo. Het diensthoofd technische dienst heeft een dubbelcheck gedaan met betrekking tot preventief onderhoud. Het beleid inzake preventief onderhoud is transparant.
Infectiepreventie en -beheersing			
Handhygiëne De instelling voorziet de medewerkers van middelen om te voldoen aan de aanbevolen richtlijnen op het gebied van handhygiëne.	Infectiepreventie en –bestrijding 6.3	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplek-bezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan de afdeling heelkunde en in gesprek met de vervangend ziekenhuishygiënist is bevestigd gezien dat voorlichting over handhygiëne is gegeven aan alle medewerkers. Een poetsvrouw, de hoofdverpleegkundige van de afdeling heelkunde en verpleegkundigen van de afdeling heelkunde bevestigen dat zij de voorlichting handhygiëne gekregen hebben. Voorlichtingsmateriaal, handalcohol, kranen met een veilige continue watertoevoer en de noodzakelijke middelen zijn aanwezig op de door de auditor bezochte werkplekken.
Veiligheidscultuur			
Incidentmelden De instelling voert een meldsysteem en passende follow-up in voor bijwerkingen, incidenten en bijna-ongevallen. Het rapportagesysteem voldoet aan de vigerende wet- en regelgeving, en valt binnen de door de wetgeving geboden bescherming.	Leiderschap 16.4	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken met de medische diensthoofden heelkunde en cardiologie bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De auditor heeft tijdens de gesprekken gehoord dat actief is ingezet op het melden van incidenten en bijna-incidenten en actief aan de

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			slag is gegaan met het formuleren van verbeterpunten. Als voorbeeld geven auditees aan dat uit de vele meldingen van valincidenten een nieuw fixatiebeleid is ontwikkeld en het sensibilisatiebeleid rond valpreventie verder is doorontwikkeld (patiënten met een verhoogd valrisico krijgen een sleutelhanger met het 'valmanneltje' aan het bed of stoel).



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

2.2 Normen

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
Governance		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Leiderschap		
9.1 De instellingsleiding zorgt ervoor dat de vigerende wet- en regelgeving en codes van toepassing zijn op de gebouwen en terreinen.	!	De auditor heeft vastgesteld dat het attest voor brandveiligheid sinds mei 2017 is verstrekt. Ten tijde van de audit heeft het ziekenhuis geen nieuw geldig attest. De aanvraag tot brandweerbezoek is in mei 2017 gericht aan de burgemeester, dit is gezegd door de facilitair directeur. Omdat een reactie van de burgemeester uitbleef, heeft het ziekenhuis rechtstreeks contact gelegd met de brandweer. De brandweer heeft een brandveiligheidsonderzoek uitgevoerd op 13 november 2017 en 4 december 2017. De directie heeft de auditoren een verslag overhandigd waarbij de brandweer voorstelt een attest af te leveren voor 24 maanden, gelet op de transitieperiode waarin het ziekenhuis zich bevindt met de laatste fase van de bouwwerken.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Zorgspecifieke normen

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Infectiepreventie en –bestrijding		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Medicatiebeheer		
1.9 De instelling maakt zorgverleners en andere medewerkers wegwijs in het proces van medicatiegebruik voordat ze zelfstandig mogen werken.	!	De hoofdapotheker geeft aan dat medicatiegebruik geen apart onderwerp is in het onthaalmoment voor nieuwe medewerkers door de apotheek. Nieuwe zorgverleners krijgen een inscholingstraject, waarbij men gedurende de periode van één jaar begeleid wordt door een peter/meter, de leidinggevende en de begeleidingsverantwoordelijke. Gedurende deze periode wordt een opleidingstraject doorlopen, waarbij medicatiebeheer als verplichte vorming is opgenomen. Er wordt tweemaal per jaar een onthaalmoment georganiseerd voor nieuwe medewerkers als introductiemoment, opleidingsmomenten zijn er daarentegen frequenter in het kader van het inscholingstraject.
15.2 De instelling hanteert doorlooptijden voor het leveren van medicatie voor noodhulp, medicatie voor dringende hulp en routinemedicatie.		Verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen van de afdelingen pediatrie, IZ en de Sp-dienst geven aan geen kennis te hebben over de doorlooptijden voor het leveren van medicatie voor noodhulp. Er is geen 'spoorwegboekje' met vaste tijdstippen voor leveringen. De auditor heeft dit getoetst bij de apotheek. De auditee van de apotheek geeft aan dat er een beleid is met betrekking tot de doorlooptijden voor het leveren van medicatie voor noodhulp en dringende hulp, maar dat dit beleid niet wordt toegepast. Verpleegkundigen komen zelf medicatie halen voor noodhulp en dringende omstandigheden. Deze werkwijze komt niet overeen met het beleid met betrekking tot het leveren van medicatie voor noodhulp en dringende hulp.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
18.1 De instelling stelt minimumkwalificaties vast voor zorgverleners en andere medewerkers die medicatie toedienen.	!	De wet schrijft voor dat de toediening van chemotherapie uitsluitend mag gebeuren onder toezicht van verpleegkundigen die erkend zijn voor of in opleiding zijn voor de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige in de oncologie of die ten minste vijf jaar ervaring hebben in de verzorging van patiënten met oncologische aandoeningen (KB21 maart 2003). Tijdens het bezoek aan het dagziekenhuis oncologie is tijdens het gesprek met de verpleegkundige vastgesteld dat zij niet voldoet aan de wettelijke normen voor het toedienen van chemotherapie. De hoofdverpleegkundige bevestigt aan de auditor dat niet alle verpleegkundigen op de afdelingen een bijzondere beroepsbekwaamheid of minimaal vijf jaar ervaring hebben.
18.2 Vóór toediening, controleren de zorgverleners en andere medewerkers of de juiste medicatie wordt toegediend.	!	Tijdens het bezoek aan de Sp-dienst en de afdeling pediatrie is door de verpleegkundige en hoofdverpleegkundige de werkwijze rondom medicatietoediening uitgelegd: de medicatie wordt voor 24 uur klaargezet (soms gedurende de dag en soms gedurende de nacht); deze werkwijze is niet geoorloofd door het Vlaams toezicht. De medicatie wordt in aparte bakken geplaatst in een medicatiekar en de verpleegkundige gaat langs de patiënten met de medicatiekar en zonder de computer on wheels (COW) en/of het medicatiedossier. De verpleegkundige kan hierdoor de juiste medicatie niet voor toediening nakijken; de verpleegkundige tekent na de medicatieronde de toegediende medicatie af. Deze werkwijze is getoetst bij de apotheek tijdens het gesprek met een apotheekassistent en de apotheker, die bevestigen dat deze werkwijze op sommige afdelingen bestaat. Er is nog geen uniforme wijze van werken, hiervoor is een werkgroep opgericht.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
18.3 De zorgverleners en andere medewerkers raadplegen het medicatiedossier van de cliënt telkens wanneer medicatie wordt toegediend.	!	Tijdens het bezoek aan de Sp-dienst en de afdeling pediatrie is door de verpleegkundige en hoofdverpleegkundige de werkwijze van medicatietoediening uitgelegd. De verpleegkundige gaat langs de patiënten met de medicatiekar en zonder de computer op wheels (COW) en/of het medicatiedossier. De verpleegkundige kan hierdoor de juiste medicatie niet voor toediening nakijken. Deze werkwijze is getoetst bij de apotheek, in gesprek met een apotheek assistent en de apotheker, deze bevestigen dat deze werkwijze op sommige afdelingen bestaat. Er is nog geen uniforme wijze van werken, hiervoor is een werkgroep opgericht.
Ambulante zorg		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Bloedbank- en transfusiediensten		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
De afdeling Spoedeisende Hulp		
2.5 Het team beschikt over adequate persoonlijke beschermingsmiddelen die deugdelijk zijn onderhouden.	!	Het inbrengen van infusen en bloedafname gebeurt zonder handschoenen.
Diagnostische beeldvorming		
11.8 Wanneer sedativa of anesthetica worden toegediend, wordt de cliënt tijdens en na het onderzoek bewaakt door gekwalificeerde teamleden.	!	Tijdens het bezoek aan de afdeling medische beeldvorming wordt een patiënt waarbij een endoscopisch retrograde cholangio- en pancreaticografie (ERCP) onder narcose is uitgevoerd in de wachtkamer van de medische beeldvorming geplaatst. De onrustekken zijn omhoog en er is cameratoezicht. De auditor heeft gezien dat er geen medewerker achter de bewakingsmonitor van het cameratoezicht zat.
17.1 Het team evalueert jaarlijks de kwaliteit van zijn radiologische diagnostiek.	!	In het gesprek met het medisch diensthoofd medische readiologie is aangegeven dat er geen jaarlijkse evaluatie is over de kwaliteit van de radiologische diagnostiek.
Kritieke zorg		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Medische (niet-chirurgische) zorg		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Oncologische zorg		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Operatiekamers / het operatiekwartier		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Operatieve zorg		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen		
1.1 De instelling verzamelt ten minste eenmaal per jaar informatie over de omvang en kenmerken van het gebruik van medische instrumenten en materialen.		Tijdens de gesprekken met de hoofdverpleegkundige Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA) en de adjunct hoofdapotheker kan niet worden aangetoond dat er jaarlijks informatie wordt verzameld over de omvang en kenmerken van het gebruik van medische instrumenten en materialen. De auditees hebben geregeld overleg, hetgeen schriftelijk wordt vastgelegd, maar deze overleggen gaan vooral over operationele problemen. Voorbeelden van de verslagen van deze overleggen zijn ingezien.
1.2 De instelling benut haar jaarplan op operationeel niveau en de informatie die zij verzamelt over de omvang van de dienstverlening en het gebruik van apparatuur, om te beslissen welke diensten voor reiniging en sterilisatie binnen de instelling worden aangeboden.		Tijdens het gesprek met de adjunct hoofdapotheker en bij inzage in het jaarplan is gebleken dat er geen informatie beschikbaar is over de omvang van de dienstverlening en het gebruik van apparatuur, om te beslissen welke diensten voor reiniging en sterilisatie binnen de instelling worden aangeboden. Het Steriline pakket op de CSA is recent geïntroduceerd en nog niet volledig geïmplementeerd.
1.6 De instelling beschikt over voldoende medewerkers en over een groep met de juiste samenstelling om de activiteiten op het vlak van reiniging en sterilisatie uit te kunnen voeren.		Volgens het wettelijk kader (KB 17-12-1978) moet er altijd een verpleegkundige aanwezig zijn tijdens het sterilisatieproces. De hoofdverpleegkundige CSA geeft aan dat dit niet altijd gegarandeerd is. De hoofdverpleegkundige CSA geeft aan dat er een nieuw voorstel besproken wordt in de hoge gezondheidsraad over de samenstelling van de medewerkers om de activiteiten op het vlak van reiniging en sterilisatie uit te kunnen voeren.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Verloskundige zorg		
8.12 Het team heeft een protocol voor tijdige verslaggeving van en reactie op abnormale uitslagen en –onderzoeksresultaten.	!	De hoofdvroedvrouw geeft aan dat medewerkers op afdelingsniveau weten wanneer afwijkende resultaten aan de behandelende en/of dienstdoende arts moeten worden gecommuniceerd. De werkwijze staat beschreven in het document 'Profielschets verloskwartier-materniteit-neonatologie AZ Herentals reglement Inwendige Orde'. De auditie kon niet aantonen, en de auditor heeft ook niet gezien, dat een protocol bestaat waarin de tijdige rapportering vanuit de medicotechnische diensten naar de afdeling toe is vastgelegd. Wel is de 'Nieuwsbrief klinisch labo nummer 2 - november/december 2017' ingezien waarin staat dat het klinisch laboratorium bijvoorbeeld een hemoglobine lager dan acht 8 mg/dl doorbelt. In dit document staat dat trombocyten pas doorgebeld worden als deze lager dan 50.000/ µl bedragen. Hyperbilirubinemie wordt vanuit het klinisch laboratorium doorgebeld indien deze hoger is dan 18 mg/dl, zonder specificatie voor neonatale hyperbilirubinemie. In de procedure 'Bilirubine bij de pasgeborene' staat geen vermelding hoe een tijdige kennisname van verhoogde waarden garandeerd wordt.
10.3 Het team volgt het instellingsbeleid over een zorgvuldige en veilige behandeling, opslag, etikettering en weggoien van medicatie en moedermelk.	!	De hoofdvroedvrouw geeft aan dat er een procedure voor afvalstromen bestaat. Volgens dit document hoort lichaamsvocht van niet infectieuze moeders bij het niet-risicohoudend medisch afval. Te verwijderen moedermelk wordt weggegoten en het lege recipiënt wordt gedeponeerd in de gele container. Volgens het beleid dient dit in de blauwe zakken te worden gedeponeerd.
Vorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen		
5.1 De instelling verzorgt trainingen en opleidingen voor alle medewerkers inclusief de zorgverleners en leidinggevendenden bij de introductie en daarna jaarlijks in de voorbereiding op noodsituaties en rampen.		De medisch directeur, de facilitair directeur en de hoofdverpleegkundige spoedgevallen geven aan dat niet alle medewerkers een training en opleiding in de voorbereiding op noodsituaties en rampen krijgen.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

3. Overzicht beoordelingen op niveau platina

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de beoordelingen door het auditteam van de criteria op niveau platina.

3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

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

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
Communicatie			
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.	Kritieke zorg 11.8	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De auditor heeft tijdens het bijwonen van een overdracht op de afdeling IZ waargenomen dat de overdracht gestandaardiseerd volgens de Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation, Readback (ISBARR)-methode is uitgevoerd. Van elke patiënt wordt elke dag een opvolgnota gemaakt welke wordt opgeslagen in het patiëntendossier. Bij ontslag wordt de ontslagbrief direct opgemaakt door de intensivist.
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.	De afdeling Spoedeisende Hulp 11.9	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken aan de afdeling spoedgevallen bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners. Informatie wordt genoteerd en geregistreerd via het softwareprogramma E-care en in het klinisch werk station (KWS, het elektronisch patiëntendossier van het universitair ziekenhuis Leuven)

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			Overdrachten gebeuren in de artsenvrievren, de overdrachtsformulieren, meegebrachte medicatiefiches en mondeling via de ISBARR-methodiek.
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.	Operatieve zorg 11.9	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken aan het OK bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn.
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.	Medische (niet-chirurgische) zorg 11.9	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken met verpleegkundigen en werkplekbezoeken aan de afdelingen inwendige ziekten 1 en geriatrie bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Op de afdeling geriatrie heeft de auditor tijdens een overdracht tussen de dag- en avonddienst van de verpleegkundigen gezien dat er gebruik gemaakt wordt van de ISBARR techniek. Op de afdeling inwendige ziekten 1 zijn de overdrachtsformulieren ingezien door de auditor die gebruikt worden bij de overdracht naar een andere afdeling en is toelichting gegeven door de verpleegkundigen hoe de overdracht plaats vindt. Er is een protocol voor overdracht aanwezig.
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.	Ambulante zorg 12.5	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken met verpleegkundigen en het werkplekbezoek aan het endoscopisch centrum bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Een verpleegkundige heeft een voorbeeld van een overdracht laten zien. De auditor heeft de overdrachtsformulieren en de checklist ingezien.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
<p>Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten</p> <p>Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.</p>	Oncologische zorg 12.8	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan het inwendig en geriatrisch dagziekenhuis en afdeling inwendige ziekten 2 heeft de auditor waargenomen dat de overdrachten structureel via de ISBARR-methode worden uitgevoerd. Van elke patiënt wordt elke dag een opvolgnota opgemaakt. Een ontslagbrief wordt bij ontslag direct opgemaakt door de behandelend specialist.
<p>Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten</p> <p>Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.</p>	Verloskundige zorg 12.9	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken met de hoofdvroedvrouw en gynaecologen en de werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De auditor heeft het sedert een maand ingevoerde dagelijkse overdrachtmoment tussen vroedvrouwen en artsen bijgewoond. Informatiedoorstroming vindt plaats via het papieren verpleegkundig dossier, KWS en het softwareprogramma Mosos, specifiek voor verloskundige zorg. Overdrachten gebeuren mondeling en telefonisch volgens de ISBARR-methode.
Medicijngebruik			
<p>High-alertmedicatie</p> <p>De instelling implementeert een uitvoerig beleid voor het beheren van 'high-alertmedicatie'.</p> <p><i>De instelling verschaft informatie en voortdurende training aan medewerkers over het beheer van 'high-alertmedicatie'.</i></p>	Medicatiebeheer 3.6.8	Niet voldaan	De gesproken verpleegkundigen, die gestart zijn in augustus 2017, hebben recent het onthaalmoment gevolgd. De hoofdapotheker geeft aan dat medicatiegebruik geen apart onderwerp is in het onthaalmoment voor nieuwe medewerkers door de apotheek Nieuwe zorgverleners krijgen een inscholingstraject, waarbij men gedurende de periode van

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			<p>één jaar begeleid wordt door een peter/meter, de leidinggevende en de begeleidings-verantwoordelijke. Gedurende deze periode wordt een opleidingstraject doorlopen, waarbij medicatiebeheer als verplichte vorming is opgenomen.</p> <p>Er wordt tweemaal per jaar een onthaalmoment georganiseerd voor nieuwe medewerkers als introductiemoment, opleidingsmomenten zijn er daarentegen frequenter in het kader van het inscholingstraject. De verpleegkundigen beschikken over een veiligheids-waaier waarin het onderwerp high-riskmedicatie opgenomen is. Er hangen posters op de afdelingen, die op verschillende momenten toegelicht zijn door de apotheker. De auditor heeft vastgesteld dat in het inwendig en geriatrisch dagziekenhuis een verpleegkundige werkzaam is die geen bijzondere beroeps-bekwaamheid heeft. Deze verpleegkundig gaf aan zich nu in te zullen schrijven voor deze opleiding.</p>
<p>Training in gebruik van infuuspompen</p> <p>De zorgverleners ontvangen continue training in het veilig gebruik van alle (binnen de operatiekamers gehanteerde types) infuuspompen.</p>	<p>Operatiekamers / het operatiekwartier 2.6</p>	Voldaan	<p>De auditor heeft op basis van het werkplekbezoek aan het OK en in gesprek met de hoofd-verpleegkundige OK bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn.</p>
<p>Training in gebruik van infuuspompen</p> <p>De zorgverleners ontvangen continue training in het veilig gebruik van alle (binnen de medische zorg gehanteerde types) infuuspompen.</p>	<p>Medische (niet-chirurgische) zorg 4.6</p>	Voldaan	<p>De auditor heeft op basis van het bezoek aan de afdeling inwendige ziekten 1 en geriatrie en in gesprek met de hoofdverpleegkundigen van de afdelingen inwendige ziekten 1 en geriatrie bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn.</p>

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			Verpleegkundigen volgen door middel van e-learning een training over het veilig gebruik van alle infuuspompen. De registratie van het volgen van deze training verloopt via de afdeling opleidingen en is inzichtelijk voor de hoofdverpleegkundige in het digitale systeem E-power, dit is door de auditor ingezien.
Training in gebruik van infuuspompen De zorgverleners ontvangen continue training in het veilig gebruik van alle (binnen de kritieke zorg gehanteerde types) infuuspompen.	Kritieke zorg 4.6	Voldaan	De auditor heeft op basis van het bezoek aan de afdeling IZ en het gesprek met verpleegkundigen IZ en de hoofdverpleegkundige IZ bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De medewerkers van de afdeling IZ krijgen jaarlijks training in het gebruik van infuuspompen. De datum van de gevolgde training wordt opgeslagen in het personeelsmanagementsysteem epowerhr (E-power). In dit systeem kunnen medewerkers hun vaardigheden beheren. Jaarlijks verschijnt in het systeem een melding als de training gevolgd dient te worden. De hoofdverpleegkundige IZ heeft toegang tot E-power en kan zo de training van de medewerkers nauwgezet volgen. Een verpleegkundige IZ en de hoofdverpleegkundige IZ hebben in E-power deze procedure en opvolging van de procedure aan de auditor laten zien.
Training in gebruik van infuuspompen De zorgverleners ontvangen continue training voor het veilig gebruik van alle (binnen de ambulante zorg gehanteerde types) infuuspompen.	Ambulante zorg 4.6	Voldaan	De auditor heeft op basis van het bezoek aan het endoscopisch centrum en in gesprek met het adjunct hoofd inwendige ziekten bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Alle verpleegkundigen volgen een training met betrekking tot het gebruik van infuuspompen door middel van

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			e-learning. De registratie van het volgen van deze training verloopt via de afdeling opleidingen en is inzichtelijk in E-power.
Training in gebruik van infuuspompen De zorgverleners ontvangen continue training in het veilig gebruik van alle (binnen de operatieve zorg gehanteerde types) infuuspompen.	Operatieve zorg 4.6	Voldaan	De auditor heeft op basis van het werkplekbezoek aan het OK en in gesprek met de hoofdverpleegkundige OK bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn.
Training in gebruik van infuuspompen De zorgverleners ontvangen continue training voor het veilig gebruik van alle (binnen de verloskundige zorg gehanteerde types) infuuspompen. <i>Continue training met betrekking tot het veilig gebruik van infuuspompen wordt geregistreerd.</i>	Verloskundige zorg 4.10.1	Niet voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken met de hoofdvroedvrouw en het werkplekbezoek aan materniteit en het verloskwartier gezien dat niet voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De e-learningmodule voor training in omgaan met infuuspompen is in 2017 uitgerold. Daarvoor gebeurde de training mondeling en de scholing werd niet geregistreerd. Ten tijde van de audit hebben 22 teamleden de e-learningmodule gevolgd en zijn geregistreerd. Vier medewerkers hebben deze training nog niet gevolgd.
Training in gebruik van infuuspompen De zorgverleners ontvangen continue training voor het veilig gebruik van alle (binnen de spoedeisende hulp gehanteerde types) infuuspompen.	De afdeling Spoedeisende Hulp 5.7	Voldaan	De auditor heeft tijdens het bezoek aan de afdeling spoedgevallen en het gesprek met de hoofdverpleegkundige spoedgevallen bevestigd gezien dat de medewerkers via E-power een opleiding moeten volgen om hun bekwaamheid in het gebruik van spuitpompen te onderhouden. De afdeling kent alleen spuitpompen en geen infuuspompen. De afdeling werkt met één type spuitpomp van het merk Fresenius. Iedere medewerker is zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van zijn kennis en ervaring en dit wordt geëvalueerd tijdens het jaarlijkse persoonlijke ontwikkeling en

