

Auditverslag Wit-Gele Kruis van Antwerpen

Herentals, België

Datum auditbezoek:	9 t/m 12 juni 2026
Assessment:	instellingsbrede vervolgaudit
Assessmentprocedure:	2026
Niveau accreditatie:	goud
Niveau toetsing:	goud
Status verslag:	definitief
Vastgesteld op:	9 juli 2026



Geheimhouding en copyright

Alles in dit auditverslag is vertrouwelijk. Het Internationaal Qmentum Global programma, waarop dit auditverslag is gebaseerd, is intellectueel eigendom van de Health Standards Organisation (HSO). Het gebruik van dit auditverslag door de zorgorganisatie leidt er in geen geval toe dat zij enig (intellectueel) eigendomsrecht op dit programma verkrijgt. Hoewel Qualicor Europe dit auditverslag vertrouwelijk zal behandelen, mag de zorgorganisatie dit auditverslag openbaar maken aan andere personen zoals uiteengezet in de overeenkomst, op voorwaarde dat de copyrightkennisgeving en de juiste citaten en toestemmingen in eventuele kopieën ervan zijn opgenomen. Elk ander gebruik is uitdrukkelijk verboden zonder de uitdrukkelijke toestemming van Qualicor Europe. Elke wijziging van dit auditverslag brengt de integriteit van het accreditatieproces in gevaar en is ten strengste verboden. Voor toestemming om dit auditverslag te reproduceren of anderszins te gebruiken, kunt u contact opnemen met Qualicor Europe.

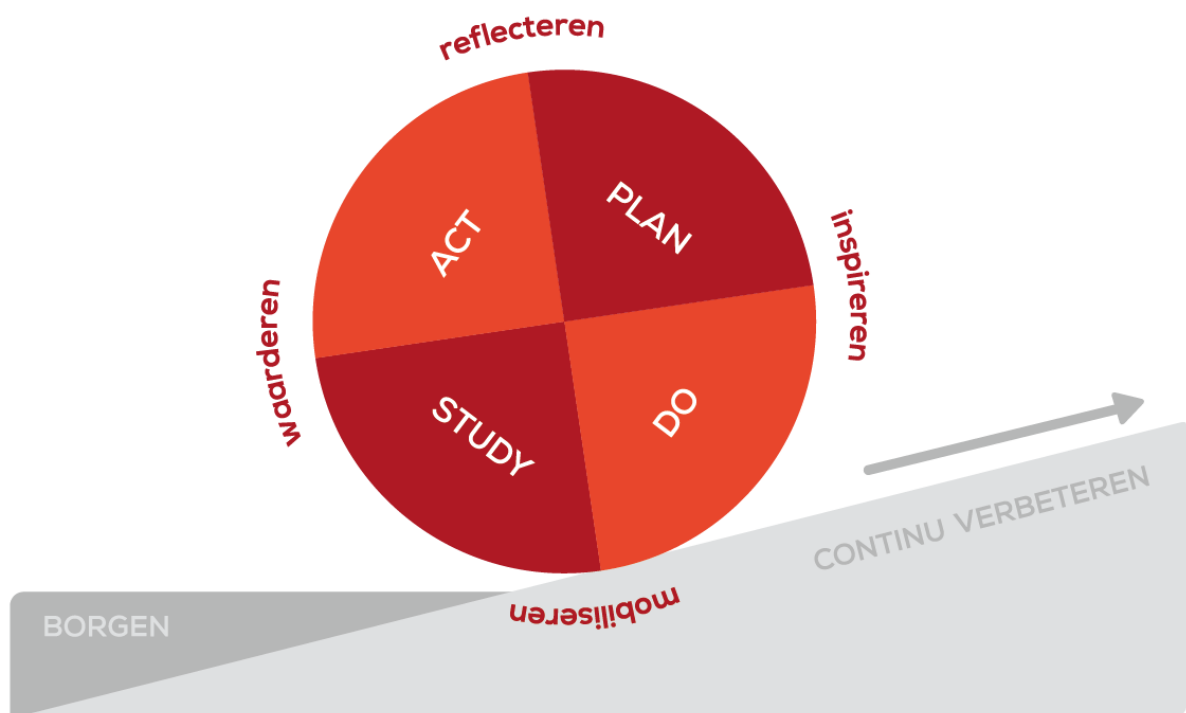


Inhoud

Inleiding	4
2. Samenvatting.....	5
2.1 Auditinformatie	5
2.2 Conclusies auditteam	7
2.3 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR)	12
3. Normenset Governance	13
3.1 Samenvatting	13
3.2 Niet-voldane criteria.....	14
4. Normenset Leiderschap	15
4.1 Samenvatting	15
4.2 Niet-voldane criteria.....	16
5. Normenset Excellente zorg	17
5.1 Samenvatting	17
5.2 Niet-voldane criteria.....	18
6. Normenset Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen.....	19
6.1 Samenvatting	19
6.2 Niet-voldane criteria.....	20
7. Normenset Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen	21
7.1 Samenvatting	21
7.2 Niet-voldane criteria.....	22
8. Normenset Thuiszorg/thuisverpleging	23
8.1 Samenvatting	23
8.2 Niet-voldane criteria.....	24
Bijlage 1. Tabellen met percentages normensets, naar type criteria en niveau	25

Inleiding

Omentum 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 en daarin de verbetercyclus (Plan, Do, Study, Act) te doorlopen.



2. Samenvatting

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

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

2.1 Auditinformatie

Het auditbezoek in Wit-Gele Kruis van Antwerpen heeft plaatsgevonden van 9 juni tot en met 12 juni 2026.

Auditteam

Rinaldo Vereecken, voorzitter auditteam

Els De Volder, auditor

Eveline Depreter, auditor

John Deloof, auditor

Liesbet Demarré, auditor

Auditcoördinator

Femke Balk

Aanvullende informatie

De directie van Wit-Gele Kruis van Antwerpen heeft een aanvraag bij Qualicor Europe gedaan voor een standaardaudit voor accreditatie, op basis van de kwaliteitsnorm Qmentum Global. De audit is uitgevoerd conform de assessmentprocedure 2026. Dit is de derde instellingsbrede Qualicor Europe-vervolgaccredietatie voor deze organisatie.

De directie van Wit-Gele Kruis van Antwerpen 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 van Antwerpen en vallen daarmee binnen het assessment:

- Alle afdelingen van het Wit-Gele Kruis van Antwerpen

De volgende onderdelen behoren niet tot de accreditatie en vallen daarmee buiten het assessment:

- Gezinszorg
- Personenalarmsysteem (dit is aparte vereniging zonder winstoogmerk (vzw): Gerust)

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 gebruikt om de diensten en procedures van Wit-Gele Kruis van Antwerpen te toetsen:

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

- Governance
- Leiderschap
- Excellente zorg
- Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen
- Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen

Zorgspecifieke normensets (gouden criteria en VIR's op alle niveaus)

- Thuiszorg/thuisverpleging

Noodzakelijke criteria voor veilige zorg

Samenvatting bevindingen

Standaard audit, niveau goud	Resultaat	Eis
Hoeveel procent van de nalevingstesten van alle VIR's is behaald?	100%	95%
Aan hoeveel procent van gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) over alle relevante normensets voldoet de organisatie?	100%	90%
Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling?	99%	81%
Aan hoeveel procent van alle noodzakelijke criteria voor veilige zorg op niveau platina en diamant, zoals beschreven in de bijlage van de 'Assessmentprocedure 2026' over alle relevante normensets voldoet de instelling?	100%	81%
Is <u>per normenset</u> aan het vereiste aandeel gouden criteria voldaan?	Ja	71%

2.2 Conclusies auditteam

Algemene bevindingen

Het Wit-Gele Kruis van Antwerpen is een organisatie die verpleegkundige zorg in de thuissituatie biedt in de gehele provincie Antwerpen. De zorg aan de zorgvrager wordt georganiseerd vanuit 15 afdelingen en 106 patiëntenteams verspreid over de provincie en ondersteund vanuit het Provinciaal secretariaat in Herentals. In totaal zijn er 1178 medewerkers tewerkgesteld, onder wie 963 zorg- en verpleegkundigen. In 2025 werden 2.520.703 bezoeken gedaan om zorg te verlenen aan 25.059 unieke zorgvragers.

