

# Auditverslag

## H. Hartziekenhuis Mol



## Mol

## België

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Datum auditbezoek:</b>   | 22 november tot en met 24 november 2022 |
| <b>Assessment:</b>          | Overbruggingsaudit                      |
| <b>Assessmentprocedure:</b> | 2021-2022                               |
| <b>Niveau accreditatie:</b> | Goud                                    |
| <b>Niveau toetsing:</b>     | Goud                                    |
| <b>Vastgesteld op:</b>      | 19 december 2022                        |

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

## Inhoud

|   |    |
|---|----|
| Inleiding .....   | 3  |
| 1. Samenvatting .....                                       | 4  |
| 1.1 Auditinformatie.....                                    | 4  |
| 1.2 Conclusies auditteam .....                              | 6  |
| 1.3 Overzicht per normenset.....                            | 10 |
| 1.4 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR) ..... | 12 |
| 2. Overzicht beoordelingen op niveau goud .....             | 13 |
| 2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen .....                   | 13 |
| 2.2 Normensets.....   | 14 |
| 3. Overzicht beoordelingen op niveau platina.....           | 15 |
| 3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen .....                   | 15 |
| 4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant .....          | 15 |
| 4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen .....                   | 15 |
| 5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren .....   | 16 |
| 5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen .....         | 16 |
| 5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen .....           | 19 |

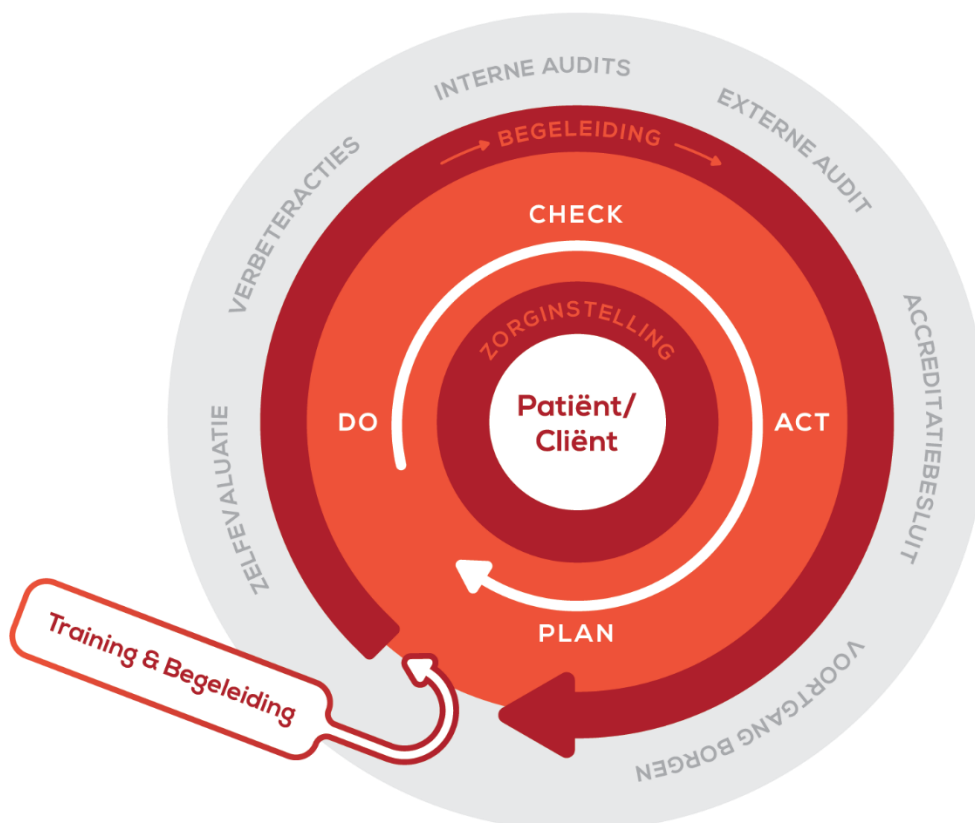
|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

## Inleiding

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

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

## Internationaal Assessmentprogramma Qmentum Global



|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

## 1. Samenvatting

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

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

### 1.1 Auditinformatie

Het auditbezoek in H. Hartziekenhuis Mol heeft plaatsgevonden van 22 november tot en met 24 november 2022.

#### Auditteam

De heer dr. R.M.J. Vossaert, voorzitter auditteam

De heer dr. S.M.M. Gouwy

De heer W. Vandamme

De heer P. Van Meerbeeck

#### Surveymanager

Mevrouw T. Postelmans

#### Aanvullende informatie

Het directieteam van H. Hartziekenhuis Mol heeft een aanvraag bij Qualicor Europe gedaan voor een overbruggingsaudit voor accreditatie als opstap naar het sequential programma, op basis van de kwaliteitsnorm Qmentum Global. De audit is uitgevoerd conform de assessmentprocedure 2021-2022. Dit is de tweede Qualicor Europe-accreditatie voor deze instelling.

Het directieteam van H. Hartziekenhuis Mol heeft voorafgaand aan het auditbezoek verklaard dat er geen werkeenheden zijn met problemen die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorg en waarvan het auditteam op de hoogte moet zijn.

De audit betreft de enige locatie van H. Hartziekenhuis Mol in de Gasthuisstraat 1, 2400 Mol.

#### Normensets

Tijdens het auditbezoek voor de overbruggingsaudit zijn de volgende normensets en kritische processen gebruikt om de diensten en procedures van H. Hartziekenhuis Mol te toetsen:

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

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

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

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

- Excellente zorg.
- Medicatiebeheer.
- Infectiepreventie.

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

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

*Noodzakelijke criteria voor veilige zorg*

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

### Samenvatting bevindingen

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

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

## 1.2 Conclusies auditteam

### Algemene bevindingen

De auditoren voelen zich tijdens deze overbruggingsaudit heel welkom in het ziekenhuis. Hierbij ervaren ze dat na de covid-periode en enkele wissels op directieniveau, het ziekenhuis echt klaar is voor deze audit. De auditoren ontwaren een gezonde dosis stress en zijn aangenaam verrast door de kwaliteit van de verantwoorde, veilige, professionele en warme zorg die in het H. Hartziekenhuis wordt aangeboden en door de toenemende aandacht voor persoonsgerichte zorg.

#### Overzicht complimenten

- Korte lijnen, vlotte communicatie intern en extern.
- Actieve betrokkenheid van de medische raad en de raad van bestuur.
- De werking van het 'Hospital Outbreak Support Team' (HOST) binnen het 'Ziekenhuis Netwerk Kempen' (ZNK) met outreach naar de woonzorgcentra.
- Doelgericht formuleren en opvolgen van kwaliteitsprojecten en verbetermaatregelen op organisatie- en afdelingsniveau.
- Klinische kwaliteitsinitiatieven gebaseerd op evidence en guidelines.
- Implementatie van de 'open disclosure' werkwijze.

