Auditverslag

WIT-GELE KRUIS LIMBURG vzw

Welzijnscampus 25, Genk
België

Datum auditbezoek: 16 t/m 19 november 2021

Versie normenset: Qmentum Global

Accreditatieprocedure: Assessmentprocedure 2021-2022

Vastgesteld op: 13/12/2021

Inhoud

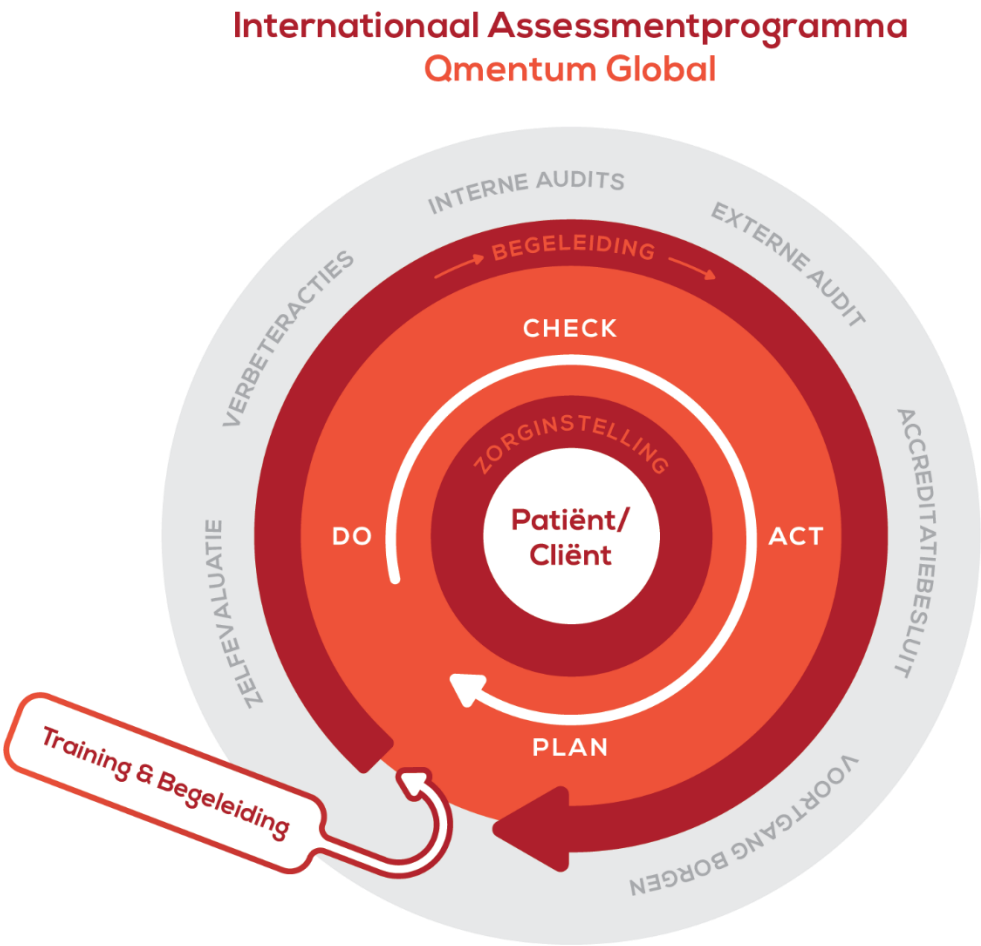
Inleiding 3

1. Samenvatting 4
   - 1.1 Auditinformatie 4
   - 1.2 Conclusies auditteam 6
   - 1.3 Overzicht per normenset 10
   - 1.4 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR) 11
2. Overzicht beoordelingen op niveau goud 12
   - 2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen 12
   - 2.2 Normensets 12
3. Overzicht beoordelingen op niveau platina 12
   - 3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen 12
   - 3.2 Normensets 12
4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant 12
   - 4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen 12
   - 4.2 Normensets 12
5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren 13
   - 5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen 13
   - 5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen 22

Inleiding

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

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



1. Samenvatting

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

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

1.1 Auditinformatie

Het auditbezoek in Wit-Gele Kruis Limburg heeft plaatsgevonden van 16 tot en met 19 november 2021.

Auditteam
De heer J. Sträter (voorzitter)
Mevrouw E. De Volder
Mevrouw I. Balk
De heer L. Rosseel

Surveymanagers
De heer P. Vandebroek
De heer W. Pustjens

Aanvullende informatie
De directie van het Wit-Gele Kruis Limburg vzw heeft een aanvraag bij Qualicor Europe gedaan voor een instellingsbrede vervolgaudit voor accreditatie, op basis van de kwaliteitsnorm Qmentum Global. De audit is uitgevoerd conform de 'Assessmentprocedure 2021-2022'. Dit is de tweede Qualicor Europe-accreditatie voor deze instelling. Het volledige auditteam was ter plaatse aanwezig in het Wit-Gele Kruis Limburg.

De directie van het Wit-Gele Kruis Limburg heeft voorafgaand aan het auditbezoek verklaard dat er geen werkeenheden zijn met problemen die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorg en waarvan het auditteam op de hoogte moet zijn.

De audit betreft de volgende locaties van Wit-Gele Kruis Limburg: de hoofdzetel in Genk en de afdelingen Tongeren, As, St.-Truiden, Logistiek centrum, Kraamdienst, Beringen, Hoeselt, Houthalen, Straatverpleging Hasselt, Genk-Centrum, Genk-Noord, Genk-Bokrijk, Lummen, Maasmechelen, Pelt, Dilsen, Riemst, Bree, Maaseik, Lummen, Tessenderlo en het asielzoekerscentrum in Houthalen.

De bevindingen van de auditoren per criterium gelden voor alle locaties, eventuele uitzonderingen staan bij de samenvatting van de kritische processen beschreven.

Normensets
Tijdens het auditbezoek zijn de volgende normensets en kritische processen gebruikt om de diensten en procedures van Wit-Gele Kruis Limburg te toetsen:

Normensets (gouden criteria en VIR's op alle niveaus)
- Leiderschap
- Governance
- Excellente zorg
- Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen
- Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen

Zorgspecifieke normensets (gouden criteria en VIR's op alle niveaus)
- Thuiszorg/thuisverpleging

Samenvatting bevindingen

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

1.2 Conclusies auditteam

Algemene bevindingen

Sfeer:
De audit heeft plaats gevonden in een warme, welkome en positieve sfeer. Dit stemt overeen met wat de missie van Wit-Gele Kruis Limburg uitdraagt.

Cultuur:
Binnen het Wit-Gele Kruis Limburg is een open, ondersteunende en persoonsgerichte cultuur aanwezig waarbij de aandacht in eerste instantie uitgaat naar de patiënt direct gevolgd door aandacht voor de medewerker.

Overzicht complimenten:

Sterke patiëntgerichte focus en toepassing van warme zorg
Het Wit-Gele Kruis Limburg kent een sterk patiëntgerichte focus en toepassing van warme zorg, conform de eigen missie van het Wit-Gele Kruis Limburg.
De auditoren hebben vastgesteld dat de patiënt en mantelzorger heel sterk betrokken zijn bij het zorgtraject van de patiënt. Met veel respect wordt omgegaan met de patiënt als persoon, met zijn culturele achtergrond (bijvoorbeeld bij het gebruik van 'overschoentjes'), met zijn leefsituatie en met mogelijke taalbarrières. Tijdens het zorgproces is vastgesteld dat echt gepraat en geluisterd wordt met en geluisterd naar de patiënt. Indien zaken onduidelijk zijn wordt eerst de patiënt bevraagd. Het Wit-Gele Kruis Limburg zet sterk in op de bereikbaarheid van zorg en de lage drempel tot contact voor de omgeving.
Warme zorg is zichtbaar in het medewerkersbeleid. Zo stelt de auditor vast dat er een grote collegialiteit, sterke begeleiding en ondersteuning is van medewerkers. De hoge bereikbaarheid van collega's en de inzet van de 'peter/meter' zijn hier voorbeelden van. Wanneer het even minder gaat, is er de 'hou-vast-lijn', die niet alleen ingezet wordt om contact met de patiënt te onderhouden, maar ook om te luisteren naar de medewerker, die even 'out' zijn. Deze bezorgdheid, evenals de kleine attenties als blijk van waardering, worden gewaardeerd door medewerkers en zorgen ervoor dat het Wit-Gele Kruis Limburg als zorgzame werkgever ervaren wordt.

Wit-Gele Kruis Limburg kijkt naar de behoeften van allen in de samenleving
Het Wit-Gele Kruis Limburg organiseert zorg aan dak- en thuislozen, chemo-patiënten, asielzoekers, thuiszorgpatiënten, kraamvrouwen, gezinnen, etc.

Welzijn en behoud van de medewerker
De auditoren hebben vastgesteld dat welzijn en behoud van medewerkers ruim aan bod komen. Voorbeelden zijn de warme welkomdagen, het peter-meterschap, teambuilding, luisteren naar medewerkers, de ruime aandacht aan vorming, input van de medewerkers voor de nieuwe wagens en input van de medewerkers naar aanleiding van incidenten. Binnen het Wit-Gele Kruis Limburg heerst een sterke focus om zich als lerende organisatie steeds te willen verbeteren ten gunste van de medewerker en de patiënt.

Consortium Thuiszorg Limburg: continuïteit van zorg
In het kader van de coronapandemie heeft het Wit-Gele Kruis Limburg een consortium opgericht met alle zorgpartners in de omgeving. Dit heeft er toe geleid dat de toegang voor de patiënten te allen tijde geborgd is geweest. De wijze waarop het consortium is ingericht heeft er toe geleid dat de

samenwerkingspartners ook na de coronapandemie besloten hebben deze samenwerking te blijven voortzetten en verder te verbreden naar andere gebieden.

Overzicht uitdagingen

Er zijn geen uitdagingen op het accreditatieniveau goud.

Intern toetsingssysteem

Het intern toetsingssysteem van Wit-Gele Kruis Limburg voldoet aan de 'Assessmentprocedure Qualicor Europe 2021-2022'.

