

Auditrapport PZ Ariadne



Lede, België

Datum auditbezoek: 2 december t/m 4 december 2020

Versie normenset: KZi 3.1

Accreditatieprocedure: 2020

Vastgesteld op: 13 januari 2021

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Inhoud

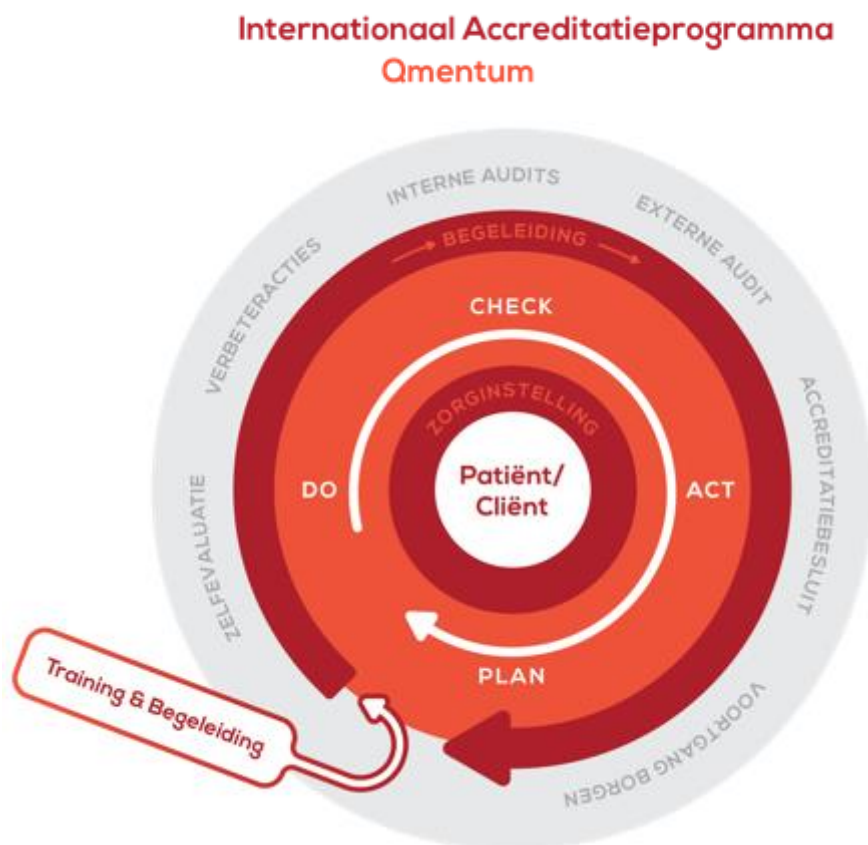
Inleiding	3
1. Samenvatting	4
1.1 Auditinformatie.....	4
1.2 Overzicht per normenset.....	6
1.3 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR)	14
1.4 Overzicht per kwaliteitsdimensie	17
2. Overzicht beoordelingen op niveau goud	21
2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen	21
2.2 Normensets.....	25
3. Overzicht beoordelingen op niveau platina.....	28
3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen	28
3.2 Normensets.....	31
4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant	33
4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen	33
4.2 Normensets.....	35
5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren	37
5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normensets	37
5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen	46
6. Intern toetsingssysteem	55
Appendix A: De beoordelingssystematiek en noodzakelijke voorwaarden voor het toekennen en continueren van de accreditatiestatus.....	57
Appendix B: Slotpresentatie.....	58

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Inleiding

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

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



Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

1. Samenvatting

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

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

- De criteria, zoals die op detailniveau worden getoetst door de auditoren.
- Het interne toetsingssysteem van de zorginstelling.
- De drie noodzakelijke voorwaarden, zoals Qualicor Europe die hanteert bij een accreditatie: er moet sprake zijn van veilige zorg, van verantwoorde zorg, en van een verbetercultuur.

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

1.1 Auditinformatie

Auditbezoek

Het auditbezoek heeft plaatsgevonden van woensdag 2 december 2020 tot en met donderdag 4 december 2020.

Auditteam

De heer W. Vandeneede, voorzitter
Mevrouw G. Pauwels
De heer dr. A. Beeftink
Mevrouw E. De Volder
Mevrouw L. Hatse
Mevrouw K. Van der Meulen
Mevrouw M. Goertz, aspirant auditor

Surveymanager

Mevrouw B. De Neve

Aanvullende informatie

Het Psychiatrisch ziekenhuis Ariadne heeft een aanvraag bij Qualicor Europe gedaan voor een instellingsbrede accreditatie op basis van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 3.1. De accreditatie is uitgevoerd conform de Accreditatieprocedure 2020.

Het bestuursorgaan van PZ Ariadne heeft desgevraagd tijdens het auditbezoek verklaard dat er geen werkeenheden zijn met problemen die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorg en waarvan het auditteam op de hoogte moet zijn.

De instellingsbrede accreditatie betreft de campus Lede.

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

De auditoren hebben alle locaties tijdens het auditbezoek bezocht. De bevindingen van de auditoren per criterium gelden voor alle locaties.

Tijdens het intakegesprek zijn geen specifieke onderdelen benoemd die niet behoren tot de accreditatie.

Normensets

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

Instellingsbrede normen

- Infectiepreventie en -bestrijding
- Medicatiebeheer
- Governance
- Leiderschap

Zorgspecifieke normen

- Geestelijke gezondheidszorg
- Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving

Instrumenten

PZ Ariadne heeft de volgende instrumenten gebruikt voor het toetsen van de (patiënt)veiligheidscultuur:

	Resultaat	Eis
Hoeveel procent van alle gouden vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's) is behaald?	100%	100%
Is per normenset aan het vereiste aandeel gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) voldaan?	Alle normensets scoren boven de 90%	90% per normenset
Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling?	99%	81%
Wat is de respons op de patiëntveiligheidscultuurmeting?	58,7%	48%

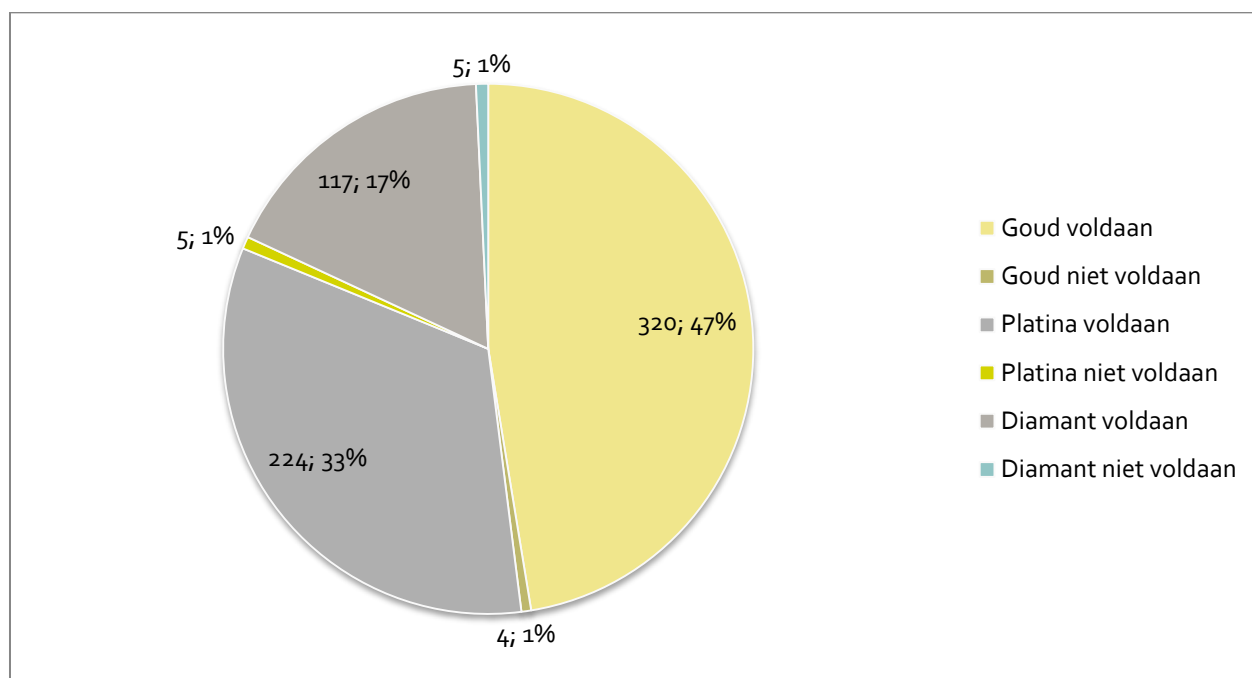
Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

1.2 Overzicht per normenset

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

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

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



Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

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

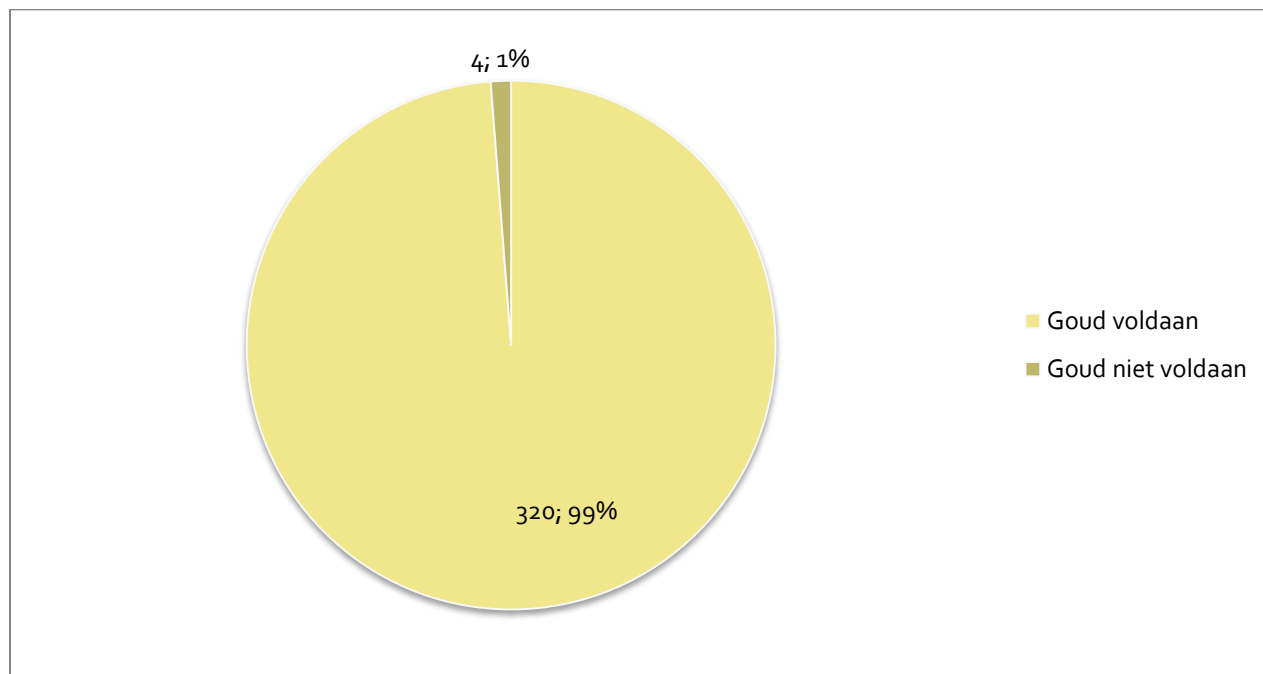
De instellingsbrede normensets gelden voor iedere organisatie en worden dan ook standaard ingezet in een accreditatieprocedure. De zorgspecifieke normensets worden ingezet aan de hand van het profiel van een organisatie: welk type zorg wordt geboden en welke afdelingen zijn aanwezig.

Normen	Criteria met hoge prioriteit			Andere criteria			Alle criteria		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
6									
<i>Instellingsbrede normen</i>									
Governance	48 (100%)	0 (0%)	0	39 (100%)	0 (0%)	0	87 (100%)	0 (0%)	0
Infectie- preventie en -bestrijding	40 (95,2%)	2 (4,8%)	14	25 (100%)	0 (0%)	9	65 (97%)	2 (3%)	23
Medicatie- beheer	57 (100%)	0 (0%)	20	60 (98,4%)	1 (1,6%)	4	117 (99,2%)	1 (0,8%)	24
Leiderschap	45 (100%)	0 (0%)	2	90 (97,8%)	2 (2,2%)	2	135 (98,5%)	2 (1,5%)	4
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Geestelijke gezondheids- zorg	57 (98,3%)	1 (1,7%)	1	90 (97,8%)	2 (2,2%)	0	147 (98%)	3 (2%)	1
Zorg op gebied van middelen- misbruik en verslaving	60 (98,4%)	1 (1,6%)	9	50 (90,9%)	5 (9,1%)	8	110 (94,8%)	6 (5,2%)	17
Totaal	307 (98,7%)	4 (1,3%)	46	354 (97,3%)	10 (2,7%)	23	661 (97,9%)	14 (2,1%)	69

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Gouden Criteria

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



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

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Goud)			Andere criteria (Goud)			Alle criteria (Goud)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>									
Governance	21 (100%)	0 (0%)	0	11 (100%)	0 (0%)	0	32 (100%)	0 (0%)	0
Infectie-preventie en -bestrijding	36 (94,7%)	2 (5,3%)	12	8 (100%)	0 (0%)	2	44 (95,7%)	2 (4,3%)	14
Medicatie-beheer	36 (100%)	0 (0%)	14	28 (96,6%)	1 (3,4%)	1	64 (98,5%)	1 (1,5%)	15
Leiderschap	25 (100%)	0 (0%)	0	40 (100%)	0 (0%)	0	65 (100%)	0 (0%)	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Geestelijke gezondheids-zorg	28 (100%)	0 (0%)	1	34 (100%)	0 (0%)	0	62 (100%)	0 (0%)	1

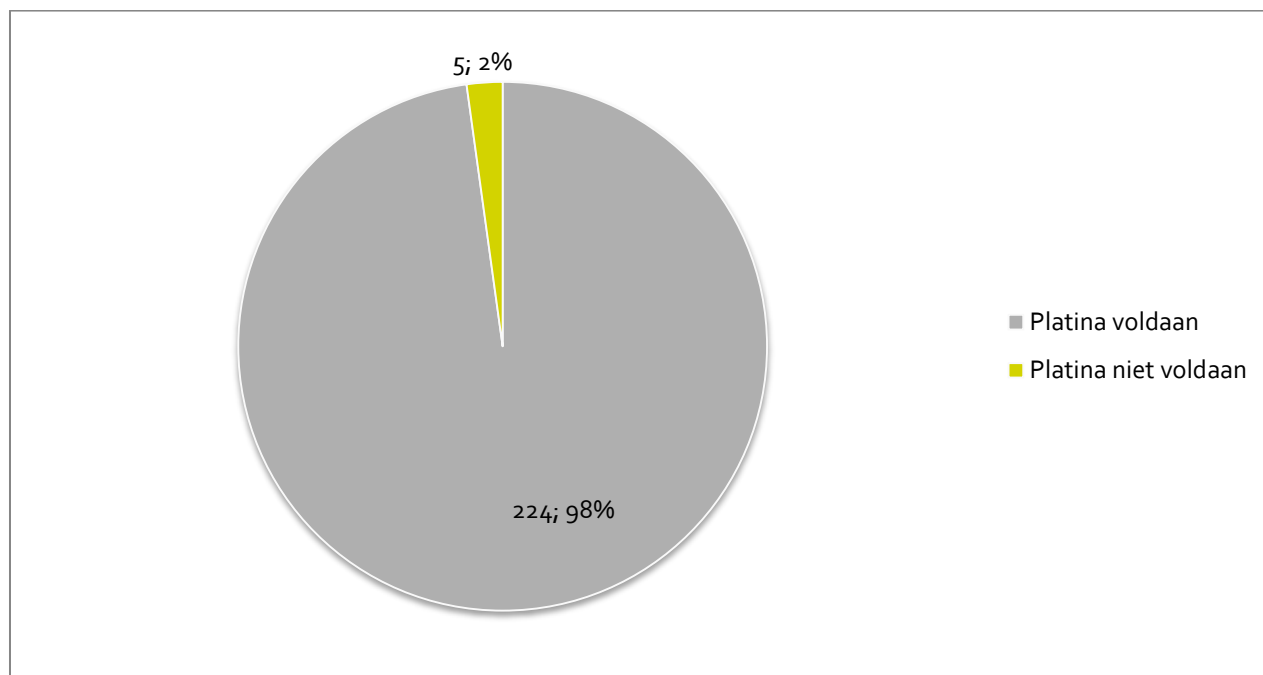
Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------	-----------------

