



Samenvatting van het rapport met de bevindingen van de finale accreditatie-audit

Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis

Aalst, België

Internationale gezondheidszorgorganisatie (IHCO) identificatienummer: 60004663

Onderzoekperiode: 6 juni 2016 – 10 juni 2016

Programma: Ziekenhuis

Audittype: Initieel

Onderzoeksteam: Kenneth S. Waxman, dokter-arts, teamleider - Andrew G. Fallat, beheerder - Hope M. Juckel-Regan, verpleegkundige - Deborah E. Lee, verpleegkundige - Muayad Al-Hussaini, dokter-arts

UITSLAG

Op basis van de bevindingen van de initiële ziekenhuisaudit van 6 juni 2016 tot 10 juni 2016 en van de beslissingregels van de Joint Commission International (JCI), werd het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis de status GEACCREDITEERD toegekend.

De JCI ziekenhuisstandaarden zijn bedoeld om een continue en systematische verbetering van de patiëntenzorg te stimuleren. Wij verwachten dat alle punten die in het hieronder volgende auditverslag worden geïdentificeerd, op een afdoende manier zullen opgelost zijn zodat een volledige overeenstemming met elke geïdentificeerde standaard zal aangetoond worden tegen de volgende accreditatie-audit.

JCI zal blijven toezien dat het OLV Ziekenhuis alle JCI-ziekenhuisstandaarden op een permanente basis naleeft gedurende de drie jaar durende accreditatiecyclus. JCI behoudt zich ook het recht voor om willekeurig een onaangekondigde evaluatie van de naleving van de standaarden uit te voeren.

VEREISTE OPVOLGING

Er is een strategisch verbeteringsplan ('Strategic Improvement Plan', SIP) vereist met een beschrijving van de duurzame maatregelen die worden ingevoerd om een volledige naleving te verkrijgen voor de onderstaande standaarden en meetbare elementen:

- ACC. 4.4, ME #3
- ACC.6, ME #6
- COP. 8.5, ME #6
- MMU. 5.1, ME #2, ME #4

Het strategische verbeteringsplan moet tegen 29 juli 2016 worden ingediend bij JCI.

VERSLAG VAN DE AUDITBEVINDINGEN

Internationale doelstellingen voor patiëntveiligheid

IPSG.2.1. Het ziekenhuis ontwikkelt en implementeert een proces om kritische resultaten van diagnostische tests te rapporteren

Meetbaar element #1

Het ziekenhuis heeft kritische waarden vastgelegd voor elk type van diagnostische tests.

Gedeeltelijk behaald

Het volgende werd waargenomen:

1. De organisatie had nog geen kritische waarden voor alle types van tests vastgelegd. Ze had een lijst van kritische waarden vastgelegd voor het laboratorium. Voor radiologie en cardiologie was er een beschrijving van het kritisch rapporteringsproces, met enkel voorbeelden van kritische waarden. Er was geen lijst of beschrijving van kritische waarden voor pathologie, longfunctietests, nucleaire geneeskunde of elektro-encefalogrammen. Tijdens de audit heeft het ziekenhuis lijsten met kritische waarden ontwikkeld voor alle diagnostische diensten.
2. De organisatie had geen kritische waarden gedefinieerd voor 'point of care' tests. Glucose, hemoglobine, elektrolyten en arteriële bloedgasen werden gemeten op de hospitalisatieafdelingen. De medewerkers die deze tests uitvoeren beschikten niet over definities van kritische resultaten en rapporteerden dergelijk resultaten niet als kritische waarden conform een beleidslijn van het ziekenhuis.

IPSG.2.2. Het ziekenhuis ontwikkeld en implementeert een proces voor overdrachtscommunicatie.

Meetbaar element #2

Gestandaardiseerde formulieren, instrumenten en methodes ondersteunen een consistent en volledig overdrachtsproces.

Gedeeltelijk behaald

Het ziekenhuis had gestandaardiseerde methodes en instrumenten ter ondersteuning van een consistente overdracht voor verpleegkundigen. De overdracht door artsen was daarentegen niet consistent. Er waren geen gestandaardiseerde formulieren, instrumenten of methodes voor overdracht door artsen.

Meetbaar element #3

Gegevens van overdrachtscommunicatie worden opgevolgd en gebruikt om de aanpak voor een veilige overdrachtscommunicatie te verbeteren.

Gedeeltelijk behaald

Het ziekenhuis volgt de overdracht door verpleegkundigen op via verslagen van de ene shift naar de daaropvolgende, maar niet voor andere overdrachtsprocessen. Overdrachtscommunicatie door artsen werd niet opgevolgd.

