



NIAZ
Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

AUDITRAPPORT

Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel



Datum auditbezoek: 24 t/m 26 september 2018

Versie normenset: NIAZ-Qmentum 3.0

Accreditatieprocedure: 2017 (Qmentum)

Vastgesteld op: 18 oktober 2018



Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

Inhoud

Inleiding	3
1. Samenvatting	8
1.1 Auditinformatie	8
2. Overzicht beoordelingen en bevindingen auditteam	9
3. Conclusies voorzitter en auditteam	25



Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

Inleiding

Voor u ligt het auditrapport van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ), met daarin de bevindingen van de audit die is uitgevoerd als gevolg van het uitgesteld besluit m.b.t. het bekomen van de accreditatiestatus van het Sint-Dimpna.

Accreditatieoverzicht

Van 7 t/ 10 november 2017 onderging het Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel een audit volgens de KZi 3.0 norm. De auditoren hebben hun bevindingen van het auditbezoek beschreven in het auditrapport van 8 december 2017.

Het NIAZ heeft op basis van dit rapport besloten (alvorens het accreditatiebesluit te nemen) eerst een audit uit te voeren op de onderstaande uitdagingen:

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Te toetsen status
1	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	Goud	ja	Moet gerealiseerd zijn
2	Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om verwondingen door vallen van een cliënt te minimaliseren.	Ambulante zorg – 16.2 Diagnostische beeldvorming – 15.6 Revalidatiezorg - 15.3 Verloskundige zorg – 17.4	Platina	ja	Moet gerealiseerd zijn
3	Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.	Kritieke zorg – 11.8	Platina	ja	Moet gerealiseerd zijn
4	Voor de instellingsleiding is een gezonde en veilige werkomgeving een strategische prioriteit.	Leiderschap – 2.1	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
5	De instellingsleiding ontwikkelt, implementeert en onderhoudt gezondheids- en veiligheidsbeleid op de werkplek conform de wet- en regelgeving.	Leiderschap – 2.7	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Te toetsen status
6	De instellingsleiding ontwikkelt jaarplannen op operationeel niveau voor de realisatie van het strategisch plan en de doelen. De jaarplannen dienen voor de sturing van de dagelijkse bedrijfsactiviteiten.	Leiderschap – 6.2	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
7	De instellingsleiding beschikt over een geïntegreerde aanpak voor management en beheersing van risico's.	Leiderschap – 14.2	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
8	De instellingsleiding ontwikkelt en implementeert een geïntegreerd plan voor kwaliteitsverbetering.	Leiderschap – 17.1	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
9	Medewerkers dragen geschikte persoonlijke beschermingsmiddelen bij het omgaan met besmette materialen en apparatuur.	Infectiepreventie en -bestrijding – 11.3	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
10	Alle ruimtes voor reiniging en desinfectie van endoscopen zijn fysiek gescheiden van afdelingen voor patiëntenzorg.	Infectiepreventie en -bestrijding – 13.2	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
11	De medicatie is opgeslagen in beveiligde ruimtes die alleen toegankelijk zijn voor bevoegde medewerkers.	Medicatiebeheer – 6.3	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
12	Het team ontvangt cliënten in de behandelruimte, met respect voor privacy en vertrouwelijkheid.	Ambulante zorg – 6.2	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
13	Het team houdt bij hoeveel cliënten niet verschijnen voor geplande afspraken.	Ambulante zorg – 7.3	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
14	Het team volgt het instellingsbeleid met betrekking tot het veilig bewaren van medicatie en het weggooien van medicatie die over de datum, besmet of ongebruikt zijn.	Ambulante zorg – 11.6	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Te toetsen status
15	Het team bewaart schone en steriele apparatuur, medische instrumenten en benodigdheden gescheiden van besmette apparatuur en afval, conform de instructies van de fabrikant.	Ambulante zorg – 13.11	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
16	Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten, bijna-ongevallen en bijwerkingen voorkomen, monitort en analyseert deze.	Ambulante zorg – 16.8 Spoedeisende hulp – 14,7 Diagnostische beeldvorming – 15.9 Kritieke zorg - 14.9 Operatieve zorg – 14.7	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
17	Bij het verpakken van bloed en bloedcomponenten voor verzending inspecteert het team visueel elke zak en noteert het dat deze vrij is van lekken en abnormaliteiten, en dat de houdbaarheidsdatum nog niet is verstreken.	Bloedbank en transfusiediensten – 15.1	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
18	Het team inspecteert vóór de transfusie alle bloedzakken op lekken of andere abnormaliteiten.	Bloedbank en transfusiediensten – 20.4	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
19	Het team beschikt over een afdelingsplan voor nood-situaties en rampen waarin de rol van de afdeling spoedeisende hulp en de beschikbare hulpmiddelen zijn beschreven.	Spoedeisende hulp – 3.3	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
20	Het team registreert alle incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen en vermeldt, indien van toepassing, deze in het dossier van de cliënt.	Spoedeisende hulp – 14.6 Oncologische zorg - 15.5 Operatieve zorg – 14.6	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
21	Het team volgt wachttijden en de gemiddelde responstijden voor electieve, dringende en spoedaanvragen voor radiologische diagnostiek.	Diagnostische beeldvorming – 2.1	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Te toetsen status
22	Het team neemt een volledig verslag van het ontslag of de overdracht op in het cliëntdossier, inclusief een samenvatting van de verleende diensten.	Kritieke zorg – 11.9	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
23	Het team bergt dossiers van cliënten zodanig op dat de privacy en vertrouwelijkheid van cliëntinformatie beschermd worden.	Kritieke zorg – 12.4	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
24	De operatiekamer kent drie niveaus van toegankelijkheid: vrij toegankelijk, semi-toegankelijk en plaatsen met een strikte beperking.	Het operatiekwartier – 3.4	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
25	De steriele opslag van medische apparatuur, hulpmiddelen en steriele materialen is op de operatiekamers/het operatiekwartier beperkt toegankelijk.	Het operatiekwartier – 3.5	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
26	Het team maakt veilig gebruik van lasers en doet dit in een gecontroleerde omgeving.	Het operatiekwartier - 10.2	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
27	Het team slaat schone en steriele chirurgische apparatuur, medische apparatuur en benodigdheden op volgens de instructies van de fabrikanten, en gescheiden van vuile apparatuur en afval.	Het operatiekwartier – 13.4	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
28	Het team beschikt over adequate persoonlijke beschermingsmiddelen die deugdelijk zijn onderhouden.	Operatieve zorg – 2.6	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
29	Het team bergt cliëntendossiers zodanig op dat de privacy van de cliënt en de vertrouwelijkheid van cliëntinformatie beschermd worden.	Operatieve zorg – 12.4	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Te toetsen status
30	Het team draagt geschikte en correct onderhouden persoonlijke beschermingsmiddelen in de ontsmettingsruimte.	Reiniging en sterilisatie – 5.8	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
31	De instelling zorgt dat elk steriel pakket ongeschonden blijft.	Reiniging en sterilisatie – 10.4	Goud !	nee	
32	Het team overlegt indien nodig met andere specialisten om de beoordeling van de cliënt af te ronden.	Revalidatiezorg – 9.10	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
33	De instelling stelt prioriteiten vast voor de in kaart gebrachte nood-situaties en rampen op basis van hun frequentie en ernst.	Voorbereid zijn op noodsituaties en rampen – 6.4	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn
34	De instelling herhaalt jaarlijks de risico-inventarisatie en past deze indien nodig aan.	Voorbereid zijn op noodsituaties en rampen – 6.5	Goud !	nee	Moet gerealiseerd zijn