#### Overzicht uitdagingen

|   | Uitdaging  | Normenset  | Criterium | VIR of ! | Niveau |
|---|--|--|-----------|----------|--------|
| 1 | Er worden passende omgevingsomstandigheden gehandhaafd binnen CSA en de opslagruimten.   | Reiniging , desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | 3.5       | !        | Goud   |
| 2 | De kwalificaties, vereisten en competenties van medewerkers worden gecontroleerd, vastgelegd en zijn actueel.  | Reiniging , desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | 5.3       | !        | Goud   |
| 3 | Er wordt een preventief onderhoudsprogramma voor medische apparatuur, medische hulpmiddelen en medische technologie geïmplementeerd. Nalevingstest "Er is een procedure om de effectiviteit van het preventieve onderhoudsprogramma te evalueren". | Leiderschap  | 9.8.3     | VIR      | Goud   |
| 4 | De teamleden worden geschoold en getraind in het respectvol en effectief werken met cliënten met diverse culturele achtergronden, religieuze overtuigingen en zorgbehoeften.   | Excellente zorg  | 3.4       |          | Goud   |
| 5 | Cliënten en hun families worden gewaarschuwd over de risico's van het zelf (verkeerd) bedienen van de infuuspomp.  | Medicatiebeheer  | 12.6      | !        | Goud   |

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

## Intern toetsingssysteem

Het intern toetsingssysteem van H. Hartziekenhuis Mol voldoet aan de 'Assessmentprocedure 2021-2022 Qmentum'.

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

## Persoonsgerichte zorg

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

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

## Noodzakelijke voorwaarden

De auditoren hebben ten aanzien van de noodzakelijke voorwaarden, zoals vermeld in de geldende assessmentprocedure, de volgende bevindingen.

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

Kwaliteit en veiligheid zijn prioritaire aandachtspunten voor zowel de Raad van Bestuur (RvB), de directie als de Medische Raad (MR) van het H. Hartziekenhuis Mol. Kwaliteit en veiligheid worden binnen de ziekenhuisstrategie als duidelijke bouwstenen geïdentificeerd in de groei naar en realisatie van een professioneel en warm "patiënt & family centered care - ziekenhuis".

Tijdens de audit nemen de auditoren kennis van een uitgebreid kwaliteitsmonitoring-systeem met incidentmeldingen, meten van diverse (ziekenhuisbrede of afdelings/departementseigen) indicatoren, deelname aan VIP<sup>2</sup> metingen, patiënttevredenheidsmetingen, bevindingen van interne audits en veiligheidsrondes, feedback vanwege de ombudspersoon enz.

Zowel centraal als decentraal ervaren de auditoren de aanwezigheid van een verbetercultuur.

Alle metingen geven aanleiding tot bespreking en analyse en vervolgens tot verbeteracties.

Het kwaliteitsmanagement dat centraal gestuurd wordt door de kwaliteitscoördinator kan beroep doen op werkgroepen, stuurgroep kwaliteit en op het dual management (verpleegkundig en medisch diensthoofd) van de diverse afdelingen. Onder meer de overall aanwezige kwaliteitsborden laten de voortgang van deze PDCA-cyclus zien. Alle bevraagde medewerkers zijn in staat om verbeteracties te benoemen en te duiden. Op intranet is een actielijst terug te vinden van de verbeteracties sedert 2016.

Van de 1608 acties is 90% gerealiseerd.

Als belangrijk voorbeeld van de verbeteraanpak kan de spoedgevallendienst gelden, die recent met een imago- en efficiëntieprobleem te maken had. Deze problematiek werd én door de RvB én door de directie en hoofdarts én door de MR ter harte genomen. Een nieuw diensthoofd werd benoemd en een nieuw beleidsplan werd uitgewerkt met als doel de evolutie van heel nabij te blijven opvolgen en bij te sturen.

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

De instelling waarborgt verantwoorde zorg via onder meer het ziekenhuisbrede veiligheidsbeleid zoals verder bij de noodzakelijke voorwaarde 'veiligheid' is beschreven. Het ziekenhuis streeft ernaar om een waardevolle en volwaardige pijler in het Ziekenhuis Netwerk Kempen te zijn. Elke afdeling kent een duale aansturing, interne audits en veiligheidsrondes. Informatie uit klachten of incidentmeldingen worden meegenomen bij het evalueren van de werking en de zorgprocessen van de afdeling en het implementeren van verbetervoorstellen. De auditoren ontwaren verschillende initiatieven die berusten op brede wetenschappelijke evidentie, zoals het toepassen van de 'Enhanced Recovery After Surgery' (ERAS) benadering bij colorectale heilkunde en het implementeren van de 'Infectiologiegids – Guide d'infectiologie' (IGGI) adviezen in verband met de antibioticatherapie en -beleid.

Intredende verpleegkundigen, vroedvrouwen en zorgkundigen kennen een inloopregeling en evaluatie ervan. Bijscholing en training zijn geregeld en registratie van participatie geschiedt centraal en kan decentraal ingezien worden. Particuliere vermelding valt te beurt aan het in-huis ontwikkelen van tientallen e-learning's.

Het uitrollen van het elektronisch patiëntendossier KWS helpt de professionals bij het volledig overlopen en registreren van de verschillende aspecten van een ziekenhuisverblijf en de verslaglegging van alle (para)medische gegevens, waardoor informatie voor alle betrokkenen beschikbaar is.

Het kritisch proces betreffende patiëntenstroom is op orde alsook alle criteria van medicatieverificatie. De instelling identificeert probleemafdelingen zoals de spoedgevallendienst en heeft een duidelijk stappenplan ontwikkeld om hieraan te verhelpen.



|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

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

Het Heilig Hartziekenhuis Mol hecht veel belang aan de veiligheid voor zijn patiënten, medewerkers, vrijwilligers en bezoekers. Procedureel zijn de volgende aspecten afgedekt en geborgd:

- Sterilisatie, desinfectie en reinheid.
- De aanschaf en onderhoud van apparatuur.
- Het medicatiegebeuren.
- Het gebruik van de safe surgery checklist.
- Het patiëntidentificatiebeleid.
- Preventie van vallen, decubitus en suicide.
- Het trombose profylaxe beleid.
- Het recall-beleid.
- Het geweld en agressiebeleid.

