



Auditverslag PC Ariadne

Lede en Dendermonde

Datum auditbezoek:	5 tot en met 7 december 2023
Assessment:	deelaccreditatie MT en PVT
Assessmentprocedure:	2023
Niveau accreditatie:	goud
Niveau toetsing:	goud
Status verslag:	definitief
Vastgesteld op:	17 januari 2024

Inhoud

Inleiding	3
1. Samenvatting.....	4
1.1. Auditinformatie	4
1.2. Conclusies auditteam.....	5
1.3. Overzicht per normenset	10
1.4. Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR).....	11
2. Overzicht beoordelingen op niveau goud	12
2.1. Vereiste instellingsrichtlijnen	12
2.2. Normensets	12
3. Overzicht beoordelingen op niveau platina	13
3.1. Vereiste instellingsrichtlijnen	13
3.2. Normensets	15
4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant	15
4.1. Vereiste instellingsrichtlijnen	15
4.2. Normensets	15
5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren	16
5.1. Beoordelingen van instellingsbrede normen	16
5.2. Beoordelingen van zorgspecifieke normen	22

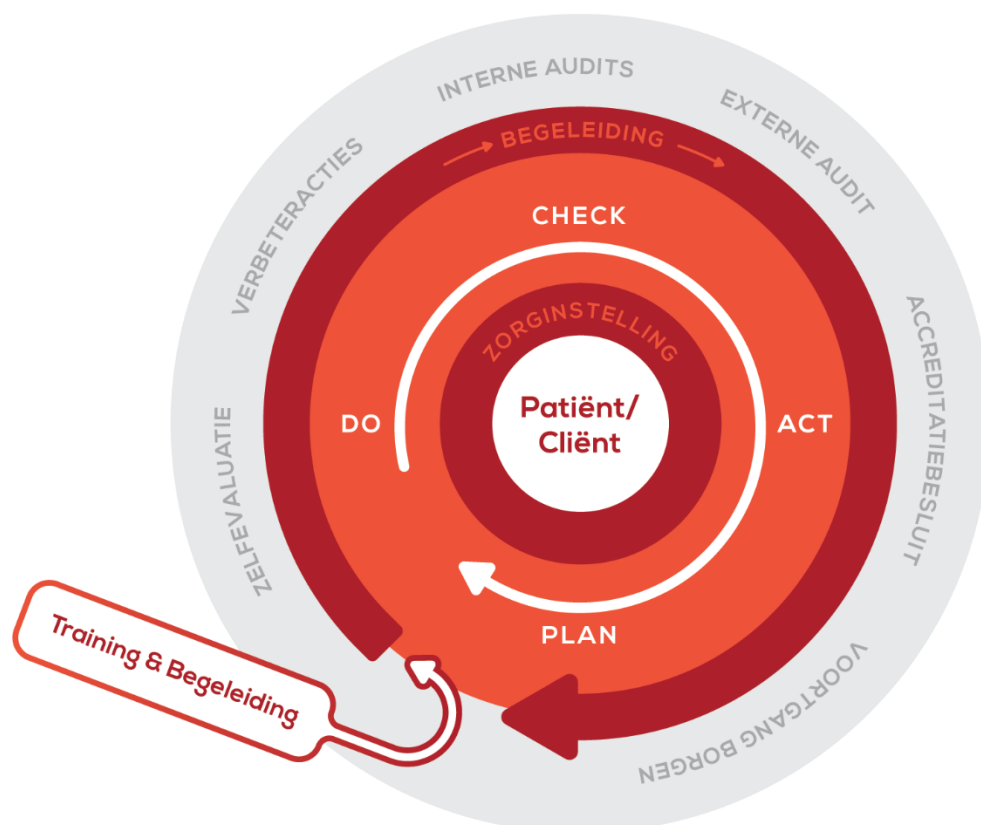


Inleiding

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

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

Internationaal Assessmentprogramma Omentum Global



1. Samenvatting

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

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

1.1. Auditinformatie

Het auditbezoek in Psychiatrisch Centrum Ariadne heeft plaatsgevonden van 5 tot en met 7 december 2023.

Auditteam

Rita Barilla (voorzitter)

Kate van der Meulen (auditor)

Liesbet Hatse (auditor)

Surveymanager

Femke Balk-den Hoed

Aanvullende informatie

De Raad van Bestuur van Psychiatrisch Centrum (PC) Ariadne heeft een aanvraag bij Qualicor Europe gedaan voor een deelaccreditatie voor het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) op twee locaties en voor de mobiele teams (MT), op basis van de kwaliteitsnorm Qmentum Global. De audit is uitgevoerd conform de assessmentprocedure 2023. Dit is de eerste Qualicor Europe-accreditatie voor deze afdelingen van de organisatie.

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

De audit betreft de volgende locaties van Psychiatrisch Centrum Ariadne:

- het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) Leilinde, Dendermonde
- het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) Nieuwemeers, Lede
- Mobiele Teams (MT), Lede

Het psychiatrisch ziekenhuis Ariadne behoort niet tot de accreditatie en valt daarmee buiten het assessment.

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

Normensets

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

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

- Excellente zorg
- Geestelijke gezondheidszorg
- Governance
- Leiderschap
- Medicatiebeheer
- Infectiepreventie

Samenvatting bevindingen

Standaard audit, niveau goud	Resultaat	Eis
Hoeveel procent van de nalevingstesten van alle VIR's is behaald?	96%	95%
Is per normenset aan het vereiste aandeel gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) voldaan?	Ja	90% per normenset
Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling?	99,7%	81%
Aan hoeveel procent van alle noodzakelijke criteria voor veilige zorg op niveau platina en diamant, zoals beschreven in de bijlage van de 'Assessmentprocedure 2023' over alle relevante normensets voldoet de instelling?	100%	81%

1.2. Conclusies auditteam

Algemene bevindingen

Psychiatrisch Centrum Ariadne maakt met haar 141 bedden, mobiele teams, beschut wonen en psychiatrisch verzorgingstehuis deel uit van de vereniging zonder winstoogmerk (vzw) Organisatie Broeders van Liefde en het regionaal psychiatrisch netwerk Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas.

Het bestuur, de artsen en de medewerkers zijn 'in herstel verbonden' met de cliënten, de ervaringsdeskundigen en de familievertegenwoordigers. De kernwaarden respect, professionaliteit, cliëntgerichtheid, kwaliteit en samenwerking zijn het leidmotief.

PC Ariadne kiest resoluut voor de vermaatschappelijking van de zorg en intensifiëring. Dit op basis van de regionale zorgnoden en rekening houdend met de eigen sterktes en zwaktes. De strategische keuzes worden op basis van consensus gemaakt, binnen het ziekenhuis tussen de directie en de artsen en binnen de groepering met het bestuur en het netwerk met de andere partners.

De directie noemt de start van vier nieuwe artsen (op een relatief klein totaal van zeven artsen) als een bijzondere situatie. Dit vergt een nauwe samenwerking en een goede communicatie tussen de artsen onderling en met de directie. Tot op heden raken de vacatures voor artsen nog ingevuld en worden de artsen aangetrokken door de collegiale sfeer, de medische visie en de aantrekkelijke uurroosters. Er is



geen continue beschikbaarheid meer van artsen. Dit betekende een aanpassing voor de andere teamleden. Echter is er altijd een assistent en een psychiater van permanentie op de campus aanwezig. De artsen anticiperen op onverwachte problemen door een wekelijks overleg, de procedures en de staande orders.