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
Zorg op gebied van middelen-misbruik en verslaving	36 (100%)	0 (0%)	1	17 (94,4%)	1 (5,6%)	0	53 (98,1%)	1 (1,9%)	1
Totaal	182 (98,9%)	2 (1,1%)	28	138 (98,6%)	2 (1,4%)	3	320 (98,8%)	4 (1,2%)	31

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Platina Criteria

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



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

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Platina)			Andere criteria (Platina)			Alle criteria (Platina)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>									
Governance	21 (100%)	0 (0%)	0	12 (100%)	0 (0%)	0	33 (100%)	0 (0%)	0
Infectie-preventie en -bestrijding	3 (100%)	0 (0%)	2	10 (100%)	0 (0%)	5	13 (100%)	0 (0%)	7
Medicatie-beheer	17 (100%)	0 (0%)	6	22 (100%)	0 (0%)	2	39 (100%)	0 (0%)	8
Leiderschap	15 (100%)	0 (0%)	1	34 (97,1%)	1 (2,9%)	0	49 (98%)	1 (2%)	1
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Geestelijke gezondheidszorg	22 (95,7%)	1 (4,3%)	0	28 (96,6%)	1 (3,4%)	0	50 (96,2%)	2 (3,8%)	0

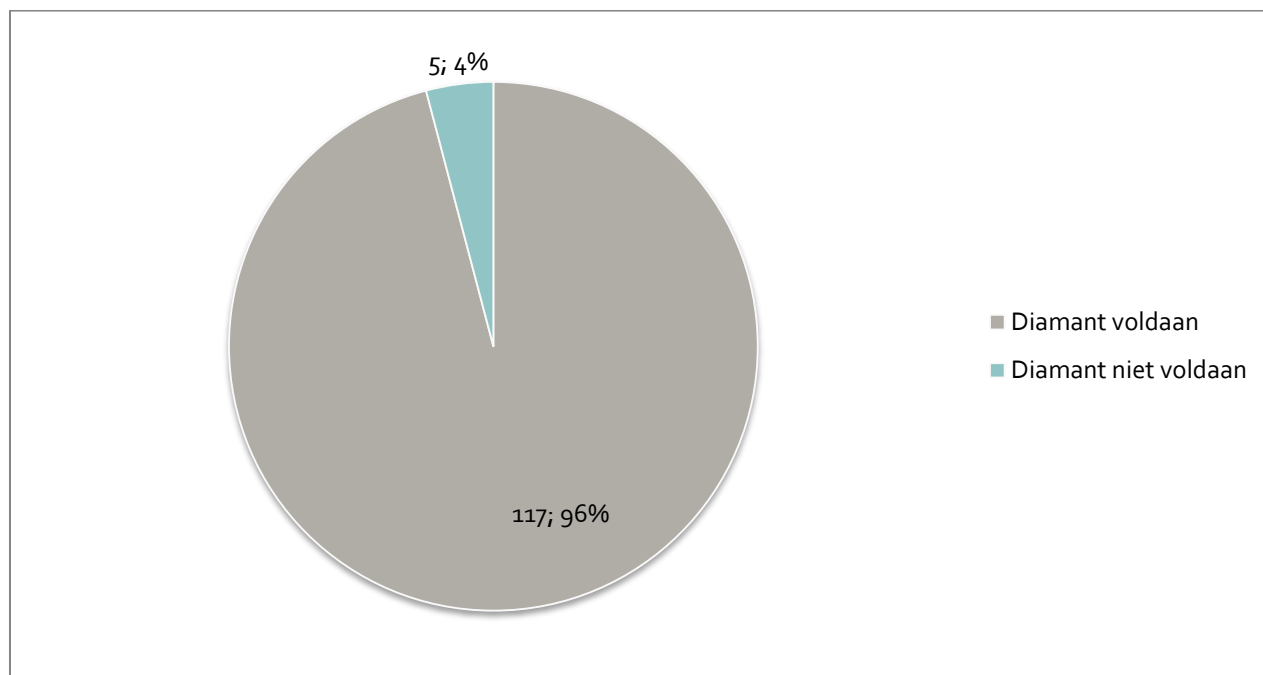
Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------	-----------------

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Platina)			Andere criteria (Platina)			Alle criteria (Platina)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Zorg op gebied van middelen-misbruik en verslaving	21 (95,5%)	1 (4,5%)	4	19 (95%)	1 (5%)	4	40 (95,2%)	2 (4,8%)	8
Totaal	99 (98%)	2 (2%)	13	125 (97,7%)	3 (2,3%)	11	224 (97,8%)	5 (2,2%)	24

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Diamanten Criteria

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



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

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Diamant)			Andere criteria (Diamant)			Alle criteria (Diamant)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>									
Governance	6 (100%)	0 (0%)	0	16 (100%)	0 (0%)	0	22 (100%)	0 (0%)	0
Infectie-preventie en -bestrijding	1 (100%)	0 (0%)	0	7 (100%)	0 (0%)	2	8 (100%)	0 (0%)	2
Medicatie-beheer	4 (100%)	0 (0%)	0	10 (100%)	0 (0%)	1	14 (100%)	0 (0%)	1
Leiderschap	5 (100%)	0 (0%)	1	16 (94,1%)	1 (5,9%)	2	21 (95,5%)	1 (4,5%)	3
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Geestelijke gezondheidszorg	7 (100%)	0 (0%)	0	28 (96,6%)	1 (3,4%)	0	35 (97,2%)	1 (2,8%)	0

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------	-----------------

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Diamant)			Andere criteria (Diamant)			Alle criteria (Diamant)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Zorg op gebied van middelen-misbruik en verslaving	3 (100%)	0 (0%)	4	14 (82,4%)	3 (17,6%)	4	17 (85%)	3 (15%)	8
Totaal	26 (100%)	0 (0%)	5	91 (94,8%)	5 (5,2%)	9	117 (95,9%)	5 (4,1%)	14

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

1.3 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR)

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

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

Normen	Gouden VIR's		Platina VIR's		Diamanten VIR's	
	Voldaan	Niet voldaan	Voldaan	Niet voldaan	Voldaan	Niet voldaan
<i>Instellingsbrede normen</i>						
Governance	0	0	0	0	0	0
Infectiepreventie en -bestrijding	2	0	2	0	1	0
Medicatiebeheer	1	0	2	0	0	0
Leiderschap	5	0	0	0	2	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>						
Geestelijke gezondheidszorg	2	0	3	0	1	0
Zorg op gebied van middelen-misbruik en verslaving	2	0	2	0	1	0
Totale aantal (%)	12 (100,00%)	0 (0,00%)	9 (100,00%)	0 (0,00%)	5 (100,00%)	0 (0,00%)

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

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

VIR	Beoordeling	Niveau
Communicatie		
Gevaarlijke afkortingen (Medicatiebeheer)	Voldaan	Goud
Medicatieverificatie als strategische prioriteit (Leiderschap)	Voldaan	Diamant
Medicijngebruik		
Hoog-risicomedicatie (Medicatiebeheer)	Voldaan	Platina
Arbeidsomstandigheden		
Clëntenidentificatie (Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving)	Voldaan	Goud
Clëntenidentificatie (Geestelijke gezondheidszorg)	Voldaan	Goud
Clëntveiligheidsplan (Leiderschap)	Voldaan	Goud
Kwartaalrapportages cliëntveiligheid (Leiderschap)	Voldaan	Goud
Preventief onderhoudsprogramma (Leiderschap)	Voldaan	Goud
Richtlijnen voor infectiecontrole (Infectiepreventie en -bestrijding)	Voldaan	Goud
Rol van cliënt en familie bij veiligheid (Geestelijke gezondheidszorg)	Voldaan	Goud
Rol van cliënt en familie bij veiligheid (Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving)	Voldaan	Goud
Training in patiëntveiligheid (Leiderschap)	Voldaan	Goud
Voorlichting over en training op handhygiëne (Infectiepreventie en -bestrijding)	Voldaan	Goud
Naleving van handhygiëne (Infectiepreventie en -bestrijding)	Voldaan	Platina



Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

VIR	Beoordeling	Niveau
Overdracht van cliëntengegevens op overdrachtmomenten (Geestelijke gezondheidszorg)	Voldaan	Platina
Overdracht van cliëntengegevens op overdrachtmomenten (Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving)	Voldaan	Platina
Valpreventiestrategie (Geestelijke gezondheidszorg)	Voldaan	Platina
Veilige injectiepraktijken (Infectiepreventie en -bestrijding)	Voldaan	Platina
Veiligheid bij narcoticagebruik (Medicatiebeheer)	Voldaan	Platina
Voorkoming van zelfdoding (Geestelijke gezondheidszorg)	Voldaan	Platina
Voorkoming van zelfdoding (Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving)	Voldaan	Platina
Aantallen infecties (Infectiepreventie en -bestrijding)	Voldaan	Diamant
Medicatieverificatie bij opname (Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving)	Voldaan	Diamant
Medicatieverificatie bij opname (Geestelijke gezondheidszorg)	Voldaan	Diamant
Prospectieve analyse van cliëntveiligheid (Leiderschap)	Voldaan	Diamant
Veiligheidscultuur		
Melding van ongewenste voorvallen (Leiderschap)	Voldaan	Goud



Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

1.4 Overzicht per kwaliteitsdimensie



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

Normen	Doelgroepgerichtheid 			Toegankelijkheid 		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>						
Governance	6 (100%)	0 (0%)	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Infectiepreventie en -bestrijding	1 (100%)	0 (0%)	2	4 (100%)	0 (0%)	0
Medicatiebeheer	1 (100%)	0 (0%)	0	3 (100%)	0 (0%)	0
Leiderschap	13 (100%)	0 (0%)	0	0 Nvt	0 Nvt	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>						
Geestelijke gezondheidszorg	12 (100%)	0 (0%)	0	10 (100%)	0 (0%)	0
Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving	3 (60%)	2 (40%)	4	7 (100%)	0 (0%)	1
Totaal	36 (94,7%)	2 (5,3%)	6	24 (100%)	0 (0%)	1



Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Normen	Cliëntgerichte Zorgverlening 			Continuïteit van de zorgverlening 		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>						
Governance	0 Nvt	0 Nvt	0	1 (100%)	0 (0%)	0
Infectiepreventie en -bestrijding	1 (100%)	0 (0%)	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Medicatiebeheer	10 (100%)	0 (0%)	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Leiderschap	2 (100%)	0 (0%)	0	1 (100%)	0 (0%)	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>						
Geestelijke gezondheidszorg	31 (96,9%)	1 (3,1%)	0	8 (100%)	0 (0%)	0
Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving	18 (94,7%)	1 (5,3%)	1	7 (77,8%)	2 (22,2%)	0
Totaal	62 (96,9%)	2 (3,1%)	1	17 (89,5%)	2 (10,5%)	0

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Normen	Arbeidsomstandigheden 			Veiligheid 		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>						
Governance	12 (100%)	0 (0%)	0	4 (100%)	0 (0%)	0
Infectiepreventie en -bestrijding	1 (100%)	0 (0%)	0	35 (97,2%)	1 (2,8%)	9
Medicatiebeheer	3 (100%)	0 (0%)	1	53 (100%)	0 (0%)	21
Leiderschap	32 (97%)	1 (3%)	0	29 (100%)	0 (0%)	1
<i>Zorgspecifieke normen</i>						
Geestelijke gezondheidszorg	16 (100%)	0 (0%)	0	16 (94,1%)	1 (5,9%)	1
Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving	16 (100%)	0 (0%)	1	19 (95%)	1 (5%)	0
Totaal	80 (98,8%)	1 (1,2%)	2	156 (98,1%)	3 (1,9%)	32

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Normen	Efficiëntie 			Effectiviteit 		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>						
Governance	16 (100%)	0 (0%)	0	48 (100%)	0 (0%)	0
Infectiepreventie en -bestrijding	1 (100%)	0 (0%)	0	27 (96,4%)	1 (3,6%)	13
Medicatiebeheer	1 (100%)	0 (0%)	0	49 (98%)	1 (2%)	5
Leiderschap	8 (100%)	0 (0%)	1	57 (98,3%)	1 (1,7%)	3
<i>Zorgspecifieke normen</i>						
Geestelijke gezondheidszorg	3 (100%)	0 (0%)	0	57 (98,3%)	1 (1,7%)	1
Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving	2 (100%)	0 (0%)	1	43 (100%)	0 (0%)	9
Totaal	31 (100%)	0 (0%)	2	281 (98,6%)	4 (1,4%)	31

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

2. Overzicht beoordelingen op niveau goud

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

2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

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

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
Communicatie			
Gevaarlijke afkortingen De instelling heeft een lijst met afkortingen, symbolen en dosisaanduidingen opgesteld en geïmplementeerd die binnen de instelling niet mogen worden gebruikt.	Medicatiebeheer 14.6	Voldaan	
Arbeidsomstandigheden			
Richtlijnen voor infectiecontrole De instelling beschikt over beleid en procedures die in lijn zijn met de vigerende regelgeving, empirische bewijzen en best practices en instellingsprioriteiten.	Infectiepreventie en -bestrijding 4.2	Voldaan	
Voorlichting over en training op handhygiëne De instelling biedt voorlichting over handhygiëne aan medewerkers, zorgverleners en vrijwilligers.	Infectiepreventie en -bestrijding 8.1	Voldaan	
Training in patiëntveiligheid De instelling verzorgt ten minste eenmaal per jaar trainingen en opleidingen cliëntveiligheid voor organisatiemanagers, zorgverleners en andere medewerkers en vrijwilligers. Het gaat hierbij onder meer om opleidingen gericht op specifieke aandachtsgebieden van cliëntveiligheid.	Leiderschap 11.8	Voldaan	De auditor heeft op basis van een gesprek met de HR-directeur, een gesprek met de vormingsverantwoordelijke en een gesprek met een verpleegkundige op de afdeling Vicro 2 bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. De instelling verzorgt een divers vormingsaanbod met betrekking tot cliëntveiligheid. Hierbij komen thema's aan bod zoals brand en evacuatie, agressiebeheersing, suïcidepreventie en EHBO, waar

