NIAZ®
Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

Auditrapport

Psychiatrisch Ziekenhuis Heilige Familie

Kortrijk, België

Datum auditbezoek: 24 oktober t/m 27 oktober 2016.

Versie normenset:

Accreditatieprocedure:

Vastgesteld op: 24 november 2016

ISQua Accreditation STANDARDS
ISQua Accreditation ORGANISATION
ISQua Accreditation SURVEYOR TRAINING PROGRAMME

Inhoud

Inleiding 3

1. Samenvatting 4
   1.1 Auditinformatie 4
   1.2 Overzicht per normenset 6
   1.3 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR) 14
   1.4 Overzicht per kwaliteitsdimensie 17
   1.5 Samenvatting bevindingen 21
2. Overzicht beoordelingen op niveau goud 22
   2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen 22
   2.2 Normensets 26
3. Overzicht beoordelingen op niveau platina 28
   3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen 28
   3.2 Normensets 32
4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant 38
   4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen 38
   4.2 Normensets 40
5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren 45
   5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen 45
   5.2 Beoordelingen van zorg-specifieke normen 52
6. Resultaten instrumenten 61
7. Intern auditsysteem 62

Appendix A: De beoordelingssystematiek en noodzakelijke voorwaarden voor het toekennen en continueren van de accreditatiestatus 63

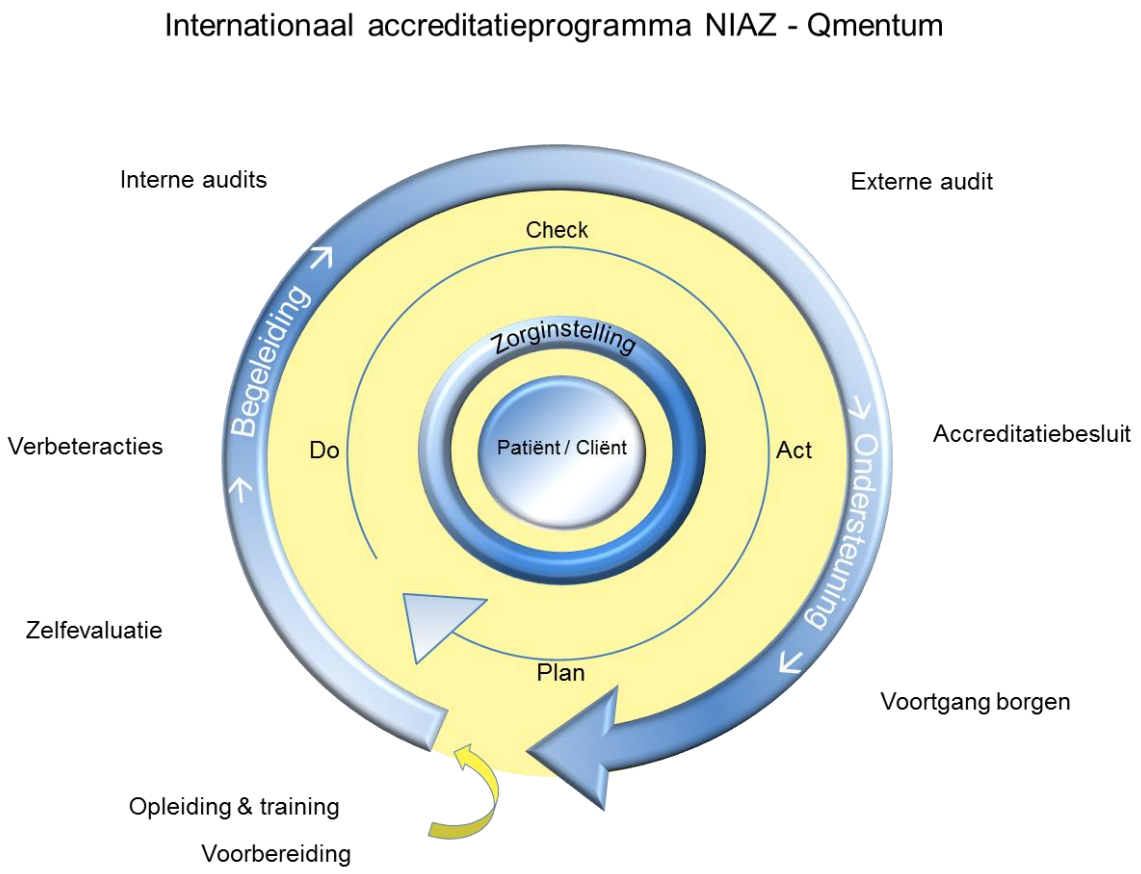
Appendix B: Auditprogramma 64

Appendix C: Slotpresentatie 67

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.



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 accreditatieprocedure is vastgelegd dat het NIAZ bij een eerste audit voor het behalen van een accreditatie verschillende eisen stelt aan een instelling:

- De criteria, zoals die op detailniveau worden getoetst door de auditoren, samengevat in paragraaf 1.5 van dit rapport.
- De drie noodzakelijke voorwaarden, zoals het NIAZ die hanteert bij een accreditatie: er moet sprake zijn van veilige zorg, van verantwoorde zorg, en van een verbetercultuur.

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 en is ook niet in dit rapport opgenomen.

1.1 Auditinformatie

Auditbezoek

Het auditbezoek heeft plaatsgevonden van dinsdag 24 oktober 2016 tot en met donderdag 27 oktober 2016.

Auditprogramma

Zie appendix B.

Auditteam

de heer dr. J.N. Schreuder
de heer dr. J.C.P. Deroover
de heer W. Vandenheede
de heer drs. M. Haspeslagh

Aanvullende informatie

PZ Heilige Familie heeft een aanvraag bij het NIAZ gedaan voor een eerste instellingsbrede accreditatie op basis van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 3.0. De accreditatie is uitgevoerd conform de Accreditatieprocedure 2016.

PZ H. Familie maakt deel uit van de Groep Zorg H. Familie vzw waarbinnen ook vier instellingen voor ouderenzorg, een initiatief beschut wonen en een psychiatrisch verzorgingstehuis zijn opgenomen.

Binnen PZ Heilige Familie is het volgende zorgaanbod voorzien:
- 5 afdelingen volwassenpsychiatrie (75 bedden en 15 plaatsen dagbehandeling)
- 3 afdelingen kinderpsychiatrie De Korbeel (24 bedden, 1 plaats dagbehandeling en 5 plaatsen nachtbehandeling)
- 1 afdeling forensische jeugdpsychiatrie De Patio (10 bedden)
- een polikliniek binnen de volwassen psychiatrie alsook binnen de kinderpsychiatrie die een screenings- en consultfunctie heeft en waarbinnen geen behandelingen gebeuren

De directie van het PZ H. Familie 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.

Normensets

Tijdens het auditbezoek zijn de volgende normensets gebruikt om de diensten en procedures van PZ H. Familie te toetsen:

Instellingsbrede normen
- Leiderschap
- Governance

Zorg-specifieke normen
- Infectiepreventie en –bestrijding
- Medicatiebeheer (kleine instelling)
- Ambulante zorg
- Geestelijke gezondheidszorg
- Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving

Instrumenten

PZ H. Familie heeft de volgende instrumenten gebruikt voor het toetsen van de (patiënt)veiligheidscultuur:
- Onderzoek naar veiligheidscultuur binnen zorginstellingen – geestelijke gezondheidszorg

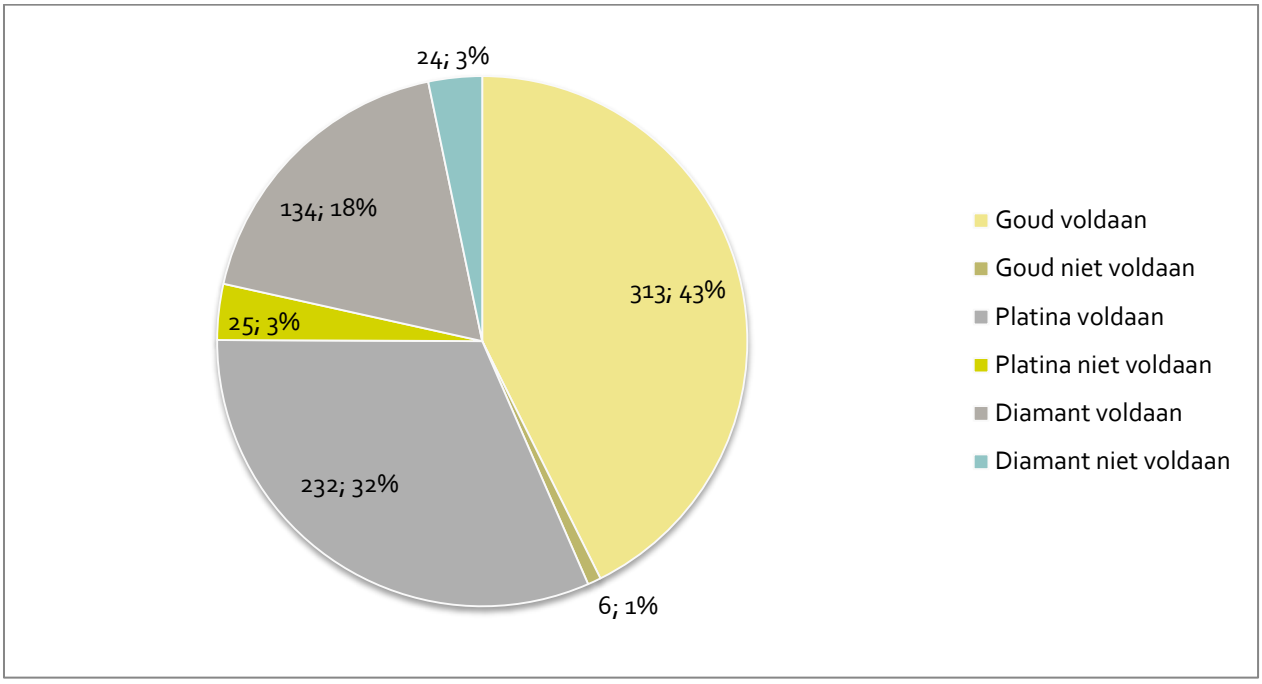
  PZ Heilige Familie heeft de gevalideerde patiëntveiligheidscultuurmeting uitgevoerd op basis van de Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR) vragenlijst die opgenomen is in het contract patiëntveiligheid met de Federale Overheidsdienst (FOD).

1.2 Overzicht per normenset

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

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

In onderstaand diagram staat in hoeverre PZ H. Familie voldoet aan de gouden, platina en diamanten criteria.



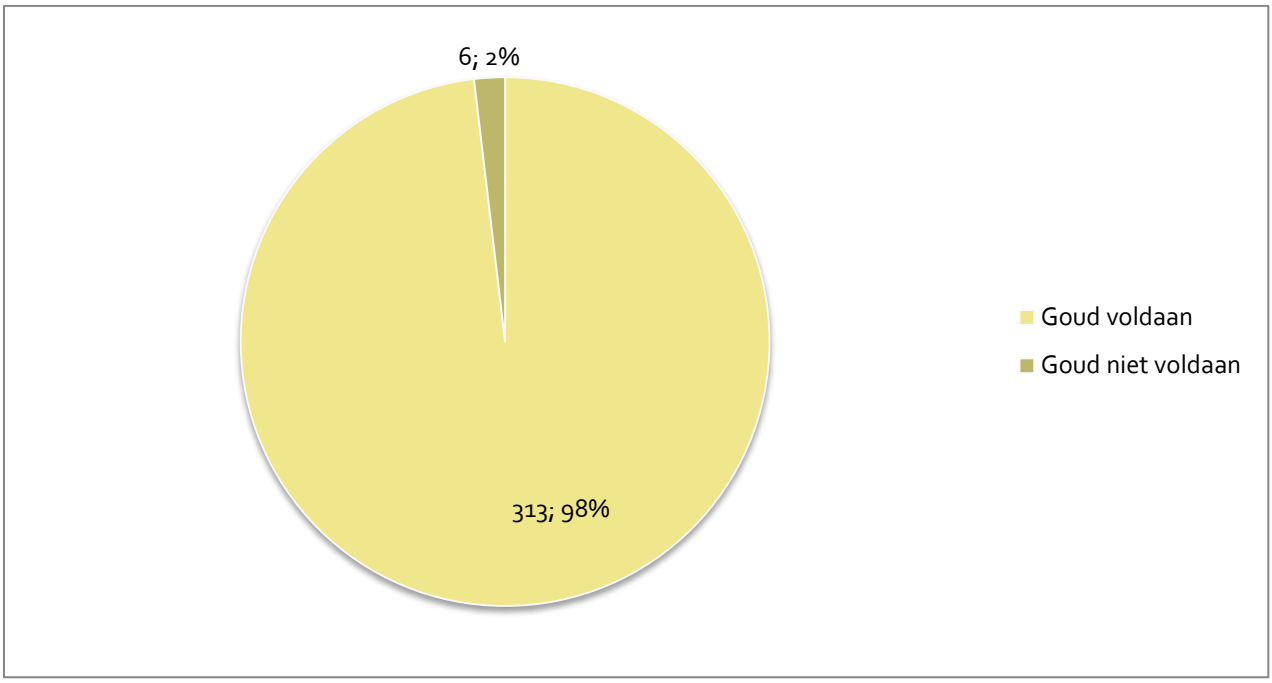
Deze tabel laat zien welke normensets zijn gebruikt bij het toetsen van de instelling, en geeft een overzicht van het aantal (en percentage) criteria dat is aangemerkt als 'voldaan', 'niet voldaan' en 'n.v.t.' tijdens het auditbezoek.

De instellingsbrede normensets gelden voor iedere organisatie en worden dan ook standaard ingezet in een accreditatieprocedure. De zorg-specifieke normensets worden ingezet aan de hand van het profiel van een organisatie: welk type zorg wordt geboden en welke afdelingen zijn aanwezig.

	Criteria met hoge prioriteit			Andere criteria			Alle criteria		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
Normen	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Instellingsbrede normen									
Governance	48 (100%)	0 (0%)	0	39 (100%)	0 (0%)	0	87 (100%)	0 (0%)	0
Leiderschap	49 (96,1%)	2 (3,9%)	0	94 (100%)	0 (0%)	1	143 (98,6%)	2 (1,4%)	1
Zorg-specifieke normen									
Infectiepre-ventie en –bestrijding	32 (94,1%)	2 (5,9%)	24	27 (87,1%)	4 (12,9%)	12	59 (90,8%)	6 (9,2%)	36
Medicatie-beheer (kleine instelling)	44 (100%)	0 (0%)	4	4 (100%)	0 (0%)	0	48 (100%)	0 (0%)	4
Ambulante zorg	66 (88%)	9 (12%)	29	29 (72,5%)	11 (27,5%)	3	95 (82,6%)	20 (17,4%)	32
Geestelijke gezondheids-zorg	49 (84,5%)	9 (15,5%)	1	80 (89,9%)	9 (10,1%)	1	129 (87,8%)	18 (12,2%)	2
Zorg op gebied van middelenmis-bruik en verslaving	65 (95,6%)	3 (4,4%)	0	54 (88,5%)	7 (11,5%)	0	119 (92,2%)	10 (7,8%)	0
Totaal	**353 (93,4%)**	**25 (6,6%)**	**58**	**327 (91,3%)**	**31 (8,7%)**	**17**	**680 (92,4%)**	**56 (7,6%)**	**75**

Gouden Criteria

In onderstaand diagram staat in hoeverre PZ H. Familie voldoet aan de gouden criteria.