IPSG.3 Het ziekenhuis ontwikkelt en implementeert een proces om de veiligheid van hoogrisicomedicatie te verbeteren.

Meetbaar element #2

Het ziekenhuis implementeert strategieën ter verbetering van de veiligheid van hoogrisicomedicatie, die specifieke processen bevat voor opslag, voorschrift, bereiding, toediening en opvolging.

Gedeeltelijk behaald

Het ziekenhuis had strategieën ter verbetering van de veiligheid van hoogrisicomedicatie, maar het had geen uniform stockageproces voor de veiligheid van 'look-alike/sound-alike' medicatie. In meerdere verzorgingsruimten werden bijvoorbeeld vijf verschillende doses van enoxaparine (clexane) naast elkaar opgeslagen, zonder enig waarschuwingssysteem of LASA-etikettering.

IPSG.4.1 Het ziekenhuis ontwikkelt en implementeert een proces voor een 'time-out' die in de operatiezaal wordt uitgevoerd net voor de start van een chirurgische ingreep om te verzekeren dat de ingreep wordt uitgevoerd op de juiste lichaamsplek, volgens de juiste procedure en bij de juiste patiënt.

Meetbaar element #1

Het volledige chirurgische team voert net voor aanvang van de chirurgische/invasieve procedure, een time-outprocedure uit en documenteert die.

Gedeeltelijk behaald

Een complete time-outprocedure werd vastgesteld in vier van de vijf gevallen (80% naleving). In één geval nam de chirurg niet deel aan het volledige proces van de time-out en verliet hij de zaal enkele seconden na de start van het protocol.

Toegang tot de zorg en continuïteit van de zorg

ACC.4.3 Een volledige ontslagsamenvatting wordt voorbereid voor alle patiënten

Meetbaar element #4

De ontslagsamenvatting vermeldt alle significante medicatie, waaronder medicatie bij ontslag.

Gedeeltelijk behaald

In 21 van de 27 gesloten dossiers (78% naleving) die werden onderzocht, werd de medicatie die tijdens de hospitalisatie werd toegediend, gedocumenteerd in de ontslagsamenvatting.

ACC.4.4 De dossiers van ambulante patiënten die nood hebben aan complexe zorg of voor wie een complexe diagnose is gesteld, bevat de profielen van de medische zorg en worden die ter beschikking gesteld van zorgverstrekkers die zorg verlenen aan de betrokken patiënten.

Meetbaar element #1

Het ziekenhuis gebruikt een proces dat garandeert dat het profiel van ambulante patiënten beschikbaar is in een formaat dat gemakkelijk terug te vinden en te gebruiken is.

Niet behaald

Het ziekenhuis had geen proces om de profielen van ambulante patiënten gemakkelijk op te zoeken en te gebruiken. Het profiel werd niet bijgehouden in één apart document, maar diende veeleer aan de hand van meerdere bronnen te worden gereconstrueerd. Een volledig profiel kon worden verkregen door informatie van drie verschillende types van documenten te gebruiken:

1. Een computerformulier met een lijst van de problemen van de patiënt.
2. Een tweede formulier waarop eerder klinische bezoeken worden opgelijst.
3. Een overzicht van klinische notities om de huidige medicaties en veranderingen in de zorgplannen te bepalen.

ACC.6 Het proces voor verwijzing, overdracht of ontslag van patiënten – zowel gehospitaliseerde als ambulante patiënten – bevat een planning om te voldoen aan de noden van de patiënt inzake vervoer.

Meetbaar element #6

Er wordt een proces gehanteerd om de kwaliteit en veiligheid te monitoren van het vervoer dat wordt voorzien of geregeld door het ziekenhuis, met inbegrip van een proces voor klachtenbehandeling.

Niet behaald

Dergelijk proces werd niet gehanteerd.

Rechten van patiënten en familieleden

PFR.5.1 Een geïnformeerde toestemmingsverklaring van de patiënt wordt verkregen via een proces dat door het ziekenhuis is bepaald en dat wordt uitgevoerd door daartoe opgeleide medewerkers op een manier en in een taal die de patiënt kan begrijpen.

Meetbaar element #5

Er is een uniforme registratie van toestemmingsverklaringen.

