



**NIAZ**<sup>®</sup>  
Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

# AUDITRAPPORT

## Wit-Gele Kruis Antwerpen

België



**Datum auditbezoek: 20 tot en met 23 november 2018**

**Versie normenset: KZi 3.1**

**Accreditatieprocedure: 2018**

**Vastgesteld op: 20 december 2018**



NISO-Ondernemen  
standards

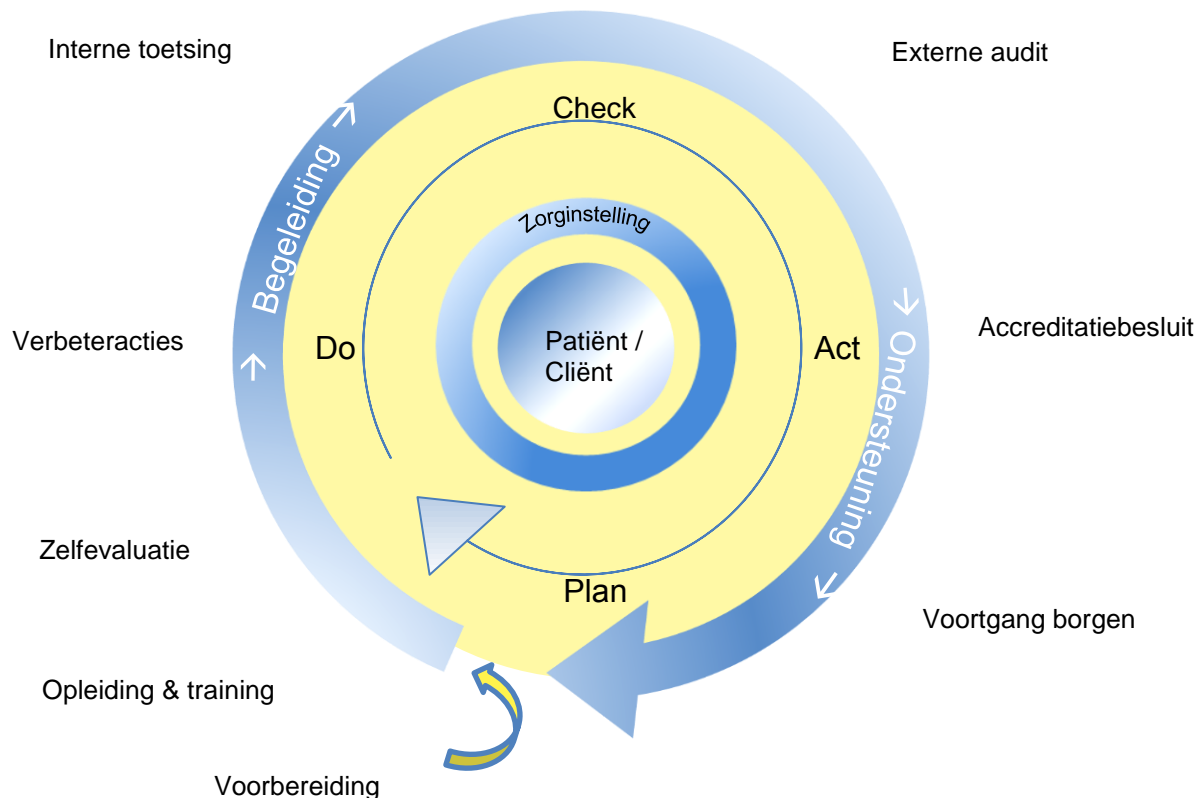
Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

## Inleiding

NIAZ-Qmentum is een internationaal accreditatieprogramma dat is ontwikkeld op basis van uitgebreid onderzoek en ervaringen op het terrein van accreditatie 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 accreditatieproces. 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.

NIAZ-Qmentum doorloopt een accreditatiecyclus die start met de aanmelding door de instelling bij het programma. Vervolgens wordt de instelling begeleid bij het voorbereiden en uitzetten van de zelfevaluatie vragenlijsten 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 auditrapport en accreditatiebesluit en laat de instelling zien hoe acties zijn opgepakt en wat daarvan de resultaten zijn.

### Internationaal accreditatieprogramma NIAZ - Qmentum



Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

## 1. Samenvatting

Dit rapport geeft weer wat de bevindingen zijn van de auditoren bij het toetsen van de criteria op basis van het internationale accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum.

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

Op basis van de bevindingen van het auditteam maakt de voorzitter van het auditteam - na overleg met het auditteam - een korte rapportage voor het College Kwaliteitsverklaringen van het NIAZ. Daarin onderbouwt de voorzitter op basis van de bevindingen en de scores van het auditteam in welke mate de instelling voldoet aan de drie noodzakelijke voorwaarden. Hierbij gaat het om hoofdlijnen, niet om details. Deze rapportage is niet openbaar.

### 1.1 Auditbezoek

Het auditbezoek heeft plaatsgevonden van dinsdag 20 tot en met donderdag 23 november 2018.

#### Auditteam

De heer W. Vandeneede  
Mevrouw drs. A.R.J. de Bakker  
Mevrouw W.J.C. Balk  
Mevrouw N.W.M. Laurijsen-Boer

#### Surveymanager

Mevrouw J.A. Tuijnder-Benschop

#### Aanvullende informatie

Het Wit-Gele Kruis Antwerpen heeft een aanvraag bij het NIAZ gedaan voor een instellingsbrede accreditatie op basis van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 3.1. De accreditatie is uitgevoerd conform de Accreditatieprocedure 2018.

De Raad van Bestuur van het Wit-Gele Kruis Antwerpen heeft desgevraagd tijdens 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 instellingsbrede accreditatie betreft alle afdelingen van het Wit-Gele Kruis Antwerpen in de provincie Antwerpen.

De auditoren hebben de thuiszorgafdelingen in Herentals, Antwerpen, Mol, Mortsel, Boom, Turnhout, Westerlo, Kalmthout, Rijkevorsel, Mechelen, Westerlo en Heist-op-den-Berg bezocht.

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

De volgende onderdelen behoren niet tot de accreditatie, zoals vastgesteld tijdens het intakegesprek:

- De beperkte dienstverlening vanuit "Beter Thuis".



Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

## Normen

Tijdens het auditbezoek zijn de volgende normensets gebruikt om de diensten en procedures te toetsen:

### ***Instellingsbrede normen***

- Leiderschap
- Governance
- Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen
- Infectiepreventie voor maatschappelijk instellingen

### ***Zorgspecifieke normen***

- Thuiszorg en thuisverpleging

## Instrumenten

Het Wit-Gele Kruis Antwerpen heeft onderstaand instrument gebruikt voor het toetsen van de (patiënt)veiligheidscultuur:

- De competentievragenlijst patiëntveiligheid gepubliceerd op [www.ikwerkveiligindezorg.nl](http://www.ikwerkveiligindezorg.nl), gebaseerd op onder andere: The Safety Competencies. First edition; Revised August 2009 (Canadian Patiënt Safety Institute CPSI, 2009) | WHO Patiënt Safety Curriculum Guide. Multi-professional edition (2011) | National Patiënt Safety Education Framework (Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2005).



Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

### Samenvatting bevindingen

	<b>Resultaat</b>	<b>Eis</b>
Hoeveel procent van alle vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's) is behaald?	95%	100%
Is per normenset aan het vereiste aandeel gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) voldaan?	Ja	90% per normenset
Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling?	99,1%	81%
Wat is de respons op de patiëntveiligheidscultuurmeting?	778	268

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	Wit-Gele Kruis Antwerpen	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	--------------------------	--

## 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 norm. Sommige kritische processen in deze paragraaf hebben ook betrekken op zorgspecifieke normen.

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Planning en kwaliteitsmanagement</b>	Ontwikkelen en implementeren van de infrastructuur, programma's en diensten om tegemoet te komen aan behoeften van de gemeenschap en doelgroepen.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Planning en kwaliteitsmanagement' bevestigd gekregen dat het Wit-Gele Kruis Antwerpen voldoet aan de gestelde criteria.</p> <p>De waarden van de organisatie zijn door het Wit-Gele Kruis Antwerpen beschreven. De auditoren stelden tijdens alle auditgesprekken vast dat 'Warme Zorg' en patiëntgerichtheid geen holle slogans zijn in deze organisatie. De leiding van het Wit-Gele Kruis leeft de waarden voor en draagt de waarden uit. Op alle niveaus doorheen de organisatie is duidelijk merkbaar dat de medewerkers van het Wit-Gele Kruis Antwerpen gedreven werken in functie van kwaliteitsvolle zorg voor hun patiënten. De organisatie maakt een bewuste keuze om niet-gefinancierde zorg waar nodig toch te blijven bieden. Het Wit-Gele Kruis Antwerpen is fier niet financieel, doch zorggedreven te functioneren. Medewerkers weten dit en zijn blij hiertoe ruimte te krijgen. Tijdens de auditgesprekken geven auditees aan dat de mogelijkheden die men krijgt om warme zorg te kunnen bieden, hen bindt aan de organisatie.</p> <p><u>Compliment:</u></p> <p>De keuze van de organisatie om 'Warme Zorg' aan te bieden, doch vooral de inzet van de medewerkers die dit op het terrein waar maken en aangeven dat deze organisatie waarde hen bindt met de organisatie.</p>	
<b>Management van middelen</b>	Monitoren, bijhouden en integreren van activiteiten die te maken hebben met de toewijzing en het gebruik van bronnen.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Management van middelen' bevestigd gekregen dat het Wit-Gele Kruis Antwerpen voldoet aan de gestelde criteria. Gesproken is met de algemeen directeur en met het hoofd van de dienst boekhouding.</p>	