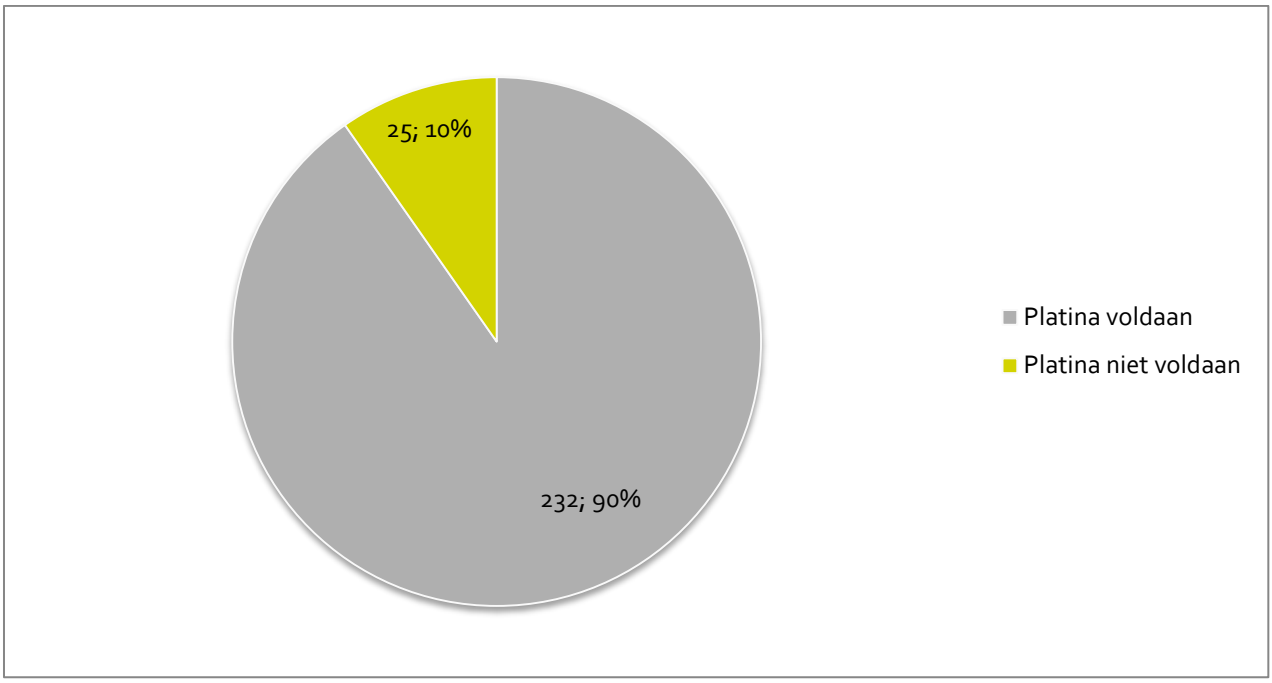
Deze tabel geeft een overzicht van het aantal (en percentage) gouden criteria dat is aangemerkt als 'voldaan', 'niet voldaan' en 'n.v.t.' tijdens het auditbezoek.

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Goud)			Andere criteria (Goud)			Alle criteria (Goud)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Instellingsbrede normen									
Governance	21 (100%)	0 (0%)	0	11 (100%)	0 (0%)	0	32 (100%)	0 (0%)	0
Leiderschap	27 (96,4%)	1 (3,6%)	0	41 (100%)	0 (0%)	0	68 (98,6%)	1 (1,4%)	0
Zorg-specifieke normen									
Infectiepre-ventie en – bestrijding	18 (100%)	0 (0%)	17	10 (100%)	0 (0%)	7	28 (100%)	0 (0%)	24
Medicatie-beheer (kleine instelling)	28 (100%)	0 (0%)	0	2 (100%)	0 (0%)	0	30 (100%)	0 (0%)	0
Ambulante zorg	35 (94,6%)	2 (5,4%)	21	9 (100%)	0 (0%)	1	44 (95,7%)	2 (4,3%)	22

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Goud)			Andere criteria (Goud)			Alle criteria (Goud)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Geestelijke gezondheids-zorg	28 (100%)	0 (0%)	1	31 (93,9%)	2 (6,1%)	0	59 (96,7%)	2 (3,3%)	1
Zorg op gebied van middelenmis-bruik en verslaving	35 (97,2%)	1 (2,8%)	0	17 (100%)	0 (0%)	0	52 (98,1%)	1 (1,9%)	0
Totaal	**192 (98%)**	**4 (2%)**	**39**	**121 (98,4%)**	**2 (1,6%)**	**8**	**313 (98,1%)**	**6 (1,9%)**	**47**

Platina Criteria

In onderstaand diagram staat in hoeverre PZ H. Familie voldoet aan de platina criteria.



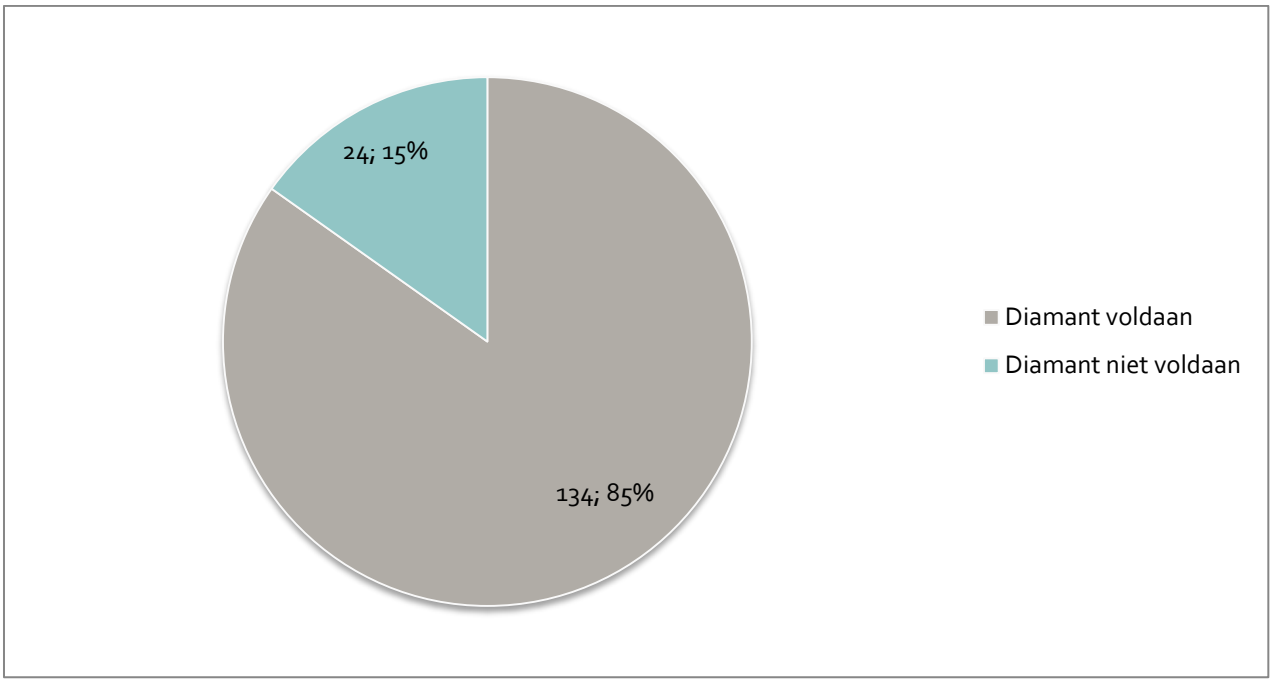
Deze tabel geeft een overzicht van het aantal (en percentage) platina criteria dat is aangemerkt als 'voldaan', 'niet voldaan' en 'n.v.t.' tijdens het auditbezoek.

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Platina)			Andere criteria (Platina)			Alle criteria (Platina)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Instellingsbrede normen									
Governance	21 (100%)	0 (0%)	0	12 (100%)	0 (0%)	0	33 (100%)	0 (0%)	0
Leiderschap	16 (100%)	0 (0%)	0	35 (100%)	0 (0%)	0	51 (100%)	0 (0%)	0
Zorg-specifieke normen									
Infectiepre-ventie en –bestrijding	12 (92,3%)	1 (7,7%)	7	11 (91,7%)	1 (8,3%)	5	23 (92%)	2 (8%)	12
Medicatie-beheer (kleine instelling)	14 (100%)	0 (0%)	4	1 (100%)	0 (0%)	0	15 (100%)	0 (0%)	4
Ambulante zorg	23 (85,2%)	4 (14,8%)	6	9 (64,3%)	5 (35,7%)	2	32 (78%)	9 (22%)	8

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Platina)			Andere criteria (Platina)			Alle criteria (Platina)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Geestelijke gezondheids-zorg	14 (70%)	6 (30%)	0	24 (88,9%)	3 (11,1%)	0	38 (80,9%)	9 (19,1%)	0
Zorg op gebied van middelenmis-bruik en verslaving	22 (95,7%)	1 (4,3%)	0	18 (81,8%)	4 (18,2%)	0	40 (88,9%)	5 (11,1%)	0
Totaal	**122 (91%)**	**12 (9%)**	**17**	**110 (89,4%)**	**13 (10,6%)**	**7**	**232 (90,3%)**	**25 (9,7%)**	**24**

Diamanten Criteria

In onderstaand diagram staat in hoeverre PZ H. Familie voldoet aan de diamanten criteria.



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

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Diamant)			Andere criteria (Diamant)			Alle criteria (Diamant)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Instellingsbrede normen									
Governance	6 (100%)	0 (0%)	0	16 (100%)	0 (0%)	0	22 (100%)	0 (0%)	0
Leiderschap	6 (85,7%)	1 (14,3%)	0	18 (100%)	0 (0%)	1	24 (96%)	1 (4%)	1
Zorg-specifieke normen									
Infectiepre-ventie en –bestrijding	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0	6 (75%)	2 (25%)	0	8 (72,7%)	3 (27,3%)	0
Medicatie-beheer (kleine instelling)	2 (100%)	0 (0%)	0	1 (100%)	0 (0%)	0	3 (100%)	0 (0%)	0
Ambulante zorg	8 (72,7%)	3 (27,3%)	2	11 (64,7%)	6 (35,3%)	0	19 (67,9%)	9 (32,1%)	2

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Diamant)			Andere criteria (Diamant)			Alle criteria (Diamant)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Geestelijke gezondheids-zorg	7 (70%)	3 (30%)	0	25 (86,2%)	4 (13,8%)	1	32 (82,1%)	7 (17,9%)	1
Zorg op gebied van middelenmis-bruik en verslaving	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0	18 (85,7%)	3 (14,3%)	0	26 (86,7%)	4 (13,3%)	0
Totaal	**39 (81,3%)**	**9 (18,8%)**	**2**	**95 (86,4%)**	**15 (13,6%)**	**2**	**134 (84,8%)**	**24 (15,2%)**	**4**

1.3 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.

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

Normen	Gouden VIR's		Platina VIR's		Diamanten VIR's	
	Voldaan	Niet voldaan	Voldaan	Niet voldaan	Voldaan	Niet voldaan
Instellingsbrede normen						
Governance	0	0	0	0	0	0
Leiderschap	3	0	0	0	1	0
Zorg-specifieke normen						
Infectiepreventie en –bestrijding	1	0	1	0	0	0
Medicatiebeheer (kleine instelling)	0	0	1	0	0	0
Ambulante zorg	1	0	1	0	0	0
Geestelijke gezondheidszorg	1	0	1	1	1	0
Zorg op gebied van middelen-misbruik en verslaving	1	0	1	0	1	0
Totale aantal (%)	**7 (100%)**	**0 (0%)**	**5 (83,3%)**	**1 (16,7%)**	**3 (100%)**	**0 (0%)**

Deze tabel geeft een overzicht van de beoordelingen van de VIR's per patiëntveiligheidsgebied.

VIR	Beoordeling	Niveau
Communicatie		
Cliëntverificatie (Ambulante zorg)	Voldaan	Goud
Cliëntverificatie (Geestelijke gezondheidszorg)	Voldaan	Goud
Cliëntverificatie (Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving)	Voldaan	Goud
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Ambulante zorg)	Voldaan	Platina
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Geestelijke gezondheidszorg)	Voldaan	Platina
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten (Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving)	Voldaan	Platina
Medicatieafstemming (Geestelijke gezondheidszorg)	Voldaan	Diamant
Medicatieafstemming (Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving)	Voldaan	Diamant
Medicatieverificatie als prioriteit (Leiderschap)	Voldaan	Diamant
Medicijngebruik		
High-alertmedicatie (Medicatiebeheer (kleine instelling))	Voldaan	Platina
Arbeidsomstandigheden		
Programma voor preventief onderhoud (Leiderschap)	Voldaan	Goud
Training over patiëntveiligheid (Leiderschap)	Voldaan	Goud
Infectiepreventie en -beheersing		
Handhygiëne (Infectiepreventie en –bestrijding)	Voldaan	Goud

VIR	Beoordeling	Niveau
Veilige injectiepraktijken (Infectiepreventie en –bestrijding)	Voldaan	Platina
Veiligheidscultuur		
Incidentmelden (Leiderschap)	Voldaan	Goud
Risicomanagement		
Valpreventiebeleid (Geestelijke gezondheidszorg)	Niet voldaan	Platina

1.4 Overzicht per kwaliteitsdimensie

Het internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum gebruikt acht kwaliteitsdimensies om de kwaliteit van zorg weer te geven. Elk criterium in een norm is gerelateerd aan een specifieke kwaliteitsdimensie. Deze tabel geeft een overzicht van het aantal (en percentage) criteria per kwaliteitsdimensie dat is aangemerkt als 'voldaan', 'niet voldaan' en 'n.v.t.' tijdens het auditbezoek.

Normen	Doelgroepgerichtheid			Toegankelijkheid		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Instellingsbrede normen						
Governance	6 (100%)	0 (0%)	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Leiderschap	13 (100%)	0 (0%)	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Zorg-specifieke normen						
Infectiepreventie en –bestrijding	3 (60%)	2 (40%)	0	5 (100%)	0 (0%)	0
Medicatiebeheer (kleine instelling)	0 Nvt	0 Nvt	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Ambulante zorg	2 (66,7%)	1 (33,3%)	1	5 (71,4%)	2 (28,6%)	0
Geestelijke gezondheidszorg	10 (83,3%)	2 (16,7%)	0	9 (90%)	1 (10%)	0
Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0	8 (100%)	0 (0%)	0
Totaal	**42 (87,5%)**	**6 (12,5%)**	**1**	**27 (90%)**	**3 (10%)**	**0**

Normen	Cliëntgerichte Zorgverlening			Continuïteit van de zorgverlening		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Instellingsbrede normen						
Governance	0 Nvt	0 Nvt	0	1 (100%)	0 (0%)	0
Leiderschap	2 (100%)	0 (0%)	0	1 (100%)	0 (0%)	0
Zorg-specifieke normen						
Infectiepreventie en –bestrijding	0 Nvt	0 Nvt	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Medicatiebeheer (kleine instelling)	6 (100%)	0 (0%)	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Ambulante zorg	16 (94,1%)	1 (5,9%)	3	9 (100%)	0 (0%)	0
Geestelijke gezondheidszorg	31 (96,9%)	1 (3,1%)	0	8 (100%)	0 (0%)	0
Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving	19 (95%)	1 (5%)	0	7 (77,8%)	2 (22,2%)	0
Totaal	**74 (96,1%)**	**3 (3,9%)**	**3**	**26 (92,9%)**	**2 (7,1%)**	**0**

Normen	Arbeidsomstandigheden			Veiligheid		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Instellingsbrede normen						
Governance	12 (100%)	0 (0%)	0	4 (100%)	0 (0%)	0
Leiderschap	33 (100%)	0 (0%)	0	30 (93,8%)	2 (6,3%)	0
Zorg-specifieke normen						
Infectiepreventie en –bestrijding	1 (100%)	0 (0%)	2	30 (96,8%)	1 (3,2%)	17
Medicatiebeheer (kleine instelling)	1 (100%)	0 (0%)	0	24 (100%)	0 (0%)	5
Ambulante zorg	15 (93,8%)	1 (6,3%)	0	7 (100%)	0 (0%)	23
Geestelijke gezondheidszorg	14 (93,3%)	1 (6,7%)	1	14 (87,5%)	2 (12,5%)	1
Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving	16 (94,1%)	1 (5,9%)	0	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0
Totaal	**92 (96,8%)**	**3 (3,2%)**	**3**	**127 (95,5%)**	**6 (4,5%)**	**46**

Normen	Efficiëntie			Effectiviteit		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Instellingsbrede normen						
Governance	16 (100%)	0 (0%)	0	48 (100%)	0 (0%)	0
Leiderschap	9 (100%)	0 (0%)	0	60 (100%)	0 (0%)	1
Zorg-specifieke normen						
Infectiepreventie en –bestrijding	2 (100%)	0 (0%)	0	20 (87%)	3 (13%)	17
Medicatiebeheer (kleine instelling)	2 (100%)	0 (0%)	0	16 (100%)	0 (0%)	1
Ambulante zorg	3 (60%)	2 (40%)	0	40 (75,5%)	13 (24,5%)	8
Geestelijke gezondheidszorg	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0	44 (80%)	11 (20%)	1
Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving	3 (100%)	0 (0%)	0	43 (91,5%)	4 (8,5%)	0
Totaal	**37 (92,5%)**	**3 (7,5%)**	**0**	**271 (89,7%)**	**31 (10,3%)**	**28**

1.5 Samenvatting bevindingen

Om een gouden accreditatieniveau te behalen moet de organisatie voldoen aan de volgende vier vereisten:
- een 100% score behalen op alle gouden vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's);
- voldoen aan ten minste 90% van de gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) per normenset;
- voldoen aan ten minste 81% van alle gouden criteria over alle relevante normensets;
- voldoen aan het behalen van de minimale vereiste respons op de patiëntveiligheidscultuurmeting.