Niet behaald

De registratie van toestemmingsverklaringen was niet uniform. Het beleid van het ziekenhuis liet twee verschillende processen voor toestemmingsverklaring – geschreven en mondeling – toe. Geschreven toestemmingsverklaringen werden gedocumenteerd op formulieren met variërende vereisten. Sommige geschreven toestemmingsverklaringen vereisten zowel de handtekening van de patiënt als die van de arts, maar de toestemmingsverklaring voor een colonoscopie vereiste enkel de

handtekening van de patiënt. Het proces van mondeling toestemmingsverklaringen werd toegestaan voor meerdere procedures, waaronder belangrijke ingrepen, chemotherapie, bestralingstherapie en angiografie. Voor het documenteren van mondelinge toestemmingsverklaringen volstond het dat een arts dit invoerde in het elektronisch medisch dossier, zonder handtekening van de patiënt.

Beoordeling van patiënten

AOP.1 De gezondheidszorgnoden van alle patiënten die door het ziekenhuis worden verzorgd, worden geïdentificeerd volgens een beoordelingsproces dat door het ziekenhuis werd bepaald.

Meetbaar element #1

De minimale inhoud van de beoordeling van gehospitaliseerde patiënten is gedefinieerd voor elke klinische discipline die beoordelingen maakt, en specificeert de vereiste elementen betreffende de historiek en het fysiek onderzoek.

Gedeeltelijk behaald

Het beleid van het ziekenhuis definieerde de minimum inhoud voor de beoordeling door artsen en verpleegkundigen, maar niet voor beoordelingen door diëtisten of fysiotherapeuten.

Meetbaar element #2

De minimale inhoud van de beoordeling van ambulante patiënten is gedefinieerd voor elke klinische discipline die beoordelingen maakt, en specificeert de vereiste elementen betreffende de historiek en het fysiek onderzoek.

Gedeeltelijk behaald

Zelfde opmerking als voor beoordeling van gehospitaliseerde patiënten.

Zorg voor patiënten

COP.3 De zorg voor hoogrisicopatiënten en de voorzieningen voor hoogrisicodiensten worden bepaald door professionele richtlijnen, wetten en bepalingen.

Meetbaar element #2

De leiding zorgt voor het instellen en implementeren van richtlijnen en procedures voor hoogrisicodiensten en voor de zorg van hoogrisicopatiënten, voor tenminste de elementen (a) tot en met (i) van de bedoeling (zie ook MOI.10.1, ME #4).

Gedeeltelijk behaald

De organisatie had geen richtlijnen en procedures geïmplementeerd om te verzekeren dat kinderen die beoordeeld waren en die het risico op misbruik liepen, als dusdanig zouden geïdentificeerd en beschermd worden. Er werden twee medische dossiers uit de spoeddienst onderzocht, die beide voorbeelden bevatten van kinderen met een potentieel risico, die niet werden gescreend en/of beschermd.

COP.3.2 Reanimatiediensten zijn beschikbaar doorheen het ziekenhuis**Meetbaar element #2**

De medische technologie voor reanimatie en medicatie voor 'basic' en 'advanced life support' zijn gestandaardiseerd en beschikbaar voor gebruik op basis van de noden van de betrokken populatie.

Gedeeltelijk behaald

Medicatie en technologie voor reanimatie waren niet gestandaardiseerd en waren niet altijd beschikbaar voor gebruik. Het volgende werd vastgesteld:

1. De medicatie voor 'advanced life support' was niet gestandaardiseerd. Noodmedicatie werd opgeslagen in verscheidene karren en rugzakken, met verschillen tussen ziekenhuisafdelingen en campussen. Elk van deze opslagcontainers voor noodmedicatie bevatte verschillende types en hoeveelheden medicatie, waarvoor verschillende etiketteringssystemen werden gehanteerd.
2. Er waren geen gestandaardiseerde defibrillatoren. Er was een waaier aan toestellen van verschillende fabrikanten en modellen op verschillende eenheden.
3. In een operatiezaal voor ambulante patiënten waren de voorzieningen voor noodreanimatie niet beschikbaar in de verwachte ruimte; toestellen voor dringende beademing waren evenmin beschikbaar.

COP.8.5 Het transplantatieprogramma verkrijgt een geïnformeerde toestemmingsverklaring specifiek voor orgaantransplantatie van de transplantatiekandidaat**Meetbaar element #3**

Aanvullend op de informatie die aan iedere chirurgische patiënt wordt verstrekt als onderdeel van het informatieproces, krijgt de prospectieve transplantatiekandidaat ook informatie over de risicofactoren van orgaandonatie die het succes van de 'graft' of de gezondheidstoestand van de kandidaat als ontvanger kunnen beïnvloeden, met inbegrip van – maar niet beperkt tot – de elementen (a) tot en met (d) van de bedoeling.