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>Jaarlijks wordt een exploitatie- en kapitaalbegroting opgesteld. Deze begroting wordt goedgekeurd door de Raad van Bestuur. Via maandelijkse rapporten wordt de uitvoering ervan opgevolgd. Een financieel expert, lid van de Raad van Bestuur, adviseert de organisatie over de beleggingsstrategie.</p> <p>Opdrachten worden aan leveranciers gegund conform de regelgeving voor overheidsopdrachten. Afdelingen kunnen bestellingen plaatsen. De definitieve bestelling aan de leveranciers wordt, na controle, uitgevoerd door de centrale diensten op de hoofdzetel.</p> <p>De auditor stelde vast dat het Wit-Gele Kruis Antwerpen inkomsten en uitgaven maandelijks opvolgt en bijstuurt op basis van gedetailleerde uitvoeringsrapporten.</p> <p>In het de auditgesprekken toonde het Wit-Gele Kruis Antwerpen aan zorgvuldig om te gaan met de middelen.</p> <p>De revisor verklaarde dat de boekhouding die gevoerd werd met betrekking tot het jaar 2017 beantwoordt aan de wettelijke en bestuursrechtelijke voorschriften.</p>
<b>Menselijk kapitaal (HRM)</b>	Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.
Leiderschap	
	<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Menselijk kapitaal (HRM)' gesproken met de directeur personeelsbeleid, stafmedewerker HRM, rekruteringsverantwoordelijke HRM, afdelingshoofden, hoofden zorg, huisarts, kwaliteitsbegeleider en verpleegkundigen.</p> <p>De auditor heeft van de afdeling HRM 'Functiekaarten', 'Personeelsmap' en de 'Groeimap' ter inzage gekregen. Als tracer heeft de auditor het proces getoetst van een medewerker die lang in dienst is.</p> <p>Auditees geven aan dat intensief ingezet wordt op werving van verpleegkundigen. Bij de werving wordt gebruik gemaakt van social media, meet &amp; greet met een brunch, speeddates met verpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis Antwerpen en worden studenten van opleidingen uitgenodigd om kennis te komen maken met het werk in het Wit-Gele Kruis Antwerpen.</p> <p>In de gesprekken met verpleegkundigen en medewerkers HRM is verteld dat gestreefd wordt naar behoud van medewerkers. Als voorbeelden zijn genoemd het aanbieden van loopbaanmogelijkheden, mogelijkheden voor aanpassing van het dienstverband, personeelsvoorzieningen (auto en telefoon) en het aanbieden van extra vormingen of ondersteuning door de kwaliteitsbegeleider. Medewerkers krijgen jaarlijks een periodiek gezondheidsonderzoek aangeboden. Wanneer de medewerker extra advies van de arbeidsgeneesheer wenst kan deze geraadpleegd worden.</p> <p>Er wordt een selectieprocedure gehanteerd waarbij naast kennis en ervaring ook screening plaatsvindt naar attitude en leerstijl van de toekomstige medewerker. Deze informatie wordt in het onthaaltraject als input gebruikt voor het inwerken en verdere ontwikkeling van de medewerker in de organisatie. De nieuwe medewerker ontvangt een 'Groeimap' en krijgt een peter en meter toegewezen. Deze peter of meter is aanspreekpunt wanneer er vragen of zorgen zijn.</p> <p>In de gesprekken met medewerkers heeft de auditor geconstateerd dat er gericht aandacht is voor competenties van medewerkers en er wordt gestuurd op ontwikkeling van medewerkers richting andere functies binnen de eigen organisatie. De directeur personeelsbeleid geeft aan dat voor overige functies</p>

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>verbonden aan de zorg bijna geen medewerkers van extern geworven worden. Men geeft de voorkeur aan doorgroei uit de eigen organisatie.</p> <p>De functieprofielen zijn beschreven en actueel. Voor de functies verpleegkundige, afdelingshoofd, hoofd zorg en kwaliteitsbegeleider zijn functiekaarten opgesteld. De functiekaart wordt gebruikt bij het inwerken van nieuwe medewerkers en tijdens functioneringsgesprekken. Medewerkers zijn in het bezit van een 'Personeelsmap' waarin de afspraken binnen het Wit-Gele Kruis Antwerpen en het arbeidsreglement zijn toegelicht.</p> <p>Medewerkers geven aan dat zij om de twee jaar een functioneringsgesprek hebben. Een verslag hiervan is door een hoofd zorg getoond in het personeelssysteem.</p> <p>Het Wit-Gele Kruis Antwerpen heeft een procedure voor het melden van niet-zorg gerelateerde incidenten, bijvoorbeeld agressieve gebeurtenissen. Recent is hiervoor een icoon op Kruisnet (intranet) geplaatst waar medewerkers een meldingsformulier kunnen invullen. Medewerkers kunnen kiezen of zij voor afhandeling van de melding in gesprek willen met de leidinggevende of met een extern vertrouwenspersoon.</p> <p><u>Compliment:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mogelijkheden om door te groeien op basis van competenties</li> <li>- Werving, selectie en inwerken medewerkers</li> <li>- Binding van medewerkers</li> </ul>
<b>Geïntegreerd kwaliteitsmanagement</b>	Voortdurend, proactief en systematisch proces om kwaliteit vanuit een systeemomvattend perspectief te begrijpen, managen en communiceren om zo doelen en oogmerken te realiseren.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Geïntegreerd kwaliteitsmanagement' bevestigd gekregen dat het Wit-Gele Kruis Antwerpen voldoet aan de gestelde criteria. Gesproken is met de algemeen directeur, stafmedewerker zorgbeleid en de coördinator kwaliteit en patiëntveiligheid. De afdelingen Geel en Herentals zijn bezocht.</p> <p>De auditor stelde vast dat een gezonde en veilige werkomgeving en kwaliteitsverbetering strategische doelen zijn voor het Wit-Gele Kruis Antwerpen.</p> <p>"De kerntaak versterken door uitbreiding, uitdieping en (her)kadering van het zorgaanbod, met focus op de totaalzorg van de patiënt" is de eerste strategische doelstelling. "De referentie zijn en blijven op vlak van thuisverpleging en dit voor de huisarts, de patiënt, het ziekenhuis en bestaande en potentiële medewerkers" is de tweede strategische doelstelling. In de strategische doelstelling 'maatschappelijk verantwoord ondernemen' is aandacht besteed aan het welzijn en gezondheid van de medewerkers.</p> <p>Alle strategische doelen zijn op strategisch niveau uitgewerkt en zijn op operationeel niveau vertaald in concrete projecten. Elke strategische doelstelling heeft een verantwoordelijke. Streefwaarden zijn bepaald en middelen zijn aan de diverse projecten toegekend.</p> <p>Medewerkers van de afdelingen Geel en Herentals geven aan zich gewaardeerd te voelen voor hun inzet om de kwaliteit te verbeteren. Het afdelingshoofd van elke afdeling beschikt over een budget om medewerkers te waarderen. Een afdelingshoofd stelt dat dit een mooi budget is omdat 'elke pluim betere vleugels geeft'.</p>	



Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>Alle gesproken medewerkers geven aan blij te zijn met de nabijheid van de directie en stafmedewerkers en de snelheid waarmee ingegaan wordt op vragen van de afdelingen, zowel inhoudelijk als op het vlak van de materiële ondersteuning.</p> <p>Het Wit-Gele Kruis Antwerpen beschikt over een documentbeheerssysteem waarin alle medewerkers, op een eenvoudige wijze, de kwaliteitsdocumenten met betrekking tot alle processen kunnen raadplegen.</p> <p>Het risicomanagement is in de gehele organisatie ontwikkeld en geïmplementeerd.</p> <p>Het Wit-Gele Kruis Antwerpen beschikt over een digitaal incidentmeldsysteem. Ook klachten worden elektronisch verwerkt en opgevolgd. De opvolging van incidenten en klachten verloopt via de afdelingen. De afdelingshoofden, hoofden zorg en kwaliteitsbegeleiders bespreken de incidenten en klachten tijdens de teamvergadering. Met betrekking tot de goede opvolging vertrouwt de instellingsleiding op de afdelingshoofden. De auditor stelde vast dat er een open cultuur heerst tussen enerzijds de afdelingen en anderzijds de directie en de stafmedewerkers. Verschillende auditees bevestigen de no blame-cultuur van de organisatie. Deze open cultuur maakt dat de directie in de praktijk goed op de hoogte is van wat er fout liep en hoe er geremedieerd is. De directie en de Raad van Bestuur beschikken over rapportages inzake incidenten en klachten.</p> <p>De auditor stelde vast dat 92,5% van de incidentmeldingen handelen over incidenten in de thuissituatie van de patiënten waarbij niemand van het Wit-Gele Kruis Antwerpen aanwezig was. Valincidenten scoren hoog. Het is voor het Wit-Gele Kruis Antwerpen niet duidelijk hoeveel incidenten een gevolg zijn van het handelen van medewerkers van het Wit-Gele Kruis Antwerpen. Als systeem kan de volledige borging van het klachten- en incidentenmanagement nog worden doorontwikkeld.</p>
<b>Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes</b>	Identificeren van en besluiten nemen met het oog op ethische dilemma's en problemen.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes' gesproken met de algemeen directeur, stafmedewerker zorg, regiomanagers, huisarts, een verpleegkundige en een afdelingshoofd.</p> <p>In het gesprek met de algemeen directeur en de stafmedewerker zorg is toegelicht dat het ethisch handelen sinds kort is vastgelegd in de 'Ethiek Beleidsnota' dd. 14-11-2018. De beleidsnota ethiek beschrijft de wijze waarop het Wit-Gele Kruis Antwerpen de ethische principes vanuit de eigen missie/visie omzet in de praktijk. Dit gebeurt op organisatieniveau en op het niveau van de relatie tussen de medewerker en de patiënt. Als voorbeeld zijn genoemd de beleidsbeslissingen naar aanleiding van schaarste op de arbeidsmarkt en bij sterke toename van de zorgvragen. In het gesprek met de regiomanagers is een voorbeeld genoemd van een afdeling waar men keuzes heeft moeten maken ten aanzien van afbouw van patiëntenzorg vanwege personeelstekort. Hierbij is gebruik gemaakt van bovengenoemd ethisch beleid.</p> <p>Het Wit-Gele Kruis Antwerpen moet nog vorm geven aan de invulling van het ethisch kader en de implementatie hiervan in alle geledingen. Naast de beleidsnota ethiek is ook in de nieuwsbrief 'Kwaliteit@WGKA' in mei 2018 aandacht besteed aan het ethisch handelen.</p>	

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>Het Wit-Gele Kruis Antwerpen voert zelf geen wetenschappelijk onderzoek uit. Zij neemt deel aan onderzoeken die elders door een ethische commissie zijn goedgekeurd. De beleidsnota 'Ethisch kader wetenschappelijk onderzoek' beschrijft de wijze waarop het Wit-Gele Kruis Antwerpen omgaat met activiteiten in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Bij wetenschappelijk onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen onderzoeken vanuit de overheid, de Federatie Wit-Gele Kruis van Vlaanderen en Master- en Bachelorproeven. Een stafmedewerker van het departement zorg is aanspreekpunt voor het beleid hieromtrent.</p> <p>Een huisarts geeft in haar gesprek met de auditor aan dat bij ethische dilemma's de communicatie plaatsvindt met het hoofd zorg van de betreffende afdeling. Als voorbeelden noemt de huisarts de zorg bij palliatieve sedatie en zorgweigering. De huisarts ervaart de directe contacten met de leiding en verpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis Antwerpen als positief. De leiding is op de hoogte van de situatie van de patiënten waardoor ook bij 'complexe kwesties' men elkaar wanneer nodig snel weet te vinden, aldus de huisarts.</p> <p>De auditor heeft in haar gesprekken met verpleegkundigen bevestigd gekregen dat verpleegkundigen dilemma's kunnen bespreken met de afdelingsleiding. Hiervan zijn door de auditees enkele voorbeelden genoemd.</p>
<b>Communicatie</b>	Communicatie tussen verschillende lagen van de organisatie en met externe betrokkenen.
Thuiszorg en thuisverpleging Leiderschap	
	<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Communicatie' bevestigd gekregen dat het Wit-Gele Kruis Antwerpen voldoet aan de gestelde criteria. Gesproken is met de communicatie-verantwoordelijke, het hoofd van de ICT-dienst en de assistent Data Protection Officer (DPO).</p> <p>De auditor stelde vast dat het Wit-Gele Kruis Antwerpen de patiënten en familieleden informeert over hun rechten.</p> <p>Het Wit-Gele Kruis Antwerpen heeft een EVD ontwikkeld en geïmplementeerd, dat gehomologeerd is door het e-healthplatform van de Federale overheid. Via deze homologatie is de informatieveiligheid van het systeem afgedekt.</p> <p>De auditor stelt vast dat het Wit-Gele Kruis Antwerpen de vigerende wetgeving inzake veiligheid van informatiesystemen respecteert. Een globale evaluatie of controle van de informatieveiligheid (bijvoorbeeld op basis van een aanvaarde norm zoals de NEN 7510, ISO 27000,...) is op het moment van het auditbezoek nog niet uitgevoerd. In het kader van GDPR (General Data Protection Regulation) zijn een externe DPO en een interne assistent DPO aangesteld. Aan de GDPR-verplichting om een verwerkingsregister te realiseren is voldaan.</p> <p>De assistent DPO is medeverantwoordelijk voor de privacybescherming van de persoonsgegevens. De auditor stelt vast dat de assistent DPO niet op de hoogte is van alle datastromen en de verwerking ervan. De assistent DPO kan alzo de volledige privacybescherming niet borgen. De implementatie en opvolging van het huidige verwerkingsregister kan verder worden ontwikkeld. Op dit ogenblik is niet geborgd dat het verwerkingsregister voortdurend aangepast wordt aan nieuwe processen en documenten.</p>

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Fysieke omgeving</b>	Verlenen van geschikte en veilige structuren en faciliteiten voor het succesvol uitvoeren van missie, visie en doelstellingen.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Fysieke omgeving' bevestigd gekregen dat het Wit-Gele Kruis Antwerpen voldoet aan de gestelde criteria. Gesproken is met de gebouwenverantwoordelijke en de afdelingshoofden van de afdelingen Geel en Herentals. Beide afdelingsgebouwen zijn bezocht.</p> <p>De auditor heeft tijdens de audit geen inbreuken vastgesteld op de wetgeving inzake terreinen en gebouwen. Alle nooduitgangen en vluchtroutes zijn met uniform toegepaste symbolen aangeduid. In het gebouw te Geel is vastgesteld dat de verzamelplaats bij brand niet gedefinieerd is. In het gebouw te Herentals is dit wel in orde. De gebouwenverantwoordelijke gaf aan dat het aanduiden van deze verzamelplaatsen een verbeteractie is die momenteel in de diverse afdelingen gerealiseerd wordt.</p> <p>De brandbestrijdingsmiddelen zijn correct onderhouden en gekeurd.</p> <p>In het arbeidsreglement is bepaald dat in de gebouwen en in de auto's niet mag gerookt worden. De gebouwenverantwoordelijke gaf aan dat dit beleid ook gecontroleerd wordt en personeelsleden bij inbreuken worden aangesproken.</p> <p>De auditor stelde vast dat er een lijst opgesteld is met de ontvlambare, brandbare, gevaarlijke stoffen en chemicaliën. Op deze lijst staat de noodzakelijke informatie inzake gebruik, bewaring en verwijdering.</p> <p>Op basis van een risicoanalyse zijn maatregelen genomen om de werking en de gezondheid van medewerkers te garanderen bij uitval van de nutsvoorzieningen. In verband met de beschikbaarheid van het EVD zijn back-up systemen aanwezig en contracten met meerdere internetproviders afgesloten.</p>	
<b>Voorbereid zijn op noodsituaties</b>	Omgaan met noodgevallen en andere aspecten van openbare veiligheid.
<p>Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen</p> <p>Leiderschap</p>	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditoren hebben tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Voorbereid zijn op noodsituaties' gesproken met directieleden, regioverantwoordelijken en stafmedewerkers.</p> <p>Het Wit-Gele Kruis Antwerpen heeft een rampenplan voor interne calamiteiten zoals personeelstekort, brand of serverstoringen. Dit beleid is recent ontwikkeld. Er zijn in oktober 2018 twee oefeningen geweest van het continuïteitsplan rondom personeelstekort. Hieruit zijn verbeteracties geformuleerd.</p> <p>Brandoefeningen vinden plaats in het hoofdgebouw in Herentals, niet op de afdelingen vanwege de kleinschaligheid. Op elke afdeling is een medewerker geschoold met betrekking tot brand en ontruiming.</p> <p>De noodstroomprocedure wordt tweemaal per jaar getest.</p>	