Als een organisatie voldoet aan deze vier eisen, geeft het rekenalgoritme van Qmentum een positief advies voor de accreditatie.

Als een organisatie niet voldoet aan een of meer van deze vier eisen, dan zijn er de volgende mogelijkheden:

1) Als een instelling hooguit aan 80% van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet, dan geeft het rekenalgoritme een negatief advies.
2) Als een instelling voldoet aan ten minste 81% van alle gouden criteria over alle relevante normensets maar tegelijkertijd bij één of meer normensets aan hooguit 70% van alle gouden criteria met een hoge prioriteit voldoet, dan geeft het rekenalgoritme een negatief advies.
3) Als een instelling voldoet aan ten minste 81% van alle gouden criteria over alle relevante normensets en per normenset voldoet aan ten minste 71% van alle gouden criteria met hoge prioriteit, dan geeft het rekenalgoritme een positief advies, met aanwijzingen of een aanvullende rapportage.

Deze vereisten gelden als richtlijn bij het nemen van het accreditatiebesluit. Het NIAZ baseert zich naast deze kwantitatieve richtlijn op een kwalitatieve beoordeling van de mate waarin de instelling voldoet aan de drie noodzakelijke voorwaarden, zoals vermeld in de geldende accreditatieprocedure, en aan de overige vereisten die in de accreditatieprocedure vermeld staan.

	Resultaat	**Eis**
Hoeveel procent van alle gouden vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's) is behaald?	100%	100%
Is per normenset aan het vereiste aandeel gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) voldaan?	Alle normensets scoren boven de 90%	90% per normenset
Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling?	98%	81%
Wat is de respons op de patiëntveiligheidscultuurmeting?	108	108

2. Overzicht beoordelingen op niveau goud

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de beoordelingen door het auditteam van de criteria op niveau goud.

2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

In deze tabel ziet u de beoordeling van de gouden VIR's, het patiëntveiligheidsgebied daaraan gerelateerd, en de normenset waar zij betrekking op hebben.

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
Communicatie			
Cliëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures.	Ambulante zorg 10.7	Voldaan	Bij een psychiatrische poliklinisch consult gebeurt de identificatie van de patiënt aan de hand van het inlezen van de e-ID (electronische identiteitskaart) in het EPD (electronisch patiëntendossier) waarbij een pasfoto is opgenomen en het bevragen van de naam en geboortedatum, aldus twee psychiaters en een medewerkster van het klinisch secretariaat. Bij een eventueel volgend poliklinisch consult gebeurt de identificatie door het vergelijken van de foto in het patiëntendossier en het bevragen van de naam en geboortedatum van de patiënt, aldus auditees.
Cliëntverificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures.	Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving 10.8	Voldaan	De auditor heeft een protocol voor patiëntenidentificatie ingezien. De methode bestaat er in om aan de hand van een foto de patiënt te identificeren en de naam van de patiënt te bevragen. Op de afdeling voor verslavingszorg heeft de auditor bevestigd gezien dat de patiënt geïdentificeerd is aan de hand van een foto van de identiteitskaart en het bevragen van de naam. Indien

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			er geen identiteitskaart beschikbaar is, neemt een teamlid op de afdeling zelf een foto, mits toestemming.
Cliëntverificatie Het team hanteert een cliënt identificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures.	Geestelijke gezondheidszorg 12.1	Voldaan	De auditor heeft een protocol voor patiëntenidentificatie ingezien. De methode bestaat er in om aan de hand van een foto en het bevragen van de naam de patiënt te identificeren. In Leefgroep 3 van de Korbeel heeft de auditor bevestigd gezien dat de patiënt geïdentificeerd is aan de hand van een foto en het bevragen van de naam. Indien er geen identiteitskaart beschikbaar is, neemt een teamlid op de afdeling zelf een foto, mits toestemming. De verpleegkundige heeft binnen het medicatiebeheer-programma zicht op de foto van de patiënt bij medicatietoediening.
Arbeidsomstandigheden			
Training over patiëntveiligheid De instelling verzorgt ten minste eenmaal per jaar trainingen en opleidingen cliëntveiligheid voor organisatiemanagers, zorgverleners en andere medewerkers en vrijwilligers. Het gaat hierbij onder meer om opleidingen gericht op specifieke aandachtsgebieden van cliëntveiligheid.	Leiderschap 11.8	Voldaan	Auditor heeft vernomen van meerdere medewerkers dat training en opleiding inzake patiëntveiligheid jaarlijks voorzien is en gericht is naar de problematiek van elke afdeling. Auditor heeft vernomen van meerdere medewerkers dat training en opleiding inzake patiëntveiligheid jaarlijks voorzien is en gericht is naar de problematiek van elke afdeling. Op drie afdelingen is agressie het grootste probleem en op deze afdelingen is specifieke agressieopleiding gegeven zowel in de groep als individueel.

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			Er is bijkomende specifieke vorming en training gegeven omtrent agressie als onderdeel van het inscholingsplan en op vraag van afdelingen. Andere thema's voor opleiding inzake patiëntveiligheid komt uit de personeelstevredenheids-enquête. Voor 2017 is een opleidingsplan uitgewerkt voor alle medewerkers omtrent stress en burnout. Auditor heeft dit plan ingezien.
Programma voor preventief onderhoud De instellingsleiding zorgt voor een effectief preventief onderhoud van medische instrumenten, materialen, medische apparatuur en medische technologie.	Leiderschap 10.5	Voldaan	Auditor heeft een programma voor en rapporten over preventief onderhoud van de aanwezige medische apparatuur ingezien. Auditor heeft bevestigd gezien dat een proces is ingesteld om de effectiviteit van het preventief onderhoud te evalueren.Iedere medisch apparaat heeft een eigen opvolgingsdocument. Auditor heeft dit bevestigd gezien. Auditor heeft een analyse en opvolging van een incident met een medisch apparaat binnen het incidentenbeleid vastgesteld.
Infectiepreventie en -beheersing			
Handhygiëne De instelling voorziet de medewerkers van middelen om te voldoen aan de aanbevolen richtlijnen op het gebied van handhygiëne.	Infectiepreventie en –bestrijding 6.3	Voldaan	Op de afdelingen Anker, Boeg, Bolder en Patio heeft de auditor middelen en voorlichtingsmateriaal aangetroffen in de verpleegpost en in de toiletten inzake de richtlijnen op het gebied van handhygiëne. Auditor heeft vernomen van meerdere auditees dat training inzake de juiste technieken voor handhygiëne is gegeven voor alle medewerkers. Deze training is opgenomen in het inwerkplan van nieuwe medewerkers.

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			Auditor heeft gezien dat medewerkers beschikken over handalcohol bij het toedienen van directe patiëntenzorg. Auditor heeft vastgesteld dat kranen een veilige, continue watertoevoer voorzien, alsook dat noodzakelijke middelen om de handen te wassen aanwezig zijn.
Veiligheidscultuur			
Incidentmelden De instelling voert een meldsysteem en passende follow-up in voor bijwerkingen, incidenten en bijna-ongevallen. Het rapportagesysteem voldoet aan de vigerende wet- en regelgeving, en valt binnen de door de wetgeving geboden bescherming.	Leiderschap 16.4	Voldaan	De instelling gebruikt een meldsysteem voor bijwerkingen, incidenten en bijna-ongevallen in het EPD. De auditor heeft dit bevestigd gezien in het EPD. Het incidentmeldsysteem is via het EPD beschikbaar op het intranet. Geaggregeerde gegevens van de meldingen kunnen worden geopend via het EPD in de on-line-bibliotheek 'Statistieken incidentmelsdingen'. Met behulp van filters kan toegespitst worden op specifieke incidenten. De meldingen worden na analyse zo nodig gebruikt voor verbeteracties die in het meldsysteem zijn terug te vinden. De auditor heeft een uitgevoerde PRISMA-analyse ingezien.

2.2 Normensets

In deze tabel ziet u de gouden criteria die als 'niet voldaan' zijn beoordeeld. De criteria met hoge prioriteit zijn aangeduid met een uitroepteken.

Instellingsbrede normensets

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Governance		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Leiderschap		
13.5 De instelling oefent regelmatig de rampenbestrijdingsplannen om de staat van paraatheid te beoordelen.	!	Uit gesprekken met directieleden, leidinggevenden en staffunctionarissen is gebleken dat sinds 2014 geen oefeningen inzake de staat van paraatheid bij rampenbestrijding, hebben plaatsgevonden. In 2014 zijn zandbakoefeningen doorgegaan, zoals blijkt uit rapportages die in het documentbeheersysteem beschikbaar zijn. Desgevraagd geven alle bevraagde auditees aan dat de e-learning-module over brandpreventie, die sinds een maand on-line is, door iedereen verplicht is in te vullen. Een verpleegkundig diensthoofd heeft de auditor laten zien hoe zij toeziet op welke van haar medewerkers deze e-learning tool hebben ingevuld en wie nog niet. De stafmedewerker zorg licht toe dat hij een melding krijgt van iedere deelname aan de e-learning module. Een medewerker die de e-learning module met onvoldoende resultaat heeft afgelegd, krijgt via het systeem de opdracht om de test opnieuw te doen (zonder menselijke tussenkomst). De verpleegkundige diensthoofden zien er op toe dat alle medewerkers van hun eigen afdelingen de e-learning module met voldoende resultaat hebben ingevuld. Fysieke ontruimingsoefeningen zijn niet uitgevoerd in 2015 en in 2016.

Zorg-specifieke normensets

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Infectiepreventie en –bestrijding		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Medicatiebeheer (kleine instelling)		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Ambulante zorg		
7.3 Het team houdt bij hoeveel cliënten niet verschijnen voor geplande afspraken.	!	Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling geven aan dat ze niet standaard bijhouden hoeveel patiënten niet verschijnen op een geplande afspraak. Indien gewenst kan de dienst ICT hen de gegevens omtrent het aantal patiënten die niet verschijnen op een geplande afspraak bezorgen, aldus auditees.
17.1 Het team heeft een kwaliteits- en veiligheidsplan dat verbeterpunten en actieplannen in kaart brengt.	!	Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling geven aan dat er geen kwaliteits- en veiligheidsplan beschikbaar is specifiek voor de psychiatrische polikliniek.
Geestelijke gezondheidszorg		
5.3 De teamleiders controleren of elk teamlid de juiste en actuele diploma's heeft.		De verpleegkundige diensthoofden hebben zelf geen zicht op de diploma's van de medewerkers. Informatie over de diploma's van de medewerkers kunnen ze opvragen bij de human resources (HR)dienst, aldus meerdere teamverantwoordelijken.
16.1 Het team hanteert evidence-based richtlijnen voor geestelijke gezondheidszorg.		Op de afdeling leefgroep 3 van de Korbeel, alsook op de afdelingen Kiel, Anker en Patio geven auditees aan dat ze vooral onder stimulans van hun psychiaters aandacht hebben voor richtlijnen maar deze richtlijnen niet systematisch hanteren in hun dagelijkse werking. Auditees weten dat er richtlijnen zijn maar kunnen deze niet aantonen.
Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving		
5.7 Het team volgt een training over het gebruik van farmacotherapie bij de behandeling van problemen op het gebied van middelenmisbruik en verslaving.	!	Het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling verslavingszorg geeft aan dat er geen training is doorgegaan betreffende het gebruik van farmaca bij middelenmisbruik en verslaving.

3. Overzicht beoordelingen op niveau platina

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de beoordelingen door het auditteam van de criteria op niveau platina.

3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

In deze tabel ziet u de beoordeling van de platina VIR's, het patiëntveiligheidsgebied daaraan gerelateerd, en de normenset waar zij betrekking op hebben.

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
Communicatie			
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.	Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving 12.4	Voldaan	De auditor heeft een protocol voor de overdracht van patiëntinformatie ingezien. De auditor heeft bevestigd gezien dat voor de overdracht van patiëntinformatie formulieren op basis van de SBAR-methode in gebruik zijn. Binnen de afdeling voor verslavingszorg zijn specifieke checklists in gebruik die een protocollaire opvolging mogelijk maken van de voorbereidingen ten aanzien van informatieoverdracht bij ontslag of transfer.
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.	Ambulante zorg 12.5	Voldaan	Auditor heeft vernomen van de hoofdarts alsook van andere psychiaters en directieleden dat de poliklinische werking enkel psychiatrische consulten omvatten die een screeningfunctie hebben ten aanzien van verdere doorverwijzing naar externe ambulant werkende therapeuten of die tot een opname in het ziekenhuis leiden. Binnen de poliklinische werking gebeurt geen psychiatrische behandeling, aldus de hoofdarts en andere psychiaters. De psychiaters houden een patiëntendossier bij van de poliklinische patiënten.