Binnen de organisatie heerst een open cultuur waarin medewerkers ervaringen, incidenten en verbeterkansen bespreekbaar maken. De auditoren stellen vast dat leren en verbeteren een vanzelfsprekend onderdeel vormen van de dagelijkse werking.

Opvallend is de betrokkenheid van de medewerkers en de trots waarmee zij over hun organisatie spreken. Dankzij de korte lijnen tussen directie, staf en werkvloer worden signalen snel opgepikt en vertaald naar acties. Leidinggevenden kiezen daarbij voor een ondersteunende aanpak, met aandacht voor vertrouwen, ontwikkeling en samenwerking.

De organisatie combineert warme, persoonsgerichte zorg met een sterke focus op deskundigheid. Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij klinisch redeneren, complexe zorgnoden inschatten en verantwoordelijkheid opnemen voor de zorgvrager in nauwe samenwerking met collega's en externe partners. Die visie vertaalt zich in een ruim aanbod aan opleidingen, begeleiding en referentiewerking. Het Wit-Gele Kruis van Antwerpen blijft investeren in kwaliteitsvolle aanwerving, onthaal, inscholing en permanente vorming. Medewerkers geven aan dat deze ondersteuning bijdraagt aan hun professionele groei en betrokkenheid bij de organisatie.

Overzicht complimenten

- De doorontwikkeling van het leiderschapstraject waaronder bevordering van expertise
- De investeringen in versterkt leiderschap en bevorderen van kwaliteit door aanstellingen van onder andere projectassistenten en VIB (Verantwoordelijk Inscholing en Begeleiding)
- PT+ ook aandacht voor de ethiek in de zorg
- Het vormingsaanbod is creatief, uitgebreid en multimodaal
- Communicatiestrategie voor intern en extern; zowel inhoudelijk als de kanalen die gebruikt worden zijn vernieuwend waaronder podcasts en publicaties
- De organisatie combineert warme, persoonsgerichte zorg met een sterke focus op deskundigheid

Overzicht uitdagingen

	Uitdaging	Normenset	Criterium	VIR of !	Niveau
1	Het teamlid documenteert het tijdstip van de medicatietoediening in het cliëntendossier.	Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen	6.1.8		Goud
2	Er worden speciale veilige apparaten voor scherpe instrumenten gebruikt.	Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen	2.4.7		Goud

Intern toetsingssysteem

Het intern toetsingssysteem van Wit-Gele Kruis van Antwerpen voldoet aan de 'Assessmentprocedure 2026 Qmentum'.

Criteria interne toetsingssysteem	Voldaan/ niet voldaan
Qualicor Europe stelt als voorwaarde dat de organisatie beschikt over een adequaat functionerend intern toetsingssysteem. Het intern 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. Organisaties die een 'Veiligheidscultuurmeting' uitvoeren kunnen de resultaten en verbeteracties tijdens de audit inbrengen als onderdeel van hun intern toetsingssysteem.	Voldaan
Het intern toetsingssysteem toont aan dat de gehele organisatie, in ieder geval medisch specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici en patiënten/cliënten/bewoners, actief betrokken zijn bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de organisatie.	Voldaan
De organisatie 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
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.	Niet van toepassing
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 organisatie beschouwt persoonsgerichte zorg als een leidend principe	Voldaan
De organisatie 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 organisatie heeft aandacht voor de randvoorwaarden bij de ontwikkeling van persoonsgerichte zorg	Voldaan
De organisatie 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: veiligheid (de veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd)

De governancekaders voor het borgen van kwaliteit en veiligheid ook effectief tot op de werkvloer zijn doordrongen en doorleefd. Het Wit-Gele Kruis van Antwerpen grijpt de bevindingen uit vorige audits aan om de risico's verder onder controle te houden zodat de veiligheid van de zorg gewaarborgd blijft. Er is een cultuur van systematische checks en interne toetsing op de naleving van de procedures.

De organisatie meet en volgt de thema's rond veiligheid systematisch op via interne audits, maakt de resultaten bespreekbaar met de teams en zet indien nodig corrigerende acties uit. Dit blijkt eveneens uit het kwaliteitsbord dat op elke afdeling aanwezig is, en aantoont dat de teams de verbetercyclus herhaaldelijk doorlopen.

Voor het thema medicatieveiligheid zijn de processen gedocumenteerd en raadpleegbaar tot op het punt van de zorg. Bij afwijkingen van de geplande zorg is er melding met reden aan de teamleiding met opvolging.

De organisatie borgt de naleving van hygiënevoorschriften via een samenhangend geheel van beleid, monitoring en opleiding. Medewerkers passen handhygiëne correct toe en voldoen aan de basisvoorwaarden

Valpreventie wordt systematisch aangestuurd. Analyse van incidentgegevens toont aan dat een aanzienlijk aandeel van de valincidenten plaatsvindt in de badkamer in aanwezigheid van een verpleeg- of zorgkundige. Deze inzichten leiden tot gerichte preventiemaatregelen, waardoor het aantal incidenten daalt.

De patiëntidentificatie voor elk patiëntencontact wordt correct uitgevoerd door het inlezen van de identiteitskaart in het EVD (Elektronisch Verpleegkundig Dossier). Voor de start van de zorg aan de zorgvrager wordt in het EVD het dossier geconsulteerd om de juiste zorg toe te dienen. Om de zorg aan de zorgvrager verder te versterken werkt het Wit-Gele Kruis van Antwerpen samen met het Wit-Gele Kruis van West-Vlaanderen aan een nieuw elektronisch verpleegkundig dossier (NURS-e). De uitwerking verloopt in samenspraak met de medewerkers. De eerste afdeling start in het najaar van 2026 met een proefimplementatie van NURS-e, waarna een gefaseerde uitrol naar de overige afdelingen volgt vanaf het voorjaar van 2027. Met NURS-e zet de organisatie in op verdere digitalisering en een betere ondersteuning van het zorgproces. Zo worden onder meer een geïntegreerd medicatieschema, een diabetesdossier en zorgbeschrijvingen voor alle zorgactiviteiten beschikbaar, wat de uniformiteit, opvolging en veiligheid van de zorg verder versterkt.

De nieuwe ontwikkelingen rond informatiebeveiliging worden mee opgevolgd en doelgericht worden medewerkers geïnformeerd over onder andere phishing. Bestuurders krijgen informatie over General Data Protection Regulation (GDPR) en Network and Information Systems Security Directive (NIS2) tijdens vormingsmomenten en vergaderingen.