De bevindingen van de auditoren zijn beschreven in het voorliggende rapport.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

1. Samenvatting

Dit rapport geeft weer wat de bevindingen zijn van de auditoren bij het toetsen van de uitdagingen voortkomend uit de audit: 'Uitgesteld besluit', op basis van het internationale accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum. De KZi 3.0 norm is gehanteerd.

1.1 Auditinformatie

Het auditbezoek vond plaats van maandag 24 t/m woensdag 26 september 2018.

Auditteam

- Hans Valkenburg – voorzitter
- Dr. Rudi Vossaert
- Jean-Paul Van Baelen

Surveymanager

Christophe Maes



Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--------------------------------	--

2. Overzicht beoordelingen en bevindingen auditteam

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
1	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	Goud	ja	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

Auditor heeft gezien dat het beleid betreffende de melding en opvolging van incidenten is aangepast. In Infoland kunnen incidenten worden gemeld en in Workflow is ook een overzicht in te zien van de meldingen op afdelingsniveau. Alle meldingen komen binnen bij de coördinator van de incidentencommissie die voorts beoordeelt of er sprake is van een licht, matig of ernstig incident. De betrokken hoofdverpleegkundige krijgt eveneens een melding. Bij een ernstig incident wordt altijd een Prisma-analyse gedaan, een matig incident wordt altijd besproken met betrokkenen en indien gewenst een licht incident ook. Alle incidenten worden op afdelingsniveau door de hoofdverpleegkundige maandelijks besproken in het werkoverleg. De verbeterborden zijn eveneens geïmplementeerd.

De auditor heeft op de afdelingen urologie/vaatheelkunde, cardiologie, longafdeling, spoedeisende hulp, oncologisch daghospitaal de afdeling oncologie een tiental patiëntendossiers (EPD) ingezien en vastgesteld dat de incidenten staan vermeld en zijn opgevolgd. In niet alle gevallen is eenduidig aangegeven dat een incident ook is gemeld via het meldingsformulier in Infoland. Meldingen zijn in te zien door alle betrokken verpleegkundigen/medewerkers.

De auditor heeft vastgesteld, dat iedere medewerker van het Sint-Dimpnaziekenhuis een incident patiëntveiligheid elektronisch kan melden via het portaal (Infoland) waar hij/zij toegang tot heeft of via de link in het EPD.

Via Infoland heeft de auditor vastgesteld dat er een procedure beschikbaar is met kenmerk: "VIR: Melden Incidenten Patiëntveiligheid (Procedure) (Versie 5)".

Tijdens zijn bezoek aan de afdelingen Intensieve Zorgen en Geriatrie (5^o verdieping) heeft de auditor gesprekken met resp. de adjunct-hoofdverpleegkundige en het medische diensthoofd van Intensieve Zorgen en de hoofdverpleegkundige en vijf verpleegkundigen. Hierbij stelt de auditor vast dat er een ziekenhuisbreed incident meldsysteem aanwezig is. Op beide geriatrie afdelingen is er een actieve meldcultuur bij alle verpleegkundigen binnen een programma van Infoland. Dashboards zijn aanwezig waaruit de frequentie van de verschillende incidenten kan gehaald worden. Alsook wat er mee aangevangen werd (onder meer of er verbeteracties aan gekoppeld worden of niet). Incidenten worden maandelijks besproken op dienstvergaderingen, alwaar verbeteracties of suggesties aangereikt worden.

Tijdens zijn bezoek aan het operatiekwartier en de CSA ervaart de auditor dat op deze beide afdelingen er een actieve meldcultuur bestaat. Op beide afdelingen wordt feedback gegeven aan de medewerkers ter gelegenheid van maandelijks dienstvergaderingen en worden ook verbeteracties en plannen opgemaakt.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
2	Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om verwondingen door vallen van een cliënt te minimaliseren.	Ambulante zorg – 16.2 Diagnostische beeldvorming – 15.6 Revalidatiezorg - 15.3 Verloskundige zorg – 17.4	Platina	ja	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditor heeft op volgende diensten vastgesteld (ambulante revalidatie, SP revalidatie, radiologie, verloskwartier en intensieve zorgen) dat het beleid valpreventie is geïmplementeerd en periodiek wordt geëvalueerd via iTask van Infoland. De leidinggevendenden van deze diensten kunnen via deze tool specifiek, voor onder meer valincidenten, het resultaat opvolgen en via dienstvergaderingen de meldingen bespreken. Via iTask van Infoland wordt zo de verbeterflow zichtbaar en wordt het resultaat gebruikt voor de verdere beleidsvoering.

De procedure valpreventie (VIR: Valpreventie (Procedure) (Versie 7)), is raadpleegbaar via Infoland. Deze procedure geeft een volledig overzicht van de risicogroepen voor vallen en somt ook algemene en specifieke maatregelen op.

Aan alle nalevingstesten van valpreventie is voldaan.

Tijdens zijn bezoek aan de afdeling geriatrie (5^e verdieping) en gedurende het gesprek met de hoofdverpleegkundige en een vijftal verpleegkundigen verneemt de auditor dat er een procedure valpreventie bestaat. Bij elke opname wordt het valrisico bepaald. De auditor stelt vast dat preventieve maatregelen toegepast worden (Valkuil). Valincidenten worden in het incident meldsysteem gemeld en geven aanleiding tot maandelijks bespreking tijdens een dienstvergadering. Het ziekenhuisbeleid impliceert de actieve inbreng van ergotherapeuten en kinesitherapeuten.

