

# Auditverslag

## PZ H. Familie en De Bolster



Kortrijk  
België

Datum auditbezoek: 26 tot en met 29 oktober 2021

Versie normenset: Qmentum Global

Accreditatieprocedure: 2021

Vastgesteld op: 29 november 2021

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

## Inhoud

Inleiding .....	3
1. Samenvatting .....	4
1.1    Auditinformatie.....	4
1.2    Conclusies auditteam .....	7
1.3    Overzicht per normenset.....	11
1.4    Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR) .....	12
2. Overzicht beoordelingen op niveau goud .....	13
2.1    Vereiste instellingsrichtlijnen .....	13
2.2    Normensets.....	13
3. Overzicht beoordelingen op niveau platina.....	14
3.1    Vereiste instellingsrichtlijnen .....	14
3.2    Normensets.....	14
4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant .....	14
4.1    Vereiste instellingsrichtlijnen .....	14
4.2    Normensets.....	14
5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren .....	15
5.1    Beoordelingen van instellingsbrede normen .....	15
5.2    Beoordelingen van zorgspecifieke normen .....	23

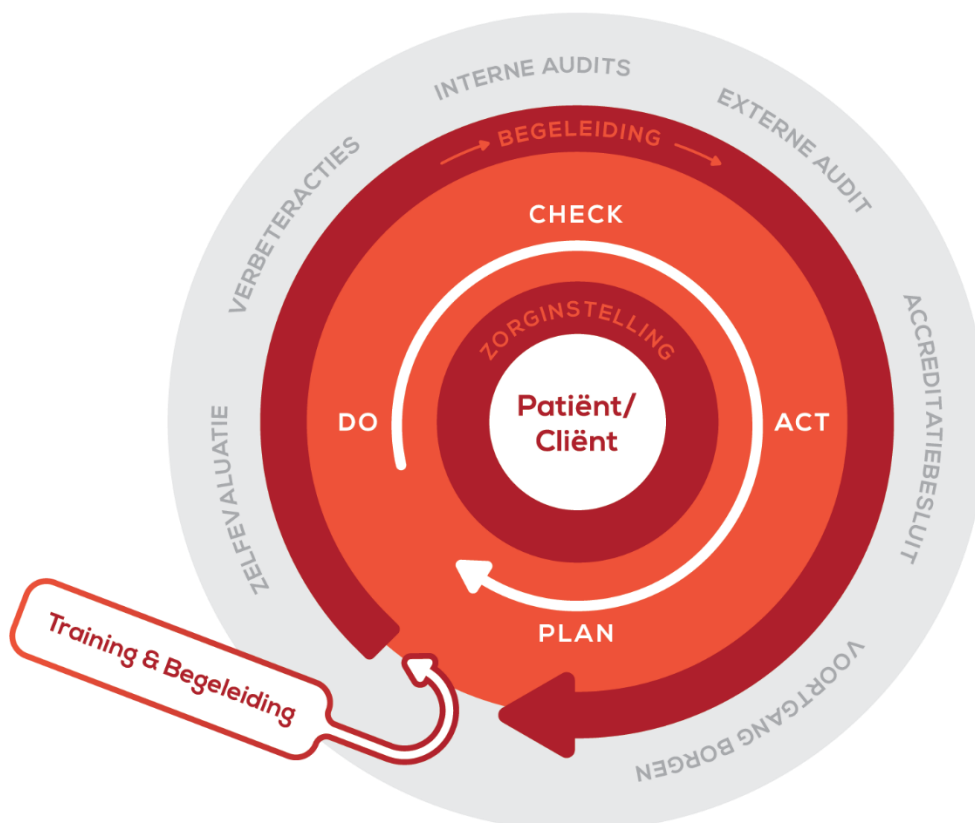
Datum: 29 november	Status: definitief	PZ H. Familie en De Bolster	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------

## Inleiding

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

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

## Internationaal Assessmentprogramma Qmentum Global



Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

## 1. Samenvatting

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

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

### 1.1 Auditinformatie

Het auditbezoek in PZ H. Familie en De Bolster heeft plaatsgevonden van 26 tot en met 29 oktober 2021.

#### Auditteam

De heer Walter Vandeneede, voorzitter  
 De heer dr. Hendrik Peuskens  
 De heer Rinaldo Vereecken  
 De heer Chrétien Haenen  
 Mevrouw Femke den Hoed  
 Mevrouw Lore Van Hulle, aspirant auditor

#### Surveymanager

Mevrouw Bieke De Neve

#### Aanvullende informatie

De Raad van Bestuur van PZ H. Familie en De Bolster heeft een aanvraag bij Qualicor Europe gedaan voor een standaardaudit voor accreditatie, op basis van de kwaliteitsnorm Qmentum Global. De audit is uitgevoerd conform de assessmentprocedure 2021 - 2022. Dit is de tweede Qualicor Europe-accreditatie voor het PZ H. Familie en de eerste audit voor De Bolster.

Het volledige auditteam was aanwezig in PZ H. Familie en De Bolster.

De Raad van Bestuur van PZ H. Familie en De Bolster heeft voorafgaand aan het auditbezoek verklaard dat er geen werkeenheden zijn met problemen die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorg en waarvan het auditteam op de hoogte moet zijn.

De audit betreft de volgende locaties van PZ H. Familie en De Bolster:

- Psychiatrisch Ziekenhuis:
  - o Psychiatrisch Ziekenhuis voor volwassenen.
  - o De Korbeel (kind- en jeugdpsychiatrie).
- De Bolster:
  - o Beschut wonen.
  - o Domino.
  - o Vesta.
  - o TrACee.
  - o De MaRe.
- De Patio (forensische jeugdpsychiatrie).

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

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

### **Normensets**

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

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

- Geestelijke gezondheidszorg.
- Middelenmisbruik en probleemgokken.

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

- Excellente zorg.
- Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen.
- Infectiepreventie.
- Governance.
- Leiderschap.

#### *Noodzakelijke criteria voor veilige zorg*

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

## Samenvatting bevindingen

Standaard audit	Resultaat	Eis
Hoeveel procent van de nalevingstesten van alle vereiste VIR's is behaald?	100%	95%
Is per normenset aan het vereiste aandeel gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) voldaan?	JA	90% per normenset
Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling?	99%	81%
Aan hoeveel procent van alle noodzakelijke criteria voor veilige zorg op niveau platina en diamant, zoals beschreven in de bijlage van de 'Assessmentprocedure 2021 -2022' over alle relevante normensets voldoet de instelling?	100%	81%

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

## 1.2 Conclusies auditteam

### Algemene bevindingen

Het PZ H. Familie en De Bolster heeft zich grondig voorbereid op deze audit en toonde zich open naar de auditoren. Patiëntgerichte kwaliteitsvolle zorg staat hoog op de agenda van de organisatie. In deze betrekkelijk kleine organisatie zorgen de korte hiërarchische lijnen, de goede teamspirit en de betrokkenheid van de artsen binnen de afdelingen en diensten voor een warme zorg. Waardengebonden sturing vanuit de Raad van Bestuur en directie ondersteunt de werking.

Deze audit is de tweede definitieve audit van het PZ H. Familie en de eerste definitieve audit voor De Bolster. De PDCA-cyclus is doordrongen in de organisatie op een voor de organisatie praktisch hanteerbare wijze. Het voortdurend verbeteren wordt opgenomen via de korte lijnen met de artsen en de directie. Problemen worden snel gedetecteerd, gesignaleerd en geremedieerd. Er werd een belangrijke stap voorwaarts gezet inzake patiëntenparticipatie. Patiënten kunnen hun dossier via het patiëntenportaal opvolgen, hun patiëntenoverleg voorbereiden en mee hun doelstellingen bepalen. In het Beschut Wonen worden patiënten betrokken bij de aanwerving van nieuwe medewerkers. De arbeidscoach volgt, met het oog op het houden van de tewerkstelling, nog cliënten op na het vinden van werk. Naast de zorg voor patiënten en cliënten wordt ook zorg gedragen voor personeelsleden. Dit wordt door deze personeelsleden zeer gewaardeerd. Duurzaamheid wordt door middel van diverse projecten gepromoot. Het auditteam kwam tot de conclusie dat deze organisatie haar kwaliteitssysteem doorontwikkeld heeft ten aanzien van de eerste audit.

#### *Overzicht complimenten*

- In de patiëntendossiers is een zorgportaal uitgerold zodat patiënten meekijken in hun dossier, hun bespreking kunnen voorbereiden en doelen kunnen mee formuleren.
- De auditor heeft vastgesteld dat medewerkers zeer trots zijn op hun ziekenhuis: het ziekenhuis is kleinschalig met korte lijnen en een open cultuur.
- Er worden veel acties opgezet voor milieubesparende initiatieven (stookolie-installaties ombouwen naar gas, zonnepanelen op de daken, TL buizen vervangen door LED en ogen die zorgen dat het licht automatisch aan en uit gaat). Het Psychiatrisch Ziekenhuis en De Bolster hebben 25 tal energiescans uitgevoerd. De investeringen die binnen 5 jaar terugverdiend worden volgens de energiescan, worden direct gerealiseerd.
- Het noodplan is compleet en helder. De vele oefeningen leiden tot verbeteringen. De preventiewerkers zijn enthousiast, gedreven en werken goed samen zodat noodsituaties goed voorbereid zijn en mogelijk ook vaak voorkomen kunnen worden. Ook risico's bij veranderingen en nieuwbouw worden prospectief beoordeeld en waar nodig voorzien van extra acties.
- Op verschillende diensten wordt gehoord hoe zij zich inschakelden in het ruimere zorgtraject van hun cliënten, hoe zij deze schakel voorbereiden én de daaropvolgende stappen anticiperen op een geïntegreerde manier. De auditor noteert in deze context een compliment voor de dienst voor arbeidscoaching Geestelijke Gezondheidszorg voor het verdergaan dan het vinden van een job, maar ook het blijven coachen rond behoud van deze job.
- De concrete implementatie van een cliëntenportaal in het elektronisch zorgdossier op de open behandelafdelingen in het Psychiatrisch Ziekenhuis verdient een compliment.
- De overzichtelijke uitgave van 'Het eerste nieuws', speciale editie over medicatiebeheer, is een zeer handig document met alle praktische zaken rondom medicatie en dient als een soort opleidingsgids/naslagwerk. Het is een samenvatting van het hele medicatiebeleid.
- Eén van de cliënten op de Vlonder getuigt als kind in Kortrijk te zijn opgegroeid met het dreigend schrikbeeld van de psychiatrie als 'zottenkot', maar zich nu in de uitloop van haar opname eerder ambassadeur van psychische hulpverlening te zien die opname aan lotgenoten zou aanbevelen.