Het auditteam werd gastvrij ontvangen. Opvallend was de grote openheid, de trots en de leerbereidheid van alle auditees, ongeacht of het ervaringsdeskundigen, medewerkers, artsen, directie- of bestuursleden betrof. De auditoren konden documenten inkijken, afdelingen bezoeken, zorgprocessen observeren en gesprekken voeren met medewerkers en cliënten.

Overzicht complimenten

Complimenten algemeen

1. Bij het melden van een incident, kan de melder aangeven of het incident ook vanuit een ethisch perspectief besproken dient te worden.
2. Vrijwilligers worden verregaand betrokken en ingezet in de werking van het PVT.

Complimenten cliëntparticipatie

1. Het PVT in Dendermonde is nauw verweven met de buurt waarbij er binnen de muren van het PVT twee scholen actief zijn, buurtbewoners vrijwilligerswerk doen, bewoners en kinderen samen activiteiten ondernemen.
2. In het sectoraal beheerscomité zetelen een ervaringsdeskundige en een familievertegenwoordiger.
3. Ervaringsdeskundigen worden empowered bij het uitoefenen van hun taak, onder meer door interviews binnen de Vakgroep Ervaringswerkers.



Overzicht uitdagingen

	Uitdaging	Normenset	Criterium	VIR of !	Niveau
1	Er wordt voorlichting gegeven over handhygiëne aan de teamleden en vrijwilligers.	Infectiepreventie en -beheersing	8.6.1 8.6.2 8.6.3	VIR	Platina
2	Er is een beleid voor telefonische en mondelinge medicatieopdrachten dat aangeeft wanneer dergelijke opdrachten acceptabel zijn, hoe ze gedocumenteerd moeten worden, en wanneer ze door de voorschrijver medeondertekend moeten worden.	Medicatiebeheer	15.9	!	Goud

Intern toetsingssysteem

Hieronder is aangegeven in hoeverre het intern toetsingssysteem van Psychiatrisch Centrum Ariadne voldoet aan de 'Assessmentprocedure 2023 Qmentum'.

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



Persoonsgerichte zorg

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

Noodzakelijke voorwaarden

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

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

De veiligheid van cliënten en medewerkers werd benoemd als strategische prioriteit in het meerjaren-beleidsplan. De risico's worden geïnventariseerd en gemonitord door interne toetsingen (onder andere door de interne audits, de veiligheidsrondes, de prospectieve risico-inventarisatie (PRI's), incidentmeldingen en klachten. Voor de meeste Vereiste Instellingsrichtlijnen werd beleid ontwikkeld, werden de verantwoordelijkheden belegd en werden middelen voorzien. Hierin is door de auditoren een PDCA-cyclus herkend.

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

De aansturing en de organisatie van de zorg vangen aan bij het globaal strategisch meerjarenbeleidsplan en de operationele vertaling in de jaaractieplannen per departement. Via de planning- en controlecyclus, worden middelen toegekend om de kritische succesfactoren (zoals het cliëntdossier, het documentbeheersysteem, het incidentmeldsysteem, het intern auditsysteem en het vormingsplan) te implementeren. Wat betreft de planning van de interne audits definieerde de instelling geen risico-afdelingen of de risicoprocessen (op basis van een risicoanalyses) die minstens éénmaal om de twee jaar geaudit moeten worden. Hierdoor bestaat het gevaar dat bepaalde risico's niet tijdig in het vizier komen. De dashboards bevatten informatie over indicatoren inzake financiën, human resources (HR), facility en zorg. De evaluatie ervan leidt tot verbeteracties. De verbetertrajecten worden gedocumenteerd in het incidentmanagementsysteem en geven aanleiding tot nieuwe doelstellingen in jaaractieplannen.

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

Het bestuur en de directie van het PC Ariadne kiezen expliciet voor een samenwerking met Qualicor Europe voor de implementatie van een kwaliteitssysteem en een externe toetsing om het systeem te valideren. Het gevoerde beleid op vlak van de zorg- en ondersteunende processen wordt ook intern geëvalueerd middels een intern auditsysteem, de incidentanalyses en het meten van indicatoren. De risico's worden niet enkel retroactief maar ook proactief in kaart gebracht door middel van de prospectieve risicoanalyses. Er wordt ingezet op het ontwikkelen van een meld- en verbetercultuur. Het aantal meldingen van bepaalde patiëntveiligheidsincidenten (bijvoorbeeld medicatie) is op heden binnen het PVT en MT nog relatief laag, in relatie tot medewerkersveiligheidsincidenten, bijvoorbeeld agressie.



1.3. Overzicht per normenset

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

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

Gouden Criteria

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

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Goud)			Andere criteria (Goud)			Alle criteria (Goud)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>									
Medicatie-beheer (Voor audits vanaf 2021)	71 (98,6%)	1 (1,4%)	16	21 (100%)	0 (0%)	2	92 (98,9%)	1 (1,1%)	18
Excellente zorgverlening	9 (100%)	0 (0%)	0	17 (100%)	0 (0%)	0	26 (100%)	0 (0%)	0
Governance	29 (100%)	0 (0%)	0	13 (100%)	0 (0%)	0	42 (100%)	0 (0%)	0
Infectie-preventie en -bestrijding	37 (100%)	0 (0%)	26	14 (100%)	0 (0%)	5	51 (100%)	0 (0%)	31
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Geestelijke gezondheidszorg	5 (100%)	0 (0%)	0	14 (100%)	0 (0%)	0	19 (100%)	0 (0%)	0
Leiderschap	21 (100%)	0 (0%)	0	35 (100%)	0 (0%)	0	56 (100%)	0 (0%)	0
Totaal	172 (99,4%)	1 (0,6%)	42	114 (100%)	0 (0%)	7	286 (99,7%)	1 (0,3%)	49

1.4. Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR)

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

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

	PC Ariadne	Binnen hoeveel kritische processen zijn deze VIR's getoetst			Aantal NLTs in matrix	Score nalevingstesten			
		Voldaan	Niet voldaan	Totaal		Voldaan	Niet voldaan	Totaal	% Voldaan
1	Clëntenidentificatie	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
2	Gevaarlijke afkortingen	1	0	1	2	2	0	2	100,0%
3	Overdracht van informatie op overdrachtsmomenten	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
4	Medicatieverificatie als strategische prioriteit	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
5	Medicatieverificatie bij zorgovergang	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
6	Hoogrisico medicatie	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
7	Preventief onderhoudsprogramma	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
8	Training en scholing op het gebied van patiëntveiligheid	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
9	Clëntveiligheidsplan	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
10	Preventie van geweld en agressie op de werkplek	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
11	Voorlichting over handhygiëne	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
12	Naleving van handhygiëne	0	1	1	3	0	3	3	0,0%
13	Aantallen infecties	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
14	Kwartaalrapportages cliëntveiligheid	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
15	Beheer van ongewenste voorvallen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
16	Openbaarmaking van ongewenste voorvallen	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
17	Verantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
18	Valpreventiestrategie (bij klinische patiënten)	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
19	Voorkoming van zelfdoding	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
	Totaal	18	1	19		77	3	80	
	Totaal %	94,7%	5,3%			96,3%	3,8%		



2. Overzicht beoordelingen op niveau goud

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

2.1. Vereiste instellingsrichtlijnen

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

2.2. Normensets

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

Instellingsbrede normen

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Medicatiebeheer (Voor audits vanaf 2021)		
15.9 Er is een beleid voor telefonische en mondelinge medicatieopdrachten dat aangeeft wanneer dergelijke opdrachten acceptabel zijn, hoe ze gedocumenteerd moeten worden, en wanneer ze door de voorschrijver medeondertekend moeten worden.	!	Er is beleid vastgelegd waarbij de mogelijkheid bestaat dat een verpleegkundig voorschrift wordt opgesteld en de verpleegkundige na contact met de arts dan ook het product kan toedienen. Er is in het beleid niet vastgelegd wanneer de arts de validatie van het voorschrift uiterlijk dient uit te voeren. Tevens kan elk geneesmiddel welk bestaande en actief is in de Obasi databank voorgeschreven worden, dus ook hoogrisicomedicatie.