Tijdens zijn bezoek aan de afdeling Intensieve Zorgen verneemt de auditor in een gesprek met de adjunct-hoofdverpleegkundige van deze dienst dat alle patiënten op deze afdeling beschouwd worden als risicopatiënt, zodanig dat ze allen een blauwe aanduiding krijgen op hun identificatiebandje. Eens patiënten verhuizen naar een klassieke afdeling wordt aldaar een nieuwe risico-inschatting uitgevoerd. Dit wordt onder meer bevestigd door de hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie.

Tijdens zijn bezoek aan het operatiekwartier kan de auditor bestatigen dat ook op deze afdeling specifieke maatregelen genomen worden om het valrisico maximaal in te perken.

Tijdens zijn bezoek aan de spoedeisende hulp heeft auditor gezien dat een afwijkende beleid valpreventie vigeert met op de spoedeisende zorg toegespitste items en een nadrukkelijke rol voor de triageverpleegkundige.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
3	Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.	Kritieke zorg – 11.8	Platina	ja	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditor kon een patiënte traceren die van de afdeling Intensieve Zorgen verwezen werd naar de afdeling Geriatrie. Hij liet zich eerst de theoretische informatie-overdracht uitleggen binnen het elektronisch medisch en verpleegkundig patiëntendossier en kon vervolgens bevestigen dat de vanuit Intensieve Zorgen doorgegeven informatie effectief beschikbaar werd gesteld op de afdeling Geriatrie, alwaar deze dan verder doorgegeven wordt via overdrachtslijsten en via het patiëntendossier.

De auditor kon aanwezig zijn bij een overdracht van een patiënt vanop de verkoeverkamer naar de afdeling. Bij deze overdracht waren enerzijds een anesthesioloog en verpleegkundige van de verkoeverkamer betrokken, en anderzijds een verpleegkundige van een heelkundige verpleegeenheid. Zowel medische als verpleegkundige informatie werd volgens het beleid overlopen en doorgegeven. Deze informatie (samen met alle toegediende medicatie, parameters van patiënt, specifieke postoperatieve instructies) staan op de afdeling elektronisch ter beschikking.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
4	Voor de instellingsleiding is een gezonde en veilige werkomgeving een strategische prioriteit.	Leiderschap – 2.1	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De gezonde en veilige werkomgeving is door de directie ter hand genomen door enerzijds te investeren in fysieke aanpassingen (vernieuwing apparatuur, verbouwingen, aanpassen verlichting en nieuwe vloeren) en een lijst van binnenkort uit te voeren aanpassingen. De auditor heeft dit onder meer te zien gekregen in de keuken. Beschermende kleding en gehoorbescherming maken daar ook deel van uit. Anderzijds is een medewerkersbevraging gedaan tot daags voor de audit.

(RAPS-I) waarin specifiek over tevredenheid en welzijnsbevinding vragen zijn gesteld. Voor de instellingsleiding is dit een check of de ingezette maatregelen afdoende zijn en navolging verdienen. gesteld. In het gesprek met de directie is aangegeven dat ook de omgang met meeruren prioriteit heeft gekregen.

Tijdens het gesprek met team ziekenhuishygiëne blijkt dat het ziekenhuis ten aanzien van de medewerkers een beleid voert ivm mogelijke infectieuze besmettingen tijdens het werk. De auditor stelt vast dat het beleid overeenkomstig de wettelijke bepalingen (België) geschiedt (vb bij contact met mogelijke TBC wordt een correcte opvolging uitgevoerd). Daarnaast is er ook een actief vaccinatiebeleid met betrekking tot griep; vorig jaar was er een vaccinatiegraad van 60%; door allerlei acties poogt men nu de vaccinatiegraad op 70% te brengen.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
5	.De instellingsleiding ontwikkelt, implementeert en onderhoudt gezondheids- en veiligheidsbeleid op de werkplek conform de wet- en regelgeving.	Leiderschap – 2.7	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De instellingsleiding heeft getoond dat het gezond- en veiligheidsbeleid onderdeel uitmaakt van het beleid en nauwkeurig wordt gemonitord met behulp van de preventiefunctaris. Op intranet is ook een reeks foto's te zien waarop de situatie vóór en ná de verbeteringen zijn weergegeven.

Tijdens gesprek van auditor met team ziekenhuishygiëne blijkt dat het ziekenhuis ten aanzien van de medewerkers een beleid voert ivm mogelijke infectieuze besmettingen tijdens het werk, dat overeenkomstig de wettelijke bepalingen (België) geschiedt (vb bij contact met mogelijke TBC wordt een correcte opvolging uitgevoerd). Daarnaast is er ook een actief vaccinatiebeleid met betrekking tot griep; vorig jaar was er een vaccinatiegraad van 60%; door allerlei acties poogt men nu de vaccinatiegraad op 70% te brengen.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
6	De instellingsleiding ontwikkelt jaarplannen op operationeel niveau voor de realisatie van het strategisch plan en de doelen. De jaarplannen dienen voor de sturing van de dagelijkse bedrijfsactiviteiten.	Leiderschap – 6.2	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

Nadat het strategisch beleid is vastgesteld vindt vertaling plaats naar het operationeel niveau. Op de afdelingen is duidelijk wat de actiepunten zijn voor de korte, middellange en wat langere termijn. In het uniforme format staan ook de afdelingsspecifieke actiepunten. In een aantal gevallen zijn actiepunten en verbeterpunten ook aangegeven op de duidelijk zichtbare verbeterborden op de diverse afdelingen. Opvallend is de op operationeel niveau betrokken verpleegkundig directeur, hetgeen wordt gewaardeerd.

De auditor heeft dit gezien en toegelicht gekregen op de spoedeisende hulp en op het oncologisch daghospitaal.

De auditor heeft vastgesteld, dat op het platform documentbeheer het sjabloon beschikbaar is voor beleidsplan 2018.

Tijdens de presentatie door enkele leden van de stuurgroep kwaliteit werd een overzicht gepresenteerd van bestaande beleidsplannen en hun inhoud.

De beleidsplannen kennen hun opmaak in functie van doelstellingen, acties, verantwoordelijken en tijdsplanning.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
7	De instellingsleiding beschikt over een geïntegreerde aanpak voor management en beheersing van risico's.	Leiderschap – 14.2	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditoren hebben gesproken met de algemeen directeur a.i., de hoofdarts, de hoofdverpleegkundige van de spoedeisende hulp, de preventiemedewerker en een verpleegkundige van de spoedeisende hulp. Ook de in zijn introductieperiode zittende nieuwe algemeen directeur was bij het gesprek aanwezig.

