



Auditverslag

Groep Zorg H. Familie vzw

Kortrijk

Datum auditbezoek:	26 maart tot en met 28 maart 2024
Assessment:	eerste sequential assessment
Assessmentprocedure:	Assessmentprocedure 2024
Niveau accreditatie:	Goud
Niveau toetsing:	Diamant
Status verslag:	Definitief
Vastgesteld op:	1 mei 2024

Geheimhouding en copyright

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



Inhoud

Inleiding	4
1. Samenvatting.....	6
1.1 Auditinformatie	6
1.2 Conclusies auditteam	8
1.3 Voortgang uitdagingen	12
2. Normenset leiderschap	15
2.1 Samenvatting	15
2.2 Niet-voldane criteria	16
3. Normenset Langdurige zorg.....	17
3.1 Samenvatting	17
3.2 Niet-voldane criteria	18
4. Normenset Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen	19
4.1 Samenvatting	19
4.2 Niet-voldane criteria	20
5. Normenset Geestelijke gezondheidszorg	22
5.1 Samenvatting	22
5.2 Niet-voldane criteria	22
Bijlage 1. Verdeling normensets over drie sequentials	23



Inleiding

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

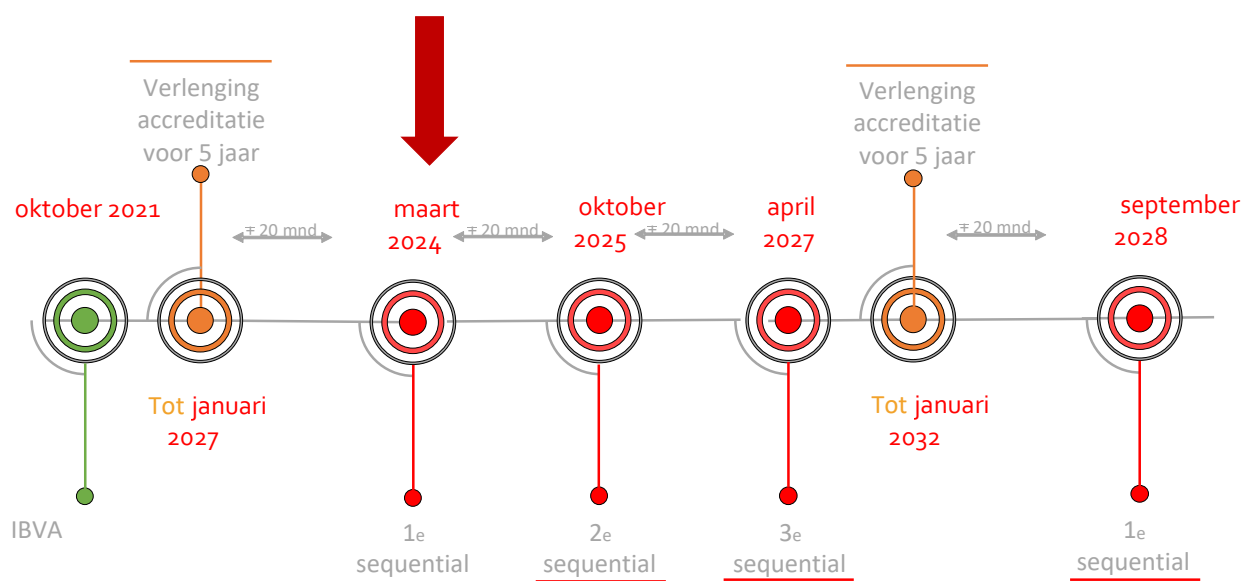
Voor instellingen die minstens één assessmentcyclus hebben doorlopen, is het continu verbeterprogramma ontwikkeld. In dit programma vindt gedurende een cyclus van vijf jaar op drie momenten een assessment (sequential) plaats. De drie sequentials tezamen omvatten het totale normenkader dat voor de instelling van toepassing is. Na de derde sequential volgt een accreditatiebesluit.

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

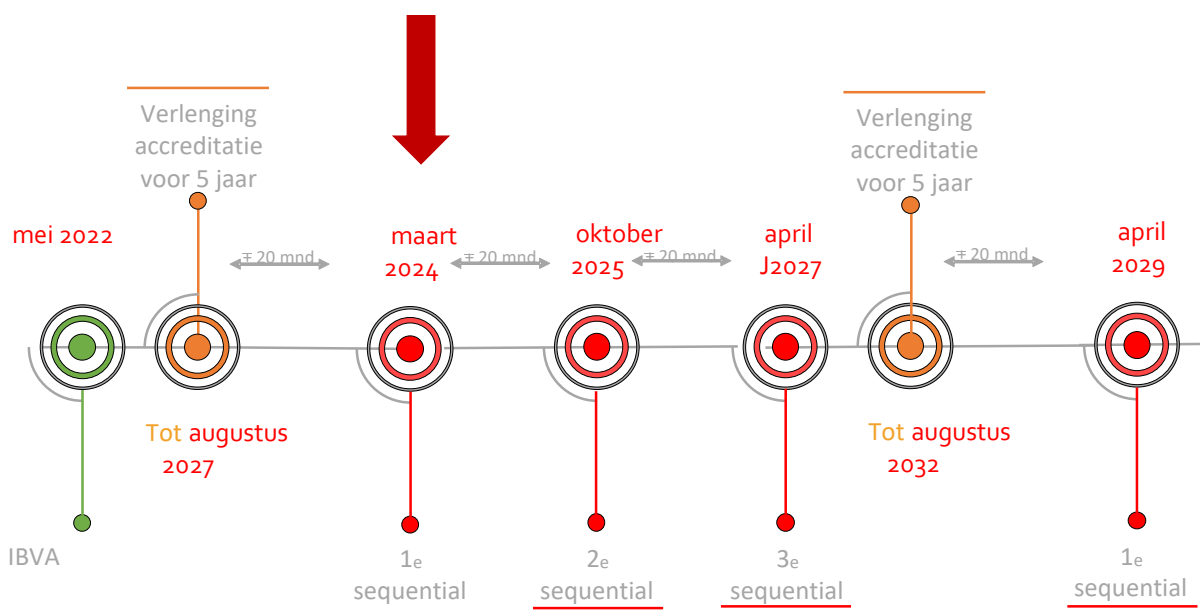
Om een goede doorloop mogelijk te maken verlengde Qualicor Europe de twee behaalde accreditatiestatusen van de Groep Zorg H. Familie vzw ieder met een jaar. Het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Familie en De Bolster van Groep Zorg H. Familie vzw is hiermee van 1 januari 2022 tot 1 januari 2027 geaccrediteerd. De Groep Zorg H. Familie Ouderenzorg is hiermee van 1 augustus 2022 tot 1 augustus 2027 geaccrediteerd. Beiden onder de voorwaarde dat het Continu Verbeterprogramma wordt gevolgd.

