Vertrouwelijk

AUDITRAPPORT

Instelling	:	AZ Sint-Elisabeth
Adres	:	Godveerdegemstraat 69 9620 Zottegem
Datum auditbezoek	:	9 t/m 12 mei 2017

Auditoren
De heer mr. I.M.Braal (voorzitter)
De heer M.M. Detailleur
Mevrouw dr. P.M. de Jong
De heer J. Coenen
De heer dr.ir.S.R. Vaartjes
Mevrouw E.A.R. Desiron
De heer dr. J.C. Roos

Surveymanager
Mevrouw I.I.S. DeWymmer

Datum: 15 augustus 2017	Status: definitief

INHOUDSOPGAVE

I INLEIDING 1

II DE ORGANISATIE STELT ZICH VOOR 3

III BEVINDINGEN 16

Overzicht complimenten, sterke en verbeterpunten 16

1. Leiderschap 17
2. Strategie en beleid 42
3. Management van medewerkers 51
4. Management van middelen 80
5. Management van (zorg)processen 136
6. Resultaten voor ketenpartners 199
7. Resultaten voor medewerkers 200
8. Resultaten voor bestuur en maatschappij 206
9. Resultaten voor de patiënt 207

IV BIJLAGEN

Bijlage 1: Overzicht bijlagen 217
Bijlage 2: Afkortingenlijst 229
Bijlage 3: Programma auditbezoek 233
Bijlage 4: Slotpresentatie 237

I INLEIDING

Voor u ligt het auditrapport van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ), met daarin de bevindingen van het auditteam.

Het NIAZ bestuur besluit op basis van het voorliggende rapport en toetsing aan de Noodzakelijke Voorwaarden, of de accreditatiestatus kan worden toegekend.

Accreditatieoverzicht
Het AZ Sint-Elisabeth heeft een aanvraag bij het NIAZ gedaan voor een eerste instellingsbrede accreditatie.
De accreditatie is uitgevoerd conform de Accreditatieprocedure 2016.

Het AZ Sint-Elisabeth heeft voor de accreditatie een zelfevaluatierapport (ZER) geschreven op basis van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.4.

Het auditteam heeft het zelfevaluatierapport met de daarbij behorende bijlagen besproken.
Dit heeft geresulteerd in een positief voortgangsbesluit.

Het auditteam richt zich specifiek op de volgende processen:
Patiëntgebonden processen:
- Chirurgische traumapatiënt;
- Geriatrische patiënt met COPD en diabetes;
- Oncologische patiënt met darmkanker.

Het auditbezoek heeft plaatsgevonden van 9 t/m 12 mei 2017.

Validatie informatie
De directie van het AZ Sint-Elisabeth heeft desgevraagd tijdens het auditbezoek verklaard dat sinds het verstrekken van de ‘verklaring zelfevaluatie’ 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.

Aanvulling vanuit het auditteam
De eerste instellingsbrede accreditatie betreft het AZ Sint-Elisabeth op twee locaties; met name het Algemeen Ziekenhuis in Zottegem en het Medisch Centrum in Brakel.

De opbouw van het rapport
In hoofdstuk II stelt de organisatie zich voor.

In hoofdstuk III vindt u vervolgens het overzicht van de complimenten, verbeterpunten en de bevindingen uit het auditbezoek, gerelateerd aan de criteria van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling. De normelementen zijn gerubriceerd over negen hoofdstukken van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling.

Hoofdstuk IV tot slot bevat de bijlagen, met het programma van het auditbezoek en de slotpresentatie.

Toelichting scoringssystematiek organisatievelden (1 t/m 5)
Elk normelement in de organisatievelden is beoordeeld en gescoord volgens onderstaande tabel.
In de kolom toelichting staat een meer operationele beschrijving van wat men bij de inschaling op een bepaald niveau moet kunnen aantreffen.

score	beschrijving	toelichting
1	Het normelement krijgt weinig of geen aandacht of er zijn uitsluitend plannen om met het normelement aan de slag te gaan.	
2	Het normelement is op projectbasis of slechts op beperkte schaal in de instelling of werkeenheid geïmplementeerd of de kwaliteitscyclus is nog niet doorlopen.	- Er bestaan afspraken die antwoord geven op de W-vragen (wie?, wat?, waar?, wanneer?) (***plan)***, - zij zijn door de verantwoordelijke functionaris geautoriseerd ***(plan)*** en - (doorgaans) schriftelijk gedocumenteerd. - Zij zijn bekend bij en begrepen door een deel van de medewerkers/werkeenheden ***(plan/do)*** en - worden door hen feitelijk (operationeel) uitgevoerd ***(do)***. - Controle of de afspraken deugdelijk zijn – d.w.z. dat ze tot het beoogde resultaat leiden zonder schadelijke bijwerkingen – ***(check)*** vindt nog niet of slechts incidenteel plaats. - Voor de eventuele bijstelling van de afspraken ***(act)*** bestaan voornemens.
3	Het normelement is geïmplementeerd op alle voor de kwaliteit meest kritieke plaatsen in de instelling of werkeenheid en de kwaliteitscyclus is tenminste eenmaal doorlopen.	– Als onder 2 maar nu – zijn de afspraken bekend bij en begrepen door vrijwel alle medewerkers/werkeenheden ***(plan/do)***. - Controle of de afspraken deugdelijk zijn– d.w.z. dat ze tot het beoogde resultaat leiden zonder schadelijke bijwerkingen – (***check)*** heeft tenminste eenmaal plaatsgevonden op alle voor de kwaliteit kritieke onderdelen en – zonodig geleid tot de bijstelling van de afspraken ***(act)*** op tenminste de voor de kwaliteit kritieke onderdelen.
4	Het normelement is breed in de instelling of werkeenheid geïmplementeerd en het doorlopen van de kwaliteitscyclus heeft een structureel karakter.	– Als onder 3 maar nu – zijn de afspraken bekend bij en begrepen door alle medewerkers/werkeenheden ***(plan/do)***. - Controle of de afspraken deugdelijk zijn – d.w.z. dat ze tot het beoogde resultaat leiden zonder schadelijke bijwerkingen – (***check)*** vindt structureel plaats op alle onderdelen en – leidt zonodig tot de bijstelling van de afspraken ***(act)*** op zonodig alle onderdelen.
niet van toepassing	Het normelement is in de instelling of werkeenheid van ondergeschikt belang of komt er niet in voor.	

II DE ORGANISATIE STELT ZICH VOOR

Onderstaande tekst is aangeleverd door AZ Sint-Elisabeth en als zodanig overgenomen in het auditrapport:

INLEIDING

Voorgeschiedenis van de instelling
Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem is opgericht in 1938 en was eigendom van de Congregatie van de Zusters Franciscanessen te Zottegem. Oorspronkelijk was het ziekenhuis gevestigd in een zijvleugel van het historische kasteel van Egmont in het hartje van de stad. In 1948 vestigde de kliniek zich op de huidige locatie: Godveerdegemstraat 69 te Zottegem. In 1978 werd de exploitatie van het ziekenhuis overgedragen aan VZW Algemeen Ziekenhuis Sint-Elisabeth. De gebouwen werden via erfpachtovereenkomst ter beschikking gesteld aan de nieuwe VZW. In 1995 verwerft VZW Algemeen Ziekenhuis Sint-Elisabeth de gebouwen en gronden in volle eigendom.

Sinds 1 mei 2009 wordt het Medisch Centrum Brakel in de Watermolenstraat 74 – 76 te Brakel overgenomen door AZ Sint-Elisabeth Zottegem. De artsen van het ziekenhuis houden er volgens een vaste dienstregeling poliklinische raadplegingen. Het Medisch Centrum Brakel beschikt over een radiologie-afdeling met mammografie, erkend binnen het screeningsprogramma.

In 2015 opende het AZ Sint-Elisabeth Zottegem een nieuwbouw dagziekenhuis voor chirurgische patiënten, voor oncologische en internistische behandelingen en voor geriatrische patiënten.

Samenstelling, kerntaken en waarden van de instelling
Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem is een regionaal basisziekenhuis waarin nagenoeg alle disciplines zijn vertegenwoordigd. Het ziekenhuis beschikt over een dagziekenhuis (chirurgie, oncologie en interne, geriatrie), een gespecialiseerde spoedgevallenzorg met MUG en eigen ziekenwagen, een radiologie-afdeling met CT en NMR, een dienst isotopen met SPECT-CT, een revalidatiecentrum en laboratorium met afdelingen anatomo-pathologie en klinische biologie. Het ziekenhuis telt 333 erkende bedden en 74 plaatsen dagziekenhuis.

Het Medisch Centrum Brakel organiseert poliklinische activiteiten op weekdagen van 8 uur tot 19 uur en beschikt over volgende specialismen: pneumologie, orthopedie, cardiologie, algemene heelkunde, vaatheelkunde, urologie, inwendige geneeskunde / gastro-enterologie, ORL, dermatologie, oftalmologie en plastische heelkunde.
Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem wil een beleid voeren dat afgestemd is op de behoeften van de regio, gesteund op drie basisprincipes. Vooreerst wil het ziekenhuis streven naar **een hoogwaardige en wetenschappelijk gefundeerde kwaliteit van de zorg**. Verder heeft het ziekenhuis aandacht voor zijn **maatschappelijke en sociale rol** binnen de regio. Tot slot wordt het belang van een **christelijke en humane dimensie** in de ziekenhuiszorg onderstreept. Er wordt rekening gehouden met ieders overtuiging en waarden.
Om aan onze patiënten een kwaliteitsvolle en veilige zorg te kunnen verlenen, werken we samen, multidisciplinair en interdisciplinair. We verbeteren onze processen voortdurend met als doel deskundige en professionele zorg te verlenen met een patiëntgerichte en respectvolle benadering.

AZ Sint-Elisabeth Zottegem heeft volgende erkenningen:
Erkenning:
- Erkenning 313 bedden: 30 A, 82 C, 103 D, 48 G, 20 M en 30 Sp
- Erkenning dienst Medische Beeldvorming met Magnetische Resonantie Tomograaf
- Erkenning dienst Medische Beeldvorming waarin een Transversale Axiale Tomograaf is opgesteld
- Functie ziekenhuisapotheek
- Functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg

- Functie MUG
- Functie Intensieve Zorgen
- Functie chirurgisch dagziekenhuis
- Functie niet-chirurgisch dagziekenhuis
- Functie palliatieve zorg
- Functie voor lokale Neonatale zorg (N*-functie)
- Functie Ziekenhuisbloedbank
- Functie Lokale donorcoördinatie

Erkenning Zorgprogramma's:

- Zorgprogramma cardiale pathologie A
- Zorgprogramma cardiale pathologie P
- Zorgprogramma oncologie
- Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt
- Zorgprogramma voor kinderen met E-dienst van 20 bedden
- Pilootproject multidisciplinair centrum voor chronische pijn

RIZIV-conventies:

- Akkoordverklaring betreffende tegemoetkoming voor het plaatsen van endoprothesen
- Akkoordverklaring betreffende tegemoetkoming gebruiksmateriaal voor een endoscopisch uitgevoerde robot-geassisteerde radicale prostatectomie
- Revalidatieovereenkomst inzake de locomotorische en neurologische revalidatie
- Revalidatieovereenkomst inzake cardiale revalidatie
- Overeenkomst inzake zelfregulatie van diabetes-mellituspatiënten
- Revalidatieovereenkomst inzake derdelijns curatieve diabetische voetklinieken
- Revalidatieovereenkomst inzake continue insuline-infusietherapie thuis bij middel van een draagbare insulinepomp
- Overeenkomst betreffende langdurige zuurstoftherapie thuis voor ernstige chronische ademhalingsinsufficiëntie
- Overeenkomst aangaande de diagnose en behandeling van het obstructief slaapapneesyndroom/C-PAP-overeenkomst
- Revalidatieovereenkomsten voor multidisciplinaire evaluatie van mobiliteitshulpmiddelen
- Diensten voor pediatrie die cardio-respiratorisch toezicht thuis op door Wiegendood bedreigde zuigelingen organiseren

Meerjarenvisie

We zetten als regionaal ziekenhuis in op het behoud en de uitbouw van de basiszorg, zowel acute als chronische zorg, maar streven daarnaast ook naar de ontwikkeling van expertgebieden waardoor we een supraregionale uitstraling verwerven. Deze expertgebieden zijn o.a. bariatrische chirurgie, een multidisciplinair pijncentrum, mond-, kaak- en aangezichtschirurgie, cataractchirurgie, robot-geassisteerde chirurgie en spinale chirurgie. Alle courante diagnostiek en behandelingen worden aangeboden rekening houdend met de noden en zorgvragen van de regio en de groei van de geriatrische populatie.

Wij wensen deze doelstelling te bereiken door middel van consolidatie van de poliklinische activiteit en de optimalisatie van de multidisciplinaire aanpak binnen ons ziekenhuis. We zetten blijvend in op ontwikkeling van nieuwe zorgpaden en de evaluatie van de bestaande klinische paden. We ijveren naar een standaardisatie van zorgprocessen.

De zorg voor onze patiënt gaat verder dan de muren van onze instelling. De continuïteit tussen de verschillende schakels in een zorgproces is belangrijk en we willen onze patiënt een optimaal traject kunnen garanderen. Het ziekenhuis wil functioneren in een geïntegreerd zorgmodel waarin nauwe interactie met andere partners in welzijn wordt uitgebouwd.

We zetten ons als regionaal ziekenhuis in voor onze rol als schakel in een netwerk. Samenwerking is hier het sleutelwoord. We streven naar gestructureerde samenwerking met de eerste lijn en naar intensivering van de samenwerking onder meer door uitbreiding van de dienstverlening. We willen ons

zorgaanbod veilig stellen door optimalisatie van de samenwerking met de tertiaire centra, rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische centra, … én door de uitbouw van een kwaliteitsvol netwerk, waarin ook onze zuster-vzw's een rol opnemen. De reeds aanwezige samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen vormen een basis voor de verdere uitbouw van de transmurale zorg.

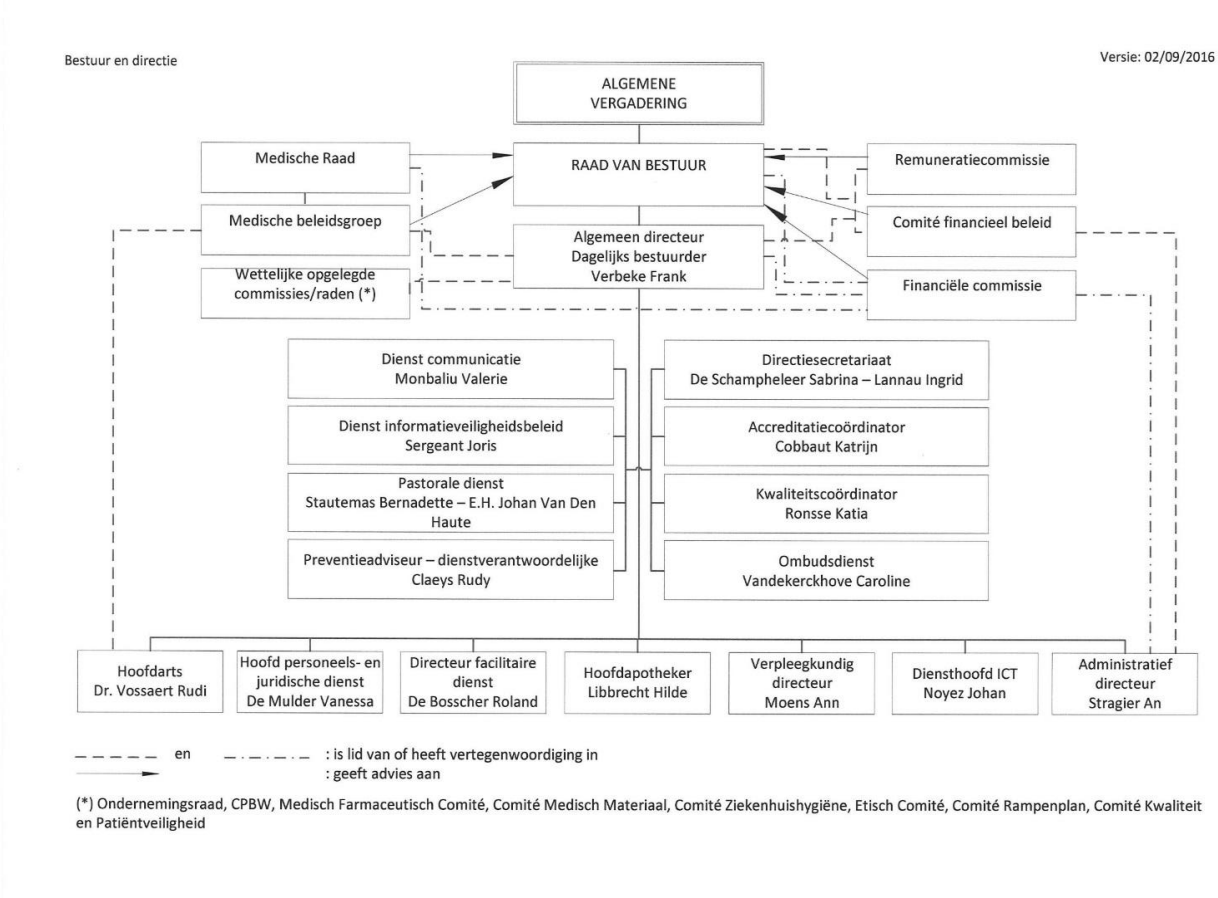
Naast de aandacht voor de zorg, investeren we volop in informatisering van de zorgprocessen. In 2015-2016 vond de uitrol plaats van het elektronisch medicatievoorschrift. In dezelfde periode zijn alle kritische zorgprocessen gedocumenteerd in het digitale documentbeheersysteem. Na uitgebreide marktverkenning en plaatsbezoeken gingen we begin 2016 over tot het vastleggen van een implementatie-traject voor een globaal EPD (elektronisch patiëntendossier) waarmee we in het voorjaar van 2017 van start gaan. Op deze wijze zal medische en verpleegkundige informatie volledig geïntegreerd kunnen worden ter ondersteuning van het zorgproces.

Verder is ook het incidentmeldingssysteem geïnformatiseerd in de loop van 2016 terwijl voor het facilitaire departement een Facility Management Informatie Systeem (FMIS) is aangekocht en geïmplementeerd. Een eigentijds informatieveiligheidsbeleid zorgt ervoor dat elke medewerker waakt over de veiligheid van persoonsgebonden gegevens.

Om het kwaliteitsdenken vorm te geven en te integreren zowel in onze dagdagelijkse werking als op het vlak van beleidsvoering leggen we de focus op het faciliteren en ontwikkelen van een cultuur waarin iedere medewerker aangezet wordt om kwaliteit en patiëntveiligheid te garanderen.
We hebben specifieke aandacht voor ziekenhuishygiëne, en klinische farmacie en zetten ons in voor optimalisatie van ons veiligheidsmanagementsysteem. We hebben gekozen voor veilige patiëntenzorg, waarbij we leren uit (bijna) incidenten. Aan de hand van interne audits en veiligheidsrondes moedigen we kwaliteitsinitiatieven binnen de verschillende departementen aan.

Als ondersteuning bij het voorbereiden en nemen van beslissingen ten gunste van onze patiënten en ter bevordering van onze dienstverlening zijn betrouwbare parameters essentieel. Daarom zorgen we voor een continue opvolging van parameters en indicatoren en de daarbij horende terugkoppeling van relevante informatie.
Kennis en data wordt gedeeld met betrokken departementen en medewerkers. Wij streven een maximale patiënt- en medewerkerstevredenheid na en zetten in op de organisatie van metingen waarvan de resultaten meegenomen worden in beleidsbeslissingen en actieplannen.

Organogram van de instelling



Overlegstructuur en besluitvormingsprocessen

De Algemene Vergadering vindt gemiddeld 1 keer per jaar plaats.
De Algemene Vergadering is uitsluitend bevoegd voor de wijziging van statuten, de benoeming en afzetting van de bestuurders, de benoeming en de afzetting van de commissarissen en het bepalen van hun bezoldiging in geval een bezoldiging wordt toegekend, de kwijting aan de bestuurders en de commissarissen, de goedkeuring van begroting en van de jaarrekening, de ontbinding van de vereniging, de uitsluiting van een lid, de omzetting van de vereniging in een vennootschap met een sociaal oogmerk, het vaststellen van eventuele vergoeding aan de bestuurders. Alle andere beleidstaken zijn toevertrouwd aan de Raad van Bestuur.

De Raad van Bestuur is het hoogste gezag in de organisatie en vergadert gemiddeld 1 keer per maand.
De Raad van Bestuur is samengesteld uit acht bestuurders waarvan er twee de Medische Raad vertegenwoordigen. De algemeen directeur – dagelijks bestuurder en de hoofdarts nemen met raadgevende stem deel aan het overleg van de Raad van Bestuur. De agenda wordt opgemaakt na overleg tussen de voorzitter van de Raad van Bestuur, de hoofdarts en de algemeen directeur - dagelijks bestuurder.

De Raad van Bestuur ziet toe op het functioneren van het ziekenhuis, conform de wettelijke en andere bepalingen. De Raad van Bestuur bepaalt welke doelen gerealiseerd dienen te worden. De besluiten van de Raad van Bestuur worden uitgevoerd door het Comité Dagelijks Beleid (CDB). Jaarlijks evalueert de Raad van Bestuur de resultaten met de vooropgestelde doelen. Het CDB legt verantwoording af aan de Raad van Bestuur.

Medische Raad
De Medische Raad vertegenwoordigt de ziekenhuisartsen en is een verplicht orgaan. De Medische Raad telt negen leden. De duur van het mandaat bedraagt 3 jaar. Twee leden aangeduid door de Medische Raad maken deel uit van de Raad van Bestuur. In casu is actueel de voorzitter van de Medische Raad en een jurist aangeduid door de Medische Raad, lid van de Raad van Bestuur.
De Medische Raad is een verkozen orgaan in het ziekenhuis waardoor de ziekenhuisartsen worden betrokken bij de besluitvorming in het ziekenhuis. De hoofdarts wordt uitgenodigd op elke bijeenkomst en functioneert als schakel tussen de ziekenhuisartsen en de directie en de Raad van Bestuur.

Remuneratiecommissie
De leden van de Remuneratiecommissie zijn de algemeen directeur-dagelijks bestuurder en drie leden van de Raad van Bestuur. Zij zijn aangeduid door de Raad van Bestuur.
De Remuneratiecommissie vergadert minstens 4 keer per jaar. Hun opdracht bestaat uit de bespreking van alle onderwerpen verband houdend met de verloning en andere voordelen voor personeelsleden, kaderleden, directieleden en bestuurders. De algemeen directeur-dagelijks bestuurder brengt onderwerpen aan die hierop betrekking hebben. De Raad van Bestuur brengt onderwerpen aan m.b.t. de vergoeding van bestuurders. De Remuneratiecommissie brengt na bespreking een advies uit aan de Raad van Bestuur. De Remuneratiecommissie neemt geen beslissingen. Indien nodig kan de Remuneratiecommissie een expert uitnodigen.

Comité Financieel Beleid
Het Comité Financieel Beleid wordt opgericht binnen de schoot van de Raad van Bestuur. De leden zijn de administratief directeur, algemeen directeur-dagelijks bestuurder en vier leden van de Raad van Bestuur. Het Comité Financieel Beleid kwam voor het eerst samen op 22 april 2013.
De opdrachten van het comité kunnen als volgt worden samengevat:

- Het uitstippelen van het financieel beleid van de organisatie
- Het opvolgen en bewaken van de financiële situatie van het ziekenhuis

Financiële Commissie
De Financiële Commissie zoals deze door de wet (art. 143 WZH) is opgelegd, maakt regelmatig overleg mogelijk tussen de Raad van Bestuur en de Medische Raad. Deze commissie is paritair samengesteld en bestaat uit twee bestuurders, de algemeen directeur-dagelijks bestuurder, de hoofdarts enerzijds en vier leden van de Medische Raad anderzijds. Adviserend lid is de administratief

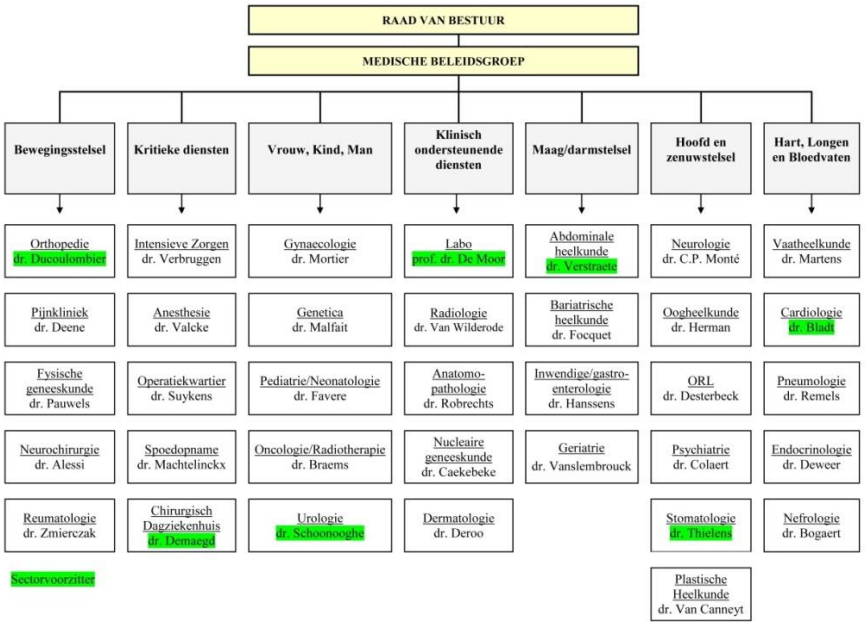
directeur. De voorzitter is de algemeen directeur-dagelijks bestuurder, de secretaris is de administratief directeur.
De Financiële Commissie beschikt over alle info die ook aan de ondernemingsraad dient gegeven te worden (art. 141). Naast de jaarlijkse begrotingsraming, de jaarrekening, het verslag van de bedrijfsrevisor en de aard van de aangerekende kosten bespreekt de Financiële Commissie de evolutie van de activiteitcijfers per kwartaal, de evolutie van de tussentijdse financiële resultaten, het impact van de overheidsmaatregelen op BFM, honoraria, VIPA,… De commissie staat in voor het maken van financiële afspraken met geheel of een deel van het artsenkorps. De afspraken die in consensus worden bereikt dienen verdedigd te worden bij de Raad van Bestuur en de Medische Raad.

Comité Dagelijks Beleid (CDB)
De organisatiestructuur van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem bestaat uit zeven departementen, elk met een eigen structuur:

- medisch departement
- verpleegkundig departement
- facilitair departement
- apotheek
- administratief departement
- personeels- en juridische dienst
- dienst ICT

Het Comité Dagelijks Beleid (CDB) bestaat uit de eindverantwoordelijken van deze departementen onder leiding van de algemeen directeur-dagelijks bestuurder. Het CDB brengt een gestructureerd overleg tot stand tussen de directieleden van het ziekenhuis. In die zin fungeert het CDB ook als een gespreksforum voor de directieleden. Dit bevordert enerzijds de groepsgeest en waarborgt anderzijds een multidisciplinaire visie op het ziekenhuisbeleid. Het CDB vergadert wekelijks. Het CDB en de algemeen directeur-dagelijks bestuurder worden in hun besluitvorming met raad en daad bijgestaan door de stafmedewerkers.
Het CDB vertaalt de visie en de strategische keuzes van de Raad van Bestuur in het dagelijks beleid.

Medische departement

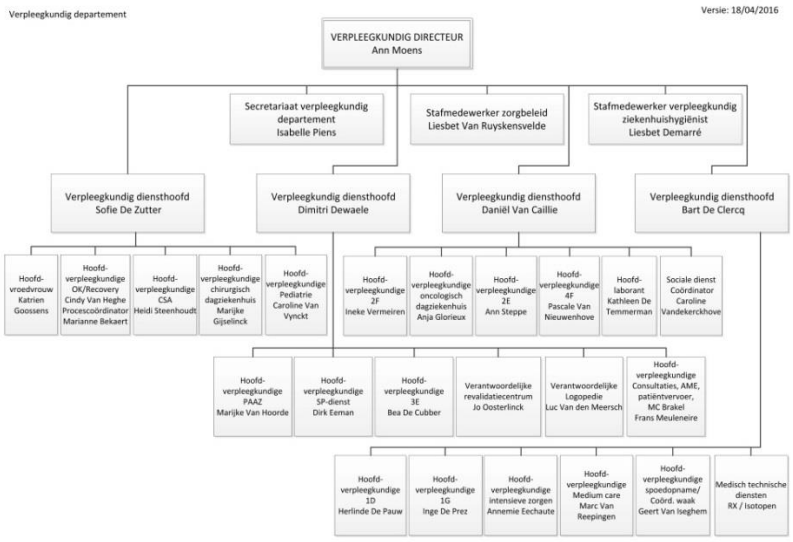


Elke medische discipline telt een medisch diensthoofd. De disciplines zijn samengebracht in 7 sectoren met aan de leiding een sectorvoorzitter. Onder voorzitterschap van de hoofdarts komen de

sectorvoorzitters samen in de medische beleidsgroep, waarvan ook de voorzitter van de Medische Raad en de algemeen directeur-dagelijks bestuurder deel uit maken.

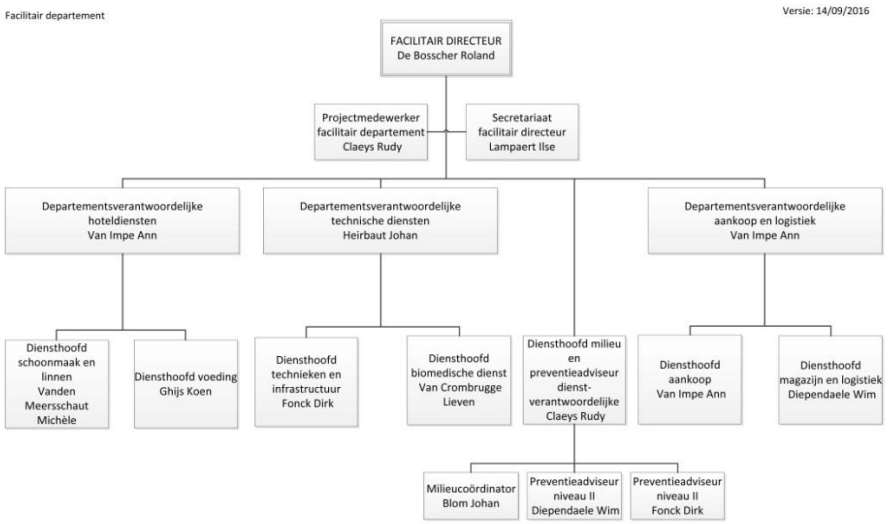
De medische beleidsgroep behandelt ziekenhuisbrede medische thema's, die zowel door artsen als door directie en bestuur kunnen aangebracht worden. Het is enerzijds een kanaal om informatie over te brengen en uit te wisselen in beide richtingen. Anderzijds vormt dit een 'medische denktank', die de hoofdarts ondersteuning biedt voor de uitwerking van een medische beleidsvisie, op korte, middellange en lange termijn. Jaarlijks geeft de hoofdarts aan de medische diensthoofden opdracht een jaarverslag en jaaractieplan op te maken. Deze worden besproken in de sectorvergaderingen en in de medische beleidsgroep. Via deze structuur wordt de betrokkenheid van de artsen in het beleid verhoogd en wordt er een vlotte communicatiedoorstroming georganiseerd.

<u>Verpleegkundig departement</u>



Het **verpleegkundig departement** wordt aangestuurd door de verpleegkundig directeur.
De verschillende afdelingen en verpleegeenheden zijn samengebracht in 4 clusters. Een zorgmanager stuurt de cluster aan. Binnen de cluster overlegt de zorgmanager met de hoofdverpleegkundigen en afdelingshoofden. De verpleegkundig directeur en zorgmanagers overleggen wekelijks. De verpleegkundig directeur, zorgmanagers, de hoofdverpleegkundigen en afdelingshoofden overleggen tijdens de maandelijkse hoofdverpleegkundigenvergadering. Stafmedewerkers adviseren de verpleegkundige directie op vlak van zorgbeleid en ziekenhuishygiëne.

Facilitair departement



Het **facilitair departement** wordt aangestuurd door de facilitair directeur. De verschillende departementen zijn aankoop en logistiek, hoteldiensten en technische diensten.
De facilitair directeur, departmentsverantwoordelijken en diensthoofden overleggen tijdens het wekelijks facilitair overleg. De projectmedewerker helpt de directie met het uitvoeren en opvolgen van de projecten.

Administratief departement
Het administratief departement omvat de opname- en onthaaldiensten, de dienst facturatie, de dienst boekhouding en de medisch secretariaten. Aan het hoofd staat de administratief directeur. Hij organiseert maandelijks een overleg met de diensthoofden van zijn departement.

Apotheek
De apotheek staat in voor de verstrekking van geneesmiddelen en steriele producten aan de verpleegafdelingen, het dagziekenhuis, het operatiekwartier,… Een belangrijker wordende groep zijn de verstrekkingen aan ambulante patiënten. De apotheek koopt hiervoor aan of bereidt zelf. De apotheek ziet ook toe op de sterilisatieprocessen in het ziekenhuis.
Aan het hoofd staat de hoofdapotheker. Hij wordt in de organisatie van de apotheek bijgestaan door vijf apothekers.

Personeels- en juridische dienst
De personeelsdienst staat in voor de personeelsadministratie en stimuleert de organisatieontwikkeling op HR-vlak. De leiding is in handen van het diensthoofd personeels- en juridische zaken.

Dienst ICT
De dienst ICT beheert het netwerk, de hardware en de software binnen het ziekenhuis. Zij werken aan de verdere digitalisering en automatisering van zorgprocessen en ondersteunende processen. Aan het hoofd staat het diensthoofd ICT.

Wettelijk opgelegde commissies/raden

Ondernemingsraad
De ondernemingsraad van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem vergaderde voor het eerst op 12 september 1979.
De jongste verkiezing vond in 2016 plaats en de duur van het mandaat bedraagt 4 jaar. Dit wettelijk verplicht adviescollege is actueel samengesteld uit 9 afgevaardigden van de werkgever (algemeen directeur en 8 door hem aangewezen werkgeversafgevaardigden) en 9 verkozen vertegenwoordigers

van de werknemers. De algemeen directeur-dagelijks bestuurder is voorzitter; een vertegenwoordiger van de werknemersafvaardiging is secretaris. Tijdens de maandelijkse vergaderingen worden alle personeelsgebonden aspecten met betrekking tot de werking van het ziekenhuis besproken en kunnen adviezen of aanmerkingen geformuleerd worden ten behoeve van de directie en de Raad van Bestuur.

Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW)
Samen met de sociale verkiezingen voor de ondernemingsraad vinden er eveneens verkiezingen plaats voor het CPBW. Naast een vertegenwoordiging van de werkgever hebben ook de verkozen werknemers zitting in dit comité. De algemeen directeur-dagelijks bestuurder is voorzitter; de preventieadviseur is secretaris.

Als algemene doelstelling wil deze adviesraad de arbeidsomstandigheden op het gebied van veiligheid, hygiëne en gezondheid in de best mogelijke omstandigheden laten gebeuren, waarbij de nadruk voornamelijk komt te liggen op preventie en risicoanalyse.

Medisch Farmaceutisch Comité (MFC)
De eerste vergadering van het MFC had plaats op 17/06/1991. De taken van het MFC zijn wettelijk bepaald. Dit comité komt gemiddeld 2 maal per jaar samen.
Het MFC is samengesteld uit de hoofdarts (tevens de voorzitter van dit comité), de algemeen directeur-dagelijks bestuurder, verpleegkundig directeur, 3 apothekers, 1 apotheker-bioloog, 1 zorgdatamanager en 6 artsen.
Het MFC voert zijn wettelijk bepaalde taken uit, met inbegrip van oprichting van een multidisciplinaire werkgroep “antitumorale medicatie” en de antibiotherapiebeleidsgroep. Eerstgenoemde werkgroep functioneert rond de manipulatie en toediening van antitumorale medicatie. De tweede groep waakt over het antibioticagebruik binnen het ziekenhuis en geeft advies met betrekking tot correct gebruik ervan.

Comité Medisch Materiaal (CMM)
Volgens het KB van 05.06.2007 werd op 01.09.2007 een splitsing doorgevoerd van het ‘Comité voor geneesmiddelen en Medisch Materiaal’. De eerste vergadering van het CMM had plaats op 22.10.2007.
Het CMM is samengesteld uit de hoofdarts (tevens de voorzitter van dit comité), de algemeen directeur-dagelijks bestuurder, 3 apothekers, 1 apotheker-bioloog, 1 verpleegkundig ziekenhuishygiënist, 1 arts-ziekenhuishygiënist, verpleegkundig directeur, 1 hoofdverpleegkundige operatiekwartier, 1 hoofdverpleegkundige sterilisatie, 3 artsen.

Comité Ziekenhuishygiëne
Zoals wettelijk bepaald is er een Team voor Ziekenhuishygiëne werkzaam in de instelling, alsook een Comité voor Ziekenhuishygiëne. Het team bestaat uit twee artsen-ziekenhuishygiënisten en twee verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten, alsook een apotheker-klinisch bioloog. Dit team dat dagdagelijks alle aspecten van ziekenhuishygiëne beoordeelt en benadert, heeft zich omringd met een aantal experten uit verschillende ziekenhuisafdelingen en disciplines teneinde meer gedragenheid binnen de organisatie en grotere daadkracht en expertise te bekomen.
Het Comité Ziekenhuishygiëne is samengesteld conform de wettelijke vereisten, neemt haar taken ten volle waar en vergadert minstens vier keer per jaar.

Transfusiecomité
Binnen het ziekenhuis werd het Transfusiecomité opgericht op 16 september 2002.
Het Transfusiecomité is verantwoordelijk voor het opstellen en beheren van het transfusiebeleid in het ziekenhuis. In het comité zetelen de labodirecteur, de klinische bioloog, de hoofdarts, de hoofdapotheker, verpleegkundig directeur, een zorgmanager en een vertegenwoordiger van het Bloedtransfusiecentrum Gent.
De klinisch bioloog, tevens ook de hemovigilantiefunctionaris, vertaalt het transfusiebeleid naar de werkvloer. Nagaan of de afspraken worden nageleefd gebeurt via audits.

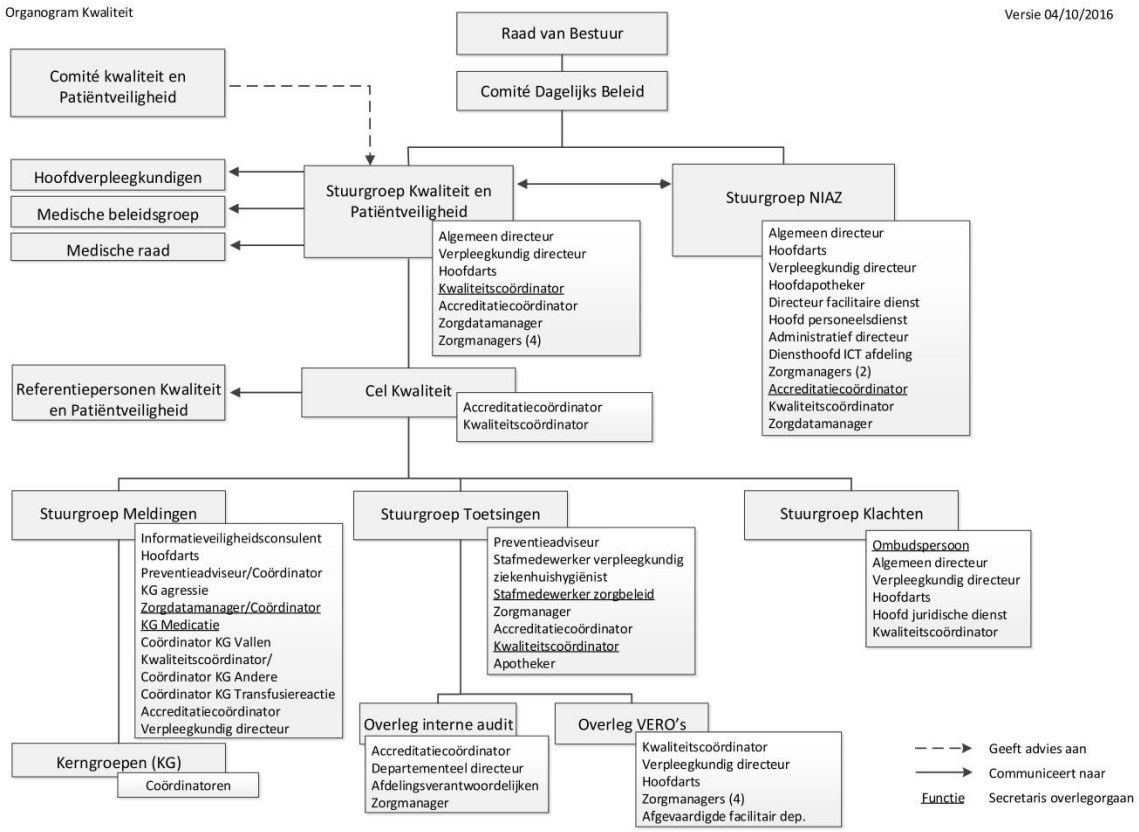
Ethisch Comité
Het Ethisch Comité heeft enerzijds een begeleidende en raadgevende functie, zowel bij algemene kwesties op het gebied van ethiek in de ziekenhuiszorg als bij beslissingen over individuele gevallen.

Anderzijds geeft het comité advies over studieprotocollen betreffende experimenten op mensen en op reproductief menselijk materiaal. Het Ethisch Comité is heden samengesteld uit: 6 artsen, 3 huisartsen, 2 psychologen, 2 verpleegkundigen en 1 jurist.

Comité Rampenplan
Het KB van 17.10.1991 (BS 06.12.1991) legt elk ziekenhuis een actieplan op i.v.m. 'Alarmering van de ziekenhuisdiensten' om het hoofd te kunnen bieden aan grote ongevallen binnen en buiten het ziekenhuis. Dit plan moet opgesteld, geactualiseerd en gevalideerd worden door een permanent comité onder leiding van de hoofdarts.
Het huidig Comité Rampenplan is samengesteld uit: hoofdarts, algemeen directeur-dagelijks bestuurder, verpleegkundig directeur, 4 zorgmanagers, hoofdverpleegkundige spoedopname, adjunct hoofdverpleegkundige spoedopname, diensthoofd opname en onthaal, directeur facilitair departement, preventie-adviseur, 8 artsen-specialisten (waaronder 3 spoedartsen).

Interne overlegorganen
Naast de overlegoverlegorganen van bestuur en directie en de wettelijk verplichte organen zijn er nog thema's die specifieke aandacht vereisen.

Kwaliteit
Onderstaand organogram Kwaliteit is gebaseerd op strategie, opvolging van beleidsdoelen door middel van indicatoren en het bewaken van realisatie van verbeteracties. In het organogram Kwaliteit worden de onderlinge relaties tussen de verschillende kwaliteitsstructuren weergegeven. Voor de verschillende kwaliteitsstructuren zijn afspraken gemaakt aangaande: samenstelling, vergaderfrequentie, agenda, taken en rollen.



Stuurgroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid bepaalt de strategie op basis van het samenbrengen en afstemmen van informatie uit de Stuurgroepen Meldingen, Toetsingen en Klachten onder vorm van een synthese van knelpunten, trends, … op basis van indicatoren en rapporten.

Comité Kwaliteit en Patiëntveiligheid ondersteunt de Stuurgroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid in het bepalen van de strategie en bewaakt de voortgang van de realisatie van het strategisch kwaliteit- en patiëntveiligheidsbeleid van het ziekenhuis.

Het Comité Kwaliteit en Patiëntveiligheid is als volgt samengesteld: hoofdarts, algemeen directeur-dagelijks bestuurder, verpleegkundig directeur, één zorgmanager, kwaliteitscoördinator, accreditatiecoördinator, stafmedewerker zorgbeleid, zorgdatamanager, apotheker, verpleegkundigen en referentiepersonen patiëntveiligheid (2), artsen (5).

Het Comité Kwaliteit en Patiëntveiligheid ontvangt een synthese van de Stuurgroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid over grote issues uit de diverse stuurgroepen (opvolging van indicatoren en knelpunten) en verleent de stuurgroep advies over verbeteracties naar aanleiding van knelpunten. Het Comité Kwaliteit en Patiëntveiligheid helpt de voortgang van verbeteracties mee bewaken en brengt indien nodig informatie over aan Comité Dagelijks Beleid.

De *Cel Kwaliteit* staat in voor het opstellen van de agenda Stuurgroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid en functioneert als schakel tussen de Stuurgroepen Meldingen, Toetsingen en Klachten, de Stuurgroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid en de referentiepersonen.

De *Stuurgroepen Meldingen, Toetsingen en Klachten* brengen informatie samen en stemmen af tussen verschillende thema's. Zij staan ook in voor de analyse van indicatoren en brengen knelpunten in kaart om verbeteracties voor te stellen en op te volgen in functie van de doelstellingen.

De *Stuurgroep NIAZ* bewaakt de voorgang van het NIAZ-traject en volgt de realisatie van grote projecten waarvoor NIAZ-norm (DBS, klinische paden, PRI's, IMS, …). De stuurgroep NIAZ kent eigenaars per NIAZ-norm toe en bespreekt de actieplannen die voortvloeien uit interne audit.

Comité Zorginformatisering
Het Comité Zorginformatisering zorgt voor het vastleggen van visie en ambities omtrent informatisering van zorg.
Het comité functioneert als eindverantwoordelijke van informatiseringsprojecten voor de zorg. Dit houdt in: de opdrachtinitiatie op basis van business case vastleggen, het vastleggen van doelstellingen, scope en resultaatsgebieden, het goedkeuren, bewaken en bijsturen van projecten of projectonderdelen en het bepalen en beoordelen van algemene acceptatiecriteria. Het comité zorginformatisering rapporteert status en vooruitgang ten aanzien van het beleid van het ziekenhuis.

Het comité bestaat uit verpleegkundig directeur, zorgmanager, algemeen directeur-dagelijks bestuurder, directeur laboratorium, hoofdapotheker, diensthoofd ICT, coördinator zorginformatisering, hoofdarts, externe ICT-adviseur, voorzitter Medische Raad, medisch diensthoofd/sectorvoorzitter. De werkzaamheden van het comité resulteerden in het door de Raad van Bestuur concreet toewijzen van een EPD-project op 23.11.2016.

Naast de bovengenoemde overlegorganen bestaan er in het AZ Sint-Elisabeth Zottegem diverse interne commissies, comités, stuurgroepen, werkgroepen en overlegstructuren waarin zowel, afdelingsgericht, multidisciplinair en/of departementsoverschrijdend wordt samengewerkt.
Om de verschillende aspecten omtrent zorgverlening op elkaar af te stemmen zijn op alle afdelingen 'tandems' opgezet. Dit is een samenwerking waarbij het medisch en verpleegkundig diensthoofd elk met hun eigen inbreng gemeenschappelijk de patiëntenzorg evalueren en bijsturen indien nodig.

Vergaderverslagen en werkinstrumenten worden ziekenhuisbreed ter beschikking gesteld op het intranet. Elke medewerker is aanschrijfbaar via een persoonlijk emailadres.

Omvang van de instelling
871 ziekenhuismedewerkers (= 715 FTE's) en 110 ziekenhuisartsen vormen het kloppend hart van onze organisatie. Zij maken onze doelstellingen waar. We voeren een geïntegreerd en duurzaam HR-beleid waarin voldoende aandacht is voor iedere medewerker. Hierbij streven we naar een kostenbewuste personeelsinzet. We introduceerden functieprofielen en een functioneringscyclus, waarbij onze leidinggevenden als hefboom binnen de verschillende teams functioneren. De voortdurende ontwikkeling van onze medewerkers onder meer door een aangepast onthaaltraject en een accuraat vormingsbeleid met een hedendaags preventie- en welzijnsbeleid, maken AZ Sint-Elisabeth Zottegem tot één van de belangrijkste werkgevers uit de streek.

Departement – cijfers 2015	**Aantal FTE's**
Verpleegkundig departement en paramedisch departement	441,63
Facilitair Departement	132,05
Administratief departement	81,51
Apotheek	12,08
ICT	11,37
Algemene diensten	10,51
Personeelsdienst	9,89
Medisch Centrum Brakel	3,08
Arts-Specialist in opleiding	4,97
Jobstudenten	7,43
TOTAAL	**714,52**

AZ Sint-Elisabeth Zottegem – cijfers 2015	
Klassieke opnames:	12.419 (38%)
- Aantal ligdagen:	93.662
- Gemiddelde verblijfsduur	7,50 dagen
Dagziekenhuis (excl. gips en mini):	19.864 (62%)
Raadplegingen AZ Sint-Elisabeth Zottegem Waarvan raadplegingen in MC Brakel	175.890 → 703 per dag 11 986 →998 per maand
Bevallingen:	671
Aanmeldingen Spoed:	17.998
Hospitalisatie:	7.788 3%)
Dienst 100:	828 6%)
MUG:	917 (5%)

Het ziekenhuis heeft een regionale aantrekkingskracht. Drie kwart van de patiënten komt uit Zottegem of de omliggende gemeenten. De regio telt meer dan 100.000 inwoners, is gelegen tussen de grotere steden Gent en Aalst en is ten noorden begrensd door de E40 en ten zuiden door de taalgrens.

Scope van de accreditatie
De scope van de accreditatie betreft een instellingsbrede accreditatie, inclusief de door de instelling uitgebate polikliniek in Brakel en exclusief het CAD (Collectief Autodialyse Centrum), uitgebaat door AZ Glorieux van Ronse.

Normenkaders
Het zelfevaluatierapport werd door de instelling opgesteld binnen het NIAZ 2.4 normenkader.

De instelling in zijn geheel, alsook elke dienst , waaronder het laboratorium voor klinische biologie en anatomopathologie, werken binnen het kader van door de Belgische en Vlaamse overheden toegekende erkenningen met inachtname van de door deze overheden vastgelegde exploitatievoorwaarden.

III BEVINDINGEN

Overzicht complimenten, sterke punten en verbeterpunten

Complimenten
Verzamelen, analyseren, integreren en delen van gegevens/informatie: - Inrichting en werkwijze Stuurgroep toetsingen - Incidentenbeleid: toegankelijkheid van het beleid en inbreng van deskundigen - Opzet en integrale benadering van de planning- en controlcyclus - Uitvoering en toepassing van RI&E's en de borging van de verbeterplannen
Motiverend medewerkersbeleid, zoals o.a. blijkt uit: - Organisatie schoonmaakdienst met aansprekende resultaten - Consequente toepassing van beleid ten aanzien van inwerking van medewerkers en de daarbij gebruikte inwerkingsmappen
Functioneren van leidinggevende duo's bestaande uit medisch diensthoofd en hoofdverpleegkundige
Aansprekende toepassing van hulpmiddelen, zoals: - Ipadgebruik door spraakbeperkte patiënten op Intensieve Zorgen - Zelfontwikkeld stomaboek ter voorlichting van patiënten - Door preventieadviseurs toegepaste hulpmiddelen, bijvoorbeeld agressieflyer en prikegel

Nr.	Verbeterpunten	Normelement KZi 2.4
1	Het uitvoeren en borgen van de vastgestelde regeling voor het preventief onderhoud van medische apparatuur en het reduceren van onderhoudsachterstand bij hoog-risico apparatuur	421.11
2	Het consequent toepassen van de regeling tot vrijgave van medische apparatuur na onderhoud en herstel door externe bedrijven	421.14
3	Het borgen van de regeling tot vaststelling van criteria voor bekwaamheid van externe technici	421.19
4	Het aanscherpen, uitvoeren en borgen van beleid ten aanzien van laserveiligheid	433.07
5	Het prioriteren van risicovolle zorgprocessen en waar mogelijk het vastleggen daarvan in procedures, protocollen en werkinstructies	511.10

1. Leiderschap
Rubriek: 111 (inhoud beleidsvisie)

111.02 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft een actuele (beleids)visie op de (maatschappelijke) functies van de instelling en haar positionering in het verzorgingsgebied.*
Instelling Score 3	Eind 2013 is door de Raad van Bestuur de opdracht gegeven om de missie, visie en strategie van de instelling te actualiseren. In samenwerking met een extern advies- en consultancykantoor is een interne en externe analyse uitgewerkt. Er zijn interviews bij de leden van de Raad van Bestuur, het directieteam en medische beleidsgroep afgenomen. Drie workshops (scenario-analyse/evolutie zorglandschap, sterkte/zwakte en analyse/ strategie) zijn georganiseerd met aansluitend een strategieconclaaf met de Raad van Bestuur. De interne analyse van het ziekenhuis getoetst aan de externe ontwikkelingen leidde tot volgende conclusies: - De instelling heeft een natuurlijk hinterland, geografisch afgebakend door de grotere Gentse ziekenhuizen en het UZ Gent aan de westzijde en de grotere fusieziekenhuizen OLV Aalst-Asse-Ninove en ASZ Aalst-Geraardsbergen-Wetteren aan de oostzijde. Dit is een voordeel voor de directe omgeving maar vormt een barrière voor het aantrekken van patiënten daar buiten. - De instelling dreigt gezien haar grootte de zwaardere pathologie te verliezen door regelgeving en concurrentie. - De instelling positioneert zich als regionaal ziekenhuis voor iedereen van jong tot oud met speciale aandacht voor de actieve populatie. Het aanbod richt zich op alle gangbare diagnostiek en behandelingen. - Voor een aantal speerpunten wenst de instelling zich expliciet te profileren. - De instelling levert gepersonaliseerde, kwalitatieve geneeskunde en zorg. De missie stelt voorop dat de instelling tegemoet wil komen aan de zorgbehoeften van de regio geënt op drie basisprincipes: 1) hoogwaardige en wetenschappelijk gefundeerde kwaliteit van zorg, 2) aandacht voor de maatschappelijke en sociale rol en 3) de christelijke en humane dimensie van ziekenzorg (zie bijlage). Voor de instelling wordt de visie voor de volgende 5 jaar als volgt geformuleerd: “Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem wil zich positioneren als een regionaal algemeen ziekenhuis voor iedereen van jong tot oud met speciale aandacht voor de actieve populatie, moeder en kind en de geriatrische patiënt. Het ziekenhuis wil als referentieziekenhuis in zuidelijk Oost-Vlaanderen een ruim en breed aanbod geven van zowel acute basiszorg als van chronische zorg. Alle courante diagnostiek en behandelingen worden aangeboden rekening houdend met de noden en de zorgvragen van de regio en de groei van de geriatrische populatie. Het ziekenhuis zal hiervoor samenwerking zoeken indien deze niet autonoom kunnen worden aangeboden. Voor niet-courante en uitzonderlijke pathologie gaat het ziekenhuis samenwerkingsverbanden met gespecialiseerde centra aan. Het ziekenhuis wil voor enkele gedefinieerde disciplines zich onderscheiden als een expertcentrum en zich als dusdanig profileren naar haar patiënten binnen de regio alsook daarbuiten. Het betreft onder meer het pijncentrum, oftalmologie, bariatrische heelkunde, spinale heelkunde, robot-geassisteerde prostatectomie en MKA-chirurgie. Het ziekenhuis wil functioneren in een geïntegreerd zorgmodel waarin nauwe interactie met partners in zorg en welzijn op de eerste lijn wordt uitgebouwd. Het ziekenhuis wil zich op vlak van dienstverlening onderscheiden door patiëntgerichte kwalitatieve en veilige geneeskunde en zorg te leveren waarbij de patiënt centraal staat.” Op basis van de aldus verkregen bouwstenen heeft de directie een strategisch beleidsplan voor de periode 2015 – 2020 uitgeschreven en in oktober 2014 voorgelegd aan de Raad van Bestuur (zie bijlage). Het strategisch beleidsplan is besproken in de vergaderingen van Raad van Bestuur oktober en november 2014 en goedgekeurd in vergadering d.d. 1/12/2014.

	Het is de basis voor de opmaak van departementele beleidsplannen met een tijdshorizon van drie jaar en afdelingsplannen met een tijdshorizon van 1 jaar (= jaaractieplannen). De missie, de visie, het strategisch beleidsplan 2015 – 2020 en de departementele beleidsplannen zijn raadpleegbaar op het intranet. <u>Documenten</u> - 111.02a Missie - 111.02b Visie - 111.02c Strategisch beleidsplan - 111.02d Tijdspad strategisch beleidsplan

Auditoren
 	
Score 4
	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.
	
	Ter illustratie enkele bevindingen:
	- Auditoren hebben vastgesteld in het document 'Strategisch beleidsplan 2015-2020' dat de visie van het ziekenhuis is beschreven. In dit document is opgenomen dat "Het Algemeen Ziekenhuis Sint-Elisabeth wil een beleid voeren dat afgestemd is op de behoeften van de regio, gesteund op drie basisprincipes:
	  - Hoogwaardige en wetenschappelijk gefundeerde kwaliteit van de zorg;
	  - Aandacht voor onze maatschappelijke en sociale rol;
	  - Een christelijke en humane dimensie in de ziekenhuiszorg."
	- In het 'Strategisch beleidsplan' is de invulling van de visie op de maatschappelijke functies van de instelling omschreven als "Het ziekenhuis zal op zulke wijze worden geleid dat het open staat én toegankelijk is voor elk lid van de samenleving. Ongeacht zijn maatschappelijke positie zal elke patiënt toegang hebben tot de ziekenhuiszorg en zal aandacht worden geschonken aan de sociale, psychologische en menselijke noden. Dit houdt ook de aandacht in voor de financiële toegankelijkheid van het ziekenhuis. De medewerkers zullen worden aangezet om een respectvolle relatie met de patiënt op te bouwen, waarbij het beroepsgeheim en de privacy van de patiënt de centrale aandachtspunten zijn".
	- De leden van de Raad van Bestuur geven aan dat de missie, visie en strategie geactualiseerd zijn sedert 2014 en dat de strategie bepaald is voor een periode van vijf jaar. Bij het actualiseren van de missie en visie, alsook bij het bepalen van de strategie zijn de leden van de Raad van Bestuur, de directieleden en de leden van de Medische Beleidsgroep betrokken geweest, aldus auditees. Dit is bevestigd door de directieleden alsook door de leden van het Medische Raad.
	- De leden van de ondernemingsraad duiden dat ze om advies gevraagd zijn bij het actualiseren van de missie, visie en strategie.
	- De directieleden bevestigen dat de keuze is gemaakt te willen functioneren als een regionaal algemeen ziekenhuis en als referentieziekenhuis in zuidelijk Oost-Vlaanderen met een aanbod van zowel acute basiszorg als van chronische zorg. Voor enkele disciplines streeft het Sint-Elisabeth Ziekenhuis Zottegem (SEZZ) naar de positie van expertcentrum. Het ziekenhuis zoekt de samenwerking in een geïntegreerd model en wil zich op vlak van dienstverlening onderscheiden door het leveren van patiëntgerichte kwalitatieve en veilige zorg, aldus de algemeen directeur.

111.03	*De actuele (beleids)visie geeft invulling aan de wettelijke verplichting tot het bieden van verantwoorde zorg. Dat is zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.*
Instelling Score 3	De instelling is een basisziekenhuis met regionale uitstraling. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid verleende aan de instelling een <u>erkenning</u> voor onbepaalde duur

	vanaf 1/7/2016 voor 333 hospitalisatiebedden, diverse basisfuncties en enkele gespecialiseerde functies. Voor niet-courante meer complexe zorg heeft de instelling samenwerkingsverbanden aangegaan met andere meer gespecialiseerde ziekenhuizen en met een universitair ziekenhuis. Aldus trachten we te verzekeren dat aan de patiënten uit onze regio kwaliteitsvolle zorg wordt aangeboden. De instelling ziet zich ingeschakeld in een zorgmodel met nauwe interactie met de eerstelijnszorg. Zowel de missie als de visie opgenomen in het strategisch beleidsplan 2015 – 2020 brengen tot uiting dat het beleid van de instelling gericht is op een streven naar kwaliteitsvolle, patiëntgerichte en performante zorg. De kwaliteit van zorg wordt bevraagd bij de patiënt aan de hand van tevredenheidsenquêtes. Patiënten worden ook gestimuleerd om tekortkomingen te melden via de patiëntveiligheidskaart die bij elke opname meegegeven wordt. De Vlaamse Zorginspectie organiseert nalevingstoezichten voor specifieke zorgtrajecten. De eisenkaders bewaken de kwaliteit en de patiëntveiligheid. Voor het chirurgisch zorgtraject en het internistische zorgtraject behaalde het ziekenhuis telkens een gunstige evaluatie in 2013 en 2015. De instelling participeert eveneens aan het FOD-contract kwaliteit 2013 – 2017 en volgt kwaliteitsindicatoren op die door VIP² zijn gedefinieerd en publiek gemaakt. De instelling maakt deze indicatoren ook op de eigen website bekend. Documenten - 111.03a Erkenningsbesluiten - 111.03b Overzicht samenwerkingsverbanden - 111.03c Rapporten nalevingstoezicht internistisch zorgtraject
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben vastgesteld dat in het document ‘Visie’ is opgenomen dat de visie leidt tot verantwoorde zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. - De visie van het ziekenhuis is uitgewerkt in een strategisch beleidsplan die is ingezien door de auditoren. Het ‘Strategisch beleidsplan’ beschrijft voor de periode van 2015 tot en met 2020 de acht domeinen waarvoor strategische doelstellingen zijn bepaald. - Het document ‘Rapporten nalevingstoezicht internistisch zorgtraject’ bevat het inspectierapport met betrekking tot het internistisch zorgtraject. De toets heeft plaatsgevonden op de thema’s personeel, veilige zorg, gestandaardiseerde zorg, hygiëne en communicatie. - Het ‘Overzicht samenwerkingsverbanden ‘geeft een opsomming van de geformaliseerde samenwerkingsovereenkomsten met andere algemene ziekenhuizen (AZ) alsook met de medische wachtdiensten. - De directieleden lichten toe dat ze de uitbouw van het zorgaanbod het SEZZ (Sint-Elisabeth Ziekenhuis Zottegem) tot een referentieziekenhuis, afgestemd hebben op de behoefte van de patiënt. Uitbreiding van het zorgaanbod is hiervoor gerealiseerd op het vlak van onder andere oftalmologie, bariatrische chirurgie, pijnbeleid, robotchirurgie en stomatologie. Hiervoor zijn in overleg met de Raad van Bestuur en de Medische Raad vereisten bepaald voor het aantrekken van specifieke medisch specialisten. Voor de voorgenoemde vijf referentiegebieden is een investeringsplan opgemaakt voor de noodzakelijke infrastructurele veranderingen alsook een opleidingsplan voor de betrokken zorgverleners, aldus de hoofdarts.

	- Auditoren hebben vastgesteld dat patiënten bevraagd zijn naar de kwaliteit van zorg aan de hand van tevredenheidsenquêtes en gestimuleerd zijn om tekortkomingen te melden via een patiëntveiligheidskaart.
111.04 **NTA**[8009:201]	*De actuele (beleids)visie is gericht op continue verbetering van de kwaliteit en veiligheid, waaronder de doorontwikkeling van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) inclusief de onderwerpen uit de VMS-thema's (NL) / het Contract Kwaliteit en Patiëntveiligheid (B).*
Instelling Score 3	De continue verbetering van kwaliteit en veiligheid is één van de belangrijkste pijlers in onze missie en visie: "Vooreerst wil het ziekenhuis streven naar een hoogwaardige en wetenschappelijk gefundeerde kwaliteit van de zorg". De kwaliteit van de dienstverlening op een continue en structurele wijze verbeteren en borgen is een belangrijk domein in het strategisch beleidsplan van de instelling en wordt overgenomen in de departementele beleidsplannen en jaaractieplannen. Kwaliteitsverbetering wordt geborgd volgens het PDCA-principe. Via verschillende methodieken worden informatie en data verzameld om kwaliteit zichtbaar te maken. De instellingsleiding heeft een veiligheidsmanagementsysteem ingevoerd dat de kwaliteit op diverse domeinen toetst. Onderdelen zijn documentbeheer, incidentmeldingen en interne audits. Er is een documentbeheersysteem (DBS) gebouwd waarin verpleegkundigen, artsen en paramedici de laatste gekende versie van verpleegkundige procedures, richtlijnen, formulieren en instructiekaarten kunnen raadplegen (zie norm 122.11). Er is één systeem in de instelling in gebruik voor het melden van incidenten en bijna-incidenten. Incidenten kunnen door alle medewerkers gemeld worden. Er zijn verschillende types melding mogelijk: medicatie, agressie, vallen, transfusiereacties, informatieveiligheid, medewerkersveiligheid en 'andere' (zie norm 515.12). De instelling is gestart met interne audits in november 2013. Kritieke diensten worden om de twee jaar geaudit, de andere diensten om de vier jaar (zie norm 122.12). De instelling neemt deel aan het FOD contract kwaliteit en patiëntveiligheid voor de periode 2013 – 2017. Dit contract bevat generieke en specifieke thema's waarover jaarlijks aan de FOD gerapporteerd wordt. De opvolging van het contract is in handen van de kwaliteitscoördinator. Zij rapporteert aan de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid, aan het Comité Kwaliteit en Patiëntveiligheid en het Comité Dagelijks Beleid (CDB). Voor de thema's identitovigilantie, safe surgery en hoog risico medicatie zijn doelstellingen bepaald, metingen georganiseerd en verbeteracties uitgewerkt. Het thema transmurale zorg is nog in planfase. De instellingsleiding brengt tweewekelijks via mailing aan de medewerkers en de artsen een tip van de week die een kwaliteitsaspect onder de aandacht brengt. Maandelijks is een kwaliteitspagina 'KWIBUS: Kwaliteit in uw BUS' verspreid aan de medewerkers en de artsen. Nieuws en wijzigingen aangaande kwaliteit en patiëntveiligheid vormen de onderwerpen in de kwaliteitspagina. De preventieadviseur bewaakt de veiligheid in de instelling. Verbeteracties worden opgenomen in het jaaractieplan van de dienst preventie. Veiligheidsthema's komen aan bod op het Comité Preventie en Bescherming op het Werk dat maandelijks samenkomt. Documenten - 111.02a Missie - 111.02b Visie - 111.04a Verbeteractie FOD-contract - safe surgery checklist - 111.04b Voorbeeld KWIBUS november 2016 - 313.05c Jaaractieplan 2017 dienst preventie en milieu
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.

	Ter illustratie enkele bevindingen: - Uit de aangeleverde documenten, waaronder de 'Visie' en het 'Strategisch beleidsplan' blijkt een drive tot voortdurende verbetering van de kwaliteit en veiligheid. De medewerkers zijn daar actief bij betrokken door onder andere de uitgave van 'KWIBUS'. - Auditoren hebben bevestigd gezien dat het SEZZ deelneemt aan het FOD (Federale Overheidsdienst) contract kwaliteit en patiëntveiligheid. - In het document 'Verbeteractie FOD-contract - safe surgery checklist' 'zijn doelstellingen bepaald, metingen georganiseerd en verbeteracties uitgewerkt om te voldoen aan de vereisten van het FOD contract kwaliteit en patiëntveiligheid. - De directieleden geven aan dat ze geïnformeerd zijn over de resultaten van de projecten die voortvloeien uit het FOD contract kwaliteit en patiëntveiligheid door de informatie die ze verkrijgen vanuit het comité kwaliteit en patiëntveiligheid en het comité dagelijks beleid (CDB). Respectievelijk voor de thema's identitovigilantie en safe surgery hebben de auditoren vastgesteld dat directieleden op vastgestelde tijdstippen resultaten ontvangen, deze bespreken en ook sturen op deze resultaten. - In gesprek met de preventieadviseur hebben de auditoren bevestigd gezien dat verbeteracties opgenomen zijn in het jaaractieplan van de dienst preventie. Deze verbeteracties zijn gericht op veiligheidsthema's ten aanzien van het personeelsbeleid.
111.05 **NTA8009:2011**	*Het beleid van de instellingsleiding is erop gericht dat leidinggevenden en professionele zorgverleners een voorbeeldfunctie vervullen als het gaat om permanente gerichtheid op kwaliteit en veiligheid.*
Instelling Score 3	De instellingsleiding vraagt leidinggevenden en professionele zorgverleners een voorbeeldfunctie op te nemen en actief te participeren in het kwaliteitsbeleid. De functiebeschrijvingen van de hoofdverpleegkundigen en zorgmanagers maken melding van het meewerken aan de verbetering van zorgprocessen en het verzekeren van de kwaliteit en patiëntveiligheid in de zorgverlening. Voor zorgmanagers is dit zelfs één van de resultaatsgebieden. Artsen en leidinggevenden treden op als interne auditor en voeren in teams van 2 tot 3 personen interne audits uit op afdelingen. Leidinggevenden nemen binnen het incidentmeldingsysteem (IMS) een actieve rol op in het analyseren en opvolgen van incidenten. Zorgmanagers en directieleden participeren in de stuurgroep NIAZ en de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid alsook in de onderliggende stuurgroepen die rapporteren aan de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid. Zij organiseren ook adviesrondes op de verpleegafdelingen. Het Comité Kwaliteit en Patiëntveiligheid is samengesteld uit vertegenwoordigers van alle hiërarchische niveaus, van basisverpleegkundige tot directielid. Leidinggevenden, referentieverpleegkundigen, zorgmanagers en directieleden nemen actief deel aan veiligheidsrondes en hygiëneaudits die op regelmatige tijdstippen in de instelling georganiseerd worden. Kwaliteit en patiëntveiligheid zijn thema's die regelmatig op de agenda staan van de hoofdverpleegkundigenvergadering, het CDB en de Raad van Bestuur. Leidinggevenden volgen externe vormingsdagen i.v.m. kwaliteit en veiligheid. De kwaliteitscoördinator en de accreditatiecoördinator wonen de maandelijkse Zorgnet-Icuro Commissie Quality & Safety bij en rapporteren op de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid. <u>Documenten</u> - 111.05a Vergaderverslag hoofdverpleegkundigenvergadering september 2016 - 121.12c Functieprofiel zorgmanager

	- 121.12d Functieprofiel hoofdverpleegkundige - 515.11a Organogram kwaliteit
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Uit de aangeleverde documenten blijkt dat het SEZZ actief beleid voert om leidinggevenden en medisch specialisten te betrekken bij kwaliteit en veiligheid. - De leden van de Medische Raad geven aan dat ze hun verantwoordelijkheden ten aanzien patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg opvolgen vanuit hun vertegenwoordiging in de Medische Beleidsgroep. In deze Medische Beleidsgroep zetelen onder andere medisch specialisten die medisch diensthoofd zijn alsook leden van de Medische Raad. Volgens deze auditees zijn in 2015 de medische beleidsplannen geïncorporeerd in de ziekenhuisbrede beleidsplannen. De Medische Beleidsgroep bewaakt de realisatie en de borging van de medische beleidsplannen, aldus de leden van de Medische Raad. - Auditoren hebben vernomen van de directieleden dat de directieleden zelf deelnemen aan veiligheidsrondes en dit als leerrijk ervaren. - Er zijn zes artsen opgeleid tot interne auditor die effectief deelnemen aan het uitvoeren van interne audits. Dit hebben auditoren vernomen van de directieleden alsook van de leden van de Medische Raad. - Auditoren hebben van meerdere leidinggevenden vernomen dat ze externe vorming inzake kwaliteit en patiëntveiligheid hebben gevolgd.
111.06 **NTA**[8009:2011]	*Het beleid van de instellingsleiding is gericht is op het bevorderen van een werkklimaat waarin de medewerkers zich uitgedaagd voelen om voortdurend bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid.*
Instelling Score 3	Om de verbetering van kwaliteit en patiëntveiligheid effectief op de werkvloer te bewerkstellingen koos de instellingsleiding voor het inzetten van referentiepersonen. Er zijn referentiepersonen aangesteld voor: 1) kwaliteit en patiëntveiligheid 2) pijn en palliatieve zorgen 3) decubitus en wondzorg 4) ziekenhuishygiëne 5) ergonomie 6) diabetes 7) incontinentie 8) geriatrie De referentiepersonen komen elk binnen hun domein meerdere keren per jaar samen in een werkgroep geleid door een interne expert in het betrokken domein. De thema's die in de werkgroep worden uitgewerkt of de opleidingen die door de werkgroep worden gevolgd, worden door de referentiepersonen op hun eigen afdeling overgedragen tijdens dienstoverleg en in het dagelijks werk. De referentiepersonen bewaken de voortgang op eigen afdeling en zijn het aanspreekpunt voor de medewerkers van hun afdeling. Verder worden medewerkers uitgedaagd door het bekend maken van resultaten van de eigen afdeling in interne en externe kwaliteitsmetingen. Deze resultaten verschijnen op de kwaliteitsmuur die aanwezig is op elke afdeling. De hoofdverpleegkundige verbindt aan deze resultaten verbeteracties en vermeldt deze op de kwaliteitsmuur. De hoofdverpleegkundigen spelen een cruciale rol in het bevorderen van een werkklimaat gericht op kwaliteitsverbetering. Naast de stimulans van de resultaten van diverse indicatoren zetten ook de verbeteracties uit interne audits, veiligheidsronden en incidentmeldingen hen en hun team aan om de kwaliteit en de veiligheid op de afdeling te verbeteren. Hoofdverpleegkundigen nemen het initiatief om aan de hand van korte, repetitieve metingen op de eigen afdeling één aspect onder de loep te nemen en zo de verbetering ervan op te volgen.

	Nieuwe medewerkers worden tijdens de onthaaldag geïnformeerd over het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid in de instelling door de cel kwaliteit. De instellingsleiding werkt mee aan het initiatief van UHasselt die om de 4 jaar een veiligheidscultuurmeting organiseert onder het verplegend en verzorgend personeel en de artsen van meerdere ziekenhuizen. De instelling deed voor de derde keer mee in 2015. Tien dimensies en 2 outcome-indicatoren worden in kaart gebracht en in een benchmark geplaatst. De resultaten van deze meting geven aanleiding tot verbeteracties. <u>Documenten</u> - 111.06a Rapport veiligheidscultuurmeting 2015 - 111.06b Functieprofiel referentieverpleegkundige kwaliteit en patiëntveiligheid - 111.06c Vergaderverslag overleg referentieverpleegkundigen kwaliteit en patiëntveiligheid
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Uit het document 'Rapport veiligheidscultuurmeting 2015' blijkt een deelname van 60 procent van de artsen, verpleegkundigen en overige zorgmedewerkers op de gestelde vragen in het onderzoek. Op de meeste van de tien gemeten dimensies blijkt de score in 2015 hoger dan die in 2011. Uit de veiligheidscultuurmeting van 2015 zijn verbeteracties opgezet. Dit hebben auditoren van meerdere auditees bevestigd gekregen. - Leden van de directie geven aan dat de resultaten van de veiligheidscultuurmeting van 2015 de aanzet is geweest tot meerdere verbeterprojecten die rechtstreeks betrekking hebben op het patiëntveiligheidsbeleid . Voorbeelden hiervan zijn de opstart van een digitaal patiëntenvervoersysteem en het afstemmen van de procedure patiënten transfer. - De auditoren hebben op meerdere afdelingen de werking met de referentiepersonen zoals beschreven in het ZER, bevestigd gekregen. - Op bezochte afdelingen hebben de auditoren het werken met een kwaliteitsmuur kunnen vaststellen. De kwaliteitsmuur bevat informatie over de resultaten van de afdelingseigen kwaliteitsmetingen en –projecten. - De auditoren hebben vernomen van de procedure-eigenaar van het fixatiebeleid dat een nieuw visiedocument is opgemaakt rond fixatie om tot een nog veiliger en tevens fixatie-arm beleid te komen. Hierbij zijn alle relevante afdelingen betrokken geweest, aldus auditee.
111.12	*Het beleid van de instelling is gericht op het ontwikkelen van een integraal risicomanagementsysteem.*
Instelling Score 3	De instellingsleiding stelde een structuur op om tot een integraal risicomanagementsysteem te komen. Er zijn drie stuurgroepen gevormd die rapporteren aan de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid: 1. De stuurgroep meldingen volgt op basis van het incidentmeldingsysteem de meldingen die medewerkers maken m.b.t. medicatie, vallen, agressie, transfusiereacties, informatieveiligheid, medewerkersveiligheid en 'andere'. De stuurgroep meldingen beslist of een incident aan een PRISMA-risicoanalyse onderworpen wordt (zie norm 515.12). 2. De stuurgroep toetsingen volgt de resultaten op van metingen die in de instelling georganiseerd worden. Het betreft o.a. interne audits, veiligheidsrondes, hygiëneaudits en medicatieaudits (zie norm 515.11)

	3. De stuurgroep klachten volgt de meldingen op die door de patiënt zijn aangebracht. Het betreft zowel de klachten geformuleerd aan de ombudsdienst alsook de tevredenheidsmetingen bij de patiënt. De maandelijkse rapporten van deze stuurgroepen bezorgen aan de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid een overzicht van de risico's binnen de instelling. Tot slot zijn in de instelling prospectieve risicoanalyses (PRI) georganiseerd naar aanleiding van wijzigingen in het zorgproces of bij aankopen van nieuwe medische apparatuur (zie norm 421.06). Een voorbeeld hiervan zijn de prospectieve risicoanalyses, die georganiseerd zijn n.a.v. de ingebruikname van nieuwbouw chirurgisch dagziekenhuis, n.a.v. de reorganisatie reiniging en desinfectie van flexibele endoscopen en deze n.a.v. het wijzigen van echografie in plaats van radiologie voor cervicale pijnprocedures (zie norm 514.12) <u>Documenten</u> - 515.11a Organogram kwaliteit - 515.12a Procedure Zorg- en patiëntgerelateerde incidenten melden en analyseren - 514.12a Procedure Prospectieve risico inventarisatie (PRI) - 514.12b PRI Echografie bij cervicale ingrepen - pijnkliniek
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De aangeleverde documenten impliceren dat een risicomanagementsysteem is ontwikkeld binnen het SEZZ. - De auditoren hebben bevestigd gekregen in het gesprek met de leden van de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid, dat ze op maandbasis gegevens en informatie bekomen uit de drie respectievelijke stuurgroepen meldingen, toetsingen en klachten. Deze gegevens en informatie komen aan bod in de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid en kennen een opvolging als vast agendapunt. Drie leden van de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid, de schoonmoeders genoemd, ontvangen alle incidentmeldingen en screenen deze op het analyseren en opvolgen van ernstige meldingen. - De auditoren hebben vernomen tijdens het gesprek met de leden van de stuurgroep meldingen dat door de aanschaf van het softwaresysteem Iprova een stap is gezet voor het adequaat opvolgen van de incidentmeldingen. De stuurgroep meldingen houdt zich bezig met de analyse van de meldingen en formuleren van verbeteracties, aldus auditees. - De leden van de directie geven aan dat ze zicht hebben op risico's door enerzijds zelf deel te nemen aan de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid alsook door het bepalen van de uit te voeren PRI's en het opvolgen van de uitgevoerde PRI's.

Rubriek: 112 (beleidsvisie actualiseren)

112.02 **NTA8009:2011**	*Bij de totstandkoming en actualisatie van de visie en strategie streeft de instellingsleiding naar een zo groot mogelijk draagvlak bij interne en externe belanghebbenden.*
Instelling Score 3	<u>Interne belanghebbenden</u> De visie en strategie geformuleerd in het strategisch beleidsplan 2015 – 2020 werd ontwikkeld via interne en externe analyse, interviews en workshops met leden Raad van Bestuur, leden CDB en leden Medische Beleidsgroep. De bouwstenen zijn bepaald in de gezamenlijke workshops met het CDB en Medische Beleidsgroep. In de laatste workshop (25/4/2014) boog de Raad van Bestuur zich over de resultaten van de drie vorige workshops.

Na goedkeuring werd de opdracht gegeven aan het CDB om departementele beleidsplannen uit te werken. Deze plannen zijn op de Raad van Bestuur goedgekeurd. De departementele beleidsplannen en het strategisch beleidsplan zijn gecommuniceerd naar de leidinggevenden, de artsen en de medewerkers. Aan elke medewerkers is een folder bezorgd met een bevattelijk overzicht van deze beleidsplannen. Deze beleidsplannen en folder staan ter beschikking op het intranet.
Aan de medisch diensthoofden van verpleegafdelingen en de leidinggevenden is de opdracht gegeven om samen met hun team jaarlijks een jaaractieplan voor hun dienst op te maken.
De uitvoering van deze jaaractieplannen geven op hun beurt input aan de departementele beleidsplannen.

De medische beleidsgroep behandelt instellingsbrede medische thema's, die zowel door artsen als door directie en bestuur aangebracht worden. Het is enerzijds een kanaal om informatie over te brengen en uit te wisselen in beide richtingen. Anderzijds vormt dit een 'medische denktank', die de hoofdarts ondersteuning moet bieden voor de uitwerking van een medische beleidsvisie, op korte, middellange en lange termijn. Jaarlijks geeft de hoofdarts aan de medische diensthoofden opdracht een jaarverslag en jaaractieplan op te maken.
De vooruitstrevende visie om ook een vertegenwoordiging van de Medische Raad in de Raad van Bestuur te laten zetelen, zorgt ervoor dat medische beleidsvoorstellen tot in het hoogste bestuursorgaan aan bod komen.
Naar de medewerkers toe zijn beleidsthema's uit de beleidsplannen geagendeerd en behandeld op de hoofdverpleegkundigenvergaderingen en de dienstvergaderingen. Deze thema's komen eveneens voor bespreking aan bod op de ondernemingsraad. De leidinggevenden en de werknemersvertegenwoordigers geven op deze vergaderingen hun inzichten in de wijze waarop deze thema kunnen gerealiseerd worden en brengen nieuwe beleidsthema's aan.
De medewerkers zijn verder geïnformeerd via digitale infonota's die de algemeen directeur – dagelijks bestuurder naar alle artsen en medewerkers verstuurt. Beleidsonderwerpen komen eveneens aan bod in het medewerkersblad Knipoog, dat drie keer per jaar verschijnt.

<u>Externe belanghebbenden</u>
Voor complexe of meer gespecialiseerde zorg doet de instelling beroep op andere zorginstellingen. Met deze instellingen zijn bilaterale samenwerkingsakkoorden of zelfs associaties aangegaan waarin de organisatie van de zorg en de wederzijdse afspraken zijn opgenomen. Via overlegvergaderingen is de opvolging van deze afspraken periodiek of jaarlijks afgestemd. Deze vergaderingen bieden tevens de gelegenheid om de verderzetting en de toekomstige invulling van de samenwerking te bespreken en vorm te geven. Voorbeelden hiervan zijn de samenwerking neurochirurgie en reproductieve geneeskunde met AZ Sint-Lucas Gent, associatie cardiologie UZ Gent en PET-associatie met OLV Aalst – ASZ Aalst – AZ Sint-Blasius Dendermonde.

Er vinden meerdere keren per jaar op initiatief van de hoofdarts vergaderingen plaats met de huisartsenkring Panacea. Rond 4 thema's zijn werkgroepen opgericht (huisartsenwachtpost, ICT, transmurale zorg, opleiding/vorming). Beleidsthema's worden op deze vergaderingen aan de huisartsen toegelicht en hun kijk op de realisatie wordt gevraagd. De huisartsen bepalen mee de agenda van deze vergadering en brengen verbeterpunten in de samenwerking en het instellingsbeleid naar voren.

Tweemaandelijks organiseert de instelling een medische stafvergadering voor huisartsen waarop de eigen artsen diverse medische onderwerpen toelichten. Ziekenhuisartsen participeren in het bestuur van de wetenschappelijke artsenvereniging Triverius die huisartsen en specialisten uit de regio samenbrengt voor bijscholingsavonden die tweemaandelijks in de instelling doorgaan.

	De huisartsen en zorginstellingen uit de regio zijn geïnformeerd over het gevoerde beleid via het semestrieel informatieblad van de instelling “Van A tot Z”. Jaarlijks organiseert de instellingsleiding een overleg met de verschillende zorginstellingen (WZC,…) uit de eerste lijn in onze regio. Op dit overleg wordt de visie en strategie van de instelling afgestemd en gevraagd naar hun inzichten om de samenwerking met de instelling te verbeteren en uit te bouwen. Verschillende medische disciplines organiseren informatieve avonden gericht aan geïnteresseerde patiënten (bv. bariatrische heelkunde, urologie, diabetesliga, babybeurzen). Patiënten kunnen verder informatie over het gerealiseerde beleid inwinnen via de website of via informatiebrochures beschikbaar in de instelling. <u>Documenten</u> - 112.02a Voorbeeld Knipoog juni 2016 - 112.02b Vergaderverslag associatievergadering PET-centrum Zuidoost Vlaanderen - 112.02c Vergaderverslag hoofdverpleegkundigenvergadering april 2015 - 112.02d Vergaderverslag medische beleidsgroep 6 juli 2016 - 112.02e Presentatie diensthoofdenvergadering mei 2015 - 112.02f Voorbeeld infonota 64-2016 - introductie thuismedicatiezak - 112.02g Voorbeeld Van A tot Z juni 2016 - 112.02h Vergaderverslag overleg zorginstellingen mei 2016 - 312.05a Vergaderverslag dienstvergadering – afdeling Sp
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Uit de aangeleverde documenten is vast te stellen dat de instelling streeft naar een zo groot mogelijk draagvlak bij interne belanghebbenden. Het document ‘Voorbeeld Knipoog juni 2016’ is een tijdschrift gericht op de medewerkers van het ziekenhuis en ondersteunt in die zin het streven naar intern draagvlak. In deze editie komen onder andere de rubrieken ergonomisch werken en kwaliteit aan bod. - Het ‘Vergaderverslag associatievergadering PET (Positron Emission Tomografie)-centrum Zuidoost Vlaanderen’ is een weergave van de stappen die zijn genomen om in een samenwerkingsverband te komen tot het gezamenlijk uitbaten van een PET-centrum in Zuidoost Vlaanderen. De auditoren hebben bevestigd gekregen van de arts nucleaire geneeskunde dat hij betrokken is in het initiatief tot samenwerking in een PET-centrum voor Zuid-Oost Vlanderen. - Het ‘Vergaderverslag overleg zorginstellingen mei 2016’ is een voorbeeld van overleg tussen SEZZ en zorgcentra, waarin missie, visie en beleidsplannen van het ziekenhuis, naast diverse andere gezamenlijke onderwerpen, aan de orde komen. - Auditoren hebben vernomen van de leden van de directie dat de actualisatie van de visie en strategie in 2015 heeft plaatsgevonden in overleg tussen de Raad van Bestuur, de directie en de Medische Raad, in ondersteuning van een externe firma. De leden van de ondernemingsraad geven aan tijdige informatie te hebben ontvangen omtrent de actualisatie van de visie en strategie in 2015. - Het medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundige van de afdeling materniteit melden dat zij infoavonden organiseren voor toekomstige ouders waarin ook het ziekenhuisbeleid aan bod komt. - De geïnterviewde huisartsen bevestigen dat ze informatie ontvangen rond de strategische beslissingen van het SEZZ, enerzijds op contactmomenten tussen de directie en de vertegenwoordigers van de huisartsenkring en anderzijds via het magazine die ze thuis ontvangen. Een huisarts benadrukt dat hij vooral dergelijke informatie bekomt vanuit de nauwe contacten die hij heeft met de medisch specialisten.

112.04 **NTA**[8009:2011]	*De bevindingen die verkregen worden door de bereikte resultaten te vergelijken met de oorspronkelijk gestelde doelen, zijn gebruikt bij de totstandkoming en actualisatie van de visie en strategie.*
Instelling Score 3	Het Comité Dagelijks Beleid (CDB) heeft voor de opvolging van zijn dagelijks beleid beleidsindicatoren bepaald, die geselecteerd zijn uit de indicatoren die toegewezen zijn aan beleidsplannen uit verschillende domeinen. Deze indicatoren zijn aangevuld met activiteits- en kwaliteitsindicatoren. Activiteitsindicatoren zijn gerapporteerd aan en opgevolgd door het CDB. Directieleden kunnen diverse activiteitsgegevens (opnames, ligdagen, ligduur,…) genereren via het intranet. Via de rapporteringstool Forcea ontvangen alle leidinggevenden in het najaar 2016 rechtstreeks activiteitsgegevens, zowel over het ziekenhuis globaal als over van hun afdeling specifiek. De Raad van Bestuur keurde de aankoop van deze rapporteringstool goed op 7/9/2015. Kwaliteitsindicatoren zijn bepaald en opgevolgd door de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid. De resultaten worden vergeleken met het vooropgestelde doel en worden gerapporteerd aan het CDB en de zorgmanagers. Ook over de veiligheidsrondes wordt een jaarrapport door de kwaliteitscoördinator opgesteld, afgetoetst met de vooraf bepaalde normen en besproken met leden van het CDB en de zorgmanagers. Deze bespreking resulteert in een uit te voeren actieplan. De opvolging van de beleidsplannen verloopt via een driemaandelijks overleg van het managementteam (zijnde de directieleden en de leidinggevenden van het middenkader). De geformuleerde beleidsplannen zijn getoetst aan de realisaties en de geplande acties zijn besproken. De status is genoteerd in de opvolgingstabel beleidsplannen. Op basis van dit overleg wordt de Raad van Bestuur twee keer per jaar ingelicht over de voortgang van de beleidsplannen. De afstemming met de visie en de strategie vindt plaats bij de bespreking van de individuele dossiers waarin de Raad van Bestuur een beslissing dient te nemen. Recente voorbeelden zijn aanpassing aankoopprocedure, aanpassing intern patiëntenvervoer, aanpassing reiniging en desinfectie van flexibele endoscopen. Voor een algehele overschouwing van de bereikte resultaten in de uitvoering van de beleidsplannen ten aanzien van de visie en de strategie organiseert de Raad van Bestuur jaarlijks een Bijzondere Algemene Vergadering gewijd aan visie- en strategiebepaling. Deze vergadering vindt plaats op 1/12/2016. Deze vergadering heeft tot doel de visie en strategie bij te stellen en te actualiseren rekening houdend met de voortgang/realisatie van het strategisch beleidsplan, met de ontwikkelingen in het ziekenhuislandschap en het overheidsbeleid. De Raad van Bestuur vraagt hiervoor input van het CDB en de medische beleidsgroep. De opvolging van de jaaractieplannen van de afdelingen verloopt binnen de departementen. De departementeel directeurs en de zorgmanagers bespreken de voortgang respectievelijk in het departementsoverleg of clustervergaderingen. Rapportage van de financiële resultaten geschiedt elk kwartaal aan het CDB en de Commissie Financieel Beleid, en halfjaarlijks aan de Raad van Bestuur en de Financiële Commissie. Ter gelegenheid van de jaarlijkse begrotingsopmaak worden de afdelingen gevraagd om in september hun jaaractieplannen en de departementen (incl. het medisch departement) hun beleidsplannen voor het volgende jaar op te maken of te actualiseren. Het CDB bespreekt de beleidsplannen en de begroting, stuurt bij en legt deze voor aan de Raad van Bestuur in december. De Raad van Bestuur gaat na of de begroting en de beleidsplannen in overeenstemming zijn met de visie en de strategie en keurt deze al dan niet goed.

	Documenten - 112.04a Opvolgingstabel beleidsplannen: na te sturen - 112.04b Vergaderverslag Raad van Bestuur 6 juni 2016 - 112.04c Vergaderverslag CDB bepaling indicatoren
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De 'Opvolgingstabel beleidsplannen' is een overzicht van doelstellingen, indicatoren, tijdsplanning en eigenaren van themata waarin de geformuleerde doelstelling zijn bepaald. De leden van de directie geven aan dat dit voor hen een werkinstrument is om zicht te houden op de mate van het realiseren van de strategische en operationele doelstellingen. - Uit het 'Vergaderverslag Raad van Bestuur 6 juni 2016' blijkt dat deze 'Opvolgingstabel beleidsplannen' door de Raad is gevolgd. - De leden van de raad van Bestuur alsook de leden van de directie lichten toe dat de gemaakte tijdsplanning voor de strategische en operationele doelen mogelijks aangepast wordt indien dit nodig blijkt vanuit het bespreken en evalueren van de opvolgingstabel. - De auditoren hebben een toelichting gekregen omtrent het bepalen en werken met activiteits- en kwaliteitsindicatoren in het SEZZ. Uit deze toelichting blijkt dat de leden van de directie volgens de bepaalde tijdsfrequentie, informatie ontvangen over deze activiteits- en kwaliteitsindicatoren en hierop sturen. De algemeen directeur benadrukt dat deze de resultaten van de activiteits- en kwaliteitsindicatoren onderdeel zijn van besluitvorming. - In gesprek met zorgmanagers vernemen auditoren dat om de drie tot vier maanden de beleidsplannen van het zorgdepartement op het managementoverleg besproken zijn. De bijsturing van deze beleidsplannen is opgevolgd via een bijgewerkte versie van de opvolgingstabel van de beleidsplannen, aldus auditees. - In een bijzondere Algemene Vergadering gebeurt jaarlijks volgens de leden van de Raad van Bestuur, een evaluatie van de realisaties van het strategisch beleidsplan van het voorbije kalenderjaar. Vanuit deze evaluatie is het mogelijk dat er bijstellingen gebeuren van de visie en strategie, aldus auditees. - De leden van de Raad van Bestuur geven aan twee keer per jaar ingelicht te zijn over de voortgang van de beleidsplannen.
112.05 **NTA**[8009:2011]	*De instelling draagt er zorg voor dat het instellingsbeleid met de daarin vervatte beleidskeuzes in de gehele organisatie helder en eenduidig gecommuniceerd wordt met alle direct betrokkenen.*
Instelling Score 3	De communicatie van het instellingsbeleid verloopt over verschillende kanalen. De missie en visie alsook alle informatie m.b.t. strategisch beleidsplan, departementele beleidsplannen, informatiefolder,… zijn terug te vinden op het intranet. Het strategisch beleidsplan en de departementele beleidsplannen zijn samengebracht in een folder en omvat 10 brede thema's. Deze thema's zijn geduid op een informatievergadering met de leidinggevenden en de artsen. De folder is ook aan alle medewerkers overhandigd . De beleidskeuzes (o.m. deze over kwaliteitsopvolging) zijn besproken in vergaderingen van de medische beleidsgroep en artsenvergadering. De leidinggevenden zijn geïnformeerd via kadervergaderingen en de medewerkersvertegenwoordigers via de ondernemingsraad. Voor specifieke beleidskwesties zijn afzonderlijke vergaderingen georganiseerd met de betrokken leidinggevenden en artsen. Voorbeelden hiervan zijn de opening van het nieuwe dagziekenhuis, chirurgisch en internistisch nalevingstoezicht, invoering elektronisch medicatievoorschrift,…

	Nieuwe medewerkers zijn geïnformeerd op de onthaaldag. De algemeen directeur-dagelijks bestuurder licht daar de missie, visie en het beleid toe. Aan de medewerkers van het verpleegkundig departement is een handboekje bezorgd waarin de belangrijkste beleidslijnen staan en kwaliteitsthema's en –tips beknopt zijn weergegeven. De instellingsleiding maakt van volgende communicatiemiddelen gebruik om het beleid uit te dragen: - Infonota's - Brieven aan artsen en leidinggevenden - Medewerkersblad Knipoog - Informatief tijdschrift aan medewerkers, artsen, huisartsen en andere zorgactoren (Van A tot Z) - Nieuwsbrief Kwaliteit in de bus (KWIBUS) - Folders en posters - Kwaliteitsmuur op verpleegafdelingen alsook voor patiënten - Intranet - Informatieschermen ten behoeve van medewerkers, bezoekers en patiënten waarop beleid en behaalde resultaten geduid worden <u>Documenten</u> - 112.05a Vergaderverslag overleg internistisch zorgtraject 27 mei 2015 - 112.05b Folder 'Samen voor een + op ons beleid' - 112.02a Voorbeeld Knipoog juni 2016 - 112.02g Voorbeeld Van A tot Z juni 2016 - 111.04b Voorbeeld KWIBUS november 2016 - 321.05b Programma onthaaldag nieuwe medewerkers
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Uit de aangeleverde documenten komt naar voren dat het SEZZ het instellingsbeleid met de daarin vervatte beleidskeuzes in de gehele organisatie helder en eenduidig communiceert. - De leden van de directie hebben toegelicht via welke comités, commissies en andere overlegstructuren, resultaten van het sturen op beleidsdata die komen uit het strategische en operationeel beleidsplan, gecommuniceerd zijn aan de bestuurders, artsen, zorgverleners en medewerkers. - De coördinators van het zorgprogramma geriatrie geven aan dat het instellingsbeleid voornamelijk top-down gecommuniceerd wordt. - De auditoren hebben bevestigd gekregen van de leden van het comité kwaliteit en patiëntveiligheid dat KWIBUS, folders, posters en intranet als communicatiemiddelen ingezet zijn voor het verstrekken van informatie. - De auditoren hebben tijdens de werkplekbezoeken het gebruik van de aangegeven communicatiemiddelen bevestigd gezien. Meerdere auditees geven aan tijdig en over voldoende informatie te beschikken inzake het ziekenhuisbeleid.