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			functioneringsgesprek (POEF). De auditor heeft inzage gehad in de lijst van medewerkers die de opleiding hebben gevolgd en de medewerkers waarvan de volgende herhaaltraining staat genoteerd.
Training in gebruik van infuuspompen De zorgverleners ontvangen continue training voor het veilig gebruik van alle (binnen de oncologische zorg gehanteerde types) infuuspompen.	Oncologische zorg 5.8	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken aan de afdeling inwendige ziekten 2 en het inwendig en geriatrisch dagziekenhuis bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De training in het gebruik van infuuspompen wordt jaarlijks gegeven en genoteerd in E-power. In E-power kunnen medewerkers hun vaardigheid beheren en opvolgen. Medewerkers krijgen een melding als ze de training dienen te volgen. De hoofdverpleegkundige heeft inzage in het systeem en kan zich zodoende op de hoogte stellen van het percentage geschoolde medewerkers.
Infectiepreventie en -beheersing			
Tijdige toediening van profylactische antibiotica Daartoe gekwalificeerde teamleden dienen profylactische antibiotica toe om postoperatieve infecties te voorkomen.	Operatiekamers / het operatiekwartier 7.6	Voldaan	De auditor heeft op basis van het werkplekbezoek aan het OK en in gesprek met een OK-verpleegkundige bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn.
Veilige injectiepraktijken De instelling ontwikkelt protocollen en werkwijzen voor veilig injecteren om schade aan cliënten, zorgverleners en de mensen thuis te voorkomen. Nalevingstest(s):	Infectiepreventie en –bestrijding 4.5	Voldaan	De auditor heeft op basis van het werkplekbezoek aan de afdeling heelkunde 2 en in gesprek met een verpleegkundige heelkunde en de ziekenhuishygiënist a.i. bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De verpleegkundige en de ziekenhuishygiënist a.i. geven aan dat gebruik gemaakt wordt van veilige injectienaalden voor eenmalig gebruik die samen met veiligheidscontainers in voldoende hoeveelheden

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			aanwezig zijn. Het protocol 'Ik injecteer op de juiste manier', d.d. 25-9-2017, is door de auditor ingezien. Hierin staat dat medicatie alleen via injectie wordt gegeven indien dat medisch noodzakelijk is en wanneer een gelijkwaardig middel in orale vorm niet beschikbaar is. Tevens is in het protocol de afvalverwerking van spuiten en injectienaalden beschreven.
Risicomanagement			
Valpreventiebeleid Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren.	Medische (niet-chirurgische) zorg 14.2	Voldaan	De auditor heeft op basis van het bezoek aan de afdelingen inwendige ziekten 1 en geriatrie en in gesprek met verpleegkundigen en de hoofdverpleegkundigen van de afdeling inwendige ziekten 1 en geriatrie bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Het valpreventiebeleid, waarin de specifieke behoeften van de risicogroepen in vermeld staan, is aanwezig. Teams evalueren regelmatig het valpreventiebeleid. Bij valincidenten vindt incidentmelding plaats, op de afdelingen wordt met het team en de cel kwaliteit gekeken naar eventuele verbeterpunten.
Valpreventiebeleid Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren.	Operatieve zorg 14.2	Voldaan	De auditor heeft op basis van het werkplekbezoek aan de afdelingen CDC, de afdeling orthopedie en pre-operatieve screening (POS) en in gesprek met de verpleegkundige op de afdeling orthopedie bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn.
Valpreventiebeleid Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren.	Oncologische zorg 15.2	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan de afdelingen

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			dagziekenhuis oncologie en inwendige ziekten 1 en 2 is bij elke patiënt via de beslissingsboom het valrisico in KWS gescoord. Het valteam wordt gebeld indien sprake is van een verhoogd valrisico. Bij patiënten met een verhoogd valrisico worden blauwe sleutelhangers aan het bed of rolstoel gehangen, zodat deze risicogroep goed herkenbaar is. Elk valincident wordt via het digitale incidentmeldingsformulier op intranet gemeld.
Valpreventiebeleid Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om verwondingen door vallen van een cliënt te minimaliseren.	Diagnostische beeldvorming 15.6	Voldaan	De auditor heeft op basis van het bezoek aan de afdeling medische beeldvorming en in gesprek met de hoofdverpleegkundige medische beeldvorming bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De verpleegkundigen zijn opgeleid en er is een apart beleid voor valincidenten op de afdeling medische beeldvorming. Op de afdeling medische beeldvorming, maar ook op andere plaatsen in het ziekenhuis hangen posters rondom valpreventie.
Valpreventiebeleid Het team implementeert en evalueert het beleid rond valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren.	Ambulante zorg 16.2	Voldaan	De auditor heeft op basis van het bezoek aan het endoscopisch centrum en de raadpleging cardiologie en in gesprek met het adjunct hoofd raadpleging inwendige ziekten bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Het team is bekend met het valpreventiebeleid waarin de behoefte van de specifieke patiënt is opgenomen. Verpleegkundigen van de raadpleging cardiologie hebben bevestigd dat het valpreventiebeleid wordt geëvalueerd. Een voorbeeld hiervan is dat er toch een val heeft plaatsgevonden en dat het team raadpleging cardiologie heeft besproken hoe

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			de maatregelen ter voorkoming van vallen nog beter ingezet kunnen worden, zoals het licht aan doen bij een risicopatiënt op de echokamer.
Valpreventiebeleid Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren.	Verloskundige zorg 17.4	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken met de hoofdvroedvrouw, de werkplekbezoeken, het document 'Afdelingsgebonden afspraken valpreventie', de poster 'Orde schept veiligheid', de steekkaart inzake valpreventie op de patiëntenkamers en de waaier met de beslissingsboom voor valrisico bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Vervoer van een baby vindt plaats in een bedje, bijvoorbeeld bij transfer vanuit het operatiekwartier (OK) voor het prikken van phenylketonurie (PKU) op de afdeling neonatologie. Na epidurale anesthesie en bij een sectio mag de patiënt alleen opstaan onder begeleiding, worden bij risicopatiënten de onrusthekkers omhoog gezet, is aandacht om het bed op de rem zetten en wordt bij het uit bed komen het bed in de laagste stand gezet. Ook orde op de gang via het "autostrade/parkingsysteem" dragen bij tot veilige mobiliteit.
Voorkomen decubitus Het team beoordeelt bij elke cliënt het risico op het krijgen van decubitus en implementeert maatregelen ter voorkoming hiervan.	Operatieve zorg 7.11	Voldaan	De auditor heeft op basis van het werkplekbezoek aan de afdelingen CDC, de afdeling orthopedie en pre-operatieve screening (POS) en in gesprek met de verpleegkundige op de afdeling orthopedie bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Het team hanteert een standaardmethode, te weten de Nortonscore, om het risico op decubitus in kaart te brengen.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
<p>Voorkomen decubitus</p> <p>Het team beoordeelt bij elke cliënt het risico op het krijgen van decubitus en implementeert maatregelen ter voorkoming hiervan.</p>	<p>Medische (niet-chirurgische) zorg 9.5</p>	Voldaan	<p>De auditor heeft op basis van de gesprekken met verpleegkundigen en het werkplekbezoek aan de afdeling inwendige ziekten (cardiologie/ neurologie) en geriatrie bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Bij het inzien van meerdere dossiers is getoond dat er een standaardmethode aanwezig is om bij opname de risico's op het krijgen van decubitus vast te stellen. Beoordeling vindt zowel op vaste momenten als bij veranderingen in het ziekteproces plaats. Voorlichting en training voor zorgverleners, patiënten en hun families vindt plaats. Effecten van het anti-decubitusbeleid worden door het team gemeten en de uitkomsten worden gebruikt voor verbeteringen.</p>
<p>Voorkomen decubitus</p> <p>Het team beoordeelt bij elke cliënt het risico op het krijgen van decubitus en implementeert maatregelen ter voorkoming hiervan.</p>	<p>Oncologische zorg 9.6</p>	Voldaan	<p>De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Op de afdelingen inwendige ziekten 1 en 2 is geconstateerd dat elke dag bij elke patiënt de Nortonscore voor het risico op decubitus wordt afgenomen en genoteerd in KWS. Bij een Nortonscore lager dan 14 worden patiënten ingelicht en maatregelen genomen, zoals speciale gelkussens en wisselgigging. Ook worden patiënten zoveel mogelijk gemobiliseerd, hun voedings-toestand wordt bewaakt en het juiste incontinentiemateriaal gebruikt.</p>

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
<p>Voorkomen decubitus</p> <p>Het team beoordeelt bij elke cliënt het risico op het krijgen van decubitus en implementeert maatregelen ter voorkoming hiervan.</p>	Kritieke zorg 9.11	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan de afdeling IZ heeft de auditor waargenomen dat dagelijks op de afdeling IZ de Nortonscore wordt afgenomen om het risico op decubitus in kaart te brengen en vastgelegd in het patiëntdossier. Bij een Nortonscore onder de 14 wordt de patiënt ingelicht, krijgt een folder uitgereikt en worden maatregelen genomen. Voorbeelden van maatregelen zijn speciale gelkussens en wisselhouding.
<p>Tromboseprofylaxe</p> <p>Het team identificeert interne en chirurgische patiënten met een verhoogd risico op veneuze trombose (diep-veneuze trombose en longembolie) en zorgt voor de juiste tromboseprofylaxe.</p>	Kritieke zorg 7.5	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan de afdeling IZ heeft de auditor waargenomen dat op de afdeling IZ alle patiënten tromboseprofylaxe krijgen voorgeschreven.
<p>Tromboseprofylaxe</p> <p>Het team identificeert interne en chirurgische patiënten met een verhoogd risico op veneuze trombose (diep veneuze trombose en longembolie) en zorgt voor de juiste tromboseprofylaxe.</p>	Medische (niet-chirurgische) zorg 7.6	Voldaan	De auditor heeft op basis van gesprekken met een arts, hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen en werkplekbezoeken aan de afdelingen inwendige ziekten 1 en geriatrie bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Er is beleid voor tromboseprofylaxe aanwezig met daarbij een stroomdiagram op basis waarvan patiënten met een verhoogd risico geïdentificeerd en behandeld kunnen worden met de juiste toediening. De interne audits op tromboseprofylaxe worden gebruikt voor verbeteringen van het beleid.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			Het team geeft voorlichting aan de patiënten over de risico's van trombose en hoe trombose te voorkomen.
Tromboseprofylaxe Het team identificeert chirurgische patiënten met een verhoogd risico op veneuze trombose (diep veneuze trombose en longembolie) en zorgt voor de juiste tromboseprofylaxe.	Operatieve zorg 7.10	Voldaan	De auditor heeft op basis van het werkplekbezoek aan de afdelingen dagziekenhuis heekunde, de afdeling orthopedie en pre-operatieve screening (POS) en in gesprek met verpleegkundigen van deze afdelingen, de hoofdverpleegkundigen van het dagziekenhuis heekunde, de afdeling orthopedie en de arts-assistent orthopedie bevestigd gezien dat er een procedure voor tromboseprofylaxe voorhanden is en wordt toegepast.
Tromboseprofylaxe Het team identificeert interne en chirurgische patiënten met een verhoogd risico op veneuze trombose (diep veneuze trombose en longembolie) en zorgt voor de juiste tromboseprofylaxe.	Oncologische zorg 9.3	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken aan de afdelingen inwendige ziekten 1 en 2 bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Op de afdelingen inwendige ziekten 1 en 2 is geconstateerd dat bij alle opgenomen patiënten het verhoogd risico op veneuze trombose gescoord is en de juiste tromboseprofylaxe is voorgeschreven.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

3.2 Normen

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

Instellingsbrede normen

Platina criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Governance		
13.7 Het toezichtorgaan evalueert regelmatig de bijdrage van individuele leden en geeft hun feedback.	!	De leden van de raad van bestuur geven aan dat er een assessment plaatsvindt van het functioneren van de raad van bestuur. De individuele bijdrage van leden wordt op het moment van de audit niet met regelmaat geëvalueerd.
Leiderschap		
5.2 De instellingsleiding gebruikt de informatie over het verzorgingsgebied bij het plannen van de reikwijdte van de zorgverlening (portfolio).	!	De instelling beschikt over demografische en epidemiologische gegevens over zijn verzorgingsgebied. Deze gegevens, die door de overheid ter beschikking worden gesteld zijn niet actueel voor 2017 waardoor deze, aldus auditees van de directie, niet werden meegegeven aan de zorgverleners als basisinformatie voor 2018 in de opmaak van het beleidsplan en niet voor het plannen van het zorgaanbod worden gebruikt.
5.3 De informatie over het verzorgingsgebied is actueel en goed toegankelijk.		De beschikbare informatie over het zorggebied die via de overheid ter beschikking wordt gesteld is niet actueel en wordt om die reden, aldus de auditees van de directie, niet gebruikt. Vanaf 2018 zal informatie over het verzorgingsgebied worden gebruikt die via een andere weg (benchmarking ziekenhuisnetwerk Leuven) wordt verkregen, omdat die wel actueel zijn.
16.7 De instelling kent een formeel en open beleid voor het melden van incidenten aan cliënten en hun familieleden.	!	De auditees van de cel kwaliteit geven aan dat bij een incident, waarbij de patiënt betrokken is, de behandelend arts hierover een gesprek aangaat met de patiënt en/of de familie. De auditees geven aan dat hieromtrent nog geen formeel beleid is uitgezet.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Zorgspecifieke normen

Platina criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Infectiepreventie en –bestrijding		
13.3 Alle ruimtes voor reiniging en desinfectie van endoscopen zijn uitgerust met afzonderlijke werkruimtes voor reiniging, ontsmetting, opslag, specifieke aan- en afvoerleidingen en een deugdelijke luchtventilatie.	!	Tijdens het bezoek aan het endoscopisch centrum, bij de ruimte voor reiniging en desinfectie van endoscopen, is door de auditor gezien dat de scheiding tussen schoon en vuil met een correcte afstand tussen de verschillende zones (+/- 1,5 meter) niet aanwezig is. Dit is bevestigd door de ziekenhuishygiënist.
Medicatiebeheer		
11.5 De instelling heeft bij kindergeneeskunde beleid voor op gewicht gebaseerde dosering, waarbij verificatie plaatsvindt op basis van milligram per kilogram.	!	Tijdens het bezoek aan de afdeling pediatrie is vastgesteld dat er geen uniform beleid is op de afdeling met betrekking tot een op gewicht gebaseerde dosering. Er is vastgesteld, in aanwezigheid van de hoofdverpleegkundige en een verpleegkundige, dat er twee pijnprotocollen aanwezig zijn (één opgesteld in maart 2017 en één opgesteld in juni 2017 door verschillende artsen) met een verschillende dosering voor kinderen die minder dan tien kilogram wegen. Tijdens het werkplekbezoek van de auditor heeft de hoofdverpleegkundige het protocol van de maand juni 2017 verwijderd.
18.8 De instelling traceert pakketnummers om aanbieders te kunnen achterhalen en te informeren wanneer een cliënt een teruggeroepen vaccin heeft ontvangen.		Uit het gesprek met de apotheker is gebleken dat er geen 100% tracering van het terugroepen van vaccins is. Op de monsters die beheerd worden door de artsen, heeft de apotheek geen zicht. De apotheker geeft aan geen enkel zicht te hebben op de vaccinaties (Boostrix) die worden ingegeven in Vaccinet.
Ambulante zorg		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Bloedbank- en transfusiediensten		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
De afdeling Spoedeisende Hulp		
5.10 Nieuwe teamleden krijgen een training in transculturele zorgverlening voor een effectieve zorgverlening aan alle cliënten.		De hoofdverpleegkundige spoedgevallen geeft aan dat geen specifieke opleiding in transculturele zorgverlening wordt gegeven aan nieuwe teamleden. Tijdens de algemene introductiedag, die tweemaal per jaar plaatsvindt, wordt zijdelings dit onderwerp besproken, aldus de auditee.
5.14 De teamleiders evalueren regelmatig de prestaties van elk teamlid op een objectieve, interactieve en positieve manier, en nemen deze evaluatie-informatie in het personeelsdossier op.	!	De algemeen directeur en de medisch directeur geven aan dat intercollegiale gesprekken plaatsvinden tussen de diensthoofden en de stafleden zonder een vaste agenda. Formele verslaglegging van deze gesprekken gebeurt niet; enkel een vastlegging dat het gesprek heeft plaatsgevonden, gehandtekend door de gesprekspartners. De medische diensthoofden voeren hun intercollegiaal gesprek uit met de medisch directeur en de andere artsen voeren dit uit met hun medisch diensthoofd. De auditor heeft geen uitgewerkte procedure voor disfunctionerende artsen aangetroffen.
Diagnostische beeldvorming		
1.5 Het team verzamelt ten minste eenmaal per jaar informatie bij verwijzende medische professionals over hun behoeften aan radiologische diagnostiek.		In het gesprek met het medisch diensthoofd radiologie is aangegeven dat het verzamelen van informatie nog niet geconcretiseerd is. Het medisch diensthoofd meldt dat hij pas recent benoemd is als medisch diensthoofd radiologie.
2.3 Het team vraagt verwijzende medische professionals regelmatig hoe de toegang tot radiologische diagnostiek kan worden verbeterd en zorgt voor tijdige berichtgeving over de onderzoeken.		In het gesprek met het medisch diensthoofd radiologie is aangegeven dat er geen regelmatig overleg is over de toegang van de radiologisch diagnostiek, verbeteringen gebeuren op basis van casuïstiek.
9.1 Het team heeft een proces om verwijzende medische professionals te ondersteunen bij het selecteren van de juiste diagnostische radiologische onderzoeken.		In het gesprek met het medisch diensthoofd radiologie is aangegeven dat er geen proces is om verwijzende medische professionals te ondersteunen bij de selectie van de juiste diagnostische radiologische onderzoeken, dit wordt informeel gedaan met de medisch specialisten in onderling overleg.
12.1 Het team interpreteert tijdig de beelden van de electieve, urgente en spoedeisende diagnostische radiologische onderzoeken en rapporteert daar tijdig over.	!	In het gesprek met het medisch diensthoofd radiologie is aangegeven dat geen concrete afspraak is gemaakt over de tijdigheid van de diagnostische rapportage.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
17.3 Het team verzamelt, analyseert en interpreteert gegevens over de juistheid van de onderzoeken die zijn uitgevoerd, de nauwkeurigheid van de verslagen, en het vóórkomen van complicaties en bijwerkingen.	!	In het gesprek met het medisch diensthoofd medische beeldvorming is aangegeven dat het verzamelen, analyseren en interpreteren van gegevens over de juistheid van onderzoeken die zijn uitgevoerd, de nauwkeurigheid van de verslagen en het voorkomen van complicaties en bijwerkingen incidenteel informeel gebeurt op basis van casuïstiek. Dit gebeurt niet systematisch.
Kritieke zorg		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Medische (niet-chirurgische) zorg		
13.5 Het team heeft zorgpaden voor veel voorkomende diagnoses.		Het team geriatrie, longgeneeskunde en neurologie heeft geen zorgpaden voor veel voorkomende diagnoses, dit is bevestigd door de longarts en de hoofdverpleegkundigen geriatrie en neurologie.
Oncologische zorg		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Operatiekamers / het operatiekwartier		
9.1 De teamleden houden zich binnen de operatiekamers aan kledingvoorschriften.	!	Tijdens het bezoek aan het OK stelden de auditoren vast dat twee artsen in niet voorgeschreven operatiekleding de operatiekamer inliepen, alwaar de auditoren een operatie bijwoonden. De auditoren zagen een medewerker zonder operatiemuts in het operatiekwartier.
Operatieve zorg		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen		
11.8 Het team maakt een volledig verslag van iedere terugroeping (recall).		Tijdens het gesprek met een afvaardiging van het comité medische materialen, bestaande uit de adjunct hoofdapotheker, de medisch directeur, het diensthoofd aankoop en de zorgmanager medisch-technische diensten, is aangegeven dat de betrokken diensten wel worden geïnformeerd, maar er wordt geen volledig verslag opgemaakt van een recall.
11.9 Het team volgt beleid om alle terugroepopdrachten en -rapporten in zijn dossiers te bewaren.		Tijdens het gesprek met het comité medische materialen is aangegeven dat er geen beleid is met betrekking tot terugroepopdrachten, dit moet nog uitgewerkt worden, aldus auditees.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Platina criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
12.2 Als onderdeel van het systeem voor kwaliteitsmanagement doet het team dat reiniging en sterilisatie uitvoert, jaarlijks verslag van zijn activiteiten, met formele rapportages die worden voorgelegd aan de instellingsleiding.	!	De hoofdverpleegkundige CSA geeft aan dat er geen jaarverslaggeving gebeurt die formeel wordt besproken. Dit is bevestigd door de ziekenhuishygiënist a.i.
Verloskundige zorg		
4.12 Nieuwe teamleden volgen een training in culturele competenties voor een effectieve zorgverlening aan alle cliënten.		De hoofdvroedvrouw geeft aan dat nieuwe teamleden in het regionale overleg op de hoogte worden gesteld van bijvoorbeeld de werkwijze aangaande (niet-) beschikbaarheid van de gewenste gynaecoloog bij personen die omwille van geloofsovertuiging geen mannelijke persoon verkiezen; een specifieke training aangaande interculturele zorgverlening wordt niet gegeven.
4.13 Nieuwe teamleden worden opgeleid in het hanteren van de instellingsprocedure(s) ten aanzien van het omgaan met ethische kwesties.	!	De hoofdvroedvrouw geeft aan dat nieuwe teamleden informatie ontvangen over het afdelingsbeleid aangaande bijvoorbeeld informed consent, zwangerschapsafbrekingen om medische redenen in het ziekenhuis en de doorverwijspolitiek in andere situaties. Er wordt geen opleiding gegeven hoe met ethische kwesties dient te worden omgegaan aldus auditee. Wel wordt rekening gehouden met de eigen emotionele bewogenheid en morele principes van elk teamlid.
Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen		
3.2 De rampencommissie wordt geleid door een persoon die een trainingsprogramma gevolgd heeft inzake de voorbereiding op noodsituaties en rampen.		De medisch directeur en de facilitair directeur geven aan dat de algemeen directeur geen trainingsprogramma, zoals bijvoorbeeld de opleiding rampenmanagement, heeft gevolgd aangaande de voorbereiding op noodsituaties en rampen.
8.5 Het alarmeringssysteem bij crises maakt gebruik van standaardcodes om verschillende stadia van in werking treden van het crisisplan te definiëren.		De hoofdverpleegkundige spoedgevallen geeft aan dat het alarmeringssysteem bij crises geen gebruik maakt van standaardcodes om verschillende stadia van in werking treden van het crisisplan te definiëren. Het alarmeringssysteem staat niet beschreven in het 'Ziekenhuisrampenplan Alarmeren van ziekenhuisdiensten' en het 'Crisiscommunicatieplan'.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de beoordelingen door het auditteam van de criteria op niveau diamant.