In onderstaand schema is aangegeven hoe het continu verbeterprogramma in Groep Zorg H. Familie vzw er in de tijd uit ziet:

1. Het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Familie en De Bolster van Groep Zorg H. Familie vzw:



2. De Groep Zorg H. Familie Ouderenzorg:



1. Samenvatting

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

1.1 Auditinformatie

Het auditbezoek in Groep Zorg H. Familie vzw heeft plaatsgevonden van 26 maart 2024 tot en met 28 maart 2024. Het betreft de eerste sequential van deze assessmentcyclus. Aan het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Familie en De Bolster van Groep Zorg H. Familie vzw is twee keer een accreditatie verleend door Qualicor Europe. Aan de Groep Zorg H. Familie Ouderenzorg is één keer een accreditatie verleend door Qualicor Europe.

Auditteam

De heer Jean Willem Barzilay, voorzitter
Mevrouw Marijke Gijsemans
De heer Jan De Varé

Surveymanager

De heer Patrick Vandebroek

Assessmentprocedure, niveau van accreditatie en niveau van toetsing

De audit is uitgevoerd conform de assessmentprocedure 2024. Het aangevraagde niveau van accreditatie is goud. Het niveau van toetsing wijkt af van het accreditatieniveau. Toetsing heeft plaatsgevonden op niveau diamant.

Normensets

Tijdens het auditbezoek zijn de onderstaande normensets en kritische processen gebruikt om de diensten en procedures van Groep Zorg H. Familie vzw te toetsen. Een overzicht van de verdeling van normensets over de drie sequentials treft u aan als bijlage 1 bij dit rapport.

- Kritisch processen binnen Leiderschap
 - Cliëntenstromen
 - Geïntegreerd kwaliteitsmanagement
 - Planning en kwaliteitsmanagement
- Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen
- Geestelijke gezondheidszorg
- Langdurige zorg

Opties

Vanaf de derde assessmentcyclus is het mogelijk om te kiezen voor aanvullende opties. De directie heeft aangegeven dat geen opties gelden bij het huidige assessmentbezoek:

Aanvullende informatie

De directie van Groep Zorg H. Familie vzw heeft tijdens het auditbezoek verklaard dat er geen werkeenheden zijn met problemen die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorg en waarvan het auditteam op de hoogte moet zijn.

De audit betreft de volgende locaties:

- PZ H. Familie inclusief De Korbeel en De Patio
- WZC Sint-Carolus (Kortrijk) - -GAW Guido Gezelle 1 en 2
- WZC Rustenhove Leef en Zorgdorp (Ledegem) - GAW 't Kempke, GAW Capelle, CDV De Winde, CDV Het Station en LDC De Kring

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

1.2 Conclusies auditteam

Algemene bevindingen

De Groep Zorg H. Familie vzw bestaat uit ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Het psychiatrisch ziekenhuis H. Familie in het centrum van Kortrijk behandelt volwassenen en kinderen met diverse psychische kwetsbaarheden in residentiële en ambulante zorgprogramma's. Naast een uitgebreid aanbod voor volwassenen met psychische kwetsbaarheden (PZ H. Familie) beschikt de organisatie ook over (De Korbeel) een gespecialiseerd kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis voor de doelgroep van 0 tot 18 jaar en (De Patio) voor forensische jeugdpsychiatrische behandeling. Binnen De Korbeel gaan de medewerkers met kinderen en jongeren met een hoge psychische zorgnood samen op pad naar groei en verbinding met zichzelf, anderen en de maatschappij. De Patio behandelt jongeren tussen 12 en 18 jaar met een (vermoeden van) psychiatrische problematiek. Er vindt kwaliteitsvolle therapie plaats tijdens een langdurige en intensieve behandeling van minimaal zes maanden.

De ouderenzorgvoorzieningen De Pottelberg en Sint-Carolus in Kortrijk, Rustenhove in Ledegem, Sint-Jozef en Ter Luchte in Oostkamp bieden een brede waaier aan kwalitatieve diensten variërend van woonzorgcentrum, assistentiewoningen, centrum voor kortverblijf, centrum voor dagverzorging, lokaal dienstencentrum en dienst voor thuisverpleging. De gastvrijheid staat centraal. Tijdens de audit bleek dat de zorg respectvol verloopt zodat de zelfstandigheid van ouderen zoveel en zolang als mogelijk behouden blijft.

Groep Zorg H. Familie kent een cultuur waarbinnen de patiënt centraal staat en waarbij 'het intern feedback geven' ook belangrijk is. De cultuur is daarnaast gericht op verbetering. Dit blijkt ook uit de reflectie van de auditees over de ingezette verbeteringen. Een voorbeeld daarvan is de agressie de-escalatie werking.

Alle relevante en opvraagbare informatie is in openheid verstrekt. Inzage in het elektronisch patiëntendossier (HErOS+), documentbeheersysteem, notulen en personeelsdossier (opleidingen), was (voorafgaand aan de audit in het kader van toestemmingen) goed georganiseerd.

De organisatie van de kwaliteitszorg is structureel ingebed in de organisatie. De sfeer was open en vriendelijk. Er is een mooie 'goesting' en tevredenheid over de (ontwikkelings)mogelijkheden die de organisatie biedt aan de medewerkers. Vanuit het bestuursorgaan en directie is ruime en positieve aandacht voor de medewerkers.

Overzicht complimenten

- CRA oog op medicatie (polyfarmacie)
- Zeer betrokken medewerkers: 'retentieblijdschap'
- Valdetectie MINT
- De patiënten die langer dan een jaar in nazorg wensen te komen, kunnen gratis blijven aansluiten in de nazorgmomenten ook al komt het ziekenfonds hier niet meer in tussen.
- Veerkracht binnen De Korbeel
- Communicatie patiënt / bewoner / familie rond medicatie
- Voorzieningen binnen nieuwbouw (sporthal,...)