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			Auditor heeft meerdere patiëntendossiers ingezien en heeft dit bevestigd gezien. Indien de psychiater tijdens het poliklinisch consult een patiënt op vraag van een verwijzer ziet, dan krijgt deze verwijzer een verwijsbrief of vindt er een telefonisch contact plaats in een kritieke situatie. Het gestandaardiseerd protocol inzake informatieoverdracht is van toepassing op de poliklinische werking.
Overdracht van cliënteninformatie op overplaatsingspunten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.	Geestelijke gezondheidszorg 14.6	Voldaan	De auditor heeft een protocol voor de overdracht van patiëntinformatie ingezien in het documentbeheersysteem. De auditor heeft vastgesteld op meerdere afdelingen dat voor de overdracht van patiëntinformatie formulieren op basis van de SBAR-methode in gebruik zijn.
Medicijngebruik			
High-alertmedicatie De instelling implementeert een uitvoerig beleid voor het beheren van 'high-alertmedicatie'.	Medicatiebeheer (kleine instelling) 1.8	Voldaan	De auditor heeft een procedure inzake het beheer van 'high-alert medicatie' ingezien in het documentbeheersysteem. De auditor heeft in deze procedure vastgesteld dat de apotheker als verantwoordelijke persoon voor het implementeren en monitoren van het beleid inzake high-alert medicatie is benoemd. De auditor heeft een lijst van 'high-alertmedicatie' ingezien. De auditor heeft in het documentbeheersysteem vastgesteld dat procedures voor het opslaan, voorschrijven, bereiden, uitdelen, toedienen en documenteren van high-alert medicatie beschikbaar zijn. Het ziekenhuis heeft een beleid opgesteld inzake

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			standaardisatie van concentraties en beschikbare volumes voor high-alert medicatie per afdeling. Dit beleid heeft de apotheker toegelicht aan de auditor. De auditor heeft het beleid inzake standaardisatie van concentraties en beschikbare volumes voor high-alert medicatie toegepast gezien op afdelingen. De auditor heeft in de planning van interne audits bevestigd gezien dat interne audits hebben plaatsgevonden inzake het beleid van high-alert medicatie op de afdelingen. Meerdere verpleegkundigen hebben aangegeven dat ze trainingen en opleiding hebben gevolgd omtrent het beleid van high-alert medicatie. Het beleid inzake high alertmedicatie is gekend op de bevraagde afdelingen (Bolder, Kiel en Anker).
Infectiepreventie en -beheersing			
Veilige injectiepraktijken De instelling ontwikkelt protocollen en werkwijzen voor veilig injecteren om schade aan cliënten, zorgverleners en de mensen thuis te voorkomen. Nalevingstest(s):	Infectiepreventie en –bestrijding 4.5	Voldaan	De auditor heeft in het documentbeheersysteem procedures ingezien die afspraken en werkwijzen weergeven ten aanzien van het beleid omtrent veilig injecteren. Op de afdelingen Anker, Boeg, Bolder en Patio heeft de auditor veiligheidscontainers aangetroffen die gebruikt zijn voor het afvoeren van injectienaalden. De stafmedewerker zorg heeft een overzicht getoond van de verschillende soorten beschikbare injectienaalden, die allemaal van het type veilige BD-eclips zijn. De auditor heeft in het gesprek met de vertegenwoordigers

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			van het medisch farmaceutisch comité vernomen dat opvolging van het beleid inzake veilig injecteren gebeurt binnen het medisch farmaceutisch comité.
Risicomanagement			
Valpreventiebeleid Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren. Het team implementeert een valpreventiebeleid.	Geestelijke gezondheidszorg 17.3.1	Niet voldaan	In het documentbeheers-systeem heeft de auditor een document ingezien die het beleid inzake valpreventie bepaald. Op de afdelingen leefgroep 3 van de Korbeel, Anker, Kiel en Patio heeft de auditor geen toepassing van het valpreventiebeleid kunnen vaststellen. Op leefgroep 1 van de Korbeel geven auditees aan op basis van diverse parameters (onder andere medicatie en patiëntkenmerken) aandacht te hebben voor valpreventie.
Valpreventiebeleid Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren. Het team evalueert regelmatig het valpreventiebeleid.	Geestelijke gezondheidszorg 17.3.4	Niet voldaan	De auditor heeft geen evaluatie van het valpreventiebeleid kunnen vaststellen.
Valpreventiebeleid Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren. Het team gebruikt de resultaten van de evaluatie voor verbeteringen in het valpreventiebeleid.	Geestelijke gezondheidszorg 17.3.5	Niet voldaan	De auditor heeft geen evaluatie van het valpreventiebeleid kunnen vaststellen.

3.2 Normensets

In deze tabel ziet u de platina criteria die als 'niet voldaan' zijn beoordeeld. De criteria met hoge prioriteit zijn aangeduid met een uitroepteken.

Instellingsbrede normensets

Platina criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge priorieit	Opmerkingen auditoren
Governance		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Leiderschap		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		

Zorg-specifieke normensets

Platina criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Infectiepreventie en –bestrijding		
1.4 De instelling gebruikt standaarddefinities en aanvaarde statistische technieken om informatie over infecties te delen en te vergelijken.		De vertegenwoordigers van het comité ziekenhuishygiëne melden dat zij geen analyses verrichten omdat ze geen cijfers over infecties bijhouden.
5.5 De instelling biedt opleiding en trainingen over infectiepreventie en - bestrijding aan aan samenwerkingspartners, andere instellingen en de gemeenschap.	!	De vertegenwoordigers van het comité ziekenhuishygiëne melden dat zij enkel opleiding geven in het eigen ziekenhuis. Ze geven geen opleiding aan bijvoorbeeld instellingen voor beschut wonen of centra geestelijke gezondheidszorg.
Medicatiebeheer (kleine instelling)		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Ambulante zorg		
4.9 Nieuwe teamleden worden opgeleid in het hanteren van de instellingsprocedure(s) ten aanzien van het omgaan met ethische kwesties.	!	De stafmedewerker zorg meldt dat er voor nieuwe teamleden geen specifieke opleiding voorzien is in het omgaan met ethische kwesties.
6.1 Het team brengt belemmeringen in kaart die cliënten, hun familieleden, zorgverleners en verwijzers de toegang tot diensten beletten, en neemt deze waar mogelijk weg.		Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdelingen melden dat binnen de psychiatrische poliklinische werking geen gegevens zijn bijgehouden die hen zicht kunnen geven over belemmeringen tot de toegang van de psychiatrische poliklinische werking.
7.4 Het team werkt met methodes om het nakomen van geplande afspraken te verhogen.	!	Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling geven aan dat ze niet standaard bijhouden hoeveel patiënten niet verschijnen op een geplande afspraak. Indien gewenst kan de dienst ICT hen de gegevens omtrent het aantal patiënten die niet verschijnen op een geplande afspraak bezorgen, aldus auditees.
15.2 Het team volgt een standaardprocedure om evidence-based richtlijnen voor ambulante zorgverlening te selecteren.		Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling melden dat er geen standaardprocedure bestaat om evidence-based richtlijnen voor de poliklinische werking te bepalen.

15.6 Het team beschikt op de 'werkvloer' over richtlijnen.		Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling kunnen geen richtlijnen voorleggen die geldig zijn binnen de psychiatrische poliklinische werking.
15.7 Het team beoordeelt zijn richtlijnen regelmatig om te controleren of zij actueel zijn en de huidige stand van onderzoek en best practices weerspiegelen.	!	Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling kunnen geen richtlijnen voorleggen die geldig zijn binnen de psychiatrische poliklinische werking.
17.3 Het team houdt diagnosespecifieke uitkomstmetingen bij.	!	Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling melden dat er noch bij de kinderen noch bij de volwassenen patiënten in de psychiatrische polikliniek uitkomstmetingen plaatsvinden.
17.4 De instelling monitort uitkomstmetingen van de processen om de manier waarop zij ambulante zorg verleent te beoordelen.		Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling melden dat er noch bij de kinderen noch bij de volwassenen patiënten in de psychiatrische polikliniek uitkomstmetingen plaatsvinden.
17.5 De instelling monitort meningen van cliënten over de kwaliteit van haar ambulante dienstverlening.		Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling melden dat er geen systeem in gebruik is om patiënten te bevragen over de kwaliteit van de dienstverlening binnen de psychiatrische polikliniek.
Geestelijke gezondheidszorg		
1.4 De teamleiders analyseren de informatie over cliënten om te bepalen wat de benodigde samenstelling en omvang van het team is. Ook kijken de teamleiders naar de infrastructuur, voorzieningen, apparatuur en andere 'middelen' die nodig zijn voor de zorgverlening.	!	Meerdere auditees geven aan dat ze over beperkte infrastructuur beschikken. Deze beperkte infrastructuur heeft een impact op de beschikbare middelen, aldus auditees. Zo hebben de therapeuten in de afdelingen Anker en Kiel te weinig computers waardoor het invullen van het elektronisch patiëntendossier niet steeds onmiddellijk kan gebeuren. Een masterplan is opgemaakt om uitbreiding te voorzien van lokalen waardoor tegemoet gekomen zal worden aan de infrastructurele noden, aldus de algemeen directeur en meerdere auditees.

3.2 Het team beschikt over afgezonderde ruimtes om de privacy van cliënten en hun familieleden en de vertrouwelijkheid van hun gesprekken te waarborgen.	!	Er is op elke afdeling een afgezonderde ruimte om de privacy van patiënten en hun familieleden en de vertrouwelijkheid van gesprekken te waarborgen. Indien meerdere patiënten en of familieleden tegelijkertijd nood hebben aan een gesprek kunnen teamleden niet steeds op ingaan op de vraag tot gesprek door het beperkt aantal beschikbare ruimtes op de afdeling, aldus twee verpleegkundigen en een verpleegkundig diensthoofd. De directie is zich hiervan bewust, aldus de algemeen directeur. In het masterplan om een nieuwbouw te realiseren zijn er bijkomende gesprekruimtes voorzien.
3.3 Het team beschikt over voldoende werkruimte voor teambesprekingen over cliënten en hun familieleden.	!	De infrastructuur op de diverse afdelingen is beperkt qua ruimte. Op de afdeling Patio is er weinig ruimte voor ontspannings- en sportmogelijkheden, aldus verpleegkundigen van de afdeling Patio. De afdelingen De Kiel en het Anker hebben beperkte ruimte voor individuele gesprekken volgens verpleegkundigen van deze afdelingen. De directie erkent dit probleem en heeft reeds een masterplan om hieraan te verhelpen, aldus de voorgenoemde auditees.
5.10 Het team volgt een training in culturele competenties.		Auditees van de afdelingen leefgroep 1 en 3 van de Korbeel, alsook de afdelingen Anker, Kiel en Patio geven aan dat er geen systematische training in culturele competenties geland is.
5.11 Het team wordt opgeleid in het hanteren van de instellingsprocedure(s) rond ethische kwesties	!	Auditees van de afdelingen leefgroep 1 en 3 van de Korbeel alsook van de afdelingen, Kiel, Anker en Patio geven aan dat er geen systematische training gepland is rond ethische kwesties.
16.2 Het team volgt een gestandaardiseerde procedure om evidence-based richtlijnen voor geestelijke gezondheidszorg te selecteren.		Op de afdeling leefgroep 3 van de Korbeel, alsook op de afdelingen Kiel, Anker en Patio geven verpleegkundigen aan dat ze niet systematisch richtlijnen hanteren in hun dagelijkse werking. Er is geen gestandaardiseerde procedure om evidence-based richtlijnen voor geestelijke gezondheidszorg te selecteren, aldus auditees.

16.4 Het team gebruikt klinische richtlijnen om het verlenen van geestelijke gezondheidszorg te standaardiseren.		Op de afdeling leefgroep 3 van de Korbeel, alsook op de afdelingen Kiel, Anker en Patio geven verpleegkundigen aan dat ze niet systematisch richtlijnen hanteren in hun dagelijkse werking. De psychiaters sturen vanuit hun professionaliteit de behandeling aan en gebruiken hierbij richtlijnen, aldus auditees. Verpleegkundigen, psychologen en andere paramedici van meerdere afdelingen geven aan dat ze therapeutische modellen (vb. Triple P op leefgroep 1) hanteren.
16.5 Het team heeft op de 'werkvloer' toegang tot klinische richtlijnen.	!	De auditor heeft vastgesteld in gesprekken op meerdere afdelingen dat geen enkele bevraagde medewerker weet heeft van de beschikbaarheid van klinische richtlijnen op de afdeling. Elke afdeling werkt wel met een eigen therapeutisch model, aldus auditees. De auditor heeft vernomen in gesprekken en bevestigd gezien op het intranet dat informatie met betrekking tot de gehanteerde therapeutische modellen beschikbaar is voor medewerkers.
16.6 Het team beoordeelt zijn richtlijnen regelmatig om te controleren of zij actueel zijn en de huidige stand van onderzoek en best practices weerspiegelen.	!	Auditees hebben geen weet van een evaluatie of actualisatie van richtlijnen.
Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving		
4.2 De teamleden volgen trainingen onder meer op het gebied van communicatie, conflictoplossing en leiderschap, ter bevordering van het werken in een team en samenwerken van disciplines.		Het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling voor verslavingszorg geeft aan dat er geen trainingen zijn gegeven voor de teamleden inzake communicatie en conflictoplossing maar dat zij zelf als leidinggevende wel trainingen hieromtrent heeft gevolgd.
5.11 Het team volgt een training in culturele competenties.		Het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling verslavingzorg meldt dat er geen training is gegeven in culturele competenties.
5.12 Het team wordt opgeleid in het hanteren van de instellingsprocedure(s) rond ethische kwesties.	!	De bevraagde teamleden van de afdeling verslavingszorg kennen het bestaan van het ethische comité. Deze auditees geven aan niet opgeleid te zijn inzake ethische kwesties. Het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling verslavingszorg is lid van het ethisch comité en heeft voorbeelden van onderwerpen toegelicht aan de auditor die in het ethische comité zijn behandeld.

14.2 Het team volgt een standaardprocedure om evidence-based richtlijnen voor zorg op het gebied van middelenmisbruik en verslaving te selecteren.		Er bestaat geen procedure om evidence-based richtlijnen voor zorg op het gebied van middelenmisbruik en verslaving te selecteren, aldus het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling voor verslavingszorg. De psychiater die verbonden is aan de afdeling voor verslavingszorg geeft aan dat ze tijdens haar opleiding gebruik heeft gemaakt van evidence based richtlijnen en deze ook toepast. Op instellingsniveau zijn evidence based richtlijnen niet formeel vastgelegd, aldus de psychiater die verbonden is aan de afdeling voor verslavingszorg.
16.2 Het team monitort meningen van cliënten en hun familieleden over de kwaliteit van de zorg op het gebied van middelenmisbruik en verslaving.		Volgens het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling voor verslavingszorg gebeurt er geen systematisch monitoring bij familieleden over de kwaliteit van de zorg.

4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de beoordelingen door het auditteam van de criteria op niveau diamant.

4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

In deze tabel ziet u de beoordeling van de diamanten VIR's, het patiëntveiligheidsgebied daaraan gerelateerd, en de norm waar zij betrekking op hebben.

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
Communicatie			
Medicatieafstemming Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling (inclusief de spoedeisende hulp of intramurale afdeling).	Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving 9.7	Voldaan	De auditor heeft een protocol voor medicatieverificatie van patiënten bij opname ingezien in het documentbeheersysteem. Het protocol van medicatieverificatie omvat een lijst van de meest actuele medicatie van de patiënt. Het protocol medicatieverificatie bepaalt een vergelijking van de medicatielijst vóór opname met de nieuwe voorgeschreven medicatie alsook de vereiste gegevens waaruit blijkt dat de medicatie vóór opname kan vergeleken worden met de nieuw voorgeschreven medicatie. Het protocol geeft aan dat medicatieafstemming een gedeelde verantwoordelijkheid is van de patiënt en de zorgverlener.
Medicatieafstemming Het team verifieert samen met de cliënt, familieleden of zorgverlener de medicatie bij opname in de instelling.	Geestelijke gezondheidszorg 12.5	Voldaan	Auditor heeft een protocol voor medicatieverificatie van patiënten bij opname ingezien in het documentbeheersysteem. Het protocol van medicatieverificatie omvat een lijst van de meest

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			actuele medicatie van de patiënt. Het protocol medicatieverificatie bepaalt een vergelijking van de medicatielijst vóór opname met de nieuwe voorgeschreven medicatie alsook de vereiste gegevens waaruit blijkt dat de medicatie vóór opname kan vergeleken worden met de nieuw voorgeschreven medicatie. Het protocol geeft aan dat medicatieafstemming een gedeelde verantwoordelijkheid is van de patiënt en de zorgverlener.
Medicatieverificatie als prioriteit De instelling verifieert de medicatie van de cliënt bij opname, of aan het begin van de zorgverlening.	Leiderschap 16.9	Voldaan	Beleid over medicatieverificatie bij opname, transfer en ontslag is vastgesteld door de auditor in een protocol voor medicatieverificatie, die online te vinden in het documentbeheersysteem. Auditor heeft vastgesteld dat aan dit beleid uitvoering is gegeven.

4.2 Normensets

In deze tabel ziet u de diamanten criteria die als 'niet voldaan' zijn beoordeeld. De criteria met hoge prioriteit zijn aangeduid met een uitroepteken.

Instellingsbrede normensets

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Governance		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Leiderschap		
16.10 De instelling voert jaarlijks ten minste één aan cliëntveiligheid gerelateerde prospectieve risico-inventarisatie uit en implementeert passende verbeteringen.	!	Een algemene inventarisatie van risico's, waaronder risico's die betrekking hebben op patiëntveiligheid, is opgemaakt, aldus de algemeen directeur. De auditor heeft deze inventarisatie ingezien. Passende verbeteringen zijn voor de belangrijkste vijf risico's in gang gezet maar nog niet geïmplementeerd.