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

Governance en leiderschap zijn in het Wit-Gele Kruis van Antwerpen goed ontwikkeld. De auditoren stellen tijdens de audit congruentie vast tussen het kwaliteitsbeleid gedefinieerd door de directie en de wijze van aansturing/opvolging vanuit het bestuursorgaan. De auditoren stellen vast dat het beleid voelbaar is tot op de afdelingen en gedragen wordt door de verpleegkundigen in de zorg aan huis. De verpleegkundigen worden ondersteund bij de uitoefening van de zorg dankzij de investeringen in

verstrekt leiderschap en het bevorderen van kwaliteit door de aanstelling van onder andere projectassistenten en de Verantwoordelijk Inscholing en Begeleiding (VIB).

De auditoren stellen vast dat het beleid gericht is op toegankelijke en passende zorg, nu en in de toekomst. Deze focus is duidelijk merkbaar in de strategiekaart die consequent wordt doorgetrokken doorheen de hele organisatie.

Het datawarehouse met de management parameters, ook wel de indicatoren of KPI's genoemd, is toegankelijk voor het bestuursorgaan maar ook voor het afdelingshoofd en hoofd zorg. Tweemaal per jaar is er overleg met de directie en de afdeling om deze KPI's te bespreken, op deze wijze kan er toelichting gegeven worden over de geleverde zorg achter het cijfer.

De auditoren stellen vast dat het Wit-Gele Kruis van Antwerpen bewust inzet op verantwoord en doelmatig middelenbeheer. De nodige materialen zijn ter beschikking om bijvoorbeeld de juiste wondzorg te geven. Verpleegkundigen kunnen contact opnemen met de referentiepersoon wondzorg om advies te vragen over correcte toepassing van materiaal binnen een verantwoord financieel kader zodat eventueel kan gezocht worden naar een betaalbaar alternatief. Het Bestuursorgaan draagt zorg voor een financieel gezonde organisatie. Vanuit financieel standpunt wordt het voorzichtigheidsprincipe gehanteerd met waarborg voor stabiliteit van zorg. De directie beschikt over een goed uitgebouwde planning- en controlecyclus, met aandacht op stabiliteit van de organisatie om zo de focus op de strategische doelstellingen te kunnen houden. Naast een sterke organisatorische en financiële sturing besteedt de organisatie ook aandacht aan mensgerichte en preventieve zorg. Bij verantwoorde zorg legt de organisatie ook de nadruk op positieve gezondheid, leefstijl en preventie. Als voorbeeld wijzen de auditoren op de inzet van diabeteseducatoren. Zij ondersteunen zowel zorgvragers als verpleegkundigen via coaching, voorlichting en opvolging rond gezonde voeding en beweging. Hierdoor versterkt de organisatie de zelfredzaamheid van zorgvragers en bevordert zij een meer preventieve en gezondheidsgerichte benadering van zorg.

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

De auditoren stellen vast dat de organisatie het kwaliteitsbeleid en de verbetercultuur ondersteunt met een multimodaal opleidingsaanbod op maat van de medewerker, waaronder e-learnings, praktijkgerichte trainingen en observaties met feedback. Tijdens de gesprekken met de auditees komen onder andere volgende bijscholing ter sprake: de opleidingen over het correct gebruik van infuus- en voedingspompen, workshops rond stomazorg en het diabetesbordspel.

Het Wit-Gele Kruis van Antwerpen bevordert een open, laagdrempelige en toegankelijke cultuur waarin elke medewerker zich verder kan ontplooiën, waar medewerkers kunnen doorgroeien tot bijvoorbeeld referentieverpleegkundige GGZ en Dementie. Nieuwe leidinggevenden volgen een doorgroeitraject. Via de PT+ (patiëntenteam plus) besteedt de organisatie systematisch aandacht aan morele stress bij zowel zorgvragers als verpleegkundigen. De auditoren stellen vast dat dit medewerkers ondersteunt bij complexe zorgsituaties, de veerkracht versterkt en bijdraagt aan een doordachte en ethisch onderbouwde besluitvorming. Om dit moreel beraad zorgvuldig te kunnen uitvoeren beschikken verpleegkundigen hiervoor over de nodige opleidingen. De auditoren krijgen bevestigd dat medewerkers vragen durven te stellen en zich hierdoor kwetsbaar op te stellen. Incidenten kunnen gemakkelijk gemeld worden via het EVD of Kruisnet (intranet). De stafmedewerker zorg maakt periodieke rapportages op afdelings- en organisatieniveau. De opvolging van het incident gebeurt door de betrokken afdeling. Op niveau van het team worden zo specifieke acties opgenomen, zoals aangetoond voor medicatie-incidenten op het kwaliteitsbord op een afdeling.

De auditoren stellen vast dat de organisatie medewerkers actief betreft bij kwaliteitsverbetering via Q-teams. Binnen deze teams worden kwaliteitsthema's zoals medicatiebeheer en medewerkerswelzijn besproken en vertaald naar concrete verbeterinitiatieven. Hierdoor ontstaat eigenaarschap bij

medewerkers en wordt de verbetercultuur breed gedragen binnen de organisatie. Anderzijds kan de medewerker zijn mening geven via de medewerkerstevredenheids- en veiligheidscultuurmeting. Het intern auditbeleid is doordacht uitgewerkt. Door het organiseren van modulaire afdelingsaudits kan de afdelingsleiding aangeven welke thema's zij willen laten auditen op hun afdeling. De resultaten worden op de afdeling besproken maar ook op niveau van het Bestuursorgaan.

Klachten worden niet genegeerd maar opgevolgd. Er is een grondige analyse van de klacht met opvolging en gekoppelde acties.

De auditoren stellen vast dat patiëntenparticipatie structureel wordt ingebed via thematische bevestigingen en patiëntentevredenheidsmetingen bij een steekproef van zorgvragers. De verzamelde feedback wordt systematisch geanalyseerd en vertaald naar verbeteracties, waardoor de organisatie haar dienstverlening verder afstemt op de behoeften van zorgvragers en waardevolle input verzamelt voor de verdere ontwikkeling van haar werking.

2.3 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 Antwerpen	Binnen hoeveel kritische processen zijn deze VIR's getoetst			Aantal NLTs in matrix	Score nalevingstesten			
		Voldaan	Niet voldaan	Totaal		Voldaan	Niet voldaan	Totaal	% Voldaan
1	Cliëntenidentificatie	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
2	Overdracht van informatie op overdrachtmomenten	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
3	Medicatieverificatie als strategische prioriteit	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
4	Medicatieverificatie bij thuiszorg	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
5	Gevaarlijke afkortingen	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
6	Hoogrisico medicatie	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
7	Veilig gebruik van infuuspompen	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
8	Preventief onderhoudsprogramma	1	0	1	2	2	0	2	100,0%
9	Training en scholing op het gebied van patiëntveiligheid	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
10	Preventie van geweld en agressie op de werkplek	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
11	Cliëntendoorstroming	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
12	Voorlichting over handhygiëne	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
13	Naleving van handhygiëne	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
14	Beheer van ongewenste voorvallen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
15	Verantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
16	Risicobeoordeling van veiligheid thuis	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
17	Huid-en wondverzorging	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
	Totaal	17	0	17		75	0	75	
	Totaal %	100,0%	0,0%			100,0%	0,0%		

3. Normenset Governance

3.1 Samenvatting

De auditor toetst de normenset 'Governance' en bezoekt hiervoor het Provinciaal Secretariaat te Herentals en de afdelingen te Mol, Westerlo en Lier. De auditor spreekt met de voorzitter en twee leden van het Bestuursorgaan, directieleden, regioverantwoordelijken, afdelingshoofden en hoofden zorg, verpleegkundigen, afvaardiging van de Ondernemingsraad en verantwoordelijken ethiek.