Overzicht uitdagingen

Uitdagingen op **het accreditatieniveau goud** enkel van toepassing voor de **locaties ouderenzorg**.

	Uitdaging	Normenset	Criterium	VIR of !	Niveau
1	Er is een beleid en procedure om ervoor te zorgen dat de zelftoediening van medicatie door cliënten veilig wordt beheerd.	Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen	5.2.1	!	Goud
2	Er worden vastgelegde criteria gebruikt om te bepalen welke medicatie cliënten zichzelf kunnen toedienen.	Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen	5.2.2		Goud
3	Er worden vastgelegde criteria gebruikt om te beoordelen of een cliënt in staat is zichzelf medicatie toe te dienen.	Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen	5.2.3		Goud
4	Elke cliënt die zelf medicatie toedient, wordt voorafgaand aan zelftoediening voorzien van de juiste voorlichting en supervisie en dit wordt gedocumenteerd in het cliëntendossier.	Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen	5.2.4	!	Goud

Uitdagingen op het **toetsingsniveau platina en diamant** voor **alle locaties** binnen de Groep Zorg H. Familie.

	Uitdaging	Normenset	Criterium	VIR of !	Niveau
1	Er zijn actieplannen ontwikkeld als reactie op waarschuwingen betreffende bijwerkingen van geneesmiddelen.	Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen	8.2.3		Platina
2	De informatie die is verzameld over het medicatiebeheersysteem wordt gebruikt om successen en mogelijkheden voor verbetering te identificeren en om te zorgen dat verbeteringen tijdig worden doorgevoerd.	Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen	8.3.4		Diamant

Uitdagingen op het **toetsingsniveau platina en diamant** enkel voor de **locaties ouderenzorg**.

	Uitdaging	Normenset	Criterium	VIR of !	Niveau
1	Het vermogen van cliënten om zichzelf op een veilige manier medicatie toe te dienen wordt regelmatig herbeoordeeld.	Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen	5.2.9		Platina

Intern toetsingssysteem

Het intern toetsingssysteem van Groep Zorg H. Familie vzw voldoet aan de 'Assessmentprocedure 2024 Qmentum'.

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

Noodzakelijke voorwaarden

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

Noodzakelijke voorwaarde: veiligheid (de veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd)

Uit de gevoerde gesprekken met de directie, management, maar vooral met medewerkers, patiënten/bewoners en tijdens de diverse bezoeken aan afdelingen stelt de auditor vast dat (cliënt)veiligheid een strategische pijler vormt. Het kunnen melden en de behandeling en verbetering van incidenten zijn zorgvuldig geborgd. Er is consequent aandacht voor valpreventie, decubituspreventie, medicatieverificatie, zorgoverdracht, suïciderisico en agressie preventie.

De directie en het management hechten belang aan de veiligheid en het zorgvuldig opvolgen inclusief leren van incidenten. Dit geldt eveneens voor het volgen van trends vanuit meldingen, calamiteiten, klachten en de voortgang van kwaliteitsthema's.

Toediening van medicatie gebeurt enkel door personen wiens diploma dit toe laat. Medicatie in eigen beheer en/of het zelf toedienen van medicatie binnen de woonzorgcentra van Groep Zorg H. Familie, wordt - in het kader van veiligheid - principieel niet toegelaten, zelfs niet als de bewoner handelingsbekwaam is. In het kader van bewonersparticipatie kan hier nog een verbeterslag gemaakt worden. De mate waarin de patiënt/bewoner en de familie of context betrokken wordt bij de communicatie rond medicatie wijziging en incidenten is snel en transparant. Ook in brede zin betreft de



Groep Zorg H. Familie de omgeving en familie nauw bij haar zorgverlening. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de in geziene rapporten over de tevredenheidsmeting.

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

Het organisatieschema van de Groep Zorg H. Familie (vzw) is helder en inzichtelijk. Tijdens de (eerste) sequential audit stelde de auditor vast dat de samenwerking tussen het beheerscomité, directie, managementteam, medische raad/medisch directeur in een open en constructieve sfeer plaatsvindt. Het auditteam is positief over de deskundigheid, gastvrijheid, compassie, warme zorg, veerkracht en verbetergoesting.

Er is een breed gedragen ambitie om de kwaliteit- en veiligheidscultuur blijvend te verbeteren. Alle aspecten van kwaliteit en veiligheid worden in de vergaderingen van het beheerscomité en het management (directie) besproken, waaronder indicatoren en calamiteiten inclusief opvolging. De familie van bewoners/patiënten zijn actief betrokken bij de kwaliteit en veiligheid. Er is een systeem voor interne audits. Daarnaast zijn medewerkers opgeleid om via de PRISMA methode (Prevention Recovery Information System for Monitoring and Analysis) incident onderzoek te verrichten. Medicatieaudits worden uitgevoerd, incidenten worden geïnventariseerd en besproken en zo nodig vertaald naar actiepunten. Medewerkers en artsen volgen bij indiensttreding een inwerkprogramma en krijgen functiegebonden scholingen aangeboden. Dit geldt ook voor het omgaan met hoog risicomedicatie. Waar van toepassing worden scholingen verplicht gesteld en gemonitord. Elke medewerker kan de individuele voortgang volgen. In het inwerkschema voor nieuwe medewerkers zijn ook de verplichte trainingen opgenomen. Binnen de woonzorgorganisaties is een vormings- en trainingsprogramma voor medewerkers uitgewerkt. Dit programma bevat bepaalde terugkerende onderwerpen waaronder hef- en tiltechnieken en de valpreventieweek.

