



NIAZ[®]
Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

AUDITRAPPORT

OPZC Rekem

Rekem, Lanaken en Antwerpen

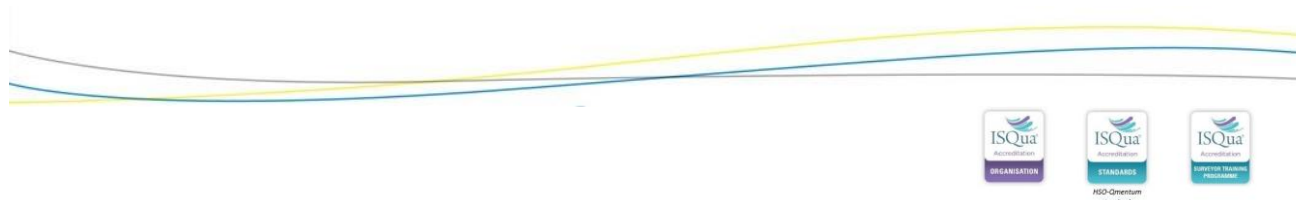


Datum auditbezoek: 2 t/m 6 december 2019

Versie normenset: KZi 3.1

Accreditatieprocedure: 2019

Vastgesteld op: 30.01.2020



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Inhoud

1. Samenvatting	4
1.1 Auditbezoek	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 Normen	26
3. Overzicht beoordelingen op niveau platina	31
3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen	31
3.2 Normen	36
4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant	40
4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen	40
4.2 Normen	43
5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren	46
5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen	46
5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen	53
6. Resultaten instrumenten	61
7. Intern toetsingssysteem	62
Appendix A: De beoordelingssystematiek en noodzakelijke voorwaarden voor het toekennen en continueren van de accreditatiestatus	64
Appendix B: Slotpresentatie	65



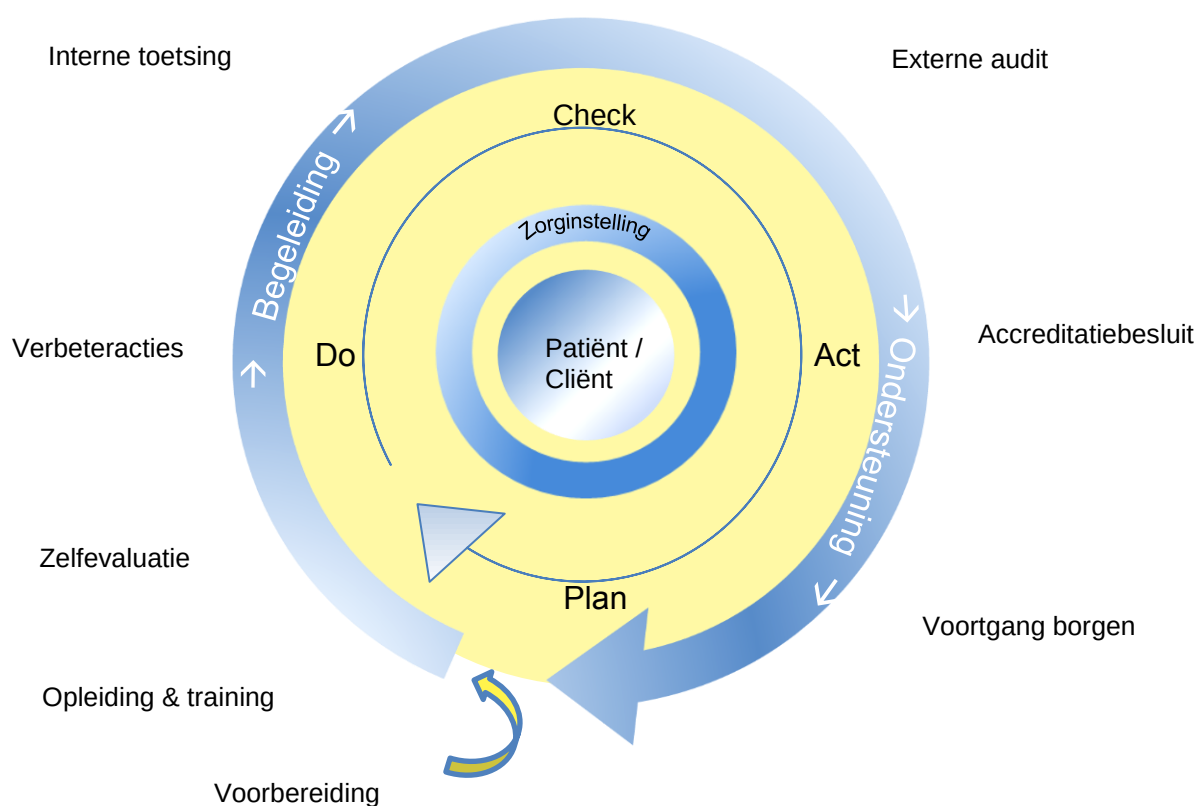
Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Inleiding