De uitrol van het elektronisch patiëntendossier KWS is afgerond op de klassieke hospitalisatie-afdelingen en wordt in de loop van de komende maanden voorzien op de spoedgevallendienst, intensieve zorgen en het operatiekwartier. De instelling beschouwt dit als een belangrijke bijdrage tot het leveren van veilige zorg door middel van de optimalisatie van de informatiedoorstroming. De informatieoverdracht tussen afdelingen die reeds met KWS en deze die nog niet met KWS werken is procedureel geregeld en geborgd. De auditoren ervaren in hun gesprekken met alle auditees dat deze instelling een open cultuur en korte communicatielijnen heeft, waardoor alle mogelijke issues vlot bespreekbaar zijn. Dit draagt mede bij tot een veilige en kwaliteitsvolle werkomgeving.

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

### 1.3 Overzicht per normenset

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

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

### Gouden Criteria

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

| Normen  | Criteria met hoge prioriteit (Goud) |              |                | Andere criteria (Goud) |              |        | Alle criteria (Goud) |              |        |
|---|-------------------------------------|--------------|----------------|------------------------|--------------|--------|----------------------|--------------|--------|
|   | Voldaan                             | Niet voldaan | Nvt            | Voldaan                | Niet voldaan | Nvt    | Voldaan              | Niet voldaan | Nvt    |
|   | Aantal (%)                          | Aantal (%)   | Aantal         | Aantal (%)             | Aantal (%)   | Aantal | Aantal (%)           | Aantal (%)   | Aantal |
| <i>Instellingsbrede normen</i>                      |                                     |              |                |                        |              |        |                      |              |        |
| Medicatie-beheer (Voor audits vanaf 2021)           | 85 (98,8%)                          | 1 (1,2%)     | 2              | 23 (100%)              | 0 (0%)       | 0      | 108 (99,1%)          | 1 (0,9%)     | 2      |
| Excellente zorgverlening                            | 9 (100%)                            | 0 (0%)       | 0              | 16 (94,1%)             | 1 (5,9%)     | 0      | 25 (96,2%)           | 1 (3,8%)     | 0      |
| Governance  | Nvt                                 | Nvt          | 29             | Nvt                    | Nvt          | 13     | Nvt                  | Nvt          | 42     |
| Infectie-preventie en -bestrijding                  | 35 (100%)                           | 0 (0%)       | 2              | 13 (100%)              | 0 (0%)       | 1      | 48 (100%)            | 0 (0%)       | 3      |
| Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen          | 9 (100%)                            | 0 (0%)       | 19             | Nvt                    | Nvt          | 19     | 9 (100%)             | 0 (0%)       | 38     |
| Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen | Nvt                                 | Nvt          | 9              | Nvt                    | Nvt          | 38     | Nvt                  | Nvt          | 47     |
| <i>Zorgspecifieke normen</i>                        |                                     |              |                |                        |              |        |                      |              |        |
| Ambulante zorgverlening                             | Nvt                                 | Nvt          | 4              | Nvt                    | Nvt          | 8      | Nvt                  | Nvt          | 12     |
| Diagnostische beeldvorming                          | 4 (100%)                            | 0 (0%)       | 4 <sup>0</sup> | 8 (100%)               | 0 (0%)       | 31     | 12 (100%)            | 0 (0%)       | 71     |

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

| Normen  | Criteria met hoge prioriteit<br>(Goud) |                     |            | Andere criteria<br>(Goud) |                   |            | Alle criteria<br>(Goud) |                     |            |
|---|--|---------------------|------------|---------------------------|-------------------|------------|-------------------------|---------------------|------------|
|   | Voldaan                                | Niet voldaan        | Nvt        | Voldaan                   | Niet voldaan      | Nvt        | Voldaan                 | Niet voldaan        | Nvt        |
|   | Aantal (%)                             | Aantal (%)          | Aantal     | Aantal (%)                | Aantal (%)        | Aantal     | Aantal (%)              | Aantal (%)          | Aantal     |
| Intramurale zorg  | Nvt                                    | Nvt                 | 11         | Nvt                       | Nvt               | 10         | Nvt                     | Nvt                 | 21         |
| Kritieke zorg   | Nvt                                    | Nvt                 | 7          | Nvt                       | Nvt               | 21         | Nvt                     | Nvt                 | 28         |
| Leiderschap   | 6<br>(100%)                            | 0<br>(0%)           | 15         | 15<br>(100%)              | 0<br>(0%)         | 20         | 21<br>(100%)            | 0<br>(0%)           | 35         |
| Oncologische zorg   | Nvt                                    | Nvt                 | 30         | Nvt                       | Nvt               | 33         | Nvt                     | Nvt                 | 63         |
| Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen | 78<br>(97,5%)                          | 2<br>(2,5%)         | 0          | 21<br>(100%)              | 0<br>(0%)         | 0          | 99<br>(98%)             | 2<br>(2%)           | 0          |
| Spoedeisende hulp   | Nvt                                    | Nvt                 | 17         | Nvt                       | Nvt               | 17         | Nvt                     | Nvt                 | 34         |
| Transfusie-diensten   | Nvt                                    | Nvt                 | 70         | Nvt                       | Nvt               | 58         | Nvt                     | Nvt                 | 128        |
| Verloskundige zorg  | Nvt                                    | Nvt                 | 25         | Nvt                       | Nvt               | 13         | Nvt                     | Nvt                 | 38         |
| <b>Totaal</b>   | <b>226<br/>(98,7%)</b>                 | <b>3<br/>(1,3%)</b> | <b>280</b> | <b>96<br/>(99%)</b>       | <b>1<br/>(1%)</b> | <b>282</b> | <b>322<br/>(98,8%)</b>  | <b>4<br/>(1,2%)</b> | <b>562</b> |