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			in 2020 respectievelijk 188, 91, 81 en 56 personeelsleden deze opleidingen volgden. Er zijn diverse opleidingen waaraan in 2020 een beperkt aantal personeelsleden hebben deelgenomen, zoals geweldloze communicatie (22 deelnemers), infectiepreventie (21 deelnemers) en kwaliteit en veiligheid (8 deelnemers). Ten behoeve van nieuwe medewerkers is er een specifiek vormingsaanbod. In dit programma wordt aandacht besteed aan patiëntveiligheid, samenwerken als team, effectief communiceren en het rapporteren van ongewenste voorvallen. Het programma is herzien in functie van de behoeften.
Clïëntveiligheidsplan De instelling ontwikkelt en implementeert een cliëntveiligheidsplan.	Leiderschap 16.1	Voldaan	
Kwartaalrapportages cliëntveiligheid Leidinggevenden van de instelling informeren de raad van bestuur/het directiecomité via kwartaalrapportages over de cliëntveiligheid. De kwartaalrapportages bevatten aanbevelingen die voortvloeien uit onderzoek naar en opvolging van ongewenste voorvallen en doorgevoerde verbeteringen.	Leiderschap 16.10	Voldaan	
Clïëntenidentificatie Het team hanteert een cliëntidentificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures.	Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving 10.8	Voldaan	
Clïëntenidentificatie Het team hanteert een cliënt identifiëcatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures.	Geestelijke gezondheidszorg 12.1	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat is voldaan aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan de afdelingen Esperanza 0, Vicero 1 en Daghospitaal en in gesprek met

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, patiënten en familie is dit bevestigd gezien.
Rol van cliënt en familie bij veiligheid Het team informeert cliënten en families schriftelijk en mondeling over hun rol bij de bevordering van veiligheid.	Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving 15.2	Voldaan	
Rol van cliënt en familie bij veiligheid Het team informeert cliënten en families schriftelijk en mondeling over hun rol bij de bevordering van veiligheid.	Geestelijke gezondheidszorg 17.11	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplek-bezoeken bevestigd gezien dat wel is voldaan aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan de afdelingen Esperanza 0, Vicerio 1 en Daghospitaal en in gesprekken met verpleegkundigen, patiënten en familieleden is dit bevestigd gezien. De schriftelijke informatie wordt niet altijd goed gelezen: patiënten zijn in het begin niet goed in staat dergelijke informatie tot zich te nemen en hebben er later niet meer zo'n behoefte aan. Familieleden appreciëren de geboden informatie wel degelijk.
Preventief onderhoudsprogramma De instellingsleiding zorgt voor een effectief preventief onderhoud van medische instrumenten, materialen, medische apparatuur en medische technologie.	Leiderschap 10.5	Voldaan	De auditor heeft tijdens het gesprek met leden van het Comité Medisch Materiaal vastgesteld dat het proces voor preventief onderhoud van medische instrumenten, materialen, apparatuur en technologie gedocumenteerd is en opgevolgd wordt aan de hand van het Ultimo systeem. De procesbeschrijving en diverse documenten (bv. instructie onderhoud aerosoltoestel) die met dit proces te maken hebben zijn terug te vinden in het documentbeheersysteem van Infoland. De auditor heeft deze documenten ingekeken. Op de afdeling Providentia heeft de auditor vastgesteld dat de

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			medewerkers op de hoogte zijn van deze instructies. Bij defecten wordt echter niet conform de gedocumenteerde werkwijze gehandeld: medewerkers geven aan dat bij defect de preventieadviseur of facilitair manager wordt gebeld, en niet de apotheek zoals beschreven in de instructie.
Veiligheidscultuur			
Melding van ongewenste voorvallen De instelling voert een meldsysteem en passende follow-up in voor incidenten, calamiteiten en bijna-ongevallen. Het rapportagesysteem voldoet aan de vigerende wet- en regelgeving, en valt binnen de door de wetgeving geboden bescherming.	Leiderschap 16.2	Voldaan	

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

2.2 Normensets

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

Instellingsbrede normensets

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Governance		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Infectiepreventie en -bestrijding		
4.4 De instelling beschikt over beleid en procedures voor het gebruik van aseptische technieken bij de bereiding, het gebruik en de toediening van steriele substanties, zowel in de bereidingsruimte als bij het point-of-care.	!	De auditor heeft op afdeling Vicro 1 de toediening van een intramusculaire inspuiting geobserveerd en vastgesteld dat de aseptische principes niet correct zijn opgevolgd. Handontsmetting is niet uitgevoerd voor de toediening van de inspuiting.
6.3 De instelling screent cliënten om te bepalen of aanvullende voorzorgsmaatregelen nodig zijn, afhankelijk van het risico op infectie.	!	De auditor heeft de werkwijze inzake screeningsmaatregelen aan onder andere verpleegkundigen, hoofdverpleegkundigen en behandelend psychiaters van de afdelingen Providentia, Esperanza 2 en Vicro 2 bevestigd, alsook aan de opnamecoördinator. Het screeningsbeleid voor Covid-19 blijkt bij alle bevestigden op orde te zijn. Het screeningsbeleid inzake MRSA - zoals beschreven in de procedure 'Registratie en opvolging van infecties' wordt systematisch en met ondersteuning van de opnamecoördinator toegepast voor afdeling Esperanza 0. Vanuit de overige gesprekken op andere afdelingen dan Esperanza 0 heeft de auditor geen éénzijdig beleid of werkwijze omtrent MRSA-screening kunnen vaststellen.

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Medicatiebeheer		
22.5 Tot de procedure voor de zelftoediening van medicatie behoort de vastlegging in het cliëntendossier dat de cliënt de medicatie heeft genomen en het moment waarop.		<p>Er is een duidelijk beleid welke cliënten zichzelf medicatie mogen toedienen en welke medicatie cliënten in zelfbeheer mogen houden.</p> <p>Het is de beslissing van de behandelende arts om zelfmedicatie toe te laten (in functie van risico-inschatting). Dit beleid is raadpleegbaar in het documentbeheersysteem en is op meerdere afdelingen, inclusief de apotheek, zo geëxpliciteerd door de aanwezige verpleegkundigen, hoofdverpleegkundige, apotheker aan de auditor.</p> <p>Eens een patiënt zelf medicatie mag bijhouden, dan valt de medicatie volledig onder de verantwoordelijkheid van de patiënt, zo meldt de apotheker.</p> <p>In het zorgdossier komt de zelfmedicatie in een groene lijn te staan. Die medicatie wordt niet afgetekend als toegediend. Er is geen formeel toezicht of de medicatie is ingenomen en wordt dus niet in het cliëntendossier genoteerd.</p>
Leiderschap		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Zorgspecifieke normensets

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Geestelijke gezondheidszorg		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving		
2.1 De teamleiders organiseren met hun samenwerkingspartners (interventie)activiteiten op het gebied van gezondheidsbevordering, preventie en vroegtijdige signalering van middelenmisbruik.		De zorgmanager alsook de opnamecoördinator benoemen het organiseren van activiteiten met samenwerkingspartners op het vlak van preventie- en gezondheidsbevordering en patiëntenlogistiek als een uitdaging. De intenties zijn er, plannen worden gemaakt, maar de uitvoering komt er niet (los van COVID). Er wordt in het netwerk wel bijscholing gegeven, maar structureel samen optrekken met samenwerkingspartners op het vlak van gezondheidsbevordering en vroegsignalering ontbreekt.

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

3. Overzicht beoordelingen op niveau platina

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

3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

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

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
Medicijngebruik			
Hoog-risicomedicatie De instelling implementeert een veelomvattende strategie voor het beheer van hoog-risicomedicatie.	Medicatiebeheer 2.5	Voldaan	
Arbeidsomstandigheden			
Veilige injectiepraktijken De instelling ontwikkelt veilige injectieprotocollen en -praktijken om letsel bij cliënten en zorgmedewerkers en in de gemeenschap te voorkomen.	Infectiepreventie en -bestrijding 4.3	Voldaan	
Naleving van handhygiëne De instelling meet haar naleving van de ingevoerde handhygiënepraktijken.	Infectiepreventie en -bestrijding 8.6	Voldaan	
Veiligheid bij narcoticagebruik De instelling evalueert en beperkt de beschikbaarheid van narcotica (opioïden) om ervoor te zorgen dat verpakkingen die schadelijke medicatie-incidenten kunnen veroorzaken, niet op voorraad worden gehouden in behandelruimten.	Medicatiebeheer 9.4	Voldaan	
Voorkoming van zelfdoding Het team beoordeelt en observeert cliënten met het oog op zelfdodingsrisico's.	Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving 9.8	Voldaan	
Voorkoming van zelfdoding Het team beoordeelt elke cliënt op het risico van zelfdoding en stelt passende behandelings- en controlemaatregelen vast om de	Geestelijke gezondheidszorg 10.6	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkbezoeken bevestigd gezien dat er voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan de afdelingen

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
veiligheid van de cliënt te waarborgen.			Esperanza 0, Vicero 1 en dagziekenhuis en in gesprek met hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen is dit bevestigd gezien.
Overdracht van cliëntengegevens op overdrachtsmomenten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.	Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving 12.4	Voldaan	
Overdracht van cliëntengegevens op overdrachtsmomenten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.	Geestelijke gezondheidszorg 14.6	Voldaan	De auditor heeft op basis van gesprekken en werkplek-bezoeken bevestigd gezien dat wel is voldaan aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan de afdelingen Esperanza 0, Vicero 1 en Daghospitaal en in gesprek met verpleegkundigen is dit bevestigd gezien. Op afdeling Vicero 1 is de overdracht aan de dagdienst bijgewoond. De overdracht van de nachtdiensten aan de verpleegkundigen van de dagdienst heeft toen al plaatsgevonden; de bijgewoonde overdracht is voorgezeten door een verpleegkundige die die eerste overdracht heeft bijgewoond en heeft als doel de teamleden (overige verpleegkundigen, therapeuten, psychiater en normaliter ook de arts-assistent) die overdag werken bij te praten. Ieder heeft een gestandaardiseerd papieren afdelingsoverzicht met daarop naam en geboortedatum van de patiënt, kamernummer, juridische status, behandelend arts, en verantwoordelijk verpleegkundige, vrijhedenbeleid, eventuele somatische bijzonderheden, groepsdeelname, weekendplanning. Afspraken voor de dag worden gemaakt en uitgewisseld. Langere

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			termijnbeleid wordt op vaste tijdstippen in de week en in vaste samenstelling van deelnemers besproken.
Valpreventiestrategie Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren.	Geestelijke gezondheidszorg 17.3	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkbezoeken bevestigd gezien dat voldaan is aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan de afdelingen Esperanza 0, Vicerio 1 en dagziekenhuis en in gesprek met de afdelingshoofden, verpleegkundigen, patiënten en familieleden is dit bevestigd gezien.

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

3.2 Normensets



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

Instellingsbrede normensets

Platina criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Governance		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Infectiepreventie en -bestrijding		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Medicatiebeheer		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Leiderschap		
11.12 De instellingsleiding houdt exitinterviews en gebruikt deze informatie om het functioneren, het personeelsbeleid en het beleid om medewerkers te behouden te verbeteren.		Tijdens een gesprek met de HRdirecteur is bevestigd dat er een beleid met betrekking tot exitinterviews is ontwikkeld. Dit beleid is nog niet volledig geïmplementeerd. De informatie uit deze exitgesprekken wordt momenteel niet gebruikt om het functioneren, het personeelsbeleid en het beleid om medewerkers te behouden en/of te verbeteren.

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Zorgspecifieke normensets

Platina criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Geestelijke gezondheidszorg		
12.6 Het team spant zich in om de familieleden van cliënten te ondersteunen en bij de zorgverlening te betrekken.		Tijdens bezoeken aan de afdelingen Esperanza 0, Vicro 1 en het Dagziekenhuis Emmaus en gesprekken met patiënten, familieleden, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen en ergotherapeuten werd vastgesteld dat er opmerkelijke verschillen zijn in het betrekken van familieleden bij de zorgverlening. Wanneer de patiënt dit vraagt worden familieleden betrokken. Er kon niet worden vastgesteld dat er in PZ Ariadne inspanningen worden geleverd om het betrekken van familieleden te optimaliseren.
14.5 Het team zorgt samen met de cliënt voor medicatieverificatie bij overdracht of ontslag en geeft de desbetreffende informatie door aan de volgende zorgverlener binnen of buiten de instelling.		Een huisarts meldt dat een ontslagbrief weken op zich heeft laten wachten en de medicatie bij ontslag ook niet in een voorlopige ontslagbrief is gemeld. De huisarts heeft via een secretariaatsmedewerker de benodigde informatie ontvangen in een telefonisch contact.
Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving		
12.5 Na beëindiging van de dienstverlening aan de cliënt blijft het team diensten aanbieden en verlenen aan familieleden.		Een verpleegkundige, een maatschappelijk werker en een begeleider vertellen dat er na aflopen van het zorgtraject geen verdere zorg geboden maar ook niet gevraagd wordt. Soms ontvangen ze op de afdeling wel telefoons van familieleden wanneer het terug slechter gaat met de patiënt in kwestie, dan staat men hen te woord en vertellen ze hen dat een heropnamevraag gesteld kan worden.
15.6 Het team volgt het instellingsbeleid om over ongewenste gebeurtenissen met cliënten en familieleden te communiceren.		Op Vicro 2 is er geen algemeen beleid omtrent communiceren over ongewenste gebeurtenissen met cliënten aan familieleden. In geval van een incidentmelding worden ad hoc afspraken gemaakt en bepaald welke communicatie moet gebeuren.

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant

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

4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

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

Diamanten VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
Communicatie			
Medicatieverificatie als strategische prioriteit De instelling verifieert de medicatie van de cliënt bij opname, of aan het begin van de zorgverlening.	Leiderschap 16.7	Voldaan	
Arbeidsomstandigheden			
Aantallen infecties De instelling volgt zorggerelateerde infecties, analyseert de informatie om tendensen en uitbraken te identificeren en deelt deze informatie binnen de organisatie.	Infectiepreventie en -bestrijding 12.2	Voldaan	
Prospectieve analyse van cliëntveiligheid De instelling voert jaarlijks ten minste één aan cliëntveiligheid gerelateerde prospectieve risico-inventarisatie uit en implementeert passende verbeteringen.	Leiderschap 16.8	Voldaan	
Medicatieverificatie bij opname Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling (inclusief de spoedeisende hulp of intramurale afdeling).	Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving 9.7	Voldaan	
Medicatieverificatie bij opname Het team verifieert samen met de cliënt, familieleden of zorgverlener de medicatie bij opname in de instelling.	Geestelijke gezondheidszorg 12.5	Voldaan	De auditor heeft op basis van de gesprekken en werkplekbezoeken bevestigd gezien dat is voldaan aan de vereiste instellingsrichtlijn. Tijdens het bezoek aan de afdelingen Esperanza o, Vicerio 1 en Daghospitaal en in gesprek met patiënten, verpleegkundigen en de hoofddarts is dit bevestigd

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------	-----------------

Diamanten VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			gezien. Het terugvinden in het dossier vergt voor verpleegkundigen wel grote inspanning. De verantwoordelijkheid berust bij de arts.