4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

In deze tabel ziet u de beoordeling van de diamanten VIR's, het patiëntveiligheidsgebied daaraan gerelateerd, en de norm waar zij betrekking op hebben.

Diamanten VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
Communicatie			
Medicatieafstemming Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling (inclusief de SEH of intramurale afdeling).	Kritieke zorg 7.6	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan de afdeling IZ heeft de auditor waargenomen dat medicatieverificatie bij opname op de afdeling IZ door de intensivist samen met de verpleegkundige IZ is uitgevoerd en vastgelegd in het patiëntendossier.
Medicatieafstemming Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling (inclusief de spoedeisende hulp of intramurale afdeling).	Operatieve zorg 7.6	Voldaan	De auditor heeft op basis van het werkplekbezoek aan de afdelingen CDC, de afdeling orthopedie en pre-operatieve screening (POS) en in gesprek met verpleegkundigen van deze afdelingen bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn.
Medicatieafstemming Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling (inclusief de spoedeisende hulp of intramurale afdeling).	Medische (niet-chirurgische) zorg 7.7	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken met een internist, een cardioloog en verpleegkundigen en een werkplekbezoek aan de afdeling inwendige ziekten 1 bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Het protocol medicatieverificatie is ingezien door de auditor en beschrijft dat het dossier een lijst moet bevatten van de meest actuele medicatie die de patiënt gebruikt en dat medicatieafstemming een gedeelde verantwoordelijkheid is.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Diamanten VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			Op de afdeling inwendige ziekten (cardiologie) heeft de auditor gezien dat de medicatielijst aanwezig is van de thuismedicatie die vergeleken is met de lijst bij opname met de nieuwe medicatie.
Medicatieafstemming Het team verifieert de medicatie van de cliënt bij elk bezoek indien er medicatie gestopt, gewijzigd of veranderd is en betreft daarbij de cliënt, zijn familieleden of de zorgverlener.	Ambulante zorg 8.6	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken met het adjunct hoofd raadpleging inwendige, een cardioloog en een gastro-enteroloog en werkplekbezoeken aan het endoscopisch centrum en de raadpleging cardiologie bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Een protocol medicatieverificatie is aanwezig en beschrijft dat er een medicatielijst met de meest actuele medicatie die de patiënt gebruikt in het dossier moet zitten. Op de raadpleging cardiologie is gezien dat de patiënt de medicatielijst had bewaard voor het bezoek en dat wijzigingen later zijn aangebracht in een nieuwe medicatielijst. De patiënt was volledig geïnformeerd. In het protocol staat dat medicatieverificatie een gedeelde verantwoordelijkheid is van patiënt en zorgverlener.
Medicatieafstemming Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling (inclusief de spoedeisende hulp of intramurale afdeling).	Verloskundige zorg 8.9	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken met de hoofdvroedvrouw en gynaecoloog en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Het team verifieert samen met de patiënt de medicatie bij opname in de instelling, dit is gezien op de afdelingen materniteit en spoedgevallen en de intramurale afdelingen. De hoofdvroedvrouw en het medisch diensthoofd tonen het gebruik van het elektronisch medicatiebeheersysteem met

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Diamanten VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			weergave van dosis, validatie etc. De communicatie over geneesmiddelenverstrekking wordt tijdens overdrachtsmomenten en ontslag toegelicht. In het document 'Thuismedicatie bij opname' staat dat moet worden gevraagd naar allergieën en bijwerkingen van medicatie.
Medicatieafstemming Het team verifieert na de triage de medicatie samen met de cliënt.	De afdeling Spoedeisende Hulp 9.4	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Het team verifieert na de triage de medicatie samen met de patiënt. De auditor heeft de verslaglegging van de medicatieverificatie in E-care aangetroffen. Bij het afnemen van de anamnese wordt door de triageverpleegkundige geïnformeerd naar de thuismedicatie. De thuismedicatie wordt vervolgens door de arts nagezien. De auditor heeft dit geobserveerd bij een spoed- en een longarts. De hoofdverpleegkundige spoedgevallen geeft aan dat in het proces van medicatievalidatie nog ruimte is voor verbetering. Bij opname op een klinische afdeling valideert de behandelende arts van de afdeling de medicatie die door de spoedverpleegkundige is bevraagd, genoteerd en is overgedragen naar de afdelingsverpleegkundige.
Medicatieafstemming Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling (inclusief de spoedeisende hulp of intramurale afdeling).	Oncologische zorg 9.10	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De auditor heeft op het dagziekenhuis oncologie gezien dat de medicatieverificatie van thuismedicatie plaatsvindt bij elke patiënt. Dit gebeurt via een gestructureerde vragenlijst door

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Diamanten VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			de verpleegkundige en de arts. De arts valideert de medicatie. Registratie van medicatieverificatie vindt plaats in het softwareprogramma Medicatiebeheer, in KWS en op papier.
Medicatieverificatie als prioriteit De instelling verifieert de medicatie van de cliënt bij opname, of aan het begin van de zorgverlening.	Leiderschap 16.9	Voldaan	De auditor heeft op basis van informatie in het documentbeheersysteem en de aan de auditoren ter beschikking gestelde map met de inventarisatie van het intern uitgezette beleid rond de vereiste instellingsrichtlijnen bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. In de procedure medicatieverificatie wordt expliciet de medicatieverificatie bij opname, transfer en ontslag van de patiënt gedefinieerd. Tevens is het beleid uitgezet rond de wijze van verificatie bij een geplande opname, ongeplande opname en dagopname. Tijdens het bezoek aan de afdeling inwendige ziekten 1, waar de auditor een bordmeeting heeft bijgewoond, is een systematische registratie zichtbaar van het aantal patiënten die voldeden aan het criterium van de medicatieverificatie bij opname. De navolging van het beleid wordt op deze afdeling permanent gemeten en de resultaten zijn besproken tijdens de bordmeeting. De auditor heeft vastgesteld dat dit aspect wekelijks tijdens de bordmeeting aan bod komt en expliciet onder de aandacht van de zorgverleners wordt gebracht.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

4.2 Normen

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

Instillingsbrede normen

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Governance		
2.10 Leden van het toezichtorgaan ontvangen permanente opleiding om hen te helpen bij het vervullen van hun individuele taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en die van het toezichtorgaan als geheel.		De raad van bestuur geeft aan dat er momenteel nog geen opleidingen zijn voorzien voor de individuele leden. De raad beraadt zich over een opleidingsaanbod voor de raadsleden.
2.11 Het beleid en/of het reglement van het toezichtorgaan behandelen de duur van de zittingsperiode, aanwezigheidsvereisten en vergoeding.		In het huishoudelijk reglement van de raad van bestuur heeft de auditor geen regeling teruggevonden rond de duur van de zittingsperiode en de aanwezigheidsvereiste. Dit is door de auditees, een lid en de voorzitter van de raad van bestuur, bevestigd. De vergoeding van de leden van de raad van bestuur is vastgelegd in het remuneratiecomité.
2.12 Het toezichtorgaan heeft een vervangingsbeleid gericht op aanvulling met nieuwe leden in balans met ervaren leden, om de continuïteit in het 'organisatiegeheugen' en de besluitvorming te waarborgen.	!	De raad van bestuur beschikt over een functieprofiel voor zijn leden. Een deel (de helft) van de leden van de raad zijn, volgens de statutaire bepalingen, afgevaardigd door de openbare partner (stad en openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW)) en politiek mandataris. Zij verwerven aldus het mandaat op basis van democratische verkiezingen. Het is mogelijk dat, omwille van verkiezingen, deze afgevaardigde bestuursleden in de volgende bestuursperiode worden vervangen zonder dat het ziekenhuis of de raad van bestuur daarop invloed kunnen hebben.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
4.2 Bij het ontwikkelen of vernieuwen van de missie en visie vragen het toezichtorgaan en de instellingsleiding input van de medewerkers en stakeholders, inclusief partners en cliënten.		De visie en missie zijn tot stand gekomen in de stuurgroep verzelfstandiging ziekenhuis bij de verzelfstandiging van het ziekenhuis aldus de auditees van de raad van bestuur, waarbij diverse stakeholders werden betrokken. Ten tijde van het auditbezoek is de vernieuwing van de visie en missie nog niet aan bod gekomen. Vanuit de raad van bestuur wenst men hierin een methodiek aan te wenden om periodiek de visie en missie langs te lopen. De huisartsen geven aan dat de missie en visie van het ziekenhuis aan hen bekend is gemaakt in het 'ziekenhuiskrantje' maar dat zij bij de totstandkoming ervan niet zijn betrokken. De auditees van de ondernemingsraad (OR) geven aan toelichting te hebben gekregen bij de visie en missie maar geen input hebben gegeven bij de ontwikkeling.
4.4 Samen met de instellingsleiding evalueert het toezichtorgaan regelmatig de missie en visie en actualiseert deze waar nodig, om aan te sluiten bij veranderingen in de omgeving, aanbod van zorgverlening of het mandaat.		De raad van bestuur evalueert ten tijde van het auditbezoek niet systematisch de missie en visie maar heeft daarvoor een plan in ontwikkeling om hierin cyclisch te werken, waarbij de visie regelmatig, en de missie minder frequent, gezien een herziening daarvan minder opportuun is, zal worden geëvalueerd. Een lid van de raad van bestuur bereidt hieromtrent een procedure voor aldus de auditees van de raad van bestuur.
13.8 Het toezichtorgaan verzorgt een jaarlijks verslag van zijn activiteiten en resultaten.		De auditees van de raad van bestuur geven aan dat er geen apart jaarverslag wordt gemaakt van de werkzaamheden van de raad van bestuur.
Leiderschap		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Zorgspecifieke normen

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Infectiepreventie en –bestrijding		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Medicatiebeheer		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Ambulante zorg		
15.5 Het team heeft zorgpaden voor veel voorkomende diagnoses.		De longarts en de hoofdverpleegkundige inwendige ziekten 1 hebben bevestigd dat er geen zorgpaden zijn voor veel voorkomende diagnoses. Dit is bevestigd door de longarts en de verpleegkundigen en hoofdverpleegkundige van de afdeling inwendige ziekten 1.
Bloedbank- en transfusiediensten		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
De afdeling Spoedeisende Hulp		
7.7 Het team meet de snelheid waarmee medewerkers van de afdeling spoedeisende hulp cliënten van ambulances overnemen en stelt en behaalt doelen voor de aanrijtijd naar de afdeling spoedeisende hulp.	!	De hoofdverpleegkundige spoedgevallen geeft aan dat de snelheid waarmee medewerkers van de afdeling spoedgevallen patiënten van ambulances overnemen niet te meten. Wel is het mogelijk de tijd te meten tussen de inschrijving door de onthaal van de afdeling spoedgevallen en het geven van de triagecode door de triageverpleegkundige; deze code wordt gegeven na het eerste onderzoek. De dienst 112 houdt de aanrijtijden van de ambulances bij.
7.8 Het team monitort de snelheid waarmee cliënten uit ambulances worden overgenomen en gebruikt die informatie om zijn diensten te verbeteren.		De hoofdverpleegkundige spoedgevallen geeft aan dat de snelheid waarmee medewerkers van de afdeling spoedgevallen patiënten van ambulances overnemen niet te meten. Wel is het mogelijk de tijd te meten tussen de inschrijving door de onthaal van de afdeling spoedgevallen en het geven van de urgentieclassificatie door de triageverpleegkundige in E-care.
13.5 Het team heeft zorgpaden voor veel voorkomende aandoeningen.		De hoofdverpleegkundige spoedgevallen en de arts op de afdeling spoedgevallen geven aan dat geen specifieke zorgpaden worden gebruikt.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Diagnostische beeldvorming		
12.2 Het team volgt of het zich houdt aan de afgesproken tijden voor het interpreteren en verslaan van de beelden van diagnostische radiologische onderzoeken en voert zo nodig verbeteringen door.		Tijdens het gesprek met het medisch diensthoofd radiologie is gemeld dat in het ziekenhuis geen formele afspraken zijn gemaakt over afgesproken tijden voor het interpreteren en verslaan van de beelden van diagnostische radiologische onderzoeken.
17.6 Het team gebruikt een proces van 'terugkijken' en benchmarking om de benutting van zijn radiologische diagnostiek te monitoren.		Tijdens het gesprek met het medisch diensthoofd radiologie is gemeld dat het proces van terugkijken en benchmarking, om de benutting van radiologische diagnostiek te monitoren, nog niet wordt toegepast. Het medisch diensthoofd radiologie geeft aan dat de verwijzing van de huisartsen ongeveer 20% is, de lokale context is hiervoor een verklaring. Van de hoofdverpleegkundige is vernomen dat het aantal patiënten per dag 250 is.
17.7 Het team gebruikt de resultaten van het proces van 'terugkijken' en benchmarking om verwijzende medische professionals en medewerkers van de radiologie afdeling te informeren over de juiste benutting van radiologische diagnostiek.		Tijdens het gesprek met het medisch diensthoofd radiologie is gemeld dat het proces van terugkijken niet wordt toegepast en het team van de afdeling medische beeldvorming en de verwijzende medische professionals om die reden nog niet geïnformeerd worden over de juiste benutting van de afdeling medische beeldvorming.
17.8 Het team gebruikt de gegevens die het verzamelt over de kwaliteit van zijn dienstverlening om successen en verbeterpunten te signaleren, en voert tijdig verbeteringen door.	!	In het beleidsplan 2017 van de afdeling medische beeldvorming worden geen verbeterprojecten vermeld. Tijdens de gesprekken op de afdeling medische beeldvorming is bevestigd dat dit een aandachtspunt is. De auditees geven aan dat het accreditatieproces een duidelijke meerwaarde heeft voor de kwaliteits-verbetering van de zorg op de afdeling medische beeldvorming en zal stimuleren om in de toekomst meer verbeterprojecten te formuleren.
Kritieke zorg		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Medische (niet-chirurgische) zorg		
6.11 Het team houdt de gemiddelde responstijden voor het reageren op zorgvragen of informatievragen bij.	!	Tijdens gesprekken met de hoofdverpleegkundigen van de afdeling geriatrie en inwendige ziekten (cardiologie/neurologie) is aangegeven dat er geen gemiddelde responstijden worden bijgehouden voor het reageren op zorgvragen of informatievragen.
11.12 Na overdracht of ontslag neemt het team contact op met de cliënten en hun familieleden om na gaan of aan hun behoeften is voldaan, en gebruikt deze informatie om de organisatie van overdracht en ontslag te verbeteren.		De auditor heeft tijdens de gesprekken met de hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen van de afdeling geriatrie en inwendige ziekten 1 kunnen concluderen dat deze niet op de hoogte zijn dat er contact met de patiënt en familieleden is om te inventariseren of aan de behoeften na ontslag is voldaan.
15.9 Het team bespreekt de resultaten van evaluaties en verbeteringen met medewerkers, cliënten en familieleden.		Tijdens gesprekken met de hoofdverpleegkundigen van de afdeling geriatrie en inwendige ziekten (cardiologie/neurologie) is aangegeven dat de resultaten van evaluaties en verbeteringen niet besproken worden met patiënten en familieleden.
Oncologische zorg		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Operatiekamers / het operatiekwartier		
12.5 Het operatieteam neemt contact op met cliënten of nazorg verleners voor hulp bij de evaluatie van de effectiviteit van de procedure en de overdracht na de operatie, en voert waar nodig verbeteringen in zijn zorgverlening door.	!	De hoofdverpleegkundige van het dagziekenhuis heelkunde geeft aan dat geen actieve navraag gebeurt bij ontslagen patiënten aangaande de overplaatsing van de patiënt naar de recovery.
Operatieve zorg		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Verloskundige zorg		
6.13 Het team houdt de gemiddelde responstijden bij voor het reageren op zorgvragen of informatie.	!	De hoofdvrouw geeft aan dat niet is bepaald hoe de tijd wordt gemonitord van zorgvraag tot zorgverlening.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
12.12 Na overdracht of ontslag neemt het team contact op met de cliënten en hun familieleden om na te gaan of aan hun behoeften is voldaan, en gebruikt deze informatie om de organisatie van overdracht en ontslag te verbeteren.		De medewerker van de raadpleging gynaecologie en de hoofdvrouw geven aan dat bij het nacontroleonderzoek wordt gevraagd naar het verdere verloop thuis. De geuite opmerkingen worden niet schriftelijk bijgehouden en vormen geen gestructureerde basis om de overdracht of de wijze van ontslag te optimaliseren, aldus auditees.
18.10 Het team bespreekt de resultaten van evaluaties en verbeteringen met medewerkers, cliënten en familieleden.		De hoofdvrouw geeft aan dat aandachtspunten van zorgaspecten, zoals bijvoorbeeld over valpreventie, worden gecommuniceerd. Resultaten van evaluaties worden niet met patiënten en familieleden besproken, aldus de auditee.
Vorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen		
13.4 De instelling vergelijkt haar evaluatieresultaten met vergelijkbare instellingen en rampenorganisaties.		De facilitair directeur en de hoofdverpleegkundige spoedgevallen geven aan dat evaluatieresultaten van rampenoefeningen bij gelegenheid in de rand van vergaderingen met andere instellingen worden aangehaald zonder dat deze evaluatieresultaten een vastgelegd element van de vergadering uitmaken of dit structureel in overlegmomenten is verankerd.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

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 rapport.

5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen

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

Kritisch proces	Omschrijving
Planning en kwaliteitsmanagement	Ontwikkelen en implementeren van de infrastructuur, programma's en diensten om tegemoet te komen aan behoeften van de gemeenschap en doelgroepen.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft het kritisch proces 'Planning en kwaliteitsmanagement' getoetst aan de hand van de organisatorische tracer 'beleidsvorming in AZ Herentals'. De auditor heeft een gesprek gehad met de leden van de directie, leden van het ethisch comité, de ombudsvrouw, de leden van de ondernemingsraad (OR) en de medisch diensthoofden cardiologie en heelkunde.</p> <p>De instellingsleiding heeft de visie, missie en strategische doelstellingen voor het gehele ziekenhuis geformuleerd en deelt deze met alle belanghebbenden, zowel intern als extern, aldus de auditees van de OR, de raad van bestuur, de huisartsen en de directie.</p> <p>Er is een ethisch kader vastgesteld ter ondersteuning van de zorgprocessen.</p> <p>Afdelingsbeleidsplannen worden op basis van de strategische doelstellingen gemaakt. Deze jaarplannen worden als uitgangspunt genomen voor het vastleggen van de benodigde middelen in de begrotingscyclus aldus de directie en de raad van bestuur.</p> <p>De intern belanghebbenden (afdelingshoofden en medisch specialisten) ontvangen alle informatie nodig om het beleid te kunnen vormen. De door de overheid ter beschikking gestelde informatie over het verzorgingsgebied, met name de geografische en epidemiologische gegevens, zijn niet voldoende actueel om te gebruiken voor de beleidsvorming. De directie zal voor de toekomst de hiervoor benodigde gegevens via een andere bron genereren.</p> <p>De raad van bestuur en directie hebben veel aandacht voor het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden in de regio. Zo worden voor een aantal zorgdomeinen met regionale partners afspraken gemaakt en geëvalueerd. Ook op strategisch niveau krijgt samenwerking vorm binnen het recent gevormde Ziekenhuisnetwerk Kempen vzw.</p> <p>In het standaardsjabloon voor projectplanning is aangegeven wanneer een prospectieve risico inventarisatie (PRI) moet plaatsvinden. De opvolging van de resultaten van de PRI zijn belegd bij de lijnverantwoordelijken.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>Dezelfde afspraken gelden voor het opvolgen van de verbeterpunten van de interne audits op de risicovolle processen.</p> <p>De directie heeft zicht op de geplande en uitgevoerde interne audits en veiligheidsrondes, net als op de opvolging van de verbeterpunten van de veiligheidsrondes die ziekenhuisbrede toetsingscriteria bevatten.</p>
Management van middelen	Monitoren, bijhouden en integreren van activiteiten die te maken hebben met de toewijzing en het gebruik van bronnen.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben het kritisch proces 'Management van middelen' getoetst aan de hand van de organisatorische tracer 'Aankoop endoscopische toren dienst maag – en darmziekten.'. De auditoren hebben het endoscopisch centrum bezocht. Gesproken is met een medewerker van de Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA), het diensthoofd aankoop en een stafmedewerker financiële dienst.</p> <p>In het gesprek met het diensthoofd aankoop is bevestigd dat de aankoop van de endoscopische toren voldoet aan de criteria zoals vastgelegd in de aankoopprocedure. Het diensthoofd aankoop heeft het proces beschreven en toegelicht van aankoop tot vrijgave van medische apparatuur.</p> <p>In het gesprek met de stafmedewerker financiële dienst is aangegeven dat de investeringscyclus verloopt volgens de vastgestelde procedure.</p> <p>In het gesprek met de medewerker van CSA is aangegeven dat het desinfectie- en reinigingsproces ingekaderd is in het kwaliteitssysteem van het ziekenhuis.</p>	
Menselijk kapitaal (HRM)	Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben het kritisch proces 'Menselijk kapitaal (HRM)' getoetst aan de hand van de organisatorische tracer 'Werving en selectie van medewerkers en artsen'. De auditoren hebben de afdeling Human Resource (HR) bezocht. Gesproken is met de medisch directeur, de preventieadviseur en de stafmedewerker HR.</p> <p>De medisch directeur geeft aan dat er een actief wervingsbeleid is voor artsen in samenwerking met de medische raad en raad van bestuur. HR houdt alle documenten en gegevens zoals diploma's, Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en visa bij. De gevolgde en te volgen verplichte opleidingen door artsen worden sinds kort opgevolgd door de afdeling HR. Artsen volgen, net als nieuwe medewerkers, een inscholingstraject.</p> <p>Evaluaties van artsen gebeurt op basis van intercollegiale gesprekken waarbij alle diensthoofden gezien worden door de medisch directeur.</p> <p>Een klachtenprocedure voor grensoverschrijdend gedrag is uitgeschreven. Er is geen procedure voor second victim beleid.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>De auditoren hebben vijf personeelsdossiers online ingekeken en een tracer uitgevoerd waarbij een check op diploma's, RIZIV- nummer en een attest bijzondere beroepstitel is uitgevoerd. Alle ingekeken dossiers voldoen aan de criteria.</p> <p>Er is een format voor evaluatie van medewerkers: persoonlijke ontwikkeling en functionering (POEF). De auditoren hebben bevestigd gekregen dat dit wordt toegepast.</p> <p>Voor het opvolgen van opleidingen van medewerkers, inclusief de artsen, bestaat er een tool in epower. De auditoren hebben de tool ingezien. Deze tool is ook beschikbaar voor artsen voor het opvolgen van verplichte opleidingen. Op vraag van de arts kan dit facultatief aangevuld worden wat betreft de niet verplichte opleidingen.</p>
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 Operatiekamers / het operatiekwartier	
Opmerkingen:	<p>De auditoren hebben het kritisch proces 'Geïntegreerd kwaliteitsmanagement' getoetst aan de hand van de organisatorische tracer 'kwaliteitsmanagement in AZ Herentals' en 'het interne auditbeleid en de patiëntveiligheidscultuurmeting in AZ Herentals'. De auditor heeft gesproken met de directie, leden van de cel kwaliteit, het managementteam waaronder de medische diensthoofden heelkunde en cardiologie en heeft de afdeling inwendige ziekten 1 bezocht.</p> <p>De directie heeft kwaliteitsverbetering benoemd als één van de zes werven. De zes werven zijn de strategische prioriteiten waar het ziekenhuis aan werkt en waar de afdelingen hun beleidsplan op baseren. Deze documenten zijn door de auditor ingezien.</p> <p>De directie geeft aan dat permanent geschoold wordt rond kwaliteit en patiëntveiligheid. De instellingsleiding stuurt middels haar aanwezigheid in werkgroepen en comités (stuurgroep kwaliteit, veiligheidsrondes, comité ziekenhuishygiëne etc.) op initiatieven rond kwaliteitsverbetering.</p> <p>De auditees van de cel kwaliteit monitoren de planning, uitvoering en opvolging van de verbeterplannen van de veiligheidsrondes die per afdeling twee keer per jaar plaatsvinden. De verantwoordelijkheid voor de interne audits is door het management belegd bij de lijnverantwoordelijken. De cel kwaliteit zet, als verbeteractie op een minder goed resultaat uit de patiëntveiligheidscultuurmeting, hard in op het aanmoedigen van incidentmeldingen en ziet een toename in het aantal incidentmeldingen. De medisch specialisten melden incidenten.</p> <p>Prospectieve risico inventarisaties zijn gekoppeld aan een projectplan. De opvolging van de actiepunten uit de risico inventarisaties is belegd in de lijn.</p> <p>Middels een zelf ontworpen dashboard communiceert het ziekenhuis intern over de resultaatmetingen van kwaliteitsparameters. Het dashboard is op een voor medewerkers visueel herkenbare wijze ontworpen. De directieleden hebben de auditoren een presentatie gegeven van de indicatoren die periodiek zijn gemonitord en met regelmaat zijn gecommuniceerd in de zorginstelling.</p>