Gedeeltelijk behaald

De prospectieve ontvangers ontvingen geen informatie over de donorgeschiedenis of de leeftijd van het orgaan zoals vereist door de elementen a) en c) van de bedoeling. Tijdens de audit herzag het ziekenhuis de toestemmingsverklaring om deze elementen erin op te nemen.

Meetbaar element #6

De transplantatiekandidaat krijgt informatie over alternatieve behandelingen.

Gedeeltelijk behaald

Er was geen bewijs dat de transplantatiekandidaten informatie ontving over alternatieve behandelingen. Er was geen proces om de patiënt te informeren over een alternatieve behandeling, en de formulieren voor de toestemmingsverklaringen bevatten evenmin informatie daaromtrent. Tijdens de audit herzag de organisatie het formulier voor de toestemmingsverklaring waarin een tekst over alternatieve behandelingen werd opgenomen.

Anesthesie en chirurgische zorg

ASC.3.2 Procedurele sedatie wordt toegediend en gemonitord volgens professionele praktijkrichtlijnen.

Meetbaar element #1

Er wordt een pre-sedatiebeoordeling uitgevoerd en gedocumenteerd die ten minste de elementen (a) tot en met (e) bevat om het risico en de geschiktheid van procedurele sedatie voor de patiënt te evalueren. (Zie ook AOP.1, MEs 1 en 2).

Gedeeltelijk behaald

Er werden geen pre-sedatiebeoordelingen uitgevoerd voor procedures die onder milde tot diepe sedatie worden uitgevoerd in de endoscopieruimte. Voor procedures die in het angiografie- of hartkatherisatielab worden uitgevoerd, werden er wel pre-sedatiebeoordelingen uitgevoerd.

Medicatiebeheer en - gebruik

MMU.3 Medicatie wordt gepast en veilig gestockeerd.

Meetbaar element #1

Geneesmiddelen worden gestockeerd onder gepaste omstandigheden voor product-stabiliteit; ook bij stockage op individuele verpleegafdelingen.

Gedeeltelijk behaald

Betreffende de stockage van medicatie werd het volgende vastgesteld:

1. Het ziekenhuis had 25 °C vastgelegd als bovenlimiet voor de veilige stockage van medicatie. Tijdens tracers op meerdere hospitalisatiediensten – zowel in Aalst als Asse – werd vastgesteld dat thermometers die in de nabijheid van opslagruimte voor medicatie hingen, temperaturen boven 25 graden aangaven, terwijl geen correctieve actie werd ondernomen.
2. Er was geen temperatuurcontrole in de opslagruimte voor medicatie op de spoeddienst te Asse.
3. Er gebeurde geen vochtigheidsmeting in meerdere opslagruimten voor medicatie doorheen de gehele organisatie.

Meetbaar element #3

Geneesmiddelen en chemicaliën om geneesmiddelen te bereiden worden accuraat geëtiketteerd met inhoud, vervaldata en waarschuwingen.

Gedeeltelijk behaald

Betreffende het etiketteren van medicatie werd het volgende vastgesteld:

1. In een operatiezaal op campus Aalst was een niet geëtiketteerd bekken met een heldere oplossing aanwezig in de operatieruimte. Tijdens diezelfde procedure werd een niet-geëtiketteerde injectiespuit die naar verluidt heparine bevatte, gemengd met de heldere oplossing.
2. Chemotherapie werd na bereiding niet geëtiketteerd met de vervaldatum of het houdbaarheidstijdstip.
3. Radiofarmaceutische injectiespuiten waren na bereiding niet geëtiketteerd.

Meetbaar element #5

Medicatie wordt beschermd tegen verlies of diefstal.

Gedeeltelijk behaald

Het volgende werd vastgesteld:

1. De apotheek is niet bemand gedurende de nacht en het weekend. De beveiligingsmedewerker had toegang tot de apotheek via een badge, maar er was geen systeem aanwezig om te monitoren of er niet-toegelaten toegang is gedurende de niet-bemande uren. Tijdens de audit werd een systeem gecreëerd om te allen tijde de toegang tot de apotheek te monitoren.
2. In een verpleeglokaal van de spoeddienst te Asse was een grote kast voor stockage van medicatie waarin ook hoogrisicomedicatie zat, niet afgesloten.