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------	-----------------

4.2 Normensets

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

Instellingsbrede normensets

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Governance		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Infectiepreventie en -bestrijding		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Medicatiebeheer		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Leiderschap		
8.3 De instellingsleiding biedt leidinggevend in de gehele organisatie de mogelijkheid opleidingen te volgen over het beheren en monitoren van budgetten.		De administratief en financieel directeur meldt dat er geen opleiding wordt gegeven voor leidinggevend rond het beheer van afdelingsbudgetten en/of het opstellen van begroting. De auditor heeft dit bevestigd gekregen tijdens gesprekken met hoofdverpleegkundigen.

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Zorgspecifieke normensets

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Geestelijke gezondheidszorg		
14.9 Na overdracht of ontslag neemt het team contact op met de cliënten, hun familieleden en verwijzende instellingen om na te gaan of aan hun behoeften is voldaan, en gebruikt deze informatie om de instelling van overdracht en ontslag te verbeteren.		In gesprekken met (hoofd)verpleegkundigen van de afdelingen Esperanza 0, Vicro 1 en Daghospitaal is gebleken dat na ontslag geen contact meer wordt opgenomen door de zorgverleners met patiënten en familieleden.
Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving		
2.3 De teamleiders evalueren met hun samenwerkingspartners de activiteiten voor gezondheidsbevordering, preventie van middelenmisbruik en vroegtijdige signalering en interventie.		De zorgmanager volwassenzorg benoemt het evalueren van de activiteiten met de samenwerkingspartners als een uitdaging voor het psychiatrisch centrum en het netwerk waar dit deel van uitmaakt. Hij ziet hier nog groeipotentieel.
9.6 Als onderdeel van de beoordeling bepaalt het team de behoeften van de familieleden aan emotionele ondersteuning en psychische begeleiding.		Op afdeling Vicro 2 vertellen een verpleegkundige, een psycholoog, een begeleider en een medewerker sociale dienst dat bij familieleden niet standaard gepeild wordt naar hun nood aan emotionele ondersteuning. De sociale dienst vertelt dat de familieleden vaak aangeven niet betrokken te willen zijn bij het traject van de patiënt gezien de problematiek en hieraan gelinkte gebeurtenissen uit het verleden. Een verpleegkundige vertelt ons dat familie wel informeel te woord gestaan wordt via telefonische gesprekken en/of tijdens bezoekenmomenten.
12.6 Na overdracht of ontslag neemt het team contact op met de cliënten en hun familieleden om na te gaan of aan hun behoeften is voldaan; het team gebruikt deze informatie om de organisatie van overdracht en ontslag te verbeteren.		Een verpleegkundige en de psycholoog van Vicro 2 vertellen dat er geen contact opgenomen wordt met patiënten vanuit de afdeling na afronden van hun zorgtraject.

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	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 rapport.

5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normensets

De beoordelingen worden hier eerst weergegeven per kritisch proces, dan per norm. Sommige kritische processen in deze paragraaf hebben ook betrekken op zorgspecifieke normensets.

Kritisch proces	Omschrijving
Planning en kwaliteitsmanagement	Ontwikkelen en implementeren van de infrastructuur, programma's en diensten om tegemoet te komen aan behoeften van de gemeenschap en doelgroepen.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Planning en kwaliteitsmanagement' input gehaald uit het gesprek met de directie en afvaardiging medische raad. De auditor heeft een gesprek gehad met de cel kwaliteit. De auditor heeft de afdelingen Providentia, Esperanza 0 en Vicerio 1a bezocht waar er is gesproken met de hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, zorgkundigen, medewerkers schoonmaak en cliënten.</p> <p>Er is een duidelijke missie en visie voor het PZ Ariadne: hierbij is niet alleen rekening gehouden met de missie en visie van de centrale diensten Broeders van Liefde, maar is er ook rekening gehouden met de behoeften van de eigen instelling, de omgeving / samenleving, belangrijke stakeholders, overheden, ... Vanuit de missie 'In herstel verbonden' is de organisatie samen met de medewerkers op zoek gegaan naar de kernwaarden voor de organisatie. De vijf waarden: respect, samenwerking, professionaliteit, kwaliteit en cliëntgerichtheid zijn breed in de organisatie gecommuniceerd, maar ook aantoonbaar en doorleefd. Medewerkers op de werkvloer benoemen met een fier gevoel hun verbeteracties, hun aandachtspunten, de waarden die ze binnen hun team naar voor schuiven. Ook in gesprekken met cliënten komt de kwaliteitswerking en waarden van de afdeling naar boven.</p> <p>Het strategisch plan is geënt op deze missie en visie van het PZ Ariadne. Vanuit het strategische plan is er een duidelijke doorvertaling op operationeel niveau. Periodiek staat een terugkoppeling van doelen en resultaten gepland zodat de voortgang van de doelstellingen kan opgevolgd worden en bijgestuurd worden waar nodig.</p> <p>In de operationele plannen staan de middelen, het benodigde personeel, de systemen en de infrastructuur beschreven die nodig zijn voor de zorgverlening en de verwezenlijking van het strategische plan en de doelstellingen. Benodigde middelen kunnen tijdig aangegeven worden in begrotingsgesprekken voor het volgende jaar.</p> <p>De auditor heeft op directieniveau, op managementniveau en op dienstniveau meerdere proces- en resultaatsindicatoren kunnen inkijken. Op dienstniveau zijn deze indicatoren als stimulerend benoemd om PDCA-gewijs de doelstellingen te behalen.</p> <p>Compliment:</p> <p>De bejegening, de begeestering, het respectvol omgaan met de cliënten is een duidelijke veruitwendiging</p>	

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	van de waarden die in PZ Ariadne gedefinieerd zijn. De wijze waarop deze waarden gekozen, geïmplementeerd en doorleefd zijn bij alle medewerkers zijn merkbaar op vele momenten in het zorggebeuren.
Management van middelen	Monitoren, bijhouden en integreren van activiteiten die te maken hebben met de toewijzing en het gebruik van bronnen.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Management van middelen' bevestigd gekregen dat het ziekenhuis voldoet aan de gestelde gouden criteria. Dit kritisch proces is getoetst in gesprekken met de directie, de administratief en financieel directeur, leden van het bestuursorgaan, de facilitair manager en hoofdverpleegkundigen.</p> <p>Volgende documenten zijn ingekeken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'Beleidsplan Psychiatrisch Ziekenhuis Ariadne 2019-2021'; • 'Concept begroting 2021'; • 'Masterplan'; • 'Management dashboard'. <p>Tijdens het gesprek met de directie is de plan en control cyclus toegelicht. PZ Ariadne is onderdeel van de vzw Organisatie Broeders van Liefde. De financiële doelstellingen worden voor de groep bepaald. Elke organisatie vertaalt de strategische doelstellingen van de koepelorganisatie naar de eigen instelling bij het opstellen van het beleidsplan. Dit vertaalt zich vervolgens in een begroting en jaaractieplannen. De auditoren hebben diverse afdelingsbeleidsplannen en jaaractieplannen ingezien.</p> <p>Tijdens het gesprek met de administratief en financieel directeur heeft de auditor de concept begroting 2021 ingekeken. De totstandkoming van de begroting kent diverse iteraties met de directie alvorens het is gefinaliseerd en doorgestuurd naar de centrale diensten vzw Organisatie Broeders van Liefde ter goedkeuring. Alle afdelingshoofden worden in voorbereiding van het opstellen van de begroting bevraagd over personeelswijzigingen, operationele kosten en investeringen op afdelingsniveau. De facilitair manager levert de input voor de investeringsbegroting, op basis van het masterplan en het strategisch plan. De auditor heeft dit bevestigd gekregen tijdens gesprekken met de facilitair manager en een hoofdverpleegkundige. Afdelingshoofden hebben geen opleiding gekregen inzake het opstellen van begrotingen. De kwaliteit van de input varieert, hetgeen resulteert in herwerken van informatie door de administratief en financieel directeur.</p> <p>De begroting wordt per kwartaal opgevolgd. De administratief en financieel directeur evalueert de evolutie van de personeelskost maandelijks, gezien dit de grootste impact heeft op de begroting.</p>	
Menselijk kapitaal (HRM)	Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Menselijk kapitaal (HRM)' bevestigd gekregen dat het ziekenhuis voldoet aan de gestelde gouden criteria. De auditor heeft gesproken met onder andere de HR-directeur, de vormingsverantwoordelijke, de verantwoordelijke voor de functioneringsgesprekken, een medewerkster van de personeelsdienst en een verpleegkundige van de afdeling Vicro 2.</p> <p>De vormingsverantwoordelijke coördineert het vormingsaanbod om de deskundigheid van de medewerkers op peil te houden. Het volgen van de scholingen/ trainingen wordt gestimuleerd en daar waar van toepassing verplicht gesteld en gemonitord.</p> <p>Trainingen en scholingen (al dan niet via e-learning), gerelateerd aan kwaliteit en patiëntveiligheid, komen</p>	

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>jaarlijks aan bod voor de betreffende medewerkers. Elke medewerker beschikt over een vormingskaart waarop de gevolgde vormingen worden genoteerd. Auditees geven aan voldoende mogelijkheid te hebben om trainingen te volgen. Het vormingsbudget bedraagt jaarlijks 33.950€ voor de gehele voorziening. Men werkt via het systeem van train de trainer om met dit budget zoveel mogelijk te kunnen aanbieden. E-learning vervolledigt het aanbod.</p> <p>Uit een door de verantwoordelijke vorming ter beschikking gestelde lijst 'Opleidingen 2020 - Cliënt en medewerkersveiligheid' blijkt dat er vormingen worden aangeboden inzake agressiebeheersing, crisisbeheer, draag zorg voor je energie, EHBO, geweldloze communicatie, infectiepreventie, afname Covid-test, fysieke agressie, veerkracht, brand en evacuatie, kwaliteit en veiligheid, plaatsing microsonde, wondzorg, rughygiëne, suïcidepreventie en psychofarmica. Ten behoeve van nieuwe medewerkers worden vormingsdagen georganiseerd over brandpreventie, herstel en visie op goede zorg en vermaatschappelijking, Qualicor Europe, kwaliteit, infoland en noodprocedures, suïcidepreventie, safewards, verbale en fysieke interventietechnieken en fixatietechnieken. E-learning wordt aangereikt over brandpreventie, covid-19, het gebruik van alarmfunctie bij telefoontoestellen, handhygiëne, hoog-risicomedicatie, vereiste instellingsrichtlijnen medicatie en suïcidepreventie.</p> <p>De dienst organisatie en HR beschikt over een HR-beleidsplan 2019-2021, een jaaractieplan HR 2020, een VTO-beleidsplan 2019-2021 met een operationalisering 2020, een procedure arbeidsgeneeskunde, een visiedocument op ontwikkelings- en evaluatiegesprekken, een nota aanwezigheidsbeleid, een protocol reïntegratie, een stappenplan zorg en ondersteunende diensten.</p> <p>Personeelsleden worden jaarlijks gestimuleerd om zich te laten vaccineren tegen griep. 86% van de personeelsleden gaan in op deze uitnodiging. Diverse auditees melden desgevraagd dat binnen de organisatie aandacht is voor een veilige en gezonde werkomgeving. Tevens zijn diverse vertrouwenspersonen en een externe ombudsfunctie beschikbaar waar medewerkers terecht kunnen met klachten, zorgen en ontevredenheid. Diverse auditees geven aan te weten bij wie ze terecht kunnen bij klachten.</p> <p>Voor alle functies zijn functie- en profielbeschrijvingen beschikbaar en inzichtelijk. Het individueel functioneren van medewerkers komt ter sprake in ontwikkelingsgesprekken. Bij blijvende negatieve signalen wordt een evaluatiegesprek gepland. Diverse auditees bevestigen dat zij de opvolgingsgesprekken als objectief ervaren. Het uitvoeren van de opvolgingsgesprekken wordt centraal in de organisatie opgevolgd. De privacy van de personeelsdossiers is geborgd door een badgegestuurde toegangsdeur en sleutels op de kasten. Documenten die verwijderd worden, worden versnipperd door de personeelsleden van de personeelsdienst.</p>
Geïntegreerd kwaliteitsmanagement	Voortdurend, proactief en systematisch proces om kwaliteit vanuit een systeemomvattend perspectief te begrijpen, managen en communiceren om zo doelen en oogmerken te realiseren.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Geïntegreerd kwaliteitsmanagement' input gehaald uit het gesprek met de directie, kwaliteitscoördinator en afvaardiging medische raad. Het doorvertalen van het strategisch naar operationeel beleid inzake geïntegreerd kwaliteitsmanagement is toegelicht door het managementteam. De auditor heeft een gesprek gehad met de cel kwaliteit. De auditor heeft onder andere op de afdelingen Providentia, Esperanza 0 en Vicero 1 gesproken met de hoofdverpleegkundige, verpleegkundigen, zorgkundigen, medewerkers schoonmaak en cliënten. Het kritisch proces is getoetst aan de hand van de volgende tracers: 'Zorg voor kwaliteit en integraal risicomanagement in PZ Ariadne Lede' en 'Het intern toetsingssysteem'.</p> <p>Veiligheid en kwaliteit zijn integrale onderdelen van de strategische planning van PZ Ariadne Lede. Vanuit het strategische plan is er een duidelijke visie en missie rond kwaliteit en veiligheid. Risico's worden integraal bekeken vanuit verschillende hoeken: incidentmeldingen, indicatoren, tevredenheidsmetingen, klachten, interne toetsing, ... waarvan resultaten en sturing (o.a. verbeterinitiatieven) opgevolgd worden</p>	