3. Overzicht beoordelingen op niveau platina

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

3.1. Vereiste instellingsrichtlijnen

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

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
Infectiepreventie en -beheersing			
<p>Evalueert de naleving van maatregelen rond handhygiëne.</p> <p>De naleving van de ingevoerde handhygiënepraktijken wordt gemeten.</p> <p><i>De naleving van de ingevoerde handhygiënepraktijken wordt gemeten via directe observatie (audit). Voor instellingen die zorg verlenen bij cliënten thuis, kan een combinatie van twee of meer alternatieve methoden worden gebruikt, waaronder bijvoorbeeld: teamleden hun eigen naleving van de ingevoerde handhygiënepraktijken laten vastleggen (zelf-audit); meten in welke mate producten voor handenreiniging worden gebruikt; vragen opnemen in cliënttevredenheidsonderzoeken naar de naleving van handhygiëne door teamleden; de kwaliteit van handhygiënetechnieken meten (bijvoorbeeld met behulp van UV-gels of -lotions).</i></p>	<p>Infectiepreventie en -bestrijding 8.6.1</p>	<p>Niet voldaan</p>	<p>De auditoren spraken met de zorgmanager wonen & herstel, verpleegkundigen van de beide psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's) en verschillende bewoners. Deze konden aantonen dat de naleving van de ingevoerde handhygiënepraktijken gemeten wordt binnen de PVT's via interne audits (gebruik van de lamp) en deelname aan de nationale campagne. Binnen de mobiele teams is de procedure rond handhygiëne recent aangepast en ingevoerd. Zowel medewerkers van de mobiele teams, de stafmedewerker kwaliteit als een afvaardiging van het comité ziekenhuishygiëne bevestigen dat er nog geen meting plaatsgevonden heeft. Ook in de rapporten van de gelopen interne audits in 2023 werd hier geen rapportage over teruggevonden. De planning voor interne audits voor 2024 dient nog opgemaakt te worden, hierin kon dus ook geen geplande audit op dit thema worden aangetoond.</p>



Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
<p>Evalueert de naleving van maatregelen rond handhygiëne.</p> <p>De naleving van de ingevoerde handhygiënepraktijken wordt gemeten.</p> <p><i>De meetresultaten van de naleving van handhygiëne worden gedeeld met de teamleden en vrijwilligers.</i></p>	<p>Infectiepreventie en -bestrijding 8.6.2</p>	<p>Niet voldaan</p>	<p>De auditoren spraken met de zorgmanager wonen & herstel, verpleegkundigen van de beide psychiatrische verzorgings-tehuizen (PVT's) en verschillende bewoners. In verslagen overkoepelend overleg PVT kon het delen van de meetresultaten van de naleving van handhygiëne aan de coördinatoren worden aangetoond, ook kon een presentatie worden voorgelegd waaruit blijkt dat ook de teamleden hieromtrent terugkoppeling krijgen. Bij de mobiele teams zijn er nog geen meetresultaten beschikbaar, zo bevestigden de medewerkers van de mobiele teams, de stafmedewerker kwaliteit en een afvaardiging van het comité ziekenhuishygiëne. Er zijn dan ook nog geen meetresultaten die kunnen worden gedeeld.</p>
<p>Evalueert de naleving van maatregelen rond handhygiëne.</p> <p>De naleving van de ingevoerde handhygiënepraktijken wordt gemeten.</p> <p><i>De meetresultaten van de naleving van handhygiëne worden gebruikt om verbeteringen door te voeren in de handhygiënepraktijken.</i></p>	<p>Infectiepreventie en -bestrijding 8.6.3</p>	<p>Niet voldaan</p>	<p>De auditoren spraken met de zorgmanager wonen & herstel, verpleegkundigen van de beide psychiatrische verzorgings-tehuizen (PVT's) en verschillende bewoners. Binnen de mobiele teams is de procedure rond handhygiëne recent aangepast en ingevoerd. Zowel medewerkers van de mobiele teams, de stafmedewerker kwaliteit als een afvaardiging van het comité ziekenhuishygiëne bevestigen dat er nog geen meting plaatsgevonden heeft in de mobiele teams. Ook in de rapporten van de gelopen interne audits in 2023 werd hier geen rapportage over teruggevonden.</p>



3.2. Normensets

Op niveau platina zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant

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

4.1. Vereiste instellingsrichtlijnen

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

4.2. Normensets

Op niveau diamant zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren

Kritische processen zijn risicovolle gebieden of systemen die een grote impact hebben op de kwaliteit en veiligheid. Zij bieden een ander perspectief dan dat voortkomend uit normensets, en de resultaten zijn gegroepeerd in thema's die horizontaal door afdelingen, diensten en teams gaan.

Tijdens het auditbezoek beoordelen de auditoren de criteria die deel uitmaken van een kritisch proces, geven een reden voor hun beoordeling en vatten elk kritisch proces samen. Deze samenvattende opmerkingen worden hieronder weergegeven en zijn een nuttige aanvulling op de resultaten uit de eerdere hoofdstukken van dit verslag.

5.1. Beoordelingen van instellingsbrede normen

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

Sommige kritische processen in deze paragraaf hebben ook betrekking op zorgspecifieke normen.

Kritisch proces	Omschrijving
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>Wat betreft het kritisch proces 'Planning en kwaliteitsmanagement' biedt het document 'Sectoraal beleidsplan 2022-2024 van de Organisatie Broeders van Liefde' globaal het kader voor de lokale beleidsplannen en operationele jaaractieplannen per domein. Door middel van deze beleidsplannen geeft men uitvoering aan de missie en worden de kernwaarden concreet. De missie en kernwaarden werden met de betrokkenheid van medewerkers en vertegenwoordigers van cliënten en familie geactualiseerd. Per kwartaal wordt over de belangrijkste punten verantwoording afgelegd aan het sectorbureau en het bestuursorgaan.</p>	
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>In kader van zorgverlening en besluitvorming op basis van principes werd het waardenkader en het ethisch beleid bevestigd bij het centraal bestuur, een arts en de co-voorzitter van de lokale stuurgroep ethiek & kwaliteitsvol levenseinde.</p> <p>De lokale stuurgroep is multidisciplinair samengesteld, bespreekt en begeleidt casussen, implementeert ethische adviezen, beoordeelt onderzoeksprotocollen, werkt methodieken voor ethische reflectie uit en organiseert vormingen.</p> <p>Ethische adviezen die multidisciplinair en in wisselwerking met het bestuur worden opgemaakt geven sturing aan precare aspecten van de zorgverlening en het samenwerken. Deze bevatten niet enkel een uitgeschreven visie maar tevens concrete maatregelen om ethische kwesties te identificeren en op te lossen. Zo kon de auditor een document inkijken waarin een tweesporenbeleid beschreven staat om personen met een euthanasiewens te begeleiden in hun beslissingsproces.</p> <p>De auditees geven aan dat medewerkers bij het melden van incidenten kunnen aangeven of de casus ook vanuit ethische blik geanalyseerd moet worden. Dit stimuleert het ethisch denken en biedt extra inzichten om het proces te verbeteren. Deze praktijk werd benoemd als compliment.</p>	