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

Vanuit de check op de voortgang van uitdagingen van de vorige audit blijkt dat de organisatie zich voortdurend probeert te verbeteren. Alle eerdere verbeterpunten uit de vorige audit zijn opgevolgd en krijgen blijvend aandacht in zowel het intern toetsingssysteem als de werkpraktijk. De organisatie voert op kwaliteitsthema's en processen interne audits uit via circa twintig daartoe opgeleide medewerkers. De resultaten komen rechtstreeks bij de betrokkenen terecht die ermee aan de slag gaan. De aan het auditteam voorgelegde overzichten van incidentmeldingen, de inhoud en opvolging ervan, bieden informatie over de veiligheidsthema's. Ook heeft de Groep Zorg H. Familie aandacht voor preventie van geweld en agressie, suïcidepreventie en het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen. Recent zijn (bij mogelijke agressie betrokken) medewerkers geschoold in de nieuwste vorm van de-escalatie agressie training. Uit gesprekken met auditees op de afdelingen blijkt dit alles bekend en bovenal gewaardeerd te worden. De kwartaalrapportages worden breed in de organisatie via directie en het beheerscomité besproken.

1.3 Voortgang uitdagingen

De auditoren hebben ten aanzien van de uitdagingen van voorgaande assessments de volgende bevindingen.

Uitdagingen laatste assessment waarop accreditatie is verleend

	Uitdaging	Normenset	Criterium	VIR of !	Niveau	Voortgang Voldaan/ Niet voldaan	Korte toelichting
1	<p>De instelling implementeert een veelomvattende strategie voor het beheer van hoogrisicomedicatie.</p> <p><i>De instelling implementeert een uitgebreide strategie voor het beheer van hoogrisicomedicatie.</i></p>	Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen	1.7.4	VIR	Goud	Voldaan	<p>De auditor heeft een strategie vastgesteld middels inzage van documenten en rondgang op de afdelingen ouderenzorg dat hoogrisicomedicatie (HRM) wordt aangeleverd op naam van bewoner en per toedieningsmoment. HRM wordt tevens in het verstrekking schema aangegeven als hoogrisicomedicatie. Bij de toediening wordt hoogrisicomedicatie als dusdanig bejegend zoals bijvoorbeeld een extra check door een tweede persoon. De 'zo nodig op naam bewaarde hoogrisicomedicatie' dient gezien de samenwerking met de externe apotheek aangekocht te worden en deze wordt in de originele doosverpakking bewaard met hoogrisico markering (bijvoorbeeld een diagonaal rode streep). Deze medicatie wordt achter slot bewaard met toegangsregeling voor bevoegde personeelsleden.</p>



2	Het team ontvangt scholing en training over de herkenning en voorkoming van misbruik en de beoordeling van het risico misbruik.	Langdurige zorg	1.1	!	Goud	Voldaan	Ouderenzorg heeft ingezet op de vorming van enkele medewerkers tot zorg-ethische coach die reflectietechnieken toepassen in team overleggen om pro- en retroactief te handelen rond misbruik. Zo wordt er gebruik gemaakt van de techniek van 'dialogoosleutels'.
3	Het team begrijpt en volgt de strategie van de instelling met betrekking tot voorkoming van misbruik.	Langdurige zorg	3.15	!	Goud	Voldaan	De auditor heeft vastgesteld middels gesprekken en inzage van documenten dat er een strategie beschikbaar is en conform wordt toegepast. Zo wordt een kleurschaal gebruikt en er wordt een beleid in de het dossier voorzien.
4	Er vinden regelmatige, gestandaardiseerde, interdisciplinaire beoordelingen plaats van de medicatie van de bewoner en er worden waar nodig aanpassingen doorgevoerd.	Langdurige zorg	5.12	!	Goud	Voldaan	CRA artsen nemen twee maal per jaar deel aan medicatie-beoordelingen van bewoners en dit op beide ouderenzorglocaties. Bovendien is er jaarlijks zorgoverleg met bewoner/familie.
5	Er worden beleid en procedures ontwikkeld voor point-of-care Testing (POCT), met inbreng van de bewoners en hun familie.	Langdurige zorg	7.1		Goud	Voldaan	De auditor heeft vastgesteld middels gesprekken, observatie en inzage van documenten dat op beide ouderenzorg locaties beleid en procedures ontwikkeld zijn voor point-of-care Testing (POCT).
6	Er wordt een introductie tot en training in Point-Of-Care Testing (POCT)-beleid en procedures aangeboden aan alle zorgprofessionals die POCT uitvoeren.	Langdurige zorg	7.3		Goud	Voldaan	Er is een werkgroep opgericht en in werking waarin medewerkers van beide locaties een groepsbeleid en het implementatie proces voor point-of-care Testing (POCT) faciliteren.



7	De effectiviteit van zorgoverdrachten wordt geëvalueerd en deze informatie wordt gebruikt voor de verbetering van de planning van overgangen, met inbreng van de bewoners en hun familie.	Langdurige zorg	8.7		Goud	Voldaan	De effectiviteit van zorgoverdrachten wordt geëvalueerd en deze informatie wordt gebruikt voor de verbetering van de planning van overgangen tijdens de jaarlijkse zorg overleggen op de ouderenzorglocaties.
8	De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een bewoner, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht. <i>Er worden documentatie-hulpmiddelen en communicatiemaatregelen gebruikt om de overdracht van informatie bij de zorgoverdracht te standaardiseren.</i>	Langdurige zorg	5.19.2	VIR	platina	Voldaan	De auditor stelt vast middels observatie, gesprekken en inzage van documenten dat de ISBARR-techniek (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation en Readback) in voege is en dat ondersteunend tablets en schema's beschikbaar zijn.
9	De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een bewoner, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht. <i>De effectiviteit van de communicatie wordt geëvalueerd en er worden verbeteringen doorgevoerd op basis van ontvangen feedback.</i>	Langdurige zorg	5.19.5	VIR	platina	Voldaan	De communicatie-technieken en de rapportage afspraken zijn in september 2023 gereviseerd. Middels checks op afgesproken regelmaat door hoofdverpleegkundigen zijn verbeteringen doorgevoerd. Zo zijn nieuwe medewerkers getraind in de schriftelijke rapportage na een check.

2. Normenset leiderschap

2.1 Samenvatting

De auditor heeft de normenset Leiderschap getoetst aan de hand van gesprekken met psychiaters, psychologen, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, een ervaringsdeskundige, kwaliteitsdeskundigen, directie en management. Er is inzage gegeven in diverse patiëntendossiers, medewerkersdossiers, opleidingen, agressie/de-escalatietrainingen, jaar/functioneringsgesprekken, meldingssysteem incidenten, behandelplannen en afdelingsspecifieke plannen zoals 'vroegsignaleringskaarten' of observatieborden/aantekenborden. Alle onderdelen/afdelingen zijn geaudit.