De auditor ziet onder meer de volgende documenten in: twee verslagen van het bestuursorgaan uit 2025 (september en november), het verslag van de denkdag met datum 4 oktober 2025 en het verslag van de algemene vergadering van 27 mei 2025. De auditor krijgt inzage in de agendapunten van de laatste vijf vergaderingen van het bestuursorgaan en van bijlages bij de agendapunten zoals: 'Uitgangspunten begroting 2026', 'Inventarisatie bankproducten 11/12/2025', 'Art.56 Pilootproject – nieuwe financiering thuisverpleging', 'Opvolging en stand van zaken strategische doelstellingen en overzicht lopende initiatieven en projecten', 'Financieel jaarverslag 2025', 'Jaarverslag van het Bestuursorgaan aan de Algemene Vergadering van 28 april 2026', 'Vinger aan de Pols 2022 – 2026', 'Besproken thema's denkdagen Bestuursorgaan 2009 – 2025' en 'Ethiek Beleidsnota'.

Recent is een nieuw bestuurslid aangesteld. De auditees geven toelichting bij het proces van aanwerving. De auditor krijgt inzage in het verslag van 26 mei 2026 waarin de aanvaarding van het nieuwe lid voor het bestuursorgaan wordt besproken. Het bestuursorgaan beschikt over een reglement van inwendige orde. De auditees geven toelichting hoe zij omgaan met belangenvermenging. De auditor ziet en hoort tijdens de gesprekken met auditees, dat de principes van goed en integer gedrag zoals bepaald in de gedragscode voor alle medewerkers van het Wit-Gele Kruis van Antwerpen van toepassing zijn.

De auditees verantwoordelijk voor ethiek beschrijven het beleid over ethiek. De auditor observeert tijdens de tracers hoe verpleegkundigen op een ethische manier omgaan met de zorgvragers. Tijdens de gesprekken met de leden van het Bestuursorgaan is uitvoerig stilgestaan bij het strategisch plan, de balanced scorecard en de opvolging van de indicatoren via het datawarehouse. De auditor kijkt de bijlages in van de laatste vijf vergaderingen van het Bestuursorgaan en stelt vast dat het Strategisch plan en de BSC werd besproken op de vergadering van 16 december 2025. De auditor krijgt in het gesprek met de afdelingshoofden bevestigd dat het dashboard met de kritische proces indicatoren (KPI's) ook voor hen vlot toegankelijk is. Uit de gesprekken met de auditees blijkt een congruentie tussen het beleid zoals gedefinieerd op papier, de aansturing vanuit de directie naar de afdelingen en de uitwerking via acties op de afdelingen.

Bij de inzage van de bijlages van de laatste vijf vergaderingen van het Bestuursorgaan ziet de auditor dat er op elke vergadering uitvoerige toelichting wordt gegeven over de financiële resultaten. De begroting wordt opgevolgd volgens de geldende wettelijke regels en interne afspraken. Dit alles vanuit het voorzichtigheidsprincipe om de stabiliteit in de zorgverlening te kunnen garanderen. De auditor kijkt het 'Jaarverslag van het Bestuursorgaan aan de Algemene Vergadering van 28 april 2026' in. De agenda van het Bestuursorgaan heeft een vaste structuur en de vaste thema's worden elke vergadering opgevolgd. De auditor krijgt inzage in de beschikbare middelen en de investeringen die het Wit-Gele Kruis van Antwerpen doet om de zorg optimaal te kunnen ondersteunen.

De auditor krijgt inzage in het document 'Halfjaarlijks rapport Kwaliteit en patiëntveiligheid Kwartaal 3 en 4 2025', als bijlage bij de agenda van 24 maart 2026. In het rapport wordt stilgestaan bij het intern auditbeleid, incidentmanagement, tevredenheidsmetingen en klachtenmanagement.

Het Wit-Gele Kruis van Antwerpen is een lerende organisatie. De auditees bevestigen dat iedereen voldoende vrijheid en kansen heeft en krijgt om zich bij te scholen. De auditor spreekt met een verpleegkundige die de opleiding tot referentieverpleegkunde geestelijke gezondheidszorg en dementie aan het volgen is. Ook de leden van het Bestuursorgaan volgen opleidingen. Dit blijkt onder meer uit de bijlages bij de verslagen. De gevolgde bijscholingen behandelen eveneens actuele thema's zoals NIS2.

3.2 Niet-voldane criteria

Aan alle getoetste criteria uit de normenset 'Governance' is voldaan

4. Normenset Leiderschap

4.1 Samenvatting

De auditor toetst de normenset 'Leiderschap' en spreekt de auditor met de directeur kwaliteit en projecten, de directeur zorgbeleid ad interim, de domeinverantwoordelijke patiëntenparticipatie, verpleegkundigen, de stafmedewerker ziekenhuisproject en EVD, de projectmedewerker kwaliteit, het afdelingshoofd, het hoofd zorg, de directeur personeelsbeleid, stafmedewerkers Human Resources (HR), de informatietechnologie(IT) manager, de verantwoordelijke gebouwbeheer, de verantwoordelijke inscholing en begeleiding, de stafmedewerker inscholing, een nieuwe medewerker, de coördinator zorgcentrale, de coördinator onthaal en administratie, de stafmedewerker incidenten, de ziekenhuisapotheker van het Imelda Ziekenhuis en leden van het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk.

De auditor voert een patiëntentracer uit op de locatie Herentals en bij het verpleegtechnisch supportteam.

De auditor ziet onder meer het inscholingsplan voor diverse functies, de interne audit 'Business Continuity', de interne audit 'Onboarding', het rapport 'Onevenwicht werk/privé – ziekteverzuim' en verschillende beleidsnota's in, die relevant zijn voor de getoetste criteria.

De organisatie gebruikt diepte interviews met zorgvragers en mantelzorgers om het organisatiebeleid vorm te geven. Deze aanpak versterkt de betrokkenheid van zorgvragers en hun familie bij beleidsontwikkeling en sluit aan bij de persoonsgerichte visie van de organisatie. Het kwaliteitsbeleid is duidelijk opgebouwd volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus. De organisatie vertrekt vanuit objectieve data uit interne audits en metingen, zoals patiënttevredenheidsmetingen. Op basis van deze bevindingen worden verbeterprojecten op afdelingsniveau gedefinieerd, uitgevoerd en opgevolgd door de afdelingsleiding. Indien nodig worden acties bijgestuurd.

De keuze van projecten wordt samen met de regioverantwoordelijke gemaakt, die overzicht houdt over de jaarplannen van de verschillende afdelingen. De auditor heeft voorbeelden gezien met betrekking tot de correctheid en volledigheid van het verpleegdossier op de afdeling Herentals en de opvolging van het wondzorgbeleid. Alle auditoren zien deze cyclus terug op kwaliteitsborden in Herentals, Westerlo en Mol.

Verpleegkundigen van de afdelingen Geel en het verpleegtechnisch supportteam geven aan dat zij betrokken zijn bij kwaliteitsverbeterprojecten en dat zij de opvolging van verbeteracties herkennen in hun dagelijkse werking.

De organisatie investeert in de ontwikkeling van een eigen elektronisch verpleegdossier (NURS-e) dat voldoet aan de noden van de thuiszorg. Verpleegkundigen testen het dossier actief, wat de betrokkenheid van de werkvloer versterkt.

Daarnaast investeert de organisatie in de implementatie van de NIS2 richtlijn zodat aan de eisen rond gegevensbescherming wordt voldaan. De auditor stelt vast dat de organisatie inzet op een ergonomische en aangename infrastructuur. Dit wordt bevestigd door de leden van het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk.