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

### Overzicht uitdagingen

	<b>Uitdaging</b>	<b>Normenset</b>	<b>Criterium</b>	<b>VIR of !</b>	<b>Niveau</b>
1	Er worden vastgelegde criteria gehanteerd om beslissingen over de toewijzing van middelen te sturen. (Management van middelen, 8.5, Goud)	Leiderschap	8.5		goud
2	De fysieke omgeving is veilig, comfortabel en stimuleert het herstel van de cliënten. (Zorgverlening)	Geestelijke Gezondheidszorg	1.4		goud

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

## Intern toetsingssysteem

Het intern toetsingssysteem van PZ H. Familie en De Bolster voldoet aan de 'Assessmentprocedure 2021 - 2022 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

## Persoonsgerichte zorg

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

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

## Noodzakelijke voorwaarden

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

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

De cultuur van het PZ H. Familie en De Bolster is gericht op de voortdurende verbetering van de kwaliteit alsmede op de borging van de doorgevoerde verbeteringen. Op basis van kwaliteitsindicatoren volgt de organisatie haar kwaliteitsbeleid op en stuurt ze waar nodig bij.

De auditoren kregen hiervan talrijke voorbeelden.

Uit het nazicht van de noodplannen blijkt dat deze reeds herhaaldelijk worden geëvalueerd en bijgestuurd. Risico's worden gedetecteerd en er worden oefeningen georganiseerd om de personeelsleden te trainen.

Incidenten worden gemeld binnen een no shame – no blame cultuur. De auditoren stellen vast dat medewerkers het als veilig ervaren om incidenten te melden en deze incidenten worden gebruikt in functie van het voortdurend verbeteren. Deze acties worden gedocumenteerd in het systeem.

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

In het documentbeheerssysteem is het beleid zeer gedetailleerd uitgewerkt. De auditoren stellen vast dat de auditees goed op de hoogte zijn van de procedures en deze ook toepassen. De korte hiërarchische lijnen binnen de organisatie maken dat er kort op de bal wordt gespeeld.

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

Het auditteam kan vaststellen dat veiligheid een hoge prioriteit heeft binnen de organisatie.

Veiligheidsissues worden binnen de korte lijnen vrijwel onmiddellijk gemedieerd. Er is binnen de organisatie zeker een gedrevenheid om patiënt- en medewerkersveiligheid te realiseren. Talrijke voorbeelden worden hiervan gegeven tijdens de audit. Wel stellen de auditoren vast dat:

De onderhoudsfirma van de brandblusapparaten tijdig het onderhoud heeft uitgevoerd en afgetekend heeft voor volledige uitvoering. Alle brandblusapparaten staan vermeld op de onderhoudslijst.

Daarnaast vermeldt de brandweerkeuring op basis van het onderhoudskeuringsattest geen opmerkingen.

De auditoren stellen echter vast dat een beperkt aantal brandblussers geen label droegen van tijdig onderhoud. Of deze brandblussers onderhouden werden en het aanbrengen van de correcte sticker vergeten is, of deze brandblussers niet onderhouden werden kon niet worden vastgesteld. Gezien de correcte sticker ontbreekt heeft het auditteam dit, ondanks geldige positieve keuringsattesten, als een aandachtspunt vermeld.

Verder worden op de weg naast het gebouw in aanbouw oneffenheden verholpen door het leggen van matten en een loopplank. De matten zijn echter verzonken waardoor de genomen veiligheidsmaatregelen niet langer voldoen. Dit pad wordt tijdelijk gebruikt door medewerkers en patiënten die zich naar de consultatie begeven tot de verhuis naar de nieuwbouw medio 2022.

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

### 1.3 Overzicht per normenset

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

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

#### Gouden Criteria

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

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Goud)			Andere criteria (Goud)			Alle criteria (Goud)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>									
Excellente zorgverlening	9 (100%)	0 (0%)	0	17 (100%)	0 (0%)	0	26 (100%)	0 (0%)	0
Governance	29 (100%)	0 (0%)	0	13 (100%)	0 (0%)	0	42 (100%)	0 (0%)	0
Infectie-preventie en -bestrijding	37 (100%)	0 (0%)	26	13 (100%)	0 (0%)	6	50 (100%)	0 (0%)	32
Leiderschap	20 (95,2%)	1 (4,8%)	0	35 (100%)	0 (0%)	0	55 (98,2%)	1 (1,8%)	0
Medicatie-beheer voor maatschappelijke instellingen	39 (100%)	0 (0%)	3	33 (100%)	0 (0%)	0	72 (100%)	0 (0%)	3
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Geestelijke gezondheidszorg	5 (100%)	0 (0%)	0	13 (92,9%)	1 (7,1%)	0	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

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
Middelen- misbruik en probleem- gokken	7 (100%)	0 (0%)	0	12 (100%)	0 (0%)	0	19 (100%)	0 (0%)	0
<b>Totaal</b>	<b>146 (99,3%)</b>	<b>1 (0,7%)</b>	<b>29</b>	<b>136 (99,3%)</b>	<b>1 (0,7%)</b>	<b>6</b>	<b>282 (99,3%)</b>	<b>2 (0,7%)</b>	<b>35</b>

#### 1.4 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR)

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

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

	PZ H. Familie & De Bolster	Binnen hoeveel kritische processen zijn deze VIR's getoetst			Aantal NLTs in matrix	Score nalevingstesten			
		Voldaan	Niet voldaan	Totaal		Voldaan	Niet voldaan	Totaal	% Voldaan
1	Clëntenidentificatie	2	0	2	1	4	0	4	100,0%
2	Overdracht van informatie op overdrachtmomenten	2	0	2	5	10	0	10	100,0%
3	Medicatieverificatie als strategische prioriteit	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
4	Medicatieverificatie bij opname – Ambulante zorg	2	0	2	5	10	0	10	100,0%
5	Hoogrisico medicatie	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
6	Preventief onderhoudsprogramma	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
7	Training en scholing op het gebied van patiëntveiligheid	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
8	Clëntveiligheidsplan	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
9	Preventie van geweld en agressie op de werkplek	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
10	Patiëntenstroom	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
11	Voorlichting over handhygiëne	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
12	Naleving van handhygiëne	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
13	Aantallen infecties	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
14	Kwartaalrapportages cliëntveiligheid	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
15	Beheer van ongewenste voorvallen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
16	Openbaarmaking van ongewenste voorvallen	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
17	Verantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
18	Valpreventiestrategie (bij klinische patiënten)	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
19	Voorkoming van zelfdoding	2	0	2	5	10	0	10	100,0%
	<i>Totaal</i>	23	0	23		103	0	103	
	<i>Totaal %</i>	100,0%	0,0%			100,0%	0,0%		

Datum: 29 november	Status: definitief	PZ H. Familie en De Bolster	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------

## 2. Overzicht beoordelingen op niveau goud

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

### 2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

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

### 2.2 Normensets

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
<b>Leiderschap</b>		
8.5 Er worden vastgelegde criteria gehanteerd om beslissingen over de toewijzing van middelen te sturen.	!	De middelen worden binnen de grenzen van de begroting toegewezen door de directie. Er werden geen criteria vastgelegd voor de toewijzing van middelen. Medewerkers geven aan dat gemotiveerde vragen worden goedgekeurd.

#### Zorgspecifieke normensets

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
<b>Geestelijke gezondheidszorg</b>		
1.4 De fysieke omgeving is veilig, comfortabel en stimuleert het herstel van de cliënten.		De ziekenhuiskamer die getoond werd op leefgroep3 vertoonde afgescheurd behang en tekens van voorgaande agressie. Er werd door de teamcoördinator en de verpleegkundige van de afdeling ingeschat dat dit niet kon hersteld worden vooraleer een nieuwe patiënt in de kamer terecht zou komen. De auditoren stelden vast dat er op verschillende plaatsen niet recent gekeurde brandblusapparaten werden aangetroffen of de sticker was niet vervangen op het brandblusapparaat. De organisatie kan wel een algemeen keuringsattest voorleggen, maar blijkbaar worden niet alle toestellen congruent naar deze keuring gelabeld.