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

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

Internationaal accreditatieprogramma NIAZ - Qmentum



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

1. Samenvatting

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

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

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

1.1 Auditbezoek

2 t/m 6 december 2019

Auditteam

de heer dr. J.N. Schreuder, voorzitter
de heer R. Vereecken
mevrouw F. den Hoed
mevrouw K. Van der Meulen
de heer dr. H.R.H. Peuskens
mevrouw G. Pauwels
mevrouw A. Van Raemdonck, aspirant auditor

Surveymanager

Mevrouw I.I.S DeWymmer
Mevrouw B. De Neve

Aanvullende informatie

OPZC Rekem heeft een aanvraag bij het NIAZ gedaan voor een instellingsbrede accreditatie op basis van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 3.1. De accreditatie is uitgevoerd conform de Accreditatieprocedure 2019.

De Raad van Bestuur van OPZC Rekem 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 Rekem en Lanaken.

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

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



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Normen

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

Instellingsbrede normen

- Governance
- Leiderschap
- Infectiepreventie en -bestrijding
- Medicatiebeheer

Zorgspecifieke normen

- Geestelijke gezondheidszorg
- Langdurige zorg en dagopvang

Instrumenten

OPZC Rekem heeft onderstaand instrument gebruikt voor het toetsen van de (patiënt)veiligheidscultuur: Onderzoek naar veiligheidscultuur binnen zorginstellingen - geestelijke gezondheidszorg ("Hospital Survey on Patiënt Safety culture").

Samenvatting bevindingen

	Resultaat	Eis
Hoeveel procent van alle vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's) is behaald?	96,3%	100%
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?	97 %	81%
Wat is de respons op de patiëntveiligheidscultuurmeting?	56%	48%



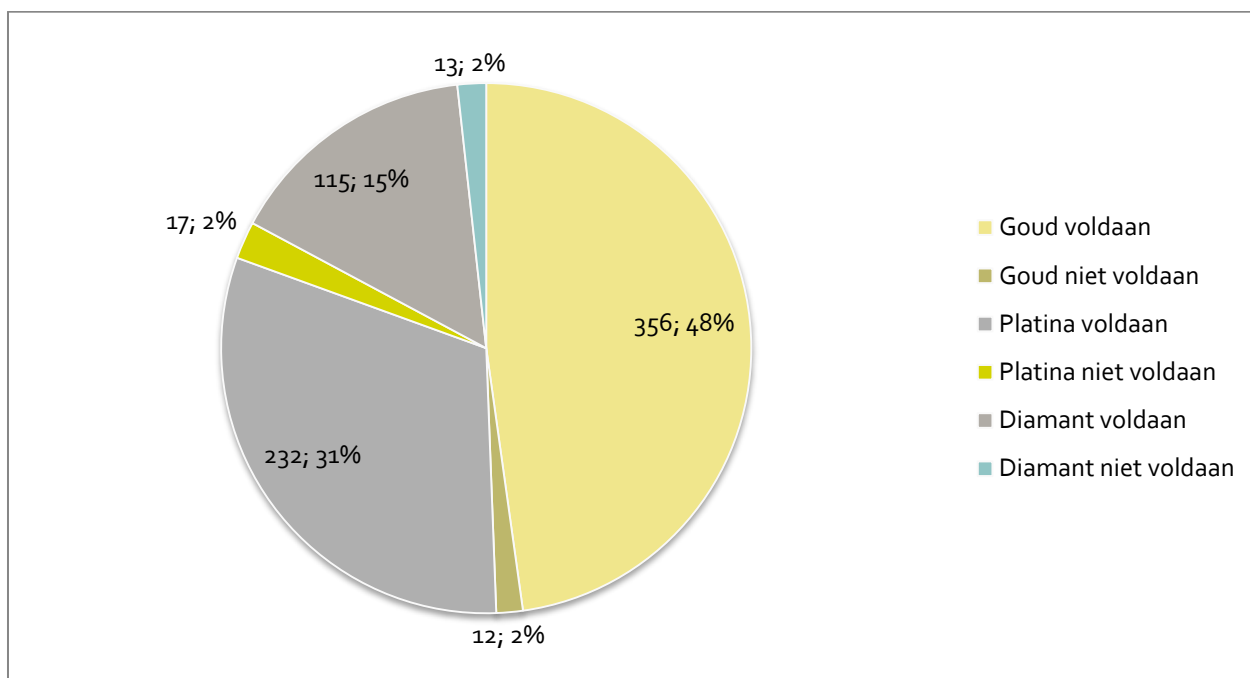
Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--