Groep Zorg H. Familie kent een (strategische) beleidscyclus waarbij de beleidsplannen op diverse niveaus van de organisatie actief worden ingezet en ook geëvalueerd in samenspraak met directie. Via het documentbeheersysteem zijn alle beleidsplannen en beleidshandboeken terug te vinden, waarin belangrijke processen van de organisatie omschreven staan (zoals als bijvoorbeeld cliëntdoorstroming).

De instelling beschikt over een patiënt- en cliënt-incidentmeldingssysteem. Elke voorziening heeft een eigen overlegorgaan waar incidenten geanalyseerd worden en verbetermaatregelen worden benoemd en gemonitord. Evaluatie van het incidentmeldingssysteem heeft plaatsgevonden in de Groep Zorg H. Familie.

De organisatie besteedt aandacht aan structurele scholing en training hetgeen leidt tot deskundigheidsbevordering en verdere professionalisering van de medewerker. De scholing is geënt op belangrijke risico's rond patiëntveiligheid. Nieuwe medewerkers krijgen systematische scholing omtrent patiëntveiligheid.

Medewerkers ontvangen op regelmatige basis vorming omtrent het omgaan met en voorkomen van agressie. Daarnaast beschikt de instelling over een gecoördineerde aanpak ter preventie van geweld en agressie. De agressie-incidenten worden verzameld en systematisch besproken in het team, op de afdeling en gerapporteerd aan. Een nieuwe methode van agressie de-escalatie werd geïntroduceerd. In de nieuwe handwijze vindt niet langer een pijnprikkel plaats via een klemtechniek van de pols. Er is beleid aanwezig voor het psychosociaal welzijn van medewerkers en voor belangrijke risico's op de werkplek (bv. agressie, infectiepreventie, intern noodplan, eerste hulp bij ongevallen).

Er is opleiding geregeld voor brand- en de evacuatieoefeningen. Deze opleidingen worden op regelmatige basis georganiseerd.

Patiënten worden voorafgaand aan en bij opname geïnformeerd en betrokken bij hun behandel- of begeleidingstraject. Op alle afdelingen bestaan overlegmomenten om samen met de patiënt en het netwerk (waar mogelijk) over het verloop van het zorgplan te spreken.

Middels gesprekken met auditees en inzage in patiëntendossiers (HErOS+) blijkt dat de informatie in het patiëntendossier op regelmatige basis wordt geëvalueerd en geactualiseerd.

De medewerkers zijn betrokken, enthousiast en geëngageerd bezig met hun werk en met hun zorgvragers. Zij werken aan het verbeteren, bijsturen en optimaliseren van de individuele patiëntenzorg (casusniveau). Zorgvragers tonen zich tevreden met de zorg die ze ontvangen. De auditor heeft een aantal patiënten gesproken over de zorgverlening en hun visie daarop. Zij toonden zich zeer tevreden over de houding, betrokkenheid en professionaliteit van de medewerkers. Een compliment voor de organisatie is de sterke betrokkenheid van medewerkers en meer bepaald het enthousiasme en de verbondenheid met de organisatie van medewerkers met meerdere dienstjaren ('retentiebijdschap').



Binnen de instelling zijn de procedures met betrekking tot het medicatiebeheerproces uitgewerkt, gevalideerd en up to date. De zorgovergangen en derhalve ook de medicatieverificatie zijn inzichtelijk en geborgd. In- en uitstroomgegevens van medicatie zijn duidelijk in het dossier (HErOS+) in te zien.

2.2 Niet-voldane criteria

Aan alle getoetste criteria uit de normenset Leiderschap is voldaan.

3. Normenset Langdurige zorg

3.1 Samenvatting

De auditoren hebben de normenset Langdurige zorg getoetst op alle zorgafdelingen van beide woonzorgcentra alsook op de transmurale diensten: meer bepaald het lokaal dienstencentrum, het dagverzorgingscentrum en de assistentiewoningen.

Tijdens de audit is gesproken met medewerkers (beleidsmedewerker, technische dienst, verantwoordelijke facilitaire diensten, sociale dienst, woonassistent, kinesitherapeut, orthopedagoog, medewerker hoteldienst, hoofdverpleegkundige, verschillende verpleegkundigen en zorgkundigen met een referentiefunctie) en bewoners.

Er is voor medewerkers op beide locaties een vormings- en trainingsprogramma uitgewerkt en in voege. Het programma bevat terugkerende onderwerpen waaronder hef- en tiltechnieken en de valpreventieweek. Dit is door twee medewerkers aangetoond via hun intern opvolgsysteem.

De auditor stelt vast dat veilige zorg geborgd is mits het voldaan zijn aan de vereiste instellingrichtlijnen waaronder valpreventie, decubituspreventie, medicatieverificatie, zorgoverdracht, suïciderisico en agressie preventie. Er is een risicoscreening voor valpreventie één maand na opname door het afnemen van de 'Tinetti-test'. De auditor heeft deze screening teruggevonden in een achttal dossiers. Elke nieuwe bewoner en/of zijn mantelzorger wordt ook geïnformeerd op mogelijke risico's door het overhandigen van een folder in de eerste week van de opname. Het innoverend valdetectiesysteem 'MINT' verdient een compliment in de organisatie omwille van bewezen effectiviteit.

Tijdens het wekelijks multidisciplinair overleg (MDO) worden valincidenten besproken en eventuele verbeteracties opgenomen met vermelding in het elektronisch bewonersdossier.

De Bradenschaal wordt afgenomen in de eerste twee weken van de opname om zo het risico op decubitus te kunnen inschatten. Afhankelijk van de inschatting worden preventieve maatregelen genomen die het lig- en zitcomfort verbeteren. Men past wisselhouding toe en past de voeding aan zo nodig. De Bradenschaal wordt telkens na een ziekenhuisopname of algemene achteruitgang opnieuw beoordeeld. Dit is door medewerkers aangetoond in het bewonersdossier.

Via het incidentmeldingssysteem worden suïciderisico- of agressiemeldingen door medewerkers uitgevoerd. Door het invullen van dit formulier krijgen betrokken actoren een melding voor verdere opvolging. Beide voorzieningen kunnen beroep doen op een psycholoog die de bewoner en het team begeleidt.