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

### **3. Overzicht beoordelingen op niveau platina**

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

#### **3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen**

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

#### **3.2 Normensets**

Op niveau platina zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

### **4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant**

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

#### **4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen**

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

#### **4.2 Normensets**

Op niveau diamant zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

Datum: 29 november	Status: definitief	PZ H. Familie en De Bolster	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------

## 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 verslag.

### 5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen

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

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Planning en kwaliteitsmanagement</b>	Ontwikkelen en implementeren van de infrastructuur, programma's en diensten om tegemoet te komen aan behoeften van de gemeenschap en doelgroepen.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Het kritisch proces 'Planning en kwaliteitsmanagement' is getoetst aan de hand van het gesprek met directie, staf kwaliteitscoördinatoren en diensthoofden, ervaringsdeskundigen, verpleegkundigen, artsen, medewerkers van het onthaal en administratie, en medewerkers van de afdelingen De Bolder, De Brug, De Vlonder en Tracee en medewerkers van het onthaal en administratieve medewerkers.</p> <p>Daarnaast zijn de jaarplannen, beleidsplannen, beleidsdocumenten en visieteksten ingezien. Tevens heeft de auditor met toestemming personeels- en patiëntendossiers ingezien en patiënten gesproken.</p> <p>De auditor heeft vastgesteld dat medewerkers zeer trots zijn op hun ziekenhuis, zij ervaren het ziekenhuis als kleinschalig met korte lijnen tussen directie en werkvloer. Medewerkers kennen en doorleven de kernwaarden. Er is bijzonder veel aandacht geweest voor de kernwaarden op denkdagen, zodat ook afdelingen de kernwaarden konden omzetten in praktische doelen. Dit heeft de auditor terug gevonden in mindmaps in het documentbeheersysteem en gehoord in gesprekken met de afdelingen.</p> <p>De instelling beschikt over een visie en een strategisch plan en de operationele plannen worden in lijn gezet met dit overkoepelende plan. Hierin zijn beleid en procedures voor alle primaire functies, bedrijfsvoerings-activiteiten en systemen opgenomen.</p> <p>De operationele plannen beschrijven de middelen, de systemen en de infrastructuur die nodig zijn voor de zorgverlening en de verwezenlijking van het strategische plan, de doelen en doelstellingen. Op de afdelingen geven auditees aan dat zij de strategie herkennen en dat het onderdeel is van het dagelijks functioneren. De auditor ziet dat de teams in vergaderingen de PDCA cyclus doorlopen als het gaat om de kwaliteitsverbeteringen van het team, als afgeleide van het operationeel plan.</p>	
<b>Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes</b>	Identificeren van en besluiten nemen met het oog op ethische dilemma's en problemen.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft tijdens de audit van het kritisch proces 'Zorgverlening op basis van principes' vastgesteld dat het PZ H. Familie en De Bolster voldoen aan de gestelde eisen. De auditor heeft gesproken met de</p>	

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>verantwoordelijke ethiek, een psychiater, de teamverantwoordelijke van leefgroep 3 en een herstelondersteuner van De Bolster.</p> <p>Er is een lokale ethische commissie en een gezamenlijke ethische commissie met het ziekenhuis van Menen. Teams en individuele medewerkers worden betrokken bij de besprekingen van de ethische commissie waardoor ze getraind worden in het ethisch denken. De auditees tonen tijdens de audit tal van ethische adviezen. Tijdens de audit wordt vastgesteld dat medewerkers de werking van de ethische commissie kennen en op de hoogte zijn waar ze terecht kunnen voor het voorleggen van ethische vragen.</p> <p>Het PZ H. Familie en De Bolster beschikken over een ethisch kader dat via diverse ondersteunende communicatiedocumenten wordt kenbaar gemaakt. In 2019 werd een zin-magazine gerealiseerd, waarin verhalen van personeelsleden, patiënten en bewoners de lezer meenemen in de zin van hun waarden-gebonden inzet in de organisatie en de dagdagelijkse ervaringen van patiënten en hun familie.</p> <p>De gedragscode is terug te vinden in het arbeidsreglement evenals de gedragscode voor vrijwilligers. Momenteel zijn er geen wetenschappelijke onderzoeken. Alle onderzoeken worden voorgelegd aan de ethische commissie. Toestemming van de patiënt is bij de beoordeling een belangrijk criterium.</p>
<b>Cliëntgerichte zorg</b>	Samenwerken met cliënten en hun familie om zorg te plannen en te verlenen die respectvol, meelevend, cultureel veilig en competent is, en ernaar te streven dat deze zorg voortdurend wordt verbeterd.
<p>Governance Leiderschap Geestelijke gezondheidszorg Excellente zorgverlening Middelenmisbruik en probleemgokken</p>	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Het kritische proces 'Clientgerichte zorg' is getoetst aan de hand van het gesprek met de directie, staf kwaliteitscoördinatoren, diensthoofden, ervaringsdeskundigen, verpleegkundigen, artsen en stafleden van de afdelingen De Bolder, De Brug, De Vlonder en Tracee.</p> <p>Daarnaast zijn jaarplannen, diverse patiënttevredenheidsmetingen, patiëntveiligheidsplannen, beleidsdocumenten over vorming ingezien en visieteksten voor competentie management en participatie gelezen. De auditor heeft onthaalmappen voor nieuwe medewerkers ontvangen en tevens heeft de auditor met toestemming patiënten gesproken en patiëntendossiers ingezien.</p> <p>Gesproken patiënten en medewerkers geven aan zich gehoord en veilig te voelen in de instelling en beiden zeggen dat hun stem van invloed is op het beleid dat gevoerd wordt.</p> <p>De instelling houdt verschillende indicatoren bij in een vrij toegankelijk dashboard. Verschillende disciplines kunnen inzien waar er belemmeringen bevinden die de toegang voor cliënten en hun familie, zorgverleners en verwijzers tot de zorgverlening kunnen beletten. Op afdelingsniveau wordt lokaal ook gekeken naar wachtlijsten en doorstroming van patiënten.</p> <p>Er wordt een uitgebreide introductie gegeven aan nieuwe teamleden en aan vertegenwoordigers van cliënten en hun familie. De informatievoorziening is een fysieke map zodat informatie achteraf nogmaals geraadpleegd kan worden.</p> <p>De gezondheidstoestand van de cliënt wordt in samenspraak met de cliënt opnieuw beoordeeld en het cliëntendossier wordt bijgewerkt wanneer er een wijziging in de gezondheidstoestand is opgetreden.</p> <p>De auditor heeft diverse patiënten gesproken en zij bevestigen dat de context wordt betrokken bij het opstellen van behandelplannen en op de hoogte zijn van wijzigingen in het dossier. Tevens heeft de auditor deze wijzigingen terug gevonden in de dossiers die zijn ingezien.</p> <p><i>Compliment:</i> In de patiëntendossiers is een zorgportaal uitgerold zodat patiënten meekijken in hun dossier, hun bespreking kunnen voorbereiden en doelen kunnen mee formuleren.</p> <p>Het communicatieplan bevat strategieën voor de communicatie van belangrijke mededelingen naar cliënten en hun familie, teamleden, stakeholders en de samenleving. Het plan omvat methodieken voor</p>	

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	crisiscommunicatie in geval van incidenten maar ook communicatie op de afdelingen en binnen de context van de patiënten.
<b>Management van middelen</b>	Monitoren, bijhouden en integreren van activiteiten die te maken hebben met de toewijzing en het gebruik van bronnen.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor stelde tijdens de audit van het kritisch proces 'Management van middelen' vast dat het PZ H. Familie en De Bolster voldoen aan de gestelde criteria. De auditor sprak met de directeur administratie en financiën en de verantwoordelijke boekhouding.</p> <p>Middelen worden toegewezen door de directie op basis van overleg. Men hanteert hier informele criteria van goed beleid, doch deze zijn nog niet vastgelegd en gecommuniceerd.</p> <p>Jaarlijks wordt een exploitatiebegroting opgesteld. Deze wordt periodiek opgevolgd. De personeelskost wordt van nabij opgevolgd. Er is een procedure om de jaarlijkse exploitatiebegroting en investeringsbegroting te laten goedkeuren door het bestuursorgaan. De revisor bevestigt dat de boekhouding gevoerd wordt in overeenstemming met de wettelijke vereisten.</p> <p><i>Uitdaging:</i> Er worden vastgelegde criteria gehanteerd om beslissingen over de toewijzing van middelen te sturen. (Management van middelen, 8.5, Goud)</p>	
<b>Menselijk kapitaal (HRM)</b>	Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Het kritisch proces 'Menselijk kapitaal' is getoetst aan de hand van het gesprek met hoofd van de personeelsdiensten, directie, staf, de kwaliteitscoördinatoren en diensthoofden, ervaringsdeskundigen, verpleegkundigen, artsen en medewerkers van de afdelingen De Bolster, De Brug, De Vlonder en Tracee. Daarnaast zijn de beleidsdocumenten voor het omgaan met agressie en geweld ingezien, scholings- en wervingsbeleid, GDPR beleid (General Data Protection Regulation - beleid voor het omgaan met privégegevens), E-learnings bekeken en visieteksten gelezen. Tevens heeft de auditor met toestemming personeels- en patiëntendossiers ingezien.</p> <p>Compliment: De auditor heeft vastgesteld dat medewerkers zeer trots zijn op hun ziekenhuis: het ziekenhuis is kleinschalig met korte lijnen en een open cultuur.</p> <p>Gezondheidsbevordering voor medewerkers heeft aandacht, evenals de preventieve en correctieve aspecten van agressie en geweld. De structurele jaarlijkse scholing van management en medewerkers op het gebied van patiëntveiligheid is ingevuld van voorbehouden handelingen, medische technologie, medicatieveiligheid en vallen. Deze trainingen zijn geregistreerd in het elektronisch personeelspakket van de instelling (Progreso) en zijn voor medewerker en leidinggevende inzichtelijk. Het afgelopen jaar is het vanwege COVID-19 niet gelukt om vrijwilligers de gebruikelijke vorming te geven.</p> <p>De diensthoofden, verpleegkundigen en artsen geven aan dat het ziekenhuis een gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak heeft geïmplementeerd ter voorkoming van agressie en geweld op de werkplek. Dit beleid is schriftelijk vastgelegd en is tot stand gekomen in samenspraak met medewerkers. De raad van bestuur heeft via de kwartaalreviews inzicht in de rapportages van agressie en bespreekt deze zo nodig.</p> <p>Ook is er een vorming voor personeel niet in zorg en vrijwilligers werkzaam zijn maar wel patiëntcontact hebben. Zij krijgen een aangepaste vorming over patiëntveiligheid en agressie, zo is terug te vinden in het personeelspakket (Progreso). Hiermee voldoet de instelling aan beide vereiste instellingsrichtlijnen.</p> <p>Veel aandacht gaat uit naar het werven en behouden van medewerkers en het voorkomen van verzuim. De personeelsdienst, directie en de diensthoofden werken hier nauw in samen. De auditor heeft</p>	