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

#### 1.4 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR)

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

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

|    | H. Hartziekenhuis   | Binnen hoeveel kritische processen zijn deze VIR's getoetst |              |        | Aantal NLTs in matrix | Score nalevingstesten |              |        |           |
|----|---|---|--------------|--------|-----------------------|-----------------------|--------------|--------|-----------|
|    |   | Voldaan   | Niet voldaan | Totaal |                       | Voldaan               | Niet voldaan | Totaal | % Voldaan |
| 1  | Controlelijst voor veilige heerkunde ('Safe surgery checklist') | 2   | 0            | 2      | 5                     | 10                    | 0            | 10     | 100,0%    |
| 2  | Clëntenidentificatie  | 9   | 0            | 9      | 1                     | 9                     | 0            | 9      | 100,0%    |
| 3  | Overdracht van informatie op overdrachtmomenten                 | 7   | 0            | 7      | 5                     | 35                    | 0            | 35     | 100,0%    |
| 4  | Medicatieverificatie als strategische prioriteit                | 1   | 0            | 1      | 5                     | 5                     | 0            | 5      | 100,0%    |
| 5  | Medicatieverificatie bij opname – Ambulante zorg                | 1   | 0            | 1      | 5                     | 5                     | 0            | 5      | 100,0%    |
| 6  | Medicatieverificatie bij opname – Acute zorg                    | 6   | 0            | 6      | 4                     | 24                    | 0            | 24     | 100,0%    |
| 7  | Medicatieverificatie bij opname – Spoedeisende hulp             | 1   | 0            | 1      | 1                     | 1                     | 0            | 1      | 100,0%    |
| 8  | Beheer van geconcentreerde elektrolyten                         | 1   | 0            | 1      | 3                     | 3                     | 0            | 3      | 100,0%    |
| 9  | Hoogrisico medicatie  | 1   | 0            | 1      | 8                     | 8                     | 0            | 8      | 100,0%    |
| 10 | Narcoticaveiligheid   | 1   | 0            | 1      | 3                     | 3                     | 0            | 3      | 100,0%    |
| 11 | Veilig gebruik van infuuspompen                                 | 1   | 0            | 1      | 6                     | 6                     | 0            | 6      | 100,0%    |
| 12 | Antimicrobieel beleid   | 1   | 0            | 1      | 5                     | 5                     | 0            | 5      | 100,0%    |
| 13 | Heparineveiligheid  | 1   | 0            | 1      | 4                     | 4                     | 0            | 4      | 100,0%    |
| 14 | Preventief onderhoudsprogramma                                  | 0   | 1            | 1      | 4                     | 3                     | 1            | 4      | 75,0%     |
| 15 | Training en scholing op het gebied van patiëntveiligheid        | 1   | 0            | 1      | 1                     | 1                     | 0            | 1      | 100,0%    |
| 16 | Clëntveiligheidsplan  | 1   | 0            | 1      | 4                     | 4                     | 0            | 4      | 100,0%    |
| 17 | Preventie van geweld en agressie op de werkplek                 | 1   | 0            | 1      | 8                     | 8                     | 0            | 8      | 100,0%    |
| 18 | Patiëntenstroom   | 1   | 0            | 1      | 8                     | 8                     | 0            | 8      | 100,0%    |
| 19 | Voorlichting over handhygiëne                                   | 1   | 0            | 1      | 1                     | 1                     | 0            | 1      | 100,0%    |
| 20 | Naleving van handhygiëne  | 1   | 0            | 1      | 3                     | 3                     | 0            | 3      | 100,0%    |
| 21 | Aantallen infecties   | 1   | 0            | 1      | 3                     | 3                     | 0            | 3      | 100,0%    |
| 22 | Kwartaalrapportages cliëntveiligheid                            | 1   | 0            | 1      | 3                     | 3                     | 0            | 3      | 100,0%    |
| 23 | Beheer van ongewenste voorvallen                                | 1   | 0            | 1      | 7                     | 7                     | 0            | 7      | 100,0%    |
| 24 | Openbaarmaking van ongewenste voorvallen                        | 1   | 0            | 1      | 6                     | 6                     | 0            | 6      | 100,0%    |
| 25 | Verantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit                      | 1   | 0            | 1      | 6                     | 6                     | 0            | 6      | 100,0%    |
| 26 | Valpreventiestrategie (bij klinische patiënten)                 | 5   | 0            | 5      | 3                     | 15                    | 0            | 15     | 100,0%    |
| 27 | Decubituspreventie  | 4   | 0            | 4      | 5                     | 20                    | 0            | 20     | 100,0%    |
| 28 | Voorkoming van zelfdoding                                       | 1   | 0            | 1      | 5                     | 5                     | 0            | 5      | 100,0%    |
| 29 | VTE profylaxe   | 4   | 0            | 4      | 5                     | 20                    | 0            | 20     | 100,0%    |
| 30 | Gevaarlijke afkortingen   | 1   | 0            | 1      | 7                     | 7                     | 0            | 7      | 100,0%    |
|    |   |   |              |        |                       |                       |              |        |           |
|    | Totaal  | 59  | 1            | 60     |                       | 238                   | 1            | 239    |           |
|    | Totaal %  | 98,3%   | 1,7%         |        |                       | 99,6%                 | 0,4%         |        |           |

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

## 2. Overzicht beoordelingen op niveau goud

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

### 2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

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

| Gouden VIR's   | Normen            | Beoordeling  | Opmerkingen auditoren  |
|--|-------------------|--------------|--|
| <b>Arbeidsomstandigheden</b>   |                   |              |  |
| <p><b>Beschikt over een preventief onderhoudsprogramma voor medische apparaten, hulpmiddelen en technologie.</b></p> <p>Er wordt een preventief onderhoudsprogramma voor medische apparatuur, medische hulpmiddelen en medische technologie geïmplementeerd.</p> <p><i>Er is een procedure om de effectiviteit van het preventieve onderhoudsprogramma te evalueren.</i></p> | Leiderschap 9.8.3 | Niet voldaan | De instelling kan een programma van preventief onderhoud tonen. Steekproeven bevestigen dat het preventief onderhoud tijdig wordt uitgevoerd en verslaggeving is terug te vinden in het ultimopakket. Incidentmeldingen met instrumenten zijn in het ultimopakket geregistreerd. Medewerkers zijn op de hoogte van de mogelijkheid om incidenten met instrumenten en apparatuur te melden. De instelling heeft geen afspraken over een systeem om rapporten te genereren over tijdigheid en frequentie van het periodiek onderhoud en om de effectiviteit van de eigen planning te evalueren. Het initiatief is lopende om dit op te zetten. |

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

## 2.2 Normensets

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

### Instellingsbrede normen

| Gouden criteria (niet voldaan)   | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren   |
|--|------------------------------|---|
| <b>Medicatiebeheer (Voor audits vanaf 2021)</b>  |                              |   |
| 12.6 Cliënten en hun families worden gewaarschuwd over de risico's van het zelf (verkeerd) bedienen van de infuuspomp.   | !                            | De geauditeerde verpleegkundigen geven aan dat patiënt en familie niet gewaarschuwd worden over de risico's van het zelf verkeerd bedienen van een infuuspomp. Het gaat hier niet over de pijnpompen. Daar kan niets verkeerd mee gebeuren maar over het van een pomp afblijven indien deze bijvoorbeeld in alarm gaat.   |
| <b>Excellente zorgverlening</b>  |                              |   |
| 3.4 De teamleden worden geschoold en getraind in het respectvol en effectief werken met cliënten met diverse culturele achtergronden, religieuze overtuigingen en zorgbehoeften. |                              | De auditor verneemt in gesprekken met meerdere verpleegkundigen en vroedvrouwen op de afdelingen geriatrie, heelkunde, inwendige ziekten en materniteit, dat er vanuit het ziekenhuis niet voorzien wordt in een specifieke scholing en training betreffende respectvol en effectief werken met cliënten met diverse culturele achtergronden, religieuze overtuigingen en zorgbehoeften. De auditees geven wel met voorbeelden aan dat in alle omstandigheden binnen het team, desnoods na bespreking met hogere leidinggevenden, adequate oplossingen voorzien worden voor eventuele problemen die zich desgevallend stellen. Uit de gesprekken met de auditees blijkt dat respectvol omgaan met cliënten gezien wordt als een prioriteit. |