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>binnen de stuurgroep kwaliteit en veiligheid. Dit integraal risicodenken en –handelen is uitgeschreven in een concreet cliëntveiligheidsplan.</p> <p>Het strategisch plan krijgt een verdere doorvertaling op operationeel niveau in de jaaractieplannen van de verschillende diensten. De (tussentijdse) resultaten van de jaaractieplannen worden teruggekoppeld naar directie, waardoor er zicht is op de vooruitgang van de strategische doelen. Omgekeerd zijn er ook dienst-gebonden verbeterinitiatieven, die per dienst opgenomen en opgevolgd worden. Het kwaliteit en veiligheidsbeleid is niet alleen een top-down beleid, er is een groot enthousiasme vanop de afdelingen merkbaar. Meerdere cliënten geven aan dat zij dienst-gebonden kwaliteitsinitiatieven opmerken en positief ervaren tijdens hun verblijf.</p> <p>Zowel tijdens de gesprekken als tijdens de afdelingsbezoeken heeft de auditor gehoord dat er voldoende middelen en personeel zijn om te werken op de kwaliteitsdoelen. Er is een duidelijke link tussen de begroting en het jaaractieplan.</p> <p>De medewerkers krijgen de nodige vormingen en voelen zich ondersteund door dit aanbod. Ook nieuwe medewerkers krijgen de nodige vormingen: algemene kwaliteit en veiligheid, medicatie-veiligheid, noodplan, ... De auditor heeft drie vormingsfiches ingezien van drie verschillende medewerkers.</p> <p>Als onderdeel van de geïntegreerde benadering van risicomangement is er beleid voor de selectie van en onderhandeling over gecontracteerde diensten en gecontracteerde dienstverleners. De kwaliteit van deze wordt geëvalueerd, hetzij centraal binnen de centrale diensten van de Broeders van Liefde, hetzij in PZ Ariadne.</p> <p>PZ Ariadne heeft een formeel beleid en een vlot toegankelijk meldsysteem waar alle medewerkers incidenten kunnen en mogen melden. Er is een duidelijke follow-up van de gemelde incidenten. In functie van de ernst van het incident worden incidentanalyses uitgevoerd. Bij zwaardere incidenten wordt een overkoepelende bredere incident analyse uitgevoerd, om verbeteracties te definiëren. Minder ernstige incidenten worden opgevolgd in een snelle incident meldingsanalyse. Er is een open beleid rond het melden. Medewerkers voelen zich vrij om te melden en nergens heeft de auditor gemerkt dat er geen vertrouwen is om incidenten te melden.</p> <p>Per kwartaal worden resultaten van incidenten en opvolging van analyses en verbeteracties gerapporteerd op directieniveau en aan het bestuursorgaan.</p> <p>Op twee diensten is gemeld dat er geen formeel beleid is om incidenten mee te delen aan de cliënt(en) of hoe en wanneer de nazorg aan cliënten wordt geregeld. Dit is bevestigd door de kwaliteitsverantwoordelijke. Op sommige diensten is er een dienst-specifieke werkwijze uitgewerkt. Op Providentia worden sommige incidenten wel besproken met de cliënten of in cliënt-overlegmomenten. Op die dienst wordt ook gekeken of verdere begeleiding, gesprekken, coaching nodig is in kader van de nazorg (voor cliënten).</p> <p>Er is een uitgeschreven beleid en procedure voor medicatieverificatie bij opname, transfer en ontslag zodat er steeds een volledig en accuraat overzicht is van de medicatie.</p> <p>PZ Ariadne Lede voert jaarlijks één prospectieve risicoanalyse uit. De auditor heeft de prospectieve risicoanalyse ingekeken uitgevoerd in 2019 rond het medicatiebeheerproces, waarin risico's, acties en opvolging aantoonbaar zijn.</p> <p>Tot slot heeft de auditor op directieniveau, op managementniveau en op dienstniveau meerdere proces- en resultaatsindicatoren kunnen inkijken. Op dienstniveau zijn deze indicatoren als stimulerend benoemd om PDCA-gewijs de doelstellingen te behalen.</p> <p>Compliment:</p> <p>Er is een grote betrokkenheid en enthousiasme op alle niveaus in de organisatie rond het thema 'kwaliteit en patiëntveiligheid': dit van directie tot op de werkvloer, dit is merkbaar in alle departementen: zorg, schoonmaak, facilitaire diensten, ...</p>

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes	Identificeren van en besluiten nemen met het oog op ethische dilemma's en problemen.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes' bevestigd gekregen dat het ziekenhuis voldoet aan de gestelde criteria. De auditor heeft gesproken met de voorzitter van het bestuursorgaan, de sectorverantwoordelijke en de algemeen directeur. De voorziening beschikt over een ethisch kader en een commissie ethiek. In de commissie ethiek zetelen diverse artsen, een jurist en een ethicus. De commissie heeft een bureau dat naast de voorzitter is samengesteld uit een vice-voorzitter, een secretaris, een externe huisarts en een verpleegkundige. Adviezen bij onderzoeksprotocollen worden centraal verleend door de toetsingscommissie ethiek en lokaal door de lokale stuurgroep ethiek. In de ethische visietekst wordt duidelijk vermeld dat onderzoeken verplicht moeten worden voorgelegd aan de centrale commissie ethiek. Er lopen momenteel geen onderzoeken. Algemene zorgadviezen worden geformuleerd door de begeleidingscommissie ethiek. De lokale implementatie wordt verzorgd door de lokale stuurgroep ethiek. Bij individuele casussen wordt het advies verleend door de referentiepersoon ethiek en/of de lokale stuurgroep ethiek. Indien nodig worden de stafdiensten van de centrale diensten en of de begeleidingscommissie geraadpleegd. Nadruk wordt gelegd op omzichtigheid, een genuanceerde kijk en dialoog. Thema's zoals vrijheidsbeperkende maatregelen, euthanasie, zelfdoding, seksualiteit, afzondering en omgaan met informatie komen aan bod.</p>	
Communicatie	Communicatie tussen verschillende lagen van de organisatie en met externe betrokkenen.
Leiderschap Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Communicatie' bevestigd gekregen dat het ziekenhuis voldoet aan de gestelde criteria. De auditor heeft gesproken met de directeur organisatie en HR (Human Resources), de facilitair manager, de data protection officer, enkele hoofdverpleegkundigen en twee cliënten.</p> <p>Volgende documenten zijn ingekeken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'Beleidendstekst externe communicatie binnen PZ Ariadne'; • 'Beleidendstekst interne communicatie binnen PZ Ariadne'; • 'Beleidendstekst vergadercultuur binnen PZ Ariadne'; • 'Nieuwsbrief'; • 'Nieuwsflash'; • 'Rechtenmatrix'; • 'Verwerkingsregister'; • 'Cameraregister'. <p>De auditor is tijdens het gesprek met de directeur organisatie en HR geïnformeerd over het beleid inzake communicatie. Het beleid is naar aanleiding van de naam- en huisstijlwijziging gereviseerd. Er is een beleidstekst voor externe en voor interne communicatie. De auditor heeft deze beleidstekst ingezien in het documentmanagementsysteem. De auditor heeft zich bij het toetsen van het kritisch proces op de interne communicatie gefocust. De directeur organisatie en HR geeft aan dat er bewust gekozen is voor een gecentraliseerde aanpak, waarbij vooral via wekelijkse nieuwsbrieven diverse onderwerpen naar de medewerkers gecommuniceerd worden. Indien voor een bepaald onderwerp meer duiding nodig is, wordt hiervoor een nieuwsflash uitgewerkt.</p> <p>Beide communicatietools (nieuwsbrief en nieuwsflash) worden per mail naar de medewerkers verspreid. Voor medewerkers die geen toegang hebben tot computers zijn er papieren exemplaren ter beschikking in</p>	

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>o.a. het postlokaal ter beschikking. De auditor heeft dit vastgesteld. Informatie stroomt van directie door naar medewerkers via formele overlegmomenten. Een overzicht van deze formele overlegmomenten is te vinden in de beleidstekst 'Vergadercultuur binnen PZ Ariadne'. De facilitair manager heeft de auditor de rechtenmatrix getoond. Daarin wordt bepaald welke functie toegang heeft tot welke informatie. Gevoelige informatie (met name cliëntinformatie) wordt aan de hand van deze matrix beveiligd tegen inzage door onbevoegden. De auditor heeft de informatiedoorstroming getoetst op de afdeling Esperanza 2. De hoofdverpleegkundige heeft bevestigd dat enkel informatie van de cliënten die op de afdeling verblijven beschikbaar is. De auditor heeft vernomen tijdens het gesprek dat er een Whatsapp groepje bestaat op de afdeling Esperanza 2. Tijdens de corona uitbraak is informatie tussen teamleden via Whatsapp uitgewisseld. Een auditor heeft vastgesteld dat de opnamecoördinator cliëntinformatie per mail verstuurd naar de arts (MRSAscreening). Cliënten hebben de mogelijkheid om te participeren aan de werking binnen de afdeling via het wekelijks cliëntenforum. De hoofdverpleegkundigen van Esperanza 2 en Vicerio 2 geven aan dat dit vanwege de coronamaatregelen niet is doorgestaan. Op Vicerio 1 is dit overlegplatform recent weer opgestart. De auditor heeft twee cliënten gesproken die aan dit forum hebben geparticipeerd. Zij bevestigen dat iedereen aan het woord komt tijdens het forum en dat allerlei onderwerpen aan bod komen. Beide cliënten zijn zeer tevreden over de werking van de afdeling.</p>
Fysieke omgeving	Verlenen van geschikte en veilige structuren en faciliteiten voor het succesvol uitvoeren van missie, visie en doelstellingen.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsten van het kritisch proces 'Fysieke omgeving' bevestiging gekregen dat het ziekenhuis voldoet aan de gestelde criteria. De auditor heeft gesproken met de facilitair manager, de preventieadviseurs en de kwaliteitscoördinator. De fysieke omgeving is geobserveerd tijdens werkplekbezoeken op diverse afdelingen (Providentia, Esperanza 0 en Esperanza 2, Vicerio 1 en 2). Volgende systemen en documenten zijn ingekeken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'Ultimo'; • 'Incidentmeldsysteem'; • 'Masterplan'; • 'Infectiepreventie bij bouw- en verbouwingswerken'; • 'Orde en netheid op de werkvloer'; • 'Afalstroom'; • 'Schematisch overzicht afvalverwijdering'. <p>De instelling heeft een masterplan waarin duidelijk bepaald is welke bouw- en verbouwingswerken worden uitgevoerd. Ook het reguliere onderhoud van de gebouwen is daarin opgenomen. De auditor heeft een afdeling bezocht waar momenteel verbouwingswerken bezig zijn. Deze afdeling is niet toegankelijk voor onbevoegden. De auditor heeft vastgesteld dat de toegangsdeuren afgesloten zijn om cliënten, die op andere afdelingen in hetzelfde gebouw verblijven, te verhinderen de afdeling waar werken aan de gang zijn te betreden. Nieuwe of verbouwde afdelingen worden pas in gebruik genomen na advies van de preventieadviseur.</p> <p>Het afvalbeleid is erop gericht om afval op afdelingen te beperken. Daartoe zijn afvalcontainers geplaatst naast de gebouwen. Deze afvalcontainers staan in een afgesloten omheining. Ondanks alle inspanningen van de instelling om zwerfvuil te vermijden (vuilnisbakken, blikvangers) blijft het een uitdaging om cliënten te betrekken bij het proper houden van de terreinen. De auditor heeft tijdens werkplekbezoeken vastgesteld dat de afdelingen proper zijn. De schoonmaakkarren van de onderhoudsmedewerkers zijn afgesloten waardoor cliënten geen gevaarlijke producten kunnen meenemen.</p> <p>In de gebouwen mag er niet gerookt worden. Cliënten roken buiten. Er zijn voldoende asbakken en vuilnisbakken om peuken in te gooien. Op de gesloten afdeling Esperanza 0 is een aparte rookruimte voorzien.</p>	

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	Bij navraag of er een formele manier is waarop cliënten feedback kunnen geven over de fysieke omgeving, geeft de kwaliteitscoördinator aan dat dit kan via het wekelijks forum op de afdeling. Op de afdeling Vicero 2 bevestigt de hoofdverpleegkundige dit maar omwille van de coronamaatregelen heeft dit niet recent plaatsgevonden. Cliënten kunnen feedback geven tijdens de gesprekken met hun individueel begeleider. Op Vicero 1 is recent het forum terug opgestart. De auditor heeft twee cliënten gesproken die geparticipeerd hebben aan dit forum. Beiden bevestigen dat iedereen het woord krijgt en dat alle onderwerpen aan bod kunnen komen.
Voorbereid zijn op noodsituaties	Omgaan met noodgevallen en andere aspecten van openbare veiligheid.
Infectiepreventie en -bestrijding Leiderschap	<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Voorbereid zijn op noodsituaties' bevestigd gekregen dat het ziekenhuis voldoet aan de gestelde criteria. De auditor heeft gesproken met de preventieadviseurs, de facilitair manager, de apotheker en medewerkers van de afdelingen Providentia en Esperanza 2.</p> <p>Volgende documenten zijn ingekeken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'Ziekenhuis noodplan PZ Ariadne'; • 'Covid Business Continuity Plan'; • 'Gebruik van de kast bij stroomuitval'; • 'Gebruik van de kast bij netwerk-uitval'; • 'Noodprocedure Infomedic en Obasi bij stroom- en/of netwerkuitval'; • 'Noodprocedure keukenwerking bij elektriciteitspanne/stroomuitval'; • 'Corona-maatregelen conform status alarmscore'. <p>De inhoud van het noodplan is eind 2019 geactualiseerd, conform de richtlijnen van de overheid. Het noodplan wordt twee keer per jaar gereviseerd.</p> <p>De brandopleiding is een onderdeel tijdens de introductiedag voor nieuwe medewerkers. De opleiding bestaat uit een 'live' oefening en een theoretische gedeelte via e-learning. De auditor heeft bevestigd gekregen dat 188 medewerkers de opleiding hebben gevolgd dit jaar.</p> <p>Er zijn drie no-break batterijen die een stroomonderbreking van ongeveer drie uur kunnen overbruggen. Bij vermoeden van een langere stroomonderbreking (meer dan drie uur) worden de noodprocedures bij stroomuitval geactiveerd. Dit geeft medewerkers de mogelijkheid om een beknopte versie van het cliëntendossier en medicatiefiches uit te printen, zodat zorgverlening op een veilige manier kan doorgaan. De facilitair manager geeft aan dat er momenteel een onderzoek loopt om in dergelijke gevallen (uitval stroom voor langer dan drie uur) een tijdelijke stroomgenerator te plaatsen. De apotheker kan de werking van de Vanaskast in het geval van stroomuitval tonen aan de auditor. Via de badgelezer kan opgevolgd worden wie de kast heeft geopend.</p> <p>De auditor heeft tijdens werkplekbezoeken vastgesteld dat de nodige blus- en evacuatiemiddelen beschikbaar zijn. De gesproken medewerkers van de bezochte afdelingen kunnen de blusmiddelen aanwijzen.</p> <p>De auditor heeft het kritisch proces eveneens getoetst aan de hand van een organisatorische tracer 'Voorbereid zijn op een corona uitbraak'. Alle gesproken medewerkers kennen de geldende procedures. Tijdens de gesprekken met de preventieadviseurs en de facilitair manager heeft de auditor de nodige informatie gekregen over de aanpak van een corona-uitbraak en cohortering. Het beleid inzake uitbraak is geactualiseerd naar aanleiding van de corona-pandemie. Voor iedere alarmscore is een specifiek document met aangepaste maatregelen ontwikkeld. De auditor heeft de aanpak bevestigd gezien tijdens het gesprek met de hoofdverpleegkundige van Esperanza 2.</p>