Datum: 29 november	Status: definitief	PZ H. Familie en De Bolster	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>verschillende voorbeelden gehoord waarbij competenties worden uitgevraagd en medewerkers worden uitgedaagd om verder te scholen en leiderschapskwaliteiten te ontwikkelen. Medewerkers beschikken over een eigen functieprofiel en hebben ruimte om eigen kwaliteiten te versterken binnen de instelling. Uit gesprek blijkt dat medewerkers worden gestimuleerd zich te ontwikkelen en hiervoor is voldoende aanbod en ruimte. Medewerkers geven aan dat zij de besluitvorming van de instelling kunnen beïnvloeden en dat er geluisterd wordt naar hun mening door alle bovenliggende lagen.</p> <p>Het hoofd personeelsdiensten geeft aan dat er na zes maanden een STAY-gesprek wordt gearrangeerd en bij het vertrek van een medewerker regulier een exitgesprek plaatsvindt. Er vinden jaarlijks functioneringsgesprekken plaats waarbij de gezondheid en werkomgeving belangrijke punten zijn. In het onthaaltraject wordt aandacht besteed aan het inentingsbeleid en wordt een nieuwe medewerker gestructureerd ingewerkt en geschoold.</p> <p>De auditor heeft in de gesprekken met meerdere werknemers vastgesteld dat iedere medewerker over een persoonlijk digitaal personeelsdossier beschikt. De auditor heeft naar aanleiding van een gesprek met de functionaris gegevensbescherming vastgesteld dat de privacy van de medewerker conform de vigerende wetgeving is gewaarborgd door beperkte toegang tot het volledige personeelsdossier.</p>
<b>Geïntegreerd kwaliteitsmanagement</b>	Voortdurend, proactief en systematisch proces om kwaliteit vanuit een systeemomvattend perspectief te begrijpen, managen en communiceren om zo doelen en oogmerken te realiseren.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Het kritisch proces 'Geïntegreerd kwaliteitsmanagement' is getoetst aan de hand van gesprekken met de directie, de kwaliteitscoördinatoren en de stafmedewerkers van het PZ H. Familie en De Bolster. De auditor sprak ook met twee verpleegkundigen van De Brug, het afdelingshoofd van De Vlonder/De Boeg, de coördinator van de Bolster, twee verpleegkundigen van Leefgroep 1 en twee medewerkers van de administratieve diensten.</p> <p>Diverse documenten, waaronder 'Bouwen aan kwaliteit', 'Beleidsdoelstellingen voor 2021' en 'Incidentopvolging', werden geraadpleegd. De uitkomsten van verschillende metingen werden ingekeken. De auditor heeft vastgesteld dat de instelling kwaliteitsverbetering beschouwt als een strategische prioriteit en dit integraal deel uitmaakt van het beleidsplan. Medewerkers voelen zich ondersteund en erkend in de initiatieven die zij hieromtrent nemen. De beleidsdoelstellingen op instellings- en afdelingsniveau worden systematisch opgevolgd door middel van diverse proces- en uitkomstmetingen. Ervaringen van patiënten worden systematisch gemonitord en geven input aan het instellingsbeleid.</p> <p>Er is een integraal risicomangementsysteem waarbij de risico's op alle niveaus van de instelling in kaart zijn gebracht. Minstens éénmaal per jaar wordt een proactieve risicoanalyse opgezet. Er is een procedure voor de opvolging van en openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten geïmplementeerd. De auditor heeft vastgesteld dat de organisatie sterk heeft ingezet op de doorontwikkeling van het incidentmanagementsysteem. De instelling evalueerde de patiëntveiligheidscultuur en ondernam gerichte verbeteracties. De 'No blame, no shame' cultuur is merkbaar op de verschillende afdelingen. Uit gesprekken met diverse afdelingen blijkt dat medewerkers het melden van incidenten als leerzaam ervaren. Ook de directie is zeer nauw betrokken bij het opvolgen van incidenten. Het nabespreken van incidenten met patiënten draagt bij tot het veiligheidsgevoel van de patiënten. De instelling heeft daarnaast een beleid voor het omgaan met ernstige incidenten en deze incidenten bespreekbaar te maken met patiënten/cliënten en familie.</p> <p>Er is een procedure voor medicatieverificatie om bij zorgovergangen volledige en accurate informatie te verstrekken over medicatie. Dit beleid hebben de auditoren teruggevonden in het documentbeheersysteem.</p> <p>De opvolging van het beleid rond kwaliteit en patiëntveiligheid gebeurt via de stuurgroep kwaliteit en veiligheid (de Bolster) of in het zorgoverleg (PZ H Familie), waarin ook de directie vertegenwoordigd is. Op het niveau van de Groep Zorg wordt dit opgevolgd in de stuurgroep Quality en Safety, waarin het</p>	

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	beheerscomité en een aantal externe actoren vertegenwoordigd zijn. De raad van bestuur ontvangt kwartaalrapportages en de daaraan gekoppelde adviezen.
<b>Communicatie</b>	Communicatie tussen verschillende lagen van de organisatie en met externe betrokkenen.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft tijdens de audit van het kritisch proces 'Communicatie' bevestigd gekregen dat het PZ H. Familie en De Bolster voldoen aan de gestelde criteria. De auditor sprak met de communicatieverantwoordelijke, de algemeen directeur van het Psychiatrisch Ziekenhuis, de kwaliteitscoördinatoren van het Psychiatrisch Ziekenhuis en De Bolster en de directeur Zorg van het Psychiatrisch Ziekenhuis.</p> <p>Het PZ H. Familie en De Bolster beschikken over een communicatieplan dat zich richt op de verspreiding van informatie en de ontvangst van informatie van interne en externe stakeholders. Het communicatieplan wordt gebruikt om een open communicatie te ontwikkelen. Het plan geeft de verschillende communicatieproducten aan die beschikbaar zijn voor verschillende doelgroepen. Het geeft ook aan welke informatie wordt verstrekt, hoe de informatie wordt verstrekt en aan wie de informatie wordt verstrekt.</p> <p>Het PZ H. Familie en De Bolster beschikken over een documentbeheerssysteem. In dit systeem worden alle documenten bijgehouden. De structuur werd aangepast in functie van een nog vlottere toegankelijkheid. De organisatie is zich bewust van het feit dat de zoekfunctie niet optimaal werkt en nam reeds de beslissing om een nieuw documentbeheerssysteem aan te kopen.</p> <p>De privacy en vertrouwelijkheid van cliënteninformatie worden beschermd conform de vigerende wetgeving. Er worden beleid en procedures geïmplementeerd en regelmatig geëvalueerd en geactualiseerd ter ondersteuning van het verzamelen, het invoeren, het gebruik, het rapporteren en het bewaren van informatie. Patiënteninformatie wordt opgeslagen in het elektronisch zorgdossier. Toegang tot dit systeem is beveiligd via toegekende rechten en logging van het gebruik. Oude papieren patiëntendossiers werden gearchiveerd en worden vernietigd op basis van afgesproken bewaartermijnen.</p> <p><i>Compliment:</i> De korte hiërarchische lijnen en de goede teamspirit binnen de organisatie.</p>	
<b>Fysieke omgeving</b>	Verlenen van geschikte en veilige structuren en faciliteiten voor het succesvol uitvoeren van missie, visie en doelstellingen.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Dit kritisch proces is bevraagd bij de technische dienst en geobserveerd tijdens de tracers. Alle keuringen, controles, checks, etc. worden uitgevoerd door externe firma's en eigen personeel. De resultaten worden voor iedereen inzichtelijk gemaakt in het documentbeheerssysteem. Negatieve uitslagen worden meteen opgepakt en verbeterd. Enkel de zichtbaarheid van de volgende keuring van de brandblussers is niet goed zichtbaar op een aantal brandblussers. Ook is er veel aandacht voor veiligheidsaspecten op werfplek van de nieuwbouw. Backup-systemen (o.a. stroom) is voorzien en de waterkwaliteit wordt goed gemonitord om tijdig in te grijpen indien nodig.</p> <p><i>Compliment:</i> Er worden veel acties opgezet voor milieubesparende initiatieven (stookolie-installaties ombouwen naar gas, zonnepanelen op de daken, TL buizen vervangen door LED en ogen die zorgen dat het licht automatisch aan en uit gaat). Het Psychiatrisch Ziekenhuis en De Bolster hebben 25 tal energiescans uitgevoerd. De investeringen die binnen 5 jaar terugverdiend worden volgens de energiescan, worden direct gerealiseerd.</p> <p>De Bolster heeft milieubesparende initiatieven onder andere binnen hun activiteiten met deelnemers. Bij de afdeling Domino is een opdrachtgever binnengehaald die stokjes afvalhout aanlevert en waar de klanten (houtbewerkers) mooie tafelbladen van maken. Ook kent de Bolster een Top Transitie Team (<i>groot compliment</i>) met een visietekst op milieu en klimaatacties met als doel 35% reductie tegen 2030 en CO<sup>2</sup></p>	