Kritisch proces	Omschrijving
Cliëntgerichte zorg	Samenwerken met cliënten en hun familie om zorg te plannen en te verlenen die respectvol, meelevend, cultureel veilig en competent is, en ernaar te streven dat deze zorg voortdurend wordt verbeterd.
Governance Leiderschap Geestelijke gezondheidszorg Excellente zorgverlening	
<p>Opmerkingen:</p> <p>In het kader van het toetsen van het kritisch proces 'Cliëntgerichte zorg' hebben de auditoren de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's) Lede en PVT Dendermonde alsook de mobiele teams (MT's) bezocht. Ze hebben gesproken met een afvaardiging van de Cliëntenraad, de herstelcoaches, de activiteitenbegeleiders, de coördinatoren, een adjunct-coördinator/stafmedewerker zorg en verschillende verpleegkundigen.</p> <p>Het auditteam heeft gezien dat de instelling de belemmeringen die de toegang voor cliënten en bewoners en hun familie, zorgverleners en verwijzers tot de zorgverlening kunnen beletten, in kaart worden gebracht en waar mogelijk weggenomen, onder andere door actief de wachtlijst te beheren.</p> <p>PC Ariadne heeft een inwerkingsprogramma opgesteld voor alle medewerkers, inclusief vrijwilligers. De auditoren hebben de inwerkprogramma's ingezien. Ook werd de map voor nieuwe medewerkers ingekeken en worden brochures voor zowel cliënten, bewoners als familie (in de mobiele teams in afrondingsfase tot oplevering, bij de PVT's al in gebruik) ingekeken. Door een vrijwilliger, de bewoners, de herstelcoaches, de activiteitenbegeleiders, en de ervaringswerkers worden voorbeelden benoemd van de initiatieven die zij aanbrachten en waar de opvolging aan gegeven werd.</p> <p>Algemeen wordt verteld over een hoge mate aan patiëntenparticipatie. Zo worden ervaringsdeskundigen empowered bij het uitoefenen van hun taak, onder meer door intervisies binnen de Vakgroep Ervaringswerkers. Ook op het niveau van het zorgcircuit (zowel voor acute zorg als langdurige zorg) binnen het Netwerk Geestelijke Gezondheid Aalst Dendermonde Sint-Niklaas (Netwerk GG ADS) is een cliëntvertegenwoordiging aanwezig. Een compliment is gegeven voor PVT Leilinde in Dendermonde, voor de uitzonderlijke integratie en verbondenheid met de buurt/stad van Dendermonde. Zo zijn heel wat buurtbewoners actief als vrijwilliger in het PVT, in bijvoorbeeld het onderhoud van de moestuin en is er een mooie uitwisseling met twee scholen in de buurt. De studenten die de opleiding tot kapper volgen, komen haar knippen van bewoners of de leerlingen van het buitengewoon onderwijs komen jaarlijks kerstmisliederen zingen in het PVT.</p>	
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>In het kader van de toetsing van het kritisch proces 'Communicatie' sprak de auditor met het bestuur, de facilitair manager en de preventie-adviseur. Het communicatiebeleid staat beschreven in de beleidstekst 'Interne/ externe communicatie binnen PC Ariadne'. Hierin staan de stakeholders, de informatiebehoefte, de doelstellingen en de communicatiekanalen beschreven. PC Ariadne investeert in meerdere (digitale) communicatiekanalen om haar stakeholders te bereiken en te informeren (het intranet, een documentbeheersysteem, de interne nieuwsbrieven, het magazine Dichtbij, de jaarverslagen, de infoborden, de tv-schermen, de sociale media, de website). De auditor heeft het document 'Het crisiscommunicatieplan' ingekeken waarin de verantwoordelijken en de acties benoemd staan.</p>	



Kritisch proces	Omschrijving
Menselijk kapitaal (HRM)	Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>In verband met het kritisch proces 'Menselijk Kapitaal' heeft de auditor gesproken met een werknemers- en werkgeversafvaardiging van de Ondernemingsraad en het Comité Preventie en Bescherming op het werk. De auditor kon beleidsteksten inkijken die vorming geven aan de thema's onboarding, vorming en evaluatie. De preventieadviseur ontwikkelt in samenwerking met het Comité Preventie en bescherming op het werk en de externe partner beleid ter preventie van (letsel)schade aan medewerkers. Dit wordt vormgegeven door medische onderzoeken, een inentingsbeleid, een welzijnsbeleid, (verplichte) vormingen en trainingen, investeringen in ergonomie en in brandvertragende materialen. Het beleid wordt geëvalueerd middels de incidentmeldingen en de rondgangen door de externe preventiedienst. De werkgroep Welzijn organiseert concrete initiatieven die de fysieke gezondheid en het mentaal welbevinden onder de aandacht brengen en bevorderen.</p> <p>Bijzondere aandacht gaat uit naar het agressiepreventiebeleid, dat als strategische prioriteit benoemd werd in het meerjarenbeleidsplan. Het beleid wordt vormgegeven door referentiepersonen per afdeling. Er is een procedure beschikbaar die de-escalatietechnieken beschrijft en concreet ingebed kan worden in de zorgprocessen door het vroegsignaleringsplan te bespreken en in te vullen samen met de cliënt en familie. De medewerkers ontvangen training in het voorkomen van verbale en fysieke agressie en kunnen beroep doen op een intern opvangteam en externe hulpverleners wanneer zij slachtoffer worden van agressie. Agressie incidenten kunnen digitaal gemeld worden en worden vervolgens geanalyseerd. De stijging in het aantal agressiemeldingen was mede de aanleiding voor de strategische beslissing om een high intensive care unit te openen waar meer personeelsomkadering en betere infrastructuur beschikbaar is om problematische opnames te begeleiden.</p> <p>De medewerkers kunnen met individuele klachten terecht bij de lokale vertrouwenspersoon. De collectieve bezorgdheden worden via de syndicaal afgevaardigden geagendeerd op de lokale Ondernemingsraad of de interzetel Ondernemingsraad binnen de Organisatie Broeders van Liefde. De medewerkers kunnen het verslag van de Ondernemingsraden lezen.</p> <p>De missie en visie van PC Ariadne zijn samen met de kernwaarden concreet gemaakt in gedragsvoorbeelden die terug te vinden zijn in de functiebeschrijvingen. Via het jaarthema wordt een kernwaarde onder de aandacht gebracht en vertaald naar de werking. Tijdens de onthaaldag worden nieuwe medewerkers door middel van een inleefoefening ondergedompeld in de kernwaarden. Op dit gedrag wordt getoetst tijdens de aanwervingen en de ontwikkelingsgesprekken.</p> <p>Het 'In Motion traject' biedt leidinggevenden door middel van vorming, intervisie en de mogelijkheid tot externe coaching ontwikkelingskansen om te groeien in hun functie. In het inwerktraject van nieuwe medewerkers focussen een deel van de vormingen op veiligheid en kwaliteit van zorg. Er is geen formeel vormingsbeleid ontwikkeld voor artsen, wel is een checklijst voor de onboarding van nieuwe artsen ingezien. Voor vrijwilligers worden vormingen georganiseerd door de tool 'Present'. Het is niet vastgelegd hoe artsen na de inwerkperiode nog vorming krijgen omtrent veiligheidsprocedures.</p> <p>Het HR-beleid wordt ondersteund door digitale tools waarmee het personeelsdossier en het vorming, training en opleiding (VTO)-beleid geborgd worden. De privacygevoelige data in de personeelsdossiers wordt beschermd door een fysiek afgesloten ruimte met beperkte badgetoegang en digitale barrières (beperkte lees- en schrijfrechten). De medewerkers worden gesensibiliseerd omtrent de omgang met de privacygevoelige data.</p>	