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

Persoonsgerichte zorg

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

Noodzakelijke voorwaarden

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

Noodzakelijke voorwaarde: verbetercultuur (de cultuur is gericht op voortdurende verbetering van de kwaliteit alsmede op de borging van de doorgevoerde verbeteringen).
Binnen het Wit-Gele Kruis Limburg is een zichtbare verbetercultuur aanwezig. Vanuit de vele gesprekken en geconsulteerde documenten hebben de auditoren vastgesteld dat gewerkt is aan het verbeteren van het (zorg)proces. Het Wit-Gele Kruis Limburg maakt daarbij gebruik van de kennis, ervaring en wensen van patiënten en personeel. Een voorbeeld hiervan is het patiëntenpanel dat onlangs is opgericht. Hiermee is een forum neergezet waarmee feedback verkregen wordt op het geleverde "product".
De werkgroep patiëntenparticipatie gebruikt de input vanuit het patiëntenpanel om verbeteringen vorm te geven.
Een ander voorbeeld is het datamanagementsysteem (datawarehouse) waar gebruik gemaakt wordt van bestaande gegevens uit het elektronische verpleegkundige patiëntendossier (EVD) (om het zorgproces verder te verbeteren). Zo wordt bijvoorbeeld bij het gebruik van de Katz-schaal (inhoudelijke beoordeling op het gebied van ADL-mogelijkheden) de score 'transfer en verplaatsingen' gelinkt aan het invullen van het valrisicoformulier. Als het valrisicoformulier niet is ingevuld dan wordt daar op geattendeerd. Dit geeft een impuls aan de kwaliteit van zorg. Naast het EVD gebruikt het WGK-Limburg nog een papieren patiëntendossier (de map bij de patiënt thuis).

Noodzakelijke voorwaarde: verantwoorde zorg (de besturing en organisatie van de (zorg)processen zijn zo ingericht dat zij redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg)
Het Wit-Gele Kruis Limburg heeft de processen zo ingericht dat het personeel van de ene afdeling op een veilige en verantwoorde manier op een andere afdeling kan invallen. Dit realiseert men door ervoor te zorgen dat alle procedures en systemen voor de hele organisatie gelijk zijn. Het werken met het EVD en het datawarehouse, waar de gegevens in worden opgeslagen, dragen hier aan bij; dit door enerzijds de gestandaardiseerde invoer van gegevens en anderzijds omdat de rapportages die uit het datamanagementsysteem komen het mogelijk maken de geleverde kwaliteit van zorg te monitoren.
Het Wit-Gele Kruis Limburg heeft een brede scoop op de maatschappij. Zij levert diensten aan veel verscheidene groepen van de samenleving. Zo is aandacht voor de dak- en thuislozen (middels straatverpleging) in Hasselt en zorgondersteuning in het asielzoekerscentrum in Houthalen aangetroffen.

Noodzakelijke voorwaarde: veiligheid (de veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd)
Het Wit-Gele Kruis Limburg is gericht op het thema kwaliteit en veiligheid. Dit blijkt onder andere uit het gegeven dat zowel de directie als de raad van bestuur het onderwerp veiligheid hoog op hun agenda hebben staan.
Tijdens de audit is dit zichtbaar in de wijze waarop met het onderwerp Covid-19 is omgegaan middels het consequente gebruik van CO_2-meters in alle ruimten in de hoofdzetel. Zo wordt bij het overschrijden van de CO_2-waarde (=code oranje) het raam in de ruimte geopend. Tevens worden het gebruik van mondkapjes, handdesinfectie en het desinfecteren van tafels na ieder gebruik consequent uitgevoerd.
Een ander voorbeeld is het inrichten van een eigen 'decontaminatielab' om FFP2-maskers te ontsmetten en het reinigen van de overschorten in verband met leveringsproblemen.
De wijze waarop het personeel uitgenodigd wordt om' blame and shame free' te melden is ('just culture') aangetroffen. Meerdere auditees op de werkvloer geven aan dat ze het belangrijk vinden dat iedereen meedoet, dit is terug te zien in het relatief grote aantal incidentmeldingen.

1.3 Overzicht per normenset

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

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

Gouden Criteria

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

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Goud)			Andere criteria (Goud)			Alle criteria (Goud)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Instellingsbrede normen									
Medicatie-beheer voor maatschap-pelijke instellingen	43 (100%)	0 (0%)	8	9 (100%)	0 (0%)	4	52 (100%)	0 (0%)	12
Excellente zorgverlening	9 (100%)	0 (0%)	0	16 (100%)	0 (0%)	1	25 (100%)	0 (0%)	1
Governance	29 (100%)	0 (0%)	0	13 (100%)	0 (0%)	0	42 (100%)	0 (0%)	0
Infectie-preventie en -bestrijding voor maat-schappelijke instellingen	19 (100%)	0 (0%)	14	21 (100%)	0 (0%)	7	40 (100%)	0 (0%)	21
Leiderschap	21 (100%)	0 (0%)	0	35 (100%)	0 (0%)	0	56 (100%)	0 (0%)	0
Zorgspecifieke normen									
Thuiszorg/thuis verpleging	7 (100%)	0 (0%)	0	6 (100%)	0 (0%)	1	13 (100%)	0 (0%)	1
Totaal	**128 (100%)**	**0 (0%)**	**22**	**100 (100%)**	**0 (0%)**	**13**	**228 (100%)**	**0 (0%)**	**35**

1.4 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR)

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

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

Wit-Gele Kruis Limburg		*Binnen hoeveel kritische processen zijn deze VIR's getoetst*			*Aantal NLTs in matrix*	*Score nalevingstesten*			
		Voldaan	*Niet voldaan*	*Totaal*		*Voldaan*	*Niet voldaan*	*Totaal*	*% Voldaan*
Cliëntenidentificatie		1	0	1	1	1	0	1	100,0%
Gevaarlijke afkortingen		1	0	1	7	7	0	7	100,0%
Overdracht van informatie op overdrachtsmomenten		1	0	1	5	5	0	5	100,0%
Medicatieverificatie als strategische prioriteit		1	0	1	4	4	0	4	100,0%
Medicatieverificatie bij zorgoverdracht – Thuiszorg		1	0	1	4	4	0	4	100,0%
Hoogrisico medicatie		1	0	1	8	8	0	8	100,0%
Veilig gebruik van infuuspompen		1	0	1	6	6	0	6	100,0%
Preventief onderhoudsprogramma		1	0	1	4	4	0	4	100,0%
Training en scholing op het gebied van patiëntveiligheid		1	0	1	1	1	0	1	100,0%
Cliëntveiligheidsplan		1	0	1	4	4	0	4	100,0%
Preventie van geweld en agressie op de werkplek		1	0	1	8	8	0	8	100,0%
Patiëntenstroom		1	0	1	8	8	0	8	100,0%
Voorlichting over handhygiëne		1	0	1	1	1	0	1	100,0%
Naleving van handhygiëne		1	0	1	3	3	0	3	100,0%
Aantallen infecties		1	0	1	3	3	0	3	100,0%
Kwartaalrapportages cliëntveiligheid		1	0	1	3	3	0	3	100,0%
Beheer van ongewenste voorvallen		1	0	1	7	7	0	7	100,0%
Openbaarmaking van ongewenste voorvallen		1	0	1	6	6	0	6	100,0%
Verantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit		1	0	1	6	6	0	6	100,0%
Risicobeoordeling van veiligheid thuis		1	0	1	5	5	0	5	100,0%
Huid-en wondverzorging		1	0	1	8	8	0	8	100,0%
Totaal		21	0	21		102	0	102	
Totaal %		100,0%	0,0%			100,0%	0,0%		

2. Overzicht beoordelingen op niveau goud

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

2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

Op niveau goud zijn alle VIR's als voldaan beoordeeld

2.2 Normensets

Op niveau goud zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

3. Overzicht beoordelingen op niveau platina

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

3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

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

3.2 Normensets

Op niveau platina zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant

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

4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

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

4.2 Normensets

Op niveau diamant zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren

Kritische processen zijn risicovolle gebieden of systemen die een grote impact hebben op de kwaliteit en veiligheid. Zij bieden een ander perspectief dan dat voortkomend uit normensets, en de resultaten zijn gegroepeerd in thema's die horizontaal door afdelingen, diensten en teams gaan.
Tijdens het auditbezoek beoordelen de auditoren de criteria die deel uitmaken van een kritisch proces, geven een reden voor hun beoordeling en vatten elk kritisch proces samen. Deze samenvattende opmerkingen worden hieronder weergegeven en zijn een nuttige aanvulling op de resultaten uit de eerdere hoofdstukken van dit rapport.

5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen

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

Kritisch proces	Omschrijving
Planning en kwaliteitsmanagement	Ontwikkelen en implementeren van de infrastructuur, programma's en diensten om tegemoet te komen aan behoeften van de gemeenschap en doelgroepen.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditoren hebben het kritisch proces 'Planning en kwaliteitsmanagement' getoetst aan de hand van gesprekken met de kwaliteitscoördinator, de directie en de raad van bestuur en inzage van documenten. Bij het toetsen van het kritisch proces is gebleken dat het Wit-Gele Kruis Limburg een opgestelde visie heeft. De visie is in één A4 omstandig en visueel weergegeven. Daarbij is gebruik gemaakt van een aantal hoofditems die visueel zijn weergegeven inclusief een kort stukje tekst; zodoende kan elke medewerker in één oogopslag de visie van het Wit-Gele Kruis Limburg in zijn volledigheid tot zich nemen. Het Wit-Gele Kruis Limburg toont aan dat zij een uitgebreid proces doorlopen hebben om strategische prioriteiten te bepalen. Dit proces is opnieuw afgelopen jaar uitgevoerd en heeft geresulteerd in een aangepast strategisch beleid voor 2022. Bij het opstellen van dit beleid is een brede groep van mensen uit de organisatie en rondom de organisatie betrokken. De raad van bestuur heeft een duidelijk rol in dit proces en bewaakt de voortgang in haar overleg. Ook in dit geval heeft de organisatie gekozen voor een visuele presentatie van de strategische prioriteiten op één A4.	
Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes	Identificeren van en besluiten nemen met het oog op ethische dilemma's en problemen.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditoren hebben het kritisch proces 'Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes' getoetst aan de hand van gesprekken met de werkgroep ethiek en inzage in relevante documenten. De werkgroep ethiek heeft aangetoond hoe binnen het Wit-Gele Kruis Limburg ethiek als onderdeel van het handelen in de zorg een plaats heeft. Hierbij is zowel gekeken naar de ethische aspecten met betrekking tot het handelen in de zorg ten aanzien van de patiënt als ten aanzien van de medewerker, bijvoorbeeld hoe het leveren van zorg de medewerker "raakt" in situaties met een ethische dilemma. Om het ethisch handelen in een breder kader bij de medewerkers aan te brengen is tijdens het afgelopen jubileum een toneelvoorstelling aangeboden waar ethische dilemma's in voorkwamen. Naderhand heeft een ethicus, zijnde een externe persoon die zitting heeft in de werkgroep ethiek, een brede plenaire reflectie gehouden op ethische aspecten.	