MMU.4.1 Het ziekenhuis beschrijft welke elementen een order of voorschrift dienen te bevatten om volledig te zijn.

Meetbaar element #2

Het ziekenhuis ontwikkelt en implementeert een proces dat beschrijft hoe medicatie-orders die onvolledig, onleesbaar of onduidelijk zijn, moeten behandeld worden.

Gedeeltelijk behaald

Het ziekenhuis had dergelijk proces ontwikkeld, waarbij dan vereist wordt dat de verpleegkundige de arts op de hoogte brengt om een nieuw order uit te schrijven. Bij nazicht van open en gesloten medische dossiers werden evenwel voorbeelden vastgesteld van onvolledige medicatieorders die niet gecorrigeerd waren.

MMU.5.1 Geneesmiddelenvoorschriften of orders worden nagekeken op geschiktheid.

Meetbaar element #2

Buiten de uitzonderingen opgenomen in de bedoeling, wordt voor elk voorschrift of order geoordeeld of het gepast en/of geschikt is, vooraleer het wordt uitgereikt en toegediend. Daarbij worden de elementen (a) tot en met (g) uit de bedoeling opgenomen.

Niet behaald - Er was geen proces om dit voor elk voorschrift of order na te gaan.

Meetbaar element #4

Personen die toelating hebben om orders en voorschriften te controleren, zijn daartoe competent en beschikken over de nodige middelen ter ondersteuning van dat proces.

Niet behaald - Er was geen proces om de competenties te bepalen van wie instaat voor nazicht.

MMU.7 Effecten van medicatie op patiënten worden gemonitord

Meetbaar element #2

Nevenwerkingen van medicatie wordt gemonitord en gedocumenteerd.

Gedeeltelijk behaald

Het ziekenhuis had een systeem ontwikkeld om nevenwerkingen van medicatie te rapporteren, maar dit proces werd niet afdoende geïmplementeerd. Geen enkel nevenwerking van medicatie was gerapporteerd.

Kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid

QPS.8 Gegevens worden altijd geanalyseerd wanneer er ongewenste trends en afwijkingen uit blijken.

Meetbaar element #1

Nevenwerkingen of patronen van nevenwerkingen tijdens milde tot diepe sedatie en gebruik van anesthesie worden geanalyseerd. (Zie ook ACS.3.2 en ASC.5).

Gedeeltelijk behaald

Het ziekenhuis had daartoe een proces, maar was nog niet begonnen met een proces om te monitoren of er zich nevenwerkingen voordoen tijdens sedatie buiten het operatiekwartier.

Preventie en beheersing van infecties

PCI.7 Het ziekenhuis bepaalt de procedures en processen die verband houden met het risico op infecties en implementeert strategieën om het infectierisico te verminderen.

Meetbaar element #1

Het ziekenhuis heeft de processen geïdentificeerd die verband houden met het risico op infecties.

Gedeeltelijk behaald

Er werden processen vastgesteld die verband houden met een verhoogd infectierisico:

1. Doorheen het ziekenhuis werd vastgesteld dat er in kamers voor vuile nutsvoorzieningen een menging was van propere en vuile gebruiksvoorwerpen en toestellen.
2. In Ninove werd dialysevloeistof gestockeerd in een opslagruimte buiten de dialyseverpleegeenheid. Wanneer de steriele vloeistofzakken nodig waren om patiënten te behandelen, werden deze zakken doorheen een grote ruimte voor opslag van afval gebracht, wat een verhoogd infectierisico inhoudt.
3. De afvalruimte van het ziekenhuis in Asse bevatte gecontamineerd afval dat niet was gescheiden van ander opslagmateriaal.
4. Doorheen de ziekenhuizen werd er geen vochtmeting gemonitord voor de opslagruimten voor steriele producten, waaronder de opslagruimten in het operatiekwartier, in de ruimte voor centrale sterilisatie en in meerdere lokalen voor ambulante verzorging.
5. Het operatiekwartier te Asse had één enkele gang waar er geen scheiding mogelijk was van propere en gecontamineerde voorwerpen. Steriele behoeften worden in deze gang op open rekken gestockeerd.
6. In het pediatriesch dagcentrum was er geen zeep om de handen te wassen beschikbaar in de badkamer voor patiënten.
7. In de pediatriesche verpleegeenheid te Aalst was er geen checklist voor het reinigen van speelgoed.
8. In de pediatriesche verpleegeenheid te Asse werden bedpannen met de hand gewassen, zonder procedures om adequate reiniging te verzekeren.