Kritisch proces	Omschrijving
Geïntegreerd kwaliteitsmanagement	Voortdurend, proactief en systematisch proces om kwaliteit vanuit een systeemomvattend perspectief te begrijpen, managen en communiceren om zo doelen en oogmerken te realiseren.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>Wat het kritisch proces 'Geïntegreerd kwaliteitsmanagement' betreft heeft de auditor gesproken met een delegatie van de Stuurgroep Kwaliteit.</p> <p>Uit het document 'Jaaractieplan Kwaliteit en Veiligheid' blijkt dat operationele doelen geformuleerd worden en mensen en middelen worden toegewezen om deze uit te voeren. De artsen zijn betrokken bij het kwaliteitssysteem door het uitvoeren van de interne audits, de deelname aan werkgroepen en het ontvangen van incidentmeldingen en het opzetten van verbetermaatregelen. De verbetermaatregelen worden in het (lokaal) teamoverleg besproken.</p> <p>In kader van het intern auditsysteem werden interne auditoren opgeleid, waaronder ook twee artsen. Zij voeren thematische audits en veiligheidsrondes uit waarin ook erkenningscriteria van de Zorginspectie getoetst worden. De instelling heeft een goed beeld van de integrale risico's maar definieerde geen risico-afdelingen, op basis van een doelgroep, het zorgaanbod of risico-processen op basis van ernstgraad bij schade die minstens eenmaal om de twee jaar geaudit moeten worden. Er is geen link tussen de risico's en de auditplanning. De voorziening heeft een procedure waarmee cliënten klachten kunnen indienen en een digitaal platform waar medewerkers en artsen (bijna-)incidenten kunnen melden. Het systeem is nog niet toegankelijk voor cliënten of families. Het incidentmeldsysteem heeft tot doel het identificeren van risicovolle situaties voor de veiligheid van cliënten maar ook van de medewerkers. De incidenten en de daaropvolgende analyses geven input aan onder andere de interne preventieadviseur, de data protection officer, het team ziekenhuishygiëne, het medisch farmaceutisch comité en de leidinggevenden voor het verbeteren van het gevoerde beleid.</p> <p>De informatie over de incidenten en de verbeterprojecten wordt openbaar gemaakt in de jaarverslagen. In het PVT worden incidenten en de verbetermaatregelen ook gedeeld tijdens bewonersraden en de individuele casussen worden teruggekoppeld aan de patiënt zelf.</p> <p>De medewerkers ontvangen informatie omtrent de incidenten en de verbetermaatregelen tijdens de teamvergaderingen en via de nieuwsbrieven. Het incidentmeldsysteem werd meermaals geëvalueerd waarna de meldformulieren of de workflow werden aangepast. In dit verbeterproces is er op heden nog geen inbreng van de cliënten of de familie.</p> <p>Er wordt gewerkt aan een no blame cultuur. De auditoren stellen vast dat de medewerkers vaak agressie incidenten melden maar minder snel medicatie-incidenten (10 in 2022, 3 in 2023) of incidenten van een foutieve overdracht.</p> <p>De voorziening hanteert een open disclosure beleid ten aanzien van de cliënten, de familie bij (ernstige) incidenten met schade. Het bespreken van incidenten wordt besproken indien zinvol voor het opstellen van maatregelen en verbeteringen en het ten goede komt voor de patiënt. Hierbij gaat de aandacht uit naar de opvang van de cliënt en familie maar ook van de betrokken medewerkers.</p> <p>De voorziening heeft een gedocumenteerde aanpak voor het proces van de medicatieverificatie waar er voor de PVT (niet mobiele teams) een verantwoordelijkheid weggelegd is voor de verpleegkundigen en artsen. Het thema staat als aandachtspunt in de checklijst 'Inscholingstraject nieuwe medewerkers (arts, verpleegkundige)'.</p>	



Kritisch proces	Omschrijving
Communicatie	Communicatie tussen verschillende lagen van de organisatie en met externe betrokkenen.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>In het kader van de toetsing van het kritisch proces communicatie sprak de auditor met het bestuur, de facilitair manager en de preventie-adviseur. Het communicatiebeleid staat beschreven in de beleidstekst 'interne / externe communicatie binnen PC Ariadne'. Hierin staan stakeholders, informatiebehoeften, doelstellingen en communicatiekanalen beschreven. PC Ariadne investeert in meerdere (digitale) communicatiekanalen om haar stakeholders te bereiken en te informeren (het intranet, een documentbeheersysteem, interne nieuwsbrieven, het magazine Dichtbij, jaarverslagen, infoborden, tv-schermen, sociale media, website, ...). De auditor kon het crisiscommunicatieplan inkijken waarin verantwoordelijken en acties benoemd staan.</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>In het kader van de toetsing van het kritisch proces 'Fysieke omgeving' heeft de auditor kunnen constateren dat de gezondheid en veiligheid van de cliënten en de medewerkers worden beschermd door in het geval van bouwwerken in samenwerking met de externe preventiedienst en het comité ziekenhuishygiëne een preventieplan op te maken en te implementeren. De interne noodplannen beschrijven de maatregelen om de veiligheid en continuïteit te waarborgen op vlak van de zorg, de voeding, de schoonmaak, ICT, de logistieke en facilitaire processen.</p>	
Voorbereid zijn op noodsituaties	Omgaan met noodgevallen en andere aspecten van openbare veiligheid.
Infectiepreventie en -bestrijding Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft het kritisch proces 'Voorbereid zijn op noodsituaties' getoetst. Er is een beleidstekst beschikbaar die handvatten aanreikt in het detecteren en aanpakken van uitbraken. In opdracht van de federale overheid is een intern noodplan opgesteld in samenwerking met de gemeente en de provincie. Dit noodplan werd gecertificeerd voor 5 jaar (einde 2025). Het noodplan beschrijft de risico's, de interne coördinatie en de noodprocedures. Het plan wordt tweemaal per jaar inhoudelijk gereviseerd en de onderdelen van de noodprocedures worden geoefend. De auditor kon de evaluatie en verbeterpunten inkijken van een evacuatieoefening in het PVT. Het business continuity plan is opgesteld vanuit de invalshoek van personeelstekort. Er zijn echter deelplannen die de back-up bij stroomuitval beschrijven voor het digitaal patiëntendossier, de keukenwerking en de VANAS-spoedkast.</p>	