Kritisch proces	Omschrijving
Cliëntgerichte zorg	Samenwerken met cliënten en hun familie om zorg te plannen en te verlenen die respectvol, meelevend, cultureel veilig en competent is, en ernaar te streven dat deze zorg voortdurend wordt verbeterd.
Governance Thuiszorg/thuisverpleging Leiderschap Excellente zorgverlening	

Opmerkingen:

De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Patiëntgerichte zorg' bevestigd gekregen dat het Wit-Gele Kruis Limburg voldoet aan de gestelde criteria middels gesprekken en inzage van documenten. De auditor heeft vier verschillende afdelingen bezocht, vierentwintig huisbezoeken afgelegd en twee fysieke en één digitale patiëntenbespreking bijgewoond. Hierbij is gesproken met drie hoofdverpleegkundigen, drie adjunct-hoofdverpleegkundigen en dertien wijkverpleegkundigen. De auditor heeft gesproken met vierentwintig patiënten en één mantelzorger.
Binnen de strategische pijler 'Zorg op maat' is aandacht voor de toegankelijkheid van het Wit-Gele Kruis Limburg. Er wordt gestreefd naar laagdrempelige afdelingen, wat zich op meerdere vlakken uit. De fysieke toegankelijkheid is gegarandeerd in de afdelingen middels een verpleegpost die rolstoeltoegankelijk is (ingang en toiletten), middels drempelvrije toegangen en het voorzien van een hellend vlak indien nodig. Wanneer taalbarrières zouden voorkomen, wordt gecheckt of de mantelzorger of familie kan tolken.
Er wordt gebruik gemaakt van een (online) tolkendienst en in sommige afdelingen worden patiënten folders in meerdere talen aangeboden.
Op verscheidene afdelingen heeft de auditor vastgesteld dat gewerkt wordt aan de samenwerking met huisartsen door middel van correcte, tijdige en open communicatie. Verder wordt bij de intake veel belang gehecht aan de patiënt met al zijn vragen, zorgen, eventuele klachten en hoe deze patiënten hiermee terecht kunnen bij de collega's van het Wit-Gele Kruis Limburg, de dienstverantwoordelijke of de oproepcentrale. Er is een 24 uren-permanentie. Na de reguliere uren is er een C-team (Continuïteits-team) beschikbaar dat persoonlijk aan huis komt indien vragen niet telefonisch te beantwoorden zijn. Het Wit-Gele Kruis Limburg kent tot heden geen wachttijden door bijvoorbeeld bestaffingsproblemen. Flexibiliteit onder de collega's en de samenwerking met de complementaire diensten zorgen er voor dat zorgvragen aan de juiste persoon kunnen worden toegewezen.
Nieuwe teamleden krijgen een introductie via het programma 'onthaal en inscholing nieuwe medewerker'. Op de (eerste) dag van ondertekening van het contract worden het zorgmateriaal, de wagen en ICT-toepassingen in orde gebracht voor de medewerker. Vervolgens krijgt de afdelingsleiding de 'onboardingspas' met alle informatie over opleidingen. Tevens krijgt de nieuwe collega een 'peter/meter' toegewezen. Via het POW (Persoonlijk Ontwikkelboekje) kan de medewerker zelf terugblikken op de voorbije periode en vooruitkijken naar de komende periode, waarbij telkens de leerdoelstellingen worden ge(her)definieerd. Een medewerker heeft haar opleidingsplan voorgelegd aan de auditor waarin ze aantoont welke opleidingen zij dit jaar en de voorbije jaren heeft gevolgd. Er zijn onder meer vormingen aangeboden rond missie, visie en waarden, informatieveiligheid, medicatie en het incidentmeld- en leersysteem.
Het Wit-Gele Kruis Limburg heeft een communicatiestrategie en bijbehorende checklist waarin gestipuleerd staat welke informatie gedeeld wordt met patiënten en familie en welke informatie naar teamleden en stakeholders gaat. Er is geïnvesteerd in het intranet 'Kruisweb', dat door geauditeerde medewerkers als ondersteunend en transparant wordt ervaren. Daarnaast zijn nieuwsbrieven, 'kruisbrieven' en berichten via sociale media beschikbaar. Voor patiënten, familie, huisartsen en externe partners zijn een overzichtelijke website en digitale nieuwsbrieven beschikbaar.
Vanuit een patiëntgerichte benadering wordt de totale gezondheidstoestand van de patiënt bij opstart van de thuiszorg genoteerd in het EVD via de intake. De intake gebeurt middels meerdere sessies die telkens in het EVD zijn vastgelegd. Waar nodig, bijvoorbeeld bij wijziging in de gezondheidstoestand, kan de informatie bijgewerkt worden. Indien patiënten na meer dan drie maanden opnieuw gebruik willen maken van zorg door het Wit-Gele Kruis Limburg, komt in het EVD een automatische 'pop-up' met de vraag tot

Kritisch proces	Omschrijving
herevaluatie. De auditor heeft tijdens twee intakegesprekken en via drie verpleegkundigen inzicht gekregen in het papieren patiëntendossier en het EVD, waar alle velden zijn getoond. De vereiste informatie is ingevuld.	
Management van middelen	Monitoren, bijhouden en integreren van activiteiten die te maken hebben met de toewijzing en het gebruik van bronnen.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditoren hebben het kritisch proces 'Management van middelen 'getoetst aan de hand van een gesprek met de manager financiën & budgetbeheer en inzage van relevante documenten. In het gesprek is het beleid en de budgetcyclus aan bod gekomen. Elk directielid maakt jaarlijks een beleidsplan op inclusief de budgettaire implicaties. De manager financiën & budgetbeheer consolideert dit voor de hele organisatie en maakt een finale begroting op. Deze begroting wordt jaarlijks in december besproken met de raad van bestuur en goedgekeurd door de algemene vergadering. Tijdens de opmaak van de begroting zijn ook mogelijke risico's meegenomen zoals bijvoorbeeld loonindexatie versus indexatie van nomenclatuur vanuit het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Voor 2022 zou het verschil -3% bedragen wat een impact heeft op het budget van de instelling. Gedurende het jaar wordt op vaste tijdstippen (viermaal per jaar) de tussentijdse begroting opgevolgd en zo nodig bijgestuurd. De manager financiën & budgetbeheer geeft aan dat meer automatisatie van de financiële processen en responsabilisering van de budgeteigenaars verbeterpunten zijn.	
Menselijk kapitaal (HRM)	Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditor heeft het kritische proces ' Menselijk kapitaal ' getoetst aan de hand van gesprekken met de human resources (HR) directeur, verantwoordelijken vorming en de manager van de personeelsdienst. De auditor heeft tijdens de audit de afdelingen As, Hoeselt, Lummen en Tessenderlo bezocht en gesprekken gevoerd met hoofdverpleegkundigen en de adjunct-hoofdverpleegkundigen. De auditor heeft vastgesteld dat binnen de organisatie een gedragscode bestaat die is opgenomen in het arbeidsreglement. De HR-directeur is verantwoordelijke voor de opvolging van de gedragscode. Binnen het beleid zijn duidelijke afspraken gemaakt wie de gedragscode moet ondertekenen. De documenten van medewerkers die een gedragscode hebben getekend worden centraal bewaard. Bij het niet respecteren van de gedragscode worden de nodige maatregelen getroffen. De organisatie voorziet een vormingsbudget. De medewerker beschikt over een individuele bekwaamheidsfiche. Jaarlijks vindt een gesprekscyclus plaats waar de noden van de bijscholingen worden geïnventariseerd, na de inventarisatie worden de bijscholingsnoden geconsolideerd (bijvoorbeeld op provinciaal niveau). De vormingen gaan steeds door in de namiddag. Iedere medewerker heeft minimaal 30 uren opleiding genoten in 2019; vanuit RIZIV is een verplichting van 20 + 5 uur per voltijdse medewerker. Voor 2020-2021 zijn de genoten vormingsuren lager omwille van Covid-19, met goedkeuring van de overheid. De aanwezigheid van de vormingen is geregistreerd met een Quick Response (QR)-code. Bij sommige vormingen zijn enkele bijkomende vragen voorzien aan de QR-code; bijvoorbeeld de vraag of alles helder en duidelijk was. Een training en scholing op het gebied van patiëntveiligheid die zich richt op specifieke aandachtsgebieden, met name medicatie en valincidenten, is aanwezig en documenten ter staving zijn ingezien.	