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

Kritisch proces	Omschrijving
	Bij grote rampen volgt het Wit-Gele Kruis Antwerpen het provinciale rampenplan. De regie is in handen van de provincie. De afgelopen zeven jaar heeft zich geen ramp voldaan waarbij het Wit-Gele Kruis Antwerpen betrokken was. Er vinden op provinciaal niveau geen oefeningen of evaluaties van het rampenplan plaats waarbij het Wit-Gele Kruis Antwerpen betrokken is.
<b>Patiëntenstroom</b>	Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Auditor heeft in gesprekken met de directie, afdelingshoofden en kwaliteitsbegeleiders getoetst en bevestigd gekregen dat het kritische proces 'Patiëntenstroom' voldoet aan de gestelde criteria.</p> <p>In principe wordt elke vraag om zorg positief beantwoord en kan zorg direct gestart worden. Er is voldoende geschoold personeel aanwezig om de zorg adequaat te kunnen leveren. Vanwege de eigenheid van de thuisverpleging is het gebruikelijk dat de zorg per dagdeel kan wisselen. Patiënten die andere dienstverlening nodig hebben, worden door de VOA van de afdelingen en de medewerkers van de Zorgcentrale direct verwezen naar de betreffende instantie. Daartoe hebben medewerkers van het Wit-Gele Kruis Antwerpen de beschikking over een digitale sociale kaart per regio. Het is de taak van de afdelingshoofden, in samenspraak met hoofden zorg en de VOA, om dagelijks te sturen op de planning en inzet van medewerkers. De afdelingen hebben daarvoor de beschikking over een digitaal planningssysteem.</p> <p><u>Compliment:</u></p> <p>Adequate samenwerking door afdelingshoofden, hoofden zorg en kwaliteitsbegeleiders en de ondersteuning die hierdoor ervaren wordt door alle medewerkers op hun afdelingen.</p>	
<b>Medische instrumenten en apparatuur</b>	Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen.
<p>Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen</p> <p>Leiderschap</p>	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditoren hebben tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Medische instrumenten en apparatuur' bevestigd gekregen dat de organisatie voldoet aan de gestelde criteria.</p> <p>De auditoren hebben gesproken met verpleegkundigen uit verschillende afdelingen, met afdelingshoofden, hoofden zorg en kwaliteitsbegeleiders, het hoofd en adjunct hoofd van de vroedvrouwen en met de stafmedewerker infectiepreventie.</p> <p>Er is een lijst aanwezig met alle aanwezige medische middelen en materialen. Hierbij gaat het voor de verpleegkundigen met name om bloeddrukmeters, stethoscopen en nood glucosemeters. In principe hebben de diabetespatiënten zelf een glucosemeter.</p> <p>Er wordt zo veel als mogelijk gewerkt met disposable materialen.</p> <p>De vroedvrouwen hebben iets meer medische middelen en materialen. Voor zowel verpleegkundigen als vroedvrouwen is er beleid rondom onderhoud en desinfectie van materialen.</p>	

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>De auditoren hebben tijdens het meelopen met verpleegkundigen op de rondes gezien dat de afspraken zoals in het beleid en procedures rond infectiepreventie zijn vastgelegd, worden nagevolgd. De standaardafpraak is dat na elk gebruik van de bloeddrukmeter de manchet schoongemaakt wordt. Dit wordt letterlijk opgevolgd door de verpleegkundigen. De auditor heeft gezien dat een bloeddrukmeter werd schoongemaakt na het bloeddruk meten bij een patiënt en voor het bloeddruk meten van de partner van diezelfde patiënt.</p> <p>Ten aanzien van preventief onderhoud is voor de bloeddrukmeters afgesproken dat deze standaard elke twee jaar vervangen worden om technische problemen te voorkomen. De auditor heeft op de afdeling Mechelen een overzicht gezien van de bloeddrukmeters, gekoppeld aan individuele verpleegkundigen, met de datum waarop de meters vervangen moeten worden.</p>
<b>Governance</b>	Optimaal functioneren van het toezichtsorgaan.
Governance	
	<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Governance' bevestigd gekregen dat het Wit-Gele Kruis Antwerpen voldoet aan de gestelde gouden criteria. Gesproken is met de Voorzitter en Ondervoorzitter van de Raad van Bestuur.</p> <p>Tijdens de vergadering van de Raad van Bestuur van 13 oktober 2018 zijn de afspraken van de governance geëvalueerd op basis van de criteria in de normenset Governance. De volgende elementen werden tijdens deze vergadering van de Raad van Bestuur besproken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de procedure om de voorzitter te kiezen;</li> <li>- kwaliteit als vast agendapunt op de vergaderingen;</li> <li>- toegang tot voldoende data om tot besluitvorming te komen;</li> <li>- verslagen van de Raad van Bestuur delen met de organisatie;</li> <li>- bepalen welke data en info nodig zijn om de resultaten op te volgen;</li> <li>- opvolgen van het plan om de leiderschapskwaliteiten te ontwikkelen;</li> <li>- identificeren van de belanghebbenden.</li> </ul> <p>Uit het verslag van deze vergadering en het auditgesprek met de Raad van Bestuur blijkt dat deze elementen op orde zijn.</p> <p>Uit de gesprekken met de verschillende auditees blijkt een congruentie tussen het beleid van de Raad van Bestuur, de aansturing van de directie en de werkzaamheden op de diverse afdelingen. Op alle niveaus is door de auditees spontaan een wederzijdse waardering uitgesproken.</p>

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

## 5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen

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

### 5.2.1 Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Infectiepreventie en -beheersing</b>	Maatregelen door medisch personeel in gezondheidsinstellingen om het overdragen en oplopen van infectieverwekkers te verminderen.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditoren hebben het kritisch proces 'Infectiepreventie en - bestrijding voor maatschappelijke instellingen' getoetst door middel van gesprekken met verschillende medewerkers zoals de stafmedewerker infectiepreventie, afdelingshoofden, hoofden zorg, regioverantwoordelijken, kwaliteitsbegeleiders en verpleegkundigen van verschillende afdelingen. Daarnaast is geobserveerd bij het meelopen van de rondes door de auditoren.</p> <p>Afgelopen jaar is door de organisatie veel geïnvesteerd in de infectiepreventie. De procedures zijn beschreven, de indicatoren zijn aangemerkt en worden gemeten. Sommige activiteiten zijn recent, waardoor het niet mogelijk is de verbetercyclus volledig door lopen te hebben. Verdere borging van het proces rond infectiepreventie verdient daarom nog aandacht.</p> <p>Met name de handhygiëne heeft veel aandacht gekregen. De medewerkers hebben vormingen rondom de handhygiëne gevolgd, voorlichtingsmateriaal is ontwikkeld en verspreid onder zowel de medewerkers als de patiënten. De indicatoren zijn opgenomen in het dashboard en per afdeling zijn minimaal vier momenten geweest waarop de handhygiëne op de naleving is getoetst in interne audits, afdelingsaudits en veiligheidsrondes. Op verschillende kwaliteitsborden zijn door de auditoren acties ten aanzien van handhygiëne aangetroffen. De auditoren hebben gezien dat de voorschriften van de handhygiëne vrijwel steeds consequent zijn uitgevoerd. De medewerkers zijn zich bewust van de voorschriften en het belang van de handhygiëne.</p> <p>Het beleid en de procedures rondom beschermingsmiddelen en afval zijn aanwezig. Beschermingsmiddelen zijn beschikbaar. De voorschriften voor het reinigen en desinfecteren van materiaal worden strikt nageleefd. De auditoren hebben waargenomen dat de voorschriften ook worden toegepast in situaties waarin het de vraag is of het nodig is. Bijvoorbeeld katoenen schorten dragen bij situaties zoals het aandoen van steunkousen, waarin de procedure aangeeft dat het niet nodig is. Een ander voorbeeld is het reinigen van een manchet van een bloeddrukmeter bij een echtpaar waar na elkaar de bloeddruk is gemeten en tussendoor de bloeddrukmeter is gereinigd. Het gebruik van disposable overschorten staat beschreven, maar de auditoren hebben waargenomen dat deze in de geadviseerde situaties niet gebruikt zijn.</p> <p>Het beleid rondom pandemie en uitbraak van infecties is aanwezig. Hierbij wordt samengewerkt met de provincie en IDEWE (IDEWE vzw is een Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk). Ook het arbobeleid van de medewerkers is uitbesteed aan IDEWE. Afdelingshoofden geven desgevraagd aan niet op de hoogte te zijn van de precieze inhoud van het beleid, zij gaan uit van wat het IDEWE aangeeft. Bijvoorbeeld of een medewerker die gescreend is op MRSA na contact met een besmette patiënt aan het werk mag blijven terwijl de uitslag van het bloedonderzoek nog niet bekend is.</p> <p>De auditor heeft de risicobeoordeling van de infectiepreventie ingezien. De risicobeoordeling is vertaald in beleid en procedures. Indicatoren voor infectiepreventie zijn opgenomen in het dashboard. De indicatoren worden, naast een bespreking in het hoofdenoverleg, eenmaal per kwartaal besproken in de stuurgroep kwaliteit.</p>	

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

De auditor heeft in de papieren verpleegdossiers de voorlichtingsbrochure van het Wit-Gele Kruis Antwerpen aangetroffen. In de voorlichtingsbrochure staat de informatie rondom de infectiepreventie opgenomen.

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. De overdracht vanuit het ziekenhuis is niet altijd volledig en hierdoor wordt soms pas als een patiënt al in zorg is, een infectie zoals MRSA ontdekt. Indien de telefonische intake buiten de kantooruren plaatsvindt, wordt deze uitgevoerd door medewerkers van de Zorgcentrale. Deze medewerkers hebben niet altijd een verpleegkundige achtergrond, waardoor de inhoudelijke vragen niet altijd gesteld worden of beoordeeld kunnen worden.