Kritisch proces	Omschrijving
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>Voor het toetsen van het kritisch proces ‘Medische instrumenten en apparatuur’ heeft de auditor gesproken met de facilitair manager en de interne preventie-adviseur (PA). Uit het gesprek blijkt dat er een procedure bestaat voor de aankoop en indienststelling van medische apparaten en hulpmiddelen. Hierbij is de mogelijkheid om een goedkeuring te vragen aan de facilitair manager, de directie en de preventie-adviseur. Vanuit de invalshoek van preventie is het duidelijk voor welke aankopen een advies wordt uitgevaardigd (A-B-C-lijst). Uit de gesprekken met het Comité Ziekenhuishygiëne blijkt dat ook zij hun inbreng geven in de selectie van medische materialen.</p> <p>De inventaris van medische apparatuur, de planning voor het preventief periodiek onderhoud of herstelling en de attestatie ervan worden gelogd in Ultimo. In het inscholingstraject van nieuwe medewerkers die gevaarlijke toestellen hanteren bijvoorbeeld de technische dienst en de keukenmedewerkers, wordt verwezen naar de veiligheidsinstructiekaarten die het veilig gebruik van de apparaten moeten verzekeren. Er is echter, voor deze doelgroep van de technische dienst en facilitaire medewerkers, is geen beleid om het gebruik van deze apparaten voorafgaand aan het gebruik te trainen.</p>	
Governance	Optimaal functioneren van het toezichtsorgaan.
Governance	
<p>Opmerkingen:</p> <p>Wat het kritisch proces ‘Governance’ betreft heeft de auditor gesproken met de voorzitter van het bestuursorgaan (BO) en de sectorverantwoordelijke team zorg. Uit verschillende documenten ‘Huishoudelijk reglement’, de visieteksten en de organogrammen en uit gesprekken met het directieteam, blijkt hoe de verschillende geledingen samenwerken om een geïntegreerd beleid rond kwaliteit en veiligheid van zorg uit te werken, te implementeren, op te volgen en te verbeteren.</p> <p>Het BO is samengesteld uit stichtende leden, de executieve functies en de onafhankelijke bestuurders en de samenstelling wordt op vooraf gedefinieerde tijdstippen vernieuwd. Het BO heeft een beheersstructuur uitgewerkt, de taken benoemd, afgebakend en gedelegeerd aan onder andere een beheerscomité per sector, een remuneratie- en auditcomité. In het beheerscomité zetelen ook een ervaringsdeskundige en een familiedeskundige. Dit werd benoemd als een compliment. Allen worden, naar zij zeggen, tijdig voorzien van de nodige opleiding en informatie om hun taak naar behoren te kunnen uitvoeren.</p> <p>De bestuurders hebben de risico’s van de groep en de voorzieningen in beeld en werken hier gericht aan door middel van centrale en decentrale beleidsplannen en meerjarenbegrotingen. De uitvoering wordt opgevolgd door een lijst van indicatoren en feedback vanuit het beheerscomité.</p> <p>Het BO nam het initiatief tot externe accreditatie als middel tot kwaliteitsverbetering op vlak van zorgprocessen. Het BO hecht bijzonder belang aan de indicator vrijheidsbeperking. De opvolging van deze indicator gaf in het verleden aanleiding tot investeringen in comfortrooms.</p> <p>De groepering heeft een ethicus in dienst die samen met een multidisciplinair team ethische adviezen schrijft. De adviezen worden door middel van de vorming, de intervisies en de morele beraden verspreid en geïmplementeerd. Voor het euthanasiebeleid bestaat een indicator die periodiek opgevolgd wordt.</p> <p>Het BO ontwikkelde een visie op leiderschap dat vertaald werd in een engagementsverklaring. Door middel van 360° feedback en de presentie in de voorziening verzamelt het bestuur informatie over het functioneren van het hoger kader dat wordt teruggekoppeld in functioneringsgesprekken.</p> <p>Het bestuur evalueert ook om de drie jaar haar eigen werking op vlak van de inhoudelijke, de relationele en de vormelijke aspecten. Over haar werking en de realisatie van de missie legt het bestuur rekenschap af aan de algemene vergadering en informeert zij haar stakeholders.</p>	



5.2. Beoordelingen van zorgspecifieke normen

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

5.2.1 Medicatiebeheer (Voor audits vanaf 2021)

Kritisch proces	Omschrijving
Medicatiemanagement	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.
<p>Opmerkingen:</p> <p>Bij het auditen van de normenset 'Medicatiebeheer' heeft de auditor gesproken met de toezichthoudende apotheker, de kwaliteitscoördinator en de hoofddarts (allen als lid/voorzitter van het Medisch Farmaceutisch comité). Daarnaast heeft de auditor gesproken met twee psychiaters, zes verpleegkundigen, één referentiemedewerker medicatie, één zorgkundige, één begeleider, drie afdelingshoofden, de zorgmanager PVT en vijf bewoners.</p> <p>De tracers 'voorschrijven tot uitgifte medicatie' en 'medicatieverificatie' werden door de auditor uitgevoerd in het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) op de campus Nieuwemeers in Lede en in Dendermonde op de campus Leilinde. Ook heeft de auditor onder meer de volgende documenten 'Medicatiebeheer afdelingen', 'Gebruik van medicatie bij levensbedreigende situaties', 'Medicatieverificatie PVT', 'Medicatie klaarzetten, controleren en toedienen', 'Gebruik van HRM en LASA-medicatie', 'De lijst toegelaten en verboden afkortingen bij aanmaak van handgeschreven medicatievoorschrift' ingekeken. Tevens werden drie verslagen van het medisch farmaceutisch comité ingezien. Ook heeft de auditor meerdere cliëntendossiers en medicatiedossiers op verschillende bezochte afdelingen ingezien.</p> <p>Het ziekenhuis heeft de voorbije twee jaar de overgang geïmplementeerd van het vorige medicatiebeheersysteem naar het huidige systeem Obasi. De werkwijzen en procedureel vastgelegde afspraken dienden daartoe aangepast en opnieuw geïmplementeerd te worden aan het huidige systeem. Het automatische waarschuwingssysteem voor apotheek en arts, dat ondersteunt bij het vermijden van problematische interacties of vergissingen bij doseringen, werd ingesteld op een gevoeligheidsniveau dat voldoende werkbaar was. De hoofddarts meldt hierbij de ondersteuning van het interactieplatform 'UpToDate' in het opstellen van het medicatiebeleid (bij interacties). Tevens is er een lijst met toegelaten en verboden afkortingen in het kader van medicatievoorschriften en labeling van medicatie.</p> <p>De artsen en de verpleegkundigen volgen vorming in het voorschrijven en toedienen van medicatie, dit door middel van e-learnings en de systematische opvolging van de inscholingslijst bij aanwerving. De artsen worden opgeleid door hun supervisor en de betrokken projectmedewerker zorg.</p> <p>Er zijn afspraken over extra controlesystemen, om het gebruik van verdovende medicatie veilig te laten verlopen. Ook afspraken over hoogrisicomedicatie (HRM) en medicatieverificatie zijn gemaakt, worden gekend en worden toegepast.</p> <p>De auditor stelt met betrekking tot stockbeheer geen onregelmatigheden vast op de verschillende locaties, de medicatieruimtes zijn netjes en goed georganiseerd.</p> <p>De kwaliteitsverbetering gebeurt aan de hand van verbeteracties voortvloeiend uit onder meer interne audits, de rondgang van de apotheek op de afdelingen, via de jaarlijkse analyse van de geregistreerde verliezen geneesmiddelen (selectie van benzodiazepines), via de opvolging van wetenschappelijke literatuur en ten slotte via de analyses van medicatie-incidenten.</p> <p>Wat betreft medicatiegerelateerde (bijna-) incidenten worden problemen snel gedetecteerd en opgelost op bewonersniveau en dit veelal door rechtstreekse contactname met apotheek en/of voorschrijver. De formele meldingen via het incidentmeldsysteem zijn beperkt; in 2023 werden in totaal drie medicatie-incidenten gemeld over beide campussen. Tijdens een zorgoverdracht stelt de auditor vast dat de verpleegkundige melding gaf van een medicatie onregelmatigheid, namelijk een 'indien nodig medicatie' die met een interval</p>	



van 30 uur mag toegediend worden. Men heeft dit incident pragmatisch aangepakt en gemeld aan de apotheek. Bij navraag stelde men dat daartoe geen incidentmelding dient aangemaakt te worden, gezien het probleem werd opgelost. Een melding wordt verwacht bij ernstige incidenten. De auditor stelt vast dat de drie medicatie-incidenten wel zijn besproken en dit is transparant in een verslag van een teamvergadering.

De auditor stelt vast dat elke afdeling beschikt over een voorraad antidota, namelijk glucagon en adrenaline. De producten worden op een veilige manier en volgens eigen afspraken bewaard en worden toegediend na telefonisch overleg en met instructie van de dienstdoend arts. De protocollen inzake de toediening van deze producten zijn niet aanwezig. Tevens was het bestaan van deze voorraad op afdelingsniveau voor de gesproken artsen niet gekend.