Kritisch proces	Omschrijving
De hoofdverpleegkundigen hechten belang aan vormingen hetgeen blijkt uit bijkomende aandachtsgebieden die vanuit de team overleggen komen. Binnen de organisatie is een traject van leiderschapsontwikkeling voorzien voor interne medewerkers. Dit traject bestaat uit een theoretische opleiding en een opleiding "on the field" en loopt over één jaar. De kandidaat dient ook testen af te leggen. Door deze opleiding kan de organisatie proactief medewerkers voorbereiden op openstaande vacatures. De auditor heeft kennis genomen van het uitgeschreven vaccinatiebeleid, waarbij een verplichting is voor de hepatitis B-vaccinatie. Voor andere vaccinaties is een risicoanalyse gebeurd en deze vaccinaties worden sterk aanbevolen. Campagne is gevoerd om medewerkers maximaal te overtuigen om zich te laten inenten tegen de griep; het laatste cijfer van de vaccinatiegraad bedraagt 75%. Het Wit-Gele Kruis Limburg heeft een procedure uitgewerkt met betrekking tot agressie. Op twee afdelingen is dit bevraagd en de procedure is gekend. Bij een agressie wordt steeds een incidentenmelding opgemaakt. Tijdens de bezoeken aan de afdelingen zijn twee recente meldingen van agressie toegelicht. Deze incidentmeldingen zijn besproken en onderzocht. Aandacht is besteed aan de medewerker die geconfronteerd werd met agressie.	
Geïntegreerd kwaliteitsmanagement	Voortdurend, proactief en systematisch proces om kwaliteit vanuit een systeemomvattend perspectief te begrijpen, managen en communiceren om zo doelen en oogmerken te realiseren.
Leiderschap	

Opmerkingen:

De auditoren hebben het kritisch proces 'Geïntegreerd kwaliteitsmanagement' getoetst aan de hand van gesprekken met de kwaliteitsmanager, de directie, de raad van bestuur, het patiëntenpanel, verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen van de afdelingen in Genk, Tongeren en St.-Truiden.
Kwaliteitsverbetering is een onderwerp dat bij het Wit-Gele Kruis Limburg prioriteit heeft op strategisch, tactisch en operationeel vlak. Zo heeft de auditor inzage gehad in verscheidene kwaliteitsprojecten en is bijvoorbeeld een patiëntenpanel opgericht waaruit het Wit-Gele Kruis Limburg informatie verkrijgt over zaken waar verbeteringen mogelijk zijn. Tijdens het gesprek met het patiëntenpanel blijkt dat dit een enthousiaste groep is met een groot bereik in het adherentiegebied. Ook de raad van bestuur heeft een lid dat zitting heeft in het patiëntenpanel.
Het Wit Gele Kruis heeft een patiëntveiligheidsplan.
Op het gebied van patiëntveiligheidsincidenten vervult de kwaliteitsmanager een centrale rol. Zij behandelt alle meldingen en volgt ze op. Tevens is een rapportage bijgehouden over incidentmeldingen. Daar waar nodig gaat de kwaliteitsmanager in gesprek met de patiënt en/of medewerker. Medewerkers zijn geschoold op het gebied van patiëntveiligheidsmeldingen tijdens de "warme welkomst dagen" (introductiedagen nieuwe medewerkers). De kwaliteitsmanager schoolt zich bij op het gebied van patiëntveiligheid en neemt deel aan een intervisiegroep op het gebied van patiëntveiligheid. Patiëntveiligheidsincidenten worden gemeld en geregistreerd via een standaardformulier. Het dashboard heeft een rapportering over het aantal en de soorten incidenten. De meest voorkomende incidenten zijn medicatiefouten: verkeerde medicatie en/of verkeerde dosis.
De openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten wordt door de kwaliteitsmanager geregeld met patiënten en familie. De kwaliteitsmanager belt de patiënten ongeveer een maand na een incident op om te vragen hoe het is. Daarbij wordt stilgestaan bij mogelijke verbeteringen die zijn genomen naar aanleiding van het incident. Indien nodig wordt de patiënt nadere ondersteuning aangeboden en zo nodig wordt de huisarts gevraagd hierin een rol te nemen.
Op het gebied van de medicatieverificatie heeft het Wit-Gele Kruis Limburg een beleid voor medicatieverificatie. De taken zijn daarbij gedefinieerd. Er is een werkgroep medicatie die toeziet op het opvolgen van de medicatieverificatie. In de praktijk blijkt uit gesprekken met afdelingen dat het medicatieverificatiebeleid werkt zoals afgesproken.
De stand van zaken op het gebied van patiëntveiligheid wordt op kwartaalbasis besproken zowel in de

Kritisch proces	Omschrijving

stuurgroep kwaliteit (inclusief directie) als in het overleg met de raad van bestuur. Binnen de raad van bestuur is de expertise op het gebied van patiëntveiligheid aanwezig. In de raad van bestuur zijn plannen en voorstellen besproken om een vervolg te geven aan het verder verbeteren van de patiëntveiligheid. Daar waar nodig faciliteert de raad van bestuur initiatieven zoals bijvoorbeeld een onderzoek naar patiëntveiligheid.
Dat er een werkend interne toetsingssysteem is, tonen de directie en de kwaliteitsmanager aan in gesprekken en via documenten. In de structuur van het Wit-Gele Kruis Limburg vindt de aansturing van interne audits plaats via de stuurgroep kwaliteit. De auditor heeft de planning, evaluaties en verbeteracties van audits ingezien. Audits op de zorgtoeren, dossieraudits en zelfevaluaties zijn aangetroffen.
De auditplanning van 2022 is nog niet beschikbaar omwille van de onzekerheid rond de evolutie van de recente Covid-19-uitbraak. In de planning zijn interne toetsingen aangetroffen die tijdens de vorige Covid-19-uitbraak zijn doorgegaan in onder meer de thuiszorg, de zorgmateriaaldienst en de kraamzorg.
De kwaliteitsmanager geeft aan dat het Wit-Gele Kruis Limburg nog niet gestart is met audits in de gezinszorg. De kwaliteitsmanager toont aan dat er een auditteam is aangesteld bestaande uit zestien personen met diverse functies. De kwaliteitsmanager vertelt en toont aan in documenten dat sterk is ingezet op risicovolle zorgprocessen bij het inplannen van audits en dat deze audits jaarlijks op alle afdelingen plaatsvinden. Per afdeling zijn wijken geselecteerd op basis van de aanwezigheid van bovengenoemde zorgrisico's zoals bijvoorbeeld wondzorg, medicatie, klachten en incidenten. Deze zorgrisico's worden steeds meegenomen in de audits van wijken. Vanuit het Vlaams agentschap of de federale overheid hebben geen inspecties in het Wit-Gele Kruis Limburg plaatsgevonden. De kwaliteits-manager toont aan hoe gestuurd wordt op zorgindicatoren via het indicatorendashboard. Voorbeelden van zorgindicatoren zijn de incidentie decubitus, pijnmeting, preventieve maatregelen bij decubitus, vallen en wisselingscoëfficient.

Voor een verdere groei van het WGK-Limburg naar een platina of diamanten accreditatie zijn de volgende uitdagingen geformuleerd:

Digitaal dashboard:

De auditoren hebben kennis genomen van een uitgebreid digitaal dashboard. Dit dashboard is in de organisatie uitgerold tot en met het niveau van de hoofdverpleegkundige. De auditoren hebben de potentie van het dashboard gezien voor uitdagingen op kwaliteitsgebied op meerdere fronten, zoals bijvoorbeeld:
-bij het invullen van het EVD met betrekking tot het item 'transfer en verplaatsingen' (Katzschaal ten aanzien van ADL- mogelijkheden) wordt door het dashboard een signaal gegeven indien er geen risicoscore is afgenomen.
De uitdaging is om bij nog meer aspecten van de zorg deze kwaliteitschecks in te bouwen;
-door het dashboard ook uit te rollen naar de zorgmedewerkers wordt een nog beter zicht op kwaliteit gecreëerd. Daarnaast ontstaat ook een veel directere en kortere feedbackloop.

Doelstelling indicatoren scherper formuleren, zoals bijvoorbeeld:
De auditoren hebben in een aantal gevallen vastgesteld dat een scherpere doelstelling (formulering) van indicatoren tot kwaliteitsverbetering zou kunnen leiden:
-in de criteria wordt gevraagd naar het verrichten van metingen. Het Wit-Gele Kruis Limburg voldoet daar aan door onder meer de pijn te meten. Als het Wit-Gele Kruis Limburg de formulering zou aanscherpen door bij de meting ook te vragen naar de reductie van de pijn dan geeft dat een instrument om de kwaliteit verder op te verbeteren.
-Er is een beleidsplan communicatie per jaar. Dat staat onder het beleidsplan algemeen beleid. Per onderwerp wordt een communicatieplan opgesteld. Door te werken met een jaarplan op het gebied van communicatie met daarin de te behalen doelen en resultaten ontstaat voor de afdeling communicatie ook een proces om tot continue kwaliteitsverbetering te komen.

Kritisch proces	Omschrijving
Communicatie	Communicatie tussen verschillende lagen van de organisatie en met externe betrokkenen.
Leiderschap	

Opmerkingen:

De auditor heeft het kritische proces 'Communicatie' getoetst aan de hand van gesprekken met leidinggevenden waaronder de preventieadviseur, de human resources (HR) directeur en in het overleg met de directie.
De auditor heeft tijdens de auditweek de afdelingen As, Hoeselt, Lummen en Tessenderlo bezocht en gesprekken gevoerd met hoofdverpleegkundigen en de adjunct-hoofdverpleegkundigen.
De auditor heeft vastgesteld dat de privacy en de vertrouwelijkheid van de patiëntinformatie is beschermd conform de wetgeving en enkel de verpleegkundigen die een therapeutische relatie hebben het papieren patiëntendossier en EVD kunnen raadplegen. Wanneer de patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis wordt het EVD onmiddellijk afgesloten. De patiënt kan indien hij dit wil zelf zijn EVD inkijken; de persoonlijke notities van verpleegkundigen zijn niet ter inzage.
Het documentbeheersysteem in de instelling is Infoland. De procedures zijn ter beschikking voor de medewerkers via Infoland en ook raadpleegbaar in 'Kruisweb' (intranet). De procedures zijn ook via het EVD raadpleegbaar wat maakt dat zij vlot raadpleegbaar zijn tijdens de huisbezoeken.
Incidentmelding gebeurt via Infoland. De procedures zijn op regelmatige basis geactualiseerd; de datum van herziening is vermeld in het document. Tijdens de gesprekken geven alle leidinggevenden aan tevreden te zijn over de beschikbaarheid van de procedures in de informatiebeheersystemen.
In 'Kruisweb' staat alle nieuwsinformatie gepubliceerd en zijn de diverse beleidsafspraken of informatie met betrekking tot de zorg, wagen, IT-tools, personeelsgegevens, organisatie, wie is wie, 'communities' en het 'prikbord beschikbaar'.