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
Patiëntenstroom	Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces "Patiëntenstroom" bevestigd gekregen dat de instelling voldoet aan de gestelde criteria. De auditor heeft gesproken met de directeur Patiëntenzorg, de hoofdarts en de opnamecoördinator. Ook had de auditor telefonisch contact met een medisch diensthoofd van de spoedeisende hulp van een naburig ziekenhuis, een geriater en een psychiater van een PAAZ (psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis)-afdeling, een tweetal huisartsen uit de omgeving.</p> <p>PZ Ariadne maakt onderdeel uit van een regionaal netwerk van zorgvoorzieningen waarvan behalve de instelling zelf nog twee psychiatrische ziekenhuizen deel uitmaken alsmede een drietal PAAZ-afdelingen. De netwerkpartners hebben regelmatig overleg en monitoren veranderingen in zorgvraag en knelpunten in zorgaanbod. Er zijn afspraken tussen zorgpartners over taakverdeling en opname. Deze afspraken kunnen naar behoefte worden bijgesteld. De opnamecoördinator heeft verder een grondige kennis van de sociale kaart, met name om zorgvragen te kunnen beantwoorden en eventueel doorverwijzen. PZ Ariadne kent wachtlijsten maar de lengte daarvan wordt door samenwerkingspartners en patiënten niet als problematisch ervaren. Binnen de instelling bestaat veel bereidwilligheid om doorstroming soepel te laten verlopen. De opnamecoördinator beschikt over voldoende bevoegdheden om deze doorstroming te faciliteren, en heeft, naast het reguliere overleg, desgewenst gemakkelijk toegang tot de leidinggevend directeur. Ook voor de vereiste nazorg functioneert het netwerk met de betreffende zorginstellingen naar wens.</p> <p>Een huisarts blijkt niet op de hoogte te zijn van de mogelijkheid om een patiënt die al eens eerder in de instelling is opgenomen, bij recidivering eventueel rechtstreeks naar de instelling te verwijzen, mits het dan niet om een vrijwillige spoedopname zou gaan.</p>	
Medische instrumenten en apparatuur	Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen.
Infectiepreventie en -bestrijding	
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Medische instrumenten, materialen en apparatuur' bevestigd gekregen dat het ziekenhuis voldoet aan de gestelde criteria. Dit proces is besproken met leden van het comité medisch materiaal, de facilitair manager, de preventieadviseurs en medewerkers van diverse afdelingen (Providentia, Esperanza 2). Het Ultimo-systeem is ingekeken door de auditor. De Vereiste Instellingsrichtlijn 'Effectief preventief onderhoud van medische instrumenten, materialen, medische apparatuur en medische technologie' is getoetst en als voldaan geëvalueerd.</p> <p>Volgende documenten werden ingekeken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'Proces medisch steriel materiaal, instrumenten en medische apparatuur'; • 'Instructies onderhoud medisch materiaal'; • 'Richtlijnen gebruik desinfecterende middelen'; • 'Werkinstructie saturatiemeter'; • 'Werkinstructie Electrocardiogram'; • 'Afname ECG'; • 'Handleiding aerosoltoestel'; • 'Ontlenen alterneringsmatras'. <p>Uit de gesprekken en tijdens de werkplekbezoeken heeft de auditor vastgesteld dat het beheer van medische instrumenten en apparatuur geborgd is in de organisatie. Elk toestel dat door de auditor is bekeken is gelabeld met een QR code en een identificatienummer. De auditor heeft op een van de afdelingen vastgesteld dat het label van een saturatiemeter slecht leesbaar is door het veelvuldig reinigen</p>	

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>en ontsmetten.</p> <p>Het beleid inzake medische materialen en apparatuur is ingezet op single use steriel materiaal en het opnieuw aankopen van materiaal na afloop van de garantie. Per afdeling is bepaald welke materialen en apparatuur nodig is. Die lijst is terug te vinden in het Ultimo-systeem. Per type materiaal zijn instructiefiches opgesteld die in het documentbeheersysteem beschikbaar zijn. De auditor heeft diverse fiches ingezien. Daarnaast zijn ook handleidingen van de leverancier beschikbaar in het documentbeheersysteem. De leverancier heeft de nodige opleiding gegeven aan de medewerkers bij indienststelling van de medische apparatuur.</p> <p>Op de werkinstructies staat vermeld dat bij defect de apotheek moet verwittigd worden, gezien daar reserve-apparatuur bewaard wordt. Tijdens de gesprekken op de afdelingen heeft de auditor vastgesteld dat medewerkers de preventieadviseur of facilitair manager noemen als te contacteren persoon bij defecten of problemen, niet de apotheekmedewerker.</p> <p>Het Ultimo-systeem wordt eveneens gebruikt om periodiek onderhoud en/of ijking van apparatuur te plannen en op te volgen. Voor onderhoud van bepaalde apparaten en materialen wordt gewerkt met onderhoudscontracten. Dit is bijvoorbeeld het geval voor de zuurstofconcentrator. De auditor kon dit onderhoudscontract inkijken. Alternatingmatrassen worden gehuurd.</p>
Governance	Optimaal functioneren van het toezichtsorgaan.
Governance	
	<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft in een gesprek met de voorzitter van het bestuursorgaan en met de sectorverantwoordelijke GGZ bevestigd gekregen dat het ziekenhuis voldoet aan de gestelde criteria. De governance-structuur is vastgelegd in een organogram. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de leden van het bestuursorgaan zijn vastgesteld en elk lid heeft een document met deze informatie ondertekend. De bevoegdheden zijn verdeeld over het bestuursorgaan en het beheerscomité verzorgingsinstellingen. De leden van het bestuursorgaan evalueren hun werking en sturen op basis van deze evaluatie bij.</p> <p>De voorziening beschikt over een ethisch kader. Dit kader wordt gebruikt bij besluitvorming. Voor de leden is er een ethische gedragscode. De leden van het bestuursorgaan en van de beheerscomités ondertekenen een verklaring waarin ze de deontologische afspraken bevestigen. Nieuwe leden ontvangen een introductie. In 2018 is een benoemingscomité opgericht voor de benoeming van de leden van het bestuursorgaan en het beheerscomité.</p> <p>Een intern auditcomité houdt toezicht en controle op de financiën, kwaliteit en veiligheid en het human resources management.</p> <p>Een remuneratiecomité evalueert de verloning van directie- en kaderleden. De voorziening maakt gebruik van externe expertise.</p> <p>Functieprofielen voor de directie zijn vastgelegd. Via directieseminaries, beleidsdagen en studiedagen worden de leiderschapskwaliteiten verder ontwikkeld. Jaarlijks wordt een begroting opgemaakt. In het bestuursorgaan wordt de begroting geverifieerd en bekrachtigd. Vanuit de centrale financieel-economische dienst is er een tussentijdse toets tijdens het jaar waarbij de begroting wordt vergeleken met de reële uitgaven. Deze toets gebruiken we vanuit het bestuursorgaan bij het opstellen van de begroting voor het daaropvolgende jaar. Men verwacht dat de lokale directie minimaal een kwartaalopvolging van de begroting organiseert en deze wordt via kwartaalrapportages opgevolgd. De integriteit wordt opgevolgd door een externe revisor en door interne controle.</p> <p>Patiëntveiligheid is een strategische prioriteit. Deze wordt opgevolgd via indicatoren. Kwaliteitsverbetering is een vast punt op de agenda van het beheerscomité.</p> <p>Communicatie wordt gestuurd op basis van een communicatieplan 2018-2020.</p> <p>Maandelijks vertrekt een e-mail vanuit de dienst communicatie aan alle directies met betrekking tot de besluiten van het bestuursorgaan en het beheerscomité. Tijdens de bestuursraad worden deze besluiten toegelicht. Driemaandelijks gebeurt een mondelinge rapportage naar de werkgroep hoofdartsen.</p>

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen

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

5.2.1 Infectiepreventie en -bestrijding

Kritisch proces	Omschrijving
Infectiepreventie en -beheersing	Maatregelen door medisch personeel in gezondheidsinstellingen om het overdragen en oplopen van infectieverwekkers te verminderen.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft het kritisch proces 'Infectiepreventie-en controle' getoetst aan de hand van een tracer 'Patiënt met scabiës' en 'Patiënt met covid-19'.</p> <p>Er is gesproken met het Comité Ziekenhuishygiëne, het diensthoofd van de huishoudelijke dienst, preventieadviseur, de opnamecoördinator, de behandelend arts van afdeling Providentia en de psychiater verbonden aan het traject psychozorg. De werkplekbezoeken zijn doorgedaan op verschillende afdelingen (Vicero 1 & 2, Providentia, Esperanza 0 en 2). Daar is gesproken met hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, onderhoudsmedewerkers, logistiek medewerkers en een patiënt.</p> <p>Het Comité ziekenhuishygiëne voldoet aan de wettelijke verplichtingen en geeft duiding gegeven omtrent het beleidsplan ziekenhuishygiëne 2018-2023 & het daaruit voortvloeiende jaaractieplan. Er is een evaluatie- en opvolgingscyclus verbonden aan de beleidsvoering.</p> <p>Medewerkers worden via procedures en instructies, e-learning en vormingsdagen geïnformeerd omtrent het geldende infectie- en preventie-beleid van het ziekenhuis.</p> <p>Regelmatige nieuwsberichten, bezoek aan de afdelingen door de preventieadviseur en de directeur zorg, alsook een FAQ zijn geïntroduceerd tijdens de Covid-19 epidemie om medewerkers snel te informeren omtrent de wijzigende afspraken.</p> <p>De auditor heeft bevestigd gezien dat er aan alle vereiste instellingsrichtlijnen zijn voldaan.</p> <p>Het beleid handhygiëne voldoet de vigerende wet- en regelgeving. De auditor heeft tijdens de werkplekbezoeken vastgesteld dat het beleid correct wordt toegepast (kennis en vaardigheden).</p> <p>Medewerkers worden via verschillende kanalen rond het handhygiënebeleid geïnformeerd en opgeleid (E-learning, affiches, procedures/instructies,...).</p> <p>De compliance wordt opgevolgd door middel van volgende methodieken: interne audits en veiligheidsrondes, deelname aan de nationale campagne handhygiëne. De leidinggevenden zijn verantwoordelijke voor de opvolging van de randvoorwaarden bij de medewerkers.</p> <p>Het ziekenhuis hanteert een beleid inzake het volgen en registreren van zorggerelateerde infecties - transparant in het gelijknamige document. Het comité ziekenhuishygiëne licht toe dat dit beleid is geëvalueerd en bijgesteld. Deze bijstelling is gebeurd op basis van een risico-analyse. De auditor stelt vast dat binnen het comité ziekenhuishygiëne op basis van een kwartaalrapportage een analyse is gebeurd. Dit kwartaalrapport is bezorgd aan de artsen en hoofdverpleegkundigen. Bij bevraging van deze gesprekspartners stelt de auditor vast dat deze berichtgeving niet door iedereen bekend is. Het communiceren van de resultaten en analyse van zorg gerelateerde infecties (kwartaalrapporten) heeft één keer plaatsgevonden.</p> <p>Er is in gesprek met het diensthoofd van de huishoudelijke dienst en onderhouds- en logistiek medewerkers (afdeling Vicero 1 en 2 en afdeling Providentia) gekeken naar de poetsprogramma's. Deze zijn helder en duidelijk aanwezig. Het diensthoofd checkt de naleving en uitvoering en geeft feedback.</p> <p>Compliment:</p> <p>Tijdens de verschillende werkplekbezoeken heeft de auditor vastgesteld dat de onderhouds- en logistiek medewerkers uitstekend geïnformeerd zijn omtrent de verschillende beschermings- en hygiënemaatregelen gerelateerd aan het infectiepreventiebeleid. Daartoe kunnen ze terugvallen op helder uitgeschreven instructiekaarten gebundeld in een informatiemap, informatie aangeleverd door verpleegkundigen en overlegmomenten met het afdelingshoofd.</p>	

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------	-----------------

Uitdagingen:

- De instelling beschikt over beleid en procedures voor het gebruik van aseptische technieken bij de bereiding, het gebruik en de toediening van steriele substanties, zowel in de bereidingsruimte als bij het point-of-care. (Infectiepreventie en -beheersing, 4.4, Goud)
- De instelling screent cliënten om te bepalen of aanvullende voorzorgsmaatregelen nodig zijn, afhankelijk van het risico op infectie. (Infectiepreventie en -beheersing, 6.3, Goud)

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

5.2.2 Medicatiebeheer

Kritisch proces	Omschrijving
Medicatiemanagement	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Medicatiebeheer' input gehaald uit het gesprek met het medisch farmaceutisch comité. De auditor heeft gesproken met de apotheker en een farmaceutisch technisch assistent. De auditor heeft drie afdelingen bezocht: Providentia, Esperanza 0, Vicerio 1. Er is gesproken met twee hoofdverpleegkundigen, zes verpleegkundigen, een zorgkundige en vier cliënten. De auditor heeft een logistiek medewerker gesproken en gevolgd tijdens de medicatiedistributie. Het kritisch proces is getoetst met volgende tracers: 'Het medicatievoorschrift bij ontvangst in de apotheek tot toedienen van medicatie aan de cliënt' en het 'Medicatiegebeuren binnen de apotheek'.</p> <p>Vanuit het gesprek met het medisch farmaceutisch comité heeft de auditor vastgesteld dat de gedefinieerde taken en verantwoordelijkheden voor medicatiebeheer in overeenstemming zijn met de vigerende wet- en regelgeving. De procedures met betrekking tot het medicatiebeheerproces zijn uitgewerkt, gevalideerd en worden up-to-date gehouden cfr. wetenschappelijke evidentie. Er is een formularium en deze wordt actueel gehouden en er wordt gecommuniceerd indien medicatie toegevoegd/verwijderd wordt. Vanuit de apotheek wordt er gestuurd op medicatieverbruik door middel van regelmatig overleg met betrokken artsen. Proces- en resultaatsindicatoren zijn aantoonbaar, evenals resultaten van incidentmeldingen rond medicatiebeheer. Het medisch farmaceutisch comité wordt correct geïnformeerd over de actieplannen en resultaten.</p> <p>Er is beleid rond het beheer van hoogrisicomedicatie: lijst met aanwezige hoogrisicomedicatie, werkwijze rond opslag, voorschrijving, bereiding, toediening, ... van hoogrisicomedicatie. Voor de medewerkers (inclusief de nieuwe medewerkers) is er een specifieke e-learning rond hoogrisicomedicatie. De auditor heeft de vormingsfiche voor (nieuwe) medewerkers ingekeken.</p> <p>Naast opleidingen rond hoogrisicomedicatie worden ook andere opleidingen rond medicatieveiligheid aangeboden, idem wanneer nieuwe medicatie in het formularium wordt opgenomen waarbij opleiding aangewezen is.</p> <p>Er is beleid rond het beheer van narcotica (opioïden). Op dienstniveau mogen geen narcotica in voorraad gehouden worden. Jaarlijks volgt een controle op elke dienst. Er is een werkwijze van bestellen, bewaren van cliënt-specifieke voorraad en terugkoppeling waardoor er tussentijds signalen opduiken mocht er vermoeden van misbruik zijn.</p> <p>Er is een lijst en beleid aanwezig in PZ Ariadne welke afkortingen/symbolen en dosisaanduidingen mogen gebruikt worden. Er kunnen weinig inbreuken vastgesteld worden door het elektronisch voorschrijven. In het pakket Infomedic zijn alerts aangebracht rond interactie en allergie (zichtbaar voor de apotheek, de artsen en de verpleegkundigen). Het systeem zelf laat niet toe om min-max dosissen te registreren rond hoogrisicomedicatie. Binnen het pakket zijn meerdere linken aangebracht waar info te vinden is rond min-max dosissen van medicatie, tijdsgevoelige medicatie, medicatiebisluiters, ... De auditor heeft aan drie verpleegkundigen gevraagd waar deze info te vinden is en allen hebben de infovelden benoemd en aangeduid.</p> <p>De instelling heeft 24 uur per dag, 7 dagen per week toegang tot een aanwezige of telefonisch bereikbare apotheker voor eventuele vragen over medicatie(beheer). Daarnaast is een duidelijke cascade opgezet waardoor dringende, nood-, of nieuwe medicatie 24 u per dag, 7 dagen per week kan afgehaald worden. Indien er vragen of bezwaren zijn vanuit de apotheek, wordt er contact opgenomen met de voorschrijvende arts en wordt een notitie toegevoegd in het elektronisch dossier.</p> <p>Rond het selecteren en het samenstellen van een medicatieformularium krijgt PZ Ariadne ondersteuning van de centrale diensten van de Broeders van Liefde. Daar gebeurt een extra check op etikettering en verpakking. De centrale diensten ondersteunen de organisatie door aankoop van een ontblistersmachine en machine voor verpakking van unidosissen.</p> <p>Er is een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd op het medicatiedistributieproces.</p> <p>De apotheek kreeg een renovatie, waardoor deze voldoet aan ruime, reine werk-, stockage- en bereidingsvlakken, voldoende verlichting, ventilatie, correcte temperatuur, ... De apotheek oogt netjes.</p>	

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Toegangscontrole is correct geregeld zowel voor de toegang tot de apotheek, toegang tot de VANAS-kast (dringende of noodmedicatie buiten de apotheek). De auditor heeft vanuit dezelfde insteek drie afdelingen bezocht (toegang, netheid, verlichting, ...) en heeft ook daar geen inbreuken vastgesteld.