Rubriek: 121 (taakverdelen en communiceren)

121.08 **NTA**[8009:2011]	*De instelling past de vigerende governancecode (NL) / Hospital Governance (B) toe.*
Instelling Score 3	De exploitatie van de instelling is in 1978 door de congregatie Zusters Franciscanessen overgedragen aan de VZW AZ Sint-Elisabeth Zottegem. Deze VZW heeft in 1995 de gronden en de gebouwen in volle eigendom kunnen verwerven. De Algemene

Vergadering en de Raad van Bestuur zijn volledig onafhankelijk en autonoom in de beslissingen die zij nemen.

De samenstelling en de werking van de Algemene Vergadering en Raad van Bestuur hebben sedert 2011 belangrijke wijzigingen ondergaan. Deze wijzigingen zijn geïnspireerd op de volgende principes van Hospital Governance:

- Het verbeteren van de maatschappelijke legitimering van de instellingsbeslissingen enerzijds en van de beïnvloeding door de maatschappij op de eigen werking anderzijds
- Het creëren van heldere taakverdeling en toewijzing van verantwoordelijkheden tussen de diverse organen
- Het betrekken van artsen in het beleid in die zin dat de belangen en doelstellingen van artsen en instelling gemeenschappelijk dienen te zijn
- Het verbeteren en transparanter maken van de informatiestromen in de instelling

De Raad van Bestuur draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit en ziet toe op de operationele werking. De Raad van Bestuur dient de belangen van de organisatie na te streven en zich boven elk groepsbelang te stellen. Dit moet ook blijken uit de samenstelling van de Raad van Bestuur. Op 1/9/2012 is de Raad van Bestuur uitgebreid met 5 nieuwe leden. De Raad van Bestuur bestaat sedert 1/1/2014 uit 8 leden. Het betreffen enerzijds vertegenwoordigers van de inrichters en de artsen en anderzijds onafhankelijke experten.

De Statuten zijn herschreven en goedgekeurd in juni 2013. Principes van goed en deugdelijk bestuur zijn in de statuten ingeschreven. De statuten vermelden duidelijk welke de opdrachten zijn van de Algemene Vergadering en van de Raad van Bestuur. De bestuursmandaten gelden voor een periode van 4 jaar en zijn herkiesbaar.

Er is eveneens een deontologische code met o.m. een regeling voor belangconflicten, opgesteld en ondertekend door alle bestuurders in december 2012.

De Raad van Bestuur wenst een duidelijke taakverdeling tussen de Raad van Bestuur en het CDB en heeft dit in de statuten opgenomen. Operationele en uitvoerende taken neemt de Raad van Bestuur niet op zich . Hiervoor is de algemeen directeur als dagelijks bestuurder aangesteld en zijn diverse functieomschrijvingen van de leden van het CDB aangepast. Anderzijds zijn de algemeen directeur - dagelijks bestuurder en de hoofdarts op alle vergaderingen van de Raad van Bestuur aanwezig met raadgevende stem. Zij zorgen ook voor de informatiedoorstroming naar de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur komt maandelijks samen.

In het CDB worden de uitvoerende beslissingen genomen. Dit comité komt wekelijks samen en de algemeen directeur – dagelijks bestuur is voorzitter. In het comité zijn alle departementen binnen het ziekenhuis vertegenwoordigd. De hoofdarts neemt deel aan alle vergaderingen. Het CDB maakt ook een voorstel van beleidsplan op aan de Raad van Bestuur.

De Raad van Bestuur heeft een procedure opgesteld voor de aanstelling van een directeur.

De betrokkenheid van de artsen in de sturing van de instelling is op alle niveaus verzekerd:

- de vertegenwoordiging in de Raad van Bestuur en de Algemene Vergadering,
- de sectorstructuur in het medische departement
- de aanwezigheid van de hoofdarts in het CDB
- de aanwezigheid van de hoofdarts op een gedeelte van de vergaderingen van de Medische Raad in een adviserende rol
- de Financiële Commissie die paritair samengesteld werd uit leden van de Raad van Bestuur en leden van de Medische Raad

	Gezien het belang van de rol van de hoofdarts in de organisatie als brug tussen het artsenkorps en de instellingsleiding wordt deze functie vanaf 2015 voltijds en exclusief opgenomen. Als verantwoording voor het gevoerde beleid maakt de Raad van Bestuur jaarlijks de jaarrekening van de instelling publiek samen met het verslag van de commissaris-revisor. <u>Documenten</u> - 121.08a Statuten VZW AZ Sint-Elisabeth Zottegem - 121.08b Deontologische code bestuurder - 121.08c Handtekeningsbevoegdheden VZW AZ Sint-Elisabeth Zottegem - 121.08d Algemene regeling rechtsverhoudingen ziekenhuis – artsen - 121.08e Jaarrekening VZW AZ Sint-Elisabeth Zottegem - 121.08f Procedure aanwerving departementeel directeur
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Statuten VZW AZ Sint-Elisabeth Zottegem' bevat een beschrijving van de gehanteerde principes van goed en deugdelijk bestuur waarin de taken en opdrachten van de Algemene Vergadering en van de Raad van Bestuur opgenomen zijn. In dit document is tevens de taakverdeling tussen de Raad van Bestuur en de directie bepaald. - De 'Deontologische code bestuurder' beschrijft de regeling voor belangconflicten voor bestuurders. - Volgens de auditees van de Raad van Bestuur hanteren ze de principes van deugdelijk bestuur binnen de werking van de Raad van Bestuur. Deze principes zijn in het volledige bestuurlijk beleid verweven, aldus de auditees. De Raad van bestuur heeft kwaliteit en veiligheid als een vast agendapunt op de agenda staan. Directieleden en stafmedewerker zijn uitgenodigd voor toelichting rond onder andere kwaliteit en patiëntveiligheid op samenkomsten van de Raad van Bestuur. - Auditees van de directie alsook van de Medische Raad bevestigen dat artsen beleidsmatig betrokken zijn op niveau van de Raad van Bestuur door de aanwezigheid van twee leden van de Medische Raad in de Raad van Bestuur. Het document 'Algemene regeling rechtsverhoudingen ziekenhuis – artsen' bevestigt voorafgaande.
121.09	*De instellingsleiding draagt zorg voor overleg met de voor de besturing/het beheer relevante overleg- en adviesorganen.*
Instelling Score 4	Ten behoeve van de dagelijkse sturing van de instelling vindt er overleg plaats op verschillende niveaus en volgens diverse frequenties. De Raad van Bestuur neemt strategische beslissingen en komt maandelijks samen. Twee mandaten in de Raad van Bestuur zijn ingevuld door vertegenwoordigers van de Medische Raad. De voorzitter stelt de agenda op in overleg met de algemeen directeur-dagelijks bestuurder en de hoofdarts. De algemeen directeur-dagelijks bestuurder en de hoofdarts nemen deel aan de vergaderingen van de Raad van Bestuur met een raadgevende stem. De Medische Raad komt maandelijks samen en verstrekt adviezen aan de Raad van Bestuur op vraag van deze laatste of op eigen initiatief. De hoofdarts neemt deel aan de vergaderingen van de Medische Raad maar niet aan de beraadslagingen. De voorzitter

van de Raad van Bestuur heeft tweemaal per jaar een onderhoud met de Medische Raad.

Naast de Medische Raad is er een Financiële Commissie, paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de Raad van Bestuur en de Medische Raad. De Raad van Bestuur heeft de algemeen directeur-dagelijks bestuurder en de hoofdarts aangesteld als twee van zijn vier vertegenwoordigers. De administratief directeur is adviserend lid. Deze commissie komt 4 keer per jaar samen en bespreekt de financiële resultaten (jaarrekening, begroting) en de financiële afspraken met artsen en brengt een advies uit aan de Raad van Bestuur en de Medische Raad.

Verder heeft de Raad van Bestuur ter ondersteuning van zijn beleid een Comité Financieel Beheer en een Remuneratiecommissie aangeduid. Hierin zetelen leden van de Raad van Bestuur en het CDB. Het Comité Financieel Beleid doet de voorbereiding van financiële dossiers. De Remuneratiecommissie doet voorstellen naar remuneratie van medewerkers, leidinggevenden en directie.

De dagelijkse leiding van het ziekenhuis wordt gecoördineerd vanuit het CDB dat wekelijks samenkomt en voorgezeten wordt door de algemeen directeur-dagelijks bestuurder. In het CDB zetelen alle departementsverantwoordelijken. Rekening houdend met de bevoegdheidsverdeling bereidt het CDB ook dossiers voor die een beslissing in de Raad van Bestuur noodzaken. Door de aanwezigheid op verschillende beleidsorganen hebben de algemeen directeur-dagelijks bestuurder en de hoofdarts een breed zicht op het beleidskader en een vooraanstaande rol in de beleidsvorming en – uitvoering.

Om medische beleidsvoering en communicatiedoorstroming binnen het medisch departement te faciliteren en de betrokkenheid van de artsen te verhogen, is een ‘medische beleidsgroep’ opgericht waarvan deel uitmaken: de hoofdarts, de algemeen directeur – dagelijks bestuurder, de 7 sectorvoorzitters en de voorzitter van de Medische Raad. Deze vergadering komt 8 keer per jaar samen. (zie norm 112.02)

Maandelijks houdt de instellingsleiding een overleg met de verkozen medewerkersdelegatie in de ondernemingsraad en het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk. Beleidsmaterie worden op deze vergaderingen toegelicht en voor personeelsgebonden materies tracht men een overeenstemming te bereiken.

De andere adviesorganen met specifieke bevoegdheden en sturingen binnen de instelling zijn:

- Medisch Farmaceutisch Comité
- Comité Medisch Materiaal
- Ethisch Comité
- Antibiotherapiebeleidsgroep
- Transfusiecomité
- Stuurgroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid
- Comité kwaliteit en patiëntveiligheid
- Comité Spoedopname
- Operatiekwartier-commissie
- Comité Ziekenhuishygiëne
- Comité Zorginformatisering
- Comité Rampenplan

In deze organen zetelen één of meer leden van het CDB. Thema’s met ziekenhuisbrede invloed komen op de agenda van het CDB. De leden van het CDB ontvangen de verslagen van deze vergaderingen.

<u>Documenten</u>

- 121.09a Vergaderverslag Financiële Commissie 16 juni 2016

	- 121.09b Vergaderverslag Medisch Farmaceutisch Comité 28 juni 2016 - 121.09c Vergaderverslag Ondernemingsraad 16 juni 2016
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben van de leden van de Raad van Bestuur, de leden van de directie, de leden van de Medische Raad, het Comité Medisch Materiaal en vertegenwoordigers van de ondernemingsraad de beschrijvingen van het ZER bevestigd gekregen. - De leden van de directie alsook de leden van de Medische Raad lichten het bestaan en de opdracht van de Medische Beleidsgroep toe. De Medische Beleidsgroep bestaat uit een leden van de Medische Raad aangevuld met een medische diensthoofden, de hoofdarts en de algemeen directeur. Deze beleidsgroep heeft als taak het beleid ten aanzien van onder andere kwaliteit en patiëntveiligheid binnen het medische korps te faciliteren, aldus de hoofdarts en de voorzitter van de Medische Raad. - Volgens de leden van de Medische Raad is de Medische Beleidsgroep in staat om de gedragenheid van het medisch korps ten aanzien van kwaliteit en patiëntveiligheid te verhogen. Dit doen ze onder andere door deel te nemen aan werkgroepen rond kwaliteit en patiëntveiligheid, aldus auditees.
121.10 **NTA8009:2011**	*Bij samenwerking met andere organisatorische verbanden heeft de instelling vastgelegd hoe de zorg is georganiseerd en hoe de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden daarbij zijn verdeeld.*
Instelling Score 3	De instelling wil als referentieziekenhuis in zuidelijk Oost-Vlaanderen een ruim en breed aanbod geven van zowel acute basiszorg als van chronische zorg. Voor niet-courante en uitzonderlijke pathologie gaat het ziekenhuis samenwerkingsverbanden met gespecialiseerde centra aan (zie norm 111.02). De samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen houden enerzijds verband met het aanbieden van complexe gespecialiseerde zorg. Het UZ Gent is de tertiaire partner van de instelling. Anderzijds zijn er ook samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen die kaderen in de verbreding van het aanbod: AZ Sint Lucas (neurochirurgie, reproductieve geneeskunde) en AZ Glorieux Ronse (nierdialyse). Alle samenwerkingsverbanden zijn geformaliseerd in een overeenkomst waarin de wederzijdse verantwoordelijkheden en bevoegdheden vermeld staan zodat de zorg aan de patiënten in de best mogelijke omstandigheden kan verlopen. Recent zijn enkele samenwerkingen geformaliseerd in associatieovereenkomsten. Voorbeelden zijn de associatie-overeenkomst Cardiologie en de associatie PET-centrum Zuid Oost Vlaanderen. De samenwerkingsovereenkomsten met de diverse diensten van het UZ Gent zijn overkoepeld door een raamakkoord. De zorg voor de patiënt eindigt niet binnen de muren van het ziekenhuis. De instelling werkt samen met eerstelijnsactoren voor de verderzetting van de zorg na een opname/behandeling in de instelling. Er zijn samenwerkingsovereenkomsten met rustoorden, RVT's, dagverzorgingscentra, hersteloorden, Kind en Gezin, ... Deze samenwerkingen worden jaarlijks besproken in een plenaire vergadering. Met de lokale huisartsenkring Panacea is er 4 keer per jaar een overleg. Op dit overleg komen de wijzigingen in het instellingsbeleid aan bod en krijgen de huisartsen de mogelijkheid om suggesties te doen. Een samenwerkingsovereenkomst tussen de huisartsen en de instelling i.v.m. het functioneren van de nieuw opgerichte huisartsenwachtpost en de spoedopname is in opmaak. De ziekenhuizen waarmee de instelling samenwerkt, zijn: UZ Gent:

	- cardiologie/cardiochirurgie (sedert 2016 in associatie met AZ Sint-Lucas Gent, AZ Sint-Nikolaas Sint-Niklaas en AZ Lokeren) - pediatrie - radiotherapie/oncologie - borstkliniek - medische genetica AZ Sint Lucas Gent: - neurochirurgie - fertiliteitsbehandeling (in associatie reproductieve geneeskunde) AZ Glorieux Ronse: - nefrologie/dialyse OLV Ziekenhuis Aalst: - nucleaire geneeskunde Associatie PET-centrum Zuid Oost Vlaanderen - PET/CT (associatie met OLV Aalst, ASZ Aalst, AZ Sint-Blasius Dendermonde, AZ Glorieux Ronse, AZ Oudenaarde) Voorbeelden van kleinere samenwerkingen (ziekenhuisoverschrijdende medische wachtdiensten): - psychiatrie met AZ ASZ Geraardsbergen - urologie met AZ Oudenaarde - oftalmologie met OLV Aalst, ASZ Aalst <u>Documenten</u> - 121.10a Lijst samenwerkingen rust- en verzorgingstehuizen - 121.10b Overzicht samenwerkingen met UZ Gent - 121.10c Voorbeeld samenwerking met UZ Gent – zorgprogramma pediatrie - 121.10d Raamakkoord UZ Gent - 121.10e Samenwerking met AZ Sint-Lucas – intermediaire structuur fertiliteit - 121.10f Samenwerking met AZ Glorieux - nierdialyse - 121.10g Associatie overeenkomst PET-centrum Zuidoost-Vlaanderen
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben in de overeenkomst ‘Voorbeeld samenwerking met UZ (Universitair Ziekenhuis) Gent – zorgprogramma pediatrie’ vastgesteld dat is bepaald hoe de zorg is georganiseerd en hoe de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de samenwerkende ziekenhuizen zijn verdeeld. Dat geldt eveneens voor de documenten ‘Raamakkoord UZ Gent’, ‘Samenwerking met AZ Sint-Lucas – intermediaire structuur fertiliteit’ en ‘Samenwerking met AZ Glorieux – nierdialyse’. - De algemeen directeur geeft aan dat samenwerkingsovereenkomsten geëvalueerd zijn met een welbepaalde frequentie zoals bepaald is in de overeenkomst. Anderzijds geeft deze auditee aan dat bij problemen, incidenten of gevoeligheden de directie contact neemt met het samenwerkende ziekenhuis. - De huisartsen lichten toe dat er meerdere keren per jaar een formeel overleg is tussen het SEZZ en de vertegenwoordigers van de huisartsenkring. Hierbij kunnen de huisartsen zelf punten inbrengen op de agenda. De auditees geven aan dat ze de ervaring hebben dat het SEZZ hun suggesties en/of bemerkingen serieus neemt. Van elke bijeenkomst tussen het SEZZ en de vertegenwoordigers van de

	huisartsenkring bestaat een verslag. Besproken items en gemaakte afspraken zijn verder opgenomen en geëvalueerd in een volgende meeting, aldus de huisartsen. Tevens geven de huisartsen aan dat ze weet hebben van formeel overleg tussen het SEZZ en woon- en zorgcentra.
121.12 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft op hoofdlijnen de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van de bedrijfsvoering en beleidsontwikkeling/-vorming voor alle niveaus en onderdelen van de instelling vastgelegd.*
Instelling Score 3	De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden inzake ontwikkeling en uitvoering van het beleid heeft de instelling vastgelegd in de functieprofielen van de bestuurders, de algemeen directeur-dagelijks bestuurder, de departementsverantwoordelijken, de zorgmanagers, de hoofdverpleegkundigen en diensthoofden. De instelling beschikt over een hiërarchische beleidsstructuur. Aan de top staat de Raad van Bestuur die het strategisch beleid uitzet. Het CDB is belast met de uitvoering van dit beleid en staat in voor het dagelijks beleid van de instelling. Het CDB is samengesteld uit de directeurs van de volgende departementen: - Medisch - Verpleegkundig en paramedisch - Facilitair - Administratief - Dienst HR - ICT - Apotheek De departementsverantwoordelijken nemen de eindverantwoordelijkheid op in hun departement en stemmen hun afdelingsbeleid af op de strategische visie van de organisatie, dit in nauw overleg met de algemeen directeur- dagelijks bestuurder. Dit staat samen met hun taken en bevoegdheden vermeld in hun functieprofiel. Het verpleegkundig en paramedisch departement is onderverdeeld in verpleegafdelingen en diensten. Aan het hoofd staan hoofdverpleegkundigen en diensthoofden die verantwoordelijk zijn voor de organisatie en de werking van hun verpleegafdeling of dienst. Hun taken en bevoegdheden zijn vastgelegd in een functieprofiel. Wegens de grootte van het verpleegkundig en paramedisch departement is er een hiërarchisch niveau tussen de departementsdirecteur en de hoofdverpleegkundigen, namelijk de zorgmanagers. Zij zijn verantwoordelijk voor een cluster van verpleegafdelingen en diensten. Er bestaan 4 clusters. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de zorgmanagers liggen eveneens vast in een functieprofiel. De andere departementen zijn onderverdeeld in diensten. Per dienst is een diensthoofd aangesteld. Het functieprofiel van het diensthoofd vermeldt de verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden die hij ten aanzien van zijn dienst heeft. Het facilitair departement maakt ook gebruik van een middenkader functie, als overkoepelende rol tussen meerdere diensten. Organogrammen van de afdelingen zijn raadpleegbaar voor iedere medewerker via intranet. <u>Documenten</u> - 121.12a Organogram bestuur en directie - 121.12b Functieprofiel departementsdirecteurs - 121.12c Functieprofiel zorgmanager - 121.12d Functieprofiel hoofdverpleegkundige

Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie deze bevinding: - Uit de aangeleverde functieprofielen blijkt dat het SEZZ op hoofdlijnen de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van de bedrijfsvoering en beleidsontwikkeling/-vorming voor alle niveaus en onderdelen van de instelling heeft vastgelegd.

Rubriek: 122 (organisatie borgen)

122.07	*De leiding ziet erop toe dat de werkeenheden de van toepassing zijnde voorschriften, protocollen, (werk)instructies, standaarden, richtlijnen en normen in acht nemen en de (zorg)processen hieraan zonodig aanpassen.*
Instelling Score 3	De instellingsleiding laat de toepassing van werkinstructies, richtlijnen, procedures,… verifiëren in interne audits, hygiëneaudits en tijdens veiligheidsrondes. De stuurgroep 'toetsingen' bespreekt de resultaten van deze toetsingen en rapporteert aan de stuurgroep 'kwaliteit en patiëntveiligheid' (zie norm 111.12). Deze zal opdracht geven tot verbeteracties. De hoofdverpleegkundigen hebben vanuit de instellingsleiding de opdracht gekregen om toe te zien op de naleving van werkinstructies, standaarden, richtlijnen,… in hun afdeling. Deze opdracht is opgenomen in hun functieprofiel, waarin zij instaan voor de organisatie, de coördinatie en het toezicht op de (verpleegkundige) activiteit van de eigen afdeling teneinde een kwalitatieve en veilige patiëntenzorg te garanderen. Verder gaan ze daadwerkelijk na of iedere medewerker de procedures, werkinstructies,… kent en toepast en geven desgevallend ondersteuning. De hoofdverpleegkundigen evalueren dit tijdens het functioneringsgesprek met iedere medewerker van hun afdeling en volgen dit verder op. Belangrijke wijzigingen in procedures en werkinstructies komen aan bod tijdens dienstvergaderingen. Voor instellingsbrede wijzigingen met belangrijk impact organiseert de instellingsleiding vormingssessies voor de betrokken medewerkers en artsen (voorbeeld: invoering elektronisch medicatievoorschrift (EMV) en geneesmiddelendistributie) Voor nieuwe medewerkers is een inscholingsprogramma op elke afdeling voorzien. De hoofdverpleegkundige volgt de verschillende stappen in dit programma op en coacht de nieuwe medewerker in dit traject. De vormingscoördinator volgt wekelijks de nieuwe medewerkers op en ondersteunt hen met raad en daad op de werkvloer. Vanaf december 2016 organiseren de leden van de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid zelf onaangekondigd adviesrondes om een beperkt aantal items instellingsbreed op de werkvloer te evalueren en hierover in gesprek te gaan met de hoofdverpleegkundige. <u>Documenten</u> - 121.12d Functieprofiel hoofdverpleegkundige - 122.07a Functieprofiel vormingscoördinator - 122.12a Procedure Interne audit - 321.05c Opleidingsschema verpleegkundigen - 514.15a Procedure Veiligheidsrondes
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.

	Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document 'Functieprofiel hoofdverpleegkundige' is opgenomen dat de hoofdverpleegkundige toeziet op het werken volgens de van toepassing zijnde voorschriften, protocollen, (werk)instructies, standaarden, richtlijnen en normen. - De leden van de directie geven aan geïnformeerd te zijn over de mate waarin procedures, protocollen en zorg-organisatorische afspraken nagekomen zijn, door onder andere de informatie die ze bekomen vanuit de stuurgroep toetsingen. Resultaten van interne audits en de evolutie van afdelingsspecifieke en ziekenhuisbrede actieplannen komen aan bod op de stuurgroep NIAZ. De algemeen directeur, de verpleegkundig directeur en de hoofdarts bevestigen deel te nemen aan de stuurgroep NIAZ en aan de stuurgroep toetsingen. - Auditoren hebben vernomen van de leden van de directie alsook van de leden van de Medische Raad dat per afdeling een beleidsduo is bepaald. Dit beleidsduo bestaat uit het medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundige en hebben als taak het afdelingsbeleid alsook kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de afdeling uit te werken en op te volgen. Hun beleidsvoering is gebaseerd op de afdelingsbeleidsplannen waarin onder andere de resultaten van interne audits, veiligheidsrondes, indicatoren, incidenten en klachten opgenomen zijn. De zorgmanager ondersteunt het beleidsduo, aldus de verpleegkundig directeur. - De leden van de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid bevestigen dat ze zelf (onaangekondigd) veiligheidsrondes lopen, waaraan ook de leden van de directie deelnemen. - De hoofdapotheker geeft aan dat de apothekers betrokken zijn in meerdere comités en commissies waar medicatieveiligheid op de agenda komt. Voorbeelden hiervan zijn het medisch farmaceutisch comité (MFC), het comité kwaliteit en patiëntveiligheid en de werkgroep meldingen rond medicatie. - De hoofdverpleegkundige van de afdeling pediatrie licht toe dat ze dat ze bij de introductie van het nieuwe documentbeheersysteem (DBS) opvolgt of al haar medewerkers de toelichtende informatie rond het werken met het DBS daadwerkelijk hebben gelezen. Tevens geeft deze auditee aan dat ze steekproeven doet bij haar medewerkers om hun kennis te testen rond het gebruik van het DBS.
122.10 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft een planning- en controlcyclus gericht op de realisatie van de op instellingsniveau gemaakte (strategische) beleidskeuzes waaronder die t.a.v. kwaliteit en veiligheid.*
Instelling Score 3	Einde 2013 is door de Raad van Bestuur de opdracht gegeven om de missie, visie en strategie van het ziekenhuis te actualiseren. Dit resulteerde in het strategisch beleidsplan 2015 – 2020 (zie norm 111.02). Op basis van dit strategisch beleidsplan heeft het CDB departementele beleidsplannen opgemaakt voor de periode 2015 – 2017. Het managementteam bespreekt de realisatie van deze beleidsplannen elke drie maanden in een overleg en volgt op. De Raad van Bestuur krijgt semestrieel de opvolgingsstatus van de beleidsplannen. Nieuwe beleidsplannen zijn toegevoegd indien een opportuniteit zich aanbiedt of een noodzaak hiertoe dwingt. Aan de hand van de departementele beleidsplannen hebben hoofdverpleegkundigen en diensthoofden jaaractieplannen voor hun afdelingen en diensten opgemaakt. Deze jaaractieplannen zijn getoetst en goedgekeurd door de departementele directeurs. De realisatie van deze jaaractieplannen is trimestrieel opgevolgd in de clustervergaderingen die de zorgmanagers organiseren in het verpleegkundig departement met hun hoofdverpleegkundigen en diensthoofden. In de andere departementen gebeurt de opvolging van de jaaractieplannen trimestrieel in de diensthoofdenvergadering die de departementele directeuren organiseren. Voorbeeld:

	- Strategisch beleidsplan: De instelling ontwikkelt een cultuur waarin artsen, leidinggevenden en medewerkers worden aangezet om de kwaliteit en patiëntveiligheid te bevorderen. - Departementeel beleidsplan: ziekenhuishygiëne – infectiepreventie: uitwerken van richtlijnen ter voorkomen/bestrijden van (ziekenhuis)infecties. - Jaaractieplan: ter bevordering van de handhygiëne wordt aan het voeteinde van elk bed een alcoholdispenser geplaatst. Aan de uitvoering van beleidsplannen zijn veelal kosten en/of investeringen maar ook opbrengsten verbonden. Deze zijn meegenomen in de jaarlijkse exploitatie- en investeringsbegroting die het CDB aan de Raad van Bestuur en de Algemene Vergadering voorlegt. De financiële dienst van de instelling maakt per kwartaal een overzicht van de activiteitcijfers en de financiële resultaten op en rapporteert deze aan het CDB en het Comité Financieel Beheer. De kwartaalresultaten worden afgestemd met de begroting. De halfjaarlijkse resultaten op vlak van activiteiten en financiën zijn eveneens op de Raad van Bestuur gerapporteerd en getoetst aan de begroting. Op deze wijze houdt de Raad van Bestuur controle over de uitvoering van de gemaakte beleidskeuzes en het behalen van de vooropgestelde resultaten. Het CDB heeft voor de opvolging van zijn dagelijks beleid en de kwaliteit van de zorgverlening beleidsindicatoren bepaald. De stuurgroep ‘kwaliteit en patiëntveiligheid’ levert de resultaten van deze indicatoren aan volgens een vastgelegde frequentie. Het CDB stuurt het beleid bij indien de resultaten niet de verwachte doelstelling halen. <u>Documenten</u> - 112.04a Opvolgingstabel beleidsplannen - 122.10a Overzicht beleidsindicatoren CDB
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De aangeleverde documenten bevestigen de stelling dat het SEZZ een planning en controlcyclus hanteert. - De algemeen directeur licht toe dat strategische en operationele doelstellingen alsook verbeterprojecten op departementeel- en afdelingsniveau vanuit beleidsplannen, opgevolgd zijn aan de hand van het document ‘Opvolgingstabel beleidsplannen’. Auditoren hebben voorafgaande in het document ‘Opvolgingstabel beleidsplannen’ bevestigd gezien. - De verpleegkundig directeur verduidelijkt met concrete voorbeelden hoe nieuwe projecten zoals bedsite reporting en de opstart van het nieuwe dagziekenhuis volgens de plan-do-check-act principes zijn uitgewerkt en opgevolgd. - In de gesprekken met zorgmanagers en hoofdverpleegkundigen vernemen de auditoren dat beleidsplannen opvolging, evaluatie en bijsturing kennen. De zorgmanagers geven aan dat ze de behaalde resultaten of vastgestelde problemen met beleidsplannen bespreken op het managementsoverleg in aanwezigheid van directie. - In een toelichting rond het sturen met beleidsdata is weergegeven hoe activiteits- en kwaliteitsindicatoren bepaald en opgevolgd zijn. Per indicator is bepaald: - wie verantwoordelijk is; - wat de frequentie is waarmee de resultaten van de indicatoren op het CDB besproken zijn; - van wanneer de laatste bespreking op het CDB dateert; - via welke persoon, comité of commissie resultaten van indicatoren aangeleverd zijn;

	- of resultaten van indicatoren voor interne en/of externe communicatie bedoeld zijn; - en aan wie specifiek de resultaten medegedeeld worden.
122.11 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft een documentbeheersysteem waarin de actuele versies van beleidsdocumenten, reglementen, procedures, protocollen, werkinstructies en overige voorschriften overzichtelijk zijn vastgelegd en op elk gewenst moment raadpleegbaar zijn. Voor elk document is vastgelegd door wie en met welke frequentie onderhoud en evaluatie plaatsvinden.*
Instelling Score 3	Het ziekenhuis beschikt over een op SharePoint gebaseerd, centraal documentbeheersysteem (DBS) dat voor elke medewerker toegankelijk is via het intranet. Dit systeem is in april 2016 geïmplementeerd binnen de zorg. Om medewerkers vertrouwd te maken met dit nieuwe systeem zijn verschillende acties ondernomen. Aan de hand van een ziekenhuisbrede infonota en een nieuwsbrief 'KWaliteit In uw BUS' (KWIBUS) zijn het doel en gebruik toegelicht. Tijdens infosessies vond er een demo plaats van het DBS. Alle referentiepersonen kwaliteit en patiëntveiligheid hebben een specifieke opleiding gekregen om zo hun afdeling optimaal te ondersteunen. Instructiekaarten zijn verdeeld op alle verpleegafdelingen. Tot slot is rond het gebruik van het DBS een animatiefilmpje aangemaakt dat steeds raadpleegbaar is op het intranet, ook voor nieuwe medewerkers. Het systeem is in het najaar van 2016 verder uitgerold in de apotheek en het facilitair departement. Procedures, beleidsrichtlijnen, klinische paden en instructiekaarten zijn via een zoekmachine raadpleegbaar op elke PC binnen het ziekenhuis. Op deze manier heeft iedereen steeds toegang tot de meest actuele versie van een document. Elk document beschikt over een uniek nummer, een eigenaar, goedkeuringsstroom en geldigheidsduur. In de procedure DBS staat beschreven hoe een document precies moet worden opgemaakt. Op elke procedure staat datum en tijdstip van afdrukken vermeld. Een afgedrukte procedure is slechts 24u geldig. Medisch diensthoofd en hoofdverpleegkundige zien toe op de toepassing van de procedures op hun afdeling en voorkomen dat ongeldige procedures circuleren. Verschillende rollen zijn gedefinieerd in het DBS: coördinator, documenteigenaar, auteur, goedkeurder en een lezersgroep. Specifieke handleidingen zijn voor hen uitgewerkt. Elk departement heeft coördinatoren die een centrale rol spelen. Deze zijn verantwoordelijk voor o.a. het aanmaken van nieuwe documenten en de opstart van de werk- en goedkeuringsstroom. Bij het naderen van de geldigheidsdatum verzendt het systeem automatisch een melding naar de coördinator. Aanvraag tot aanmaak van een nieuw document of een wijziging gebeurt aan de hand van het elektronisch formulier 'Documentaanvraag' op intranet. Het aanvraagformulier komt via mail bij de coördinatoren terecht. Maandelijks komt een overzicht op intranet met de nieuwe of aangepaste documenten. <u>Documenten</u> - 122.11a Procedure Documentbeheer - 122.11b Handleiding Coördinator - 122.11c Handleiding Lezer - 122.11d Infonota nummer 20-2016 - DBS - 122.11e KWaliteit In uw BUS - DBS - 122.11f Formulier documentaanvraag

Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Uit de aangeleverde documenten blijkt dat het SEZZ het DBS van SharePoint gebruikt. Het document 'Procedure Documentbeheer' beschrijft de werkwijze en flow bij het goedkeuren en reviseren van de inhoud van documenten. - De zorgmanager kritieke diensten bevestigt dat in 2016 een nieuwe versie van het DBS is opgestart en dat zorgmanagers de verantwoordelijkheid hebben om documenten in te voeren of te coördineren voor zoverre die betrekking hebben op hun afdelingen of voor bepaalde thema's waarvoor ze verantwoordelijkheid dragen. - De auditoren stellen vast dat het documentbeheersysteem onder andere procedures, protocollen, richtlijnen en visieteksten bevat die gericht zijn op de organisatie van veilige en betrouwbare zorg. - In het gesprek met een verantwoordelijke persoon voor het documentbeheer hebben de auditoren vastgesteld dat coördinatoren zijn aangesteld om de documenten op uniforme wijze te centraliseren in een elektronisch DBS. Daarbij is prioritair voorrang gegeven aan de processen die te maken hebben met zorg, aldus auditee. Vooraleer de documenten zijn opgenomen in het DBS, dienen documenten eerst door de proceseigenaars gereviseerd en goedgekeurd te zijn volgens een welbepaalde flow. Er zijn afspraken gemaakt rond revisieduurtijd per soort document. Auditoren hebben op afdelingen niet kunnen vaststellen dat niet beheerde documenten in gebruik zijn buiten het DBS. Alleen documentbeheerders kunnen wijzigingen aanbrengen in de documenten, aldus een verantwoordelijke persoon voor het DBS. - De auditoren hebben bevestigd gezien in het gesprek met de hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie dat zij het protocol blaaskatheter in het DBS kon vinden. - De algoloog geeft aan dat protocollen voor pijnbehandeling zijn opgenomen in het DBS. Papieren versies bevatten een expiratietijd van 24 uur, aldus auditee. - De auditoren hebben vernomen van de hemovigilantiefunctionaris, dat het transfusie handboek is opgenomen in het DBS. Auditoren hebben dit bevestigd gezien. - De auditoren hebben tijdens het werkplekbezoek aan de afdeling cardiologie/pulmonologie het zorgpad acuut coronair syndroom (ACS) ingezien in het DBS. - In de apotheek geven auditees aan dat alle procedures omtrent het medicatiebeleid in 2016 gereviseerd zijn bij het uploaden van deze documenten in het nieuwe DBS. - Alle door de auditoren nagekeken documenten bevatten een toegewezen eigenaar en een geldigheidsduur. Auditoren hebben geen documenten kunnen vinden met een vervallen geldigheidsduur.
122.12 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft een intern auditsysteem gerelateerd aan het NIAZ-normenkader en conform de NIAZ-Accreditatieprocedure bij de aanvraag.*
Instelling Score 3	De instelling beschikt over een interne auditprocedure, gerelateerd aan het NIAZ-normenkader 2.4, waarin de werkwijze en regels beschreven zijn voor een correct uitvoeren van een interne audit. In 2013-2014 zijn in totaal 32 medewerkers (o.a. hoofdverpleegkundigen en artsen) opgeleid door Kerteza voor het afnemen van interviews en het uitvoeren van werkplekbezoeken. De accreditatiecoördinator is de verantwoordelijke van het intern auditsysteem en houdt toezicht op de kwaliteit van de interne audits, maakt de planning op, monitort het goed verloop van de audits en houdt een jaarlijkse evaluatiebijeenkomst voor de interne auditoren. De planning interne audits en de samenstelling van de auditteams wordt voorgelegd aan de NIAZ stuurgroep. Alle afdelingen hebben reeds 1 interne audit gehad, voor de meest risicovolle afdelingen vindt momenteel een tweede interne audit plaats.

	De auditoren stellen na de audit een rapport op dat de accreditatiecoördinator overmaakt aan de hoofdverpleegkundige en medisch diensthoofd van de verpleegafdelingen of aan het diensthoofd in geval van niet-verpleegafdelingen. De leidinggevenden van de afdeling (hoofdverpleegkundige, het medisch diensthoofd, de zorgmanager, departementsdirecteur) en de accreditatiecoördinator, alsook de hoofdarts, maken tijdens een overleg afspraken over de te nemen verbeteracties. Tijdens dit overleg wordt bepaald welke verbeteracties de afdeling moet uitwerken én welke op een ander niveau (bv. ziekenhuisbreed) liggen. Alle verbeteracties zijn uitgewerkt volgens een vast sjabloon. <u>Afdelingsniveau</u> Voor alle afdelingsspecifieke verbeteracties is een verantwoordelijke van de afdeling aangeduid. Het auditrapport met bijhorende actieplannen zijn besproken met de medewerkers binnen de afdeling tijdens een dienstvergadering. <u>Directieniveau</u> Alle afdelingsoverschrijdende of instellingsbrede verbeteracties worden door de accreditatiecoördinator meegenomen naar de NIAZ-stuurgroep. Deze stuurgroep, bestaande uit alle departementsdirecteuren en de accreditatiecoördinator, bepaalt nader wie verantwoordelijk is voor verdere uitwerking en opvolging van deze verbeteracties. <u>Documenten</u> - 122.12a Procedure Interne audit - 122.12b Meerjarenplanning interne audits - 122.12c Planning interne audits oktober 2015 – maart 2016 - 122.12d Planning interne audits oktober – december 2016 - 122.12e Auditrapporten: ter inzage tijdens de audit
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het SEZZ heeft, zoals vastgelegd in de ‘Procedure Interne audit’, een intern auditsysteem gerelateerd aan het NIAZ-normenkader en die conform de geldige NIAZ-accreditatieprocedure is. - Uit het document ‘Meerjarenplanning interne audits’ blijkt dat de kritische afdelingen iedere twee jaar en alle andere afdelingen om de vier jaar zijn geaudit. - De verpleegkundig directeur geeft aan dat afdelingsoverschrijdende of instellingsbrede verbeteracties vanuit interne audits besproken zijn op de NIAZ stuurgroep. - Auditoren hebben vernomen van meerdere auditees dat per afdeling een beleidsduo is bepaald. Het beleidsduo volgt onder andere de actiepunten op die gebaseerd zijn op de resultaten van interne audits en veiligheidsrondes, aldus auditees. - Op meerdere afdelingen hebben auditoren vastgesteld dat actieplannen zijn opgemaakt vanuit de verslagen van interne audit. Verslagen en actieplannen van interne audits zijn beschikbaar op de afdelingen in een gedeelde schijf. Auditoren hebben deze actieplannen en verslagen ingezien op alle afdelingen waar er naar is gevraagd. - Meerdere medewerkers hebben aangegeven wanneer de laatste interne audit heeft plaatsgevonden op hun afdeling en hoe het actieplan van de interne audit is besproken tijdens een dienstvergadering. - De auditoren hebben bevestigd gekregen in het gesprek met de geriater en de hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie dat de afdeling geriatrie eind 2015 een interne audit heeft gekregen. Verbeteracties vanuit deze interne audit zijn opgevolgd door de zorgmanager en de stuurgroep toetsing, aldus auditees. De geriater bevestigt dat zes artsen intern auditor zijn en interne audits uitvoeren.

2. Strategie en beleid
Rubriek: 211 (beleid verkennen)

211.09 **NTA[8009:2011]**	*De instellingsleiding stimuleert dat medewerkers de ontwikkelingen van de regelgeving, professionele standaarden, 'bench-marks' en 'good practices' binnen hun vakgebied volgen en hierover rapporteren als deze mogelijk relevant zijn voor de inrichting en vormgeving van de (zorg)processen.*
Instelling Score 3	De instellingsleiding voert een beleid waarbij zij medewerkers aanmoedigt om hun kennis, deskundigheden en vaardigheden aan te scherpen en actueel te houden. Dit gebeurt door het volgen van specifieke opleidingen extern of door interne scholingen. De instellingsleiding geeft de voorkeur aan interne scholingen of workshops indien grote groepen van medewerkers een opleiding (al dan niet verplicht) dienen te volgen. Medewerkers die een externe opleiding gevolgd hebben, moeten de opgedane kennis delen met zijn/haar team volgens het 'teach the teacher'-principe. Dit gebeurt aansluitend bij een dienstvergadering. Alle direct leidinggevenden (de hoofdverpleegkundigen alsook de diensthoofden van andere departementen) hebben als taak toe te zien op de vormingsbehoeften van hun medewerkers. Vragen tot vorming richten zij aan hun zorgmanager en/of directeur, die instaat voor de verdere organisatie in samenwerking met de personeelsdienst. De behoefte aan opleiding komt ook aan bod tijdens het functioneringsgesprek dat de leidinggevende met elke medewerker individueel houdt. Medewerkers met een bijzondere beroepstitel of beroepsbekwaamheid dienen jaarlijks een opgegeven aantal uren opleiding in hun vakgebied te volgen om deze titel of bekwaamheid te behouden. Aan hoofdverpleegkundigen is eveneens gevraagd zich verder te bekwamen op vlak van management en leiderschap. Elke afdeling heeft referentieverpleegkundigen voor verschillende domeinen. Zij bekwamen zich door het volgen van vormingen tot experten in hun vakgebied en dragen deze kennis op de werkvloer uit tijdens korte opleidingsmomenten op de werkvloer individueel of tijdens een overlegmoment. Voor nieuwe medewerkers is een inscholingsprogramma op elke afdeling voorzien. De hoofdverpleegkundige volgt de verschillende stappen in dit programma op en coacht de nieuwe medewerker in dit traject samen met de vormingscoördinator. Leidinggevenden, stafmedewerkers, artsen nemen deel aan vergaderingen van beroepsgroeperingen (bv. Zorgnet-Icuro Commissie Quality & Patient Safety, PIOZ,…), LOK-vergaderingen (Lokale Kwaliteitsgroepen [voor artsen]) en wetenschappelijke congressen. Innovaties, nieuwe technieken, best practices en benchmark-studies komen op deze vergaderingen aan bod. Deze groeperingen richten ook specifieke opleidingen en workshops in. Bijscholingen en opleidingen leiden tot bijsturing van zorgprocessen en ondersteunende processen. Dit wordt besproken in de relevante comités (hoofdverpleegkundigenvergadering, medische beleidsgroep) en vervolgens in procedures, werkrichtlijnen,… omgezet. Het CDB bespreekt de bijsturingen met impact op het brede ziekenhuisbeleid. Via allerhande communicatiemiddelen informeert de instelling over het opleidingsaanbod van erkende opleidingscentra. Het directiesecretariaat maakt deze informatie over aan de betrokken leidinggevenden en de personeelsdienst. De hoofdarts informeert de artsen. <u>Documenten</u> - 111.06b Functieprofiel referentieverpleegkundige kwaliteit en patiëntveiligheid

	- 122.07a Functieprofiel vormingscoördinator - 321.05c Opleidingsschema verpleegkundigen - 321.06a Handleiding gesprekscyclus - functioneringsgesprek
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Opleidingsschema verpleegkundigen' bevat een schema voor het inwerken van nieuwe verpleegkundigen op een afdeling, inclusief tussentijdse evaluatie- en functioneringsgesprekken. In het bijgeleverde beoordelingsformulier voor verpleegkundigen van de afdeling cardiologie-pneumologie is de eigen professionele ontwikkeling van de verpleegkundige opgenomen. - De leden van de directie geven aan dat voor het realiseren van het referentiegebied bariatrische chirurgie, specifieke vorming is voorzien voor zowel de chirurg alsook voor de andere betrokken zorgverleners. Hiervoor zijn chirurgen in het buitenland opleiding gaan volgen, aldus de hoofdarts. - Meerdere bevraagde auditees lichten toe dat ze ruime mogelijkheden hebben om zowel intern als extern vorming te volgen. Bij het volgen van een externe opleiding is de verwachting gesteld om op een volgende dienstvergadering toelichting te geven aan de collega's, aldus auditees. - Auditoren hebben op de bevraagde afdelingen vastgesteld dat referentie-verpleegkundigen voor verschillende domeinen aangesteld zijn. - De verantwoordelijke van de biomedische dienst vertelt dat drie medewerkers en hijzelf de ontwikkelingen in het vakgebied volgen aan de hand van nascholingsbijeenkomsten van de beroepsvereniging. - De technisch directeur geeft aan dat de taak om ontwikkelingen in wet- en regelgeving omtrent preventiebeleid bij te houden en bekend te maken naar belanghebbenden binnen de organisatie, bij de preventieadviseur ligt.
211.10 **NTA**[8009:2011]	*De instellingsleiding ziet erop toe dat de kwaliteitseisen van de daartoe bevoegde organisaties, voor zover deze betrekking hebben op concrete (zorg)processen, binnen de werkeenheden geborgd zijn.*
Instelling Score 3	Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid houdt toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening in ziekenhuizen. Zij organiseren systeemtoezichten en nalevingstoezichten. Voor ziekenhuizen die instapten in een accreditatietraject, organiseren ze alleen nalevingstoezichten. De inspectiediensten van de Vlaamse overheid toetsen onaangekondigd voor een specifiek zorgtraject of aan alle op voorhand bekend gemaakte eisen op vlak van kwaliteit en veiligheid is voldaan. Tot nog toe zijn het chirurgisch zorgtraject en het internistisch zorgtraject respectievelijk in 2013 en 2015 aan een toezicht onderworpen. De gepubliceerde eisenkaders heeft het CDB er toe aangezet de organisatie van de zorg, de procedures en werkmethoden op punt te stellen (bv. safe surgery checklist, invoering Manchester-triage, ...). Deze eisenkaders en de bijsturingen zijn besproken in de medische beleidsgroep, op de hoofdverpleegkundigenvergadering en in de ondernemingsraad. De instelling heeft voor beide zorgtrajecten een positief resultaat behaald. De verslagen van deze nalevingstoezichten zijn openbaar en maakt het ziekenhuis ook zelf bekend op zijn website. De instelling neemt deel aan het FOD-contract kwaliteit dat loopt tot 2017. Voor 4 generieke en 4 specifieke thema's zijn verbetertrajecten ontwikkeld en via metingen opgevolgd. Rapportering hierover gebeurt aan de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid en het comité kwaliteit en patiëntveiligheid. De instelling neemt deel aan het Vlaams Indicatorenproject VIP² voor meerdere thema's. Zij hebben kwaliteitsindicatoren specifiek voor enkele medische disciplines alsook ziekenhuisbreed uitgewerkt. De resultaten van deze indicatoren zijn in een benchmark samengebracht met deze van andere ziekenhuizen en publiek gemaakt.

	Het borgen van de kwaliteitseisen die externe organisaties stellen, is nagegaan door het uitvoeren van interne audits alsook door het tussentijds intern meten van indicatoren die bij externe meting in benchmarks zijn bijgehouden. Andere inspectiediensten houden toezicht op specifieke processen in de instelling. Deze inspecties gaan aangekondigd of onaangekondigd door. Van elke inspectie is een verslag gemaakt en besproken op het CDB, het CPBW en op de dienstvergadering van de betrokken diensten. Onvolkomen resultaten zetten aan tot verbeteracties. Het gaat meer bepaald om inspecties van het FAGG, QCC, FANC, FAVV,… (zie norm 514.14). De keuken tracht in 2016 het Smiley-label, toegekend door het FAVV, te behalen voor de naleving van de HACCP-normen (zie norm 435.02). Bij de opstart van een nieuwe dienst of de verbouwing/reorganisatie van een bestaande dienst zijn de betrokken inspectiediensten op voorhand uitgenodigd voor een bespreking van de plannen. Hun opmerkingen zijn meegenomen in de ontwerpfase en geven aanleiding tot bijsturing van de uitwerking (bv. verbouwing dienst isotopen). <u>Documenten</u> - 211.10a Presentatie bespreking eisenkader internistisch zorgtraject - 211.10b Vergaderverslag Comité Kwaliteit en Patiëntveiligheid maart 2016 - 211.10c Vergaderverslag hoofdverpleegkundigenvergadering juni 2013 - 122.12a Procedure interne audit
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document ‘Presentatie bespreking eisenkader internistisch zorgtraject’ geeft weer dat het SEZZ de resultaten van het nalevingstoezicht bespreekbaar heeft gesteld en dat er verbeteracties zijn opgesteld. - Het ‘Vergaderverslag Comité Kwaliteit en Patiëntveiligheid maart 2016’ en het ‘Vergaderverslag hoofdverpleegkundigenvergadering juni 2013’ bevestigen dat het SEZZ verbeterprojecten heeft opgezet vanuit de thema’s van het FOD contract kwaliteit en patiëntveiligheid. - De verantwoordelijke apotheker voor de centrale sterilisatie afdeling (CSA) bevestigt dat de werkwijze op de CSA aansluit bij het eisenkader van de zorginspectie. In rondgang op de CSA en uit gesprekken met auditees op de CSA vernemen de auditoren geen afwijkingen ten aanzien van dit eisenkader.

Rubriek: 213 (beleid vormen (inhoud))

213.06	*De instellingsleiding stelt in haar beleid grenzen aan de aard en omvang van het zorgaanbod.*
Instelling Score 3	De instelling wil goede basiszorg geven aan de patiënten in de regio van zuidelijk Oost-Vlaanderen. In de visie staat: “Het ziekenhuis wil als referentieziekenhuis in zuidelijk Oost-Vlaanderen een ruim en breed aanbod geven van zowel acute basiszorg als van chronische zorg. Alle courante diagnostiek en behandelingen worden aangeboden rekening houdend met de noden en de zorgvragen van de regio en de groei van de geriatrische populatie.” Indien de instelling de basiszorg, acuut of chronisch, niet autonoom kan aanbieden, zoekt het hiervoor samenwerking met anderen ziekenhuizen (bv. haemodialyse, interventionele radiologie, craniële chirurgie) (zie norm 518.19). Dit kunnen zowel gespecialiseerde centra als andere regionale ziekenhuizen zijn (AZ Sint-Lucas Gent, AZ Glorieux Ronse).

	Voor hooggespecialiseerde en complexe zorg (bv. radiotherapie, hartchirurgie, kinderpsychiatrie,…) doet de instelling beroep op het UZ Gent. Dit is in samenwerkingsovereenkomsten tot uitdrukking gebracht. Vóór de oprichting van nieuwe diensten of introductie van nieuwe technieken is eerst afstemming met de medische beleidsgroep, het CDB en de Raad van Bestuur of deze overeenkomen met missie, visie en strategie. De instelling heeft afspraken gemaakt indien de zorgvraag het aanbod overstijgt. Zo zijn er richtlijnen opgesteld indien de vraag naar kritische zorg de beschikbare capaciteit aan intensieve bedden of bedden Medium Care overstijgt. Er zijn richtlijnen opgesteld van zodra de instelling geen beschikbare bedden meer heeft (zie norm 518.20). <u>Documenten</u> - 111.02b Visie - 213.06a Voorbeeld samenwerkingsverband neurochirurgie AZ Sint-Lucas Gent - 213.06b Organisatie kritische diensten

Auditoren
 	
Score 3
	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.
	
	Ter illustratie enkele bevindingen:
	- In het document 'Visie' heeft het SEZZ onder andere het volgende vastgelegd:
	  - Het AZ Sint-Elisabeth wil zich positioneren als een regionaal algemeen ziekenhuis;
	  - Het ziekenhuis wil als referentieziekenhuis in zuidelijk Oost-Vlaanderen een ruim en breed aanbod geven van zowel acute basiszorg als van chronische zorg;
	  - Het ziekenhuis wil voor enkele te definiëren disciplines zich onderscheiden als een expertcentrum en zich als dusdanig profileren naar haar patiënten binnen de regio alsook daarbuiten;
	  - Het ziekenhuis wil functioneren in een geïntegreerd zorgmodel waarin nauwe interactie met partners in zorg en welzijn op de eerste lijn wordt uitgebouwd.
	  De algemeen directeur geeft aan dat deze bepalingen de grenzen aan de aard en omvang van het zorgaanbod vastleggen.
	- Auditoren hebben in meerdere documenten en gesprekken vernomen dat het SEZZ hun zorgaanbod afgrenst en waar nodig samenwerkingsovereenkomsten maakt met andere ziekenhuizen om een zo volledig als mogelijke georganiseerd zorgaanbod te voorzien voor de patiënt.

213.07 **NTA8009:2011**	*Bij de vaststelling van het (strategisch) beleid worden de (beleids)doelen zodanig geformuleerd dat deze meetbaar en/of evalueerbaar zijn.*
Instelling Score 3	De realisatie van de departementele beleidsplannen wordt door het managementteam elke drie maanden in een overleg besproken en opgevolgd. Een opvolgingstabel beleidsplannen is hiertoe opgesteld. De doelstelling, de eigenaar, de betrokken diensten, de indicator en de te halen timing zijn per beleidsplan vermeld. De Raad van Bestuur krijgt semestrieel de opvolgingsstatus van deze beleidsplannen. De realisatie van de jaaractieplannen is trimestrieel opgevolgd in de clustervergaderingen die de zorgmanagers organiseren in het verpleegkundig departement met hun hoofdverpleegkundigen en diensthoofden. In de andere departementen gebeurt de opvolging van de jaaractieplannen trimestrieel in de diensthoofdenvergadering die de departementele directeurs organiseren. (zie norm 122.10). De jaaractieplannen zijn volgens een vast model opgesteld en zo concreet mogelijk geformuleerd. Per jaaractie moet de actie en de doelstelling wel omschreven zijn en aan de hand van een indicator meetbaar zijn; moeten de kosten in middelen en medewerkers bepaald zijn.

	Aan de uitvoering van beleidsplannen zijn veelal kosten en/of investeringen maar ook opbrengsten verbonden. Deze zijn meegenomen in de jaarlijkse exploitatie- en investeringsbegroting die het CDB aan de Raad van Bestuur en de Algemene Vergadering voorlegt. De financiële dienst van de instelling maakt per kwartaal een overzicht van de activiteitcijfers en de financiële resultaten op en rapporteert deze aan het CDB en het Comité Financieel Beleid. De kwartaalresultaten zijn afgestemd met de begroting. De halfjaarlijkse resultaten op vlak van activiteiten en financiën zijn eveneens op de Raad van Bestuur gerapporteerd en getoetst aan de begroting. Cruciaal voor het dagelijks beleid is de opvolging van de ziekenhuisactiviteit. De evolutie van opnames, ligdagen, ligduur en bevallingen zijn wekelijks gemonitord door het CDB. Meer gedetailleerde activiteitcijfers (evolutie per kenletter, per arts) zijn op kwartaalbasis en de evolutie van verantwoorde bedden op semesterbasis gerapporteerd aan het CDB. Hiervoor doet men beroep op rapportgeneratoren (3M, en binnenkort Forcea). <u>Documenten</u> - 112.04a Opvolgingstabel beleidsplannen - 213.07a Voorbeeld opvolging activiteitcijfers
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben van de directieleden een toelichting gekregen rond het sturen op beleidsdata waarbij de aangegeven info in het ZER bevestigd is. - De 'Opvolgingstabel beleidsplannen' bevat beleidsdoelen uit strategische en operationeel beleid met meetbare indicatoren waarvoor per indicator de doelstelling, de eigenaar, de betrokken diensten en de te halen timing is bepaald. - De verpleegkundig directeur, de zorgmanagers en meerdere hoofdverpleegkundigen bevestigen dat afdelingsbeleidsplannen trimestrieel zijn geëvalueerd om de gestelde doelstellingen af te zetten ten opzichte van de effectieve realisaties. Deze evaluaties kunnen zowel gebeuren op basis van kwantitatieve als van kwalitatieve gegevens. Andere directieleden geven aan dat hun beleidsplannen trimestrieel geëvalueerd en bijgestuurd zijn. - Auditoren hebben voorbeelden gezien van indicatoren die gerelateerd zijn aan departementele beleidsplannen en jaaractieplannen. Deze indicatoren kennen een evaluatie tot op directieniveau. - Het document 'Voorbeeld opvolging activiteitencijfers' bevat productiecijfers, waarbij de cijfers van het tweede kwartaal 2016 zijn vergeleken met die van de overeenkomstige periode in 2015.
213.08 **NTA**[8009:2011]	*De instellingsleiding ziet erop toe dat de vastgestelde (beleids)doelen worden uitgewerkt in concrete uitvoeringsplannen die voorzien in een omschrijving van de verantwoordelijkheden, beoogde resultaten en benodigde middelen.*
Instelling Score 3	De jaaractieplannen van de afdelingen vormen de vertaling van het strategisch beleidsplan en de departementele beleidsplannen. Deze jaaractieplannen zijn opgesteld door de leidinggevenden aan de hand van een sjabloon waarin de doelstelling, de te plannen acties, een concrete timing, de benodigde middelen en medewerkers en een meetindicator vermeld zijn. Verder zijn de verantwoordelijke, de goedkeurder, de betrokken medewerkers en de te informeren medewerkers vastgelegd (RACI-methode). Bij de evaluatie van het jaaractieplan is nagegaan of de timing en het vooropgestelde doel behaald is aan de hand van de meetresultaten. Deze evaluatie is uitgevoerd door de zorgmanagers en departementsdirecteur in het zorgdepartement en door departementsdirecteurs in de andere departementen. Deze evaluatie vindt jaarlijks plaats in februari. Tussentijdse evaluaties maken de zorgmanagers tijdens clustervergaderingen met hun hoofdverpleegkundigen.

	Jaarlijks vraagt het CDB aan de leidinggevenden en artsen om hun jaaractieplannen voor het volgende jaar op te maken tegen 15 september. Deze plannen worden besproken in de daaropvolgende maand met de zorgmanagers en de departementsdirecteur in het zorgdepartement of alleen met de departementsdirecteur in de andere departementen en teruggekoppeld naar de leidinggevende. De middelen en de medewerkersinzet die in de weerhouden plannen zijn aangevraagd, zijn tegen 15 oktober meegedeeld aan de administratief directeur. De administratief directeur neemt deze behoefte aan middelen en medewerkers op in de investerings- en exploitatiebegroting van het volgende werkjaar. Het CDB bespreekt de begroting in meerdere vergaderingen in november. Afhankelijk van de beschikbare financiële beleidsruimte stelt het CDB prioriteiten en stuurt zij de begroting bij. De begroting wordt vervolgens voor advies voorgelegd aan het Comité Financieel Beleid en de Financiële Commissie en ter goedkeuring voorgelegd op de Raad van Bestuur van december. De Raad van Bestuur beoordeelt de begroting en toetst deze aan de visie en de strategie. De Raad van Bestuur keurt de begroting goed en legt deze voor aan de Algemene Vergadering ter goedkeuring. Het CDB neemt voor het jaareinde kennis van de goedgekeurde begroting en informeert de leidinggevenden en artsen. <u>Documenten</u> - 213.08a Sjabloon jaaractieplan xls - 112.04a Opvolgingstabel beleidsplannen
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben bij afdelingsbezoeken het aangegeven beleid rond het werken met jaaractieplannen bevestigd gezien. - Het document 'Sjabloon jaaractieplan' is een hulpmiddel bij het opstellen van een afdelingsjaarplan, waarin aandacht is gegeven aan de doelstelling, de acties, het kader en de middelen, waaronder het benodigde personeel. Auditoren hebben het gebruik van dit sjabloon vastgesteld. - De verantwoordelijken van het algologisch team en van het geriatrische zorgprogramma lichten toe hoe zij een jaaractieplan opgemaakt hebben op basis van het aangeleverd sjabloon. - De auditoren hebben het jaaractieplan van de dienst preventie en van de dienst schoonmaak voor 2017 ingezien. In deze jaaractieplannen zijn de thema's, de doelstellingen, de acties en het kader opgenomen. Bij bespreking van het jaaractieplan van de dienst preventie hebben de auditoren kunnen vaststellen dat de preventieadviseur de voortgang bewaakt.

Rubriek: 215 (meting, evaluatie, verantwoording)

215.06 **NTA**[8009:2011]	*De instellingsleiding bepaalt welke indicatoren van de (beleids)doelen en (zorg)processen (waaronder die van kwaliteit en veiligheid) worden gemeten, geregistreerd en geëvalueerd en welke voor in- en extern gebruik zijn bestemd.*
Instelling Score 3	Het CDB heeft indicatoren bepaald die zij belangrijk acht voor de uitvoering van haar dagelijks beleid. De metingen zijn op basis van een vooraf vastgelegde frequentie gerapporteerd door de eigenaar op het CDB en aan de zorgmanagers. Enkele voorbeelden zijn: ziekenhuisactiviteit, ligduur, aantal incidentmeldingen, naleving handhygiëne, voorkomen van multiresistente micro-organismen, decubitus, identitovigilantie, arbeidsongevallen,… Aan de hand van deze metingen zijn verbeteracties gedefinieerd indien de doelstelling niet gehaald is (voorbeeld: aanpassing procedure identificatiebandjes).

	Ten einde eigen metingen te toetsen aan de evoluties in de sector, neemt het ziekenhuis deel aan benchmark-studies (bv. VIP², 3M, MAHA, FOD, UHasselt,…). De resultaten van deze studies zijn besproken in de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid, het CDB en de Raad van Bestuur en geven een goed zicht op het gevoerde beleid in de eigen instelling. Niet sectorconforme resultaten geven aanleiding tot verder onderzoek en bijsturingsacties (voorbeeld: safe surgery checklist). Het CDB bepaalt thema's, indicatoren en verslagen die extern bekend gemaakt worden via de website van het ziekenhuis en/of het semestrieel informatieblad Van A tot Z. De ziekenhuisleiding wil op deze wijze aantonen werk te maken van kwaliteitsvolle zorgverlening. De instellingsleiding wil leidinggevenden sneller en vlotter toegankelijke beleidsinformatie aanreiken op een eenvoudige manier. Een uitwerking van een dashboard via een rapportgenerator (Forcea) is lopende. <u>Documenten</u> - 122.10a Overzicht beleidsindicatoren CDB - 512.12a jaarverslag preventie ondervoeding 2015 - 512.12b jaarverslag decubitusprevalentiemeting 2015

Auditoren
 	
Score 3
	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.
	
	Ter illustratie enkele bevindingen:
	- Auditoren hebben in het document 'Overzicht Beleidsindicatoren kwaliteit en patiëntveiligheid CDB' een planning ingezien van de administratieve en kwaliteitsindicatoren die opgevolgd zijn door de directie en waarbij volgende punten per indicator aangegeven zijn:
	  - Eigenaar van de indicator;
	  - De frequentie waarmee de indicator besproken wordt op het CDB;
	  - Hoe de indicator aangeleverd wordt;
	  - De datum van de laatste bespreking van de indicator op het CDB;
	  - Of de resultaten interne en/of extern gecommuniceerd worden en aan wie deze resultaten gecommuniceerd worden.
	- In het gesprek met directieleden over datamonitoring hebben de auditoren vernomen dat de voortgang van de labeling op medische apparatuur een specifieke indicator is .
	- De technisch directeur geeft aan dat er diverse technische indicatoren in gebruik zijn, onder andere rond de noodstroomvoorziening.

Rubriek: 216 (wijziging functiepakket)

216.01 **NTA8009:2011**	*De instelling ziet erop toe dat bij wijzigingen in het functiepakket en het zorgaanbod van de instelling de gevolgen hiervan voor de kwaliteit en veiligheid van functies en (zorg)processen in kaart worden gebracht en in de besluitvorming worden betrokken.*
Instelling Score 3	De departementeel directeur en/of de zorgmanager bespreken wijzigingen in het functiepakket of zorgaanbod op voorhand met de betrokken leidinggevende en medisch diensthoofd. De reden van deze wijziging, de wijze waarop deze wijziging tot stand is gebracht alsook de verwachtingen na de wijziging zijn geduid en in overeenstemming gebracht (zie norm 513.05). Voorbeeld: invoering permanentieregeling zorgmanagers. Vooraleer grote wijzigingen in infrastructuur, zorgprocessen, zorgaanbod,… worden aangevat, doet men een beroep op een team experten in eigen huis om een

	prospectieve risico-inventarisatie op te maken. Dit team is aangevuld met de betrokken leidinggevende(n) en medisch diensthoofd (zie norm 514.12). Voorbeelden van PRI's zijn de reorganisatie en desinfectie van flexibele endoscopen en het wijzigen van echografie in plaats van radiologie voor cervicale pijnprocedures. Deze PRI's geven aanleiding tot een aanpassing van het veranderingsproces indien dit de kwaliteit of veiligheid ten goede komt. Het CDB bespreekt eventuele grote aanpassingen in het veranderingsproces. <u>Documenten</u> - 514.12a Procedure Prospectieve risico inventarisatie (PRI) - 514.12b PRI Echografie bij cervicale ingrepen - pijnkliniek
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De 'Procedure prospectieve risico inventarisatie (PRI)' beoogt risico's en gevaren te identificeren, reduceren en beheersen die binnen zorgprocessen kunnen ontstaan bij belangrijke proces en organisatorische veranderingen. - De zorgmanager van de kritieke diensten geeft aan dat bij een recent aangeschafte Cone Beam toestel een PRI is uitgevoerd rekening houdend met apparatuur, bouwkundige en organisatorische aspecten. - De verpleegkundig directeur licht toe dat een PRI is uitgevoerd bij de opstart van het nieuwe dagziekenhuis om de impact van de wijziging in zorgorganisatie in kaart te brengen. Indien er zich risico's zouden voordoen voor de kwaliteit van zorg of voor patiëntveiligheid, dan neemt het CDB hieromtrent beslissingen, aldus auditee.
216.02 **NTA**[8009:2011]	*De instelling ziet erop toe dat bij wijzigingen in het functiepakket en het zorgaanbod van de instelling die gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg in een transmurale keten, overleg wordt gevoerd met de betrokken ketenpartners voordat een definitief besluit wordt genomen.*
Instelling Score 3	Wijzigingen in het functiepakket en het zorgaanbod van de instelling zijn op voorhand besproken met de betrokken netwerkpartners. Er vinden meerdere keren per jaar op initiatief van de hoofdarts en de Medische Raad (MR) vergaderingen plaats met de huisartsenkring Panacea. Op deze vergaderingen komen deze wijzigingen expliciet aan bod (bv. artsen die in dienst komen en uit dienst gaan, nieuwe zorgproces chirurgisch dagziekenhuis,…). Rond 4 thema's zijn er werkgroepen met de huisartsenkring Panacea opgericht (huisartsenwachtpost, ICT, transmurale zorg, opleiding/vorming). Deze werkgroepen trachten in overleg te komen tot een betere afstemming van de zorgverlening over de muren van de instelling heen. Deze besprekingen kunnen aanleiding geven tot bijsturing van zorgprocessen of zorgaanbod die de MR of het CDB verder uitwerkt. De instelling organiseert jaarlijks minstens één overleg met alle woonzorgcentra uit de regio waarmee de instelling een samenwerkingsovereenkomst heeft. Op deze vergadering wordt de samenwerking in het voorbije jaar besproken en worden de plannen voor het volgend jaar toegelicht. De conversie van een klassieke afdeling naar een geriatrische afdeling in december 2015 alsook de aanpassing van het transferdocument zijn voorbeelden die op deze vergadering zijn toegelicht. De instelling participeert actief in een FOD-pilootproject geïntegreerde zorg voor chronisch zieken in de Vlaamse Ardennen waarbij alle eerstelijnszorgverleners betrokken zijn. Het pilootproject kreeg van de overheid groen licht in september 2016 en zit in de conceptualisatiefase. Via een eenvoudige eerste screening (GFI) van een grote doelgroep is een groep gefilterd waarbij een bepaalde mate van zorgbehoefte/kwetsbaarheid aanwezig is, hetzij door de ernst, hetzij door de op dat moment niet optimale zorg. Voor deze groep is vervolgens, op basis van bepaalde

	afkappunten (via BelRAI screener), ofwel een traject van zelfmanagement, ofwel een traject van casemanagement ontwikkeld. Beide trajecten hebben als doel de zorg kwalitatief beter, meer geïntegreerd en meer efficiënt te maken. <u>Documenten</u> - 216.02a Vergaderverslag overleg huisartsenkring Panacea - 216.02b Interesseverklaring pilootproject geïntegreerde zorg Vlaamse Ardennen - 112.02h Vergaderverslag overleg zorginstellingen mei 2016
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Vergaderverslag overleg huisartsenkring Panacea' is een voorbeeld van overdracht van informatie aan huisartsen in het werkgebied van het SEZZ. De gesproken huisartsen bevestigen tijdig en voldoende geïnformeerd te zijn over het beleid en wijzigingen in het zorgaanbod van het SEZZ. - De huisartsen geven aan op de hoogte te zijn van overlegmomenten tussen het SEZZ en woon- en zorgcentra. Het document 'Vergaderverslag overleg zorginstellingen mei 2016' bevestigt voorafgaande. - De directieleden alsook de leden van de Medische Raad geven aan dat beide bestuurlijke organen betrokken zijn in de huidige bespreking over de opgelegde netwerkvorming met andere ziekenhuizen.

3. Management van medewerkers
Rubriek: 311 (werving en behoud)

311.07	*De instelling benut de (geaggregeerde) uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken, jaargesprekken, verzuimregistratie, registratie van incidenten en risico-inventarisaties bij het actualiseren van het (strategische) personeelsbeleid en veiligheidsbeleid.*
Instelling Score 3	Voor wat betreft de grote krachtlijnen in verband met het personeelsbeleid en veiligheidsbeleid is het CDB verantwoordelijk. Het CDB is verder verantwoording verschuldigd aan de Raad van Bestuur (onder meer voor de budgettaire implicaties van zijn beleid), en moet eveneens in zijn beleid rekening houden met wettelijke verplichtingen aangaande rapportering en adviesaanvraag aan respectievelijk de Ondernemingsraad en Medische Raad. Bij de vormgeving van het personeels- en veiligheidsbeleid laat het CDB zich leiden door tal van metingen en registraties, waaronder de uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken, jaargesprekken, verzuimregistratie, registratie van incidenten en risico-inventarisaties. Uitgaande van het meest recent uitgevoerde medewerkerstevredenheidsonderzoek (juni-juli 2016) zijn reeds verschillende concrete correcties aan het personeelsbeleid doorgevoerd (versterken van de bestaffing van de mobiele equipe, verminderen van het totaal aantal te presteren werkuren op de werkvloer zodanig dat de tijd die besteed wordt aan bijscholing realistischer begroot wordt,…) Jaargesprekken zijn sedert juli 2016 opgestart. Dit hiërarchisch gebeuren waarbij elke medewerker met zijn onmiddellijk leidinggevende een face-to-face gesprek heeft laat toe dat waardevolle informatie tot op directieniveau terecht komt. Uitgaande van de verzuimcijfers heeft de personeelsdienst een aangepaste procedure opgesteld omtrent de wijze waarop met verzuim omgegaan wordt. Incidentmeldingen met betrekking op de veiligheid van medewerkers gaven aanleiding tot bijschaven van het agressiebeleid in het ziekenhuis (zie norm 323.12) met onder meer vorming van een A-team en opleidingen op risicovolle diensten. Aangifte van arbeidsongevallen waaronder prikongevallen, wordt driemaandelijks op het CDB besproken, alsook op het CPBW, welke beiden beslissingen kunnen nemen of er actie dient genomen te worden. De prospectieve risico inventarisatie tenslotte laat toe bij verandering van zorgprocessen of bij verhuis/verbouwing de weerslag op de personeelsbezetting te becijferen en desgevallend deze aan te passen (bv. verhuis dagziekenhuis; openen behandelzaal 1 op dagziekenhuis). Het benutten van al deze uitkomsten en de daaropvolgende aanpassing van personeels- en veiligheidsbeleid wordt op departementaal niveau gecommuniceerd aan de medewerkers en afdelingen en kan desgevallend geïncorporeerd worden in jaaractieplannen, dienst- of departementsgebonden beleidsplannen. <u>Documenten</u> - 311.07a Uittreksels vergaderverslagen CDB - 322.03a Visietekst aanwezigheidsbeleid - 322.03b Procedure aanwezigheidsbeleid
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document ‘Uittreksels vergaderverslagen CDB’ bevestigt dat de leden van de directie resultaten van metingen en registraties inzake het personeelsbeleid hebben

	gebruikt om wijzigen in het personeelsbeleid door te voeren. Voorbeelden hiervan zijn onder andere wijzigingen in het aanwezigheidsbeleid, arbeidsongevallenbeleid en het beleid inzake personeelsverloop. Auditoren hebben voorafgaande bevestigd gezien in het document 'Jaaractieplan dienst preventie en milieu', waarin de registraties van de arbeidsongevallen zijn opgenomen. - De leden van de directie geven aan dat ze beschikken over informatie en cijfergegevens inzake het personeelsbeleid, die binnen de directie met een welbepaalde regelmaat besproken zijn en van waaruit verbeterprojecten zijn opgestart. Meerdere cijfergegevens inzake het personeelsbeleid komen volgens auditees aan bod op de Raad van Bestuur, de departementele hoofdenvergadering en de ondernemingsraad. De verpleegkundig directeur geeft aan dat specifieke cijfergegevens inzake het personeelsbeleid per afdeling meegenomen zijn in het opstellen van de afdelingsbeleidsplannen. De leden van de ondernemingsraad en meerdere hoofdverpleegkundigen bevestigen dit. - Het houden van functioneringsgesprekken is sinds medio 2016 opgezet. Alle gesproken medewerkers geven aan een functioneringsgesprek te hebben gehad , op één na. De dienst human resources (HR) volgt het beleid inzake functioneringsgesprek op, aldus de manager HR. - De procedure aanwezigheidsbeleid, zoals ze beschreven staat in het ZER , is geborgd in de organisatie. Dit hebben de auditoren bevestigd gezien in gesprekken onder andere met de vertrouwenspersoon, de leden van het comité voor preventie en bescherming op het werk (CPWB) en de schoonmaaksters.
311.08 **NTA8009:2011**	*De instelling heeft vastgelegd hoe de werving en selectie van medewerkers plaatsvindt, met in het bijzonder aandacht voor de werving van leidinggevenden en medisch specialisten.*
Instelling Score 3	Uit het leiderschapstraject in 2016 is gebleken dat de direct leidinggevenden te weinig betrokken waren bij de werving en selectie van medewerkers op hun afdeling. Daarom is in juli 2016 de procedure werving en selectie aangepast in overleg met hoofdverpleegkundigen, zorgmanagers, verpleegkundig directeur en departement Human Resources. <u>Leidinggevenden</u> Het beheer van werving en selectie gebeurt centraal door het departement Human Resources, cel Werving & Selectie. Deze cel is samen met de betrokken leidinggevenden en departementeel directeurs in het proces verantwoordelijk voor het beheer van vacature, sollicitanten en de opvolging van de kandidaten. Afhankelijk van het type / niveau van medewerker zijn verschillende partijen betrokken bij het sollicitatiegesprek, dit ligt vast in de werving en selectiematrix, deze is terug te vinden in de procedure werving en selectie medewerker, artikel 1.2. Men maakt concreet een onderscheid tussen volgende categorieën van medewerkers: medewerker, medewerker knelpunt, stafmedewerker, lagerkader, middenkader, directiekader, algemeen directeur. <u>Medewerker</u> Deze procedure is geldig voor iedere medewerker die aangeworven is met een arbeidsovereenkomst, ongeacht het statuut of de duurtijd van de overeenkomst (bepaalde/ onbepaalde duur/ vervanging/…) en is van toepassing over de verschillende departementen heen. Zoals beschreven in de werving en selectiematrix nemen verschillende partijen deel aan het sollicitatieproces afhankelijk van de hiërarchische positie van de medewerker. Alle informatie hieromtrent is raadpleegbaar in de procedure werving en selectie medewerker, artikel1.2. Afhankelijk van het type / niveau van medewerker zijn verschillende partijen betrokken bij het sollicitatiegesprek, dit ligt vast in de werving en selectiematrix, deze is terug te vinden in de procedure werving en selectie medewerker, artikel 1.2.

	<u>Medisch specialisten</u> De aanwerving van medisch specialisten kan op diverse wijzen plaats vinden. Wettelijk gezien bepaalt de Raad van Bestuur het medisch kader en kan deze dus een plaats voor een medische specialist vacant verklaren of suggereren, waarna de Raad van Bestuur via de algemeen directeur – dagelijks bestuurder of hoofdarts in overleg zal treden met de betrokken medische dienst / discipline en/of Medische Raad. Meestal is er evenwel een vraag uitgaande van een medische dienst / discipline tot uitbreiding of vervanging van het medisch kader van hun dienst / discipline. De dienst zelf ziet verschillende kandidaten en maakt een voorstel aan de Raad van Bestuur over. De hoofdarts controleert of de verschillende kandidaten beschikken over de noodzakelijke wettelijke en wetenschappelijke erkenningen. Deze informatie, alsook de CV's van de kandidaten, alsook de voorkeur van de medische dienst/discipline worden aan de Raad van Bestuur voorgelegd, die vervolgens over zijn decisie een advies vraagt aan de Medische Raad. Na uiteindelijk advies van de Medische Raad zal de Raad van Bestuur een kandidaat benoemen. De benoeming geschiedt voor één jaar op proef, waarna deze voor onbepaalde duur verlengd wordt. Totnogtoe geschiedt deze definitieve benoeming stilzwijgend. In de nieuwe algemene regeling gaat een evaluatie door de hoofdarts, en rapportering aan de Raad van Bestuur hieraan vooraf. Zes maanden na aanvang van de medische activiteit van de benoemde ziekenhuisarts vindt een eerste evaluatiegesprek met de hoofdarts plaats en na 12 maanden een tweede. <u>Documenten</u> - 311.08a Procedure Werving en selectie medewerkers - 311.08b Procedure Sollicitatiegesprekken medisch specialisten: ter inzage tijdens de audit - 311.08c Document Stagiairs – prestagiairs – externe artsen - 311.08d Vergaderverslag Raad van Bestuur 1 februari 2016
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Procedure Werving en selectie medewerkers' legt vast hoe de werving en selectie van medewerkers plaatsvindt, met vermelding van de werving van leidinggevenden. - Het document 'Werving en selectie medisch specialisten' is ingezien door de auditoren en legt vast hoe een vacature voor een medisch specialist tot stand komt en hoe het selectieproces gebeurt in samenwerking tussen de Raad van bestuur, de Medische raad en de hoofdarts. Tevens geeft dit document weer wat de te ondernemen stappen zijn na het selecteren van een kandidaat medisch specialist. - De leden van de directie lichten toe dat het voorstel voor het aanwerven van een bijkomende medisch specialist in een maatschap, steeds komt vanuit het maatschap zelf. Het wervings- en selectieproces van de vacatures voor een medisch specialist loopt via de Raad van Bestuur en via de Medische Raad, aldus auditees. De hoofdarts neemt het op zich om referenties van de kandidaten medisch specialist na te gaan. - Uit het gesprek met de medewerker die verantwoordelijk is voor werving en selectie, blijkt dat alle handelingen rondom de werving en selectie van artsen plaatsvinden onder regie van de hoofdarts. - Het SEZZ beschikt over een dienst werving en selectie die het proces van werving en selectie bewaken aan de hand van checklists. Auditoren hebben vastgesteld dat een checklist is opgesteld voor de sollicitatiegesprekken, op maat van de aan te werven functie. - Meerdere hoofdverpleegkundigen zeggen betrokken te zijn bij het invullen van een vacature voor een medewerkers op de eigen afdeling alsook bij de sollicitatiegesprekken zelf.

311.09 **NTA**[8009:2011]	*De instelling controleert per individuele medewerker en medisch specialist de geldigheid van de benodigde diploma's en de actualiteit van de vereiste inschrijving in één of meer beroepsregisters (NL) / RIZIV-registratie/erkenning (B).*
Instelling Score 3	<u>Individuele medewerker:</u> Voor opstart van de kandidaat maakt de personeelsdienst de nodige afspraken met betrekking tot het inplannen van een eventueel kennismakingsgesprek en opvolging van de administratieve formaliteiten. Voorafgaand aan de contractondertekening valideert de personeelsdienst de aanwezigheid van de benodigde diploma's, beroepstitels en erkenningen, de kandidaat brengt dit uiterlijk bij zijn tweede selectiegesprek mee. Een kopie van deze documenten is beschikbaar in het personeelsdossier van de medewerker (bewaard op de personeelsdienst). <u>Diploma's met visumnummer</u>: Bij de aanwerving van de medewerker vult de personeelsdienst het visumnummer in de database van het sociaal secretariaat in. Het visumnummer is terug te vinden op het diploma van de betrokken medewerker. Medewerkers waarvoor een diploma met visumnummer uitgereikt wordt, moeten dit voorleggen alvorens zij het werk aanvatten. Op de site van de federale overheidsdienst volksgezondheid, voedselketen en leefmilieu zijn de lijsten van de verpleegkundigen / zorgkundigen die over een visum beschikken consulteerbaar. http://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/verpleegkundigen-zorgkundigen/zorgkundigen http://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/verpleegkundigen-zorgkundigen/verpleegkundigen Voor <u>zelfstandige beroepen</u> zijn naast het diploma ook nog andere noodzakelijke documenten opgevraagd en bijgehouden in het personeelsdossier. A.d.h.v. een checklist houdt men bij of alle documenten beschikbaar zijn in de instelling. <u>Medisch specialist</u> Voor de medisch specialisten gebeurt de controle van de benodigde erkenningen en diploma's alsook de RIZIV-registratie door de hoofdarts. Het directiesecretariaat bewaart onder toezicht van de hoofdarts, een kopie van deze documenten. <u>Documenten</u> - 311.09a Individuele map ziekenhuisartsen (contracten, kopij diploma en erkenningen): ter inzage tijdens de audit
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Uit gesprekken is gebleken dat de hoofdarts de diploma´s controleert tijdens de selectieprocedure van een nieuwe medische specialist. - De medewerker die verantwoordelijk is voor werving en selectie zegt de diploma's van de kandidaten nieuwe medewerkers te bevragen tijdens de wervings- en selectieprocedure. - Voor het inzetten van interimarissen in een overeenkomst tussen ziekenhuis en het desbetreffende uitzendbureau vastgelegd waarin is bepaald dat de interimaris over het vereist diploma beschikt en dat de echtheid van het diploma door het uitzend-bureau is gecheckt, aldus een auditee. - In het gesprek met de manager HR blijkt dat kopies van diploma's van medewerkers zijn opgevraagd en bewaard zijn in het personeelsdossier.

311.10	*De instelling heeft afspraken voor de inzet van uitzendkrachten, stagiaires, co-assistenten en vrijwilligers in de (zorg)processen.*
Instelling Score 3	<u>Uitzendkrachten</u> De instelling beschikt over een mobiele equipe die in eerste instantie wordt ingezet bij tekorten of werkvermeerdering. Enkel indien deze pool uitgeput is, wordt een beroep gedaan op uitzendkrachten. De zorgmanagers geven schriftelijk door aan de dienst HR op welke afdeling er een tekort is en het profiel van uitzendkracht bv. ervaring spoed, OK, Intensieve Zorgen,.. De dienst HR communiceert met het uitzendkantoor. De afspraken over de inzet van uitzendkrachten in de organisatie zijn vastgelegd in de “Procedure interim”. De voorkeur van invulling gaat uit naar eigen medewerkers die bijwerken via uitzendarbeid en naar invulling van uitzendkrachten voor langdurige opdrachten. De communicatie van HR naar de zorgmanagers en afdelingen omtrent de invullingen gebeurt via het document “Planning interim” welke op intranet terug te vinden is. De uitzendkrachten werken steeds onder toezicht van een verpleegkundige van de afdeling waar ze tewerkgesteld zijn. Na een eerste contract vragen de zorgmanagers de hoofdverpleegkundigen of vervangend hoofdverpleegkundigen naar feedback over de inzet. De uitzendkantoren zijn steeds op de hoogte van negatieve feedback. Uitzendkrachten die negatieve feedback hebben gekregen worden niet meer ingezet. De uitzendkrachten zijn op de hoogte gebracht van de afspraken binnen de instelling aan de hand van de ‘Onthaalbrochure interim”, ontworpen door HR, en aan de uitzendkrachten via de uitzendkantoren bezorgd. De uitzendkrachten tekenen bij hun uitzendkantoor ook het document “Afspraken interim binnen SEZZ” waar de belangrijkste afspraken opgesomd staan. Opdat de uitzendkrachten geïnformeerd zijn over de risico’s van de werkplek tekenen ze bij het uitzendkantoor ook de werkpostfiche. Deze worden daar bewaard. <u>Stagiairs</u> Stagiairs krijgen tijdens het onthaal op de eerste stagedag een voorstelling van de instelling a.d.h.v. de powerpoint “Scholenpresentatie” gegeven door vormingscoördinatoren. De onthaalbrochure stagiair is beschikbaar via de jobsite, en HR verspreidt deze ook naar de scholen. De onthaalbrochure vermeldt afspraken binnen de instelling en ook de belangrijkste preventiemaatregelen. Per afdeling is een draaiboek aanwezig dat de afdelingsspecifieke informatie bevat: voorstelling van de afdeling – profiel van de patiënten – multidisciplinair team – organisatie van een werkdag – verwachtingen van de stagiair. De instelling heeft vormingscoördinatoren aangesteld die elke week op de afdeling langskomen voor de opvolging van de stage in de zorg. Op iedere afdeling is een stagementor die de stagiairs begeleiden in hun stage-opdracht. De stagiairs ontvangen via hun school, of op vraag op de personeelsdienst een risicoanalyse en werkpostfiche. De stagiairs gaan akkoord met de informatie uit de onthaalbrochure door het tekenen van het document ‘Onthaalformulier stagiairs’. Alle stagiairs werken onder toezicht van een verpleegkundige/medewerker van de afdeling.

	<u>Vrijwilligers</u> Momenteel worden er geen vrijwilligers ingezet. Het is de bedoeling om in de loop van 2017 te starten met de vrijwilligers, nl. aan het onthaal voor begeleiding van patiënten en in beperkte mate voor maaltijdenondersteuning op de diensten Geriatrie en revalidatie (Sp-dienst) in de dagzaal onder rechtstreeks toezicht van een zorgmedewerker van de afdeling. Afspraken omtrent de inzet van vrijwilligers zijn in voorbereiding. <u>Arts - stagiairs en ASO's (arts-specialisten in opleiding)</u> De brochure voor ASO's en stagiair artsen beschrijft de afspraken die in de instelling gelden. De hoofdarts ontmoet de arts-stagiairs en ASO's bij aanvang van hun stage/opleiding, beschrijft de afspraken en laat een overeenkomst handtekenen. <u>Onthaalbrochures</u> Dienst HR reviseert minstens éénmaal per jaar alle onthaalbrochures. <u>Documenten</u> - 311.10a Procedure Interim - 311.10b Onthaalbrochure interim - 311.10c Afspraken interim binnen SEZZ - 311.10d Feedback interims: ter inzage tijdens de audit - 311.10e Scholenpresentatie 2015 - 311.10f Onthaalbrochure stagiair - 311.10g Procedure Vrijwilligers - 311.10h Onthaalbrochure geneesheer-stagiair
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Procedure Interim' bevat afspraken bij structurele of acute personeelstekorten alsook het verloop van de eerste dag van een interimaris. - De 'Onthaalbrochure interim' en het document 'Onthaalbrochure geneesheer-stagiair' geven duiding over onder andere het ontstaan van het ziekenhuis, het organogram, het dragen van beroepskledij, welzijn op het werk en algemene afspraken binnen het SEZZ. - Auditoren hebben op meerdere afdelingen vernomen dat interimarissen een onthaalbrochure hebben ontvangen bij aanvang van de interimopdracht. - Het inwerken van interimarissen gebeurt op de afdelingen zelf aan de hand van inwerkprogramma's die ook gebruikt zijn voor nieuwe medewerkers, aldus de verpleegkundig directeur. Auditoren hebben dit bevestigd gekregen op meerdere afdelingen. - Auditoren hebben twee stagiaires verpleegkunde gesproken die bevestigen dat ze een onthaalbrochure hebben ontvangen en op de afdeling zelf informatie hebben gekregen op de eerste dag van hun stage. - Uit het gesprek met een medewerker van de dienst HR blijkt dat bij onthaalbijeenkomsten arts-assistenten niet steeds aanwezig zijn. De hoofdarts geeft aan dat het niet steeds mogelijk is omwille van bijvoorbeeld het operatieprogramma om arts-assistenten te laten deelnemen aan een algemene onthaalbijeenkomst voor nieuwe medewerkers. Volgens de hoofdarts gebeurt de inwerking van arts-assistenten door de artsen van het maatschap zelf en neemt hij de toelichting van de algemene beleidsinfo op zich.
311.11	*De instelling heeft een systeem om het personeelsverloop te registreren en de ontwikkelingen daarin te volgen.*
Instelling	De instelling volgt het personeelsverloop binnen de organisatie maandelijks op. De cijfers zijn aangeleverd door de personeelsdienst en besproken in het CDB.

Score 3	Het personeelsverloop komt meerdere keren aan bod in de ondernemingsraad. Per trimester is er toelichting van de evoluties van de in- en uitdiensttredingen en ter gelegenheid van de bespreking van de jaarlijkse activiteit is er een meer gedetailleerde toelichting het personeelsverloop aan de hand van de sociale balans die als bijlage bij de jaarrekening gevoegd is. Opvallende evoluties geven aanleiding tot verdere analyse en bijsturingen in het personeelsbeleid. Voorbeeld: na vaststelling dat de uitstroom van medewerkers mogelijk te maken had met het onzorgvuldig selecteren van nieuwe medewerkers is het decentraal organiseren van werving- en selectiegesprekken stopgezet en is een dienst werving en selectie binnen de dienst HR aangesteld. Leidinggevenden gaan na bij medewerkers die aangegeven hebben de organisatie te verlaten, wat de drijfveren en de mogelijke oorzaken van dit vertrek zijn. Voor elke aanwerving, verlenging of beëindiging van een overeenkomst met een medewerker maakt de departementeel directeur een meldingsfiche op ten behoeve van de HR-dienst. <u>Documenten</u> - 311.11a Betaaleffectief januari - september 2016 - 311.11b Rapportering OR-statistiek september 2016 - 311.11c Melding aanwerving - 311.11d Sociale balans 2015
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De auditoren hebben in de aangeleverde documenten vastgesteld dat het SEZZ beschikt over een systeem om het personeelsverloop te registreren en de ontwikkelingen daarvan opvolgt. De opvolging van ontwikkelingen in het personeelsverloop gebeurt door bespreking op directieniveau en rapportering in de ondernemingsraad, conform de vigerende wet- en regelgeving inzake de opdrachten van de ondernemingsraad. - In het gesprek met de manager HR en met de medewerker verantwoordelijk voor werving en selectie vernemen de auditoren dat het SEZZ de informatie inzake tot retentiebeleid opvolgt en bijstuurt. - Auditoren hebben van de leden van de ondernemingsraad vernomen dat de directie cijfers inzake het verloop van medewerkers aan hen bezorgt op kwartaalbasis. Deze cijfers zijn geagendeerd op de volgende ondernemingsraad, aldus auditees.

Rubriek: 312 (afstemming)

312.04 **NTA**[8009:2011]	*De instellingsleiding ziet erop toe dat de competenties en bevoegdheden van de medewerkers aansluiten bij de door hen te verrichten taken.*
Instelling Score 3	Om de aansluiting van competenties en bevoegdheden te verzekeren worden functieprofielen met takenpakket en vereiste competenties opgesteld. Deze competenties zijn organisatie-, dienst- en persoonsgebonden. De organisatiegebonden kerncompetenties zijn vastgelegd. Deze waarden zijn diepgewortelde overtuigingen die aangeven aan welke kwaliteiten gedrag moet voldoen. Voor de instelling zijn volgende waarden gedefinieerd: deskundig en professioneel, integer en respectvol, patiëntgericht en patiëntvriendelijk, zin voor initiatief en samenwerking. Bij de aanwerving van een nieuwe medewerkers worden deze getoetst in het aanwervingsproces.

	Voor nieuwe medewerkers is een inscholingsprogramma/opleidingsschema uitgewerkt aangepast aan de afdeling. Bij nieuwe medewerkers in de zorg worden aan de hand van een evaluatiedocument de competenties en vaardigheden beoordeeld door de direct leidinggevenden. Dit gebeurt op vast afgesproken tijdstippen tijdens het inscholingstraject. Tijdens de jaarlijkse functioneringsgesprekken komen competenties, vaardigheden en bevoegdheden aan bod waarbij ook vormingsnoden besproken worden. De opvolging van de beroepstitels en het behoud ervan wordt decentraal geregeld. Dit wordt door de direct leidinggevende van de afdeling opgevolgd. Het diploma van bijzondere beroepstitels wordt centraal bewaard in het personeelsdossier van de betrokken medewerker. Het behoud van de beroepstitels is tevens een verantwoordelijkheid van de betrokken medewerker die in overleg met zijn/ haar direct leidinggevende de voorwaarden van behoud ervan opvolgt. Betreffende de ziekenhuisartsen, ziet de hoofdarts toe of nieuwe artsen beschikken over de vereiste diploma's en specialisatie-erkenningen waarvoor ze aangenomen zijn. Hij ziet er eveneens op toe dat ingeval nieuwe processen, toestellen of apparatuur in gebruik komen, de nodige opleiding en competentie aanwezig is. <u>Documenten</u> - 312.04a Evaluatieformulier verpleegkundigen - 321.05c Opleidingsschema verpleegkundigen
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Evaluatieformulier verpleegkundigen' bevat een lijst van leeropdrachten voor verpleegkundigen die verpleegkundigen tijdens hun inwerkperiode dienen aan te leren. - Het 'Opleidingsschema verpleegkundigen' somt de afspraken op inzake de tijdstippen wanneer de technische competenties en bevoegdheden getoetst worden. - In het gesprek met de vertegenwoordigers van het comité infectiepreventie hebben auditoren vernomen dat er een vijf daagse opleiding is voorzien voor de referentiepersonen ziekenhuishygiëne. Dit is bevestigd door de hoofdverpleegkundige van de polikliniek, tevens zelf referentiepersoon ziekenhuishygiëne. - De zorgmanager oncologie geeft aan dat bij in gebruik name van een nieuw soort spuitpompen op het dagziekenhuis oncologie, de verpleegkundigen een scholing hebben gekregen, met een aanwezigheidsattest van deelname die in hun personeelsdossier is bewaard, aldus auditee. - De arts en verpleegkundigen van de afdelingen geriatrie, cardiologie en van het pijncentrum geven aan dat hun competenties en bevoegdheden bespreekbaar zijn tijdens de functioneringsgesprekken. Voor de referentieverpleegkundige pijn is een specifiek functieprofiel uitgewerkt door het algologisch team, aldus auditees. - De auditoren hebben vernomen van de pneumoloog, cardiologen en plaatsvervangend hoofdverpleegkundige van de afdeling cardiologie-pulmonologie dat bij in gebruikname van nieuwe toestellen, voorafgaand aan de ingebruikname een opleiding is gegeven en dat een manual aanwezig is bij het toestel. - In het gesprek met de medewerker verantwoordelijk voor werving en selectie blijkt dat tijdens het proces van werving en selectie voor bepaalde functies, kandidaten gevraagd zijn testen te doen om competenties te beoordelen. - De bevraagde schoonmaaksters geven aan dat hun leidinggevende er over waakt dat de medewerkers voldoende ingeschoold zijn inzake rugsparend werken.