Zorg-specifieke normensets

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Infectiepreventie en –bestrijding		
1.2 De instelling houdt infectiecijfers bij, analyseert de informatie om clusters van infecties, infectie-uitbraken en trends in kaart te brengen en deelt deze informatie met de gehele instelling.	!	De vertegenwoordigers van het comité ziekenhuishygiëne melden dat ze geen infectiecijfers bijhouden.
1.5 De instelling deelt trends in infecties en significante bevindingen met andere instellingen en andere instituten voor openbare gezondheidszorg (zoals GG&GD) en de samenleving.		De vertegenwoordigers van het comité ziekenhuishygiëne melden dat zij geen bevindingen delen met andere instellingen. Zij melden de wettelijk verplichte infecties aan het Ministerie van Volksgezondheid en de bevoegde diensten indien er zich een patiënt met dergelijke infectie in het ziekenhuis bevindt. Auditees geven aan dat de laatste melding omtrent de wettelijk verplichte infecties dateert van enkele jaren terug.
1.6 De instelling verzamelt informatie over haar activiteiten op het gebied van infectiepreventie en -bestrijding en gebruikt die informatie om haar activiteiten te plannen, implementeren en evalueren.		De vertegenwoordigers van het comité ziekenhuishygiëne melden dat zij geen informatie verzamelen over activiteiten van infectiepreventie om activiteiten te plannen en evalueren. De auditor heeft de verslagen van het comité ziekenhuishygiëne op het documentbeheersysteem kunnen inzien, die informatie weergeven over het infectiepreventiebeleid in het ziekenhuis.
Medicatiebeheer (kleine instelling)		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Ambulante zorg		
4.8 Nieuwe teamleden volgen een training in culturele competenties voor een effectieve zorgverlening aan alle cliënten.		Er is geen trainingsaanbod in culturele competenties, aldus een kinderpsychiater en twee medewerkers van het klinisch secretariaat. De stafmedewerker zorg meldt dat in het document 'Handleiding peter & meter' elementen vanuit de diversiteitsgedachte zijn opgenomen die de aandacht richten op culturele diversiteit.

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
6.7 Het team houdt de gemiddelde responstijden voor het reageren op zorgvragen of informatie bij.	!	Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling melden dat ze niet beschikken over gegevens omtrent de gemiddelde responstijden inzake het reageren op zorgvragen of informatie. Auditees geven aan dat het mogelijk is om deze gegevens via de dienst ICT te bekomen, mits een specifieke vraagstelling hiervoor.
10.10 Het team monitort of de verleende ambulante zorg heeft bijgedragen aan het realiseren van de zorgdoelen en de verwachtingen van de cliënt.	!	Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling melden dat binnen de psychiatrische polikliniek geen systeem van monitoring omtrent het realiseren van de zorgdoelen en de verwachtingen van de patiënt bestaat.
15.3 Het team beschikt over een procedure om te kiezen tussen tegenstrijdige evidence-based richtlijnen, diverse aanbevelingen of de toepassing van meer dan één richtlijn voor cliënten met comorbiditeit.		Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling melden dat er geen standaardprocedure bestaat om evidence-based richtlijnen voor de poliklinische werking te bepalen.
15.5 Het team heeft zorgpaden voor veel voorkomende diagnoses.		Een kinderpsychiater meldt dat binnen de psychiatrische polikliniek de behandeling op patiëntenniveau is ingesteld en niet door middel van een algemeen zorgpad.
17.6 Het team combineert zijn activiteiten ter verbetering van kwaliteit en veiligheid om de inzet van personeel en middelen te monitoren en te verbeteren.	!	Een kinderpsychiater meldt dat er geen activiteiten zijn ter verbetering van kwaliteit en veiligheid op de psychiatrische kinderpolikliniek om de inzet van personeel en middelen te monitoren en te verbeteren.
17.7 Het team brengt indicatoren van cliëntveiligheid in kaart en bewaakt deze als onderdeel van zijn integraal kwaliteits- en veiligheidsplan.		Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling melden dat er binnen de psychiatrische polikliniek geen indicatoren van patiëntveiligheid zijn bijgehouden.
17.8 Het team vergelijkt zijn resultaten met vergelijkbare teams, diensten of instellingen.		Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling melden dat er binnen de psychiatrische polikliniek geen indicatoren van patiëntveiligheid zijn bijgehouden waardoor geen vergelijking met andere teams of diensten mogelijk is.
17.9 Het team bespreekt de resultaten van evaluaties en verbeteringen met medewerkers, cliënten en familieleden.		Een kinderpsychiater en een psychiater van de volwassen afdeling melden dat er binnen de psychiatrische polikliniek geen indicatoren van patiëntveiligheid zijn bijgehouden waardoor een bespreking van de resultaten van evaluaties en verbeteringen met medewerkers, patiënten en familieleden niet mogelijk is.

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Geestelijke gezondheidszorg		
7.13 Het team houdt de gemiddelde responstijden voor het reageren op zorgvragen of informatievragen bij.	!	Auditees van leefgroep 1 en 3 van de Korbeel, alsook van de afdelingen Anker, Kiel en Patio geven aan dat er geen systematisch opvolging gebeurt van de responstijden op zorgvragen of informatievragen.
14.9 Na overdracht of ontslag neemt het team contact op met de cliënten, hun familieleden en verwijzende instellingen om na te gaan of aan hun behoeften is voldaan, en gebruikt deze informatie om de instelling van overdracht en ontslag te verbeteren.		Op de afdelingen leefgroep 1 en 3 van de Korbeel, alsook op de afdelingen Kiel, Anker en Patio is het volgens auditees niet voorzien om met patiënten, hun familieleden of verwijzende instellingen na te gaan of aan hun behoeften is voldaan teneinde deze informatie te gebruiken om de informatieoverdracht te verbeteren.
15.6 Het team verricht een interne audit bij cliëntdossiers om na te gaan of zij nauwkeurig en actueel zijn en voldoen aan het instellingsbeleid en –procedures met betrekking tot informatiebeheer.	!	Binnen de afdelingen leefgroep 3 van de Korbeel, de afdelingen Kiel, Anker en Patio zijn checklists in gebruik voor het inbrengen van de noodzakelijke informatie in het patiëntendossier. Een auditee van de afdeling Patio meldt dat op organisatieniveau een interne audit is uitgevoerd met betrekking tot de volledigheid van het patiëntendossier. Op andere afdelingen hadden de bevraagde auditees geen weet van een interne audit met betrekking tot de volledigheid van het patiëntendossier. Op alle bezochte afdelingen is vastgesteld dat de patiëntdossiers dagelijks zijn bijgewerkt.
15.7 Het team gebruikt de resultaten van interne audits voor verbeteringen in zijn cliëntdossiers.	!	Binnen de afdelingen leefgroep 3 van de Korbeel, de afdelingen Kiel, Anker en Patio zijn checklists in gebruik voor het inbrengen van de noodzakelijke informatie in het patiëntendossier. Een verpleegkundige van de afdeling Patio meldt dat op organisatieniveau een interne audit is uitgevoerd met betrekking tot de volledigheid van het patiëntendossier. Op andere afdelingen hadden de bevraagde auditees geen weet van een interne audit met betrekking tot de volledigheid van het patiëntendossier.
16.3 Het team volgt een gestandaardiseerde procedure om te kiezen tussen tegenstrijdige evidence-based richtlijnen.		Op geen enkele bezochte afdeling zijn auditees op de hoogte van een keuzeproces met betrekking tot te hanteren richtlijnen.

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
16.8 Het team deelt onderzoeken, richtlijnen en benchmarkinformatie met vergelijkbare instellingen.		De directeur patiëntzorg geeft aan dat er door het ziekenhuis indicatoren (oa. dwangmaatregelen) gedeeld zijn met andere voorzieningen. Ook financiële indicatoren zijn door het ziekenhuis met andere voorzieningen gedeeld. Voorheen was er op provinciaal niveau een benchmark van meerdere indicatoren, aldus de directeur patiëntenzorg. Binnen drie bevraagde afdelingen is er geen beleid vast te stellen voor het delen van onderzoeken, richtlijnen en benchmarkinformatie met vergelijkbare instellingen.
18.8 Het team bespreekt de resultaten van evaluaties en verbeteringen met medewerkers, cliënten en familieleden.		In de afdelingen leefgroep 1 en 3 van de Korbeel alsook op de afdelingen Anker, Kiel en Patio communiceren de teamleden geen resultaten van evaluaties en verbeteringen met patiënten en familieleden, aldus de bevraagde auditees.
Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving		
9.13 Met toestemming van de cliënt bespreekt het team de resultaten van de beoordeling tijdig, nauwkeurig en op een begrijpelijke wijze met cliënten, hun familieleden en zorgverleners.	!	Het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling voor verslavingszorg geeft aan dat de resultaten van de beoordeling van de opname zijn besproken met de betrokken patiënt maar dat de familieleden niet altijd tijdig voorgelicht zijn.
12.6 Na overdracht of ontslag neemt het team contact op met de cliënten en hun familieleden om na te gaan of aan hun behoeften is voldaan; het team gebruikt deze informatie om de organisatie van overdracht en ontslag te verbeteren.		Het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling voor verslavingszorg geeft aan dat er niet systematisch contact is met familieleden om na te gaan of aan hun behoeften is voldaan, enkel mist toestemming van de patiënt.
14.3 Het team volgt een standaardprocedure om te kiezen tussen tegenstrijdige evidence-based richtlijnen.		De psychiater die verbonden is aan de afdeling voor verslavingszorg geeft aan dat ze tijdens haar opleiding gebruik heeft gemaakt van evidence based richtlijnen en deze ook toe past. Op afdelingsniveau zijn evidence based richtlijnen niet formeel vastgelegd, aldus de psychiater die verbonden is aan de afdeling voor verslavingszorg.
16.6 Het team bespreekt de resultaten van evaluaties en verbeteringen met medewerkers, cliënten en familieleden.		De resultaten van evaluaties en verbeteringen zijn niet systematisch besproken met de families, aldus het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling voor verslavingszorg.

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 normensets

De beoordelingen worden hier eerst weergeven per kritisch proces, dan per norm. Sommige kritische processen in deze paragraaf hebben ook betrekken op zorg-specifieke normensets.

Kritisch proces	Omschrijving
Planning en kwaliteitsmanagement	Ontwikkelen en implementeren van de infrastructuur, programma's en diensten om tegemoet te komen aan behoeften van de gemeenschap en doelgroepen.
Leiderschap	

Opmerkingen:

Missie, visie en strategie zijn door de instellingsleiding ontwikkeld gezamenlijk met het beheerscomité en het management. Daarin is ook de visie op het ethisch kader opgenomen. De missie, visie en strategie zijn terug te vinden op het intranet, op de website en in verschillende beleidsdocumenten alsook op verschillende plaatsen in het ziekenhuis, bijvoorbeeld in de entree van het ziekenhuis. Ook blijkt uit verschillende gesprekken met directie, beheerscomité en management dat de strategische en jaarplanning op basis van de gekozen uitgangspunten herhaaldelijk is geagendeerd en besproken. De taken en bevoegdheden in de totstandkoming van het strategisch plan en de jaarplanning zijn expliciet vastgelegd. Demografische informatie is daarin betrokken evenals de informatie van externe betrokkenen zoals collega-instellingen en van de overheid. De uitvoering van de jaarplannen komt minstens per kwartaal terug in het overleg tussen directie en management, alsook op de vergadering van het beheerscomité met de directie waarbij de hoofdarts aanwezig is en waarbij management- en stafleden regelmatig zijn uitgenodigd.

Het intranet bevat een diversiteit van gegevens die voor iedere medewerker toegankelijk zijn. Met uitzondering van de verslagen van het beheerscomité en de verslagen van het directieteam zijn alle verslagen van vergaderingen toegankelijk. Ook alle processen rond kwaliteit en veiligheid zijn inzichtelijk en goed bijgehouden. De beschikbaarheid van directie is groot, volgens de bevraagde auditees. Ze zijn goed aanspreekbaar en reageren snel.

Compliment: Hoge transparantie en goede toegankelijkheid van directie en leidinggevenden

Kritisch proces	Omschrijving
Management van middelen	Monitoren, bijhouden en integreren van activiteiten die te maken hebben met de toewijzing en het gebruik van bronnen.
Leiderschap	

Opmerkingen:

De auditor heeft vernomen van de administratief financieel directeur dat het management van middelen verloopt volgens de vooropgestelde plan- en controlcyclus. Het budget van financiële middelen is voor ongeveer 90 procent bepaald door loonkosten.

Het toekennen van de middelen gebeurt gericht naar de zorg en naar de patiënt toe, aldus de administratief financieel directeur. Volgens de administratief financieel directeur analyseert de directie driemaandelijks de impact van de genomen beslissingen ten aanzien van de geplande toewijzing van middelen.

Menselijk kapitaal (HRM)	Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.
Leiderschap	

Opmerkingen:

Het kritisch proces menselijk kapitaal is getoetst via de tracer 'Een nieuwaangeworven medewerker' en in gesprekken met een medewerker van de personeelsdienst, de directeur patiëntenzorg, een lid van het comité preventie en bescherming op het werk (CPBW), twee leden van de ondernemingsraad en de stafmedewerker patiëntenzorg. De auditor heeft het elektronisch personeelsdossier Progreso ingezien, waarin volgende onderdelen per medewerker zijn opgenomen:
- het wervings- en selectieproces,
- het individueel ontwikkelingsplan,
- de functionerings- en evaluatiegesprekken.

In Progreso heeft de auditor het instellingsbreed opleidingsbeleidsplan kunnen vaststellen. Op de personeelsdienst heeft de auditor 15 personeelsdossiers van medewerkers ingezien op de aanwezigheid van de nodige diploma's en getuigschriften. Deze 15 personeelsdossiers voldeden aan de vereisten van het Koninklijk Besluit 78 dat de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen regelt.

Uit gesprekken met meerdere auditees van verschillende afdelingen blijkt dat in de laatste medewerkerstevredenheidsbevraging van 2014 meer dan 95 procent van de medewerkers tevreden zijn om in het ziekenhuis te werken.

Vanuit deze medewerkerstevredenheidsbevraging zijn werkgroepen opgestart om de resultaten van de enquête te bespreken, aldus auditees van meerdere afdelingen. De auditor heeft verbeterprojecten ingezien die zijn opgestart vanuit de resultaten van de medewerkerstevredenheidsbevraging en die door de medewerkers als effectief zijn ervaren, aldus auditees. Zo is er bijvoorbeeld gewerkt rond communicatie in de keuken, het optimaliseren van de werking van de mobiele equipe en het verbeteren van de communicatie onder teamleden ('Words create Worlds). Van elke afdeling is een risicoanalyse en -inventarisatie opgemaakt die ingezien zijn door de auditor. Voor drie afdelingen is fysieke agressie het voornaamste risico. Er is een specifieke vorming rond fysieke agressie uitgewerkt voor deze afdelingen.

Kritisch proces	Omschrijving
Geïntegreerd kwaliteitsmanagement	Voortdurend, proactief en systematisch proces om kwaliteit vanuit een systeemomvattend perspectief te begrijpen, managen en communiceren om zo doelen en oogmerken te realiseren.

Leiderschap

Opmerkingen:

De instellingsleiding geeft prioriteit aan kwaliteitsverbetering en veiligheid, aldus de leden van het directiecomité en de vertegenwoordigers van de medische raad.

Het comité patiëntveiligheid bestaat uit volgende leden:
- een lid van het beheerscomité,
- leden van het directiecomité,
- de hoofdarts,
- een verpleegkundig diensthoofd,
- stafmedewerkers,
- kwaliteitscoördinatoren,
- een extern deskundige van AZ Groeninge,
- een extern deskundige van Barco.

De brede samenstelling van het comité patiëntveiligheid weerspiegelt de betrokkenheid vanuit alle lagen van de organisatie. De externe leden vertegenwoordigen de maatschappelijke betrokkenheid. De directie faciliteert dat leidinggevenden zich kunnen bekwamen in kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid volgens de algemeen directeur, waarbij het de bedoeling is om deze bekwaamheid over te dragen naar hun medewerkers.

De cultuur in de organisatie is door de bevraagde auditees en psychiaters ervaren als gericht op kwaliteit en kwaliteitsverbetering. Dit blijkt uit gesprekken met leidinggevenden, dokters, staf en medewerkers op de afdelingen.