Het HR-beleid bevat zowel zachte als harde HR elementen.

De organisatie ondersteunt leiderschapsontwikkeling op basis van wetenschappelijke inzichten en stimuleert doorgroei van medewerkers naar leidinggevende functies.

De strategische richting van de organisatie is geformuleerd en wordt regelmatig bijgestuurd door de directie en het bestuursorgaan. De structuur van de organisatie wordt aangepast aan te realiseren doelstellingen, waardoor een consequente koers ontstaat gericht op patiëntgerichte zorg.

De auditor ziet aandacht voor ethische principes en vraagstukken in de zorg, onder meer via de werking van de PT+. De auditor ziet dat analyse van patiëntveiligheidsincidenten volgens WHO principes wordt uitgevoerd en een projectmatige aanpak van verbeteracties. Het bestuursorgaan wordt regelmatig geïnformeerd en uit agenda's en verslagen van het bestuursorgaan blijkt dat zij aantoonbaar betrokken

zijn bij het patiëntveiligheidsbeleid. De organisatie volgt het financieel beleid nauwgezet op en wijst beschikbare budgetten transparant toe.

De auditor ziet dat middelen worden toegewezen aan persoonsgerichte zorg en dat de financiële rapportering is opgebouwd.

Naast zorg is er aandacht voor een gesprek, maar ook voor preventie, educatie en extra advies.

Meerdere medewerkers geven aan dat zij fier zijn om bij Wit-Gele Kruis van Antwerpen te werken, omdat zij ervaren dat directie, management en staf de missie en visie laten doorwerken tot op de werkvloer.

Dit gebeurt door het beschikbaar stellen van middelen, tijd en ruimte, door bereikbaarheid en door aandacht voor ideeën, suggesties en medewerkers. Op deze manier kan iedere medewerker zich richten op de kern van de opdracht, kunnen medewerkers groeien en verdiepen en wordt de strategie breed gedragen. Voorbeelden hiervan zijn het oprichten van het PT+ team, de doorontwikkeling van de Q teams en het investeren in stafmedewerkers en referentiepersonen voor meerdere domeinen.

Daarnaast geven medewerkers aan dat de aandacht voor kwaliteitsvolle en professionele zorg leidt tot versterkte samenwerking met externe partners. Dat Wit-Gele Kruis van Antwerpen wordt erkend als waardevolle partner, wordt benoemd door stafmedewerkers, referentiepersonen en verpleegkundigen. De investeringen in leiderschap en kwaliteitsverbetering worden door het auditteam benoemd als compliment. Ook de implementatie van de PT+-teams wordt als compliment benoemd door het auditteam.

De auditor constateert dat de organisatie beschikt over een interne en externe communicatiestrategie, gericht op verschillende doelgroepen zoals zorgvragers, mantelzorgers, medewerkers en zorgprofessionals.

Om deze strategie te realiseren, zet de organisatie diverse kanalen in zoals podcasts, videofragmenten, publicaties en documenten. De auditor benoemt de creatieve inzet van de organisatie en het communicatieteam als een compliment.

4.2 Niet-voldane criteria

Aan alle getoetste criteria uit de normenset 'Leiderschap' is voldaan.

5. Normenset Excellente zorg

5.1 Samenvatting

Tijdens het toetsen van de normenset 'Excellente zorgverlening' heeft de auditor twee tracers gevolgd: een patiëntenronde in het kader van bloedafnames voor chemotherapie op dag min één en een reguliere patiëntenronde. Als onderdeel van de audit bezoekt de auditor de afdelingen Herentals en Geel en gaat mee met het Verpleegtechnisch Support Team.

De auditor spreekt tijdens de audit met de directeur kwaliteit en projecten, de directeur zorgbeleid ad interim, de domeinverantwoordelijke patiëntenparticipatie, verpleegkundigen, de stafmedewerker ziekenhuisproject en EVD, de projectmedewerker kwaliteit, afdelingshoofden, het hoofd zorg, de directeur personeelsbeleid, stafmedewerkers HR, de IT-manager, de verantwoordelijke inscholing en begeleiding, de stafmedewerker inscholing, de verantwoordelijken zorgcentrale en onthaal/administratie, de stafmedewerker incidenten en de ziekenhuisapotheker van het Imelda Ziekenhuis. De auditor heeft zeven zorgvragers gesproken tijdens de tracers.

De auditor heeft verschillende documenten ingezien, waaronder het inscholingsplan voor diverse functies, de afsprakennota met betrekking tot doorverwijzing van zorgaanvragen naar andere zorgverstrekkers en de functiebeschrijving voor verpleegkundigen.

De auditor heeft vijf patiëntendossiers ingezien samen met een verpleegkundige.

In deze dossiers stelt de auditor vast dat het beleid rond cliëntenidentificatie wordt gevolgd, dat gegevens correct worden genoteerd en dat verpleegkundigen duidelijk kunnen aangeven waar noodzakelijke informatie wordt teruggevonden. Daarnaast blijkt dat zorgvragers actief worden bevraagd om het dossier volledig en correct aan te vullen. De afdelingsleiding in Herentals en Geel ziet toe op het correct bijhouden door controles uit te voeren in het EVD.

De auditor ervaart een grote bereidheid dat verpleegkundigen actief peilen naar wensen van zorgvragers en deze afwegen tegen veiligheid en haalbaarheid van zorg. Verpleegkundigen bespreken de gevolgen van keuzes met zorgvragers en noteren afwijkende handelingen correct in het patiëntendossier.

Daarnaast krijgen zorgvragers inspraak in de planning en uitvoering van zorg, wat aansluit bij de principes van persoonsgerichte zorg.

Uit documentinzage en gesprekken met de verantwoordelijken zorgcentrale en onthaal/administratie blijkt dat het beleid rond doorverwijzing is uitgebouwd en dat de vrije keuze van zorgverlener door de zorgvrager wordt gevrijwaard.

De kwaliteitsverbetering is ingericht volgens de PDCA-cyclus. Op de afdelingen Herentals, Mortsel, Kalmthout en Geel zien de auditoren kwaliteitsborden waarop zorggerichte projecten op basis van objectieve data en volgens de PDCA-stappen worden opgevolgd. Medewerkers geven aan dat zij betrokken zijn bij verbeterprojecten en begrijpen hoe incidentmeldingen, audits en overlegmomenten bijdragen aan kwaliteitsverbetering. De auditor hoort en ziet dat medewerkers verbeteracties herkennen en kunnen benoemen hoe deze in hun team worden uitgevoerd. Dit sluit aan bij de principes van geïntegreerd kwaliteitsmanagement. De auditor heeft vastgesteld dat de vereiste instellingsrichtlijn over het veilig gebruik van spuitpompen is behaald. De nodige informatie en scholing zijn beschikbaar voor verpleegkundigen wanneer dit nodig is voor de zorg. De gesprekken met alle auditees en documentinzage tonen dat de organisatie cliënten en familie betreft bij zorgplanning en evaluatie, dat persoonsgerichte zorg verankerd is in beleid en praktijk en dat een gestructureerde aanpak wordt gehanteerd voor incidentmelding en -beheer.

Uit de gesprekken met de medewerkers blijkt dat het vormingsbeleid is uitgebouwd en dat startende medewerkers via het OENI-traject (onthaal en inscholing) een gestructureerd traject volgen.