Het griepvaccin wordt gratis aangeboden aan medewerkers. Bijgehouden wordt hoeveel medewerkers zich daadwerkelijk laten vaccineren, indien ze dit door het Wit-Gele kruis Antwerpen laten doen. Een aantal medewerkers krijgen via de huisarts het griepvaccin toegediend. Voor 2018 is de procedure veranderd om het voor medewerkers makkelijker te maken zich te laten vaccineren. De medewerkers hoeven zich niet meer aan te melden voor het vaccin, maar dienen zich af te melden. Een stijging is zichtbaar door deze maatregel. Bij de indiensttreding vindt door het IDEWE de screening op infecties plaats.

Beleid omtrent omgaan met cytostatica is beschreven en bekend. De auditoren hebben bij de uitvoering in de praktijk gezien dat, behalve het geadviseerde gebruik van overschorten, de procedures gevolgd worden. Met een aantal ziekenhuizen in de regio Antwerpen zijn afspraken gemaakt voor de verzorging van patiënten met chemotherapie. Een aantal verpleegkundigen heeft hiervoor een specifieke vorming gevolgd. Via een toevoeging aan het EVD worden de gegevens ingevoerd en uitgewisseld met de betreffende ziekenhuizen.

De fysieke ruimten, met name de afdelingskantoren, worden schoongemaakt. In een aantal gevallen door een eigen schoonmaakmedewerker, in de meeste gevallen door medewerkers vanuit een externe firma. Met deze firma is een contract afgesloten en worden lijsten ten aanzien van de schoonmaak bijgehouden en afgetekend.

Complimenten:

- Voorlichting over handhygiëne aan medewerkers, patiënten en mantelzorgers
- Samenwerking met ziekenhuizen in de regio op het gebied van chemotherapie

Uitdagingen:

De zorgverleners screenen cliënten om te bepalen of aanvullende voorzorgsmaatregelen nodig zijn, afhankelijk van het risico op infectie. (Infectiepreventie en –beheersing, 6.3 Goud)

De instelling beschikt over beleid en procedures voor het gebruik van geëigende persoonlijke beschermingsmiddelen. (Infectiepreventie en –beheersing, 7.3 Goud)

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

## 5.2.2 Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Medicatiemanagement</b>	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditoren hebben tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Medicatiebeheer' gesproken met de stafmedewerker medicatiebeleid, afdelingshoofden, referentieverpleegkundigen, kwaliteitsbegeleiders en verpleegkundigen. De auditoren hebben de uitvoering van het beleid getoetst in gesprekken met de verpleegkundigen en bij de patiënten thuis. De geauditeerde medewerkers zijn bekend met het medicatiebeleid. Diverse medewerkers geven aan dat de afspraken nog verder geborgd dienen te worden.</p> <p>In de beleidsnota 'Medicatiezorg toezicht' staat beschreven dat een stafmedewerker van het departement zorg de taak heeft toezicht te houden op de procedures en activiteiten in het kader van het medicatiebeleid. Medewerkers van het Wit-Gele Kruis Antwerpen kunnen met vragen rond medicatie terecht bij de stafmedewerker. De procedures en het beleid met betrekking tot veilige en correcte medicatiezorg zijn voor alle medewerkers beschikbaar op het Kruisnet en worden continu aangepast. Medewerkers worden mondeling en schriftelijk geïnformeerd over nieuwe procedures en afspraken.</p> <p>Tijdens de patiëntenbesprekingen worden medewerkers geattendeerd op de medicatieveiligheid. Ook op de kwaliteitsborden en via cartoons op de tablets wordt de aandacht gevestigd op de medicatieveiligheid. De auditoren hebben hiervan meerdere voorbeelden aangetroffen en toelicht gekregen.</p> <p>Medicatie wordt voorgeschreven door de (huis)arts. De verpleegkundige noteert de medicatie op het 'Medicatiefiche' en het 'Medicatiemaandschema' in het papieren zorgdossier. De medicatiefiche dient gevalideerd te worden door een (huis)arts en ondertekend. Ook bij wijzigingen in het voorschrift dient een arts te ondertekenen. De auditoren hebben geconstateerd dat niet in alle gevallen het schema is ondertekend. Het vraagt soms veel creativiteit en inspanning van de verpleegkundigen om de handtekening van de arts op het formulier te krijgen.</p> <p>De medicatie staat niet vermeld in het elektronisch verpleegdossier en is zodoende niet beschikbaar voor het afdelingshoofd en verpleegkundigen tijdens de patiëntbesprekingen. Het landelijke systeem Vitalink, waarmee zorgverleners digitale gegevens over hun patiënten kunnen delen, is binnen de Vlaamse thuisverpleging nog niet beschikbaar.</p> <p>Wanneer bijwerkingen door medicatie optreden dienen de verpleegkundigen de behandelend arts te informeren. Tijdens een huisbezoek heeft de auditor geconstateerd dat een verpleegkundige snel en effectief overleg kon plegen met de arts over geconstateerde bijwerkingen van de medicatie. De informatie werd gedeeld met de patiënt en vastgelegd in het papieren en elektronisch verpleegdossier van de patiënt.</p> <p>Elke patiënt kan en mag zichzelf alle medicatie toedienen. Afspraken over toediening van medicatie door patiënten zelf zijn opgenomen in de procedure 'Medicatiezorg opstart'.</p> <p>De patiënten ontvangen bij de start van de zorg de folder 'Veilig omgaan met medicatie'. Hierin wordt het medicatiefiche, de opslag van medicatie en het gebruik van medicatieboxen toegelicht. De auditor heeft tijdens de rondes door de patiënten bevestigd gekregen dat patiënten op de hoogte zijn van de voor hun geldende afspraken.</p> <p>De instelling voert kwaliteitsverbeteringsactiviteiten uit op het gebied van medicatiebeheer.</p>	



Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

Incidenten gerelateerd aan medicatie worden in het elektronisch verpleegdossier geregistreerd. De incidentmeldingen komen automatisch op de agenda van de patiëntenbespreking. De auditor heeft een patiëntenbespreking bijgewoond en op kwaliteitsborden de meetresultaten, verbeteracties en werkafspraken aangetroffen. Een afdelingshoofd heeft getoond hoe de informatie uit de patiëntenbespreking wordt vastgelegd en de werking van het kwaliteitsbord toegelicht.



Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

### 5.2.3 Thuiszorg en thuisverpleging

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Besluitondersteuning</b>	Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft de tracers 'aanmelding van een nieuwe patiënt' en '(psycho)geriatrie patiënt' gevolgd en daarbij de afdelingen Mol, Boom, Kalmthout en Antwerpen en de zorgcentrale in Herentals bezocht. Gesproken is met afdelingshoofden, hoofden zorg, kwaliteitsbegeleiders, een referentieverpleegkundige en verpleegkundigen. De EVD's zijn beschikbaar op een tablet en via een wachtwoord voor de verpleegkundige toegankelijk. De verpleegkundige logt uit na het inzien en invullen van de data van de patiënt. Indien niet wordt uitgelogd sluit het systeem automatisch af, waardoor de privacy en vertrouwelijkheid voor de patiënt gewaarborgd is. Interne audits op de dossiers zijn uitgevoerd en zowel resultaten uit de interne audits, maar ook feedback van medewerkers worden gebruikt ter verbetering van de patiëntdossiers.</p> <p>De patiëntidentificatie vindt plaats door middel van het inlezen van de identiteitspas van de patiënt in het EVD, daarnaast verifieert de medewerker de naam en geboortedatum van de patiënt.</p> <p>Het landelijke systeem Vitalink biedt nog geen digitale koppeling tussen de verschillende systemen van thuisverpleging, huisartsen en apotheken.</p>	
<b>Competentie</b>	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.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>In gesprekken met de directie, verpleegkundigen, hoofden zorg, kwaliteitsbegeleiders en afdelingshoofden en werkbezoeken aan afdelingen Mol, Boom, Kalmthout en Antwerpen heeft de auditor bevestigd gekregen dat aan de criteria in het kritisch proces 'Competentie' is voldaan.</p> <p>Het Wit-Gele Kruis kent een breed vormingsaanbod. Op verzoek worden ook op afdelingsniveau specifieke vormingen aangeboden. Een vorming in culturele competenties wordt niet aangeboden omdat deze volgens de geïnterviewde verpleegkundigen onderdeel is van hun basisopleiding tot verpleegkundige.</p> <p>Het onderhoud, de opslag en de vervanging van apparatuur vindt plaats door de leveranciers van de betreffende hulpmiddelen.</p> <p>Volgens de verpleegkundigen die de auditor gesproken heeft, worden aanpassingen in de contracten ter bevordering van de werk-privébalans, altijd gehonoreerd. Een direct overleg is mogelijk voor de verpleegkundigen met het afdelingshoofd, het hoofd zorg, de kwaliteitsbegeleiders of de referentieverpleegkundigen als zij in de dagelijkse praktijk tegen zaken aanlopen waarbij zij ondersteuning nodig hebben.</p> <p>Voor elke medewerker is een 'peter of meter' beschikbaar tijdens de inwerkperiode van drie maanden en ook in de periode erna. Na zes maanden vindt een evaluatiegesprek plaats met de nieuwe medewerker en de leidinggevende.</p>	