312.05	*Binnen de werkeenheden is op afgesproken momenten werkoverleg waarin alle relevante onderwerpen met betrekking tot het werk in alle openheid aan de orde kunnen komen.*
Instelling Score 3	Werkeenheden binnen het verpleegkundig en paramedisch departement organiseren minstens 3 dienstvergaderingen per jaar. Terugkerende onderwerpen op dit overleg zijn voorstelling resultaten van veiligheidsrondes (VERO), overlopen van de bevindingen van de interne audits op de afdeling, bespreken van dienst specifieke items zoals jaaractieplannen en dienstgebonden afspraken (zoals vervangingen, verlofaanvragen, uurroosters). Onder de noemer varia kan de medewerker zelf suggesties doen die kunnen besproken worden. Er is een schriftelijk verslag opgemaakt. De facilitaire werkeenheden organiseren elke morgen een werkoverleg, een verslag wordt bijgehouden in Facility Management Informatie Systeem (FMIS) Ultimo. Daarnaast zijn er minstens twee dienstvergaderingen per jaar georganiseerd. Voor de dienst schoonmaak zijn minstens drie werkoverlegmomenten per jaar georganiseerd. De inhoud van deze overlegmomenten zijn gesteund op een paar pijlers. Ergonomie, ziekenhuishygiëne en schoonmaak, toepassen van nieuwe technieken/producten alsook dienstspecifieke items m.b.t. organisatie en werking. Daarnaast is er de mogelijkheid van de medewerker om eigen agendapunten te agenderen. Er is een verslag beschikbaar van elk overleg. De werkeenheden administratie, inschrijving, opname en onthaal organiseren minstens twee dienstvergaderingen per jaar. <u>Documenten</u> - 312.05a Vergaderverslag dienstvergadering - afdeling Sp
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document ‘Vergaderverslag dienstvergadering - afdeling Sp’ bevestigt dat relevante onderwerpen met betrekking tot het werk besproken zijn op een dienstvergadering, zoals de resultaten van interne audits, veiligheidsrondes en functioneringsgesprekken. - In het gesprek met de hoofdvroedvrouw en het medisch diensthoofd gynaecologie hebben auditoren vernomen dat gestructureerd overleg plaats vindt tussen deze twee personen. - Op de afdeling pediatrie hebben de auditoren een verslag ingezien van een overleg tussen het medisch diensthoofd en de hoofdverpleegkundige. - De hoofdverpleegkundigen, artsen en verpleegkundigen van de afdelingen geriatrie en cardiologie geven aan dat werkoverleg minstens tweemaal per jaar plaatsvindt op hun afdelingen met een op voorhand bekendgemaakte agenda. Auditees geven aan dat op een werkoverleg standaard referentieverpleegkundigen aan het woord komen en dat de arts uitleg geeft bij aanpassingen aan de zorginhoud van de afdeling. Ook de zorgmanager is aanwezig op een werkoverleg, aldus de auditees. - De schoonmaaksters lichten toe dat vier maal per jaar teamvergaderingen plaatsvinden voor de medewerkers van de schoonmaakdienst. Aanwezigheden zijn bijgehouden en de afwezigen krijgen van de leidinggevende uitleg over de besproken agendapunten, aldus auditees.

Rubriek: 313 (werkomgeving)

313.05	*De instelling heeft vastgelegd hoe de preventie, signalering, analyse en registratie van gezondheids- en veiligheidsincidenten en risico's die betrekking hebben op de medewerkers plaatsvinden.*
Instelling Score 3	In de beleidsrichtlijn "Preventiebeleid" is vastgelegd hoe de instelling een actief welzijnsbeleid voert. De praktische uitwerking is vastgelegd in een globaal preventieplan (5 jaar) en een jaaractieplan. <u>Preventie</u> De preventiedienst voert jaarlijks een compliance audit uit. Deze audit legt vast hoe de organisatie voldoet aan de vigerende welzijnswetgeving en in welke mate het welzijnsbeleid (globaal preventieplan en jaaractieplan) moet worden bijgestuurd. De preventiedienst voert i.s.m. de Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk (EDPBW) en de arbeidsgeneesheer preventieve risicoanalyses en/of veiligheidsrondgangen uit. De preventiedienst volgt ook de wettelijk verplichte controles op. In het maandverslag van de dienst preventie en milieu is geregistreerd aan welke zaken de voorbije maand is gewerkt. Deze verslagen zijn voor iedereen beschikbaar op het intranet en zijn een vast maandelijks agendapunt op het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW). De werking en taken van het CPBW zijn vastgelegd in het huishoudelijk reglement. De afgesproken acties in het CPBW zijn geregistreerd in een actielijst die voor iedereen beschikbaar is op het intranet. <u>Signalering en registratie</u> De signalering en registratie van incidenten gebeurt in iProva. De signalering en registratie voor gevaren of problemen van technische aard gebeuren in Ultimo. Voor ernstig en onmiddellijk gevaar zijn noodnummers beschikbaar. <u>Analyse</u> Wekelijks evalueert de kerngroep incidentmeldingen de binnengekomen meldingen en definieert acties. Per kwartaal maakt de preventiedienst analyses op i.v.m. arbeidsongevallen, prikaccidenten en accidenteel bloedcontact. Deze analyses worden besproken in het CPBW en CDB. Uit de analyse van arbeidsongevallen en prikongevallen van 2015 en 2016 is gebleken dat er extra maatregelen nodig zijn. Deze extra maatregelen zijn vastgelegd in het jaaractieplan 2017 (= bijsturing beleid). <u>Documenten</u> - 313.05a Preventiebeleid - 313.05b Compliance audit SEZZ = GPP - 313.05c Jaaractieplan 2017 dienst preventie en milieu - 313.05d Maandverslag dienst preventie en milieu juli 2016 - 313.05e Huishoudelijk reglement CPBW - 313.05f Actielijst CPBW - 313.05g Analyse arbeidsongevallen 2015 - 313.05h Analyse prikongevallen 2015

Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De aangeleverde documenten beschrijven en bevestigen de uitvoering van de benoemde acties in het ZER voor dit normelement. Uit deze documenten blijkt onder andere dat medewerkers incidenten melden en dat uitkomsten en verbeteracties vanuit compliance audits zijn opgemaakt en gemonitord. In gesprek met de preventieadviseur hebben de auditoren de toepassing van de benoemde acties toegelicht gekregen. - Op de afdeling pediatrie hebben de auditoren vastgesteld dat resultaten van een veiligheidsronde gebruikt zijn voor verbetermaatregelen en dat de voortgang is bewaakt. - In het gesprek met vertegenwoordigers van het CPWB zijn sensibiliseringsacties toegelicht aan de auditoren. Met sensibiliseringsacties beoogt het CPBW de bewustwording van de risico's van het eigen handelen te verhogen. Een voorbeeld van een sensibiliseringsactie is de prikegel, een pop die aanwezig is op de afdeling met het hoogste aantal prikongevallen. Andere voorbeelden van sensibilisering zijn kaarten in toiletten rond agressie, brand en griep. - Uit het gesprek met twee schoonmaaksters hebben de auditoren vastgesteld dat vorming en training is doorgegaan rond rug-sparend werken. Er zijn verplichte opleidingen georganiseerd vanuit het hef en til team voor alle schoonmaaksters, aldus auditees.
313.06 **NTA8009:2011**	*Medewerkers zijn zich bewust van het risicovolle karakter van hun handelen en leveren een actieve bijdrage aan de veiligheid van de eigen werkplek.*
Instelling Score 3	In de beleidsrichtlijn "Preventiebeleid" is vastgelegd hoe de instelling opleiding en sensibilisering i.v.m. welzijn op het werk en veiligheid organiseert. <u>Onthaal</u> Voor nieuwe werknemers is een onthaalmap ontwikkeld. Hierin is een luik 'Welzijn' aanwezig waarin de belangrijkste zaken i.v.m. veiligheid en welzijn opgenomen zijn. De aan een medewerker toegewezen contactpersoon van de personeelsdienst overloopt de onthaalmap samen met de nieuwe medewerker bij ondertekenen van het contract. Elk kwartaal organiseert de personeelsdienst een onthaaldag voor nieuwe medewerkers waarin verscheidene onderwerpen aan bod komen. De registratie van de opleidingen gebeurt bij de personeelsdienst. <u>Sensibilisering</u> De preventiedienst organiseert m.b.v. de mascottes (Kwibus en Prikkie) op regelmatige basis sensibiliseringsacties over verschillende onderwerpen, prikongevallen, brand, agressie… <u>Melden van gevaarlijke situaties</u> Op intranet zijn twee modules beschikbaar voor het melden van incidenten en gevaarlijke situaties: 1) iProva voor agressie en veiligheid gerelateerde incidenten 2) Ultimo voor gevaarlijke situaties van technische aard Ernstig gevaar (brand, elektriciteitspanne, bommelding,…) melden medewerkers via de noodnummers. <u>Opvolging</u> De preventiedienst maakt analyses van incidenten, arbeidsongevallen, prikaccidenten,… en koppelt terug naar het slachtoffer en de hiërarchische lijn.

	Documenten - 313.05a Preventiebeleid - 313.06a Onthaalmap - Welzijn - 313.06b 'Kwibus brandprocedure' - 313.06c 'Kwibus agressie'
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De aangeleverde documenten laten zien dat de instelling beschikt over verschillende methodes om medewerkers bewust te maken van risico's bij het uitoefenen van hun job, alsook kanalen voorziet om proactief risico's in te schatten en preventieve maatregelen te nemen. - Auditoren hebben van de preventieadviseur vernomen dat medewerkers onveilige situaties melden van waaruit verbeteracties en sensibiliseringsacties ontstaan. - Medewerkers hebben de mogelijkheid om zelf onveilige situaties of incidenten met betrekking tot technische aangelegenheden te melden. De technisch directeur heeft de wijze gedemonstreerd waarop Ultimo gebruikt is door medewerkers van de verpleegafdelingen en van de technische dienst voor het melden en analyseren van technische incidenten. Vanuit deze incidentenanalyse komen verbeteracties voort, aldus auditee. - Het jaaractiebeleidsplan van de schoonmaakdienst is ingezien door de auditoren. In dit document zijn thema's terug te vinden zoals veilige gebruik van chemische agentia door schoonmaaksters alsook het organiseren van opleiding rond veilig en ergonomisch werken. - Een geauditeerde schoonmaakster geeft aan dat ze melding heeft gemaakt van het feit dat de persoon die haar vervangt, niet steeds op de hoogte is van de specifieke taken en risico's van het schoonmaakwerk op de afdeling. Vanuit deze melding is volgens deze auditee een verbeterproject opgezet om vervangingen in de schoonmaak toe te wijzen aan clusters van specifieke opgeleide collega's.
313.07	*De instelling beschikt over een geldende risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) met een daarbij behorend plan van aanpak.*
Instelling Score 3	In de beleidsrichtlijn "Preventiebeleid" is vastgelegd hoe de instelling de risicoanalyses uitvoert. <u>Op organisatieniveau</u> De preventiedienst voert jaarlijks een compliance audit uit. Deze audit legt vast hoe de organisatie voldoet aan de vigerende welzijnswetgeving en in welke mate het welzijnsbeleid moet worden bijgestuurd. De directie en de preventiedienst definiëren de nodige acties, middelen en eigenaars. Deze zijn vastgelegd in een lange termijn plan over 5 jaar (globaal preventieplan) en concreet uitgewerkt in een jaaractieplan. Deze zijn jaarlijks besproken op het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW). <u>Op werkpostniveau</u> De preventiedienst voert samen met de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk (EDPBW) risicoanalyses uit per dienst. Deze zijn voor alle diensten beschikbaar. De preventiedienst bespreekt de resultaten met de hiërarchische lijn en bepalen samen de acties. Deze resultaten en acties zijn besproken op het CPBW. De preventiedienst en hiërarchische lijn evalueren deze risicoanalyses periodiek (3 jaarlijks). Bij ingrijpende veranderingen (verbouwing, verhuis,…) wordt de risicoanalyse vlugger geëvalueerd. <u>Op individueel niveau</u>

	De preventiedienst en de EDPBW en arbeidsgeneesheer hebben per functieprofiel een werkpostfiche opgesteld. Deze worden voorgelegd aan de werknemers ter kennisname in 1ste kwartaal van 2017. Preventieaudits Op regelmatige basis voert de preventiedienst rondgangen uit (= bezoekt alle afdelingen minstens jaarlijks). Alle zaken die als onveilig worden beschouwd en van technische aard zijn, meldt de preventiedienst via FMIS Ultimo aan de technische dienst. Documenten - 313.05a Preventiebeleid - 313.05b Compliance audit SEZZ = GPP - 313.05c Jaaractieplan 2017 dienst preventie en milieu - 313.07a Voorbeeld risicoanalyse – dienst 1D - 313.07b Voorbeeld werkpostfiche - Verpleegkundige Materniteit-Verloskwartier - 313.07c Voorbeeld ticket Ultimo n.a.v. preventieaudit
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document 'Preventiebeleid' is opgenomen dat de leden van het CPWB en de arbeidsgeneesheer jaarlijks veiligheidsrondgangen organiseren en dat de interne preventieadviseur afdelingen bezoekt. Auditoren hebben verslaggeving van deze rondgangen ingezien van waaruit risico's zijn geïnventariseerd en die zijn opgenomen in het globaal preventieplan. - In het 'Jaaractieplan 2017 dienst preventie en milieu' staan de risico's opgelijst alsook de geplande verbeteracties en te ondernemen acties om de risico's te reduceren. Het managen van de risico's gebeurt door opvolging en evaluaties van de verbeteracties binnen het CPBW, aldus de preventieadviseur. - Het document 'Compliance audit SEZZ = GPP' geeft weer op welke items het SEZZ al dan niet voldoet aan de vigerende welzijnswetgeving. Vanuit de resultaten van deze audit zijn verbeteracties bepaald waarbij de benodigde middelen en de verantwoordelijke persoon per verbeteracties zijn bepaald. Vanuit dit document is op te maken dat het SEZZ jaarlijks een compliance audit uitvoert. - De auditoren hebben tijdens het gesprek met de preventieadviseur overzichten ingezien van uitgevoerde risico inventarisaties en evaluaties (RI&E´s), die driejaarlijks jaar zijn uitgevoerd op alle diensten. Bewaking van de verbetermaatregelen gebeurt via veiligheidsronden die tweemaal per jaar op de afdelingen plaatsvinden, aldus auditee. Een update van alle verbeterpunten uit de RI&E´s is ingezien voor de maand maart 2017. Deze update is beschikbaar op het intranet. - Auditoren hebben vastgesteld dat op afdelingsniveau RI&E's zijn uitgevoerd. Een voorbeeld van een RI&E is onder andere op de afdeling 1D ingezien. - Een voorbeeld gezien van een verbeteractieplan naar aanleiding van een preventieaudit, is ingezien door de auditoren.
313.08	*De instelling heeft preventieve maatregelen getroffen voor werksituaties die als minder veilig worden beschouwd en/of ervaren.*
Instelling Score 3	Preventieve maatregelen De instelling heeft een lange termijn plan (globaal preventieplan - GPP) en een jaaractieplan (JAP) dat is voorgelegd aan het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW). De instelling heeft op verschillende niveaus (organisatieniveau, werkpostniveau en individueel niveau) van de verschillende werksituaties een risico-inventarisatie en risico-evaluatie gemaakt (zie norm 313.07).

	Voor de zaken die als minder veilig zijn beschouwd zijn preventieve maatregelen genomen of gedefinieerd (zie risicoanalyse in bijlage als voorbeeld). <u>CPBW</u> Het CPBW is paritair samengesteld uit een werkgevers- en een werknemersafvaardiging en komt maandelijks bijeen (10 x per jaar). De werking van het CPBW is vastgelegd in het huishoudelijk reglement. Op het CPBW komen zowel agendapunten van de werkgeversafvaardiging als de werknemersafvaardiging aan bod die betrekking hebben op bestaande of potentiële risico's. Deze risico's geven aanleiding tot preventieve maatregelen. De afgesproken acties en preventieve maatregelen zijn bijgehouden en opgevolgd in de actielijst CPBW die voor iedereen beschikbaar is op het intranet. <u>Documenten</u> - 313.05b Compliance audit SEZZ = GPP - 313.05c Jaaractieplan 2017 dienst preventie en milieu - 313.05f Actielijst CPBW - 313.07a Risicoanalyse dienst (Voorbeeld) – laatste versie 2016 - 313.08a Verslag CPBW 16 juni 2016
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De aangeleverde documenten laten zien dat de preventiedienst op verschillende niveaus (organisatie, werkpost en individueel niveau) onveilige situaties in kaart heeft gebracht en corrigerende maatregelen heeft uitgevoerd. - In het document 'Actielijst CPBW' zijn de opgestarte en de toekomstige acties voor het lopende werkjaar opgenomen. - De preventieadviseur geeft aan dat beleid en procedures zijn vastgelegd om risico's in werksituaties te minimaliseren en te reduceren. Vanuit incidentmeldingen en werkongevallen heeft het CPBW zicht op de effectiviteit van het beleid en de procedures, aldus auditee. - De auditoren hebben bevestigd gezien tijdens het gesprek met de arts nucleair geneeskunde en de technoloog nucleaire geneeskunde dat alle medewerkers van deze dienst een dosismeter dragen. De lijst van resultaten van de uitgelezen stralingsdosissen op de dienst nucleaire geneeskunde is ingezien door de auditoren. - De hoofdverpleegkundige en de ergotherapeut van de afdeling geriatrie geven aan dat prikongevallen door de preventieadviseur zijn opgevolgd en dat preventieve maatregelen zijn genomen vanuit een analyse van de prikongevallen . - In het gesprek met de vertrouwenspersoon is gebleken dat een projectgroep is opgestart rond de psychosociale ondersteuning, zoals is bepaald in het globaal preventieplan. Auditoren hebben verslaggeving van deze projectgroep ingezien.
313.09	*De instelling doet op afgesproken momenten onderzoek naar de tevredenheid van de medewerkers over het werkklimaat en de werkomstandigheden.*
Instelling Score 3	De meest recente medewerkerstevredenheidsenquête werd uitgevoerd in juni-juli 2016 met behulp van een extern bureau (Bing Research). De enquête bevroeg naast de algemene tevredenheid ook de psychosociale risico's. Zowel de ziekenhuismedewerkers als de ziekenhuisartsen werden bevraagd, waarbij een respons-rate van resp. 75% en ruim 65% bekomen is. De resultaten van de bevraging werden in september en oktober 2016 resp. voor de ziekenhuismedewerkers en ziekenhuisartsen bekend gemaakt, waarbij voor zover een

	minimum aantal respondenten aanwezig waren, men tot op afdelingsniveau en (medische) sectorniveau resultaten kan analyseren. Deze resultaten die vooreerst aan het CDB en medische directie werden voorgesteld, werden vervolgens aan alle leidinggevenden gecommuniceerd; op afdelingsniveau zal elke leidinggevende vervolgens in het najaar met deze cijfers aan de slag gaan, wat desgevallend zal terug te vinden zijn in de diensteigen beleidsplannen en jaaractieplannen. Een analoog bespreken van resultaten op niveau van de medische sectoren is gepland voor december 2016 – januari 2017. Zoals reeds gesteld in norm 311.07 zijn de resultaten van de bevraging nu reeds benut bij het aanpassen van het beleid in het verpleegkundig departement. De resultaten zijn eveneens aan de Ondernemingsraad medegedeeld. <u>Documenten</u> - 313.09a Bing Research – onderzoek onder medewerkers AZ Sint-Elisabeth Zottegem - 313.09b Presentatie tevredenheidsmeting - 313.09c Vragenlijst medewerkers - 313.09d Resultaten Onderzoek onder medewerkers 2016
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De documenten 'Bing Research – onderzoek onder medewerkers AZ Sint-Elisabeth Zottegem' en 'Presentatie tevredenheidsmeting' bevestigen dat in 2016 een medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) is uitgevoerd. - In het document ''Resultaten Onderzoek onder medewerkers 2016 ' zijn negen werkthema's geformuleerd die door de direct leidinggevenden zijn opgepakt via hun dienstvergaderingen. Deze thema's zijn onder andere samenwerking tussen teams, afdelingen en artsen, beleidstransparantie met tweezijdige communicatie, functioneringsgesprekken, persoonlijke ontwikkelplannen (POP), bewaking van de werkdruk, welzijnsbeleid, coaching van leidinggevenden, follow-up van de communicatieverbetering in het algemeen en de uitwerking van deze werkthema's in het bijzonder. - De leden van de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid geven aan dat naar aanleiding van het MTO van 2016, een interactiemeeting is georganiseerd tussen artsen, verpleegkundigen en paramedici. Dit resulteerde in meer begrip voor elkaar en een verbeterde samenwerking, aldus auditees. - De hoofdverpleegkundige van de afdeling heelkunde geeft aan dat de resultaten van het MTO op een dienstvergadering zijn besproken. De stomaverpleegkundige bevestigt voorafgaande. - De vertegenwoordigers van de ondernemingsraad lichten toe dat de directie een terugkoppeling heeft gebracht over de resultaten van het MTO. Deze auditees zeggen op de hoogte te zijn van het actieplan die is opgesteld vanuit de resultaten van het MTO.

Rubriek: 321 (functioneren)

321.05 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft voor nieuwe en tijdelijke medewerkers een introductie- en inwerkprogramma dat is afgestemd op de werkeenheid en de (zorg)processen waarbij de medewerkers betrokken zijn. De voor hen relevante veiligheidsaspecten krijgen expliciet aandacht.*
Instelling Score 3	<u>Nieuwe medewerkers</u> Bij de contractondertekening ontvangt iedere medewerker (ongeacht het type contract) een onthaalmap op de personeelsdienst waarin het arbeidsreglement is toegelicht.

	Hierin zit tevens en hoofdstuk welzijn dat volgende thema's omvat: veiligheidsvoorschriften, arbeidsongeval, ziekenhuishygiëne, psychosociale risico's, beweging, preventief alcohol- en drugsbeleid, roken, medisch onderzoek, griepvaccin. De contactgegevens van de interne en externe preventieadviseurs staan vermeld. Voor nieuwe verpleegkundigen is er een opleidingsschema, aangepast aan de afdeling. Dit opleidingsschema bevat ook relevante veiligheidsaspecten zoals rampenplan, brandpreventie, handhygiëne, isolatiemaatregelen… Dit is een leeropdracht binnen de eerste maand van tewerkstelling. De hoofdverpleegkundigen en de vormingscoördinatoren volgen op of de leerdoelen bereikt zijn. Nieuwe verpleegkundigen op een basisverpleegafdeling staan minimum 2 weken supplementair gepland onder rechtstreeks toezicht van een verpleegkundige van de afdeling. Voor kritische diensten is dit afhankelijk van de ervaring. Op deze afdelingen bedraagt de inloopperiode 6 weken. Binnen de eerste week van tewerkstelling krijgen nieuwe verpleegkundigen opleiding omtrent het Elektronisch Medicatie Voorschrift (EMV). Voor nieuwe medewerkers is er binnen de eerste 3 maand volgend op de datum van indiensttreding een algemene onthaaldag georganiseerd. Sinds september 2015 is een vernieuwd concept van toepassing. Op de onthaaldag is expliciete aandacht voor preventie en welzijn. Volgende thema's komen aan bod: voorstelling van het ziekenhuis, kwaliteit, brand, ziekenhuishygiëne, preventie en arbeidsreglement. De risicoanalyses van alle afdelingen zijn voor alle medewerkers beschikbaar op intranet. Ook de werkpostfiches zijn per functie te raadplegen op het intranet. <u>Tijdelijke medewerkers</u> Voor de tijdelijke medewerkers (interim, stagiair, jobstudent, ASO) is door het dienst HR een specifieke brochure opgesteld. Hierin komen de preventiemaatregelen zoals wat te doen bij brand, noodplanning, wat bij een prikongeval,…uitgebreid aan bod. (Zie norm 311.10). Stagiairs krijgen informatie van de vormingscoördinatoren en het dienst HR tijdens het onthaal op de eerste stagedag (zie norm 311.10). De hoofdarts nodigt de geneesheer-stagiairs en de ASO's uit voor een toelichting over de bestaande reglementen en bestaande veiligheids- en hygiënemaatregelen. <u>Registratie</u> De registratie geurt op basis van aanwezigheidslijsten en meldingsformulieren bijscholingen . <u>Documenten</u> - 321.05a Onthaalmap nieuwe medewerkers - 321.05b Programma onthaaldag nieuwe medewerkers - 321.05c Opleidingsschema verpleegkundigen
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Opleidingsschema verpleegkundigen' bevat verschillende opleidingsaspecten met betrekking tot de patiëntenzorg zoals afdelingsthema's en de apparaten die in gebruik zijn op de afdeling. - Voor tijdelijk medewerkers, nieuwe medisch specialisten en arts-assistenten zijn onthaalbrochures beschikbaar. Auditoren hebben deze onthaalbrochures ingezien.

	- De hoofdarts geeft aan dat het inwerken van nieuwe medisch specialisten en van arts-assistenten gebeurt door de leden van het maatschap zelf alsook door de hoofdarts aan de hand van een checklist, waarin patiëntveiligheid is opgenomen. Auditoren hebben deze checklist ingezien. - De auditoren hebben vernomen van de hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie dat nieuwe medewerkers opgeleid zijn aan de hand van een inwerkprogramma. Voor de nieuwe geriater is een inwerkprogramma met de huidige geriater gepland, aldus auditee . - De pijnverpleegkundige geeft aan dat het pijnbeleid een vast onderwerp is tijdens de introductiedag van nieuwe medewerkers. - De medewerker de verantwoordelijk is voor het vormings-, trainings- en opleidings-beleid (VTO) geeft aan dat viermaal per jaar voor alle nieuwe medewerkers een onthaaldag is georganiseerd waar artsen voor uitgenodigd zijn maar niet steeds aan deelnemen. Deze auditee licht toe dat de deelnemers aan deze onthaaldag achteraf bevraagd zijn naar ervaringen en bevindingen omtrent de onthaaldag. - Op het operatiekwartier (OK) stellen de auditoren vast dat de inwerkplannen voor de operatieverpleegkundigen in drie fases zijn ingedeeld. De eerste fase omvat de introductie en de tweede fase de basisvaardigheden. Vanaf de derde fase kan de OKverpleegkundige zelfstandig handelingen uitvoeren, dit in overleg met de toegekende meter of peter, aldus de hoofdverpleegkundige van het OK en de zorgmanager van het OK. De auditoren stellen vast dat op de afdeling intensieve zorgen (IZ) eenzelfde systeem is toegepast met inwerkplannen. - Inwerkmappen van nieuwe medewerkers zijn ingezien door de auditoren op onder andere de afdelingen materniteit, geriatrie, heelkunde, pediatrie, OK en CSA. - Uit het gesprek met de stomaverpleegkundigen blijkt dat het eigen ontwikkelde stomaboek, die bedoeld is voor patiënten-educatie, ook gebruikt is voor het inwerken van een nieuwe verpleegkundige. Zo zijn alle stomaverpleegkundigen opgeleid om op een gestructureerde en uniforme wijze stomazorg te verlenen, aldus auditee.
321.06 **NTA**[8009:2011]	*Elke medewerker heeft jaarlijks een gesprek over het individuele functioneren.*
Instelling Score 3	Om talent te ontwikkelen, zelfontplooiing te stimuleren en een feedback (of leer)cultuur te faciliteren, heeft de instelling een gesprekscyclus uitgewerkt. Hoofddoelstelling van het introduceren van een gesprekscyclus is het motiveren en aansturen van medewerkers, met het oog op het bewaken van de professionele meetlat en het aanbieden van de gepaste ondersteuning naar iedere medewerker. Goede en duidelijke communicatie is immers essentieel, niet enkel voor de werksfeer, maar ook voor de kwaliteit van zorg en dienstverlening. Het functioneringsgesprek vindt plaats tussen een medewerker en zijn/haar directe leidinggevende zoals dit blijkt uit het functioneel organogram welk beschikbaar is op het intranet. De directe leidinggevende en medewerker bereiden het gesprek voor aan de hand van de vooropgestelde documenten. Door wie het gesprek gebeurt, het tijdstip en de wijze van verslaggeving ligt vast en is in de handleiding toegelicht. Indien de leidinggevende hiervan wil afwijken moet dit goedgekeurd zijn door de departementeel directeur, de directeur van het dienst HR en/of algemeen directeur – dagelijks bestuurder. Elk verslag van een functioneringsgesprek is bewaard door de direct leidinggevende op zijn/ haar afdeling (en) in het personeelsdossier van iedere medewerker. De medewerker heeft op elk ogenblik recht op inzage van dit verslag en kan hiervoor terecht bij zijn/ haar leidinggevende. De vooropgestelde functieprofielen zijn onmisbaar voor het functioneringsgesprek. Er wordt geacht deze telkens in vraag te stellen en het profiel is geacht gekend te zijn vooraleer de voorbereiding te starten.

	Bij een functioneringsgesprek is het van belang om de sterkten, ambities, weerstanden, waarden en ontwikkelingspunten te leren kennen. De HAND-methodiek is hiervoor een geschikte methodiek en levert een leidraad bij de voorbereiding en structuur van het gesprek. De direct leidinggevende volgt de medewerker na het functioneringsgesprek op en geeft ondersteuning waar nodig. De instelling organiseert sedert 1 juli 2016 individuele jaarlijkse functioneringsgesprekken op deze gestructureerde wijze. De personeelsdienst volgt per afdeling/dienst het organiseren van de functioneringsgesprekken op. Eind 2015 tot voorjaar 2016 volgden alle direct leidinggevenden en directieleden een leiderschapstraject. Functioneringsgesprekken zijn uitvoerig in dit traject aan bod gekomen zodat direct leidinggevenden en directieleden voldoende bekwaam zijn om deze functioneringsgesprekken te voeren. De handleiding en de voorbereidingsdocumenten zijn ter beschikking op het intranet. <u>Documenten</u> - 321.06a Handleiding gesprekscyclus – functioneringsgesprek - 321.06b Voorbereiding door medewerker SEZZ handje - 321.06c Voorbereiding functioneringsgesprek door leidinggevende - 321.06d Voorbereiding functioneringsgesprek door medewerker
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Uit de aangeleverde documenten blijkt dat de instelling beleid en afspraken heeft voor het jaarlijks houden van functioneringsgesprekken en dat directie en leidinggevenden opleiding hebben gevolgd rond dit thema. Meerdere leidinggevenden bevestigen dat ze opleiding hebben gehad voor het uitvoeren van functioneringsgesprekken. - Medewerkers van de dienst HR lichten toe dat zij het beleid inzake functioneringsgesprek opvolgen en tools hebben ontwikkeld om functioneringsgesprekken op een uniforme wijze te laten verlopen. Het document ‘Methodiek en planning van een functioneringsgesprek’ bevestigt voorafgaande en is ingezien door de auditoren op het intranet. - Het streven naar het jaarlijks houden van functioneringsgesprekken komt aan bod op de hoofdverpleegkundigenvergadering en op het managemenstoverleg door cijfergegevens van de uitgevoerde functioneringsgesprekken per dienst terug te koppelen, aldus auditees van de dienst HR. Zorgmanagers en leidinggevenden bevestigen dit. - Tijdens de werkplekbezoeken op de afdelingen IZ, OK, CSA, buitenpoli Brakel, geriatrie, schoonmaak en dienst medische beeldvorming hebben de auditoren bevestigd gezien dat de medewerkers een functioneringsgesprek hebben gehad. Alle bevraagde medewerkers geven aan een functioneringsgesprek te hebben gehad in het voorbije jaar, op één medewerker na.
321.07 **NTA**[8009:2011]	*Elke medisch specialist heeft periodiek een gesprek over het individuele functioneren.*
Instelling Score 3	Sedert het voltijds aanwerven van de hoofdarts op 01.01.2015 is een cyclus opgestart van gesprekken tussen de hoofdarts en de individuele ziekenhuisartsen, waarbij het de bedoeling is om bij voorkeur de voltijdse ziekenhuisartsen om de twee jaren te bevragen over hun functioneren en hun evaluatie van het medisch gebeuren in het ziekenhuis. In 2015 en 2016 zijn telkens 25 tot 30 artsen aldus in gesprek gegaan met de hoofdarts.

	Tijdens dergelijke gesprekken komen naast het functioneren ook alle andere mogelijke themata aan bod met betrekking op de organisatie en de medische bedrijfsvoering, maar ook met betrekking tot werk-privé verdeling, second-victim aspecten, retentie, motivatie… Daarnaast voert de hoofdarts sowieso zes en twaalf maanden na aantreden van nieuwe ziekenhuisartsen een gesprek met deze ziekenhuisartsen om hun functioneren en hun verzuchtingen te evalueren. Ook wordt een dergelijk gesprek gevoerd tussen hoofdarts en ASO's op het einde van hun opleidingsperiode. De laagdrempeligheid waarmede de hoofdarts kan aangesproken wordt leidt tot tientallen gesprekken op jaarbasis tussen hoofdarts en ziekenhuisartsen waarbij tevens deelaspecten van hun functioneren besproken worden. <u>Documenten</u> - 321.07a Checklist gesprek artsen
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Checklist gesprek artsen' geeft aan dat de hoofdarts met alle ziekenhuisartsen minstens één maal per jaar een gesprek heeft met als doel de praktijkvoering als ziekenhuisarts bespreekbaar te maken en tegelijk discretie te garanderen. - De auditoren hebben bevestigd gekregen van alle bevraagde artsen, waaronder de geriater, de algologisch arts, een pediater en een gynaecoloog, dat zij respectievelijk in het afgelopen jaar een jaargesprek hadden met de hoofdarts. - Auditoren hebben een overzicht van de uitgevoerde jaargesprekken met medisch specialisten ingezien.
321.08	*De instelling heeft vastgelegd hoe te handelen ten aanzien van een medewerker (waaronder leidinggevende en medisch specialist) die disfunctioneert of van wie het vermoeden bestaat dat hij disfunctioneert.*
Instelling Score 3	De instelling ontwikkelt actueel een beleid ten aanzien van disfunctioneren van medewerkers, met inbegrip van medisch specialisten, waarbij men streeft naar een open en niet bestraffende cultuur, waarin zaken gemakkelijk bespreekbaar gemaakt kunnen worden. Een dergelijk beleid is in staat om het merendeel van (mogelijks) disfunctionerend gedrag succesvol te benaderen. Indien een dergelijk beleid niet in zijn opzet slaagt, gelden navolgende richtlijnen. <u>Medewerkers</u> De onmiddellijk leidinggevende heeft hieromtrent een opleiding genoten ter gelegenheid van het opleidingstraject 'leiding geven' (voorjaar 2016). Na overleg met de departementeel directeur en de zorgmanager, en desgevallend in aanwezigheid ervan, zal hij/zij in gesprek treden met de betrokken medewerker. Tijdens het gesprek worden afspraken gemaakt en een actieplan met termijnbepaling opgesteld. Betrokkenen ondertekenen het verslag. De leidinggevende staat in voor de opvolging en voortgang van de gemaakte actieplannen. Indien de medewerker geen vooruitgang maakt en de gemaakte afspraken niet nakomt volgen maatregelen of sancties. <u>Artsen</u> De wetgever voorziet (KB 26 april 2014) dat de hoofdarts, vooraleer in een sanctionerende setting te belanden, als eerstvolgende stap een gerichte medical audit kan uitvoeren; dit is een onderzoeksdaad die aanleiding kan geven tot een correctief

	actieplan en de opvolging hiervan. De hoofdarts heeft samen met de Medische Raad in het voorjaar 2016 een reglement omtrent de uitvoering van een gerichte medical audit opgesteld dat nog een laatste juridische toets vereist (november 2016). Op de algemene artsenvergadering van 15.11.2016 werd het principe wel reeds grotendeels aan de aanwezige artsen toegelicht. In afwachting van het in voege treden van dit nieuwe reglement worden problemen van (mogelijk) disfunctioneren aangepakt middels gesprekken tussen ziekenhuisarts(en) en de hoofdarts. Indien dit geen aanleiding geeft tot correctie van het disfunctionerende handelen, maakt de hoofdarts melding hiervan aan de Medische Raad en aan de Raad van Bestuur die desgevallend wel sanctionerend kan optreden. <u>Documenten</u> - 312.04a Evaluatieformulier verpleegkundigen - 321.08a Reglement gerichte medical audit: ter inzage tijdens de audit
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Reglement gerichte medical audit' is ingezien door de auditoren. In dit document is een regeling uitgewerkt waarbij onder andere het begrip disfunctioneren is beschreven en vermeld staat hoe de interne procedure bij het vermoeden of vaststellen van een disfunctionerend arts verloopt. - Het 'Evaluatieformulier verpleegkundigen' geeft de te ondernemen stappen weer bij het vaststellen van problemen in het functioneren van een verpleegkundige. - Meerdere leidinggevenden geven aan dat ze een opleiding hebben gevolgd rond het omgaan met een problematisch functionerende medewerker in het kader van het opleidingstraject leiding geven in 2016. Deze leidinggevenden bevestigen dat bij een problematisch functionerende medewerker een specifiek actieplan is opgemaakt.

Rubriek: 322 (begeleiding)

322.01	*De instelling heeft een systeem van loopbaanbegeleiding, dat gericht is op ontplooiing van de medewerker.*
Instelling Score 4	Voor nieuwe medewerkers en herintreders is een inscholingsprogramma op elke afdeling voorzien. De hoofdverpleegkundige volgt de verschillende stappen in dit programma op en coacht de nieuwe medewerker in dit traject samen met de vormingscoördinator. De vormingscoördinator zorgt voor een adequaat opleidingsaanbod om de integratie van de nieuwe medewerker te verzekeren. De medewerker krijgt de kans om zich zowel intern als extern bij te scholen. Dit afhankelijk van de persoonlijke nood in functie van de jobuitoefening. Medewerkers vragen interne en externe opleidingen aan via een meldingsformulier. De gevolgde bijscholingen worden bijgehouden op de personeelsdienst. De instelling heeft aandacht voor de werk- privé balans, dit vertaalt zich in de diversiteit van verschillende tewerkstellingspercentages. Ook is er de mogelijkheid tot horizontale differentiatie van de job, verschillende opties als referentieverpleegkundige zijn mogelijk. Medewerkers krijgen de mogelijkheid om te solliciteren op interne vacatures of om een relocatie van afdeling te doen. Om talent te ontwikkelen, zelfontplooiing te stimuleren en een feedback (of leer)cultuur te faciliteren maakt men gebruik van de functioneringsgesprekken (zie ook norm 321.06). Dit samenwerkingsgesprek steunt op 6 pijlers: – Topmomenten – Ambities

	– Belemmeringen – Samenwerking – Groeien (ontwikkeling) – Tips (nood aan ondersteuning, coaching) De instelling voert een open politiek ten aanzien van het volgen van de brugopleiding voor verpleegkundigen. <u>Documenten</u> – 321.05c Opleidingsschema verpleegkundigen – 321.06a Handleiding gesprekscyclus - functioneringsgesprek
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De aangeleverde documenten bevestigen het begeleiden van medewerkers tijdens de inwerkperiode alsook het bespreekbaar stellen van verwachtingen ten aanzien van het verloop van de loopbaan in het jaarlijks functioneringsgesprek. - Meerdere verslagen van functioneringsgesprekken zijn ingezien door de auditoren en in die verslagen is aandacht gegeven aan de ambities van medewerkers. - De hoofdverpleegkundige van de afdeling heelkunde meldt dat zij regelmatig met medewerkers de gewenste loopbaan bespreekt.
322.03	*De instelling heeft een systeem van arbeidsverzuimregistratie en (arbeids)verzuimbegeleiding.*
Instelling Score 3	Uit de verzuimcijfers van 2014, aangebracht door het sociaal secretariaat Securex, blijkt dat de instelling slechter scoorde dan de benchmark voor Paritair Comité PC 330.10. Daarom is er sinds juli 2016 een aanwezigheidsbeleid met een nieuwe visie en procedure. Jaarlijks (maart) is er een vergelijking van de verzuimcijfers door Securex met de Benchmark voor PC 330.10. Het doel van het aanwezigheidsbeleid is een positieve impact uit te oefenen op het welzijn van de medewerkers en de efficiëntie van de organisatie. <u>Verzuimregistratie</u> Er gelden duidelijke afspraken over de melding van een afwezigheid. De werknemer meldt zijn afwezigheid persoonlijk en telefonisch (niet per mail of sms) aan de direct leidinggevende (of diens vervanger). De direct leidinggevende registreert de afwezigheid in het planningspakket. De personeelsdienst behoudt het overzicht van het ziekteverzuim. Verschillende parameters zijn bepaald om het aanwezigheidsbeleid te monitoren en op te volgen: – het verzuimpercentage, dit is het aantal werkdagen op 100 niet gepresteerd omwille van afwezigheid door ziekte of privé ongeval weergegeven in een globaal cijfer, korte afwezigheden (< 1 maand), middellange afwezigheden (1 maand < X < 1 jaar) en langdurige afwezigheden (langer dan een jaar) – het percentage nulverzuim, is het percentage werknemers zonder afwezigheden in de voorbije 12 maanden. Een stuurgroep, bestaande uit een vertegenwoordiging van de personeelsdienst en de preventieadviseurs, organiseert sedert juli 2016 minstens driemaandelijks evaluatiemeetings, om verzuimcijfers op te volgen voor de gehele organisatie, per afdeling en per anciënniteit. Resultaten met betrekking op arbeidsverzuimregistratie worden halfjaarlijks op het CDB besproken. <u>(Arbeids)verzuimbegeleiding</u>

	De procedure aanwezigheidsbeleid beschrijft de verantwoordelijkheden en de taken van de betrokkenen. De medewerker, leidinggevende, personeelsdienst, het CPBW op het werk en de externe en interne dienst van preventie en bescherming op het werk, alsook de vertrouwenspersoon hebben een specifieke rol binnen de (arbeids)verzuimbegeleiding. Behouden van contact tijdens een periode langer dan 10 dagen afwezigheid maakt onderdeel uit van de begeleiding. De leidinggevende is verantwoordelijk voor het contact met de werknemer tijdens en na de ziekte. In de “Procedure aanwezigheidsbeleid” is opgenomen op welke momenten welke gesprekken plaats vinden. De personeelsdienst houdt bij hoeveel dagen iemand afwezig is en verwittigt de leidinggevende hiervan via mail. Na 4 weken afwezigheid stuurt de personeelsdienst een infobrief met o.a. op een laagdrempelige manier informeren over de verschillende beschikbare hulpbronnen die ter beschikking staan tijdens de afwezigheid. Daarnaast is de medewerker ook geïnformeerd over het werkhervattingsonderzoek bij de arbeidsgeneesheer. Voor verdere begeleiding kunnen medewerkers terecht bij de arbeidsgeneesheer en waar nodig worden passende maatregelen gezocht bv. progressieve tewerkstelling, aangepast werk,… dit in overleg, met de afdeling, met de betrokken medewerker en de departementeel directeur. <u>Documenten</u> - 322.03a Visietekst aanwezigheidsbeleid - 322.03b Procedure Aanwezigheidsbeleid - 322.03c Richtlijnen bij het aanwezigheidsgesprek - 322.03d Richtlijnen bij het terugkeergesprek na langdurige afwezigheid - 322.03e Richtlijnen bij contactname tijdens de ziekte
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben in de aangeleverde documenten alsook in gesprekken met leidinggevenden vastgesteld dat het SEZZ een visie en een procedure heeft ten aanzien van het verzuimbeleid, alsook een specifiek actieplan om de verzuimcijfers op te volgen. - In het document ‘Richtlijnen bij contactname tijdens de ziekte’ is weergegeven hoe langdurige afwezigen consequent op te volgen zodat werknemers de betrokkenheid met de organisatie niet verliezen en re-integratie optimaal kan verlopen. - In de gesprekken met onder andere met de manager HR, de vertrouwenspersoon, de leden van het CPWB, adjunct hoofdverpleegkundige van de afdeling heelkunde en de schoonmaaksters hebben auditoren vernomen dat het verzuimbeleid effectief toegepast is volgende de vooropgestelde procedure.
322.05 **NTA8009:2011**	*De instelling heeft afspraken voor medewerkers die tijdens hun werk betrokken zijn geraakt bij schokkende gebeurtenissen.*
Instelling Score 3	Bij schokkende gebeurtenissen of traumatische gebeurtenissen is de volgende afspraak geldig. Indien opvang binnen de afdeling onvoldoende is, is er ondersteuning voorzien door een psycholoog van de instelling, oproepbaar via de zorgmanagers zowel tijdens de week als in het weekend. Indien de eerste opvang binnen de instelling niet volstaat bestaat de mogelijkheid om een beroep te doen op een psycholoog van de externe preventieadviseur psychosociale risico’s van IDEWE (externe dienst voor preventie en bescherming op het werk). Dit is opgenomen in de overeenkomst met IDEWE.

	De dienst IDEWE stelt de instelling volgende documenten beschikbaar: - checklist voor werkgevers met aandachtpunten voor psychosociale ondersteuning - tips voor slachtoffers op de werkvloer en hun omgeving Via IDEWE kan een beroep gedaan worden op een psycholoog met expertise in psychosociale ondersteuning. Dit kan zowel individueel als in groep. Indien noodzakelijk wordt een opvolggesprek geregeld. <u>Documenten</u> - 322.05a Checklist voor werkgevers – schokkende gebeurtenis - 322.05b Folder 'Na de schok… aan de slag'
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Checklist voor werkgevers – schokkende gebeurtenis' beschrijft de te ondernemen stappen voor medewerkers die betrokken zijn bij schokkende gebeurtenissen en hierbij ondersteuning wensen. - De preventieadviseur geeft aan dat opvang en begeleiding van een second victim plaatsvindt door een psycholoog van het SEZZ. - Auditees van het dagziekenhuis oncologie lichten toe dat in geval van een schokkende gebeurtenissen, het voor hen bekend is dat een psycholoog beschikbaar is. Overigens merken zij op dat de opvang eerst onder collega's gebeurt. Dit krijgen de auditoren eveneens bevestigd op de afdeling materniteit in het gesprek met de hoofdvroedvrouw.
322.06	*De instelling heeft de opvang van klachten van medewerkers geregeld.*
Instelling Score 3	De instelling beschikt over een procedure inzake psychosociale risico's op het werk. Deze procedure is onderdeel van het arbeidsreglement. Deze procedure is van toepassing in geval van psychosociale risico's, geweld, pesterijen en ongewenst grensoverschrijdend gedrag op het werk. De instelling doet in het kader van deze procedure een beroep op de interne preventieadviseurs, de aangestelde vertrouwenspersonen en een preventieadviseur psychosociale aspecten, d.i. een externe preventieadviseur in de instelling. De instelling heeft preventieve maatregelen uitgewerkt om de werknemers te beschermen tegen psychosociale risico's op het werk. De medewerker die meent schade te ondervinden ten gevolge van psychosociale risico's op het werk kan zich in eerste instantie wenden tot de werkgever of zijn direct leidinggevende. Hij kan zich ook onmiddellijk wenden tot één van de twee aangestelde vertrouwenspersonen of tot de preventieadviseur psychosociale aspecten. Er wordt tijdens dit onderhoud een document opgesteld en het type interventie wordt bepaald en schriftelijk vastgelegd. De volgende types van interventie zijn mogelijk: - Verzoek tot informele psychosociale interventie uit te voeren door vertrouwenspersoon of de preventieadviseur psychosociale aspecten - Verzoek tot formele psychosociale interventie uit te voeren door de preventieadviseur psychosociale aspecten Bij het doorlopen van deze laatste interventie is er een schriftelijke vastlegging van de indiening door de werknemer, het persoonlijk onderhoud, het advies van de preventieadviseur aan de werkgever, de gemotiveerde beslissing van de werkgever aangaande de gevolgen en eventuele bewarende maatregelen die hij aan dit verzoek

	geeft. De preventieadviseur psychosociale aspecten licht de werknemer in over elke genomen stap in de interventie. Het arbeidsreglement is beschikbaar op het intranet. <u>Documenten</u> - 322.06a Procedure inzake psychosociale risico's op het werk
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Procedure inzake psychosociale risico's op het werk' geeft vorm aan preventieve maatregelen om werknemers te beschermen tegen psychosociale risico's op het werk en geeft de verschillende types van interventies weer die mogelijk zijn wanneer een medewerker een klacht wenst te uiten. - In het 'Jaaractieplan 2017 preventie en milieu' zijn acties terug te vinden rond het thema opvang van klachten van medewerkers. - In het ziekenhuis zijn twee vertrouwenspersonen aangesteld. Auditoren hebben van deze vertrouwenspersonen vernomen dat ze onderling afspraken hebben gemaakt rond hun bereikbaarheid en de continuïteit van hun aanwezigheid. - Jaarlijks bespreken de vertrouwenspersoon de inhoud van de klachten met de directie en met de preventieadviseur, aldus een vertrouwenspersoon. - In het gesprek met de vertrouwenspersoon is gebleken dat een projectgroep is opgestart omtrent de psychosociale ondersteuning in het SEZZ. Auditoren hebben de verslaggeving van deze projectgroep ingezien.
322.07	*De instelling beschikt over een klokkenluidersregeling.*
Instelling Score 2	De instelling wil medewerkers die getuige of slachtoffer zijn van grensoverschrijdend gedrag of een ander onrechtmatig voorval beschermen. Personeelsleden kunnen indien zij dit wensen, anoniem getuigen bij één van de twee vertrouwenspersonen van de instelling of bij de preventieadviseur psychosociale risico's. De vertrouwenspersoon en de preventieadviseur noteren de verklaring van het personeelslid en de uitdrukkelijke wens om anoniem te blijven. Zij respecteren de anonimiteit ten allen tijde zowel tijdens hun onderzoek als daarna. Indien er een patiënt bij het voorval betrokken is, heeft het personeelslid de mogelijkheid om anoniem te melden in het incidentmeldingsysteem. Het anoniem melden van een klacht wijzigt niets aan het verdere verloop en behandeling van de klacht. Het onderzoek verloopt m.a.w. op identieke wijze als een andere klacht. <u>Documenten</u>
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Procedure inzake psychosociale risico's op het werk' geeft aan dat medewerkers indien zij dit wensen, anoniem bij één van de twee vertrouwenspersonen of bij de preventieadviseur terecht kunnen om een melding te maken van grensoverschrijdend gedrag of een onaanvaardbare situatie onder zorgverleners. - Auditoren hebben vier auditees bevraagd of ze bekend zijn met de klokkenluidersregeling. Drie auditees kennen deze regeling alsook de bedoeling van deze regeling. Eén auditee had geen weet van de klokkenluidersregeling.

	- De geïnterviewde vertrouwenspersoon geeft aan in het kader van de klokkenluidersregeling een melding over een leidinggevende te hebben ontvangen. Samen met de melder zijn mogelijke vervolgacties besproken, waaronder een gezamenlijk gesprek met de leidinggevende en de melder. Vervolgens is een extern preventiedeskundige ingeschakeld waarna de directie geïnformeerd is geweest dat er een extern onderzoek zal plaatsvinden, aldus de auditee.

Rubriek: 323 (scholing)

323.09 **NTA**[8009:2011]	*De instellingsleiding ziet erop toe dat de medewerkers de opleidingen en trainingen volgen die nodig zijn om hun individuele aandeel in de (zorg)processen op het vereiste professionele niveau te brengen en te houden.*
Instelling Score 3	Voor een nieuwe medewerker is een inscholingsplan voorzien. Het inscholingsplan bevat een introductieperiode, basiszorgperiode en een specifieke zorgperiode. Het opleidingsplan kan individueel aangepast worden. Voor nieuwe medewerkers is er begeleiding van een vormingscoördinator. In overleg met de vormingscoördinator, de hoofdverpleegkundige en de medewerker zelf zijn individuele opleidingen voorzien. Een verpleegkundige met tekort aan expertise voor bepaalde handelingen krijgt specifieke trainingen. Een voorbeeld: indien een verpleegkundige niet over de nodige expertise beschikt voor het plaatsen van een infuus wordt onder direct toezicht van de vormingscoördinator georganiseerd dat de verpleegkundige extra trainingen krijgt op een afdeling waar veel infusen geplaatst worden. Ieder jaar wordt er een opleidingsdag georganiseerd voor de verpleegafdelingen (C-D-G), voor de afdelingen moeder-kindzorg en voor kritische diensten (Medium Care- spoed - Intensieve Zorgen). De inhoudelijke samenstelling van deze opleidingsdag gebeurt na bevraging van opleidingsnoden bij de verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen om het vereiste professioneel niveau op peil te brengen of te houden. De vormingscoördinatoren stellen na bevraging het programma van de opleiding op. Tijdens deze opleiding komen ook workshops aan bod waar verpleegkundigen bepaalde vaardigheden kunnen oefenen. Er zijn ook workshop met oefenmomenten voor het op peil houden van het verantwoord werken met medische apparatuur (zie norm 421.07). Op vraag van de medewerker, hoofdverpleegkundige of departementeel directeur zijn externe vormingen mogelijk. De goedkeuring van de departementeel directeur gebeurt via een getekend aanvraagformulier. Na goedkeuring gaat dit formulier naar het dienst HR die voor de inschrijvingen zorgt. De wettelijk opgelegde uren vorming voor behoud van bijzondere beroepstitel worden gerespecteerd, met name 60 uur per 4 jaar. Voor de leidinggevenden en kaderleden is er jaarlijks een opleidingsdag met specifieke thema's. Enkel voorbeelden arbeidswetgeving, kwaliteit en accreditatie, burn-out… Zowel de hoofdverpleegkundigen als het dienst HR houden een overzicht van de door de medewerkers gevolgde bijscholingen bij. Aan de medewerkers wordt gevraagd hun persoonlijk portofolio bij te houden. Een kopie van aanwezigheidsattesten wordt bewaard door de dienst HR. Een elektronische tool is in ontwikkeling en zal in het voorjaar 2017 geïmplementeerd zijn. Via de tool heeft zowel de medewerkers als de leidinggevenden onmiddellijk een overzicht van de gevolgde opleidingen. <u>Documenten</u> - 323.09a Programma opleidingsdag leidinggevenden en kaderleden - 323.09b Programma opleidingsdag verpleegkundigen 2017 - 323.09c Meldingsformulier bijscholing

Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben in het document 'Programma opleidingsdag verpleegkundigen 2017' bevestigd gezien dat opleidingsdagen voor verpleegkundigen op verschillende momenten en rond diverse thema's zijn aangeboden zodat medewerkers meerdere kansen hebben om deel te nemen aan deze vormingsdagen. - Auditoren hebben in gesprek met medewerkers van de dienst HR alsook met andere auditees bevestigd gekregen dat de vormingscoördinator een centrale plaats inneemt om het interne vormingsaanbod af te stemmen op de noden en behoeften van de medewerkers met als doel hun vereiste professionele kennis en kunde op het vereiste niveau te brengen en te houden. - Volgens de zorgmanagers alsook volgens meerdere hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen, is een ruim aanbod van interne vorming voorhanden. Deze auditees bevestigen dat de mogelijkheid tot het volgen van externe vormingen laagdrempelig is. - Zowel de cardioloog als de pneumoloog geven aan graag te participeren in de vormingen en trainingen die georganiseerd zijn voor verpleegkundigen omtrent de specifieke zorg op de afdeling. - De hoofdverpleegkundige van de afdeling cardiologie-pneumologie geeft aan dat een reanimatiecursus jaarlijks is gevolgd door de zorgverleners en dat de dienst HR de registratie van deelname bijhoudt. - Medewerkers van de technische dienst geven aan dat alle collega's, indien van toepassing voor het takenpallet, de basisopleiding tot heftruckchauffeur hebben gevolgd alsook een opleiding rond het omgaan met gevaarlijke stoffen. De gevolgde opleidingen zijn geregistreerd in hun personeelsdossier, aldus auditees. - Bij aanstelling heeft de vertrouwenspersoon een vierdaagse opleiding gevolgd rond de specifieke invulling van deze functie. Auditoren hebben het certificaat van deelname aan deze opleiding ingezien. Auditee zegt jaarlijks de kans te krijgen om een terugkomdag te volgen. - De stomaverpleegkundige licht toe dat ze de kans heeft om bijkomende deskundigheid op te doen door deel te nemen aan een congres georganiseerd door de beroepsvereniging van de stomaverpleegkundigen. - Auditoren hebben op de afdeling medische beeldvorming een opleidingsmap ingezien waarin gevolgde opleidingen en competenties van medewerkers zijn bijgehouden.
323.10	*De instelling heeft een uitvoeringsregeling voor het (doen) verrichten van voorbehouden en/of risicovolle handelingen door niet zelfstandig bevoegden en voorziet in de faciliteiten om de vaardigheden met betrekking tot deze handelingen op peil te brengen en te houden.*
Instelling Score 3	De procedure verpleegtechnische en zorgkundige handelingen (op basis van KB 18 juni 1990 en KB 12 januari 2006) beschrijft de manier waarop verpleegtechnische en zorgkundige handelingen correct en veilig uitgevoerd worden. In de procedure staat beschreven welke handelingen onder welke voorwaarden mogen worden uitgevoerd. Bepaalde handelingen mogen enkel op medisch voorschrift uitgevoerd worden Van elke handeling is een procedure uitgeschreven en beschikbaar in het DBS. In de procedure is doel en toepassingsgebied vermeld. Via een staand order is een verpleegkundige geautoriseerd om specifieke omschreven handelingen te mogen stellen. Alle staand orders zijn ondertekend door de betrokken arts(en). Voor verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel zijn bijkomende voorbehouden handelingen. Deze zijn ook beschreven in de procedure.

	De hoofdverpleegkundige ziet erop toe dat verpleegkundigen, verpleegkundigen met bijzondere beroepstitel en zorgkundigen enkel die handelingen stellen die toegelaten zijn en onder welke voorwaarden. Medewerkers in de zorg houden vaardigheden en competenties op peil door vormingen te volgen (zie norm 323.09). <u>Documenten</u> - 323.10a Procedure Verpleegtechnische en zorgkundige handelingen - 323.10b Procedure Zuurstoftherapie - 323.10c Staand order nausea en braken + 16 jaar
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben in het documentbeheersysteem vastgesteld dat procedures zijn opgemaakt voor het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen. In deze procedures zijn het doel, de toepassingsmodaliteiten en het vereiste diplomaniveau vermeld. - Het document 'Procedure Verpleegtechnische en zorgkundige handelingen' geeft het onderscheid weer tussen technische verpleegkundige verstrekkingen (B1 en B2-handelingen), de toevertrouwde geneeskundige handelingen (C-handelingen) en de zorgkundige verstrekkingen met duiding wie deze handelingen al dan niet mag uitvoeren en of een medisch voorschrift al dan niet vereist is om deze handelingen uit te voeren. In dit document is het beleid rond het uitvoeren van staand orders opgenomen. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.** - De hoofdverpleegkundige van het oncologisch dagziekenhuis geeft aan dat ze over drie fulltime equivalenten (FTE) medewerkers met een bijzondere beroepstitel (BBT) oncologische zorg en medewerkerkers met meer dan vijf jaar ervaring in de oncologische zorg beschikt. Zo zijn al haar medewerkers bekwaam en bevoegd om cytostatica toe te dienen conform de vereisten van het oncologisch zorgprogramma, aldus auditee. Sinds de herinrichting van het nieuwe dagziekenhuis oncologie en de aanpassing van de processen rond de patiënt met cytostatica, gebeurt er geen toediening van cytostatica meer bij verblijvende patiënten. Dit is bevestigd door de medewerkers van de afdeling interne geneeskunde. - De auditoren hebben op de afdeling pediatrie bevestigd gezien dat opdrachten voor voorbehouden handelingen door de arts op een formulier in het verpleegkundig dossier zijn genoteerd. - De medewerker verantwoordelijk voor het VTO-beleid licht toe dat het bijhouden van de bevoegdheden tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen is belegd bij de hoofdverpleegkundigen. Meerdere hoofdverpleegkundigen bevestigen dat in het personeelsdossiers is opgenomen welke verpleegkundigen welke voorbehouden handelingen mogen verrichten.
323.12	*De instelling heeft voor de medewerkers die in hun werksituatie met agressief gedrag geconfronteerd kunnen worden, een hierop toegespitst pakket van scholing en training.*
Instelling Score 3	De instelling heeft een werkgroep 'agressie' opgericht die een agressiebeleid heeft uitgewerkt voor de organisatie. <u>Werkgroep agressie</u> De werkgroep agressie bestaat uit directielid personeelsdienst, HR officer VTO, HR officer welzijn en preventie, medewerkers PAAZ en spoedgevallendienst en de preventieadviseurs. De werkgroep agressie komt minimaal driemaandelijks samen om het agressiebeleid te evalueren en bij te sturen.

	De werkgroep bespreekt incidentmeldingen betreffende agressie en legt preventieve en/of correctieve acties vast. Deze staan beschreven in een actielijst die de HR officer 'welzijn en preventie' opvolgt. Agressieprocedure De instelling beschikt over een agressieprocedure. Hierin staat o.a. beschreven hoe agressie kan voorkomen worden en het verloop van agressie, het noodnummer bij agressie, de werking van het A-team, de nazorg en opvolging van incidenten. A-team De instelling beschikt over een agressieteam (A-team). In het A-team zijn de kritische diensten PAAZ en spoed opgenomen samen met de stewards en de preventieadviseurs. Dit team is oproepbaar via het noodnummer en beschikt over een "never alone" systeem om vlug externe hulp in te roepen van een beveiligingsfirma en/of de politie. Scholing en training - A-team De personeelsleden hebben een 2-daagse interactieve opleiding gekregen in 2015 – 2016 over het omgaan met verbale en fysieke agressie. - Medewerkers Voor de medewerkers is een folder uitgewerkt (Neen! Tegen agressie) die op alle diensten en onder de werknemers is verspreid. In de folder zijn 12-tips opgenomen over hoe omgaan met agressie en wat de te volgen procedure is in geval van agressie, hoe incidenten te melden en de eventuele nazorg. De hoofdverpleegkundigen hebben de folder toegelicht tijdens de dienstvergaderingen. Er is een sensibiliseringsposter uitgewerkt die op strategische plaatsen is opgehangen om de medewerkers extra te informeren. Incidentmeldingen De kerngroep agressie bespreekt alle agressie-incidenten en rapporteert aan de stuurgroep meldingen. Nazorg Door de instelling is een nazorgprogramma (zie agressie procedure) opgesteld voor personen die extra begeleiding nodig hebben na een traumatiserende ervaring. Indien het slachtoffer dit wenst kan er een beroep gedaan worden op de hiërarchische lijn, de preventiedienst, de vertrouwenspersonen of de externe preventieadviseur psychosociale belasting. Documenten - 323.12a Agressieprocedure - 323.12b Folder NEEN! tegen agressie - 323.12c Vergaderverslag Werkgroep Agressie 9 september 2016
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De aangeleverde documenten bevestigen dat het SEZZ een agressiebeleid heeft waaromtrent medewerkers geïnformeerd zijn. - Uit het document 'Vergaderverslag Werkgroep Agressie 9 september 2016' blijkt dat het agressiebeleid ziekenhuisbreed is uitgerold.

	- Het SEZZ beschikt over een agressieteam, het A-team genoemd, die bestaat uit medewerkers van de psychiatrische afdeling (PAAZ), medewerkers van de spoed alsook de stewards en de preventieadviseurs. Het A-team heeft een 24uurs permanentie en is oproepbaar via het noodnummer en stapt af op de afdeling waar een agressieprobleem zich voordoet. De leden van het A-team beschikken over een never alone-systeem om hulp in te roepen van de politie, aldus de zorgmanager die verantwoordelijke is voor het agressiebeleid. - Specifieke scholing en training op het vlak 'agressie voorkoming' is georganiseerd via de leden van het A-team. Vanuit een sensibiliseringscampagne hebben medewerkers kennis genomen van het agressiebeleid in het ziekenhuis volgens de zorgmanager die verantwoordelijke is voor het agressiebeleid. - Op de afdelingen nucleaire geneeskunde, cardiologie en geriatrie is de agressieprocedure bekend bij de bevraagde zorgverleners en heeft de auditor de folder 'NEEN! tegen agressie' opgemerkt. - Het bespreken en analyseren van agressie-incidenten komt aan bod in de werkgroep agressie, aldus de zorgmanager die verantwoordelijke is voor het agressiebeleid.

4. Management van middelen
Rubriek: 411 (inkoopproces)

411.03	*De instelling heeft een inkoopbeleid passend bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de instelling.*
Instelling Score 3	De instelling heeft in zijn visie geschreven te streven naar hoogkwalitatieve zorg in een (voor patiënt en medewerker) veilige omgeving. Deze doelstelling uit zich met betrekking tot het verwerven van nieuwe medische apparaten en instrumenten als volgt: - Het vervangbeleid is er op gericht om door middel van vernieuwen van apparatuur en toestellen steeds hoog kwalitatieve middelen ter beschikking te stellen van de zorgverleners, die tevens veiliger zijn zowel voor gebruikers als patiënten. Niet alleen echografietoestellen en scopen kennen een vervangbeleid; dit kent eveneens zijn toepassing bij de aanschaf van bv. nieuwe scopie toestellen, nieuwe CT-scan… waardoor de stralenbelasting steeds vermindert door toepassen van nieuwe technologie. - Bij aanvang van het verwervingsproces bekijkt men een nieuwe aankoop vanuit alle mogelijke invalshoeken, en wordt een risico-inventarisatie uitgevoerd (zie norm 421.06). - Reeds bij aanvang van het verwervingsproces overlegt de aankoopdienst, samen met de gebruikers, met de leverancier teneinde dan reeds concrete afspraken te maken omtrent opleiding, zowel van de gebruikers als van de biomedische en technische dienst die toezicht moet houden op de nieuwe apparaten en toestellen. - De preventie-adviseur dient bij oplevering een indienststellingsverslag te schrijven vooraleer het apparaat of toestel in gebruik genomen wordt. - De instelling houdt bij aanschaf van nieuwe apparaten of toestellen rekening met de eventueel geldende Belgische en Vlaamse regelgeving, zoals bv. bij apparatuur die ioniserende stralen genereren. De instelling zorgt voor de nodige persoonlijke beschermingsmiddelen voor de tewerkgestelde medewerkers. <u>Documenten</u> - 411.03a Aankoopprocedure
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document ‘Aankoopprocedure’ beschrijft het proces van marktonderzoek tot het bepalen van alle criteria en hun weging bij de aankoop van nieuwe medische apparaten en instrumenten. In dit document zijn de betrokken diensten en functionarissen in het verkennings- en goedkeuringsproces opgesomd, waaronder de technische dienst, de biomedische dienst, de dienst informatica, het comité infectiepreventie, de dienst informatieveiligheid, de dienst preventie en veiligheid, de apotheek of het MFC, de directie en de eindgebruikers. Pas nadat iedere betrokken partij een akkoord heeft gegeven, kan het bestek gepubliceerd worden conform de vigerende wetgeving. - Het document ‘Aankoopprocedure’ geeft aan dat het opzetten van een proefopstelling pas kan na aanvraag bij de aankoopdienst. - Auditoren hebben de beleidsrichtlijn met afspraken voor artsen bij het verwerven van medische apparatuur ingezien. Deze procedure beschrijft de taken van de aanvragende ziekenhuisarts, van de hoofdarts en van de aankoopdienst. - De verantwoordelijke persoon van de biomedische dienst geeft aan dat zijn dienst altijd betrokken is bij aankopen van medische apparatuur. Als een medewerker van

	de biomedische dienst in het ziekenhuis een apparaat aantreft dat buiten de dienst om in gebruik is genomen, verwijdert deze het apparaat van de werkvloer, aldus de auditee. - De medewerkers van de aankoopdienst geven aan dat afhankelijk van het aankoopbedrag, een verschillend aankooptraject doorlopen wordt. De documenten van de aankoopflow die de auditoren hebben ingezien ondersteunen de procedurele werkwijze. De aankoopdienst beslist aan de hand van een checklist, die een risico-inventarisatie omvat, welke deskundigen in het aanschaftraject zijn betrokken, aldus auditees. Deskundigen zijn betrokken bij de opstelling van de programma's van eisen en de offertebeoordelingen, aldus auditees. Bij aanschaf van medische apparatuur is de biomedische dienst steeds betrokken. - Auditoren hebben de aankoopdocumenten van een vasculair echotoestel ingezien (besteldatum 27/04/2017). Hierin is onder andere te zien dat de verantwoordelijke van de aankoopdienst aangeeft dat de preventieadviseur, de biomedische dienst, de informatieveiligheidsconsulent en de informatie- en communicatietechnologie dienst (ICT) moeten betrokken zijn. De door de hoofdarts ondertekende checklist met de risico-inventarisatie, is aanwezig. Ook zijn de adviezen van de preventiedienst en de biomedische dienst opgenomen in de documenten.
411.04 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft een recallprocedure voor materialen, hulp- en geneesmiddelen en (medische) apparatuur en is in staat om patiënten te traceren en op te roepen in geval van tekortkomingen hieraan, die een risico voor de veiligheid van de patiënt zijn (recall patiënten).*
Instelling Score 3	Recalls bereiken de instelling via diverse kanalen en kunnen betrekking hebben op farmaceutische producten, medische apparatuur, medische hulpmiddelen en prothesen, bloed en bloedcomponenten… Evaluatie van het recall-gebeuren binnen de instelling leerde dat er geen sluitende procedure bestond die borg stond dat alle recall-meldingen 24/7/365 met zekerheid geregistreerd en behandeld werden, zodanig dat een procedure dienaangaande opgesteld werd. Alle artsen, de beheerder van het algemeen emailadres van de instelling, de receptie, de spoedopname en de diverse departementsdirecteurs en verantwoordelijken zijn in kennis gesteld van deze procedure, die verder ook terug te vinden is op intranet en op de website van de instelling. De procedure behelst de opdracht dat elke recall, van waar hij ook de instelling binnen komt, doorgespeeld wordt aan een centraal email-adres, recall@sezz.be , dat onmiddellijk de recall forwardt aan de verschillende mogelijke betrokkenen (verantwoordelijken van verschillende departementen, alsook drie directieleden). Aangezien minstens één, meestal twee van de betrokken personen eveneens de "commando-cel-GSM" van de instelling bij zich hebben en dus beschikbaar zijn, maakt dat de recall-meldingen 24/7/365 zeker en vast door minstens één persoon gelezen worden, de noodzakelijke maatregelen genomen en de aangewezen personen gecontacteerd worden. Apotheek en biomedische dienst beschikken over een eigen procedure om de recall verder af te wikkelen. Voor de andere diensten bevat de instellingsbrede recall-procedure de taken (en volgorde ervan) van de dienst- of departementsgebonden coördinator. Al deze procedures houden richtlijnen in die bepalen hoe patiënten in geval van tekortkomingen van apparaten, farmaceutische producten… kunnen getraceerd worden. Op directieniveau (apotheker, hoofdarts, verpleegkundig directeur) wordt vervolgens geval per geval bepaald, wie desgevallend patiënten en op welke wijze dient te benaderen (hetzij rechtstreeks, hetzij via huisarts, hetzij via gekende contactpersoon). <u>Documenten</u> - 411.04a Recallprocedure ziekenhuisbreed

	- 411.04b Recallprocedure van medische toestellen
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De documenten 'Recallprocedure ziekenhuisbreed' en 'Recallprocedure van medische toestellen' vermelden de te volgen stappen bij het uitvoeren van een recall voor zowel medische toestellen als voor farmaceutische producten, medische hulpmiddelen en prothesen en bloed en bloedcomponenten. - Auditoren hebben op de CSA en de centrale scopendesinfectieafdeling uit gesprekken en demonstatie vastgesteld dat track and trace voor steriele hulpmiddelen en flexibele endoscopen volledig is gefaciliteerd. - Auditees van de aankoopdienst hebben de recallprocedure toegelicht, die conform is aan de documenten die de auditoren hebben ontvangen. - De technisch directeur geeft aan dat het ziekenhuis een centraal e-mailadres heeft voor het ontvangen van externe recall-meldingen. Dit adres is bekend gemaakt aan externe contacten, aldus auditee. Via dit mailadres komt een melding binnen bij de directie, die 24/24 bereikbaar is vanuit een wachtdienstsysteem. De directie zorgt voor het doorsturen van de recall naar de juiste functionaris of dienst. De technisch directeur ontvangt op deze wijze recall-meldingen voor medische apparatuur. Bij het ontvangen van een recall voor een medisch apparaat maakt hij in Ultimo een recall aan, waardoor de nodige activiteiten in gang zijn gezet en kunnen worden gevolgd, aldus auditee. - De verantwoordelijke van de biomedische dienst verduidelijkt dat een recall van medische apparatuur sporadisch voorkomt. Hij zegt er op toe te zien dat alle noodzakelijke acties zijn uitgevoerd en ziet via Ultimo toe op de afhandeling van de te nemen stappen. Op basis van aanwijzingen van de leverancier is op deze wijze via een recall de gebruiksaanwijzing van een apparaat aangepast, aldus auditee.

Rubriek: 412 (uitbesteden)

412.04 **NTA8009:2011**	*Voor elke uitbestede dienst of deelfunctie heeft de instelling een dienstverleningsovereenkomst waarin de kwaliteitseisen vastgelegd zijn en de manier waarop de instelling toezicht houdt op de naleving van de kwaliteitseisen.*
Instelling Score 3	Alle werkzaamheden door derden binnen de instelling, of aan toestellen / apparaten en installaties die in de instelling gebruikt worden, dienen aan dezelfde kwaliteitseisen te voldoen als werkzaamheden die eigen medewerkers uitvoeren. Derden kunnen ook pas werkzaamheden uitvoeren binnen de muren van de instelling nadat ze zich op de technische dienst / biomedische dienst aangemeld hebben. Voor iedere uitbestede dienst of deelfunctie wordt een "job" (= een opdracht) aangemaakt in het Facility Management Informatie Systeem (FMIS) Ultimo. Naast een beschrijving van de inhoud van de uit te voeren taken zijn eveneens de kwaliteitseisen en veiligheidseisen vermeld met betrekking op deze taken. Deze elementen maken deel uit van een dienstverleningsovereenkomst, die samen met de bestelbon verstuurd wordt. Er is een procedure beschikbaar voor werken met derden waarin beschreven is wat de gedragscode is en de te volgen milieu- en veiligheidsregels binnen de instelling. Ook deze wordt gecommuniceerd naar de betrokken externen bij de bestelling. De instelling houdt toezicht op de naleving van deze eisen door dagelijks te checken op de technische dienst of alle geplande activiteiten, geregistreerd in Ultimo, ingecheckt zijn. De uitvoering van opdrachten wordt opgevolgd door de afdelingsverantwoordelijken. Voor iedere opdracht met externen is er een interne verantwoordelijke aangeduid om het uitgevoerde te controleren en de status van uitvoering te registreren.

	Indien derden de door hen aangegane verplichtingen niet nakomen zullen deze hierop aangesproken worden, en kan overgegaan worden tot ingebrekestelling, niet betaling en zelfs eisen van schadevergoeding. Ook deze elementen worden contractueel bepaald bij bestelling van externe dienstverlening. Het vrijgeven van apparaten en installaties na werkzaamheden door derden kan pas geschieden nadat intern hetzij de technische dienst, hetzij de biomedische dienst deze apparaten of installaties op deugdelijk functioneren getest hebben. <u>Documenten</u> - 412.04a Procedure Werken met derden - 412.04b Formulier Milieu- en veiligheidseisen - 412.04c Formulier Veiligheidsvragenlijst voor derden - 412.04d Formulier Evaluatie van derden
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Procedure Werken met derden' heeft als doel gevaren bij het uitvoeren van werken door derden vooraf in te schatten en tot een minimum te beperken. In deze procedure staat vermeld dat een externe persoon niet aan een opdracht mag beginnen zonder in het bezit te zijn van een volledig ingevulde en afgetekende vergunning. De technisch coördinator, die verantwoordelijke is voor de uit te voeren werken, vult de vergunning volledig in op basis van een risicoanalyse aan de hand van een checklist, en definieert de te nemen maatregelen. - Het document 'Milieu- en veiligheidseisen' benoemt onder andere veiligheidsregels voor brandgevaar, stofproductie en -verspreiding, legionellagevaar, handhygiëne, toegang tot steriele zones, omgevingsgevaren en milieu. De preventie is gericht op zowel de externe medewerkers, eigen medewerkers en op de patiënten. - Het document 'Formulier Evaluatie van derden' bevat onder andere evaluatiepunten ten aanzien van de kennis, competentie en kwaliteit van geleverde prestaties door externen. - De verantwoordelijke van de biomedische dienst en de technisch directeur bevestigen onafhankelijk van elkaar de werkwijze van het toezicht houden op het nakomen van de gestelde kwaliteitseisen aan externe dienstverleners. Beide auditees geven aan dat op heden 95% van de onderhoudscontracten in Ultimo zijn opgenomen.

Rubriek: 421 (apparatuur)

421.06 **NTA**[8009:2011]	*De instelling voert een risicoanalyse uit aan het begin van het verwervingsproces van (medische) apparatuur, waarbij zowel de technisch verantwoordelijke als de gebruikers zijn betrokken.*
Instelling Score 3	<u>Begin van verwervingsprocedure</u> Er wordt steeds nagegaan of het verwerven van nieuwe (medische) apparatuur past binnen de lopende begroting, het klassieke vervangbeleid en/of de visie van de instelling. Bij medische apparatuur geschiedt dit door middel van overleg tussen de aanvragende dienst/arts en de hoofdarts. Volgens de geldende aankoopprocedure dient een eventuele aankoop voorafgegaan te worden door een risico inventarisatie en analyse. Aankoopdienst en hoofdarts zullen deze samen opstarten. <u>Risico-inventarisatie en analyse</u> - Via een standaard vragenlijst zal de hoofdarts met de aanvragende arts/dienst essentiële veiligheidsaspecten nagaan

	- De aankoopdienst gaat intussen na via welke weg de eventuele bestelling moet plaats vinden, onder meer rekening houdend met de wet op overheidsopdrachten - Overleg tussen aankoopdienst en hoofdarts, alsook interpretatie van de vragenlijst bepaalt welke diensten/functies *ab initio* bij het verwervingsproces betrokken moeten zijn. Elke dienst evalueert de risico's vanuit zijn invalshoek. Hiervoor kunnen ze een beroep doen op aangereikte documentatie, attesten, handleidingen, alsook op de OPERA-databank (dit is een databank , door verschillende ziekenhuizen opgesteld en waarin het risico en de risicograad van een specifiek toestel of instrument opgelijst is). Mogelijke betrokken diensten/functies zijn: preventie-adviseur, biomedische dienst, ziekenhuishygiëne, ICT, informatieveiligheidsconsulent, dienst infrastructuur. - Uitgaande van deze analyse en risico-bepaling wordt eveneens bepaald welke vorm van opleiding (zowel voor de gebruiker, als voor biomedische dienst en eventueel andere betrokkenen) noodzakelijk is, en ook deze gegevens worden bij de bestelbon gevoegd. - Enkel indien na overleg tussen alle betrokken diensten/functies de volledige risicoanalyse bekend is, alsook de te nemen maatregelen gepland zijn, kan een bestelbon getekend worden. Dezelfde procedure geldt zowel voor het verwerven van nieuwe apparatuur, als voor wat betreft demo-toestellen of proefopstellingen. <u>Documenten</u> - 421.06a Voorbeeld advies preventiedienst - 421.06b Voorbeeld advies biomedische dienst
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Aankoopprocedure' vermeldt "De aankoopdienst maakt een voorlopig bestek op en stuurt dit ter aanvulling en/of goedkeuring naar, indien van toepassing: .... Dienst preventie en veiligheid (opmaken van een risicoanalyse en na levering een indienststellingsverslag)". - De hoofdarts licht toe dat volgens de geldende aankoopprocedure, aan een eventuele aankoop steeds een risico-inventarisatie en -analyse is vooraf gegaan. - De verantwoordelijke van de biomedische dienst geeft aan dat de bepaling van risico's bij de aankoop van medische apparatuur, aan het begin van het aankoopproces gebeurt. De afspraak is dat voor elke aankoop van een medisch apparaat, een risico-inventarisatie en -analyse plaatsvindt, aldus auditee. - In het aankoopdossier van een vasculair echotoestel (besteldatum 27/04/2017) hebben auditoren de risico-inventarisatie ingezien.
421.07 **NTA**[8009:2011]	*De instelling zorgt dat de kennis en vaardigheden, die nodig zijn om verantwoord met instrumenten en (medische) apparatuur om te gaan, worden verworven en op peil worden gehouden.*
Instelling Score 3	Reeds bij de bestelling van nieuwe apparatuur of toestellen spreekt de aankoopdienst af in welke mate en hoe de leverancier dient in te staan voor de opleiding. Afspraken met de leverancier betreffen zowel de opleiding van de leden van de biomedische dienst (in het kader van de van hen verwachte onderhouds- en reparatietaken), als opleiding van de gebruikers (zowel ziekenhuisartsen als medewerkers). Trainingen en opleidingen zijn georganiseerd op afdelingsniveau en de afdelingsverantwoordelijken zien erop toe dat iedere medewerker van zijn afdeling van de nodige opleiding geniet. De afdelingsverantwoordelijke houdt een map bij met attestaties van de door zijn medewerkers gevolgde opleidingen en trainingen. Voor

	nieuwe medewerkers is een opleidingsmap voorzien. Opleiding betreffende het gebruik van toestellen en apparatuur is hiervan een onderdeel. Indien een nieuwe medewerker de opleiding heeft gekregen, is dit terug te vinden in de opleidingsmap. Opleidingen rond apparatuur en opfris-momenten zijn een onderdeel van dienstvergaderingen en opleidingsdagen, zodanig dat de kennis en vaardigheden onderhouden blijven. Voorbeelden: - bij de ingebruikname van het nieuw chirurgisch dagziekenhuis zijn opleidingen georganiseerd voor het gebruik van nieuwe medische apparatuur voor verpleegkundigen zodat kennis en vaardigheden verworven zijn. - in het operatiekwartier is een training georganiseerd voor het gebruik van de Da Vinci Robot. Het ging om een opfriscursus met oefenmomenten voor verantwoord gebruik Ziekenhuisartsen moeten onderschrijven dat ze opleiding of training gevolgd hebben / degelijk geïnstrueerd zijn omtrent het gebruik van de in de instelling aanwezige en door hen gebruikte toestellen en apparatuur (historische autorisatie). Hetzelfde geldt voor alle ziekenhuisartsen die gebruik maken van nieuw verworven apparatuur of toestellen vanaf december 2016. Attestaties van trainingen en opleidingen worden eveneens bijgehouden in de op het directiesecretariaat bijgehouden individuele map van de ziekenhuisarts. <u>Documenten</u> - 421.07a Autorisatie door hoofdarts i.v.m. gebruik van medische toestellen - 421.07b Aanwezigheidslijst opleiding medische toestellen dagziekenhuis - 421.07c Aanwezigheidslijst opleiding medische toestellen OK
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER deels bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document ‘Autorisatie door de hoofdarts i.v.m. gebruik van medische toestellen’ bevat een verklaring dat de kennis en vaardigheden van artsen om met vermelde apparatuur verantwoord om te gaan, zijn verworven en op peil zijn gehouden. - Auditees van de CSA geven aan dat medewerkers door de firma zijn opgeleid voor gebruik van de apparatuur op de CSA. Zij zeggen te beschikken over een opleidingscertificaat. Nieuwe medewerkers zijn op deze afdeling opgeleid door een referentiepersoon of meter van de CSA. - Meerdere geauditeerde artsen bevestigen dat zij niet specifiek zijn opgeleid voor gebruik van medische apparatuur. Auditees geven aan geen weet te hebben van een algemene regeling rond de scholing van artsen voor apparatuur-gebruik met registratie van bekwaamheid voor dat apparatuur-gebruik. In de afgelopen maanden hebben artsen naar eigen inschatting een algemene verklaring afgegeven waarin zij melden zich bekwaam te achten voor gebruik van de apparatuur waarmee zij werken, aldus deze geauditeerde artsen. - Op het OK hebben auditoren vernomen van de medewerkers dat ze training hebben gehad om te leren werken met nieuwe toestellen. Deze opleiding is gegeven door de desbetreffende firma’s en medewerkers zeggen te beschikken over attesten van deze trainingen. Als nieuwe medewerkers starten op het OK, dan gebeurt de training voor het veilig gebruik van apparatuur aan de hand van het teach the teacher principe, met registratie in de opleidingsmap, aldus auditee. - Uit het gesprek met de uroloog en de verpleegkundige van de robotchirurgie blijkt dat bij introductie van de robot in 2007, de uroloog meerdere vormen van vorming in België en in het buitenland heeft gevolgd. De verpleegkundige zegt ingewerkt te zijn door een verpleegkundig expert in de robotchirurgie, door de uroloog en door de leverancier van de robot. Sedert 2007 is een tweede verpleegkundige ingewerkt voor robotchirurgie en zijn afspraken gemaakt over hoeveel ingrepen bijgewoond en

	geassisteerd moeten zijn onder supervisie alvorens de collega bekwaam is, aldus auditees. - De zorgmanager oncologie licht toe dat bij in gebruik name van een nieuw soort spuitpompen op het dagziekenhuis oncologie, de verpleegkundigen een scholing hebben gekregen.
421.08	*De instelling hanteert een regeling voor proefopstellingen en ingebruikname van nieuwe (medische) apparatuur, onder meer gericht op een verantwoorde vrijgave van het gebruik hiervan, waarbij zowel de technisch verantwoordelijke als de gebruikers zijn betrokken.*
Instelling Score 3	De instelling hanteert een regeling die dezelfde is voor ingebruikname van zowel proefopstellingen als nieuwe (medische) apparatuur. Verschillende noodzakelijke stappen worden hierbij in acht genomen: - De oplevering/plaatsing geschiedt door de leverancier/producent. - De preventie-adviseur levert een indienststellingsverslag aan. - De biomedische dienst registreert het toestel in zijn database, kent een AOC-nummer toe, heeft een geschreven overeenkomst met de leverancier/producent die bepaalt welk onderhoud of herstel door de biomedische dienst kan gebeuren en welke niet, en heeft alle documentatie ontvangen die noodzakelijk is (gebruikershandleidingen, technische handleiding…) - Alle andere betrokkenen die bij aanvang van het verwervingsproces betrokken waren (apotheek, CSA, informatieveiligheidsconsulent…) dienen eveneens het licht op groen te stellen vooraleer de gebruiker overgaat tot gebruik van de apparatuur. - Eindgebruikers (meestal artsen) alsook door hen aangestuurde medewerkers dienen een opleiding gevolgd te hebben of ter plaatse te krijgen. Deze opleidingen worden door de leverancier/producent geattesteerd. (zie norm 421.07 en 323.09). Bij vervangtoestellen moet de biomedische dienst hiervan ingelicht worden; de biomedische dienst zal ook deze toestellen beoordelen naar hun functionele deugdelijkheid en registreren in hun database. Tenslotte zijn er nog toestellen, instrumenten, meetapparatuur… die meegebracht worden door vertegenwoordigers, hulpkrachten… die mee komen helpen, kijken, adviseren in de operatiezaal en die door de leverancier/producent ter beschikking gesteld zijn. Hiervoor is een aparte overeenkomst opgesteld waarin men attesteert - competent te zijn om te kijken, helpen, adviseren in de betrokken materie - aanwezig te zijn in overleg/met toestemming van de behandelende arts - borg te staan dat meegebrachte toestellen, instrumenten, meetapparatuur voldoen aan alle wettelijke voorwaarden (niet limitatieve lijst: onderworpen zijn aan periodiek onderhoud, toelating hebben om in België gebruikt te worden, regelmatig geijkt worden, geen zichtbare mankementen vertonen) en dat ze de verantwoordelijkheid voor het gebruik ervan door hen volledig op zich nemen. <u>Documenten</u> - 411.03a Aankoopprocedure - 421.08a Procedure Beheer medische toestellen - 421.08b Folder OPERA
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen:

	- Het document 'Aankoopprocedure' vermeldt "Indien er een test nodig blijkt, zal de aanvrager via het interne bestelformulier een aanvraag sturen naar de aankoopdienst en deze zal de testaanvraag voorleggen aan de directie en hetzelfde pad doorlopen van een aanvraag tot aankoop. De reden hiervoor is dat er vooraleer een testtoestel in gebruik te nemen, een indienststelling moet gebeuren door onze preventieadviseur, en dit na het verzamelen van alle correcte attesten, keuringen, enz. op onze biomedische dienst. Ook is het belangrijk dat mensen de juiste opleiding krijgen om het testtoestel te gebruiken". - In gesprekken met auditees van aankoopdienst en de technische dienst hebben de auditoren bevestigd gekregen dat het proces om apparatuur in proef op te stellen verloopt zoals gesteld in het ZER en in de aangeleverde documenten. Auditees geven aan dat het aantal apparaten op proef dat niet langs de geëigende weg is geïntroduceerd, sterk is verminderd. De hiervoor opgeworpen filters blijken functioneel te zijn, aldus auditees. Mocht in een enkel geval toch een apparaat onjuist geïntroduceerd zijn, dan wordt dit bij de vaststelling van het niet nakomen van de afspraken direct buiten gebruik gesteld. Auditoren hebben dit bevestigd gekregen van medewerkers van de biomedisch dienst alsook van medewerkers van afdelingen.
421.09	*De instelling heeft een handleiding/instructie voor de medewerkers die met de (medische) apparatuur werken.*
Instelling Score 3	De instelling beschikt over een overzicht van alle technische installaties en medische apparatuur. De medische apparatuur is geregistreerd in het Facility Management Informatie Systeem FMIS Ultimo met daaraan gekoppeld de instrumentensoort. Een instrumentensoort is een groepsnaam voor medische apparaten waarvan het type en leverancier identiek zijn. Elke medewerker heeft een login in FMIS Ultimo en kan elk toestel opzoeken aan de hand van het toestelnummer (instrumentidentificatienummer) dat op het toestel zelf gekleefd is. De handleiding, CE-attest,… zijn terug te vinden in de rubriek 'documentatie' van het toestel. Voor oudere toestellen waarvoor geen documentatie in FMIS Ultimo is bewaard, is een instructiekaart aanwezig bij het toestel op de afdeling alsook in de biomedische dienst. De medewerker dient de instructiekaart te raadplegen. Deze instructiekaarten zijn eveneens in FMIS Ultimo opgenomen volgens onderstaand prioriteitsvolgorde. De opbouw van de documentatiedatabase voor medische apparatuur verloopt gefaseerd. Er is voorrang gegeven aan de hoog risico apparatuur, vervolgens aan deze met middel hoog risico en middel laag risico tot slot aan de laagrisico apparatuur. De projectplanning is in bijlage opgenomen. De technische apparatuur (waterhuishouding, liften, slagbomen,….) is eveneens in het FMIS Ultimo geregistreerd. De medewerkers van de technische diensten kunnen bijkomend in FMIS Ultimo de handleiding, attesten,… oproepen die bewaard zijn in de rubriek 'documentatie' van de technische installaties. Indien de documentatie niet in het FMIS Ultimo softwarepakket opgenomen is, is deze raadpleegbaar op de technische dienst onder papieren vorm. De opbouw van de documentatiedatabase voor technische installaties verloopt gefaseerd. Er is voorrang gegeven aan de hoog risico installatie, vervolgens aan deze met middel hoog risico en middel laag risico tot slot aan de laagrisico installaties. Er wordt dagelijks een backup genomen van het FMIS Ultimo-softwarepakket. Maandelijks wordt de volledige database gekopieerd.

	Documenten - 421.09a Voorbeeld Instructiekaart - 421.09b Voorbeeld rubriek 'documentatie' medisch toestel (Ultimo) - 421.09c Projectplanning medische apparatuur Ultimo
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben een instructiekaart ingezien voor een oorthermometer. - De verantwoordelijke van de biomedische dienst heeft toegelicht hoe de gebruiksaanwijzingen van de gebruikte apparatuur via Ultimo beschikbaar zijn. Voor sommige apparaten is nog een verkorte instructiekaart beschikbaar naast de gebruiksaanwijzing. - Op meerdere afdelingen hebben auditoren gezien dat medewerkers de gebruiksaanwijzing van apparatuur in Ultimo kunnen vinden.
421.10	*De instelling heeft een handleiding/instructie voor en voorziet in opleiding en training van de medewerkers die betrokken zijn bij onderhoud en herstel van de (medische) apparatuur.*
Instelling Score 2	De instelling beschikt over een overzicht van alle technische installaties en medische apparatuur. De medische en technische apparatuur is geregistreerd in het FMIS Ultimo (zie norm 421.09). De instelling beschikt over een opleidingsmatrix waarin per werknemer van de technische dienst en biomedische dienst overeenkomstig zijn functie (biotechnieker, loodgieter, elektricien, schrijnwerker,…) een overzicht wordt bijgehouden van de vereiste kennis. Per medewerker is er een lijst van alle technische installatiesoorten en instumentensoorten waaraan het vereiste niveau van opleiding en/of ervaring is gekoppeld: basis, specialist, trainer. Daarnaast is geregistreerd welk niveau de medewerker haalt. Aan de hand van deze opleidingsmatrix is bepaald welke opleidingen voor de medewerkers noodzakelijk zijn. Deze opleidingen zijn intern of extern georganiseerd en bijgehouden (zie norm 323.09). Naast de opleidingsmatrix beschikt de instelling over een kennisboom binnen de FMIS Ultimo software voor zowel technische installaties als biomedische toestellen. In een kennisboom is per installatie of toestel alle relevante informatie (handleiding, technische fiches, schema's, flowcharts, contracten, onderhoudsbeurten, contactpersonen,…) bewaard en opvraagbaar. Medewerkers van de technische dienst en biomedische dienst gebruiken de kennisboom als leidraad bij het oplossen van storingen. Zij vullen de kennisboom ook aan met de vastgestelde storing en de eraan geboden oplossing. Per toestel of installatie staat in de kennisboom vermeld welke handelingen werknemers van de instelling dienen te ondernemen bij een storing. Er is expliciet vastgelegd in welke mate zij zelf mogen handelen dan wel onmiddellijk de helpdesk van de leverancier dienen te contacteren. Voor handelingen die zij zelf mogen stellen in het kader van onderhoud of interventie, hebben zij een opleiding gevolgd en is een handleiding ter beschikking. Voorbeeld : infuuspompen B-Braun, HVAC Honeywell. Documenten - 421.10a Voorbeeld opleidingsmatrix - 421.10b Voorbeeld kennisboom medisch toestel
Auditoren Score 2	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.

	Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben de opleidingsmatrix ingezien waarin per werknemer van de technische dienst en van de biomedische dienst, overeenkomstig de functie (biotechnieker, loodgieter, elektricien, schrijnwerker,…) een overzicht is bijgehouden van de vereiste kennis. - De verantwoordelijke van de biomedische dienst licht toe dat alle benodigde opleidingen van de medewerkers van de technische dienst en van de biomedische dienst nog niet volledig afgedekt zijn. Bij een gebrek aan de vereiste deskundigheid, contacteren de technici elkaar om zo zonder risico's de gewenste handelingen uit te laten voeren. - De technisch directeur geeft aan dat hij voornemens is er voor te zorgen dat voor eind 2018 alle technici de opleidingen hebben gevolgd die hij voor hun taken noodzakelijk acht.
421.11	*De instelling hanteert een regeling voor het preventief onderhoud van (medische) apparatuur.*
Instelling Score 3	De instelling voorziet in een FMIS Ultimo softwarepakket waarin het preventief onderhoud van de medische apparatuur en technische installaties wordt geregistreerd en opgevolgd. <u>Technische installaties :</u> De kritische technische installaties zijn geregistreerd in de technische module waarin de preventieve onderhoudsplannen, onderhoudscontracten, technische tekeningen,… opgenomen zijn (zie norm 421.10). Een overzicht is raadpleegbaar van de installaties waarvoor een onderhoudsplan is geregistreerd. De frequentie van de onderhoudsplannen is bepaald aan de hand van de voorschriften van de fabrikant en in de tijd uitgezet. Het FMIS Ultimo-pakket maakt automatisch een opdracht (ticket) aan voor het uitvoeren van het preventief onderhoud in de maand voorafgaand aan de vervaldatum. Deze opdracht komt op de takenlijst van de biotechnieker, loodgieter, schrijnwerker of elektricien naargelang van de vakgroep. Er staat in het FMIS Ultimo-pakket geregistreerd of dit onderhoud door interne medewerkers dan wel door een bevoegde externe firma uitgevoerd wordt. Van zodra het onderhoud is uitgevoerd, wordt dit geregistreerd in het FMIS Ultimo-pakket. Via de module 'rapportage' volgt de verantwoordelijke van de technische dienst en biomedische dienst de tijdige uitvoering van het preventief onderhoud bij installaties op. <u>Medische apparatuur:</u> De medische apparatuur is geregistreerd in de medische module waarin de preventieve onderhoudsplannen, onderhoudscontracten, risico getal,.. zijn opgenomen. De onderhoudsplannen, risicogetallen en documentatie zijn overgenomen uit de OPERA databank. De OPERA databank wordt beheerd door een vereniging van ziekenhuizen. Zij bepalen gemeenschappelijk voor de FMIS Ultimo gebruikers de onderhoudsplannen, risicogetallen en documentatie per toestel. Een overzicht van de medische toestellen waarvoor een onderhoudsplan is geregistreerd, is raadpleegbaar. De frequentie van de onderhoudsplannen is bepaald aan de hand van de voorschriften van de leverancier en in de tijd uitgezet. Het FMIS Ultimo-pakket maakt automatisch een opdracht (ticket) aan voor het uitvoeren van het preventief onderhoud in de maand voorafgaand aan de vervaldatum. Deze opdracht komt op de takenlijst van de biotechnieker. Er staat in het FMIS Ultimo-pakket geregistreerd of dit onderhoud door interne medewerkers dan wel door de leverancier uitgevoerd wordt. Van zodra het onderhoud is uitgevoerd, wordt dit geregistreerd in het FMIS Ultimo-pakket. Via de module 'rapportage' volgt de verantwoordelijke van de biomedische dienst de tijdige uitvoering van het preventief onderhoud bij medische apparatuur op.

	Documenten - 421.11a Procedure Preventief onderhoud (medische) apparatuur - gebouwen - 421.09c Projectplanning medische apparatuur Ultimo
Auditoren Score 2	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER deels bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben het document 'Procedure Preventief onderhoud (medische) apparatuur – gebouwen' ingezien. Dit document beschrijft het opstellen van een preventieve onderhoudsplanning van apparatuur. Bij medische apparatuur is rekening gehouden met de risicoklasse van de apparatuur. Die risicoklasse is afkomstig van uitgevoerde risicoclassificaties per instrumentensoort. Bij technische installaties in gebouwen is preventief onderhoud uitgevoerd volgens de voorschriften van de fabrikant. - De verantwoordelijke van de biomedische dienst geeft aan dat het bestickeren van alle medische apparatuur in het kader van de planning van preventief onderhoud nog niet volledig rond is. Prioriteit is gegeven aan het bestickeren van hoog risico apparatuur. Auditoren hebben op afdelingen apparatuur gezien die al wel en die nog niet is bestickerd. - Auditoren hebben Ultimo ingezien waarbij is vastgesteld dat de preventieve onderhoudsplanning niet volledig is uitgevoerd zoals gepland. Auditoren stellen vast in een overzicht dat is toegelicht door het diensthoofd van de technische dienst, dat 12 van de 577 apparaten met een hoogrisicoclassificatie, rood zijn gecodeerd omdat de datum van gepland preventief onderhoud is overschreden ten aanzien van de toegestane overschrijdingstijd. Van de rood gecodeerde apparaten zijn niet alle apparaten buiten gebruik gesteld. Auditee geeft aan dat er op heden geen afspraken zijn over de termijn waarbinnen de onderhoudsachterstand van hoogrisicoapparatuur moet zijn weggewerkt. De onderhoudsachterstand van midden- en laagrisicoapparatuur is nog niet in beeld, aldus auditee. - De verantwoordelijke van de biomedische dienst geeft aan dat externe firma's zich bij de biomedische dienst aan- en afmelden voor het uitvoeren van onderhouds- en reparatietaken in het ziekenhuis. Deze externe firma's werken met een werkbon volgens auditee, die na afloop van het werk aan een medewerker van de biomedische dienst wordt voorgelegd ter ondertekening. - Auditees van de afdeling medische beeldvorming geven aan dat contacten over onderhoud van röntgensystemen rechtstreeks verlopen tussen deze afdeling en externe onderhoudsfirma, zonder inbreng van de biomedische dienst. - Bij de toelichting omtrent datamonitoring door de directie hebben de auditoren vastgesteld dat de voortgang in het bestickersproces van medische apparatuur een parameter is die op directieniveau is bijgehouden. **<u>Verbeterpunt:</u>** Het uitvoeren en borgen van de vastgestelde regeling voor het preventief onderhoud van medische apparatuur en het reduceren van onderhoudsachterstand bij hoog-risico apparatuur
421.12 **NTA8009:2011**	*De instelling heeft een actueel overzicht van de functionele en technische staat en de verwachte resterende technische levensduur van de (medische) apparatuur.*
Instelling Score 2	De instelling heeft een regeling voor de opmaak van preventieve onderhoudstaken en voor het melden van storingen/herstellingen voor zowel medische- en technische installaties. Tijdens het uitvoeren van de werkzaamheden hetzij preventief en/of correctief onderhoud wordt afhankelijk van de technische staat of kost beslist om het apparaat te herstellen of te vervangen door een nieuw.

	De instelling voorziet voor eind 2017 een extra FMIS Ultimo module Lange Termijn Asset Planning voor de apparatuur en gebouwen. <u>Documenten</u>
Auditoren Score 2	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees. Ter illustratie de volgende bevinding: - Een actueel overzicht van de functionele en technische staat en de verwachte resterende technische levensduur van de (medische) apparatuur is niet beschikbaar, aldus de technisch directeur.
421.13 **NTA8009:2011**	*De instelling heeft afspraken voor het binnen en buiten kantooruren (24/7) verhelpen van storingen in (medische) apparatuur die voor de kwaliteit van zorg en veiligheid essentieel zijn.*
Instelling Score 3	Medewerkers en artsen melden storingen in medische apparatuur via het intranet in het FMIS Ultimo – technisch meldpunt. Dringende meldingen moeten zij bovendien telefonisch doorgeven aan het technische meldpunt (telefoonnummer 5000). Alle telefoonoproepen worden 24/7 beantwoord. De instelling heeft hiervoor een permanentieregeling voor de technische en biomedische dienst. - <u>Binnen de kantooruren</u> Binnen de werkuren heeft de instelling van 7.00 uur tot 18.00 uur twee werkvoorbereiders die alle technische meldingen die zijn ingegeven in de FMIS Ultimo software, doorsturen naar de juiste technieker. Bij telefonische oproep volgt onmiddellijk actie. - <u>Buiten de kantooruren</u> Buiten de kantooruren ontvangt de receptie tot 22.00 uur en de nachtwaker vanaf 22.00 uur de oproepen op het telefoonnummer 5000. Zij bellen onmiddellijk de wachtdienst. De instelling heeft steeds 2 technisch medewerkers van permanentie. Zij zijn bereikbaar op GSM. Er is een wachtdienst voor medische apparatuur en elektriciteit en een wachtdienst voor schrijnwerk en loodgieterij. De receptie of de nachtwaker bellen voor storingen aan de medische apparatuur naar de wachtdienst medische apparatuur en elektriciteit. De medewerker van wacht komt na de oproep onmiddellijk naar de instelling. De FMIS Ultimo software beschikt over een kennisboom die de technisch medewerker gebruikt als handleiding voor het oplossen van storingen (zie norm 421.10). In geval een interventie van de leverancier vereist is, contacteert de medewerker van de technische dienst de helpdesk van de leverancier overeenkomstig de afspraken geregistreerd in het FMIS Ultimo (zie norm 421.11). De FMIS Ultimo software beschikt over een overzicht van de servicelijnen die bij storingen volgens de noodzaak ingeroepen worden. Na herstel van de storing onderzoekt de biomedische dienst de reden en de omstandigheden die aanleiding gegeven hebben tot de storing en gaat na hoe dit kan vermeden worden. <u>Documenten</u> - 421.13a Procedure Melden van storingen (medische) apparatuur - gebouwen - 421.13b Wachtregeling biomedische en technische dienst

Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Procedure Melden van storingen (medische) apparatuur – gebouwen' beschrijft op welke wijze medewerkers storingen aan technische installaties, medische toestellen en gebouwen kunnen melden. - De 'Wachtregeling biomedische en technische dienst' geeft aan dat de regeling van de technische wachtdienst als doel heeft de veiligheid van de operationele processen op technisch vlak 24u/24u en 7d/7d te garanderen. Tijdens avond/nacht en in het weekend beschikt het ziekenhuis over een eigen permanentie vanuit de technische dienst. Indien nodig, wordt de assistentie van een externe firma ingeschakeld. - De technisch directeur geeft aan dat het melden van storingen van apparatuur die onder beheer van de technische dienst en onder beheer van de biomedische dienst staan, via Ultimo verlopen. Auditoren hebben de wijze waarop melders van storingen door het systeem automatisch naar de juiste wijze van melden worden geleid, gedemonstreerd gekregen. - Auditoren constateren uit gesprekken en ingeziene documenten dat er een functionerende wachtdienst is voor het verhelpen van storingen in (medische) apparatuur is, zowel binnen en buiten de kantooruren (24/7).
421.14 **NTA**[8009:2011]	*De instelling hanteert een regeling voor de vrijgave van (medische) apparatuur na onderhoud en herstel.*
Instelling Score 3	Onderhoud van medische apparatuur behoort tot de verantwoordelijkheid van de biomedische dienst. In functie van het toestel/apparaat of het afgesloten onderhoudscontract kan dit onderhoud geschieden hetzij door de biomedische dienst zelf of door externen, en ofwel op de plek waar het toestel functioneert, ofwel op de biomedische dienst zelf. Na het periodieke onderhoud wordt een nieuwe sticker op het toestel geplaatst waarop de geplande datum voor het eerstvolgende onderhoud vermeld is. Indien het onderhoud gebeurd is door externen zijn deze per overeenkomst eraan gehouden het beëindigen van hun werkzaamheden aan de biomedische dienst te melden, en pas nadat de biomedische dienst vervolgens het toestel op zijn deugdelijkheid nagekeken heeft, zal het toestel vrijgegeven worden. Herstel: indien een toestel of medische apparatuur een defect vertoont dat herstel vereist, wordt dit door de biomedische dienst beoordeeld, waarbij een herstel al dan niet binnen de muren van de instelling, en al dan niet door eigen medewerkers kan geschieden. Een hersteld toestel of apparaat zal enkel kunnen vrijgegeven worden door de biomedische dienst; indien het herstel door externen geschiedde zal de biomedische dienst voor vrijgave het herstel beoordelen en desgevallend overgaan tot testen van het toestel of apparaat. Historiek van zowel onderhoud als herstel is terug te vinden in het FMIS Ultimo. Bij vrijgave na herstel krijgt de gebruiker melding hiervan. De eindgebruiker heeft bij elk gebruik van toestellen of apparaten de verantwoordelijkheid de deugdelijkheid ervan te beoordelen. Bij elk vermoeden van malfunctioneren dient de biomedische dienst ingeschakeld te worden. Bij vrijgave na herstel zal de eindgebruiker extra aandacht besteden hieraan. Documenten - 421.14a Procedure Vrijgave medische apparatuur
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER deels bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.

Score 2	Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Procedure Vrijgave medische apparatuur' legt de afspraken vast om te verzekeren dat (medische) apparatuur na herstelling of na onderhoud opnieuw kan gebruikt worden op een veilige manier en met de juiste functionaliteiten. De medewerkers van de biomedische dienst staan in voor de uitvoering, vrijgave en het technisch afsluiten van storingen of andere meldingen. In dit document staat vermeld dat het apparaat vrijgeven moet worden met status "VRIJGAVE", wat omvat dat het apparaat een sticker heeft wanneer het toestel mag gebruikt worden. - De verantwoordelijke van de biomedische dienst geeft aan dat externe firma's zich bij de dienst aan- en afmelden voor het uitvoeren van onderhouds- en reparatietaken in het ziekenhuis. De externe firma's werken met een werkbon die na afloop van het werk door een medewerker van de biomedische dienst wordt getekend. Indien dit nodig blijkt te zijn, zijn parameters van onderhouden en gerepareerde apparatuur door de biomedische dienst gecheckt, aldus auditee. Daarna wordt de apparatuur door de biomedische dienst vrijgegeven voor gebruik. - Auditees van de afdeling medische beeldvorming geven aan dat röntgenapparatuur na onderhoud en reparatie door de externe onderhoudsfirma wordt bestickerd en vrijgegeven. Volgens de auditees zijn de medewerkers van de biomedische dienst niet steeds op de hoogte gesteld van de uitgevoerde onderhouds- en reparatiewerken op de afdeling medische beeldvorming door externe firma's. - De technisch directeur geeft aan dat sinds kort is ingevoerd dat een automatische mail naar de gebruiksafdeling wordt gestuurd op het moment dat in Ultimo een onderhouds- of hersteltaak voor een apparaat is afgerond. **<u>Verbeterpunt:</u>** Het consequent toepassen van de regeling tot vrijgave van medische apparatuur na onderhoud en herstel door externe bedrijven.
421.18	*De instelling heeft criteria vastgelegd om medewerkers die betrokken zijn bij onderhoud en herstel van de (medische) apparatuur te autoriseren voor werkzaamheden. De instelling heeft per medewerker een registratie van bevoegdheid en bekwaamheid op basis waarvan werkzaamheden worden verricht.*
Instelling Score 3	De instelling heeft de biomedische dienst geautoriseerd voor het uitvoeren van onderhoud en herstellingen aan medische toestellen. Het zijn de medewerkers van de biomedische dienst of op hun vraag de externe technici die deze werkzaamheden uitvoeren. Medewerkers en artsen contacteren de biomedische dienst via het intranet in het FMIS Ultimo – technisch meldpunt. Dringende meldingen doen zij bovendien telefonisch doorgeven aan het technische meldpunt (telefoonnummer 5000). Medewerkers en artsen nemen zelf geen contact met externe technici. De instelling beschikt over een opleidingsmatrix waarin per werknemer van de technische dienst en biomedische dienst overeenkomstig zijn functie (biotechnieker, loodgieter, elektricien, schrijnwerker,…) een overzicht wordt bijgehouden van de vereiste bekwaamheden en bevoegdheden. Per medewerker is er een lijst van alle technische installatiesoorten en instrumentensoorten waaraan het vereiste niveau van opleiding en/of ervaring is gekoppeld: basis, specialist, trainer. Daarnaast is geregistreerd welk niveau de medewerker haalt. Indien de medewerkers over de basiskennis beschikken, zijn zij geautoriseerd om werkzaamheden zoals onderhoud en herstellingen uit te voeren aan medische toestellen, voor zover dit in aankoop- en onderhoudscontracten bepaald is . <u>Documenten</u> - 421.10a Voorbeeld opleidingsmatrix
Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER deels bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.

	Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben de opleidingsmatrix ingezien waarin per werknemer van de technische dienst en van de biomedische dienst, overeenkomstig de functie (biotechnieker, loodgieter, elektricien, schrijnwerker,…) een overzicht is bijgehouden van de aanwezige kennis. - De verantwoordelijke van de biomedische dienst geeft aan dat hij bij het verdelen van taken rekening houdt met het vereiste opleidingsniveaus van de medewerkers van de technische dienst.
421.19	*De instelling heeft de criteria voor bekwaamheid en bevoegdheid van externe technici die onderhoud verrichten binnen de instelling vastgelegd in een contract. Daarbij gaat de instelling bij de externe technici na of de bekwaamheid en bevoegdheid overeenkomen met de werkzaamheden die verricht worden.*
Instelling Score 3	De instelling voorziet in een overeenkomst die aannemers dienen te ondertekenen bij aanvang van werken. In deze overeenkomst (bijlage F-TD003-1) zijn de afspraken en regels vastgelegd waaraan aannemers zich in de instelling dienen te houden bij de uitvoering van werken en verwijst naar het AREI,… De overeenkomst vermeldt dat uitsluitend bekwame en bevoegde technici de werken dienen uit te voeren. Voorbeeld: overeenkomst met leverancier Bryon (ter inzage tijdens audit). Dagelijks dienen deze technici zich aan te melden voor de aanvraag van de taak en af te melden na uitvoeren van de opdracht. Deze aanmelding dient te gebeuren bij de verantwoordelijke van de taak. Deze noteert de namen van de technici en het tijdstip van aanvang en einde. Indien de verantwoordelijke van de taak niet aanwezig is, dient de aan- en afmelding te gebeuren bij het technisch meldpunt of - indien 's nachts – bij de nachtwaker. Bij overtreding van de contractuele afspraken worden de werken stopgezet. De aannemer ontvangt hieromtrent een schriftelijke kennisgeving. Het ondertekende document is raadpleegbaar in de FMIS Ultimo software als bijlage in het overzicht van de leveranciers. <u>Documenten</u> - 412.04a Werken met derden - 412.04b Formulier Milieu- en veiligheidsregels
Auditoren Score 2	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER deels bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Formulier Milieu- en veiligheidsregels' duidt dat "Contractanten erop toezien dat alleen werknemers werken uitvoeren die bekwaam zijn en over de juiste attesten beschikken om het werk uit te mogen voeren. Niet bevoegde werknemers zijn niet toegelaten om werken uit te voeren binnen het ziekenhuis". - De verantwoordelijke van de biomedische dienst geeft aan dat niet bij alle contracten is nagegaan of de bekwaamheid en bevoegdheid van externe technici overeenkomen met de werkzaamheden die zij in het ziekenhuis verrichten. **<u>Verbeterpunt:</u>** Het borgen van de regeling tot vaststelling van criteria voor bekwaamheid van externe technici.

Rubriek: 422 (informatietechnologie)

422.02 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft beleid vastgelegd voor de beschikbaarheid en beveiliging van informatie die ten aanzien van gegevens en informatiediensten voldoet aan: vertrouwelijkheid (bescherming tegen onbevoegde kennisname), integriteit (waarborg tegen verlies of ongecontroleerde wijziging of toevoeging) en beschikbaarheid (gebruikers kunnen er op elk gewenst moment bij).*
Instelling Score 3	In de beleidsrichtlijn “SEZZ informatieveiligheidsbeleid” is vastgelegd hoe de instelling een proactief informatieveiligheidsbeleid voert. Dit veiligheidsbeleid is een samenhangend stelsel van maatregelen dat zich richt op het blijvend realiseren van een optimaal niveau van beschikbaarheid, integriteit en vertrouwelijkheid van informatie en informatiesystemen binnen de instelling en is volledig conform met de wettelijke bepalingen zoals voorzien in de Europese verordening 2016/679 en in overeenstemming met de ISO-norm 27002 en ISO-norm 27005 en de richtsnoeren van de Belgische Privacycommissie. De praktische uitwerking is vastgelegd in een 4 jaarlijks veiligheidsbeleidsplan ondersteund door jaaractieplannen. Het informatieveiligheidsbeleid is jaarlijks geagendeerd op de Raad van Bestuur aan de hand van het jaarverslag informatieveiligheid. De Raad van Bestuur neemt de eindverantwoordelijk op voor bovenstaand informatiebeveiligingsbeleid en heeft dit op 24/11/2012 vastgesteld. De Raad van Bestuur richt hiertoe een informatieveiligheidsdienst op en richt een stuurgroep informatieveiligheid op die de uitwerking en uitvoering van het informatieveiligheidsbeleid onder haar bevoegdheid neemt. De werking en taken van de dienst informatieveiligheid zijn vastgelegd in het huishoudelijk reglement ‘ De werking van de informatieveiligheidsdienst’. De verdere uitbouw van structuur van specifieke verantwoordelijkheden, het opstellen en implementeren van procedures en beleidsmaatregelen en de controle erop zijn opgenomen in het veiligheidsbeleidsplan en geconcretiseerd in jaaractieplannen. De informatieveiligheidsdienst zorgt voor een up-to-date inventaris van alle data, infrastructuur en digitale systemen. Aan de hand van preventieve risicoanalyses en veiligheidsrondgangen is een risicobeheersplan opgesteld dat gegevens bevat van alle informatiesystemen in de instelling, de infrastructuur en processen waarop ze betrekking hebben, incluis alle informatie over derde partijen waarmee de instelling samenwerkt. De informatieveiligheidsdienst volgt ook alle relevante ziekenhuisdossiers op met betrekking tot verwerking van persoonsgegevens en ziet er op toe dat alle persoonsgegevens zijn verwerkt volgens de wettelijke richtlijnen. Een incident response plan, met datarecovery en datacontinuïteit treedt automatisch in werking bij vermoeden van ernstige inbreuken en datalekken. De stuurgroep informatieveiligheid komt periodiek samen (minstens één keer per kwartaal) om de werking en het beleid te evalueren, incidenten te evalueren, de wijzigingen van organisatorische aard en de wijzigingen van technische infrastructuur te bespreken en waar nodig het beleid bij te sturen of aan te passen. Alle documentatie wordt elektronisch volgens projectmethodologie vastgelegd en is beschikbaar voor alle medewerkers via intranet. De signalering en registratie van incidenten gebeurt ofwel rechtsreeks telefonisch aan de informatieveiligheidsconsulent of via intranet in iProva. De signalering en registratie voor gevaren of problemen van technische aard gebeuren in Ultimo en deze van informatica-technische aard gebeuren in Confluence. Voor ernstig en onmiddellijk gevaar is de ICT-wacht altijd beschikbaar en roept de informatieveiligheidsconsulent het incident response team samen. Wekelijks evalueert de informatieveiligheidsconsulent de binnengekomen meldingen en definieert acties aan de hand van adviezen of proces verbaal van onmiddellijke acties

	rechtstreeks aan de algemeen directeur-dagelijks bestuurder. De informatieveiligheidsconsulent pleegt periodiek overleg met de algemeen directeur-dagelijks bestuurder (minstens één keer per kwartaal) om de werking en het beleid te evalueren en de opvolging van de incidenten te evalueren. Waar nodig wordt het beleidsplan bijgestuurd of extra jaaractieplannen opgesteld. De informatieveiligheidsdienst voert jaarlijks een compliance audit uit en legt de resultaten ervan vast in een maturiteitsanalyse informatieveiligheid, geconcretiseerd in de ISO-norm 27002 compliance Statement Of Applicability. Deze audit legt vast hoe de organisatie voldoet aan de vigerende wetgeving en in welke mate het informatieveiligheidsbeleidsplan moet worden bijgestuurd. De gehele jaarwerking is vastgelegd in het jaarverslag dat geagendeerd wordt op de Raad van Bestuur. <u>Documenten</u> - 422.02a Informatieveiligheidsbeleid SEZZ - 422.02b De werking van de informatieveiligheidsdienst - 422.02c Informatieveiligheid voor leveranciers - 422.02d Beleidsplan 2015-2019 - 422.02e Dienst informatieveiligheid - jaarverslag 2015 - 422.02f Maturiteitsanalyse informatieveiligheid - 422.02g Privacy Impact Analyse SEZZ - 422.02h Privacyreglement voor de patiënt - 422.02i Gedragscode privacy, discretie en geheimhouding ,elektronische bedrijfsmiddelen en mHealth
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In de aangeleverde documenten is aangegeven hoe het ziekenhuis vertrouwelijkheid, integriteit en beschikbaarheid inzake de beschikbaarheid en veiligheid van informatie vastlegt, toepast en borgt. - Het document ‘Beleidsplan 2015-2019’ heeft als doel het opstellen van een ziekenhuisbreed informatiebeveiligingsbeleid. Opgenomen acties in dit beleidsplan zijn onder andere het aanmaken en gedragen krijgen van beleidsplannen, het integreren van beleid en informatieveiligheidsdienst in de organisatie en het opzetten van een veiligheidscultuur. - Auditoren hebben het jaarverslag van de dienst informatieveiligheid van 2016 ingezien. Hierin is een risicoanalyse opgenomen. In dit jaarverslag zijn 14 onderwerpen weergegeven waarvoor nog verbetering nodig is. Op 92 onderdelen van het beleidsplan is het gewenste niveau behaald. - De informatieveiligheidsconsulent geeft aan dat hij sedert het opstarten van het informatieveiligheidsbeleid, via de hoofdarts betrokken is bij projecten waarbij gegevens van patiënten en/of medewerkers gebruikt zijn. - De informatieveiligheidsconsulent licht toe dat de voortgang en stand van zaken van het informatieveiligheidsbeleid ieder jaar door de informatieveiligheidsconsulent weergegeven is in een jaarverslag. Momenteel is het aan de orde om verantwoordelijkheden in de organisatie ten aanzien van informatieveiligheid toe te wijzen en vast te leggen. - De informatieveiligheidsconsulent toont de auditoren een overzicht van de ontwikkeling, implementatie en borging van het informatieveiligheidsbeleid, rekening houdend met strategisch, tactisch en operationeel niveau binnen de organisatie. Daarbij licht hij ook de verschillende wijzen toe waarop informatieoverdracht naar alle geledingen in de organisatie is voorzien, onder andere met een affiche over de wijze waarop vertrouwelijk papier moet worden afgevoerd. - Auditoren hebben een gedragscode op gebied van informatieveiligheid ingezien, die door externe leveranciers moet worden getekend, alvorens bijvoorbeeld een aankoop van apparatuur waarbij dit relevant is, kan plaatsvinden. Auditoren hebben

	een dergelijke gedragscode gezien in het aankoopdossier van een vasculair echotoestel. - Er is een business continuïteitsplan voor informatietechnologie ingezien door de auditoren, gericht op de voortdurende beschikbaarheid van digitale informatie voor de organisatie. - In een rondgang bij de centrale computervoorzieningen hebben auditoren geconstateerd dat uitgebreide technische voorzieningen zijn getroffen om transport en opslag van digitale informatie beschikbaar te houden.

Rubriek: 423 (infrastructuur)

423.09	*Het gebouw en de infrastructuur van de instelling zijn geschikt voor patiënten, medewerkers en bezoekers met een functionele beperking en er is specifiek aandacht voor de bewegwijzering binnen en buiten.*
Instelling Score 3	<u>Risicoanalyse</u> De preventiedienst voert 2 jaarlijks een risicoanalyse uit van de infrastructuur (zie bijlage) i.f.v. personen met een beperking. De uit de risicoanalyse geformuleerde adviezen van de risicoanalyse van 29 januari 2016 zijn besproken in het facilitair overleg van 3 februari 2016 (zie bijlage). <u>Aangepaste infrastructuur</u> - Parkeerplaatsen Er zijn voldoende parkeerplaatsen voor personen met een beperking. In de parkeertoren die uitsluitend voor medewerkers is bestemd zijn ook parkeerplaatsen vrijgemaakt voor personen met een beperking. Voor vervoersdiensten die personen met een beperking transporteren zijn er specifieke parkeerplaatsen voorzien. De lokale politie voert regelmatig controles uit op misbruik. - Verlichting Alle wandelpaden, ingangen en parkeerterreinen zijn goed verlicht. - Infrastructuur De hoofdingang is voorzien van een dubbel hellend vlak, de andere toegangen zijn op die manier gemaakt dat de toegang vlot verloopt. De belangrijkste toegangsdeuren zijn uitgerust met automatisch gestuurde pompen en detector, zodat de toegang voor mindervalide personen eenvoudig kan verlopen. In de meeste liften is een zitstoel aanwezig. - Hulpmiddelen Er zijn aan alle ingangen en op alle diensten voldoende rolstoelen beschikbaar. De trappenhallen, diensten en consultaties zijn voorzien van voldoende leuningen. - Signalering De signalering binnen de instelling gebeurt aan de hand van een routenummersysteem. De personen krijgen bij inschrijving het routenummer mee op een ticket. De routenummers zijn overal zichtbaar (bordjes, informatieschermen, in de liften, enz.). De parkeerplaatsen voor personen met een beperking zijn aangeduid.

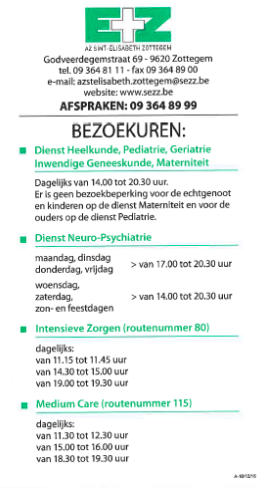
	- Technische aspecten Technische aspecten i.v.m. de infrastructuur zijn opgenomen in de risicoanalyse voor personen met een beperking). <u>Informatie en begeleiding</u> - Informatie Op de website van de instelling staat alle informatie betreffende minder mobiele mensen: MINDER MOBIEL Mensen die minder mobiel zijn, kunnen gebruik maken van de volgende diensten: U KAN UITSTAPPEN AAN DE CENTRALE INKOMHAL. Wie zich laat begeleiden door een andere persoon kan zich met de wagen tot aan de inkom van het ziekenhuis laten brengen. U kan daar uitstappen. Terwijl de bestuurder zich op de parking parkeert, kan u wachten in de inkomhal van het ziekenhuis. ROLSTOELEN Er zijn rolstoelen ter beschikking aan de verschillende ingangen van het ziekenhuis (hoofdreceptie, dagziekenhuis en ingang via parking). De stoelen werken met een muntslot van 2 euro. U KAN EEN BEROEP DOEN OP EEN HOSTESS. De hostess begeleidt u naar de juiste dienst, eventueel met het gebruik van een rolstoel. PARKEREN VOOR MINDERVALIDEN. Wie over een parkeerkaart voor mindervaliden beschikt, kan parkeren op de daartoe voorbehouden plaatsen aan de voorzijde van het ziekenhuis, dichtbij de centrale ingang. **Gelieve steeds uw kaart achter de voorruit te plaatsen.** - Begeleiding Tijdens de bezoekuren en consultaties zijn er hostessen beschikbaar die personen met een beperking bijstaan. <u>Documenten</u> - 423.09a Risicoanalyse personen met een beperking. - 423.09b Agenda facilitair overleg 3 februari 2016 - 423.09c Vergaderverslag facilitair overleg 3 februari 2016
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben het verslag van de risicoanalyse van de infrastructuur uitgevoerd door de preventiedienst, ingezien (dd 29 januari 2017). - Voor het ziekenhuis aan de centrale ingang zijn er 28 gereserveerde parkeerplaatsen voor personen met een mindervalidenkaart voorzien. Op de grote parkeerplaats zijn nog extra plaatsen voorzien voor personen met een mindervalidenkaart. - Auditoren hebben vastgesteld dat zowel binnen als buiten het ziekenhuis, alsook bij de buitenpoli in Brakel, de bewegwijzering duidelijk is aangegeven. Tevens hebben de auditoren gezien dat hostessen beschikbaar zijn om personen met een beperking bij te staan. - Zowel in het ziekenhuis als in de buitenpoli in Brakel zijn toiletten voor mindervaliden beschikbaar.
423.10	*De instelling heeft afspraken ter voorkoming van onbevoegde toegang tot ruimtes en persoonlijke eigendommen van patiënten, medewerkers en bezoekers.*
Instelling Score 3	De instelling beschikt over vaste afspraken m.b.t. het betreden van de instelling. <u>Beleid toegang tot de instelling.</u> - Openingsuren

- Weekdagen
  De openingsuren van de deuren aan de hoofdingang en achteringang zijn van 06u15 tot 22u00. Gedurende deze periode is het onthaal en/of de inschrijvingen bemand.

- Weekend
  Tijdens het weekend zijn de openingsuren van 8u00 tot 22u00.

- Bezoekuren
  De algemene bezoekuren zijn tussen 14u00 en 20u30. Na het verlopen van de bezoekuren wordt tweemaal een boodschap afgeroepen om het bezoekuur te beëindigen. De verpleging controleert of de bezoekers de dienst verlaten.

  Voor specifieke diensten is er een aparte regeling uitgewerkt.


AZ SINT-ELISABETH ZOTTEGEM
Godveerdegemstraat 69 - 9620 Zottegem
tel. 09 364 81 11 - fax 09 364 89 00
e-mail: azstelisabeth.zottegem@sezz.be
website: www.sezz.be
AFSPRAKEN: 09 364 89 99

BEZOEKUREN:

- **Dienst Heelkunde, Pediatrie, Geriatrie Inwendige Geneeskunde, Materniteit**
  Dagelijks van 14.00 tot 20.30 uur.
  Er is geen bezoekbeperking voor de echtgenoot en kinderen op de dienst Materniteit en voor de ouders op de dienst Pediatrie.
- **Dienst Neuro-Psychiatrie**
  maandag, dinsdag, donderdag, vrijdag > van 17.00 tot 20.30 uur
  woensdag, zaterdag, zon- en feestdagen > van 14.00 tot 20.30 uur
- **Intensieve Zorgen (routenummer 80)**
  dagelijks:
  van 11.15 tot 11.45 uur
  van 14.30 tot 15.00 uur
  van 19.00 tot 19.30 uur
- **Medium Care (routenummer 115)**
  dagelijks:
  van 11.30 tot 12.30 uur
  van 15.00 tot 16.00 uur
  van 18.30 tot 19.30 uur

- Buiten de uren (22u00 en 6u15)
  Buiten de uren kan enkel via de spoed toegang tot de instelling worden verkregen.

- Communicatie
  De bezoekuren zijn gecommuniceerd via verschillende kanalen (info nota's, flyers, onthaal, liften, …).

- Controle nachtwaker
  Na het einde van de bezoekuren voert de nachtwaker een veiligheidsronde uit om alle deuren te controleren of deze afgesloten zijn alsook om evt. achtergebleven bezoekers naar buiten te begeleiden via spoed.

- Leveringen
  In de week gebeuren de leveringen als volgt:
  - 8u00 – 16u00 via leveringen B
  - 16u00 – 22u00 via onthaal
  - 22u00 – 8u00 via spoed

  Leveringen medicatie gebeurt altijd via leveringen C (leveringen apotheek).

<u>Risicoanalyse</u>
De preventiedienst heeft op 22 juli 2016 een risicoanalyse uitgevoerd betreffende de security in de instelling (zie bijlage). Deze risicoanalyse is besproken op het facilitair overleg.

	<u>Sleutelplan</u> De instelling beschikt over een sleutelplan. Bij start krijgt de werknemer de nodige sleutels waarvoor hij een document ondertekent. Bij uitdiensttreding geeft de werknemer de sleutels terug. <u>Toegangscontrole</u> Hoofdingangen, verpleegposten, kleedkamers, medicatielokalen, technische ruimtes, serverruimtes,… zijn afgesloten m.b.v. toegangscontrole. Enkel geautoriseerde personen hebben toegang via identificatiebadge. Ook kan er steeds worden nagegaan wie welke ruimte heeft betreden. Bij verlies of uitdiensttreding wordt de desbetreffende badge op non actief geplaatst waardoor alle toegang wordt geweigerd. Wie toegang heeft tot welke locaties ligt vast in een procedure die wordt beheerd door de personeelsdienst. <u>Medewerkers</u> Persoonlijke lockers staan ter beschikking van alle medewerkers. Deze lockers bevinden zich in kleedkamers die beveiligd zijn met badgelezers, of op sommige verpleegafdelingen. De nachtwaker controleert tijdens de nachtrondgang alle burelen en de open burelen worden gesloten. Hij laat tevens een flyer van de kwibusdief achter ter sensibilisering. Jaarlijks zet de preventiedienst een sensibiliseringscampagne op gebruik makend van de mascotte 'kwibusdief'. <u>Patiënten</u> De patiënten krijgen advies via de checklist bij opname en de opnamebrochure om geen waardevolle zaken mee te brengen. In iedere kamer is een persoonlijke kluis beschikbaar waar de patiënt waardevolle zaken kan bewaren. De ombudsdienst meldt alle klachten van diefstal bij patiënten aan de preventiedienst voor het instellen van een onderzoek. <u>Documenten</u> - 423.10a Risicoanalyse beveiliging 2016 - 423.10b Checklist bij opname - 423.10c Opnamebrochure - 423.10d Flyer – De kwibusdief
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben kunnen vaststellen dat er een toegangscontrolesysteem is via een gepersonaliseerde badge per medewerker. De medewerkers hebben in het kader van hun functie al dan niet toegang tot een welbepaald lokaal. Dit systeem maakt het mogelijk om te traceren wie in welk lokaal op welk moment is geweest. De auditoren hebben een toelichting en demonstratie over dit systeem door de technisch directeur gekregen. - De toegang tot het OK is geregeld met de badge. Externen (firma's, andere bezoekers) moeten zich melden bij het onthaal om zich conform de vigerende regelgeving in te schrijven in het register. - Er zijn afspraken gemaakt met leveranciers omtrent de toegang tot specifieke ruimtes (technische ruimtes, liftkokers, ….) doordat elke externe technicus zich bij de technische dienst vooraf dient aan te melden. Dit hebben auditoren vernomen van de technisch directeur.

	- De toegangsdeuren in het ziekenhuis zijn om 22u afgesloten en nog aanwezige bezoekers zijn afgeleid naar de spoeddienst. Er is een nachtwaker die in het ziekenhuis nakijkt of alle deuren gesloten zijn en eventueel ook mensen begeleidt naar de uitgang, aldus de technisch directeur. - De auditoren stellen vast dat de afspraken rond de toegang tot de ziekenhuisdiensten voor derden en het beleid rond bewaring van goederen van patiënten gekend zijn door de medewerkers.
423.11 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft een actueel overzicht van de functionele en technische staat en de verwachte resterende technische levensduur van de gebouwen en installaties en beschikt over een hieraan gerelateerd meerjaren huisvestingsplan en investeringsplan.*
Instelling Score 3	<u>Overzicht</u> De instelling beschikt over een inventaris over de gebouwen i.f.v. het bouwjaar (zie bijlage – Huisvestingsplan) - Gebouwen Jaarlijks voert de instelling (facilitair directeur samen met het diensthoofd technieken en infrastructuur) een rondgang uit om de functionele en technische staat van de gebouwen te onderzoeken wat resulteert in een verslag met de gebreken (zie voorbeeld – Verslag staat daken). Op basis van de resultaten van de rondgang en gemelde technische gebreken is een overzicht beschikbaar met daarin een raming voor herstelling of renovatie (zie voorbeeld – raming kostprijs herstelling daken). Deze zijn opgenomen in de begroting. - Installaties De technische dienst maakt een inventaris en overzicht in FMIS Ultimo en van de functionele staat van de installaties. In het FMIS Ultimo zal een module aangekocht worden om de resterende levensduur van installaties en toestellen te beheren. Vervanging van installaties zijn opgenomen in de begroting van de technische dienst. <u>Opvolging</u> Wekelijks komt de bouwvergadering samen voor bespreking van de planning van de uit te voeren werken op korte en lange termijn. De bouwvergadering bestaat uit: - Facilitair directeur - Diensthoofd technieken en gebouwen - Departementshoofd technische diensten - Diensthoofd onderhoud - Diensthoofd biomedische dienst - Diensthoofd preventie en milieu In de bouwvergadering is er aandacht voor het huisvestings- en investeringsplan. De vooruitgang is telkens gerapporteerd door de facilitair directeur op het overleg van het CDB. <u>Huisvestings- en investeringsplan</u> Op basis van de huidige staat van gebouwen is een overzicht beschikbaar met de geplande renovaties en investeringen tot 2030 (zie bijlage huisvestingsplan). <u>Documenten</u> - 423.11a Huisvestingsplan - 423.11b Verslag staat daken - 423.11c Raming kostprijs herstelling daken
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.

Score 3	Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben in het huisvestingsplan de planning en de hieraan gekoppelde voorziene investeringen kunnen terug vinden voor gebouwen. In dit document is geen vermelding gemaakt van de levensduur van technische installaties. De gebouwen en installaties voor de buitenpoli in Brakel zijn niet opgenomen in dit overzicht. - De technisch directeur heeft aangegeven dat het de bedoeling is om de functionele en technische staat alsook de verwachte levensduur van installaties op te nemen in Ultimo, wat op heden nog niet is gerealiseerd. Overzichten van de functionele en technische staat alsook de verwachte levensduur van installaties zijn nu bijgehouden in Excel.
423.12 **NTA**[8009:2011]	*Voorafgaand aan verbouwingen, renovaties en vervangingen van installaties worden de veiligheidsrisico's in kaart gebracht en zonodig gereduceerd.*
Instelling Score 3	<u>Bouwoverleg</u> Wekelijks komt het bouwoverleg samen om de planning van de komende weken te bespreken en te bepalen of er een voorafgaande risicoanalyse vereist is. De planning is opgenomen in het FMIS Ultimo en bestaat uit projecten of single 'jobs'. Het bouwoverleg bestaat uit de facilitair directeur, departementshoofd technische dienst, diensthoofd technieken en infrastructuur, diensthoofd biomedische dienst, departementsverantwoordelijke aankoop en logistiek, diensthoofd onderhoud en diensthoofd preventie en milieu. <u>Risicoanalyse</u> De voorafgaande risicoanalyse bestaat uit 2 delen - Deel 1 is de risicoanalyse m.b.t. ziekenhuishygiëne. - Deel 2 is de risicoanalyse m.b.t. algemene veiligheid t.o.v. patiënt, bezoeker en medewerker. De risicoanalyses en de te nemen acties worden doorgestuurd en besproken met de betrokken diensthoofden. In bijlage een voorbeeld van uitgevoerde risicoanalyes. Voorbeelden van reductie van risico's zijn (zie risicoanalyses): - Plaatsen stofwanden - Aan- en afvoer van materialen door vensters i.p.v. gangen - Werken uitvoeren buiten de diensturen (= minder contact met patiënten en bezoekers) - Slijpwerkzaamheden van profielen buiten uitvoeren - … <u>Grote projecten</u> Bij grote projecten is er conform het KB 'tijdelijke en mobiele bouwplaatsen' een veiligheidscoördinator aangesteld die onder meer als opdracht heeft een veiligheids- en gezondheidsplan op te stellen. (Voorbeeld: bouw nieuw dagziekenhuis is ter inzage op de technische dienst). <u>Documenten</u> - 423.12a Voorbeeld risicoanalyse ziekenhuishygiëne - 423.12b Voorbeeld risicoanalyse preventie en welzijn
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen:

	- Auditoren hebben verschillende uitgevoerde risicoanalyses ingezien die uitgevoerd zijn zoals beschreven in het ZER. - Het uitvoeren van risicoanalyses bij verbouwingen en renovaties is bevestigd in de gesprekken met de zorgmananger van de kritieke diensten en van het OK, alsook met preventieadviseurs, de technisch directeur, de verantwoordelijke van de biomedische dienst en met de auditees op het OK, IZ en de afdeling medische beeldvorming.
423.13 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft een plan om de continuïteit van kritieke voorzieningen (water, elektriciteit, medische gassen en ICT) te waarborgen.*
Instelling Score 3	De instelling voorziet in redundante installaties om de continuïteit van de kritieke voorzieningen te waarborgen hetzij automatisch hetzij manueel. <u>Elektriciteit</u> Elektriciteit wordt onder hoogspanning aan de instelling aangeleverd. Op het terrein zijn twee hoogspanningslussen aangelegd. Indien de ene lus verbroken wordt, blijft de netstroomvoorziening doorgaan via de andere lus. Bij uitval van de netstroom voorziet de instelling een redundantie met 3 scenario's: 1. Geen continuïteit voor niet-kritische circuits (witte stopcontacten): dit circuit zal niet voorzien zijn van stroom bij een uitval van de netstroom. 2. Continuïteit voor kritische circuits waarbij een kortstondige uitval geen invloed heeft (rode stopcontacten) op de werking van het toestel of installatie. Om de continuïteit te verzekeren van de netstroom beschikt de instelling over twee redundante noodgeneratoren. Bij stroomuitval levert één noodgenerator automatisch elektriciteit na 7 seconden. Om de noodgeneratoren draaiende te houden is er mazout voorzien voor 24 uur welke ondertussen kan aangevuld worden. Bij uitval van de netstroom zullen beide noodgeneratoren opstarten en zal enkel de generator welke eerst de gewenste spanning leverde, blijven draaien. De andere staat dan redundant bij uitval van de draaiende generator. 3. Continuïteit voor kritische circuits waarbij een kortstondige uitval niet is toegelaten (groene stopcontacten). De kritische diensten zijn o.a. Intensieve Zorgen, Medium Care, operatiekwartier, spoedgevallendienst, verloskwartier, ICT-dienst,… Hiervoor beschikt de instelling over 2 redundante UPS-systemen met batterijen (uninterruptible power supply). Elke UPS heeft een vermogen om de circuits voor 1 uur te voorzien van stroom zonder dat de batterijen worden opgeladen. Indien de netstroom aanwezig is zal het opladen continu gebeuren door de netstroom. Indien de netstroom niet aanwezig is, zal het opladen continu gebeuren door de noodgenerator. Bij uitval van de netstroom zullen de UPS-systemen gedurende de opstarttijd (7 sec) niet opgeladen worden. <u>Water</u> De instelling beschikt over een eigen waterontginningsinstallatie met 4 pompen. Het water wordt opgevangen in reservoirs. Deze reservoirs worden automatisch aangevuld met leidingwater indien een kritisch minimum bereikt wordt. Indien dit niet automatisch verloopt wordt manueel ingegrepen. Het labo controleert tweemaandelijks de kwaliteit van het ontgonnen water. <u>Medische gassen</u> De instelling beschikt over twee zuurstoftanks en twee lachgastanks in een afgebakende zone buiten de instelling. Verder zijn derde bronnen via gasflessen voorzien in het gebouw. De schakeling gebeurt automatisch indien één van de bronnen wegvalt. De instelling beschikt over twee persluchtcompressoren die van elkaar overnemen bij uitval. De instelling beschikt over een vacuümcircuit in alle kamers bevoorraad via drie vacuümpompen die van elkaar overnemen bij uitval van één pomp. Er zijn ook

	elektrische vacuüm aspiratietoestellen in de instelling aanwezig. De dienst Intensieve Zorgen beschikt bovendien nog over afzonderlijke aspiratietoestellen op perslucht. ICT De ondernomen maatregelen zijn beschreven in de documenten disaster recovery plan en infrastructuur. Disaster recovery plan: naast een risicoanalyse van mogelijke problemen wordt per domein ook beschreven welke infrastructuur aanwezig is (bv. ontdubbelde computerzalen, redundante servers, ontdubbelde koeling, branddetectie, blusinstallatie,…) en welke procedures en maatregelen genomen zijn. Infrastructuur: hier worden de verschillende servers en softwares opgesomd, beschreven en gecatalogiseerd naar impact op de werking van de instelling. Bij een belangrijke uitval concentreert de ICT dienst zich op het herstellen van het probleem en worden de noodplannen van de verschillende diensten, in vele gevallen het terugvallen op papieren werking, geactiveerd. De technische installaties m.b.t. elektriciteit, water en medische gassen zijn opgenomen in de technische module van het FMIS Ultimo met daarin gekoppeld de preventieve onderhoudsplannen, onderhoudscontracten, technische tekeningen, servicecontractnummer, installatieverkenner, ... Er is in een testplan voorzien om de continuïteit van deze technische installaties na te gaan. Documenten - 421.11a Procedure Preventief onderhoud (medische) apparatuur - gebouwen - 423.13a Disaster recovery plan - 423.13b Procedure Infrastructuur - 423.13c ICT noodplan
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben vastgesteld dat de noodvoorzieningen ontdubbeld zijn in een redundant systeem. De waarborg van werking van noodzakelijke medische technologie zit vervat in een kleurafspraak van stopcontact-aansluitingen. Dit is bij meerdere werkplekbezoeken door de auditoren vastgesteld. - De noodplannen zijn ingezien door de auditoren. Auditees geven aan bij werkplekbezoeken dat bij het wegvallen van elektriciteit eerst een no-break systeem de continuïteit waarborgt en dat daarna op de dieselvoorzieningen (redundant) wordt teruggevallen. - Auditoren hebben vernomen van de technisch directeur dat bij contaminatie van de vijf containers grondwater (geboord uit vier diepteputten) het SEZZ kan teruggevallen op stadswater. Dit gaat via een manuele interventie. De kwaliteit van het grondwater wordt maandelijks getest omwille van de aanwezigheid van een dialyseafdeling. Er is een redundante ontijzerings-installatie aanwezig om het hoge ijzergehalte in het water te corrigeren, aldus auditee. - Bij het bezoek aan de computerlokalen stellen de auditoren vast dat deze lokalen redundant opgesteld zijn op twee plaatsen in het ziekenhuis. Ook het netwerk in het ziekenhuis is ontdubbeld evenals de glasvezelkabel voor externe data- en telecommunicatie. - Alle diesel- en elektrische motoren alsook de branders zijn gescheiden van het hoofdgebouw en ondergebracht in een extern bijgebouw. Onder dit extern bijgebouw is er een 30.000 l. waterbassin voorzien voor bluswater. De langetermijnvisie van het ziekenhuis heeft de mogelijkheid benut de mogelijk brandveroorzakende toestellen te isoleren van het hoofdgebouw, wat bijkomende veiligheid oplevert, aldus de technisch directeur.

Rubriek: 431 (geneesmiddelenvoorziening)

431.08 **NTA8009:2011**	*De instelling heeft een functionaris benoemd die als deskundige is belast met het onderhoud van afspraken inzake het logistieke beheer, het bereiden en bewerken en het voorschrijven en toedienen van geneesmiddelen.*
Instelling Score 4	Binnen de instelling is de hoofdapotheker benoemd tot functionaris die als deskundige belast is met het onderhoud van afspraken inzake het logistieke beheer, het bereiden en bewerken, voorschrijven en toedienen van geneesmiddelen. Deze is de eindverantwoordelijke voor de organisatie van de apotheek. Een team van ziekenhuisapothekers staat de hoofdapotheker bij. Binnen dit team heeft iedereen zijn eigen verantwoordelijkheden. Deze zijn vastgelegd in specifieke taakomschrijvingen. De taakomschrijvingen zijn in 2016 geëvalueerd en aangepast naar aanleiding van een wijziging in de bestaffing apothekers (2 nieuwe apothekers in dienst). Het Medisch Farmaceutisch Comité (MFC) voert alle taken uit die bepaald zijn in het KB van 04/03/1991 van de ziekenhuisapotheek. Alle afspraken zijn vastgelegd in procedures en terug te vinden in het DBS. De interne apotheekprocedures behandelen de afspraken die gemaakt zijn met betrekking tot de werking binnen de apotheek. De instellingsbrede apotheekprocedures zijn multidisciplinair opgesteld. Deze zijn in de zomer 2016 gereviseerd. Elke apotheker is binnen zijn domein verantwoordelijk voor het onderhoud van de procedures. Apotheek beschikt hiernaast over een intranetpagina waarop informatie raadpleegbaar is. Apotheek beschikt voor interne toetsing over checklisten waarmee de opvolging van de afspraken op de verpleegafdeling wordt nagegaan (bv. bewaring hoog risico medicatie,…)(zie voorbeeld van een checklist in bijlage). Documenten - 431.08a Procedure MFC - reglement inwendige orde - 431.08b Overzicht procedures apotheek - 431.08c Checklist ‘omgaan met geneesmiddelen op dienst’ - 431.08d Taakomschrijvingen apothekers - 431.08e Organogram apotheek: ter inzage tijdens de audit
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document ‘Procedure MFC - reglement inwendige orde’ staat vermeld dat de hoofdapotheker is aangesteld als eindverantwoordelijke van het medicatiegebeuren van het ziekenhuis. - De ‘Taakomschrijvingen van de apothekers’ benoemt de deeltaken van het geneesmiddelenproces en verdeelt deze taken over de apothekers, waaronder de taken van de hoofdapotheker. - In het ‘Overzicht procedures apotheek’ zijn de volgende rubrieken te onderscheiden: organisatie en beheer, bewaren, voorschrijven, verdoving, distributie, antibiotica, toedienen, cytostaticahandboek, controleren, medicatieveiligheid, implantaten/steriel medisch materiaal en de interne apotheekprocedures.
431.09 **NTA8009:2011**	*De instelling beschikt over een regeling voor het bereiden en bewerken van geneesmiddelen.*
Instelling Score 4	De instelling beschikt over een regeling voor het bereiden en bewerken van geneesmiddelen. Zie documenten in bijlage 1. Bereiden en bewerken van geneesmiddelen in de apotheek

Voor het bereiden en bewerken van geneesmiddelen beschikt de apotheek over volgende lokalen:

- lokaal voor steriele bereidingen
- lokaal voor cytostaticabereidingen
- lokaal voor magistrale bereidingen

Alle afspraken binnen de apotheek zijn neergeschreven in de procedure 'bereidingen' (bv. bereiding, verpakking, reiniging,…)(zie inhoudstafel voor de verschillende hoofdstukken). De afspraken beschrijven het volledige proces vanaf ontvangst voorschrift in de apotheek tot en met de aflevering aan de verpleegafdeling. De hiervoor verantwoordelijke apotheker onderhoudt de procedures.

In 2016 is er een revisie van de bereidingsprocedure van magistrale bereidingen geweest naar aanleiding van het verschijnen van de 3e editie Therapeutisch Magistraal Formularium (TMF). De aanpassingen zijn besproken op het apothekersoverleg dd. 09/06/2016 en in de procedure aangepast.

Alle niet-steriele officinale en magistrale bereidingen zijn sinds 1/1/2013 ingevoerd in een digitaal bereidingsprogramma dat ook als bereidingsregister gebruikt wordt.

Er wordt zo veel mogelijk gewerkt met unidosis-verpakkingen (UD-verpakkingen). Indien niet mogelijk werkt men met volledige blister of gebeurt een herverpakking.

Apotheek beschikt voor interne toetsing over checklisten waarmee de opvolging van de afspraken wordt nagegaan (bv. omkleedprocedure, reiniging LAF-kast,…). (zie voorbeeld in bijlage)

2. Bereiden van geneesmiddelen op de verpleegafdeling

Algemene afspraken zijn terug te vinden in het DBS per toedieningsweg. Deze zijn opgesteld in samenwerking met het verpleegkundig departement. In 2016 is de procedure "klaarmaken infusie/injectievloeistof" gereviseerd door apotheek.

Specifieke informatie per geneesmiddel betreffende het klaarmaken van geneesmiddelen voor toediening op de verpleegafdelingen (productinfofiches – PIF) en info of een geneesmiddel pletbaar/deelbaar is, is terug te vinden op de intranetpagina van de apotheek onder 'geneesmiddeleninformatie'. In 2016 zijn alle PIF gereviseerd door apotheek.

Geneesmiddelen die nog niet bereid toekomen op de afdelingen worden pas bereid door de verpleegkundigen op het moment van toedienen. Dit werd vastgelegd in de procedure "klaarmaken van infusie en injectievloeistof".

Alle procedures m.b.t. bereiden en toedienen van medicatie kunnen tijdens de audit ingekeken worden.

Documenten

- 431.09a Procedure Bereidingen + digitaal bereidingsprogramma
- 431.09b Procedure Controles bereiden cytostatica
- 431.09c Formulier Interne checklist bereiden cytostatica
- 431.09d Procedure Klaarmaken van infusie- en injectievloeistof: ter inzage tijdens audit
- 431.09e Procedure Oraal toedienen van medicatie: ter inzage tijdens audit
- 431.09f Procedure Subcutaan toedienen van medicatie: ter inzage tijdens audit
- 431.09g Procedure Toedienen van neusdruppels of –zalf: ter inzage tijdens audit
- 431.09h Procedure Rectaal toedienen van medicatie: ter inzage tijdens audit
- 431.09i Procedure Toedienen van medicatie via gastrostomie- of maagsonde: ter inzage tijdens audit
- 431.09j Procedure Intraveneus toedienen van medicatie: ter inzage tijdens audit

	- 431.09k Procedure Labelen IV-medicatie: ter inzage tijdens audit
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De bereiding en de bewerking van geneesmiddelen staan beschreven in procedures die beschikbaar zijn op het intranet. Auditoren hebben deze procedures ingezien. - Voor de cytostatische, steriele en magistrale bereidingen zijn afzonderlijke procedures opgemaakt onder de vorm van procesbeschrijvingen. Deze processen zijn opgenomen in het therapeutisch magistraal formularium alsook in het digitaal bereidingsprogramma van de apotheek. - Auditoren hebben vastgesteld dat dosissen die door de firma's niet aangeleverd zijn als unitdosis, herverpakt zijn. - De hoofdapotheker licht toe dat binnen de apotheek een intern auditsysteem operationeel is dat er op toeziet dat de afspraken rond het bereiden en bewerken van geneesmiddelen loopt zoals is bepaald. - Auditoren stellen vast dat in de apotheek alsook op de afdelingen cardiologie en geriatrie, de procedures voor het bereiden en bewerken van geneesmiddelen bekend en in gebruik zijn.
431.10	*De instelling heeft afspraken voor het logistiek beheer van de geneesmiddelenvoorziening.*
Instelling Score 4	1. Bereikbaarheid/beschikbaarheid apotheek Er zijn afspraken rond routing en sleutelplan van de apotheek, de beveiliging van de toegangen, de openingsuren van de apotheek en de wachtdienst buiten de openingsuren van de apotheek. 2. Distributie door apotheek De afspraken rond distributie zijn vastgelegd. Medicatie wordt aan de klassieke verpleegafdelingen individueel afgeleverd op naam van patiënt. Medicatie zit in zakje met een etiket waarop patiëntnaam, kamernummer en inhoud van de zak staan. Voor de acute diensten en aanvullingen van de dienstvoorraden wordt de medicatie geleverd per afdelingskast. Er zijn specifieke afspraken voor distributie van koel te bewaren geneesmiddelen, verdoving (zie norm 431.15) en hoog risico medicatie (zie norm 431.11). De wijze van handelen bij een stockbreuk is beschreven. 3. Leveringen aan apotheek Het volledige logistiek proces binnen apotheek, startend vanaf de aankoop over ontvangst en wegzetten van de leveringen staat beschreven. 4. Transport binnen de instelling De afspraken rond transport van geneesmiddelen binnen de instelling zijn vastgelegd (zowel apotheek → verpleegafdeling als retours van verpleegafdeling → apotheek). Het transport gebeurt door de logistiek assistenten van de apotheek. Het transport van infusen en sondevoeding gebeurt door medewerkers van de centrale logistieke dienst. In 2016 is een verbeterplan uitgewerkt voor het transport met bijzondere aandacht voor koelkastmedicatie en verdovende middelen. Er is een buizenpostsysteem aanwezig voor dringende leveringen. Er is een SLA (service level agreement) aanwezig betreffende nachtleveringen (juli 2016). 5. Bewaren De instelling heeft op de verpleegafdelingen noodkasten en verdovingskasten voorzien met een beperkte hoeveelheid geneesmiddelen (cfr. KB 19 oktober 1978). De spoedafdeling werkt met een elektronische VANAS-kast. Afspraken rond de

	samenstelling van de noodkast van de afdeling en de veilige en correcte bewaring zijn vastgelegd. Er zijn afspraken rond koel te bewaren geneesmiddelen. De nodige afspraken rond beveiliging zijn gemaakt. De toegangsdeuren tot het medicatielokaal op de verpleegafdelingen zijn beveiligd met een badgelezer. In 2016 zijn de afspraken in verband met de bewaring, beveiliging, controles en reiniging van reanimatiekoffers geëvalueerd en bijgestuurd. Er is een lijst van koel en/of donker te bewaren geneesmiddelen en hoog risico medicatie. 6. Controles Er zijn afspraken vastgelegd rond stockcontrole, vervaldatacontrole en temperatuurcontrole van koelkasten/diepvriezers. <u>Documenten</u> - 431.10a Procedure Indeling en routing apotheek - 431.10b Procedure Bereikbaarheid apotheek: openingsuren en wachtdienst - 431.10c Procedure Ziekenhuismedicatie: distributie - 431.10d SLA nachtleveringen apotheek - 431.10e Procedure Medicatielokaal, noodkasten en medicatiekarren - 431.10f Procedure VANAS-kast extern apotheek - 431.10g Procedure Reamedicatie – beheer - 431.10h Procedure Stock en vervaldatacontrole - 431.10i Procedure Temperatuurcontrole geneesmiddelen - 431.10j Procedure Bestellen door en leveringen aan apotheek: ter inzage tijdens audit - 431.10k Procedure Stockbreuken: ter inzage tijdens audit - 431.10l Procedure Transport medicatie: ter inzage tijdens audit - 431.10m Lijst koel te bewaren/donker te bewaren/HRM medicatie: ter inzage tijdens audit
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben 13 regelingen ingezien met betrekking tot het logistiek beheersproces van geneesmiddelen. Deze documenten omvatten onder andere de volgende processtappen: toegankelijkheid van de apotheek, distributie door de apotheek en levering aan de apotheek, het transport en bewaren van medicatie binnen de instelling en controle op stockaantallen, op temperatuur en op vervaldata van medicatie. - Bij een bezoek aan de apotheek stellen de auditoren vast dat het logistieke gebeuren van de apotheek herkenbaar is in de architectonische opstelling van de apotheek. Er zijn aparte ruimtes voorzien voor opslag, bereiding, levering, transport en noodvoorraad. De hoofdapotheker heeft tijdens het bezoek het gebruik, de tracering en de beveiliging van de noodkast gedemonstreerd. - Auditoren stellen vast bij bezoeken op meerdere afdelingen dat de logistieke regelingen zoals beschreven in het ZER en in de procedures, toegepast zijn.
431.11	*De instelling beschikt over een regeling voor het voorschrijven en toedienen van geneesmiddelen en beschikt over een systeem van medicatiebewaking van opname tot en met ontslag. De instelling heeft afspraken met betrekking tot 'Medicatieverificatie bij opname en ontslag' en 'High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia' geïmplementeerd (NL: VMS-thema's).*
Instelling Score 3	1. Voorschrijven De instelling beschikt over een <u>geneesmiddelenformularium</u>. Dit formularium is opgemaakt door het Medisch Farmaceutisch Comité. De instelling heeft afspraken en instructies betreffende het <u>voorschrijven</u>, <u>substitutie</u> en de <u>medische validatie</u>. De

	procedure is gereviseerd in 2016 met bijzondere aandacht voor de richtlijnen rond de medische validatie. Voorschriften worden, zoals wettelijk bepaald, gevalideerd door de arts. In 2016 is verder gewerkt aan de uitrol van het elektronisch medicatie voorschrift (EMV). Alle klassieke afdelingen werken met het EMV. In het EMV zijn kits en templates beschikbaar. Bestaande kits en schema's zijn gestandaardiseerd in 2016 (n.a.v. beslissing MFC 19/10/15). Er is een lijst met toegelaten afkortingen farmaceutische vormen en toedieningswijzen. 2. Toedienen De afspraken rond registratie en toediening van medicatie zijn vastgelegd (vanaf ontvangst van de medicatie op de verpleegafdeling over registratie van de toediening tot en met retour naar de apotheek bij ontslag/transfer). De procedures voor het toedienen van geneesmiddelen per toedieningsweg zijn opgesteld in samenwerking met het verpleegkundig departement. Er zijn afspraken rond het labelen van IV medicatie. Er is een procedure voor toedienen en bewaren van multidosis en niet unit-dosis medicatie. Afspraken rond medicatie in eigen beheer zijn vastgelegd. Ook verspreidt de apotheek infoflashes met informatie over o.a. het correct gebruik en toediening van geneesmiddelen. 3. Medicatiebewaking van opname tot ontslag Incidenten m.b.t. medicatie worden centraal gemeld. De algemene procedure is terug te vinden op intranet onder kwaliteit/incidenten. Sinds 2016 is een apotheker lid van de nieuwe kerngroep 'medicatie' en stelt verbeteracties voor naar aanleiding van meldingen. Ook is de interne apotheekprocedure 'incidentmeldingen medicatie' gereviseerd. Een apotheker is aangesteld als farmacovigilantiecontactpunt. Er is een apotheker lid van Comité Kwaliteit en Patiëntveiligheid en er is een apotheker aangesteld als referentiepersoon kwaliteit en patiëntveiligheid. De apotheker valideert de medicatievoorschriften op wettelijke en farmaceutische aspecten vóór distributie. Het EMV ondersteunt mee de medicatiebewaking (bv. automatische substituties naar formulariummedicatie). 4. Mediatieverificatie bij opname en ontslag Er is een procedure rond thuismedicatie bij opname, tijdens het verblijf en bij het ontslag. In 2016 is een project opgestart ter optimalisatie van het transmuraal medicatiebeleid door de klinisch apotheker (zie projectplan). 5. Hoog risico medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia Binnen de instelling is door het MFC een lijst opgesteld met geneesmiddelen die als "hoog risico medicatie" (HRM) beschouwd worden. Voor deze geneesmiddelen zijn instructies aanwezig voor labeling, opslag en toediening. In 2016 is gewerkt aan een herevaluatie van de lijst (MFC 28 juni 2016), wijziging HRM-etiket (oktober 2016) en de afspraken voor de dubbele controle (zie projectplan HRM). Er is een infoflash opgesteld met de algemene aandachtspunten per klasse bij HRM. Naast de afspraken voor HRM zijn ook specifieke afspraken voor verdovende middelen en cytostatica. Hiervoor verwijzen wij respectievelijk naar norm 431.15 en 431.13. Ook rond look-a-like en sound-a-like is een verbeteractie uitgevoerd in najaar 2016 (zie projectplan). Documenten - 431.08a Procedure MFC – reglement inwendige orde - 431.11a Procedure Medicatievoorschrift - 431.11b Procedure Registratie en toediening van medicatie op de verpleegafdeling - 431.11c Procedure Multidosis en niet unit-dosis medicatie - 431.11d Procedure Medicatie in eigen beheer

	- 431.11e Procedure Incidentmeldingen medicatie (apotheek intern) - 431.11f Procedure Hoog risico medicatie - 431.11g Projectplan HRM - 431.11h Vergaderverslag MFC 28 juni 2016 - 431.11i Procedure Thuismedicatie bij opname, tijdens verblijf en bij het ontslag - 431.11j Projectplan transmurale medicatieoverdracht - 431.11k Planning uitrol elektronisch voorschrift: ter inzage tijdens audit - 431.11l Lijst toegelaten afkortingen: ter inzage tijdens audit - 431.11m Infoflash: ter inzage tijdens audit - 431.11n Productinformatiefiches: ter inzage tijdens audit - 431.11o Klinische farmacie activiteiten: ter inzage tijdens audit - 515.12a Procedure Zorg- en patiëntgerelateerde incidenten melden en analyseren - Zie ook bijlagen bij norm 431.09
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De auditoren hebben procedures ingezien die afspraken vastleggen om medicatie voor te schrijven, toe te dienen en te bewaken. Er zijn procedures beschikbaar om de medicatieverificatie van opname tot en met ontslag te regelen, alsook over het klaarmaken en toedienen van parenteralia en over het labelen van hoog risico medicatie, opiaten en cytostatica. Uit het 'Vergaderverslag MFC 28 juni 2016' blijkt dat het MFC de voorgenoemde procedures heeft goedgekeurd. - Op de afdelingen geriatrie, cardiologie en inwendige hebben de auditoren de regelingen waargenomen zoals beschreven in de medicatieprocedures over medicatieverificatie van opname tot en met ontslag, over het klaarmaken en toedienen van parenteralia, over het labelen van hoog risico medicatie en over de controle van de noodvoorraden. Auditoren hebben op de voorgenoemde diensten vastgesteld dat het beleid rond hoog risico medicatie bekend en ook toegepast is, waaronder het uitvoeren van een dubbel check bij toediening. - De leden van het MFC geven aan dat de functie van klinische farmacie is goedgekeurd door de Medische Raad. De apothekers krijgen toestemming om het medisch dossier te consulteren in functie van een adequaat voorschrijfgedrag.
431.12	*De instelling beschikt over een regeling voor het voorschrijven en toedienen van antibiotica.*
Instelling Score 4	<u>Antibiotherapiebeleidsgroep</u> De instelling beschikt over een antibiotherapiebeleidsgroep (ABTBG) met de wettelijk bepaalde samenstelling die de nodige richtlijnen opstelt voor een correct profylactisch, empirisch en gericht antibioticagebruik en een opvolging doet van het antibioticagebruik binnen de instelling. De ABTBG levert ook jaarlijks een resistentierapport af. Er is een 6-maandelijkse rapportering van de antibioticaverbruikscijfers en resistentiecijfers naar eerst het Medisch Farmaceutisch Comité (MFC) en dan het CDB (beleidsindicator) met onderbouwing van de cijfers vanuit de ABTBG. De ABTBG komt maandelijks samen met verslaggeving en fungeert als onderdeel van het MFC. <u>Voorschrijven</u> De algemene <u>procedure</u> rond antibiotica is terug te vinden via het DBS: hierin staat beschreven hoe antibiotica voorgeschreven, afgeleverd en opgevolgd worden. Dit is opgesplitst in algemene antibiotica, gereserveerde antibiotica, profylactische antibiotica en antibiotica buiten formularium. De ABTBG publiceert specifieke info rond het antibioticumbeleid via de intranetpagina "antibioticabeleid" (antibioticumgids (empirisch en gericht), nieuwsbrieven,…) als hulp voor de keuze van het geschikte antibioticum bij het voorschrijven.

	Toedienen Informatie over de antibiotica zelf en info voor correcte bereiding en toediening is terug te vinden op de intranetpagina van de apotheek onder “geneesmiddeleninfo”. Ook verspreidt de apotheek infoflashes met specifieke info over antibiotica. Verbeteracties De ABTBG zorgt voor een revisie van de richtlijnen op regelmatige tijdstippen. Zo was er voor 2016 een verbeteractie voor de herwerking van het algemeen profylactisch antibioticagebruik en de richtlijnen bij penicilline-allergie (zie verslagen antibiotherapiebeleidsgroep). Ook was er een specifieke actie in het kader van antibioticaprofylaxe vóór prostaatbiopsie. Daarnaast was er een actie bij de longartsen om het verbruik van Avelox (moxifloxacine) te beperken en is een elektronisch platform tussen apotheek en labo in gebruik genomen voor de opvolging van Meropenem-gebruik. Documenten - 431.12a Procedure Antibiotica: ter inzage tijdens audit - 431.12b Vergaderverslag ABTBG 3 oktober 2016 - 431.12c Vergaderverslag ABTBG 7 november 2016
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document ‘Procedure Antibiotica’ bevestigt dat een regeling voor het voorschrijven en toedienen van antibiotica is vastgesteld. - Uit de documenten ‘Vergaderverslag ABTBG 3 oktober 2016’ en ‘Vergaderverslag ABTBG 7 november 2016’ blijkt dat metingen gebeuren rond het nakomen van de vastgestelde regeling om antibiotica voor te schrijven. Deze metingen zijn opgevolgd en kennen een bijsturing zoals blijkt uit deze documenten. - Auditoren hebben vernomen van de leden van de antibiotherapiebeleidsgroep (ABTBG) dat jaarlijks een resistentierapport is opgemaakt en dat zesmaandelijks een rapport is opgesteld met de antibioticaverbruikscijfers. - De leden van de ABTBG geven aan dat op de afdelingen onaangekondigde audits plaatsvinden om het antibioticagebruik te inventariseren. In deze audits komen volgende criteria aan bod: de naam, hoeveelheid en toedieningsfrequentie van het antibioticum, de compliance met de interne en wetenschappelijke richtlijnen en de vermelding in het dossier van start- en stopdatum. Op basis van de resultaten van deze audits, zijn individuele artsen aangesproken op hun antibioticagebruik en zijn de richtlijnen rond antibioticagebruik op ziekenhuisniveau aangepast. Auditees geven aan dat het antibioticabeleid zichtbaarder is geworden en het antibioticaverbruik van dichtbij is opgevolgd. - De geriater geeft aan dat door middel van audits het antibioticagebruik ziekenhuisbreed is geïnventariseerd en geanalyseerd.
431.13	*De instelling beschikt over een regeling voor het voorschrijven en toedienen van oncolytica.*
Instelling Score 3	Alle afspraken betreffende het bereiden van cytostatica in apotheek zijn vastgelegd. Dit bevat informatie over het lokaal waar de cytostaticabereidingen plaats vinden en de reiniging ervan, de werking en reiniging van de aanwezige verticale LAF-kast, informatie over beschermkledij, de bereiding op zich en bereidingstechnieken, afvalbeheer, transport naar afdelingen en acties bij extravasatie. Algemene informatie (oa. transport, toedienen) voor alle instellingsmedewerkers (dus ook de verpleegafdelingen) die betrokken zijn met cytostatica is terug te vinden in het cytostaticahandboek (zie DBS). De arts schrijft cytostatica op speciaal daartoe voorziene voorschriften voor (manueel of uitgedrukt via computerprogramma). Per specialisme is een apart voorschrift opgesteld om mogelijke fouten te reduceren. De apotheker controleert steeds of het voorschrift

	voldoet aan alle wettelijke vereisten. Per patiënt houdt de apotheker een fiche bij met daarop de reeds toegediende cytostatica en de dosis. Deze fiche dient om mogelijke fouten in dosis en cytostatica op te sporen. Er zijn door apotheek afspraken vastgelegd voor de aflevering en opvolging van orale cytostatica (zowel binnen ziekenhuis als ambulante aflevering). Voor de identificatie bij aflevering van klaargemaakte cytostatica is een actie uitgewerkt voor de vermelding van de geboortedatum van de patiënt op het etiket. (zie actieplan in bijlage) Toediening: In het cytostaticahandboek zijn voorbereiding, toedienen en nazorg bij cytostatica beschreven. In alle procedures zijn de veiligheidsmaatregelen, de controle van de identiteit van de patiënt en het cytostaticum steeds in acht genomen. Op het oncologisch dagziekenhuis zijn interne afspraken vastgelegd onder de vorm van protocols en er zijn taakomschrijvingen voor de medewerkers. Documenten - 431.09a Procedure Bereidingen + digitaal bereidingsprogramma - 431.13a Actieplan identificatie cytostatica - 431.13b Cytostaticahandboek versie 2014 - 431.13c Cytostaticahandboek versie 2016 – 2017: ter inzage tijdens de audit - 431.13d Procedure Medicatie ambulante patiënten: ter inzage tijdens audit - 431.13e Procedure Ziekenhuismedicatie met specifieke opvolging: ter inzage tijdens audit
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document ‘Cytostatica handboek versie 2014’ beschrijft de afspraken om cytostatica voor te schrijven, te bereiden, te vervoeren en toe te dienen, alsook hoe de afvalwerking dient te gebeuren en wat te doen bij incidenten. - Auditoren hebben op de apotheek een bereiding van cytostatica gevolgd en stellen vast dat deze bereiding plaatsvindt onder steriele omstandigheden en volgens het voorschrift. Ook hebben auditoren vastgesteld dat dubbelcheck bij bereiding plaatsvindt.
431.14	*De instelling beschikt over een regeling voor het voorschrijven en toedienen van radioactieve stoffen zoals radiofarmaca.*
Instelling Score 4	Gezien op de “dienst isotopen - nucleaire geneeskunde” gebruik gemaakt wordt van niet-ingekapselde radionucliden ter uitvoering van verscheidene diagnostische en therapeutische procedures, dienen verscheidene stralingshygiënische maatregelen in acht genomen te zijn bij levering, het voorschrijven en de toediening van deze radiofarmaca alsook bij de stockage en afvoer van residueel radioactief afval. Hiervoor is een wettelijk kader gecreëerd in het Koninklijk Besluit van 20 juli 2001 houdende het algemeen reglement op de bescherming van de bevolking, van de werknemers en het leefmilieu tegen het gevaar van ioniserende stralingen (ARBIS). Zoals bepaald in art 49 van het KB 20/06/2001 dienen radiofarmaca rechtstreeks aan een arts geleverd te zijn , die vergund is voor het in bezit houden en gebruiken van radioactieve stoffen voor medische doeleinden. De arts-specialist in de nucleaire geneeskunde heeft een samenwerkingsovereenkomst met de dienst isotopen van het Onze Lieve Vrouw Ziekenhuis te Aalst, waarbij hij één dag in de week in Aalst werkzaam is, en zijn twee collegae van Aalst(beiden eveneens arts-specialist in de nucleaire

	geneeskunde) één dag in de week in Zottegem werken. Ze vervangen mekaar wederzijds bij afwezigheden. Voor de dienst Isotopen – nucleaire geneeskunde van de instelling zijn alle wettelijke verplichtingen vertaald naar diensteigen procedures die de ganse cyclus van bestelling, levering, bereiding en toediening van radiofarmaca beschrijven. Er is ook een procedure voor het afvalbeheer en de terugzending van de generator van kracht. Deze documenten zijn in bijlage beschikbaar gesteld. Deze procedures zijn grotendeels opgesteld op basis van wettelijke instructies en instructies vanwege Controlatom, en aangepast aan de lokale situatie; laatste aanpassingen dateren van 2013 en 2014 (diensteigen versiebeheer). <u>Documenten</u> - 431.14a Procedure Levering radioactieve producten - 431.14b Procedure Terugzending van de Mo/Tc generator - 431.14c Procedure Afvalbeheer isotopen - 431.14d Procedure Bestelling radiofarmaca - 431.14e Procedure Bereiding en toediening van radiofarmaca
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Procedure Bereiding en toediening van radiofarmaca' beschrijft de afspraken om radiofarmaca voor te schrijven, te bereiden en toe te dienen. De toediening van een therapiecapsule dient volgens dit document door een arts te gebeuren bij een correct geïdentificeerde patiënt. - Tijdens het bezoek aan de afdeling nucleaire geneeskunde hebben de auditoren vastgesteld dat de regelingen voor het voorschrijven en toedienen van radiofarmaca gekend en toegepast zijn. Tijdens de rondgang op de afdeling zijn de verschillende processtappen getoond alsook hun conformiteit met de geldende beveiligingsvoorschriften. - Auditoren vernemen van een auditee van de afdeling nucleaire geneeskunde dat tijdens het afgelopen jaar drie incidenten zijn gemeld vanuit de afdeling nucleaire geneeskunde. Naar aanleiding van deze incidentenanalyses zijn onder andere de afspraken aangepast rond het voorafgaandelijk inlichten van de patiënten over de risico's bij zwangerschap.
431.15	*De instelling beschikt over een regeling voor een specifiek beveiligd logistiek beheer van vergiften, opiaten en overige verslavende middelen.*
Instelling Score 4	Alle afspraken rond verdovende middelen zijn terug te vinden in de procedure "verdoving" die te raadplegen is via het DBS (aankoop, voorschrijven en afleveren, stockbeheer, transport en register). Deze zijn in 2016 gereviseerd (in functie van de uitrol EMV). 1. Voorschrijven en afleveren Binnen de apotheek beheren de apothekers de volledige flow (validatie én aflevering) van verdovende middelen. Op afdelingen zonder EMV schrijft de arts eigenhandig een voorschrift met aandacht voor de wettelijke vereisten. Op afdelingen met EMV schrijft de arts verdoving elektronisch voor. 2. Bewaring - <u>Binnen apotheek</u> Apothekers bewaren verdoving in een gesloten kast enkel toegankelijk voor apothekers. In 2016 is een actieplan uitgevoerd om de beveiliging via badgecontrole te laten verlopen.

	- De afdelingen bewaren de verdoving in kasten die steeds op slot zijn (via cijferslot). De codes zijn gekend in de apotheek. - Verdovingskoffer anesthesie: Op OK werken de anesthesisten met een persoonlijke verdovingskoffer met vaste stock. De koffer zelf is afgesloten met sleutel of cijfercode. De koffers zijn in een gesloten kast op OK bewaard. 3. Stockbeheer - Binnen de apotheek wordt 4 maal per jaar een inventaristelling opgemaakt van de verdoving door de apotheker verantwoordelijk voor verdoving. Dagelijks is er een permanente inventaris zodat de stock steeds sluitend is. - De stock op afdeling dient steeds sluitend te zijn. Hiervoor werkt men met verdovingverbruikslijsten op de afdeling. Deze documenten zijn terug te vinden op intranet apotheek. Apotheker doet 4/jaar controles op de afdelingen. - Verdovingskoffer anesthesie: Deze koffers worden wekelijks naar de apotheek gebracht door logistiek operatiekwartier voor controle en bevoorrading. Wanneer een koffer langer dan 2 weken niet naar apotheek is gebracht, contacteert de apotheker de arts. 4. Transport Er is een actieplan lopende n.a.v. een opmerking in het interne auditrapport om het transport naar de afdeling te doen in gesloten bakken met een zwarte ronde sticker door de logistiek medewerker apotheek. Apotheek geeft steeds een aftekenlijst mee. Bij ontvangst van de verdoving dient de verpleegkundige deze lijst af te tekenen. De dagapotheker controleert deze lijsten en bewaart deze 1 maand in de apotheek. Ook voor retours zijn de nodige afspraken vastgelegd. 5. Verdovingsregister In overeenstemming met de wettelijke vereisten beschikt de instelling over een verdovingsregister met alle toegediende verdoving. De apotheker bewaart deze lijsten in de administratie van de apotheek. Documenten - 431.15a Procedure Verdoving - 431.10e Procedure Medicatielokaal, noodkasten en medicatiekarren - 431.10l Procedure Transport medicatie: ter inzage tijdens audit
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document 'Procedure verdoving' zijn de verantwoordelijkheden, administratieve verplichtingen, transportmiddelen en processen gespecificeerd voor van het logistiek beheer van vergiften, opiaten en overige verslavende middelen. - Op de afdelingen geriatrie en cardiologie hebben de auditoren geconstateerd dat het logistiek beheer van opiaten conform de procedure gebeurt. Het transport van opiaten verloopt via afzonderlijke transport in boxen met een zwarte sticker. De stockage op de afdeling van verdovende producten bevindt zich in een afgesloten kast met pincodeversleuteling. De auditoren hebben een verbruikslijst vastgesteld die dagelijks gecontroleerd is. De controle van de stock van verdovende producten gebeurt door de hoofdverpleegkundige of vervangende persoon op de bevraagde afdelingen. - De auditor heeft in de apotheek de driemaandelijkse inventaris van verdovende producten ingezien, alsook de aftekenlijst van verdoving, het Excel bestand met controles van de anesthesiekoffertjes en het verdovingsregister.

Rubriek: 432 (bloedvoorziening)

432.05	*De instelling beschikt over een regeling voor het logistiek beheer van de bloedvoorziening.*
Instelling Score 3	Het bloedtransfusiecentrum Oost-Vlaanderen is de bevoorradende instelling voor labiele bloedproducten aan de instelling. De bloedvoorraad is in overeenstemming met de grootte en de activiteit van de instelling en is schriftelijk vastgelegd in het contract. Een afgevaardigde van het Rode Kruis zetelt in het Transfusiecomité, er gebeurt jaarlijks een evaluatie van het contract tijdens één van de vergaderingen van het comité. De instelling beschikt over procedures voor het logistiek beheer van bloedvoorzieningen. Deze staan beschreven in het transfusiehandboek. Het laboratorium is verantwoordelijk voor het voorraadbeheer, de opslag en het uitvoeren van de compatibiliteitstesten van de bloedproducten. De overdracht vanuit het labo aan de verpleegkundige tot en met de transfusie aan de patiënt staan tevens beschreven in het transfusiehandboek. Hierbij is specifieke aandacht besteed aan het bewaren van de koude keten. Elke stap, gaande van ontvangst in het labo tot eindbestemming, hetzij toediening, hetzij vernietiging, is elektronisch traceerbaar met behulp van een in house ontwikkelde software applicatie opgebouwd als een Oracle database management systeem. De apotheker-klinisch bioloog is aangesteld tot hemovigilantiefunctionaris en is het aanspreekpunt voor alle aspecten met betrekking op bloed, bloedproducten en bloedvoorzieningen. In november 2014 vond een interne audit plaats van het labo waarin bloedvoorziening één van de bevraagde onderwerpen was. Vanaf december 2016 start de hemovigilantiefunctionaris met het systematisch uitvoeren van audits van de transfusieketen. Het transfusiehandboek is jaarlijks gereviseerd binnen het Transfusiecomité (laatste revisie: november 2016/geldig tot einde 2017). <u>Documenten</u> - 432.05a Transfusiehandboek
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De instelling beschikt over een transfusiehandboek die ingezien is door de auditoren en beschikbaar is binnen het DBS. In dit handboek zijn de procedures voor het logistiek beheer van bloedvoorzieningen beschreven, alsook de verantwoordelijkheden, de wijze waarop de overdracht van het bloedproduct dient te gebeuren en de bewaarprocedure. - De auditoren hebben vernomen van de leden van het transfusiecomité dat recent een interne audit is uitgevoerd rond de methode van bewaring van bloed en bloedproducten alsook rond de toediening van bloedproducten en de registratie van de vereiste gegevens in het verpleegdossier. Uit de analyse van de resultaten van deze interne audit zijn verbeterpunten geformuleerd, die ondertussen zijn opgepakt, aldus deze auditees.
432.06	*De instelling beschikt over een regeling voor het voorschrijven en toedienen van bloed en bloedproducten.*
Instelling Score 3	De regeling voor het voorschrijven en toedienen van bloed en bloedproducten in de instelling is vastgelegd in het transfusiehandboek. Het Transfusiecomité van de instelling is verantwoordelijk voor de inhoud van het handboek. Daarnaast beschikt de instelling over 1) een aanvraagformulier en 2) een toedieningsformulier.

	Monsters waarbij de minimale gegevens ontbreken worden niet aanvaard voor de uitvoering van bloedgroepen en kruisproeven. De ABO-bloedgroepgegevens zijn steeds opnieuw bepaald bij het uitvoeren van de compatibiliteitstesten en geverifieerd met historische gegevens in het databestand. De afdelingen maken gebruik van een specifiek toedieningsformulier voor de registratie van de verplichte gegevens bij het toedienen van bloedcomponenten. Bij de ingebruikname van het formulier in het voorjaar van 2013 kregen alle verpleegkundigen een toelichting tijdens een infosessie. Naar aanleiding van een bijna-incident in april 2015 waarbij bloed voor het uitvoeren van de transfusietesten is afgenomen bij de verkeerde patiënt en de tubes gelabeld waren met de juiste patiënt is beslist om geen bloedproducten uit de geven naar de afdeling indien er geen “definitieve” bloedgroep van de patiënt beschikbaar is. <u>Documenten</u> - 432.05a Transfusiehandboek - 432.06a Aanvraagformulier voor labiele bloedproducten - 432.06b Formulier toedieningbloedcomponenten op verpleegafdeling
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De instelling beschikt over een transfusiehandboek die ingezien is door de auditoren en beschikbaar is binnen het DBS. In dit handboek is de regeling voor het voorschrijven en toedienen van bloed en bloedproducten opgenomen. - De auditoren hebben bevestigd gekregen van de hemovigilantiefunctionaris dat de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad leidend zijn voor het uitwerken van de regeling voor het voorschrijven en toedienen van bloed en bloedproducten. Het klinisch beeld van de patiënt is uiteindelijk leidend, aldus auditee. - Auditoren stellen vast dat het formulier voor het aanvragen van een transfusie met bloedproducten digitaal beschikbaar is. - Op de afdeling IZ hebben auditoren bevestigd gekregen dat de dubbele check ten aanzien van de identiteit van de patiënt en het bereide bloedproduct gebeurt bij het toedienen van een bloedproduct.
432.07	*De instelling heeft afspraken voor signalering, registratie en rapportage van bloedtransfusiereacties.*
Instelling Score 4	In het transfusiehandboek zijn de verschillende mogelijke transfusiereacties beschreven. De procedure omvat de afspraken over melden en registreren van transfusiereacties. Op de verpleegafdeling gebeurt registratie aan de hand van het formulier transfusiereactie dat samen met het restant van het desbetreffende bloed terug bezorgd wordt aan het laboratorium. Daarnaast zijn transfusiereacties sinds juli 2016 ook geregistreerd via een online incidentmelding systeem op intranet. Transfusiereacties zijn besproken in het Transfusiecomité en een weerslag is hiervan te vinden in de verslaggeving van het comité. Transfusiereacties worden zoals wettelijk vereist is, eveneens aan de overheid gemeld (BeQuinT) <u>Documenten</u> - 432.05a Transfusiehandboek - 432.07a Vergaderverslag Transfusiecomité 30 september 2015 - 432.07b Jaarverslag Immunohematologie 2015
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.

Score 4	Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Vergaderverslag Transfusiecomité 30 september 2015' geeft weer dat transfusiereacties zijn besproken alsook beoordeeld op verbetermogelijkheden. - De instelling heeft de afspraken rond het opvolgen van de te ondernemen acties bij transfusiereacties vastgelegd in het 'Transfusiehandboek'. - In het formulier 'Toediening bloedcomponenten op de verpleegafdeling' is bepaald dat op aangegeven tijdstippen parametercontroles dienen te gebeuren met registratie van deze parameters op het daarvoor bestemde formulier. - De leden van de hemovigilantiecommissie geven aan dat transfusiereacties via een online incidentmeldingssysteem geregistreerd zijn.
432.08 **NTA8009:2011**	*De instelling heeft een functionaris benoemd die als deskundige is belast met het onderhoud van de afspraken inzake het logistieke beheer en het voorschrijven en toedienen van bloed en bloedproducten.*
Instelling Score 3	Het Transfusiecomité is verantwoordelijk voor het opstellen en beheren van het transfusiebeleid in de instelling. In het comité zetelen de labodirecteur, de apotheker-klinische bioloog, de hoofdarts, de hoofdapotheker, de verpleegkundig directeur, een zorgmanager en een vertegenwoordiger van het Bloedtransfusiecentrum Gent. De apotheker-klinisch bioloog, tevens ook de hemovigilantiefunctionaris, vertaalt het transfusiebeleid naar de werkvloer. Nagaan of de afspraken zijn nageleefd, gebeurt via audits. <u>Documenten</u> - 432.08a Functiebeschrijving Klinisch bioloog
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document 'Functiebeschrijving Klinisch bioloog' staat beschreven dat de apotheker-klinisch microbioloog benoemd is als hemovigilantiefunctionaris. - De auditoren hebben vernomen van de hemovigilantiefunctionaris dat zij benoemd is door de Raad van Bestuur.