De verpleegkundigen geven aan dat zij dit traject als waardevol ervaren, vooral omdat zij de eerste twee weken intensief worden begeleid. Medewerkers hebben toegang tot opleidingen en de organisatie besteedt aandacht aan getalenteerde medewerkers, waardoor zij zich professioneel kunnen ontwikkelen. Verpleegkundigen kunnen steeds een beroep doen op collega's en leidinggevendenden voor ondersteuning en kennisdeling. De auditor ervaart een grote bereidheid om elkaar te helpen, zowel bij leidinggevendenden als bij verpleegkundigen.

De ondersteuning wordt geboden waar nodig, zowel spontaan als op verzoek. Dit wordt bevestigd door verpleegkundigen waarmee de auditor op ronde gaat. De versterkte structuur van de afdelingsleiding draagt zichtbaar bij aan het realiseren van de strategische doelstellingen door functiedifferentiatie tussen afdelingshoofd, hoofd zorg en de verantwoordelijke inscholing en begeleiding (VIB).

De gesproken leidinggevenden bestempelen de regelmatige samenkomsten van leidinggevenden, waarin expertise wordt opgebouwd en gedeeld, als verrijkend en ondersteunend.

Door de nabijheid van afdelingshoofden, hoofd zorg en VIB bij de dagelijkse werking worden beleidskeuzes vertaald naar concrete acties op de werkvloer. Deze structuur ondersteunt een duidelijke opvolging van kwaliteit, medewerkersbegeleiding en zorgprocessen, waardoor teams gericht werken aan verbetering en continuïteit van zorg. De investering die de organisatie hierin doet, is duidelijk merkbaar; er is aantoonbare aandacht voor zowel kwaliteit van zorg als voor medewerkers die deze zorg realiseren.

5.2 Niet-voldane criteria

Aan alle getoetste criteria uit de normenset 'Excellente zorg' is voldaan.

6. Normenset Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen

6.1 Samenvatting

De auditor toetst de normenset 'Infectiepreventie en -beheersing voor maatschappelijke instellingen' en bezoekt hiervoor de locaties Turnhout, Heist op den Berg, Boom en Mechelen en de teams Arendonk, Hallaar, Mechelen Zuid en Boom. De auditor spreekt een stafmedewerker zorg, de interne preventieadviseur, een arts, afdelingshoofden, hoofden zorg, een project assistent, verpleegkundigen, mantelzorgers en zorgvragers.

De auditor heeft onder andere inzage in de volgende documenten en procedures:

'Infectiepreventie en controle – beleidsnota', 'Procedure handhygiëne', 'Clostridium difficile geassocieerde diarree (CDAD) – richtlijn', 'Veilig omgaan met antitumorale geneesmiddelen en radioactief jodium – procedure', 'Bedwantsen – richtlijn', 'Schortgebruik – procedure', 'Beleidsnota gebouwbeheer' en 'Algemene informatie Ebola'.

De medewerkers gebruiken handalcohol uit persoonlijke flacons. Tijdens observaties passen medewerkers handhygiëne correct toe. De verpleegkundigen geven aan dat zij minimaal één keer per jaar een audit krijgen op handhygiëne en regelmatig feedback ontvangen over het verbruik van handalcohol.

Op verschillende afdelingen doorlopen teams herhaaldelijk de verbetercyclus voor de indicatoren handhygiëne en handalcoholverbruik. De afdelingshoofden en hoofden zorg benoemen dit kwaliteitsverbeterdenken expliciet in gesprekken. De auditees geven aan voorlichting te krijgen over handhygiëne. Zij geven aan dat zij met een lichtbak de techniek van handhygiëne hebben geoefend.

De auditor stelt vast dat de organisatie handhygiëne meet, opvolgt en terugkoppelt aan de teams.

Teams nemen corrigerende acties, zoals het aanspreken van medewerkers, het geven van feedback op basis van verbruikscijfers per medewerker, het organiseren van opleiding en het behandelen van handhygiëne op de kwaliteitsmuur.

De auditor heeft via Werken@WGKA de e-learnings van het onthaal en inscholingstraject ingezien rond infectiepreventie en materialen. Deze bevatten voorlichting over het protocol handhygiëne, verpleegkundige materialen en uitrusting en algemene afspraken over infectiepreventie.

Verschillende auditoren horen en zien dat de opvolging en het doorlopen van e-learnings wordt gevolgd via de VIB (verantwoordelijke inscholing en begeleiding) en het afdelingshoofd. De opleidingen rond infectiepreventie zijn multimodaal en combineren observatie, e-learning en praktische vormingen zoals foutenkamers en simulatietrainingen. De auditor benoemt de gestructureerde en praktische e-learnings en de aanpak van de voorjaarsvorming als compliment, waarbij duidelijk wordt aangesloten bij de noden uit de praktijk. Dit wordt bevestigd door verschillende verpleegkundigen.

De organisatie brengt risico's in kaart via risicoanalyses. De auditor heeft gezien dat deze hebben plaatsgevonden in 2017, 2021 en 2024. Daarnaast richten Q-teams op die verbeterinitiatieven uitwerken. De stafmedewerker zorg geeft aan dat deze input heeft geleid tot recente praktijkgerichte trainingen.

De interne preventieadviseur beoordeelt samen met betrokkenen risico's bij bouw- en verbouwingswerken. De auditor bekijkt het document 'Rondgang infectiepreventie: afdelingen Herentals, Schilde en Mortsel'. Bij renovatie of verbouwing verplaatst de organisatie afdelingen tijdelijk, zodat zorgvragers geen zorg ontvangen in ruimtes waar werken plaatsvinden.

De auditor heeft gezien dat de organisatie infecties opvolgt via een dashboard met kwaliteitsindicatoren. Dit dashboard toont per kwartaal het aantal infecties per afdeling en per type infectie. De auditees geven aan dat medewerkers de aanwezigheid van infecties bevragen tijdens intake en bij het eerste bezoek.

De auditor ziet dit terug in patiëntendossiers.

In 'Vinger aan de pols 2022–2026' beschrijft de organisatie problemen met onder registratie van infecties bij opname. De stafmedewerker zorg geeft aan dat deze resultaten aanleiding geven tot verbeteracties om de registratie te verbeteren, wat een voorbeeld is van het doorlopen van de PDCA cyclus.

De organisatie heeft beleid en procedures voor PBM en verschillende infecties zoals Meticilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), *Clostridioides difficile*-associated diarrhoea (CDAD) en bedwantsen. Verpleegkundigen tonen waar deze documenten beschikbaar zijn. De auditor stelt vast dat het EVD meldingen van infecties ondersteunt. Het gebruik van herbruikbare materialen is beperkt; de meeste materialen zijn voor eenmalig gebruik. De organisatie beschikt over een procedure voor het ontsmetten van materialen. Verpleegkundigen, afdelingshoofden en hoofden zorg kennen dit beleid. De auditor stelt een verschil vast tussen de procedures in het voorgeschreven desinfectiemiddel (chloor versus Clinell wipes). De huidige gebruikte doekjes werken niet goed tegen de beschreven bacteriën. De organisatie beschikt over een procedure voor prik en spatongevallen. Het halfjaarlijks rapport kwaliteit en patiëntveiligheid Q3 en Q4 2025 toont een stijging van het aantal prikaccidenten. Tijdens een bezoek aan een dispensarium ziet de auditor dat veilige naalden ontbreken. Ook tijdens huisbezoeken zien auditoren dat verpleegkundigen geen veilige naalden gebruiken bij onder andere het plaatsen van een infuus en het afnemen van bloed. De verpleegkundigen, een afdelingshoofd, een hoofd zorg en een stafmedewerker zorg bevestigen dit. De organisatie voldoet hiermee niet aan de norm voor het gebruik van veilige hulpmiddelen bij scherpe instrumenten.