Datum: 29 november	Status: definitief	PZ H. Familie en De Bolster	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>neutraal tegen 2050 gelijk met de visie van de Europese commissie. Er wordt ingezet op diverse acties die zullen leiden tot bewustwording en beïnvloeding. Huisbezoeken worden gedaan met de fiets. Op 22 november 2021 vind een transitie-dag plaats om de ecologische voetafdruk te meten en te komen tot acties om de ecologische voetafdruk te verminderen. De cliënten worden mee betrokken in het proces zodat zij ook bewuster omgaan met ecologie.</p> <p>‘Zorgen voor de mensen, is ook zorgen voor de planeet waarop ze wonen’, is de visie in De Bolster. De Bolster is een stevig duurzaamheids-zaadje aan het planten dat in de hele groep kan uitgroeien waardoor zij een groot voorbeeld worden voor anderen. (<i>Groot compliment</i>)</p>
<b>Voorbereid zijn op noodsituaties</b>	Omgaan met noodgevallen en andere aspecten van openbare veiligheid.
Infectiepreventie en -bestrijding Leiderschap	
<b>Opmerkingen:</b>	<p>Het Kritisch proces ‘Voorbereid zijn op noodsituaties’ is volledig uitgewerkt in een noodplan met vele hoofdstukken waarin de diverse procedures, acties, takenkaarten, oefeningen, .... in uitgewerkt staan, voorafgegaan aan een risico-inschatting. Mogelijke infectieuitbraken zijn hierin eveneens opgenomen. De corona-uitbraak is besproken met de preventiemedewerkers.</p> <p>Bijna maandelijks vindt een noodoefening (bijvoorbeeld brandoefening) plaats die geëvalueerd wordt en indien nodig wordt het noodplan aangepast. Momenteel is het noodplan versie 12, waaruit blijkt dat de PDCA gedachte er goed in zit. Het noodplan is ook besproken met de verantwoordelijke van de gemeente. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden liggen vast in actiekaarten (gezien bij Domino) en in het noodplan. Er zijn 32 actiekaarten. Het communicatieplan, noodprocedures bij uitval telefonie, stroom en medicatieprogramma zijn opgenomen in het noodplan.</p> <p><i>Compliment:</i> Het noodplan is compleet en helder. De vele oefeningen leiden tot verbeteringen. De preventiewerkers zijn enthousiast, gedreven en werken goed samen zodat noodsituaties goed voorbereid zijn en mogelijk ook vaak voorkomen kunnen worden. Ook risico’s bij veranderingen en nieuwbouw worden prospectief beoordeeld en waar nodig voorzien van extra acties (b.v. elektrische laadpalen in ondergrondse parking nieuwbouw).</p>
<b>Patiëntenstroom</b>	Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings.
Leiderschap	
<b>Opmerkingen:</b>	<p>De auditor stelt bij de audit van het kritisch proces ‘Patiëntenstroom’ vast dat het PZ H. Familie en De Bolster voldoen aan de gestelde criteria. De auditor sprak met de hoofdgeneesheer, een psychiater, de applicatiebeheerder, een maatschappelijk werker, een teamcoördinator en de coördinator van de Bolster. De directie en artsen tonen zich zeer betrokken voor de patiënten-doorstroming. De patiënten-doorstroming wordt geanalyseerd en verder geoptimaliseerd. Het analyse-instrument wordt verder verfijnd. Problemen worden aangekaart en besproken bij en met externe stakeholders.</p> <p>De organisatie toont zich zeer bewust en actief betrokken bij de problemen inzake patiënten-doorstroming. Er zijn sterke samenwerkingsverbanden met de partners in de regio. Het aantal gedwongen opnames zowel bij volwassenen als bij kinderen bemoeilijkt het beheersen van de patiëntenstroom.</p>

Datum: 29 november	Status: definitief	PZ H. Familie en De Bolster	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Medische instrumenten en apparatuur</b>	Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen.
Infectiepreventie en -bestrijding	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Het kritisch proces 'Medische instrumenten en apparatuur' is getoetst aan de hand van gesprekken met medewerkers op verschillende afdelingen, leidinggevendenden, verpleegkundigen, opvoeders en vertegenwoordiging van het comité ziekenhuishygiëne. De auditor heeft volgende zorgafdelingen bezocht: De Bolder, De Patio en De Korbeel.</p> <p>De auditor heeft de check gedaan aan de hand van volgende tracers: aankoop medische instrumenten en materiaal en gebruik en opleiding tot preventief onderhoudsprogramma (VIR) van een bloeddrukmeter. De criteria rond sterilisatie werden niet gescoord aangezien de instelling geen sterilisatie doet. De auditees en leden van het comité ziekenhuishygiëne geven aan dat er enkel gewerkt wordt met wegwerp steriel materiaal. De auditees bevestigen dat er gebruik gemaakt wordt van wegwerp steriele scharen. De auditor kon in de verzorgingslokalen geen gebruikte steriele scharen terugvinden.</p> <p>De vereiste instellingsrichtlijn 'Er wordt een preventief onderhoudsprogramma voor medische apparatuur, medische hulpmiddelen en medische technologie geïmplementeerd' is als voldaan gescoord. De auditor heeft dit getoetst op verschillende afdelingen en tijdens het gesprek met vertegenwoordigers van het comité ziekenhuishygiëne.</p> <p>De auditor verneemt tijdens het gesprek met vertegenwoordiging van het comité ziekenhuishygiëne welke instrumenten als medisch materiaal zijn opgelijst. De auditees kunnen de lijst op het documentbeheersysteem aantonen en via het document 'Medisch materiaal aanwezig op volgende afdelingen' vindt men welke instrumenten aanwezig zijn op de afdeling. De auditees kunnen aantonen dat er nagedacht is over welke materialen geïnccludeerd zijn en welke instrumenten niet geïnccludeerd zijn (zoals bijvoorbeeld de personenweegschaal omwille van het niet aanbieden van een behandelprogramma eetstoornissen). De auditee, verantwoordelijk voor de herkeuring geeft aan dat het opvolgen van alle keuringen manueel gebeurt, er is geen geautomatiseerd systeem voorhanden. De auditees geven aan dat dit niet aanzien wordt als mogelijks risico omdat er een backup is voorzien voor de verantwoordelijke bij afwezigheid.</p> <p>De auditor heeft meerdere documenten, waaronder 'Rapportage ondernomen acties in kader van ingebrekestelling medisch materiaal', ingezien. In dit document wordt per apparatuur de gebreken opgelijst vanaf 2016 tot oktober 2021. Diverse documenten die betrekking hebben op de bloeddrukmeter vindt de auditor terug. De bloeddrukmeter aanwezig op afdeling De Bolder met nummer 006 kan getraceerd worden in de map 'profiel', het volgende periodiek onderhoud staat hierin genoteerd: "Volgende kalibratie sept/okt 2023". In het document 'Rapportage ondernomen acties in het kader van ingebrekestelling medisch materiaal' kan de auditor nalezen dat voor deze bloeddruk meter de 'Kalibratie in najaar 2023' voorzien is, tevens staat ook de naam van de persoon die de controle zal uitvoeren / uitgevoerd heeft. Op het toestel wordt een gestandaardiseerde klever aangebracht (auditor heeft dit ook nagekeken op bloeddrukmeter van afdeling De Patio). De klever bevat volgende gegevens: "Jaar en maand", tevens wordt op deze klever de naam van de collega genoteerd die de herkeuring zal doen onder de zin "Gecontroleerd door". Tijdens het gesprek geeft de auditee aan dat deze zin niet voor verwarring zorgt. De auditor kan het rapport van het preventief onderhoud van andere instrumenten inkijken zoals de koortsthermometer. Op dit toestel wordt dezelfde sticker gebruikt als op de bloeddrukmeter. De auditor kan op de zuurstoffles de nodige stickers aantreffen zoals bepaald in de uitgeschreven procedures. Ook in deze casus stelt de auditor vast dat de nodige documenten met betrekking tot preventief onderhoud moeilijk op te zoeken zijn. De instelling neemt dit mee in de keuze voor een nieuw documentbeheersysteem.</p>	

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Governance</b>	Optimaal functioneren van het toezichtsorgaan.
Governance	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft tijdens de audit van de normenset 'Governance' bevestigd gekregen dat het PZ H. Familie en De Bolster voldoen aan de gestelde criteria. De auditor sprak met de voorzitter van de Raad van Bestuur, eveneens voorzitter van het beheerscomité; een lid van het beheerscomité, de algemeen directeur van de Groep Zorg H Familie vzw en de algemeen directeur van het PZ H Familie.</p> <p>De Governance voor de organisatie is vastgelegd in een document 'Corporate Governance Groep Zorg Heilige Familie vzw'. In dit document worden de diverse criteria uit deze normenset uitgewerkt. Een erecode voor bestuurders en leden en een bevoegdheidsverdeling tussen de diverse vzw's vullen de governance-beleidsteksten aan.</p> <p>Het PZ H. Familie en De Bolster beschikken over een beheerscomité dat voorbereidend werkt ten aanzien van de Raad van Bestuur.</p> <p>De Raad van Bestuur wordt geïnformeerd over het kwaliteitsbeleid van de organisatie en stuurt op basis van de indicatoren die per kwartaal worden voorgelegd. De voorzitter van de Raad van Bestuur en het lid van het beheerscomité benadrukken dat de sturing verloopt via een collegiaal overleg en samenspraak.</p> <p>De waardengedreven sturing van de organisatie wordt sterk bewaakt.</p>	