Bij iedere (her)opname wordt de medicatiegeschiedenis in kaart gebracht of vergeleken met de actuele medicatielijst. Hiervoor neemt men contact op met de huisarts die de actuele medicatiefiche valideert in het zorgprogramma CARE.

De voorziening beschikt over een hospitalisatiefiche met een gevalideerde medicatiefiche die bij iedere transfer meegegeven wordt met de bewoner.

De instelling heeft wat betreft de gevraagde her te toetsen criteria vanuit het vorige assessment de nodige stappen gezet waaronder in het bijzonder de vereiste instellingsrichtlijn (VIR) zorgoverdracht. De informatie die relevant is voor de zorgverlening wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht. De auditor stelt vast middels gesprekken, het bijwonen van twee zorgoverdrachten en inzage van documenten dat de ISBARR-techniek (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation en Readback) in voege is en dat ondersteunend tablets en schema's beschikbaar zijn. Deze communicatietechnieken en de dito rapportage afspraken zijn gereviseerd. Middels regelmatige checks door hoofdverpleegkundigen werden reeds verbeteringen doorgevoerd. Zo werden nieuwe medewerkers getraind in de schriftelijke rapportage na een check.



Het opnameproces waaronder het intakegesprek, sociale anamnese, het 'informed consent' beleid en de interne afsprakennota werd door alle medewerkers van de sociale dienst toegelicht. Bij inzage van vier bewonersdossier zijn de afspraken aantoonbaar uitgevoerd.

Door middel van het intern incidentmeldingssysteem gelinkt aan het zorgdossier kunnen medewerkers valincidenten, medicatie incidenten, suïciderisico's, calamiteiten, ongewenst gedrag en klachten melden. Dit meldingssysteem zet een opvolgproces in gang dat aantoonbaar is in het bewonersdossier.

De auditor heeft dit kunnen inkijken in het bewonersdossier voor een valincident, een klacht en een suïciderisico.

De wensen en voorkeuren rond zorgnoden van bewoners worden aan de hand van een checklist en het levensjabloon in samenspraak met de bewoner en/of naasten in kaart gebracht en vertaald in het bewonersdossiers. Deze werkwijze is aangetoond aan de hand van het individueel bewonersdossier.

De wensen en voorkeuren van bewoners worden jaarlijks in samenspraak met de bewoner ge(her)evalueerd tijdens een zorggesprek. Het verslag en de gemaakte afspraken zijn terug te vinden in het bewonersdossier, hetgeen ook is aangetoond bij drie bewoners.

De auditor heeft vastgesteld middels gesprekken en inzage van documenten dat op beide ouderenzorg locaties beleid en procedures ontwikkeld zijn voor point-of-care Testing (POCT).

3.2 Niet-voldane criteria

Aan alle getoetste criteria uit de normenset Langdurige zorg is voldaan.

4. Normenset Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen

4.1 Samenvatting

De auditor heeft de normenset Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen getoetst aan de hand van gesprekken met medewerkers van alle ziekenhuisafdelingen, vijf afdelingen van de woonzorgcentra en middels bezoeken aan behandelruimten, opslagruimten voor hoog risicomedicatie en verdooving. Tevens heeft de auditor een medicatiebedeling bijgewoond en overleg gehad met het medisch farmaceutisch en de CRA-artsen (Coördinerend Raadgevend Arts) van beide woonzorgcentra.

Het medisch farmaceutisch comité is multidisciplinair samengesteld en vergadert vier keer per jaar. Het psychiatrisch ziekenhuis beschikt niet over een eigen apotheek en doet beroep op de externe apotheek van het ziekenhuis AZ Groeninge. De apotheker van het AZ Groeninge zetelt in het medisch farmaceutisch comité. Beide woonzorgcentra en afdeling De Patio werken samen met een reguliere apotheek in hun directe omgeving. Deze apotheken leveren dagelijks medicatie op naam van patiënt/bewoner dat zodoende klaar is voor toediening.

AZ Groeninge levert dagelijks en de voorraad per patiënt wordt wekelijks aangeleverd. De medicatie dient nog klaargezet te worden en er wordt nog een check uitgevoerd op het toedieningsmoment. Het formularium en de lijst van hoog risicomedicatie van AZ Groeninge wordt gebruikt. Groep Zorg H. Familie kan eigen specifieke medicatie aanbrengen op de lijst.

Medicatieaudits worden uitgevoerd en incidenten worden geïnventariseerd en besproken. Zo nodig wordt dit naar actiepunten vertaald. De auditor kon uitgevoerde verbeteringen vaststellen. Nieuwe medewerkers krijgen via e-learning opleiding onder meer aangaande hoog risicomedicatie. Deze opleiding wordt in de verdere carrière herhaald. Er is aandacht voor 'look alike's' en 'sound alike's' medicatie.

Een elektronisch voorschrift is voorhanden in het ziekenhuis. Een elektronisch medicatieschema is voorzien in de woonzorgcentra. Hoog risicomedicatie is gelabeld en allergieën worden aangegeven. Afspraken met de geconsulteerde apotheek rond medicatietekorten zijn voorhanden. Men motiveert patiënten om geen thuismedicatie mee te brengen. Zo dit toch gebeurt wordt deze medicatie correct gestockeerd en na screening door de behandelend arts zo veel mogelijk terugbezorgd bij ontslag. Toediening van medicatie gebeurt enkel door bevoegde personen.

De medicatieopslagruimten bevinden zich enkel in de verpleegpost. Verpleegposten zijn voldoende verlicht en netjes. De temperatuur van de medicatiekoelkasten wordt digitaal opgevolgd.

Medicatieopslag en bedelingsbakjes zijn gemarkeerd met naam en een recente foto van de patiënt. Hoog risicomedicatie (HRM) wordt volgens afspraak gestockeerd en toegediend. De check op 'vijf keer juist volgens criteria' vindt plaats volgens afspraak. Voor toediening van medicatie is er een drievoudige controle.

De auditor stelt vast middels gesprekken en observatie dat in de woonzorgcentra (door de samenwerking met een externe apotheek) de medicatie reeds klaargezet aangeleverd wordt op naam van de bewoner inclusief de hoog risicomedicatie. Als er 'indien nodig' HRM is voorgeschreven dan wordt deze achter gesloten deur bewaard in een gepersonaliseerde bak met vermelding van de naam en een recente foto van de bewoner en tevens in de originele en door de overheid gevraagde verpakking met extra labeling.