Zowel binnen de apotheek als in de afdelingen is er aandacht voor de stockage van hoogrisicomedicatie, LASA (Look Alike Sound Alike)-medicatie, narcotica, temperatuursgevoelige medicatie, om zoveel mogelijk fouten te voorkomen. Extra alerts worden aangebracht tijdens het medicatietransport. De medewerker die instaat voor de medicatiedistributie is bekend met de procedures rond temperatuurgevoelige medicatie en de alerter op de box.

Via de verpleegkundigen, en bevestigd door vier cliënten, verneemt de auditor dat cliënten correct geïnformeerd worden over hun medicatiebeleid. De arts besteedt hier aandacht aan. Via de persoonlijke map (die de cliënt ontvangt op Providentia) krijgt elke cliënt wekelijks een geüpdatet overzicht van zijn medicatielijst. Op die manier is de cliënt correct betrokken, geïnformeerd en kan hij/zij onduidelijkheden of eventueel fouten melden.

PZ Ariadne heeft een duidelijk beleid over zelfmedicatie. Er is geen registratie in het zorgdossier terug te vinden over het moment van de medicatieinname voor de medicatie die in eigen beheer is. Op Providentia is een eigen werkwijze uitgewerkt, zodat er toezicht is op een correcte medicatie-inname.

Uitdaging:

- Tot de procedure voor de zelftoediening van medicatie behoort de vastlegging in het cliëntendossier dat de cliënt de medicatie heeft genomen en het moment waarop. (Medicatiemanagement, 22.5, Goud)

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

5.2.3 Geestelijke gezondheidszorg

Kritisch proces	Omschrijving
Besluitondersteuning	Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft drie patiëntentracers gevolgd waarvoor bezoeken zijn gebracht aan de afdelingen Esperanza 0, Vicro 1 en het dagziekenhuis Emmaus. Er is gesproken met patiënten, familieleden, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen en ergotherapeuten. De patiëntendossiers zijn in aanwezigheid van (hoofd)verpleegkundigen ingezien. Op afdeling Vicro 1 is de ochtendoverdracht bijgewoond en is een ronde gelopen met aandacht voor hygiëne, werkruimtes, privacy, sfeer, bejegening, medicijnbeheer inclusief opiatenkast, comfortroom en afzonderingsruimte. Daarnaast is er gesproken met de hoofdarts en met de voorzitter van de Focusgroep/Projectmedewerker Zorg en met een secretaresse. Patiëntendossiers zijn inzichtelijk opgebouwd, compleet, en veilig opgeborgen.</p> <p>De zorgverlening vindt plaats op basis van evidence-based richtlijnen. Deze richtlijnen zijn goed toegankelijk. Raadpleging van richtlijnen wordt in voorkomende gevallen beloond met accreditatiepunten. Er bestaat een procedure om nieuwe richtlijnen te implementeren en om te gaan met eventuele tegenstrijdige richtlijnen.</p> <p>Er zijn momenteel geen patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoeken.</p>	
Competentie	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft drie patiëntentracers gevolgd waarvoor bezoeken zijn gebracht aan de afdelingen Esperanza 0, Vicro 1 en het dagziekenhuis Emmaus. Er zijn gesprekken gevoerd met patiënten, familieleden, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen en ergotherapeuten. De patiëntendossiers zijn in aanwezigheid van (hoofd)verpleegkundigen ingezien. Op afdeling Vicro 1 is de ochtendoverdracht bijgewoond en is een ronde gelopen met aandacht voor hygiëne, werkruimtes, privacy, sfeer, bejegening, medicijnbeheer inclusief opiatenkast, comfortroom en afzonderingsruimte.</p> <p>De auditor heeft vastgesteld dat zorgmedewerkers in multidisciplinaire teams samenwerken en beschikken over de vereiste competenties en faciliteiten. Medewerkers hebben taak- en functiebeschrijvingen die in de jaarlijkse ontwikkelingsgesprekken met hun leidinggevende zo nodig worden geactualiseerd. In het ontwikkelingsgesprek, waarvan verslag wordt gemaakt, wordt aangesloten op het vorige gesprek. Er is aandacht voor scholingsbehoeften van de medewerker en vanuit de instelling. Er zijn hier duidelijke afspraken over gemaakt. Medewerkers stellen dat hun scholingswensen voldoende worden gefaciliteerd. Bij de samenstelling van zorgteams wordt zowel kwalitatief als kwantitatief voldoende rekening gehouden met de bestaande zorgvraag. Door de instelling aangeboden scholingsaanbod betreft risicovolle aspecten van het werk, ethische aspecten en culturele competenties. Medewerkers ervaren voldoende aandacht voor hun werkbelasting, ruimte voor professionele ontwikkeling, en attentie voor hun fysieke en psychische gezondheid. Er is voldoende inbreng in het afdelingsbeleid. De ergotherapeuten, die door de coronamaatregelen hun werkwijze noodgedwongen hebben moeten aanpassen, ervaren de ingeslagen koers als een (onverwachte) verbetering, die ze in de toekomst hopen te kunnen behouden en doorontwikkelen. Meer in het algemeen betreuren zij de teloorgang van de zogenaamde atelierwerking omwille van Covid-19, omdat zij menen dat die in hun contacten met cliënten veel houvast biedt.</p>	

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Klinisch leiderschap	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft drie patiëntentracers gevolgd waarvoor bezoeken zijn gebracht aan alle afdelingen. De auditor heeft vastgesteld dat de teamleiders open oog hebben voor maatschappelijke ontwikkelingen die consequenties hebben voor de zorgvraag, alsmede voor professionele ontwikkelingen die consequenties hebben voor het zorgaanbod.</p> <p>Teamleiders ervaren voldoende ruimte in hun reguliere contacten met hun leidinggevende en in voorkomende gevallen ook tussentijds, om er voor te zorgen dat zij zowel qua personeel als qua ruimtelijke voorzieningen en materialen over de vereiste middelen kunnen beschikken. In de bepaling van deze behoeften wordt aantoonbaar rekening gehouden met de nood van patiënten en eventueel ook hun familieleden. In het dagziekenhuis Emmaus bestaan er plannen voor herinrichting.</p> <p>De auditor stelt verschillen vast tussen afdelingen met betrekking tot de inspanningen die worden geleverd om familieleden bij de zorgverlening te betrekken. In het dagziekenhuis staat de familie door de aard van de populatie begrijpelijkerwijze meer op afstand. Op afdeling Vicro 1 meldt de hoofdverpleegkundige een tendens om familie meer en systematischer bij de zorg te betrekken. Op afdeling Esperanza 0 meldt een verpleegkundige juist dat dit vroeger meer gebeurde, maar in verhouding tot de geleverde inspanning te weinig opleverde.</p>	
Resultaten beïnvloeden	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft vastgesteld dat op de verschillende locaties een actief beleid tot stand is gekomen om risico's voor medewerkers en voor patiënten te identificeren en te onderkennen. Ook zijn diverse maatregelen geïmplementeerd om risico's te verminderen.</p> <p>Ook op het vlak van kwaliteitsverbetering zijn door de auditor tijdens gesprekken met medewerkers voorbeelden gezien van plannen om de kwaliteit van de geboden zorg te verbeteren. Deze plannen zijn op de verschillende werkplekken gekend en geïmplementeerd, en worden nageleefd.</p>	
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>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft vastgesteld dat bij opname, diagnostiek, zorgplanning, zorgevaluatie en -bijstelling en bij ontslag duidelijke procedures bestaan, die vastliggen, gekend worden en ook worden gevolgd.</p> <p>Een huisarts meldt dat een ontslagbrief op zich heeft laten wachten en de medicatie bij ontslag niet vermeld is in een voorlopige ontslagbrief.</p> <p>De instelling beschikt niet over een beleid om na overdracht van behandeling of ontslag nog contact op te nemen met patiënt en familie om te vernemen of aan hun behoeften is voldaan zodat deze informatie kan worden gebruikt om de zorg in de toekomst te verbeteren.</p> <p>Compliment:</p> <p>Verwijzers gaven aan dat het PZ Ariadne zeer toegankelijk is.</p>	

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

5.2.4 Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving

Kritisch proces	Omschrijving
Besluitondersteuning	Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben gesproken tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Besluitondersteuning' op Vicero 2 met de psychiater, de hoofdverpleegkundige, twee verpleegkundigen, een begeleider en een medewerker van de dienst maatschappelijk werk.</p> <p>Er is vastgesteld dat het elektronisch zorgdossier ziekenhuisbreed is uitgerold en voorziet in een uniek patiëntendossier waarvan de toegang beveiligd is met een persoonlijk wachtwoord. Medewerkers hebben toegang tot dit dossier van bij de start van de behandeling, nadat de patiënt door de opnamecoördinator in het systeem is ingeschreven.</p> <p>De psycholoog vertelt dat er op de afdeling gewerkt wordt vanuit een gedragstherapeutisch kader en motiverende gespreksvoering. Op basis van recent wetenschappelijk onderzoek en literatuur is deze keuze in het kernteam gemaakt, in samenspraak met enkele andere teamleden. Er zijn uitgewerkte evidence based richtlijnen, die vertaald zijn in een uitgeschreven therapeutisch afdelingsaanbod. De psycholoog vertelt dat de teamleden ook steeds bij haar terecht kunnen voor meer informatie. Deze informatie kan door alle teamleden op hun portaal in de computer geconsulteerd worden.</p> <p>De psycholoog en een verpleegkundige geven aan dat er de laatste jaren op de afdeling geen wetenschappelijke onderzoeksactiviteiten meer hebben plaatsgevonden.</p>	
Competentie	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben gesproken tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Competentie' met de hoofdverpleegkundige van Vicero 2 en de zorgmanager volwassenenzorg.</p> <p>De hoofdverpleegkundige geeft aan dat de behandelteams multidisciplinair zijn samengesteld. De auditoren stellen vast dat er verschillende disciplines op de afdeling aan het werk zijn.</p> <p>De hoofdverpleegkundige geeft aan betrokken te zijn in de sollicitatieprocedure van de medewerkers. De hoofdverpleegkundige heeft bij het aansturen van het team zowel formeel als informeel aandacht voor de noden van de teamleden. De hoofdverpleegkundige spreekt over een fijne werksfeer en een terugkeer naar een meer stabiele equipe na een woelige periode.</p> <p>De zorgmanager geeft aan dat medewerkers via individuele opvolgingsgesprekken na 1 - 3 - 6 en 18 maanden worden opgevolgd. Evaluatiegesprekken vinden plaats wanneer er aanleiding is om het functioneren te evalueren en wanneer er overgegaan wordt van een contract van bepaalde duur naar een contract van onbepaalde duur. Daarnaast houdt de hoofdverpleegkundige minimum om de 18 maanden een ontwikkelingsgesprek met de teamleden, met uitzondering van de psycholoog die hiërarchisch onder de zorgmanager valt.</p> <p>Het personeelsdossier is een papieren dossier. Personeelsdossiers worden veilig bewaard in afgesloten kasten. Op basis van een checklist wordt het personeelsdossier op volledigheid gecontroleerd.</p> <p>Het overzicht van gevolgde opleidingen wordt bijgehouden door de vormingsverantwoordelijke. Ieder medewerker krijgt jaarlijks een opleidingsfiches met de te volgen opleidingen. Deelname aan opleidingen wordt bijgehouden op basis van aanwezigheidslijsten of wordt elektronisch bijgehouden wanneer het gaat over e-learning.</p>	

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Klinisch leiderschap	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Klinisch leiderschap' gesproken met de hoofdverpleegkundige van Vicero 2, de opnamecoördinator en de zorgmanager volwassenzorg. Vanaf de aanmelding wordt de zorgbehoefte van patiënten in kaart gebracht. Dit proces start bij de opnamecoördinator en wordt vervolledigd binnen de desbetreffende opname-afdeling. Met behulp van opnamegesprekken wordt een compleet beeld verkregen. De verpleegkundige geeft aan in het patiëntendossier dit beeld integraal te kunnen zien. Dit is aan de auditoren getoond. Zorg en behandeling worden afgestemd op de doelen die uit de opnamegesprekken naar voren komen.</p> <p>De afstemming met samenwerkingspartners behoeft verbetering. Zowel de zorgmanager als ook de opnamecoördinator benoemen dit. Er mag meer samengewerkt worden op het vlak van preventie- en gezondheidsbevordering, maar ook op het vlak van patiëntenlogistiek.</p> <p>De hoofdverpleegkundige benoemt dat het management van personeel en middelen momenteel goed verloopt. Ze heeft voldoende gekwalificeerde collega's in haar team. Op afdeling Vicero 2 kunnen de teamleden rustig werken. Er zijn voldoende ruimtes ter beschikking. In geval van acute situaties is apparatuur beschikbaar.</p> <p>De hoofdverpleegkundige vertelt aandacht te hebben voor de balans tussen werk en privé en bespreekt signalen in een zo vroeg mogelijk stadium.</p> <p>Uitdaging:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De teamleiders organiseren met hun samenwerkingspartners (interventie)activiteiten op het gebied van gezondheidsbevordering, preventie en vroegtijdige signalering van middelenmisbruik. (Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving, Klinisch leiderschap, 2.1, Goud). 	
Resultaten beïnvloeden	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Resultaten beïnvloeden' op Vicero 2 gesproken met de hoofdverpleegkundige, een verpleegkundige, de opnamecoördinator en de zorgmanager.</p> <p>Met betrekking tot veiligheid beschrijft de hoofdverpleegkundige hoe risico's worden geïdentificeerd. De verpleegkundige benoemt naast medicatierisico's ook (in)toxicatie, ontwenning en brandgevaar als mogelijke andere risico's die patiënten op Vicero 2 lopen.</p> <p>Mochten risico's tot (bijna)incidenten leiden dan worden deze gemeld. De meldprocedure is bekend bij de verpleegkundigen. De hoofdverpleegkundige laat deze ook digitaal zien. Ze geeft aan dat er de afgelopen jaren een verandering zichtbaar is geworden met betrekking tot de meldcultuur. Voorheen werd er minder gemeld. Het belang van melden is echter meer doordrongen binnen de teams. Meldingen komen altijd terecht bij de hoofdverpleegkundige en worden besproken in het teamoverleg. Ook worden rapportages gemaakt waarin trends naar voren komen. Deze worden gedeeld met het managementteam.</p> <p>Feedback van patiënten en familie wordt besproken binnen het team. De hoofdverpleegkundige geeft aan dat feedback laagdrempelig wordt besproken binnen het team en dat er een sfeer van verbetering aanwezig is. Ze is fier op haar team en tevreden met de aanwezige deskundigheid.</p> <p>De zorgmanager, recent gestart als nieuwe medewerker, benoemt dat het zorgvuldig werken duidelijk zichtbaar is in PZ Ariadne. Mensen willen het goed doen en hebben een hoog arbeidsethos. De verbetercultuur is sterk aanwezig. De medewerkers willen hun inzet en kwaliteit aantonen. De auditoren herkennen de gedrevenheid en focus op verbetering.</p> <p>De zorgmanager en opnamecoördinator geeft aan dat benchmark binnen het netwerk verbetering behoeft. Zo wordt de bezettingsgraad van de bedden nog niet gedeeld binnen het netwerk. Dit zou helpen om patiëntenlogistiek nog meer te verbeteren.</p>	