Datum: 29 november	Status: definitief	PZ H. Familie en De Bolster	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------

## 5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen

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

### 5.2.1 Excellente zorgverlening

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Besluitondersteuning</b>	Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Het auditteam heeft meerdere voorbeelden gezien van het bijhouden van een accuraat, actueel en volledig dossier voor iedere cliënt, in samenspraak met de cliënt en de familie.</p> <p>Ook het beleid en procedures worden gevolgd om cliënteninformatie veilig te verzamelen, vast te leggen, te benaderen en te gebruiken binnen de instelling. De informatie wordt vastgelegd in het dossier van de cliënt, in samenspraak met de cliënt en de familie indien dit mogelijk en wenselijk is. In gesprekken met cliënten is dit meerdere malen gehoord door auditoren.</p> <p>Beleid en procedures om cliëntendossiers veilig op te slaan, te bewaren en te vernietigen, worden gevolgd. De auditoren hebben het elektronisch zorgdossier ingezien en het archief bezocht om dit te verifiëren. Het beleid is opgenomen in het documentbeheersysteem en diverse auditees benoemen en kennen het beleid.</p>	
<b>Competentie</b>	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>In het kader van competentie management hebben auditoren gesproken met verschillende disciplines zoals verpleegkundigen, ergotherapeuten, psychologen, artsen, staf en directie.</p> <p>De auditoren hebben personeelsdossiers ingezien en vormingsplannen en beleid nagekeken. De auditoren hebben een beleid met betrekking tot vorming en bevorderen van competenties en leiderschap aangetroffen. De auditees geven aan dat zij gestimuleerd worden om scholing te volgen en dat de instelling voldoende oog heeft voor loopbaanbegeleiding. Er zijn structureel mogelijkheden voor professionele ontwikkeling, scholing en training beschikbaar voor ieder teamlid.</p> <p>De vereiste training en scholing worden gedefinieerd voor alle teamleden, met inbreng van de cliënten en hun familie. Het beleid is vastgelegd in het documentbeheersysteem en alle vormingen worden geëvalueerd en aangepast naar aanleiding hiervan. De denkdagen en uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken naar de behoeften en noden van personeel aan vorming binnen de instelling vullen het vormingsbeleid aan.</p> <p>De certificaten, kwalificaties en competenties worden gecontroleerd en gedocumenteerd en zijn actueel. Deze worden digitaal bijgehouden in het personeelspakket. Elke medewerker heeft toegang tot zijn/haar eigen dossier en leidinggevenden kunnen monitoren in teamverband.</p> <p>De teams worden onder andere geschoold en getraind in het respectvol en effectief werken met cliënten met diverse culturele achtergronden, religieuze overtuigingen en zorgbehoeften, als het zorgverleningsmodel van de instelling en palliatieve zorg en ethiek. De auditor heeft vorming gevonden met betrekking tot apparatuur en middelen en arbeidsregelgeving en instellingsbeleid op het gebied van veiligheid op de werkplek.</p> <p>In het documentbeheersysteem kan de auditor alle functieprofielen met een definitie van de taken, verantwoordelijkheden en de reikwijdte van het werk/de functie vinden.</p> <p>Er is een beleid voorhanden dat teamleden begeleidt als zij hun klachten, bezwaren en grieven naar voren willen brengen. Deze procedure is bekend en wordt terug gehoord in gesprekken met verschillende auditees.</p>	

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

<b>Klinisch leiderschap</b>	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Het informatiesysteem voorziet alle lagen van de instelling de nodig informatie met betrekking tot de middelen en lacunes in de middelen en dit is onderdeel van de overlegstructuur.</p> <p>Er wordt bepaald wat binnen het team een goede mix van vaardigheden en ervaring is, met inbreng van de cliënten en hun familie. In oog houdend dat het door wet- en regelgeving wordt goedgekeurd, wordt er gezocht naar een mix van ander geschoolden op de afdelingen om het personeelstekort aan te pakken. (maatschappelijke geschoolden in plaats van verpleegkundigen).</p> <p>Er is toegankelijke omgeving gecreëerd met inbreng van de cliënten en hun familie waarin informatie terug te vinden is over relevante zaken zoals palliatieve zorg. De instelling houdt rekening met geestelijke verzorging en beschikt over een stillteruimte.</p>	
<b>Resultaten beïnvloeden</b>	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De instelling heeft en maakt gebruik van ethische wetenschappelijke onderzoekspraktijken.</p> <p>Patiëntveiligheidsincidenten worden gemeld in overeenstemming met het beleid van de instelling en worden vastgelegd in het cliëntendossier. De incidenten worden frequent besproken op verschillende instellingsniveaus en geanalyseerd om tot leerpunten te komen. De auditoren hebben dit terug gehoord in gesprekken met directie, management en teams en terug gelezen in verslagen en kwaliteitsborden.</p>	

### 5.2.2 Geestelijke gezondheidszorg

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditoren hebben alle verblijfsafdelingen van het PZ H. Familie en alle eenheden van De Korbeel (jeugd- en kinderpsychiatrie) en De Patio (forensische jeugdpsychiatrie) bezocht. Ook de dienst voor thuisbegeleiding De Fender en de afdelingen van De Bolster zijn bezocht.</p> <p>Het hulpaanbod in de respectievelijke afdelingen is ingeschakeld in een ruimer regionaal zorgaanbod. Er worden belangrijke inspanningen geleverde voor transmurale zorgafstemming met regionale organisaties. De bevraagde artsen van de Korbeel en van de volwassenafdelingen waren zowel bij casuïstiek als bij structureel overleg in de regio betrokken. De auditor krijgt hiervan bevestiging door vertegenwoordigers van Algemeen Ziekenhuis Onze Lieve Vrouw van Lourdes Waregem en Algemeen Ziekenhuis Groeninge in Kortrijk.</p> <p>In het Psychiatrisch Ziekenhuis zijn belangrijke reorganisatieprocessen aan de gang naar aanleiding van de investering van middelen ('bedden') in de mobiele crisisdienst. De positieve aansturing van de reorganisatie in de nieuwe eenheid De Brug aan de hand van het communicatie-instrument de 'Prikkel van de week' verdient een compliment omdat daarin ondanks de praktische en interpersoonlijke moeilijkheden wordt getracht het veranderingsproces consequent te ondersteunen met aandacht voor het perspectief en inspraak van de diverse medewerkers en patiënten.</p> <p>De afdelingen voor kinderen werken in de hun vertrouwde, maar verouderde infrastructuur, in afwachting van de nieuwbouw die in 2022 wordt opgeleverd.</p>	

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

*Compliment:* Op verschillende diensten wordt gehoord hoe zij zich inschakelden in het ruimere zorgtraject van hun cliënten, hoe zij deze schakel voorbereiden én de daaropvolgende stappen anticiperen op een geïntegreerde manier. De auditor noteert in deze context een compliment voor de dienst voor arbeidscoaching Geestelijke Gezondheidszorg voor het verdergaan dan het vinden van een job, maar ook het blijven coachen rond behoud van deze job.

De auditoren vinden in de contacten met medewerkers en cliënten een concrete en enthousiaste vertaling van de 'PRET'-waarden (Professionaliteit-Respect-Engagement-Teamwork).

Er zijn duidelijke criteria voor opname terug te vinden en de diensten zijn telefonisch vlot bereikbaar. Er is een permanentieregeling voor aanmelding van kracht.

De auditor stelt vast dat uitgaande van de visietekst tot in de concrete patiëntenbejegening op de werkvloer, dat multidimensionele, respectvolle en herstelgerichte benadering centraal staat. Van patiënten en hun familie wordt gehoord dat hun noden en verwachtingen bevestigd worden en hun respons als meesturend in de behandeling wordt opgenomen. De auditor bevestigt zich bij patiënten op De Bolder, De Brug, De Patio en leefgroep 3. Familie van een patiënte op leefgroep 3 wordt bevestigd en in leefgroep 1 is de auditor getuige van een familie-introductie op de afdeling. Bij patiënten-tracers, wanneer de auditoren zich aanboden als nieuwe patiënt op de afdeling, in leefgroep 3 en op de Bolder wordt aandacht voor het perspectief van cliënt en diens familie systematisch vastgesteld.

*Compliment:* De auditor kan daarvan systematisch neerslag terugvinden in het elektronisch zorgdossier en ook vaststellen dat deze input ter vergadering wordt gebruikt. De concrete implementatie van een cliëntenportaal in het elektronisch zorgdossier op de open behandelafdelingen in het Psychiatrisch Ziekenhuis verdient een compliment.

Wat betreft de vereiste instellingsrichtlijnen kan de auditor vaststellen dat een ziekenhuisbrede procedure voor medicatieverificatie bestaat. Bij alle bevestigde zorgprofessionals blijkt deze procedure bekend en in de gecontroleerde zorgdossiers is deze consequent nageleefd.

Bij de zorgoverdracht (briefings) wordt gebruik gemaakt van ondersteunende documenten die ad hoc worden getrokken uit het zorgdossier met de belangrijkste aandachtspunten op papier. Er worden inspanningen geleverd om ISBARR (Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation and Readback) methodologie te leren hanteren bij het rapporteren van crisissituaties.