Rubriek: 433 (bescherming fysische agentia)

433.04 **NTA8009:2011**	*De instelling borgt dat bij het gebruik van ioniserende straling genererende apparatuur, de stralingsbelasting voor patiënten, medewerkers en bezoekers minimaal is. Deze apparatuur wordt uitsluitend door daartoe bevoegde medewerkers bediend en hun stralingsbelasting wordt geregistreerd.*
Instelling Score 4	<u>Minimaliseren van stralingsbelasting</u> is een belangrijk aandachtspunt binnen de instelling, deels op wettelijke gronden, deels op basis van arbeidswetgeving, deels op basis van behoorlijk bestuur. Het investeringsbeleid voor de afdeling radiologie, alsook voor de C-bogen op de operatiezaal, maakt dat moderne apparatuur ter beschikking staat, wat door toepassing van moderne technische applicaties een reductie van de gegenereerde stralingsdosis, alsook een toename van beschermingsmaatregelen waarborgt. Alle lokalen van de afdeling radiologie voldoen architecturaal – infrastructureel aan de wettelijke normen. De noodzakelijke persoonlijke beschermingsmiddelen zijn ter beschikking gesteld van medewerkers (loodschorten, loden halskragen, desgevallend loodbrillen) en deze zijn jaarlijks getest (technische gegevens controle loodschorten digitaal ter beschikking op de afdeling radiologie). Controlatom en QCC Gent nemen jaarlijkse controles waar en controleren elk ioniserende straling genererend apparaat, alsook de lokalen en de straling op afstand. In

	functie van de bemerkingen van de controle-organismen is actie ondernomen (bv. maatregelen op stomatologie, waarbij men een aanpassing van de lokalen vraagt / oplevering geschiedt in januari 2017; maatregelen op radiologie alwaar hoger maken van de loodschermen; maatregelen i.v.m. mammografietoestel in polikliniek Brakel waarvoor een beperkte verbouwing noodzakelijk was). Op de afdeling radiologie zijn enkel bevoegde radiologie-technologen tewerk gesteld; ze hebben eveneens een opleiding radioprotectie gevolgd. Opleidingsattesten zijn aanwezig op de radiologie. Op de dienst isotopen zijn verpleegkundigen tewerkgesteld die de opleiding radioprotectie gevolgd hebben. De verpleegkundigen van het operatiekwartier volgen een opleiding radioprotectie. Een opfrissing voor de ganse dienst vond plaats in december 2014. Een verder doorgedreven opleiding wordt gevolgd aan Hogeschool Gent, die tweemaal per jaar doorgaat en waarbij telkens twee verpleegkundigen deze opleiding volgen. Tot nu toe hebben 15-20 verpleegkundigen (voornamelijk van de teams die betrokken zijn bij scopie-apparatuur) deze opleiding gevolgd. Kopie van de opleidingsattesten zijn bijgehouden door de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier. Artsen die gebruik maken van ioniserende straling genererende apparatuur zijn in het bezit van een erkenning radioprotectie uitgereikt door het FANC. Erkenningsbesluit is terug te vinden in het persoonlijk artsendossier dat aanwezig is in het secretariaat van de medische directie. Artsen bestendigen deze erkenning middels bijscholingen i.v.m. radioprotectie. Conform de arbeidswetgeving zijn medewerkers verplicht een dosimeter te dragen alsook gebruik te maken van persoonlijke hulpmiddelen. Ook voor de artsen die gebruik maken van dergelijke apparatuur zijn dosimeters ter beschikking. De aangestelde voor bewaking ziet toe op het correct gebruik van de dosimeters en de toestellen. De controle van de uitlezing van de dosimeters staat onder de bevoegdheid van de erkende instantie (Controlatom) en de erkende arbeidsgeneesheer. Jaarlijks zijn de blootstellings- en besmettingstabellen gecontroleerd door de erkende geneesheer en de preventieadviseur. De arbeidsgeneesheer zorgt voor een regelmatige opfrissing omtrent de gevaren van ioniserende straling voor alle medewerkers van het operatiekwartier, dienst radiologie, dienst isotopen en dagziekenhuis. De door de patiënten ontvangen stralingsdosis is samen met de medische beelden geregistreerd en bewaard in het PACS-systeem. Documenten - 433.04a Arbeidsreglement voor arbeiders en bedienden art. 57 en 58 - 433.04b Verslag fysische controle mei 2015 - 433.04c Voorbeeld 1 controlerapport QCC - 433.04d Voorbeeld 2 controlerapport QCC
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document ‘Arbeidsreglement voor arbeiders en bedienden art. 57 en 58’ is bepaalt dat iedere werknemer de specifieke persoonlijke beschermingsmiddelen inzake ioniserende stralen dient te gebruiken. - Auditoren hebben rapporten en attesten van het Controlatom ingezien betreffende de jaarlijkse veiligheidscontroles van de 19 ioniserende straling-genererende apparaten, alsook van de lokalen en de straling op afstand. - De preventiemedewerker geeft aan dat het SEZZ gebruik maakt van expertise van het centrum voor medische stralingsfysica in de radiologie en de nucleaire

	geneeskunde (QCC) van de universiteit van Gent ten aanzien van het patiëntveiligheidsbeleid bij het gebruik van röntgentoestellen. Het Controlatom biedt deskundigheid inzake stralingsveiligheid, onder andere in de vorm van jaarlijkse controles en afschermingsadviezen, aldus auditee. De preventiemedewerker zegt verantwoordelijk te zijn voor het coördineren van deze controles en werkt samen met de biomedische dienst voor het uitvoeren van verbetermaatregelen die voortkomen uit deze controles. - Op de afdeling nucleaire geneeskunde stellen de auditoren vast dat de medewerkers een dosismeter dragen. De auditoren hebben de blootstellingstabellen van het personeel ingezien. Medewerkers van de afdeling nucleaire geneeskunde geven aan dat de straling-genererende apparatuur enkel door bevoegde personeelsleden bediend is. - Auditees van de afdeling medische beeldvorming geven aan dat ze verantwoordelijk zijn voor het dosismetrie- en stralingsbeleid van alle medewerkers die in het ziekenhuis met röntgenstralen in aanraking komen. Binnen het stralingsbeleid valt onder andere ook de controle van alle loodschorten in het ziekenhuis, aldus auditees. Verhoogde resultaten bij het uitlezen van de dosismeters zijn volgens deze auditees opgevolgd door de arbeidsgeneesheer. - Auditoren hebben op de afdeling medische beeldvorming een afdelingsspecifiek systeem gedemonstreerd gekregen waarin op eenvoudige en inzichtelijke wijze informatie omtrent procedures, afspraken en dosimetrie-uitslagen te vinden is. - Auditees van de afdeling medische beeldvorming geven aan dat onvolledig ingevulde aanvragen voor röntgenonderzoeken naar de aanvrager worden teruggestuurd zonder het onderzoek uit te voeren. Vanuit de afdeling medische beeldvorming gebeurt in dergelijke gevallen een incidentmelding, aldus auditees.
433.05 **NTA8009:2011**	*De instelling heeft een functionaris benoemd die als deskundige is belast met het onderhoud van de afspraken voor het omgaan met ioniserende straling genererende apparatuur.*
Instelling Score 4	De preventieadviseur-dienstverantwoordelijke is aangesteld als deskundige belast met het onderhoud van de afspraken voor het omgaan met ioniserende straling genererende apparatuur. De preventieadviseurs krijgen inzage van de controleverslagen van Controlatom en QCC-Gent. In functie van de opmerkingen maakt men afspraken met de technische dienst / dienst infrastructuur om desgevallend de nodige aanpassingen te laten uitvoeren. De biomedische dienst ziet toe op het regelmatig preventief onderhoud en nazicht van ioniserende straling genererende apparatuur (data digitaal ter beschikking binnen de Ultimo-database) . De preventieadviseurs en de arbeidsgeneesheer krijgen inzage van resultaten na aflezen van de individuele dosimeters. Ze bespreken eventuele aberrante resultaten met de betrokken arts of medewerker en nemen de gepaste maatregelen in het kader van de arbeidswetgeving. Persoonlijke beschermingsmiddelen (met name loodschorten en -halskragen op de afdelingen radiologie, operatiekwartier en dagziekenhuis) zijn jaarlijks nagekeken op de radiologie; de resultaten van deze controles zijn digitaal ter beschikking op de radiologie in het PACS-systeem. <u>Documenten</u> - 433.05a Functieprofiel preventieadviseur
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.

	Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document 'Functieprofiel preventieadviseur' is opgenomen dat de preventieadviseur waakt over het onderhoud van de afspraken voor het omgaan met ioniserende stralinggenererende apparatuur. - De preventieadviseur geeft aan dat hij voor het uitvoeren van deze functie regelmatig controles uitvoert en externen begeleidt bij diverse inspecties alsook de veiligheidsmaatregelen met de leveranciers bespreekt.
433.07 **NTA8009:2011**	*De instelling borgt de veiligheid van patiënten, medewerkers en bezoekers bij het gebruik van laserapparatuur door daartoe bevoegde medewerkers.*
Instelling Score 3	In de instelling zijn op twee plaatsen lasertoestellen in gebruik. Op de operatieafdeling is een Holmiumlaser in gebruik waarvan de diensten gynaecologie en urologie gebruik maken; er is nog een tweede toestel, zijnde een vaatlaser, waarvan men gebruik maakt bij de behandeling van spataders. Op de poliklinische afdeling oftalmologie zijn een argonlaser, een Yaglaser en een PDT (photodynamische therapie) laser aanwezig. Deze toestellen zijn eigendom van de instelling, uitgezonderd de vaatlaser. Deze laatste maakt deel uit van een bruikleenovereenkomst. Het preventief onderhoud geschiedt door de biomedische dienst; voor de vaatlaser door het bedrijf waarmede de bruikleenovereenkomst aangegaan is. Tijdens een laserbehandeling zijn op de toegangen tot de betrokken operatiezalen specifieke kentekenen aangebracht. Tijdens een laserbehandeling staan persoonlijke beschermingsmiddelen (laserbrillen) ter beschikking van de in de zaal aanwezige instellingsmedewerkers. Op de polikliniek oftalmologie zijn begeleiders niet toegelaten in de betreffende kamer tijdens de behandeling. Lasertoestellen zijn uitsluitend door artsen bediend, die eveneens verantwoordelijk zijn voor het implementeren van de beschreven voorzorgsmaatregelen betreffende autorisatie tot gebruik van deze toestellen voor reeds bestaande gebruikers, alsook voor nieuwe artsen (zie ook norm 421.07). <u>Documenten</u> - 433.04a Arbeidsreglement voor arbeiders en bedienden art. 57 en 58 - 433.07a Veiligheidsinstructies bij gebruik van laser: ter inzage tijdens audit
Auditoren Score 2	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER deels bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het aangeleverde document 'Arbeidsreglement voor arbeiders en bedienden art. 57 en 58' vermeldt niets aangaande laserveiligheid. - Het document 'Beleidsrichtlijn PRE006-Laserbeleid' beschrijft de gevaren en preventiemaatregelen voor alle afdelingen waar lasers in gebruik zijn. Deze beleidsrichtlijn beschrijft verschillende gevaren en maatregelen. - Het document 'Risicoanalyse Kunstmatige optische straling' geeft een overzicht van lasersystemen en risicobeoordelingen van die systemen, als ook een checklist per toestel. - De zorgmananger van het OK geeft aan dat de hoofdverpleegkundige van het OK de verantwoordelijkheid neemt voor het toezicht op de laserveiligheid in het OK. De preventieadviseur is verantwoordelijk voor het laserveiligheidsbeleid en heeft dit beleid uitgewerkt en toegelicht aan de medewerkers op het OK in een vorming, aldus auditee. De artsen die de laser gebruiken in het OK waren niet bij deze vorming aanwezig, wat ook is bevestigd door het medisch diensthoofd van het OK. - De auditees van het OK duiden dat de materialen van het OK niet getest zijn op brandveiligheid bij lasertoepassing (ook niet het afdekmateriaal).

	- Auditoren hebben vastgesteld dat medewerkers van het OK vertrouwd zijn met de afgesproken beschermingsmaatregelen.
	- De auditoren hebben geconstateerd dat de ruit in de deur van de OK-zaal waar laser is toegepast, niet afdekbaar is. Bij lasertoepassing is een kenteken aan de deur geplaatst, aldus auditees van het OK.
	- De verantwoordelijke voor het laserbeleid geeft aan dat een PRI is uitgevoerd en de beleidsrichtlijn PRE-Laserbeleid sedert half februari 2017 opgemaakt is. De lasergebruikers zijn niet betrokken geweest bij het opstellen van de PRI en de beleidsrichtlijn.
	- De verantwoordelijke voor het laserbeleid meldt niet te weten of de artsen die lasers gebruiken daartoe opgeleid en geautoriseerd zijn. Op navraag van de auditoren naar aanleiding van de risicoanalyse, de richtlijn en de bevindingen op het OK bevestigt de verantwoordelijke laserveiligheid daarnaast dat er:
	  - geen onderzoek is uitgevoerd en geen testen zijn uitgevoerd naar brandbaarheid van de bij lasertoepassingen te gebruiken materialen;
	  - geen bronafzuiging is van laserrook bij open lasertoepassing;
	  - niet altijd laserbestendige oogbescherming is toegepast bij patiënten die een laserbehandeling ondergaan (compressen of gesloten ogen bieden geen bescherming);
	  - geen specifieke veiligheidsmaatregelen zijn vastgesteld voor gebruik van een klasse 2 richtlaser;
	  - in de beleidsrichtlijn staat dat er extra veiligheidsmaatregelen moeten worden gerealiseerd voor lasers die gebruik maken van een fiber omtrent gevaren bij mogelijke fiberbreuk, terwijl dergelijke maatregelen nog niet zijn genomen.
	- De technisch directeur geeft aan niet bekend te zijn met 'Beleidsrichtlijn PRE006-Laserbeleid'.
	
	<u>Verbeterpunt:</u>
	Het aanscherpen, uitvoeren en borgen van beleid ten aanzien van laserveiligheid

433.08	*De instelling heeft afspraken met betrekking tot het 'Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende middelen' geïmplementeerd (NL: VMS-thema).*
Instelling Score 4	In de instelling waren empirische richtlijnen aanwezig betreffende het "voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende middelen". Deze waren niet uniform opgesteld zodanig dat voor de dienst radiologie enerzijds en de dienst vaatheelkunde er verschillende protocollen bestonden. In 2015 is een interdisciplinaire werkgroep opgericht bestaande uit een nefroloog, een radioloog en een vaatchirurg. Dit gaf aanleiding tot een protocol dat op 15.04.2016 gepubliceerd is op Intranet, en tevens via email bekend gemaakt is ten behoeve van de artsen die gebruikmaken van jodiumhoudende middelen. Hierbij laten specifieke richtlijnen toe over te gaan tot een risicostratificatie, met vervolgens een te volgen procedure bij contrasttoediening, waarbij onder meer heel specifieke richtlijnen met betrekking tot het hydratatieschema meegegeven zijn. In oktober 2016 is ten behoeve van de dienst vaatheelkunde overigens specifiek materiaal aangeschaft om in de vaatoperatiezaal bij risicopatiënten gebruik te kunnen maken van CO2 – angiografie, en zodoende de risico's op optreden van nierinsufficiëntie door toedienen van jodiumhoudende contrastmiddelen verder terug te dringen. <u>Documenten</u> - 433.08a Afspraken en richtlijnen - voorkomen van nierinsufficiëntie
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.

	Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Afspraken en richtlijnen - voorkomen van nierinsufficiëntie' legt de afspraken en richtlijnen vast met betrekking tot het voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende middelen. In dit document zijn de volgende items verduidelijkt: de probleemstelling, het definiëren van de risicopopulatie, de werkwijzen en het hydratieschema bij risico patiënten alsook de items van de anamnese. - De auditoren hebben vernomen van een radioloog dat afspraken zijn gemaakt om nierfunctiestoornissen te voorkomen. Deze afspraken houden in dat alle patiënten met een gestoorde nierfunctie of patiënten boven de 70 jaar gecontroleerd zijn op een recente nierfunctiebepaling of daarvoor nog apart naar het laboratorium worden gestuurd, aldus auditee.

Rubriek: 434 (infectiepreventie)

434.09	*De instelling heeft afspraken voor de huishoudelijke schoonmaak van de inventarissen en de verblijfsruimten van patiënten, medewerkers en bezoekers.*
Instelling Score 3	De instelling heeft procedures waarin de huishoudelijke schoonmaak van de inventarissen en de verblijfsruimten van patiënten, medewerkers en bezoekers vastgelegd zijn, op basis van richtlijnen van het Comité Ziekenhuishygiëne. Het diensthoofd schoonmaak maakt deel uit van het team ziekenhuishygiëne en het Comité Ziekenhuishygiëne. Het adjunct-diensthoofd schoonmaak is referent ziekenhuishygiëne. Beiden ondersteunen de medewerkers van de schoonmaak bij een optimale reiniging en desinfectie voor elke gekende en ongekende bacterieload. Elke medewerker schoonmaak is opgeleid voor basisschoonmaak en desinfectie van een verblijfsruimte van patiënt, medewerker en bezoeker. In haar procedures omschrijft de instelling de schoonmaak en desinfectie per werkplek, inclusief de frequentie, de schoonmaakelementen die hetzij een dagelijkse, hetzij een wekelijkse, hetzij een periodieke aandacht noodzaken, en de ontslagschoonmaak (schoonmaak en desinfectie bij vrijkomen van patiëntenkamers), alsook de techniek van uitvoering. Het gebruik van producten , inclusief de veiligheidsinstructies bij gebruik ervan zijn beschreven. De medewerker registreert en tekent alle volgens procedure uitgevoerde taken. Tracering wie welke kamer gereinigd en ontsmet heeft is mogelijk. Naast instructies met betrekking op de basisschoonmaak zijn er ook specifieke instructies voor diverse afdelingen aanwezig, die verwerkt zijn in specifieke procedures, die allen tot stand gekomen zijn in overleg met het Comité Ziekenhuishygiëne: - Op de kinderafdeling bestaat er een procedure voor reinigen en ontsmetten van speelgoed (deze procedure wordt eveneens toegepast op de raadplegingsafdeling pediatrie). De medewerkers schoonmaak gebruiken op de kinderafdeling gesloten karren om accidentele intoxicaties met chemische producten te vermijden. - Ook op de geriatrische en psychiatrische afdeling werken de medewerkers schoonmaak met gesloten karren om dezelfde redenen als hierboven aangehaald. - Voor wat betreft ruimten die door patiënten gebruikt worden in het kader van isolatie omwille van infectieuze oorzaak, zijn er specifieke richtlijnen. Elke verpleegafdeling vermeldt op zijn infobord de patiëntenposities alwaar isolatie-maatregelen van kracht zijn, alsook de verantwoordelijke kiem. Een speciale ontsmettingsfolder, te gebruiken bij infecties met multiresistente kiemen staat ter beschikking van de medewerkers schoonmaak, die hieromtrent een opleiding genoten hebben. Indien er zich een infectie zou voordoen met een kiem die niet vermeld staat op de folder, zal de medewerker zich onmiddellijk bevragen bij zijn

	(adjunct-)diensthoofd, die op zijn beurt desgevallend advies kan inwinnen bij medische of verpleegkundige ziekenhuishygiënist. - Op de afdelingen van het chirurgische, het internistische en oncologische dagziekenhuis zijn er aparte procedures aanwezig voor een tussenschoonmaak en eindschoonmaak. Op het internistische en oncologische dagziekenhuis hanteert men een procedure om de kiemload te reduceren ter protectie van mogelijks immuun-gecompromitteerde patiënten. - Op meer kritische afdelingen, zoals Intensieve Zorgen, Medium Care, verloskwartier en spoedafdeling zijn er eveneens afdelingsspecifieke procedures aanwezig, die uitgevoerd worden door medewerkers schoonmaak die aldaar hun vaste standplaats hebben en de nodige opleiding genoten hebben met betrekking op schoonmaak en desinfectie van deze afdelingen. - Op het operatiekwartier zijn er procedures omtrent tussen-schoonmaak en desinfectie na elke ingreep, alsook omtrent eindschoonmaak der operatiezalen , alsook omtrent periodieke taken uitgeschreven. Ook hier is er een vast en specifiek opgeleid team aanwezig. - Op de afdelingen radiologie en isotopen hebben medewerkers schoonmaak naast hun specifieke vaardigheden ook een opleiding i.v.m. radioprotectie genoten; deze medewerkers dragen een dosimeter. - Voor elke raadplegingsruimte zijn er procedures voor schoonmaak, desinfectie, periodieke taken vastgelegd. - Procedures zijn aanwezig voor schoonmaken van medewerkersruimten: verpleegbureel, reine en onreine utility, linnenlokaal, restaurant, kleedkamers en toiletten. - Tenslotte zijn er nog procedures met betrekking op het reinigen en desinfecteren van bezoekersruimten, waaronder wachtruimtes, tearoom, restaurant en publieke toiletten. - In het kader van de legionella-bestrijding van sanitaire cellen van verblijfsruimten van patiënten worden de leidingen van baden en douches wekelijks geflusht. - Schrobzuigtoestellen kennen qua onderhoud eveneens een aparte procedure. Aan de dagelijkse kwaliteitsmeting die vanaf oktober 2016 digitaal verloopt is de nodige bijsturing van het beleid gekoppeld, zowel qua medewerkers, materiaal, als opleiding. Via de dienstvergadering die éénmaal per kwartaal plaats vindt, vindt verdere evaluatie, opleiding en bijsturing van procedures plaats, en worden actiepunten hieraan gekoppeld. <u>Documenten</u> - 434.09a Procedure Ontsmetten kamers - 434.09b Procedure Intensieve Zorgen - 434.09c Procedure Isotopen - 434.09d Procedure Kamers Pediatrie - 434.09e Procedure Flushen - 434.09f Voorbeeld Weekrooster - Intensieve Zorgen - 434.09g Resultaat kwaliteitscontrole
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen:

	- De aangeleverde documenten bevestigen dat procedures voorhanden zijn met afspraken omtrent de huishoudelijke schoonmaak van ruimtes. Deze procedures beschrijven de afspraken per aandachtsgebied en per ruimte voor het schoonmaakproces. - Auditoren hebben het resultaat van de kwaliteitscontrole voor het schoonmaak-proces op de IZ ingezien. In deze kwaliteitscontrole is tot op niveau van de individuele medewerker en op basis van verschillende te kwantificeren criteria, een score bepaald. Elementen die niet in orde zijn, zijn concreet beschreven in dit document. Meerdere medewerksters van de schoonmaakdienst bevestigen dat kwaliteitscontroles op hun geleverde werk plaatsvinden en geven aan dat er resultaten zijn teruggekoppeld op de dienstvergaderingen die viermaal per jaar plaatsvinden. - Tijdens verschillende rondgangen is door de auditoren geconstateerd dat gangen en ruimtes schoon en opgeruimd ogen. - Op de polikliniek van de pediatrie hebben de auditoren vastgesteld dat de afspraken rond het schoonmaken van speelgoed en van het toetsenbord van het echotoestel zijn nagekomen en afgetekend. - Het hoofd van de schoonmaakdienst zegt vrijwel dagelijks de schoonmaakresultaten te controleren en na te gaan of de medewerkers zich houden aan de veiligheidsvoorschriften. Verbeteracties vanuit deze checks zijn opgenomen in het jaaractiviteitenplan, aldus auditee.
434.10	*De instelling hanteert richtlijnen voor het voorkomen/bestrijden van (ziekenhuis)infecties.*
Instelling Score 4	Voor de bestrijding en het voorkomen van nosocomiale infecties is er een continue opvolging en verdere uitbouw van een instellingsbreed preventief beleid. Dit gebeurt aan de hand van 1) het opstellen, uittekenen en disseminatie van het infectiepreventiebeleid en richtlijnen, 2) de opvolging van indicatoren gerelateerd aan infectiepreventie die toelaten de incidentie in de instelling te volgen en de preventie bij te sturen, 3) deelname aan nationale surveillances, 4) feedback op maat van de betrokken stakeholders met terugkoppeling naar het geldende infectiepreventiebeleid en – richtlijnen. Het bepalen van prioriteiten gebeurt door het Comité Ziekenhuishygiëne waarbij zowel thema's en projecten aangebracht worden vanuit het wetgevend kader, instellingsbrede beleidskeuzes, als uit audits en informatie van de (referentie)verpleegkundigen. De uitvoering van het preventief beleid is in detail beschreven in de jaarlijkse beleidsplannen van ziekenhuishygiëne (algemeen) en indien van toepassing gelinkt aan afdelingsspecifieke jaaractieplannen (afdelingsniveau). De uitwerking van centrale infectiepreventiethema's (preventie van POWI, preventie van VAP, preventie van BSI, preventie van UWI) zijn eveneens in detail gepland en beschreven in projectfiches. Een eerste stap in de implementatie van het infectiepreventiebeleid is de opmaak en herwerking van de richtlijnen. Een tweede stap is het observeren en geven van feedback over ziekenhuishygiëne en infectiepreventie aspecten en het correct toepassen van de richtlijnen hieromtrent. Dit is geïntegreerd in verschillende audits. De audits bestaan uit thematische audits en algemene audits. De combinatie van verschillende types van audits waarbij steeds andere groepen medewerkers betrokken zijn heeft tot doel het draagvlak van ziekenhuishygiëne en infectiepreventie binnen de instelling te vergroten. Een overzicht van de indicatoren en de meetfrequentie is beschreven in de projectfiche "hygiëne audit". Naast geplande en gecoördineerde audits zijn er andere kanalen waarvan we gebruik maken om gegevens, data of meldingen te verzamelen of behandelen (incidentmelding, vraag vanuit PIOZ, meldingen vanuit de overheid, klacht van patiënt, …). De genomen acties bestaan uit: 1) geven van feedback 2) opstellen van acties waaronder eventueel aanpassen van beleid en/of richtlijnen 3) opvolgen van acties

	4) opnieuw meten De resultaten van de audits zijn verwerkt in feedbackrapporten die via aangepaste kanalen (afhankelijk van de indicator en de generaliseerbaarheid van de resultaten) aan de (betrokken) stakeholders zijn gecommuniceerd. In overleg met deze stakeholders worden actiepunten en actieplannen opgemaakt. Afhankelijk van de timing, het budget, de betrokken (groepen van) stakeholders zijn de te nemen acties bepaald en gerapporteerd in feedbackrapporten, verslagen, projectfiches, jaaractieplannen of beleidsplannen. Voor wat betreft de eigenlijke bestrijding van (ziekenhuis)infecties maken alle verpleegafdelingen gebruik van de geldende procedures (isolatiemaatregelen, hygiënische maatregelen, aandacht voor familie en bezoek…). De leden van het team voor ziekenhuishygiëne en de leden van de antibiotherapiebeleidsgroep staan ter beschikking van de ziekenhuisartsen voor advies i.v.m. passend antibioticumbeleid. <u>Documenten</u> - 434.10a Procedure Handhygiëne - 434.10b Procedure Clostridium difficile - 434.10c Jaarverslag MRSA en Clostridium difficile 2015 - 434.10d Projectfiche hygiëne audit - 434.10e Jaaractieplan revalidatie 2017 - handhygiëne en patiëntempowerment - 434.13b Projectfiche VAP - 434.13c Projectplan VAP
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Op het intranet hebben auditoren vastgesteld dat richtlijnen rond het voorkomen en bestrijden van ziekenhuisinfecties zijn opgemaakt en beschikbaar zijn gesteld. - In het 'Jaarverslag ziekenhuishygiëne 2015' staat beschreven hoe het team ziekenhuishygiëne betrokken is bij het opvolgen van de hygiënische aspecten bij bouwen en verbouwen, bij activiteiten in het operatiekwartier en het verloskwartier en hoe routinematig en projectmatig bacteriologisch toezicht is gehouden op water, lucht en oppervlakten. - De 'Projectfiche Hygiëne audit' geeft een overzicht van de processen en indicatoren die zijn uitgewerkt rond het uitvoeren van hygiëne audits. Deze hygiëne audits hebben tot doel het uitvoeren van de voorziene infectiepreventierichtlijnen te checken, aldus de ziekenhuishygiënist. Auditoren hebben rapporten ingezien van een hygiëne audit op de afdelingen cardiologie-pneumologie, algemene heelkunde en revalidatie. - In het 'Jaarverslagziekenhuishygiëne 2016' hebben de auditoren vastgesteld dat hygiëne audits zijn uitgevoerd. Een overzicht van de planning per dienst, met benoeming van de probleemomschrijving, de te nemen acties, de verantwoordelijke per acties en de voortgangsbewaking is ingezien door de auditoren. - Tijdens het bezoek aan het OK hebben auditoren geobserveerd dat de vereiste kledingvoorschriften zijn gevolgd. - Auditoren hebben geobserveerd dat in voorkomende gevallen de verpleegkundigen hun handen desinfecteren met alcoholgel, conform de richtlijnen.
434.11 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft een functionaris benoemd als deskundige belast met het onderhouden van de afspraken voor het voorkomen/bestrijden van (ziekenhuis)infecties en het uitvoeren van de daarmee samenhangende toezichtactiviteiten.*
Instelling Score 4	De organisatie van de ziekenhuishygiëne (infectiepreventie) in de instelling is geregeld conform de relevante wettelijke bepalingen en met name de erkenningsnormen zoals gestipuleerd in het KB van 26 april 2007.

	Het Team Ziekenhuishygiëne bestaat uit twee artsen-ziekenhuishygiënist, één apotheker-klinisch bioloog en twee verpleegkundigen-ziekenhuishygiënist, die allen voldoen aan de opleidingsvereisten. Het team stelt een algemeen strategisch plan, een jaarlijks beleidsplan en een jaarlijks activiteitenverslag op en garandeert dat alle wettelijk toegewezen taken naar behoren zijn waargenomen. Eén van de verpleegkundigen-ziekenhuishygiënist neemt alle taken op zich die toebedeeld zijn aan bovenvermelde functionaris. Het team neemt de dagdagelijkse operationele bevoegdheid waar op gebied van ziekenhuishygiëne en vormt tevens de kern van een desgevallend op te richten “outbreak control team”. Om de gedragenheid in de instelling en de daadkracht van het team te vergroten , heeft het team zich omringd door de hoofdverpleegkundigen van Intensieve Zorgen, een heelkundige zorgeenheid en het chirurgisch dagziekenhuis, de referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne van het operatiekwartier, alsook de diensthoofden van de CSA en de dienst schoonmaak. Allen samen vormen deze het “Multidisciplinaire Team voor Ziekenhuishygiëne” dat minstens vier malen per jaar vergadert. Het Comité Ziekenhuishygiëne is samengesteld conform de wettelijke vereisten, neemt haar taken ten volle waar en vergadert eveneens minstens vier malen per jaar. De instelling heeft ook een netwerk van referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne uitgerold op de diverse diensten en afdelingen, die een actieve rol opnemen in het infectiepreventiebeleid. De nationale set van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne laat de instelling toe om haar werking te evalueren en te vergelijken met dat van de andere Belgische ziekenhuizen. Het eerste rapport van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) werd besproken in het Multidisciplinair Team voor Ziekenhuishygiëne en het Comité Ziekenhuishygiëne en dit resulteerde in concrete acties (bv. meer care bundles implementeren, registratie van POWI na sectio). Documenten - 434.11a Functieprofiel verpleegkundige ziekenhuishygiëne - 434.12a Beleidsplan ziekenhuishygiëne 2016 - 434.12b Jaarverslag ziekenhuishygiëne 2015
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document ‘Functieprofiel verpleegkundige ziekenhuishygiëne’ hebben auditoren vastgesteld dat de twee ziekenhuishygiënisten de taak hebben om zicht te houden op het onderhouden van de afspraken voor het voorkomen/bestrijden van (ziekenhuis)infecties en het uitvoeren van de daarmee samenhangende toezichtactiviteiten. - Tijdens het gesprek met een ziekenhuishygiënist hebben auditoren een toelichting van de functie-inhoud gekregen die conform het functieprofiel is.
434.12 **NTA[8009:2011]**	*Op plaatsen met een verhoogd risico voor (ziekenhuis)infecties vinden geregeld hygiëneaudits en lucht- en waterkwaliteitmetingen plaats. Een (team van) deskundige(n) beoordeelt systematisch de uitkomsten van de (ziekenhuis)infectieregistratie, de hygiëneaudits en de lucht- en waterkwaliteitmetingen, die zonodig leiden tot gerichte maatregelen.*
Instelling Score 4	Het opvolgen van de hygiëneaspecten bij ziekenhuisactiviteiten behoort tot de wettelijke opdracht van het team ziekenhuishygiëne. Het observeren en geven van feedback over ziekenhuishygiëne en infectiepreventie aspecten is geïntegreerd in verschillende audits. De audits bestaan uit thematische audits en algemene audits. De combinatie van

	verschillende types audits waar steeds andere groepen medewerkers bij betrokken zijn heeft tot doel het draagvlak van ziekenhuishygiëne en infectiepreventie binnen de instelling te vergroten. De inhoud van de audits worden deels aangepast aan het type afdeling. Het geheel van deze audits en metingen stelt het team in staat om de borging van goede praktijken te observeren, alsook knelpunten te signaleren en in te zetten op verbeteracties (zie ook norm 434.10). De technische dienst voert controles van de waterkwaliteit uit. Door het hoge risico van aërosolvorming bij het gebruik van baden en douches is het opsporen van Legionella pneumophilia noodzakelijk. De controlefrequentie is opgenomen in de Legionella procedure. De afnamepunten zijn vastgelegd in overleg met het Comité Ziekenhuishuishygiëne. De afname van waterstalen, de opvolging van de resultaten, het alarmeren van het team ziekenhuishygiëne en het opvolgen van preventie en beheersmaatregelen zijn aspecten die de technische dienst opvolgt en ervan jaarlijks op het Comité Ziekenhuishygiëne verslag uitbrengt. De acties, te nemen bij afwijkende resultaten, zijn vastgelegd in de procedure en zijn opgevolgd door het team ziekenhuishygiëne in samenwerking met het diensthoofd biomedische dienst en het diensthoofd schoonmaak. De routinematige afname van bacteriologische oppervlakte stalen is ingesteld op 4 afdelingen met een verhoogd risico (Intensieve Zorgen, Medium Care, bevallingskwartier en operatiezaal) aan een frequentie van 4 maal per jaar. De afgenomen Rodacplaten (contactplaten) zijn genomen onder toezicht van de hoofdverpleegkundige van de afdeling en afgelezen in het laboratorium. De hoofdverpleegkundige alsook de apotheker klinisch bioloog volgen de resultaten op. De apotheker klinisch bioloog contacteert de afdeling indien de resultaten afwijkend zijn en in samenwerking met het diensthoofd schoonmaak zijn maatregelen op maat genomen. Afwijkende resultaten waarbij bijkomende acties moeten worden ondernomen, zijn gedocumenteerd in het jaarverslag ziekenhuishygiëne. Er is een jaarlijkse controle ingesteld van de ventilatie installatie (HEPA filters) in alle operatiezalen, uitgevoerd door een externe gecertificeerde firma. De opvolging van de resultaten, het alarmeren van het team ziekenhuishygiëne en het opvolgen van preventie- en beheersmaatregelen zijn aspecten die de technische dienst uitvoert en waarvan jaarlijks verslag is gegeven op het Comité Ziekenhuishygiëne. Bij verbouwing met een hoge risico index op een hoog risico afdeling (zie procedure verbouwing) (Hoge gezondheidsraad advies nr. 8580) is de afname van luchtstalen geïmplementeerd in de procedure verbouwing. Na gunstig beoordelen van de resultaten van deze stalen kan de normale activiteit op deze afdelingen hervatten. <u>Documenten</u> - 434.12a Beleidsplan ziekenhuishygiëne 2016 - 434.12b Jaarverslag ziekenhuishygiëne 2015 - 434.12c Procedure Legionella beheersing - 434.12d Procedure Verbouwing - 434.10d Projectfiche hygiëne audits
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben de ‘Procedure Legionella beheersing’ ingezien. In dit document staat de beleid vermeld voor het afnemen van stalen in het kader van het Legionella beheersplan. De afnamepunten zijn bepaald in overleg met het comité ziekenhuishuishygiëne, aldus de preventieadviseur. De te ondernemen acties bij een positieve staalafname zijn opgenomen in de ‘Procedure Legionella beheersing’.

	- In het 'jaarverslag ziekenhuishygiëne 2015' zijn de ondernomen acties opgenomen die zijn uitgevoerd na een positieve staalname op Legionella. - In de 'Projectfiche hygiëne audits' is de planning opgenomen voor het uitvoeren van water- en luchtkwaliteitsmetingen. - De technisch directeur geeft aan dat het uitvoeren van metingen rond lucht- en waterkwaliteit, alsook het opvolgen van de resultaten van deze metingen en het opvolgen van preventie en beheersmaatregelen, door de technische dienst gebeurt.
434.13	*De instelling heeft afspraken voor signalering, registratie en rapportage van ziekenhuisinfecties en afspraken met betrekking tot het 'Voorkomen van wondinfecties na een operatie (POWI)' en het 'Voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis' geïmplementeerd (NL: VMS-thema's).*
Instelling Score 3	Er is een beleid uitgewerkt dat zich focust op het voorkomen, controleren en inperken van ziekenhuisinfecties . Dit beleid bestaat uit: screening, rapportage, signalisatie, opvolging van het isolatiebeleid, feedback (met opleiding) en registratie van multiresistente micro-organismen. Het screeningsbeleid voor multiresistente micro-organismen is gebaseerd op de algemene richtlijnen en aangepast aan de epidemiologie binnen de instelling. De afdeling, hoofdverpleegkundige en het team ziekenhuishygiëne worden via mail op de hoogte gebracht indien de patiënt drager is van of geïnfecteerd is met een multiresistent micro-organisme. De mail bevat de nodige informatie om correcte isolatiemaatregelen en duidelijke signalisatie toe te passen. In het verpleegkundig opnameoverzicht en de planningsmodule voor het operatiekwartier zijn de patiënten met een voorgeschiedenis van dragerschap of infectie met multiresistente micro-organismen duidelijk te herkennen en zijn de infectiegegevens alsook de screeningsresultaten op te volgen. Audits (interne audits, VERO, hygiëne-audits) toetsen meermaals per jaar de correcte toepassing van het isolatiebeleid (zie norm 434.10). Hieraan is afdelingsspecifieke feedback over het isolatiebeleid gekoppeld. De afdelingsspecifieke cijfers over opname met en verworven multiresistente micro-organismen zijn minimaal elke zes maanden gerapporteerd aan de hoofdverpleegkundige. De cijfers zijn weergegeven per maand om eventuele uitbraken te detecteren. In geval van een uitbraak is er een dagelijkse opvolging, evaluatie en aanpassing van de acties om de uitbraak in te perken en dit op geleide van de outbreak commandocel. Naast het lokale toezicht nemen we ook deel aan de nationale registraties. De apotheker-klinisch bioloog houdt de registraties bij voor het WIV (MRSA, VRE, Clostridium difficile, multiresistente gramnegatieve bacteriën en septicemie instellingsbreed). De hoofdverpleegkundige en het medisch diensthoofd van Intensieve Zorgen volgen de registraties voor hun afdeling (katheter gerelateerde infecties, pneumonieën en urineweginfecties) op. Het infectiepreventiebeleid in de instelling focust op de implementatie van de verschillende zorgbundels. De zorgbundel preventie van ventilator geassocieerde pneumonie (VAP) is geïmplementeerd op Intensieve Zorgen. Resultaten van regelmatige audits zijn geregistreerd en gerapporteerd op het wekelijks Intensieve Zorgen overleg rond infectiologie alsook op het overleg van het multidisciplinair team ziekenhuishygiëne. De zorgbundels preventie van bloedstroominfecties en urineweginfecties zijn eerst geïmplementeerd op een pilootafdeling en daarna instellingsbreed uitgerold. De opvolging is gepland: de referentieverpleegkundigen gaan twee maal per jaar toetsen met een tussenliggende sensibilisatieperiode. De preventie van postoperatieve wondinfecties (POWI) is thematisch aangepakt binnen de instelling. Een pilootproject rond preventie van POWI na sectio is geïmplementeerd en zal thematisch (per specialiteit) verder uitgerold worden tussen 2016 -2021. <u>Documenten</u> - 434.10c Jaarverslag MRSA en Clostridium difficile 2015 - 434.13a Jaarverslag epidemiologie en antibioticagevoeligheid 2015

	- 434.13b Projectfiche VAP - 434.13c Projectplan VAP - 434.13d Projectfiche POWI - 434.13e Projectplan POWI - 434.10d Projectfiche hygiëne audit
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het 'Jaarverslag epidemiologie en antibioticagevoeligheid 2015' toont de registratie aan van verschillende typen infecties, inclusief ziekenhuisinfecties en resistente stammen. - Het 'Projectplan VAP (ventilatie geassocieerde pneumonie)' en 'Projectplan POWI (post operatieve wondinfecties)' is ingezien door de auditoren. Deze documenten bevatten het beleid ten aanzien van het voorkomen, opvolgen en beheersen van VAP's en POWI's. - Een voorbeeld van rapportage van metingen, verbeteracties en opvolging van verbeteracties omtrent VAP's is ingezien door de auditoren. - De ziekenhuishygiënist licht toe dat het beleid voor het voorkomen, opvolgen en beheersen van ziekenhuisinfecties, waaronder VAP's en POWI's, onder andere bestaat uit screenings, audits, opvolgen van incidenten en complicaties. - Auditoren hebben vastgesteld dat audits plaatsvinden voor de opvolging van het preventief beleid ter voorkoming van sepsis. Een zorgbundel rond het sepsisbeleid is ingezien door de auditoren. - In de 'Projectfiche POWI' zijn de metingen, registraties en rapportages opgenomen van het POWI-beleid na sectio's. In een bijlage van dit document zijn richtlijnen opgenomen hoe POWI's in algemene zin voorkomen kunnen worden. - Auditees van de afdeling abdominale heelkunde geven aan dat viermaal per jaar incidentiemetingen voor sepsis en urineweginfecties gebeuren. - De hoofdarts heeft toegelicht en bevestigd in een document, dat POWI´s als een complicatie beschouwd zijn en als zodanig als complicatie zijn geregistreerd en besproken.
434.15	*De instelling heeft afspraken voor de opslag en distributie en het gebruik en hergebruik van steriele hulpmiddelen en materialen.*
Instelling Score 3	Binnen de instelling zijn afspraken vastgelegd. De instelling maakt onderscheid tussen enerzijds disposable steriel medisch materiaal en implantaten (via apotheek) en anderzijds de reusable materialen en hulpmiddelen (via CSA). 1. Opslag Apotheek beschikt voor opslag over een magazijn voor disposable steriel medisch materiaal. Er zijn afspraken over de opslag en distributie. Iedere verpleegeenheid heeft in gesloten kasten een vaste stock disposable steriel medisch materiaal afhankelijk volgens hun verbruik. We werken volgens het 'halve stock' systeem. (uitz. OK, CSA en consultaties). Voor de materialen gesteriliseerd in CSA zorgen OK en CSA voor een bewaring met behoud van de steriliteit. Er zijn afspraken vastgelegd voor vervaldatacontrole (deel apotheek en deel CSA). 2. Distributie en transport Disposable steriel medisch materiaal voor verpleegafdelingen: logistiek medewerkers verpleging scannen wekelijks het verbruikte materiaal. Apotheek legt dit materiaal klaar en de logistiek medewerkers verpleging halen dit op voor bevoorrading van de afdelingen. CSA, OK en consultaties bestellen het materiaal via papieren bestelbonnen en de medewerkers van de afdeling zelf leggen dit weg op de afdeling na aflevering door de apotheek. Gesteriliseerde setten door CSA worden gedistribueerd volgens de afspraken.

	Einde 2015 is een pdca-cyclus doorlopen betreffende het transport tussen operatiekwartier en sterilisatie n.a.v. de verhuis van de dienst sterilisatie. In 2016 is een verbeterplan uitgewerkt voor het gesloten transport van alle steriele hulpmiddelen en materialen (zowel apotheek als CSA) Er zijn afspraken rond hersterilisatie (zie procedure Reprocessing. Documenten - 434.15a Procedure Distributie en bewaring medisch materiaal - 434.15b Procedure Implantaten - 434.15c Procedure Routing van het te steriliseren materiaal op CSA - 434.15d Procedure Reprocessing AO-materiaal + lijst - 431.10h Procedure Stock en vervaldatacontrole - 434.16d Proceduremap CSA: ter inzage tijdens audit
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De 'Procedure Distributie en bewaring medisch materiaal' beschrijft de wijze van bestelling en verdeling van medisch materiaal naar de verpleegafdelingen. In deze procedure zijn de richtlijnen voor reiniging van de voorraadkasten opgenomen. - In de 'Procedure Implantaten' staat vermeld dat implantaten in de secundaire verpakking in het operatiekwartier moeten bewaard zijn in daarvoor bestemde kasten of rekken. - De procedure 'Routing van het te steriliseren materiaal op de CSA' vermeldt de voorwaarden en de route die materialen, apparatuur en instrumenten op de CSA moeten afleggen. - De 'Procedure Stock en vervaldatacontrole' beschrijft het proces van de stock- en vervaldatacontrole die binnen de apotheek en alle verpleegafdelingen zijn uitgevoerd. - Auditees van de CSA bevestigen dat voor transport van steriele hulpmiddelen van en naar de CSA gesloten karren zijn gebruikt. Auditoren hebben deze karren gezien, als ook de juiste routing en reiniging van deze karren bij en in de CSA vastgesteld. - Auditoren hebben bij gesprekken en rondgang op de CSA en op de OK geconstateerd dat de afspraken voor de opslag en distributie en het gebruik en hergebruik van steriele hulpmiddelen en materialen zijn opgevolgd.
434.16	*De instelling heeft afspraken voor het onderhoud, reinigen, steriliseren, transporteren, opslaan en steriele gebruik van instrumentarium en specifieke (medische) apparatuur.*
Instelling Score 4	Binnen de instelling zijn afspraken betreffende het onderhoud, reinigen, steriliseren, transporteren, opslaan en steriele gebruik van instrumenten en specifieke (medische) apparatuur vastgelegd. Deze afspraken zijn einde 2015 geëvalueerd en aangepast naar aanleiding van de ingebruikname van de nieuwe afdeling CSA. Alle afspraken zijn verzameld in de proceduremap CSA. Deze bevatten de afspraken van o.a. reiniging en ontsmetting, verpakking, sterilisatie, controles, traceerbaarheid + recall en onderhoud + sterilisatie van specifieke medische hulpmiddelen. De gesteriliseerde setten zijn traceerbaar met behulp van een informaticaprogramma. De verantwoordelijke apotheker houdt toezicht op de jaarlijkse validatie van de toestellen. Voor de validatie is in 2016 een meerjarencontract afgesloten met een externe firma. Voor het onderhoud van apparatuur (wasmachines, autoclaven, plasmasterilisator) zijn onderhoudscontracten afgesloten met de firma's.

	Documenten - 434.16a Procedure Reinigen - 434.16b Voorbeeld Capsulorhexispincet - 434.16c Voorbeeld Elcomed boorhandstuk 2016 - 434.16d Proceduremap CSA: ter inzage tijdens de audit
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De 'Procedure Reinigen' beschrijft de afspraken voor reiniging en desinfectie van medische hulpmiddelen voorafgaand aan sterilisatie. Auditoren hebben de voorschriften voor reiniging en sterilisatie van capsulorhexispincetten en van Elcomed boorhandstukken ingezien. - De verantwoordelijke apotheker voor de CSA bevestigt dat de werkwijzen op de CSA, zoals beschreven in de proceduremap CSA, aansluiten bij het eisenkader van de zorginspectie. In rondgang op de CSA en uit gesprekken met auditees op de CSA hebben de auditoren geen afwijkingen ten aanzien van dit eisenkader kunnen vaststellen.
434.17 **NTA8009:2011**	*De instelling heeft een functionaris benoemd als terzake deskundige, belast met de controle op de naleving van de afspraken inzake steriele hulpmiddelen, materialen, instrumentarium en specifieke (medische) apparatuur.*
Instelling Score 3	Binnen de instelling is de hoofdverpleegkundige CSA benoemd als functionaris voor de controle op de naleving van de afspraken. Er is ook een apotheker die verantwoordelijk is voor de waarborging van de kwaliteit van de processen binnen de CSA volgens het wettelijke kader. De taakomschrijving van en afspraken tussen de verantwoordelijke apotheker en de hoofdverpleegkundige CSA zijn vastgelegd. Er is een duidelijke taakverdeling tussen de apotheker verantwoordelijk voor CSA en de hoofdverpleegkundige CSA. Alle afspraken betreffende het onderhoud, reinigen, steriliseren, transporteren, opslaan (laatste 2 punten zie norm 434.15) van instrumenten zijn neergeschreven in een procedure door de hoofdverpleegkundige CSA en gevalideerd door de apotheker. De apotheker geeft hierin advies om de kwaliteit binnen alle processen te bewaken. Bij afwijkingen aan de vastgelegde afspraken met invloed op de kwaliteit wordt de apotheker steeds verwittigd om dit te bespreken. Er is een maandelijks overleg met verslaggeving tussen de hoofdverpleegkundige CSA en de apotheker om de kwaliteit te bewaken. De verantwoordelijke apotheker en de hoofdverpleegkundige CSA volgden het 'Postgraduaat desinfectie- en sterilisatietechnieken'. Documenten - 434.17a Procedure Afspraken tussen apotheek en CSA - 434.17b Functieprofiel hoofdverpleegkundige CSA - 431.08d Taakomschrijving apothekers
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Functieprofiel hoofdverpleegkundige CSA' geeft aan dat de hoofdverpleegkundige van de CSA is benoemd als deskundige steriele hulpmiddelen, materialen, instrumentarium en specifieke (medische) apparatuur.

	- De 'Procedure Afspraken tussen apotheek en CSA' beschrijft de afspraken die gemaakt zijn tussen de verantwoordelijke apotheker voor de CSA en de hoofdverpleegkundige van de centrale sterilisatie afdeling. - In gesprekken met de auditees van de CSA hebben auditoren vernomen dat de hoofdverpleegkundige van de CSA verantwoordelijk is voor het beleid van steriele hulpmiddelen, materialen, instrumentarium en specifieke (medische) apparatuur. Volgens de auditees is er een goede interdisciplinaire samenwerking tussen de ziekenhuishygiënisten, apotheker verantwoordelijke voor de CSA en de hoofdverpleegkundige van de CSA.
434.18	*De instelling heeft afspraken voor het reinigen en desinfecteren van flexibele endoscopen.*
Instelling Score 3	De actuele afspraken voor het reinigen en desinfecteren van flexibele endoscopen behelzen een decentrale werking waarbij elke afdeling die gebruik maakt van flexibele endoscopen over een eigen Soluscope-toestel beschikt. Er zijn afspraken omtrent het reinigen en desinfecteren zelf , alsook over traceerbaarheid van patiënten die onderzocht zijn met een particuliere scoop en de link met de reiniging van deze scoop. Einde 2015 is er een werkgroep opgericht, bestaande uit een ziekenhuisapotheker, hoofdarts, hoofdverpleegkundige CSA, ziekenhuishygiënist en een gastro-enteroloog. Teneinde binnen een kwaliteitsverbetertraject tot een zeer hoge mate van kwaliteit en optimale traceerbaarheid te komen en zo aan de SFERD-eisen te voldoen, werd aan het instellingsbestuur een nieuwe en centraal gelegen installatie geadviseerd, waarbij scheiding van "vuile en propere zones" mogelijk is en een volledige traceerbaarheid. Een openbare aanbesteding en vervolgens een onderhandelingsprocedure werden uitgevoerd, aanleiding gevend tot een uiteindelijk advies dat op de vergadering van de Raad van Bestuur van 23.11.2016 goedgekeurd werd, waardoor de aankoop een feit is. De realisatie van het project wordt voorzien in januari 2017. Voor het verloop van het volledige project is een projectplan opgemaakt. In deze fase is ook een prospectieve risico inventarisatie gemaakt. Als gevolg van de centralisatie zullen alle bestaande afspraken herzien worden (procedures, werkfiches, opleidingsbeleid, afspraken, checklijsten, transport). Alle afspraken zijn neergeschreven door de hoofdverpleegkundige CSA (met ondersteuning door de bovenvermelde werkgroep) en worden gevalideerd door de verantwoordelijke ziekenhuisapotheker. De ziekenhuisapotheker geeft advies om de kwaliteit van de processen te waarborgen. Na implementatie is een evaluatie voorzien van de werking. Tot aan de implementatie blijven bestaande afspraken behouden. <u>Documenten</u> - 434.18a Projectplan reinigen en ontsmetten flexibele endoscopen - 434.18b PRI Flexibele endoscopen - 434.18c Vergaderverslagen werkgroep flexibele endoscopen: ter inzage tijdens audit - 434.18d Vergaderverslag Comité Ziekenhuishygiëne - 27 juni 2016
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER deels bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'PRI Flexibele endoscopen' geeft aan dat PRI's rond het beleid van flexibele endoscopen aanleiding hebben gegeven tot een aanpassing van het nieuwe scopenbeleid. - De algemeen directeur heeft toegelicht dat het realiseren van de verbouwingsplannen inzake het nieuwe scopenbeleid, een achterstand van meerdere maanden heeft omwille van een juridisch probleem met een kandidaat leverancier in het kader van de Europese wetgeving rond de aanbesteding van

	projecten. Het nieuwe scopenbeleid zal onder andere inhouden dat alle scopen in een centrale scopenreiniging gereinigd en gedesinfecteerd zijn. Het tijdspad voor het effectief realiseren van deze verbouwingsplannen is vastgesteld in het aangeleverde projectplan. De leden van de Raad van Bestuur hebben voorafgaande bevestigd. - Auditoren hebben in gesprek met auditees alsook tijdens de rondgang op de centrale scopendesinfectie afdeling vastgesteld dat de uitkomsten van de PRI voor de reorganisatie en desinfectie van flexibele endoscopen zijn opgevolgd. - Auditoren hebben van de verantwoordelijke persoon voor scopenreining vernomen dat flexibele endoscopen van verschillende medische specialismen niet allemaal centraal zijn gereinigd en gedesinfecteerd. - In polikliniek Brakel hebben auditoren gezien dat de flushmogelijkheid voor lektest afwezig is. Auditees geven aan dat het voornemen bestaat de lektest mogelijk te maken. - De auditees op de CSA geven aan alle flexibele endoscopen op de centrale scopenreiniging aan een lektest zijn onderworpen. Is deze negatief, dan wordt het proces automatisch onderbroken, aldus auditees. Daarnaast vindt jaarlijks validatie plaats van de reinigings- en desinfectietoestellen, aansluitend op het uitgevoerde jaarlijkse onderhoud. - Auditoren hebben vastgesteld dat track and trace van het scopengebruik is afgedekt met onder andere registratie van de identificatie van de arts, van de patiënt, van de scope, van de betrokken medewerkers en van de scopenreinigingsprocedure.
434.19 **NTA8009:2011**	*De instelling heeft een functionaris benoemd als terzake deskundige belast met de controle op de naleving van de afspraken voor het reinigen en desinfecteren van flexibele endoscopen.*
Instelling Score 3	Binnen de instelling is de hoofdverpleegkundige CSA (centrale sterilisatie afdeling) benoemd als functionaris voor de controle op de naleving van de afspraken bij het reinigen en desinfecteren van flexibele endoscopen. In het kader van het lopende verbetertraject is er ook een werkgroep ‘flexibele endoscopen’ opgericht (zie norm 434.18). Voor de overige afspraken verwijzen wij naar norm 434.17 die een identieke invulling heeft. <u>Documenten</u> - 434.17a Procedure Afspraken tussen apotheek en CSA - 434.17b Functieprofiel hoofdverpleegkundige CSA - 431.08d Taakomschrijving apothekers
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document ‘Functieprofiel hoofdverpleegkundige CSA’ geeft aan dat de hoofdverpleegkundige van de CSA benoemd is als functionaris voor de controle op de naleving van de afspraken bij het reinigen en desinfecteren van flexibele endoscopen. - In gesprek met hoofdverpleegkundige van de CSA hebben de auditoren bevestigd gekregen dat hij verantwoordelijk is gesteld voor de controle op de naleving van de afspraken bij het reinigen en desinfecteren van flexibele endoscopen.
434.20	*De instelling beschikt over een milieuplan waarin tenminste het (gescheiden) opslaan en afvoeren van de verschillende soorten (ziekenhuis)afval is opgenomen.*
Instelling Score 3	<u>Milieuplan</u>

	In de procedure afval zijn de verschillende afvalstromen in kaart gebracht. Per afvalstroom is bepaald in welke recipiënten dit afval moet verzameld en afgevoerd worden. De instelling besteedt veel aandacht aan hergebruik van afval en verzamelt verschillende fracties om te laten verwerken. De instelling recycleert zo bv. papier, hout, karton en metaal. De instelling beschikt over een containerpark waarin de verschillende fracties op een ecologisch verantwoorde manier zijn bijgehouden voor transport. De verantwoordelijkheden voor de verschillende facetten in de afvalstromen zijn vastgelegd. Aan de hand van sensibiliseringscampagnes is het sorteren van afval bekend gemaakt bij medewerkers, patiënten en bezoekers. De instelling beschikt over een milieucoördinator met de vereiste kwalificaties. Jaarlijks wordt het milieujaarverslag voorgesteld aan het CDB en het CPBW. Correctieve en preventieve maatregelen zijn genomen om het milieubeleid te verbeteren en bij te sturen. <u>Documenten</u> - 434.20a Procedure Sorteren afval - 434.20b Milieujaarverslag 2015 - 434.20c Mail FANC – bestraald vat
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document ‘Procedure Sorteren afval’ beschrijft de stappen rond het opslaan en afvoeren van verschillende soorten ziekenhuisafval. - In het ‘Milieujaarverslag 2015’ zijn productiecijfers en de financiële impact rond het verwerken van afval opgenomen. - In het gesprek met de preventieadviseur hebben de auditoren vernomen dat recentelijk een externe audit op afvalverwerking heeft plaatsgevonden. Uit deze audit zijn verbeteracties opgemaakt rond het hanteren van de richtlijnen van afvalsortering op een aantal afdelingen. De vertegenwoordigers van het CPWB hebben dit bevestigd.

Rubriek: 435 (voedselvoorziening)

435.02	*De instelling werkt volgens de HACCP-richtlijnen / NEN-ISO 22000 bij het inkopen, bereiden, verwerken, behandelen, verpakken, vervoeren, distribueren en uitserveren van voedingsmiddelen en drinkwaren, waarbij zowel de smakelijkheid en aantrekkelijkheid als de hygiëne en veiligheid zijn geborgd.*
Instelling Score 3	In de beleidsrichtlijn “Voeding” is vastgelegd dat de richtlijnen worden gevolgd die opgelegd zijn door het Federaal Agentschap Voor Voedselveiligheid (FAVV). De richtlijn “Voeding” is ondersteund door de verschillende procedures en afspraken die gevolgd zijn en die vastgelegd zijn in het HACCP handboek. Zij omvatten afspraken i.v.m. inkopen, bereiden, verwerken, behandelen, verpakken, vervoeren, distribueren en uitserveren van voedingsmiddelen.

	Borging Inspecteurs van het FAVV bezoeken (onaangekondigd) de voedingsdienst. De inspecteurs voeren een controle uit en sturen het verslag op. Telkenmale is het verslag besproken op het CDB, het facilitair overleg en het CPBW (zie verslag in bijlage). De gemaakte opmerkingen zijn telkens weggewerkt. Een onafhankelijk erkende instelling (Vinçotte) heeft in september 2016 een audit uitgevoerd; dit met het oog op het behalen van de “Smiley”, toegekend door de overheid (FAVV). Het verslag is besproken op het CDB. Voor de opmerkingen is een actieplan opgesteld. De Smiley geeft aan dat we voldoen aan alle wettelijke bepalingen i.f.v. de vigerende wetgeving en normen. Controle en Registraties Dagelijks gebeurt een controle en registratie van: - de inkomende en de uitgaande voedingsmiddelen - de temperaturen van de verschillende koelcellen en regeneratiestations op de verschillende diensten - de aangeleverde goederen - het onderhoud (in samenwerking met Ecolab) Handhygiëne en registratie audits vinden plaats op periodieke basis door de HACCP verantwoordelijke bij het keukenpersoneel. De resultaten worden doorgestuurd naar het team ziekenhuishygiëne. Gedurende 7 dagen zijn getuigenschotels bijgehouden. Onderhoudsplan Een onderhoudsplan is voor handen voor alle apparatuur (i.s.m. Metos). Documenten - 435.02a Verslag CPBW 17 december 2015 - 435.02b Verslag Vincotte - Smiley - 435.02c Voorbeeld registratie temperatuur water plateaumachine - 435.02d Voorbeeld registratie gebruik frituurolie - 435.02e Voorbeeld registratie temperatuur koelcellen
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie een bevindingen: - De geïnterviewde medewerker van de keuken geeft aan dat de groene Smiley is verkregen.

5. Management van (zorg)processen
Rubriek: 511 (procesontwerp en -beschrijving)

511.09 **NTA8009:2011**	*De instelling zorgt ervoor dat alle (zorg)processen getoetst zijn aan de kaders van het strategisch en zorginhoudelijk beleid van de instelling.*
Instelling Score 3	De instelling wil zich voorbereiden op de toekomst in een evoluerend zorglandschap. De instelling zet in op het behoud van de basiszorg, zowel acute als chronische zorg en streeft daarnaast ook naar de ontwikkeling van expertgebieden waardoor we een supraregionale uitstraling verwerven. Op basis van het strategische beleidsplan zijn binnen het verpleegkundig departement beleidsplannen gemaakt voor de periode van 2015 – 2017. Deze beleidsplannen zijn naar alle leidinggevenden gecommuniceerd op de hoofdverpleegkundigenvergadering. Deze beleidsplannen vertalen zich verder in het opstellen van jaaractieplannen van de afdelingen, onder het toeziend oog van de zorgmanagers. De zorgmanagers bewaken de toetsing aan de beleidsvisie. In overleg met de hoofdverpleegkundigen volgen de zorgmanagers de evolutie op. Jaaractieplannen van de afdelingen vinden ook hun oorsprong uit metingen, interne audits en veiligheidsrondes. Deze metingen zijn kaders van het strategische en zorginhoudelijk beleid. Het beoogde resultaat van metingen zijn vooraf bepaald en de resultaten zijn teruggekoppeld naar de afdeling. Een voorbeeld: In aansluiting het strategisch beleidsplan is een verpleegkundig beleidsplan uitgewerkt 'just-in-time' principe in de chirurgisch dagziekenhuis'. Dit beleidsplan is verder vertaald in een jaaractieplan 'just-in-time van het chirurgisch dagziekenhuis. In januari 2016 werd het nieuw dagziekenhuis in gebruik genomen. Na 4 maanden is op basis van de gemeten doorlooptijden de geplande tijd tussen opname en interventie gereduceerd van 90 minuten naar 60 minuten Documenten - 511.09a Verpleegkundig beleidsplan informatisering OK-dagziekenhuis - 511.09b Jaaractieplan 'Just-in-time' van Chirurgisch Dagziekenhuis - 112.02c Vergaderverslag hoofdverpleegkundigenvergadering april 2015
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Jaaractieplan 'Just-in-time' van Chirurgisch Dagziekenhuis' belicht het doorlopen proces van de opstart van het nieuwe dagziekenhuis waarbij doorlooptijden in kaart zijn gebracht rond de verstreken tijd tussen de opname en het startmoment van de interventie. In dit document staat de afstemming met artsen rond het 'Just-in-time'-project van het nieuwe dagziekenhuis vermeld. - In alle gesprekken met zorgmanagers, medisch diensthoofden en hoofdverpleegkundigen stellen de auditoren vast dat de jaaractieplannen van de desbetreffende afdelingen in de afdelingswerking zijn opgenomen. Alle ingeziene jaaractieplannen zijn besproken door het beleidsduo, alsook met de zorgmanager en ter goedkeuring voorgelegd aan de departementale directeur. - Auditoren hebben vernomen van de leden van de stuurgroep toetsing dat zij beschikken over een overzicht van alle aanwezige indicatoren, waaronder de indicatoren die gebruikt zijn om jaaractieplannen op te volgen en bij te sturen.

511.10 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft de (zorg)processen zoveel mogelijk op uniforme wijze gestandaardiseerd en vastgelegd in procedures, protocollen en werkinstructies, waarbij prioriteit gegeven wordt aan de risicovolle processen.*
Instelling Score 3	De instelling legt de zorgprocessen vast in protocollen, werkinstructies en procedures. Deze zijn centraal beheerd via het DBS en doorlopen een volledig gesloten goedkeuringsflow van het moment “vraag tot maken van procedure” tot de goedkeuring en publicatie (zie norm 122.11) Met betrekking tot het definiëren van risicovolle processen definieert de instelling risicovolle afdelingen, gaande van laag tot hoog risicovolle afdeling. Hiervoor is een objectieve maatstaf ontwikkeld in de vorm van een matrix. Deze matrix is opgebouwd uit een aantal risicoparameters. De hoog risicovolle afdelingen kregen prioriteit binnen de ontwikkeling van het DBS. Voor het definiëren van risicovolle afdelingen zijn instellingsbrede indicatoren als risicoparameters gebruikt: vallen, hoog risico medicatie, identitovigilantie, veilige chirurgie (SSC), nosocomiale infecties, decubitus, toedienen van bloed en – derivaten, vrijheidsbeperkende maatregelen (norm 516.18), communicatie en transfert en gebruik van apparaten. Rond deze indicatoren zijn gestandaardiseerde procedures opgemaakt. Een voorbeeld van een doorgedreven standaardisatie en uniforme afspraken en procedures is het opstellen van een klinisch pad “acuut en coronair syndroom” (zie norm 512.15). De patiënten doorlopen een hoog risicoafdeling, spoedopname. De patiënten krijgen hoog risicomedicatie, worden doorverwezen en terugverwezen (transfert en communicatie), kortom zijn betrokken met meerdere risico afhankelijke indicatoren. Het maken en volgen van uniforme afspraken en procedures dragen bij tot een risicobeheersing ten aanzien van de patiënt. <u>Documenten</u> – 511.10a Matrix risicobepaling afdelingen – 511.10b Resultaat risicobepaling afdelingen – 511.10c Procedure Het klinisch pad – 122.11a Procedure Documentbeheer – 512.15a Klinisch pad Acuut Coronair Syndroom pre-PCI – 512.15b Klinisch pad Acuut Coronair Syndroom post-PCI – 512.15c Klinisch pad Acuut Coronair Syndroom Spoedopname
Auditoren Score 2	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER deels bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De ‘Matrix risicobepaling afdelingen’ geeft een overzicht van veiligheidsthema’s waarvoor een risicoparameter is bepaald en die per de afdeling zijn toegekend. Op basis van deze risicoparameterisatie is een risicorangorde bepaald van de 21 afdelingen. Auditoren hebben deze risicoparameterisatie vastgesteld in het document ‘Resultaat risicobepaling afdelingen’. - De ‘Procedure Het klinische pad’ geeft de structuur aan van het proces dat doorlopen is bij het opmaken van een nieuw klinisch pad. - Auditoren stellen vast op het intranet dat het SEZZ acht klinische paden heeft opgemaakt. Deze klinische paden zijn totale knieprothese, totale heupprothese, proximale heupfractuur, ACS, COPD (Chronic obstructive pulmonary disease), mastectomie, TUR(transurethrale resectie)prostaat en prostatectomie met gebruik van robotchirurgie. - In aangeleverde documenten omtrent het klinisch pad ACS zijn de multidisciplinaire taakafspraken opgelijst in een time task matrix met invulstroken voor de parameterregistraties en de handtekening van de betrokken zorgverstrekkers. - De auditoren hebben vernomen van de leden van de stuurgroep kwaliteit dat het benoemen van risicovolle processen op afdelingsniveau is gebeurd aan de hand van

	risicowegingsfactoren zoals het aantal betrokken disciplines, de patiëntenaantallen en aantal aanwezige teamleden. Op basis van deze berekening is een risicorangorde bepaald van de 21 afdelingen, aldus auditees. Zo is het zorgproces op de neonatologie door de bijna één op één verzorging en het beperkte aantal patiënten als laagrisico-afdeling benoemd vanuit het bepalen van de risicowegingsfactoren. De stuurgroep kwaliteit heeft het zorgproces op neonatologie toch als een hoog risicovol proces genoemd, aldus de leden van de stuurgroep kwaliteit. - De auditoren hebben het klinisch pad ACS ingezien tijdens het bezoek aan de afdeling cardiologie en hebben vastgesteld dat de cardiologen werken volgens dit processchema. Naar aanleiding van geconstateerde afwijkingen van het processchema, met name een te lange aanrijtijd, zijn aanpassingen doorgevoerd. In het gesprek met de arts nucleaire geneeskunde hebben de auditoren vernomen dat invoegen van het nucleair onderzoek bij het proces ACS door de cardiologen is afgewezen, ondanks onderbouwing van de meerwaarde van het nucleair onderzoek met wetenschappelijke literatuur, aldus auditee. - De hoofdverpleegkundigen van de afdelingen inwendige en cardiologie geven aan dat binnen dezelfde medische disciplines de zorgprocessen niet op uniforme wijze zijn geregeld. - Op het dagziekenhuis oncologie hebben de auditoren het handboek oncologie ingezien. In dit handboek zijn de risicovolle processen benoemd. - Uit een gesprek met de MOC (Multidisciplinair Oncologisch Consult) vertegenwoordigers vernemen de auditoren dat zij de wens hebben klinische paden te ontwikkelen. - Auditoren hebben vernomen van de verantwoordelijke stafmedewerker klinische paden dat het nemen van een beslissing voor het opmaken en opstarten van een klinisch pad gebeurt op basis van een vraag van zorgprofessionals en niet vanuit de prioritering van risicovolle processen. **<u>Verbeterpunt:</u>** Het prioriteren van risicovolle zorgprocessen en waar mogelijk het vastleggen daarvan in procedures, protocollen en werkinstructies.
511.12 **NTA[8009:2011]**	*Er zijn naast standaardisatie zo nodig afspraken voor andere afstemmingsvormen (multidisciplinair overleg, instructie, supervisie, teamoverleg, afstemming e.d.) om de (zorg)processen verantwoord te doen verlopen.*
Instelling Score 4	De instelling heeft verschillende vormen van gestandaardiseerd overleg over de zorg van de patiënt. Op <u>afdelingsniveau</u> is er patiëntenoverdracht (briefing) tussen de verschillende shiften. We maken gebruik van een elektronisch briefingsdocument om een beknopt overzicht te houden over de diagnose, observaties, opmerkingen, decubitus, infectie, revalidatie en risico op ondervoeding. Dit document is bijgestuurd met een safety-briefing met aandacht o.a. voor 2 patiënten met dezelfde naam, recente shock, syncope of bloeding, valrisico, wegloopgedrag,… De briefing is verder uitgewerkt in norm 518.17 De overdracht naar de behandelende arts gebeurt aan de hand van het verpleegkundig dossier. De artsen geven hun medische opdrachten in op het medisch orderblad in het verpleegdossier en ondertekenen. Het voorschrijven en toedienen van medicatie gebeurt elektronisch. Dit programma is verschillende keren besproken in de werkgroep zorginformatisering en bijgestuurd. Het papieren gedeelte van het verpleegdossier is actueel bijgestuurd en is in test op één verpleegeenheid. De elementen in de zorgplanning en uitvoering zijn geoptimaliseerd met nog meer voorgedrukte tekst. Het parameterblad is verbeterd met een duidelijker kijk op de E.W.S-score. De uitrol naar de andere eenheden is gepland einde 2016. Er is een wekelijks multidisciplinair overleg (met minstens 3 verschillende disciplines) voor de geriatrische, revalidatie-, psychiatrische en oncologische patiënten. In het patiënten dossier zijn de multidisciplinaire verslagen raadpleegbaar.

	Op het multidisciplinaire medisch oncologisch consult (MOC) bespreken oncologisch geschoolde ziekenhuisartsen elke patiënt met kanker. De borstkliniek heeft een afzonderlijke MOC, waar naast de artsen ook de borstverpleegkundigen en de sociale dienst aanwezig zijn. De MOC verslagen zijn elektronisch bijgehouden en beschikbaar voor de artsen (ter inzage tijdens de NIAZ audit). De verpleegkundigen geven wekelijks verslag over deze MOC vergaderingen op het internistisch en oncologisch dagziekenhuis en op materniteit. Elke verpleegeenheid heeft een aantal dienstvergaderingen (minstens 3 vergaderingen per jaar). Hierop komen aspecten van patiëntveiligheid aan bod, namelijk de dienstgebonden actiepunten, die uit de veiligheidsrondes en interne audit kwamen. De verschillende referentieverpleegkundigen geven feedback over hun vergaderingen. Dit zijn o.a. de referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne, wondzorg, decubituspreventie, fixatiearm beleid, klinisch voedingsteam en incontinentiezorg. De resultaten van de interne audits, veiligheidsronden en hygiëne audits zijn voor elke medewerker raadpleegbaar op de kwaliteitsmuur, die op elke afdeling aanwezig is. Het medisch departement beschikt over een elektronisch patiëntendossier (Centraal Medisch Dossier). Hierin delen de artsen de nodige informatie. Verschillende klinische paden zijn uitgewerkt om het verantwoord verlopen van de zorgprocessen en de patiëntveiligheid te verbeteren. Dit zijn o.a. acuut coronair syndroom, totale knie- en heupprothese (joint care), COPD en mastectomie. Alle klinische paden zijn raadpleegbaar in het documentbeheersysteem (DBS). Er is steeds een zorgmanager van het verpleegkundige departement van permanentie om overkoepelend in te spelen op de zorgzwaarte en tekorten aan medewerkers. Zij/hij heeft dagelijks overleg met de coördinerende waak. Wekelijks is er een overdracht moment met de collega, die opvolgt. Er zijn instellingsbrede overlegstructuren, die het verantwoord lopen van de zorgprocessen en de patiëntveiligheid ten goede komen. Dit zijn o.a. Comité Ziekenhuishygiëne, Transfusiecomité, Comité Medisch Materiaal, Antibiotherapiebeleidsgroep, Werkgroep Wondzorg, Klinisch Voedingsteam en Werkgroep Decubituspreventie. Er zijn specifieke commissies gerelateerd aan een dienst/beroepsgroep, zoals de OK-commissie, Spoedcommissie en Periodiek Overleg Chirurgisch Dagziekenhuis. Documenten - 511.12a Klinisch pad Totale Heupprothese - 511.12b Vergaderverslag Werkgroep Wondzorg - 19 september 2016 - 434.18d Vergaderverslag Comité Ziekenhuishygiëne - 27 juni 2016
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document 'Vergaderverslag Werkgroep Wondzorg - 19 september 2016' zijn afspraken opgenomen om het wondzorgproces te bespreken tijdens briefings, multidisciplinair overleg, themavergaderingen en supervisie van leidinggevenden en van referentieverpleegkundigen. - Op de afdeling geriatrie hebben auditoren vernomen dat iedere week een multidisciplinair overleg is gehouden samen met de betrokken geriater, verpleegkundigen en paramedici (ergotherapeut, kinesist, sociale dienst, psycholoog en diëtist) van de afdeling. - Het liaisonteam geriatrie gebruikt een standaard transfertformulier bij de mutatie van een gehospitaliseerde patiënt naar de geriatrie afdeling. Auditoren hebben dit formulier ingezien. - Op alle bevraagde afdelingen vindt tijdens de shiftwisseling van verpleegkundigen een overdracht plaats rond het zorgbeleid van de opgenomen patiënten, aldus meerdere auditees. - De dokterrondes gebeuren samen met de hoofdverpleegkundige of vervangende persoon, die achteraf instaat voor communicatie met de dienstdoende

	verpleegkundigen rond de beslissingen die de artsen hebben genomen, aldus bevraagde auditees van meerdere afdelingen. - De auditees van de MOC geven aan multidisciplinair overleg te plegen voor de bespreking van oncologische patiënten. In het patiëntendossier zijn multidisciplinaire verslagen van de MOC ingezien door de auditoren.
511.13	*De instelling heeft voor belanghebbenden kenbare afspraken met betrekking tot de medisch-ethische kaders waarbinnen de zorg vorm en inhoud krijgt.*
Instelling Score 3	De missie en visie tekst van de instelling benadrukt een kwalitatief hoogstaande en veilige zorg in volle respect voor de Wet Patiëntenrechten, waarbij de patiënt centraal staat. Enkel zorg die op een verantwoorde wijze kan plaats vinden, wordt uitgevoerd; zorg waarvoor de instelling niet over de nodige personele of materiële mogelijkheden beschikt, wordt uitgevoerd in samenwerking met externe partners waarmee overeenkomsten gesloten zijn. Er is tevens aandacht voor de maatschappelijke en sociale rol vanwege de instelling, terwijl er ook respect is voor de christelijke en humane dimensies. De missie en visie is gepubliceerd op intranet en onder de aandacht gebracht van alle medewerkers en artsen. In de instelling is, conform de wetgeving dienaangaande, een Ethisch Comité aanwezig dat zijn wettelijke opdrachten waarneemt op navolgende gebieden: - begeleidende en raadgevende opdracht met betrekking tot de ethische aspecten van de ziekenhuiszorg telkens het een verzoek in die zin ontvangt - een adviserende opdracht met betrekking tot alle protocollen inzake medische experimenten op mensen en op reproductief menselijk materiaal, telkens het een verzoek in die zin ontvangt Het bestaan van het Ethisch Comité en het functioneren ervan is gestipuleerd in de Algemene Regeling en het Medisch Reglement van inwendige orde. De Algemene Regeling is door elke ziekenhuisarts ondertekend. In geval van twijfel bij belanghebbenden verstrekt hetzij het Ethisch Comité, hetzij de hoofdarts advies. Het Ethisch Comité en de hoofdarts bewaken de door het Ethisch Comité gedefinieerde regelgeving en hebben de opdracht op te treden bij eventuele disfuncties of fouten. <u>Documenten</u> - 511.13a Medisch Reglement Inwendige Orde - 511.13b Visietekst Ethisch Comité - 111.02a Missie - 111.02b Visie - 121.08d Algemene Regeling Rechtsverhoudingen ziekenhuis-artsen
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document ‘Medisch Reglement Inwendige Orde’ zijn de bevoegdheden, verantwoordelijkheden en taken van de artsen opgenomen. In Artikel 7 paragraaf 4 van dit document is aangegeven dat artsen op de hoogte moeten zijn van de ”Code omtrent beperking Therapie”. Artikel 8 van dit document geeft aan bij wie toestemming moet worden gevraagd voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. - De ‘Visietekst Ethisch Comité’ duidt de visie van het Ethisch Comité rond ethische thema’s. In dit document is opgenomen dat euthanasie is toegestaan in het SEZZ mist aan de wettelijke criteria is voldaan, de palliatieve filter is ingezet en het gaat om terminale patiënten. De geriater en de leden van het ethisch comité bevestigen het euthanasiebeleid zoals vermeld in dit document.

	- In het document 'Missie' is opgenomen dat "De waarden van een christelijke en humane dimensie in de ziekenhuiszorg worden onderstreept. Het principe is dat er rekening wordt gehouden met ieders overtuiging en waarden". - De auditoren hebben vernomen van de leden van de ethisch commissie dat de arts de code omtrent behandelbeperking bepaalt in samenspraak met de patiënt en zijn familie of de vertrouwenspersoon. De geriater, een pneumoloog en de diabetoloog onderschrijven dat zij de code omtrent behandelbeperking bepalen en dat deze code genoteerd is in het verpleegkundig dossier op de eerste pagina. De auditoren hebben de code omtrent behandelbeperking in meerdere verpleegkundige dossiers vastgesteld conform de afspraken. - Volgens de leden van de ethische commissie beschikt het SEZZ niet over een protocol voor zwangerschapsafbreking, omdat eventuele verzoeken hiertoe worden doorverwezen naar het UZ Gent.
511.14 **NTA8009:2011**	*De instelling heeft een voor belanghebbenden kenbare regeling voor de omgang met en de informatievoorziening aan politie en justitie.*
Instelling Score 4	Er bestaan nationale wettelijke en deontologische kaders waarbinnen informatiedeling met politie en justitie plaatsvindt. Deze zijn gekend door alle individuele zorgbeoefenaars en worden tuchtrechterlijk behandeld indien overtredingen begaan zijn. Naast de informatiedeling zijn er ook afspraken en regelingen op vlak van implementatie van externe rampenplanning, samenwerking bij calamiteiten, verkeersongevallen, verstoring van de openbare orde, verstoring van de orde binnen de instelling, agressiebeheersing,… Er bestaat een formele stedelijke samenwerking tussen de instelling, brandweer en lokale politie , waarbij jaarlijkse intervisie – leermomenten – bijscholingen plaatsvinden. Onderlinge relaties worden jaarlijks besproken en desgevallend bijgesteld. In bijlage: aanwezigheidsattest van een bijscholing in het kader van multidisciplinaire samenwerking: 23 oktober 2014 "sporenbewust optreden / amok-incidenten". Een oplijsting van wettelijke en deontologische instructies is in april 2016 gepubliceerd op intranet en het bestaan van deze instructies is aan alle betrokkenen (artsen en verpleegkundigen) medegedeeld. Deze instructies omhelzen de aflijning van het medisch geheim, het opeisen van medische dossiers door justitie, kinder- en oudermishandeling, aanreiken van informatie en attesten op de spoedopname, omgaan met agressie – wapens – drugs, en aanwezigheid van politie in het ziekenhuis. In het najaar 2016 is naar analogie met een bestaande afsprakennota tussen de politiezone Zottegem/Herzele/Sint-Lievens-Houtem en het Psychiatrisch Ziekenhuis te Velzeke, ook voor de instelling een dergelijke afsprakennota in opmaak. Een eerste vergadering tussen korpschef van de politie, en twee politiecommissarissen enerzijds en anderzijds de hoofdarts vond plaats op 20.10.2016. In november/december finaliseren beide partijen (politie en de instelling) de teksten met betrekking tot de instelling en einde 2016 ondertekenen politie en de instelling deze afsprakennota, waarna communicatie zal plaats vinden aan alle betrokkenen in de instelling (artsen, spoedopnamemedewerkers, verantwoordelijken van de diverse departementen van de instelling) Documenten - 511.14a Conceptnota verhoudingen van ziekenhuis met justitie en politie - 511.14b Attest hoofdverpleegkundige spoed – multidisciplinaire samenwerking - 511.14c Afsprakennota tussen plaatselijke politie en AZ Sint-Elisabeth Zottegem: ter inzage tijdens de audit
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen:

	- In het document 'Conceptnota verhoudingen van ziekenhuis met justitie en politie' zijn de verhoudingen van ziekenhuis met justitie en politie bepaald op datum van april 2016. Auditoren hebben de definitieve en ondertekende versie van dit document ingezien. - De auditoren hebben van de geriater en de hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie vernomen dat zij geen informatie verstrekken aan politie en justitie.
511.15 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft bij (zorg)processen die de werkeenheid of de instelling overstijgen aandacht voor de aansluiting en afstemming.*
Instelling Score 3	<u>Werkeenheid overstijgend</u> Voor zorgprocessen die de afdeling overschrijden zijn gestandaardiseerde afspraken opgenomen in de procedure 'mondelinge informatie overdracht'. In deze procedure komt ook het item 'transfer' aan bod. Met het oog op patiëntveiligheid gebruiken de verpleegkundigen een checklist hierbij. De procedure 'transferdocument' geeft nadere toelichting bij het gebruik van deze checklist. Op de dienst spoedopname gebeurt de informatieoverdracht tussen de spoedverpleegkundigen en de spoedarts/behandelend arts volgens de SBAR methodiek. Op verschillende afdelingen, bv. geriatrie, neurologie, orthopedie en Intensieve Zorgen is er wekelijks een multidisciplinair overleg tussen verpleegkundigen, artsen, kinesitherapeuten en sociale dienst om de zorg rond een individuele patiënt op elkaar af te stemmen. De instelling beschikt ook over een intern liaisonteam, die erop toeziet dat de doelgroep van 75-plussers aangepaste zorg krijgen. Referentiepersonen ziekenhuishygiëne, geriatrie, wondzorg, incontinentie, decubitus en palliatieve zorg die op regelmatige tijdstippen samenkomen om de zorg rond de patiënt op elkaar af te stemmen. <u>Instelling overstijgend</u>: De sociale dienst regelt de transfer naar een andere instelling. De medewerkers van de sociale dienst bereiden de transfer voor en zijn contactpersoon. De procedure van ziekenhuis naar woon-en zorgcentrum of kortverblijf zorgt voor een veilige overdracht. Een gestandaard verpleegkundig ontslagdocument beperkt risico's bij transfer naar een andere instelling. Hierop staan patiëntgegevens m.b.t. de mobiliteit, voeding, wondzorg, besmetting, … De patiënt krijgt voor de huisarts een (voorlopige)ontslagbrief mee, alsook door de ziekenhuisarts ondertekende medicatievoorschriften, thuiszorgvoorschriften, kiné-voorschriften… Er is eveneens een periodiek overlegmoment met rust- en verzorgingstehuizen en de huisartsenkring waarin zorgthema's aan bod komen. <u>Documenten</u> - 518.17a Checklist bij mondelinge overdracht - 518.17b Procedure Verpleegkundige mondelinge informatie overdracht - 511.15a Procedure Transferdocument - 511.15b Procedure Van ziekenhuis naar woon- en zorgcentrum of kortverblijf rust- en verzorgingstehuis - 112.02h Vergaderverslag overleg zorginstellingen mei 2016

Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De documenten 'Checklist bij mondelinge overdracht' en de 'Procedure Verpleegkundige mondelinge informatie overdracht' geven afspraken weer rond de communicatie bij zorgprocessen die de afdeling overschrijden. - De 'Procedures Tranferdocument' en 'Procedure Van ziekenhuis naar woon- en zorgcentrum of kortverblijf rust- en verzorgingstehuis' duiden de afspraken en de werkwijze die de medewerkers van de sociale dienst gebruiken bij ontslag van een patiënt naar huis of een andere instelling. - De auditoren hebben vernomen van de cardiologen dat het klinisch pad ACS is afgestemd met het UZ Gent. In dit klinisch pad is het verloop van de overdracht van informatie bij transfer bepaald. - De auditoren hebben vernomen van de hoofdverpleegkundigen van de afdelingen geriatrie en gastro-enterologie, alsook van de verpleegkundige interne liaison geriatrie en van de diabeteseducator, dat bij transmurale transfers of externe afstemming van de zorgprocessen, de informatieoverdracht door de medewerkers van de sociale diensten is geregeld. Bij intramurale overdracht vindt de overdracht mondeling plaats tussen de verpleegkundigen van de twee betrokken afdelingen, aldus auditees. De auditor heeft een dienstoverdracht van de dag- naar de avonddienst van de verpleegkundigen van de afdeling gastro-enterologie bijgewoond en de voorgenoemde werkwijze bevestigd gezien.

Rubriek: 512 (procesontwerp: meting)

512.09 **NTA**[8009:2011]	*De instelling voert een beleid waardoor de kwaliteit (doelmatig, effectief en patiëntgericht) en veiligheid van veel voorkomende (zorg)processen worden gemeten en geregistreerd, zo mogelijk aan de hand van gevalideerde indicatoren(sets).*
Instelling Score 3	De instellingsleiding meet de kwaliteit en de veiligheid van veel voorkomende zorgprocessen aan de hand van gevalideerde indicatorensets. Er is gebruik gemaakt van indicatoren aangeleverd door de federale overheid (contract kwaliteit: safe surgery checklist, hoog-risico medicatie, identitovigilantie) alsook van indicatoren aangeleverd door de Vlaamse overheid (VIP²: handhygiëne, patiëntidentificatie, volledigheid geneesmiddelenvoorschrift,…). De metingen in het kader van VIP² zijn uitgevoerd door medewerkers van andere ziekenhuizen volgens een vooraf vastgelegd protocol. De resultaten van alle deelnemende ziekenhuizen zijn publiek gemaakt op de website www.zorgkwaliteit.be. De instelling maakt de eigen resultaten eveneens bekend op de eigen website. De instellingsleiding maakt gebruik van nog andere indicatoren: o.a. melding van decubitus, ondervoeding,… Ook voor deze metingen is er een beroep gedaan op een benchmark van deelnemende ziekenhuizen opgesteld door de Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit. De stuurgroep 'toetsingen' bespreekt de resultaten van deze metingen. Deze stuurgroep stelt verbeteracties voor en rapporteert deze samen met de gemeten resultaten aan de stuurgroep 'kwaliteit en patiëntveiligheid'. Na akkoord wordt van daaruit gerapporteerd aan het CDB, De Raad van Bestuur, de medische beleidsgroep en de hoofdverpleegkundigen. <u>Documenten</u> - 512.09a Vergaderverslag Stuurgroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid – 2 december 2015 - 512.09b Vergaderverslag hoofverpleegkundigenvergadering maart 2016

Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document 'Vergaderverslag Stuurgroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid' is onder andere melding gemaakt van de uitgevoerde metingen rond de aanwezigheid van patiëntenidentificatie en van het geneesmiddelenvoorschrift, patiënttevredenheid algemeen, klinische paden en de veiligheidscultuurmeting. Deze metingen zijn gebeurd op basis van gevalideerde indicatoren, aldus auditees. De stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid is begaan met de organisatie van deze metingen en het verwerken van de resultaten, aldus de leden van de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid. - Op de website van het SEZZ zijn onder het tabblad kwaliteit de meetresultaten van indicatoren van 2015 te consulteren. - De auditoren hebben in de presentatie van de directie omtrent datamonitoring vastgesteld dat meerdere kwaliteits- en prestatie-indicatoren van de patiëntenzorg zijn opgevolgd op niveau van de directie, van comités en commissies alsook op afdelingsniveau. Voorbeelden van kwaliteits- en prestatie-indicatoren van de patiëntenzorg zijn onder andere safe surgery, patiëntenidentificatie, valincidenten, medicatiefouten, decubitus, ondervoeding en ziekenhuisinfecties. - De leden van de stuurgroep toetsingen geven aan de resultaten van de metingen omtrent kwaliteits- en prestatie-indicatoren van de patiëntenzorg te bespreken, alsook verbeteracties op te stellen en rapportage uit te brengen hierover aan de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid. Deze auditees geven aan dat de indicatoren van het FOD contract patiëntveiligheid (safe surgery checklist, hoog-risico medicatie en identitovigilantie) alsook van de indicatoren aangeleverd door de Vlaamse overheid (handhygiëne, patiëntidentificatie en volledigheid geneesmiddelenvoorschrift) zijn opgenomen in de veiligheidsbibliotheek. Deze indicatoren kennen een maandelijkse scoring in de veiligheidsrondes, aldus auditees. - De auditoren hebben vernomen in de gesprekken met de hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie, de geriater, de hoofdverpleegkundige van de poliklinieken, de verpleegkundig van de interne liaison geriatrie, de ergotherapeut van de interne liaison geriatrie en de hoofdverpleegkundige van de afdeling gastro-enterologie dat de thema's decubitus, valrisico en ondervoeding altijd zijn gescoord bij opname van de patiënt en genoteerd staan in het verpleegkundig dossier van de patiënt.
512.10 **NTA8009:2011**	*De registraties van metingen zijn zo opgezet dat deze voor betrokken werkeenheden/medewerkers herkenbaar zijn en stimuleren om de zorgprocessen te verbeteren door meting en registratie.*
Instelling Score 3	Registraties en metingen van indicatoren met betrekking op zorgprocessen geven aanleiding tot beleidsinformatie zowel voor het CDB en de Raad van Bestuur als voor de individuele afdelingen. Resultaten van metingen worden bekomen uit veiligheidsrondes, hygiëne-audits, interne audits, uit door de overheid / VIP² of andere instanties gevraagde registraties en uit patiëntenbevragingen. Via de cel kwaliteit en de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid geschiedt gerichte communicatie hetzij in de richting van het CDB en de Raad van Bestuur, hetzij in de richting van het Comité Kwaliteit en Patiëntveiligheid, hetzij in de richting van hoofdverpleegkundigenvergadering, Medische Raad of Medische Beleidsgroep. Op niveau van het CDB en de Raad van Bestuur bespreekt men de ter beschikking gestelde resultaten zowel binnen de wekelijkse CDB-vergadering, als tijdens de vergaderingen van de Raad van Bestuur, wat aanleiding geeft tot adviezen, operationele beslissingen, aanpassingen in het beleid… De instelling publiceert resultaten die belang hebben om instellingsbreed gekend te zijn, onder meer op intranet, via een infonota en in Kwibus (medewerkersblad "Kwaliteit in Uw

	Bus) en communiceert ook aan de Medische Raad en Medische Beleidsgroep via de hoofdarts. Op niveau van de individuele werkeenheden en afdelingen komen dienstgebonden resultaten terecht op de kwaliteitsmuur en bespreekt men deze op dienstvergaderingen, waarop ook het medisch diensthoofd van de afdeling (binnen het kader van de "tandemwerking") uitgenodigd is. Deze bespreking geeft aanleiding tot actiepunten, aanpassing van jaaractieplannen en beleidsplannen. Op de kwaliteitsmuur gebruikt men smileys (rood – geel – groen) om heel overzichtelijk aan te duiden of vooropgestelde normen gehaald zijn. De zorgmanagers stimuleren de afdelingsleiding om vanuit de bekomen resultaten actieplannen op te stellen met het oog op kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid. De zorgmanagers volgen samen met de afdelingsleiding deze actieplannen op. Vanaf december 2016 vinden adviesrondes plaats waarbij leden van de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid onaangekondigde adviesrondes uitvoeren vanuit een coachende en stimulerende benadering om de zorgprocessen te verbeteren. Op 01.12.2016 start tevens de invoering van "een pluspunt van de maand". Dit is een visueel hulpmiddel op de kwaliteitsmuur om medewerkers dagelijks attent te maken op verbeteracties specifiek voor de afdeling. De opvolging van het gemeten item is gevisualiseerd op een 'kalenderkruis' (pluspunt van de maand). <u>Documenten</u> - 512.10a Vergaderverslag dienstvergadering pediatrie oktober 2016 - 512.10b 'Pluspunt van de maand' - 512.10c Infonota 24-2016 - externe audit VIP² handhygiëne en patiëntidentificatie
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het 'Vergaderverslag dienstvergadering pediatrie oktober 2016' zijn aanbevelingen geformuleerd voor de afdeling pediatrie op basis van de resultaten van de veiligheidsronde, checks rond de registraties in het patiëntendossier en het gebruik van het incident meldsysteem. - De 'Infonota 24-2016 - externe audit VIP² handhygiëne en patiëntidentificatie' bevat aanbevelingen die geformuleerd zijn tijdens een onaangekondigde externe audit op het vlak van patiëntidentificatie en handhygiëne. - De auditoren hebben vernomen van de hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie, de geriater en de verpleegkundige van de afdeling gastro-enterologie, dat het nakomen van het invullen van de scores rond decubitus, valrisico en ondervoeding aan bod komt in de maandelijkse veiligheidsrondes. Auditoren hebben de aanwezigheid van deze scores in alle verpleegkundige dossiers op de geauditeerde verpleegafdelingen bevestigd gezien. - De auditoren hebben tijdens de bezoeken aan afdelingen vastgesteld dat alle afdelingen werken met een kwaliteitsmuur waar afdelingseigen resultaten van indicatoren, verbeterprojecten, veiligheidsrondes en interne audits vermeld zijn met als doel de medewerkers van de eigen afdeling te informeren. Meerdere auditees hebben de auditoren de werking van hun kwaliteitsmuur toegelicht waarbij de doelstelling van continu verbeteren en zelfevaluatie aan bod is gekomen. - Op het intranet hebben auditoren bevestigd gezien dat resultaten van meerdere indicatoren openbaar beschikbaar zijn.
512.11 **NTA**[8009:2011]	*Elke medische discipline beschikt over een complicatieregistratie die gebaseerd is op de binnen de eigen beroepsgroep geldende richtlijnen en bespreekt de geregistreerde complicaties.*

Instelling Score 3	De overgrote meerderheid van de aan de instelling verbonden artsen zijn geaccrediteerd (Belgische regelgeving) en aldus verbonden aan een (monodisciplinaire) LOK-groep (Lokale kwaliteitsgroep) waarbinnen men op basis van peer review ervaringen uitwisselt en ook complicaties bespreekt (een LOK groep organiseert vier vergaderingen per jaar, waarbij elk lid van een dergelijke groep minstens twee vergaderingen per jaar bijwoont). Binnen de instelling is vanaf 2015 een sensibilisatie gestart vanuit de Medische Beleidsgroep om de verschillende medische diensten te motiveren tot een inhuizige complicatieregistratie. In het voorjaar 2016 is opgestart met een complicatieregistratie binnen de maatschap anesthesie. Tijdens de maandelijkse maatschapvergadering anesthesie worden complicaties / incidenten / malfuncties besproken en verbeteracties opgesteld. Van deze maatschapvergaderingen bestaan schriftelijke verslagen; einde oktober 2016 zijn besprekingen gepland met de datamanager van de instelling, tevens verantwoordelijke voor het incidentmeldingsysteem om naderhand deze complicaties ook in iProva (dus digitaal) in te brengen. In de zomer 2016 is opgestart met een complicatieregistratie binnen de maatschap cardiologie. In het najaar 2016 is een complicatieregistratie binnen de maatschap urologie opgestart met speciale aandacht voor 'sepsis na prostaatbiopsie'. In elk van de drie aangehaalde voorbeelden gelden maatschapsvergaderingen als check om complicaties te identificeren, te analyseren en voorstellen tot correctie en preventie te formuleren. Instellingsbrede uitrol van de complicatieregistratie is aan de gang; aangehaalde voorbeelden fungeren als best practices en inspireren andere maatschappen. <u>Documenten</u> - 512.11a Vergaderverslag Medische Beleidsgroep 9 september 2015
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het 'Vergaderverslag Medische Beleidsgroep 9 september 2015' is de noodzaak van een complicatiesregistratiesysteem weergegeven. - Auditoren hebben vernomen van de hoofdarts dat in het voorjaar van 2016 complicatieregistratie is opgestart. Dit is bevestigd door de geriater, de anesthesist verantwoordelijk voor het pijnbeleid, de cardioloog, alsook door de leden van de Medische Raad. - Tijdens de maandelijkse disciplinevergaderingen zijn complicaties en incidenten onderwerp van bespreking en zijn verbeteracties opgesteld, aldus de hoofdarts. - De coördinator van het complicatieregistratiesysteem merkte op dat sommige medisch specialismen complicatieregistratie onmiddellijk hebben opgepakt in 2016 terwijl andere medisch specialismen eerder voorzichtig zijn opgestart. Zowel deze auditee als een lid van de Medische Raad geven aan dat angst voor mogelijke juridische consequenties de vermoedelijke reden is van het voorzichtig opstarten van de complicatieregistraties binnen een aantal medisch specialismen. - De hoofdarts geeft aan dat hij alle medische disciplines heeft bevraagd naar de werkwijze rond complicatieregistratie en –besprekingen. Auditoren hebben een document ingezien dat een weergave is van deze bevraging en waarin bevestigd is dat alle medische disciplines complicaties registreren en bespreken, al dan niet aan de hand van de voorziene formulieren in het complicatieregistratiesysteem. - Complicaties vormen volgens de hoofdarts binnen de beroepsgroep het onderwerp van LOK (lokale kwaliteitsgroep) vergaderingen in het kader van de accreditering van artsen.