Er is uitleg gegeven aan de Risico-inventarisatie en evaluatie van afgelopen jaar en tevens over het noodplan en de continuïteitsplannen welke eveneens door de auditoren zijn ingezien. De RI&E en de nood- en continuïteitsplannen zijn breed toegankelijk voor alle medewerkers. Mede naar aanleiding van een grote externe stroomstoring zijn een aantal zaken aangepast en veranderd in de organisatie. Risico's die regionaal of binnen de Gemeente invloed kunnen hebben worden gedetecteerd en doorgeleid naar de betrokken comités .

Als voorbeeld van risicobeheersing kan een recent uitgevoerde evacuatie-oefening uit het operatiekwartier gemeld worden. Deze oefening werd in samenwerking met de spoedopname en de brandweer uitgevoerd. Uit een gesprek met de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier kan de auditor vaststellen dat hieruit lessen getrokken werden en een aantal verbeterpunten uitgewerkt worden.

	Uitdaging	Normense / Kritisch proces/ Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
8	De instellingsleiding ontwikkelt en implementeert een geïntegreerd plan voor kwaliteitsverbetering.	Leiderschap – 17.1	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De stafmedewerkers kwaliteit en accreditatie zijn gesproken. In een presentatie hebben zij getoond hoe in samenspraak met de firma Infoland het programma 'Workflow' invulling heeft gekregen en waarmee thans de opvolging van verbeteracties kan worden gemonitord. Er is getoond aan de hand van een 16-tal projecten in relatie tot het uitgesteld besluit op welke wijze monitoring en opvolging plaatsvindt. Door de stafmedewerkers kwaliteit en accreditatie is een reeks scholings- en informatiebijeenkomsten georganiseerd voor totaal circa 800 medewerkers. De verantwoordelijkheden zijn tevens belegd en ook is een tijdspad weergegeven voor de verbeteracties. In Workflow worden eveneens diverse indicatoren bijgehouden. De directie en de betrokken leidinggevende functionarissen krijgen automatisch een bericht indien er wat in het beleid of de versie van een document gewijzigd moeten worden. Overige medewerkers hebben leesrechten zodat zij in het programma kunnen zien wat de stand van zaken is.

Aan auditoren is de werking getoond en vanuit de directie is toegelicht welke de effecten zijn van het borgingsinstrument 'Workflow'.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
9	Medewerkers dragen geschikte persoonlijke beschermingsmiddelen bij het omgaan met besmette materialen en apparatuur.	Infectiepreventie en -bestrijding – 11.3	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

Tijdens een gesprek met het team ziekenhuishygiëne verneemt de auditor dat zowel op de CSA als op de endoscopie-eenheid er in 2018 geïnvesteerd werd in persoonlijke beschermingsmiddelen voor de medewerkers (onder meer spatborden), vastgesteld door de auditor tijdens zijn bezoek aan de endoscopie-afdeling en de CSA.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces/ Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
10	Alle ruimtes voor reiniging en desinfectie van endoscopen zijn fysiek gescheiden van afdelingen voor patiëntenzorg.	Infectiepreventie en -bestrijding – 13.2	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

Bij een bezoek aan de endoscopie-afdeling kan de auditor navolgende zaken bestatigen:

- Er is werk gemaakt van een fysieke scheiding tussen vuile en propere zone voor wat betreft reiniging en wassen en vervolgens is er nog een aparte ruimte alwaar de scopen bewaard worden
- Er is een aparte medewerker aangeduid die zich enkel bezig houdt met reiniging en desinfectie van de endoscopen
- Alle endoscopen worden centraal behandeld: de gastro- en de colonoscopen, de bronchoscopen en de flexibele uroscopen
- Ruimte voor de reiniging en desinfectie van de endoscopen zijn fysiek gescheiden van de behandelkamer of de ruimtes voor de patiëntenzorg
- Er wordt gebruik gemaakt van de vier uren regel waarbij de scopen binnen de vier uren na wassen hergebruikt worden. De droge scopen in de bewaarkasten worden opnieuw gewassen vooraleer in gebruik genomen te worden.

De plannen zijn aanwezig om in 2020 een aparte endoscopie-unit te realiseren met eveneens een nieuwe reiniging en desinfectie-unit met bewaarkasten die voldoen aan de hoogste normering.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau		
11	De medicatie is opgeslagen in beveiligde ruimtes die alleen toegankelijk zijn voor bevoegde medewerkers.	Medicatiebeheer – 6.3	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditor heeft op volgende diensten vastgesteld (SP revalidatie, radiologie en verloskwartier, intensieve zorgen en daghospitalisatie chirurgie) dat de medicatie opgeslagen is in beveiligde ruimtes (verpleegstation) die enkel toegankelijk zijn via een digitaal persoonlijke TAG. De medicatie wordt vervolgens bewaard in daarvoor voorziene kasten. De hoog risicomedicatie wordt bewaard in een afzonderlijk kluisje.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

Bij zijn bezoek aan de afdeling geriatrie (5^o verdieping) kan de auditor bevestigen dat de medicatiekamer toegankelijk is vanop de gang en vanuit de verpleegpost. Zowel de medicatiekamer als de verpleegpost zijn beveiligd met badgecontrole. De beide deuren waren dicht. Daarenboven zijn de medicatiekarren die gebruikt worden bij het uitreiken van medicatie eveneens beveiligd met een cijferslot. De medicatiekarren waren allen gesloten.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
12	Het team ontvangt cliënten in de behandelruimte, met respect voor privacy en vertrouwelijkheid.	Ambulante zorg – 6.2	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditor heeft op consultatie cardiologie vastgesteld, dat de patiënten met respect voor privacy en vertrouwelijkheid worden ontvangen in de behandelruimte.