1.2 Overzicht per normenset

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

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

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



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

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.

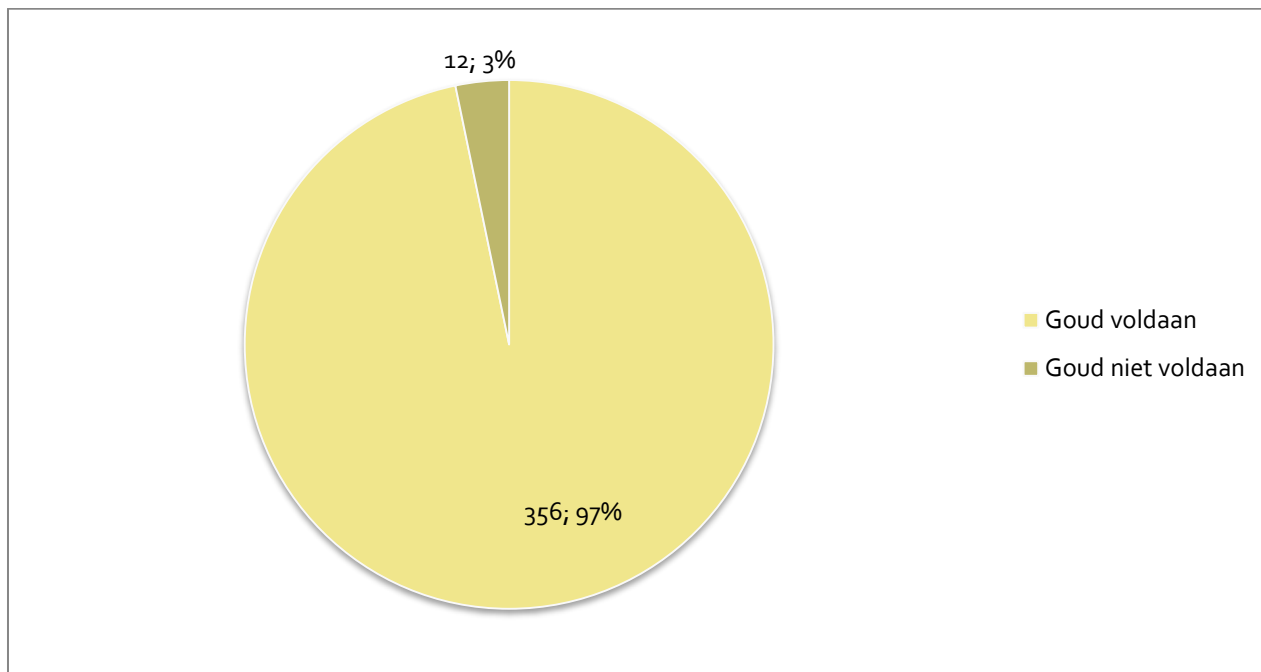
Normen	Criteria met hoge prioriteit			Andere criteria			Alle criteria		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>									
Governance	48 (100%)	0 (0%)	0	39 (100%)	0 (0%)	0	87 (100%)	0 (0%)	0
Infectie- preventie en -bestrijding	44 (97,8%)	1 (2,2%)	11	31 (100%)	0 (0%)	3	75 (98,7%)	1 (1,3%)	14
Medicatie- beheer	50 (86,2%)	8 (13,8%)	19	45 (80,4%)	11 (19,6%)	9	95 (83,3%)	19 (16,7%)	28
Leiderschap	46 (97,9%)	1 (2,1%)	0	86 (93,5%)	6 (6,5%)	2	132 (95%)	7 (5%)	2
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Langdurige zorg en dagopvang	81 (96,4%)	3 (3,6%)	2	89 (94,7%)	5 (5,3%)	2	170 (95,5%)	8 (4,5%)	4
Geestelijke gezondheids- zorg	56 (94,9%)	3 (5,1%)	0	88 (95,7%)	4 (4,3%)	0	144 (95,4%)	7 (4,6%)	0
Totaal	325 (95,3%)	16 (4,7%)	32	378 (93,6%)	26 (6,4%)	16	703 (94,4%)	42 (5,6%)	48