6.2 Niet-voldane criteria

Criterium	Niveau	VIR of !	Opmerkingen auditoren
2.4.7 Er worden speciale veilige apparaten voor scherpe instrumenten gebruikt.	Goud		De auditor heeft tijdens een bezoek aan een dispensarium gezien dat er geen veilige naalden aanwezig zijn. Verschillende auditoren hebben tijdens huisbezoeken gezien dat er geen veilige naalden gebruikt worden voor, onder andere, het plaatsen van een infuus en het prikken van bloed. Dit is bevestigd in een gesprek met verschillende verpleegkundigen, een afdelingshoofd en hoofd zorg alsook met een stafmedewerker zorg.

7. Normenset Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen

7.1 Samenvatting

Voor het toetsen van de normenset 'Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen' bezoekt de auditor de locaties Geel, Zoersel Schilde, Kalmthout en Antwerpen.

De auditor spreekt met een directielid, een stafmedewerker, leidinggevenden, een project assistent, een verantwoordelijke voor inscholing en begeleiding, diabetes educatoren (verpleegkundigen met specifieke expertise in diabetes en verantwoordelijk voor training, coaching en advisering van patiënten, mantelzorgers en interne en externe zorgprofessionals) en verpleegkundigen. Daarnaast spreekt de auditor met externe zorgverstrekkers, verschillende zorgvragers en mantelzorgers tijdens bezoeken aan de afdelingen. De auditor ziet documenten in, zoals beleidsteksten met betrekking tot medicatie en hoog risico medicatie, procedures voor het klaarzetten, toedienen en toezicht op medicatie en het overzicht van hoog risico medicatie. De auditor ziet dat een beleid voor medicatiebeheer aanwezig is binnen het Wit Gele Kruis van Antwerpen.

De beleidsteksten die de auditor raadpleegt bevatten gedefinieerde taken en rollen voor betrokken medewerkers. De auditor ziet en hoort dat bevraagde verpleegkundigen en leidinggevenden aangeven het beleid te kennen en dat zij dit kunnen raadplegen op de verpleegpost en op de plaats van directe zorgverlening. De auditor stelt vast dat de lijst met niet te gebruiken afkortingen met betrekking tot medicatie aanwezig is in het documentbeheersysteem. De bevraagde auditees geven aan deze lijst te kennen. De ingekeken medicatieschema's tonen aan dat het beschreven beleid wordt toegepast.

De auditor stelt bij meerdere bezochte teams vast dat interne toetsing plaatsvindt op de toepassing van het beleid. De auditor ziet bij één bezocht team vast dat een Q bord aanwezig is met betrekking tot de procedure voor het opmaken en noteren van medicatieschema's.

De auditor leest dat de organisatie een strategie heeft met betrekking tot hoog risico medicatie.

De uitwerking van deze strategie is bijgewerkt op basis van de meest recente inzichten. De rollen en verantwoordelijkheden zijn gedocumenteerd.

In het documentbeheersysteem is een niet nominatieve lijst met hoog risico medicatie opgenomen, aangevuld met medicatie die specifieke aandacht vereist. De bevraagde auditees geven aan het beleid te kennen en kunnen verschillende vormen van hoog risico medicatie benoemen. Door inzage in verschillende EVD's ziet de auditor dat het tijdstip van medicatietoediening niet kan worden geraadpleegd. De auditor hoort op basis van bevraging van een leidinggevende dat de specifieke toediening niet wordt opgenomen in het EVD. Hierdoor kan de intervaltijd tussen medicatietoedieningen niet worden opgevolgd en nageleefd. De stafmedewerker zorg en de leidinggevende geven aan hiervan op de hoogte te zijn en dit te willen bijsturen met het nieuwe EVD. De auditor ziet het opleidings- en inscholingstraject met betrekking tot medicatie voor nieuwe medewerkers. De bevraagde verpleegkundige geeft aan een inscholingstraject te hebben gevolgd met betrekking tot medicatie en hoog risico medicatie. De bevraagde leidinggevenden tonen via rapportage in het medewerkersdossier aan dat de opleiding over medicatie systematisch wordt gevolgd en herhaald. Uit het interview met de diabetes educatoren hoort de auditor dat specifieke vorming wordt aangeboden aan verpleegkundigen, zorgvragers en mantelzorgers. De opleiding wordt afgestemd op de noden van specifieke zorgvragers. De bevraagde mantelzorger geeft aan vorming te hebben gehad over insulinetoediening en de bijbehorende risico's. De diabetes educatoren tonen de documentatie van het vormingsaanbod in de diabeteseducatiemap. De stafmedewerker zorg toont de registratie van medicatie incidenten aan in het documentbeheersysteem. De auditor stelt op basis van documentinzage vast dat beleid aanwezig is voor het registreren van medicatiegerelateerde incidenten.

De bevraagde teamverantwoordelijken en verantwoordelijken zorg tonen geregistreerde incidenten voor hun afdeling, en kunnen de bijbehorende acties aantonen via het Q-bord. De bevraagde verpleegkundige toont hoe een medicatie incident kan worden gerapporteerd.

7.2 Niet-voldane criteria

Criterium	Niveau	VIR of !	Opmerkingen auditoren
6.1.8 Het teamlid documenteert het tijdstip van de medicatietoediening in het cliëntendossier.	Goud		De auditor heeft gezien dat de toediening van de medicatie wordt geregistreerd in het zorgdossier, waarbij het exacte toedieningsmoment niet zichtbaar wordt weergegeven.

8. Normenset Thuiszorg/thuisverpleging

8.1 Samenvatting

De auditor toetst de normenset 'Thuiszorg/thuisverpleging' aan de hand van gesprekken met stafmedewerkers, referentieverpleegkundigen, een hoofd zorg, een afdelingshoofd en een coördinator, verpleegkundigen, een vroedkundige, een zorgkundige, zorgvragers, mantelzorgers en een directielid. De auditor bezoekt de afdelingen Rijkvorschel, Mortsel en Antwerpen en het vroedvrouwenteam. Hierbij volgt de auditor de tracer: 'Intake nieuwe zorgvrager met opmaak van een wondzorgplan'. De auditor krijgt inzage in beleidsdocumenten, procedures, zorgpaden binnen Kruisnet, patiëntinformatiebrochures, het inwerktraject van een nieuwe vroedkundige en verpleegkundige en het kwaliteitsbord op de afdeling.

De auditor ziet samen met een medewerker het EVD en het papieren verpleeg- of vroedvrouwendossier in, evenals medicatiefiches, een digitaal overdrachtsdocument en het indicatoredashboard.

De auditor toert mee op drie rondes, bevraagt en observeert medewerkers, heeft gesprekken met zorgvragers en mantelzorgers en volgt één patiëntenteam.

De auditor stelt vast dat medewerkers, zowel tijdens gesprekken als tijdens huisbezoeken, vanuit een alerte en patiëntgerichte houding aandacht hebben voor noden, wensen en waar relevant culturele gewoontes van zorgvragers en mantelzorgers.

Zorgvragers en mantelzorgers geven aan dat zij een goede band, een veilig gevoel en vertrouwen hebben in de verpleegkundige(n) en de organisatie. Er wordt rekening gehouden met persoonlijke wensen, voorkeuren en culturele verschillen. Ze weten bij wie ze terecht kunnen met vragen en voelen zich goed geïnformeerd.