### Zorgspecifieke normen

| Gouden criteria (niet voldaan)   | Criteria met hoge prioriteit | Opmerkingen auditoren  |
|--|------------------------------|--|
| <b>Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen</b> |                              |  |
| 3.5 Er worden passende omgevingsomstandigheden gehandhaafd binnen CSA en de opslagruimten.         | !                            | De bewaking van de temperatuur en luchtvochtigheid van de bezochte ruimtes, nodig om een veilige opslag te kunnen garanderen, kon niet worden aangetoond.  |
| 5.3 De kwalificaties, vereisten en competenties worden gecontroleerd, vastgelegd en zijn actueel.  | !                            | Uit het overzicht dat door Vorming, Training en Opleiding (VTO) werd aangereikt, blijkt dat twee van de zeven medewerkers de basisopleiding nog niet heeft gevolgd en dat het attest van twee overige medewerkers ontbreekt. |

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

### 3. Overzicht beoordelingen op niveau platina

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

#### 3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

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

#### 3.2 Normensets

Op niveau platina zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

### 4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant

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

#### 4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

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

#### 4.2 Normensets

Op niveau diamant zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

## 5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren

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

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

### 5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen

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

| Kritisch proces   | Omschrijving  |
|---|---|
| <b>Planning en kwaliteitsmanagement</b>   | Ontwikkelen en implementeren van de infrastructuur, programma's en diensten om tegemoet te komen aan behoeften van de gemeenschap en doelgroepen.                                 |
| <b>Menselijk kapitaal (HRM)</b>   | Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.  |
| Leiderschap   |   |
| <p><b>Opmerkingen:</b><br/>De verschillenden onderdelen van het kritisch proces 'Menselijk kapitaal (HRM)' werden door de auditor getoetst middels een uitgebreid gesprek met het directielid HRM en tijdens gesprekken met medewerkers op diverse hospitalisatie-afdelingen.<br/>De gouden normen en beide 'Vereiste InstellingsRichlijnen' (VIR's) scoren als voldaan.<br/>De personeelsdienst slaagt erin haar processen voor het openstellen van vacatures, aanwerving, personeelszaken, VTO-beleid, retentie en exitgesprekken cyclisch te meten en te analyseren. Zo wordt het mogelijk om deze processen te verbeteren en te optimaliseren. Als voorbeeld geldt onder meer het reduceren in tijdsduur van het aanwervingsproces door onnodige tussenstappen te elimineren.<br/>De nalevingstesten van de VIR 'voorkomen van geweld en agressie' scoren als voldaan.<br/>De instelling investeert in het zelf aanmaken van tientallen e-learnings. De doorlopen bijscholingen van elke medewerker kunnen vlot via een digitaal platform aangetoond worden.<br/>Training en scholing op het gebied van patiëntveiligheid zijn een belangrijk jaarlijks weerkerend item via intervisies, opleidingsdagen en e-learnings zowel voor ziekenhuismedewerkers als voor artsen.</p> |   |
| <b>Geïntegreerd kwaliteitsmanagement</b>  | Voortdurend, proactief en systematisch proces om kwaliteit vanuit een systeemomvattend perspectief te begrijpen, managen en communiceren om zo doelen en oogmerken te realiseren. |
| Oncologische zorg<br>Leiderschap  |   |
| <p><b>Opmerkingen:</b><br/>De auditor gesprekken spreekt met een afvaardiging van de raad van bestuur waaronder de voorzitter, met de hoofdarts en met het managementteam van het ziekenhuis. De raad van bestuur is sterk begaan met het kwaliteits- en veiligheidsbeleid en laat zich ter gelegenheid van zijn maandelijkse bijeenkomsten uitgebreid voorlichten door directie en managementteam omtrent indicatoren, analyses en verbeteracties. De raad van bestuur geeft vanuit zijn betrokkenheid adviezen en suggesties en houdt de vinger aan de pols in verband met de voortgang van verbeterprocessen.<br/>De auditoren stellen vast via een toelichting van het beleid door de kwaliteitsmanager, rapportage via het dashboard en kwaliteitsborden op de afdelingen en via een overzicht van lopende en afgehandelde acties</p>  |   |