Fysieke omgeving	Verlenen van geschikte en veilige structuren en faciliteiten voor het succesvol uitvoeren van missie, visie en doelstellingen.
Leiderschap	

Opmerkingen:

De auditor heeft het kritische proces ' Fysieke omgeving ' getoetst aan de hand van gesprekken met de verantwoordelijken van het facilitair departement, de preventieadviseur en bezoeken aan de afdelingen As, Hoeselt, Lummen en Tessenderlo.
Alle bezochte gebouwen voldoen aan de reglementeringen in het kader van een veilige werkomgeving. Overal zijn de gebouwen voorzien van de nodige brandhaspels en de juiste pictogrammen op de juiste plaatsen.
De preventieadviseur geeft aan dat meer aandacht nodig is voor de klimatologische omstandigheden van de gebouwen en vooral met betrekking tot periodes van extreme warmte.
De auditor heeft in diverse gesprekken vastgesteld dat bij verbouwingen de nodige maatregelen zijn genomen. Zo nodig wordt tijdelijk in andere afdelingen gewerkt.
Tijdens de bezoeken aan de afdelingen is vastgesteld dat de benodigde zeepdispensers en papieren handdoeken aanwezig zijn, de benodigde alcoholgeldispensers zijn aanwezig, de vensters worden geopend tijdens meetings, de afdelingen worden gesloten tijdens de sluitingsuren en de vuilnisbakken zijn niet overvol zodat men veilig papieren handdoekjes kan verwijderen. Tijdens het bezoek aan de afdeling Tessenderlo heeft de auditor vastgesteld dat conform de afspraak verplicht een aanmeldingsdocument is ingevuld.
De auditor heeft in de gesprekken vastgesteld dat een back-upsysteem is voorzien voor enerzijds de informatie- en communicatie technologie (ICT) (redundantie van de hardware is voorzien in de afdeling Lubbeek) en anderzijds in de wagens van de medewerkers. In normale omstandigheden zijn 27

Kritisch proces	Omschrijving
reservewagens ter beschikking. Een regeling en procedure is uitgewerkt bij auto-ongeval en autopech. Bij problemen in de gebouwen van de afdelingen kan steeds naar de provinciale zetel worden gebeld aangezien deze 24/7 bereikbaar is.	
Voorbereid zijn op noodsituaties	Omgaan met noodgevallen en andere aspecten van openbare veiligheid.
Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen Leiderschap	
Opmerkingen: De auditoren hebben het kritisch proces 'Voorbereid zijn op noodsituaties' getoetst aan de hand van een gesprek met de preventieadviseur en de verantwoordelijke voor noodsituaties betreffende informatie en communicatietechnologie (ICT). De focus in noodsituaties is de continuïteit van de zorgverlening. Als voorbeeld is de recente overstroming in de zomer 2021 in Voeren aangehaald waarbij de medewerkers op de hoogte zijn gebracht en onmiddellijk is gekeken om de zorgverlening blijvend te verzekeren. Ook is de bereikbaarheid van de patiënten in deze regio benoemd; indien patiënten niet fysiek bezocht konden worden is telefonisch of via beeldbellen contact onderhouden. Nadien is een evaluatie gebeurd. Concrete verbeterpunten zijn niet aangetroffen. Binnen de instelling is een gedocumenteerde procedure uitgewerkt voor rampen en noodsituaties. Hiervoor is ook een filmpje uitgewerkt voor de medewerkers. Voor ICT is continuïteit voorzien voor inzage in het EVD door de medewerkers, waarbij steeds de laatste synchronisatie kan worden ingezien bij uitval van het systeem. Hardware matig is redundantie voorzien middels een back-up systeem in de gebouwen van Lubbeek.	
Patiëntenstroom	Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditoren hebben het kritisch proces 'Patiëntenstroom' getoetst aan de hand van gesprekken met de kwaliteitsmanager, de directie en inzage in documenten. In de gesprekken is vastgesteld dat het Wit-Gele Kruis Limburg zich bewust is van het belang van een goede doorstroom van de patiënten en is tot op heden geen opnamestop ingezet of zijn nog geen zorgaanvragen geweigerd of uitgesteld in de tijd. Naar aanleiding van de Covid-19-pandemie zet het Wit-Gele Kruis Limburg zich in om samen met de zorgpartners in de omgeving de zorg van patiënten in een cohort-verpleging te regelen. Daarbij heeft het Wit-Gele Kruis Limburg verscheidene thuiszorgpartners in de omgeving actief betrokken (Consortium Thuisverpleging Limburg). De samenwerking heeft er toe geleid dat ook tijdens de Covid-19-pandemie de toegang en continuïteit van zorg gewaarborgd bleef. De vereiste instellingsrichtlijn 'patiëntenstroom' is beschreven naar de situatie in een ziekenhuis. De auditor heeft de vereiste instellingsrichtlijn 'patiëntenstroom' beoordeeld op basis van de specifieke situatie in een thuiszorgorganisatie, dit mede op verzoek van de instelling omdat deze de doorstroming en zorg voor continuïteit in zorg zeer belangrijk vinden. Proactief is samengewerkt met interne teams en teams van andere sectoren om de doorstroming van patiënten naar (eigen) zorgorganisaties te verbeteren en de overbelasting te beperken.	

Kritisch proces	Omschrijving
Medische instrumenten en apparatuur	Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen.

Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen
Leiderschap

Opmerkingen:

De auditoren hebben het kritisch proces 'Medische instrumenten, materialen en medische apparatuur' getoetst aan de hand van gesprekken met verpleegkundigen, de manager logistiek, de adjunct manager logistiek, de domeincoördinator oncologie-pijn-palliatieve zorg, een afdelingshoofd en een adjunct hoofd van een afdeling.
De auditoren hebben tijdens de audit patiënten en afdelingen in Genk, Beringen, Maasmechelen en Maaseik bezocht. Ook het logistiek centrum is bezocht.
Tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Medische instrumenten, materialen en apparatuur' heeft de auditor bevestigd gekregen dat het Wit-Gele Kruis Limburg voldoet aan de gestelde criteria.
Het Wit-Gele Kruis Limburg heeft spuitaandrijvers in eigen beheer. Het proces is geprotocolleerd en voor medewerkers is een handleiding beschikbaar. De auditor heeft tijdens een bezoek aan het logistiek centrum geconstateerd dat er een gescheiden procedure is voor vuile en schone spuitaandrijvers. Schone spuitaandrijvers worden met toebehoren in afgesloten boxen met groene labels klaargezet. Hierbij wordt gewerkt met een checklist. Voor verpleegkundigen en logistieke medewerkers zijn scholingen georganiseerd om de procedure toe te lichten. Hierbij is aandacht gegeven aan de veiligheid en afhankelijkheid van elkaar in dit proces. Mocht er toch een onvolledige box zijn of een foutmelding met een spuitaandrijver dan staat er reservemateriaal op de afdeling; hiervan wordt een incidentmelding gedaan. Het afdelingshoofd logistiek licht toe dat dit incident besproken is met de individuele medewerker of in teamverband. Zo nodig worden aanpassingen in het proces uitgevoerd. De spuitaandrijvers worden om de twee jaar gekalibreerd door medewerkers van de firma.
Het Wit-Gele Kruis Limburg heeft geen eigen infuuspompen of voedingspompen. De patiënt huurt de infuus- of voedingspomp bij een externe firma. Het is een contract tussen de firma en de patiënt.
De verpleegkundigen hebben aan de auditor bevestigd dat zij een opleiding krijgen per type infuus- of voedingspomp. Bij vragen kunnen zij terecht bij de referentieverpleegkundige of (adjunct) afdelingshoofd.
Bedden en tilliften worden aangeleverd via een externe leverancier. Ook de luchtwisselmatrassen zijn geen eigendom van het Wit-Gele Kruis Limburg; er is een overeenkomst met de firma. Deze zorgt voor aanlevering van gereinigde en technisch gecontroleerde matrassen.
Klein uitleenmateriaal zoals krukken en rolstoelen staan op afdelingen en in het magazijn op voorraad.
De auditor heeft geconstateerd dat deze na schoonmaak en controle voorzien worden van een groen label.
De zes continuïteitsteams (C-teams) bezitten een 'Raizer' (mobiele hefstoel). Deze zijn eigendom van het Wit-Gele Kruis Limburg. Hiervoor is een onderhoudscontract voorzien met de leverancier.
Iedere verpleegkundige beschikt over een verpleegtas met bloeddrukmeter en stethoscoop.
De verpleegkundige is zelf verantwoordelijk voor onderhoud, controle of vervanging van de manchet; er is geen overzicht van deze materialen bij het afdelingshoofd. De vroedvrouwen beschikken over meer medische middelen en materialen waaronder een weegschaal.

Governance	Optimaal functioneren van het toezichtsorgaan.

Governance

Opmerkingen:

De auditoren hebben het kritisch proces 'Governance' getoetst aan de hand van gesprekken met een afvaardiging van de raad van bestuur en inzage in relevante documenten.
In het gesprek met de raad van bestuur is gesproken over de wijze waarop de toepassing van governance middels beleid is vorm gegeven. Daarbij geven de leden van de raad van bestuur aan dat de werking van de

Kritisch proces	Omschrijving
governance beschreven staat in het document 'Corporate Governance Charter Wit-Gele Kruis van Limburg VZW'. De auditor heeft het document ingezien en stelt vast dat het document actueel is. De inhoud van het document 'Corporate Governance Charter Wit-Gele Kruis van Limburg VZW' komt overeen met de normen zoals gesteld. De raad van bestuur heeft een vastgesteld overzicht van competenties waaraan de leden van de raad van bestuur in gezamenlijkheid moeten voldoen. Daarbij is ook het thema veiligheid een belangrijk item. De auditor heeft het overzicht ingezien. De raad van bestuur is intensief betrokken geweest bij de werving van de algemeen directeur. In de raad van bestuur is een lid dat zich specifiek bezig houdt met patiëntenparticipatie. Deze persoon is lid van het patiëntenpanel. Verder wordt dit lid betrokken bij de werkgroep die in 2022 aan de slag gaat met de resultaten van bevragingen van het patiëntenpanel.	