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>Voor medisch specialisten zijn interne scholingen georganiseerd rond kwaliteit en veiligheid (brand, hygiëne, agressie en incidentmeldingen etc.).</p> <p>Gestandaardiseerde protocollen en zorgpaden zijn uitgewerkt voor een aantal zorgtrajecten waaronder bariatrische heelkunde, vaatheelkunde en cardiologie.</p> <p>De instellingsleiding bevordert het kwaliteitsbewustzijn bij medewerkers en medisch specialisten door permanente scholing te organiseren en medewerkers en medisch specialisten uit te dagen deel te nemen aan o.a. de week van de patiëntveiligheid, veiligheidsrondes, interne audits en Q-teams.</p> <p>Er is sprake van een verbetercultuur. Bijna alle Q-teams worden voorgezeten door een medisch specialist. Ook de week van de patiëntveiligheid is goed bezocht door de medisch specialisten. De verbetercultuur is ondersteund door de implementatie van 'productive ward' en acties van de cel kwaliteit, waaronder de screensaver met quizvragen over kwaliteit en patiëntveiligheid, de veiligheidswaaier, het dashboard, de kamer van 'meneer Kompres' en de patiëntveiligheidsquiz. Het programma 'productive ward' heeft geresulteerd in vele kwaliteitsprojecten op de afdelingen waar dit programma al geïmplementeerd is zoals de kwaliteitsborden en de opgeruimde afdeling (snelweg/parkeren). Productive ward zal de komende jaren verder ziekenhuisbreed geïmplementeerd worden.</p> <p>Voor gecontracteerde diensten worden bij de aanbesteding of toewijzing van het dossier de kwaliteitseisen door de organisatie opgesteld. De lijnverantwoordelijke staat in voor de kwaliteitsopvolging en volgt periodiek de resultaten ervan op. In geval zich een problematische kwestie voor doet in de uitvoering van de dienstverlening wordt dit opgevolgd door het directiecomité.</p> <p><u>Complimenten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Productive ward (kwaliteitsborden, snelweg/parkeren) – Verbetercultuur (veel acties cel kwaliteit, betrokkenheid artsen, screensaver, quiz, meneer kompres, Q-teams, week van de patiëntveiligheid, veiligheidswaaier, dashboard)
Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes	Identificeren van en besluiten nemen met het oog op ethische dilemma's en problemen.
Leiderschap	
	<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben het kritisch proces 'Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes' getoetst aan de hand van de organisatorische tracers 'beleidsvorming in AZ Herentals'. De auditor heeft gesproken met twee leden van het ethisch comité: een medisch specialist van het ziekenhuis en de hoofdverpleegkundige van de afdeling inwendige ziekten 2.</p> <p>Het ethisch comité vergadert ten minste één keer per kwartaal. Er worden bijkomende vergaderingen belegd wanneer zich onderwerpen aandienen. In de praktijk resulteert dit in een zestal vergaderingen per jaar. Er is een verkorte adviesprocedure voorzien voor klinische studies. Het ziekenhuis beschikt over een ethisch kader met richtlijnen voor de meest voorkomende ethische kwesties waaronder niet-reanimeren, euthanasie, palliatieve sedatie, abortus en weigering van zorg. Deze richtlijnen zijn door de auditor in het documentbeheersysteem ingezien.</p> <p>Adviesvragen voor klinische studies verlopen via een gestandaardiseerde procedure waarvan het aanvraagformulier door de auditor is ingezien. De auditees geven aan dat het ethisch comité al lang actief is</p>

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>en het laatste anderhalf jaar een inhoudelijke verbetering heeft gemaakt door zich te organiseren en alle richtlijnen en procedures te inventariseren en te updaten. Zorgverleners worden geïnformeerd over de ethische kwesties middels het 'ziekenhuiskrantje', de intranetsite, de medische raad en via de ziekenhuiswebsite die ook bestemd is voor externen. Het ethisch comité werkt ten tijde van de audit aan het verhogen van haar bekendheid in de organisatie.</p> <p>Medewerkers kunnen via diverse kanalen met kwesties terecht bij het ethisch comité: schriftelijk via een digitaal meldformulier, de fysieke postbus of mondeling door een lid aan te spreken.</p>
Communicatie	Communicatie tussen verschillende lagen van de organisatie en met externe betrokkenen.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben het kritisch proces 'Communicatie' getoetst aan de hand van de organisatorische tracer 'beleidsvorming in AZ Herentals'. De auditor sprak hiervoor het directieteam, twee medisch specialisten, de ondernemingsraad en een afvaardiging van de huisartsen.</p> <p>De directie en het managementteam hebben bij de presentatie van het dashboard en de beleidsvoering een overzicht gegeven van de indicatoren en de beleidsinformatie die in de organisatie wordt gedeeld. De inhoud van deze beleidsinformatie wordt steeds volgens hetzelfde standaardsjabloon gerapporteerd. Wanneer er, vanuit de comités, vragen zijn of er zich ontwikkelingen voordoen die om een aanpassing van het standaardsjabloon vragen, wordt daarop flexibel ingespeeld.</p> <p>Aan het directiecomité en de raad van bestuur worden de gegevens maandelijks gepresenteerd. De medische raad en het managementcomité ontvangen deze informatie twee keer per jaar. Medewerkers worden periodiek via het ziekenhuiskrantje en via intranet geïnformeerd.</p> <p>De directie hanteert een duidelijk beleid wie toegang heeft tot welke informatie via welk medium. De auditor heeft het communicatieplan in het documentbeheersysteem ingezien en vastgesteld dat er een vastgelegde strategie wordt gehanteerd. In crisissituaties wordt, in functie van het voorval, de communicatiestrategie door het crisiscomité vastgesteld. De raad van bestuur, die een toezichtfunctie heeft, wordt zo nodig onmiddellijk per email op de hoogte gesteld wanneer iets speelt.</p> <p>Zorggegevens van patiënten worden verzameld in het elektronisch patiëntendossier KWS. Middels de veiligheidsrondes worden de afspraken rond het respecteren van de privacy gecheckt. Het directieteam heeft een pilot opgestart met een grote thuiszorgorganisatie waarbij zorgverleners van het ziekenhuis inzage kunnen hebben in het patiëntendossier van de thuiszorgorganisatie van de in het ziekenhuis behandelde patiënt.</p> <p>Het ziekenhuis stelt voor de medisch specialisten vakliteratuur ter beschikking door middel van een abonnement op de webportal "up to date".</p> <p>De huisartsen geven aan dat zij met regelmaat betrokken en geïnformeerd worden aangaande de ziekenhuiswerking middels een overleg met de directie dat twee keer per jaar plaats vindt en een krantje dat specifiek wordt ontworpen om de huisartsen te informeren.</p> <p>De directie informeert de ondernemingsraad over genomen besluiten of consulteert hen voor advies bij veranderingsprocessen.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Kritisch proces	Omschrijving
Fysieke omgeving	Verlenen van geschikte en veilige structuren en faciliteiten voor het succesvol uitvoeren van missie, visie en doelstellingen.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben het kritisch proces 'Fysieke omgeving' getoetst aan de hand van de patiëntentracers 'de patiënt met het Norovirus', 'de patiënt die komt voor een scopie' en 'de patiënt op de raadpleging'. De auditoren hebben de afdelingen inwendig en geriatrisch dagziekenhuis en endoscopisch centrum bezocht. Gesproken is met de ziekenhuishygiëniste a.i., de preventieadviseur en de facilitair directeur.</p> <p>Een lange termijn huisvestingsplan en lange termijn onderhoudsplan zijn aanwezig in de vorm van een masterplan en onderhoudsplan. Tijdens de bouw en verbouwing heeft de facilitair directeur, in samenwerking met externe veiligheidscoördinator, aandacht voor de bescherming van de veiligheid van patiënten en medewerkers. Gangen en nooduitgangen zijn duidelijk weergegeven, aanpassingen door verbouwingen worden direct aangepast in het evacuatieplan.</p> <p>Het ziekenhuisgebouw is schoon, netjes en opgeruimd en is een prettige omgeving voor patiënten en medewerkers.</p> <p>Een lijst van aanwezige onvlambare, brandbare en gevaarlijke stoffen en chemicaliën is centraal beschikbaar en op betreffende afdelingen is een document met de op desbetreffende afdeling voorkomende gevaarlijke stoffen aanwezig.</p> <p>Het attest brandveiligheid is verstrekt sinds mei 2017. Er is tijdens het auditbezoek geen nieuw geldig attest. De brandweer heeft een brandveiligheidsonderzoek uitgevoerd op 13 november 2017 en 4 december 2017. De directie heeft de auditoren een verslag overhandigd waarbij de brandweer voorstelt een attest af te leveren voor 24 maanden, gelet op de transitieperiode waarin het ziekenhuis zich bevindt met de laatste fase van de bouwwerken. Dit attest is nog niet afgeleverd.</p> <p><u>Compliment:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Schone, nette, opgeruimde en prettige omgeving voor patiënten en medewerkers <p><u>Uitdaging:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – De instellingsleiding zorgt ervoor dat de vigerende wet- en regelgeving en codes van toepassing zijn op de gebouwen en terreinen, Fysieke omgeving, Leiderschap, 9.1, Goud! 	
Vorbereid zijn op noodsituaties	Omgaan met noodgevallen en andere aspecten van openbare veiligheid.
Infectiepreventie en –bestrijding Leiderschap Vorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen De afdeling Spoedeisende Hulp	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft het kritisch proces 'Vorbereid zijn op noodsituaties' getoetst aan de hand van de organisatorische tracer 'Kritieke voorzieningen in AZ Herentals'. De graad van implementatie van het ziekenhuisrampenplan, opgesteld in april 2017, is getoetst tijdens het gesprek met de facilitair directeur, de</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>medisch directeur en de hoofdverpleegkundige spoedgevallen.</p> <p>Het ziekenhuisrampenplan is tot stand gekomen na het opstellen van een risicoanalyse waarbij naar voren kwam dat er noodzaak was aan de uitwerking van een plan om brand te bestrijden, aan opvang van extra patiënten, een receptienoodplan en een plan van aanpak bij uitbreken van een epidemie. Het ziekenhuisrampenplan is ter goedkeuring voorgelegd aan de gouverneur op 15 mei 2017 en een delegatie van de federale gezondheidsinspectie; wegens hoge werkdruk is nog geen antwoord ontvangen van de betreffende instanties. Het ziekenhuisrampenplan is besproken in de gemeentelijke veiligheidscel, waarin het ziekenhuis vertegenwoordigd is door de hoofdverpleegkundige spoedgevallen.</p> <p>De instelling beschikt niet over een geldig brandveiligheidsattest; het vorige attest dateert van 16 maart 2012. Op 05 december 2017 heeft AZ Herentals dit nog besproken met de brandweer die wel een keuring heeft uitgevoerd maar nog geen attest heeft afgegeven. Het attest moet worden afgegeven voor de duur van twee jaar, zoals ook staat beschreven in de bouwplannen (zie ook Fysieke omgeving).</p> <p>De instelling heeft geen formele rampencoördinator; deze functie wordt ten tijde van de audit waargenomen door de medisch directeur die de opleiding rampenmanagement gevolgd heeft.</p> <p>Behalve deelname aan een rampenoefening in het bedrijf Umicore in 2013 bestaat vóór 2017 geen historie van frequent trainen en oefenen. In 2017 hebben twee rampenoefeningen plaatsgevonden: een evacuatieoefening in het operatiekwartier en op 7 november een scenario-oefening met een treincrash. Verbeteringen omvatten een snellere verwerking van de patiënten in het ziekenhuis en een optimalisatie van flow in (technische) ondersteuning (bijvoorbeeld de betrokkenheid van het laboratorium). Daarnaast heeft de medisch directeur een gijzeling op de dienst geriatrie in scene gezet (table-top-oefening) waaruit onder andere bleek dat het in kaart brengen van aanwezige artsen en bezoekers op de afdeling problematisch is; van deze laatste oefening is geen verslag of concrete uitwerking opgesteld.</p> <p>Het rampenplan legt de leiding voor het functioneren van het ziekenhuis bij het Coördinatiecomité. In het 'Reglement van inwendige orde spoedgevallen, punt 4 Beleid, staat onder punt 9 Rampenplan, dat de coördinatie voor rampen in het ziekenhuis aan de spoedarts is toegewezen. De auditor heeft geen planning van oefeningen voor rampen aangetroffen voor 2018.</p> <p>Jaarlijks vindt een toelichting plaats van het rampenplan bij de verpleegkundige afdelingen en éénmaal om de drie jaar bij de niet-verpleegkundige afdelingen. De crisiscel krijgt jaarlijks een opleiding en voor alle ziekenhuismedewerkers wordt een praktische blusoefening georganiseerd. Alle leden van de interventieploeg volgen tweejaarlijks een opleiding in bijvoorbeeld brandbestrijding en evacuatietechnieken. De medewerkers van de afdeling spoedgevallen maken hier ook deel van uit.</p> <p>De instelling beschikt over een outbreakprocedure, bijvoorbeeld van toepassing bij het Norovirus en streptococcus pyogenes. Samengewerkt wordt met de respectievelijke overheden, waarbij de bevoegdheidsverdeling in het rampenplan is terug te vinden, zonder dat deze wisselende competenties door iedereen gekend zijn, bijvoorbeeld voor het onderscheid gemeenschappen/federaal.</p> <p>Een van de alarmeringswijzen bij een noodsituatie of ramp (Netpresenter) wordt op vraag van de auditor getest en getoond. Het telefonisch informeren van medewerkers is toegelicht. Op de afdeling spoedgevallen heeft de auditor de oproeplijst van medewerkers met specificatie van woonafstand en benodigde verplaatsingstijd aangetroffen. In de noodplanning zijn specifieke situaties uitgewerkt zoals bijvoorbeeld uitval van elektriciteit, uitval van gasaanlevering, uitval van KWS en hoe te handelen bij een bommelding.</p> <p>Niet alle medewerkers volgen een training en opleiding in de voorbereiding op noodsituaties en rampen.</p>

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p><u>Uitdaging:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – De instelling verzorgt trainingen en opleidingen voor alle medewerkers inclusief de zorgverleners en leidinggevendend bij de introductie en daarna jaarlijks in de voorbereiding op noodsituaties en rampen, Voorbereid zijn op noodsituaties, Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen, 5.1, Goud
Patiëntenstroom	Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings.
	<p>Leiderschap Operatiekamers / het operatiekwartier Operatieve zorg Diagnostische beeldvorming De afdeling Spoedeisende Hulp</p>
	<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben het kritisch proces 'Patiëntenstroom' getoetst aan de hand van de patiëntentracers 'De patiënt opgenomen via de afdeling Spoedgevallen' en 'De traumapatiënt op de afdeling Spoedgevallen'. De instelling heeft 243 erkende bedden. De artsen verrichten in hoofdzaak raadplegingen in het ziekenhuis. In de nabijheid van de spoedgevallen is een huisartsenwachtpost ingericht die enkel tijdens het weekend en op feestdagen bemand is. De intentie is om in de toekomst nauwer met het ziekenhuis samen te werken met de huisartsenwachtpost. Ten tijde van het auditbezoek gebeuren geen verwijzingen vanuit de spoeddienst naar de huisartsenwachtpost.</p> <p>De afdeling IZ bevindt zich naast de afdeling spoedgevallen.</p>
Medische instrumenten en apparatuur	Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen.
	<p>Infectiepreventie en –bestrijding Leiderschap Operatiekamers / het operatiekwartier Diagnostische beeldvorming Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen Ambulante zorg</p>
	<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft het kritisch proces 'Medische instrumenten en apparatuur' getoetst aan de hand van de organisatorische tracers 'medische apparatuur in AZ Herentals' en 'vrijgave van medische apparatuur na onderhoud en herstel'.</p> <p>De auditor heeft de dienst biotechniek bezocht en op de afdelingen medische beeldvorming, intensieve zorgen, de raadpleging oogheelkunde, de Sp-dienst en de afdeling pediatrie de procedures rondom de aanschaf en het onderhoud van de medische apparatuur getoetst.</p> <p>Gesproken is met het diensthoofd technische dienst en verantwoordelijke medisch apparatuur.</p> <p>Alle opgevraagde apparatuur is terug te vinden in Ultimo, ook demonstratie-apparatuur, met alle documenten die nodig zijn. Er is een gebouwbeheersysteem dat getoond is tijdens het werkplekbezoek</p>