|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

| Kritisch proces | Omschrijving   |
|-----------------|--|
|                 | <p>dat de instelling een adequaat functionerend toetsingssysteem hanteert. Bijzonder hierbij is dat het gehanteerde systeem voor het opvolgen van de acties inzichtelijk is op alle niveaus.</p> <p>De aangeleverde rapportage toont de betrokkenheid van de gehele organisatie en in het bijzonderheid van de medische staf aan. Die betrokkenheid wordt ook spontaan bevestigd in gesprekken die de auditoren voeren met medewerkers en artsen op de afdelingen en is door de auditoren als compliment benoemd.</p> <p>De frequentie van toetsen kende tijdens de COVID-periode een terugval. De doorstart van het auditen en lopen van veiligheidsrondes toont een frequentie van meerdere keren per jaar. Zo zijn alle risico-afdelingen en of processen verzekerd van een bezoek. Rapportage en getoonde planning bevestigen dit.</p> <p>Het kader dat gebruikt wordt bij de toetsing is onder andere gebaseerd op het Qmentum Global kader of specifieke richtlijnen van de Vlaamse zorginspectie. Die kaders worden vertaald naar toetsbare elementen. Een auditee op de dienst heelkunde stelt dat het aantal mini-audits die nu gebeuren zeker in frequentie mogen verhoogd worden omdat hieruit veel informatie en acties gehaald worden. De auditee geeft aan dat het opstarten van de orthogeriatrie samen met het gebruik van de klinische paden die bij de opstart zijn ontwikkeld, een positieve invloed heeft op de hele werking van de afdeling.</p> <p>Auditoren zien het patiëntveiligheidsplan in en stellen vast dat patiëntveiligheidskwesaties beoordeeld zijn. Patiëntveiligheid wordt op meerdere plaatsen op de strategiekaart als doel benoemd. Zowel voor het uitvoeren van audits en veiligheidsrondes door artsen, apothekers, stafleden en verantwoordelijken als voor het analyseren en bespreken van resultaten tijdens interviews over kwaliteit worden personele middelen vrijgemaakt.</p> <p>Het incidentmeldingssysteem van de firma Infoland is zodanig ingericht dat meldingen decentraal door de hoofdverpleegkundigen opgevolgd worden. Hierbij worden afschriften uitgestuurd naar andere betrokkenen op basis van inhoud en/of risicograad. Deze werking is toegelicht door de kwaliteitsmanager en is op alle getoetste plaatsen bevestigd. Bij de afhandeling worden in een afzonderlijke database preventieve acties geformuleerd die zowel decentraal en centraal worden opgevolgd. Op zowel het aantal en soort meldingen en de bijhorende acties is er een rapportage gebouwd die inzichtelijk is voor iedereen. Het gebruik van die rapportage is door de auditoren op de kwaliteitsborden van meerdere afdelingen vastgesteld en als compliment benoemd.</p> <p>De auditoren zien dat de instelling een open disclosure beleid heeft ontwikkeld en uitgeschreven. Hierin is vastgelegd welke patiëntveiligheidsincidenten worden besproken met de patiënt en/of de familie. De auditoren kregen ook voorbeelden te zien waarbij het beleid kon worden bevestigd. Trainingen i.v.m. het disclosure beleid worden aangeboden in het VTO aanbod. De werking i.v.m. disclosure werd n.a.v. een recente casus geëvalueerd. Verslaggeving over die evaluatie is ingezien door de auditoren.</p> <p>Het beleid en de procedure over medicatieverificatie zijn ingezien door de auditoren. Dit beleid legt vast wie welke taak heeft en verantwoordelijkheid draagt. De naleving van de procedure zit vervat in het intern toetsingssysteem en is aldus ook zichtbaar op de dashboards van de afdelingen. De scholing i.v.m. medicatieverificatie is ter beschikking en is door 59% van de medewerkers gevolgd.</p> <p>De ombudspersoon licht de werking van de klachtenprocedure toe. De beschrijving van deze werking is ter beschikking voor patiënten en/of familie op de website en in de onthaalbrochure.</p> <p>De hoofdverpleegkundige van de afdeling heelkunde licht het 'Enhanced Recovery After Surgery' (ERAS) project toe waar het ziekenhuis reeds lang op inzet. Zo worden patiënten met geplande colorectale chirurgie door haar uitgenodigd voor een gesprek waar ze uitvoerig het zorgproces met hen overloopt. Hierbij komt aan bod wat de patiënt kan verwachten en wat er van de patiënt verwacht wordt. Het ERAS-project heeft elk van de stappen in het zorgproces beoordeeld en bijgestuurd in kader van de meest recente wetenschappelijke evidentie en is door het auditteam als compliment benoemd.</p> |

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

| Kritisch proces   | Omschrijving  |
|---|---|
| <b>Patiëntenstroom</b>  | Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings. |
| Leiderschap<br>Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen<br>Spoedeisende hulp  |   |
| <b>Opmerkingen:</b><br>De auditor toetst het kritisch proces 'patiëntenstroom' in een gesprek met het verpleegkundig diensthoofd van de spoedgevallendienst, de hoofdarts, de voorzitter en ondervoorzitter van de medische raad en met verpleegkundigen van de afdelingen heekunde en inwendige ziekten. De vereiste inrichtingsrichtlijn scoort als voldaan.<br>Het ziekenhuis heeft afspraken tussen de spoedgevallendienst, de hospitalisatie-afdelingen en de artsen hoe om te gaan met crowding en boarding. Meerdere indicatoren geven zicht op diverse doorlooptijden zoals die van bepaalde onderzoeken en de tijdsduur tot een effectieve opname. afspraken tussen artsen, het klinisch labo en de dienst radiologie worden nageleefd. Bij overcrowding neemt het ziekenhuis een aantal praktische maatregelen op vlak van verpleegkundige bestaffing, doorstroom naar opnameafdelingen en specialistisch artsadvies. Zowel de medische raad als de hoofdarts zijn betrokken bij het opstellen en implementeren van verbeteracties ten aanzien van de ziekenhuisartsen.   |   |
| <b>Medische instrumenten en apparatuur</b>  | Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen.         |
| Oncologische zorg<br>Diagnostische beeldvorming<br>Leiderschap<br>Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen<br>Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen   |   |
| <b>Opmerkingen:</b><br>De auditoren kregen het beleid i.v.m. medische instrumenten en apparatuur toegelicht in gesprekken met de verantwoordelijke van de afdeling alsook met de administratieve medewerker. De instelling heeft een programma van preventief onderhoud. Steekproeven bevestigen dat het preventief onderhoud tijdig wordt uitgevoerd en verslaggeving is terug te vinden in het Ultimopakket. Incidentmeldingen m.b.t. instrumenten worden tevens in het ultimo-pakket geregistreerd. Medewerkers zijn op de hoogte van de mogelijkheid om incidenten over uitval en defecten van apparatuur en verlopen onderhoudsstickers te melden.<br>De instelling heeft nog geen methode om de effectiviteit van de planning van het preventief onderhoud te evalueren.<br>De medewerkers zijn in staat om de handleidingen van de gebruikte toestellen op te zoeken. Bij aanschaf van nieuwe toestellen wordt een basistraining voorzien.<br>De auditoren zien op de 'Centrale Sterilisatie Afdeling' (CSA) dat deze aan de architecturale vereisten voldoet om veilig te kunnen werken. De bewaking van de temperatuur en luchtvochtigheid van de bezochte ruimtes op de OK, nodig om een veilige opslag te kunnen garanderen, kan niet worden aangetoond.<br>De instelling volgt de nodige procescontroles bij de behandelingen van de sets op en houdt een weerslag bij. Instructies voor reiniging per set zitten verwerkt in het softwarepakket dat wordt gebruikt. Algemene 'Standing Operation Procedures' (SOP's) en een procedure voor recall is door de auditoren ingezien.<br>De interne opleidingen voor medewerkers bevatten de nodige aspecten over handhygiëne, ergonomie en veilig werken. Het functieprofiel voor de CSA medewerker is ingekeken door de auditoren.<br>Uit het overzicht dat door VTO is aangereikt, blijkt dat de registratie van de externe basistraining van de medewerkers van de CSA onvolledig is.<br>De auditoren bezoeken tevens de scopie-afdeling. De onderzoeksactiviteiten die gebruik maken van scopen zijn gecentraliseerd. Er werden tijdens het bezoek geen afwijkingen vastgesteld betreffende scheiding vuil/proper, traceerbaarheid en reiniging van de scopen. |   |