5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen

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

5.2.1 Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen

Kritisch proces	Omschrijving
Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.

Opmerkingen:

De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen' bevestigd gekregen dat het Wit-Gele Kruis Limburg voldoet aan de gestelde criteria. De auditor heeft vier verschillende afdelingen bezocht, vierentwintig huisbezoeken gebracht en twee fysieke en één digitale patiëntenbespreking bijgewoond. Hierbij is gesproken met de werkgroep medicatiebeleid, drie hoofdverpleegkundigen, drie adjunct-hoofdverpleegkundigen en dertien wijkverpleegkundigen. De auditor heeft tevens gesproken met vierentwintig patiënten en één mantelzorger. De auditor heeft twintig papieren patiëntendossiers en EVD's, diverse beleidsdocumenten waaronder de beleidsnota 'Medicatiebeleid', 'Hoog Risico Medicatie', meerdere medicatieprotocollen en twee verslagen van de werkgroep medicatiebeleid ingekeken.
De auditor heeft op vier afdelingen het medicatieproces geaudit met aandacht voor het gebruik van het medicatieschema, het uitzetten, het klaarmaken, het toedienen en registreren van medicatie. Tevens is het medicatieproces geobserveerd met name op therapietrouwheid, medicatie-inname en medicatiereacties.
In functie van de noden en de vragen van patiënten zijn accenten en aandachtspunten verschillend.
De auditor stelt bij twintig patiënten vast dat de handelingen, de observaties en de rapportages met betrekking tot medicatiebeheer volgens de beleidsafspraken verlopen.
De werkgroep medicatiebeleid van het Wit-Gele Kruis Limburg komt drie à vier keer per jaar samen.
Het Wit-Gele Kruis Limburg beschikt over meerdere procedures rond specifieke medicatietoedieningen en een uitgebreid beleidsdocument rond 'anti-kanker geneesmiddelen voor verpleegkundigen'. Procedures en beleidslijnen zijn toegankelijk via het procedureboek in Infoland alsook via een gestructureerd overzicht op de intranetomgeving 'Kruisweb'. De auditor heeft vastgesteld dat de medewerkers de procedures vlot kunnen terugvinden. De medewerkers hebben kennis van de lijst met afkortingen en passen deze afspraken consequent toe. De auditor heeft geen inbreuken vastgesteld op het niet naleven van de afspraken. Het Wit-Gele Kruis Limburg beschikt over een beperkt aantal eigen spuitaandrijvers om medicatie toe te dienen. Indien er andere infuuspompen (infuuspompen, spuitpompen, voedingspompen, ...) nodig zijn, worden deze bezorgd (en onderhouden) door externe firma's. De firma's verzorgen opleidingen en voorzien in instructiekaarten die als voldoende ondersteunend worden ervaren door de medewerkers. Daarnaast kunnen medewerkers ook instructiefilmpjes bekijken of beroep doen op referentieverpleegkundigen of collega's.
In het document 'Beleidsnota Hoog Risico Medicatie' is de omschrijving van hoogrisicomedicatie opgenomen, inclusief de '5 momenten van handhygiëne'. In hetzelfde document staat het proces van bewaren en voorschrijven beschreven, alsook het toepassingsgebied en de verantwoordelijkheden in het kader van hoogrisicomedicatie. De bereiding, toediening en het dubbelcheckprincipe van hoogrisicomedicatie staat beschreven in het 'Medicatiebeleid'. De auditor heeft bij twee hoofdverpleegkundigen, vijf wijkverpleegkundigen en bij de werkgroep medicatiebeleid een uniform beleid vastgesteld voor het klaarzetten, toedienen en de dubbelcheck bij hoogrisicomedicatie. De auditor stelt vast dat het beleid inzake hoogrisicomedicatie is gekend bij verpleegkundigen. Het Wit-Gele Kruis Limburg volgt de implementatie van het beleid inzake hoogrisicomedicatie op en stelt haar beleid bij in functie van optimalisatiemogelijkheden.
In het EVD is een verplicht veld voor allergieën opgenomen dat bij elke check van het EVD ingevuld is.
Het bevragen van allergieën vormt een onderdeel van het intakegesprek. De medewerker noteert bij de intake contactgegevens (naam en telefoonnummer) van de huisarts en apotheker. Bij onduidelijkheden of vragen neemt de verpleegkundige contact op met de huisarts om een up-to-date en correct

medicatieoverzicht te verkrijgen. Binnen de '12/13 meeting' (patiëntenbespreking) komt het thema medicatie aan bod. Medicatie-incidenten worden gemeld, geregistreerd en besproken. De auditor heeft vastgesteld dat onderzocht is hoe dergelijke incidenten en/of bijna-incidenten in de toekomst kunnen vermeden worden. Een afdeling meldt dat zij in haar afdelingsbeleidsplan stuurt op medicatieveiligheid door extra aandacht en vorming te geven rond het thema 'een duidelijk en eenduidig te interpreteren medicatieoverzicht van de patiënt'.
Tijdens het onthaal en inscholing van nieuwe medewerkers wordt het medicatiebeleid besproken. Er zijn duidelijke afspraken over welke medicatieopdrachten verpleegkundigen en zorgkundigen mogen uitvoeren. Afhankelijk van het opleidingsniveau van de zorgkundigen krijgt elke zorgkundige een code waarmee tot een bepaald niveau toegang kan worden verkregen tot medicatietoediening. Elke medewerker die een opdracht heeft binnen het medicatieproces van een patiënt kan aan de benodigde informatie in het EVD.
De auditor stelt op vier afdelingen vast dat de medewerker weet hoe hij/zij zich moet beschermen indien men cytotoxische of gevaarlijke medicatie moet klaarzetten, toedienen of verwijderen.
De auditor heeft bij meerdere medicatiemomenten vastgesteld dat de patiënt betrokken is bij het medicatieproces, wat enerzijds een uiting is van patiëntenparticipatie, maar wat vooral de medicatieveiligheid van de patiënt verhoogt. Voorbeelden hiervan zijn het voorlezen en laten bevestigen van de medicatie, het duiden op gevaren bij te hoge medicatie-inname, het duiden op medicatiereacties, het bevragen van de patiënt bij onduidelijkheden en het aangeven van de reden waarom medicatie niet werd genomen (bewust of niet).
Tevens wordt telkens de afweging gemaakt in welke mate de patiënt in staat is, en tot welk niveau, om zijn medicatie zelf te beheren en/of zelf in te nemen. De code wordt genoteerd in het EVD. De auditor heeft vastgesteld dat dit systematisch geregistreerd staat. Bij twijfel over zelfregie bij medicatie worden in overleg met de patiënt en mantelzorger hulpmiddelen voorgesteld zoals een medicatiekluis om intoxicaties te vermijden.
De auditor heeft via inzage en observatie vastgesteld dat het effectieve tijdstip van de toediening van medicatie niet voor elke patiënt staat genoteerd. De zorgverlener hanteert in het medicatieschema de dagindelingen: nuchter, ochtend, middag, avond, nacht. Waar het gaat over medicatie met wisselende dosis, een wisselend schema, wisselende of specifieke tijdstippen, gebruikt de zorgverlener naast het standaard medicatieschema het formulier 'medicatielijst voor onregelmatige medicatie'. De patiënt en/of mantelzorgers worden ook geïnformeerd en gesensibiliseerd om meer specifieke tijdstippen te bewaken, bijvoorbeeld door het aanreiken van reminders en het instellen van alarmen. Veiligheidsrisico's met betrekking tot een verkeerd toedieningsmoment zijn hierdoor gereduceerd.
De auditor heeft opgemerkt dat het voor meer dan twee medewerkers onduidelijkheid is wanneer een nieuwe foto van het medicatieschema moet worden opgenomen in het EVD. Hierdoor bestaat het risico dat het overzicht in het EVD niet overeenkomt met de papieren medicatieversie die thuis bij de patiënt achterblijft. De foto in het EVD is niet steeds opvraagbaar daar het digitale systeem soms hapert. Raakt het papieren document zoek, bijvoorbeeld als het document meegegeven wordt met de huisarts om te ondertekenen, dan is er geen actueel medicatieoverzicht bij de patiënt voor de volgende zorgverlener. De medicatielijst is niet altijd ondertekend door de arts.

5.2.2 Excellente zorgverlening

Kritisch proces	Omschrijving
Besluitondersteuning	Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.