Er is beleid vastgelegd waarbij de mogelijkheid bestaat dat een verpleegkundig voorschrift wordt opgesteld en de verpleegkundige na contact met de arts dan ook het product kan toedienen. Er is in het beleid niet vastgelegd wanneer de arts de validatie van het voorschrift uiterlijk dient uit te voeren. Tevens kan elk geneesmiddel welk bestaande en actief is in de Obasi databank voorgeschreven worden, dus ook hoogrisicomedicatie. Bijkomend wordt de ISBARR niet spontaan benoemd door de bevroegde audits. Dit is benoemd als uitdaging voor de instelling.

5.2.2 Excellente zorgverlening

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

Opmerkingen:

In het kader van het toetsen van de normenset 'Excellente Zorg' heeft de auditor de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's) Lede en PVT Dendermonde als ook de mobiele teams (MT's) bezocht. Er werd gesproken met de zorgmanager wonen en herstel, twee coördinatoren, een psycholoog, een maatschappelijk werker, twee herstelcoaches en activiteitenbegeleiders, twee ervaringsdeskundigen, één vrijwilliger, één adjunct-coördinator/stafmedewerker zorg, verschillende verpleegkundigen en een afvaardiging van de Cliëntenraad, verschillende bewoners van de PVT's en verschillende cliënten van de mobiele teams en hun naasten. Ook heeft de auditor de informatiebrochure voor familie en naastbetrokken ingezien en het inwerkprogramma van nieuwe medewerkers PVT en MT, het jaaractieplan (JAP) van de PVT en MT en diverse bewoners- en cliëntendossiers. De auditor heeft vastgesteld dat per bewoner of cliënt een individueel elektronisch cliëntendossier (EPD) wordt bijgehouden. De dossiers zijn inhoudelijk uitgewerkt via een duidelijke structuur in het EPD, waardoor uniformiteit van het verzamelen en rapporteren van de informatie ontstaat. De auditor constateerde een correct gebruik van het digitaal dossier zowel binnen de PVT's als binnen de mobiele teams. De auditor had inzage in het beleid inzake de verwerking van de persoonsgegevens. Het beleid is conform geldende en vigerende wetgeving. De behandelplannen van bewoners en begeleidingsplannen van cliënten worden volgens vaste frequentie besproken en waar mogelijk en gewenst gebeurt dit in aanwezigheid van de bewoners en steeds voorbereid samen met de cliënten van de mobiele teams. Ook naasten kunnen hierbij betrokken worden indien gewenst. Verschillende afgevaardigden van de Cliëntenraad geven voorbeelden aan van zaken waar zij inspraak in hebben gehad, evenals eigen ideeën die ze aangebracht hebben en konden gerealiseerd worden binnen de organisatie. Algemeen wordt verteld aan de auditor dat er een hoge mate aan cliënt-, bewoners- en familieparticipatie bestaat.

De instelling heeft een ruim uitgewerkt scholingsbeleid voor zowel nieuwe medewerkers (inclusief vrijwilligers) als voor medewerkers die al langer in dienst zijn. De auditor heeft in gesprek met de medewerkers kunnen constateren dat opleidingen en trainingen worden aangeboden en dat de medewerkers de mogelijkheden en tijd krijgen om deze te volgen. Ook kunnen de medewerkers eigen opleidingen aanvragen, deze worden goedgekeurd indien relevant en passend binnen de begroting. Tevens worden verplichte trainingen bepaald (e-learning).



Het auditteam heeft kunnen constateren zowel binnen de PVT's als de mobiele teams er een incidentenmeldsysteem is en dat dit systeem wordt gebruikt.

5.2.3 Geestelijke gezondheidszorg

Kritisch proces	Omschrijving
Zorgverlening	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.

Opmerkingen:

In het kader van de normenset 'Geestelijke Gezondheidszorg' heeft het auditteam het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) Nieuwemeers in Lede, campus Leilinde in Dendermode en de mobiele teams (MT) Acute Zorg, Aanklampende Zorg en Langdurige Zorg bezocht. De auditoren hebben gesproken met met de hoofdarts, de algemeen directeur, de directeur zorg, de arts van de mobiele teams, de arts van de PVT's, de zorgmanager wonen en herstel, alle afdelingshoofden, de sociaal assistent, de verpleegkundigen, de verzorgenden, de woonbegeleiders, de herstelcoach, een afvaardiging van de Cliëntenraad en bewoners en cliënten.

De auditoren hebben naast de werkplekbezoeken ook de documenten 'Preventie en detectie van suïcidaal gedrag (PVT)', 'Suïcidepreventie Mobiel team langdurige, acute en aanklampende zorg Regio ADS Zuid', 'Het transmuraal zorgpad voor suïcidepogers ADS' 'Cliëntenidentificatie PVT', 'Gestandaardiseerde informatieoverdracht rond de cliënt', 'Valpreventie PVT', PVT-Fiche OC Briefing PVT en 'Cliëntenidentificatie PVT' gelezen. Tevens werd het 'Beleidsplan PVT 2023-2027', het 'Jaaractieplan PVT 2023' en het 'Jaaractieplan mobiele teams 2023' ingezien.

De verbetercultuur uit zich door het evalueren en monitoren van de incidentmeldingen met name over enkele veiligheidsthema's zoals agressie en vallen. Daarnaast worden interne audits en veiligheidsrondes uitgevoerd. De planning van deze interne audits is voorgelegd aan en gelezen door de auditor.

De tevredenheid en de participatie van bewoners worden in beeld gebracht door periodieke tevredenheidsmetingen aan de hand van de 'Vlaamse Patiëntenpeiling' vanuit Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ), een ROPI-afname (Recovery Oriented Practices Index) en de bewonersvergaderingen. Bij de cliënten van de mobiele teams wordt gepeild naar de tevredenheid. De instelling heeft een patiënttevredenheidsvragenlijst gebruikt die uit een andere setting kwam en na evaluatie heeft de instelling deze vragenlijst afgestemd op de populatie (PVT of MT). De evaluatie van hun methodiek van patiënttevredenheidsbevraging is voltooid en heeft geleid tot bijsturing van de aanpak. De tevredenheid van medewerkers wordt ook periodiek in beeld gebracht door een bevraging. De uitkomsten worden omgezet in verbeteracties en deze acties worden, transparant opgenomen in de beleidsplannen van het PVT.

De overkoepelende stuurgroep PVT, waarin de hoofdarts participeert, stuurt op aanmeldingen en doorstroom binnen de verschillende campussen van het PVT. De stuurgroep en de bevroegde medewerkers geven alle aan dat de complexiteit van de zorgvragen binnen het PVT toeneemt. Zo zijn de bewoners minder gestabiliseerd en is er een hoger risico op acting-out (bijvoorbeeld op agressie, automutilatie). Het beleid zet daarom sterk in op de vorming van medewerkers en een optimale personeelsbezetting (zowel kwantitatief als kwalitatief) – alhoewel dit ook een behoorlijk uitdagende opdracht is. Daarnaast onderzoekt men de mogelijkheden om gerichter met de HIC-afdeling van het ziekenhuis samen te werken (out-reachend werken).

Ook binnen de mobiele teams wordt actief aan wachtlijstmanagement gedaan en de aanpak wordt bijgestuurd na evaluatie waar dit nodig blijkt.



Elke bewoner en familielid ontvangt bij opname een onthaalbundel, waarbij hij wordt geïnformeerd omtrent de patiëntrechten, de afdelingsafspraken, de werkwijze om een klacht te formuleren. Het beleid inzake informed consent is helder vastgelegd in de gelijknamige procedure. Voor de mobiele teams zit de procedure en informatie omtrent informed consent ingebed in documenten omtrent opstart van de begeleiding.