De auditor heeft vastgesteld, dat de patiënten zich melden voor de consultatie oncologie en neurochirurgie, deze op de gang in het bijzijn van andere patiënten worden bevroegd naar hun identificatiegegevens zoals naam, voornaam, geboortedatum en voor welke arts men een afspraak heeft.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
13	Het team houdt bij hoeveel cliënten niet verschijnen voor geplande afspraken.	Ambulante zorg – 7.3	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditor heeft vastgesteld in een gesprek met de neuroloog (consultatie neurologie) dat er een registratie plaatsvindt aangaande de aantallen cliënten die verschijnen op geplande afspraken in vergelijking met het afsprakenbeheer. Het resultaat van deze registraties (no show) worden maandelijks gecommuniceerd waardoor het beleid wordt opgevolgd. De auditor heeft een lijst kunnen inkijken waaruit de aantallen patiënten blijkt die wel of niet verschijnen op een geplande afspraak.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
14	Het team volgt het instellingsbeleid met betrekking tot het veilig bewaren van medicatie en het weggooien van medicatie die over de datum, besmet of ongebruikt zijn.	Ambulante zorg – 11.6	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditor heeft op volgende diensten vastgesteld (ambulante revalidatie, SP revalidatie, radiologie en verloskwartier, daghospitalisatie – shortstay en intensieve zorgen, alsook op de poliklinische raadplegingsdiensten) dat het team een beleid voert met betrekking tot het veilig bewaren van de medicatie en het weggooien van de medicatie die over datum, besmet of ongebruikt zijn'.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

De procedure met titel "VIR: Medicatiedistributie op de verpleegafdelingen (Versie 11)" verwijst naar een afspraak dat vervallen medicatie apart terug wordt bezorgd aan de apotheek. De teamleden van de diensten controleren periodiek op vervallen medicatie in samenwerking met de dienst apotheek.

In het operatiekwartier worden alle aanwezige medicaties tweemaal per jaar gecheckt op vervaldatum. Checklijsten zijn inklikbaar.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
15	Het team bewaart schone en steriele apparatuur, medische instrumenten en benodigdheden gescheiden van besmette apparatuur en afval, conform de instructies van de fabrikant.	Ambulante zorg – 13.11	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditoren kunnen op de diverse poliklinische raadplegingsruimten vaststellen dat er een correcte scheiding tussen enerzijds schone en steriele apparatuur, medische instrumenten en benodigdheden en anderzijds afval en besmet materiaal aanwezig is.

De auditor krijgt bevestigd op de afdeling Intensieve Zorgen dat er een gescheiden bewaring geschiedt tussen steriele / propere instrumenten en materiaal, en vuile / besmette elementen. Beide bergingen zijn infrastructuureel van elkaar gescheiden.

Op het operatiekwartier en binnen de CSA is door renovatiewerken en infrastructuurele wijzigingen in 2018 deze uitdaging compleet gerealiseerd.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
16	Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten, bijna-ongevallen en bijwerkingen voorkomen, monitort en analyseert deze.	Ambulante zorg – 16.8 Spoedeisende hulp – 14,7 Diagnostische beeldvorming – 15.9 Kritieke zorg - 14.9 Operatieve zorg – 14.7	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

Mede door de invoering van 'Workflow' en de aandacht /opleiding voor de meldingsfrequentie is het aantal meldingen het afgelopen half jaar fors toegenomen. Een overzicht van de meldingen is per afdeling voor alle medewerkers in te zien. Door op de melding te klikken kan inhoudelijke informatie worden bekeken. Naast de interventie van de coördinator patiëntveiligheid wordt aan de hand van de ernst per incidentmelding beoordeeld of een Prisma-analyse moet plaatsvinden of dat de incidenten maandelijks door de hoofdverpleegkundige besproken worden in het werkoverleg dan wel of op het individueel niveau opvolging moet worden gegeven. De analyse vindt plaats en met name op de afdeling wordt door de hoofdverpleegkundige bijgehouden of de verbeteracties worden opgevolgd, moeten worden uitgebreid enzovoorts.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

De auditor heeft gezien dat steeds een tijdspad is aangegeven. De auditor heeft dit vastgesteld op de longafdeling, de cardiologie, het oncologisch daghospitaal en de spoedeisende hulp.

Op de afdelingen Intensieve Zorgen en Geriatrie blijkt uit gesprekken van de auditor met enerzijds de adjunct-hoofdverpleegkundige en het medische diensthoofd van Intensieve Zorgen, en anderzijds de hoofdverpleegkundige en vijf verpleegkundigen van het team Geriatrie, dat meldingen gemaakt worden van incidenten en bijna-incidenten. En dat hieromtrent feedback gegeven wordt tijdens de maandelijkse dienstvergaderingen. De auditor stelt ook vast dat hier ook verbeteracties en suggesties geformuleerd worden.

Ook in de diverse poliklinische raadplegingen is het gebruik van het incidentmeldsysteem goed ingeburgerd (de auditoren spraken verpleegkundigen en artsen op de dienst hematologie en de vaatheelkunde). De verpleging krijgt feedback omtrent de incidenten ter gelegenheid van de dienstvergaderingen.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
17	Bij het verpakken van bloed en bloedcomponenten voor verzending inspecteert het team visueel elke zak en noteert het dat deze vrij is van lekken en abnormaliteiten, en dat de houdbaarheidsdatum nog niet is verstreken.	Bloedbank en transfusiediensten – 15.1	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditor heeft op het labo en dienst 5 vastgesteld dat de laborante en de verpleegkundige bij de voorbereiding van een bloedtransfusie visueel de bloedzak controleert op lekken en abnormaliteiten. De houdbaarheidsdatum wordt door de verpleegkundige en laborante gecontroleerd.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
18	Het team inspecteert vóór de transfusie alle bloedzakken op lekken of andere abnormaliteiten.	Bloedbank en transfusiediensten – 20.4	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditor heeft vastgesteld op dienst 5 tijdens de voorbereidingen van een bloedtransfusie, dat de verpleegkundige de bloedzak voor transfusie inspecteert op lekken en andere abnormaliteiten.

De auditor verneemt bij zijn bezoek op de afdeling intensieve zorgen tijdens het gesprek met de adjunct-hoofdverpleegkundige dat er een procedure bestaat waarin gemeld wordt dat alle bloedzakken voor transfusie geïnspecteerd moeten worden op lekken of andere abnormaliteiten. Deze procedure wordt volgens haar ook stevast toegepast.