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>(Metasys). Tijdens de werkplekbezoeken is vastgesteld dat alle (medische) apparatuur, die op de verschillende afdelingen is bekeken, is voorzien van een onderhoudssticker en is er geen enkel (medisch) apparaat aangetroffen met een verlopen onderhoudsdatum. De technische dienst geeft aan zelf te werken aan patiëntveiligheid en wil geen enkel risico nemen.</p> <p>Er worden jaarlijks nog geen gegevens verzameld over de omvang en kenmerken van het gebruik van medische instrumenten en materialen. De auditees hebben geregeld overleg, hetgeen schriftelijk wordt vastgelegd, maar deze overleggen gaan vooral over operationele problemen.</p> <p>Informatie is niet beschikbaar over de omvang van de dienstverlening en het gebruik van apparatuur. Het Steriline pakket op de CSA is recent geïntroduceerd en nog niet volledig geïmplementeerd.</p> <p>Niet altijd is een verpleegkundige aanwezig tijdens het sterilisatieproces.</p> <p><u>Compliment:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Aanschaf en onderhoud medische apparatuur <p><u>Uitdagingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – De instelling verzamelt ten minste eenmaal per jaar informatie over de omvang en kenmerken van het gebruik van medische instrumenten en materialen, Medische instrumenten en apparatuur, Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen, 1.1, Goud – De instelling benut haar jaarplan op operationeel niveau en de informatie die zij verzamelt over de omvang van de dienstverlening en het gebruik van apparatuur, om te beslissen welke diensten voor reiniging en sterilisatie binnen de instelling worden aangeboden, Medische instrumenten en apparatuur, Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen, 1.2, Goud – De instelling beschikt over voldoende medewerkers en over een groep met de juiste samenstelling om de activiteiten op het vlak van reiniging en sterilisatie uit te kunnen voeren, Medische instrumenten en apparatuur, Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen, 1.6, Goud
Operatieve procedures	Verlenen van veilige operatieve zorg aan cliënten, van preparatie en de procedure in de operatiekamer tot aan het post-verkoevergebied en ontslag.
Operatiekamers / het operatiekwartier Operatieve zorg	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben het kritisch proces 'Operatieve procedures' getoetst aan de hand van de patiënten tracers 'De operatiepatiënt', 'De electieve operatiepatiënt' en 'De klinische patiënt na een orthopedische ingreep'. De auditoren hebben de afdelingen OK, het dagziekenhuis heilkunde en de POS bezocht. Gesproken is met de hoofdverpleegkundigen van de bezochte afdelingen, een anesthesist, medische diensthoofden en verpleegkundigen.</p> <p>Voor de screening op veneuze trombose en tromboseprofylaxe zijn voor de dienst orthopedie de richtlijnen aangetroffen in iPortal. Trombosescreening en voorschrijven van anticoagulantia is de verantwoordelijkheid van de behandelend arts en is ingebed in het pre-, per- en postoperatieve proces in het dossier van de patiënt.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>De instelling heeft een procedure voor antibioticaprofylaxe die middels een observatie van de auditoren correct is toegepast.</p> <p>Wat patiëntidentificatie betreft hebben de auditoren vastgesteld dat de identificatie door het actief vragen van naam, geboortedatum en check van het polsidentificatiebandje gebeurt.</p> <p>In meerdere interviews en observaties op het OK gebeurt de transfer en patiëntenoverdracht naar de recovery en van de recovery naar de verpleegafdeling volgens ISBARR plaats. Tijdens een observatie van overdracht van een patiënt van de afdeling orthopedie naar de afdeling Sp-dienst is het gebruik van ISBARR bevestigd gezien.</p> <p>Op de afdeling orthopedie passen ze decubituspreventie toe op basis van de Nortonschaal. In het operatiekwartier beschikken ze over speciale antidecubitus matrassen en gelkussens voor drukpunten.</p> <p>De auditoren hebben bevestigd gezien dat voldaan is aan het protocol ter vermijding van chirurgische ingrepen op de verkeerde plaats. De auditoren hebben middels meerdere observaties vastgesteld dat voor de start van de ingreep een eenduidige markering van het operatiegebied werd uitgevoerd.</p> <p>De instelling heeft een protocol voor veilige operaties dat voldoet aan de World Health Organization's Safe Surgery Checklist. De auditoren hebben middels observatie vastgesteld dat een time-out vlak vóór de start van de ingreep plaatsvindt.</p> <p>De auditoren hebben vastgesteld dat voor de start van de ingreep de benodigde preoperatieve informatie aanwezig is.</p> <p>Op de afdelingen CDC en orthopedie hangt in elke kamer een poster met de algemene valpreventiemaatregelen voor patiënten. De hoofdverpleegkundige van de afdeling orthopedie bevestigt dat valpreventiemaatregelen genomen worden als patiënten terugkeren van het operatiekwartier: het valmanneltje aan bed, anti-slipkousen en de onrusthekken omhoog plaatsen. In het operatiekwartier bevestigde de verpleegkundige van de recovery dat valpreventiemaatregelen worden genomen: de patiënt mag pas naar de afdeling na uitwerking van rachidiale anesthesie, het gebruik van het valmanneltje, briefing van de betreffende rachidiale anesthesie aan de verpleegkundige van de afdeling en het omhoog zetten van de onrusthekken.</p> <p>De hoofdverpleegkundige van het CDC, de zorgmanager OK en een anesthesist bevestigen dat alle verpleegkundigen een training in het omgaan met infuuspompen krijgen via een e-learningmodule.</p> <p>De auditoren hebben tijdens het werkplekbezoek aan het CDC, de afdeling orthopedie en het operatiekwartier vastgesteld dat de medicatieverificatie correct is toegepast volgens de vastgestelde criteria.</p>
Governance	Optimaal functioneren van het toezichtsorgaan.
Governance	
Opmerkingen:	
	De auditoren hebben het kritisch proces 'Governance' getoetst aan de hand van de organisatorische tracer 'governance in AZ Herentals'. De auditoren hebben gesproken met de leden van de raad van bestuur en de directie.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>De raad van bestuur heeft de missie, visie en waarden van de organisatie vastgesteld. Een regelmatige herziening is nog niet van toepassing. Hiervoor wordt een systematiek ontwikkeld.</p> <p>De stakeholders, auditees van de ondernemingsraad en de huisartsen, zijn geïnformeerd over de missie en visie maar niet betrokken bij de totstandkoming ervan.</p> <p>De auditor heeft kennis genomen van het actuele en gedetailleerde organogram, aangevuld met een reglement handtekeningsbevoegdheid. Een profielomschrijving, waaraan de leden van de raad van bestuur idealiter voldoen, is beschikbaar. Gezien de statutair geregelde samenstelling van de raad van bestuur, waarbij de helft van de leden politiek mandatarissen zijn, kunnen de selectiecriteria niet voor elk lid van toepassing worden gesteld. Een vervangingsbeleid om de continuïteit te verzekeren is niet voorzien.</p> <p>Directieleden worden ter vergadering uitgenodigd om een toelichting te geven bij actuele kwesties en er is een inscholingsmap voor nieuwe bestuurders beschikbaar. Voor de toekomst wordt een vormingsbudget voorzien, specifiek om bestuurders te scholen in ziekenhuismateries.</p> <p>Een overzicht van alle advies- en besluitvormingsorganen is beschikbaar. De raad van bestuur heeft een huishoudelijk reglement (HHR) en de ethische gedragscode vastgesteld waarin ook een regeling is opgenomen om belangenverstrengeling in besluitvorming tegen te gaan. De duur van de zittingsperiode en de aanwezigheidsvereisten zijn in het HHR niet geregeld.</p> <p>De verslagen van de raad van bestuur worden enkel met de leden gedeeld. De raad van bestuur deelt, via de directie, de besluiten met belanghebbenden.</p> <p>Er is een auditcomité en remuneratiecomité ingericht.</p> <p>Recent heeft de raad van bestuur een interne assessmentprocedure doorlopen en daaruit werk- en verbeterpunten gehaald die opgepakt worden.</p> <p>De raad van bestuur beschikt over alle nuttige financieel-economische en andere stuurinformatie die van belang is voor gedegen besluitvorming en om zowel het ziekenhuis als de directieleden te beoordelen.</p> <p>De beleidsplannen en begrotingscyclus maken onderwerp uit van de agenda van de raad van bestuur waarbij het tot zijn bevoegdheid behoort te beslissen over de toewijzing van middelen.</p> <p>Kwaliteit en patiëntveiligheid is een vast punt op de agenda van de raad van bestuur. Door de periodieke rapportages van de directie kan de raad van bestuur overzicht behouden over de geleverde prestaties in deze. Wanneer kwesties spelen in het ziekenhuis die een impact zouden kunnen hebben op de kwaliteit of de patiëntveiligheid deelt de directie deze met de raad van bestuur.</p> <p>De instelling hanteert een formeel communicatieplan dat zowel de standaard- als de crisiscommunicatie regelt.</p> <p>De raad van bestuur maakt geen jaarverslag van de eigen activiteiten en resultaten. De auditor heeft het jaarverslag van het ziekenhuis dat publiekelijk toegankelijk is, ingezien.</p>

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen


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

5.2.1 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 auditoren hebben het kritisch proces 'Infectiepreventie en –bestrijding' getoetst aan de hand van de patiëntentracers 'de patiënt met het Norovirus' en 'de patiënt die komt voor een scopie'. De auditoren hebben de afdelingen endoscopisch centrum en heerkunde bezocht. Gesproken is met een verpleegkundige, de hoofdverpleegkundige en een poetsvrouw van de afdeling heerkunde, de zorgmanager die verantwoordelijk is voor de centrale sterilisatie afdeling (CSA) (tevens ziekenhuishygiënist a.i.), de arts microbioloog, de adjunct hoofdapotheker en het hoofd CSA.</p> <p>Beleid en procedures inzake onderwerpen rond infectiepreventie en-bestrijding zijn aanwezig waaronder het document 'Outbreakmanagement' en protocollen van infecties en hoe te handelen. Het document 'Outbreakmanagement' beschrijft hoe vermoede zorggerelateerde infecties opgespoord moeten worden, wie verantwoordelijk is en aan wie gerapporteerd dient te worden. Als voorbeeldcasussen zijn een recente uitbraak van het Norovirus in een naburig ziekenhuis en het snel starten van een epidemiologisch onderzoek door de vervangend ziekenhuishygiënist en de arts microbioloog benoemd. Bij de uitbraak van een streptokok pyogenes is samenwerking aangegaan met het uitbraak supportteam van de overheid die onder andere advies heeft gegeven over de richtlijnen. Naar aanleiding van deze uitbraken zijn verbeteringen doorgevoerd, een voorbeeld daarvan is het gebruik van een ander schoonmaakmiddel.</p> <p>Voorlichting voor patiënten is in de vorm van folders aanwezig. Er is een nieuwe patiëntenfolder ontwikkeld voor patiënten en familie met het Norovirus.</p> <p>Tijdens het werkplekbezoek aan de afdelingen heerkunde en geriatrie is door verpleegkundigen getoond dat specifieke procedures gevolgd worden voor het omgaan met besmette materialen, apparatuur en instrumenten.</p> <p>Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen zijn aanwezig om besmetting tegen te gaan.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

5.2.2 Medicatiebeheer

Kritisch proces	Omschrijving
Medicatiemanagement	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben het kritisch proces 'Medicatiebeheer-medicatiemanagement' getoetst aan de hand van de patiënttracer 'de patiënt met high-riskmedicatie' en de organisatorische tracer 'medicatieverificatie in AZ Herentals'.</p> <p>De auditoren hebben de apotheek, de Sp-dienst, het inwendig en geriatisch dagziekenhuis, de afdelingen intensieve zorgen en pediatrie bezocht.</p> <p>Gesproken is met de hoofdapotheeker, apothekers, een apothekersassistente, een verpleegkundige en de hoofdverpleegkundige van het inwendig en geriatisch dagziekenhuis, een verpleegkundige en de hoofdverpleegkundige van de afdeling intensieve zorgen, de hoofdverpleegkundige van de afdeling pediatrie en de hoofdverpleegkundige van de Sp-dienst. Tevens vond een gesprek plaats met het medische materiaal comité en het farmaceutisch comité.</p> <p>Er zijn drie werkwijzen in het ziekenhuis voor het medicatiemanagement: klinisch werkstation (KWS), Expertis en schriftelijk in het patiëntendossier. Dit houdt mogelijk risico's in bij de transfer van patiënten. Het ziekenhuis zit in de transitiefase om medicatiemanagement volledig in KWS onder te brengen, de uitrol van de eerste afdelingen is ten tijde van de audit gerealiseerd.</p> <p>Er is geen uniforme werkwijze met betrekking tot het klaarzetten van medicatie en het toedienen van medicatie op de diverse afdelingen. De medicatie wordt voor 24 uur klaargezet, soms gebeurt dit gedurende de dag en soms gedurende de nacht. Deze werkwijze is niet geoorloofd door het Vlaams toezicht.</p> <p>De medicatiekasten stonden open ten tijde van de audit op het inwendig en geriatisch dagziekenhuis en de afdeling intensieve zorgen. Er waren wel verpleegkundigen in de buurt van de medicatiekasten aanwezig.</p> <p>De high-alertmedicatie en de look alike en sound alike medicatie zijn duidelijk zichtbaar gemarkeerd in alle onderzochte medicatiekasten. De kast met high-alertmedicatie op de afdeling intensieve zorgen was afgesloten.</p> <p>In de wachtdienst van de apotheek is er geen sluitend systeem met betrekking tot de toediening van medicatie na een mondeling order waarbij validatie niet gebeurt voor de toediening van de medicatie.</p> <p>Er is nog geen jaarrapportage van de commissie medicatie management (CMM) aanwezig.</p> <p>Op diverse afdelingen is aangegeven dat er geen voortdurende training is over het beheer van high-alertmedicatie. In het inscholingsprogramma is dit wel opgenomen. De training voor inscholing gebeurt tweemaal per jaar. Medicatiegebruik is geen apart onderwerp in het inscholingsprogramma dat de zorgverleners moeten volgen voordat zij zelfstandig mogen werken. Het onderwerp high-alertmedicatie is wel opgenomen in het inscholingsprogramma. Er is een beperkt aantal opleidingsmomenten voor nieuwe zorgverleners (twee maal per jaar). De tijd tussen het effectief toepassen van medicatiegebruik en de opleiding kan enkele maanden zijn. Daarnaast is er ten tijde van het auditbezoek geen uniform beleid met betrekking tot medicatiemanagement.</p>  <p>Verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen van de afdelingen pediatrie, IZ en de Sp-dienst geven aan geen kennis te hebben over de doorlooptijden voor het leveren van medicatie voor noodhulp. Er is geen 'spoorwegboekje' met vaste tijdstippen voor leveringen.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

De auditee van de apotheek geeft aan dat er beleid is met betrekking tot de doorlooptijden voor het leveren van medicatie voor noodhulp en dringende hulp, maar dat dit beleid niet wordt toegepast.

De auditor heeft vastgesteld dat in het dagziekenhuis oncologie verpleegkundigen werkzaam zijn die geen bijzondere beroepsbekwaamheid hebben, nog geen vijf jaar op de afdeling werken, maar wel chemotherapie toedienen.

Op enkele verpleegafdelingen gaat de verpleegkundige langs de patiënten met de medicatiekar zonder de computer on wheels (COW) en/of het medicatiedossier. De verpleegkundige kan hierdoor de juiste medicatie niet voor toediening nakijken.

Uitdagingen:

- De instelling implementeert een uitvoerig beleid voor het beheren van 'high-alertmedicatie', Medicatiebeheer – medicatiemanagement, Medicatiebeheer, 3.6, VIR, Platina
- De instelling maakt zorgverleners en andere medewerkers wegwijs in het proces van medicatiegebruik voordat ze zelfstandig mogen werken, Medicatiebeheer – medicatiemanagement, Medicatiebeheer, 1.9, Goud!
- De instelling hanteert doorlooptijden voor het leveren van medicatie voor noodhulp, medicatie voor dringende hulp en routinemedicatie, Medicatiebeheer – medicatiemanagement, Medicatiebeheer, 15.2, Goud!
- De instelling stelt minimumkwalificaties vast voor zorgverleners en andere medewerkers die medicatie toedienen, Medicatiebeheer – medicatiemanagement, Medicatiebeheer, 18.1, Goud!
- Vóór toediening, controleren de zorgverleners en andere medewerkers of de juiste medicatie wordt toegediend, Medicatiebeheer – medicatiemanagement, Medicatiebeheer, 18.2, Goud!
- De zorgverleners en andere medewerkers raadplegen het medicatiedossier van de cliënt telkens wanneer medicatie wordt toegediend, Medicatiebeheer – medicatiemanagement, Medicatiebeheer, 18.3, Goud!

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

5.2.3 Ambulante zorg

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 auditoren hebben het kritisch proces 'Ambulante Zorg' getoetst aan de hand van de patiëntentracers 'de patiënt die komt voor een scopie' en 'de patiënt op de raadpleging'. De auditoren hebben de afdelingen inwendig en geriatisch dagziekenhuis en het endoscopisch centrum bezocht. Gesproken is met een cardioloog, een gastro-enteroloog, het adjunct hoofd raadpleging inwendige ziekten, verpleegkundigen van de raadpleging cardiologie, het verpleegkundig afdelingshoofd en verpleegkundigen van het inwendig en geriatisch dagziekenhuis.</p> <p>Volledige en actuele patiëntendossiers die gekoppeld zijn aan een uniek patiëntenidentificatienummer zijn aangetroffen. Er zijn zowel digitale (medische) als papieren (verpleegkundige) dossiers in gebruik. Het team neemt de privacy van de patiënt in acht bij het omgaan met de patiëntendossiers.</p>	
Competentie	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>Tijdens het jaargesprek vindt een toetsing plaats van de benodigde kwalificaties van de teamleden. Trainingen worden gegeven door middel van scholingen, onder andere door specialisten, firma's voor medische hulpmiddelen en via de "train de trainer" methodiek bij afwezigheid van een teamlid bij gezamenlijke scholingen. Registratie van de verplichte scholingen vindt plaats in een digitaal systeem waarin de hoofdverpleegkundige van het inwendig en geriatisch dagziekenhuis en het adjunct hoofd raadpleging inwendige ziekten inzage hebben.</p> <p>Voor nieuwe teamleden is een introductiedag ontwikkeld waar onder andere aan bod komen: informatie over de ziekenhuisorganisatie, het veilig gebruik van medische apparatuur, instrumenten en benodigdheden die worden gebruikt voor het verlenen van ambulante zorg, het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en omgaan met agressie en geweld.</p>	
Klinisch leiderschap	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.
<p>Opmerkingen:</p> <p>Het verpleegkundig hoofd van het inwendig en geriatisch dagziekenhuis geeft aan dat ze via het beleidsplan van de afdeling aan kan geven welke middelen nodig zijn voor het komende jaar, dit in samenspraak met het team en met de zorgmanager.</p> <p>De lijst van apparatuur met de data voor preventief onderhoud is inzichtelijk voor alle hoofden via Ultimo.</p> <p>In het inwendig en geriatisch dagziekenhuis en op de raadpleging inwendige ziekten zijn voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen aanwezig en de noodapparatuur is up to date.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Resultaten beïnvloeden	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>Evidence based richtlijnen zijn aanwezig. De longarts en internist geven aan een verdeling onder de collega's te maken wie waarvoor verantwoordelijk is voor wat betreft het actueel houden van de richtlijnen en wie zorg draagt voor het beschikbaar maken van de richtlijnen voor collega's en het verpleegkundig personeel.</p> <p>In het internistisch dagziekenhuis en de raadpleging inwendige ziekten worden de risico's voor de patiënt en medewerkers actief geïdentificeerd, gereduceerd en gemanaged. Voor de medewerker wordt gebruik gemaakt van een poster in de werkpost waar de risico's voor elke specifieke afdeling zijn beschreven en op basis waarvan de preventieve maatregelen zijn opgesteld.</p> <p>Incidenten worden door het team geregistreerd. De hoofdverpleegkundige van het internistisch dagziekenhuis en het hoofd van de raadpleging inwendige ziekten geven aan dat het melden van bijna-incidenten wel meer gestimuleerd moet worden in het team. Het team is op de hoogte van de incidenten die gemeld worden en krijgt een terugkoppeling met eventuele verbeterpunten.</p>	
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 afdelingen internistisch dagziekenhuis en raadpleging inwendige ziekten ontvangen patiënten en hun familieleden aan de hand van een informatiefolder voorlichting over de diensten die ze verlenen.</p> <p>Op de raadpleging inwendige ziekten is door de auditor een cardiologische patiënt gevolgd van binnenkomst tot vertrek. Het team, waaronder een cardioloog en verpleegkundigen, beoordeelt de lichamelijke en psychologische gezondheid van de patiënt op een nauwkeurige en passende wijze.</p> <p>Op de afdeling internistisch dagziekenhuis heeft de auditor een ontslagprocedure gevolgd, waarbij de patiënt tijdig op de hoogte werd gebracht van het ontslag en volledige instructies betreffende het ontslag en de medicatie voor thuis kreeg.</p> <p>Op de afdeling internistisch dagziekenhuis is de mogelijkheid tot spoedoverleg. Toegang tot het laboratorium en toegang tot andere diagnostische diensten zijn digitaal mogelijk.</p> <p>Het team verkrijgt informed consent en legt dit vast in het patiëntendossier. In het endoscopisch centrum heeft de auditor geobserveerd dat de patiënt voor het onderzoek een voorlichtingsfolder krijgt en de mogelijkheid om per email informatie te krijgen met een video over het betreffende onderzoek. Voor wat betreft het informed consent vraagt het team van het endoscopisch centrum de patiënt een formulier in te vullen.</p> <p>Medicatieregistratie is door de auditor in het internistisch dagziekenhuis ingezien waarbij een gekwalificeerd teamlid de medicatieopdracht uitvoerde en de medicatie tijdig en nauwkeurig verstreekte.</p> <p>Verpleegkundigen van de raadpleging inwendige ziekten ontvangen patiënten op de polikliniek op een vertrouwelijke en respectvolle manier.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Op de raadpleging wordt een patiëntvolgsysteem gebruikt. Patiënten krijgen een badge met een specifiek nummer die op de deur van de behandelkamer verschijnt als ze deze kunnen betreden. Via deze badge kan de patiënt gedurende zijn of haar verblijf gevolgd worden.

Compliment:

- Patiëntvolgsysteem

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

5.2.4 Bloedbank- en transfusiediensten

Kritisch proces	Omschrijving
Bloeddiensten	Veilige processen bij het omgaan met bloed en bloedcomponenten, van donorselectie en bloedcollectie tot aan het toedienen van transfusies.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben het kritisch proces 'Bloedbank en transfusiediensten' getoetst aan de hand van de patiëntentracer 'De electieve operatiepatiënt met bloedtransfusie'. De auditoren hebben de afdelingen inwendige ziekten 1, het klinisch laboratorium, het priklokaal en de raadpleging inwendige ziekten bezocht. Gesproken is met de hoofdverpleegkundige en een verpleegkundige die de transfusie heeft toegediend op de afdeling inwendige ziekten, de hematoloog, de klinisch bioloog, de hemovigilantiemedewerker en de verpleegkundige van het priklokaal.</p> <p>De transfusieprocedures zijn correct opgevolgd. De patiënt heeft de brochure voor bloedtransfusie met de mogelijke complicaties gekregen. De patiënt heeft toestemming gegeven voor de bloedtransfusie.</p> <p>De patiëntenidentificatie vindt plaats door middel van actieve bevraging naar naam, geboortedatum en polsidentificatiebandje.</p> <p>Het transfusiedocument wordt ingevuld bewaard in het dossier van de patiënt. Er is een transfusiecomité dat tweemaal per jaar vergadert. De auditoren hebben het verslag van de vergadering van het transfusiecomité d.d. 15-11-2017 ingezien.</p> <p>De auditoren hebben het interne auditrapport 'Bloedtransfusie SP' en het interne audit rapport van het oncologisch dagziekenhuis ingezien.</p> <p>Wegens onderbezetting worden er geen klinische lessen gegeven over bloedtransfusies op de verpleegafdelingen. Dit wordt ondervangen door een e-learningmodule. Login voor cybertrack is pas mogelijk als de verpleegkundige de e-learningmodule met succes gevolgd heeft.</p> <p>Het klinisch laboratorium gebruikt het 'Transfusiehandboek AZ Herentals' als kwaliteitshandboek om het transfusieproces te monitoren.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

5.2.5 De afdeling Spoedeisende Hulp

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 auditoren hebben het kritisch proces 'Spoedeisende Hulp' getoetst aan de hand van de patiëntentracers 'de patiënt opgenomen via de afdeling Spoedgevallen' en 'de traumapatiënt op de afdeling Spoedgevallen'. De auditoren hebben de afdeling spoedgevallen bezocht en gesproken met de spoedartsen en het medisch diensthoofd, de hoofdverpleegkundige en triageverpleegkundigen. De afdeling werd één jaar geleden vernieuwd. De wachtruimte heeft cameratoezicht. De afdeling spoedgevallen beschikt onder andere over verschillende ruimtes met twee of vier bedden voor patiënten die opgenomen moeten worden op een klinische afdeling, behandelboxen, een gipskamer en een isolatiekamer.</p> <p>De auditor heeft meerdere patiënten gezien en gevolgd: een man gevallen op de rechter pols, een man met buikpijn, een vrouw met keelontsteking en een man met longklachten. De auditor heeft kennis genomen van het document 'Reglement van inwendige orde spoedgevallen AZ Herentals', d.d. december 2014.</p> <p>Het diensthoofd spoedgevallen verduidelijkt de werking van E-care en de automatische controle op berichtgeving over bijvoorbeeld diagnose, behandeling, voorgeschiedenis, anamnese, klinisch onderzoek en medicatie. Voorts wordt de werking van de automatische controle op berichtgeving op jaarbasis geëvalueerd; zo is het streefdoel om 95% van de ontslagbrieven naar de huisarts binnen één week te versturen. Bij inzage in E-care heeft de auditor de openstaande taken aangetroffen.</p> <p>Het team baseert zijn zorgverstrekking op evidence based richtlijnen; het medisch diensthoofd toont de auditor het document 'Richtlijnen spoedgevallen: duiding en borging', d.d. 25-1-2017, waarin kritieke prestatie-indicatoren zijn beschreven en toegelicht.</p>	
Competentie	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De hoofdverpleegkundige spoedgevallen, die zes maanden in dienst is, geeft aan dat het team naast de spoedartsen bestaat uit 23 verpleegkundigen, allen met de beroepstitel spoed en intensieve zorgen, één zorgkundige en één ambulancier. Functieprofielen zijn uitgewerkt in overleg met HR en de zorgmanagers. De medewerkers worden op verschillende vlakken getraind, zoals bijvoorbeeld jaarlijkse bijscholingen in verband met agressie en/of conflicten, opleidingen tijdens de (verplichte) week van de patiëntveiligheid, e-learning spuitpompen, etc.</p> <p>Het team evalueert zijn functioneren tijdens de dienstvergaderingen en geeft daarvan ook uiting middels de verbeterborden die men op de gang aantreft. Voorbeelden die zijn aangetroffen op de verbeterborden betreffen de triage, terugkoppeling over incidentmeldingen, feedback vanuit de veiligheidsrondes over valpreventie en materiaalcheck.</p> <p>Drie verpleegkundigen werken tijdens de vroege en nachtdienst, vier verpleegkundigen werken tijdens de avonddienst. Op de afdeling zijn één zorgkundige, één administratief medewerker, één ambulancier en een vijftal vaste spoedartsen werkzaam en enkele spoedartsen met een tijdelijk contract. Overdag zijn twee spoedartsen aanwezig, 's-nachts één. Indien nodig is de arts van de afdeling IZ oproepbaar voor de opvang van spoedpatiënten. De in het ziekenhuis aanwezige ambulancedienst wordt waargenomen door externen; dagelijks zijn gemiddeld een vijftal uitrukken. Gemiddeld doen een 60-tal patiënten per dag beroep op de afdeling spoedgevallen.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Bij HR bestaat voor elk teamlid een actueel personeelsdossier met de vereiste informatie over de benodigde kwalificaties, de gevolgde opleidingen en trainingen. Nieuwe medewerkers worden ingewerkt onder begeleiding van een ervaren collega.