512.12 **NTA**[8009:2011]	*Bij de implementatie van (zorg)processen die nieuw zijn of die wijzigen als gevolg van nieuwe technieken, materialen, instrumenten en apparatuur, worden de (geselecteerde) procesuitkomsten (tenminste gedurende enige tijd) op tevoren vastgestelde momenten gemeten en geregistreerd en vergeleken met vooraf gestelde doelen.*
Instelling Score 3	Het verpleegkundig departement streeft naar een steeds betere kwaliteit van zorg en zorg op maat van de patiënt door het opvolgen van kwaliteitsindicatoren en het installeren van verbetertrajecten. Op basis van de thema's van de Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit zijn de zorgthema's decubitus, ondervoeding, aanpak vrijheidsbeperkende middelen en agressie vooropgesteld. Het verpleegkundig departement voert van ieder thema een nulmeting uit en vervolgens 4x per jaar opvolgmetingen. Deze thema's zijn opgenomen in het verpleegkundig beleidsplan. Naast de nulmeting zijn tevens doelstellingen geformuleerd. Na iedere meting zijn de resultaten vergeleken met de vooropgestelde doelen. Op basis van de resultaten worden acties ondernomen om de beoogde doelstellingen te behalen. Voorafgaand aan de ingebruikname van het nieuwe chirurgisch dagziekenhuis is binnen de stuurgroep het fast-tracktraject uitgewerkt, met als doel de doorlooptijden zo kort mogelijk te houden. Bij aanvang werden de patiënten 90 minuten voor behandeling in de instelling verwacht op basis van de operatie- of behandelplanning. Na een eerste evaluatie, 6 maanden na ingebruikname is deze tijd ingekort naar 60 minuten. Voor wat betreft projecten die in de nabije toekomst gerealiseerd worden zoals het rationaliseren van de interne transporten en vervoeren, of het implementeren van nieuwe technieken i.v.m. reiniging en desinfectie van flexibele scopen, is men actueel bezig met het uitvoeren van nulmetingen van alle (deel)aspecten van deze vernieuwingen, die zullen aanleiding geven tot vervolgmetingen tijdens de implementatiefase. <u>Documenten</u> - 512.12a Jaarverslag preventie ondervoeding 2015 - 512.12b Jaarverslag decubitusprevalentiemeting 2015 - 511.09b Jaaractieplan Just-in-time van het chirurgisch dagziekenhuis
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De documenten 'Jaarverslag preventie ondervoeding 2015' en 'Jaarverslag decubitusprevalentiemeting 2015' tonen aan dat voorafgaande aan de geplande metingen van deze twee kwaliteitsindicatoren, doelstellingen zijn bepaald. Na het meten van deze indicatoren zijn de resultaten vergeleken met de eerder vooropgestelde doelstellingen, waarna verbeteracties zijn bepaald indien de meetresultaten lager liggen dan de vooropgestelde doelstellingen. - Het document 'Jaaractieplan Just-in-time van het chirurgisch dagziekenhuis' geeft de doelstellingen en de resultaten van de meetmomenten weer inzake de doorlooptijden van de patiënten. Auditoren hebben vastgesteld in dit document, alsook in de bespreking met auditees rond het just-in-timeproject van het nieuwe chirurgisch dagziekenhuis, dat verbeteracties zijn opgezet nadat bleek dat de vooropgestelde doorlooptijden niet zijn behaald. - De auditoren hebben vernomen van de procedure-eigenaar van het fixatiebeleid dat een meting van het toegepaste fixatiebeleid is uitgevoerd op alle verpleegafdelingen. Bij deze meting zijn onder andere de wijze van fixatie, de registratie van de fixatiemaatregelen en het geven van informatie aan de familie gescoord. Voorafgaand aan deze meting zijn gewenste resultaten bepaald, aldus auditee. - De hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie en de verpleegkundige van de interne liaison geriatrie duiden dat het meten van de scores rond decubitus en

	ondervoeding op vaste momenten plaatsvindt. Doelstellingen zijn bepaald voorafgaand aan de meting, aldus auditees.
512.14	*De instelling heeft afspraken met betrekking tot 'Vroege herkenning en behandeling van pijn' geïmplementeerd (NL: VMS-thema).*
Instelling Score 3	Scoren van pijn en behandelen van pijn heeft sedert begin 2015 veel aandacht gekregen in de instelling, met specifieke aandacht voor het uniformiseren van meetmethodes en behandelwijzen. In het voorjaar 2015 ging men over tot inventarisatie van alle behandelwijzen van pijn die gangbaar waren in de instelling en in samenspraak tussen de pijnartsen, de pediaters, de pijnverpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen kon men instellingsbrede protocols opstellen enerzijds voor +16 jarigen, anderzijds voor -16 jarigen. Methodes om pijn te meten zijn ter beschikking gesteld. Specifieke procedures voor het meten van pijn bij de kwetsbare ouderen zonder/met cognitieve/communicatieve beperkingen, alsook voor beademde/niet-communicatieve patiënten zijn actueel in opmaak. Zowel procedures pijnherkenning/meting als behandeling zijn nu opgenomen in het DBS; alle verpleegkundigen zijn "verplichte lezer" van deze procedures. Daarnaast zijn op alle afdelingen referentieverpleegkundigen pijnbeleid aangeduid, die op hun afdelingen de pijnmeting en behandelwijzen verder onder de aandacht brengen. De "algologische functie" speelt zijn rol om de referentieverpleegkundigen aan te sturen en instellingsbreed te sensibiliseren voor dit thema. In het sedert september 2016 vernieuwde verpleegdossier is meer ruimte voorzien voor het noteren van de pijnscores. Ter gelegenheid van veiligheidsrondes en interne audits evalueren de auditoren het gebruik van deze scoring op de diverse klinische afdelingen. Ook informatie uit patiëntentevredenheidsenquêtes kan aanleiding geven tot feedback naar klinische afdelingen. <u>Documenten</u> - 512.14a Procedure Meten van pijn - 512.14b Procedure Pijnbehandeling +16 jaar - 512.14c Procedure Pijnbehandeling – 16 jaar - 512.14d Pijn Observatie Schaal - 514.15d Jaarrapport Veiligheidsrondes 2015 - 2016
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In de 'Procedure Meten van pijn' is de werkwijze bij het gebruik van pijnschalen beschreven. - De auditoren hebben bevestigd gezien in de aangeleverde documenten dat binnen het pijnbeleid een onderscheid is gemaakt tussen het pijnbeleid voor een patiënt ouder of jonger dan 16 jaar. - De algoloog geeft aan dat de pijnscores gebeuren aan de hand van VAS (visuele analogie schaal) scores die de patiënt zelf aangeeft en die zijn geregistreerd in het patiëntendossier. Op de afdelingen cardiologie, gastro-enterologie en geriatrie is de registratie van de ingevulde pijnscores conform het pijnbeleid door de auditoren in het verpleegkundig dossier bevestigd gezien. - Het pijnbeleid op de afdelingen kent een ondersteuning van pijnreferentie-verpleegkundigen volgens de algoloog. De taak van de pijnreferentie-

	verpleegkundigen bestaat er onder andere ook uit om instellingsbreed zorgverleners te sensibiliseren voor het pijnbeleid, aldus auditee.
512.15	*De instelling heeft afspraken met betrekking tot 'Optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen (ACS)' geïmplementeerd (NL: VMS-thema).*
Instelling Score 4	Een multidisciplinaire werkgroep, bestaande uit cardiologen, afdelings-verpleegkundigen, spoedarts en spoedverpleegkundigen, sociale assistente en voedingsconsulente, heeft tussen 20.10.2015 en 27.06.2016 een klinisch pad opgesteld "acuut coronair syndroom", dat opgesplitst is in twee delen. Het eerste deel heeft betrekking op enerzijds de pre-hospitaalsituatie en duidt de taken van de MUG-arts en anderzijds de taken en opdrachten op de spoedopname, uitmondend in eventuele doorverwijzing naar een PCI-centrum (PCI = percutane coronaire interventie). Het tweede deel heeft betrekking op verdere behandeling na terugverwijzing vanuit een PCI-centrum. Naast een standaardisatie van medische opdrachten is multidisciplinair overleg mogelijk alsook een revalidatieprogramma via multidisciplinaire benadering. Met het PCI-centrum van UZ Gent is een associatie-overeenkomst afgesloten (netwerkassociatie waarvan meerdere ziekenhuizen deel uit maken). Deze overeenkomst bepaalt modaliteiten met betrekking op doorverwijzing, wijze van transfer, behandeling in het universitair centrum en afspraken in verband met terugverwijzing. De deelnemende centra maken gebruik van één kwaliteitshandboek. Na de publicatie van het klinisch pad op het DBS op 04.07.2016 zijn al evaluaties door de werkgroep geschied op 12.07.2016 en 05.10.2016. Een volgende evaluatie is voorzien op 15.11.2016 waarbij verbetermogelijkheden i.v.m. het klinisch pad zullen worden besproken met nog meer nadruk op levensstijlaanpassing van de patiënt, revalidatie en educatie van de patiënt alsook opvolgen van indicatoren. In januari 2017 vindt een nameting plaats aan de hand van dossieranalyse. <u>Documenten</u> - 512.15a Klinisch pad Acuut Coronair Syndroom pre-PCI - 512.15b Klinisch pad Acuut Coronair Syndroom post-PCI - 512.15c Klinisch pad Acuut Coronair Syndroom Spoedopname - 512.15d Vergaderverslag Werkgroep Klinisch pad ACS 5 oktober 2016 - 512.15e Associatieovereenkomst i.v.m. cardiologie-cardiochirurgie UZ Gent
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Afspraken rond het verloop van het ACS zijn vastgelegd in de documenten 'Klinisch pad Acuut Coronair Syndroom pre-PCI', 'Klinisch pad Acuut Coronair Syndroom post-PCI' en 'Klinisch pad Acuut Coronair Syndroom Spoedopname'. Auditoren stellen vast in deze documenten dat een evaluatie van het verloop van deze klinische paden heeft plaatsgevonden en dat vanuit deze evaluatie verbeteracties zijn opgesteld. - De auditoren hebben op de afdeling cardiologie het klinisch pad ACS toegepast gezien. Dit klinisch pad is opgedeeld in drie fases, pre-PCI (percutane coronaire interventie), post PCI en spoedopname. - Het klinisch pad ACS is afgestemd met het UZ Gent en formeel vastgelegd in het document 'Associatieovereenkomst i.v.m. cardiologie-cardiochirurgie UZ Gent'. Dit document is ingezien door de auditoren. - De algemeen directeur, de hoofdarts en de leden van de Medische Raad geven aan dat op de momenten zoals bepaald in de associatieovereenkomst met het UZ Gent een evaluatie plaatsvindt van het verloop van het klinisch pad ACS. Indien zich tussen de formeel vastgelegde evaluatiemomenten situaties voordoen die bijsturing

	van de afspraken vragen, dan neemt de hoofdarts hiertoe initiatief, aldus de algemeen directeur, de hoofdarts en de leden van de Medische Raad.

Rubriek: 513 (procesontwerp: verbetering en vernieuwing)

513.05 **NTA**[8009:2011]	*Voorafgaand aan het invoeren van een verandering van een (zorg)proces worden de betrokken zorgverleners deugdelijk geïnformeerd en zonodig bijgeschoold en getraind.*
Instelling Score 3	Betrokken medewerkers worden voorafgaand aan het invoeren van een verandering in een zorgproces geïnformeerd, zo nodig getraind en bijgeschoold. De kanalen zijn (dienst)vergaderingen, briefingsmomenten, in- of bijscholingen met praktijktoepassingen indien nodig. De referentieverpleegkundigen van de afdelingen (o.a. patiëntveiligheid, decubitus, voeding, wondzorg, geriatrie,…) zijn betrokken bij veranderingsprocessen. Op de vergaderingen met de referentieverpleegkundigen (4 maal per jaar) komen veranderingen van zorgprocessen aan bod. Samen met de afdelingsleiding waken zij erover dat een veranderingsproces geïmplementeerd en ingeburgerd geraakt. Voor decubitus en ondervoeding voeren zij de metingen uit. De referentieverpleegkundigen bespreken na de meting de resultaten en verbeteracties. Veranderingen van (zorg)processen komen ook aan bod op de vergadering met de hoofdverpleegkundigen. Voor opleiding voor ingebruikname van nieuw apparatuur zie norm 421.07 Bij grote wijzigingen (projecten) worden stuurgroepen georganiseerd. Deze stuurgroepen/werkgroepen zijn multidisciplinair samengesteld. Het thema opleiding en scholing komt daar aan bod. Overleg bepaalt welke de noden zijn en welke stappen dienen gezet, om betrokken medewerkers te informeren en op te leiden. Bv. project automatisatie medicatiebeheer. Naast de stuurgroep (algemeen directeur, dagelijks bestuurder, hoofdarts, hoofdapotheker, verpleegkundig directeur, diensthoofd ICT en ICT coördinator) is ook een werkgroep opgericht die tweewekelijks samenkomt. Deze werkgroep is samengesteld uit 2 verpleegkundigen, 2 apothekers, ICT coördinator, verpleegkundig coördinator en een arts. Voorafgaand aan de invoering van het EMV op de afdeling hebben alle verpleegkundigen een tweedaagse opleiding gevolgd en zijn ook extra oefenmomenten ingelast. Artsen zijn door een collega-arts opgeleid, die hiervoor vrijgesteld was (vroegere hoofdarts). Bv. project nieuw dagziekenhuis (stuurgroep: medisch diensthoofd, zorgmanager, hoofdverpleegkundige dagziekenhuis, hoofdarts, verpleegkundige directeur) Via dienstvergaderingen zijn alle medewerkers betrokken bij het zorgproces. (vanaf de bouwplannen tot de ingebruikname en evaluatie). Voor de ingebruikname is ook een PRI opgemaakt. Aan de hierbij aangevoelde noodzaak tot informeren en opleiden is op gepaste wijze ingegaan. Ook voor de artsen zijn informatiesessies gehouden, zowel tijdens de ontwerpfase als voor de ingebruikname. Zorgprocessen, procedures zijn opgenomen in het DBS. Via verplichte leesbevestiging dienen werknemers aan te geven dat ze de hen toegewezen procedures met betrekking op veranderingen in zorgprocessen, gelezen hebben. Indien van toepassing gebeurt instellingsbrede communicatie via een infonota naar alle medewerkers.

	Documenten - 512.10a Vergaderverslag dienstvergadering pediatrie oktober 2016 - 513.05a Overzicht opleiding EMV afdeling pediatrie - 513.05b Vergaderverslag dienstvergadering chirurgisch dagziekenhuis 26 oktober 2015
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Vergaderverslag dienstvergadering chirurgisch dagziekenhuis 26 oktober 2015' is een weergave van de veranderingen die zijn doorgevoerd bij de opstart van het nieuwe chirurgisch dagziekenhuis. Vanuit deze oplijsting van veranderingen is bepaald over welke bekwaamheden medewerkers van het nieuwe chirurgisch dagziekenhuis moeten beschikken ten opzichte van de werking van het vorige chirurgisch dagziekenhuis. - In het document 'Overzicht opleiding EMV afdeling pediatrie' staat de organisatie van de opleiding voor verpleegkundigen voorafgaande aan het invoeren van het EMV (elektronisch medicatie voorschrift) beschreven. - De zorgmanager oncologie meldt dat voorafgaand aan wijzigingen in de zorgorganisatie van het dagziekenhuis oncologie een bespreking van deze wijzigingen gebeurt in een dienstvergadering. - Op de afdelingen pediatrie en materniteit geven medewerkers aan dat ze door het hoofd van de afdeling tijdig zijn geïnformeerd omtrent veranderingen die van invloed zijn op de afdelingswerking. De kinderarts meldt dat ook zij de gewijzigde afspraken communiceert met de overige kinderartsen.
513.09 **NTA8009:2011**	*Alle professionele disciplines die in de dagelijkse praktijk een wezenlijke bijdrage leveren aan een (zorg)proces worden op interactieve wijze bij het verbeteren of vernieuwen daarvan betrokken.*
Instelling Score 3	Alle disciplines die in de dagdagelijkse praktijk betrokken zijn bij een zorgproces zijn actief betrokken bij de ontwikkeling of verbetering van een zorgproces. De invoering van klinische paden zorgt ervoor dat alle disciplines betrokken zijn bij het ontwikkelen en bijsturen van het zorgproces. Een klinisch pad komt tot stand binnen een multidisciplinaire werkgroep. Alle professionele disciplines betrokken bij dit klinisch pad zijn binnen deze werkgroep vertegenwoordigd. Multidisciplinaire dienstvergaderingen/teamvergaderingen zijn momenten waarop zorgprocessen tot stand komen of geëvalueerd worden. Binnen de multidisciplinaire dienstvergaderingen van de PAAZ zijn reeds verschillende zorgprocessen tot stand gekomen. Bv. de invoering van een observatieperiode bij aanvang van een opname Bv. de invoering van een nieuwe doelstellingsfiche Voor het OK (operatiekwartier), chirurgisch dagziekenhuis en de dienst spoedopname is er medisch/verpleegkundig werkoverleg – afstemming medisch/verpleegkundige organisatie. Voor OK en dagziekenhuis is er een maandelijks overleg. Voor spoedopname om de 6 weken. Documenten - 513.09a Vergaderverslag interne bijscholing PAAZ 7 juni 2016 - 513.09b Vergaderverslag chirurgisch dagziekenhuis 17 oktober 2016 - 513.09c Vergaderverslag Spoedcommissie 21 oktober 2016 - 512.15d Vergaderverslag Werkgroep Klinisch pad ACS 5 oktober 2016

Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De aangeleverde documenten geven aan dat betrokken teamleden betrokken zijn bij het vernieuwen of optimaliseren van de bestaande processen en zorgorganisatie op respectievelijk de PAAZ, het chirurgisch dagziekenhuis, de spoed en het klinisch pad ACS. - Het medisch diensthoofd gynaecologie geeft aan dat er voor belangrijke beleidsbeslissingen, zoals de aanschaf van een nieuw EPD (elektronisch patiëntendossier), het medisch diensthoofd samen met haar stafleden heeft bepaald wat de noden van de dienst gynaecologie zijn ten aanzien van het gebruik van een EPD. - In gesprek met de hoofdvroedvrouw heeft de auditor vernomen dat binnen het project “Pas thuis” het verloskundig team samen met de eerste lijn een verbeterproject heeft opgezet rond de overdracht en doorwijzing bij ontslag van een bevallen moeder.

Rubriek: 514 (risicomanagement: proactief)

514.11 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft de (zorg)processen zodanig ingericht en gestandaardiseerd dat de veiligheid van patiënten, medewerkers en bezoekers naar behoren is gewaarborgd. Hierbij wordt in het bijzonder aandacht gegeven aan die onderdelen van de zorgprocessen (o.a. perioperatief proces, minimaal invasieve chirurgie) die de aansprakelijkheidsverzekeraar van de instelling en/of de Inspectie voor de Gezondheidszorg (NL) / Zorginspectie (B) als bijzonder risicovol heeft aangemerkt.*
Instelling Score 4	Standaardisatie van zorgprocessen is het uitgangspunt om te komen tot een zo goed mogelijk georganiseerde en patiëntveilige zorg. Hiertoe zijn verschillende procedures, protocollen en werkinstructies uitgewerkt en beschikbaar gesteld in het DBS bv. klinische paden, decubitusbeleid, pijnbeleid, ondervoeding, medicatieveiligheid,… (zie norm 511.10). Mede in het kader van het FOD contract “kwaliteit en patiëntveiligheid” is er de laatste jaren intensief gewerkt aan het project Safe Surgery Checklist (SSC).Door de verantwoordelijke zorgmanager is een projectplan (zie bijlage) opgemaakt dat door de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier en van het chirurgisch dagziekenhuis verder vertaald is in een JAP. Doorheen de jaren is er bij de ontwikkeling en het aanpassen van de SSC zeer hechte samenwerking gerealiseerd met de betrokken artsen. Ter bevordering van de patiëntveiligheid is op het operatiekwartier op 1 april 2009 gestart met een “time out” procedure. De aanleiding voor de opstart was een wrong –site surgery incident. Interne en externe audits en (near) misses toonden aan dat de procedure niet correct en consequent werd toegepast. De time out procedure was eveneens te compact in vergelijking met de WHO SSC. In 2013 werd door de leden van de OK-Commissie een SSC opgesteld (versie1) In 2014 is versie 2 geïmplementeerd omdat uit de rapportage van het FOD contract kwaliteit en patiëntveiligheid bleek dat versie 1 van de SSC teveel afweek van de versie SSC voorgesteld door de WHO. In 2016 deden we een nulmeting (dossieraudit). Uit deze audit én uit een mondelinge bevraging van de zorgmanager kwam naar voor dat de huidige SSC diende opgesplitst te worden in 2 versies, de maxi en de mini versie. De maxi versie doorliep reeds verschillende keren de PDCA cyclus, we beschikken momenteel over versie 3. De mini SSC wordt nieuw geïntroduceerd op de werkvloer (versie 1). Door de opmaak van een ingrepenlijst (zie bijlage) weet men welke SSC men dient in te vullen. Men maakt gebruik van de SSC in het operatiekwartier en in de behandelzalen van het CDZ.

	Om standaardisatie te bevorderen zijn peroperatoire procedures per chirurg en per ingreep beschikbaar. De procedures zijn opgemaakt volgens een vast en wederkerend patroon. De opmaak ging van start een 15-tal jaar geleden. De procedures zijn elk jaar gereviseerd door een verantwoordelijk gestelde operatiezaalverpleegkundige. De procedures zijn per discipline toegewezen en beheerd op een aparte schijf op het ziekenhuisnetwerk. Sinds de zomer 2016 maken de peroperatoire procedures systematisch deel uit van het DBS. De instelling heeft er bewust voor gekozen de peroperatoire procedures los te koppelen van de pre – en postoperatieve procedures (zie bijlage). <u>Documenten</u> - 514.11a Projectplan Safe Surgery Checklist - 514.11b Ingrepenlijst - 514.11c Procedure Sectio dr. Waterschoot AM - dr. De Vos T. - dr. Lambrecht S. - 514.11d Procedure Sectio caesarea
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het 'Projectplan Safe Surgery Checklist' geeft een duiding van het beleid en ondernomen acties rond het toepassen van de safe surgery checklist bij operatieve ingrepen. Auditoren hebben vastgesteld dat bij alle toetsingsmomenten het toepassen van de safe surgery checklist conform het beleid is. - Auditoren hebben een overzicht ingezien van de uitgevoerde heelkundige ingrepen in het SEZZ waarbij per chirurg en per ingreep de perioperatieve procedure beschreven staat. - Op de afdelingen pediatrie, materniteit en heelkunde is door de auditoren bevestigd gezien dat de scores van de risicoprocessen EWS (early warning system), decubitus, pijn en ondervoeding zijn geregistreerd in het patiëntendossier.
514.12 **NTA**[8009:2011]	*De instelling voert prospectieve risicoinventarisaties (PRI's) uit ter verbetering van de (zorg)processen en voorafgaand aan het invoeren van belangrijke technische, procedurele en organisatorische veranderingen of een verandering van een (zorg)proces.*
Instelling Score 3	Indien er zich belangrijke technische, procedurele en organisatorische veranderingen of een verandering van een (zorg)proces voordoen binnen de instelling worden op voorhand mogelijke risico's ingeschat: 1) bij aankoop van nieuwe medische apparatuur: zie norm 421.06 2) bij verbouwingen en vervangingen van installaties: zie norm 423.12 3) bij wijzigingen van het zorgproces. Leidinggevenden schatten in of een PRI moet plaats vinden. Hiertoe stelt men een multidisciplinair team samen in functie van het onderwerp van de risicoanalyse. De werkwijze staat beschreven in procedure 'Prospectieve risico inventarisatie'. Het PRI team brengt de mogelijke risico's in kaart en formuleert acties waaraan specifieke eigenaars en deadlines gekoppeld zijn. Alle informatie is gebundeld in één document, de PRI matrix. Elke PRI heeft één eigenaar, tevens lid van het PRI team, die verantwoordelijk is voor de opvolging van de uit te voeren verbeteracties. <u>Documenten</u> - 514.12a Procedure Prospectieve risico inventarisatie (PRI) - 514.12b PRI Echografie bij cervicale ingrepen – pijnkliniek - 434.18b PRI Flexibele endoscopen
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.

Score 3	Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Procedure Prospectieve risico inventarisatie' geeft het beleid weer rond het uitvoeren van PRI's waarbij geduid is dat de directie bij het instellen van nieuw beleid of een verandering een beslissing neemt rond het al dan niet uitvoeren van een PRI. - Auditoren hebben in de aangeleverde documenten PRI's ingezien rond het flexibele endoscopenbeleid en rond het uitvoeren van een echografisch onderzoek bij cervicale ingrepen in de pijnkliniek. - Auditees van het dagziekenhuis oncologie melden dat een PRI is uitgevoerd voorafgaand aan de inhuizing van de patiënten. - De verantwoordelijke van het fixatiebeleid licht de resultaten van de uitgevoerde PRI toe die is uitgevoerd bij het actualiseren van de fixatieprocedure en de aankoop van het nieuwe fixatie materiaal. Vanuit deze PRI is beslist tot de aankoop van een fixatie-box per afdeling. - Het document 'PRI Echografie bij cervicale ingrepen – pijnkliniek' geeft aan dat een PRI is uitgevoerd naar aanleiding van wijzigingen in het pijnbeleid.
514.14 **NTA**[8009:2011]	*De instellingsleiding ziet erop toe dat de werkeenheden participeren in verplichte inspecties, visitaties en audits door andere instanties met specifieke expertise op de betreffende deelterreinen. De instellingsleiding ziet erop toe dat de gerapporteerde uitkomsten na screening tot verbeteracties (o.a. op het gebied van veiligheid van patiënten, medewerkers en bezoekers) leiden.*
Instelling Score 3	<u>Zorgtrajecten zorginspectie (chirurgische en internistische patiënt):</u> De Vlaamse Zorginspectie organiseert de nalevingstoezichten in de Vlaamse ziekenhuizen die kozen voor een accreditatietraject. Het zorgtraject van de chirurgische patiënt en van de internistische patiënt zijn respectievelijk in 2013 en in 2015 beoordeeld. De Vlaamse Zorginspectie maakt in het jaar voordien de eisenkaders voor de betrokken afdelingen bekend (bv. voor het internistisch zorgtraject betreft het de internistische afdelingen, het internistisch en oncologisch dagziekenhuis, Intensieve Zorgen, spoedgevallen en apotheek). De instellingsleiding heeft deze eisenkaders besproken op de hoofdverpleegkundigenvergadering en de medische beleidsgroep. Op basis van de gestelde eisen zijn er bijsturingen van de zorgprocessen georganiseerd (voorbeeld: fixatiebeleid op verpleegafdelingen). Het auditrapport van de Vlaamse Zorginspectie is door de instellingsleiding nadien uitgebreid besproken met leidinggevenden van betrokken diensten en afdelingen, alsook met de betrokken artsen. Verbeteracties zijn door de betrokken afdelingen opgesteld, door de instellingsleiding goedgekeurd en in uitvoering gebracht. Het auditrapport is beschikbaar op het intranet. <u>Inspecties FAGG:</u> - Apotheek: het FAGG organiseert onaangekondigde inspecties. De apotheek ontvangt het rapport. De apotheek werkt verbeterpunten uit en implementeert deze. - "Intermediaire structuur menselijk lichaamsmateriaal"(I.M.S.) voor capacitatie van mannelijke gameten: de voorbereiding van de inspectie gebeurt met de kwaliteitscoördinator van het I.M.S. en de hoofdarts. Deze personen ontvangen het rapport en sturen bij indien nodig. <u>Inspecties Vlaams Voedselagentschap:</u> Het betreft onaangekondigde inspecties. - Keuken: de facilitair directeur en het diensthoofd voeding bekomen het rapport. - Melkkeuken: de facilitair directeur bekomt het rapport en bezorgt het op zijn beurt aan de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en hoofdverpleegkundige materniteit. <u>Inspecties m.b.t. radioprotectie (Controlatom en FANC):</u>

	Deze inspecties zijn voorbereid door de preventie-adviseur (indien aangekondigd). De preventie-adviseur bewaart deze rapporten. Actieplannen worden opgemaakt in samenspraak met algemeen directeur – dagelijks bestuurder en de medische diensthoofden van de betrokken diensten. Inspecties arbeidsgeneesheer: De arbeidsgeneesheer voert twee keer per jaar bedrijfsrondgangen uit. De preventie-adviseur bereidt de rondgang voor en het CPBW bespreekt het rapport. FOD WASO (FOD Werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg): het betreft inspecties m.b.t. het welzijn van de werknemers op het werk. Deze inspecties kunnen aangekondigd of onaangekondigd zijn. Het verslag wordt bezorgd aan de algemeen directeur – dagelijks bestuurder en besproken op het CPBW. Inspecties WIV (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid): Het WIV organiseert controles in diverse deeldomeinen van de klinische biologie en anatomo pathologie. De resultaten zijn opgenomen in het managementrapport van het labo. De directie ontvangt hiervan en kopie. Interne audits De instellingsleiding organiseert interne audits. Elke verpleegafdeling wordt om de 4 jaar geaudit, kritische afdelingen worden om de 2 jaar geaudit. Het rapport van deze interne audit wordt voorgesteld aan de hoofdarts, de verantwoordelijke directeur, de zorgmanager, de hoofdverpleegkundige en het medisch diensthoofd. De twee laatst genoemden stellen op basis van dit rapport verbeteracties op. Dienstoverstijgende verbeteracties zijn voorgelegd in de stuurgroep toetsingen en vervolgens aan de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid. De zorgmanagers bewaken de opvolging van de verbeteracties. Documenten - 112.05a Vergaderverslag overleg internistisch zorgtraject 27 mei 2015 - 211.10a Presentatie bespreking eisenkader internistisch zorgtraject - 122.12a Procedure interne audit - 514.14a Verslag radioprotectie controlatom juni 2016 - 514.14b Rapport inspectie FAGG september 2016 - 514.14c Rapport inspectie FAVV februari 2015
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De documenten ‘Vergaderverslag overleg internistisch zorgtraject 27 mei 2015’ en ‘Presentatie bespreking eisenkader internistisch zorgtraject’ geven aan dat verbeteracties vanuit het nalevingstoezicht zijn opgenomen en besproken met de directie, de betrokken artsen en hoofdverpleegkundigen. - Het ‘Verslag radioprotectie controlatom juni 2016’ benoemt de verbeterpunten van de audit die het Controlatom heeft uitgevoerd in 2016. - Auditoren hebben op de afdelingen interne, chirurgie, spoed, IZ en medische beeldvorming alsook in gesprek met de beleidsduo’s vastgesteld dat verbeteracties vanuit de voorgenoemde inspecties zijn opgepakt en hebben geleid tot aanpassingen van de zorgorganisatie en zorgprocessen. - Op het intranet hebben auditoren vastgesteld dat de rapporten van inspecties door externe instanties beschikbaar zijn voor alle medewerkers en zorgverleners van het ziekenhuis.

	- Vanuit het interne auditbeleid hebben auditoren vastgesteld dat op alle bevraagde afdelingen medewerkers zicht hebben op het rapport van de interne audit en verbeteracties zijn opgezet.
514.15 **NTA**[8009:2011]	*De leidinggevenden van (patiëntgebonden) werkeenheden zorgen periodiek voor check ups, mede inhoudende dat met de medewerkers in gesprek wordt gegaan, waarmee zicht wordt verkregen op veiligheidaspecten en risico's in hun werkeenheid (veiligheidsrondes).*
Instelling Score 4	Referentiepersonen patiëntveiligheid voeren onder de vorm van veiligheidsrondes (VERO's) check ups uit over kwaliteits- en veiligheidsaspecten op de werkeenheden. De procedure 'veiligheidsrondes' (beschikbaar op intranet) omschrijft de werkwijze en het instellingsbreed beleid hieromtrent. <u>Periodiek</u> De VERO's vinden 3 keer per jaar plaats op een 20-tal afdelingen: zowel patiëntgebonden eenheden (alle verpleegafdelingen, consultaties,…) als paramedische en ondersteunende diensten (o.a. laboratorium, biomedische dienst…). De VERO gebeurt aangekondigd. <u>Veiligheidsaspecten en risico's</u> Alle mogelijke veiligheidsaspecten staan omschreven in een veiligheidsbibliotheek (beschikbaar op intranet). De veiligheidsbibliotheek omvat in totaal meer dan 130 items. Elke VERO omvat een selectie van een 30-tal aspecten uit de veiligheidsbibliotheek. In patiëntenkamers, in dienstlokalen, bij medewerkers, in patiëntendossiers,…. toetsen de observatoren of gemaakte afspraken gevolgd zijn; o.a. identitovigilantie, ziekenhuishygiëne, medicatieveiligheid, brandveiligheid, veiligheid van de werkomgeving,… Tijdens VERO's geschiedt toetsing van items uit het patiëntendossier middels dossieranalyse. Alle observaties zijn in een databank ingebracht en onder de vorm van indicatoren in kaart gebracht. Dit resulteert in een ronderapport (omvat het resultaat per getoetste afdeling per getoetst item en omvat relevante opmerkingen). Drie ronderapporten resulteren in één jaarrapport (omvat de behaalde jaargemiddelden). De rapporten dossieranalyse zijn aanvullend bij de rapporten van de VERO's. Alle rapporten zijn beschikbaar op intranet. Aan elk item uit de veiligheidsbibliotheek is een streefdoel onder de vorm van een normenkader gekoppeld. Het behaalde jaargemiddelde wordt vergeleken met de norm en risico's zijn op die manier in kaart gebracht. Per resultaat dat te sterk afwijkt van het vooropgestelde streefdoel is een eigenaar aangeduid voor het definiëren en opvolgen van verbeteracties. <u>Medewerkers en leidinggevenden</u> De referentiepersonen kwaliteit en patiëntveiligheid voeren in tweekoppige teams de VERO uit op hun eigen werkeenheid. Een stafmedewerker, zorgmanager of directielid vult een team aan en bezoekt twee afdelingen. De rapporten zijn ter beschikking gesteld aan de referentiepersonen, de leidinggevende van de afdeling, zorgmanagers, medisch diensthoofden en directie. De referentiepersoon bespreekt de resultaten door middel van het rapport met de leidinggevende van de afdeling. Resultaten zijn besproken op o.a. (dienst-) vergaderingen en op de kwaliteitsmuur op afdelingen uitgehangen. Het verpleegkundig, medisch, facilitair departement en cel kwaliteit bespreken tijdens een vergadering de ronde- en jaarrapporten in functie van prioritaire risico's en (eventueel onmiddellijk) te ondernemen verbeteracties en evalueren de voortgang ervan. De metingen hebben geleid tot onder meer volgende verbeteracties:

	- opmaak van een instellingsbrede procedure 'wisselen leidingen en sondes' en sensibilisering van de medewerkers via Tip van de week. - de procedure 'hoog risico medicatie' is aangepast in functie van bewaring en labeling van hoog risico medicatie. - werkwijze is aangepast in het labo omtrent afname en identificatie van stalen. Om de onderlinge samenhang met de resultaten uit andere audits te behouden is de 'Stuurgroep Toetsingen' sinds oktober 2016 actief. Bijsturing van het softwaresysteem voor de opvolging van actieplannen is vastgelegd in het jaaractieplan van 2017. <u>Documenten</u> - 514.15a Procedure Veiligheidsrondes - 514.15b Veiligheidsbibliotheek september 2016 - 514.15c Rapport Veiligheidsronde september 2016 - 514.15d Jaarrapport Veiligheidsrondes 2015 - 2016 - 514.15e Vergaderverslag bespreking jaarrapport 2015 - 2016
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De 'Procedure Veiligheidsrondes' geeft de afspraken weer rond de frequentie en de inhoud van het uitvoeren van veiligheidsrondes. - In het 'Jaarrapport veiligheidsrondes 2015-2016' zijn geaggregeerde resultaten opgenomen van de veiligheidsrondes die zijn gelopen tussen september 2015 en april 2016. - Het 'Vergaderverslag bespreking jaarrapport 2015-2016' rapporteert over de bespreking van de resultaten van de uitgevoerde veiligheidsrondes op directie- en managementniveau. - Op de afdelingen pediatrie en materniteit hebben de auditoren vastgesteld dat op de kwaliteitsmuur de resultaten van de veiligheidsronde zijn geafficheerd, alsook vermelding is gemaakt van de verbeteracties die naar aanleiding van de veiligheidsronde zijn genomen. Auditees van de afdelingen pediatrie en materniteit geven aan dat de voortgang van de verbeteracties vanuit veiligheidsrondes is gemonitord. - De medewerkers van de preventiedienst geven aan dat zij tweemaal per jaar onaangekondigde audits doen op de afdelingen. De te toetsen onderwerpen zijn afgesproken in de stuurgroep toetsingen en komen uit de veiligheidsbibliotheek, aldus auditees.
514.16 **NTA**[8009:2011]	*De instelling bevordert dat medewerkers zich bewust zijn van het risicovolle karakter van het eigen handelen en een actieve bijdrage leveren aan de (patiënt)veiligheid.*
Instelling Score 3	Tijdens het inscholingstraject van elke nieuwe verpleegkundige komt het thema kwaliteit en patiëntveiligheid aan bod. Ook tijdens latere opleidingen is er aandacht voor dit thema (bv. opleidingen met betrekking tot ziekenhuishygiëne). Op elke verpleegeenheid en op medisch technische diensten is een <u>referentiepersoon kwaliteit en patiëntveiligheid</u> actief. Elke verpleegeenheid heeft een <u>kwaliteitsmuur</u> die toelaat om documenten met betrekking tot kwaliteit en patiëntveiligheid duidelijk en opvallend in de kijker te zetten. Met behulp van de <u>veiligheidsrondes en interne audits</u> worden kwaliteit en patiëntveiligheid tastbaar gemaakt op de werkvloer. Deze toetsingen laten toe de kennis van afspraken, voorschriften en richtlijnen bij de medewerkers te toetsen, alsook hun

	betrokkenheid bij het instellingsbrede streven naar optimale kwaliteit en patiëntveiligheid. Bij het vaststellen van tekortkomingen worden de nodige acties opgezet. Eén van de manieren waarop elke medewerker een actieve bijdrage kan leveren aan het bevorderen van kwaliteit en patiëntveiligheid is het melden van (bijna-)incidenten. Dit systeem is centraal aangestuurd en ondersteund door groepen van experten (coördinatoren). De hoofdverpleegkundigen krijgen automatisch zicht op de meldingen die betrekking hebben op hun verpleegeenheid. Er is een doorgedreven interactie tussen de experten (coördinatoren) en de hoofdverpleegkundigen, zowel bij het analyseren van het incident als bij het initiëren van de daaruit voortvloeiende verbeteracties. De medewerkers op de werkvloer worden gesensibiliseerd over het belang van incidenten als leermomenten en worden gestimuleerd om incidenten te melden. De melder krijgt bovendien persoonlijke feedback na afhandeling van zijn/haar melding. De hoofdverpleegkundigen en de referentiepersonen kwaliteit en patiëntveiligheid stimuleren de medewerkers op hun verpleegeenheid om aandacht te hebben voor de preventie van incidenten en om incidenten te melden. Voor de medische complicaties is er een complicatieregistratie (zie norm 512.11) in ontwikkeling. In het najaar van 2016 is opgestart voor anesthesie-Intensieve Zorgen-pijnkliniek en voor gynaecologie (postoperatieve wondinfectie na keizersnede). Op deze manier zijn de artsen nog eens extra en specifiek aangesproken op hun belangrijke bijdrage tot de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid. De instelling neemt deel aan de patiëntveiligheidscultuurmeting georganiseerd door de FOD VVVL in het kader van het contract 'Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid'. Documenten - 111.06a Rapport veiligheidscultuurmeting 2015 - 111.06b Functieprofiel referentiepersoon kwaliteit en patiëntveiligheid - 515.12a Procedure Zorg- en patiëntgerelateerde incidenten melden en analyseren
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Rapport veiligheidscultuurmeting 2015' laat zien dat ongeveer 60 % van de artsen en andere zorgverleners deze meting hebben ingevuld. Vanuit de resultaten van de veiligheidscultuurmeting zijn meerdere verbeteracties opgezet. Auditoren hebben dit bevestigd gekregen in het gesprek met de directie en met de preventieadviseur. - De algemeen directeur geeft aan dat zorgverleners en artsen terugkoppeling krijgen van de resultaten van interne audits, veiligheidsrondes, incidentenregistratie en –besprekingen alsook van klachten met als doel hen te wijzen op processen die op orde zijn alsook op verbetermogelijkheden in hun zorgorganisatie en zorgprocessen. - Auditoren hebben vastgesteld op alle bezochte afdelingen dat op de kwaliteitsmuur informatie terug te vinden is van de resultaten van de eigen interne audits, veiligheidsrondes en verbeterprojecten. - Meerdere auditees bevestigen dat op hun afdeling een referentiepersoon kwaliteit en patiëntveiligheid is benoemd. - De zorgmanager oncologie en een lid van de Medische Raad geven aan dat ze de laatste jaren een positieve evolutie hebben waargenomen in het aanspreken van artsen door de verpleegkundigen als zij waarnemen dat artsen de afspraken niet volgen, met kans op fouten tot gevolg. - Een geauditeerde chirurg geeft aan dat hij met de hoofdverpleegkundige in goed overleg, incidenten bespreekt.
514.17 **NTA**[8009:2011]	*Patiënten en hun mantelzorgers worden geïnformeerd over de mogelijkheid en gestimuleerd om incidenten en onveilige situaties te melden en alert te zijn op veiligheidsaspecten van de zorg.*

Instelling Score 4	<u>Geïnformeerd en gestimuleerd</u> Elke patiënt krijgt een onthaalbrochure overhandigd: voor geplande opnames tijdens het vooropnamegesprek, tijdens de raadpleging of op het moment van inschrijving; voor ongeplande opnames bij inschrijving via de spoedopname. De brochure omvat informatie om de patiënt te alerteren op veiligheidsaspecten in de zorg (bv. over medicatie, belang van het opvolgen van instructies, ...) onder vorm van een patiëntveiligheidskaart. Om patiënten aan te zetten tot alertheid zijn deze patiëntveiligheidskaart of onderdelen ervan tevens via diverse kanalen in de instelling zichtbaar (o.a. periodisch op de infoschermen). <u>Incidenten en onveilige situaties melden</u> De patiëntveiligheidskaart omschrijft wat de patiënt of hun familie te doen staat indien deze een onveilige situatie heeft ervaren of ingeval van een proactieve melding. - Voorval rechtstreeks bespreken met de zorgverlener: de zorgverlener geeft de melding in het incidentmeldingsysteem van iProva in. - Voorval melden aan de receptie of aan de dienst communicatie via het contactformulier op de internetsite van de instelling: de medewerker van de receptie en dienst communicatie stuurt de melding door naar dienst waarop het voorval betrekking heeft. De betrokken dienst geeft de melding in het incidentmeldingsysteem van iProva in. - De kwaliteitscoördinator geeft meldingen die op de patiënt-tevredenheidsenquête genoteerd staan, in het incidentmeldingsysteem van iProva in en stuurt de melding door naar de dienst waarop het voorval betrekking heeft. - Ingeval van twijfel over de betrokken dienst contacteert de medewerker die de melding ontvangt, de cel kwaliteit. De cel kwaliteit geeft advies welke dienst betrokken dient te zijn. Bespreking en analyse van deze meldingen gebeurt volgens de flow zoals omschreven in de procedure ‘zorg- en patiëntgerelateerde incidenten melden en analyseren’: diverse kerngroepen analyseren meldingen; voeren prisma-analyses (RCA) uit voor ernstige incidenten en 'sentinel events'; zetten de gepaste personen of instanties aan tot verbeteracties. Patiënten zijn zich bewust over hun eigen rol bij de veiligheid van zijn zorgproces. Dit uit zich door bv. meldingen aangaande onduidelijkheden op medicatieschema bij ontslag, labeling medicatie. <u>Documenten</u> - 514.17a Patiëntveiligheidskaart - 514.17b Contactformulier - ziekenhuiswebsite - 515.12a Procedure Zorg- en patiëntgerelateerde incidenten melden en analyseren
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Op de ‘Patiëntveiligheidskaart’ staat vermeld dat de patiënt wordt geappelleerd om mee in te staan voor zijn eigen veiligheid en mogelijk onveilige situaties of (bijna) incidenten te melden via rechtstreeks contact of via elektronische wijze. - Tijdens de rondgang in het ziekenhuis heeft de auditor vastgesteld dat infoborden met informatie aan de patiënt omtrent het eigen aandeel in het geheel van patiëntveiligheid, op strategische plekken zijn opgesteld. Via deze borden is de

	patiënt uitgenodigd om attent te zijn rond het correct doorgeven van zijn thuismedicatie en is de patiënt gevraagd om gebruik te maken van de voorziene zak voor thuismedicatie om zo de kans op fouten inzake medicatieverificatie bij opname te verkleinen.
514.18 **NTA**[8009:2011]	*De werkeenheden worden schriftelijk en/of langs elektronische weg geïnformeerd over veranderingen die voor de kwaliteit en de voortgang van de (zorg)processen van belang kunnen zijn (middelenassortiment, geneesmiddelenassortiment, afdelingssluitingen, verhuizingen etc.) en passen de (zorg)processen zonodig hierop aan.*
Instelling Score 3	De werkeenheden zijn via elektronische weg geïnformeerd over wijzigingen in het geneesmiddelenassortiment (beslissingen MFC, stockbreuken…). De apotheek verspreidt een digitale infoflash aan de hoofdverpleegkundigen en artsen. Deze infoflash is eveneens raadpleegbaar op het intranet. De algemeen directeur – dagelijks bestuurder informeert alle medewerkers en artsen aan de hand van een elektronische infonota over de opening, sluiting en verhuis van afdelingen en diensten. De leidinggevenden maken van deze infoflashes en infonota's gebruik om de medewerkers van hun afdeling te informeren en passen de zorgprocessen desgevallend aan deze nieuwe omstandigheden aan. Wijzigingen met een grotere impact zijn vóór deze communicatie voorbereid in ad hoc werkgroepen en dienstvergaderingen. De formele informatiedoorstroming gebeurt dan vanuit de beslissingsorganen. Deze wijzigingen komen ook aan bod in het informatieblad Van A tot Z en het medewerkersblad Knipoog, Voor belangrijke wijzigingen zijn er prospectieve risico analyses gemaakt en zijn de wijzigingen in de (zorg)processen voor de betrokken diensten in kaart gebracht. <u>Documenten</u> - 514.18a Voorbeeld infoflash apotheek nr. 37 – vervanging algisite - 514.18b Voorbeeld infonota 47-2016 – reorganisatie verpleegafdelingen zomermaanden 2016 - 514.18c Voorbeeld infonota 71-2015 – reorganisatie verpleegafdelingen - 514.12b PRI Echografie bij cervicale ingrepen - pijnkliniek
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De aangeleverde infoflashes tonen als voorbeelden hoe medewerkers geïnformeerd zijn omtrent wijzigingen in zorgorganisatie en rond veranderingen in de beschikbaarheid van producten. - Het document 'PRI Echografie bij cervicale ingrepen – pijnkliniek' geeft aan dat een PRI is uitgevoerd naar aanleiding van wijzigingen in het pijnbeleid. - Medewerkers van de schoonmaak geven aan dat zij vrijwel altijd op tijd zijn geïnformeerd over veranderingen in de organisatie van hun werk. Indien dit nodig blijkt te zijn, gebeuren aanpassingen aan het werkorganisatie of werkafspraken, aldus auditees. - De geauditeerde zorgverleners van de afdelingen pediatrie en materniteit melden tijdig en via verschillende kanalen geïnformeerd te zijn over veranderingen die hen treffen in het zorgorganisatie en zorgverlening. - De auditoren vernemen van de vertegenwoordigers van het MFC dat wijzigingen in het formularium zijn afgestemd met de betrokken specialismen.
514.19 **NTA**[8009:2011]	*Er zijn afspraken dat op alle momenten (24/7) voldoende professionele deskundigheid en vaardigheid beschikbaar zijn om verantwoord vorm en inhoud te geven aan de*

	(zorg)processen en er zijn afspraken dat een beroep kan worden gedaan op de behandelend, waarnemend of dienstdoend arts/specialist.
Instelling Score 4	Voor wat betreft het medisch departement is dit een wettelijke uitbatingsvoorwaarde voor een ziekenhuis. Deze wettelijke verplichtingen zijn opgenomen in de Algemene Regeling en het Medisch Reglement van Inwendige Orde. De hoofdarts is (eveneens op wettelijke basis) eindverantwoordelijke i.v.m. bewaking dat deze afspraken nagekomen worden. Voor aanvang van elke maand dient elk medisch specialisme zijn “wachtlijst” voor de komende maand over te maken aan het secretariaat van de spoedopname. Indien de maandlijst niet tijdig aangeleverd is, verwittigt het secretariaat spoedopname de hoofdarts, die de betrokken dienst aanspreekt. Hoofdarts controleert de maandlijsten; hoofdarts controleert of er voldoende professionele vaardigheid beschikbaar is bij artsen van andere ziekenhuizen die deel uitmaken van ziekenhuisoverschrijdende wachtdiensten. Hoofdarts neemt corrigerende maatregelen, indien zich problemen voordoen. Voor wat betreft verpleegkundig departement zorgt de departementsdirectie ervoor dat de norm-bestaffing op de klinische diensten, de kritische diensten, de spoedopname en het operatiekwartier aangehouden wordt, zodanig dat alle (zorg)processen correct kunnen verlopen. Ingeval van onverwachte afwezigheden is er de richtlijn dat indien de dienst niet zelf voor een oplossing kan zorgen, de zorgmanager verwittigd wordt, die dan desgevallend extra medewerkers kan ter beschikking stellen vanuit de mobiele equipe. Voor zorgmanagers bestaat er een permanentieregeling buiten de kantooruren. Voor wat betreft klinisch labo is er een 24/7/365 aanwezigheid van een medisch-labo-technoloog; voor wat betreft de radiologie is er naast de 24/7/365 wachtlijst van de arts-radiologen, ook een 24/7/365 wachtlijst van radiologie-technologen die binnen de 15 minuten ter beschikking moeten zijn. Voor wat betreft de apotheek is er een wachtdienst die een 24/7/365 bereikbaarheid garandeert. Voor wat betreft de technische dienst/biotechnische dienst is er eveneens een 24/7/365 wachtdienst. Tenslotte zijn er twee “commandocel-gsm’s”, die 24/7/365 bijgehouden worden door twee leden van het CDB, die instaan voor analyseren en oplossen van eender welke onvoorziene gebeurtenis met betrekking op het normale functioneren van de instelling. Er is een permanentieregeling voor zorgmanagers buiten de kantooruren. Alle wachtlijsten (zowel daglijsten als maandlijsten) , alsook contactnummers (vaste telefoon, gsm, email, dect) zijn terug te vinden voor alle medewerkers op intranet. <u>Documenten</u> - 514.19a Voorbeeld dagwachtlijst artsen-specialisten 24 november 2016 - 514.19b Voorbeeld maandwachtlijst – pneumologie december 2016 - 514.19c Algemene regeling ziekenhuisoverschrijdende wachtdiensten - 511.13a Medisch Reglement Inwendige Orde - 121.08d Algemene regeling rechtsverhoudingen ziekenhuis-artsen
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De documenten ‘Voorbeeld dagwachtlijst artsen-specialisten 24 november 2016’ en ‘Voorbeeld maandwachtlijst – pneumologie december 2016’ zijn voorbeelden van uitgewerkte wachtdienstregelingen van artsen. - De ‘Algemene regeling ziekenhuisoverschrijdende wachtdiensten’ beschrijft de verwachtingen ten aanzien van de artsen met betrekking tot het functioneren in de organisatie van het wachtdienstsysteem van het SEZZ. - Op de afdelingen pediatrie en de materniteit is de wachtregeling voor de pediaters door de auditoren ingezien. Deze wachtdienstregeling is gekend bij de bevraagde medewerkers.

	- De hoofdverpleegkundigen van de afdelingen oncologisch dagziekenhuis en van de afdeling heelkunde geven aan dat ze steeds voldoende medische expertise in huis hebben wanneer ze hieraan nood hebben. - De auditoren hebben bevestigd gekregen van de hoofdarts dat hij in zijn afwezigheid vervangen is door de voorzitter van de Medische Raad. - De geriater en de diabetoloog zeggen bij afwezigheid vervangen te zijn door de collega's internisten. - Auditoren stellen vast dat verpleegkundigen van de spoeddienst beschikken over de actuele wachtlijsten van artsen.

Rubriek: 515 (risicomanagement: reactief)

515.11 **NTA8009:2011**	*De instelling gebruikt informatie uit interne audits, veiligheidsrondes en registraties van complicaties, incidenten, klachten en onderzoeken naar klantervaringen, in onderlinge samenhang, voor gerichte verbeteracties.*
Instelling Score 3	Om het kwaliteitsgebeuren te verankeren in de gehele organisatie is een structuur uitgewerkt onder de vorm van een 'organogram kwaliteit'. De praktische werking staat beschreven in 'Toelichting organogram kwaliteit'. Deze structuur maakt het mogelijk om informatie afkomstig van diverse bronnen, waaronder interne audits, veiligheidsrondes en incidenten, optimaal te gebruiken en gericht verbeteracties op te starten, rekening houdend met de onderlinge samenhang. Centraal staat de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid. De input voor deze stuurgroep is afkomstig van 3 andere stuurgroepen: 1) Stuurgroep Meldingen waar o.a. afstemming gebeurt tussen incidenten m.b.t. medicatie, vallen, agressie en andere type incidenten (zie ook norm 515.12) 2) Stuurgroep Toetsingen waar de focus ligt op resultaten afkomstig van zowel interne als externe metingen (o.a. interne audit, hygiëneaudits, veiligheidsronde,VIP2,…) 3) Stuurgroep Klachten die informatie samenbrengt van klachten (via ombudsdienst en andere kanalen) en patiënttevredenheidsenquêtes Elk van deze 3 stuurgroepen formuleert verbetersuggesties die via de Cel Kwaliteit, worden meegenomen naar de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid. Van hieruit is er doorstroming van verbeteracties naar andere echelons binnen de instelling zoals de Raad van Bestuur, het CDB, hoofdverpleegkundigen,… Voor de verschillende stuurgroepen zijn afspraken vastgelegd aangaande de samenstelling, vergaderfrequentie, agenda en de taken. <u>Documenten</u> - 515.11a Organogram kwaliteit - 515.11b Toelichting organogram kwaliteit
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De documenten 'Organogram kwaliteit' en 'Toelichting organogram kwaliteit' geven een overzicht van de werking van de kwaliteitsstructuur binnen het SEZZ. Deze structuur heeft als doel informatie afkomstig vanuit interne audits, veiligheidsrondes en incidenten te analyseren en verbeteracties op te starten. - De auditoren hebben vernomen van de leden van de stuurgroep meldingen dat incidentmeldingen zijn geregistreerd en opgevolgd in het softwarepakket Iprova. De stuurgroep meldingen houdt zich bezig met het analyseren van de meldingen en het formuleren van verbeteracties. De stuurgroep meldingen is volgens deze auditees opgedeeld in zes kerngroepen rond de thema's medicatie, vallen, agressie,

	transfusiereacties, informatieveiligheid, medewerkersveiligheid en een restgroep andere. In de kerngroepen is specifieke deskundigheid aanwezig om deze analyses te kunnen maken alsook specifieke verbeteracties op te zetten. Het aantal incidentmeldingen neemt toe, aldus auditees van de stuurgroep meldingen. De stuurgroep meldingen heeft inspanningen verricht om de cultuur rond het melden van incidenten veilig te maken, aldus auditees. - De vertegenwoordigers van de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid geven aan dat in het ziekenhuis de plan-do-check-act-systematiek is toegepast binnen de werking van de stuurgroepen meldingen, toetsingen en klachten. Het geheel van verbeteracties is opgevolgd in de lijn en via verslaggeving bespreekbaar gesteld tot op niveau van directie, aldus auditees. Alle verbeteracties zijn toegewezen aan een verantwoordelijke persoon met bepaling van een geschatte einddatum van het borgen van het resultaat van de verbeteracties. - De auditoren hebben vernomen van de proceseigenaar van het fixatiebeleid dat naar aanleiding van metingen op alle afdelingen een aangepast fixatiebeleid is opgesteld. Dit heeft ook geleid tot scholing van de verpleegkundigen, aldus auditee.
515.12 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft afspraken over het melden, registeren en (retrospectief) analyseren van incidenten en onveilige situaties. Het melden gebeurt in de directe werkomgeving van de melder en leidt zo nodig tot verbeteracties. De registratie biedt inzicht in structurele tekortkomingen in (de organisatie van) de (zorg)processen.*
Instelling Score 3	Er is aan alle zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, paramedici,…) en alle andere medewerkers een online platform aangeboden via intranet om incidenten en bijna-incidenten te melden. Hiervoor wordt commerciële software (iProva, Infoland) gebruikt die toelaat alle meldingen te registreren en te beheren. Voor elk van de zes incidenttypes – Agressie, Vallen, Medicatie, Transfusiereactie, Informatieveiligheid en Andere – is een kerngroep aangesteld met een beperkt aantal leden met relevante expertise, de zogenaamde coördinatoren. De kerngroepen bevorderen de melding van (bijna-)incidenten; ontwikkelen meldformulieren en rapporten; analyseren alle meldingen; en rapporteren naar de stuurgroep meldingen, alsook de algemeen directeur – dagelijks bestuurder, hoofdarts en verpleegkundig directeur. De kerngroepen Agressie, Vallen, Medicatie en Andere vergaderen volgens een afgesproken frequentie om bovenstaande taken optimaal waar te nemen. Alle meldingen worden geanalyseerd (root cause analysis) door de coördinatoren van de relevante kerngroep aan de hand van een informele PRISMA-analyse. Voor de beperkte groep van ernstige incidenten en 'sentinel events' wordt gebruik gemaakt van de formele PRISMA-methodologie, inclusief een overleg geleid door een coördinator van de relevante kerngroep met de betrokken zorgverleners en eventueel aangevuld met andere zorgverleners met waardevolle expertise voor de specifieke casus. De opvolging van een melding kan volgende acties omvatten: een persoon of instantie contacteren met de vraag om een verbeteractie uit te voeren of het (bijna-)incident voorleggen aan de stuurgroep meldingen (met eventueel escalatie naar het Comité Kwaliteit en Patiëntveiligheid en/of het CDB) om tot een (instellingsbrede) verbeteractie te komen. Ten slotte wordt feedback gegeven over de afhandeling van de melding aan de melder. De stuurgroep meldingen is het overlegplatform waar vertegenwoordigers van elke kerngroep, de kwaliteitscoördinator, de preventieadviseur, de informatieveiligheidsconsulent en de accreditatiecoördinator rapporteren, ervaringen uitwisselen, overleggen en evalueren. Deze stuurgroep vergadert vier maal per jaar en rapporteert naar de stuurgroep en comité kwaliteit en patiëntveiligheid en het CDB. Maandelijks ontvangen de algemeen directeur – dagelijks bestuurder, de hoofdarts en de verpleegkundig directeur samenvattende rapporten van de kerngroepen.

	Hoofdverpleegkundigen hebben toegang tot de meldingen met betrekking op hun verpleegeenheid. Ze worden bovendien onmiddellijk op de hoogte gebracht van een dergelijke melding door een automatisch gegenereerde mail. De coördinatoren doen regelmatig een beroep op de hoofdverpleegkundigen bij de analyse van de meldingen en bij het opzetten van de vereiste verbeteracties. De hoofdverpleegkundigen spelen eveneens een belangrijke rol in het creëren van een positieve meldcultuur op hun verpleegeenheid of dienst. <u>Documenten</u> - 515.12a Procedure Zorg- en patiëntgerelateerde incidenten melden en analyseren (ZPI) - 515.12b Handleiding ZPI voor experten (coördinatoren) - 515.12c Handleiding ZPI voor hoofdverpleegkundigen
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De 'Procedure Zorg- en patiëntgerelateerde incidenten (ZPI) melden en analyseren' beschrijft de modaliteiten om zorg- en patiëntgerelateerde incidenten te melden, te analyseren en op te volgen. Zo zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de diverse melders, functionarissen en beslissingsorganen benoemd in dit document. De rapportering van incidenten gebeurt volgens het taxonomiesysteem (International Classification for Patient Safety) zoals voorgeschreven door de FOD. - Het document 'Handleiding ZPI voor experten (coördinatoren)' vermeldt dat de analyse van incidenten gebeurt volgens de PRISMA-methodiek. - In het document 'Handleiding ZPI voor hoofdverpleegkundigen' zijn de processtappen in de afhandeling van de incidentmeldingen bepaald. - De leden van de stuurgroep meldingen hebben toegelicht dat het beleid rond melden van incidenten, met het gebruik van Iprova, is doorgegroeid binnen het SEZZ onder coördinatie van een arts. De ontvangen incidentmeldingen kennen een triage per themagroep, aldus auditees. Zo zijn themagroepen bepaald voor incidenten rond vallen, medicatie, agressie, hemovigilantie, informatieveiligheid en een andere restgroep. Per themagroep is een verantwoordelijke persoon bepaald die een lijnfunctie heeft of deskundige is binnen het domein van dit thema. Het analyseren van een incident aan de hand van de PRISMA-methodiek gebeurt volgens de leden van de stuurgroep meldingen onder coördinatie van de verantwoordelijke persoon van de desbetreffende themagroep. De leden van de themagroep beslissen wanneer en hoe een melding resulteert in verbeteractie(s), die door een toegewezen persoon (taskmanager) worden opgevolgd. Alle meldingen van incidenten zijn steeds teruggekoppeld aan de rechtstreeks leidinggevenden van de desbetreffende afdeling, aan de zorgmanager van de afdeling en aan de directie, aldus auditees. - Auditoren hebben Iprova ingezien en hebben vastgesteld dat incidentmelding zijn gebeurd rond alle zes de thema's. Ook hebben auditoren binnen Iprova gezien dat gemelde incidenten zijn geanalyseerd waarna, indien nodig, verbeteracties zijn bepaald. - Op de bevraagde afdelingen hebben auditoren vernomen van beleidsduo's en van medewerkers dat ze op de hoogte zijn van het resultaat van incidentanalyse en dat verbeteracties zijn uitgewerkt. Alle bevraagde auditees kunnen voorbeelden geven van incidenten die zijn gemeld, geanalyseerd en hebben geleid tot verbeteracties. Auditoren hebben onder andere een melding toegelicht gekregen rond een patiëntverwisseling. - Auditees van de afdeling medische beeldvorming geven aan dat zij een incident melden wanneer een aanvraagformulier voor een röntgenonderzoek onvolledig is ingevuld. - De hoofdverpleegkundigen van de afdelingen geriatrie en cardiologie geven aan dat het bespreken van incidenten een vast agendapunt is op hun dienstoverleg.

	- De leden van de directie lichten toe dat zij zicht hebben op het aantal en de ernst van de gemelde incidenten doordat ze zelf vertegenwoordigd zijn in de stuurgroep meldingen alsook in de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid. - Volgens de hoofdarts is het voor artsen niet steeds duidelijk of het gaat om een incident of om een complicatie bij een ongewenste gebeurtenis. Deze auditee geeft aan dat hij merkt dat artsen geneigd zijn om complicaties ook te registreren in Iprova, die dan ook een analyse en opvolging kennen.
515.15 **NTA8009:2011**	*De instelling heeft een beoordelingskader m.b.t. incidenten waarvoor een wettelijke meldingsplicht geldt aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (NL) / Zorginspectie (B).*
Instelling Score 3	<u>Hemovigilantie</u> Incidenten met betrekking tot de hemovigilantie en in het bijzonder transfusiereacties worden intern gemeld via het systeem voor het melden van Zorg- en Patiëntgerelateerde Incidenten. De apotheker klinisch bioloog, tevens hemovigilantie-functionaris, zorgt voor de opvolging en analyse van deze meldingen en indien nodig voor de melding aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG). <u>Materiovigilantie</u> Er is een wettelijk geregelde meldingsplicht van toepassing voor artsen en verpleegkundigen indien er een defect is met een medisch hulpmiddel of implantaat. Het operatiekwartier maakt gebruik van een specifiek meldformulier gericht aan de apotheek. Verpleegafdelingen brengen de verantwoordelijke apotheker (ziekenhuiscontactpunt) op de hoogte via telefoon of mail. De verantwoordelijke apotheker en het Comité Medisch Materiaal staan in voor de opvolging en analyse van deze meldingen en indien vereist voor de melding aan het FAGG. <u>Registratie van ziekenhuisinfecties</u> Het team voor ziekenhuishygiëne staat in voor de deelname aan de wettelijk verplichte surveillanceprotocollen met betrekking tot ziekenhuisinfecties en levert de gevraagde data aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV). <u>Meldingsplichtige infectieziekten</u> De klinisch biologen geven de meldingsplichtige infectieziekten aan bij de provinciale arts infectieziektebestrijding. Deze infectieziekten worden gedetecteerd op basis van laboratoriumonderzoeken, signalen van de zorgverleners en het team voor ziekenhuishygiëne. <u>Nucleaire veiligheid</u> De dienst isotopendiagnose staat in voor de melding van incidenten met betrekking tot de nucleaire veiligheid, met name diefstal en verlies van bronnen, aan het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC). <u>Documenten</u> - 515.15a Procedure Melding infectieziekten in kwaliteitshandboek van het laboratorium - 515.15b Procedure Incidentsituaties dienst isotopen - 515.15c Procedure Decontaminatie - 515.15d Reglement Inwendige Orde Comité Medisch Materiaal
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De aangeleverde documenten geven aan dat verantwoordelijkheden zijn bepaald om te beslissen wanneer en welke incidenten moeten gemeld zijn bij de overheidsinstanties en wie deze wettelijk verplichte melding van incidenten doet bij de desbetreffende overheidsinstantie.

	- Auditees van de hemovigilantiecommissie geven aan dat zij afspraken hebben gemaakt rond de opvolging en analyse van hemovigilantieincidenten alsook wie op welke wijze de melding aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten overmaakt, indien van toepassing.

Rubriek: 516 (patiëntgerichtheid: proactief)

516.09	*De instelling heeft een systeem waardoor de identiteit van een patiënt altijd en overal op betrouwbare wijze kan worden vastgesteld. De instelling heeft afspraken met betrekking tot 'Verwisseling van en bij patiënten' geïmplementeerd (NL: VMS-thema).*
Instelling Score 4	De procedure 'identificatie van de patiënt' is voor alle medewerkers raadpleegbaar in het DBS via intranet en omschrijft de instellingsbrede afspraken en werkwijze om patiënten te allen tijde correct te identificeren voorafgaand aan zorgprocessen en medische handelingen. <u>Systematiek</u> Voorafgaand aan een hospitalisatie of ambulant bezoek meldt elke patiënt zich aan aan de dienst opname, dagziekenhuis, spoedopname, receptie radiologie en balie polikliniek. De patiënt laat zich in het administratief systeem van de instelling inschrijven. De verificatie van de identiteit gebeurt tijdens deze inschrijving zoals omschreven in de procedure 'inschrijving van de patiënt'. <u>Altijd en overal</u> Patiëntidentificatie is geïmplementeerd op alle echelons. Elke patiënt opgenomen in hospitalisatie, daghospitalisatie of dienst spoedopname ontvangt op het moment van inschrijving een identificatiebandje. De patiënt draagt dit bandje van bij de opname tot en met het ontslag uit de instelling op elk moment tijdens zijn hospitalisatie. Voor patiënten die de instelling ambulant bezoeken (bv. voor een raadpleging, medische beeldvorming,…) zijn ID-klevers beschikbaar. <u>Betrouwbaar</u> De identiteitscontrole gebeurt door het aanwenden van minstens 2 identificatieparameters: naam, voornaam en geboortedatum OF naam, voornaam en uniek patiëntennummer. De controle gebeurt voorafgaand aan het uitvoeren van elk zorgproces of medische handeling door middel van 3 checks: 1. mondelinge bevraging van de patiënt 2. vergelijking met identificatieband voor gehospitaliseerde patiënten of met identificatieklever voor niet gehospitaliseerde patiënten 3. vergelijking met het patiëntendossier of aanvraagformulier <u>Verwisseling en afwijkingen</u> De procedure omschrijft de acties die de verschillende partijen moeten ondernemen ingeval van verwisseling of afwijkingen. De identiteitscontrole van de chirurgische patiënt in de operatiezaal gebeurt gebruik makend van de Safe Surgery Checklist. De afspraken hieromtrent staan omschreven in de procedure. De registratie van incidenten aangaande patiëntidentificatie gebeurt via intranet in iProva, waarna de 'Kerngroep Andere' de gemelde incidenten evalueert en verbeteracties voorstelt. Controle bij de patiënt op het dragen van een identificatiebandje is onder andere een vast item tijdens de veiligheidsrondes. Tevens vinden externe audits met benchmarking plaats in het kader van deelname aan het Vlaams Indicatoren Project (VIP²). Uit metingen van 2015 en 2016 is gebleken dat ID-bandjes met een langduriger leesbaarheid nodig zijn. Dit is als verbeteractie in 2016 uitgewerkt.

	Om de resultaten af te stemmen met resultaten van andere audits en om verbeteracties voor te stellen is de 'Stuurgroep Toetsingen' sinds oktober 2016 actief. Communicatie van de resultaten gebeurt instellingsbreed met toelichting van afdelingsresultaten via infonota's en rapporten op intranet. <u>Documenten</u> - 516.09a Procedure Identificatie van de patiënt - 516.09b Procedure Inschrijving van de patiënt: ter inzage tijdens de audit - 516.09c Vergaderverslag 'Kerngroep Andere' 29 juli 2016 - 516.09d Infonota 52-2016 – interne audit identificatiebandje - 514.15e Vergaderverslag bespreking jaarrapport 2015 - 2016
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De 'Procedure Identificatie van de patiënt' duidt dat de instelling beschikt over beleid rond het vaststellen van de identiteit van patiënten conform de adviezen zoals ze zijn terug te vinden zijn in de 'Gids voor de implementatie van een beleid voor identitovigilantie in de ziekenhuizen in het kader van het meerjarige programma kwaliteit en patiëntveiligheid 2013-2017'. - In het 'Vergaderverslag 'Kerngroep Andere' 29 juli 2016' en in de 'Infonota 52-2016 – interne audit identificatiebandje' is opgenomen dat het identificatiebeleid is getoetst binnen interne audits. Resultaten van de toetsingen omtrent het identificatiebeleid zijn besproken en verbetermaatregelen zijn genomen, zoals blijkt uit deze documenten. - In de toelichting rond het sturen op data hebben auditoren vastgesteld dat er kwartaalrapportages bestaan rond de metingen van het identificatiebeleid. De rapportering van de metingen rond het identificatiebeleid gebeurt aan de stuurgroep toetsingen, de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid, het CDB, de hoofdverpleegkundigen en de zorgmanagers. - Auditoren hebben vastgesteld dat resultaten van de metingen van het identificatiebeleid op intranet, op het internet en op de infoborden in het ziekenhuis zichtbaar zijn voor patiënten, medewerkers en bezoekers. - Verpleegkundigen van de afdelingen geriatrie en cardiologie geven aan dat bij het toedienen van medicatie de identiteit van de patiënt is vastgesteld op basis van het polsbandje en de bevraging van de patiënt naar naam en geboortedatum. - Een patiënt op de afdeling oncologisch dagziekenhuis bevestigt dat er naar haar naam is gevraagd bij het toedienen van medicatie. De auditor heeft kunnen vaststellen op de afdeling oncologisch dagziekenhuis dat twee patiënten een correct identificatiebandje dragen. - De auditoren hebben bevestigd gekregen van een patiënt op de afdeling pulmonologie dat hij regelmatig bevraagd is naar zijn naam en geboortedatum en dat op zijn polsbandje deze gegevens ook staan. - Tijdens de bezoeken op de afdelingen hebben auditoren vastgesteld bij alle gecheckte patiënten dat zij een polsbandje dragen.
516.10	*De instelling draagt er zorg voor dat de patiënt wordt geïnformeerd over welke arts/specialist (als hoofdbehandelaar) eindverantwoordelijk is voor het individuele zorgproces en welke zorgverlener voor de patiënt als eerste aanspreekpunt fungeert.*
Instelling Score 3	Elke patiënt is bij inschrijving voor hospitalisatie, daghospitalisatie en spoedopname toegewezen aan een ziekenhuisarts, die éénduidig vermeld staat op de ziekenhuisklevers. Op de spoedopname geschiedt de toewijzing aan een spoedarts; indien naderhand een opname vereist is, geschiedt een nieuwe toewijzing aan een ziekenhuisarts. De naam van de behandelende arts is vermeld in het verpleegkundig dossier.

	Bij aanvang van hun stage krijgen arts-specialisten in opleiding (ASO's) en arts-stagiairs ter gelegenheid van een eerste contactvergadering met de hoofdarts de instructie om bij aanmelding bij een patiënt zichzelf kenbaar te maken en ook erbij te vermelden in wiens opdracht zij bij de patiënt komen. Spoedartsen krijgen de instructie vanwege de hoofdarts om de naam van de vervolgbehandelaar bij opname of specialistische behandeling aan de spoedopname-patiënten mede te delen. Ziekenhuisartsen krijgen de instructie om zichzelf kenbaar te maken bij patiënten die onder hun hoede komen te staan, of bij wie een consult of behandeling dient te geschieden; zijn tevens geïnstrueerd om patiënten in te lichten over eventuele andere zorgverleners die in het zorgproces betrokken worden. Indien de hoofdbehandelaar verschilt van de arts op de patiëntenklever staat dit vermeld op het verpleegkundig dossier. Medische directie beoordeelt eventuele tekortkomingen via onder meer patiënttevredenheidsenquêtes. Veiligheidsrondes en interne audits gaan na of verpleegkundige dossiers volledig ingevuld zijn en geven als dusdanig feedback aan de verpleegkundige afdelingen. De Medische Beleidsgroep bespreekt eveneens de bevindingen uit diverse beoordelingen. <u>Documenten</u> - 518.16a Handleiding verpleegdossier - 516.10a Voorbeeld patiëntenklever - 516.10b Verpleegkundig patiëntendossier: ter inzage tijdens de audit - 112.02d Vergaderverslag medische beleidsgroep 6 juli 2016
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Vergaderverslag medische beleidsgroep 6 juli 2016' duidt bevindingen ten aanzien van het toepassen van de afspraken rond het hoofdbehandelaarschap vanuit de Medische Beleidsgroep. - De zorgmanager oncologie meldt dat op de patiëntensticker steeds te achterhalen is wie de hoofdbehandelaar is. - De hoofdverpleegkundige van de afdeling pediatrie geeft aan dat nooit twijfel bestaat wie de hoofdbehandelaar is omdat de hoofdbehandelaar steeds vermeld staat op de patiëntensticker. - Uit het gesprek met de vertegenwoordigers van de MOC blijkt dat afspraken zijn gemaakt wie hoofdbehandelaar is tijdens de verschillende fasen in een oncologische behandeling. - De leden van geriatrische liaisongroep geven aan dat bij het doorverwijzen van een opgenomen patiënt naar de afdeling geriatrie, de patiënt steeds is ingelicht dat de geriater vanaf de transfer de hoofdbehandelaar is. - De auditoren hebben bevestigd gekregen van de hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie, de geriater, de hoofdverpleegkundige van de afdeling gastro-enterologie, de algoloog en de diabetoloog dat de arts de patiënt op de hoogte brengt van wie zijn hoofdbehandelaar is. - De auditoren hebben bevestigd gekregen van een patiënt op de afdeling pneumologie dat hij op de hoogte is van wie zijn hoofdbehandelaar is. - De naam van de hoofdbehandelaar staat op de patiënten sticker, die is aangebracht op het papieren dossier. Dit is door de auditoren bevestigd gezien in alle ingekeken verpleegkundig dossiers.
516.11	*De informatievoorziening aan de patiënt over het voorgenomen onderzoek, zijn gezondheidstoestand en de voorgestelde behandeling gebeurt op een manier die hem in staat stelt zijn toestemming weloverwogen te verlenen of te weigeren (informed consent).*

Instelling Score 3	Op basis van de door de Medische Raad en Medische Beleidsgroep aangevoelde noodzaak tot het bekomen van een meer uniform en instellingsbreed verspreid beleid met betrekking op informed consent, heeft de hoofdarts in 2015 een conceptnota geredigeerd en voorgelegd aan de Medische Raad en Medische Beleidsgroep. Het “informed consent” principe dient aanleiding te geven tot: - het ontwikkelen van meer en meer informatietools (informatie omtrent patologie/behandelingen op de website van de instelling, via folders en richtlijnen) - het ontwikkelen van specifieke consentformulieren Op basis van deze conceptnota nemen vele medische diensten intussen het initiatief om over te gaan tot schrijven van informed consent formulieren voor hun verschillende ingrepen/interventies. Bijvoorbeeld: - reeds grondige informatie en consentformulieren op diensten neurochirurgie en bariatrische heelkunde alsook voor colonoscopie en gastroscopie - informed consent formulieren voor de diverse urologische interventies, opgesteld door de beroepsvereniging urologie; zijn opgeladen op intranet in september 2016 - implementeren van een informed consent formulier door de dienst NKO in november 2016 - conceptnota bevat standaardaanbevelingen en voorbeeldformulieren die op diverse diensten gebruikt worden; bevat eveneens instructies omtrent het informed consent gegeven bij kinderen en wilsonbekwamen. Bij het opstellen van nieuwe formulieren plegen medische diensten doorgaans overleg met de hoofdarts. De informed consent problematiek wordt regelmatig onder de aandacht gebracht van de artsen door de hoofdarts en de Medische Raad via Medische Raad verslagen en diverse instructieve emails en gesprekken. <u>Documenten</u> - 516.11a Informed Consent Instemmingsformulieren SEZZ - 516.11b Informed Consent nefrectomie – dienst urologie
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document ‘Informed Consent Instemmingsformulieren SEZZ’ geeft het beleid weer rond wanneer en op welke wijze informed consent moet verkregen zijn bij behandelingen of medische interventies. - De hoofdarts licht toe dat een beleidsnota is opgemaakt over het informed consent beleid waarbij voorbeeld formulieren ter beschikking zijn gesteld. Voorbeelden zijn de disciplines neurochirurgie, urologie, bariatrische heelkunde en gastro-enterologie waar met informatie- en consentformulieren gewerkt wordt, aldus auditee. - De aanwezigheid van een ondertekend informed consent document is vastgesteld in de twee at random ingeziene patiëntendossiers door de auditoren. - Auditoren vernemen van de leden van de hemovigilantiecommissie dat bij Jehova getuigen de noodzaak van een eventuele bloedtransfusie uitgebreid besproken is in het pre-operatief consult. - De auditoren hebben vernomen van de pneumoloog dat mondelinge en schriftelijke informatie over onderzoeken zijn verstrekt. De auditoren hebben de brochure bronchoscopie ingezien. - Een patiënte in de wachtkamer van de afdeling nucleaire geneeskunde heeft bevestigd dat zij op de hoogte is van het voorgenomen onderzoek en dat zij uitleg heeft gekregen over de procedure, de inspuiting, de wachttijd en uit te voeren metingen.

516.12	*Als een andere zorgverlener dan de hoofdbehandelaar (een onderdeel van) de behandeling overneemt, wordt de patiënt hierover tijdig en duidelijk geïnformeerd en wordt hiervan melding gemaakt in het dossier.*
Instelling Score 3	Als de hoofdbehandelaar een deel van de diagnostiek en therapie over laat aan een andere zorgverlener, bespreekt hij dit met de patiënt; hierbij zal hij maximaal de vrije keuze van de patiënt eerbiedigen. Indien de patiënt niet in staat is om deze bespreking te vatten (kinderen, dementen, wilsonbekwaamheid), bespreekt de hoofdbehandelaar dit met ouders, familie, mantelzorger. Als de hoofdbehandelaar tijdelijk de zorg over de patiënt niet kan waarnemen (ziekte, afwezigheid wegens congres, vakantie) is hij verplicht om een andere zorgverlener aan te duiden als vervolgbehandelaar. Hij zal de algemene en medische directie berichten van zijn afwezigheid, en voorzien in het ter beschikking staan van de nodige medische informatie, opdat de vervolgbehandelaar zijn functie ten volle kan waarnemen. Deze instructies zijn opgenomen in het medisch reglement van inwendige orde. Verandering van hoofdbehandelaar is neergeschreven in het verpleegkundig dossier. De medische directie bekijkt eventuele klachten hieromtrent (via patiënttevredenheidsmetingen, via ombudsdienst, via directe meldingen) en desgevallend volgt hierop corrigerende actie. Indien er voor de verpleging onduidelijkheden zouden bestaan, spreekt de verpleging de artsen hierop aan. <u>Documenten</u> - 511.13a Medisch Reglement Inwendige Orde
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Medisch Reglement Inwendige Orde' geeft de rol van de hoofdbehandelaar weer, alsook de afspraken rond het overdragen van het hoofdbehandelaarschap bij afwezigheid van de hoofdbehandelaar. - De auditoren hebben vernomen van de geriater, de algoloog, de cardioloog en de diabetoloog dat bij het wijzigen van het hoofdbehandelaarschap de arts de patiënt op de hoogte stelt wie de toekomstige hoofdbehandelaar is. - Een patiënt op de afdeling pneumologie bevestigt dat hij zowel op de afdeling intensieve zorgen als de verpleegafdeling op de hoogte is gesteld van zijn hoofdbehandelaar.
516.13	*Als er leerlingen, stagiaires en/of co-assistenten betrokken zijn bij de (zorg)processen, wordt de patiënt hierover tijdig en duidelijk geïnformeerd en om toestemming gevraagd.*
Instelling Score 3	In norm 311.10 zijn de afspraken ingeschreven met betrekking tot inzet van verpleegkundige stagiairs en leerlingen. Verpleegkundigen of zorgkundigen maken eveneens melding aan hun patiënten, en vragen hun goedkeuring, ingeval stagiairs of arts-specialisten in opleiding (ASO) deelnemen aan het door hen verstrekte zorgproces. De instelling fungeert ook als stageplaats voor arts-stagiairs van de KUL (Katholieke Universiteit Leuven) en UG (Universiteit Gent). Stagiairs kunnen werkzaam zijn op alle diensten in de instelling, inclusief operatiezalen en spoedopname. Tevens zijn er erkende stagemeesters en stagediensten voor specialistische opleidingen inwendige ziekten (geriatrie / gastro-enterologie, cardiologie, nefrologie), oftalmologie, fysiotherapie. Bij aanvang van een stage of opleiding ondertekenen stagiairs (zowel artsen als verpleegkundigen in opleiding) en ASO's een formulier (dat bijgehouden wordt door de hoofdarts) waarbij hun plaats binnen het zorgproces gedefinieerd is, en waarbij gewezen

	wordt op de plicht om patiënten te infomeren omtrent hun status, alsook om hen toestemming te vragen deel te nemen aan het zorgproces bij de betrokken patiënten. Stagemeesters maken aan hun patiënten kenbaar waar en wanneer ASO's en stagiairs binnen het zorgproces betrokken zijn. Eventuele klachten worden door de medische directie behandeld en desgevallend gecorrigeerd. Het correcte omgaan van ASO's met patiënten wordt getoetst tijdens de evaluatiegesprekken die plaats vinden tussen de ASO's en de hoofdarts. <u>Documenten</u> - 516.13a Overeenkomst voor (pre)stagiairs en externe artsen - 311.10f Onthaalbrochure stagiair
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document 'Onthaalbrochure stagiair' staat vermeld dat een stagiair aan de patiënt dient te melden dat hij of zij bij het zorgproces is betrokken en dat de patiënt toestemming moet geven om een handeling uit te voeren. - De hoofdverpleegkundige van de afdeling pediatrie geeft aan dat steeds toestemming van de patiënt of van de familie is bekomen vooraleer een stagiair een handeling uitvoert bij een patiënt.
516.14	*De instelling heeft afspraken voor omgang en voorzieningen met betrekking tot de zorg voor kinderen en heeft afspraken met betrekking tot 'Veilige zorg voor zieke kinderen' geïmplementeerd (NL: VMS-thema; B: Zorgprogramma Kinderen).*
Instelling Score 4	Het *"Charter van het gehospitaliseerde kind"* van de European Association for Children in Hospital vormt in de instelling het uitgangspunt voor de organisatie van de opvang en de zorg voor zowel ambulante als opgenomen kinderen. Het charter is terug te vinden op intranet en als beleidsrichtlijn op DBS. Het charter is opgebouwd uit 10 artikels en per artikel wordt weergegeven hoe dit in de instelling is ingevuld. De instelling profileert zich als een kindvriendelijk ziekenhuis en onderschrijft dit aan de hand van een aantal stellingen in het "*Protocol kindvriendelijk ziekenhuis*". Dit protocol is raadpleegbaar op intranet en hangt uit op de afdeling pediatrie, materniteit, in de pediatrische box van de spoedopname, in de wachtzaal radiologie en operatiekwartier, alsook in de voorbereidingsbox OK en t.h.v.de uitgang van de boxen in de recovery van het OK. Het protocol hangt eveneens uit in de wachtzaal van de kinderartsen. Het protocol is een beknopte synthese van het uitgewerkte charter. Op basis van de resultaten van de proefaudit zijn bijkomende procedures uitgeschreven met als doel de instelling zich nog beter te laten profileren als kindvriendelijk ziekenhuis: - begeleiding ouder-kind naar medische beeldvorming - de opname van het kind op de spoedopname De procedure 'begeleiden van ouder- kind in het operatiekwartier' is gereviseerd. De planning van de pediatrische dagziekenhuispatiënten is zodanig georganiseerd dat alle pediatrische patiënten gehospitaliseerd worden op de afdeling pediatrie. Een pediatrische preoperatieve map wordt ter beschikking gesteld van geplande dagziekenhuisopnames. Het betreft dagopnames dewelke resulteren in een chirurgische ingreep. De behandelende chirurg verwijst de ouders en het kind door naar de dienst opname. De dienst opname geeft duiding bij de inhoud van de map.

	Op de website van de instelling zijn het protocol kindvriendelijk ziekenhuis, het Charter van het gehospitaliseerde kind alsook informatie over de opname op pediatrie beschikbaar. Binnen het “Zorgprogramma voor kinderen” situeert de instelling zich op het tweede zorgniveau met een gespecialiseerd zorgprogramma, met naast een basiszorgprogramma ook klassieke hospitalisatie. Voor het tertiaire zorgprogramma heeft het ziekenhuis met UZ Gent een samenwerking geformaliseerd. In het DBS zijn specifieke behandelprotocollen terug te vinden voor kinderen bv. het meten van pijn bij kinderen – 16 jaar, reanimatie – 16 jaar, behandeling van pijn – 16 jaar,… Op de afdelingen pediatrie, spoedopname en radiologie is in een speelhoek voorzien. De afdelingen pediatrie en de spoedopname maken gebruik van een “dapperheidsdiploma” voor de ambulante of opgenomen kinderen. Het dapperheidsdiploma bestaat in 2 versies, jongens of meisjes. <u>Documenten</u> - 516.14a Beleidsrichtlijn Kindvriendelijk ziekenhuis - 516.14b Procedure Begeleiding ouder-kind naar en tijdens medische beeldvorming - 516.14c Procedure Begeleiding ouder-kind naar en in het operatiekwartier - 516.14d Procedure Opvang kind spoedopname - 516.14e Procedure Opname pediatrische dagziekenhuispatiënt - 516.14f Dapperheidsdiploma meisje
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De aangeleverde documenten geven weer dat er bijzondere aandacht is voor de omgang en voorzieningen voor zieke kinderen op meerdere afdelingen in het ziekenhuis. - Het document ‘Procedure Opname pediatrische dagziekenhuispatiënt’ duidt de afspraken voor de opvang van een pediatrische dagziekenhuispatiënt die niet op ontslag mag en moet blijven overnachten in het ziekenhuis. - De auditoren hebben vastgesteld op de dienst spoedgevallen dat een spoedbox ingericht is ten behoeve van kinderen. Een medewerker van de dienst spoedgevallen meldt dat bij de triage voorrang gegeven is aan kinderen. - Op de afdeling pediatrie hebben auditoren vastgesteld dat voor het meten van pijn methods zijn gebruikt die aangepast zijn aan de leeftijd van het kind. Ook hebben auditor vastgesteld dat aandacht is gegeven aan het verstrekken van informatie aan de ouders en dat dit genoteerd staat in het dossier van het kind. - De hoofdverpleegkundige van de afdeling pediatrie licht toe dat ze op de afdeling pediatrie beschikken over een multidisciplinair team dat in samenstelling is aangepast aan de noden van kinderen. - De ‘Beleidsrichtlijn kindvriendelijk ziekenhuis’ vermeldt dat kinderen en ouders het recht hebben op alle informatie die noodzakelijk is voor het geven van toestemming voor onderzoeken, ingrepen en behandelingen. Voor ingrepen bij kinderen zijn overigens specifieke toestemmingsformulieren ter beschikking.
516.15	*De instelling heeft een regeling voor omgang en voorzieningen met betrekking tot de zorg voor kwetsbare ouderen en heeft afspraken met betrekking tot ‘De kwetsbare oudere’ geïmplementeerd (NL: VMS-thema; B: Zorgprogramma Geriatrie).*
Instelling	De instelling beschikt over een <u>multidisciplinair kwaliteitshandboek</u> geriatrie met betrekking tot het beleid over de zorg van de kwetsbare oudere. Dit handboek is

Score 3	gebaseerd op het zorgprogramma geriatrie. Het bevat de visie, controle, afspraken en voorzieningen rond de geriatrische patiënt. De instelling heeft twee geriatrische afdelingen, diensten 2 E en 2 F. De tweede afdeling, 2 F, is operationeel sedert december 2015. Deze afdeling is tot stand gekomen door een reconversie van C,D en E bedden naar G bedden, waardoor het nu wel mogelijk is om de overgrote meerderheid van patiënten met geriatrisch profiel en geriatrische pathologie op een dienst geriatrie te hospitaliseren. Beide diensten liggen naast elkaar en beschikken over een gezamenlijke ruimte voor verschillende therapieën van de ergotherapeuten, logopedist en kinesisten. De patiënten worden naar de dienst geriatrie verwezen van op de raadpleging geriatrie, vanuit andere hospitalisatie-afdelingen of van op de spoedopname op basis van het triagesysteem. Op spoedopname en op alle C- en D-diensten zijn referentieverpleegkundigen geriatrie aangeduid. Zij geven hun collega's ondersteuning bij het opmaken van de ISAR (Identification of Seniors at Risk), bij alle patiënten boven de 75 jaar. Bij alle patiënten met een ISAR-score ≥2 (= patiënt met een geriatrisch risicoprofiel) wordt een beroep gedaan op de Interne Geriatrische Liaison (De procedure en ISAR zijn te raadplegen op het DBS). De doelstelling van het interne liaison team (ILT) bestaat uit het aanbieden van een complementaire geriatrische benadering. De verpleegkundige/paramedici van het ILT komen naar de afdeling. Er wordt een geriatrisch assessment afgenomen bij de patiënt. Er wordt een verslag gemaakt over de patiënt en het ILT zal kijken of er ondersteuning van paramedici, voedingsconsulent en/of sociale dienst dienen opgestart bij de patiënt. Het advies van het ILT wordt overgemaakt aan de desbetreffende afdeling door een verslag in het patiëntendossier toe te voegen. Geriatrische patiënten die verwezen werden voor gecoördineerd laten doorgaan van een aantal onderzoeken op één dag werden vroeger verwezen naar het internistische en oncologische dagziekenhuis. Opening van het geriatrisch dagziekenhuis in de zomer van 2016 zorgt ervoor dat geriatrische patiënten, voorlopig twee dagen per week, in een voor hen specifieke en aangepaste omgeving terecht kunnen voor een daghospitalisatie op een afdeling die architectonisch aansluit bij de geriatrische afdeling 2 E. De referentieverpleegkundigen decubituspreventie hebben als bijkomende opdracht om naast decubitus en vochtletsels ook ondervoeding op te volgen. Zij doen 4 controles per jaar, die zijn teruggekoppeld aan elke dienst. Deze opvolging en registratie is onrechtstreeks ook gekoppeld aan de zorg voor de kwetsbare oudere. Documenten - 516.15a Procedure Interne Liaison Geriatrie - 516.15b Registratiedocument Geriatrisch Risico Profiel - 516.15c Brochure voor de geriatrische patiënten. - 516.15d Presentatie resultaten prevalentiemeting ondervoeding juni 2016 - 516.15e Inhoudstabel van het kwaliteitshandboek geriatrie
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De aangeleverde documenten geven weer dat er bijzondere aandacht is voor de omgang en voorzieningen voor kwetsbare ouderen op meerdere afdelingen in het ziekenhuis. - Het SEZZ beschikt over een kwaliteitshandboek geriatrie dat het multidisciplinair beleid over de zorg van de kwetsbare oudere beschrijft. Dit handboek is gebaseerd op het zorgprogramma geriatrie en bevat de visie, controle, afspraken en voorzieningen rond de geriatrische patiënt.