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

<b>Klinisch leiderschap</b>	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De verpleegkundigen hebben allen de beschikking over een auto van het Wit-Gele Kruis met daarin verbandmaterialen en disposables zoals sets voor de wondverzorging, handschoenen en disposable schorten. De auto mogen zij onder voorwaarden (bijvoorbeeld een maximum aantal kilometers en een vast maandbedrag) ook privé gebruiken.</p> <p>De VOA zorgt ervoor dat de juiste materialen zijn aangevuld in de voorraadtas. De verpleegkundigen halen deze minstens eenmaal per week af op bij de afdeling en vullen hiermee hun zorgentas aan.</p> <p>De teams bestaan merendeels uit verpleegkundigen en soms is een zorgkundige werkzaam op een afdeling. De zorgkundige verricht handelingen bij de patiënten die niet verpleegtechnisch van aard zijn.</p> <p>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.</p> <p>Het Wit-Gele Kruis Antwerpen kent voorbeelden van acties voor de werving van medewerkers zoals 'Meet &amp; Greet', speed-dates van wijkverpleegkundigen met leerling verpleegkundigen op scholen en wervende stickers op de auto's van alle medewerkers. Tijdens de audit is op alle bezochte afdelingen aangegeven dat er geen personele tekorten zijn.</p>	
<b>Resultaten beïnvloeden</b>	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Het hoofd zorg of de kwaliteitsbegeleider van de afdeling bezoekt wekelijks de patiënten van de afdeling die zijn opgenomen in de gecontracteerde ziekenhuizen. Een lijst met namen van de opgenomen patiënten wordt de dag ervoor toegezonden aan de sociale dienst van het ziekenhuis. Bij aankomst in het ziekenhuis bespreekt de medewerker van het Wit-Gele Kruis Antwerpen samen met een medewerker van de sociale dienst van het ziekenhuis de patiënten. Daarna bezoekt de medewerker de opgenomen patiënten. Een verslag hiervan wordt opgemaakt en besproken tijdens de tweewekelijkse patiëntenbespreking op de afdeling waardoor de verpleegkundigen meegenomen worden in de gezondheidsontwikkelingen van 'hun' patiënten.</p> <p>Tijdens de patiëntenbespreking worden gemelde incidenten besproken en opgevolgd. Actiepunten zijn per afdeling zichtbaar op de kwaliteitsborden. Voorbeelden van actiepunten op de kwaliteitsborden zijn patiëntidentificatie, medicatiefiches en handhygiëne.</p>	
<b>Zorgverlening</b>	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Patiënten geven tijdens de gesprekken met de auditoren aan dat zij zeer tevreden zijn over de zorgverleningen en dat zij invloed kunnen hebben op het tijdstip van zorgverlening. Het begrip 'Warme Zorg' wordt genoemd door de patiënten en de geïnterviewde medewerkers.</p> <p>Verpleegkundigen geven aan dat zij het contact met de patiënten het belangrijkste onderdeel van het werk vinden. Auditees geven aan trots te zijn op het werken bij het Wit-Gele Kruis Antwerpen. Het viel de</p>	

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

auditoren op dat de uitstraling van het werkplezier zichtbaar is in het patiëntencontact, waar veelal beiderzijds met een kwinkslag en humor de zorg wordt verleend.

Elke patiënt heeft een zorgplan in het EVD. Bij de oncologische patiënt wordt standaard de pijnscore ingevuld en opgevolgd.

De papieren medicatiefiches worden handmatig bijgewerkt waardoor mogelijk door verschillende handschriften de fiches slecht leesbaar worden. Om medicatiefouten te voorkomen vindt een extra controle van het medicatiefiche plaats na het overschrijven.

Tijdens de intake van een nieuwe patiënt vindt een risicobeoordeling plaats. De auditor heeft in de verschillende EVD's die zijn ingezien geen aanpassingen van de risicostatus aangetroffen bij gewijzigde situaties. Een voorbeeld is dat de risicobeoordeling bij een patiënt met verhoogd valrisico is niet opnieuw is ingevuld en beoordeeld. Het in het EVD bijwerken van de informatie over de veiligheid thuis staat nog in de beginfase, de PDCA-cyclus moet hieromtrent nog verder vorm krijgen.

De wettelijk gemachtigde is niet formeel vastgelegd in het EVD. Bijvoorbeeld bij wilsonbekwame patiënten met dementie zijn de mantelzorgers wel geregistreerd als contactpersoon, maar niet vanuit een wettelijke positie.

Complimenten:

- De 'Warme Zorg' is herkenbaar voor patiënten, mantelzorgers en medewerkers
- Bezoeken van opgenomen patiënten in het ziekenhuis

Uitdaging:

Het team voert een veiligheidsrisicobeoordeling uit voor cliënten die thuiszorg ontvangen (nalevingstest: Het team werkt de risicobeoordeling van de veiligheid thuis regelmatig bij en gebruikt de informatie om verbeteringen door te voeren bij zorgverlening aan de cliënt)  
(Thuiszorg en Thuisverpleging, zorgverlening, VIR 14.1.4, Platina)

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	Wit-Gele Kruis Antwerpen	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	--------------------------	--

## 6. Resultaten instrumenten

### Onderzoek naar veiligheidscultuur binnen zorginstellingen

Inzicht in de veiligheidscultuur binnen een zorginstelling is belangrijk om gerichte acties ter verbetering van de patiëntveiligheid te kunnen kaderen en uitwerken. Het internationale accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum stelt daarvoor een instrument ter beschikking via de Qmentum portal. Het staat instellingen vrij hiervoor ook een ander instrument te gebruiken.

Tijdens het auditbezoek hebben de auditoren de voortgang op dit gebied mede beoordeeld.

Feedback is verzameld tijdens verplichte vormingen door 778 verpleegkundigen en leidinggevenden

Minimum respons vereist (gebaseerd op aantal medewerkers): 268

Respons behaald: 778

- Het Wit-Gele Kruis Antwerpen voert tweejaarlijks onderzoek uit naar de medewerker tevredenheid. In 2015 zijn extra onderwerpen toegevoegd op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid zoals kwaliteit van zorg op de afdeling en tijdens de laatste ronde, het inspelen op de noden en wensen van patiënten en mantelzorgers en het functioneren van de patiëntenteams.
- Voor de veiligheidscultuurmeting van januari 2018 is het medewerkerstevredenheidonderzoek aangevuld met negen vragen, gebaseerd op de competentievragenlijst patiëntveiligheid gepubliceerd op [www.ikwerkveiligindezorg.nl](http://www.ikwerkveiligindezorg.nl), gebaseerd op onder andere: The Safety Competencies. First edition; Revised August 2009 (Canadian Patiënt Safety Institute CPSI, 2009), WHO Patiënt Safety Curriculum Guide, Multi-professional edition (2011) en de National Patiënt Safety Education Framework (Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2005).
- De onderzoeksgegevens zijn onafhankelijk door de onderzoeksgroep van Prof. Dr. Peter Van Bogaert van de universiteit van Antwerpen verwerkt en geanalyseerd. De resultaten zijn teruggekoppeld aan de afdelingsleiding.
- De veiligheidscultuurmeting maakt onderdeel uit van een langlopend onderzoeksproject, gebaseerd op de Revised Nursing Index (NWI-R), ontstaan vanuit onderzoek naar de magneetziekenhuizen. De onderwerpen die in de veiligheidscultuurmeting zijn bevestigd, zijn onder andere: incidentmelding, communicatie in hoog-risico situaties, patiëntveilig werken, verantwoord afwijken van bestaande regels, richtlijnen en protocollen, bekendheid met de belangrijkste veiligheidsrisico's en maatregelen. De meting wordt tweejaarlijks herhaald in 2020, 2022 en 2024 en verder.
- Op basis van de vergelijking van de uitkomsten van de meting van de kwaliteit en patiëntveiligheid in 2015 en de veiligheidscultuurmeting in 2018 is een aandachtspunt geconstateerd. Uit de veiligheidscultuurmeting is gebleken dat verpleegkundigen de bespreking van patiënten en incidenten binnen het team in vergelijking tot het onderzoek in 2015 iets lager hebben beoordeeld. Naar aanleiding van deze bevinding hebben de stafmedewerkers van de afdeling zorgbeleid 28 patiëntenteams bezocht en patiëntenbesprekingen bijgewoond. Hierbij is gekeken naar het aantal patiënten dat besproken is, de risicoanalyse en de veiligheidsrisico's. Een actiepoint op dit onderwerp is geïmplementeerd om vanuit het EVD een automatische agendering te realiseren van patiënten en incidenten voor het patiëntenoverleg. Tijdens de audit is bevestigd dat dit actiepoint is geïmplementeerd. Een tweede actiepoint is de ontwikkeling van een meldsysteem voor niet-patiënt gerelateerde incidenten, naast het bestaande meldsysteem voor patiënt gerelateerde incidenten. Ook dit actiepoint is inmiddels gerealiseerd en de eerste niet-patiënt gerelateerde meldingen zijn gedaan en geanalyseerd.
- Opvolging van de resultaten van de actiepunten die voortkomen uit de incidentmeldingen vindt volgens de PDCA cyclus plaats binnen de stuurgroep kwaliteit.
- De uitkomsten van de veiligheidscultuurmeting zijn vergeleken met referentiegroepen verpleegkundigen en zorgkundigen van twee universitaire ziekenhuizen, één algemeen ziekenhuis, één specifieke groep van operatieverpleegkundigen, 27 woonzorgcentra en het Wit-Gele Kruis Antwerpen. De uitkomsten uit de benchmark zijn beschreven in het 'Tijdschrift voor Geneeskunde, 74, nr. 14-15, 2018'. Het Wit-Gele Kruis Antwerpen heeft actief deelgenomen aan de totstandkoming van dit artikel.
- In de uitgave van het Wit-Gele Kruis Antwerpen 'Vinger aan de pols 2017-2018' is beschreven dat de uitkomsten van vier complementaire onderzoeksrapporten van patiënten en mantelzorgers, artsen en ziekenhuizen en verpleegkundigen en medewerkers van het Wit-Gele Kruis zijn vergeleken waardoor een 360° evaluatie heeft

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

plaatsgevonden. De resultaten van de 360° evaluatie zijn beschreven in het boekje 'Vinger aan de pols 2017-2018'.