De medisch directeur geeft aan dat voor de artsen geen specifieke functieprofielen zijn vastgelegd. In de algemene regeling worden de kwalificaties, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden slechts zeer algemeen beschreven; er zijn geen specifieke omschrijvingen voor elke arts. Dit is bevestigd door de spoedarts die aangeeft dat voor deze functie geen specifieke functieprofielen bestaan. In E-power is getoond dat alle medewerkers en artsen staan opgenomen in E-power en dat voor allen een functieprofiel aanwezig is. Het gebruik van E-power is recent voor de artsen in gebruik genomen.

Klinisch leiderschap

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

Opmerkingen:

De instelling werkt samen met de omliggende ziekenhuizen en heeft gedefinieerd welke spoedzorg in de eigen instelling wordt verricht. De auditor heeft gehoord dat bijvoorbeeld de ambulance, die is uitgerukt voor een noodoproep aangaande een patiënt met vermoeden van een aneurysma, de patiënt onmiddellijk naar het AZ Turnhout brengt.

Verbeteringen zijn doorgevoerd op de afdeling spoedgevallen, bijvoorbeeld de inrichting van de reanimatiezaal. De samenwerking met de ziekenhuisspecialisten, directie en zorgmanager verloopt vlot.

Persoonlijke beschermingsmiddelen zijn aanwezig; de auditor heeft de aanwezige beschermkledij voor de opvang van vermoedelijke ebolapatiënten aangetroffen.

Ten tijde van het auditbezoek is geen adequate opvang voor chemisch gecontamineerde slachtoffers beschikbaar; dit kwam ook tot uiting tijdens een oefening en verwezenlijking daarvan zou gepland zijn, aldus de auditees.

Het inbrengen van infusen en bloedafname gebeurt zonder handschoenen.

Uitdaging:

- Het team beschikt over adequate persoonlijke beschermingsmiddelen die deugdelijk zijn onderhouden, De afdeling Spoedeisende hulp-Klinisch leiderschap, De afdeling Spoedeisende hulp, 2.5, Goud!

Resultaten beïnvloeden

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

Opmerkingen:

De gezondheidstoestand van de patiënt wordt regelmatig opgevolgd en de patiënt wordt er ook op attent gemaakt zich actief te melden als tekenen van een verslechtering worden waargenomen.

Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten voorkomen; het gaat daarbij om zelf gemelde incidenten en incidenten over de zorgverlening op spoedgevallen gemeld door de aansluitende klinische afdelingen. Een voorbeeld is het geven van te weinig solumedrol; de opvolging van dit incident is aangetroffen.

Notities worden aangemaakt in het patiëntendossier E-care via de "ample-methodiek" (allergies, medicine,

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

past, last meal, event).

De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken aan de afdeling spoedgevallen gezien dat niet voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn; de controle van de identiteit van de patiënt werd door twee verpleegkundigen uitgevoerd door als medewerker de naam van de patiënt uit te spreken en hiervan bevestiging te vragen aan de patiënt.

Uitdaging:

- Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol bij alle diensten en procedures, De afdeling Spoedeisende Hulp - resultaten beïnvloeden, De afdeling Spoedeisende Hulp, 10.6, VIR, Goud

Zorgverlening

Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.

Opmerkingen:

Op de afdeling spoedgevallen zijn veiligheidsrondes gelopen met verbeteracties op het gebied van medicatieverificatie (validatie) en triage (te lange triagetijden).

De triageverpleegkundige staat in voor de eerste medisch-verpleegkundige opvang en evaluatie van de patiënten met navraag naar de pijngewaarwording en doorvoeren van de eventuele pijnbestrijding. De bevindingen worden in het elektronisch patiëntendossier vastgelegd. De auditor heeft een triagegesprek bijgewoond. De vastlegging van gegevens is gezien en de informatieverstrekking aan de (familie van) patiënt over de vermoedelijke diagnose en verdere aanpak door de arts is bijgewoond. De patiënt en familie is de gelegenheid geboden om vragen te stellen.

De ambulancedienst wordt op informele wijze geïnformeerd over thema's die de samenwerking in het ziekenhuis betreffen. De samenwerking met de ambulancedienst wordt jaarlijks geëvalueerd; een service level agreement en regionaal overleg is met de ambulancefirma uitgewerkt.

De medicatie wordt bewaard in de Vanaskast. De auditor heeft de werkwijze van het digitaal voorschrijven van medicatie met inloggen, selectie van patiënt en voorschrijvende arts, geneesmiddelnaam etc. bijgewoond. Bij onvolledig voorschrift koppelt de verpleegkundige terug naar de arts. De geneesmiddelenvoorraad op de afdeling spoedgevallen fungeert tevens als noodvoorraad voor het ziekenhuis.

De auditor heeft de werking van het patiëntenvolgsysteem op de afdeling spoedgevallen gevolgd waarbij patiënten een badge krijgen voor het patiëntvolgsysteem dat bijvoorbeeld signaleert wanneer de patiënt na een onderzoek terug in de wachtzaal zit.

Compliment:

- Patiëntenvolgsysteem

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

5.2.6 Diagnostische beeldvorming

Kritisch proces	Omschrijving
Diagnostische diensten - diagnostische beeldvorming	Beschikbaarheid van diagnostische beeldvorming om zorgverleners informatie te verschaffen over de aanwezigheid, ernst en oorzaken van medische problemen en de procedures en processen die door deze diensten worden gebruikt.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben het kritisch proces 'Diagnostische beeldvorming' getoetst aan de hand van de organisatorische tracer 'medische apparatuur in AZ Herentals' en de patiëntentracer 'de patiënt die komt voor een radiologisch onderzoek'.</p> <p>De auditor heeft de afdelingen medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde bezocht. Gesproken is met het medisch diensthoofd medische beeldvorming, de hoofdverpleegkundige medische beeldvorming, de medisch technoloog medische beeldvorming, een laborant nucleaire geneeskunde en een arts van de dienst nucleaire geneeskunde. Er zijn ook twee patiënten gevolgd die zich kwamen aanmelden.</p> <p>De geldende vergunningen zijn beschikbaar en de afdeling medische beeldvorming voldoet aan alle wettelijke voorwaarden.</p> <p>De wachttijden die bestonden voor de Nucleaire Magnetische Resonantie (NMR) scan zijn recent verbeterd. Men kan nu ook de afspraken van de samenwerkende afdeling in AZ Turnhout inzien, hoewel men niet rechtstreeks kan plannen.</p> <p>Er is voortdurend aandacht voor het bevragen van de patiënten, bijvoorbeeld of er sprake is van zwangerschap of allergie, voordat de onderzoeken starten. Op het secretariaat van de afdeling medische beeldvorming wordt patiëntidentificatie 100% correct uitgevoerd constateert de auditor na verschillende checks.</p> <p>Er is geen systematische opvolging van de noden en behoeften van medische professionals en de huisartsen.</p> <p>Patiënten van de spoedopname en gehospitaliseerde patiënten worden na een onderzoek in een wachtruimte geplaatst waar geen fysiek permanent toezicht is, wel is er camerabewaking die te volgen is aan de balie. Dit vergt permanent toezicht vanuit de balie en dit kan niet steeds worden verzekerd. Tijdens de audit is gezien dat van de drie keer dat dit geobserveerd is, er eenmaal een verpleegkundige aanwezig was achter de balie. Op zondag is de verpleegkundige alleen en kan het observeren van de camerabewaking niet gegarandeerd worden.</p> <p>De laborant nucleaire geneeskunde heeft uitleg gegeven over hoe wordt omgegaan met de isotopen. De auditor heeft bevestigd gekregen dat dit gebeurt volgens de wettelijke richtlijnen. Alle benodigde ruimtes zijn aanwezig en voldoen aan de gestelde criteria.</p> <p>De tijdens het werkplekbezoek aanwezige technici voldeden aan de voorschriften met betrekking tot het dragen van een loden schort en het dragen van een badge voor stralingsbescherming.</p> <p>In het gesprek met het medisch diensthoofd medische beeldvorming is aangegeven dat er geen jaarlijkse evaluatie is over de kwaliteit van de radiologische diagnostiek.</p> <p>Uitdagingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Wanneer sedativa of anesthetica worden toegediend, wordt de cliënt tijdens en na het onderzoek bewaakt door gekwalificeerde teamleden, Diagnostische diensten - diagnostische beeldvorming, Diagnostische beeldvorming, 11.8, Goud! 	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

- Het team evalueert jaarlijks de kwaliteit van zijn radiologische diagnostiek, Diagnostische diensten - diagnostische beeldvorming, Diagnostische beeldvorming, 17.1, Goud!

Resultaten beïnvloeden

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

Opmerkingen:

Tijdens het werkplekbezoek aan de afdeling medische beeldvorming is geconstateerd dat het patiëntidentificatieprotocol gevolgd werd bij zowel de balie, als bij patiënten die werden opgeroepen voor het onderzoek.

De medewerkers van de afdeling medische beeldvorming zijn opgeleid en er is een apart beleid voor valincidenten op de afdeling medische beeldvorming. Op de afdeling medische beeldvorming, maar ook op andere plaatsen in het ziekenhuis hangen posters rondom valpreventie.



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

5.2.7 Kritieke zorg

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 auditoren hebben het kritisch proces 'Kritieke zorg' getoetst aan de hand van de patiëntentracer 'de patiënt met een ongeplande IC-opname'. De auditor heeft de afdeling Intensieve zorgen (IZ) bezocht. Gesproken is met een verpleegkundige IZ, de hoofdverpleegkundige IZ en een intensivist.</p> <p>Tijdens het uitvoeren van de tracer is vastgesteld dat de bevindingen rond diagnostiek en behandeling, waaronder medicatie, geregistreerd zijn in papieren dossiers en in digitale dossiers.</p> <p>Het patiëntendossier is actueel en toegankelijk voor bevoegden. Gewerkt wordt met verschillende softwareprogramma's en ook op papier wordt gerapporteerd. De auditor heeft geconstateerd dat de afspraken die in het ziekenhuis zijn vastgesteld door iedereen worden gevolgd op een eenduidige manier.</p> <p>Op de afdeling IZ wordt gewerkt met procedures, protocollen en richtlijnen die voor iedereen goed te vinden zijn.</p>	
Competentie	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De noodzakelijke scholingen op de afdeling IZ, waaronder de scholing met betrekking tot infuuspompen, zijn gevolgd.</p> <p>Het personeelsmanagementsysteem E-power wordt standaard door medewerkers gebruikt en ook de hoofdverpleegkundige kan in dit leerplein zien waar de medewerkers wat betreft scholing staan.</p> <p>Het functioneren van teamleden is besproken in de jaargesprekken. Deze jaargesprekken worden jaarlijks uitgevoerd. Tijdens de jaargesprekken worden persoonlijke wensen en voor de uitoefening noodzakelijke opleidingen besproken.</p> <p>Het inwerkprogramma op de afdeling IZ is specifiek voor deze afdeling opgesteld.</p> <p>Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de medewerkers van de afdeling IZ zijn beschreven.</p> <p>Ruimtelijke voorzieningen, benodigde middelen en dienstroosters voldoen op het gebied van arbeidsomstandigheden.</p>	
Klinisch leiderschap	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft gezien dat de ruimtes op de afdeling IZ privacy en rust geven aan patiënten en medewerkers.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

De fysieke ruimtes op de afdeling IZ zijn geschikt voor het uitoefenen van de IZ-functie. Voor familie zijn familiekamers aanwezig. Begeleiding van familie wordt geboden door het multidisciplinaire team van de afdeling IZ.

Medische apparatuur wordt beheerd, is onderhouden en een werkgroep is verantwoordelijk voor de controle van de medische apparatuur. De auditor heeft geen medische apparatuur aangetroffen met een niet recente onderhoudsstatus.

Medewerkers zijn gekwalificeerd en passen persoonlijke beschermingsmiddelen toe.

Resultaten beïnvloeden

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

Opmerkingen:

Auditees van de afdeling IZ bevestigen dat interne audits en veiligheidsrondes zijn uitgevoerd. De daaruit voortvloeiende verbeterplannen krijgen een kleur: rood, groen en oranje. Deze kleuren geven aan wat de status is van de verbetermaatregel.

De auditor heeft vastgesteld dat de afdeling IZ risico's in kaart brengt en beheersmaatregelen neemt.

Incidentmeldingen zijn gezien in het meldingsprogramma van het ziekenhuis. Verpleegkundigen van de afdeling IZ houden zich bezig met de analyse van de incidentmeldingen.

Door de auditor is gezien dat aandacht is voor hygiëne op de afdeling IZ. Hygiëne-audits zijn uitgevoerd.

Zorgverlening

Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.

Opmerkingen:

Tijdens de tracer is bevestigd gezien dat de afdeling IZ voldoet aan de gestelde en landelijk gangbare normen.

Gedurende het zorgproces worden diagnostiek en behandeling geregistreerd. De teamleden hebben toegang tot het patiëntendossier.

Informed consent wordt verkregen van de patiënt of familie en genoteerd in het patiëntendossier.

De opname van de patiënt is gestructureerd en verloopt volgens een vaste methode.

De IC-bespreking is multidisciplinair georganiseerd.

De zorg na opname verloopt volgens een vast schema waar iedereen multidisciplinair aan meewerkt.

Het zorgbeleid worden volgens vaste afspraken in de computer of op papier geschreven.

Bij de overdracht naar iedere afdeling en bij iedere interne overdracht gebeurt dit via een vast stramien, namelijk de ISBARR. De auditor heeft gezien en gehoord dat dit structureel gebeurde.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

5.2.8 Medische (niet-chirurgische) zorg

Kritisch proces	Omschrijving
Besluitondersteuning	<p>Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.</p> <p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben het kritisch proces 'Medische (niet-chirurgische) zorg' getoetst aan de hand van de patiëntentracers 'de patiënt op de afdeling neurologie' en 'de patiënt op de afdeling geriatrie'. De auditoren hebben de afdelingen inwendige ziekten (neurologie/cardiolegie) en geriatrie bezocht. Gesproken is met de hoofdverpleegkundige, verpleegkundigen en logistieke medewerkers van de afdeling inwendige ziekten (cardiolegie/neurologie), de hoofdverpleegkundige en verpleegkundigen van de afdeling geriatrie, een neuroloog en een longarts.</p> <p>Volledige en actuele patiëntendossiers die gekoppeld zijn aan een uniek patiëntenidentificatienummer zijn aangetroffen.</p> <p>De privacy van de patiënt bij het gebruik van zowel het papieren (verpleegkundige) en het elektronische (medische) dossier wordt in acht genomen.</p> <p>Evidence-based richtlijnen zijn voor de afdelingen inwendige ziekten (cardiolegie/ neurologie en longziekten) aanwezig en zijn beschikbaar voor het team. De cardiologen en longartsen dragen zorg voor de actualisatie van de richtlijnen en informeren het verpleegkundig team bij eventuele wijzigingen of vernieuwingen</p>
Competentie	<p>Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.</p> <p>Opmerkingen:</p> <p>Trainingen worden gegeven door middel van scholingen, onder andere door specialisten, firma's voor medische hulpmiddelen en via de train de trainer methodiek bij afwezigheid van een teamlid bij gezamenlijke scholingen. Registratie van de verplichte scholingen vindt plaats in een digitaal systeem waarin de afdelingshoofden inzage hebben. Medisch specialisten geven scholingen aan verpleegkundigen. Een voorbeeld hiervan is de scholing over drainage die door alle verpleegkundigen van het ziekenhuis bezocht kan worden maar voor de longverpleegkundigen verplicht is gesteld.</p> <p>Voor nieuwe teamleden is een introductiedag ontwikkeld waar onder andere bod komen: informatie over de ziekenhuisorganisatie, het veilig gebruik van medische apparatuur, instrumenten en benodigdheden die worden gebruikt voor het verlenen van ambulante zorg, het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en omgaan met agressie en geweld.</p>
Klinisch leiderschap	<p>Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.</p> <p>Opmerkingen:</p> <p>De hoofdverpleegkundigen van de afdelingen geriatrie en inwendige ziekten 1 geven aan dat ze via het beleidsplan aangeven welke middelen nodig zijn voor het komende jaar, dit gaat in samenspraak met het team en de zorgmanager.</p> <p>De lijst van apparatuur met data voor preventief onderhoud is inzichtelijk voor de hoofdverpleegkundigen via Ultimo.</p>

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Op de afdelingen inwendige ziekten (cardiologie/neurologie) en geriatrie zijn voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen aanwezig en de noodapparatuur is up to date.

Resultaten beïnvloeden

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

Opmerkingen:

Op de afdelingen inwendige ziekten 1 en geriatrie worden de risico's voor de patiënt en medewerkers actief geïdentificeerd, gereduceerd en gemanaged. Voor de medewerker wordt gebruik gemaakt van een poster in de werkpost waarop de risico's voor elke specifieke afdeling zijn beschreven en op basis waarvan de preventieve maatregelen zijn opgesteld.

Incidenten worden door het team geregistreerd. De hoofdverpleegkundige en verpleegkundigen op de afdeling inwendige ziekten 1 geven aan dat het melden van bijna incidenten wel meer gestimuleerd kan worden in het team. Het team is op de hoogte van de incidenten die gemeld worden en krijgt een terugkoppeling met eventuele verbeterpunten. Het team inwendige ziekten 1 heeft actieplannen gemaakt ten aanzien van verbeterpunten die geconstateerd zijn bij kwaliteitsmetingen.

Zorgverlening

Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.

Opmerkingen:

De afdelingen inwendige ziekten 1 en geriatrie geven patiënten en hun familieleden door middel van informatiefolders voorlichting over de diensten die ze verlenen. Op de folder en op het verbeterbord heeft de afdeling een kenmerk van de afdeling met de kernwaarden, afgeleid van de visie van de afdeling, zichtbaar gemaakt door middel van een foto.

Het document 'Opname -en ontslag beleid', d.d. 20-3-2017, is door de auditor ingezien. De longarts bevestigt dat de procedures zoals beschreven gevolgd worden. Afspraken bij een eventuele opnamestop en verschuiving naar een andere afdeling van patiënten zijn duidelijk voor de artsen en verpleegkundigen.

Op de afdelingen inwendige ziekten 1 en geriatrie zijn een aantal dossiers ingezien door de auditor. Het team beoordeelt de lichamelijke en psychologische gezondheid van de patiënt op een nauwkeurige en passende wijze.

Op de afdeling inwendig en geriatrisch dagziekenhuis is de mogelijkheid tot spoedoverleg. Toegang tot het laboratorium en toegang tot andere diagnostische diensten zijn digitaal mogelijk.

Het team verkrijgt informed consent en legt dit vast in het patiëntendossier.

De auditor heeft een ontslagprocedure gevolgd van een patiënt die naar een rusthuis gaat. De medisch specialist stelde vast dat de patiënt met ontslag kon waarbij het team vaste criteria hanteert om de verwijzing van de patiënt te begeleiden. De familie en de patiënt zijn tijdig op de hoogte gesteld. De medicatieverificatie bij ontslag vindt plaats met de lijst van de nieuwe medicatie. De ontslagbrief is geschreven door de cardioloog en de verpleegkundigen hebben een overdracht voor de verpleegkundigen van het rusthuis geschreven. Het volledig verslag van het ontslag en overdracht is opgenomen in het patiëntendossier.