Uit overleg met verschillende medewerkers en de apotheek besluit de auditor dat de apotheek en artsen vlot bereikbaar zijn voor overleg. De auditees en de externe apotheker bevestigen dat de onderlinge samenwerking op een betrouwbare en veilige manier verloopt.

De auditor stelt vast middels gesprekken en procedures dat 'medicatie in eigen beheer' en/of 'zelftoediening van medicatie' binnen de woonzorgcentra principieel niet toegelaten is, ook niet als de bewoner hiertoe in staat is. Er zijn geen criteria of beleid voorzien voor zelftoediening van medicatie.



De auditor stelt vast middels inzage van documenten en gesprekken dat de communicatie met de patiënt/bewoner en de familie rond medicatie wijzigingen en incidenten heel transparant verloopt en een compliment verdient. Wijzigingen worden consequent gecommuniceerd.

Een compliment geldt ook voor de inspanningen binnen de woonzorgcentra om polyfarmacie te voorkomen door het screenen van de medicatielijsten door de CRA-arts en hoofdverpleegkundige op zesmaandelijks basis.

4.2 Niet-voldane criteria

Nr.	Criterium	Niveau	VIR of !	Opmerking
5.2.1	Er is een beleid en procedure om ervoor te zorgen dat de zelftoediening van medicatie door cliënten veilig wordt beheerd.	Goud	!	De auditor stelt vast middels gesprekken en inzage van documenten dat de woonzorgcentra principieel niet toestaan dat bewoners zelf medicatie beheren of toedienen uit veiligheidsoverwegingen. Het beleid geeft niet aan welke medicatie bewoners zelf kunnen toedienen.
5.2.2	Er worden vastgelegde criteria gebruikt om te bepalen welke medicatie cliënten zichzelf kunnen toedienen.	Goud		De auditor stelt vast middels gesprekken en inzage van documenten dat de woonzorgcentra principieel niet toestaan dat bewoners zelf medicatie beheren of toedienen uit veiligheidsoverwegingen. Het beleid geeft niet aan welke medicatie bewoners zelf kunnen toedienen en er zijn geen vastgelegde criteria voorzien. Bewoners in de woonzorgcentra hebben verschillende niveaus van functioneren en vermogen tot eigen regie.
5.2.3	Er worden vastgelegde criteria gebruikt om te beoordelen of een cliënt in staat is zichzelf medicatie toe te dienen.	Goud		De auditor stelt vast middels gesprekken en inzage van documenten dat de woonzorgcentra principieel niet toestaan dat bewoners zelf medicatie beheren of toedienen uit veiligheidsoverwegingen. Het beleid geeft niet aan welke medicatie bewoners zelf kunnen toedienen en er zijn geen vastgelegde criteria voorzien. Bewoners in de woonzorgcentra hebben verschillende niveaus van functioneren en vermogen tot eigen regie.
5.2.4	Elke cliënt die zelf medicatie toedient, wordt voorafgaand aan zelftoediening voorzien van de juiste voorlichting en supervisie en dit wordt gedocumenteerd in het cliëntendossier.	Goud	!	De auditor stelt vast middels gesprekken en inzage van documenten dat de woonzorgcentra principieel niet toestaan dat bewoners zelf medicatie beheren of toedienen uit veiligheidsoverwegingen. Het beleid geeft niet aan welke medicatie bewoners zelf kunnen toedienen en er zijn geen vastgelegde criteria voorzien.
5.2.9	Het vermogen van cliënten om zichzelf op een veilige manier medicatie toe te dienen wordt regelmatig herbeoordeeld.	Platina		De auditor stelt vast middels gesprekken en inzage van documenten dat de woonzorgcentra principieel niet toestaan dat bewoners zelf medicatie beheren of toedienen uit veiligheidsoverwegingen. Het beleid geeft niet aan welke medicatie bewoners zelf kunnen toedienen en er zijn geen vastgelegde criteria voorzien.
8.2.3	Er zijn actieplannen ontwikkeld als reactie op waarschuwingen betreffende bijwerkingen van geneesmiddelen.	Platina		De auditor stelt vast middels gesprekken en inzage van dossiers dat in de organisatie inspanningen geleverd worden om hogere kwaliteit te bekomen rond medicatieveiligheid. De PDCA-cyclus is nog niet rond. De auditor stelt vast dat er aandacht is voor reactie op waarschuwingen betreffende



				bijwerkingen van geneesmiddelen. Men meet en inventariseert kwaliteitsgegevens. Concrete actieplannen ter verbetering zijn nog niet ontwikkeld.
8.3.4	De informatie die is verzameld over het medicatiebeheersysteem wordt gebruikt om successen en mogelijkheden voor verbetering te identificeren en om te zorgen dat verbeteringen tijdig worden doorgevoerd.	Diamant		De auditor stelt vast middels gesprekken en inzage van dossiers dat in de ouderenzorg organisaties inspanningen geleverd worden om hogere kwaliteit te bekomen rond medicatieveiligheid. De PDCA-cyclus is nog niet rond. De organisatie meet en inventariseert kwaliteitsgegevens. De auditor kan nog niet opmaken uit gesprekken en documenten dat dit tot concrete actiepunten en verbeteringen heeft geleid.

5. Normenset Geestelijke gezondheidszorg

5.1 Samenvatting

De auditor heeft de normenset Geestelijke gezondheidszorg getoetst aan de hand van gesprekken met psychiaters, psychologen, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, een ervaringsdeskundige, kwaliteitsdeskundigen, directie en management.

Er is inzage gegeven in diverse patiëntendossiers, medewerkersdossiers, opleiding- en trainingsafspraken, agressie/de-escalatie trainingen, jaar/functioneringsgesprekken, meldingssysteem incidenten, behandelplannen en afdeling specifieke plannen zoals 'vroegsignaleringskaarten' of observatieborden/aantekeningborden. Alle onderdelen/afdelingen zijn ge-audit.