De auditor noteert dat zorg wordt besteed aan de identificatie van cliënten. Ze beschikken over een individueel elektronisch zorgdossier, dat geopend wordt aan de hand van hun naam en geboortedatum (en zodra mogelijk aangevuld met hun rijksregisternummer). In dit dossier wordt een foto opgeladen. Bijzonder op de jeugddiensten wordt een recente foto opgeladen, zo nodig wordt deze op de afdeling aangemaakt. Bij zorgcontacten worden cliënten geïdentificeerd aan de hand van hun naam en foto. Daartoe noteerden we dat klaargezette medicatie bewaard wordt in bakje gelabeld met naam, voornaam, geboortedatum én foto.

Suïciderisico's worden geëvalueerd en opgevolgd aan de hand van SNIV (suïcideniveau) en TS (tentamen suïcide) inschattingen. Documenten ter ondersteuning en opvolging van deze evaluaties zijn voorhanden op elke dienst en vlot toegankelijk via het documentbeheersysteem. De bevestigde hulpverleners zijn op de hoogte van de vigerende afspraken op hun dienst. De SNIV methodologie wordt gemeenschappelijk gehanteerd met AZ Groeninge, een belangrijke lokale zorgpartner, hetgeen de continuïteit van zorgen faciliteert.

De documentatie wordt nagekeken in het zorgdossier. De overzichtslijsten per afdeling tonen de meest recente SNIV score als aandachtspunt en deze bleek steeds aanwezig. In geselecteerde casus met verhoogd SNIV niveau wordt de periodiciteit van SNIV opvolging retrospectief nagekeken en deze bleek conform de afdelingsafspraken ingevuld en vertaald naar opvolgafspraken te zijn.

Valpreventie is geïmplementeerd en opgevolgd. Informatie over valpreventie wordt op de volwassendiensten aan de cliënten meegegeven bij opname onder de vorm van een brochure. Als aandachtspunt op de jeugddienst worden het dragen van goed sluitend schoeisel met cliënten en hun ouders besproken. Valincidenten worden systematisch gerapporteerd. De onderhoudsteams onder andere gezien op De Bolder en De Vlonder, waarschuwen systematisch door middel van borden voor natte oppervlaktes na onderhoud. Een doorontwikkeling van maatregelen bij herhaalde valincidenten is

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

vastgesteld op De Bolder. De rapportage daarover op de werkvloer door de verpleegkundige is conform de verslaggeving die terug te vinden is in het documentbeheersysteem. De auditor interpreteert dit geheel als een goed lopende PDCA cyclus.

Een procedure medicatieverificatie is beschikbaar, gekend bij verpleegkundigen en deze is door de auditor opgevolgd in alle ingekeken dossiers. Artsen die zijn gesproken over hun voorschrijfgedrag gaven aan zich op de documenten uit deze procedure te baseren en hun cliënten te informeren over eventuele wijzigingen. De cliënten die op de volwassendiensten, op de Patio en in leefgroep 1 zijn gesproken, vertellen te zijn ingelicht over deze medicatie-aanpassingen vooraleer zij worden doorgevoerd. In teamvergadering in leefgroep 2 wordt een medicatie aanpassing in het team voorbereid en op de bespreking met cliënt en diens ouders geanticipeerd. De ouder van een patiënt in leefgroep 3 bevestigt a priori en uitgebreid te zijn ingelicht over het medicatievoorschrift bij zijn dochter.

Bij aanmelding wordt het elektronisch zorgdossier opgestart en informatie wordt verzameld aan de hand van afdelingsspecifieke aanmeldingsformulieren en worden opgeladen in het elektronisch zorgdossier.

Transferdocumenten worden systematisch opgemaakt bij ontslag. De auditor verneemt dit van de arts van De Bolder en De Boeg, van leefgroep 1 en van de hoofdverpleegkundige van De Vlonder.

**Uitdaging: 1.4 De fysieke omgeving is veilig, comfortabel en stimuleert het herstel van de cliënten.**  
(Zorgverlening)

Er wordt rekening gehouden met de verouderde infrastructuur op de jeugddienst en de bouwwerf op de campus. Desondanks noteren de auditoren een uitdaging wat betreft de fysieke omgeving op één afdeling in een ziekenhuiskamer.

Een ziekenhuiskamer die getoond wordt in Korbeel vertoont afgescheurd behang en tekens voorgaande agressie. Er wordt door de teamcoördinator en de verpleegkundige van de afdeling ingeschat dat dit niet kon hersteld worden vooraleer een nieuwe patiënt in de kamer terecht zal komen, alhoewel een melding reeds gebeurde. Het auditorenteam oordeelt dat de inschatting van de urgentie van deze melding (niveau 3) getuigt van te lage prioritisering en dat de opvolging door technische dienst ook te traag gebeurt.

Daarnaast wordt ingeschat dat het tijdelijke interne wandelpad van de kinderafdelingen naar de consultatieruimtes van de jeugdwerking een belangrijk valrisico inhoudt. Van de technische dienst wordt communicatie met de werfleiding bekomen daterend van 10 maanden voor de audit. Een persisterende bezorgdheid wordt gehoord vanwege de technische dienst, naast de melding dat er geen valincidenten zijn gemeld. Toch wordt de situatie door verschillende auditoren als riskant ingeschat.

Verschiede auditoren stellen tenslotte vast dat er op verschillende plaatsen brandblusapparaten worden aangetroffen waarvan ter plaatse niet kon worden vastgesteld of de keuring up-to-date is. De organisatie kan wel een algemeen keuringsattest voorleggen, maar blijkbaar worden niet alle toestellen congruent naar deze keuring gelabeld.

Datum: 29 november	Status: definitief	PZ H. Familie en De Bolster	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------

### 5.2.3 Infectiepreventie en -bestrijding

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Infectiepreventie en -bestrijding</b>	Maatregelen door medisch personeel in gezondheidsinstellingen om het overdragen en oplopen van infectieverwekkers te verminderen.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Het kritisch proces 'Infectiepreventie en -bestrijding' is getoetst aan de hand van de tracer 'Opname patiënt met 'een' infectie, voorlichting en monitoring van de handhygiëne bij medewerkers en patiënten' alsook in gesprekken met medewerkers op verschillende afdelingen, leidinggevenden, verpleegkundigen, opvoeders, psycholoog, onderhoudsmedewerkers, hoofd technische dienst en vertegenwoordiging van het comité ziekenhuishygiëne. De auditor heeft volgende zorgafdelingen bezocht: De Bolder, De Patio en De Korbeel. Deze normenset heeft drie vereiste instellingsrichtlijnen: 'Er wordt voorlichting gegeven over handhygiëne aan de teamleden en vrijwilligers', 'De naleving van de ingevoerde handhygiënepraktijken wordt gemeten' en 'Zorggerelateerde infecties worden gevolgd, informatie wordt geanalyseerd om uitbraken en trends te signaleren en deze informatie wordt binnen de instelling gedeeld'. Alle drie de vereiste instellingsrichtlijnen worden als voldaan gescoord.</p> <p>De auditor kon tijdens de gesprekken met de auditees vaststellen dat handhygiëne continu opgevolgd wordt. Er is een beleid uitgeschreven in het document 'Concrete afspraken rond basishouding handhygiëne'. De auditees konden in het documentbeheersysteem de cijfers van de interne veiligheidsronde 'Handhygiëne' aantonen, die vrij toegankelijk zijn voor alle medewerkers. De auditor krijgt op de afdelingen vlot deze cijfers aangeleverd door de verschillende auditees. De cijfers staan in het deel 'Indicatoren (Dashboards)' in de rubriek '3.3. Doeltreffende, efficiënte en veilige primaire en ondersteunende processen en infrastructuur' telkens voor de laatste drie metingen en na doorklikken kunnen de cijfers opgevraagd worden. Op ziekenhuisniveau kan aangetoond worden dat in de maand oktober er 56 collega's gecontroleerd worden en dat iedereen een correcte handhygiëne toepast.</p> <p>Auditees geven aan dat er jaarlijks een preventieweek is waarin handhygiëne extra benadrukt wordt, met onder andere rondgang met een UV-lamp. Op de afdelingen geven de auditees aan dat ook patiënten worden ingelicht. De auditor krijgt dit bevestigd tijdens gesprekken met patiënten. Voor medewerkers wordt de opleiding handhygiëne gegeven samen met de reanimatietechnieken. Op elke cruciaal punt zijn er mondklappers en handontsmettingsmiddelen voorzien. De auditee gaf aan dat ook de kinderen en jongeren van De Korbeel en De Patio voorlichting krijgen rond handhygiëne. De auditor las in het verslag '2020-03-verslag-ziekenhuishygiëne-medisch-materiaal' volgende actie: "Voorstel: in gemeenschappelijke toiletruimtes overall standaard alcoholgel voorzien: Automatische dispensers" met de naam van de collega die dit punt ging opvolgen. De auditor kan vaststellen dat er handontsmetting aanwezig is in de gemeenschappelijke toiletruimtes.</p> <p>De auditor stelt tijdens de gesprekken met niet zorgpersoneel vast dat bij deze medewerkers eveneens handhygiëne wordt opgevolgd. De auditor kan de scores terugvinden in het deel 'Indicatoren (Dashboards)' van het documentbeheersysteem.</p> <p>De auditor stelt tijdens de gesprekken met de auditees vast dat er opvolging van Covid is. Patiënten worden gescreend indien noodzakelijk. De auditees op De Korbeel kunnen de afdelingsspecifieke afspraken uitleggen indien een kind of jongere symptomen heeft van bijvoorbeeld bij Covid-19. De auditees geven aan dat er een nauwe samenwerking is met het Centrum voor leerlingenbegeleiding en Kind &amp; Gezin indien het om vaccinaties gaat.</p> <p>Het Comité ziekenhuishygiëne heeft zicht op de cijfers in het deel 'Indicatoren (Dashboards)' in de rubriek '3. Intern perspectief 3.3. Doeltreffende, efficiënte en veilige primaire en ondersteunende processen en infrastructuur': volgende cijfers worden weergegeven antibiotica, infectieregistratie en MRSA-screening, dit per kwartaal en op jaarbasis.</p> <p>Op het documentbeheersysteem kunnen medewerkers informatie vinden in volgende documenten: 'Infecties draaiboek: ziektekiem niet gekend' (o.a.: Diarree, Hoest en Huidinfectie) – 'Infecties draaiboek: ziektekiem gekend' (o.a.: Geelzucht, Schurft, Scabiës en Vlooien), telkens uitgewerkt in steekkaarten. De auditor krijgt via het diensthoofd logistiek inzage in diverse documenten: steekkaarten van de kuisproducten, poetschema's, afspraken rond gebruik poetskar... De auditor kan de checklist uit het document 'Schoonmaakprogramma A-dienst' inkijken bij een auditee van de poetsdienst. Bij navraag op de</p>	