Op basis van de bovenstaande bevindingen voldoet de uitgevoerde patiëntveiligheidscultuurmeting aan de 'Accreditatieprocedure 2018 Qmentum'.



Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

## 7. Intern toetsingssysteem

**In onderstaand overzicht staat in hoeverre het Wit-Gele Kruis Antwerpen voldoet aan de eisen gesteld in de geldende accreditatieprocedure 2018 m.b.t. het intern toetsingssysteem.**

### Intern toetsingssysteem, voorwaarden vervolgaccreditering:

1. Het intern toetsingssysteem toont aan dat de medische staf actief betrokken is bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de zorginstelling.
  - Niet van toepassing binnen het Wit-Gele Kruis Antwerpen.
  
2. In het interne toetsingsbeleid, als onderdeel van het instellingsbrede kwaliteits- en veiligheidsbeleid, is opgenomen welke afdelingen/processen als hoog risico zijn aangemerkt, op basis van een risicoanalyse.
  - Het Wit-Gele Kruis Antwerpen heeft verschillende risicoanalyses uitgevoerd op onder andere de zorginhoud, medicatiebeleid en infectiepreventie. Alle 15 afdelingen zijn aangemerkt als hoog-risico afdeling. Daarbij zijn alle VIR's aangemerkt als hoog-risico processen.
  - De hoog-risico processen zijn voorafgaand aan de NIAZ audit op alle afdelingen getoetst als onderdeel van het interne toetsingssysteem.
  - Jaarlijks stelt de coördinator kwaliteit- en patiëntveiligheid een jaarplanning op voor het intern toetsingssysteem. De planning is besproken met- en goedgekeurd door de directie. De auditplanning van 2019 en de realisatie van de auditplanning van 2018 zijn ingezien door de auditoren.
  
3. De interne toetsingen zijn uitgevoerd op basis van zorg-/werkprocessen en onderdelen daarvan en daar waar mogelijk is getoetst aan de hand van de geldende Kwaliteitsnorm Zorginstelling.
  - De compliance ten opzichte van de NIAZ-Qmentum normensets wordt opgevolgd en bijgestuurd door middel van:
    - o Veiligheidsrondes. De veiligheidsrondes worden uitgevoerd op basis van een vragenlijst door experts op bijvoorbeeld het gebied van gebouwenbeheer, infectiepreventie of medicatiebeheer.
    - o Checklist schoonmaak. Minstens tweemaal per jaar vindt een rondgang over de afdelingen plaats met een vertegenwoordiging van de externe schoonmaakfirma of de eigen schoonmaakmedewerker. Tijdens de rondgang vindt aan de hand van een checklist een controle plaats of de afspraken over de schoonmaak zijn nageleefd.
    - o Interne audits. De interne audits worden uitgevoerd door getrainde interne auditoren (leidinggevenden en stafmedewerkers). Een auditteam bestaat uit twee medewerkers: een terreinmedewerker (verpleegkundige of leidinggevende) en een medewerker van het provinciaal secretariaat (bijvoorbeeld een stafmedewerker). Op basis van de criteria uit de NIAZ-Qmentum normensets zijn auditvragen gedefinieerd door experts in het domein. Tijdens een interne audit toetsen de interne auditoren de compliance door middel van observaties, interviews en inzage in dossiers, verslagen of documenten. De auditoren bezoeken de afdelingen/diensten en toeren mee met een verpleegkundige/zorgkundige. Patiënten worden vooraf geïnformeerd over een mogelijke interne audit en er wordt hen vooraf toestemming gevraagd om de audit in hun huis te mogen uitvoeren (de patiënt heeft het recht om dit te weigeren).
    - o Afdelingsaudits. Conform de jaarplanning wordt aan de afdelingsleiding gevraagd om een aantal NIAZ criteria te controleren tijdens het meetoeren met de verpleegkundigen/zorgkundigen binnen hun afdeling. Van de afdelingsleiding wordt verwacht om deze afdelingsaudits binnen de vooropgestelde periode uit te voeren bij een bepaald percentage van de verpleegkundigen/zorgkundigen van de afdeling. De resultaten van deze audits zijn op afdelingsniveau en op instellingsniveau beschikbaar.
    - o Dossieranalyse. De NIAZ criteria die een relatie hebben met de patiënten- of personeelsdossiers zijn gecontroleerd via een dossieranalyse. Hiervoor is een vragenlijst opgesteld door de experts. Tevens is bepaald hoeveel dossiers, via welk type steekproef moeten worden gecontroleerd. De controles worden uitgevoerd door respectievelijk de directeur zorg en de directeur personeelsbeleid.

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

- Documentreview. De NIAZ criteria waarin naar beleid of procedures wordt gevraagd, zijn beoordeeld door deze op te zoeken in Kruisnet of KruisnetQ+ (intranet en een specifieke omgeving op het intranet) en na te gaan of het betreffende criterium correct wordt omschreven in de procedure of de beleidsnota.
4. Indien de Vlaamse Zorginspectie specifieke richtlijnen heeft opgesteld voor risicovolle afdelingen/processen, zijn deze aantoonbaar binnen het interne toetsingssysteem op implementatie/borging getoetst.
    - De Vlaamse Zorginspectie heeft geen specifieke eisen voor instellingen voor thuisverpleging.
  5. De veldnormen zijn aantoonbaar binnen het interne toetsingssysteem op implementatie/ borging getoetst.
    - Het Wit-Gele Kruis moet voldoen aan de veldnorm van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) ten aanzien van het patiëntendossier. In de interne audits is de dossiervoering aantoonbaar getoetst.
  6. Het intern toetsingssysteem toont aan dat de gehele organisatie betrokken is bij het borgen van het kwaliteitssysteem van de zorginstelling.
    - In 2018 zijn op alle 15 afdelingen vier interne audits, twee afdelingsaudits, drie veiligheidsrondes, twee schoonmaakrondes, dossieranalyses en documentenreviews uitgevoerd. De reden van de hoge frequentie van de interne toetsingen is dat in de voorbereiding op de NIAZ audit veel nieuwe afspraken, procedures en beleidsdocumenten zijn geïmplementeerd. Door middel van de interne toetsingen is de mate van compliance getoetst. In de jaarplanning van 2019 is de frequentie van de interne toetsingen aangepast. Jaarlijks zijn dan per afdeling twee interne audits, twee afdelingsaudits en twee schoonmaakrondes gepland. Verder zal in 2019 ook dossieronderzoek en documentreview plaatsvinden.
    - Na de interne audits en veiligheidsrondes ontvangen alle afdelingen een 'Nieuwsbrief kwaliteit en continuïteit' waarin de resultaten zijn weergegeven onder de thema's 'super!', 'goed', en 'serius werk aan de winkel'. In de nieuwsbrief van 9 juli 2018 is geschreven dat meer dan de helft van de verpleegkundigen binnen het Wit-Gele Kruis Antwerpen al betrokken zijn geweest bij de interne audits, veiligheidsrondes of afdelingsrondes. In de nieuwsbrief is bij het thema 'Super' beschreven dat de verpleegkundigen bekend zijn met de basisvereisten voor handhygiëne, dat de allergieën bevraagd worden tijdens de intake, dat de verpleegkundigen bekend zijn met het bevragen van de risico's op vallen en dat de verpleegkundigen weten hoe te handelen bij een vermoeden op oudermishandeling. Bij het thema 'goed' is onder andere beschreven dat de zorgentas voldoet aan de vereisten en dat een volledig en up-to-date wondzorgdossier aanwezig is. Bij het thema 'serius werk aan de winkel' is onder andere beschreven dat het transfertdocument nog aandacht behoeft.
    - Op de afdelingen zijn kwaliteitsborden aanwezig met daarop de actiepunten die voortkomen uit interne toetsingen of andere kwaliteitsinstrumenten.
    - In de auditrapportages is gezien dat alle afdelingen en de processen met een verhoogd risico voor patiëntveiligheid (VIR's) voorafgaand aan de NIAZ audit zijn getoetst.
    - De stuurgroep kwaliteit bespreekt de resultaten van de interne toetsingen en ziet toe op de implementatie van verbeteracties. De leden van de stuurgroep kwaliteit zijn de directieleden, de coördinator kwaliteit en patiëntveiligheid, stafmedewerkers met een aandachtsgebied inzake infectiepreventie, medicatie, patiënttevredenheid, klachten, medewerkerstevredenheid en documentbeheer/indicatoren.
    - Monitoring van de voortgang van niet behaalde criteria vindt plaats door middel van vervolgaudits.