Gestandaardiseerde processen en protocollen zijn beschikbaar via het documentbeheersysteem. De mate van implementatie en borging van deze gestandaardiseerde processen en protocollen komt aan bod in interne audits, aldus de directieleden. De uitwerking en opvolging van de bevindingen die voortkomen uit de patiëntveiligheidsmeting is opgenomen in een actieplan en heeft geleid tot een grotere mate van door de medewerkers ervaren waardering voor hun inzet bij de verschillende kwaliteitsaspecten, aldus meerder auditees van meerdere afdelingen.

Het systeem van meldingen van fouten, ongevallen en bijna-ongevallen is vindbaar op het intranet en wordt door de medewerkers gebruikt zoals blijkt uit het aantal meldingen in de afgelopen jaren. Directe actie en analyse van meldingen vindt op afdelingsniveau plaats en zo nodig gebeurt een PRISMA-analyse waarbij de kwaliteitscoördinator een coördinerende rol heeft. De auditor heeft een PRISM-analyse ingezien. Voor medicatieverificatie bestaat een protocol bij opname, transfer en ontslag.

Compliment: Samenstelling van het comité patiëntveiligheid Compliment: Uitwerking actiepunten patiëntveiligheids-cultuurmeting

Kritisch proces	Omschrijving
Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes	Identificeren van en besluiten nemen met het oog op ethische dilemma's en problemen.

Leiderschap

Opmerkingen:

In gesprek met meerdere leden van de ethische commissie heeft de auditor vernomen dat het ethisch beleid is belegd bij de ethische commissie. De auditor heeft ethische adviezen en procedures ingezien in het documentbeheersysteem die voor alle medewerkers beschikbaar zijn. Een verpleegkundige van de afdeling Vlonder, die tevens lid is van de ethisch commissie, licht de werkwijze toe ten aanzien van het opnemen van ethische adviezen, onder andere rond euthanasie. Tijdens het telefonisch contact met een huisarts, die lid is van de ethisch commissie is ingegaan op ethische vragen rond euthanasie. Hieruit blijkt dat er conform de desbetreffende visietekst is gewerkt.

Bij een instemming met een vraag tot euthanasie, is er contact met o.a.de palliatieve afdeling Ten Oever in het AZ Groeninge of met een gelijkaardige actor binnen de sector. De voorzitter van het ethisch comité heeft einde vorig jaar het initiatief genomen om de verschillende teams aan te spreken om vanuit de basis een inbreng te bekomen en de medewerkers alert te maken voor ethische kwesties. Dit gebeurt via het thema 'trillingen en rillingen'.

De ethische commissie brengt een jaarverslag uit, aldus de leden van de ethische commissie.

Communicatie	Communicatie tussen verschillende lagen van de organisatie en met externe betrokkenen.

Leiderschap

Opmerkingen:

Vanuit de gesprekken met de directiesecretaresse, hoofd van de dienst ICT en stafmedewerker zorg blijkt dat een informatieveiligheidsbeleid is opgemaakt en geïmplementeerd. Samen met vier belendende instellingen is voorzien in de (wettelijk verplichte) informatieveiligheidsconsulent.

Deze veiligheidsconsulent voert onder andere audits uit inzake het informatieveiligheidsbeleid en adviseert de directie bijvoorbeeld over de aanschaf van updates en over nieuwe software om datalekken te voorkomen.

In de samenwerking met het AZ Groenige hebben artsen van AZ Groeninge de mogelijkheid om in een afgeschermde werkomgeving van het EPD, in te loggen. Dat gebeurt door een beveiligde 'tunnel', aldus het hoofd van de dienst ICT. De auditoren hebben de schriftelijke afspraken hieromtrent ingezien.

De toegang tot het elektronisch patiëntendossier kan enkel worden verkregen door middel van ondertekening van een aanvraag voor een paswoord en de daarbij behorende gedragscode. Op basis van discipline, groep en rol die een medewerker gaat uitvoeren, zijn toegangsrechten verleend. De auditoren hebben gezien hoe deze toegangsrechten zijn vastgelegd en geborgd.

Het PZ H. Familie heeft een gedetailleerd in- en extern communicatieplan waarin taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn beschreven. In het EPD hebben artsen toegang tot de richtlijnen, wetenschappelijk onderzoek en empirische gegevens voor de patientencategorieën van het ziekenhuis.

Compliment: Toegangsveiligheid en dagelijks bijhouden OBASI

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

Opmerkingen:

De instelling zorgt ervoor dat de fysieke omgeving - gebouwen en terreinen - voor wat betreft veiligheid voldoet aan de wettelijke normen en regels.

In het intern noodplan staan alle procedures en protocollen op het gebied van veiligheid en preventie beschreven. De auditor heeft vastgesteld dat het intern noodplan up to date is en dat het intern noodplan voor alle medewerkers beschikbaar is op het intranet en ook bestaat in een losbladig exemplaar.

De kwaliteit van de watervoorziening is volgens voorschrift wekelijks gecontroleerd en de resultaten van die controles zijn schriftelijk vastgelegd.

Er zijn maatregelen getroffen om bij uitval van nutsvoorzieningen te kunnen overschakelen op vervangende voorzieningen. Branddetectie- en waarschuwingssystemen en blusinstallaties zijn door een extern bedrijf periodiek opgevolgd. Auditor heeft vastgesteld dat de controledata aanwezig zijn op de apparatuur zelf.

Voorbereid zijn op noodsituaties	Omgaan met noodgevallen en andere aspecten van openbare veiligheid.
Leiderschap Infectiepreventie en –bestrijding	

Opmerkingen:

De auditoren hebben gezien dat beleid en procedures over noodsituaties zijn vastgelegd en voor alle medewerkers te vinden zijn in het documentbeheersysteem.

Het beleid en de procedures bij noodsituaties zijn afgestemd met het ziekenhuis AZ Groeninge, met de brandweer en met de politie, aldus de preventieadviseur.

In 2014 heeft de brandweer de gebouwen geïnspecteerd. De goedgekeurde brandweerattesten zijn ingezien door de auditoren.

De instelling beschikt over een e-learning-module rond brandpreventie die verplicht door alle medewerkers moet worden ingevuld, aldus de preventieadviseur en meerdere auditees van meerdere afdelingen. Uit verschillende bronnen, zowel medewerkers als het intranet, blijkt dat er sinds 2014 geen fysieke brandpreventie- en ontruimingsoefeningen systematisch hebben plaatsgevonden.

Uitdaging: De instelling oefent regelmatig de rampenbestrijdingsplannen en ontruimingsoefeningen om de staat van paraatheid te beoordelen (Leiderschap normcriterium 13.5, goud)

Kritisch proces	Omschrijving
Patiëntenstroom	Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings.

Leiderschap

Opmerkingen:

De instellingsleiding beschikt over demografisch gegevens op nationaal, Vlaams en op regionaal niveau alsook over arrondissements gegevens aangaande de psychische problematieken en het marktaandeel van het PZ H. Familie in de regio. De auditor heeft gegevens betreffende de crisisaanvragen en de herkomst van de patiënten van de afdelingen voor kinderpsychiatrie alsook voor de afdelingen voor volwassen psychiatrie ingezien.

De opnamecoördinatoren hebben inzage in de wachtlijsten betreffende de te realiseren opnames. Er bestaat een "wachtlijst out" van alle afdelingen betreffende de planning van de toekomstig te realiseren transfers. De auditor heeft de voorgenoemde wachtlijsten ingezien. De auditor heeft telefonisch contact gehad met het medisch psychiatrisch diensthoofd van de psychiatrisch afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) van het AZ Groeninge , de psychologe en de coördinator van Beschut Wonen en met een verwijzende huisarts. Uit deze gesprekken blijkt een optimale samenwerking tussen de verschillende actoren.

De auditor heeft van meerdere psychiaters en medewerkers toelichting ontvangen en bevestiging gezien in diverse documenten omtrent het toepassen van opnamecriteria en verwijscriteria. Een medewerker van de sociale dienst, alsook de coördinator van het initiatief beschut wonen De Bolster, geven aan dat een intake in de beschutte woonvorm is geregeld via een vastgelegde procedure waarbij een intakelijst is gebruikt met de noodzakelijke informatie om een goede overdracht te realiseren.

De coördinator van het initiatief beschut wonen De Bolster licht toe dat er afspraken zijn gemaakt om bewoners van De Bolster in crisis, met prioriteit op te nemen in het ziekenhuis.

De patiëntenstroom intern en extern is op vastgelegde momenten, maar ook op informele momenten, besproken en zo nodig bijgestuurd, aldus de bevraagde psychiaters, medewerkers en verwijzers.

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

Leiderschap

Infectiepreventie en –bestrijding

Ambulante zorg

Opmerkingen:

Het ziekenhuis heeft een zeer beperkt aantal toestellen in gebruik, met name een EMG, EP en EEG, ECG, elektronische bloeddrukmeters, alcoholtesters, glucometers, oorthermometers, een AED-toestel en een reanimatiekoffer met een bijbehorende zuurstoffles.

De twee verantwoordelijke medewerkers voor medische apparatuur geven aan dat de gebruikte toestellen conform de afspraken zijn onderhouden en dat deze gegevens zijn bijgehouden. De auditor heeft dit bevestigd gezien in een onderhoudsplan en registratie van uitgevoerd onderhoud.

De twee verantwoordelijke medewerkers voor medische apparatuur melden dat het onderhoud van apparaten gebeurt conform de afspraken die zijn aangegeven in de gebruikersinformatie van de desbetreffende apparaten. Beide medewerkers hebben toelichting gegeven over hun gebruikelijke manier van werken inzake het onderhoud van medische toestellen die beschreven is in procedures en die terug te vinden zijn in het documentbeheersysteem.

Kritisch proces	Omschrijving
Governance	Optimaal functioneren van het toezichtsorgaan.
Governance	

Opmerkingen:

De Governance voor de organisatie is vastgelegd in twee charters: de 'Corporate Governance van Groep Zorg H. Familie' en de 'Bevoegdheidsverdeling'.

Uit het gesprek met een vertegenwoordiging van het Beheerscomite (voorzitter en twee leden) dat het decentraal lokaal bestuur vormt van het PZ H. Familie vanuit Groep Zorg H. Familie, blijkt dat op alle punten uitvoering is gegeven aan het governancecharter. Daarmee zijn aan alle punten van de normset Governance voldaan.

Ook voldoet de governancestructuur aan de geldende Belgische wet- en regelgeving.

Het Beheerscomite is nauw betrokken bij het werk van het ziekenhuis en geeft kwaliteit en veiligheid alsmede de strategische visie en de uitwerking ervan prioriteit.

Compliment: Betrokkenheid van de top is groot

5.2 Beoordelingen van zorg-specifieke normen

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

5.2.1 Infectiepreventie en –bestrijding

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

Opmerkingen:

De normenset infectiepreventie is getoetst via de tracer 'patiënt met MRSA' en in gesprekken met een psychiater, de ziekenhuishygiëniste, een vertegenwoordiging van het comité ziekenhuishygiëne, een verpleegkundig diensthoofd, medewerkers en de stafmedewerker zorg. De auditor heeft vier verpleegafdelingen bezocht om deze tracer te toetsen in de praktijk.

Uit de gesprekken blijkt dat het ziekenhuishygiënebeleid proceduurmatig op orde is. Niet alle auditees konden de desbetreffende documenten vlot vinden in het documentbeheersysteem. In gesprek met ziekenhuishygiënist en met de stafmedewerker zorg is vastgesteld dat bij het zoeken naar de MRSAprocedure naar het infectiehandboek is verwezen, die in het documentbeheersysteem is opgenomen onder de naam 'Infecties draaiboek'. De regelingen omtrent het ziekenhuishygiënebeleid omvatten naast de klassieke richtlijnen inzake handhygiëne en infectiepreventie ook het outbreak- en pandemieplan.

5.2.2 Medicatiebeheer (kleine instelling)

Kritisch proces	Omschrijving
Medicatiemanagement	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.

Opmerkingen:

De normenset medicatiebeheer (kleine instellingen) is getoetst in de tracer 'Gewijzigd medicatievoorschrift na patiëntenbespreking'. Op twee verschillende verpleegafdelingen zijn van twee patiënten het medicatiedossier ingezien van wie hun medicatie gewijzigd is na een patiëntenbespreking.

Aan de hand van deze medicatiedossiers heeft de auditor het medicatieproces doorlopen en getoetst aan de bestaande procedures van het medicatiebeleid in PZ H. Familie. De auditor heeft zowel wijzigingen van dagelijks toe te dienen medicatie, als ook van zo nodige medicatie, als van spoedmedicatie getoetst.

Alle bevraagde verpleegkundigen toonden de auditor dezelfde manier van werken waarbij auditees verwezen naar de bestaande procedures in verband met medicatie. De auditor heeft deze procedures teruggevonden in het documentbeheersysteem.

De auditor heeft vernomen en bevestigd gezien dat enkel psychiaters medicatie (kunnen) voorschrijven.

Het klaarzetten van medicatie gebeurt door de nachtverpleegkundige van de afdeling. Een eerste afdelingsverpleegkundige checkt de klaargezette medicatie van alle patiënten voorafgaande aan het toedieningsmoment en vinkt deze check af in het EPD waardoor de toe te dienen medicatie een groene kleur krijgt. Een tweede afdelingsverpleegkundige checkt de medicatie per patiënt op het moment van de toediening zelf en vinkt deze af in het EPD na toediening.

Bij een nieuwe opname tijdens de daguren is het de verpleegkundige die de opname doet die ook de medicatie voor de rest van de eerste dag voor deze patiënt klaarzet.

De leden van het medisch farmaceutisch comité (MFC) hebben hun taak, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen de opvolging van het medicatiebeleid, de medicatieincidenten en het formularium toegelicht aan de auditor.

De bespreking van medicatieincidenten, wijziging aan het formularium en aanpassing van het medicatiebeleid gebeurt ad-hoc en per casus, niet systematisch aldus de leden van het MFC.

5.2.3 Ambulante zorg

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

Opmerkingen:

De normenset ambulante zorg is getoetst in de tracer 'Patiënt met een dringende aanmelding via het klinische secretariaat'. De auditor heeft in deze tracer gesproken met twee secretaresses van het klinisch secretariaat, met een psychologe van de ambulante raadpleging voor kinderen, met een verpleegkundige van de psychiatrische thuiszorg en met een psychiater werkzaam binnen de volwassen afdelingen.

Het poliklinisch traject voor kinderen omvat een aanmelding via het klinisch secretariaat, een raadpleging voor anamnese, één of meerdere raadplegingen voor psychologisch onderzoek, een raadpleging bij de kinderpsychiater voor onderzoek en voor een bespreking van de bevindingen met de ouders.

Het poliklinisch traject voor volwassenen omvat een aanmelding via het klinisch secretariaat en een afspraak bij de psychiater bij niet urgente verzoeken tot consult.

Bij een dringend verzoek voor een poliklinische consult door een verwijzer bepalen de psychiaters onderling in overleg welke psychiater deze patiënt het vlugst kan zien. De auditor heeft vastgesteld dat iedere poliklinische patiënt een patiëntendossier heeft binnen het EPD waarin de bevindingen van het poliklinische consult terug te vinden zijn.

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

Opmerkingen:

Alle psychiaters en andere medewerkers die werkzaam zijn binnen de psychiatrische polikliniek beschikken over een eigen bureel. Er zijn voldoende lokalen ter beschikking op de polikliniek kinderpsychiatrie voor teamoverleg, aldus de psychologen.

Kinderpsychiaters zien de poliklinische patiëntjes op een intakegesprek en bepalen vervolgens de benodigde testing en het verdere verloop van het poliklinisch traject. De betrokken teamleden en psychiater bespreken de resultaten van de uitgevoerde testen en observaties alvorens een terugkoppeling te geven aan de ouders. Binnen de polikliniek voor volwassen patiënten ziet de psychiater de patiënt waarbij beslist wordt tot bijvoorbeeld een verwijzing naar een externe therapeut of tot opname in het ziekenhuis.