Ook bij zijn bezoek aan de operatiezalen constateert de auditor dat de procedure omtrent inspectie voor transfusie van de bloedzakken geëerbiedigd wordt. Op het operatiekwartier geschiedt het afvinken op papier. Volgens de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier geschiedt dit op de hospitalisatie-afdelingen elektronisch.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
19	Het team beschikt over een afdelingsplan voor noodsituaties en rampen waarin de rol van de afdeling spoedeisende hulp en de beschikbare hulpmiddelen zijn beschreven.	Spoedeisende hulp – 3.3	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

In de commissie rampenopvang aangevuld met de algemeen directeur heeft de auditor inzichtelijk gekregen welke aanpassingen aan het noodplan hebben plaatsgevonden waarbij nu nadrukkelijk de rol van de spoedeisende hulp is uitgewerkt en gecommuniceerd binnen de organisatie. Het beleid en de afspraken zijn vertaald in zogenoemde Actiekaarten. Deze zijn vereenvoudigd en hebben tot meer duidelijkheid geleid omdat thans helder is welk nummer men moet bellen (222) in geval van nood en waar (SEH) wordt bepaald of het rampenplan in werking moet worden gesteld en of er dient te worden opgeschaald. De coördinatie bij een noodsituatie is helder. De actiekaarten bevinden zich op alle afdelingen / werkplekken bij de brandslangen/blusmiddelen, vastgesteld door de auditoren.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces/ Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
20	Het team registreert alle incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen en vermeldt, indien van toepassing, deze in het dossier van de cliënt.	Spoedeisende hulp – 14.6 Oncologische zorg - 15.5 Operatieve zorg – 14.6	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditor heeft vastgesteld dat het aantal meldingen is toegenomen nadat hier expliciet aandacht aan is gegeven. Naast registratie in het patiëntendossier is de melding nu ook in 'Workflow' opgenomen waardoor op geaggregeerd niveau overzicht ontstaat alsook analysemogelijkheden aangewend worden. De auditor heeft dit getoetst op de afdeling cardiologie, de dienst heelkunde, het oncologisch dagcentrum, de spoedeisende hulp en de longafdeling.

Op de afdeling Intensieve Zorgen verneemt de auditor van het medisch diensthoofd en de adjunct hoofdverpleegkundige dat valincidenten steeds in het patiëntendossier terecht komen. Andere incidenten komen niet steeds in het patiëntendossier terecht.

Op het operatiekwartier verneemt de auditor van het verpleegkundig diensthoofd dat men actief incidenten en bijna incidenten meldt.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
21	Het team volgt wachttijden en de gemiddelde responstijden voor electieve, dringende en spoedaanvragen voor radiologische diagnostiek.	Diagnostische beeldvorming – 2.1	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditor heeft vastgesteld op de dienst medische beeldvorming dat het team de gemiddelde responstijden voor electieve, dringende en spoedaanvragen voor radiologische diagnostiek opvolgt. Dringende spoedaanvragen kennen een groene kleur als teken van dringendheid. Dergelijk aanvragen worden prioritair behandeld en kennen geen wachttijd.

Beleidsmatig past men ook de afsprakenlijsten aan in functie van aanbod van de MRI afspraken. Zo wordt er bij regelmaat gewerkt in het weekend om de wachttijden te minimaliseren.

Alle doorlooptijden (wachttijden) op de dienst medische beeldvorming worden digitaal geregistreerd. Een PDF met doorlooptijden werd ingezien door de auditor.

De leidinggevende heeft via opvolgingslijsten met kenmerk: "controle wachttijden CT en MRI" aangetoond dat de wachttijden voor deze onderzoekseenheden worden geregistreerd en opgevolgd.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
22	Het team neemt een volledig verslag van het ontslag of de overdracht op in het cliëntdossier, inclusief een samenvatting van de verleende diensten.	Kritieke zorg – 11.9	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditor heeft op de dienst revalidatie en intensieve zorgen vastgesteld, samen met een verpleegkundige, dat er verslaggeving bestaat in het cliëntendossier met omschrijving van het ontslag of de overdracht van de verleende diensten.

Bij het traceren van een patiënte van op de afdeling Intensieve Zorgen naar de afdeling geriatrie kan de auditor bestätigen dat een volledige overdracht in het patiëntendossier plaats vindt van zowel de medische als de verpleegkundige gegevens, alsook van de medicatie.

In de verkoeverkamer kon de auditor een informatieoverdracht meevolgen tussen een verpleegkundige van de verkoeverkamer en een anesthesioloog enerzijds, en een verpleegkundige van de heelkundige afdeling anderzijds. De overdracht geschiedt mondeling, alles is elektronisch gedocumenteerd zowel in de operatiezaal als in de verkoeverkamer. Deze informatie (soort ingreep, soort anesthesie, toegediende medicatie, specifieke postoperatieve opdrachten, status van de patiënt en parameters van de patiënt) zijn elektronisch ter beschikking op de hospitalisatie-afdeling.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces/ Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
23	'Het team bergt dossiers van cliënten zodanig op dat de privacy en vertrouwelijkheid van cliëntinformatie beschermd worden'	Kritieke zorg – 12.4	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditor heeft op volgende diensten vastgesteld (ambulante revalidatie, SP revalidatie, radiologie en verloskwartier, daghospitalisatie – shortstay, spoedgevallen en intensieve zorgen) dat de teamleden de privacy van de cliënt waarborgen door de cliëntendossiers veilig op te bergen en vertrouwelijk te behandelen. Het cliëntendossier is voor een groot deel gedigitaliseerd. Andere relevante papieren documenten voor het cliëntendossier worden opgeborgen in een daarvoor voorziene kar.

Bij zijn bezoek aan de afdeling geriatrie (5^e verdieping) kan de auditor bevestigen dat de medische en verpleegkundige dossiers voor wat betreft het papieren gedeelte, zich in de verpleegpost bevinden, waarvan de toegangsdeur afgesloten wordt met badge-controle. Het elektronische gedeelte van het patiëntendossier wordt beveiligd met een paswoord. De artsen hebben toegang tot het medisch dossier van alle patiënten, de verpleegkundigen hebben toegang tot het medisch dossier van patiënten die op hun verpleegafdeling gehospitaliseerd zijn.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
24	De operatiekamer kent drie niveaus van toegankelijkheid: vrij toegankelijk, semi-toegankelijk en plaatsen met een strikte beperking.	Het operatiekwartier – 3.4	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

Bij zijn bezoek aan het operatiekwartier kan de auditor bevestigen dat voldaan is aan de verschillende niveaus van toegankelijkheid. De beperkte tekortkoming, die aangetoond werd ter gelegenheid van de audit in november 2017 is gecorrigeerd. Elke mogelijke toegang tot het operatiekwartier staat nu onder badge-controle.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
25	'De steriele opslag van medische apparatuur, hulpmiddelen en steriele materialen is op de operatiekamers/het operatiekwartier beperkt toegankelijk'	Het operatiekwartier – 3.5	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

Tijdens zijn bezoek aan het operatiekwartier kan de auditor vaststellen dat deze afdeling langs alle zijden enkel met badgecontrole kan betreden worden.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
26	Het team maakt veilig gebruik van lasers en doet dit in een gecontroleerde omgeving.	Het operatiekwartier - 10.2	Goud !	nee	<i>Gerealiseerd</i>