De medicatie wordt op een veilige en zorgvuldige wijze beheerd. Medicatieregistratie is door de auditor op de afdeling inwendige ziekten (cardiologie /neurologie) ingezien waarbij een gekwalificeerd teamlid de medicatieopdracht uitvoerde en de medicatie tijdig en nauwkeurig verstrekke.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

5.2.9 Oncologische zorg

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 heeft het kritisch proces 'Oncologische zorg' getoetst aan de hand van de patiëntentracers 'de oncologische patiënt op de oncologische dagbehandeling en 'de patiënt met een longtumor' op de afdeling inwendige ziekten 2. De auditor heeft gesproken met twee hoofdverpleegkundigen, twee verpleegkundigen en met twee patiënten. Ook heeft de auditor een gesprek gehad met de 'oncocoach', een oncoloog en een pneumoloog.</p> <p>Tijdens de werkplekbezoeken, de gesprekken met de medewerkers, en bij inzage in het patiëntendossier is bevestigd gezien dat van elke patiënt een actueel dossier wordt bijgehouden.</p> <p>Of het nu een opname op de afdeling inwendig en geriatrisch dagziekenhuis betreft of opname op afdeling inwendige ziekten 2, de standaardprocedure voor opname wordt steeds gevolgd en patiëntidentificatie vindt structureel plaats.</p> <p>Informed consent is op eenduidige wijze ingevuld door de oncologen.</p> <p>De auditor heeft vastgesteld dat op zorgvuldige wijze de toedieningsprotocollen voor cytostatica zijn samengesteld en in het inwendig en geriatrisch dagziekenhuis toegepast.</p> <p>De 'oncocoach' begeleidt patiënten in het inwendig en geriatrisch dagziekenhuis en fungeert als intermediair wanneer er een andere vorm van zorgbehoefte noodzakelijk is dan een medische zorgvraag.</p>	
Competentie	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De hoofdverpleegkundigen van het inwendig en geriatrisch dagziekenhuis en inwendige ziekten 2 hebben jaargesprekken met alle verpleegkundigen en sturen op de deskundigheid van het team in relatie tot de oncologie opleiding.</p> <p>Het inwerkprogramma op de afdelingen is specifiek. In het inwerkprogramma is aandacht voor ethische kwesties, culturele kwesties en agressie en geweld.</p> <p>Via het personeelsdossier E-power hebben de hoofdverpleegkundigen inzage in de deskundigheid van medewerkers.</p> <p>Medewerkers krijgen jaarlijks training in het gebruik van infuuspompen. Deze training en andere kwalificaties zijn zichtbaar in E-power en de hoofdverpleegkundigen monitoren de vereiste scholingen in E-power zodat zij continue inzage hebben in de competentieprofielen en gerealiseerde scholingen van hun medewerkers.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Klinisch leiderschap	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft in het inwendig en geriatisch dagziekenhuis vastgesteld dat incidentmeldingen worden besproken in het werkoverleg en ook gemonitord. Dit geldt bijvoorbeeld voor incidenten of bijna-incidenten met cytostatica.</p> <p>De set maatregelen en deskundigheid om ongelukken met cytostatica op te vangen zijn aangetroffen.</p> <p>Medische apparatuur wordt beheerd en werkgroepen zijn verantwoordelijk voor de controle van medische apparatuur. De auditor heeft geen apparatuur aangetroffen met een niet recente onderhoudsstatus.</p>	
Resultaten beïnvloeden	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>Tijdens de gesprekken met de oncologen is aangegeven dat oncologische patiënten besproken worden in het multidisciplinair oncologisch comité (MOC).</p> <p>Kwaliteitsindicatoren worden gescoord en gemonitord. Registratie vindt plaats via een online app voor kankerregistratie door de datamanager oncologie die standaard bij het MOC aanwezig is.</p> <p>De nationale richtlijnen van de thoracale oncologie groep Antwerpen (TOGA) en de internationale richtlijnen van de european society for medical oncology (ESMO) worden gevolgd.</p> <p>Rapportage en uitkomsten van kwaliteitsindicatoren worden in de oncologiecommissie besproken en ook de complicaties worden daar besproken. Passende verbeteractiviteiten worden uitgezet en vervolgens gemonitord door de oncologiecommissie.</p> <p>De incidenten, gerelateerd aan de oncologie, worden in de oncologiecommissie besproken.</p> <p>Werken met high-riskmedicatie en veilig werken met cytostatica vindt plaats conform de richtlijnen.</p>	
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 patiënten met (verdenking van) kanker hebben toegangs- en doorlooptijden conform de afspraken. Indien er knelpunten of pieken zijn wordt bijgestuurd.</p> <p>Vanaf het begin van het zorgtraject heeft de patiënt een hoofdbehandelaar en aanspreekpersoon en dit is gecommuniceerd met de patiënt.</p> <p>Het grootste deel van de patiënten kan behandeld worden in AZ Herentals. Voor specifieke behandelingen en trials vindt verwijzing plaats naar de universitaire ziekenhuizen van Leuven of Antwerpen.</p> <p>Alle relevante disciplines zijn betrokken voor multidisciplinaire diagnose en behandeling. In het wekelijks MOC komen de leden bijeen om te komen tot een passend behandelvoorstel. Hierna vindt besluitvorming samen met patiënt en diens naasten plaats over het behandeltraject. De huisartsen, die desgewenst kunnen aanschuiven bij het MOC, ontvangen een verslag van het MOC en worden bij onverwachte uitslagen gebeld.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

De patiënten ontvangen mondeling en schriftelijk voorlichtingsmaterialen op maat over het behandeltraject.

De zorg wordt uitgevoerd op basis van de vigerende richtlijnen. Naast de fysieke aandacht is er ook aandacht voor de psychosociale dimensie.

Het veilig toedienen van medicatie en cytostatica vindt plaats conform de afspraken.

Vanaf opname is aandacht voor nazorg en ontslag. Het transferbureau wordt tijdig ingeschakeld en er wordt contact gezocht met ketenpartners.

Voor patiënten in de terminale fase, die graag thuis willen overlijden, wordt naar passende ondersteuning en hulpmiddelen gezocht.

Voor de palliatieve fase is er een multidisciplinair palliatief ondersteuningsteam beschikbaar.



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

5.2.10 Operatiekamers / het operatiekwartier

Kritisch proces	Omschrijving
Competentie	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Operatiekamers / het operatiekwartier-competentie' de afdeling dagziekenhuis heelkunde en het operatiekwartier bezocht en gesproken met de hoofdverpleegkundige van het dagziekenhuis heelkunde, een verpleegkundige van het operatiekwartier, een anesthesist en de zorgmanager OK.</p> <p>De opleiding voor het trainen in omgaan met infuuspompen vindt plaats door middel van het volgen van een e-learning module.</p>	

5.2.11 Operatieve zorg

Kritisch proces	Omschrijving
Competentie	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft op basis van het gesprek met de hoofdverpleegkundige OK en het werkplekbezoek aan het OK bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn.</p>	
Resultaten beïnvloeden	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft op basis van het gesprek met de hoofdverpleegkundige van het dagziekenhuis oncologie, de verpleegkundige recovery en de en de werkplekbezoeken aan het OK en het dagziekenhuis oncologie bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn.</p>	
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 het kritisch proces 'Operatieve zorg' getoetst aan de hand van de patiënten tracers 'de operatiepatiënt', 'de electieve operatiepatiënt' en 'de klinische patiënt na een orthopedische ingreep'. De auditoren hebben de afdelingen dagziekenhuis heelkunde, afdeling orthopedie en POS bezocht. Gesproken is met verpleegkundigen, hoofdverpleegkundigen en een arts-assistent orthopedie.</p> <p>De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn voor tromboseprofylaxe.</p> <p>De procedure tromboseprofylaxe is voorhanden en wordt toegepast.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn voor decubituspreventie. Het team hanteert de Nortonscore.

De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn voor patiëntidentificatie.



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

5.2.12 Verloskundige zorg

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 auditoren hebben het kritisch proces 'Verloskundige zorg' getoetst aan de hand van de patiënten tracers 'de patiënt met een bevalling' en 'de patiënt met een sectio'. De auditoren hebben het verloskwartier en de afdeling materniteit bezocht en gesproken met onder andere de hoofdvroedvrouw, vroedvrouwen en gynaecologen.</p> <p>De afdeling materniteit beschikt over 20 bedden. In het gesprek met de medische raad en de directie is aangegeven dat in 2014, 2015 en 2016 respectievelijk 846, 772 en 793 geboorten plaatsvonden.</p> <p>De auditees geven aan dat de verloskundige zorg wordt geleverd op basis van standaard richtlijnen en met in acht name van de huidige wetenschappelijke kennis. Men houdt een beveiligd elektronisch medisch patiëntendossier (KWS, Medicatiebeheer, Mosos) bij met vlotte berichtgeving naar de arts en/of vroedvrouw. Zo krijgt de huisarts elektronisch het bevallings- en hospitalisatieverslag, de vroedvrouw verkrijgt deze informatie op papier.</p> <p>Om de privacy te respecteren gelden afspraken aangaande het gebruik van Mosos in de verloskamers. Het verpleegkundig dossier op de afdeling is nog op papier (overgangsfase); het medisch beleid wordt in KWS genoteerd in de opvolgnota.</p>	
Competentie	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>Het team bestaat uit 21 FTE vroedvrouwen (31 personen), vijf kinderartsen en zeven gynaecologen. De hoofdvroedvrouw is sinds twee jaar werkzaam. In de afgelopen twee jaar zijn vier nieuwe teamleden geworven.</p> <p>In het document 'Profielchets verloskwartier-materniteit-neonatalogie Reglement Inwendige Orde' staan de competenties voor het werken op de afdeling beschreven. Verschillende teamleden zijn referentieverpleegkundige, bijvoorbeeld voor ziekenhuishygiëne en lactatie.</p> <p>Naast materniteit en neonatalogie zijn vroedvrouwen in het ziekenhuis ook lid van de mobiele equipe en de raadpleging gynaecologie.</p> <p>Er wordt intern opleiding gegeven over borstvoeding, onder andere op basis van de geüpdate lactatieprocedure. Deze opleiding is vijf jaar geleden geïnitieerd.</p> <p>De teamleden volgen regelmatig opleiding om de vaardigheden op peil te houden; deze omvatten een combinatie van onder andere interne scholingen, externe scholing en het gebruik van E-power. Werkafspraken worden via het softwareprogramma SP-expert ingeroosterd. Er gelden afspraken aangaande het ruilen van diensten, verlof, dienstlijstwensen en arbeidsduurvermindering.</p> <p>Jaarlijks vinden evaluatiegesprekken (POEF) plaats, om de twee jaar uitgebreid. De auditor heeft een voorbeeld van een POEF-gesprek ingezien. Bij enkele medewerkers is dit gesprek ingepland en wat verlaat, bijvoorbeeld door ziekte of zwangerschap.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

De afdeling HR staat in voor de opvolging en controle van diploma's en het bijhouden van de functieprofielen in E-power.

Artsen overleggen in de groep Zuiderkempen en zo nodig met het tertiaire niveau. Door deelname aan het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE-registratie) heeft het team gelegenheid zijn verloskundige activiteit in Vlaanderen te benchmarken.

Tijdens de week van de patiëntveiligheid krijgen de medewerkers scholing in het omgaan met agressie. Nieuwe teamleden krijgen een starterskit, een meter en een inscholingstraject voor één jaar met evaluatiegesprekken na een, drie en zes maanden. In het verloskwartier streeft men ernaar de vroedvrouw na tien gewerkte dagen zelfstandig te laten werken.

De e-learningmodule voor training in omgaan met infuuspompen is in 2017 uitgerold. Daarvoor gebeurde de training mondeling en de scholing werd niet geregistreerd. Ten tijde van de audit hebben 22 teamleden de e-learningmodule gevolgd en zijn geregistreerd. Negen medewerkers hebben deze training nog niet gevolgd.

Uitdaging:

- De zorgverleners ontvangen continue training voor het veilig gebruik van alle (binnen de verloskundige zorg gehanteerde types) infuuspompen, Verloskundige zorg – competentie, Verloskundige zorg, 4.10, VIR, Platina

Klinisch leiderschap

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

Opmerkingen:

AZ Herentals is erkend om verloskundige zorg te verlenen. Er is samenwerking met het UZA in Antwerpen. Dreigende vroegtijdige geboorten onder een zwangerschapsduur van 32 weken worden doorverwezen. Bij een zwangerschap tussen 32 en 34 weken wordt overleg gepleegd met de kinderarts over de locatie van bevalling. Persoonlijke beschermingsmiddelen zijn aanwezig.

Bij spoedsituaties heeft het team op de afdeling hulpmiddelen en kan een beroep worden gedaan op het reanimatieteam. De afdeling beschikt over de noodzakelijke (medische) apparatuur, computerschermen zijn aanwezig in het verloskwartier. Cardiotocografie (CTG) opvolging vindt plaats vanuit de verpleegpost van het verloskwartier.

De auditor heeft de investeringsaanvraag voor kolfapparatuur d.d. 14-09-2017 en een uitbreiding van het CTG-programma ingezien.

De (medische) apparatuur is onderhouden en dit wordt accuraat opgevolgd onder gedeelde verantwoordelijkheid met de technische dienst. De auditor heeft de lijst van onderhouden apparatuur ingezien. Er is een procedure om via een melding in Ultimo apparatuur te laten repareren. Defecte apparatuur wordt voorzien van een rood label, dit is gezien door de auditor.

Naast de verdere optimalisering van de medische infrastructuur is aandacht voor comfort en levensstijl. De afdeling is gezinsvriendelijk, biedt rooming-in aan op de patiëntenkamer en de partner kan mee overnachten in de kraamsuite en de luxe kamers.



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Resultaten beïnvloeden	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft enkele informatiebrochures ingezien die aan zwangere wordt uitgereikt, te weten: 'De vroedvrouw aan huis', 'Medische vragenlijst anesthesie', 'Thuismedicatie' en 'Informed consent epidurale verdooving of gecombineerde epidurale-spinale pijnverdooving bij bevalling of keizersnede'.</p> <p>Het team heeft een cultuur om de veiligheid van de patiënten en de eigen veiligheid te borgen. Tussen december 2016 en de auditweek zijn, na drie interne veiligheidsrondes en de proefaudit, vier verbeterplannen opgesteld met onder andere acties aangaande medicatieverificatie en pijnbeleid. De auditor heeft de verbeterplannen ingezien.</p> <p>Het team neemt deel aan uitkomstbeoordelingen zoals bijvoorbeeld VIP², SPE en, dit weliswaar beperkt en tijdelijk, episiotomieinfecties.</p> <p>Incidenten worden gemeld en in de VIM-commissie behandeld en teruggekoppeld in het teamoverleg. Incidenten die zijn besproken gaan bijvoorbeeld over blaarvorming bij pleisters; bloedafname voor hemoglobine en irreguliere antistoffen.</p> <p>De teamleden worden gescreend op besmettelijke ziekten en zo nodig gevaccineerd, dit verloopt via Provikmo. Zo is er vaccinatie tegen hepatitis en het griepvaccin wordt aangeboden. Tuberculosecontrole gebeurt met de intradermale Mantouxtest.</p> <p>In het document 'Beleidsplan en SWOT analyse 2017-2018' heeft de auditor gelezen dat sprake is van een grote teammotivatie, een goede samenwerking met de artsen en flexibiliteit in de organisatie op de afdeling. Meer multidisciplinair overleg op de afdeling en het opstarten van de productive ward behoren onder andere tot de geformuleerde doelstellingen in het beleidsplan.</p>	
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 zwangere wordt voor en tijdens de bevalling begeleid door de vroedvrouw en gynaecoloog. Er is een vlotte samenwerking, zowel wat informatieverstrekking als wat effectieve zorgverlening aangaat.</p> <p>Meerdere zorgpaden zijn uitgewerkt, bijvoorbeeld voor de vroeggeborene, de vaginale partus en de sectio.</p> <p>Complexe pathologie wordt overlegd met de universitaire ziekenhuizen van Antwerpen en Leuven en zo nodig wordt doorverwezen naar de gespecialiseerde centra. De auditor heeft inzage gehad in de procedure 'Hypertensie, pre-eclampsie, eclampsie, HELPP', 'Bloedverlies 3de trimester' en 'Préterm arbeid in het 3 de trimester'.</p> <p>Wat betreft medicatietoediening geldt een dubbele controle voor magnesium, sufenta en dipidolor.</p> <p>De auditor heeft de ochtendbriefing bijgewoond en heeft vastgesteld dat overdracht plaatsvindt aan de hand van een document en het papieren en verpleegkundig patiëntendossier dat een opsomming geeft van de aanwezige patiënten (naam, geboortedatum sectie, allergie etc.) op basis van ISBARR. De ochtendbriefing is sedert één maand opgestart en is een multidisciplinair overleg waaraan vroedvrouwen en artsen deelnemen.</p>	

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Op de afdeling worden ook gynaecologische patiënten opgenomen en zijn klinische paden aangetroffen voor hysterectomie, vaginale prolaps en borstingrepen.

Bevallen vrouwen blijven na de partus twee uur op het verloskwartier en verblijven bij een gewone bevalling normaal gezien drie nachten, na een sectio vijf nachten. De auditor heeft in het verloskwartier gezien dat de 'Checklist veilige verloskunde' gehanteerd wordt.

De kledingvoorschriften voor het verloskwartier staan toe dat de vroedvrouwen groene pakken dragen waarmee ze, zonder zich om te kleden, in de instelling en het operatiekwartier mogen rondlopen.

De auditee kon niet aantonen, en de auditor heeft ook niet gezien, dat een protocol bestaat waarin de tijdige rapportering vanuit de medicotechnische diensten naar de afdeling toe is vastgelegd.

Te verwijderen moedermelk wordt weggegoten en het lege recipiënt wordt gedeponerd in de gele container. Volgens het beleid dient dit in de blauwe zakken te worden gedeponerd.

Uitdagingen:

- Het team heeft een protocol voor tijdige verslaggeving van en reactie op abnormale uitslagen en – onderzoeksresultaten, Verloskundige zorg – zorgverlening, Verloskundige zorg, 8.12, Goud!
- Het team volgt het instellingsbeleid over een zorgvuldige en veilige behandeling, opslag, etikettering en weggooien van medicatie en moedermelk, Verloskundige zorg – zorgverlening, Verloskundige zorg, 10.3, Goud!

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

6. Resultaten instrumenten

Onderzoek naar veiligheidscultuur binnen zorginstellingen

Inzicht in de veiligheidscultuur binnen een zorginstelling is belangrijk om gerichte acties ter verbetering van de patiëntveiligheid te kunnen kaderen en uitwerken. Het internationale accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum stelt daarvoor een instrument ter beschikking via de Qmentum portal. Het staat instellingen vrij hiervoor ook een ander instrument te gebruiken.

Tijdens het auditbezoek hebben de auditoren de voortgang op dit gebied mede beoordeeld.

Het AZ Herentals heeft de vragenlijst uit de portal (cultuuronderzoek onder medewerkers over patiëntveiligheid in ziekenhuizen) gebruikt voor het toetsen van de (patiënt)veiligheidscultuur:

- Feedback verzameld: 611
- Minimum respons vereist (gebaseerd op aantal medewerkers): 263
- Respons behaald: 410

Het AZ Herentals heeft in 2008, 2011 en 2015 een veiligheidscultuurmeting uitgevoerd. Voor de meting zijn alle medewerkers geïncludeerd waaronder de (hoofd)verpleegkundigen, zorgkundigen, artsen, paramedici, apothekers, logistiek medewerkers en medewerkers van de apotheek.

Doelstelling van de meting is inzicht verkrijgen hoe de medewerkers van het AZ Herentals denken over patiëntveiligheid en hoe zij zich daarin verhouden tot andere Vlaamse ziekenhuizen. Omdat de meting drie keer heeft plaats gevonden, geeft dit ook een beeld van de evolutie van de veiligheidscultuur, aldus de gesproken auditees.

De auditoren hebben de resultaten van de metingen uit 2008, 2011 en 2015 en de benchmark met 82 ziekenhuizen ingezien. In 2015 scoort het AZ Herentals op alle dimensies lager dan de benchmark. Een aantal dimensies zijn gunstig geëvolueerd ten opzichte van de meting in 2011. Dit zijn de dimensies: de manager/supervisor heeft verwachtingen en onderneemt acties die de patiëntveiligheid bevorderen, de wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren en teamwork binnen de afdelingen. Het meest negatief ontwikkeld sinds 2011 zijn de dimensies: ondersteuning door het management, overdracht en transfer, de globale perceptie over patiëntveiligheid en de frequentie van het melden van incidenten. De bereidheid om een (bijna-)incident te melden, is met elke meting achteruit gegaan.

De resultaten van de veiligheidscultuurmeting zijn besproken in de stuurgroep kwaliteit, in het directiecomité, de medische raad, de raad van bestuur en de hoofdverpleegkundigenvergadering. Communicatie met de medewerkers over de resultaten van de cultuurmeting en de verbeteracties is gebeurd door middel van het 'ziekenhuiskrantje' in mei 2017.

Verbeteracties

Er zijn op basis van de analyse van de resultaten van de veiligheidscultuurmeting een aantal verbeteracties ingezet. Deze verbeteracties worden geïmplementeerd en opgevolgd in de lijn door de medisch diensthoofden en de zorgmanagers.

- Patiëntveiligheid is sinds 2016 nadrukkelijker op de agenda van het directiecomité en de raad van bestuur. Ook in het overleg tussen de verschillende departementen, tussen zorgmanagers en hoofdverpleegkundigen, dienstvergaderingen en multidisciplinaire overlegmomenten wordt het thema patiëntveiligheid geagendeerd.



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

- AZ Herentals meet meerdere indicatoren die worden teruggekoppeld via de verbeterborden van productive ward ; de indicatoren van het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP²), metingen rond handhygiëne, de flashberichten voor de artsen over de volledigheid van aanvragen, voorschriften van medicatie, aanvragen laboratorium en radiologie.
- Er is een intern toetsingssysteem en kwaliteitsmanagementsysteem opgezet dat is bekrachtigd door het directiecomité. Het organiseren van veiligheidsrondes en interne audits maakt hier deel van uit. Aan de veiligheidsrondes nemen medewerkers en artsen van de afdelingen deel, leidinggevenden, stafmedewerkers en directieleden. Ook wordt in de Q-teams multidisciplinair en afdelingsoverstijgend gewerkt aan een veiligere patiëntenzorg.
- De verschillende beleidsplannen van de afdelingen hebben kwaliteit en patiëntveiligheid als item opgenomen. Strengths, weaknesses, opportunities & threats-analyses (SWOT) maken onderdeel uit van de jaarplannen.
- Alle medewerkers zijn tijdens de week van patiëntveiligheid opgeleid in patiëntveiligheid.
- Er is een “foutenkamer” in 2017 ingericht die medewerkers in staat stelt risico’s voor de patiëntveiligheid te leren zien.
- De ISBARR-briefing, voor een betere overdracht en transfer is ingevoerd.
- Dubbelcheck bij hoogrisicomedicatie en het early warning system (EWS) en KWS zijn geïmplementeerd in het vierde kwartaal 2016.
- Er is sinds 2016 voorzien in uitbreiding van de mobiele equipe om drukke momenten beter te kunnen opvangen.
- Er is een werkgroep opgericht ‘opvang medewerkers na een ingrijpende gebeurtenis’ en een stappenplan is opgesteld. Een zorgmanager, lid van de werkgroep, volgde een opleiding in dit kader ‘Peer support voor second victims’ aan het Leuvens Instituut voor gezondheidsbeleid van de KU Leuven.
- Er is veel aandacht geweest voor het melden van incidenten. De afdelingen en medische diensten krijgen boordtabellen patiëntveiligheid met informatie over de gemelde incidenten. Incidenten vanaf het niveau matig worden direct gemeld aan de algemeen directeur. Ernstige incidenten worden geanalyseerd en besproken op afdelingsniveau en in de veilig incident meldencommissie (VIM).
- Er is een dashboard ontwikkeld waarin op afdelingsniveau en ziekenhuisbreed 18 indicatoren periodiek gemonitord worden.