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

## 5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen

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

### 5.2.1 Medicatiebeheer (Voor audits vanaf 2021)

| Kritisch proces  | Omschrijving   |
|--|--|
| <b>Medicatiemanagement</b>   | Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten. |
| <p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft de tracers oncologische medicatietoediening en -voorbereiding, medicatieverdeling en 'High Risk Medicatie' (HRM) gelopen.</p> <p>De auditor heeft artsen, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen van de afdelingen intensieve zorgen, heelkunde, operatiekwartier en oncologisch dagziekenhuis gesproken evenals een delegatie van de antibiotherapiebeleidsgroep en een delegatie van het 'Medisch Farmaceutisch comité' (MFC).</p> <p>De hoofdverpleegkundige van het oncologisch dagziekenhuis geeft aan dat naar aanleiding van een incident waarbij bij het toedienen van medicatie een fout gebeurde, door het volledige team een incidentanalyse werd uitgevoerd en het zorgtraject werd bijgestuurd. Het team is fier op de manier waarop ze met deze fout zijn omgegaan en hoe ze er uit hebben geleerd. Bij het incident zijn de richtlijnen met betrekking tot open disclosure toegepast waarbij zowel de patiënt en medewerkers van de afdeling betrokken zijn. Momenteel wordt nog steeds een opvolging voorzien al naargelang de noodzaak die door de partijen wordt aangegeven.</p> <p>De auditor stelt vast dat de cytostatica wel apart worden bewaard van de andere medicatie maar wegens plaatsgebrek niet in een onderdrukkamer zoals in de norm wordt geadviseerd indien mogelijk.</p> <p>De auditor toetst het antimicrobieel beleid bij een afvaardiging van de antibiotherapiebeleidsgroep die verantwoordelijk is voor de implementatie van het beleid. De beleidsgroep is multidisciplinair samengesteld met onder andere deelname van microbioloog, apotheker en artsen.</p> <p>Voor het algemeen microbieel beleid wordt er gewerkt vanuit de richtlijnen van de IGGI.</p> <p>De auditor toetst ook de navolging van de afspraken op de intensieve zorgenafdeling en de betrokkenheid van de artsen op de intensieve zorgen.</p> <p>De antibiotherapiebeleidsgroep overlegt tweemaandelijks waarbij het gebruik van de antibiotica en de problemen hieromtrent worden besproken. Nieuwe afspraken worden mee opgenomen in het verslag. De auditees geven aan dat de laatste maanden niet alle bestelde antibiotica worden geleverd wegens niet beschikbaar bij de fabrikanten. De instelling slaagt er in om steeds een alternatief te vinden.</p> <p>Het 'Ziekenhuis Netwerk Kempen' (ZNK) heeft een 'Hospital Outbreak Surveillance Team' (HOST) dat een absolute meerwaarde is aldus de auditees. De auditoren hebben de werking van dit team als compliment benoemd.</p> <p>Momenteel rollen de vier ZNK- ziekenhuizen samen een initiatief uit waarbij de medewerkers, artsen en ook de patiënten en familie worden betrokken in het kader van de 'World Antimicrobial Awareness Week' (WAAW).</p> <p>De auditor toetst het veilig beheer van de 'Hoog-RisicoMedicatie' (HRM) bij een delegatie van het MFC, op de afdelingen intensieve zorgen en heelkunde. Het MFC is verantwoordelijk voor de implementatie en controle en binnen de apotheek is een apotheker aangeduid als verantwoordelijke voor de HRM. Het ziekenhuis beschikt over een lijst en procedure voor de HRM. De voorraad op afdelingen waar de HRM wordt minstens één maal per jaar gecontroleerd bij de stocktelling. Het beleid wordt structureel bekeken en bijgewerkt. Er is informatieverstrekking en gestructureerde training voorzien. Het MFC brengt alle artsen op de hoogte van besluiten door een persoonlijke mailing onder de vorm van een nieuwsbrief.</p> <p>Het ziekenhuis laat een beperkte beschikbaarheid van heparinen toe op intensieve zorgen, het chirurgisch dagziekenhuis, de consultatie cardiologie, de noodapotheek, het operatiekwartier en de spoed. Deze zijn opgenomen in de procedure HRM en worden jaarlijks herzien door het MFC. Ook bij laag verbruik wordt op sommige diensten de stock, na advies MFC, behouden.</p> |  |

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

De beschikbaarheid van narcotica wordt beperkt tot specifieke diensten. Deze worden per product opgesomd in de procedure HRM en worden jaarlijks herzien door het MFC. Ook bij laag verbruik wordt op sommige diensten de stock na advies MFC behouden. Narcotica is ook nog beschikbaar in de dubbele verdoevingskoffer per anesthesist.

Het ziekenhuis beoordeelt en beperkt tevens de beschikbaarheid van geconcentreerde elektrolyten. Deze zijn opgenomen in de procedure HRM en worden jaarlijks herzien door het MFC. Ook bij laag verbruik wordt op sommige diensten de stock na advies MFC behouden.

De auditee die verantwoordelijk is voor de procedure 'niet te gebruiken afkortingen' bevestigt dat de lijst en procedure is opgesteld volgens het principe van het 'Institute for Safe Medication Practices'(ISMP).

De auditor ziet dat voorgedrukte formulieren, patiëntendossiers, etiketten en formulieren van de apotheek geen verboden afkortingen bevatten. Bij de introductiedagen van nieuwe medewerkers licht de apotheek de lijst toe. De auditee bevestigt dat de lijst regelmatig wordt besproken en aangepast bij problemen. Door de digitalisering via KWS heeft de instelling niet altijd zelf vat op de al dan niet te gebruiken afkortingen aldus auditee.

De auditee van de apotheek geeft aan dat binnen de apotheek frequent een triple check gebeurt van de HRM uitgifte. De voorgeschreven medicatie wordt gecontroleerd door een eerste persoon. De medicatie wordt klaargezet en door een tweede apotheekassistent gecheckt. Steekproefsgewijs controleert een derde apotheker deze medicatie nogmaals.

De auditees van de apotheek en de afdelingen heelkunde en het oncologisch dagziekenhuis geven ook aan dat de invoering van het KWS een grote stap vooruit is geweest in hun ganse medicatiemanagement. De auditor stelt vast dat er afspraken zijn gemaakt tussen de afdelingen die op de KWS werken deze die nog met andere systemen werken om de transfer van patiënten en de medicatieverificatie hierbij onder controle te houden. De auditee van de IZA geeft aan dat de module van de KWS voor IZA nog te kwetsbaar en niet echt bruikbaar is voor de IZA.

De auditee van de apotheek geeft aan dat ze deelnemen aan klinische studies voor de discipline cardiologie. De validatie van de studie gebeurt door de dienst cardiologie. De registratie door de apotheek.