Op basis van gesprekken en observaties stelt de auditor vast dat het volledige zorgproces is uitgewerkt en consequent wordt gevolgd, van aanvraag tot afsluiting. Het volledige proces verloopt transparant.

Als een zorgvraag niet tijdig kan worden opgenomen, verwijst het Wit-Gele Kruis van Antwerpen door naar andere partners. Er wordt voorkeur gegeven aan partners met een gelijke visie en kwaliteit van zorg. De verpleegkundigen en de vroedkundige benoemen ook de ruimte voor inspraak van de zorgvrager, als deze een andere zorgverlener wenst.

Bij aankomst bij een cliënt identificeert de verpleegkundige/vroedkundige zich via een badge.

De medewerkers zijn herkenbaar aan kledij met het Wit-Gele Kruis logo. Voor de start van zorg wordt de elektronische identiteitskaart ingelezen, waardoor toegang ontstaat tot het zorgplan in het EVD.

Zorgvragers en huisartsen kunnen via MijnWGK het dossier inkijken. In het EVD kan worden aangeduid welke gegevens gedeeld mogen worden. Voorafgaand aan de opstart van zorg vindt een intake plaats.

Naast een telefonische intake, waarin administratieve gegevens inclusief infectierisico's worden bevraagd, vindt een fysieke intake plaats tijdens het eerste huisbezoek.

Het thema valincidenten is een standaard onderdeel van het intakegesprek. Bij de huisbezoeken door de verpleegkundige is er extra aandacht bij zorgvragers die gebruik maken van een rollator om hen attent te maken op consistent en correct gebruik.

Er is aandacht voor veiligheidsrisico's zoals fysieke veiligheid, huisdieren, brand- en valrisico's, allergieën, medicatie en middelenmisbruik. In het EVD leidt een sjabloon de medewerker door deze beoordeling.

De auditor heeft twee intakeprocessen bijgewoond en gezien dat zowel rapportage als pop-ups worden gebruikt.

De auditor heeft acht EVD's ingezien. De auditor stelt vast dat er op een patiënt-participatieve manier wordt gewerkt tijdens de uitvoering van de voorgeschreven zorgen: het zorgplan wordt consequent gevolgd, doch de verpleegkundigen/vroedkundige werken steeds via inspraak en in afstemming met de zorgvrager. De relevante observaties worden in het kader van een goede overdracht genoteerd in de voorziene rubrieken van het EVD en/of het papieren vroedkundig dossier. Medewerkers worden door de structuur van het EVD ondersteunt in het degelijk rapporteren over de verschillende domeinen.

Waar relevant of noodzakelijk, noteert de verpleegkundige in het kader van samenwerking met andere eerstelijnspartners, bepaalde observaties in een schriftelijk opvolgdocument dat bij de zorgvrager thuis blijft. Tijdens het patiëntenteam gebruikt het hoofd zorg een sjabloon om de patiënten overdracht

efficiënt en effectief te laten verlopen. Naast relevante info uit de vormingen, worden berichten over zorgvragers gedeeld (overlijden, opstart, opname ziekenhuis) en worden relevante aandachtspunten per zorgvrager besproken.

Tijdens een patiëntenteam worden nieuwe zorgvragers besproken en veiligheidsissues gedeeld.

Vervolgens wordt het zorgplan in samenspraak met de zorgvrager opgesteld en gedocumenteerd.

De auditor stelt vast dat patiëntenparticipatie consequent wordt toegepast bij uitvoering van zorg.

Indien relevant, noteert de verpleegkundige observaties in een opvolgdocument bij de zorgvrager thuis.

De auditor volgt wondzorg bij drie zorgvragers. De verschillende items van het wondzorgprotocol komen terug in het EVD, waardoor de verpleegkundige via het EVD ondersteund wordt in het volgen van het wondzorgprotocol/-plan en waarbij een uitgebreide rapportage gefaciliteerd wordt. Er wordt bij één zorgvrager een nieuw wondzorgprotocol opgestart. Er wordt een foto van de wonde genomen met een meetlat om de omvang van de wonde objectief vast te stellen en op te volgen over de tijd.

De verpleegkundige laat aan de hand van meerdere foto's de evolutie van een andere wonde zien aan de auditor. De auditor stelt vast dat de opvolging van een wonde consequent wordt gerapporteerd in het EVD.

De auditor hoort dat de zorgvragers goed geïnformeerd worden over de evolutie van de wonde, maar ook tips meekrijgen om de wondheling nog te bevorderen. Naast een vakkundige wondzorg ervaart de auditor een inlevende houding en ondersteuning van de zorgvrager tijdens de wondzorg.

De verpleegkundigen geven aan dat ze bij moeilijke casussen steeds een referent wondzorg mogen en kunnen consulteren. De referent wondzorg krijgt via een lijst overzicht van alle wondzorgplannen van de afdeling en kan via deze de effectiviteit van het wondzorgplan per zorgvrager mee opvolgen. Tijdens het patiëntenteam dat de auditor bijwoont is de referent wondzorg aanwezig om ook daar advies en tips te geven. Binnen Wit-Gele Kruis van Antwerpen is het domein wondzorg uitgebreid ontwikkeld, onder andere door stafmedewerkers en referentiepersonen. Er is een uitgebreid wondzorgprotocol dat frequent wordt geactualiseerd. De auditor stelt vast dat opvolging van wonden consequent wordt gerapporteerd en dat zorgvragers goed geïnformeerd worden

De auditor merkt tijdens patiëntenteams en gesprekken dat er sprake is van een open cultuur en laagdrempeligheid om zaken bespreekbaar te maken.

In het EVD worden twee pijnschalen gebruikt Visual Analogue Scale (VAS) en Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC-D). De auditor merkt op dat deze schaal frequent wordt gebruikt, zowel in registratie als in communicatie met zorgvragers.

Tot slot stelt de auditor vast dat medewerkers omgaan met een grote diversiteit aan socio-demografische en culturele situaties.

De auditor stelt vast dat verpleegkundigen met creativiteit en wendbaarheid het beleid vertalen naar individuele omstandigheden van zorgvragers.

8.2 Niet-voldane criteria

Aan alle getoetste criteria uit de normenset 'Thuiszorg/thuisverpleging' is voldaan.

Bijlage 1. Tabellen met percentages normensets, naar type criteria en niveau

Standaard audit	IBA / IBVA –		Opmerking
Voorlopig geplande datum	09-12-06/2026		
Datum vaststellen inhoud assessment	09/09/2025		
Assessmentprocedure:	2026		
Keuze accreditatieniveau: Goud / Platina / Diamant	Goud		
Keuze toetsingsniveau: Goud / Platina / Diamant	Goud		
Formulering gewenste resultaat/doelstelling voor de organisatie van de audit	<i>Eigen aan thuisverpleging is dat we werken verspreid over het werkveld, waardoor leidinggevendenden niet fysiek aanwezig zijn tijdens de zorg. Uniforme uitvoering van procedures vraagt hierdoor wel eens extra aandacht. Daarom willen we dat de Qualicoraudit focust op een correct en actueel dossier, op consequente infectiepreventie en handhygiëne en op medicatieveiligheid. Drie topprioriteiten voor veilige en kwaliteitsvolle zorg.</i>		
Hertoetsen eerdere uitdagingen:	/		
Te toetsen normensets:	Ja/Nee	Versie nr.	
Governance	JA	5	
Leiderschap	JA	5	
Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen	JA	5	
Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen	JA	5	
Excellente zorgverlening	JA	5	
Thuiszorg/thuisverpleging	JA	5	