PCI.7.4 Het ziekenhuis vermindert het risico op infecties die verband houden met de werking van de voedingsdiensten

Meetbaar element #1

Het ziekenhuis bewaart voedsel en voedingswaren rekening houdend met sanitaire voorzieningen, temperatuur, licht, vochtigheid, ventilatie en beveiliging.

Gedeeltelijk behaald

De organisatie had geen proces om te verzekeren dat voedsel veilig wordt opgeslagen in de koelkast op patiëntenkamers. Deze koelkasten waren bestemd voor de opslag van water, wat ook op een etiket vermeld stond. Maar er werd vastgesteld dat patiënten er vaak persoonlijke voedingsmiddelen in bewaarden. De voeding die in deze koelkasten was opgeslagen, werd niet geïnspecteerd, en was evenmin geëtiketteerd of gedateerd. Het ziekenhuis monitorde de temperatuur van deze koelkasten niet, waardoor een risico ontstond op verspilling en infectie.

PCI.9 Handschoenen, maskers, oogbescherming, andere beschermingsmiddelen, zeep en desinfectiemiddelen zijn beschikbaar en worden correct gebruikt.

Meetbaar element #1

Het ziekenhuis heeft de situaties bepaald waarin persoonlijke beschermingsmiddelen vereist zijn en verzekert dat deze ter plekke beschikbaar zijn.

Gedeeltelijk behaald

De desinfectiemiddelen Reocid en Clinell spray werden doorheen de organisatie gebruikt zonder de persoonlijke beschermingsmiddelen die door de fabrikant worden aanbevolen. De medewerkers gebruiken enkel handschoenen, terwijl de Material Safety Data Sheets maskers, beschermingsbrillen en -jassen vereisen.

Bestuur, leiderschap en directie

GLD.1.1 De operationele verantwoordelijkheden van het bestuur worden beschreven in geschreven documenten.

Meetbaar element #1

De verantwoordelijken voor het bestuur stellen de 'chief executive' aan volgens vastgestelde criteria en een vastgesteld proces, en voeren jaarlijks een evaluatie uit.

Gedeeltelijk behaald

De meest recente jaarlijkse evaluatie van de Chief Executive Officer bestond uit een korte paragraaf van de voorzitter van de raad van bestuur, in plaats van grondige evaluaties uitgevoerd volgens de vastgestelde criteria in de voorafgaande jaren.

GLD.6.1 Het leiderschap van het ziekenhuis verzekert dat contracten en andere regelingen worden opgenomen als deel van het kwaliteitsverbeterings- en patiëntveiligheidsprogramma van het ziekenhuis.

Meetbaar element #1

Alle contracten stipuleren de kwaliteitsgegevens die gerapporteerd moeten worden aan het ziekenhuis, de rapporteringsfrequentie en de rapporteringswijze. Ze stipuleren ook hoe het ziekenhuis zal reageren wanneer kwaliteitsvereisten niet worden behaald.

Gedeeltelijk behaald

Het ziekenhuis ontving informatie met betrekking tot kwaliteit vanwege de externe poetsdienst, zijn grootste onderaannemer, in de vorm van routinerapporteringen over de interne kwaliteitsinspecties door de onderaannemer en van bevestigingen dat de medewerkers van de onderaannemer opleiding hebben gevolgd door instructeurs die beantwoorden aan de goedkeuringscriteria van het ziekenhuis. De verplichting om deze rapporten ter beschikking te stellen, waren niet opgenomen in het contract dat drie jaar geleden was opgesteld. Momenteel zijn onderhandelingen aangevat met potentiële toeleveranciers voor een nieuw drie jaar lopend contract waarin de verplichting om deze gegevens ter beschikking te stellen, zit vervat.

GLD.14 Professionele gezondheidseducatie die in het ziekenhuis wordt verstrekt, volgt educatieve parameters die bepaald zijn door de inrichtende universiteit en het leiderschap van het ziekenhuis.

Meetbaar element #5

Het ziekenhuis bepaalt het vereiste niveau van toezicht voor elk type en niveau van studenten en stagiaires.

Gedeeltelijk behaald

Het ziekenhuis voorzag in toezicht, maar had geen proces om het vereiste niveau van toezicht voor elke postgraduaat stagiair te beoordelen.

Beheer van faciliteiten en veiligheid

FMS.4 Het ziekenhuis plant en implementeert een programma om veilige faciliteiten te voorzien via inspectie en plannen om risico's te verminderen.

Meetbaar element #5

Het ziekenhuis heeft een programma om in veilige faciliteiten te voorzien.