Op basis van de bovenstaande bevindingen voldoet de uitgevoerde patiëntveiligheidscultuurmeting aan de ‘Accreditatieprocedure 2017 Qmentum’.



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

7. Intern toetsingssysteem

In onderstaand overzicht staat in hoeverre het AZ Herentals voldoet aan de eisen gesteld in de geldende accreditatieprocedure 2017 m.b.t. het intern toetsingssysteem.

Intern toetsingssysteem, voorwaarden vervolgaccreditatie:

1. Het intern toetsingssysteem toont aan dat de medische staf actief betrokken is bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de zorginstelling.

De medische staf is actief betrokken bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de instelling.

Voorbeelden hiervan zijn:

- acht medisch specialisten en één apotheker zijn opgeleid als intern auditor;
- negen medisch specialisten zijn opgeleid voor het lopen van veiligheidsrondes;
- dertien medisch specialisten zijn voorzitters van de Q-teams;
- 82 medisch specialisten hebben deel genomen aan de scholingen in het kader van de week van de patiëntveiligheid;
- medisch specialisten melden in toenemende mate zelf incidenten.

2. In het interne toetsingsbeleid, als onderdeel van het instellingsbrede kwaliteits- en veiligheidsbeleid, is opgenomen welke afdelingen/processen als hoog risico zijn aangemerkt, op basis van een risicoanalyse.

Het document 'Opzet en realisatie intern toetsing van kwaliteit' beschrijft op welke wijze de interne toetsing binnen AZ Herentals vorm heeft gekregen. Beschreven wordt in welke frequentie, waar en onder verantwoordelijkheid van welke eigenaar de diverse interne toetsingen plaatsvinden. De risicovolle processen zijn geïdentificeerd op basis van literatuur en de kritische processen uit Qmentum. Op alle afdelingen met patiëntencontact wordt ieder jaar tweemaal een veiligheidsronde gelopen en op alle kritische processen wordt eenmaal per twee jaar een interne audit gelopen.

3. De interne toetsingen zijn uitgevoerd op basis van zorg- / werkprocessen en onderdelen daarvan en daar waar mogelijk is getoetst aan de hand van de geldende Kwaliteitsnorm Zorginstelling.

Het document 'Opzet en realisatie intern toetsing van kwaliteit' beschrijft het auditprogramma en licht de verschillende vormen van interne toetsing toe. AZ Herentals kent een aantal vormen van interne toetsing: interne audits, veiligheidsrondes en thema-audits zoals medicatiebeheer, tromboseprofylaxe en ziekenhuishygiëne.

De auditoren hebben rapportages aangetroffen van veiligheidsrondes, audits en verbeterplannen van de operatiekamers, de afdelingen orthopedie, de centrale sterilisatieafdeling en de dienst preventie.

Er is een vierjaren auditplanning voor de periode 2017-2022 opgesteld en aangetroffen waarbij alle organisatieonderdelen tweemaal per jaar een veiligheidsronde krijgen en op de kritische processen is eenmaal per twee jaar een interne audit gelopen.

4. Indien de Vlaamse Zorginspectie specifieke richtlijnen heeft opgesteld voor risicovolle afdelingen/processen, zijn deze aantoonbaar binnen het interne toetsingssysteem op implementatie/borging getoetst.

De beveiliging van patiëntendossiers en bescherming van de privacy zijn opgenomen in de veiligheidsrondes.

De actiepunten die voortkomen uit het nalevingstoezicht van de Vlaamse Zorginspectie en het VIP2 indicatorenproject zijn onderdeel van de afdelings specifieke dashboards op intranet en verbeterborden op de afdelingen.

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

5. De veldnormen zijn aantoonbaar binnen het interne toetsingsstelsel op implementatie/ borging getoetst.

AZ Herentals toetst de veldnormen van de Vlaamse Zorginspectie en VIP2. Dit is aangetoond in de aangeleverde documenten tijdens de auditweek. Toetsingen zijn aangetroffen van onder andere handhygiëne, decubitus, patiëntidentificatie en medische apparatuur. Voorbeelden van verbeteracties na toetsingen zijn getoond.

6. Het interne toetsingsstelsel toont aan dat de gehele organisatie betrokken is bij het borgen van het kwaliteitssysteem van de zorginstelling.

Tijdens de audit is voorgaande aangetoond door rapportages, actieplannen en de voortgang. De processen met een verhoogd risico voor patiëntveiligheid zijn eenmaal in de twee jaar intern getoetst. Door middel van veiligheidsrondes worden alle afdelingen tweemaal per jaar bezocht. De organisatie is betrokken door een dashboard met kwaliteitsindicatoren en door gebruik te maken van het project Productive Ward en de bijbehorende verbeterborden op de afdelingen. Daarnaast is de week van de patiëntveiligheid georganiseerd, een foutenkamer 'meneer Kompres' ingericht, een kalender met onderwerpen betreffende patiëntveiligheid voor alle afdelingen ontwikkeld en een quiz gehouden op alle afdelingen met vragen over de patiëntveiligheid wat gezorgd heeft voor een grote bewustwording onder de medewerkers met betrekking tot de patiëntveiligheidsrisico's.

Op basis van de bovenstaande bevindingen voldoet het interne toetsingsstelsel aan de 'Accreditatieprocedure 2017 Qmentum'.



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Appendix A: De beoordelingssystematiek en noodzakelijke voorwaarden voor het toekennen en continueren van de accreditatiestatus

Deze appendix vat de belangrijkste onderdelen samen van de accreditatieprocedure.

De beoordelingssystematiek van het NIAZ bestaat uit drie componenten:

- een rekenkundige beoordeling van de normensets,
- het interne toetsingssysteem van de zorginstelling (zie onder artikel 3 van de Accreditatieprocedure),
- een gekwalificeerd eindoordeel ('noodzakelijke voorwaarden').

Om een gouden accreditatieniveau te behalen moet de organisatie voldoen aan volgende vier vereisten:

1. voldoen aan alle vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's) passend bij het profiel van de betreffende zorginstelling. Alle VIR's zijn gerelateerd aan patiëntveiligheid en dienen geborgd te zijn.
2. voldoen aan ten minste 90% van de gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) per normenset;
3. voldoen aan ten minste 81% van alle gouden criteria over alle relevante normensets;
4. voldoen aan het behalen van de minimale vereiste respons op de veiligheidscultuurmeting.

Als een organisatie niet aan alle bovengenoemde eisen voldoet maar wel voldoet aan ten minste 71% van de gouden criteria met hoge prioriteit per normenset, of aan ten minste 81% van alle gouden criteria over alle relevante normensets, behaalt de organisatie een gouden accreditatie met een aanvullende rapportage of aanwijzing. Tevens is het mogelijk dat het accreditatiebesluit wordt uitgesteld of dat een negatief besluit wordt genomen.

Het gekwalificeerd eindoordeel ('noodzakelijke voorwaarden') beschrijft de kwalificaties waaraan de balans opmakend na het toepassen van de scoringssystematiek - de zorginstelling moet voldoen.


NOODZAKELIJKE VOORWAARDEN voor toekennen of continueren van de accreditatiestatus


Voor het toekennen of continueren van de accreditatiestatus is het noodzakelijk dat de betreffende zorginstelling naar het oordeel van het NIAZ genoegzaam en aantoonbaar aan een drietal voorwaarden voldoet:

- de cultuur is gericht op voortdurende verbetering van de kwaliteit alsmede op borging van de doorgevoerde verbeteringen;
- de besturing en organisatie van de (zorg)processen zijn zo ingericht dat zij redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg;
- de veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd.


Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------


Appendix B: Auditprogramma

PROGRAMMA AUDITBEZOEK ZIEKENHUIS AZ Herentals																
Startdatum: 5-dec-17		Einddatum: 8-dec-17		dinsdag		5-dec-17										
Opgesteld door: surveymanager																
8:00 8:00 uur Aankomst auditoren: Installeren in werkkamer auditteam (...)																
08:30 08:45 Kennismaking met Directie en afvaardiging Medische Raad																
08:45 09:00 Introductiebijeenkomst (zaal?) voorzitter legt doel en werkwijze uit en auditoren stellen zich voor aan auditees en andere geïnteresseerden																
09:00 09:15 Korte presentatie over de instelling door Directie en afvaardiging Medische Raad																
09:15 10:15 Gesprek met Directie en afvaardiging Medische Raad																
10:15 10:25 Pauze/verplaatsing																
10:25 12:30 Presentatie Dashboard: indicatoren Zorg, Financiën, HRM en Kwaliteit en gelijktijdig het gesprek met het gehele managementteam waaronder directie, tactisch managers en staffunctionarissen: Zorg, HRM, Financiën, Facilitair, ICT en Kwaliteit																
12:30 - 13:30 uur Lunch + overleg auditoren																
Auditor (VZ)	Mw. A. De Maere	Tijd	Auditor	Mw. I. Braam-Veltrop	Tijd	Auditor	Mw. I. Graaff Mw. I Wouters	Tijd	Auditor	Mw. F. Haak-van der Lely	Tijd	Auditor	Dhr. P. Pardon	Tijd	Auditor	Dhr. L. Rosseel
Organisatorische tracer	Beleidsvorming in AZ Herentals		Client-ïpatiënttracer	De patiënt met het Noro-virus		Organisatorische tracer	Werving en selectie van medev enkens en arzen Aanloop endos copische toren dienst gasten		Client-ïpatiënttracer	De patiënt met een ongeschilde IC opname		Organisatorische tracer	Kritieke voorzittingen in AZ Herentals		Client-ïpatiënttracer	Medische apparatuur in AZ Herentals
13:30 15:30	Planning en kwaliteitsmanagement Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes Communicatie Gesprek met een afvaardiging van het Eburach Comité Gesprek met een afvaardiging van de afdelingshoofden (1 x onjpend, 1 x beschouwend, 1 x facilitair)	13:30 16:00	Infectiepreventie en -bestrijding Fysieke omgeving		13:30 16:00	Menselijk kapitaal (HRM) Management van middelen		13:30 16:00	Kritieke zorg		13:30 16:00	Voorbereid zijn op noodsituaties		13:30 16:00	Diagnostische beeldvorming Medische instrumenten en apparatuur	
16:00	Evaluatie met instellings-contactpersoon															
16:00 - 18:00 uur Verslaglegging																
18:00 - 19:00 uur Auditorenvergadering																
ca. 19:00 uur naar hotel/diner																

PROGRAMMA AUDITBEZOEK ZIEKENHUIS AZ Herentals																
Startdatum: 5-dec-17		Einddatum: 8-dec-17		woensdag		6-dec-17										
Opgesteld door: surveymanager																
Auditor (VZ)	Mw. A. De Maere	Tijd	Auditor	Mw. I. Braam-Veltrop	Tijd	Auditor	Mw. I. Graaff Mw. I Wouters	Tijd	Auditor	Mw. F. Haak-van der Lely	Tijd	Auditor	Dhr. P. Pardon	Tijd	Auditor	Dhr. L. Rosseel
Organisatorische tracer	Kw allebsmanagement in AZ Herentals		Client-ïpatiënttracer	De patiënt voor een scopie		Client-ïpatiënttracer	De operatiepatiënt		Client-ïpatiënttracer	De oncologische patiënt op de IC		Client-ïpatiënttracer	De patiënt opgenomen via de afdeling Spoed		Client-ïpatiënttracer	Vrijgave van medische apparatuur na onderhoud en herstel
8:30 12:00	Gelintreerd kwaliteitsmanagement Gesprek met de verantw oordelijke interne audit Gesprek met de verantw oordelijke patiëntveiligheidscoördinator	8:30 12:00	Ambulante Zorg Fysieke omgeving Infectiepreventie en -bestrijding		8:30 12:00	Operatiekamers/het operatiekwartier Operatieve procedures Operatieve zorg		8:30 12:00	Oncologische zorg Kritieke zorg		8:30 12:00	Patiëntenstroom De afdeling Spoedeisende Hulp		8:30 12:00	Medische instrumenten en apparatuur Gesprek met een afvaardiging de Commissie medische materialen waaronder de voorzitter	
12:00 - 13:30 uur Lunch + overleg auditoren																
			Client-ïpatiënttracer	De patiënt op de raadgeleging		Client-ïpatiënttracer	De kindre patiënt na een orthopedische ingreep		Client-ïpatiënttracer	De patiënt met een darmtumor		Client-ïpatiënttracer	De traumapatiënt op de afdeling Spoed		Client-ïpatiënttracer	De patiënt die komt voor een radiologisch onderzoek
13:30 15:30	Gesprek met een huisarts en een arts rust- en verzorgingshuis	13:30 16:00	Ambulante Zorg Fysieke omgeving		13:30 16:00	Operatiekamers/het operatiekwartier Operatieve procedures Operatieve zorg		13:30 16:00	Oncologische zorg Gesprek met een afvaardiging van de Multidisciplinaire Oncologische Commissie waaronder de voorzitter		13:30 16:00	Patiëntenstroom De afdeling Spoedeisende Hulp		13:30 16:00	Diagnostische beeldvorming	
16:00	Evaluatie met instellings-contactpersoon															
16:00 - 18:00 uur Verslaglegging																
18:00 - 19:00 uur Auditorenvergadering																
ca. 19:00 uur naar hotel/diner																

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

PROGRAMMA AUDITBEZOEK ZIEKENHUIS AZ Herentals																	
Startdatum: 5-dec-17 Einddatum: 8-dec-17 donderdag 7-dec-17 Opgesteld door: surveymanager																	
																	
Auditor (VZ)	Mw. A. De Maere	Tijd	Auditor	Mw. I. Braam-Veltrop	Tijd	Auditor	Mw. I. Graaff Mw. I. Wouters	Tijd	Auditor	Mw. F. Haak-van der Lely	Tijd	Auditor	Dhr. P. Pardon	Tijd	Auditor	Dhr. L. Rosseel	
8:30 12:00	Organisatorische tracer Governance		8:30 12:00	Client-patiënttracer Medische (niet-chirurgische) zorg		8:30 12:00	Client-patiënttracer De patiënt op de afdeling neurologie Operatiekamers/het operatiekwartier		8:30 12:00	AFWEZIG		8:30 12:00	Client-patiënttracer Verloskundige zorg		8:30 12:00	Client-patiënttracer De patiënt met een bevoeling Medicatiebeheer	
	Gesprek met een afvaardiging van de Raad van Bestuur waaronder de voorzitter						Operatieve procedures Operatieve zorg									Gesprek met een afvaardiging van het Medisch Farmaceutisch Comité waaronder de voorzitter	
	Gesprek met een afvaardiging van de ondernemingsraad, een werkgeversafvaardigde en een werknemersafvaardigde																
	Gesprek met de ombudsmen/vrouw						Gesprek met de ombudsmen/vrouw										
12:00 - 13:30 Lunch + overleg auditoren																	
	Geen			Client-patiënttracer Medische (niet-chirurgische) zorg			Client-patiënttracer De patiënt op de afdeling iive endige geneeskunde			AFWEZIG			Client-patiënttracer De patiënt met een secto			Organisatorische tracer Medicatiebeheer	Medicatieverificatie in AZ Herentals
13:30 15:30			13:30 16:00			13:30 16:00	Bloedbank- en transfusiediensten		13:30 16:00			13:30 16:00			13:30 16:00		
	Extra gesprek met directiecomité ondervoerbehoud						Gesprek met een hemovigilantemedewerker										
16:00	Evaluatie met instellings-contactpersoon																
16:00 - 18:00 uur Verslaglegging																	
18:00 - 19:00 uur Auditorenvergadering																	
ca. 19:00 uur naar hotel/diner																	

PROGRAMMA AUDITBEZOEK ZIEKENHUIS AZ Herentals																	
Startdatum: 5-dec-17 Einddatum: 8-dec-17 vrijdag 8-dec-17 Opgesteld door: surveymanager																	
																	
Auditor (VZ)	Mw. A. De Maere	Tijd	Auditor	Mw. I. Braam-Veltrop	Tijd	Auditor	Mw. I. Graaff Mw. I. Wouters	Tijd	Auditor	Mw. F. Haak-van der Lely	Tijd	Auditor	Dhr. P. Pardon	Tijd	Auditor	Dhr. L. Rosseel	
8:00	8:00 uur Aankomst auditoren: Installeren in werkkamer auditteam (...)																
8:30 12:00	Client-patiënttracer		8:30 12:00	Client-patiënttracer		8:30 12:00	Client-patiënttracer		8:30 12:00	Client-patiënttracer		8:30 12:00	Client-patiënttracer		8:30 12:00	Client-patiënttracer	
	Geen			Geen			Geen			Geen			Geen			Geen	
	Geen			Geen			Geen			Geen			Geen			Geen	
	Geen			Geen			Geen			Geen			Geen			Geen	
12:00 - 13:30 uur Lunch + overleg auditoren																	
13:30	Werken aan rapportagen & voorbereiden slotpresentatie																
14:45	Voorbespreking slotbijeenkomst met Directie en afvaardiging Medische Raad																
15:30	Slotbijeenkomst zaal? met auditoren en andere belangstellenden																

Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

Appendix C: Slotpresentatie

Auditbezoek AZ St.-Elisabeth Herentals vzw



Vrijdag, 8 december 2017



Het hele auditteam bedankt:

Catering en ICT

Buddy's

Gesprekspartners

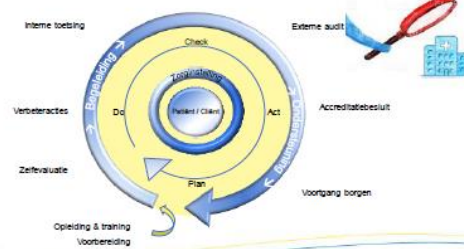
Patiënten en mantelzorgers

I ♥
Buddy



Accreditatiecyclus

Internationaal accreditatieprogramma NIAZ - Qmentum

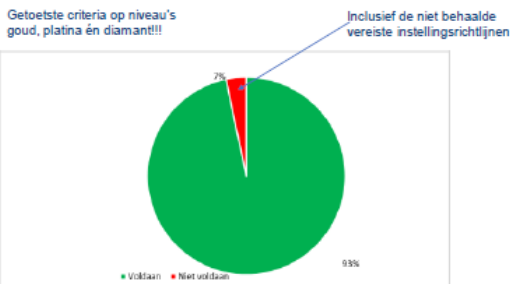


De eerste bevindingen

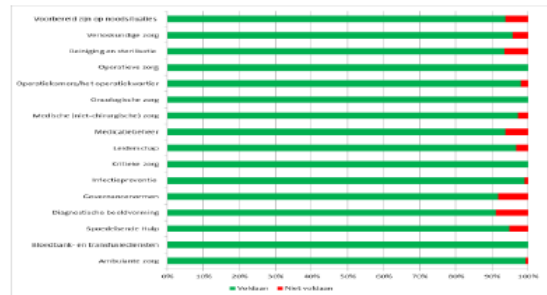
- Deze eerste bevindingen zijn voorlopig
- Bevindingen kunnen bijgesteld worden tot vaststelling van het definitieve auditrapport
- Niet alle bevindingen worden benoemd maar zijn terug te vinden in het auditrapport: dus hoort u niets over uw afdeling dan betekent dit niet automatisch dat alles op orde is bevonden!



Overzicht totaal op alle niveaus



Overzicht per norm op alle niveaus



Vereiste Instellingsrichtlijnen

Voldoen:
15 van de 19

Voldoen niet (volledig):
3 van de 19

Niet van toepassing:
1 van de 19



De 19 Vereiste Instellingsrichtlijnen zijn 58 keer gescoord.
(op 3 van de 58 scoringsmomenten is een VIR niet voldaan)



Criteria met hoge prioriteit

Voldoen:
1128 van de 1201

Voldoen niet:
31 van de 1201

Niet van toepassing:
42 van de 1201



Complimenten algemeen

WELKOM

Hoffelijk
Open houding
Hartelijk



Complimenten kwaliteitsmanagement

Productive Ward

- Kwaliteitsborden
- Snelweg / parkeren

Verbetercultuur

- Veel acties cel kwaliteit sensibilisering zorgverleners
- Betrokkenheid medische staf
- Screensaver
- Quiz
- Meneer Kompres
- Q teams
- Week van de patiëntveiligheid
- Veiligheidswaaijer
- Dashboard



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--------------	------------------------------------------------------

Complimenten



- Schone, nette, opgeruimde en prettige omgeving voor patiënten en medewerkers
- Patiëntvolgsysteem
- Aanschaf en onderhoud medische apparatuur



Uitdagingen vereiste instellingsrichtlijnen

- Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol bij alle diensten en procedures. (*spoed*)
- De zorgverleners ontvangen continue training voor het veilig gebruik van alle (binnen de verloskundige zorg gehanteerde types) infuuspompen. (*verloskunde*)
- De instelling implementeert een uitvoerig beleid voor het beheren van 'high-alertmedicatie'.



Uitdagingen

- Bewaken patiënten in wachtruimte op radiologie
- Borg instellingsbrede functieprofielen inclusief artsen
- Implementeren en borgen van uniform medicatiebeheer op alle afdelingen (*waaronder borgen bevoegd- en bekwaamheid medewerkers om medicatie toe te dienen*)
- Geldig brandweerafgetest
- Borg de implementatie van het noodplan



Waar staat u nu?



Beoordelingssystematiek van het NIAZ

Drie componenten:

- een rekenkundige beoordeling van de normen met speciale aandacht voor de vereiste instellingsrichtlijnen
- de uitvoering van de interne toetsing binnen de zorginstelling
- een gekwalificeerd eindoordeel over de 'noodzakelijke voorwaarden'



Na vandaag...

- Conceptrapportage naar AZ Herentals ter beoordeling op feitelijke onjuistheden (22 december 2017)
- Bestuur NIAZ besluit over verlenen accreditatiestatus (februari 2018)
- Definitief rapport in instelling (februari 2018)
- Voortgang borgen m.b.v. overzicht kwaliteitsverbetering



Datum: 29 januari 2018	Status: definitief	AZ Herentals	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------------------------------