Functiebeschrijvingen van de medewerkers op de polikliniek kinderpsychiatrie zijn beschikbaar en worden gebruikt bij het jaarlijks evaluatiegesprek, aldus auditees van de polikliniek kinderpsychiatrie.

Klinisch leiderschap	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.

Opmerkingen:

Het ziekenhuis heeft de non-conformiteiten en tekortkomingen van het inspectiebezoek door de Vlaamse Zorgisnpectie van 2013 opgenomen en beschikt bijgevolg over alle nodige vergunningen om als instelling te functioneren. De auditor heeft een schrijven de Vlaamse Zorginspectie ingezien die bevestigt dat de non-conformiteit volgens de vereisten zijn opgepakt.

Geen enkele auditee heeft melding gemaakt van tekort aan middelen om binnen de polikliniek kwaliteitsvolle zorg te kunnen leveren.

Resultaten beïnvloeden	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.

Opmerkingen:

De psychiaters gebruiken de eigen geselecteerde richtlijnen in hun poliklinische werking. Andere teamleden van de polikliniek beschikken niet over evidence-based richtlijnen, noch over zorgpaden.

Binnen de kinderpsychiatrische polikliniek en de polikliniek voor volwassen patiënten vinden geen uitkomstregistratie plaats.

Zorgverlening	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.

Opmerkingen:

De psychiaters verwijzen patiënten binnen de twee poliklinieken voor behandeling door naar externe therapeuten of laten de patiënt of het kind opnemen binnen het ziekenhuis. Binnen de volwassen poliklinische psychiatrie hebben de psychiaters afspraken om verzoeken tot urgente consulten zo vlug als mogelijk te laten door gaan. Binnen de kinderpsychiatrische polikliniek alsook binnen de polikliniek voor volwassen patiënten wordt systematisch gewerkt met informed consent voor het opvragen en meedelen van informatie aan familie, verwijzers of andere derden.

Voor iedere patiënt die binnen de poliklinische werking wordt gezien, is een patiëntendossier binnen het EPD opgemaakt. Identificatie van de patiënt gebeurt onder andere door het opladen van een foto van de patiënt in het EPD vanuit de elektronische identiteitskaart. Na afronding van het poliklinisch contact, krijgt een verwijzer een verwijsbrief die vanuit het EPD is gegenereerd. Indien het gaat om een patiënt in een kritieke situatie, dan belt de psychiater de verwijzer op. De psychiater verifieert geen thuismedicatie aangezien het gaat om een consult buiten de behandeling van de patiënt.

De eventueel voorgeschreven psychofarmaca door de psychiater is opgenomen in het medicatiedossier binnen het EPD.

5.2.4 Geestelijke gezondheidszorg

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

Opmerkingen:

De auditor heeft meerdere tracers gelopen voor het checken van de normenset geestelijke gezondheidszorg. Tijdens deze tracers zijn volgende afdelingen bezocht: leefgroep 1 en 3 van de Korbeel, de afdeling Anker, Kiel en Patio. Er zijn verpleegkundigen, opvoedsters, psychologen, psychiaters, verpleegkundige diensthoofden en patiënten bevraagd in deze tracers. De auditor heeft vastgesteld dat zorgverleners op alle bezochte afdelingen met een gestructureerd elektronisch patiëntendossier werken. Auditees toonden aan dat zorgactiviteiten en patiënteninformatie dagelijks door de teamleden van alle disciplines zijn aangevuld in het patiëntendossier. Op deze wijze is deze info onmiddellijk beschikbaar voor het multidisciplinair team. Patiënten hebben de mogelijkheid tot inzage in hun dossier.

Bij een vraag tot inzage van het dossier, zoeken de teamleden naar de achterliggende vragen die tot deze inzagevraag hebben geleid waardoor de vraag naar inzage van het dossier vervaagt en wegebt, aldus meerdere auditees van voorgenoemde afdelingen.

Op de bezochte afdelingen gebeurt patiëntenidentificatie aan de hand van een foto in het EPD en het bevragen van de naam van de patiënt. Indien geen foto beschikbaar is via de elektronische identiteitskaart, nemen de teamleden zelf een foto mits toestemming van de patiënt. Medewerkers van de voorgenoemde afdelingen geven aan dat de psychiaters evidence based en klinische richtlijnen hanteren en dat de teamleden zelf met therapeutische modellen werken. Richtlijnen zijn niet in de dagelijkse werking van de afdeling geïntegreerd.

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

Opmerkingen:

Op de afdelingen leefgroep 1 en 3 van de Korbeel alsook op de afdelingen Anker, Kiel en Patio is de multidisciplinaire werking toegelicht. Er is op alle afdelingen een teamwerking met overlegmomenten van toepassing. Taken en verantwoordelijkheden van de verschillende teamleden zijn op elkaar afgestemd en personeelsleden kennen hun bevoegdheden en handelen binnen de afgesproken grenzen. Auditees geven aan dat de samenwerking en sfeer, zowel binnen de teams, met en tussen de diverse disciplines, met de psychiaters, met hun leidinggevenden en met de directie en staf, een sterk punt is ("Er wordt goed voor ons gezorgd en we hebben ook veel aan elkaar", "Als er iets is kunnen we altijd terecht bij onze psychiater, die ons helpt en steunt"). Op het vlak van vorming geven auditees aan over veel mogelijkheden te beschikken, zowel interne als externe vorming.

Medewerkers voelen zich gewaardeerd. Er wordt gewerkt aan het geven van positieve feedback en elkaar aan te spreken op problemen. Er is niet systematisch training voorzien inzake culturele competenties en ethische kwesties.

Klinisch leiderschap	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.

Opmerkingen:

Volgende afdelingen zijn bezocht binnen de tracers van de normenset 'geestelijke gezondheidszorg': leefgroep 1 en 3 van de Korbeel, Anker, Kiel en Patio. In de teamwerking van voorgenoemde afdelingen geven teamleden aan over voldoende middelen te beschikken voor de dagelijkse werking.

Tijdens de audit is de beperkte infrastructuur ten aanzien van beschikbare ruimtes opgemerkt. De directie is zich bewust van dit probleem en werkt aan een masterplan voor het realiseren van een nieuwbouw.

In het patiëntendossier zijn de doelen per discipline uitgewerkt die toegankelijk voor alle betrokken medewerkers. Op de verschillende afdelingen is vastgesteld dat nieuwe observaties dagelijks in het dossier zijn aangevuld. Het ziekenhuis is betrokken bij diverse initiatieven om het stigma dat rust op psychiatrische patiënten weg te werken. Hierbij zijn verschillende regionale diensten en organisaties betrokken. Vanuit de afdelingen gebeurt een informering aan de eerstelijnsdiensten.

Resultaten beïnvloeden	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.

Opmerkingen:

De auditor heeft het vastgesteld valpreventiebeleid ingezien. Op de afdelingen leefgroep 3 van de Korbeel en de afdelingen Anker, Kiel en Patio heeft de auditor geen implementatie van het valpreventiebeleid kunnen vaststellen.

Er gebeurt geen screening van patiënten op het valrisico zoals bepaalt in de beleidsnota.

Op leefgroep 1 van de Korbeel geven auditees aan dat men aan op basis van diverse parameters (waaronder medicatie en specifieke patiëntkenmerken) aandacht heeft voor valpreventie. Er gebeurt geen regelmatige evaluatie van het valpreventiebeleid. De resultaten van de indicator omtrent dwangmaatregelen is gedeeld met andere voorzieningen. Ook financiële indicatoren zijn door het ziekenhuis met andere voorzieningen gedeeld. Er is in de afdelingen leefgroep 1 en 3 van de Korbeel alsook op de afdelingen Kiel, Anker en Patio geen operationele werking voor het delen van onderzoeken, richtlijnen en benchmarkinformatie met vergelijkbare instellingen.

De auditor heeft vastgesteld dat in de teamwerking van leefgroep 1 en 3 van de Korbeel alsook in de afdelingen Anker, Kiel en Patio is ingegaan op problemen met betrekking tot kwaliteit en veiligheid van de aangeboden zorg. Hierbij is in de organisatie aanwezige expertise gebruikt om verder te verbeteren. Er zijn in deze teams veiligheidsrondes georganiseerd, waarvan de problemen zijn opgevolgd en omgezet in verbeteracties.

In de afdelingen leefgroep 1 en 3 van de Korbeel alsook op de afdelingen Anker, Kiel en Patio communiceren teamleden geen resultaten van evaluaties en verbeteringen met patiënten en familieleden.

Incidenten worden gemeld en de medewerkers gaven aan tijdens audit dat ze zich bij incidenten door de organisatie ondersteund voelen. Tijdens de audit is door verschillende medewerkers op een lovende wijze gesproken over de interne opvang bij ongewenste gebeurtenissen.

Uitdaging: Instellingsbreed implementeren en borgen van het valpreventiebeleid (Normenset Geestelijke Gezondheid Platina VIR nalevingstesten 17.3.1 - 17.3.4 - 17.3.5)

Zorgverlening	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.

Opmerkingen:

De geïnterviewde patiënten bevestigden dat ze bij opname een duidelijke informatiebrochure hebben ontvangen. Via brochures zijn patiënten geïnformeerd over hun patiëntenrechten en de werking van de afdeling. Er is per patiënt vanaf opname onmiddellijk een individuele begeleider toegewezen binnen de multidisciplinaire teamwerking. De betrokken patiënten zijn lovend over de respectvolle houding van het behandelende team. Binnen de afdelingen leefgroep 1 en 3 van de Korbeel alsook binnen de afdelingen Kiel en Anker is aan de patiënten toestemming gevraagd voor de behandeling en hebben patiënten het recht om behandeling te weigeren. De patiënten zijn op de hoogte van de klachtenprocedure en de mogelijkheid om de ombudsfunctie te contacteren. Bij wachtlijsten wordt in de mate van het mogelijke met andere voorzieningen gezocht naar een oplossing, aldus psychiaters.

Er is op de afdelingen leefgroep 1 en 3 van de Korbeel alsook op de afdelingen Anker, Kiel en Patio een suïcideprotocol geïmplementeerd. Uit het nazicht van diverse patiëntendossiers blijkt dat in alle dossiers een beoordeling is gemaakt van het suïciderisico. Er blijkt wel een verschil in kennis te zijn bij een aantal personeelsleden over wat van hen verwacht is op basis van de desbetreffende code voor het suïciderisico. De auditor heeft in de tracers op de afdelingen leefgroep 1 en 3 van de Korbeel alsook op de afdelingen Kiel, Anker en Patio vernomen dat niet systematisch voorzien is in een contact met familieleden en verwijzende instellingen om na te gaan of aan hun behoeften is voldaan teneinde deze informatie te gebruiken om de info-overdracht te verbeteren.

Compliment: Multidisciplinaire patiëntentoewijzing

5.2.5 Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving

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

Opmerkingen:

De auditor heeft tijdens de tracers voor de normenset 'Verslavingszorg en middelenmisbruik' informatie verkregen van het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling verslavingszorg, de afdelingspsychiater en de maatschappelijke werker van de afdeling verslavingszorg. De auditor heeft vastgesteld dat patiëntendossiers in het EPD zijn ingevuld en dagelijks notities bevatten van de betrokken teamleden vanaf het opnamemoment tot en met het ontslag. De kwaliteit van het opbouwen van patiëntendossiers is recent geanalyseerd en ook in groepssessies geëvalueerd en bijgestuurd, aldus auditees. Het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling verslavingszorg doet maandelijks zelf steekproeven naar de kwaliteit van actuele dossiervorming.

Directiecontacten met de afdelingen gaan om de twee jaar door (even jaren) afgewisseld met directiecontacten met de vakdisciplines in de oneven jaren (vaktherapeuten, sociale diensten, psychologen). Het beleidstrio gaat maandelijks door. In deze overleggen gebeurt een systematische opvolging van indicatoren zoals onder andere agressie, gedwongen opname en invullen informed consent. De afdelingspsychiater van de afdeling voor verslavingszorg geeft aan dat ze door deze overleggen een concreet beeld heeft gekregen omtrent haar start als psychiater op de afdeling voor verslavingszorg. Er bestaat geen standaardprocedure om evidence based richtlijnen toe te passen in de verslavingszorg, aldus meerdere auditees.

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

Opmerkingen:

Tijdens de gesprekken met het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling voor verslavingszorg heeft de auditor vernomen dat de teamleden multidisciplinair zijn ingezet voor de begeleiding van de patiënten. Alle patiënten hebben een individuele begeleider, die niet alleen verpleegkundigen zijn maar ook therapeuten, inclusief de sociale werker, de psychologe of de ergotherapeut kunnen zijn. De werking van het team kent een evaluatie via infomomenten en tijdens de jaarlijkse denkdag.

De medewerkers moeten voldoen aan de noodzakelijke competenties, waarbij zij vrijblijvend kunnen worden ingeschat door middel de principes van het model van Myer Briggs Type Indicator (MBTI), wat een positief effect kan hebben op de teamwerking en het functioneren in groep, aldus auditees. Alle teamverantwoordelijken hebben vorming gevolgd omtrent de leanprincipes alsook over de visie van Fred Lee, aldus het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling verslavingszorg.

Nieuwe teamleden volgen een inscholingsprogramma en krijgen ook een peter of meter toegewezen. Het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling verslavingszorg houdt informatie aangaande haar personeelsbestand bij en voert jaargesprekken met haar medewerkers, waarbij ook wordt ingegaan op de work life-balance.

Klinisch leiderschap	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.

Opmerkingen:

Het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling verslavingszorg alsook de afdelingspsychiater geven aan te werken met een vastgelegd opnamedocument, met registratie in het elektronische gemeenschappelijk medisch en verpleegkundig patiëntendossier, en dit vanaf het moment van opname. Het opnamedocument is de basis van een patiëntgerichte benadering die ook de participatie van de betrokken patiënt moet versterken, aldus voorgenoemde auditees.

Voor het betrekken van de familieleden is informed consent gevraagd aan de patiënt, wat is bijgehouden in het EPD volgens de afdelingspsychiater. De kwaliteit van het invullen van de dossierelementen in het EPD wordt regelmatig gemeten door het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling voor verslavingszorg.

In de wekelijkse teamvergaderingen komen de zorgdoelen en de verdere planning van de zorgverlening met een eventuele doorverwijzing naar een andere voorziening, of dagopname of ontslag aan bod.

Resultaten beïnvloeden	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.

Opmerkingen:

Volgens het verpleegkundig diensthoofd van de afdeling voor verslavingszorg en de afdelingspsychiater bepaalt het team de mogelijke risico's voor de patiënt tijdens de opname en behandeling en bespreekt deze met de patiënt.

De teamleden monitoren binnen de afdeling voor verslavingszorg een aantal patiëntengegevens. Zo neemt de psychologe een symptom checklist (SCL) af bij opname en voor het ontslag. De uitkomsten van deze metingen worden gebenchmarkt met de open afdelingen van de A-dienst.

Zorgverlening	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.

Opmerkingen:

Vanuit de tracers op de afdeling voor verslavingszorg blijkt dat binnen de patiëntenzorg rekening is gehouden met de toegankelijkheid en dat wachtlijsten zijn opgevolgd. Via een algemene informatiebrochure en een toelichting van de afdelingswerking is de patiënt geïnformeerd over het behandeltraject alsook ook over zijn of haar rechten en plichten.

De teamwerking van de afdeling voor verslavingszorg voorziet in een multidisciplinaire benadering. Aan iedere patiënt is een individueel begeleider en een therapeut toegewezen. In de wekelijkse teamvergaderingen wordt ingegaan op de diagnostiek en de evaluatie van de gemaakte therapiekeuzes, steeds in overleg met de patiënt zelf die aanwezig is op de teamvergadering.

Patiënten zijn actief betrokken bij hun behandeling onder andere via de plezierige activiteitenlijst (PAL) gezien isolatie en afzondering een risico betekenen voor herval, aldus de afdelingspsychiater. Bij acute somatische problemen zijn de patiënten verwezen naar de spoed van het AZ Groeninge. Er is steeds een arts-arts contact bij somatische problemen.