Gedeeltelijk behaald

De volgende veiligheidsrisico's werden vastgesteld:

1. Doorheen het ziekenhuis werd vastgesteld dat de knop voor noodoproepen in de omgeving van de toiletten op de patiëntenkamers niet bereikbaar was wanneer de patiënt zou vallen.
2. De toiletten voor bezoekers op de Sp-dienst in Ninove had geen noodoproep-signalisatie.
3. In het pediatriesch dagziekenhuis waren er geen voorzieningen voor noodoproepen in de toiletten van de patiëntenkamers en was er slechts één noodoproepinstallatie voor deze eenheid.

4. In de pediatrie behandelingsruimte was geen proces om de noodvoorraad zuurstof te controleren.
5. In de pediatrie verpleegeenheid Asse werden desinfectiemiddelen om bedpannen te reinigen, gestockeerd in een niet gesloten kast waartoe kinderen zich toegang konden verschaffen.
6. Bij zesentwintig van de tweeëndertig gecontroleerde rolstoelen (81% naleving) werkten de remmen naar behoren.

FMS.5.1 Het ziekenhuis heeft een programma voor de controle en het verwijderen van gevaarlijke materialen en afval.

Meetbaar element #2

Het programma voorziet in de vaststelling en implementatie van procedures met betrekking tot morsen van ('spill') en blootstelling aan gevaarlijke materialen. Deze procedures bevatten ook richtlijnen voor gebruik van gepaste beschermingsmiddelen.

Gedeeltelijk beantwoord

Het volgende werd vastgesteld:

1. In het operatiekwartier waren gevaarlijke stoffen, waaronder flessen met formaldehyde, gestockeerd maar waren er geen voorzieningen aanwezig voor het geval er werd gemorst. Bovendien bleek uit interviews dat medewerkers niet werden opgeleid over hoe om te gaan met gemorste stoffen of met blootstelling.
2. In de endoscopieruimte te Aalst was er geen procedure in voege over wat te doen bij blootstelling aan de potentieel giftige chemicaliën die worden gebruikt in het reinigingstoestel voor endoscopen.
3. In de bereidingsruimte voor chemotherapie te Aalst en Asse waren de medewerkers niet opgeleid voor de procedures die in geval van blootstelling aan een cytotoxische stof dienen gevolgd te worden.

FMS.6 Het ziekenhuis ontwikkelt, onderhoudt en test een programma voor noodsituaties, epidemieën en natuur- of andere rampen.

Meetbaar element #3

Het ziekenhuis voorziet een rampenplan dat bepaalt wat er moet gebeuren in geval van de elementen (a) tot en met (g) in de bedoeling.

Gedeeltelijke beantwoord

Het rampenplan bevat zes van de zeven elementen uit de bedoeling, maar element (g) ontbrak – namelijk: het proces om bij noodsituaties om te gaan met het mogelijk conflict tussen enerzijds de persoonlijke verantwoordelijkheden van de medewerkers die voor het rampenplan worden opgeroepen maar wiens gezin zelf is getroffen, en anderzijds de verantwoordelijkheden van het ziekenhuis om hulp te verlenen.

FMS.7 Het ziekenhuis voorziet en implementeert een programma voor de preventie, de vroegtijdige detectie, het onderdrukken, het inperken en het veilig verlaten van de faciliteiten in het geval van brand en andere noodsituaties.

Meetbaar element #4

Het programma omvat de inperking van brand en rook.

Gedeeltelijk beantwoord

De volgende risico's werden vastgesteld:

1. In het operatiekwartier te Aalst konden de medewerkers geen toegang krijgen tot de zuurstofleiding zodat ze die konden afsluiten in geval van brand.
2. De afwezigheid van automatische 'sprinklers' in de parkeergarage onder het ziekenhuis van Asse houdt significante risico's in.
3. De afsluitkranen voor gassen in het operatiekwartier te Asse waren niet eenvoudig bereikbaar omwille van een wand die voor de duur van de renovatie tijdelijk was opgericht.

Meetbaar element #5

Het programma omvat voorzieningen om de faciliteiten op een veilige manier te evacueren in geval van brand en andere noodsituaties.

Gedeeltelijk beantwoord

Een veilige evacuatie van de faciliteiten werd gehinderd door talrijke voorbeelden van inadequate signalisatie en gevaarlijke wandelgangen. De volgende voorbeelden werden vastgesteld:

1. Afwezigheid van signalisatie om de uitgang van het dak op niveau 5 van blok W aan te duiden.
2. Steile treden die rechtstreeks van de ingang van het gebouw naar de vloer beneden leiden.
3. Afwezigheid van signalisatie om de gepaste richting naar een veilig verzamelpunt buiten het ziekenhuis aan te duiden.