Opmerkingen auditoren:

De auditor kan bestätigen bij zijn bezoek aan het operatiekwartier dat de opmerkingen die gemaakt werden ter gelegenheid van de audit van november 2017 weggewerkt zijn : alle raampjes in de toegangsdeuren van de operatiezalen werden bedekt met een speciale folie in overleg met de toeleverende bedrijven van laserapparatuur. Bij gebruik van een lasertoestel wordt het specifieke pictogram aan de buitenzijde van de betrokken operatiezaal aangebracht. Medewerkers maken correct gebruik van laser-brillen.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
27	Het team slaat schone en steriele chirurgische apparatuur, medische apparatuur en benodigdheden op volgens de instructies van de fabrikanten, en gescheiden van vuile apparatuur en afval.	Het operatiekwartier – 13.4	Goud !	nee	<i>Gerealiseerd</i>

Opmerkingen auditoren:

De auditor heeft de afdelingen CSA en operatiekwartier bezocht en gesprekken gevoerd met de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier, het medisch diensthoofd van het operatiekwartier, de hoofdverpleegkundige van de CSA en een medewerkster van haar. Hierbij kunnen de volgende vaststellingen gemaakt worden:

- Sedert de audit in november 2017 is er een specifieke bewaarruimte gecreëerd op kelderniveau in de sterilisatie alwaar alle steriele materiaal en instrumenten netjes in rekken gestapeld worden, waarbij geen twee sets op mekaar gestapeld worden
- Het aantal sets dat in het operatiekwartier bewaard wordt is gereduceerd hierdoor; daardoor is één en ander meer overzichtelijk geworden in het operatiekwartier.

Ook de stapeling in het operatiekwartier voldoet aan deze zelfde voorwaarden.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
28	Het team beschikt over adequate persoonlijke beschermingsmiddelen die deugdelijk zijn onderhouden.	Operatieve zorg – 2.6	Goud !	nee	<i>Gerealiseerd</i>

Opmerkingen auditoren:

De auditoren vernemen tijdens het inleidende gesprek met de directie op maandag dat de loodschorten die gebruikt worden bij gebruik van ioniserende straling, vanaf 2018 voorwerp uitmaken van controle en onderhoud. De resultaten van de controle worden geregistreerd, ingezien door de auditoren.

De auditor stelt in het operatiekwartier vast dat de loodschorten inderdaad een jaarlijkse onderhoudsbeurt kennen. Dit wordt op de loodschorten als dusdanig aangeduid.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

Bij zijn bezoek aan de volledig vernieuwde CSA stelt de auditor vast dat alle persoonlijke beschermingsmiddelen voor de medewerkers aanwezig zijn (spatbrillen, spatborden, speciale werkkast voor uitblazen van holle instrumenten).

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
29	Het team bergt cliëntendossiers zodanig op dat de privacy van de cliënt en de vertrouwelijkheid van cliëntinformatie beschermd worden.	Operatieve zorg – 12.4	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditor heeft op volgende diensten vastgesteld (ambulante revalidatie, SP revalidatie, radiologie en verloskwartier, daghospitalisatie – shortstay, spoedgevallen en intensieve zorgen) dat de teamleden de privacy van de cliënt waarborgen door de cliëntendossiers veilig op te bergen en vertrouwelijk te behandelen.

Het cliëntendossier is voor een groot deel gedigitaliseerd. Andere relevante papieren documenten voor het cliëntendossier worden opgeborgen in een daarvoor voorziene kar.

Bij zijn bezoek aan de afdeling geriatrie (5° verdieping) kan de auditor bevestigen dat de medische en de verpleegkundige dossiers voor wat betreft het papieren gedeelte, zich in de verpleegpost bevinden. De auditor stelt vast dat de toegangsdeur afgesloten wordt met badge-controle. Het elektronische gedeelte van het patiëntendossier wordt beveiligd met een paswoord. De artsen hebben toegang tot het medisch dossier van alle patiënten, de verpleegkundigen hebben toegang tot het medisch dossier van de patiënten die op hun verpleegafdeling gehospitaliseerd zijn.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
30	Het team draagt geschikte en correct onderhouden persoonlijke beschermingsmiddelen in de ontsmettingsruimte.	Reiniging en sterilisatie – 5.8	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

Bij zijn bezoek aan de volledig vernieuwde CSA stelt de auditor vast dat alle persoonlijke beschermingsmiddelen voor de medewerkers aanwezig zijn (spatbrillen, spatborden, speciale werkkast voor uitblazen van holle instrumenten).

Ook bij zijn bezoek aan de reinigings- en desinfectieruimte op de endoscopie-afdeling kan de auditor vaststellen dat de persoonlijke beschermingsmiddelen aanwezig zijn en gebruikt worden door de betrokken medewerkers.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
31	De instelling zorgt dat elk steriel pakket ongeschonden blijft.	Reiniging en sterilisatie – 10.4	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

Tijdens een gesprek met het team ziekenhuishygiëne verneemt de auditor dat er sedert de audit in november 2017 werk gemaakt werd van een renovatie van de CSA waaraan ook een grote opslagruimte gekoppeld werd voor het steriele materiaal, dat niet langer in zijn totaliteit dient op geslagen te worden in het operatiekwartier.

De auditor heeft de afdelingen CSA en operatiekwartier bezocht en gesprekken gevoerd met de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier, het medisch diensthoofd van het operatiekwartier, de hoofdverpleegkundige van de CSA en een medewerkster van haar. Hierbij kunnen de volgende vaststellingen gemaakt worden:

- Sedert de audit in november 2017 is er een specifieke bewaar ruimte gecreëerd op kelderniveau in de sterilisatie alwaar alle steriele materiaal en instrumenten netjes in rekken gestapeld worden, waarbij geen twee sets op mekaar gestapeld worden
- Het aantal sets dat in het operatiekwartier bewaard wordt is gereduceerd hierdoor; daardoor is één en ander meer overzichtelijk geworden in het operatiekwartier
- Ook de stapeling in het operatiekwartier voldoet aan deze zelfde voorwaarden
- In het operatiekwartier worden geen steriele sets meer aangetroffen in logistieke gangen