De patiënten die langer dan een jaar in nazorg wensen te komen, kunnen gratis blijven aansluiten in de nazorgmomenten ook al komt het ziekenfonds hier niet meer in tussen. Opvallend is de veerkracht van de medewerkers binnen De Korbeel ondanks enkele calamiteiten en veranderingsprocessen.

De procedure en het beleid rond medicatieverificatie en het beleid bij zorgovergangen zijn op alle afdelingen getoetst en als voldaan beoordeeld. De uitgebreide communicatie met patiënt, familie en bewoners rond medicatie verdient een compliment in de organisatie. Deze vindt consequent plaats.

De auditor woonde twee team overleggen bij. In de overleggen kwam per patiënt de huidige situatie aan de orde in relatie tot het zorgplan en eventuele bijstellingen van de dagelijkse zorgverlening.

De afdelingen betrekken actief patiënten, ouders/verwanten en overige betrokkenen bij de opstelling en verdere ontwikkeling van het zorgplan. Er is actief contact tussen ouders en zorgverleners over de dagelijkse zorg (beleving). Dit ervaren alle betrokken partijen als positief. De gesproken patiënten geven aan dat er een warme en professionele bejegening is door de behandelteams. Patiënten en familie ontvangen de benodigde informatie over het zorgproces of vanuit de zorgoverdracht.

In de zorgplannen zijn ook zorgoverdracht afspraken en doorstromingsbeleid aangetroffen.

De organisatie bespreekt incidenten met patiënten en familie. Evaluatie van incidenten vindt plaats.

Aan de patiënten en familie vraagt de organisatie feedback.

De organisatie voert jaarlijks netwerk/omgevingsscans uit. Dit vindt plaats in samenwerking met het netwerkbestuur waarbij het psychiaters overleg is betrokken. De opzet van mobiele teams, het hertekenen van het zorgaanbod, het zorgaanbod jongvolwassenen en de zorgcontinuïteit rond crisiszorg komen daar onder meer aan de orde. De omgevingsscans leiden zo nodig tot bijstellen van het strategisch plan.

De auditor heeft via observatie en inzage in het dossier (HErOS+) en de procedures vastgesteld dat patiëntidentificatie veilig verloopt. Er is in het dossier een foto aanwezig en bij het (nog) ontbreken van de foto vindt via naam en geboortedatum identificatie controle plaats. De auditor heeft vastgesteld middels gesprekken, observatie van processen en consultatie van dossiers dat de vereiste richtlijnen betreffende medicatieverificatie, valpreventie, suïcidepreventie, identificatie en informatieoverdracht geborgd zijn.

Binnen het dossier (HErOS+) zijn inzichtelijk zeven risico's onderkend. Voorbeelden hiervan zijn zelf verwondend gedrag, risico suïcide, agressie en valpreventie. Over de risico's vindt dagelijks overleg plaats met de arts. De auditor heeft dit in dossiers bevestigd gezien. Wekelijks vindt teamoverleg plaats over ontwikkelingen in relatie tot het behandelplan. Alle medewerkers die de auditor sprak zijn op de hoogte van de risico's en het behandelplan (vb. persoonsgebonden risico's).

5.2 Niet-voldane criteria

Aan alle getoetste criteria uit de normenset Geestelijke gezondheidszorg is voldaan.



Bijlage 1. Verdeling normensets over drie sequentials

Sequential programma	1 ^e sequential	Versie nr.	2 ^e sequential	Versie nr.	3 ^e sequential	Versie nr.
(Voorlopig) geplande datum	26 t/m 28 maart 2024		Oktober 2025		April 2027	
Datum vaststellen inhoud assessment	Maart 2023		Oktober 2024		April 2026	
Assessmentprocedure:	Assessmentprocedure 2024					
Keuze accreditatieniveau: Goud / Platina / Diamant	Goud					
Keuze niveau toetsing: Goud / Platina / Diamant	Diamant					
Aanvullende opties:	Niet van toepassing					
Formulering gewenste resultaat/doelstelling voor de organisatie van de audit (nb. De doelstelling kan per (sequential) verschillen)	<ul style="list-style-type: none"> De organisatie wil toetsen of de check-act-cyclus is doorlopen binnen de instellingsbrede normensets De organisatie wil zien of persoonsgerichte zorg gekend en geïmplementeerd is in de organisatie (niveau diamant) 					
Hertoetsen eerdere uitdagingen:	Zie hoger					
Te toetsen locaties	PZ H. Familie inclusief De Korbeel en De Patio WZC Sint-Carolus (Kortrijk) - -GAW Guido Gezelle 1 en 2 WZC Rustenhove Leef en Zorgdorp (Ledegem) - GAW 't Kempke, GAW Capelle, CDV De Winde, CDV Het Station en LDC De Kring		De Bolster en De Fender • WZC de Pottelberg (Kortrijk) - GAW De Putkapel, GAW Heerlyckheid Hoog Mosscher en GAW Premium Phebe Thuiszorgdienst (Kortrijk)		PZ H. Familie inclusief De Korbeel en De Patio WZC Ter Luchte (Ruddervoorde) (DA) - GAW De Tramstatie en LDC De Leuning. WZC Sint Jozef Leef en zorgdorp (Oostkamp) - GAW Schoonhove, GAW Ter Haeghe en CDV De Regenboog	
Te toetsen normensets:		versie		Versie*		Versie*
Governance					√	volgt
Leiderschap						
• Clientgerichte zorg			√	volgt		
• Menselijk kapitaal			√	volgt		
• Management van middelen					√	volgt
• Medische instrumenten en apparatuur					√	volgt
• Communicatie					√	volgt
• Cliëntenstromen	√	4				
• Geïntegreerd kwaliteitsmanagement	√	4				
• Planning en kwaliteitsmanagement	√	4				
• Fysieke omgeving			√	volgt		
• Voorbereid zijn op noodsituaties			√	volgt		



• Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes			√	volgt		
Infectiepreventie en -bestrijding voor maatschappelijke instellingen					√	volgt
Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen	√	4				
Voorbereid zijn op noodsituaties (crisis) en rampen			√	volgt		
Excellente zorgverlening			√	volgt		
Geestelijke gezondheidszorg	√	4	√	volgt	In afstemming	volgt
Langdurige zorg en dagopvang	√	4	√	volgt	√	volgt
Thuiszorg en thuisverpleging			√	volgt		