De Vereiste Instellingsrichtlijn Valpreventie is als voldaan bevonden voor de PVT's. Elke bewoner wordt bij opname bevraagd, bij een verhoogd risico voert het team activering een testing uit, waaruit aandachtspunten geformuleerd worden in het zorgdossier. Tevens is vastgelegd wanneer een herevaluatie van het risico noodzakelijk is en worden valincidenten geanalyseerd.

Het auditteam heeft inzage gehad in de procedure 'Preventie en detectie van suïcidaal gedrag (PVT)' en de procedure 'Suicidepreventie Mobiel team langdurige, acute en aanklappende zorg Regio ADS Zuid'. Elke bezochte afdeling kon aantonen dat bewoners met een suïciderisico worden geïdentificeerd. Er is een standaardmethodiek voor risicotaxatie bepaald door de organisatie, de zorg en opvolging zijn vastgelegd in het dossier met behulp van een zorgpad suïcidaliteit en er zijn afspraken vastgelegd omtrent de periodieke herevaluatie van bewoners en cliënten met of zonder een suïciderisico.

De Vereiste Instellingsrichtlijn (VIR) 'Medicatieverificatie' is voldaan bevonden voor de PVT's. De criteria van deze VIR zijn geïntegreerd in het opname, transfer en ontslagproces. De auditor heeft dit bevestigd gekregen tijdens de gesprekken met de verpleegkundigen, de artsen en de sociaal verpleegkundige. Ten slotte stelt de auditor vast dat de zorgoverdracht en de cliëntenidentificatie worden uitgevoerd zoals het eigen beleid werd vastgelegd, zowel binnen de PVT's als binnen de mobiele teams.

De auditor heeft beleid 'Preventie van en omgaan met agressie (PVT)' ingezien, waarbij er wordt vertrokken vanuit het crisisontwikkelingsmodel. Tevens is er beleid omtrent het gebruiken van vrijheidsbeperkende maatregelen opgenomen in het beleidsdocument 'Het gebruik van vrijheidsbeperkende en vrijheid berovende maatregelen PVT'. Tot de soorten van vrijheidsbeperkende maatregelen in het PVT behoren het gebruik van onrusthekkens, het gebruik van psychofarmaca, het bieden van verhoogd toezicht en afzondering in geval van infectiepreventie. In het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen stelt de auditor vast dat de criteria proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit worden toegepast.

5.2.4 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>Tijdens het toetsen van de normenset 'Infectiepreventie en –bestrijding' hebben de auditoren de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) Lede, PVT Dendermonde en de Mobiele teams (MT's) bezocht. De auditoren hebben gesproken met een afvaardiging van het comité ziekenhuishygiëne (CZH) waaronder de directeur patiëntenzorg, de ziekenhuishygiënist, een stafmedewerker kwaliteit, twee artsen. Het diensthoofd schoonmaak, verpleegkundigen, een maatschappelijk werker, een psycholoog, twee coördinatoren, meerdere bewoners en cliënten van het mobiele teams. De auditoren hebben meerdere documenten (procedures, beleid, afspraken) en bewoners- en cliëntendossiers ingezien.</p> <p>Er is een jaaractieplan infectiepreventie waarin het overzicht te zien is van de centrale thema's, de doelstellingen, de acties, de wijze van evaluatie en de verantwoordelijke voor uitvoering.</p> <p>De benodigde middelen voor de ondersteuning van het infectiepreventie en -bestrijdingsprogramma worden regelmatig geëvalueerd en worden waar relevant en haalbaar bijgestuurd. Er wordt een gezamenlijke aanpak gehanteerd om het infectiepreventie- en -bestrijdingsprogramma te ondersteunen.</p> <p>Er is een surveillanceplan voor het volgen van zorggerelateerde infecties. Er is zowel aandacht voor prevalentie als preventie van infecties. Binnen de PVT krijgen de bewoners een standaardscreening op Meticilline-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) bij (her)opname. De medewerkers weten hoe en</p>	



wanneer een infectiemelding wordt gemaakt. Er is een flow uitgewerkt en gekend rond opvolging van deze melding. Ook is er een flow beschikbaar die beschrijft welke acties te ondernemen en wie gecontacteerd dient te worden bij welk(e)(type)infectie en/of uitbraak. De infecties kunnen gemeld worden in een incidentmeldsysteem. Deze meldingen worden geëvalueerd en beleid en aanpak bijgestuurd waar nodig. Dit gebeurt zowel binnen het comité ziekenhuishygiëne als binnen de teams zelf.

Het beleid en de procedures zijn in lijn met vigerende wetgeving en toegankelijk voor de medewerkers via het informatieplatform Zenya. De vrijwilligers krijgen de nieuwsbrief op hun persoonlijke mail toegezonden. Zij hebben geen toegangsrechten tot de softwareprogramma's van de instelling. De auditor heeft meerdere van de procedures omtrent infectiepreventie en -bestrijding opgevraagd en aangetoond gekregen door verschillende medewerkers. De teamleden, de cliënten, de bewoners, de naasten waar relevant en vrijwilligers worden betrokken bij het bevorderen van een cultuur van infectiepreventie en -bestrijding en krijgen educatie hieromtrent.

Het arboprogramma richt zich op de instellingsprioriteiten voor infectiepreventie en -bestrijding en is inclusief een uitgewerkt immunisatiebeleid.

Binnen zowel de PVT's als de mobiele teams tonen de coördinatoren, de aanwezige medewerkers en gesproken bewoners aan dat ze worden betrokken bij de infectiepreventie en -bestrijdingspraktijken en dat het infectiepreventiebeleid is gekend en wordt geëvalueerd.

Het handhygiënebeleid is gekend binnen zowel de PVT's als de mobiele teams, uit observatie wordt opgemaakt dat alle medewerkers zich aan deze voorschriften houden. De naleving van de ingevoerde handhygiënepraktijken wordt binnen de PVT gemeten via interne audits en deelname aan de nationale campagne. De meetresultaten van de naleving worden gedeeld en de meetresultaten worden gebruikt om verbeteringen door te voeren in de handhygiënepraktijken. Binnen de mobiele teams is de procedure rond handhygiëne recent aangepast en ingevoerd. De medewerkers worden door hun coördinator aangesproken over de correcte toepassing ervan en worden bijgestuurd indien men er niet aan voldoet. Een formele meting is nog niet uitgevoerd noch werd afgesproken hoe dit zal gebeuren in de toekomst. Er zijn geen meetresultaten. Deze metingen kunnen dan ook niet gedeeld worden met de teamleden noch kunnen hieruit verbetering doorgevoerd worden.

Op de PVT's zijn dispensers voor ontsmetting en wasbakken voor handreiniging beschikbaar in verschillende ruimtes waaronder ook de verzorgingsruimte (voor PVT's). Voor de mobiele teams zijn specifieke dozen voorzien waarin de benodigde materialen voor infectiepreventie zijn opgenomen en tijdig worden bijgevuld. Tijdens gesprek met het diensthoofd schoonmaak wordt besproken en aangetoond dat schoonmaakdiensten instructies krijgen over de reiniging van de fysieke ruimten, welke technieken gebruikt moeten worden en welke frequentie van reiniging noodzakelijk is. Ze hebben hier ondersteunende instrumenten voor zoals een instructiekaarten en werkschema's. De naleving van het reinigingsbeleid wordt opgevolgd door de assistent van het diensthoofd schoonmaak (tijdelijk overgenomen door een interim firma wegens ziekte assistent) en in gesprek geëvalueerd met de medewerkers.