De auditee van de apotheek geeft aan dat de incidenten die gemeld worden met materialen en medicatie worden behandeld en opgevolgd door de hoofdapotheeker en de apothekers.

### 5.2.2 Excellente zorgverlening

| Kritisch proces   | Omschrijving   |
|---|--|
| <b>Besluitondersteuning</b>   | Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren. |
| <p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Om excellente zorg te toetsen heeft de auditor meerdere gesprekken gevoerd met de hoofddarts, de voorzitter en ondervoorzitter van de medische raad, met meerdere verpleegkundigen van de afdelingen geriatrie, heelkunde, inwendige ziekten, neurologie, materniteit, met twee patiënten op inwendige ziekten en twee patiënten op heelkunde.</p> <p>Uit al deze gesprekken komt naar voor dat het ziekenhuis belangrijke inspanningen levert om, mede dank zij zijn kleinschaligheid, warme zorg te leveren aan de aan het ziekenhuis toevertrouwde cliënten. Cliënten geven aan dat zowel artsen als verpleegkundigen hen in begrijpelijke taal informeren omtrent pathologie en zorgplan alsook omtrent hun nakend ontslag, waarbij zowel familie als de cliënt inspraak hebben.</p> <p>De implementatie van KWS, het nieuw elektronisch patiënten dossier, is op de meeste hospitalisatie-afdelingen gerealiseerd. Medicatievoorschriften geschieden binnen KWS. Spoedgevallendienst en het operatiekwartier dienen nog over te schakelen naar KWS voor wat betreft medische en paramedische verslaglegging. Er zijn procedures voorhanden om de informatiedoorstroming van niet KWS-diensten naar KWS-diensten veilig te maken zoals het afprinten van het spoeddossier en mondelinge informatie-uitwisseling bij transfer van een patiënt van de spoedgevallendienst naar een hospitalisatie-afdeling.</p> <p>Inscholingsprocedures zijn goed uitgewerkt en gekend bij bevraagde verpleegkundigen, vroedvrouwen en</p> |  |

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

onderhoudsmedewerkers. Scholing en training, onder meer voor veilig gebruik van instrumenten, apparatuur, infuuspompen, informatietechnologie, risicobeheersing en veiligheidsbeleid, is op orde. De auditees geven aan dat er binnen het ziekenhuis een open cultuur aanwezig is, die toelaat om bij vragen, klachten of grieven steeds een antwoord te verkrijgen hetzij bij hun directe leidinggevende, hetzij bij een vertrouwenspersoon, hetzij bij het palliatief team of de ethische commissie.

Bevraagde verpleegkundigen en vroedvrouwen op de afdelingen geriatrie, heilkunde, inwendige ziekten en materniteit geven aan dat het ziekenhuis niet voorziet in een specifieke scholing en training betreffende respectvol en effectief werken met cliënten met diverse culturele achtergronden, religieuze overtuigingen en zorgbehoeften. De auditees geven wel voorbeelden van oplossingen indien zich problemen van die aard stellen. Uit gesprekken met de auditees blijkt dat respectvol omgaan met cliënten gezien wordt als een prioriteit.

Ethisch wetenschappelijke onderzoekspraktijken worden conform de Belgische wetgeving door het ethisch comité beoordeeld.

Patiëntveiligheidsincidenten worden gemeld in een incidentmeldsysteem en geven aanleiding tot analyse en verbeteracties.

Globaal wordt in ruime mate informatie en feedback verzameld over de kwaliteit van de zorgverlening zoals indicatoren, incidentmeldingen, meldingen bij de ombudsdienst, tevredenheidsmetingen, interne audits en veiligheidsrondes welke aanleiding geven tot initiatieven met betrekking tot kwaliteitsverbetering zowel centraal als decentraal.

### 5.2.3 Infectiepreventie en -bestrijding

| Kritisch proces  | Omschrijving  |
|--|---|
| <b>Infectiepreventie en -beheersing</b>  | Maatregelen door medisch personeel in gezondheidsinstellingen om het overdragen en oplopen van infectieverwekkers te verminderen. |
| <p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De geauditeerde verpleegkundige en arts ziekenhuishygiënist geven aan dat de infecties worden opgevolgd en dat de nodige isolatiemaatregelen op de verpleegafdelingen worden geïnstalleerd. Deze opvolging kadert in een breder programma van infectiepreventie en -beheersing. Het programma wordt jaarlijks tegen het licht gehouden binnen de multidisciplinaire commissie ziekenhuishygiëne en acties worden geprioriteerd. De auditor ziet een document in waarin activiteiten met een verhoogd risico 2022 zijn beschreven.</p> <p>De auditor vraagt een overzicht op van alle patiënten in isolatie en kiest een tracer van een patiënt op pediatrie. De geauditeerde verpleegkundigen en het medisch diensthoofd van de afdeling pediatrie lichten de werkwijze bij isolatie toe. De auditor stelt vast dat een isolatie al bij een vermoeden van besmetting van start gaat. De mama van het patiëntje gaf aan mondeling en via een folder op de hoogte te zijn van de mogelijke risico's.</p> <p>De auditor observeert dat de nodige beschermingsmaatregelen worden gebruikt conform de ziekenhuisbrede afspraken.</p> <p>De geauditeerde poetshulp licht het specifieke poetsprotocol voor een besmette kamer toe en toont de instructies die in een instructiemap zitten.</p> |   |

|                            |                       |                       |                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Datum:<br>19 december 2022 | Status:<br>Definitief | H. Hartziekenhuis Mol | Qualicor Europe |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|

#### 5.2.4 Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen

| Kritisch proces   | Omschrijving   |
|---|--|
| <b>Medicatiemanagement</b>  | Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten. |
| <p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor sprak met een anesthesist en met de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier. Bij elke chirurgische ingreep wordt de safe surgery checklist gebruikt die opgesteld is in onderling overleg. De naleving wordt gecontroleerd en de auditees verklaren dat het gebruik van de checklist een veilige routine is geworden.</p> <p>De drie stopmomenten gebeuren in aanwezigheid van het volledige team. Patiëntidentificatie gebeurt bij middel van minimaal twee onafhankelijke persoonsgebonden parameters.</p> <p>Risico op decubitus wordt ingeschat en aangepaste maatregelen worden toegepast. Tromboseprofylaxe wordt volgens een procedure toegepast voor de postoperatieve patiënten.</p> <p>Het preopname-traject zorgde voor een bijkomende extra veiligheid inzake medicatieverificatie. De dossiers opgemaakt binnen de preopname worden nagelezen en gevalideerd door de anesthesist van wacht die de zaken nog eens controleert.</p> |  |