	- Het document 'Procedure Interne Liaison Geriatrie' licht de werkwijze toe waarbij patiënten boven de 75 jaar gescoord worden ten aanzien van het geriatrisch risicoprofiel en dat bij een score gelijk of meer dan twee de medewerkers van de interne liaison geriatrie worden ingeschakeld. - De hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie, de geriater, de verpleegkundige van de interne liaison geriatrie en de ergotherapeut van de afdeling geriatrie duiden dat alle patiënten ouder dan 75 jaar, ongeacht de afdeling waar ze verblijven, zijn gescreend op valrisico, ondervoeding en fysieke beperkingen. De auditoren hebben de verpleegkundige dossiers ingezien en bevestigd gezien dat de genoemde scores in de dossiers zijn ingevuld. Op de afdelingen neurologie en gastro-enterologie hebben auditoren vastgesteld dat deze scores in het verpleegkundig dossier zijn ingevuld. - De verpleegkundige van de interne liaison geriatrie geeft aan dat ze binnen het team van de interne liaison geriatrie de patiënten bespreken die op andere afdelingen dan de geriatrie liggen en toch een specifiek geriatrisch beleid vereisen. Deze auditee zegt dat haar taak er in bestaat om ondersteuning te bieden aan de afdelingen buiten de geriatrie, om het geriatrisch beleid voor deze patiënten op punt te stellen tot aan het ontslag of tot aan het moment van transfer naar de afdeling geriatrie. - Auditoren hebben vastgesteld dat de werking rond het geriatrisch beleid in het SEZZ voldoet aan de vereisten van het zorgprogramma geriatrie.
516.16	*De instelling hanteert een regeling voor omgang, voorzieningen en besluitvorming met betrekking tot de zorg voor wilsonbekwame patiënten.*
Instelling Score 3	Teneinde tot een actualisatie te komen betreffende de regeling die de instelling hanteert voor omgang, voorzieningen en besluitvorming met betrekking tot de zorg voor wilsonbekwame patiënten, heeft de hoofdarts ten behoeve van het medisch kader een nota geschreven en verspreid. In eerste instantie is beschreven welke categorieën patiënten gezien worden als wilsonbekwame patiënten. Vervolgens licht men het begrip "vertegenwoordiger" toe en besteedt men bijkomende aandacht aan veronderstelde toestemming bij spoedopname en in geval van intoxicatie, en geeft men tenslotte nog richtlijnen voor het geval de wilsbekwaamheid niet 100% duidelijk is. Deze nota geeft de zorgverleners duidelijke instructies tot handelen bij de diverse situaties waarbij sprake is van wilsonbekwaamheid. Deze tekst is goedgekeurd door het Ethisch Comité in zijn vergadering van 28.04.2016. Ter verdere explicitering staat met name in het "protocol kindvriendelijk ziekenhuis" beschreven dat kinderen en ouders het recht hebben op alle informatie die noodzakelijk is voor het geven van toestemming voor onderzoeken, ingrepen en behandelingen. Voor ingrepen bij kinderen zijn overigens specifieke toestemmingsformulieren ter beschikking. Bij het toekennen van een "code omtrent beperking van therapie" (CBT) is voor elke toegekende code ruimte voorzien om af te vinken dat men deze code besproken heeft met een vertrouwenspersoon ingeval er sprake is van wilsonbekwaamheid. <u>Documenten</u> - 516.16a Conceptnota omtrent wilsonbekwame patiënten - 516.16b Vergaderverslag Ethisch Comité 28 april 2016 - 516.16c Toestemmingsformulier ingrepen kinderen - 516.16d Procedure Ontslag tegen medisch advies - 516.14a Beleidsrichtlijn kindvriendelijk ziekenhuis
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen:

	- In het document 'Conceptnota omtrent wilsonbekwame patiënten' is de definitie opgenomen van een wilsonbekwame patiënt alsook de bevoegdheden van de vertegenwoordiger. Deze nota geeft de zorgverleners instructies bij situaties waarbij sprake is van wilsonbekwaamheid. Auditoren hebben een vastgestelde versie van dit document ingezien, die goedgekeurd is door het ethisch comité op 28 april 2016. - De 'Beleidsrichtlijn kindvriendelijk ziekenhuis' vermeldt dat kinderen en ouders het recht hebben op alle informatie die noodzakelijk is voor het geven van toestemming voor onderzoeken, ingrepen en behandelingen. Voor ingrepen bij kinderen zijn overigens specifieke toestemmingsformulieren ter beschikking. - De auditoren hebben vernomen van de geriater, van de hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie en van de leden van de ethische commissie dat beleid rond de wilsonbekwame patiënten is opgemaakt. Op de verpleegafdeling geriatrie worden beslissingen samen met de vertrouwenspersoon genomen in geval van een wilsonbekwame patiënt, aldus de hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie.
516.17	*De instelling heeft afspraken inzake behandelbeperking in een individueel (zorg)proces, de communicatie daarover met de direct betrokkenen en de vastlegging hiervan in het dossier van de betreffende patiënt.*
Instelling Score 4	Teneinde afspraken inzake behandelbeperking in een individueel (zorg)proces te standaardiseren, eenduidig te maken en correct te communiceren met de direct betrokkenen, alsook vast te leggen in het betreffende patiëntendossier, heeft het Ethische Comité in 2014 een nieuwe procedure "code beperking therapie / CBT" voorgesteld die sedert oktober 2014 instellingsbreed geïmplementeerd werd. Het formulier CBT omvat aan de achterzijde een toelichting omtrent de CBT en aan de voorzijde dient een code 0 – 1 – 2 of 3 aangeduid te worden, die resp. betrekking hebben op "geen beperking therapie", "niet reanimeren", "therapie niet uitbreiden" en "therapie afbouwen", waarbij voor elke code verdere specificaties kunnen aangeduid worden, en waarbij telkens ook dient aangeduid te worden of dit besproken is met patiënt, vertrouwenspersoon en huisarts; hierbij is de handtekening en stempel van verantwoordelijke arts vereist. Na de implementatiefase van ruim één jaar, werd vanuit het medisch departement gevraagd naar een verdere differentiatie en specificatie van de code 0, wat aanleiding gaf tot een nieuwe en verfijnde richtlijn door het Ethisch Comité in zijn zitting van 28.04.2016. De richtlijnen voor code 1 – 2 – 3 blijven behouden aangezien hieromtrent geen aanmerkingen of opmerkingen waren. Tijdens de veiligheidsrondes toetst men eveneens het correct invullen van de CBT codes. <u>Documenten</u> - 516.17a Code omtrent beperking van therapie - 516.16b Vergaderverslag Ethisch Comité 28 april 2016 - 514.15d Jaarrapport Veiligheidsrondes 2015 - 2016
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Code omtrent beperking van therapie' legt de afspraken vast inzake het beleid van behandelbeperking. Op een daarvoor bedoeld formulier dient voor iedere patiënt een code 1 tot 3 aangegeven te zijn alsook met wie dit besproken is. Het formulier maakt deel uit van het verpleegkundig dossier. - In het 'Jaarrapport Veiligheidsrondes 2015-2016' is weergegeven dat binnen de veiligheidsrondes meegenomen is of scores van behandelbeperking al dan niet zijn vastgelegd in het patiëntendossier conform het beleid.

	- De auditoren hebben vernomen van de geriater dat behandelbeperkingscodes zijn besproken met patiënt en/of familie en opgenomen zijn in het verpleegkundig dossier, het elektronisch medische dossier en in de ontslagbrief. - De auditoren hebben vastgesteld tijdens het bezoek op de afdelingen geriatrie, cardiologie en pneumologie dat de behandelbeperkingscode in het dossier van de patiënt is opgenomen en het ondertekende formulier onderdeel uitmaakt van het patiëntendossier.
516.18	*De instelling hanteert een regeling voor het toepassen van vrijheidsbeperkende beschermende middelen en/of maatregelen.*
Instelling Score 3	De instelling hanteert een fixatie-arm beleid waarbij vrijheidsbeperkende maatregelen enkel in weloverwogen situaties van toepassing zijn. Voldoende alternatieven dienen onderzocht te worden vooraleer overgegaan wordt tot fysieke fixatie. De vrijheidsbeperkende, beschermende middelen en maatregelen van toepassing zijn: 1) fixatie, 2) afzondering, 3) toedienen van kalmerende middelen en 4) fysieke beheersing. Op de afdeling pediatrie is een expliciet non-fixatie beleid van toepassing. Andere afdelingen passen in de mate van het mogelijke alternatieven toe die gericht zijn op een preventieve aanpak: zorgen voor voldoende privacy, voldoende ruimte en accommodatie, rust, prikkels vermijden,… Vorming en opleiding rond omgaan met probleemgedrag en agressie alsook vorming rond afzondering en fixatie behoren tot deze preventieve aanpak. Tevens zijn enkele afdelingen (2E, 2F en Sp-revalidatie) uitgerust met een dwaaldetectiesysteem waardoor de noodzaak tot gebruik van vrijheidbeperkende middelen eveneens gereduceerd is. Opleiding en vorming omtrent fixatie gebeurt jaarlijks via workshops gegeven door de referentieverpleegkundigen van de PAAZ (Psychiatrische Afdeling binnen een Algemeen Ziekenhuis). Om uniformiteit binnen de instelling te bevorderen is in het laatste kwartaal van 2016 een nieuw type fixatiemateriaal in gebruik genomen. Voor de ingebruikname van het nieuwe fixatiemateriaal is een PRI gemaakt. Iedere verpleegkundige kreeg een specifieke opleiding. In de procedure “praktijkrichtlijn (fysieke) fixatie” staan de praktische richtlijnen beschreven. De referenten zijn ook het aanspreekpunt bij nood aan ondersteuning. De opleiding ‘omgaan met agressie’ staat beschreven in norm 323.12. Na elk agressie-incident moet de geagresseerde dit in het elektronisch incidentmeldingsysteem melden. Analyse van deze incidenten gebeurt minimaal 3 maandelijks door de kerngroep ‘Agressie’. Voor de afdelingen spoedopname en de PAAZ bestaan specifieke procedures voor het isoleren van een patiënt door het gebruik van respectievelijk de isolatiebox spoedopname en gebruik van de isolatiekamer PAAZ. <u>Documenten</u> - 516.18a Procedure Fixeren van patiënten - 516.18b Praktijkrichtlijn (fysieke) fixatie - 516.18c Procedure Gebruik van de isolatiebox spoedopname - 516.18d Toedienen kalmeringsmiddel i.g.v. agressie
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.

	Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Procedure Fixeren van patiënten' geeft aan dat het SEZZ een fixatie-arm beleid hanteert waarbij vrijheidsbeperkende maatregelen enkel in weloverwogen situaties van toepassing zijn. Voldoende alternatieven dienen onderzocht te zijn vooraleer over te gaan tot fysieke fixatie. - De auditoren hebben vernomen van de hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie en van de geriater dat een terughoudend beleid is gevoerd ten aanzien van het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze maatregelen dienen geregistreerd te zijn alsook besproken met de familie, aldus auditee. - De verantwoordelijke persoon voor het fixatiebeleid geeft aan dat het fixatiebeleid binnen het SEZZ een inhoudelijke herziening heeft gekend vanuit een nulmeting, waarbij bewust is gekozen voor een fixatie-arm beleid. Dit fixatie-arm beleid houdt in dat eerst alle alternatieven verkend zijn vooraleer over te gaan tot effectieve fixatie. Het vernieuwde vrijheidsbeperkende beleid is gecommuniceerd naar alle betrokken zorgverleners, aldus auditee. - Auditoren hebben vastgesteld dat op iedere afdeling een fixatie box aanwezig is.
516.19	*De instelling hanteert een regeling voor het betrekken van patiënten bij medisch-wetenschappelijk onderzoek, die in ieder geval inhoudt dat de patiënt deugdelijk is geïnformeerd en met deelname expliciet heeft ingestemd.*
Instelling Score 3	De instelling heeft in het medische reglement van inwendige orde expliciet ingeschreven dat artsen-onderzoekers hun patiënten, die betrokken zijn bij medisch-wetenschappelijk onderzoek, deugdelijk dienen te informeren, en dat deze met deelname expliciet moeten instemmen. Dit impliceert eveneens het betrekken van het Ethisch Comité vooraleer men eender welk onderzoek opstart. Artsen-onderzoekers dienen in het medisch dossier van de patiënt de deelname van patiënt aan medisch-wetenschappelijk onderzoek te noteren. Hierbij baseert men zich op: - wettelijke verplichtingen / Belgische wetgeving - wettelijke opdrachten Ethisch Comité - deontologische plichten van de arts-onderzoeker - GCP (Good Clinical Practice) richtlijnen (internationale richtlijnen die gelden bij medisch-wetenschappelijk onderzoek). De strikte wettelijke regelgeving is verondersteld gekend door elke arts-onderzoeker. Op intranet is een document/conceptnota gepubliceerd hieromtrent. Op 12.04.2016, ter voorbereiding van de proefaudit, is dit punt eveneens gestipuleerd in het document dat aan alle artsen verzonden is: "artsen en externe audits". Het Ethisch Comité maakt van zijn vergaderingen verslagen op en deelt het besluit van zijn beraadslagingen mee aan de aanvragende arts-onderzoeker. In de loop van de jaren zijn ook steeds meer wetenschappelijke onderzoekingen geïnitieerd vanuit het verpleegkundig departement. De departementsverantwoordelijken dragen er zorg voor dat ook deze onderzoekingen eerst door het Ethisch Comité beoordeeld zijn (instructie verpleegkundig directeur). De hoofdarts is medisch eindverantwoordelijk om toe te zien of de praktijkvoering binnen de instelling conform de richtlijnen verloopt. <u>Documenten</u> - 516.19a Conceptnota Wetenschappelijk onderzoek - 516.19b Vergaderverslag Ethisch Comité 29 september 2016 - 516.19c Nota artsen en externe audits - 511.13a Medisch Reglement Inwendige Orde
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.

	Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Conceptnota Wetenschappelijk onderzoek' legt het te volgen beleid vast bij het opstarten van wetenschappelijk onderzoek waarbij patiënten of gegevens van patiënten gebruikt worden. - Medisch wetenschappelijk onderzoek is toegelaten binnen het ziekenhuis op voorwaarde dat voldaan is aan de internationale richtlijnen (Good Clinical Practice, richtlijnen opgesteld door ICH) en toestemming is bekomen van het ethisch comité, aldus de leden van het ethisch comité. De leden van het ethisch comité zeggen expliciet het informed consent formulier te beoordelen.
516.26	*De instelling heeft afspraken met betrekking tot culturele en religieuze aspecten van de zorgverlening.*
Instelling Score 4	In de missie van de instelling is het standpunt met betrekking tot religieuze aspecten opgenomen. De instelling respecteert elke godsdienstige en levensbeschouwelijke overtuiging en waarden. Iedere patiënt kan beroep doen op morele, godsdienstige of filosofische bijstand volgens zijn overtuiging. In de onthaalmap is verwezen naar de folder "godsdienstige, morele en filosofische hulpverlening". Deze folder kan de patiënt bekomen via de verpleegkundige op de afdeling. De pastorale dienst kan dan de gewenste bedienaar contacteren. <u>Documenten</u> - 516.26a Document 'aanvraag godsdienstige, morele en filosofische hulpverlening' - 516.26b Folder Pastoraal team
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Folder Pastoraal team' geeft weer dat binnen het SEZZ elke godsdienstige en levensbeschouwelijke overtuiging en waarden gerespecteerd zijn. Iedere patiënt kan beroep doen op morele, godsdienstige of filosofische bijstand volgens zijn overtuiging. - De auditoren hebben vernomen van de geriater dat rekening gehouden wordt met de overtuigingen van Jehovagetuigen bij bijvoorbeeld het toedienen van bloedproducten.

Rubriek: 517 (patiëntgerichtheid: reactief)

517.05 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft afspraken voor klachtenbemiddeling (NL) / klachtenbehandeling (B).*
Instelling Score 4	De ombudsdienst behandelt klachten naar aanleiding van ambulante of gehospitaliseerde dienstverleningen in de instelling en treedt op als bemiddelaar bij klachten aangaande (vermeende) inbreuken op de patiëntenrechtenwet. De ombudsdienst werkt volgens het 'huishoudelijk reglement ombudsdienst' (beschikbaar op intranet). <u>Ontvangen van de klacht</u> De ombudsdienst ontvangt klachten van de patiënt, familie, vertrouwenspersoon of wettelijk vertegenwoordiger via verschillende kanalen: per brief, email, het contactformulier op de website, telefonisch, persoonlijk. Daarnaast ontvangt de ombudsdienst klachten via:

- de dienst facturatie van de instelling
- externe instanties (bv. mutualiteit)
- de patiënttevredenheidsenquête door de kwaliteitscoördinator
- de beroepsbeoefenaar

Klachten niet ontvankelijk voor bemiddeling:

- anonieme klachten
- klachten m.b.t dienstverleningen buiten de instelling.

De behandeling van klachten naar aanleiding van schadegevallen gebeurt zoals omschreven in de procedure 'verzekeringsdossiers'.

<u>Bemiddeling</u>
De ombudsdienst voert zijn bemiddelende taak uit zoals omschreven in de klachtenprocedure:
1. Bij het uiten van een klacht informeert de ombudsdienst de klager over de patiëntenrechten, de procedure en/of mogelijkheden van afhandeling van de klacht.
2. De ombudsdienst contacteert de betrokken partijen.
3. De ombudsdienst verzamelt informatie bij externe instanties naargelang de inhoud van de klacht.
4. De ombudsdienst poogt een voor alle partijen haalbare oplossing te bereiken en houdt alle partijen op de hoogte (schriftelijk of mondeling) over het resultaat van de bemiddeling.
De klachtenprocedure omschrijft de te ondernemen acties ingeval van klachten waarbij de bemiddeling niet optimaal verloopt.

<u>Afhandeling</u>
De ombudsdienst handelt klachten af per brief, email, persoonlijk gesprek of een gesprek met de betrokken partijen.
De ombudsdienst informeert de patiënt over de verschillende mogelijkheden tot doorverwijzing, afhankelijk van de aard van de klacht en het resultaat van de bemiddeling, naar o.a.: verzekeraar van de instelling, Fonds Medische Ongevallen,…

<u>Registratie</u>
De ombudspersoon registreert elke klacht en het verloop van de bemiddeling in een elektronische databank (iProva) inclusief bijhorende en relevante documenten.

<u>Rapportering</u>
De ombudsdienst rapporteert via kwartaalrapporten, een intern jaarrapport en een jaarrapport aan de Federale ombudsdienst. De ombudsdienst maakt een analyse van de ontvangen klachten en formuleert advies ter voorkoming ervan.
De 'Stuurgroep Klachten' is actief sinds oktober 2016. De stuurgroep helpt knelpunten in kaart brengen, doelstellingen bepalen, verbeteracties voorstellen ter voorkoming van klachten en tekortkomingen, verbeteracties zelf realiseren of toewijzen, verbeteracties opvolgen i.f.v. doelstellingen.
Afstemming tussen klachten en patiënttevredenheidsenquêtes gebeurt eveneens door deze stuurgroep.

Informatie uit klachten gaf aanleiding tot verbetering van de zorg- en dienstverlening, o.a. aangaande:

- klantgerichte communicatie via opleiding aan verpleegkundigen, posters en medewerkersblad (november 2015)
- extra parkeerplaatsen mindervaliden
- patiënteninformatie via poster voor verplaatsen of annuleren afspraak

<u>Documenten</u>

- 517.05a Huishoudelijk reglement ombudsdienst
- 517.05b Klachtenprocedure
- 517.05c Overzicht verdeling klachten 2007-2015
- 517.05d Overzicht klachten volgens departement 2009-2015

	- 517.05e Vergaderverslag Stuurgroep Klachten 7 november 2016
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De documenten 'Huishoudelijk reglement ombudsdienst' en 'Klachtenprocedure' geven aan dat het SEZZ beschikt over een ombudsdienst die klachten behandelt naar aanleiding van ambulante of gehospitaliseerde dienstverleningen in de instelling en optreedt als bemiddelaar bij klachten aangaande inbreuken op de patiëntenrechtenwet. In de 'Klachtenprocedure' staat vermeld dat de ombudsfunctionaris de klachten ontvangt en de bemiddeling, de afhandeling, de registratie en rapportering van de klachten doet. - De auditoren hebben vernomen van de ombudsfunctionaris dat klachtenmelders zo snel mogelijk benaderd zijn en uitgenodigd worden voor een persoonlijk gesprek. De betrokkenen van de klacht zijn bij dit gesprek op indicatie ook uitgenodigd. Indien de klacht over een arts gaat, dan benadert de ombudsfunctionaris de hoofdarts. De ombudsfunctionaris zegt in ieder klachtendossier terugkoppeling te geven aan de klager(s) alsook aan de betrokken zorgverleners. - De stuurgroep kwaliteit krijgt een rapportage van de ontvangen klachten éénmaal per drie maanden, aldus de ombudsfunctionaris. Dit is bevestigd door de algemeen directeur, de verpleegkundig directeur en de hoofdarts. - De ombudsfunctionaris zegt een jaarverslag op te maken die voorgesteld is aan de Raad van bestuur en op een medische diensthoofdenvergadering. Auditoren hebben dit bevestigd gekregen van de leden van de Raad van Bestuur. - Volgens de ombudsfunctionaris zijn klachten over facturatie het meest voorkomend.
517.06	*De instelling hanteert een regeling voor de klachtenbehandeling gericht op een formeel oordeel over de gegrondheid van de klacht (NL).*
Instelling Score 4	De ombudsdienst behandelt klachten van patiënten die menen schade te hebben opgelopen ten gevolge van de zorgverlening en zich beroepen op het recht op het ontvangen van kwaliteitsvolle dienstverstrekking cfr. de patiëntenrechtenwet. De ombudsdienst voert zijn bemiddelende taak uit zoals omschreven in de klachtenprocedure. Indien de klager zich niet kan verzoenen met het bereikte resultaat van de bemiddeling informeert de ombudsdienst de patiënt over de verschillende mogelijkheden tot onderzoek door een externe onafhankelijke instantie: 1. Verzekeraar beroepsaansprakelijkheid 2. Fonds Medische Ongevallen 3. Rechtbank Deze instantie onderzoekt de gegrondheid van de klacht in functie van de aansprakelijkheid van de betrokken beroepsbeoefenaar(s). De taken en bevoegdheden van de betrokken partijen staat omschreven in de procedure 'schadedossiers' en is als volgt geregeld: 1. Verzekeraar beroepsaansprakelijkheid van medewerkers van de instelling en van beroepsbeoefenaars die onder het statuut van zelfstandige in de instelling werkzaam zijn (bv. artsen). - De ombudsdienst contacteert de juridische dienst van de instelling met de beschrijving van de klacht. - De juridische dienst vraagt de verzekeraar een dossier aan te maken. - De ombudsdienst treedt op als contactpersoon tussen de patiënt en de instelling tijdens de periode van onderzoek van het dossier. - De juridische dienst van het ziekenhuis onderhoudt de contacten met de betrokken beroepsbeoefenaar en de verzekeraar. - De verzekeraar licht de patiënt in over het standpunt na dossierstudie.

	2. Fonds Medische Ongevallen - De ombudsdienst informeert de patiënt over de aanvraagprocedure van een dossier bij het FMO. - De patiënt is zelf verantwoordelijk voor de aangifte. - De betrokken beroepsbeoefenaar en eventueel de juridische dienst van de instelling volgen de evolutie in het dossier op. 3. Rechtbank - De ombudsdienst informeert de patiënt over de mogelijkheid tot het opstarten van een procedure voor de rechtbank. - De patiënt laat zich in de meeste gevallen bijstaan door een raadsman, welke de procedure bij de bevoegde rechtbank start. - De betrokken beroepsbeoefenaar en eventueel de juridische dienst van de instelling volgen de evolutie in het dossier op. De ombudsdienst maakt jaarlijks een overzicht van klachten die aanleiding hebben gegeven tot een dossier bij de verzekeraar en FMO. De juridische dienst behoudt een overzicht van schadedossiers die ingeleid zijn bij de rechtbank. <u>Documenten</u> - 517.06a Procedure Schadedossiers - 517.05a Huishoudelijk reglement ombudsdienst - 517.05b Klachtenprocedure
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De documenten 'Huishoudelijk reglement ombudsdienst' en 'Klachtenprocedure' geven aan dat alle klachten als gegrond zijn beschouwd. De ombudsfunctionaris bevestigt dit. - De auditoren vernemen van de ombudsfunctionaris dat zij klagers wijst op de verschillende vervolgmogelijkheden tot onderzoek door een onafhankelijke instantie.
517.07	*De instelling heeft afspraken om op tevoren vastgestelde momenten de wensen, verwachtingen en ervaringen van patiënten te onderzoeken (patiënttevredenheidsonderzoek).*
Instelling Score 4	De procedure 'patiënttevredenheid' omschrijft de afspraken hoe de instelling een actief beleid voert met betrekking tot de wensen, verwachtingen en ervaringen van patiënten. De procedure is beschikbaar op intranet. <u>Periode en systematiek</u> De registratie loopt continu onder de vorm van 3 enquêteformulieren: - voor patiënten opgenomen op een verpleegafdeling, dagziekenhuis of spoedopname. - voor patiënten opgenomen op Intensieve Zorgen of Medium Care - voor patiënten voor een ambulante dienstverlening in de instelling en Medisch Centrum Brakel (raadpleging, medische beeldvorming, bloedafname). De formulieren zijn beschikbaar voor de patiënt of familie op de verpleegafdelingen, dagziekenhuis, spoedopname, in wachtzalen, aan de dienst inschrijvingen en aan de receptie. <u>Wensen, verwachtingen en ervaringen</u> De enquête brengt verschillende aspecten van de organisatie in beeld (onthaal, opname, verblijf, verloop van de behandeling, infoverstrekking, infrastructuur, ontslag,… en

	betrekking hebbend op zowel het functioneren van artsen, verpleegkundigen, paramedici als andere medewerkers). De enquête bestaat uit gesloten vragen met mogelijkheid tot toelichting door patiënt of familie. Wensen en verwachtingen kunnen eveneens genoteerd worden. De patiënt is op de hoogte wat te doen in geval van een klacht. De departementale directeurs ontvangen individuele enquêteformulieren die specifieke opmerkingen van patiënten bevatten met betrekking op hun departement, en zorgen indien nodig voor verdere doorstroming naar de betrokkene(n) van het departement en/of voor het realiseren van een verbeteractie (bv. op het facilitair overleg). De resultaten en toelichtingen zijn continu bijgewerkt in een elektronische databank, wat resulteert in kwartaal- en jaarrapporten. - Kwartaalrapport per verpleegafdeling De hoofdverpleegkundigen ontvangen de resultaten voor hun afdeling, met opmerkingen van patiënten en hangen dit uit op de kwaliteitsmuur van de afdeling. - Kwartaalrapport aan het CDB Het CDB ontvangt de resultaten op instellingsbreed niveau, voor een aantal specifieke vragen uit de 3 enquêteformulieren (=beleidsindicatoren). - Jaarrapport Het CDB ontvangt de resultaten op instellingsbreed niveau, voor alle vragen uit de 3 enquêteformulieren. De departementele directeurs koppelen de resultaten terug naar de diensten en departementen. Jaarrapporten zijn beschikbaar op intranet. De 'Stuurgroep Klachten' is actief sinds oktober 2016 en bespreekt de resultaten en stemt de informatie uit de tevredenheidsenquêtes af met de klachten aan de ombudsdienst. Deze stuurgroep stelt verbeteracties voor en maakt een analyse zoals bepaald in het organogram kwaliteit. Het verhogen van de respons op de enquête voor de ambulante patiënt is als verbeteractie voor 2017 vooropgesteld. Een eventuele deelname aan de patiëntentevredenheidsbevraging van het Vlaams Patiënten Platform is actueel in overweging genomen. <u>Documenten</u> - 517.07a Procedure Patiënttevredenheid - 517.07b Voorbeeld Kwartaalrapport patiënttevredenheid opgenomen patiënt – afdeling materniteit - 517.07c Overzicht beleidsindicatoren CDB 11 oktober 2016 - 517.07d Overzicht enquêtes 2016 – facilitair departement
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Procedure Patiënttevredenheid' geeft aan dat patiënten naar hun tevredenheid zijn bevraagd aan de hand van enquêteformulieren. - Een zorgmanager meldt dat een project is opgestart om deelname van patiënten aan tevredenheidsmeting te stimuleren. - In verschillende openbare ruimtes in het ziekenhuis hebben auditoren vastgesteld dat ziekenhuisbrede resultaten van tevredenheidsmetingen raadpleegbaar zijn voor via communicatieborden. - Op de afdeling geriatrie zijn in de afgelopen meetperiode 47 patiënttevredenheidsenquêtes ingevuld geweest. Een verbeteractie vanuit het verwerken van de resultaten van deze patiënttevredenheidsenquêtes, is het

	aanpassen van de automatische deursluiting van de verpleegpost zodat deze minder storend lawaai maakt tijdens de nachtdienst. - De diabetesverpleegkundige geeft aan dat op basis van een tevredenheidsonderzoek de inhoud van het dieetadvies is bijgestuurd. - Auditees van de afdeling materniteit geven aan dat zij de resultaten van deze metingen ontvangen en door patiënten geuite wensen ter harte nemen. - De vertegenwoordigers van de MOC melden dat zij de tevredenheidscijfers kennen van de patiënten met borstkanker. - Op basis van de resultaten van het patiënttevredenheidsonderzoek is als algemene ziekenhuismaatregel het beleid van 'gesloten deuren' van patiëntenkamers ingevoerd volgens de kwaliteitscoördinator.

Rubriek: 518 (professionele coördinatie en continuïteit)

518.13	*Over de verdeling van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de verschillende professionele disciplines die bij dezelfde (zorg)processen zijn betrokken, bestaan afspraken die met direct betrokkenen zijn gecommuniceerd.*
Instelling Score 3	Verantwoordelijkheden en bevoegdheden van verschillende zorgprofessionals zijn bij wet geregeld. KB's van 18/6/1990 en 27/9/2006 en de gecoördineerde wet d.d. 10/5/2015 bepalen welke handelingen verpleegkundigen en zorgkundigen met of zonder medisch voorschrift kunnen en mogen stellen. Meer specifiek zijn er afspraken gemaakt omtrent taken en bevoegdheden binnen de ontwikkelde klinische paden, zoals deze met betrekking op COPD, op acuut coronair syndroom, op totale knie en heupprothese. Al deze klinische paden zijn ontwikkeld binnen een multidisciplinaire werkgroep, zijn gecommuniceerd aan de betrokken afdelingen en artsen, en vervolgens geïmplementeerd. Diverse procedures zijn opgesteld in samenspraak tussen ziekenhuisartsen en andere medewerkers waarin concrete werkafspraken gemaakt zijn, zoals in de procedure E.W.S. (Early Warning Score), pijnbeleid en decubituspreventie. Zowel klinische paden als procedures zijn gepubliceerd in het DBS. Dagdagelijkse afspraken met betrekking tot bepaalde zorgprocessen zijn gemaakt binnen een multidisciplinair overleg, zoals op de hospitalisatie-afdeling neurologie i.v.m. met CVA patiënten, op de afdeling Intensieve Zorgen, op de revalidatie-afdeling en op de afdeling geriatrie. De bevoegdheden en verantwoordelijkheden in het kader van voorschrijven van geneesmiddelen zijn opgenomen in een protocol 'validatie geneesmiddelenvoorschrift'. In het voorjaar 2015 zijn er beleids"tandems" geïnstalleerd op alle werkeenheden/afdelingen. Naast de hoofdverpleegkundigen/diensthoofden is een medisch diensthoofd voor de betrokken afdeling aangeduid, die samen instaan voor het opstellen van de jaaractieplannen, het evalueren en opvolgen van de realisatie hiervan, het organiseren van afdelingsvergaderingen. Dergelijke samenwerking kijkt toe op het verloop van de concretisering van de zorgprocessen en stelt de diverse actoren in de zorg in staat om afspraken aan te passen en bij te sturen. De verschillende stagemeesters hebben taakafspraken opgesteld omtrent het functioneren van de hun toevertrouwde arts-assistenten in opleiding. <u>Documenten</u> - 518.13a Handleiding elektronisch medicatievoorschrift - 518.13b Vergaderverslag overleg Klinisch pad ACS 15 november 2016 - 518.13c Validatie geneesmiddelenvoorschriften - 323.10a Procedure Verpleegtechnische en zorgkundige handelingen

Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document 'Handleiding elektronisch medicatievoorschrift' staat beschreven hoe met gebruik van een persoonlijke login, de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden per beroepsgroep zijn bepaald. In hoofdstuk 11 van dit document zijn de processtappen in de samenwerking tussen artsen, apothekers en verpleegkundigen vastgelegd. - Het document 'Vergaderverslag overleg Klinisch pad ACS 15 november 2016' rapporteert de bijgestuurde taakafspraken tussen de diverse beroepsgroepen in dit klinisch pad. - In de 'Procedure Verpleegtechnische en zorgkundige handelingen' staan per beroepsgroep de wettelijke toegestane handelingen beschreven waaronder ook de toevertrouwde medische handelingen. - De leden van het team interne liaison geriatrie geven aan dat de opdrachten bij patiëntenbezoek naar aanleiding van een positieve score in het kader van het geriatrisch risicoprofiel toegewezen zijn aan de geriater, de verpleegkundige, de ergotherapeut en mogelijk de diëtiste.
518.15 **NTA**[8009:2011]	*De taakverdeling, de verantwoordelijkheidsverdeling en de werkafspraken tussen de arts-assistenten en superviserende artsen/specialisten zijn vastgelegd en met alle betrokken zorgverleners gecommuniceerd.*
Instelling Score 4	De verschillende stagemeesters hebben taakafspraken opgesteld omtrent het functioneren van de hun toevertrouwde arts-assistenten in opleiding. Een overkoepelend document met betrekking op een regeling i.v.m. taakverdeling, verantwoordelijkheidsdeling en werkafspraken tussen arts-assistenten in opleiding en hun stagemeesters, is gepubliceerd op intranet. De afspraken tussen stagemeesters en arts-assistenten houden rekening met de bepalingen van het ministerieel besluit van 30.04.1999 (wet Colla) en de latere wijzigingen, alsook met de Europese en Belgische regelgeving in verband met arbeidstijden… Nieuwe arts-specialisten in opleiding (ASO's) krijgen deze afspraken aangeboden bij aanvang van hun opleiding; de hoofdarts bespreekt in een kennismakingsgesprek deze afspraken en een schriftelijke kopie ervan wordt overhandigd. Dit zelfde gesprek laat eveneens toe dat de hoofdarts toelichting geeft bij algemene regelingen, reglementen, instructies die gelden voor de ganse instelling. Deze zelfde afspraken zijn eveneens via het verpleegkundig departement aan de diverse verpleegafdelingen ter beschikking gesteld, waardoor verpleegkundigen perfect weten wat zij mogen verwachten vanwege de arts-assistenten. Informele evaluatiegesprekken tussen hoofdarts en arts-assistenten tijdens hun opleiding en een formeel evaluatiegesprek tussen hoofdarts en arts-assistent op het einde van het stagejaar vinden plaats. Dergelijke gesprekken in september 2016 laten uitschijnen dat de afspraken duidelijk zijn voor iedereen en dat men er zich correct aan kan houden. <u>Documenten</u> - 518.15a Taakverdeling, verantwoordelijkheidsverdelingen en werkafspraken - arts-assistent - 518.15b Opleidingsprogramma kandidaatspecialist oogheelkunde
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen:

	- Uit de aangeleverde documenten blijkt dat afspraken zijn vastgelegd ten aanzien van de bevoegdheid en bekwaamheid van de arts-specialist in opleiding. - De hoofdarts geeft aan dat de begeleiding van een nieuwe arts-assistent gebeurt door een medisch specialist van de discipline waarbinnen de arts-assistent gaat werken. Auditee licht toe dat hij met elke arts-assistent contact heeft en ook betrokken is in hun evaluatie. - Auditoren hebben van meerdere auditees vernomen dat ze weet hebben van de taken en bevoegdheden van arts-assistenten waardoor ze gericht bij vragen of problemen weten of ze de arts-assistent of de hoofdbehandelaar moeten bellen.
518.16	*De instelling heeft per patiënt een dossier zodat elke bevoegde betrokkene bij het betreffende (zorg)proces op elk moment kennis kan nemen van de relevante informatie.*
Instelling Score 3	De instelling beschikt niet over een geïntegreerd globaal patiëntendossier. Het volledige patiëntendossier bevat zowel elektronisch opgeslagen gegevens, als gegevens die op papier bewaard zijn. Het patiëntendossier omvat: - administratieve gegevens - medische gegevens - verpleegkundige en paramedische gegevens - medicatiegegevens - voor sommige diensten zijn specifieke (digitale) toepassingen aanwezig. Voor elk van deze onderdelen is er in het kader van informatieveiligheid, beroepsgeheim en discretieplicht, een toegangsbeperking waarbij de verschillende zorgverleners elk op hun domein toegang hebben tot de voor hen relevante informatie. De <u>administratieve</u> gegevens zijn digitaal opgeslagen. De <u>medische</u> gegevens zijn digitaal bewaard in het “CMD – centraal medisch dossier”, waarin alle raadplegingsbrieven, hospitalisatieverslagen, operatieverslagen, labo-uitslagen en uitslagen van andere technische onderzoeken bewaard zijn. Op alle afdelingen beschikt elke patiënt over een papieren <u>verpleegkundig</u> dossier, waarin vermeld zijn de verpleegkundige anamnese, het medisch en verpleegkundig orderblad, de verpleegkundige zorgplanning en uitvoering, de verpleegkundige observaties, de paramedische bevindingen, en het verpleegkundig ontslagrapport. Het verpleegkundig dossier is aanwezig op de afdeling en volgt steeds de patiënt ingeval deze zich naar een andere locatie binnen de instelling dient te begeven. Sedert februari 2015 is gestart met de implementatie van het elektronisch <u>medicatiebeheer</u> en is dit overal in de instelling uitgerold, met uitzondering van de spoedopname, het dagziekenhuis, het operatiekwartier en Intensieve Zorgen, waar de medicatieplanning en toediening nog in het papieren verpleegdossier genoteerd zijn. <u>Specifieke digitale dossier-platformen</u> zijn aanwezig op de afdeling psychiatrie (Psydos), de afdeling materniteit (Mosos) en het slaaplabo (Medatek) waarin afdelingseigen registraties en gegevensopslag plaats vinden. Het implementeren van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier is op dit ogenblik voorwerp van bespreking binnen bestuur - directie - Medische Raad. Vermoedelijk in december 2016 zet men zijn handtekening onder een verwervingscontract dat dient geconcretiseerd te zijn in 2017-2018. <u>Documenten</u> - 518.16a Handleiding verpleegdossier - 518.13a Handleiding elektronisch medicatievoorschrift

Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De auditoren hebben vastgesteld tijdens het bezoek op de afdelingen geriatrie, cardiologie en pneumologie dat voor verpleegkundige zorgplanning en -evaluatie een papieren dossier in gebruik is met een vaste indeling. Op de eerste pagina van het verpleegdossier is de plaats voorzien om de code voor behandelbeperking te noteren. Pagina 2 bevat de verpleegkundige anamnese en op de derde pagina zijn de scores van het risico op ondervoeding, het valrisico of risico op decubitus aangegeven. De volgende pagina's bevatten de zorgplanning, het wondzorgblad, het parameterblad en het communicatieblad en medisch order blad. - Auditees lichten toe dat de nachtdienst bevindingen noteert in groen kleur, zodat deze direct voor de arts zichtbaar zijn. - De auditoren hebben op de afdelingen geriatrie en pneumologie bevestigd gezien dat het medisch patiëntendossier in de computer is bijgehouden. Het medisch patiëntendossier is voor verpleegkundigen niet toegankelijk maar wel voor alle artsen. - Tijdens het bezoek op de afdelingen geriatrie, pneumologie en cardiologie zien de auditoren dat de medicatie door de verpleging is ingevoerd in het EVM. Verificatie van de thuismedicatie vindt plaats door de arts bij opname. De arts valideert de medicatie bij opname en ontslag, aldus auditees. - Op de afdeling IZ gebruiken de artsen een eigen dossier dat is ontwikkeld door een eigen ziekenhuisarts waarin hun opvolgnota's per patiënt staan genoteerd, aldus het medisch diensthoofd van de afdeling IZ. - Auditoren hebben waargenomen dat op het dossierblad zorgplanning en uitvoering van de afdeling heelkunde ruimte is voorzien voor de planning van de multidisciplinaire zorg.
518.17 **NTA[8009:2011]**	*De instelling heeft afspraken voor informatieoverdracht tussen de medewerkers en werkeenheden die bij eenzelfde (zorg)proces zijn betrokken.*
Instelling Score 3	De instelling heeft een procedure voor de informatieoverdracht tussen zorgverstrekkers (verpleegkundigen) die bij eenzelfde zorgproces betrokken zijn. Deze procedure is raadpleegbaar in het DBS. In deze procedure is een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de informatie overdracht met betrekking op de mondelinge overdracht, die meermaals per dag -tijdens de briefing- plaatsvindt tussen de verschillende leden van de zorgteams en anderzijds de info – overdracht die plaats vindt bij een patiëntentransfer. Informatieoverdracht tussen medewerkers binnen één verpleegafdeling De mondelinge verpleegkundige overdracht gebeurt aan de hand van het verpleegkundig dossier bij de briefing die gehouden wordt ter gelegenheid van de shiftwissels (nachtdienst naar vroegdienst, vroegdienst naar verantwoordelijke en laatdienst, laatdienst naar nachtdienst). In 2015 is op de verpleegafdeling 1G (cardiologie - pneumologie) een pilootproject rond herorganisatie briefing opgestart naar aanleiding van vastgestelde problematiek: optimalisatie van efficiënt briefen. Na evaluatie en bijsturing van dit dienstgebonden project is in 2016 geopteerd om op alle verpleegafdelingen gebruik te maken van een gestandaardiseerde volgorde van info – overdracht (= minimale dataset) met als doel de effectiviteit en efficiëntie van de overdracht te verbeteren. Volgende rubrieken worden standaard gebrieft: patiëntidentificatie, behandelende arts, medische en verpleegkundige relevante gegevens. De medewerkers van de dienst spoedopname kregen in 2015 bijscholing inzake de methodiek van SBAR. Deze methodiek is sindsdien in gebruik voor de efficiënte

	informatie overdracht in de kritische zorg tussen enerzijds de spoedverpleegkundige en anderzijds de spoedarts en behandelende arts. In oktober 2016 vond een evaluatie plaats door de hoofdverpleegkundige van de dienst spoedopname. <u>Informatieoverdracht tussen verpleegafdelingen bij patiënttransfer</u> Bij een patiënttransfer naar een andere afdeling geldt de procedure 'mondeling informatie overdragen tussen de verpleegkundigen'; daarnaast wordt het schriftelijk verpleegdossier overhandigd. Enkel het medicatieluik is digitaal ter beschikking via een elektronisch medicatievoorschrift (EMV). De checklist transferdocument is ontwikkeld in 2016 en na evaluatie en bijsturing door de verpleegafdeling 2 E (acute geriatrie) instellingsbreed geïmplementeerd. Dit document wordt bij transfer van de patiënt tussen verpleegafdelingen aangekruist en afgetekend door de "overdragende" zorgverstrekker. <u>Documenten</u> - 518.17a Checklist bij mondelinge overdracht - 518.17b Procedure verpleegkundige mondelinge informatie overdracht - 518.17c Project briefing afdeling 1G - deel 1 - 518.17d Project briefing afdeling 1G - deel 2 - 518.17e Projectplan SBAR afdeling spoedopname
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De 'Checklist bij mondelinge overdracht' geeft de items en het proces weer voor de mondelinge overdracht van patiëntengegevens tussen de verschillende leden van een zorgteam enerzijds en anderzijds bij de info-overdracht die plaats vindt bij een patiëntentransfer naar een andere afdeling. - De hoofdverpleegkundige van de afdeling heelkunde en een recent gestarte verpleegkundige van de afdeling geriatrie lichten de auditoren toe dat er afspraken zijn gemaakt over het safe briefing concept. Hierbij gebeuren one-to one briefingmomenten tussen de verpleegkundigen aan de hand van een briefingsdocument waar bij de risicofactoren per patiënt zijn opgenomen. Auditoren hebben dit briefingsdocument ingezien op de afdeling heelkunde. - De zorgmanager oncologie meldt dat eenmaal per 14 dagen een MOC vergadering per patiëntengroep plaatsvindt waaraan de zorgverleners die betrokken zijn bij de besproken patiënten aanwezig zijn. Tijdens deze bijeenkomst gebeurt de informatie-uitwisseling en -bespreking onder de betrokken zorgverleners, aldus deze auditee. - De vertegenwoordigers van de MOC geven aan dat de schriftelijk bevestigde informatie van de internist of de chirurg voor hen binnen de 10 dagen beschikbaar is en desgevallend tijdig beschikbaar is voor de besprekingen op de MOC-vergaderingen. Auditees lichten toe dat veelal voorafgaand aan het ontvangen van schriftelijk bevestigde informatie van de internist of de chirurg, eerder een telefonische of persoonlijke toelichting van de bevindingen heeft plaatsgevonden onder de medisch specialisten. - Auditoren stellen vast op de afdeling geriatrie dat een standaard overdrachts-formulieren in gebruik is waarmee de briefings tussen de verschillende shiften gebeuren. - Voor de patiënten die getransfereerd zijn van de afdeling intensieve zorgen naar de geriatrie, is er een specifieke checklijst ontwikkeld die de zorgoverdracht reguleert, aldus de hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie. -
518.18 **NTA**[8009:2011]	*Er zijn afspraken dat verwijzers en vervolgbehandelaars steeds tijdig, juist en volledig zijn geïnformeerd over relevante ontwikkelingen rond een individuele patiënt.*

Instelling Score 3	Zowel deontologische plichten als elementen uit de wet op patiëntenrechten verplichten zorgverleners om verwijzers en vervolgbehandelaars tijdig juist en volledig te informeren over relevante ontwikkelingen rond de individuele patiënt. Dit kan zowel via brief, via telefoon als digitaal. Het medisch reglement van inwendige orde stipuleert: artikel 7 §5: gebeurlijke voorschriften voor medicatie, fysiotherapie, thuisverpleging,… bij ontslag alsook een voorlopige ontslagbrief uit zowel ziekenhuis als dagziekenhuis zijn door de arts/tandarts opgesteld en/of voorgeschreven. Een definitieve ontslagbrief volgt binnen de 14 dagen en is ook bewaard in het elektronisch patiëntendossier. Daarnaast bestaan specifieke richtlijnen: – de sociale dienst bewaakt dat bij multidisciplinaire betrokkenheid elke discipline voor zijn onderdeel van de informatie overdracht zorgt (zorgprogramma geriatrie) – duidelijke afspraken binnen het protocol acuut coronair syndroom bij doorverwijzing vanuit de instelling naar een B1-B2 cardiologisch centrum – duidelijke afspraken binnen het protocol pediatrie bij doorverwijzing vanuit de instelling naar een tertiair pediatrisch of neonatologisch centrum – afspraak binnen de afdeling Intensieve Zorgen om het medische en verpleegkundige dossier mee te geven bij transfer van kritische patiënten naar een hoger echelon ziekenhuis Twee tot vier maal per jaar is er overleg tussen instellingsdirectie en Medische Raad enerzijds en vertegenwoordigers van de huisartsenwachtkringen uit de omgeving. Tevens is er tweemaal per jaar een overleg tussen de instellingsdirectie en omliggende woon-zorgcentra. Op dergelijke vergaderingen bespreekt men eventuele tekortkomingen of malfuncties, die dan aanleiding geven tot gerichte corrigerende maatregelen: bespreking binnen de Medische Raad en Medische Beleidsgroep, rechtstreeks aanspreken van betrokken artsen of diensten. <u>Documenten</u> – 121.10c Voorbeeld samenwerking met UZ Gent – zorgprogramma pediatrie – 511.13a Medisch Reglement Inwendige Orde – 512.15b Klinisch pad Acuut Coronair Syndroom post-PCI
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document ‘Medisch Reglement Inwendige Orde’ vermeldt dat een voorlopige ontslagbrief bij het ontslag van een patiënt moet voorzien zijn en dat de definitieve ontslagbrief binnen veertien dagen aangemaakt moet zijn. - Het medisch diensthoofd van het dagziekenhuis oncologie meldt dat alle patiënten in een MOC besproken zijn, onder toezicht van de coördinator oncologie. De vertegenwoordigers van de MOC melden dat het MOC verslag binnen de tien dagen na het houden van een MOC te vinden in het medisch dossier van de patiënt. - De gesproken huisartsen bevestigen dat ze patiënten een voorlopige ontslagbrief meekrijgen bij het ontslag en dat ze binnen een aanvaardbare en redelijke termijn een definitieve ontslagbrief ontvangen. Auditees benadrukken dat het hun ervaring is dat ze telefonisch gecontacteerd zijn door een medisch specialist wanneer bij ontslag specifieke informatie voor hen belangrijk is omdat de patiënt zelf niet steeds op de dag van het ontslag met de voorlopige ontslagbrief tot bij de huisarts komt. - Auditoren vernemen van een abdominaal chirurg dat hij al zijn ontslagbrieven binnen de drie dagen verstuurt.

518.19 **NTA[8009:2011]**	*De instelling heeft afspraken dat (zorg)processen waarvoor de vereiste deskundigheid en/of de benodigde vaardigheden ontbreken, met hulp van derden doorgang kunnen vinden.*
Instelling Score 4	Uit de inventarisatie van de verschillende (zorg)processen blijkt dat de instelling niet beschikt over de vereiste deskundigheid en/of de benodigde vaardigheden in verband met cardiochirurgie, interventionele neuroradiologie, niet traumatische intracraniële neurochirurgie, pediatrische en neonatale Intensieve Zorgen, radiotherapie, PET-CT en zware brandwonden, fertiliteitsbehandelingen. Omtrent al deze (zorg)processen zijn door de instelling en de betreffende medische specialisten samenwerkingsovereenkomsten afgesloten met andere ziekenhuizen. Voor een aantal zorgprocessen betreft het (preferentiële) verwijsafspraken (bv. verwijzingen voor PET-CT, niet-traumatische intracraniële neurochirurgie), voor andere processen bestaan er klinische paden of taakafspraken (bv. behandeling van acuut coronair syndroom, taakverdeling bij infertiliteitsbehandeling, doorverwijzingen naar dienst pediatrie UZ Gent). Deze laatste groep afspraken zijn geformaliseerd in protocollen. Binnen de Medische Beleidsgroep en Medische Raad, alsook binnen individuele vakgebieden gaat men informeel na of bepaalde samenwerkingen correct verlopen en of bijkomende samenwerkingsverbanden moeten aangegaan worden. De afspraken in het kader van een samenwerkingsprotocol worden regelmatig formeel geëvalueerd: - jaarlijkse evaluatie samenwerking fertiliteit - vergaderingen associatiecomité PET Oost Vlaanderen - vergaderingen associatiecomité cardiologie/cardiochirurgie UZ Gent - jaarlijkse evaluatie samenwerking neurochirurgie. Naast afspraken i.v.m. doorverwijzing van patiënten waarvoor de vereiste deskundigheid en/of de benodigde vaardigheden in de instelling afwezig zijn, werden ook een aantal overeenkomsten gesloten met andere ziekenhuizen, die medewerkers detacheren om in het AZ Sint Elisabeth Zottegem zelf hun deskundigheid ter beschikking te stellen. De dienst radiotherapie UZ Gent detacheert drie dagen per week een radiotherapeut-oncoloog ten behoeve van de gynaecologische en urologische oncologische patiëntenbehandeling; de dienst medische genetica UZ Gent detacheert één dag per maand een medische geneticus om genetische raadplegingen te verrichten; de dienst nefrologie van het AZ Glorieux Ronse baat in Zottegem een dialysecentrum uit. Op 26.10.2016 heeft een brainstormingssessie plaatsgevonden van de medische beleidsgroep om het basisziekenhuis nader te definiëren binnen de context van het Vlaamse overheidsbeleid. Hierbij is een aanzet gegeven tot definiëren van die zorgprocessen die we verder wensen door te voeren, en deze waarbij we nog bijkomende afspraken met andere zorgverstrekkende instellingen dienen te maken. <u>Documenten</u> - 518.19a Nota betreffende inventarisatie van zorgprocessen waarvoor de deskundigheid ontbreekt - 121.10c Voorbeeld samenwerking met UZ Gent – zorgprogramma pediatrie - 121.10e Samenwerking met AZ Sint-Lucas – intermediaire structuur fertiliteit - 121.10g Associatie overeenkomst PET-Centrum Zuidoost-Vlaanderen - 512.15e Associatieovereenkomst i.v.m. cardiologie-cardiochirurgie UZ Gent
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De auditoren hebben aan de hand van de aangeleverde documenten vastgesteld dat er geformaliseerde afspraken bestaan met andere ziekenhuizen voor behandelingen en interventies waarvoor de deskundigheid of de medische technologie in het eigen ziekenhuis ontbreekt.

	- Op de afdeling cardiologie hebben auditoren het gebruik van het klinisch pad ACS gezien waar de samenwerking met het UZ Gent is opgenomen. - Auditees van de MOC geven aan nauw samen te werken met de oncologen van een andere ziekenhuis voor oncologische behandelingen waarvoor zij de expertise niet hebben.
518.20 **NTA**[8009:2011]	*De instelling heeft afspraken voor de prioritering van (zorg)processen in het geval de personele en materiële middelen op enig moment tekortschieten.*
Instelling Score 3	Bij onvoorziene omstandigheden, en zeker bij tekortschieten van personele en materiële middelen, is doorheen het ganse interne noodplan aangegeven dat een directielid op de hoogte dient gesteld te worden, die de situatie moet beoordelen en de nodige maatregelen moet treffen. Indien zich ernstige problemen voordoen zijn er permanent (24/7/365) twee “commando-cel GSM’s” in omloop, die bijgehouden worden door twee leden van het CDB. Specifieke respons op tal van tekorten van personele en materiële aard, is voorzien in het intern noodplan en het extern rampenplan (zie aldaar). Bij niet op voorhand gedefinieerde mogelijke tekorten zullen de directieleden na analyse van de situatie overgaan tot het nemen van de gepaste maatregelen. Bij tekorten aan medewerkers in de zorg (niet in het kader van het opstarten van een extern rampenplan, waarin specifiek oproepen van bijkomende medewerkers voorzien is volgens een welbepaald cascadesysteem) is de regeling: - bijbestaffing vanuit de mobiele equipe - uitwisseling van medewerkers van een andere afdeling, rekening houdend met kennis en expertise - inschakelen van interim-arbeid. Deze maatregelen zijn gecoördineerd door de zorgmanager met permanentie. Ook de hoofdarts kan inzet van bijkomend medisch personeel organiseren. In geval van staking is een bepaling uit een interne regeling van toepassing, waarbij in een minimale bestaffing voorzien is, zodanig dat de zorg voor de patiënten in de instelling niet in het gedrang komt. Bij materieel tekortschieten zijn er diverse mogelijke maatregelen die kunnen genomen worden: - Huren van bijkomend materiaal (bedden, beademingstoestellen…) - Dringende bestellingen van bijkomend materiaal. Op de aankoopdienst zijn de contactgegevens aanwezig van de leveranciers van de instelling; in de apotheek zijn de contactgegevens aanwezig van de leveranciers van medicatie en steriel medisch materiaal. - Afspraken met het ziekenhuis van Ronse bij uitval van het klinisch labo. Door de radioloog van wacht worden afspraken ad hoc gemaakt met andere (omliggende) ziekenhuizen bij uitvallen van CT of NMR. Bij uitvallen van de ziekenhuis-ambulancewagen is er een afspraak met de ambulancedienst Vita om een vervangwagen ter beschikking te stellen. - Maatregelen vanwege de hoofdarts (bv. bij overbezetting of een tekort aan bedden op Intensieve Zorgen), desgevallend in overleg met de Provinciale Gezondheidsinspecteur, met als bedoeling toestroom van patiënten via de spoedopname te reguleren of beperken, ziekenhuisartsen te vragen vlugger patiënten te ontslaan, vragen electieve ingrepen te verdagen,… <u>Documenten</u> - 518.20a Regeling voor staking onbepaalde duur - 518.20b Procedure Beddentekort (onderdeel opnamebeleid)
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie.

	Ter illustratie enkele bevindingen: - In de 'Procedure Beddentekort' is de regeling opgenomen voor (dreigend) beddentekort. Daarbij is een cascadesyteem beschreven dat de instelling hanteert met bijzondere aandacht voor de specifieke afdelingen zoals intensieve zorgen, medium care en pediatrie, met restrictie van opname van infectieuze pathologie op de afdeling materniteit. - Het document 'Regeling voor staking onbepaalde duur' geeft de regeling weer in geval van staking van onbepaalde duur om met zekerheid de voortgang van de zorg te waarborgen. Specifiek zijn de regelingen benoemd voor het OK en de kritieke diensten. Deze regeling is bekrachtigd door de directie en de OR. - In het gesprek met het medisch diensthoofd van de afdeling heelkunde vernemen de auditoren dat er sluitende afspraken zijn met de opnamedienst rond de opname bij hoge bedbezetting. - De hoofdverpleegkundige van de afdeling heelkunde geeft aan dat zij kan bij hoge drukte kan terugvallen op de mobiele equipe en zo nodig het inschakelen van verpleegkundige via een extern interim-bureau na overleg met de zorgmanager. - De schoonmaakster van de verloskamer duidt dat zij op ondersteuning kan rekenen van opgeleide collega's bij hoge drukte.

Rubriek: 519 (zorg in bijzondere omstandigheden)

519.05	*De instelling heeft een regeling voor het reanimeren van patiënten met een adem- en circulatiestilstand. In deze regeling zijn ook bepalingen over de registratie opgenomen. De instelling heeft afspraken met betrekking tot 'Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt' geïmplementeerd (NL: VMS-thema).*
Instelling Score 3	<u>Reanimatie</u> De instelling heeft een procedure voor het reanimeren van patiënten met adem- en circulatiestilstand en deze is raadpleegbaar in het documentbeheersysteem. Deze procedure maakt enerzijds een onderscheid op basis van leeftijd (volwassenen versus kinderen) en anderzijds in de soort ondersteuning, namelijk Basic Life Support (B.L.S.) en Advanced Life Support (A.L.S.). Aanpassingen in deze procedure gebeuren aan de hand van de richtlijnen van de European Resuscitation Council. De organisatie beschikt over een reanimatieteam (24/7) en een duidelijk oproepsysteem. Op iedere verpleegafdeling is reanimatiemateriaal aanwezig voor uitvoeren/opstarten van B.L.S. (beademingsballon, mobiel aspiratietoestel). Het reanimatieteam zorgt voor de A.L.S.(reanimatiekar). De afdeling spoedopname registreert systematisch het aantal interne en externe reanimaties op jaarbasis. Vanuit deze registratie gebeurt de dossieranalyse waarbij tijdstip van de reanimatieoproep en tijdstip van de laatste parameterregistratie (E.W.S.) onderzocht wordt. <u>Early Warning Score</u> In de procedure Early Warning Score (E.W.S. is vastgelegd hoe de instelling de vitaal bedreigde patiënt vroegtijdig detecteert. Deze procedure maakt een onderscheid tussen volwassenen en kinderen (Pediatric Early Warning Score: P.E.W.S.). Bij opname op de dienst spoedopname is iedere patiënt getrieerd volgens het Manchester triage systeem en verlaat iedere patiënt deze afdeling met een toegekende E.W.S.. Er zijn uniforme afspraken gemaakt (actieplan) wanneer de verpleegkundige de behandelende arts contacteert en hoe frequent (tijdsindicatie) de registratie van de parameters gebeurt (= follow-up). In 2016 is gestart met dossieranalyse waarbij de correlatie onderzocht wordt tussen enerzijds de registratie van de parameters E.W.S. in het kader van de vroegtijdige herkenning, alarmering en opvolging van de vitaal bedreigde patiënt en anderzijds de reanimaties die plaatsvonden in de instelling. Deze resultaten worden in voorjaar 2017

	toegelicht op de hoofdverpleegkundige vergadering en nadien teruggekoppeld naar de diverse verpleegafdelingen. Documenten - 519.05a Procedure Reanimatie - 519.05b Procedure Early Warning System - 519.05c Statistiek interne/externe reanimatie 2015
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document 'Procedure Reanimatie' staan de afspraken beschreven die het voorzien van een 24uurs beschikbaarheid van een intern reanimatieteam regelen. - Auditoren hebben het document 'Statistiek interne/externe reanimatie 2015' ingezien dat een rapportage bevat van de registraties van intern en extern uitgevoerde reanimaties. - De 'Procedure Early Warning System' beschrijft de toepassingsmodaliteiten van EWS om vroegtijdige herkenning van een vitaal bedreigde patiënt te voorzien. - Zowel op de afdelingen pediatrie, materniteit als heelkunde is door de auditoren vastgesteld dat EWS is geregistreerd volgens de vigerende procedure. - Voorafgaand aan het bezoek op de dienst spoedgevallen hebben de auditoren een test uitgevoerd door een reanimatieknop in te drukken op vrije kamer van het chirurgisch dagziekenhuis. De auditoren stellen vast dat binnen de kortst mogelijke tijd de oproep is beantwoord door verpleegkundigen van de afdeling zelf. Het reanimatieteam heeft meer dan zeven minuten na het indrukken van de reanimatieknop de kamer bereikt. In de reanimatieprocedure is geen specifieke norm bepaald naar aanlooptijd toe. De auditoren hebben ter controle dezelfde weg gelopen tussen de dienst spoedgevallen en de desbetreffende kamer. Deze afstand is in wandelmodus en met begeleiding van de buddy afgelegd in drie minuten.
519.06 **NTA8009:2011**	*De werkeenheden en medewerkers zijn bekend met de afspraken rond reanimatie en oefenen met regelmaat hun eigen aandeel daarin.*
Instelling Score 3	Theorie De medewerkers van het zorgdepartement kennen de afspraken aangaande het reanimatiebeleid. De procedure reanimatie is raadpleegbaar voor de medewerkers in het DBS. Bij indiensttreding van nieuwe medewerkers en vervolgens op de jaarlijkse opleidingsdag wordt het reanimatiebeleid (theorie) toegelicht. In het inscholingsplan is gestipuleerd dat dit een leeropdracht binnen de maand van indiensttreding is. Praktijk B.L.S. De praktijk aangaande B.L.S. wordt wekelijks op (dinsdag, woensdag en donderdag) georganiseerd in het leslokaal op de dienst spoedopname. De hoofdverpleegkundige schrijft de medewerkers van de verpleegafdeling in via de rubriek opleidingen (intranet) en kan op deze manier het aantal medewerkers van haar verpleegafdeling opvolgen die jaarlijks de verplichte reanimatielessen bijwonen. De administratieve medewerker van de dienst spoedopname stuurt maandelijks aan alle hoofdverpleegkundigen een overzicht van de medewerkers die de oefensessie volgen. Elke deelnemer dient een score van 70% te behalen. Computer-geregistreerde analyse van de geleverde techniek (thoraxcompressie en beademing) mondt uit in een score. Indien de score van 70% niet behaald is, plant de hoofdverpleegkundige een nieuwe oefensessie. De medewerkers van de dienst spoedopname verzorgen de trainingen. Alle spoedgevallenverpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel zijn ingeschakeld in de lesgeversgroep.

	Praktijk A.L.S. De scholing A.L.S. is gericht op de kritische diensten. In juni 2015 kregen alle artsen die 1ste en 2de MUG wacht verrichten de richtlijnen A.L.S. toegelicht (papieren oefening). In november/december 2015 zijn reanimatie oefeningen A.L.S. (multidisciplinair) georganiseerd. Documenten - 519.05a Procedure Reanimatie
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het document 'Procedure Reanimatie' zijn de afspraken rond het reanimatiebeleid opgenomen. - Auditoren hebben vastgesteld dat reanimatie opgenomen is in het inwerkplan van nieuwe verpleegkundigen. - Op alle bezochte afdelingen hebben de auditoren bevestiging gekregen dat medewerkers een vorming BLS hebben gevolgd in het voorbije kalenderjaar. Ook zijn op de afdelingen hulpmiddelen voor een reanimatie aanwezig. - De auditoren hebben vastgesteld dat de voor de vorming van BLS zowel met een volwassenpop alsook met een kinderpop kan geoefend worden en dat een proef is afgenomen op het einde van de vorming om de deskundigheid te testen. Medewerkers dienen een minimumscore van zeven op tien te behalen voor deze test vooraleer ze geslaagd zijn. - In de buitenpoli in Brakel geven de auditees aan dat ze een BLS opleiding hebben gevolgd. Auditoren stellen vast dat een reanimatiekoffer aanwezig is in de buitenpoli, alsook een AED waarbij de medewerkers aangeven een opleiding in het gebruik van dit toestel te hebben gevolgd.
519.07 **NTA8009:2011**	*De instelling heeft afspraken in de vorm van een intern calamiteitenplan (NL) / intern noodplan (B) voor de zorg voor de patiënten in geval van een interne calamiteit waaronder begrepen de uitval van kritieke voorzieningen.*
Instelling Score 4	De instelling heeft vastgelegd hoe ze zal reageren in noodsituaties. Hiervoor beschikt ze over zowel een intern als een extern noodplan. Het beleid is vastgelegd en bijgestuurd in het Comité Rampenplan bestaand uit de hoofdarts (voorzitter), alle directieleden, de preventieadviseurs, zorgmanagers, hoofdverpleegkundige spoedopname, meerdere artsen,… Intern noodplan Het intern noodplan beschrijft hoe de organisatie zal reageren op verschillende noodsituaties. Die zijn voor het ogenblik onderverdeeld in: - uitval van elektriciteit (met en zonder behoud van noodstroom) - brand - andere: bommelding, uitval van andere kritieke voorzieningen,… Bij een interne calamiteit wordt de commandocel (samenstelling: zie intern noodplan) bijeen geroepen die alle beleidsbeslissingen vanuit de instelling zal nemen. Voor de verschillende actoren binnen het rampenplan zijn er actiefiches beschikbaar (zie intern noodplan). Uiteraard zal bij noodzaak tot het verwittigen van de brandweer de CP-OPS (commandocel operations) en evt. de CC-GEM (comandocel gemeente = gemeentelijk rampenplan) van kracht worden waarbij de sturing wordt overgenomen door andere instanties cfr. de wettelijke rampenplancoördinatie.

Extern alarmeringsplan
Het alarmeringsplan is het plan dat voorziet in maatregelen die moeten toelaten dat de instelling het hoofd kan bieden aan de plotse opname van verscheidene slachtoffers uit een ongeval dat zich buiten de instelling heeft voorgedaan.

Het extern alarmeringsplan bestaat uit actiefiches voor de verschillende actoren binnen het plan.

Beveiliging van de instelling
Branddetectie
De instelling beschikt over een branddetectiesysteem met de nodige melding waarschuwing en alarm incl. sturingen.
Deze installatie is gekeurd door een externe dienst voor technische controle.

Blusmiddelen
De instelling beschikt over de nodige brandhaspels en kleine blusmiddelen die periodiek zijn gekeurd zoals de wetgeving voorschrijft.

Noodgroepen
De instelling beschikt over de nodige noodgroepen die periodiek worden getest. De resultaten zijn vastgelegd in FMIS Ultimo.

Brandweerverslag
De instelling beschikt over een positief brandweerverslag nodig voor de erkenning.

Kritische voorzieningen (HVA analyse in bijlage)
Vanuit de preventiedienst is een HVA (Hazard en Vulnerability analyse) lopende om alle mogelijke andere gevaren te identificeren en de huidige preventiemaatregelen in kaart brengen. In bijlage is vastgelegd hoe de redundantie van de verschillende kritische voorzieningen is opgebouwd.

Elektriciteit
- De instelling beschikt over een gekeurde hoogspanning en laagspanningsinstallatie.
- De instelling beschikt over een goed werkende noodgenerator en UPS installatie (bouwjaar 2013). Deze zijn regelmatig onderhouden (3 maandelijks) en getest (2 maandelijks op vollast – 2 maandelijks op 30% belasting).

Telefooncentrale
- De instelling beschikt over een goed werkende telefooncentrale die periodiek is onderhouden.
- Voor alle afdelingen is er een nood GSM beschikbaar met daarin voorgeprogrammeerde nummering.

Aardgas/verwarming/koeling
- De instelling beschikt over een toevoer van aardgas (1 toevoerlijn op middendruk). Indien nodig kan een vrachtwagen het energiegebouw binnenrijden en gekoppeld worden.
- De instelling beschikt over een ondergrondse mazouttank van 24000 liter. Indien nodig kan mits aanpassing van de branders omgeschakeld worden op mazout.
- De installaties zijn regelmatig onderhouden.

Water
- De instelling beschikt over putwater dat jaarlijks is gecontroleerd. Indien nodig kan op eenvoudige manier omgeschakeld worden naar het beschikbare stadswater.

Medische gassen

	Zuurstof - De instelling beschikt over periodiek gekeurde installaties: 3 beschikbare onafhankelijke bronnen met automatische omschakeling. Medewerkers van de technische dienst zijn opgeleid om manueel om te schakelen indien nodig. Lachgas - De instelling beschikt over 2 periodiek gekeurde onafhankelijke bronnen. ICT noodplan - Vanuit ICT is er een noodplan opgesteld om te reageren bij gedeeltelijke of volledige ICT uitval of andere ICT problemen. Andere - De andere belangrijke zaken zijn vermeld in de HVA analyse (zie bijlage) <u>Documenten</u> - 519.07a Intern noodplan - 519.07b Extern alarmeringplan - 519.07c Inspectieverslag voor erkenning - 519.07d HVA analyse - SEZZ - 519.07e Interventiepolitiek ICT - 423.13c ICT noodplan
Auditoren Score 4	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben het document 'Intern noodplan' ingezien en hebben vastgesteld dat het SEZZ vastgesteld beleid heeft om te reageren op verschillende noodsituaties, zoals onder andere brand, uitval van elektriciteit, uitval van medische gassen en bommelding. In dit interne rampenbeleid is opgenomen dat de centrale sturing gebeurt door de leden van de commandocel. - De coördinator rampenplanning geeft aan dat aan de hand van actiefiches de taken en verantwoordelijkheden bij een interne ramp zijn vastgelegd, ongeacht het tijdstip of bezettingsgraad van medewerkers. - Auditoren hebben van meerdere auditees vernomen dat ze weet hebben van actiefiches waarin de taken en verantwoordelijkheden bij een interne ramp zijn vastgelegd.
519.08 **NTA**[8009:2011]	*De werkeenheden zijn bekend met het intern calamiteitenplan (NL) / intern noodplan (B) en oefenen met regelmaat hun aandeel daarin, met name waar het ontruiming van gebouw(delen) en evacuatie van patiënten, medewerkers en bezoekers betreft.*
Instelling Score 2	De verschillende verpleegdiensten zijn bekend met het intern noodplan. Het intern noodplan is beschikbaar op intranet en door iedereen raadpleegbaar. <u>Evacuatie</u> De instelling beschikt over de wettelijke verplichte signalisatie die de evacuatiewegen aanduiden. Op alle locaties zijn evacuatieplannen beschikbaar met daarop niet alleen de te volgen evacuatiewegen maar ook de locatie van de beschikbare blusmiddelen. <u>Oefeningen</u> De evacuatieoefeningen voor de verschillende diensten zijn opgesplitst in een opleiding voor standaard diensten en specifieke diensten. Voor de specifieke diensten (OK, Intensieve Zorgen, spoedopname, materniteit, CSA,…) is een aparte opleiding voorzien. De standaard evacuatieoefeningen zijn laatst gehouden in november 2016 op een leegstaande verpleegafdeling (4E). De oefening bestaat uit volgende punten:

	- overzicht afdeling - brandprocedure - locatie van blusmiddelen, evacuatiewegen en deuren, evacuatieplannen - Locatie van afsluiters voor medische gassen - praktische opleiding in betreden lokaal + blussen brand - praktische opleiding in het horizontaal en verticaal evacueren van patiënten, bezoekers en medewerkers. De evacuatieoefeningen voor de specifieke diensten zijn ingepland op 1ste kwartaal van 2017. Op 23 mei 2016 is een zandbakoefening georganiseerd waarbij het intern noodplan is getest alsook de wisselwerking tussen de verschillende coördinatiecellen. De terugkoppeling/feedback vond plaats in het Comité Rampenplan op 30/05/2016. <u>Documenten</u> - 519.08a Vergaderverslag Comité Rampenplan 30 mei 2016
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Vergaderverslag Comité Rampenplan 30 mei 2016' toont aan dat een evaluatie is gebeurd van een zandbakoefening waarbij de wisselwerking tussen de verschillende coördinatiecellen is afgetoetst. - De coördinator rampenplanning bevestigt dat op regelmatige tijdsstippen rampenoefeningen zijn georganiseerd, waaronder zandbakoefeningen en evacuatieoefeningen op afdelingen. Auditee geeft aan dat na elke oefening een evaluatie gebeurt van waaruit verbeteracties worden opgesteld. - De hoofdverpleegkundige van de afdeling geriatrie geeft aan dat de noodplannen bekend zijn bij het personeel en licht toe hoe een horizontale evacuatieoefening is uitgevoerd op de afdeling geriatrie.
519.09 **NTA8009:2011**	*De instellingsleiding ziet erop toe dat de (brand)veiligheidseisen onder alle omstandigheden worden nageleefd en stimuleert dat patiënten, medewerkers en bezoekers die onveilige situaties signaleren, hiervan direct melding maken.*
Instelling Score 3	<u>Wettelijke brandveiligheidseisen:</u> De instelling voldoet aan de wettelijke brandveiligheidseisen. Dit is vastgelegd in het document van de brandweer Zottegem in het kader van de erkenning van de instelling. **9. Besluit:** In algemene beschouwing voldoet de inrichting aan de brandbeveiligingsnormen voor ziekenhuizen. Er is geen bezwaar tegen het verlenen van de erkenning. <u>Keuringen en controles</u> Zoals de vigerende wetgeving voorschrijft zijn de installaties (blusmiddelen, brandmeldingsinstallaties, branddeuren,…) periodiek gecontroleerd. Voor de branddoorvoeringen is een inventaris beschikbaar over de gebreken en meegenomen in de begroting van 2017. <u>Toezicht</u> De medewerkers worden gestimuleerd om onveilige situaties te melden via de onthaalmap, opleidingen, onthaaldagen en sensibiliseringsacties. Onveilige situaties worden gemeld via iProva, het technische meldpunt Ultimo en bij dringende situaties het noodnummer 11.

	De preventieadviseur voert drie keer per jaar veiligheidsrondgangen uit. Vastgestelde gebreken of onveilige situaties worden doorgegeven aan de technische dienst via ticket in het technisch meldpunt FMIS Ultimo. Enkele brandbeveiligingseisen worden op de verpleegafdelingen en bij de medewerkers gecheckt tijdens veiligheidsrondes (bv. kennis noodnummer). De bezoekers en patiënten doen een beroep op de medewerkers of onthaal om onveilige situaties te melden. De nachtwaker doet een nachtronde waarbij hij onveilige situaties meldt. <u>Documenten</u> - 519.09a Voorbeeld verslag nachtwaker - 519.09b Voorbeeld preventieaudit 12 juli 2016 - 519.07c Inspectieverslag voor erkenning
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Inspectieverslag voor erkenning' geeft aan dat het SEZZ voldoet aan de vereisten inzake brandveiligheid vanuit een inspectie door de lokale brandweer. - Auditoren hebben vastgesteld dat een opleiding rond brand is opgenomen in het inwerkprogramma van nieuwe medewerkers. - Alle nagekeken blusmiddelen en brandslangen hebben een valide geldigheidsdatum, aldus auditoren. - Auditoren hebben gezien dat in de toiletten sensibiliseringsfiches hangen voor het correct reageren bij brand, zowel bedoeld voor bezoekers, patiënten en medewerkers. - Alle bevraagde medewerkers kunnen correct de te ondernemen acties benoemen mocht er zich een brand voordoen of rook verschijnen. - Auditoren stellen vast dat de signalisatie voor nooduitgangen en de aanwezigheid van blusapparaten en brandslangen conform de vigerende regelgeving is.
519.11 **NTA**[8009:2011]	*De instelling participeert met een extern rampenopvangplan in de opvang en behandeling van slachtoffers van grootschalige calamiteiten in het verzorgingsgebied. De werkeenheden zijn bekend met en oefenen hun aandeel in het rampenopvangplan.*
Instelling Score 3	De instelling kan te maken hebben met grootschalige ongevallen of rampen. Dit heeft ertoe geleid om een beleid op te stellen betreffende deze calamiteiten. Opleiding, trainingen en oefening zijn daarom zeer belangrijk om goed voorbereid te zijn op het reageren bij rampen en zware ongevallen. Voor een snelle uitvoering van het extern rampenplan is het noodzakelijk dat iedere medewerker zijn/haar taak en plaats in de rampenorganisatie kent, zodat hij/zij daaraan een maximale bijdrage kan leveren. De instelling beschikt over een extern rampenplan. In actiefiches/instructiekaarten is vastgelegd welke taak en plaats betrokken medewerkers (o.a. receptie, spoedopname, verpleegafdelingen en artsen) hebben in de rampenorganisatie om zo een maximale bijdrage te leveren. De actiekaart bevat o.a. de functie van de medewerker in de rampenorganisatie, taken en communicatielijnen met relevante telefoonnummer. De procedure " extern alarmeringsplan" is raadpleegbaar op intranet. Vanaf 2012 is jaarlijks een telefonische <u>oefening</u> georganiseerd met als doel het oproepsysteem inzake alarmering te testen aan de hand van de actiekaart(en). Op 23 mei 2016 is een zandbakoefening georganiseerd waarbij het intern noodplan is getest alsook de wisselwerking tussen de verschillende coördinatiecellen. De terugkoppeling/ feedback vond plaats in het Comité Rampenplan op 30/05/2016.

	Op 19 september 2016 is een multidisciplinaire oefening (situatie: simulatie van brand met evacuatie van studenten) georganiseerd in het BUSO. Hierbij is er tevens de participatie van spoedverpleegkundigen en spoedartsen van de instelling. <u>Documenten</u> - 519.07b Extern alarmeringsplan - 519.08a Vergaderverslag Comité Rampenplan 30 mei 2016
Auditoren Score 3	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Extern alarmeringsplan' bevat het beleid in geval van grootschalige calamiteiten, ongevallen of rampen. De procedure 'extern alarmeringsplan' is raadpleegbaar op intranet. - Auditoren hebben vernomen van de coördinator rampenplanning alsook van auditees op de afdeling spoedgevallen dat actiefiches zijn opgemaakt waarin de taken en verwachtingen ten aanzien van medewerkers (o.a. receptie, spoedopname, verpleegafdelingen en artsen) zijn benoemd. Auditoren hebben deze actiefiches ingezien en hebben vastgesteld dat een actiekaart de functie van de medewerker in de rampenorganisatie, de taken en de communicatielijnen met relevante telefoonnummers bevat. - Het document 'Vergaderverslag Comité Rampenplan 30 mei 2016' bevestigt dat een zandbakoefening van een grootschalige ramp is doorgegaan alsook is geëvalueerd.

6. Resultaten voor ketenpartners
Rubriek: 613 (uitkomsten tevredenheidsonderzoek)

613.01	*Resultaten van tevredenheids- of imago-onderzoeken bij de samenwerkende instellingen of zorgaanbieders.*
Instelling	Eind 2016 organiseert de instellingsleiding een externe tevredenheidsmeting bij de zorgverleners waarmee de instelling samenwerkt. De huisartsen, de zorgverstrekkers en de zorginstellingen uit de eerste lijn ontvangen een vragenlijst waarin gepolst wordt naar de tevredenheid over de samenwerking. De resultaten zullen in het eerste trimester 2017 beschikbaar zijn. <u>Documenten</u> - 613.01a Voorbeeld externe tevredenheidsmeting
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Voorbeeld externe tevredenheidsmeting' bevestigt dat het SEZZ een externe tevredenheidsmeting heeft uitgevoerd bij de huisartsen, de zorgverstrekkers en de zorginstellingen waarmee ze samenwerken.

7. Resultaten voor medewerkers

Rubriek: 711 (basisset prestatie-indicatoren)

711.03	*Aantal gevoerde gesprekken over meerdere jaren m.b.t. evaluatie functioneren medisch specialisten.*
Instelling	Zie norm 321.07 Sedert 01.01.2015 is de hoofdarts van de instelling voltijds benoemd. Hierdoor verkeert hij in tegenstelling tot zijn voorgangers in de temporele mogelijkheid om meer tijd te besteden aan gesprekken met de ziekenhuisartsen. Formele functioneringsgesprekken in 2015 en 2016 zijn gevoerd à rato van 25 – 30 per jaar. Tussendoor zijn er evenwel ook multipele gesprekken gevoerd die betrekking hebben op een deel van het functioneren van ziekenhuisartsen (bv. bij incidenten, bij verschil in visie, bij disfunctioneren). Functioneren van medische disciplines en diensten wordt overigens ook geëvalueerd binnen de werking van de Medische Raad en Medische Beleidsgroep. <u>Documenten</u> - 321.07a Checklist gesprek artsen
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document ‘Checklist gesprek artsen’ bevestigt dat de hoofdarts met alle ziekenhuisartsen minstens één maal per jaar een gesprek heeft.

Rubriek: 712 (overige uitkomsten)

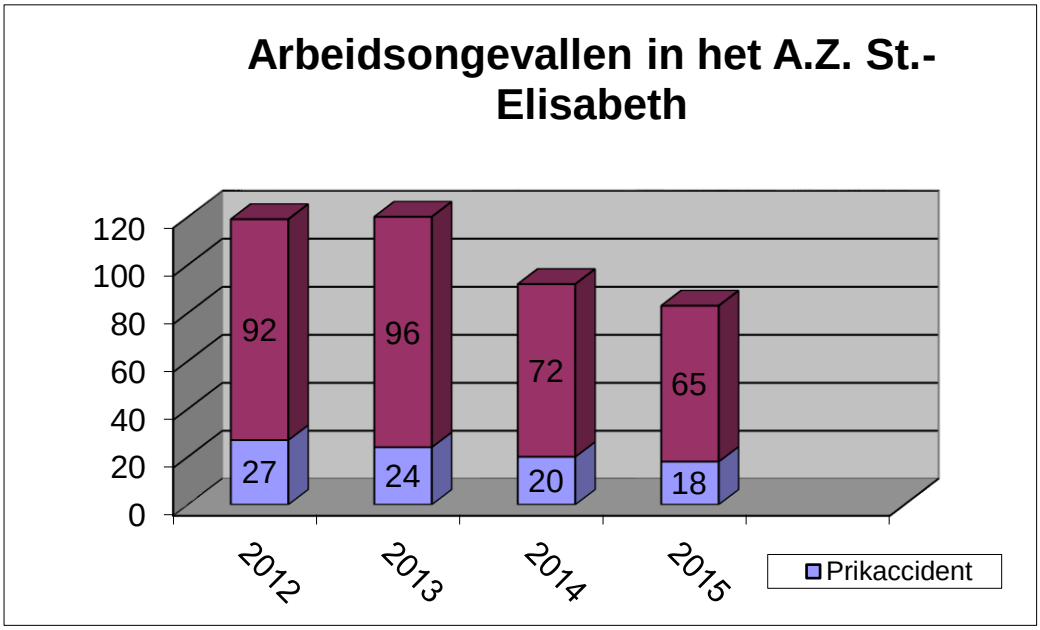
712.12	*Resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. ziekteverzuim per relevante categorie medewerkers.*
Instelling	Zie norm 322.03 De resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. ziekteverzuim zijn terug te vinden in het rapport ziekteverzuim. <u>Documenten</u> - 712.12 Rapport ziekteverzuim
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het ‘Rapport ziekteverzuim bevestigt dat in de afgelopen drie jaar afwezigheden van medewerkers op individueel niveau als ook op afdelingsniveau zijn geregistreerd.
712.13	*Resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. verloop per relevante categorie medewerkers.*
Instelling	Het overzicht van de in- en uit diensten van de afgelopen drie jaar zijn terug te vinden in het document ‘Rapport in en uit dienst’. <u>Documenten</u> - 712.13a Rapport in en uit dienst

Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De auditor heeft een Excelbestand ingezien waarin voor de jaren 2015 en 2016 per afdeling als ook in het totaliteit van het ziekenhuis de aantallen zijn opgenomen van de medewerkers die in en uit dienst zijn gegaan. Deze opsommingen vermelden naast de namen van de personeelsleden hun statuut (arbeider of bediende) en het departement waarin ze zijn tewerkgesteld.
712.14	*Resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. tevredenheidsonderzoek medewerkers.*
Instelling	Zie norm 313.09 In 2016 werd een tevredenheidsonderzoek bij de medewerkers georganiseerd. Er namen 661 medewerkers deel aan deze bevraging. Aan de bevraging van de artsen namen 70 artsen deel (zie norm 313.09). <u>Documenten</u> - 313.09d Resultaten Onderzoek onder medewerkers 2016
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Resultaten Onderzoek onder medewerkers 2016' vermeldt de respons en de resultaten van het MTO. In dit document zijn onder andere volgende verbeterthema's opgenomen: motivatie, communicatie, werkdruk, het verkrijgen van info en professionele ontwikkeling. - Uit drie gesprekken met verschillende medewerkers blijkt dat medewerkers in hun teamvergaderingen over de uitkomsten van het MTO zijn geïnformeerd.
712.15	*Resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. klachten en claims van medewerkers.*
Instelling	Zie norm 322.06 Het aantal klachten en claims die vertrouwenspersonen behandeld hebben: 2013: 4 2014: 6 2015: 16 Het aantal klachten en claims die de preventieadviseur psychosociale aspecten behandeld heeft: 2013: 1 2014: 0 2015: 2 <u>Documenten</u>
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - De auditor heeft in een document een opsomming vastgesteld van het aantal geuite klachten door medewerkers voor de periode van 2013 tot en met 2015, die neergelegd zijn bij de vertrouwenspersonen en bij de preventieadviseur.

712.16	*Resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. incidenten en aanzien van medewerkers.*
Instelling	Zie norm 313.05

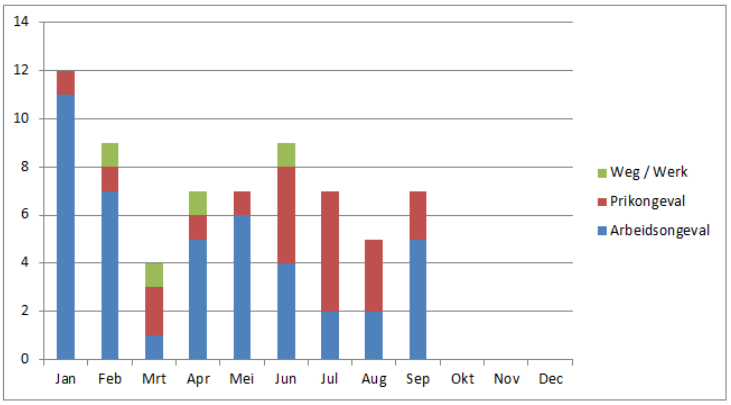
De preventiedienst beschikt over de resultaten en analyses van incidenten en arbeidsongevallen van medewerkers. Deze zijn respectievelijk maandelijks en halfjaarlijks besproken in het CPBW en het CDB.

Grafiek arbeidsongevallen en prikongevallen van de voorbije 4 jaar



Maandelijkse rapportage op CDB en intranet

														333 bedden
Type	**Jan**	**Feb**	**Mrt**	**Apr**	**Mei**	**Jun**	**Jul**	**Aug**	**Sep**	**Okt**	**Nov**	**Dec**	**Totaal**	**Totaal t.o.v. 100 bedden**
Arbeidsongeval	11	7	1	5	6	4	2	2	5				43	
Prikongeval	1	1	2	1	1	4	5	3	2				20	6,01
Weg / Werk	0	1	1	1	0	1	0	0	0				4	
2015														
Arbeidsongeval	5	0	5	3	0	5	5	2	3	4	4	4	40	0
Prikongeval	2	1	0	1	2	0	1	1	2	2	0	3	15	4,49
Weg / Werk	0	3	0	0	0	1	0	0	1	0	1	2	8	0



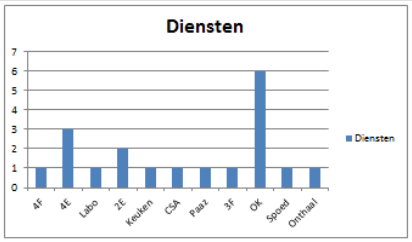
Voorbeeld analyse maandverslag IDPBW

4. Synthese van de arbeidsongevallen			
4.1 Analyse van de arbeidsongevallen steekkaarten en de verslagen		**Aantal dagen ongeschikt**	**Datum**
1	Pink geluxeerd door verwarde patiënt	0	3/09/2016
2	Prikongeval	0	10/09/2016
3	Barstje in linkerduim	24	12/09/2016
4	Stoten van rechterteen tegen deur kleedkast	1	21/09/2016
5	Kneuzing rechtervoet	0	29/09/2016
6	Kneuzing linkerknie	7	29/09/2016
7	Prikongeval	0	30/09/2016
4.2 Plaats van de ongevallen			
1	1D - kamer 147A		
2	4F		
3	Keuken		
4	Chirurgisch dagziekenhuis		
5	Spoed		
6	Recovery		
7	OK		

4.3 Oorzaken en preventiemaatregelen		
	Oorzaken	**Preventiemaatregelen**
1	Slachtoffer wou handen uit trappelzak van verwarde patiënt halen	Aandacht tijdens de arbeid
2	Slachtoffer wou insulinepen van patiënt nemen en naald stak door omhulsel	Zie voorstel CPBW van 15/09/2016 : zelf laten prikken patiënt
3	Bij het sluiten van de voedselkar hand tussen deur en kar gestoken	Aandacht tijdens de arbeid
4	Bij het aantrekken van de dienstkledij (broek) heeft slachtoffer haar middenste teen gestoten tegen de deur	Aandacht tijdens de arbeid
5	Tijdens het vervoer van een patiënt van spoed naar kamer viel de zuurstoffles van de brancard op de rechtervoet	Nog in onderzoek
6	Uitgegleden op natte ondergrond en op de knie terechtgekomen	Nog in onderzoek
7	Bij dichtknopen van afvalzak stak er een naald door de	Sensibilisering via HL + actie jaaractieplan 2017

Analyse prikongevallen 2015

Datum	Dag	Uur	Dienst	Actie
30/01/2015	Vrijdag	13h30	4F	Afdraaien naald na insulinemeting
31/01/2015	Zaterdag	09h15	4E	Insulinepen patiënt
20/02/2015	Vrijdag	16h00	4E	Insuline inspuiten
17/03/2015	Dinsdag	10h00	Labo	Snijden microtoommes - Tijdens reinigen
6/04/2015	Maandag	10h00	2E	Gebruikte naald in de zak van haar jas
5/05/2015	Dinsdag	19h30	4E	Insuline prikken - naald dreigde te vallen - reflex
27/05/2015	Woensdag	15h00	2E	Aannemen subcutane naald
4/06/2015	Donderdag	11h00	Keuken	Versnijden groenten
8/06/2015	Maandag	16h30	CSA	Materiaal reinigen in reinigingszone - bipolair pincet
8/07/2015	Woensdag	07h30	Paaz	Insuline prikken
14/08/2015	Vrijdag	06h00	3F	Subcutane naald in buik patiënt
2/09/2015	Woensdag	10h00	OK	Opruimen werkveld - snijden aan bistourimesje
8/09/2015	Dinsdag	17h00	OK	Bij kruisen collega tijdens opruimen werkveld
29/09/2015	Dinsdag	23h30	Spoed	Insuline naald van patiënt zonder huls
14/10/2015	Woensdag	15h00	OK	Naald in afvalzak
28/10/2015	Woensdag	15h45	OK	Arts in vinger werknemer geprikt
1/12/2015	Dinsdag	10h30	OK	Spuit verleggen tijdens assistentie
10/12/2015	Donderdag	13h00	OK	Bij opruimen werkveld
24/12/2015	Donderdag	16h10	Onthaal	Insulinepen in toilet
				Diensten
Totaal aanta	19		4F	1
Insulinepen	7	37%	4E	3
			Labo	1
			2E	2
			Keuken	1
			CSA	1
			Paaz	1
			3F	1
			OK	6
			Spoed	1
			Onthaal	1



Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben bevestigd gezien dat het SEZZ een registratie heeft van de arbeidsincidenten met een onderverdeling in drie hoofdgroepen: incidenten tijdens het woonwerk verkeer, prikongevallen en andere. De leden van de directie als ook van het CPBW, duiden dat de arbeidsincidenten geanalyseerd zijn en omgezet zijn in verbeterprojecten. Auditoren hebben het voorgenoemde bevestigd gezien.
712.17	*Resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. onderzoek risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) ten aanzien van medewerkers.*
Instelling	Zie norm 313.07 Per dienst is er een risicoanalyse beschikbaar die 2 jaarlijks wordt herzien. <u>Documenten</u> - Zie voorbeeld document 313.11
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben op alle bevraagde afdelingen een RI&E ingezien. - De auditoren hebben tijdens het gesprek met de preventieadviseur overzichten ingezien van uitgevoerde risico inventarisaties en evaluaties (RI&E´s), die driejaarlijks jaar zijn uitgevoerd op alle diensten. Bewaking van de verbetermaatregelen gebeurt via veiligheidsronden die tweemaal per jaar op de afdelingen plaatsvinden, aldus auditee. Een update van alle verbeterpunten uit de RI&E´s is ingezien voor de maand maart 2017. Deze update is beschikbaar op het intranet.

712.18	*Aantal gevoerde jaargesprekken met medewerkers van de afgelopen drie jaar.*
Instelling	Zie norm 321.06 Het ziekenhuis is gestart met het voeren van functioneringsgesprekken sedert juli 2016 Sindsdien hebben reeds 160 functioneringsgesprekken plaatsgevonden. <u>Documenten</u>
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Tijdens de werkplekbezoeken op de afdelingen IZ, OK, CSA, buitenpoli Brakel, geriatrie, schoonmaak en dienst medische beeldvorming hebben de auditoren bevestigd gezien dat de medewerkers een functioneringsgesprek hebben gehad. Alle bevraagde medewerkers geven aan een functioneringsgesprek te hebben gehad in het voorbije jaar, op één medewerker na. - Auditoren hebben het totaal aantal uitgevoerde functioneringsgesprekken niet gecheckt.

8. Resultaten voor bestuur en maatschappij
Rubriek: 813 (uitkomsten tevredenheidsonderzoek)

813.01	*Resultaten van tevredenheids- of imago-onderzoeken stakeholders.*
Instelling	Zie norm 613.01 <u>Documenten</u>
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Voorbeeld externe tevredenheidsmeting' bevestigt dat het SEZZ een externe tevredenheidsmeting heeft uitgevoerd bij de huisartsen, de zorgverstrekkers en de zorginstellingen waarmee ze samenwerken.