Binnen de afdeling voor verslavingszorg zijn specifieke checklists in gebruik die een protocollaire opvolging mogelijk maken van de voorbereidingen ten aanzien van informatieoverdracht bij ontslag of transfer.

Complimenten: Multidisciplinaire patiëntentoewijzing en informatieoverdracht bij transfer van opgenomen patiënten

6. Resultaten instrumenten

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.

PZ Heilige Familie heeft de gevalideerde patiëntveiligheidscultuurmeting op basis van de AHQR-vragenlijst uitgevoerd in 2015. Naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek zijn aanbevelingen geformuleerd, verantwoordelijken benoemd, is een planning aangegeven en zijn verbeterprojecten opgestart. De rapportage van de patiëntveiligheidscultuurmeting alsook projectfiches van verbeterprojecten zijn ingezien door de auditoren.

- Feedback verzameld: patiëntveiligheidscultuurmeting op basis van de AHQRvragenlijst
- Minimum respons vereist (gebaseerd op aantal medewerkers): 108
- Respons behaald: 108

7. Intern auditsysteem

- De medische staf is op meerdere manieren betrokken bij het kwaliteitsbeleid van de instelling. De medische staf neemt onder andere deel aan het comité patiëntveiligheid, aan het comité ziekenhuishygiëne, aan het medisch farmaceutisch comité, aan de incidentenanalyses, aan interne audits en aan diverse kwaliteitsprojecten. Via de medische raad vindt rapportage plaats naar alle psychiaters, die allemaal deel uitmaken van de medische raad.
- De interne auditprocedure beschrijft de aard, opzet, omvang, planning en uitvoering van de interne audits. Alle interne auditoren zijn opgeleid in het uitvoeren van interne (tracer) audits. Zes interne auditoren volgden in 2011 de praktijkopleiding tot intern auditor met het NIAZ referentiekader. Een auditplanning is vastgesteld.
- In de interne auditprocedure is beschreven dat de kwaliteitsnormen van het NIAZ het toetsingskader vormen voor de interne audits. Auditoren hebben bevestigd gezien in de rapportages van de interne audits dat de Qmentum normcriteria zijn gebruikt bij de interne audits.
- De auditoren hebben de rapportages van de interne audits uit onder andere 2014, 2015 en 2016 ingezien. In 2014 en 2015 zijn de interne audits uitgevoerd op de KZi 3.0. De interne audits vanaf oktober 2015 en in 2016 zijn eveneens gebaseerd op de KZi 3.0 en uitgevoerd met behulp van de tracermethodiek.
- PZ Heilige Familie heeft er voor gekozen om de gesloten afdelingen (Patio en Bolder) en leefgroep 3 van de Korbeel als risicoafdelingen te benoemen gezien het acute karakter van de zorg. In de auditplanning is vastgesteld dat alle afdelingen in 2015 en in 2016 een interne audit hebben gehad.
- De verbeterpunten uit de vorige inspectie door de Zorginspectie zijn getoetst en gerealiseerd-. De auditoren hebben rapportages, evaluaties en bijbehorende documenten ingezien ter bevestiging.

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 twee componenten:

- een rekenkundige beoordeling van de normensets,
- een gekwalificeerd eindoordeel ('noodzakelijke voorwaarden').

De auditoren beoordelen tijdens het auditbezoek alle criteria, criteria met hoge prioriteit en vereiste instellingsrichtlijnen van de normensets behorend bij het profiel van de zorginstelling.
In 2014 heeft het NIAZ bestuur besloten de komende jaren alleen het accreditatieniveau goud af te geven.

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

- een 100% score behalen op alle gouden vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's);
- voldoen aan ten minste 90% van de gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) per normenset;
- voldoen aan ten minste 81% van alle gouden criteria over alle relevante normensets;
- voldoen aan het behalen van de minimale vereiste respons op de patiëntveiligheidscultuurmeting.

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.

Appendix B: Auditprogramma

PROGRAMMA AUDITBEZOEK
ZIEKENHUIS PZ Heilige Familie
Startdatum: 24-okt-16
Einddatum: 27-okt-16

maandag 24-okt-16

Opgesteld door: senior adviseur

8:00	8:00 uur Aankomst auditoren: installeren in werkkamer auditteam (...)										
08:10 08:30	Kennismaking met Directie										
08:45 09:00	Introductiebijeenkomst (zaal?) voorzitter legt doel en werkwijze uit en auditoren stellen zich voor aan auditees en andere geïnteresseerden										
09:00 10:00	Gesprek met Directie										
10:15 11:00	Gesprek met de medische raad										
11:15 12:00	Presentatie Dashboard: indicatoren Zorg, Financiën, HRM en Kwaliteit										
	12:00 - 13:00 uur Lunch + overleg auditoren										
	Auditor (VZ)	dhr B.Schreuder	Tijd	Auditor	dhr. J. Deroover	Tijd	Auditor	dhr. W. Vandenheede	Tijd	Auditor	dhr. M. Haspelslagh
	Organisatorische tracer			Cliënt-/patiëntracer	eerste opname van een patiënt met een medicatieverslaving		Cliënt-/patiëntracer	adolescent met crisisopname op de Kdienst na suïcidaliteit		Cliënt-/patiëntracer	patiënt met een dringende aanmelding via het klinisch secretariaat
13:00 16:00	Fysieke omgeving		13:00 16:00	Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving		13:00 16:00	Geestelijke gezondheidszorg		13:00 16:00	Ambulante Zorg	
	Voorbereid zijn op noodsituaties										
	preventieadviseur			psychiater			psychiater			klinisch secretariaat	
	diensthoofd technische dienst									psychiater De Fender	
										verpleegkundige psychiatrische	
16:00 - 18:00 uur Verslaglegging											
18:00 - 19:00 uur Auditorenvergadering											
ca. 19:00 uur naar hotel/diner											

Startdatum: 24-okt-16
Einddatum: 27-okt-16

dinsdag 25-okt-16

Opgesteld door: senior adviseur

	Auditor (VZ)	dhr B.Schreuder	Tijd	Auditor	dhr. J. Deroover	Tijd	Auditor	dhr. W. Vandenheede	Tijd	Auditor	dhr. M. Haspelslagh
8.00	8:00 uur Aankomst auditoren: installeren in werkkamer auditteam (...)										
8:30 12:00	Organisatorische tracer		8:30 12:00	Cliënt-/patiëntracer	psychotische patiënt met doorverwijzing naar beschut wonen	8:30 12:00	Cliënt-/patiëntracer	borderline patiënt opgenomen met automutilatie	8:30 12:00	Cliënt-/patiëntracer	gewijzigd medicatievoorschrift na patiëntenbespreking
	Governance			Patiëntenstroom			Geestelijke gezondheidszorg			Medicatiebeheer	
	Communicatie										
	vertegenwoordiging raad van beheer			hoofdarts			psychiater			MFC	
				Beschut wonen			spoedafdeling AZ Groeninge			apotheker	
				2 Huisartsen						bezoek aan apotheek	
				verwijzer PAAZ							
	12:00 - 13:30 Lunch + overleg auditoren										
				Organisatorische tracer	medisch toestel in preventief onderhoud		Cliënt-/patiëntracer	patiënt opgenomen op de Patio forensische jeugdpsychiatrie		Organisatorische tracer	nieuw aangeworven medewerker
13:30 16:00			13:30 16:00	Management van middelen		13:30 16:00	Geestelijke gezondheidszorg		13:30 16:00	Menselijk kapitaal (HRM)	
				Apparatuur							
				verantwoordelijke medische appratuur			psychiater			personeelsdienst	
				administratief financieel directeur						directeur patiëntenzorg	
										CPBW	beschikbaar
										Ondernemingsraad	beschikbaar
	Evaluatie met instellingscontactpersoon									stafmedewerker patiëntenzorg	beschikbaar
	16:00 - 18:00 uur Verslaglegging										
	18:00 - 19:00 uur Auditorenvergadering										
	ca. 19:00 uur naar hotel/diner										

PROGRAMMA AUDITBEZOEK
ZIEKENHUIS PZ Heilige Familie
Startdatum: 24-okt-16
Einddatum: 27-okt-16

woensdag 26-okt-16

Opgesteld door: senior adviseur

	Auditor (VZ)	dhr B.Schreuder	Tijd	Auditor	dhr. J. Deroover	Tijd	Auditor	dhr. W. Vandenheede	Tijd	Auditor	dhr. M. Haspelslagh
8.00	8:00 uur Aankomst auditoren: installeren in werkkamer auditteam (...)										
8:30 12:00	Organisatorische tracer		8:30 12:00	Organisatorische tracer	ethische vraag rond euthanasie	8:30 12:00	Cliënt-/patiëntracer	opname van een patiënt omwille van suicidepoging en depressie	8:30 12:00	Cliënt-/patiëntracer	ambulant gesprek voor kindje van 10 jaar op doorverwijzing nav ontwikkelingsproblee m
	Geïntegreerd kwaliteitsmanagement			Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes			Geestelijke gezondheidszorg			Ambulante Zorg	
	Planning en kwaliteitsmanagement			Gesprek met ethisch comite			psychiater			psychiater	
	kwaliteitsfunctionaris									psycholoog Korbeel A	
	vertegenwoordigers comité patiëntveiligheid									klinisch secretariaat	
	12:00 - 13:30 Lunch + overleg auditoren										
	Geen			Tracer (dropdownmenu)	patiënt met heropname nav herval van alcoholverslaving		Cliënt-/patiëntracer	opname van een 5jr patiëntje met gedragsproblee m		Organisatorische tracer	patiënt met MRSA
13:30 15:30			13:30 16:00	Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving		13:30 16:00	Geestelijke gezondheidszorg		13:30 16:00	Infectiepreventie en -bestrijding (kleine instelling)	
	reserveren Gesprek Directie Comité			psychiater			bezoek ouders vanaf 14u30			comité ziekenhuishygiëne	
15:30	Evaluatie met instellings-contactpersoon						psychiater			ziekenhuishygiënist	
	16:00 - 18:00 uur Verslaglegging										
	18:00 - 19:00 uur Auditorenvergadering										
	ca. 19:00 uur naar hotel/diner										

PROGRAMMA AUDITBEZOEK
ZIEKENHUIS PZ Heilige Familie
Startdatum: 24-okt-16
Einddatum: 27-okt-16

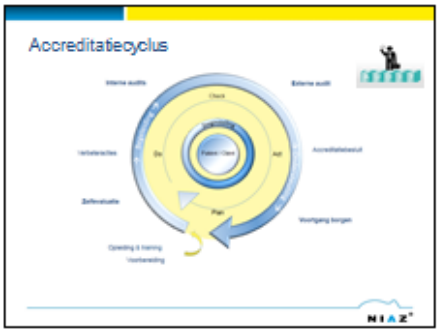
donderdag 27-okt-16

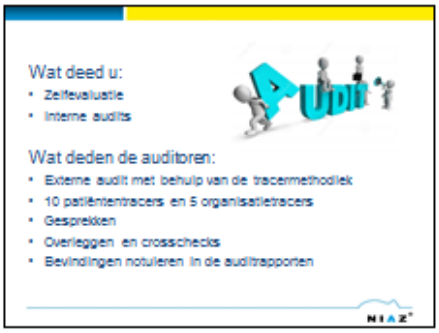
Opgesteld door: senior adviseur

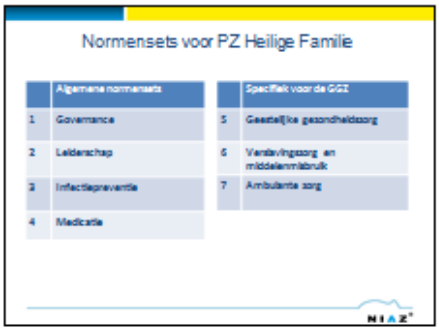
	Auditor (VZ)	dhr B.Schreuder	Tijd	Auditor	dhr. J. Deroover	Tijd	Auditor	dhr. W. Vandenheede	Tijd	Auditor	dhr. M. Haspelslagh
8.00	8:00 uur Aankomst auditoren: installeren in werkkamer auditteam (...)										
8:30 12:00	Geen		8:30 12:00	Geen		8:30 12:00	Geen		8:30 12:00	Geen	
	Geen			Geen			Geen			Geen	
	12:00 - 13:30 uur Lunch + overleg auditoren										
13:30	Werken aan rapportagen & voorbereiden slotpresentatie										
14:45	Voorbespreking slotbijeenkomst met Directie en afvaardiging Medische Raad										
15:30	Slotbijeenkomst zaal? met auditees en andere belangstellenden										

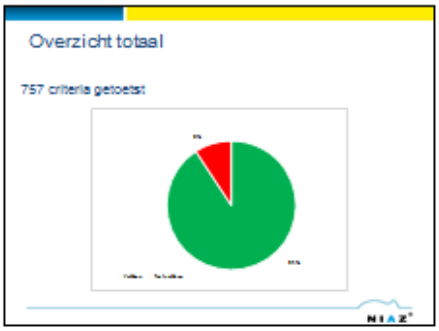
Appendix C: Slotpresentatie

24-11-2016





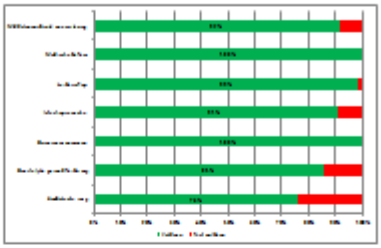




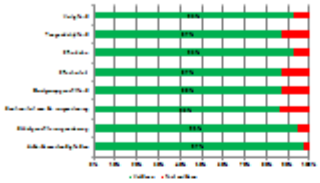
1

24-11-2016

Overzicht per norm



Kwaliteitsdimensies



Aantal getoetste Vereiste InstellingsRichtlijnen: 17

Voldaan: 13 (alle gouden VIR's voldaan)

Niet (volledig) voldaan: 4

4 niet van toepassing

Complimenten

- Hoge transparantie en goede toegankelijkheid
- Betrokkenheid van de top is groot
- Samenstelling van het comité patiëntveiligheid (Q&S)
- Toegangsveiligheid en dagelijks bijhouden van OBASI
- Uitwerking actiepunten patiëntveiligheids-cultuurmeting
- Informatieoverdracht bij transfer van opgenomen patiënten op de afdelingen De Vlonder en De Boeg
- Multidisciplinaire patiëntentoewijzing

Uitdagingen

- Borgen van brand- en ontruimingsoefeningen
- Instellingsbreed implementeren en borgen van het valpreventiebeleid
- Implementeren en borgen van de medicatieverificatie in de ambulante zorg
- Borgen van de informatieoverdracht in de ambulante zorg

Voorwaarde voor eerste accreditatie
Het interne auditsysteem

- PZ Heilige Familie heeft een auditbeleid en een auditplanning
- Interne auditoren (18) zijn opgeleid in KZI 2.3 en herschoold naar KZI 3.0
- Het NIAZ-Qmentum normenkader is gebruikt als basis om interne audits uit te voeren
- Artsen zijn actief betrokken bij interne audits
- Alle afdelingen hebben een interne audit gehad
- Auditrapportages en verbeterplannen zijn beschikbaar
- De opvolging van de verbeteracties is belegd

2

24-11-2016

Voorwaarde voor accreditatie veiligheidscultuurmeting

- In 2015 is de vertaalde vragenlijst 'Hospital Survey on Patient Safety' uitgezet bij medewerkers
- Minimum respons vereist: 108
- Respons behaald: 108
- Actieplannen en verbeteracties zijn vastgesteld

NIAZ

Waar staat u nu?

NIAZ

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.

NIAZ

Na vandaag…

- Conceptrapportage naar directie ter beoordeling op feitelijke onjuistheden (medio november 2016)
- Bestuur NIAZ besluit over accreditatiestatus in december 2016
- Definitief rapport in de instelling in december 2016
- Voortgang borgen m.b.v. overzicht kwaliteitsverbetering

NIAZ

Het hele auditteam bedankt:

Catering en ICT

Buddy's

Gesprekspartners

Patiënten

NIAZ

Het is goed om een uitdaging te hebben!

NIAZ

3