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

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>Opmerkingen:</p> <p>De auditoren hebben tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Zorgverlening' op Vicero 2 gesproken met de hoofdverpleegkundige, een verpleegkundige, een medewerkster sociale dienst, een neuropsychiater en de opnamecoördinator.</p> <p>Het tijdig reageren op zorgvragen en opname is een belangrijke taak van de opnamecoördinator. Zij is de toegangspoort bij zorgvragen en interne spil in het web. Buiten kantooruren wordt deze functie overgenomen door de crisisafdeling Vicero 1, waarmee continu toegang geborgd is.</p> <p>Verwijzingen vinden veelal telefonisch plaats vooral door ziekenhuizen en huisartsen maar ook door patiënten zelf. De opnamecoördinator screent de zorgvraag telefonisch en stemt de zorgvraag af met de arts van de desbetreffende afdeling. Na akkoord van de arts kan de patiënt worden opgenomen. Er vindt altijd een gesprek met de opnamecoördinator plaats. De familie mag hierbij aanwezig zijn.</p> <p>De opnamecoördinator vindt de aanwezigheid van familie positief en moedigt het ook aan.</p> <p>Soms is er een wachttijd voor een opname. Mocht deze te lang zijn, dan wordt bemiddeld naar een andere zorginstelling. Als er bij acute zorgvragen geen bed beschikbaar is, dan wordt de arts altijd geraadpleegd.</p> <p>De opnamecoördinator bewaakt de wachtlijst en er wordt dagelijks een intern overzicht verstrekt aan de directie met bedbezetting per afdeling.</p> <p>De opnamecoördinator verstrekt een informatiepakket aan de patiënt, onder andere een onthaalprocedure, informatie over patiëntrechten en klachtprocedure (interne en externe ombudsman). Ook wordt het geven van toestemming voor het opvragen en geven van informatie vastgelegd. Zodra duidelijk is naar welke afdeling de patiënt gaat, neemt de hoofdverpleegkundige het van de opnamecoördinator over. Er wordt gewerkt met een checklist opname bij zorg. Op de eerste opnamedag ziet de arts de patiënt. Zorgbehoefte en actuele medicatie wordt in kaart gebracht en opgeslagen in het elektronisch patiëntendossier. Het actuele medicatie-overzicht wordt ondertekend door de arts en ingescand in het elektronisch patiëntendossier.</p> <p>Er vinden meerdere opnamegesprekken plaats vanuit de verschillende disciplines. Alle info uit deze gesprekken komt in het elektronisch patiëntendossier. Elke patiënt krijgt een trajectplan. De zorgbehoefte bepaalt de gekozen doelen. Familie wordt niet betrokken bij het opstellen van de zorgplannen. Op vraag en met toestemming van patiënten wordt informatie vertrekt aan familieleden. Dit kent meer een informeel dan een vast karakter. Voor ontslag wordt familie met goedvinden van de patiënt wel geïnformeerd.</p> <p>Er wordt gewerkt met een cliëntidentificatieprotocol. De hoofdverpleegkundige beschrijft hoe het team hiermee werkt en de verpleegkundige laat dit in de praktijk zien door te tonen hoe de identificatie bij medicatieverstrekking gaat. Er wordt gevraagd naar naam en geboortedatum voor verstrekking van medicatie. Bij de medicatiebakjes worden foto's van de patiënten getoond.</p> <p>Medicatie wordt verstrekt door gekwalificeerd personeel. De verpleegkundige beoordeelt de medicatie. Het verstrekken kan ook door de zorgkundige gebeuren, echter altijd onder verantwoordelijkheid van de verpleegkundige.</p> <p>Bij ontslag worden er twee ontslagbrieven opgesteld: één door de arts die verstuurd wordt naar de huisarts of verwijzend zorgverlener via een beveiligd platform voor zorgverleners namelijk COZO (Collaboratief Zorgplatform).</p> <p>Ontslagprocedures zijn omschreven in het documentbeheerssysteem, o.a. de ontslagchecklist en beleid opname- en ontslaggesprek. De patiënt kan altijd contact opnemen met de afdeling na ontslag, mocht het moeilijk gaan. Dit is een informele afspraak.</p> <p>Betrokkenheid van familie tijdens behandeling vindt informeel plaats. Op vraag van familie wordt informatie verstrekt. Familiebetrokkenheid is echter niet geïmplementeerd en geborgd in het behandelproces. Dit bevestigt de verpleegkundige en de medewerkster van de sociale dienst.</p> <p>Wekelijks vindt er een multidisciplinair overleg plaats. De verpleegkundige benoemt dat patiënten hier niet bij aanwezig zijn. Ook benoemt ze dat patiënten na afloop wel kunnen vragen wat er besproken is. Dit wordt niet standaard teruggekoppeld, maar kan wel onderwerp van gesprek zijn tijdens het consult met de arts op donderdagen.</p>	

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

6. Intern toetsingssysteem

In onderstaand overzicht staat in hoeverre het PZ Ariadne voldoet aan de eisen gesteld in de geldende accreditatieprocedure 2020 m.b.t. het intern toetsingssysteem.

Intern toetsingssysteem, voorwaarden vervolgaccreditatie:

1. Het intern toetsingssysteem toont aan dat de medische staf actief betrokken is bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de zorginstelling.

Er is een intern toetsingssysteem in het PZ Ariadne dat bestaat uit onder andere interne audits, veiligheidsrondes en tracers. Via het systeem van interne toetsingen wil dit ziekenhuis op een objectieve manier nagaan in hoeverre gemaakte afspraken in de praktijk effectief functioneren. Het ziekenhuis wil zijn kwaliteits- en veiligheidssysteem op deze wijze continu toetsen en monitoren of er voortgang is in het behalen van de organisatie doelstellingen t.a.v. de kwaliteit en veiligheid van de organisatie.

- a. De interne audits zijn gebaseerd op de Qualicor-Qmentum 3.1. kwaliteitsnorm, aangevuld met andere standaarden en richtlijnen aan dit referentiekader zoals indicatoren van VIP2(Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals), FRKVA (Federale Raad voor Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit), HACCP richtlijnen(Hazard Analysis and Critical Control Points). Deze interne audits zijn uitgevoerd door opgeleide interne auditoren, waaronder ook artsen.
Voor deze interne audits is een algemene planning opgemaakt, waarbij rekening gehouden is met de risicovolle processen. Auditoren hebben vastgesteld dat de afdelingen en diensten meerdere interen audits hebben gehad in 2019 - 2020 vanuit de voorbereiding op de Qualicor Europe audit.
Er zijn zowel VIR-audits als patiëntentracers uitgevoerd.
 - b. De veiligheidsrondes zijn uitgevoerd door leden van de cel kwaliteit en de artsen participeren in elk verbeterteam.
 - c. De check op handhygiëne is gecoördineerd vanuit het comité infectiepreventie.
2. PZ Ariadne heeft in het interne toetsingsbeleid, als onderdeel van het instellings-brede kwaliteits- en veiligheidsbeleid, opgenomen welke afdelingen/processen als hoog risico zijn aangemerkt, op basis van een risicoanalyse.

De resultaten van de interne toetsingen zijn teruggekoppeld aan de betreffende dienstverantwoordelijke die hiermee verbeteracties onderneemt op de punten die onvoldoende scores. De voortgang wordt bewaakt door de kwaliteitscoördinator en besproken in de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid. Zo nodig worden de resultaten verder overlegd en gerapporteerd naar een aantal belangrijke overlegorganen zoals het bestuursorgaan, het directiecomité, het medisch farmaceutisch comité, het CPBW(Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk) en het comité ziekenhuishygiëne.

3. De interne toetsingen zijn uitgevoerd op basis van zorg- / werkprocessen en onderdelen daarvan en daar waar mogelijk is getoetst aan de hand van de geldende Kwaliteitsnorm Zorginstelling.

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Het intern toetsingssysteem toont aan dat de medische staf actief betrokken is bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de zorginstelling. De voorzitter van de medische raad is opgeleid tot interne auditor. Artsen zijn betrokken bij incidentanalyses, alsook in overleggen omtrent kwaliteits- en veiligheidsonderwerpen via onder andere participatie in de stuurgroep kwaliteit en veiligheid, participatie in verbeterteams en in kwaliteitswerkgroepen.

4. Indien de Vlaamse Zorginspectie specifieke richtlijnen heeft opgesteld voor risicovolle afdelingen/processen, zijn deze aantoonbaar binnen het interne toetsingssysteem op implementatie/borging getoetst.

PZ Ariadne heeft geen risicoanalyse van de volledige organisatie gemaakt, wel van de risicovolle afdelingen.

5. De veldnormen zijn aantoonbaar binnen het interne toetsingssysteem op implementatie/ borging getoetst.

Niet van toepassing

6. [Indien aangesloten bij MediRisk:]De SEH en OK zijn getoetst op de borging van de vangnetcriteria zoals door MediRisk geformuleerd. In de toetsingsrapportages van de SEH en OK is de mate van borging van de vangnetcriteria opgenomen.

Niet van toepassing

7. Het intern toetsingssysteem toont aan dat de gehele organisatie betrokken is bij het borgen van het kwaliteitssysteem van de zorginstelling.
 - Tijdens de audit is voorgaande aangetoond door rapportages, actieplannen en de voortgang. De afdelingen/processen met een verhoogd risico voor cliëntveiligheid zijn minimaal eenmaal in de twee jaar intern getoetst.
 - Het intern toetsingssysteem toont aan dat de gehele organisatie betrokken is bij het borgen van het kwaliteitssysteem van het PZ Ariadne. Dit is tijdens de audit aangetoond door rapportages van audits en de voortgang daarin.

Op basis van de bovenstaande bevindingen voldoet het intern toetsingssysteem aan de 'Accreditatieprocedure 2020 Qmentum'.

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

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

Deze appendix vat de belangrijkste onderdelen samen van de accreditatieprocedure.

De beoordelingssystematiek van Qualicor Europe bestaat uit drie componenten:

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

De auditoren beoordelen tijdens het auditbezoek alle criteria, criteria met hoge prioriteit en vereiste instellingsrichtlijnen van de normensets behorend bij het profiel van de zorginstelling.

In 2014 heeft het Qualicor Europe bestuur besloten de komende jaren alleen het accreditatieniveau goud af te geven.

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

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

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

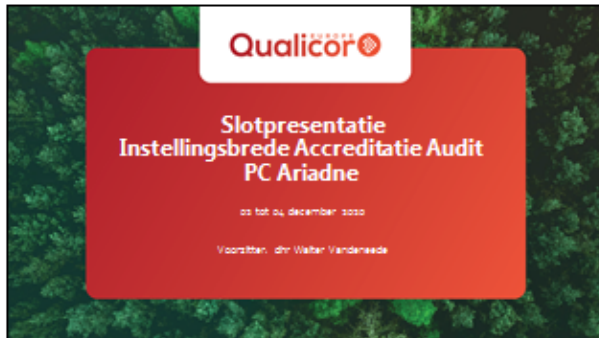
Het gekwalificeerd eindoordeel ('noodzakelijke voorwaarden') beschrijft de kwalificaties waaraan - de balans opmakend na het toepassen van de scoringssystematiek - de zorginstelling moet voldoen.

NOODZAKELIJKE VOORWAARDEN voor toekennen of continueren van de accreditatiestatus

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

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

Appendix B: Slotpresentatie



Qualicor **Instellingsbrede Audit**

Normen

- 1 Governance
- 2 Leiderschap
- 3 Infectiepreventie en -bestrijding
- 4 Medicatiebeheer
- 5 Geïntegreerde Gezondheidszorg
- 6 Zorg op gebied van middelenbruik en verspreiding



• Word steeds beter

Qualicor **Instellingsbrede Audit**

Kritische processen

- 1 Menselijke factor
- 2 Geïntegreerd kwaliteitsmanagement
- 3 Patiëntentroom
- 4 Fysieke omgeving
- 5 Voorbereid zijn op noodsituaties
- 6 Medische instrumenten en apparatuur
- 7 Management van middelen
- 8 Planning en kwaliteitsmanagement
- 9 Communicatie
- 10 Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes



• Word steeds beter

Qualicor **Waar staat u nu?**



• Word steeds beter

Qualicor **De eerste bevindingen**



• Word steeds beter

Qualicor

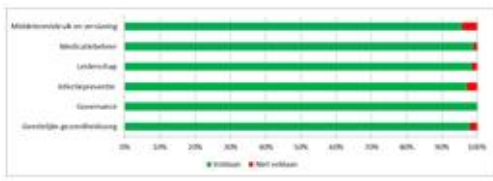
• Resultaten van alle getoetste gouden, platina en diamant criteria




• Word steeds beter

Qualicor

• Resultaten van alle getoetste gouden, platina en diamant criteria



• Word steeds beter

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Qualicor

Vereiste instelingsrichtlijnen

- Volstaan:
25 van de 25 VIB's




• Wordt steeds beter

Qualicor

Uitdaging: niet behaalde gouden criteria

Infectiepreventie

- 4.4 De instelling beschikt over beleid en procedures voor het gebruik van aseptische technieken bij de bereiding, het gebruik en de toediening van steriele substanties, zowel in de bereidingsruimte als bij het point-of-care.
- 6.3 De instelling screenen cliënten om te bepalen of aanvullende voorzorgsmaatregelen nodig zijn, afhankelijk van het risico op infectie.



• Wordt steeds beter

Qualicor

Uitdaging: niet behaalde gouden criteria

Medicatiebeheer

- 22.5 Tot de procedure voor de zelftoediening van medicatie behoort de vastlegging in het cliëntendossier dat de cliënt de medicatie heeft genomen en het moment waarop.



• Wordt steeds beter

Qualicor

Uitdaging: niet behaalde gouden criteria

Zorg op gebied van middelenmisbruik

- 2.1 De teamleiders organiseren met hun samenwerkingspartners (interventie)activiteiten op het gebied van gezondheidsbevordering, preventie en vroegtijdige signalering van middelenmisbruik.



• Wordt steeds beter

Qualicor

Complimenten

- Omgaan met de waarden van de instelling
- De toegankelijkheid van de zorg
- De legale die en andere medewerkers zijn zeer goed georganiseerd en meegenomen in het RvA's bijdragen
- Medewerkers zijn trots op hun instelling en zorgaanbod
- Zeer zorgzaam, bijgevoeg, niet overdadig
- Quote van patiënt: ze verdienen een sterrenbeeld
- Quote van patiënt: vanaf opname was ik lid van de familie



• Wordt steeds beter

Qualicor

Uitdagingen

- Inbedding van het risico-denken
- Opvolgcyclus
- Participatie van patiënt en familie



• Wordt steeds beter

Datum: 13 januari 2021	Status: definitief	PZ Ariadne	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	------------	-----------------

Qualicor

Na vandaag...

- Conceptrapportage naar de instelling ter beoordeling op feitelijke onjuistheden op 22 december 2020
- Bestuur Qualicor Europe besluit over continuïteit accreditatiestatus 22/01/2021
- Voortgang borgen met behulp van het overzicht kwaliteitsverbetering: PDCA!

— Wordt steeds beter