Opmerkingen:

De auditor heeft het kritische proces ' Excellente zorgverlening ' getoetst aan de hand van gesprekken met de HR-directeur, verantwoordelijken vorming, de manager personeelsdienst en facilitaire managers.
De auditor heeft tijdens de audit ook de afdelingen As, Hoeselt, Lummen en Tessenderlo bezocht en gesprekken gevoerd met de hoofdverpleegkundigen en de adjunct- hoofdverpleegkundigen.
Tijdens de bezoeken aan de afdelingen zijn ook rondes mee gevolgd met drie thuisverpleegkundigen en zijn tien patiënten bezocht.
Het Wit-Gele Kruis Limburg beschouwt persoonsgerichte zorg als leidend principe. Hiertoe wordt de term patiëntenparticipatie gebruikt door de leidinggevenden en verpleegkundigen van de afdelingen.
De instelling heeft een plan voor de ontwikkeling en effectieve implementatie van initiatieven rond persoonsgerichte zorg aan de hand van de 'Beleidsnota patiëntenparticipatie'. Het plan bevat initiatieven om patiënten en familie als partner te betrekken bij de observatie en evaluatie van zorg op macro-, meso- en microniveau.
De definitie over patiëntenparticipatie in de organisatie is uitgewerkt als "patiëntenparticipatie in de thuiszorg is het benutten van de kennis en ervaring van de patiënt om, in dialoog met de persoon, mantelzorger, familie en professionals, de kwaliteit van leven voor de patiënt te verbeteren".
Patiëntenparticipatie gaat verder dan patiëntbetrokkenheid. Patiënten voelen zich thuis in het Wit-Gele Kruis en hebben inspraak. Het Wit-Gele Kruis luistert naar hun vragen en opmerkingen en werkt hiermee verder om de kwaliteit van zorg te verhogen.
Kwaliteit van zorg verhogen kan vanuit de individuele inbreng van patiënten, alsook vanuit collectieve inbreng. Als het Wit-Gele Kruis Limburg spreekt over de patiënt in de thuiszorg, bedoelen ze én de patiënt én de mantelzorger.
Patiëntenparticipatie draagt, aldus de auditees van het Wit-Gele Kruis Limburg, bij aan kwaliteit van zorg en staat beschreven in de definitie van patiëntenparticipatie in de instelling. Het Wit-Gele Kruis Limburg verstrekt zorg aan patiënten, vertrekkend van de nood van de patiënt en zijn mantelzorger; dit gaat over verpleegkundige zorg, waar nodig aangevuld met complementaire diensten of tussenkomsten.
De verpleegkundige voert verpleegkundige handelingen uit. De zorgkundige voert onder delegatie en verantwoordelijkheid van de verpleegkundige verpleegtechnische handelingen uit. Andere disciplines, zoals verzorgenden van de gezinszorg, 'Beter Thuis', diëtiste vervolledigen waar nodig de totaalzorg.
Het Wit-Gele Kruis Limburg streeft naar de beste zorg door het inschakelen van referentieverpleegkundigen, door in te zetten op innovatie, door de interventies van het C-team met de garantie van zorg, personenalarmsysteem en zo meer.
Het Wit-Gele Kruis Limburg gaat ervan uit dat haar zorg beantwoordt aan de verwachtingen. De kloof tussen het aanbod van het Wit-Gele Kruis Limburg en de verwachtingen van de patiënt worden overbrugd door enerzijds op regelmatige tijdstippen de patiënt te bevragen naar zijn ervaringen en anderzijds door hem mee te laten denken in de verdere ontwikkelingen.
De instelling heeft aandacht voor de randvoorwaarden bij de ontwikkeling van persoonsgerichte zorg via overlegmomenten in het team, focus van de leidinggevenden in hun beleidsplan en vorming met betrekking tot patiëntenparticipatie.
De instelling biedt ondersteuning aan de teams bij het tot stand brengen van partnerschappen met de patiënt en familie via opleiding in communicatie.
Tijdens de thuisbezoeken wordt door de verpleegkundige aangegeven dat ze steeds luisteren naar de verwachtingen van de patiënt. Als een patiënt een verbandzorg weigert, dan wordt dit ook gerespecteerd. Ook wordt steeds expliciet gevraagd aan de patiënt of er nog specifieke noden zijn.
De auditor heeft vastgesteld dat voor iedere patiënt een individueel EVD wordt bijgehouden zodat de informatie gestandaardiseerd wordt verzameld en bij de opstart van een nieuwe patiënt de noodzakelijke informatie binnen veertien dagen wordt verzameld. Zowel gezondheidsgegevens als praktische gegevens worden verzameld tijdens de intake (voorbeelden: hoe kan ik in het huis binnen, risicoanalyse van de

context). Voor sommige gegevens wordt een check gedaan of deze gegevens beschikbaar zijn en dit wordt gerapporteerd via het dashboard. Bij ieder thuisbezoek moet de zorgverlener zich aanmelden met het paspoort van de patiënt en krijgt daarmee een overzicht van de taken die uitgevoerd moeten worden, bijvoorbeeld: toiletzorg of oogindruppeling. Rapportering van de zorg gebeurt en op regelmatige basis moet een evaluatie van de patiënt worden genoteerd in het papieren patiëntendossier en het EVD. De patiënt kan steeds indien hij dit wenst zijn papieren patiëntendossier en het EVD inkijken en de patiënten zijn hiervan op de hoogte, dit is bevestigd gekregen tijdens de bezoeken en in gesprek met de patiënten. Indien de patiënt geen zorg meer ontvangt van het Wit-Gele Kruis Limburg wordt het papieren patiëntendossier en het EVD conform beleid afgesloten (privacy).
Een gedeelte van het patiëntendossier (schriftelijke documenten zoals de medicatiekaart, informed consent) wordt bewaard in een map die bij elke patiënt aanwezig is. Een ondertekend informed consent is bij alle thuisbezoeken aangetroffen.
Bij het overlijden van de patiënt worden de papieren patiëntendossiers bewaard gedurende 30 jaar conform wetgeving.
In overeenstemming met de reglementering van de overheid is de vereiste training bepaald. Iedere medewerker die opstart krijgt een 'start to work opleiding'. In de teambesprekingen kunnen aan de hand van ervaringen bij de patiënten ook nog bijscholingsnoden worden geformuleerd.
De leidinggevenden geven aan dat er ruim voldoende aandacht wordt besteed om te voldoen aan alle noden met betrekking tot materiaal en ander middelen om de thuisverpleging in optimale omstandigheden uit te kunnen voeren. Bijvoorbeeld indien een vraag is naar een spuitaandrijver is deze binnen vier uur beschikbaar.
Indien er noden zijn voor de afdelingen kunnen deze aangevraagd worden via de jaarlijkse budgetcyclus.
Alle bezochte afdelingen beschikken over de nodige ICT-infrastructuur om bijvoorbeeld patiëntenbesprekingen te organiseren.
In het kader van de selectie- en rekruteringsgesprekken zijn de hoofdverpleegkundigen betrokken en houden ze via deze gesprekken rekening om een zo goed mogelijke mix van vaardigheden en ervaring te kunnen aanbieden in functie van hun zorgaanbod in de thuisverpleging.
Tijdens de bezoeken aan afdelingen is vastgesteld dat ruime aandacht wordt besteed aan palliatieve patiënten; in functie van de palliatieve noden wordt in overleg gegaan met de palliatieve thuiszorg.
Huisartsen weten de expertise van het Wit-Gele Kruis Limburg te waarderen en vragen ook om hulp indien de zelfstandige thuisverpleegkundige deze expertise niet heeft.
Voor wetenschappelijke onderzoeken wordt de aanpak beschreven op de website van het Wit-Gele Kruis Limburg en moet deze procedure worden gevolgd; in de gesprekken is aan bod gekomen dat het Wit-Gele Kruis Limburg actief participeert aan verschillende onderzoeken.
In het dashboard zijn de indicatoren uitgewerkt met betrekking tot personeel, aanbod van valincidenten, decubitus, pijnregistratie etc. De hoofdverpleegkundigen geven aan dat zij frequent het dashboard bekijken, in functie van de doelstellingen en kwaliteitsverbeterprojecten.
Tijdens de thuisbezoeken heeft de auditor vastgesteld dat de verpleegkundigen 100% de regels met betrekking tot handhygiëne respecteren. De auto's zijn ordentelijk en de koffers zijn in orde. Bij alle thuisbezoeken is aangeklopt of gebeld en een correcte houding en luisterbereidheid naar de patiënten waargenomen. De wondzorgtechnieken zijn conform afspraak uitgevoerd. Correcte rapportering gebeurt in de voorziene documenten. De rapportering in het EVD wordt niet steeds meteen na de zorg uitgevoerd.
De verpleegkundigen beschikken over voldoende persoonlijk beschermingsmateriaal en steeds is gevraagd aan de patiënt (indien mogelijk) en familie om mondkapjes te dragen.

5.2.3 Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen

Kritisch proces	Omschrijving
Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen	Maatregelen door medisch personeel in gezondheidsinstellingen om het overdragen en oplopen van infectieverwekkers te verminderen.

Opmerkingen:

De auditoren hebben het kritisch proces ' Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen' getoetst aan de hand van gesprekken met verpleegkundigen, patiënten, de manager logistiek, de adjunct manager logistiek, de domeincoördinator oncologie, pijn en palliatieve zorg, een afdelingshoofd, een adjunct hoofdverpleegkundige, de coördinator kraamdienst, een vroedvrouw, de directeur zorg, de preventiemedewerker, de algemeen directeur en de kwaliteitsmanager. Het logistiek centrum en een dispensarium op een afdeling zijn door de auditoren bezocht.
De auditoren hebben tijdens het meelopen met verpleegkundigen op de rondes in de afdelingen Genk, Beringen, Maasmechelen en Maaseik van Wit-Gele Kruis Limburg gezien dat de afspraken, zoals in het beleid en procedures rond infectiepreventie zijn vastgelegd, zijn opgevolgd.
Tijdens de Covid-19-pandemie heeft het Wit-Gele Kruis Limburg snel geacteerd. Er is een Covid-19-crisiscel binnen de organisatie ingesteld; deze heeft een multidisciplinaire samenstelling. Meerdere malen per dag is er overleg betreffende de opvolging van richtlijnen vanuit de overheid, de (re)organisatie voor veilige zorg, de communicatie naar medewerkers en patiënten en het zorgdragen voor voldoende inzet van personeel en beschermende materialen. Het beleid rondom pandemie en uitbraak van infecties is geactualiseerd.
Beleid en procedures omtrent het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen zijn beschikbaar. Verpleegkundigen dragen de katoenen schorten consequent, ook in situaties waarin het feitelijk niet voorgeschreven of nodig is, zoals bij steunkousen aandoen. Er zijn voorschriften over het gebruik van disposable overschorten.
Bij een bezoek aan het logistiek centrum is de voorraad aan materialen getoond. In tijden van schaarste is op allerlei creatieve manieren gezocht naar oplossingen zoals het zelf vullen van handgelflesjes.
Het Wit-Gele Kruis Limburg heeft een eigen decontaminatieruimte voor ontsmetten en hergebruiken van materialen (initieel opgezet voor het reinigen van mondmaskers en overschorten).
Het Wit-Gele Kruis Limburg heeft een consortium opgezet met andere diensten voor thuisverpleging en zelfstandigen. Met deze samenwerkingspartners is wekelijks overleg en worden activiteiten opgezet zoals bijvoorbeeld het inrichten van cohortzorg.
De auditoren hebben in gesprekken met medewerkers ervaren dat men trots is hoe men in de organisatie samenwerkt om in crisistijden samen tot oplossingen te komen. Verpleegkundigen geven aan zich ondersteund te voelen en bij onzekerheid bij het afdelingshoofd terecht te kunnen.
De auditoren constateerden dat de patiënten en mantelzorgers consequent mondmaskers dragen.
De nodige inspanningen zijn geleverd om ook hen bewust te maken van de noodzaak ervan.
Handhygiëne is een speerpunt in het Wit-Gele Kruis Limburg; overal is de nodige alcoholgel ter beschikking en bezoekers worden via de nodige informatie gewezen op het belang ervan. De ruimtes zijn goed onderhouden. Voorlichtingsmateriaal is ontwikkeld en verspreid onder zowel de medewerkers als de patiënten. Binnen de afdelingen hangen op verschillende publicatieborden posters met instructies voor handhygiëne. Er vinden interne audits plaats waarin handhygiëne een onderwerp van toetsing is.
De indicatoren zijn opgenomen in het dashboard en aan de auditor getoond. Het afdelingshoofd en de coördinator vroedvrouw geven aan de resultaten te bespreken met individuele medewerkers. Het adjunct afdelingshoofd gaat mee op ronde met verpleegkundigen om toe te zien op naleven van de richtlijn voor handhygiëne. Scholingen zijn gegeven om medewerkers bewust te laten zijn van de voorschriften en het belang van de handhygiëne. Tijdens de rondes hebben de auditoren gezien dat de voorschriften van de handhygiëne vrijwel steeds consequent zijn uitgevoerd. Zowel de afdelingshoofden als de kwaliteitsmanager geven aan dat de gestelde norm voor het gebruik van alcoholgel door medewerkers onvoldoende behaald is; enkele verpleegkundigen geven bij de auditor aan dat er een grote hoeveelheid gebruik dient te worden en zij bang zijn voor morsen bij de patiënt.
De medewerkers zijn bekend met de afspraken voor de reiniging en desinfectie van hulpmiddelen en de

auditoren hebben gezien dat de afspraken opgevolgd worden. Het beleid is om zoveel mogelijk met disposable materialen te werken. Daardoor is de reiniging en desinfectie van hulpmiddelen beperkt.
Voor desinfectie van een weegschaal of bloeddrukmeters worden alcoholdoekjes gebruikt
Afgelopen jaar is door de organisatie veel geïnvesteerd in de infectiepreventie. Sommige activiteiten zijn recent, waardoor het niet mogelijk is de verbetercyclus volledig doorlopen te hebben. Verdere borging van het proces rond infectiepreventie verdient daarom nog aandacht.
Een aandachtspunt is norm 7.4 betreffende richtlijnen bij besmettelijke ziektes van medewerkers.
Ten aanzien van Covid-19 is inzichtelijk welke patiënten en medewerkers effectief besmet of potentieel besmet zijn. Het is aan te bevelen om naast de betreffende richtlijn omtrent Covid-19 tevens aandacht te hebben voor andere aandoeningen met een overdrachtsrisico.
Tijdens de intake van patiënten wordt de patiënt telefonisch gevraagd of een besmettelijke ziekte gekend is. Een preventieve screening vindt op dat moment nog niet plaats. Wel vindt screening plaats als daar reden toe is, bijvoorbeeld bij een concrete verdenking op een infectie. De kwaliteitsmanager geeft aan dat het initiatief voor screening ligt bij de arts van het ziekenhuis waaruit de patiënt komt. Deze bepaalt of de patiënt gescreend wordt op besmettelijke ziekten.
Bij een besmetting wordt advies gevraagd aan de preventieadviseur. In het EVD is zichtbaar welke besmetting de patiënt heeft en welke maatregelen getroffen dienen te worden.

5.2.4 Thuiszorg/thuisverpleging

Kritisch proces	Omschrijving
Competentie	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.

Opmerkingen:

De auditoren hebben het kritisch proces ' Thuiszorg/thuisverpleging' getoetst aan de hand van gesprekken met verpleegkundigen, een vroedvrouw, de domeincoördinatoren oncologie, pijn, palliatieve zorg en wondzorg, referentieverpleegkundigen wondzorg en palliatieve zorg, de regioverantwoordelijke, een afdelingshoofd, een adjunct hoofdverpleegkundige, de directeur zorg, het diensthoofd permanentiedienst, de hoofdverpleegkundige continuïteitteams, de coördinator prikteam en de kwaliteitsmanager.
De auditoren hebben tijdens de audit de afdelingen Genk, Beringen, Maasmechelen, Tongeren, St Truiden, Dilzen, Bree en Maaseik van het Wit-Gele Kruis Limburg bezocht. Tijdens het meelopen van de rondes is door de auditoren geobserveerd en zijn gesprekken gevoerd met patiënten en familie.
Bij het Wit-Gele Kruis Limburg wordt gewerkt met een Continuïteitsteam (C-team). Na de reguliere uren starten medewerkers van het C-team nieuwe zorg op en bezoeken zij patiënten na een noodoproep.
Zij ondersteunen in specialistische zorg zoals infusen met antibiotica en patiënten die voor dialyse vroeg naar het ziekenhuis dienen te vertrekken. Onderdeel van dit team is de prikploeg. Medewerkers van dit team nemen in de thuissituatie bloed af bij chemotherapiepatiënten. Tijdens de thuisbezoeken hebben de patiënten met de auditor gedeeld dat door dit aanbod een bezoek of verblijf in het ziekenhuis niet nodig is.
De auditor heeft tijdens de thuisbezoeken geconstateerd dat er twee persoonsgebonden parameters worden gebruikt. De identiteitskaart van de patiënt wordt bij de start van de zorg in de tablet geplaatst en gecontroleerd. Tevens wordt de naam van de patiënt gecheckt. De verpleegkundigen kunnen aangeven welke alternatieve werkwijzen gehanteerd dienen te worden wanneer de identiteitskaart niet voorhanden is.
Dagelijks worden alle routes gepland door de afdelingsleiding. Daarbij wordt uitgegaan dat de patiënt maximaal vier zorgverleners per week ziet en dat de routes qua afstand haalbaar zijn. Het aantal zorgverleners per week per patiënt is een indicator waarop sturing plaatsvindt.
In het EVD bij de patiënt thuis is het document 'Geïnformeerde toestemming voor elektronische, mondelinge en schriftelijke uitwisseling' opgenomen. Hierin is de informed consent bevestigd. Bij de kraamzorg is de informed consent opgenomen in de folder 'Vroedvrouw aan huis'. Bij de intake tekent de patiënt of kraamvrouw voor akkoord.
Bij iedere nieuwe patiënt wordt een risicobeoordeling uitgevoerd. Deze maakt onderdeel uit van de intakeprocedure en wordt in het EVD vastgelegd. Een afdelingshoofd heeft op verzoek van de auditor actuele scorelijsten getoond en toegelicht hoe de risico's besproken worden in het patiëntenoverleg met het team. De auditor heeft tijdens het bijwonen van een intake geconstateerd dat de verpleegkundige uitgebreide voorlichting verstrekt aan de patient over de risico's en het voorkomen van een incident.
Medicatieverificatie wordt uitgevoerd bij die patiënt waar er een medicatieopdracht van de arts aanwezig is. De medicatie wordt met de patiënt besproken en de afspraken worden vastgelegd in het EVD als de medicatie door de verpleegkundige beheerd en aangereikt moet worden. Er is geen medicatieveld in het EVD aanwezig. Medicatielijsten zijn onderdeel van het papieren patiëntendossier bij de patiënten thuis. De auditor heeft geconstateerd dat de lijsten niet altijd up to date zijn of niet altijd ondertekend zijn door een arts.
In het gesprek met de domeincoördinator wondzorg en referentieverpleegkundigen wondzorg is aan de auditor de werkwijze ten aanzien van stoma- en wondzorg toegelicht. De auditor heeft met verpleegkundigen gesproken en patiënten met stomazorg en met wondzorg bezocht.
Het gestandaardiseerde wondzorgdossier is digitaal beschikbaar als onderdeel in het EVD en is ter plekke bijgewerkt. Hierbij worden internationale richtlijnen gevolgd (classificatiemodel van Woundcare Consultant Society WCS). De verpleegkundige kan aangeven of zij een referentieverpleegkundige wenst in te schakelen voor advies of dat zij de zorg van de patiënt wil bespreken in de patiëntenbespreking. Waar relevant worden ook foto's genomen en opgeladen om de voortgang van de behandeling te kunnen volgen. Via 'Mijn Wit-Gele Kruis' wordt met de huisartsen informatie gedeeld. Patiënten en mantelzorg zijn betrokken bij de wondzorg. Voor hen is documentatie beschikbaar. In de gesprekken met verpleegkundigen is aan de auditor

bevestigd dat deze procedure is geïmplementeerd.
In het protocol 'Beëindiging of overdracht van zorg" op Infoland staan de afspraken beschreven voor de overdracht van patiëntengegevens. Tijdens de rondes zijn de auditoren aanwezig geweest bij diverse vormen van overdracht. De auditor heeft een attest thuisbehandeling van een specialist ingezien. Aan de hand van dit attest heeft de verpleegkundige in overleg met de patiënt de zorgverlening aangepast.
De auditor heeft een digitale overdracht van patiënten bijgewoond. Het EVD van de patiënt is opengesteld en geprojecteerd, zodat iedereen kan meekijken. De effectiviteit van zorg is gecontroleerd door het stellen van vragen, het voorstellen van suggesties en het meedenken vanuit potentiële risico's. Bij de start van een patiëntenronde checkt de verpleegkundige de informatie van de patiënt via de routelijst. Bij bijzonderheden geven de verpleegkundigen informatie telefonisch door naar de volgende dienst.