Datum: 29 november	Status: definitief	PZ H. Familie en De Bolster	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------

afdeling De Korbeel krijgt de auditor geen bevestiging dat de steekkaarten van de kuisproducten ook voor zorgpersoneel voorhanden zijn. De auditees geven aan dat zij soms gebruik dienen te maken van kuisproducten.

De auditor krijgt in een gesprek met een patiënt de bevestiging welke afspraken er zijn rond het dragen van mondklappers en toepassing van handhygiëne.

De auditor kan vaststellen en krijgt bevestiging van auditees van de logistieke dienst dat de lakens en dekens niet individueel of in bulk verpakt worden aangeleverd door de firma die instaat voor het wassen van het linnen.

De auditor kan het jaaractieplan van 2021 inkijken en vaststellen dat in de rubriek '13. Biologische agentia en hygiëne' volgende op te volgen zaken staan genoteerd: 'Aandacht handenhygiëne' en 'Checklist: Covid 19'. In de kolommen ernaast staan de risico's, de doelstelling, de prioriteit, de verantwoordelijke, middelen, frequentie van opvolging aangegeven ter opvolging. Volgende items staan onder de rubriek '11. Persoonlijke beschermingsmiddelen': 'Instructies voor de gebruikte persoonlijke beschermingsmiddelen' en 'Gebruikte persoonlijke beschermingsmiddelen' periodiek na zien'.

#### 5.2.4 Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Medicatiebeheer voor maatschappelijke instellingen</b>	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.

##### Opmerkingen:

Voor de kritisch proces 'Medicatiebeheer' worden er geen tekortkomingen vastgesteld. Het Medisch Farmaceutisch Comité heeft een duidelijke agenda en een goede verbinding met de apotheek van het Algemeen Ziekenhuis Groeninge in Kortrijk. Het PZ H. Familie heeft een associatie met de apotheek van Groeninge. De apotheker van Algemeen Ziekenhuis Groeninge zetelt in het Medisch Farmaceutisch Comité van het PZ H. Familie. De referenten van de diverse afdelingen nemen eveneens deel aan het comité en dat zorgt voor korte lijnen naar alle medewerkers. De medicatieaudits en incidenten worden besproken, waarna actiepunten volgen. De PDCA is een vast agendapunt bij deze bespreking. Het beheer van de medicatielijsten wordt door het comité gedaan.

Medicatiebeheer is goed uitgewerkt op het documentbeheersysteem zoals de vereiste instellingsrichtlijn hoog-risico medicatie. Op het documentbeheersysteem is het geüpdate beleid (versie 4) en de procedures (gehele medicatieproces, concentratie en volume) terug te vinden. Op verschillende afdelingen hangen er medicatieposters met de werkwijzen voor hoogrisico medicatie (de Korbeel, de Brug, Patio en de Vlonder). Een arts is de verantwoordelijke voor het hoogrisico medicatiebeleid. De lijst van hoog-risicomedicatie is opgesteld samen met het Algemeen Ziekenhuis Groeninge. Bij audits wordt het beleid hoogrisico medicatie gecontroleerd. Daarnaast is er in een e-learning hoog-risicomedicatie voorzien.

Tekorten in medicatie zijn er zelden en kunnen bijna altijd van het Algemeen Ziekenhuis Groeninge verkregen worden of uit de spoedkast, waarvan het beheer en de werking goed functioneert. Er is aandacht voor de look alike en sound alike's en allergieën met symbolen in het elektronisch zorgdossier.

De thuismedicatie en medicatie die de patiënten zelf nemen, mits akkoord psychiater, is eveneens goed geregistreerd in het zorgdossier. De thuismedicatie wordt in rode zakken opgeslagen in de medicatiekasten op naam en foto van de patiënt. Enkel verpleegkundigen hebben toegang tot medicatie en mogen medicatie toedienen. De medicatieopslagruimte is overal opgenomen in de verpleegpost en niet in een aparte ruimte. Er is voldoende licht, temperatuurbeheersing en de medicatieopslagruimtes ogen proper.

De opslag van medicatie evenals de bedelingsbakjes zijn allemaal voorzien van een recente foto met naam van de patiënt zodat vergissingen voorkomen worden. De check op de 5x juist criteria wordt goed gehanteerd. Voor de toediening is er een drie-dubbele controle.

Verpleegkundigen kunnen altijd met een psychiater en apotheker overleggen over medicatie. De psychiater kan makkelijk met de apotheker overleggen over medicatie en eventuele nieuwe medicatie. Er zijn korte lijnen en een goede bereikbaarheid. De apothekers bekijken de waarschuwingen in het elektronisch voorschrijfsysteem van het zorgdossier.

Datum: 29 november	Status: definitief	<b>PZ H. Familie en De Bolster</b>	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--	-----------------

*Compliment:* De overzichtelijke uitgave van 'Het eerste nieuws', speciale editie over medicatiebeheer, is een zeer handig document met alle praktische zaken rondom medicatie en dient als een soort opleidingsgids/naslagwerk. Het is een samenvatting van het hele medicatiebeleid.

Datum: 29 november	Status: definitief	PZ H. Familie en De Bolster	Qualicor Europe
-----------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------

### 5.2.5 Middelenmisbruik en probleemgokken

Kritisch proces	Omschrijving
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.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De verslavingszorg in PZ H. Familie is georganiseerd in afdeling De Vlonder. De afdeling biedt hulp aan cliënten met een ernstige gebruikstoornis in alcohol en verslavende medicatie. De auditor is tweemaal op de afdeling en spreekt op de afdeling met de verpleegkundigen, hoofdverpleegkundige, maatschappelijk werkster en toetste ook met leden van het onderhoudspersoneel. Alles samen kan worden vastgesteld dat voor cliënten opgenomen in de Vlonder een multidisciplinaire aanpak wordt voorzien met inspraak van cliënten. Een exponent van deze inspraak is het implementeren van het patiënten-portaal in het elektronisch zorgdossier, waar patiënten hun inbreng op teamoverleg kunnen voorbereiden. Ook zorgt cliëntenoverleg voor aanpassingen in dieet en in de mogelijkheden om de sportfaciliteiten te gebruiken. Er wordt gemeld dat regelmatig beroep wordt gedaan op getuigenissen van ex-clieënten en dat de zelfhulpgroep AA (Groep Nazorg Heilige Familie) kan wekelijks beschikken over een lokaal van het ziekenhuis.</p> <p>De auditor kan verschillende cliënten op de afdeling spreken en deze getuigen van de respectvolle bejegening, de waardevolle therapie en de multidisciplinaire aanpak op de dienst.</p> <p>Op afdeling De Vlonder worden naam en foto-herkenning gebruikt als tweevoudige manier om identiteit te controleren. Bij twijfel wordt geboortedatum gevraagd als toets.</p> <p>De medicatieverificatie-procedure is gekend door verpleegkundigen op Vlonder en het opvolgen daarvan wordt aangetoond in het elektronisch zorgdossier. De afdelingsarts kan niet worden gesproken, maar cliënten getuigen dat zij over hun medicatiegeschiedenis worden bevraagd en over wijzigingen in hun voorschriften systematisch worden ingelicht.</p> <p>Bij briefings op de afdeling wordt een ondersteunend document gebruikt uit het elektronisch zorgdossier waarin de aandachtspunten van de verschillende cliënten automatisch afgedrukt worden. Bij transfer in het ziekenhuis wordt het elektronisch zorgdossier gewoon overgezet naar de verwijzende afdeling. Bij ontslag uit het ziekenhuis wordt documentatie gedeeld via ontslagbrief -zo toegelaten digitaal. Een print van het meest recente medicatieschema wordt meegegeven.</p> <p>Wat betreft suïcidaliteit wordt de codering van de rest van het ziekenhuis gebruikt. De procedures omtrent de inschattingen zijn gekend op de werkvloer en bij nazicht van diverse elektronische zorgdossiers correct ingevuld.</p> <p><i>Compliment:</i> Als exponent – mogelijk compliment voor de werking – hoorden we het volgende: Eén van de cliënten op de Vlonder getuigt als kind in Kortrijk te zijn opgegroeid met het dreigend schrikbeeld van de psychiatrie als 'zottenkot', maar zich nu in de uitloop van haar opname eerder ambassadeur van psychische hulpverlening te zien die opname aan lotgenoten zou aanbevelen.</p>	