FMS.8

Het ziekenhuis voorziet en implementeert een programma voor het inspecteren, testen en onderhouden van medische technologie en documenteert de resultaten daarvan.

Meetbaar element #2

Er is een inventaris van alle medische technologie.

Gedeeltelijk beantwoord

Er was geen unieke inventaris van alle medische technologie. Verschillende departementen, zoals radiologie, nucleaire geneeskunde, radiotherapie en het laboratorium, hielden een eigen inventaris bij, maar er waren momenteel geen processen om dit te coördineren met het medisch-technisch departement. Er bestond een actieplan om alle medische technologie in het ziekenhuis onder de leiding van een gekwalificeerde persoon te plaatsen.

Meetbaar element #3

Medische technologie wordt geïnspecteerd en getest bij ingebruikname en op vooraf bepaalde tijdstippen na de ingebruikname, conform de aanbevelingen van de fabrikant.

Gedeeltelijk beantwoord

Het ziekenhuis heeft contracten afgesloten met externe toeleveranciers voor een groot deel van de toestellen. Het dossier waarin de inspectie en het testen van toestellen door externe toeleveranciers gebeurde, was niet aanwezig op de betrokken

locatie. Wanneer het dossier erbij werd gehaald, gaf het de conclusie van de toeleverancier weer dat het toestel voldeed aan verschillende nationale en internationale standaarden, maar er waren geen gegevens gedocumenteerd die dat ondersteunden.

Kwalificatie en opleiding van medewerkers

SQE.11 **Het ziekenhuis gebruikt een gestandaardiseerd proces om de kwaliteit en veiligheid van de zorg aan de patiënt te evalueren die door ieder medisch staflid wordt verstrekt.**

Meetbaar element #3

De klinische resultaten van over de medische stafleden worden afgezet tegen objectieve en 'evidence-based' informatie bij wijze van externe 'benchmarking'.

Gedeeltelijk beantwoord

De jaarlijkse evaluatie van de artsen was subjectief. Het ziekenhuis verzamelde gegevens over de klinische resultaten van de artsen, maar had nog geen proces ontwikkeld om deze metingen te incorporeren in het jaarlijkse evaluatieproces om op die manier een externe benchmarking uit te voeren.

Beheer van informatie

MOI.11 **Het ziekenhuis bepaalt wie geautoriseerd is om aantekeningen te maken in het klinische dossier van een patiënt.**

Meetbaar element #3

Er is een proces dat bepaalt hoe aantekeningen in het patiëntendossier worden gecorrigeerd en overschreven.

Gedeeltelijk beantwoord

Doorheen de organisatie bevatten handgeschreven medische dossiers aantekeningen die werden gecorrigeerd of overschreven volgens niet-goedgekeurde methodes. In narcotica logs werden ook foutieve correcties vastgesteld.

MOI.11.1 **Elke aantekening in een klinisch dossier van een patiënt bepaalt wie de auteur is en wanneer de aantekening in het dossier werd gemaakt.**

Meetbaar element #3

Het tijdstip van elke aantekening kan worden geïdentificeerd.

Gedeeltelijk beantwoord

De meeste elektronische aantekeningen in een medisch dossier vermelden het tijdstip, maar handgeschreven aantekeningen vermelden vaak geen tijdstip. Voorbeelden van aantekeningen zonder tijdstip omvatten medicatieorders van artsen, geschreven toestemmingsverklaringen, time-outdocumentatie en talrijke notities van artsen en verpleegkundigen.

MOI.12 **Als onderdeel van zijn monitoring- en verbeteringsacties evalueert het ziekenhuis op regelmatige tijdstippen de inhoud van het klinisch dossier van patiënten zowel als de volledigheid van deze dossiers.**

Meetbaar element #2

De evaluatie wordt uitgevoerd door artsen, verpleegkundigen en andere beroepsbeoefenaars die geautoriseerd zijn om aantekeningen in het patiëntendossier te maken of het te beheren.

Gedeeltelijk beantwoord

Artsen en verpleegkundigen evalueerden dossiers, maar anderen met de autorisatie om aantekeningen te maken – zoals diëtisten, kinesisten, ergotherapeuten, apothekers en sociale helpers namen niet deel aan dit evaluatieproces.