Op basis van de bovenstaande bevindingen voldoet het intern toetsingssysteem aan de 'Accreditatieprocedure 2018 Qmentum'.





Datum: 20 december 2018	Status: definitief	<b>Wit-Gele Kruis Antwerpen</b>	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	---------------------------------	--

## Appendix A: De beoordelingssystematiek en noodzakelijke voorwaarden voor het toekennen en continueren van de accreditatiestatus

*Deze appendix vat de belangrijkste onderdelen samen van de accreditatieprocedure.*

De beoordelingssystematiek van het NIAZ bestaat uit drie componenten:

- een rekenkundige beoordeling van de normensets,
- het interne toetsingssysteem van de zorginstelling (zie onder artikel 3 van de Accreditatieprocedure),
- een gekwalificeerd eindoordeel ('noodzakelijke voorwaarden').

Om een gouden accreditatieniveau te behalen moet de organisatie voldoen aan volgende vier vereisten:

1. voldoen aan alle vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's) passend bij het profiel van de betreffende zorginstelling. Alle VIR's zijn gerelateerd aan patiëntveiligheid en dienen geborgd te zijn.
2. voldoen aan ten minste 90% van de gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) per normenset;
3. voldoen aan ten minste 81% van alle gouden criteria over alle relevante normensets;
4. voldoen aan het behalen van de minimale vereiste respons op de veiligheidscultuurmeting.

Als een organisatie niet aan alle bovengenoemde eisen voldoet maar wel voldoet aan ten minste 71% van de gouden criteria met hoge prioriteit per normenset, of aan ten minste 81% van alle gouden criteria over alle relevante normensets, behaalt de organisatie een gouden accreditatie met een aanvullende rapportage of aanwijzing. Tevens is het mogelijk dat het accreditatiebesluit wordt uitgesteld of dat een negatief besluit wordt genomen.

Het gekwalificeerd eindoordeel ('noodzakelijke voorwaarden') beschrijft de kwalificaties waaraan de balans opmakend na het toepassen van de scoringssystematiek - de zorginstelling moet voldoen.

### **NOODZAKELIJKE VOORWAARDEN voor toekennen of continueren van de accreditatiestatus**

Voor het toekennen of continueren van de accreditatiestatus is het noodzakelijk dat de betreffende zorginstelling naar het oordeel van het NIAZ genoegzaam en aantoonbaar aan een drietal voorwaarden voldoet:

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

Datum: 20 december 2018	Status: definitief	Wit-Gele Kruis Antwerpen	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------------	-----------------------	--------------------------	--

## Appendix B: Slotpresentatie

Auditbezoek  
Wit-Gele Kruis Antwerpen



wit-gele kruis  
antwerpen

Vrijdag 23 november 2018



Het hele auditteam bedankt:

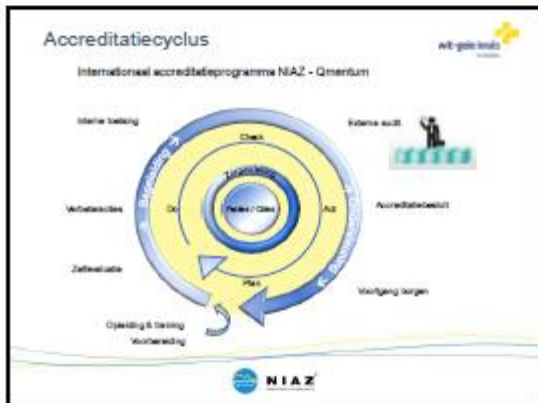
Catering en ICT

Buddy's I ♥ Buddy

Gesprekspartners

Patiënten en mantelzorgers





Wat deed u:

- Zelfevaluatie
- Intern toetsingen met en zonder de tracemethodiek

Wat deden de auditoren:

- Externe audit met behulp van de tracemethodiek
- Patiënttracers en organisatietracers
- Overleggen en crosscheck
- Bevindingen notuleren in de auditrapport



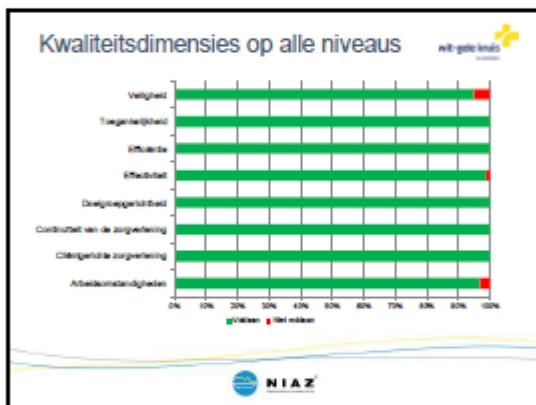
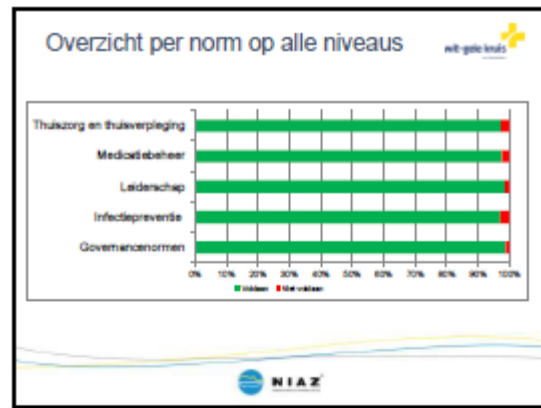
Normensets

	Normenset
1	Governance
2	Leiderschap
3	Infectiepreventie en –bestrijding voor maatschappelijke instellingen
4	Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen
5	Thuisverpleging



De eerste bevindingen



### Vereiste Instellingsrichtlijnen

Totaal:  
20 VIR's

19 voldaan

1 voldoet niet volledig:

14.1 Het team voert een veiligheidsrisicobeoordeling uit voor cliënten die thuiszorg ontvangen. (Thuisverpleging, Platnum) 14.1.4:

Het team werkt de risicobeoordeling van de veiligheid thuis regelmatig bij en gebruikt de informatie om verbeteringen door te voeren bij zorgverlening aan de cliënt

NIAZ

### Complimenten

- De warme zorg is herkenbaar voor patiënten, mantelzorgers en medewerkers
- Samenwerking Wit-Gele Kruis Antwerpen met ziekenhuizen in de regio op het gebied van chemotherapie
- Bezoeken van opgenomen patiënten in het ziekenhuis
- Consequente aandacht voor handhygiëne
- Elektronisch verpleegdossier

NIAZ

### Complimenten

- Ontwikkeling en borging van het kwaliteitssysteem:
  - Ruim vormingsaanbod
  - Compliance metingen door middel van interne toetsingen
  - Het gebruik van de kwaliteitsborden binnen de teams
- Directieteam en afdelingsleiding (versterkte teams) luisteren naar vragen en bezorgdheden van medewerkers
- Goede werkgever:
  - Mogelijkheden om door te groeien binnen de organisatie op basis van competenties
  - Werving, selectie en inwerken van medewerkers
  - Binding van medewerkers

NIAZ

### Uitdagingen

- Verder Implementeren van een continuïteitsplan
- Tijdig screenen van patiënten op besmettelijke ziekten
- Kritisch gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen



### Waar staat u nu?



### Beoordelingssystematiek van het NIAZ

#### Drie componenten

- een rekenkundige beoordeling van de normen met speciale aandacht voor de vereiste instellingsrichtlijnen
- de uitvoering van de interne toetsing binnen de zorginstelling
- een gekwalificeerd eindoordeel over de 'noodzakelijke voorwaarden'



### Intern toetsingssysteem, voorwaarden eerste accreditatie

Het interne toetsingssysteem toont aan dat:

- in het interne toetsingsbeleid staat, op basis van een risicoanalyse, opgenomen welke afdelingen/processen als hoog risico zijn aangemerkt;
- afdelingen/processen met een verhoogd risico voor cliëntveiligheid minimaal eenmaal intern zijn getoetst.

Voorgaande dient aangetoond door rapportages, actieplannen en de voortgang.



### Voorwaarden voor accreditatie

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



### Na vandaag...

- Conceptrapportage naar de Directie ter beoordeling op feitelijke onjuistheden (december 2018)
- Bestuur NIAZ besluit over verlenen accreditatiestatus (januari 2019)
- Definitief rapport in instelling (januari 2019)
- Voortgang borgen m.b.v. overzicht kwaliteitsverbetering