De hoofdverpleegkundige van de CSA geeft aan dat er in het verleden incidenten gemeld werden omtrent het correct inpakken en verhandelen van sets tijdens het weekend. Tijdens het weekend moeten de operatieverpleegkundigen de taken van de CSA waarnemen. Er werd derhalve voorzien in een bijscholing van de ganse verpleegkundige equipe van het operatiekwartier, waardoor er zich geen incidenten meer voordoen.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
32	Het team overlegt indien nodig met andere specialisten om de beoordeling van de cliënt af te ronden.	Revalidatiezorg – 9.10	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

De auditor heeft vastgesteld, dat indien nodig, men met andere specialisten overlegt om de beoordeling van de patiënt interdisciplinair te bespreken en af te ronden. Zo zijn bijvoorbeeld de specialisaties orthopedie en neurologie nauw betrokken bij de revalidatiezorg, SP revalidatie.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
33	De instelling stelt prioriteiten vast voor de in kaart gebrachte noodsituaties en rampen op basis van hun frequentie en ernst.	Vorbereid zijn op noodsituaties en rampen – 6.4	Goud !	nee	Gerealiseerd

Opmerkingen auditoren:

Een van de voorname aandachtspunten is de oprichting het Bureau Rampenopvang welk de beleidscel is voor het vorm geven aan het intern en extern rampenplan.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

De auditor heeft met een ruime afvaardiging van het Bureau rampenopvang gesproken en duidelijk gemaakt gekregen dat de coördinatie bij een noodsituatie thans voor ieder helder is geregeld. Het Crisiscomité (CCZ) (deze treedt in werking bij enige vorm van nood/crisis in huis of daarbuiten) vervult hierin een voorname rol. Men werkt met functies die kunnen worden vervangen/overgenomen en niet met bijv. de persoon van de algemeen directeur die afwezig kan zijn.

	Uitdaging	Normenset / Kritisch proces / Criterium	Niveau	VIR	Bevindingen auditteam
34	De instelling herhaalt jaarlijks de risico-inventarisatie en past deze indien nodig aan.	Voorbereid zijn op noodsituaties en rampen – 6.5	Goud !	nee	<i>Gerealiseerd</i>

Opmerkingen auditoren:

Op basis van de recente RI&E welke is ingezien door de auditor kon worden vastgesteld dat een update heeft plaatsgevonden. Externe omstandigheden worden desgewenst meegenomen in het strategisch beleid van de directie waarna vertaling plaatsvindt. Zo is er afgelopen jaar aanscherping van het beleid geweest na een grote regionale stroomstoring die uitwees dat niet alle apparatuur op de juiste wijze aan het noodnet was gekoppeld.

Datum: 18 oktober 2018	Status: definitief	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
---------------------------	-----------------------	--	--

3. Conclusies voorzitter en auditteam

Nadat AZ Sint Dimpna te Geel in 2017 het NIAZ besluit tot een uitgesteld besluit ontving, heeft de directie in samenspraak met de raad van bestuur besloten tot een onmiddellijke aanpak van de 34 door het CKV gedefinieerde uitdagingen.

Er zijn 16 projecten gestart met een duidelijke projectstructuur, tijdsplan en verantwoordelijkheden om de toegewezen uitdagingen verder te ontwikkelen, te implementeren en te borgen. De projectteams komen 1 maal per twee weken samen, zo nodig wekelijks. Op operationeel niveau zijn informatiebijeenkomsten en ter zake scholingen georganiseerd. Dit heeft ook een positief effect op de betrokkenheid van medewerkers gehad.

De opvolging en monitoring heeft plaatsgevonden met behulp van het platform Infoland ontwikkelde tool: Workflow. Deze tool, die toegankelijk is voor alle medewerkers (leesrechten) kan door leidinggevenden, stafmedewerkers en directie worden ingevuld en gebruikt voor het houden van overzicht over ingezette verbetermaatregelen en stand van zaken van projecten, indicatoren etc. Deze ontwikkeling heeft zich niet alleen beperkt tot de opvolging van de uitdagingen voor NIAZ maar ook tot ontwikkelingen die al in de pen zaten. Dat heeft ertoe bijgedragen dat naast de uitdagingen aanvullende verbetermaatregelen zijn toegevoegd aan een aantal projecten.

De betrokkenheid van de medici is gegarandeerd door in de stuurgroep 'kwaliteit en accreditatie', naast de hoofdarts, een 2-tal medici te benoemen vanuit de medische raad. Daarnaast zijn er 16 specialisten opgeleid tot interne auditor.

Tijdens de audit van 24 t/m 26 september, ziet het auditteam de tastbare resultaten van het verbetertraject van zo'n 9 maanden. Door directie en stafmedewerkers is in een presentatie een duidelijk overzicht gegeven van de inhoudelijke aanpak van de 16 projecten. Opmerkelijk daarbij is, dat niet vanuit defensief oogpunt verbeteracties op touw zijn gezet maar vanuit de onderkenning dat het beter kan en moet. De instelling heeft zelf op aanwijsbare plaatsen nog extra uitdagingen toegevoegd, bijvoorbeeld bij de aanpassingen van het noodplan. Met steun van de raad van bestuur zijn een aantal fysieke aanpassingen gerealiseerd waarvoor zonder veel discussie extra gelden zijn vrijgemaakt. Het is de auditoren opgevallen dat de afgelopen maanden enkele renovaties, zoals aanpassingen binnen de endoscopieruimte, CSA, OK, in de keuken, apotheek en op diverse verpleegafdelingen, zijn doorgevoerd en dat de organisatie een schone opgeruimde indruk maakt. Geplande zaken zijn waar nodig naar voren gehaald.

Bij de meeste (enthousiaste) medewerkers is een gezonde spanning aanwezig naast de drang om te tonen wat er allemaal ten goede is veranderd. Met regelmaat is gehoord, dat men er vol voor is gegaan, ook omdat men heeft erkend en herkend dat er nog een aantal zaken moesten worden doorontwikkeld of vervolmaakt. De onvoorwaardelijke (operationele) steun van de verpleegkundig directeur en de stafmedewerkers kwaliteit en accreditatie is met regelmaat genoemd en waardering over uitgesproken.

Auditoren hebben kunnen vaststellen dat een reeks veiligheidsrondes, met name toegespitst op de onderhavige uitdagingen, hebben plaatsgevonden. Ook zijn interne audits uitgevoerd om de voortgang van de diverse projecten te kunnen toetsen. Op het OK heeft een grote simulatieoefening (brand) plaatsgevonden waarbij ook de brandweer aanwezig was.

Opgevraagde documenten zijn zonder belemmering snel aangeleverd.

De auditoren geven aan dat alle te realiseren uitdagingen weldegelijk gerealiseerd zijn.