9. Resultaten voor de patiënt
Rubriek: 911

911.19	*Resultaten van de afgelopen drie jaar van de kwaliteitsindicatoren zoals aangeleverd in de Basisset Prestatie-indicatoren (NL) / indicatoren (B).*
Instelling	Het ziekenhuis verleent zijn medewerking aan het VIP² project dat een aantal kwaliteitsindicatoren van ziekenhuizen publiceert op de website www.zorgkwaliteit.be . Naast een aantal uitkomstindicatoren (zie norm 911.21) worden ook instellingsbrede indicatoren meegenomen: identitovigilantie, volledigheid medicatievoorschrift, safe surgery checklist en handhygiëne. De Vlaamse Zorginspectie voert door middel van onaangekondigde bezoeken een nalevingstoezicht uit voor een aantal specifieke zorgtrajecten. De bevindingen van de inspecteurs voor het chirurgisch en het internistisch zorgtraject zijn beschikbaar in een verslag. Het ziekenhuis kreeg in 2013 en 2015 een gunstig rapport afgeleverd. Het CDB houdt toezicht op beleidsindicatoren die intern worden geregistreerd en opgevolgd. Per maand, kwartaal of trimestrieel gebeurt rapportering over indicatoren m.b.t.: - Personeel (arbeidsongevallen, personeelsverloop) - Patiëntveiligheid (decubitus, incidentmeldingen, identitovigilantie, safe surgery checklist) - Patiënttevredenheid - Infectiepreventie (handhygiëne, MRSA/CPE/ESBL, antibioticagebruik) - Organisatie (ziekenhuisactiviteiten, gemiddelde ligduur, wachttijden consultaties/CT/NMR, doorlooptijd spoedaanmelding) <u>Documentenz</u> - 911.19a Verslag zorginspectie chirurgisch zorgtraject 2013 - 911.19b Verslag zorginspectie internistisch zorgtraject 2015 - 911.19c Verslag zorginspectie internistisch zorgtraject 2015 - check 2 - 911.19d Zorgkwaliteit – gemeten kwaliteitsindicatoren - 122.10a Overzicht beleidsindicatoren CDB
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - In het ‘Overzicht beleidsindicatoren CDB’ staan zestien indicatoren opgesomd met vermelding van de eigenaar, aanlevermethode, rapporteringsfrequentie en de interne en/of externe bestemmelingen(en). - Auditoren stellen vast dat de kwaliteitsindicatoren van zowel de Vlaamse (VIP²) als de Federale Overheid (FOD Contract patiëntveiligheid) in de voorbije drie jaar gemeten en opgevolgd zijn. - Het document ‘Zorgkwaliteit – gemeten kwaliteitsindicatoren’ bevestigt dat indicatoren opgevolgd zijn binnen het CDB, waarop ook sturing gebeurt door het CDB.
911.20	*Resultaten van de afgelopen drie jaar van de veiligheidsindicatoren.*
Instelling	De instelling voert interne metingen uit en gebruikt de voorgestelde indicatoren van diverse externe instanties: Vlaams Indicatoren Project (VIP²), Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV), Federale Raad voor de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit (FRKVA). Resultaten zijn afhankelijk per domein en naargelang interne of externe meting:

	- Handhygiëne: externe meting en interne metingen via VIP², nationale campagne handhygiëne, veiligheidsrondes - Patiëntidentificatie: externe en interne meting via VIP², veiligheidsrondes en steekproeven - Ziekenhuishygiëne: resultaten over de antibioticagevoeligheid, nosocomiale en opname met multiresistente kiemen, incidentie van MRSA – sepsis, isolatiebeleid, pilootproject (preventie van) postoperatieve wondinfecties, (preventie van) urineweg infecties, (preventie van) bloedstroominfecties, kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne (WIV) - Antibioticaverbruik: 6-maandelijkse evaluatie van de verbruikscijfers door antibioticabeleidsgroep met rapportering aan MFC en CDB - Ventilatorgeassocieerde pneumonie: opvolging van procesindicatoren via interne meting - Safe Surgery Checklist: externe metingen via VIP² en interne metingen - Valincidenten: interne meting met benchmarking via Navigator - Decubitus: opvolging van structuur-, proces-, en resultaatsindicatoren via interne metingen ter preventie van decubitus (FRKVA) - Ondervoeding: opvolging van structuur-, proces-, en resultaatsindicatoren via interne metingen ter preventie van ondervoeding (FRKVA) - Fixatie: jaarlijkse opvolging van structuur-, proces-, en resultaatsindicatoren via interne metingen op Paaz (FRKVA) - Agressie-incidenten: jaarlijkse opvolging van structuur-, proces-, en resultaatsindicatoren via interne metingen op PAAZ (FRKVA) - Volledigheid geneesmiddelenvoorschrift: interne metingen via VIP² Documenten - 911.20a Jaarrapport veiligheidsrondes 2014 - 2015 - 514.15d Jaarrapport veiligheidsrondes 2015 - 2016 - 911.20b Kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne 2013 - 911.20c Kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne 2015 - 911.20d Bespreking antibioticaverbruik S1 2016 op CDB - 911.10e Jaarverslag decubitusprevalentiemetingen 2013 - 911.10f Jaarverslag decubitusprevalentiemetingen 2014 - 911.10g Jaarverslag decubitusprevalentiemetingen 2015 - 911.20h Overzicht prevalentiemetingen ondervoeding 2014 - 911.20i Jaarverslag ondervoeding 2015 - 911.20j Jaarverslag epidemiologie en antibioticagevoeligheid 2013 - 911.20k Jaarverslag epidemiologie en antibioticagevoeligheid 2014 - 911.20l Resultaten geneesmiddelenvoorschrift 2014 - 911.20m Resultaten geneesmiddelenvoorschrift 2015 - 434.13a Jaarverslag epidemiologie en antibioticagevoeligheid 2015
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen:

	- Auditoren stellen vast dat voor de volgende 12 domeinen veiligheidsindicatoren resultaten bekend zijn: handhygiëne, patiëntidentificatie, infectiepreventie, antibioticaverbruik, VAP's, save surgery, valincidenten, decubitus, ondervoeding, fixatie, agressie en de volledigheid van het medicatievoorschrift. Resultaten van deze veiligheidsindicatoren zijn ingezien door de auditoren in te consulteren in jaarrapporten per domein. Al naargelang het thema worden trends gevisualiseerd per maand, jaar, drie jaar of zelfs per decennium. Voor de rapporten opgemaakt door externe instanties, zijn benchmarkgegevens beschikbaar en voor de interne rapporten zijn beleidsaanpassingen geformuleerd.
911.21	*Resultaten van de door de wetenschappelijke verenigingen vigerende, vastgestelde en/of gevalideerde proces- en uitkomstnormen.*
Instelling	Het ziekenhuis verleent zijn medewerking aan het VIP² project dat een aantal kwaliteitsindicatoren van ziekenhuizen publiceert op de website www.zorgkwaliteit.be . Uitkomstindicatoren betreffen de behandeling van borstcarcinoma en rectumcarcinoma. Deze gegevens werden binnen het project gebenchmarkt. In het voorjaar 2015 zijn de cijfers omtrent borstcarcinoma gepubliceerd (www.zorgkwaliteit.be), waarbij deze van de instelling voor wat betreft 5 – jaars overleving niet gunstig waren. In het voorjaar 2015 vond op verschillende tijdstippen overleg plaats tussen hoofdarts, oncoloog, MOC-verantwoordelijken, gynaecologen en werd een analyse gemaakt van deze resultaten. Hierbij kon men toch een sterk afwijkende patiëntenpopulatie aanduiden als mogelijke medeoorzaak van het minder goede resultaat. Daarnaast kon een vrij onvolledige follow-up van behandelde patiënten aangewezen worden als oorzaak voor slechtere overlevingscijfers. Dientengevolge wordt sedertdien een kadaster van behandelde patiënten bijgehouden door de borstverpleegkundigen, die opdracht kregen om te signaleren indien patiënten zich onttrekken aan follow-up. Tenslotte gaf deze ganse studie aanleiding tot het aantrekken van een prof gynaecologie uit het UZ Gent, die in de instelling optreedt als senologische MOC-coördinator. Binnen het project Netwerk Klinische Paden is eveneens medewerking verleend. Ook hier kan de instelling voor zijn klinische paden overgaan tot benchmarking. De bekomen resultaten worden besproken binnen de diverse werkgroepen Klinische Paden van de instelling. Het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie levert cijfers aan met betrekking tot obstetrische gegevens. Deze gegevens worden besproken door de dienst gynaecologie en obstetrica en verschijnen in hun jaarverslag. Jaarlijks levert de klinische bioloog een instellingsrapport aan waarin infectiologische gegevens en resistentiegegevens gepubliceerd worden en geduid in vergelijking met nationale Belgische gegevens. Deze jaarverslagen zijn een belangrijke bron van informatie voor de ABTBG (norm 431.12). De afdeling diabetes verleent haar medewerking aan de tweejaarlijkse IKED metingen. Ook hier kan de instelling zich benchmarken ten aanzien van andere ziekenhuizen. <u>Documenten</u> - 911.21a Jaarverslag Studiecentrum voor perinatale epidemiologie 2015 - 911.21b Prenatale activiteiten 2015 - 911.21c Overzichtsrapport navigator – kwartaal 3 - 2016 - 911.21d Jaarverslag WIV multiresistentie 2013 - 911.21e Jaarverslag WIV multiresistentie 2014 - 911.21f Jaarverslag WIV multiresistentie 2015 - 911.21g Feedback rapport ACS 2015 - 911.21h Feedback rapport COPD 2015 - 911.21i Feedback rapport PFF 2015

	- 911.21j Feedback gegevensverzameling IKED 2014 - 911.21k Resultaten VIP^2 rectumcarcinoma - 911.21l Resultaten VIP^2 borstcarcinoma - 911.20j Jaarverslag epidemiologie en antibioticagevoeligheid 2013 - 911.20k Jaarverslag epidemiologie en antibioticagevoeligheid 2014 - 434.13a Jaarverslag epidemiologie en antibioticagevoeligheid 2015
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben vastgesteld dat het SEZZ beschikt over registraties van benchmarkonderzoek vanuit diverse medische maatschappen. Voorbeelden hiervan zijn onder andere de uitkomstindicatoren van borst- en rectum carcinoom. Obstetrische gegevens en infectiegegevens zijn opgenomen in de jaarverslagen van de maatschap gynaecologie. - De auditoren hebben bevestigd gekregen van de klinisch bioloog dat jaarlijks een instellingsrapport is aangeleverd waarin gegevens rond infecties en resistentie gepubliceerd zijn in vergelijking met nationale Belgische gegevens.

Rubriek: 912 (overige uitkomsten)

912.12	*Resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. tevredenheidsonderzoek patiënten en bezoekers.*
Instelling	Resultaten van de patiënttevredenheidsmetingen zijn terug te vinden op intranet onder de vorm van een jaarrapport en per afdeling beschikbaar. De registratie loopt continu onder de vorm van 3 enquêteformulieren: <u>Resultaten</u> - Voor patiënten opgenomen op een verpleegafdeling, dagziekenhuis of spoedopname: • Aantal enquêtes in 2014: 1439 • Aantal enquêtes in 2015: 3306 • Aantal enquêtes 1e en 2e kwartaal 2016: 1474 - Voor patiënten opgenomen op Intensieve Zorgen of Medium Care • Enquête is opstart in 2016 • Aantal enquêtes 1e en 2e kwartaal 2016: 5 - Voor patiënten voor een ambulante dienstverlening in het ziekenhuis en Medisch Centrum Brakel: • Enquête is opstart in 2016 • Aantal enquêtes 1e en 2e kwartaal 2016: 41 <u>Documenten</u> - 912.12a Tevredenheidsonderzoek patiënten en bezoekers - jaarrapport 2014 - 912.12b Tevredenheidsonderzoek patiënten en bezoekers - jaarrapport 2015 - 912.12c Tevredenheidsonderzoek patiënten en bezoekers - S1 2016
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben in de aangeleverde documenten bevestigd gezien dat patiënttevredenheidsmetingen inde voorbije drie jaar zijn uitgevoerd.
912.13	*Aantal klachten en claims van patiënten en bezoekers van de afgelopen drie jaar.*
Instelling	Zie norm 517.05 en 517.06

	Bron en dataverwerking: De ombudsdienst behoudt het overzicht van het aantal geopende dossiers met betrekking tot de patiëntenrechtenwet. Data tot en met juni 2016: (jaar)rapporten gegenereerd met behulp van een door het ziekenhuis zelf ontwikkelde databank in Excel. Data vanaf september 2016: rapporten die op elk moment kunnen gegenereerd worden met behulp van een commerciële software applicatie (iProva, Infoland) voor het beheer van klachten. Resultaten: Aantal geopende dossiers: - 2013: 147 - 2014: 138 - 2015:129 Documenten - 517.05c Overzicht verdeling klachten 2007-2015 - 517.05d Overzicht klachten volgens departement 2009-2015
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben van de ombudspersoon vernomen en bevestigd gezien dat een overzicht is bijgehouden van het aantal klachtendossiers. In 2013 zijn er 147 klachtendossiers geweest, in 2014 138 en in 2015 129. - De auditoren hebben bevestigd gekregen van de ombudspersoon dat jaarlijks een verslag is opgemaakt met een overzicht van het aantal klachten en de verdeling van de verschillende onderwerpen van de klachten.
912.14	*Aantal valincidenten van patiënten en bezoekers van de afgelopen drie jaar.*
Instelling	Het aantal valaccidenten werd in het verleden bijgehouden en verwerkt in Navigator. We werken sinds juli 2016 met een nieuw incidentmeldingsysteem, namelijk iProva van de firma Infoland, waar de meldingen en verwerking van de valaccidenten één van de items is. Het totaal aantal valaccidenten van de voorbije 3 jaar (2013 tot 2015) zijn: - 2013: 394 - 2014: 362 - 2015: 386 Dit zijn enkel valaccidenten bij patiënten. Er zijn geen meldingen van valaccidenten bij bezoekers. Het totaal aantal valaccidenten tot eind oktober 2016 is 272. Documenten - 912.14a Overzicht valaccidenten 2005 - 2015
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Het document 'Overzicht valaccidenten 2005 – 2015' geeft aan dat zich in 2013 394 valincidenten hebben voorgedaan, in 2014 362 en in 2015 386.
912.15	*Aantal medicatiefouten van de afgelopen drie jaar.*

Instelling	Zie norm 515.12 Bron en dataverwerking: Data tot en met juni 2016: (jaar)rapporten gegenereerd met behulp van een door het ziekenhuis zelf ontwikkelde software applicatie voor het beheer van incidenten Data vanaf juli 2016: rapporten die op elk moment kunnen gegenereerd worden met behulp van een commerciële software applicatie (iProva, Infoland) voor het beheer van incidenten. Resultaten: Aantal meldingen aangaande medicatie: - 2014: 136 - 2015: 129 - 1e en 2e kwartaal 2016: 99 - 3e kwartaal 2016: 33 Documenten: - 912.15a Jaarrapport incidenten 2014 - 912.15b Jaarrapport incidenten 2015 - 912.15c Rapport incidenten S1 2016
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben in de aangeleverde documenten vastgesteld dat medicatiefouten geregistreerd zijn en afnemen in aantallen tussen 2014 en 2016.
912.16	*Wachttijden en doorlooptijden voor relevante categorieën van patiënten van de afgelopen drie jaar*.
Instelling	Wachttijden in verband met ingrepen Bevraging in november 2016 leert dat in het ziekenhuis de wachtlijsten voor ingrepen eerder beperkt zijn. - Gynaecologische ingrepen: meestal geen wachttijd; voor sommige ingrepen maximaal 2-3 weken ; stabiel over de tijd - Cataract-ingrepen: ongeveer vier weken ; stabiel over de tijd - Totale heupprothese: 5 – 6 weken ; bij dringendheid korter ; stabiel over de tijd - Arthroscopie: binnen de week - Spinaal chirurgie: 3 – 4 weken, stabiel over de tijd - Verstandskiezen: 6 – 8 weken ; lichte toename over de tijd ; bijkomende operatietijd voorzien vanaf 01.01.2017 - Liesbreuken: 1 – 3 weken ; stabiel over de tijd Ligdagen per kenletter en per specialisme De ligdagen per kenletter en per specialisme worden op kwartaalbasis gerapporteerd. Een samenvatting wordt opgenomen in de jaarlijkse statistieken. Wachttijden consultatie De wachttijden voor een afspraak op consultatie bij de diverse specialismes in het ziekenhuis worden periodiek bevraagd teneinde de toegankelijkheid en de dienstverlening te verhogen. Doorlooptijden inschrijvingen Het aantal inschrijvingen per inschrijvingspunt (consultatie, opname, dagopname, spoedopname) wordt periodiek geëvalueerd teneinde de toegankelijkheid en de dienstverlening te verhogen.

	Doorlooptijden chirurgisch dagziekenhuis Op 19 januari 2016 ging het nieuwe chirurgisch dagziekenhuis van start. Bij de ingebruikneming hiervan werd geopteerd om de organisatie te baseren op twee principes: "just-in-time" en "fast track". De doelstellingen van het hanteren van deze twee nieuwe principes zijn het vermijden van lange wachttijden (just-in-time) en het inkorten van de opnametijd (fast track), het verblijf in het ziekenhuis voor de patiënt. In januari 2016 diende de patiënt zich 90 minuten voor aanvang van de ingreep aan te melden. Dit volgens het "just-in-time"-principe. Zo worden lange wachttijden en stresserende uren voor de ingreep vermeden. mei 2016 werd door het opvragen van de "just-in-time"-tijden geconstateerd dat de wachttijd van 90 minuten nog steeds te lang was voor de patiënt en werd deze gereduceerd tot 60 minuten. Deze tijd is geldig voor alle ingrepen die plaats vinden in het chirurgisch dagziekenhuis en bij ingrepen waar geen gebruik wordt gemaakt van plexusblocks. Bij deze laatste is de "just-in-time"-tijd wel op 90 minuten gebleven omdat het plaatsen van het 'block' door de anesthesist meer tijd vraagt dan het toedienen van de andere vormen van narcose. Het "fast track"-principe zorgt ervoor dat - eenmaal de patiënt aanwezig is in het chirurgisch dagziekenhuis - alles in het werk wordt gesteld om een vlotte doorloop doorheen het behandeltraject te bekomen. Onnodige wachttijden worden zoveel als mogelijk voorkomen. Om deze 2 principes te kunnen realiseren werd naast de architectuur van het dagziekenhuis zelf, ook de informatisering volledig op maat uitgewerkt. Via een zelfgeschreven ICT-toepassing met patiënt-traceerbaarheid wordt de voortgang van elke patiënt in elke fase van het traject gevolgd, van inschrijving tot ontslag. De doorlooptijden werden opgevraagd voor vijf meest voorkomende ingrepen in het chirurgisch dagziekenhuis, namelijk: - Arthroscopie knie unilateraal; - Coloscopie, - Phaco + Lens – lokale verdoving; - Transforaminale lumbale epidurale; - Trepanatie met verwijderen ingesloten gebitselement. Deze vijf ingrepen staan voor ca. 1/3de van het totaal aantal ingrepen en kunnen dus als representatief beschouwd worden. Waar bij de start in januari 2016 nog een gemiddelde wachttijd voor aanvang van de ingreep ("just-in-time"-principe) van 113 minuten gold, werd dit in de loop van het jaar gereduceerd tot een gemiddelde van 93 minuten. De totale duurtijd dat de patiënt in het dagziekenhuis verblijft wordt hierdoor reeds sterk ingekort, maar ook het volgen van het "fast track"-principe betekent een inkorting van de totale opnametijd. Deze opnametijd ging van een gemiddelde van 311 minuten bij aanvang in januari 2016, naar 262 minuten in oktober 2016. Documenten - 912.16a Gemiddelde just-in-time tijd in minuten - 912.16b Gemiddeld aantal minuten in ziekenhuis (fast track)
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen:

	- Auditoren hebben vastgesteld dat de registratie van wachttijden in het SEZZ gestart is in 2016 en gebeurt voor onder andere ingrepen, poliklinische raadplegingen en voor doorlooptijden in het chirurgisch dagziekenhuis.
912.17	*Aantal meldingen van incidenten met betrekking tot patiënten en bezoekers van de afgelopen drie jaar.*
Instelling	Zie norm 515.12 <u>Resultaten:</u> Totaal aantal meldingen: - 2014: 444 - 2015: 773 - 1e en 2e kwartaal 2016: 444 - 3e kwartaal 2016: 181 <u>Documenten</u>: - 912.15a Jaarrapport incidenten 2014 - 912.15b Jaarrapport incidenten 2015 - 912.15c Rapport incidenten S1 2016
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben vastgesteld dat voor de laatste drie jaar overzichten beschikbaar zijn per jaar van de aantallen incidenten, van de aantallen per incidentensoort , van de aantallen per graad van schade en van afdeling waar de incidenten zich voordoen.
912.18	*Aantal uitgevoerde prospectieve risicoanalyses met betrekking tot (zorg)processen van de afgelopen drie jaar.*
Instelling	Zie norm 514.12 Het gestructureerd uitvoeren van PRI's met betrekking tot zorgprocessen is recent gestart. Volgende PRI's zijn uitgevoerd: - Chirurgisch dagziekenhuis - Fixatie - Flexibele endoscopen - Pijnkliniek <u>Documenten</u>
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben vastgesteld dat vermelde PRI's zijn opgemaakt en uitgewerkt zijn zoals vermeld in het ZER bij deze norm. Auditoren hebben geen andere PRI's kunnen vaststellen.
912.19	*Aantal uitgevoerde retrospectieve risicoanalyses met betrekking tot (zorg)processen van de afgelopen drie jaar.*
Instelling	Zie norm 515.12 <u>Bron en dataverwerking:</u> Data tot en met juni 2016: incidentmeldingsysteem in centraal beheer, resulterend in ad

	hoc bespreking van incidenten met leidinggevende of directie en/of bespreking op Comité Kwaliteit en Patiëntveiligheid. Data vanaf juli 2016: overzicht van manier van analyse kan op elk moment gegenereerd worden met behulp van een commerciële software applicatie (iProva, Infoland). Beheer en analyse van incidenten gebeurt via kerngroepen, leden zijn opgeleid voor uitvoeren van Prisma-analyses. Zie norm 515.12 Totaal aantal meldingen sinds juli 2016: 335 meldingen waarvan 331 informele PRISMA-analyses en 4 formele PRISMA-analyses: - verhangingspoging - stalen voor anatomopathologisch onderzoek - identificatie op dienst radiologie - toegang tot dienst radiologie <u>Documenten</u> - 912.19a Vergaderverslag bespreking incidenten 28 mei 2013 (oud systeem) - 912.19b Vergaderverslag bespreking incidenten 4 november 2016 (nieuw systeem)
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben vastgesteld in de aangeleverde documenten dat incidentmeldingen zijn besproken in het comité meldingen, waarin de leden van dit comité bepalen welke meldingen geanalyseerd worden aan de hand van een Prisma analyse.
912.20	*Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) van de afgelopen drie jaar.*
Instelling	Data: MZG data; data worden per semester verzameld en 5 maanden na de betreffende semester aangeleverd aan de FOD VVVL en 3M. Berekening HSMR: algoritme ontwikkeld door 3M Benchmarking: via 3M Benchmark Portal 2012 — 1,141 2013 — 1,019 2014 — 1,008 2015 — Geen data beschikbaar; wegens overgang naar ICD-10 moest geen data aangeleverd worden aan de FOD VVVL S1 2016 — Aanleveren van data aan FOD VVVL en 3M eind november <u>Documenten</u>
Auditoren	Deze norm is niet getoetst door de auditoren.
912.21	*Resultaten van de VMS-thema's (NL).*
Instelling	Jaarlijkse rapportage aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid in het kader van de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid. Stand van zaken over specifieke en generieke thema's.

	<u>Documenten</u> - 912.21a Contract 01-01-2014 tot 31-01-2015 - 912.21b Contract 01-01-2015 tot 31-12-2015 - 921.12c Bevraging veiligheidsmanagementsysteem 2015 - 921.12d Bevraging implementatie safe surgery checklist 2016
Auditoren	De auditoren hebben de onderbouwing in het ZER bevestigd gekregen in de gesprekken met auditees en in de aangeboden documentatie. Ter illustratie enkele bevindingen: - Auditoren hebben vastgesteld in de aangeleverde documenten dat voor 2014 en voor 2015 een rapport is opgemaakt in het kader van het FOD contract patiëntveiligheid waarin de resultaten van de projecten van dit FOD contract beschreven zijn.

IV BIJLAGEN

Bijlage 1: Overzicht bijlagen

	Titel	In bijlage	Ter inzage	Na te sturen
111.02a	Missie	X		
111.02b	Visie	X		
111.02c	Strategisch beleidsplan	X		
111.02d	Tijdspad strategisch beleidsplan	X		
111.03a	Erkenningsbesluiten	X		
111.03b	Overzicht samenwerkingsverbanden	X		
111.03c	Rapport nalevingstoezicht internistisch zorgtraject	X		
111.04a	Verbeteractie FOD-contract - safe surgery checklist	X		
111.04b	Voorbeeld KWIBUS november 2016	X		
111.05a	Vergaderverslag hoofdverpleegkundigenvergadering september 2016	X		
111.06a	Rapport veiligheidscultuurmeting 2015	X		
111.06b	Functieprofiel referentiepersoon kwaliteit en patiëntveiligheid	X		
111.06c	Vergaderverslag overleg referentieverpleegkundigen kwaliteit en patiëntveiligheid september 2016	X		
112.02a	Voorbeeld Knipoog juni 2016	X		
112.02b	Vergaderverslag Associatievergadering PET-centrum Zuidoost-Vlaanderen	X		
112.02c	Vergaderverslag hoofdverpleegkundigenvergadering april 2015	X		
112.02d	Vergaderverslag Medische Beleidsgroep 6 juli 2016	X		
112.02e	Presentatie diensthoofdenvergadering mei 2015	X		
112.02f	Voorbeeld infonota 64-2016 - introductie thuismedicatiezak	X		
112.02g	Voorbeeld van A tot Z juni 2016	X		
112.02h	Vergaderverslag overleg zorginstellingen mei 2016	X		
112.04a	Opvolgingstabel beleidsplannen			X
112.04b	Vergaderverslag Raad van Bestuur 6 juni 2016	X		
112.04c	Vergaderverslag CDB bepaling indicatoren	X		
112.05a	Vergaderverslag overleg internistisch zorgtraject 27 mei 2015	X		
112.05b	Folder 'Samen voor een + op ons beleid'	X		
121.08a	Statuten VZW AZ Sint-Elisabeth Zottegem	X		
121.08b	Deontologische code bestuurder	X		
121.08c	Handtekeningsbevoegdheden VZW AZ Sint-Elisabeth Zottegem	X		
121.08d	Algemene regeling rechtsverhoudingen ziekenhuis-artsen	X		
121.08e	Jaarrekening VZW AZ Sint-Elisabeth Zottegem	X		
121.08f	Procedure aanwerving departementeel directeur	X		
121.09a	Vergaderverslag Financiële Commissie 16 juni 2016	X		
121.09b	Vergaderverslag Medisch Farmaceutisch Comité 28 juni 2016	X		
121.09c	Vergaderverslag Ondernemingsraad 16 juni 2016	X		
121.10a	Lijst samenwerkingen rust- en verzorgingstehuizen	X		
121.10b	Overzicht samenwerkingen met UZ Gent	X		

	Titel	In bijlage	Ter inzage	Na te sturen
121.10c	Voorbeeld samenwerking met UZ Gent - zorgprogramma pediatrie	X		
121.10d	Raamakkoord UZ Gent	X		
121.10e	Samenwerkingen met AZ Sint-Lucas - intermediaire structuur fertiliteit	X		
121.10f	Samenwerking met AZ Glorieux - nierdialyse	X		
121.10g	Associatie overeenkomst PET-centrum Zuidoost-Vlaanderen	X		
121.12a	Organogram bestuur en directie	X		
121.12b	Functieprofiel departementsdirecteurs	X		
121.12c	Functieprofiel zorgmanager	X		
121.12d	Functieprofiel hoofdverpleegkundige	X		
122.07a	Functieprofiel vormingscoördinator	X		
122.10a	Overzicht beleidsindicatoren CDB	X		
122.11a	Procedure Documentbeheer	X		
122.11b	Handleiding coördinator	X		
122.11c	Handleiding lezer	X		
122.11d	Infonota nummer 20-2016 - DBS	X		
122.11e	KWaliteit In uw BUS - DBS	X		
122.11f	Formulier documentaanvraag	X		
122.12a	Procedure Interne audit	X		
122.12b	Meerjarenplanning interne audits	X		
122.12b	Auditrapporten		X	
122.12c	Planning interne audits oktober 2015 – maart 2016	X		
122.12d	Planning interne audits oktober – december 2016	X		
211.10a	Presentatie bespreking eisenkader internistisch zorgtraject	X		
211.10b	Vergaderverslag Comité Kwaliteit en Patiëntveiligheid maart 2016	X		
211.10c	Vergaderverslag hoofdverpleegkundigenvergadering juni 2013	X		
213.06a	Voorbeeld samenwerkingsverband neurochirurgie AZ Sint-Lucas Gent	X		
213.06b	Organisatie kritische diensten	X		
213.07a	Voorbeeld opvolging activiteitcijfers	X		
213.08a	Sjabloon jaaractieplan xls	X		
216.02a	Vergaderverslag overleg huisartsenkring Panacea	X		
216.02b	Interesseverklaring pilootproject geïntegreerde zorg Vlaamse Ardennen	X		
311.07a	Uittreksels vergaderverslagen CDB	X		
311.08a	Procedure werving en selectie medewerkers	X		
311.08b	Procedure Sollicitatiegesprekken medisch specialisten		X	
311.08c	Document Stagiairs - prestagiairs - externe artsen	X		
311.08d	Vergaderverslag Raad van Bestuur 1 februari 2016	X		
311.09a	Individuele map ziekenhuisartsen (contracten, kopij diploma en erkenningen)		X	
311.10a	Procedure Interim	X		
311.10b	Onthaalbrochure interim	X		
311.10c	Afspraken interim binnen SEZZ	X		
311.10d	Feedback interims	X		

	Titel	In bijlage	Ter inzage	Na te sturen
311.10e	Scholenpresentatie 2015	X		
311.10f	Onthaalbrochure stagiair	X		
311.10g	Procedure Vrijwilligers	X		
311.10h	Onthaalbrochure geneesheer-stagiair	X		
311.11a	Betaaleffectief januari - september 2016	X		
311.11b	Rapportering OR-statistiek september 2016	X		
311.11c	Melding aanwerving	X		
311.11d	Sociale balans 2015	X		
312.04a	Evaluatieformulier verpleegkundigen	X		
312.05a	Vergaderverslag dienstvergadering - afdeling Sp	X		
313.05a	Preventiebeleid	X		
313.05b	Compliance audit SEZZ = GPP	X		
313.05c	Jaaractieplan 2017 dienst preventie en milieu	X		
313.05d	Maandverslag dienst preventie en milieu juli 2016	X		
313.05e	Huishoudelijk reglement CPBW 2016	X		
313.05f	Actielijst CPBW	X		
313.05g	Analyse arbeidsongevallen 2015	X		
313.05h	Analyse prikongevallen 2015	X		
313.06a	Onthaalmap - Welzijn	X		
313.06b	‘Kwibus brandprocedure'	X		
313.06c	‘Kwibus agressie'	X		
313.07a	Voorbeeld risicoanalyse - dienst 1D	X		
313.07b	Voorbeeld werkpostfiche - Verpleegkundige Materniteit-Verloskwartier	X		
313.07c	Voorbeeld ticket Ultimo n.a.v. preventieaudit	X		
313.08a	Verslag CPBW 16 juni 2016	X		
313.09a	Bing Research - Onderzoek onder medewerkers AZ Sint-Elisabeth Zottegem	X		
313.09b	Presentatie tevredenheidsmeting	X		
313.09c	Vragenlijst medewerkers	X		
313.09d	Resultaten onderzoek onder medewerkers 2016	X		
321.05a	Onthaalmap nieuwe medewerkers	X		
321.05b	Programma onthaaldag nieuwe medewerkers	X		
321.05c	Opleidingsschema verpleegkundigen	X		
321.06a	Handleiding gesprekscyclus - functioneringsgesprek	X		
321.06b	Voorbereiding door medewerker SEZZ handje	X		
321.06c	Voorbereiding functioneringsgesprek door leidinggevende	X		
321.06d	Voorbereiding functioneringsgesprek door medewerker	X		
321.07a	Checklist gesprek artsen	X		
321.08a	Reglement gerichte medical audit		X	
322.03a	Visietekst aanwezigheidsbeleid	X		
322.03b	Procedure Aanwezigheidsbeleid	X		
322.03c	Richtlijnen bij het aanwezigheidsgesprek	X		
322.03d	Richtlijnen bij het terugkeergesprek na langdurige afwezigheid	X		
322.03e	Richtlijnen bij contactname tijdens de ziekte	X		
322.05a	Checklist voor werkgevers - schokkende gebeurtenis	X		
322.05b	Folder 'Na de schok… aan de slag'	X		
322.06a	Procedure inzake psychosociale risico's op het werk	X		

	Titel	In bijlage	Ter inzage	Na te sturen
323.09a	Programma opleidingsdag leidinggevenden en kaderleden	X		
323.09b	Programma opleidingsdag verpleegkundigen 2017	X		
323.09c	Meldingsformulier bijscholing	X		
323.10a	Procedure Verpleegtechnische en zorgkundige handelingen	X		
323.10b	Procedure Zuurstoftherapie	X		
323.10c	Staand order nausea en braken + 16 jaar	X		
323.12a	Agressieprocedure	X		
323.12b	Folder NEEN! tegen agressie	X		
323.12c	Vergaderverslag Werkgroep Agressie 9 september 2016	X		
411.03a	Aankoopprocedure	X		
411.04a	Recallprocedure ziekenhuisbreed	X		
411.04b	Recallprocedure van medische toestellen	X		
412.04a	Procedure Werken met derden	X		
412.04b	Formulier Milieu- en veiligheidseisen	X		
412.04c	Formulier Veiligheidsvragenlijst voor derden	X		
412.04d	Formulier Evaluatie van derden	X		
421.06a	Voorbeeld advies preventiedienst	X		
421.06b	Voorbeeld advies biomedische dienst	X		
421.07a	Autorisatie door hoofdarts i.v.m. gebruik van medische toestellen	X		
421.07b	Aanwezigheidslijst opleiding medische toestellen dagziekenhuis	X		
421.07c	Aanwezigheidslijst opleiding medische toestellen OK	X		
421.08a	Procedure Beheer medische toestellen	X		
421.08b	Folder OPERA	X		
421.09a	Voorbeeld Instructiekaart	X		
421.09b	Voorbeeld rubriek 'documentatie' medisch toestel (Ultimo)	X		
421.09c	Projectplanning medische apparatuur Ultimo	X		
421.10a	Voorbeeld opleidingsmatrix	X		
421.10b	Voorbeeld kennisboom medisch toestel	X		
421.11a	Procedure Preventief onderhoud (medische) apparatuur - gebouwen	X		
421.13a	Procedure Melden van storingen (medische) apparatuur - gebouwen	X		
421.13b	Wachtregeling biomedische en technische dienst	X		
421.14a	Procedure Vrijgave medische apparatuur	X		
422.02a	Informatieveiligheidsbeleid SEZZ	X		
422.02b	De werking van de informatieveiligheidsdienst	X		
422.02c	Informatieveiligheid voor leveranciers	X		
422.02d	Beleidsplan 2015-2019	X		
422.02e	Dienst informatieveiligheid - jaarverslag 2015	X		
422.02f	Maturiteitsanalyse informatieveiligheid	X		
422.02g	Privacy Impact Analyse SEZZ	X		
422.02h	Privacyreglement voor de patiënt	X		
422.02i	Gedragscode privacy, discretie en geheimhouding, elektronische bedrijfsmiddelen en mHealth	X		
423.09a	Risicoanalyse personen met een beperking	X		

	Titel	In bijlage	Ter inzage	Na te sturen
423.09b	Agenda facilitair overleg 3 februari 2016	X		
423.09c	Vergaderverslag facilitair overleg 3 februari 2016	X		
423.10a	Risicoanalyse beveiliging 2016	X		
423.10b	Checklist bij opname	X		
423.10c	Opnamebrochure	X		
423.10d	Flyer - De Kwibusdief	X		
423.11a	Huisvestingsplan	X		
423.11b	Verslag staat daken	X		
423.11c	Raming kostprijs herstelling daken	X		
423.12a	Voorbeeld risicoanalyse ziekenhuishygiëne	X		
423.12b	Voorbeeld risicoanalyse preventie en welzijn	X		
423.13a	Disaster recovery plan	X		
423.13b	Procedure Infrastructuur	X		
423.13c	ICT noodplan	X		
431.08a	Procedure MFC - reglement inwendige orde	X		
431.08b	Overzicht procedures apotheek	X		
431.08c	Checklist ‘omgaan met geneesmiddelen op dienst’	X		
431.08d	Taakomschrijvingen apothekers	X		
431.08e	Organogram apotheek		X	
431.09a	Procedure Bereidingen + digitaal bereidingsprogramma	X		
431.09b	Procedure Controles bereiden cytostatica	X		
431.09c	Formulier Interne checklist bereiden cytostatica	X		
431.09d	Procedure Klaarmaken van infusie- en injectievloeistof		X	
431.09e	Procedure Oraal toedienen van medicatie		X	
431.09f	Procedure Subcutaan toedienen van medicatie		X	
431.09g	Procedure Toedienen van neusdruppels of –zalf		X	
431.09h	Procedure Rectaal toedienen van medicatie		X	
431.09i	Procedure Toedienen van medicatie via gastrostomie- of maagsonde		X	
431.09j	Procedure Intraveneus toedienen van medicatie		X	
431.09k	Procedure Labelen IV-medicatie		X	
431.10a	Procedure Indeling en routing apotheek	X		
431.10b	Procedure Bereikbaarheid apotheek: openingsuren en wachtdienst	X		
431.10c	Procedure Ziekenhuismedicatie: distributie	X		
431.10d	SLA nachtleveringen apotheek	X		
431.10e	Procedure Medicatielokaal, noodkasten en medicatiekarren	X		
431.10f	Procedure VANAS-kast extern apotheek	X		
431.10g	Procedure Reamedicatie – beheer	X		
431.10h	Procedure Stock en vervaldatacontrole	X		
431.10i	Procedure Temperatuurcontrole geneesmiddelen	X		
431.10j	Procedure Bestellen door en leveringen aan apotheek		X	
431.10k	Procedure Stockbreuken		X	
431.10l	Procedure Transport medicatie		X	
431.10m	Lijst koel te bewaren/donker te bewaren/HRM medicatie		X	
431.11a	Procedure Medicatievoorschrift	X		
431.11b	Procedure Registratie en toediening van medicatie op de verpleegafdeling	X		

	Titel	In bijlage	Ter inzage	Na te sturen
431.11c	Procedure Multidosis en niet unit-dosis medicatie	X		
431.11d	Procedure Medicatie in eigen beheer	X		
431.11e	Procedure Incidentmeldingen medicatie (apotheek intern)	X		
431.11f	Procedure Hoog risico medicatie	X		
431.11g	Projectplan HRM	X		
431.11h	Vergaderverslag MFC 28 juni 2016	X		
431.11i	Procedure Thuismedicatie bij opname, tijdens verblijf en bij het ontslag	X		
431.11j	Projectplan transmurale medicatieoverdracht	X		
431.11k	Planning uitrol elektronisch voorschrift		X	
431.11l	Lijst toegelaten afkortingen		X	
431.11m	Infoflash		X	
431.11n	Productinformatiefiches		X	
431.11o	Klinische farmacie activiteiten		X	
431.12a	Procedure antibiotica		X	
431.12b	Vergaderverslag ABTBG 3 oktober 2016	X		
431.12c	Vergaderverslag ABTBG 7 november 2016	X		
431.13a	Actieplan identificatie cytostatica	X		
431.13b	Cytostaticahandboek versie 2014	X		
431.13c	Cytostaticahandboek versie 2016 - 2017		X	
431.13d	Procedure Medicatie ambulante patiënten		X	
431.13e	Procedure Ziekenhuismedicatie met specifieke opvolging		X	
431.14a	Procedure Levering radioactieve producten	X		
431.14b	Procedure Terugzending van de Mo/Tc generator	X		
431.14c	Procedure Afvalbeheer isotopen	X		
431.14d	Procedure Bestelling radiofarmaca	X		
431.14e	Procedure Bereiding en toediening van radiofarmaca	X		
431.15a	Procedure Verdoving	X		
432.05a	Transfusiehandboek	X		
432.06a	Aanvraagformulier voor labiele bloedproducten	X		
432.06b	Formulier toediening bloedcomponenten op verpleegafdeling	X		
432.07a	Vergaderverslag Transfusiecomité 30 september 2015	X		
432.07b	Jaarverslag Immunohematologie 2015	X		
432.08a	Functiebeschrijving Klinisch bioloog	X		
433.04a	Arbeidsreglement voor arbeiders en bedienden art. 57 en 58	X		
433.04b	Verslag fysische controle mei 2015	X		
433.04c	Voorbeeld 1 controlerapport QCC	X		
433.04d	Voorbeeld 2 controlerapport QCC	X		
433.05a	Functieprofiel preventieadviseur	X		
433.07a	Veiligheidsinstructies bij gebruik van laser		X	
433.08a	Afspraken en richtlijnen - voorkomen van nierinsufficiëntie	X		
434.09a	Procedure Ontsmetten kamers	X		
434.09b	Procedure Intensieve Zorgen	X		
434.09c	Procedure Isotopen	X		
434.09d	Procedure Kamers Pediatrie	X		
434.09e	Procedure Flushen	X		
434.09f	Voorbeeld Weekrooster - Intensieve Zorgen	X		

	Titel	In bijlage	Ter inzage	Na te sturen
434.09g	Resultaat kwaliteitscontrole	X		
434.10a	Procedure Handhygiëne	X		
434.10b	Procedure Clostridium difficile	X		
434.10c	Jaarverslag MRSA en Clostridium difficile 2015	X		
434.10d	Projectfiche hygiëne audit	X		
434.10e	Jaaractieplan revalidatie 2017 - handhygiëne en patiëntempowerment	X		
434.11a	Functieprofiel verpleegkundige ziekenhuishygiëne	X		
434.12a	Beleidsplan ziekenhuishygiëne 2016	X		
434.12b	Jaarverslag ziekenhuishygiëne 2015	X		
434.12c	Procedure Legionella beheersing	X		
434.12d	Procedure Verbouwing	X		
434.13a	Jaarverslag epidemiologie en antibioticagevoeligheid 2015	X		
434.13b	Projectfiche VAP	X		
434.13c	Projectplan VAP	X		
434.13d	Projectfiche POWI	X		
434.13e	Projectplan POWI	X		
434.15a	Procedure Distributie en bewaring medisch materiaal	X		
434.15b	Procedure Implantaten	X		
434.15c	Procedure Routing van het te steriliseren materiaal op CSA	X		
434.15d	Procedure Reprocessing AO-materiaal + lijst	X		
434.16a	Procedure Reinigen	X		
434.16b	Voorbeeld Capsulorhexispincet	X		
434.16c	Voorbeeld Elcomed boorhandstuk 2016	X		
434.16d	Proceduremap CSA		X	
434.17a	Procedure Afspraken tussen apotheek en CSA	X		
434.17b	Functieprofiel hoofdverpleegkundige CSA	X		
434.18a	Projectplan reinigen en ontsmetten flexibele endoscopen	X		
434.18b	PRI Flexibele endoscopen	X		
434.18c	Vergaderverslagen werkgroep flexibele endoscopen		X	
434.18d	Vergaderverslag Comité Ziekenhuishygiëne - 27 juni 2016	X		
434.20a	Procedure Sorteren afval	X		
434.20b	Milieujaarverslag 2015	X		
434.20c	Mail FANC - bestraald vat	X		
435.02a	Verslag CPBW 17 december 2015	X		
435.02b	Verslag Vincotte - Smiley	X		
435.02c	Voorbeeld registratie temperatuur water plateaumachine	X		
435.02d	Voorbeeld registratie gebruik frituurolie	X		
435.02e	Voorbeeld registratie temperatuur koelcellen	X		
511.09a	Verpleegkundig beleidsplan informatisering OK-dagziekenhuis	X		
511.09b	Jaaractieplan Just-in-time van Chirurgisch Dagziekenhuis	X		
511.10a	Matrix risicobepaling afdelingen	X		
511.10b	Resultaat risicobepaling afdelingen	X		
511.10c	Procedure Het klinisch pad	X		
511.12a	Klinisch pad Totale Heupprothese	X		

	Titel	In bijlage	Ter inzage	Na te sturen
511.12b	Vergaderverslag Werkgroep Wondzorg - 19 september 2016	X		
511.13a	Medisch Reglement Inwendige Orde	X		
511.13b	Visietekst Ethisch Comité	X		
511.14a	Conceptnota verhoudingen van ziekenhuis met justitie en politie	X		
511.14b	Attest hoofdverpleegkundige spoed – multidisciplinaire samenwerking	X		
511.14c	Afsprakennota tussen plaatselijke politie en AZ Sint-Elisabeth Zottegem		X	
511.15a	Procedure Transferdocument	X		
511.15b	Procedure Van ziekenhuis naar woon- en zorgcentrum of kortverblijf rust- en verzorgingstehuis	X		
512.09a	Vergaderverslag Stuurgroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid – 2 december 2015	X		
512.09b	Vergaderverslag hoofverpleegkundigenvergadering maart 2016	X		
512.10a	Vergaderverslag dienstvergadering pediatrie oktober 2016	X		
512.10b	'Pluspunt van de maand'	X		
512.10c	Infonota 24-2016 - externe audit VIP² handhygiëne en patiëntidentificatie	X		
512.11a	Vergaderverslag Medische Beleidsgroep 9 september 2015	X		
512.12a	Jaarverslag preventie ondervoeding 2015	X		
512.12b	Jaarverslag decubitusprevalentiemeting 2015	X		
512.14a	Procedure Meten van pijn	X		
512.14b	Procedure Pijnbehandeling +16 jaar	X		
512.14c	Procedure Pijnbehandeling -16 jaar	X		
512.14d	Pijn Observatie Schaal	X		
512.15a	Klinisch pad Acuut Coronair Syndroom pre-PCI	X		
512.15b	Klinisch pad Acuut Coronair Syndroom post-PCI	X		
512.15c	Klinisch pad Acuut Coronair Syndroom Spoedopname	X		
512.15d	Vergaderverslag Werkgroep Klinisch pad ACS 5 oktober 2016	X		
512.15e	Associatieovereenkomst i.v.m. cardiologie-cardiochirurgie UZ Gent	X		
513.05a	Overzicht opleiding EMV afdeling pediatrie	X		
513.05b	Vergaderverslag dienstvergadering chirurgisch dagziekenhuis 26 oktober 2015	X		
513.09a	Vergaderverslag interne bijscholing PAAZ 7 juni 2016	X		
513.09b	Vergaderverslag chirurgisch dagziekenhuis 17 oktober 2016	X		
513.09c	Vergaderverslag Spoedcommissie 21 oktober 2016	X		
514.11a	Projectplan Safe Surgery Checklist	X		
514.11b	Ingrepenlijst	X		
514.11c	Procedure Sectio Dr. Waterschoot AM-Dr. De Vos T-Dr. Lambrecht S	X		
514.11d	Procedure Sectio caesarea	X		
514.12a	Procedure Prospectieve risico inventarisatie (PRI)	X		
514.12b	PRI Echografie bij cervicale ingrepen - pijnkliniek	X		

	Titel	In bijlage	Ter inzage	Na te sturen
514.14a	Verslag radioprotectie controlatom juni 2016	X		
514.14b	Rapport inspectie FAGG september 2016	X		
514.14c	Rapport inspectie FAVV februari 2015	X		
514.15a	Procedure Veiligheidsrondes	X		
514.15b	Veiligheidsbibliotheek september 2016	X		
514.15c	Rapport Veiligheidsronde september 2016	X		
514.15d	Jaarrapport Veiligheidsrondes 2015-2016	X		
514.15e	Vergaderverslag bespreking jaarrapport 2015 - 2016	X		
514.17a	Patiëntveiligheidskaart	X		
514.17b	Contactformulier - ziekenhuiswebsite	X		
514.18a	Voorbeeld infoflash apotheek nr. 37 – vervanging algisite	X		
514.18b	Voorbeeld infonota 47-2016 – reorganisatie verpleegafdelingen zomermaanden 2016	X		
514.18c	Voorbeeld infonota 71-2015 – reorganisatie verpleegafdelingen	X		
514.19a	Voorbeeld dagwachtlijst artsen-specialisten 24 november 2016	X		
514.19b	Voorbeeld maandwachtlijst - pneumologie december 2016	X		
514.19c	Algemene regeling ziekenhuisoverschrijdende wachtdiensten	X		
515.11a	Organogram kwaliteit	X		
515.11b	Toelichting organogram kwaliteit	X		
515.12a	Procedure Zorg- en patiëntgerelateerde incidenten melden en analyseren	X		
515.12b	Handleiding ZPI voor experten (coördinatoren)	X		
515.12c	Handleiding ZPI voor hoofdverpleegkundigen	X		
515.15a	Procedure Melding infectieziekten in kwaliteitshandboek van het laboratorium	X		
515.15b	Procedure Incidentsituaties dienst isotopen	X		
515.15c	Procedure Decontaminatie	X		
515.15d	Reglement Inwendige Orde Comité Medisch Materiaal	X		
516.09a	Procedure Identificatie van de patiënt	X		
516.09b	Procedure Inschrijving van de patiënt		X	
516.09c	Vergaderverslag 'Kerngroep Andere' 29 juli 2016	X		
516.09d	Infonota 52-2016 - interne audit identificatiebandje	X		
516.10a	Voorbeeld patiëntenklever	X		
516.10b	Verpleegkundig patiëntendossier		X	
516.11a	Informed Consent Instemmingsformulieren SEZZ	X		
516.11b	Informed Consent nefrectomie – dienst urologie	X		
516.13a	Overeenkomst voor (pre)stagiairs en externe artsen	X		
516.14a	Beleidsrichtlijn Kindvriendelijk ziekenhuis	X		
516.14b	Procedure Begeleiding ouder-kind naar en tijdens medische beeldvorming	X		
516.14c	Procedure Begeleiding ouder-kind naar en in het operatiekwartier	X		
516.14d	Procedure Opvang kind spoedopname	X		
516.14e	Procedure Opname pediatrische dagziekenhuispatiënt	X		
516.14f	Dapperheidsdiploma meisje	X		
516.15a	Procedure Interne Liaison Geriatrie	X		

	Titel	In bijlage	Ter inzage	Na te sturen
516.15b	Registratiedocument Geriatrisch Risico Profiel	X		
516.15c	Brochure voor de geriatrische patiënten	X		
516.15d	Presentatie resultaten prevalentiemeting ondervoeding juni 2016	X		
516.15e	Inhoudstabel van het kwaliteitshandboek geriatrie	X		
516.16a	Conceptnota omtrent wilsonbekwame patiënten	X		
516.16b	Vergaderverslag Ethisch Comité 28 april 2016	X		
516.16c	Toestemmingsformulier ingrepen kinderen	X		
516.16d	Procedure Ontslag tegen medisch advies	X		
516.17a	Code omtrent beperking van therapie	X		
516.18a	Procedure Fixeren van patiënten	X		
516.18b	Praktijkrichtlijn (fysieke) fixatie	X		
516.18c	Procedure Gebruik van de isolatiebox spoedopname	X		
516.18d	Toedienen kalmeringsmiddel i.g.v. agressie	X		
516.19a	Conceptnota wetenschappelijk onderzoek	X		
516.19b	Vergaderverslag Ethisch Comité 29 september 2016	X		
516.19c	Nota artsen en externe audits	X		
516.26a	Document 'Aanvraag godsdienstige, morele en filosofische hulpverlening'	X		
516.26b	Folder Pastoraal team	X		
517.05a	Huishoudelijk reglement ombudsdienst	X		
517.05b	Klachtenprocedure	X		
517.05c	Overzicht verdeling klachten 2007-2015	X		
517.05d	Overzicht klachten volgens departement 2009-2015	X		
517.05e	Vergaderverslag Stuurgroep Klachten 7 november 2016	X		
517.06a	Procedure Schadedossiers	X		
517.07a	Procedure Patiënttevredenheid	X		
517.07b	Voorbeeld Kwartaalrapport patiënttevredenheid opgenomen patiënt – afdeling materniteit	X		
517.07c	Overzicht beleidsindicatoren CDB 11 oktober 2016	X		
517.07d	Overzicht enquêtes 2016 - facilitair departement	X		
518.13a	Handleiding elektronisch medicatievoorschrift	X		
518.13b	Vergaderverslag overleg Klinisch pad ACS 15 november 2016	X		
518.13c	Validatie geneesmiddelenvoorschriften	X		
518.15a	Taakverdeling, verantwoordelijkheidsverdelingen en werkafspraken - arts-assistent	X		
518.15b	Opleidingsprogramma kandidaatspecialist oogheelkunde	X		
518.16a	Handleiding verpleegdossier	X		
518.17a	Checklist bij mondelinge overdracht	X		
518.17b	Procedure Verpleegkundige mondelinge informatieoverdracht	X		
518.17c	Project briefing afdeling 1G - deel 1	X		
518.17d	Project briefing afdeling 1G - deel 2	X		
518.17e	Projectplan SBAR afdeling spoedopname	X		
518.19a	Nota betreffende inventarisatie van zorgprocessen waarvoor de vereiste deskundigheid ontbreekt	X		
518.20a	Regeling voor staking onbepaalde duur	X		
518.20b	Procedure Beddentekort (onderdeel opnamebeleid)	X		

	Titel	In bijlage	Ter inzage	Na te sturen
519.05a	Procedure Reanimatie	X		
519.05b	Procedure Early Warning Score	X		
519.05c	Statistiek interne/externe reanimatie 2015	X		
519.07a	Intern noodplan	X		
519.07b	Extern alarmeringsplan	X		
519.07c	Inspectieverslag voor erkenning	X		
519.07d	HVA analyse - SEZZ	X		
519.07e	Interventiepolitiek ICT	X		
519.08a	Vergaderverslag Comité Rampenplan 30 mei 2016	X		
519.09a	Voorbeeld verslag nachtwaker	X		
519.09b	Voorbeeld preventieaudit 12 juli 2016	X		
613.01a	Voorbeeld externe tevredenheidsmeting	X		
712.12a	Rapport ziekteverzuim	X		
712.13a	Rapport in en uit dienst	X		
911.19a	Verslag zorginspectie chirurgisch zorgtraject 2013	X		
911.19b	Verslag zorginspectie internistisch zorgtraject 2015	X		
911.19c	Verslag zorginspectie internistisch zorgtraject 2015 - check 2	X		
911.19d	Zorgkwaliteit - gemeten kwaliteitsindicatoren	X		
911.20a	Jaarrapport veiligheidsrondes 2014 - 2015	X		
911.20b	Kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne 2013	X		
911.20c	Kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne 2015	X		
911.20d	Bespreking antibioticaverbruik S1 2016 op CDB	X		
911.20e	Jaarverslag decubitusprevalentiemetingen 2013	X		
911.20f	Jaarverslag decubitusprevalentiemetingen 2014	X		
911.20g	Jaarverslag decubitusprevalentiemetingen 2015	X		
911.20h	Overzicht prevalentiemetingen ondervoeding 2014	X		
911.20i	Jaarverslag ondervoeding 2015	X		
911.20j	Jaarverslag epidemiologie en antibioticagevoeligheid 2013	X		
911.20k	Jaarverslag epidemiologie en antibioticagevoeligheid 2014	X		
911.20l	Resultaten geneesmiddelenvoorschrift 2014	X		
911.20m	Resultaten geneesmiddelenvoorschrift 2015	X		
911.21a	Jaarverslag Studiecentrum voor perinatale epidemiologie 2015	X		
911.21b	Prenatale activiteiten 2015	X		
911.21c	Overzichtsrapport navigator – kwartaal 3 - 2016	X		
911.21d	Jaarverslag WIV multiresistentie 2013	X		
911.21e	Jaarverslag WIV multiresistentie 2014	X		
911.21f	Jaarverslag WIV multiresistentie 2015	X		
911.21g	Feedback rapport ACS 2015	X		
911.21h	Feedback rapport COPD 2015	X		
911.21i	Feedback rapport PFF 2015	X		
911.21i	Feedback gegevensverzameling IKED 2014	X		
911.21j	Resultaten VIP^2 rectumcarcinoma	X		
911.21k	Resultaten VIP^2 borstcarcinoma	X		
912.12a	Tevredenheidsonderzoek patiënten en bezoekers - jaarrapport 2014	X		

	Titel	In bijlage	Ter inzage	Na te sturen
912.12b	Tevredenheidsonderzoek patiënten en bezoekers - jaarrapport 2015	X		
912.12c	Tevredenheidsonderzoek patiënten en bezoekers - S1 2016	X		
912.14a	Overzicht valincidenten 2005 - 2015	X		
912.15a	Jaarrapport incidenten 2014	X		
912.15b	Jaarrapport incidenten 2015	X		
912.15c	Rapport incidenten S1 2016	X		
912.16a	Gemiddelde just-in-time tijd in minuten	X		
912.16b	Gemiddeld aantal minuten in ziekenhuis (fast track)	X		
912.19a	Vergaderverslag bespreking incidenten 28 mei 2013 (oud systeem)	X		
912.19b	Vergaderverslag besprekingincidenten 4 november 2016 (nieuw systeem)	X		
912.21a	Contract 01-01-2014 tot 31-01-2015	X		
912.21b	Contract 01-01-2015 tot 31-12-2015	X		
912.21c	Bevraging veiligheidsmanagementsysteem 2015	X		
912.21d	Bevraging implementatie safe surgery checklist 2016	X		

Bijlage 2: Afkortingenlijst

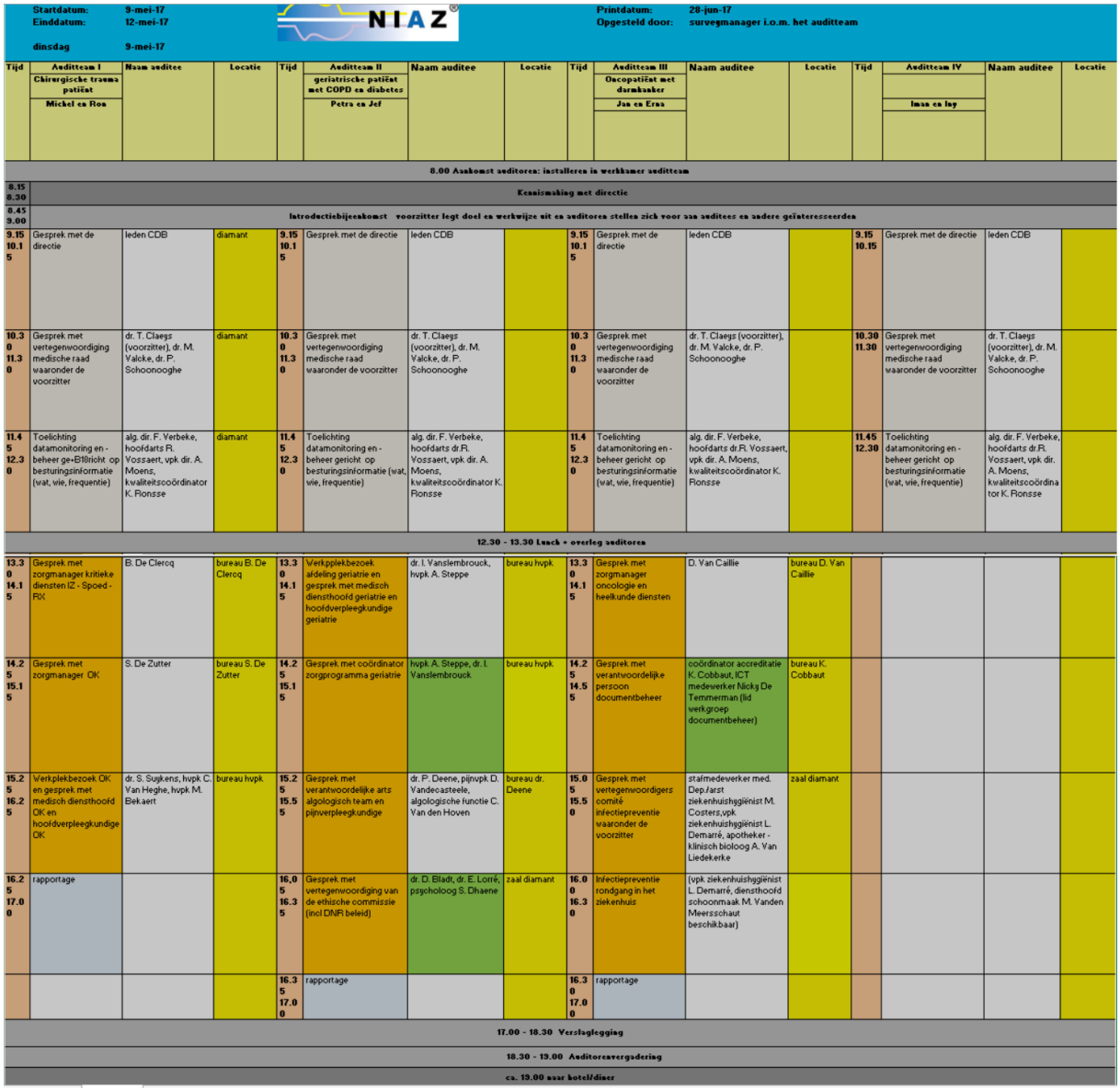
Afkorting	**Voluit**
A.L.S.	Advanced Life Support
ABTBG	Antibiotherapiebeleidsgroep
ACS	Acuut Coronair Syndroom
AOC	Algemene Object Classificatie
AO-materiaal	Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (= Osteosynthesemateriaal)
ARBIS	Algemeen Reglement op de Bescherming van de bevolking, van de werknemers en het leefmilieu tegen het gevaar van de Ioniserende Stralingen
AREI	Algemeen Reglement op de Elektrische Installaties
ASO	Arts-Specialist in Opleiding
ASZ Aalst-Geraardsbergen-Wetteren	Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst-Geraardsbergen-Wetteren
A-team	Agressie-team
AZ	Algemeen Ziekenhuis
AZ ASZ Geraardsbergen	Algemeen Ziekenhuis Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Geraardsbergen
AZ Glorieux Ronse	Algemeen Ziekenhuis Glorieux Ronse
AZ Sint-Blasius Dendermonde	Algemeen Ziekenhuis Sint-Blasius Dendermonde
AZ Sint-Elisabeth Zottegem	Algemeen Ziekenhuis Sint-Elisabeth Zottegem
AZ Sint-Lucas Gent	Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas Gent
B.L.S.	Basic Life Support
BelRAI screener	Resident Assessment Instrument (meetinstrument om de zorgbehoefte van ouderen te bepalen) / BelRAI = uniform evaluatie-instrument;
BeQuinT	Belgian Quality in Transfusion
BSI	Bloedstroominfecties
BUSO	Buitengewoon Secundair Onderwijs / Sint-Franciscusschool
CBT	Code Beperking Therapie
CC-GEM	Commandocel Gemeente
CDB	Comité Dagelijks Beleid
CDZ	Chirurgisch Dagziekenhuis
CE(-attest)	Conformité Européenne
CFB	Comité Financieel Beleid
CMD	Centraal Medisch Dossier
Controlatom	Vinçotte Controlatom is een erkend organisme dat aan ziekenhuizen en industrie zowel fysische controle (de bescherming van werknemers), dosimetrie, stralingsfysica (de bescherming van patiënten) als opleidingen stralingsbescherming aanbiedt.
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPBW	Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk
CPE	Carbapenemase Producerende Enterobacteriaceae
CP-OPS	Commandocel Operations
CSA	Centrale Sterilisatie Afdeling

CT	Computer Tomogram
CV	Curriculum vitae
CVA	Cerebrovasculair Accident
DBS	Documentbeheersysteem
Dienst HR	Dienst Human Resources
DKS	Dagelijks kwaliteitsmetingssysteem
E.W.S	Early Warning Score
EDPBW	Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk
EMV	Elektronisch Medicatie Voorschrift
ESBL	Extended Spectrum Beta-Lactamase
FAGG	Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten
FANC	Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle
FAVV	Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen
FMIS	Facility Management Informatie Systeem
FMO	Fonds Medische Ongevallen
FOD	Federale Overheidsdienst
FOD VVVL	Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
FOD WASO	Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg
FRKVA	Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit
GCP	Good Clinical Practice
GFI	Groningen Frailty Indicator
GPP	Globaal Preventieplan
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
HRM	Hoog Risico Medicatie
HVA	Hazard en Vulnerability Analysis
I.M.S.	Intermediaire structuur voor menselijk lichaamsmateriaal
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
ID-bandjes	Identificatiebandjes
IDEWE	Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk
ID-klevers	Identificatieklevers = patiëntenklevers
IKED	Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes
ILT	Interne Liaison Team
IMS	Incidentmeldingsysteem
ISAR	Identification of Seniors at Risk
ISO	International Organization for Standardization
IV	Intraveneus
JAP	Jaaractieplan
KB	Koninklijk Besluit
KP ACS	Klinisch Pad Acuut Coronair Syndroom
KUL	Katholieke Universiteit Leuven
LAF-kast	Laminar Air Flow-kast

LASA	Look-a-like en sound-a-like
LOK-groep	Lokale Kwaliteitsgroep
MAHA	Model for Automatic Hospital Analyses
MFC	Medisch Farmaceutisch Comité
MKA-chirurgie	Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie
MOC	Medisch Oncologisch Consult
MR	Medische Raad
MRSA	Methicilline Resistente Staphylococcus Aureus
MUG	Mobiele Urgentiegroep
MZG	Minimale Ziekenhuis Gegevens
OK	Operatiekwartier
OLV Aalst-Asse-Ninove	Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis Aalst-Asse-Ninove
P.E.W.S.	Pediatric Early Warning Score
PAAZ	Psychiatrische Afdeling binnen een Acuut Ziekenhuis
PACS	Picture Archiving and Communication System
PCI	Percutane coronaire interventie
PDT	Photodynamische therapie
PET	Positron Emissie Tomografie
PFF	Proximal Femur fracture
PIF	Productinfofiches
PIOZ	Provinciaal Interdisciplinair Overleg Ziekenhuishygiëne
POWI	Post Operatieve Wondinfectie
PRI	Prospectieve Risico Inventarisatie
PRISMA	Prevention and Recovery System for Monitoring and Analyses
QCC	Centrum voor Fysische en Technische Kwaliteitscontrole in de radiologie
RACI	Responsible – Accountable – Consulted -Informed
RCA	Root Cause Analysis
RVT	Rust- en verzorgingstehuis
S.V.E.	Standaardverpleegeenheid
SBAR	Situation – Background – Assessment - Recommendation
SEZZ	Sint-Elisabeth Ziekenhuis Zottegem
SFERD	Stuurgroep Flexibele Endoscopen Reiniging en Desinfectie
SIRE	Systematische incident reconstructie en evaluatie
SLA	Service Level Agreement
SP	SP-dienst: hospitalisatieafdeling van het revalidatiecentrum
SPE	Studiecentrum Perinatale Epidemiologie
SSC	Safe Surgery Checklist
STEMI	ST-elevation Myocardial Infarction
TMF	Therapeutisch Magistraal Formularium
UD	Unidosis
UG	Universiteit Gent
UHasselt	Universiteit Hasselt
UPS	Uninterruptible Power Supply

UWI	Urineweginfecties
UZ GENT	Universitair Ziekenhuis Gent
VAP	Ventilator Associated Pneumonia
VERO	Veiligheidsronde
VIP²	Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
VRE	Vancomycine Resistente Enterococcus
VTO	Vormings-, Trainings- en Opleidingsbeleid
VZW	Vereniging zonder winstoogmerk
WHO SSC	The World Health Organization Surgical Safety Checklist
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
WZC	Woonzorgcentrum
ZPI	Zorg- en Patiëntgerelateerde Incidenten

Bijlage 3: Programma auditbezoek



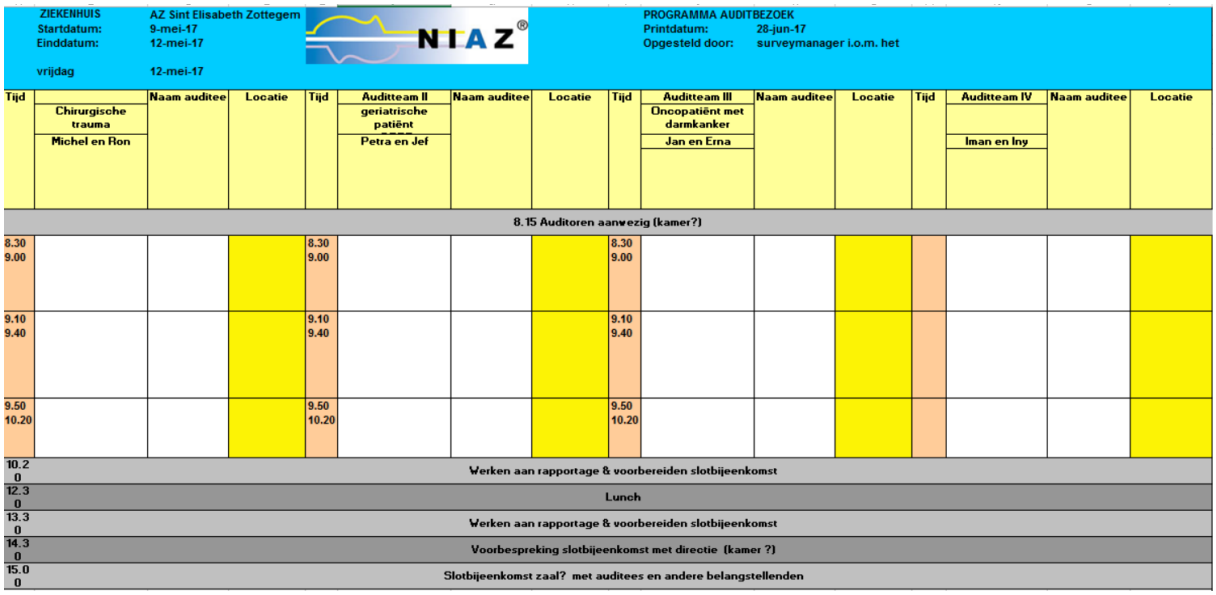
Startdatum: 9-mei-17 Einddatum: 12-mei-17 dinsdag 9-mei-17	NIAZ	Printdatum: 28-jun-17 Opgesteld door: surveymanager i.o.m. het auditteam

Tijd	Auditteam I Chirurgische trauma patiënt Michel en Ron	Naam auditee	Locatie	Tijd	Auditteam II geriatrische patiënt met COPD en diabetes Petra en Jef	Naam auditee	Locatie	Tijd	Auditteam III Oncopatiënt met darmkanker Jan en Erna	Naam auditee	Locatie	Tijd	Auditteam IV Ines en Ivy	Naam auditee	Locatie
8.00 Aankomst auditoren: installeren in werkkamer auditteam															
8.15 8.30	Kennismaking met directie														
8.45 9.00	Introductiebijeenkomst voorzitter legt doel en werkwijze uit en auditoren stellen zich voor aan auditees en andere geïnteresseerden														
9.15 10.15	Gesprek met de directie	leden CDB	diamant	9.15 10.15	Gesprek met de directie	leden CDB		9.15 10.15	Gesprek met de directie	leden CDB		9.15 10.15	Gesprek met de directie	leden CDB	
10.30 11.30	Gesprek met vertegenwoordiging medische raad waaronder de voorzitter	dr. T. Claeys (voorzitter), dr. M. Valcke, dr. P. Schoonooghe	diamant	10.30 11.30	Gesprek met vertegenwoordiging medische raad waaronder de voorzitter	dr. T. Claeys (voorzitter), dr. M. Valcke, dr. P. Schoonooghe		10.30 11.30	Gesprek met vertegenwoordiging medische raad waaronder de voorzitter	dr. T. Claeys (voorzitter), dr. M. Valcke, dr. P. Schoonooghe		10.30 11.30	Gesprek met vertegenwoordiging medische raad waaronder de voorzitter	dr. T. Claeys (voorzitter), dr. M. Valcke, dr. P. Schoonooghe	
11.45 12.30	Toelichting datamonitoring en - beheer ge-EBRicht op besturingsinformatie (wat, wie, frequentie)	alg. dir. F. Verbeke, hoofdarts R. Vossaert, vpk dir. A. Moens, kwaliteitscoördinator K. Ronsse	diamant	11.45 12.30	Toelichting datamonitoring en - beheer gericht op besturingsinformatie (wat, wie, frequentie)	alg. dir. F. Verbeke, hoofdarts dr.R. Vossaert, vpk dir. A. Moens, kwaliteitscoördinator K. Ronsse		11.45 12.30	Toelichting datamonitoring en - beheer gericht op besturingsinformatie (wat, wie, frequentie)	alg. dir. F. Verbeke, hoofdarts dr.R. Vossaert, vpk dir. A. Moens, kwaliteitscoördinator K. Ronsse		11.45 12.30	Toelichting datamonitoring en - beheer gericht op besturingsinformatie (wat, wie, frequentie)	alg. dir. F. Verbeke, hoofdarts dr.R. Vossaert, vpk dir. A. Moens, kwaliteitscoördinator K. Ronsse	
12.30 - 13.30 Lunch + overleg auditoren															
13.30 14.15	Gesprek met zorgmanager kritieke diensten IZ - Spoed - RX	B. De Clercq	bureau B. De Clercq	13.30 14.15	Werkplekbezoek afdeling geriatrie en gesprek met medisch diensthoofd geriatrie en hoofdverpleegkundige geriatrie	dr. I. Vanslembrouck, hvpk A. Steppe	bureau hvpk.	13.30 14.15	Gesprek met zorgmanager oncologie en heelkunde diensten	D. Van Caillie	bureau D. Van Caillie				
14.25 15.15	Gesprek met zorgmanager OK	S. De Zutter	bureau S. De Zutter	14.25 15.15	Gesprek met coördinator zorgprogramma geriatrie	hvpk A. Steppe, dr. I. Vanslembrouck	bureau hvpk.	14.25 14.55	Gesprek met verantwoordelijke persoon documentbeheer	coördinator accreditatie K. Cobbaut, ICT medewerker Nicky De Temmerman (lid werkgroep documentbeheer)	bureau K. Cobbaut				
15.25 16.25	Werkplekbezoek OK en gesprek met medisch diensthoofd OK en hoofdverpleegkundige OK	dr. S. Suykens, hvpk C. Van Heghe, hvpk M. Bekaert	bureau hvpk	15.25 15.55	Gesprek met verantwoordelijke arts algologisch team en pijnverpleegkundige	dr. P. Deene, pijnvpk D. Vandecasteele, algologische functie C. Van den Hoven	bureau dr. Deene	15.05 15.50	Gesprek met vertegenwoordigers comité infectiepreventie waaronder de voorzitter	stafmedewerker med. Dep.farst ziekenhuishygiënist M. Costers,vpk ziekenhuishygiënist L. Demarré, apotheker - klinisch bioloog A. Van Liedekerke	zaal diamant				
16.25 17.00	rapportage			16.05 16.35	Gesprek met vertegenwoordiging van de ethische commissie (incl DNR beleid)	dr. D. Bladt, dr. E. Lorré, psycholoog S. Dhaene	zaal diamant	16.00 16.30	Infectiepreventie rondgang in het ziekenhuis	(vpk ziekenhuishygiënist L. Demarré, diensthoofd schoonmaak M. Vanden Meersschaut beschikbaar)					
				16.35 17.00	rapportage			16.30 17.00	rapportage						
17.00 - 18.30 Verslaglegging															
18.30 - 19.00 Auditorenvergadering															
ca. 19.00 naar hotel/diner															

ZIEKENHUIS	AZ Sint Elisabeth Zottegem					PROGRAMMA AUDITBEZOEK									
Startdatum:	9-mei-17					Printdatum:	28-jun-17								
Einddatum:	12-mei-17					Opgesteld door:	surveymanager i.o.m. het auditteam								
woensdag	10-mei-17														
Tijd	Auditteam I Chirurgische trauma Michel en Ron	Naam auditee	Locatie	Tijd	Auditteam II geriatrische patiënt met COPD en diabetes Petra en Jef	Naam auditee	Locatie	Tijd	Auditteam III Oncopatiënt met darmkanker Jan en Erna	Naam auditee	Locatie	Tijd	Auditteam IV Imen en Issy	Naam auditee	Locatie
8.15 Auditoren aanwezig															
8.30 9.00	Gesprek met coördinator rampenplan	preventieadviseur R. Cloots, zorgmanager B. De Clercq, hvpk Q. Van Isegem	zaal diamant	8.30 9.00	Gesprek met vertegenwoordiging bloedtransfusiecomité	apotheker-klinisch bioloog A. Van Liedekerke, dr. R. Vossaert	zaal sgaut	8.30 9.00	Gesprek met facilitair verantwoordelijke persoon (schoonmaak - keuken - afvalbeheer)	diensthoofd schoonmaak M. Vanden Meerschaut, diensthoofd keuken K. Ghijs, diensthoofd logistiek W. Diependaele	zaal raad van bestuur???				
9.10 9.40	Verantwoordelijke biomedische dienst	L. Van Crombrugge	bureau L. Van Crombrugge of bureau J. Hairbaut??	9.10 9.55	Werkplekbezoek apotheek en gesprek met hoofdapotheker	H. Libbrecht	bureau H. Libbrecht	9.10 9.55	Werkplekbezoek afdeling podiatrie en gesprek met medisch diensthoofd podiatrie en hoofdverpleegkundige	dr. N. Favere,hvpk C. Van Vyncht	bureau hvpk	9.00 9u45	Gesprek RvB	Dr. De Bie, K. Michiels	zaal raad van bestuur
9.50 10.35	Werkplekbezoek CSA en gesprek met verantwoordelijke apotheker en coördinator CSA	apotheker P. Colman, hvpk H. Steenhoudt	bureau hvpk	10.05 10.50	Werkplekbezoek afdeling cardiologie/pneumologie en gesprek met medisch diensthoofd cardiologie & pneumologie en hoofdverpleegkundige	dr. L. Romels, dr D. Bladt, adj hvpk M. Duysburgh	bureau hvpk	10.051 0.45	Bezoek aan apotheek ifv klasmaskin cytostatica en gesprek met verantwoordelijke apotheker chemo	apotheker H. De La Ruelle	bureau apotheek				
10.45 11.15	Gesprek met verantwoordelijke aankoop / recall	hoofd aankoopdienst A. Van Impe	bureau A. Van Impe	11.00 11.45	Werkplekbezoek aan de dienst nucleaire geneeskunde en gesprek met medisch diensthoofd en verpleegkundige	dr. E. Cockebeke, vpk M. Fleurinck	bureau dr.	10.55 11.25	Werkplekbezoek oncologisch dagziekenhuis (toedening chemo) en gesprek met medisch diensthoofd oncologie en onco verpleegkundige	dr. S. Broems, hvpk A. Glorieux	bureau hvpk				
11.25 11.55	Gesprek met verantwoordelijke interne audits	coördinator accreditatie K. Cobbaut	bureau K. Cobbaut					11.35 12.00	Gesprek met de VTO verantwoordelijke persoon	verantw. VTO K. Vekeman, directeur personeel en organisatie J. Surmont	bureau J. Surmont				
12.00 - 12.30 Lunch + overleg															
12.30 - 13.30 Verslaglegging															
13.30 14.15	Werkplekbezoek IZ en gesprek met medisch diensthoofd IZ en hoofdverpleegkundige IZ	dr. W. Verbruggen, hvpk A. Eechaute	bureau hvpk	13.30 14.00	Gesprek met teamleden interne liason geriatrie	hvpk geriatrie I. vermeiren, vpk D. Pittière	zaal diamant	13.30 14.15	Werkplekbezoek afdeling materniteit en verloskwartier en gesprek met medisch diensthoofd gynaecologie en hoofdvroedvrouw	dr. A. Mortier, hvpk K. Goossens	bureau hvpk				
14.25 14.55	Gesprek met verantwoordelijke persoon P&C cyclus	alg. dir.F. Verbeke	zaal diamant	14.10 14.55	Gesprek vertegenwoordiging stuurgroep Kwaliteit	dr. R. Vossaert, zorgmanager D. Dewaele, kwaliteitscoördinator K. Ronsse	zaal sgaut	14.25 14.55	Gesprek met vertegenwoordiging CPBV	preventieadviseur R. Cloots, vpk N. Baele, vpk P. Jansart	zaal raad van bestuur	14.25 14.55			
15.05 15.35	Gesprek met de IT veiligheidsconsulent	J. Sergeant	bureau J. Sergeant	15.05 15.35	Gesprek met vertegenwoordigers van het beleid rond incidenten	stafmedewerker med. Dep. M. Coeters, zorgmanager D. Dewaele, zorgmanager D. Van Cuillie	zaal diamant	15.05 15.35	Gesprek met een vertegenwoordiging van de MOC vanuit het zorgproces oncologie	dr. B. Van Overberghe, dr. S. Broems	zaal raad van bestuur				
15.45 16.30	Werkplekbezoek aan de dienst radiologie en gesprek met medisch diensthoofd radiologie en hoofdverpleegkundige	dr. P. Kersemans, dr. L. Bladt, M. Baele, P. Van Brussel	lokaal RX	15.45 16.15	Gesprek met verantwoordelijke persoon indicatorenwerking en zorgpaden	kwaliteitscoördinator K. Ronsse, stafmedewerker vpk dep. L. Demarré	bureau K. Ronsse	15.45 16.30	Gesprek met manager HR	directeur personeel en organisatie J. Surmont	bureau J. Surmont				
16.00/16.15 - 18.00 Verslaglegging															
18.00 - 19.00 Auditorenvergadering															
ca. 19.00 naar hotel/diner															

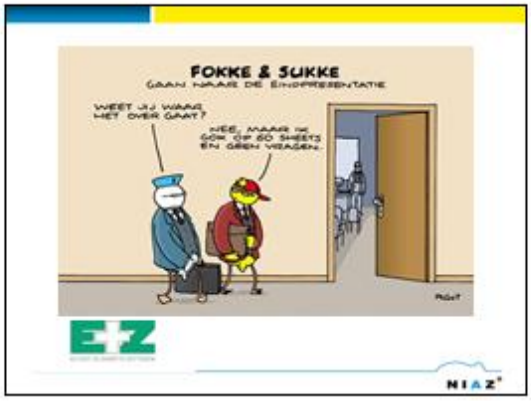
ZIEKENHUIS	AZ Sint Elisabeth Zottegem			PROGRAMMA AUDITBEZOEK	
Startdatum:	3-mei-17			Printdatum:	28-jun-17
Einddatum:	12-mei-17			Opgesteld door:	surveymanager i.o.m. het auditteam
	donderdag 11-mei-17				

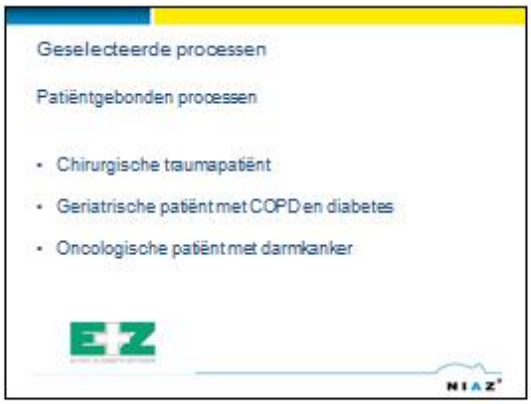
Tijd	Auditteam I Chirurgische trauma Michel en Ron	Naam auditeur	Locatie	Tijd	Auditteam II geriatrische patiënt met COPD en Petra en Jef	Naam auditeur	Locatie	Tijd	Auditteam III Oncopatiënt met darmkanker Jan en Erno	Naam auditeur	Locatie	Tijd	Auditteam IV Imen en Ivy	Naam auditeur	Locatie
8.15 Auditoren aanwezig															
8.30 9.15	Werkplekbezoek spoedafdeling en gesprek met medisch diensthoofd spoed en hoofdverpleegkundige / Gesprek met een triageverpleegkundige op spoedafdeling	dr. C. Machtelinckx, hvpk G. Van Isegham + gesprek triagevpk	spoed	8.30 9.00	Gesprek met vertegenwoordigers van het MFC	hoofdapotheker H. Libbrecht,hoofdarts dr.R. Vossaert, dr.D. Bladt	zaal diamant	8.30 9.15	Gesprek met de interne preventieadviseur	preventieadviseur R. Claeys, preventieadviseur W. Diependaele	bureau R. Claeys				
9.25 10.10	Werkplekbezoek van de scopenafdeling	hvpk CSA H. Steenhoudt, vpk ziekenhuishygiënist L. Demarré, apotheker P. Colman	bureau hvpk CSA	9.10 9.40	Gesprek met vertegenwoordigers van het antibioticacomité	stafmedewerker med. Dep. M. Coetsiers, apotheker - klinisch bioloog. A. Van Liedekerke, dr. W. Verbruggen	zaal diamant	09.25 09.55	Gesprek met vertrouwenspersoon voor medewerkers	vpk F. Tuybens	bureau gelijkvloers dagziekenhuis				
10.20 11.05	Gesprek met het hoofd van het technisch department	J. Heirbaut	bureau J. Heirbaut	9.50 10.30	Gesprek met vertegenwoordiging van het comité patiëntveiligheid	kwaliteitscoördinator K. Roosse, dr. W. Verbruggen, vpk K. Pieters	zaal diamant	10.05 10.50	Werkplekbezoek afdeling abdominale heelkunde en gesprek met medisch diensthoofd abdominale heelkunde en hoofdverpleegkundige	dr. L. Verstraete, hvpk P. Van Nieuwenhove	bureau P. Van Nieuwenhove				
11.15 11.45	Gesprek met technische directeur ifv noodplanning, gebouwen, terreinen	R. De Bosscher	bureau R. De Bosscher	10.40 11.25	Werkpplekbezoek geriatrisch dagziekenhuis en gesprek met verpleegkundige van het geriatrisch dagziekenhuis	hvpk A.Steppe, vpk N. Vanmulders	bureau hvpk	11.00 11.30	Gesprek met stomaverpleegkundige	hvpk P. Van Nieuwenhove, vpk L. Deschaumes	bureau P. Van Nieuwenhove		Gesprek met vertegenwoordiging ondernemingsraad waaronder de voorzitter	hvpk M. Van Reepingen, vpk N. Baele, vpk A. De Brabander	zaal raad van bestuur
				11.35 12.05	Gesprek met de verantwoordelijke persoon voor fixatiebeleid (procedureeigenaar)	zorgmanager D. Dewaele	bureau hvpk geriatrie								
12.10 - 12.45 Lunch + overleg															
12.45 - 13.30 Verslaglegging															
13.30 13.50	Vertrek en reistijd Brakel		NVT	13.30 14.15	Werkplekbezoek afdeling interne geneeskunde gastro enterologie gesprek met endocrinoloog en hoofdverpleegkundige	H. De Pauw, S. Deweer	bureau hvpk	13.30 14.00	Gesprek met twee medewerkers/sters van de schoonmaak	I. Uytterhaeghen, N. Schepens	zaal diamant	13.30 14.00	Gesprek met twee huisartsen		zaal raad van bestuur
14.00 14.45	Bezoek campus Brakel	T. Van Hecke, D. Dewaele	Brakel	14.25 14.55	Gesprek met ombudsfunctionaris	C. Vandekerckhove	bureau C. Vandekerckhove	14.10 14.40	Gesprek met 2 leerling verpleegkundigen	nog te bepalen	zaal diamant	14.30 15.30	Reserveren gesprek met de directie	F. Verbeke, R. Vossaert, A.Moens, R. De Bosscher	zaal raad van bestuur
14.50 15.20	Vertrek en reistijd vanuit Brakel		NVT	15.05 15.35	Gesprek met diabetesverpleegkundige	vpk P. Mincke	diamant??	14.50 15.35	Bezoek robotchirurgie	P. Schoonooghe, N. De Vriese	afdeling				
15.30 16.15	Verantwoordelijke persoon loonbeleid	R. Claeys	bureau R. Claeys	15.45 16.15	Werkplekbezoek polikliniken en gesprek met hoofdverpleegkundige polikliniken	hvpk T. Van Hecke	bureau hvpk	15.45 16.15	Verantwoordelijke wervings- en selectiebeleid	S. Vinck, J. Surmont	bureau J. Surmont				
16.00/16.15 - 18.00 Verslaglegging															
18.00 - 19.00 Auditorenvergadering															
ca. 19.00 naar hotel/diner															

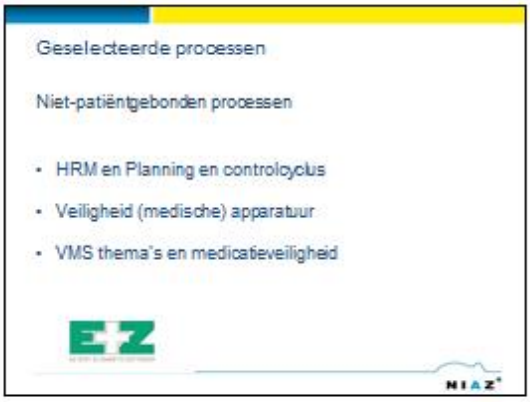


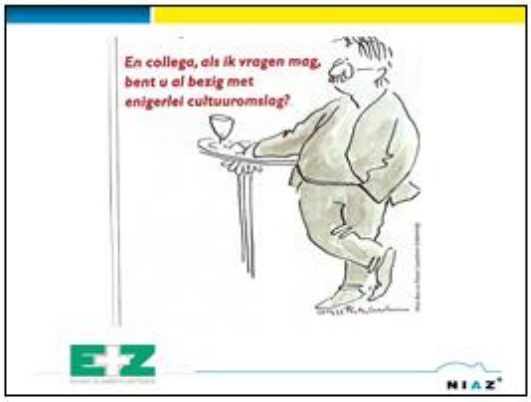
ZIEKENHUIS	AZ Sint Elisabeth Zottegem																
Startdatum:	9-mei-17									PROGRAMMA AUDITBEZOEK							
Einddatum:	12-mei-17									Printdatum:	28-jun-17						
										Opgesteld door:	surveymanager i.o.m. het						
vrijdag	12-mei-17																
Tijd		Naam auditee	Locatie	Tijd	Auditteam II	Naam auditee	Locatie	Tijd	Auditteam III	Naam auditee	Locatie	Tijd	Auditteam IV	Naam auditee	Locatie		
	Chirurgische trauma				geriatrische patiënt				Oncopatiënt met darmkanker								
	Michel en Ron				Petra en Jef				Jan en Erna				Iman en Iny				
8.15 Auditoren aanwezig (kamer?)																	
8.30 9.00				8.30 9.00				8.30 9.00									
9.10 9.40				9.10 9.40				9.10 9.40									
9.50 10.20				9.50 10.20				9.50 10.20									
10.20	Werken aan rapportage & voorbereiden slotbijeenkomst																
12.30	Lunch																
13.30	Werken aan rapportage & voorbereiden slotbijeenkomst																
14.30	Voorbespreking slotbijeenkomst met directie (kamer ?)																
15.00	Slotbijeenkomst zaal? met auditees en andere belangstellenden																

Bijlage 4: Slotpresentatie

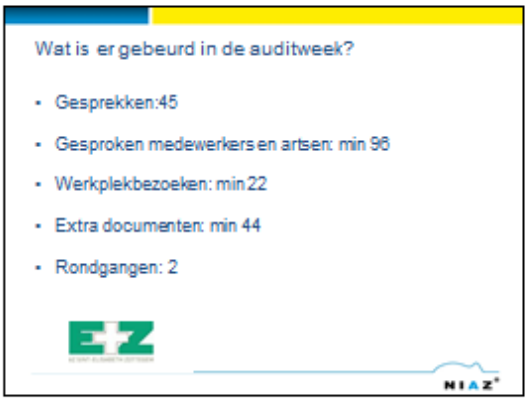


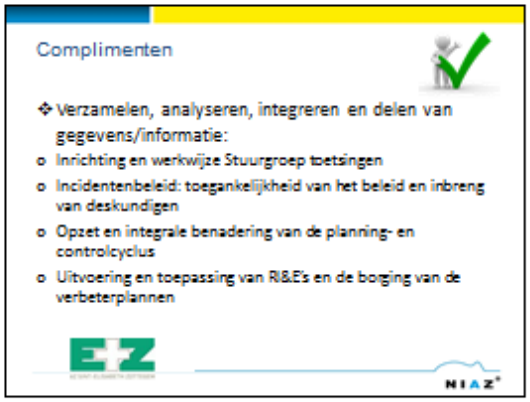


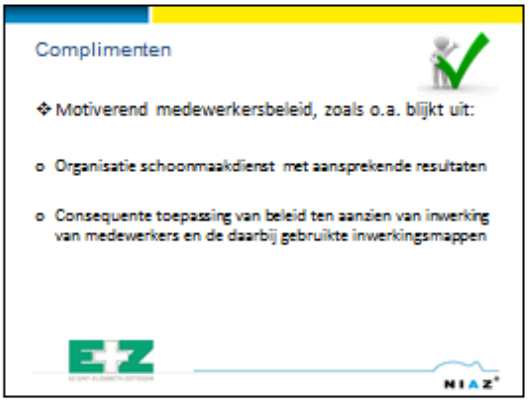


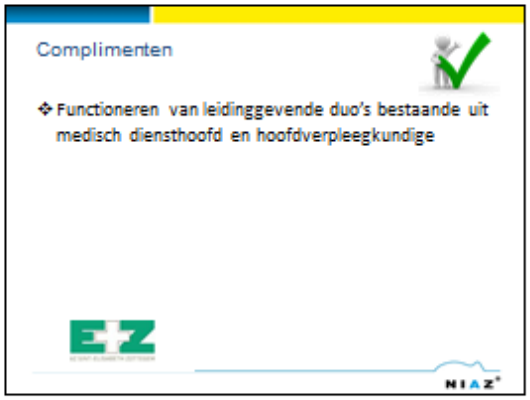


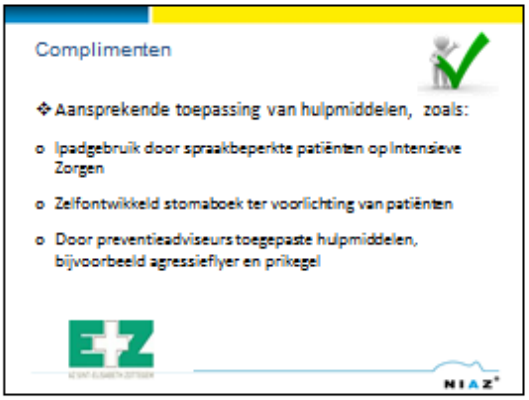
Voorwaarden voor accreditatie
• De cultuur is gericht op voortdurende verbetering van de kwaliteit alsmede op borging van de doorgevoerde verbeteringen;
• De besturing en organisatie van de (zorg)processen zijn zo ingericht dat zij redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg;
• De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


Wat is er gebeurd in de auditweek?
• Gesprekken:45
• Gesproken medewerkers en artsen: min 96
• Werkplekbezoeken: min 22
• Extra documenten: min 44
• Rondgangen: 2


Complimenten
❖ Verzamelen, analyseren, integreren en delen van gegevens/informatie:
o Inrichting en werkwijze Stuurgroep toetsingen
o Incidentenbeleid: toegankelijkheid van het beleid en inbreng van deskundigen
o Opzet en integrale benadering van de planning- en controlcyclus
o Uitvoering en toepassing van RI&E's en de borging van de verbeterplannen


Complimenten
❖ Motiverend medewerkersbeleid, zoals o.a. blijkt uit:
o Organisatie schoonmaakdienst met aansprekende resultaten
o Consequente toepassing van beleid ten aanzien van inwerking van medewerkers en de daarbij gebruikte inwerkingsmappen


Complimenten
❖ Functioneren van leidinggevende duo's bestaande uit medisch diensthoofd en hoofdverpleegkundige


Complimenten
❖ Aansprekende toepassing van hulpmiddelen, zoals:
o Ipadgebruik door spraakbeperkte patiënten op Intensieve Zorgen
o Zelfontwikkeld stomaboek ter voorlichting van patiënten
o Door preventieadviseurs toegepaste hulpmiddelen, bijvoorbeeld agressieflyer en prikegel

Verbeterpunten

Management van middelen

- Het consequent uitvoeren en borgen van beleid dat artsen worden opgeleid voor het verantwoord gebruik van medische apparatuur
- Het uitvoeren en borgen van de vastgestelde regeling voor het preventief onderhoud medische apparatuur n het reduceren van onderhoudsachterstand bij tenminste hoog-risico apparatuur

Verbeterpunten

Management van middelen

- Consequent toepassen van de regeling tot vrijgave van medische apparatuur na onderhoud en herstel door externe bedrijven
- Borgen van de regeling tot vaststelling van criteria voor bekwaamheid van externe technici

Verbeterpunten

Management van middelen

- Het aanscherpen, uitvoeren en borgen van beleid ten aanzien van laserveiligheid
- Het versnellen van de ingezette centralisatie van scopenreinigings- en desinfectiebeleid, inclusief de buitenpoli

Verbeterpunten

Management van processen

- Prioriteren van risicovolle zorgprocessen en waar mogelijk het vastleggen daarvan in procedures, protocollen en werkinstructies
- Voldoen aan de vastgestelde (eigen) norm ten aanzien van de reactietijd bij interne reanimaties

Na vandaag…

- Conceptrapportage naar directie ter beoordeling op feitelijke onjuistheden (7 juli 2017 / afspraak 1 juli 2017)
- Definitief rapport in instelling (11 augustus 2017)
- Bestuur NIAZ besluit over toekennen/continueren accreditatiestatus (september 2017)
- Op basis van de verbeterpunten maakt instelling een actieplan (drie maanden na herbesluit)

GOOD LUCK