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Gouden Criteria

In onderstaand diagram staat in hoeverre OPZC Rekem 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	39 (100%)	0 (0%)	11	7 (100%)	0 (0%)	3	46 (100%)	0 (0%)	14
Medicatie-beheer	34 (89,5%)	4 (10,5%)	12	28 (100%)	0 (0%)	2	62 (93,9%)	4 (6,1%)	14
Leiderschap	24 (96%)	1 (4%)	0	39 (97,5%)	1 (2,5%)	0	63 (96,9%)	2 (3,1%)	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Langdurige zorg en dagopvang	50 (98%)	1 (2%)	1	42 (93,3%)	3 (6,7%)	2	92 (95,8%)	4 (4,2%)	3



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

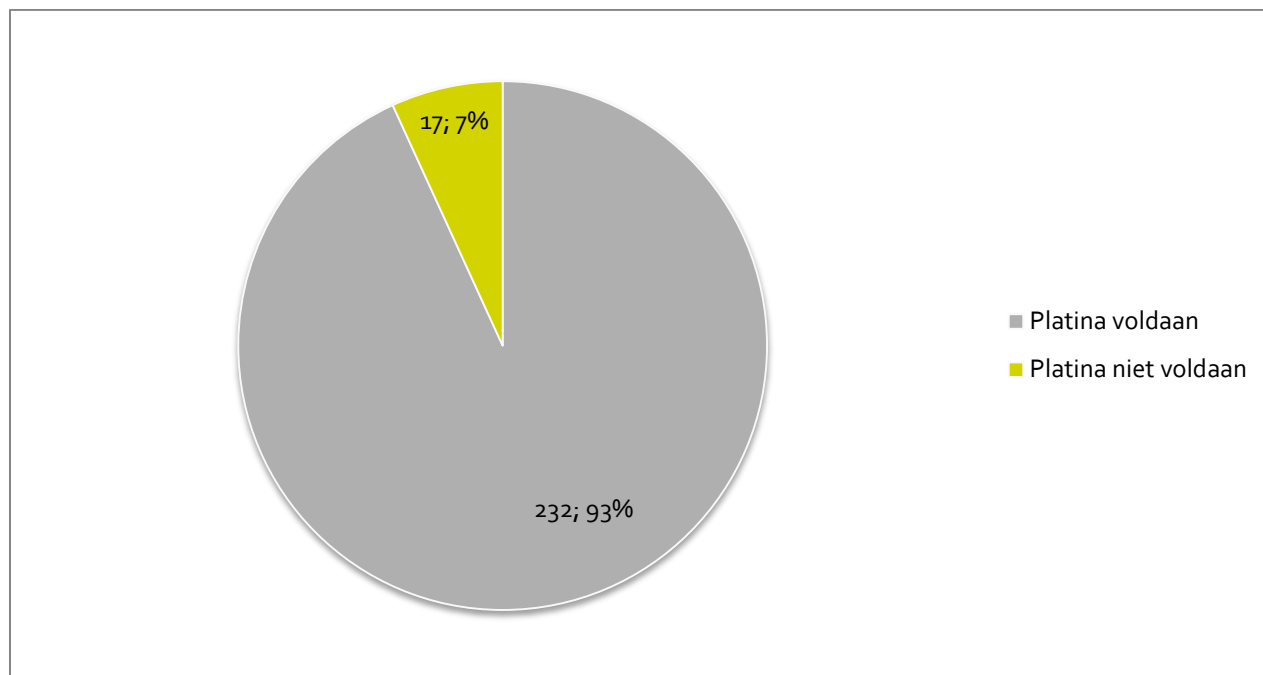
Normen	Criteria met hoge prioriteit (Goud)			Andere criteria (Goud)			Alle criteria (Goud)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Geestelijke gezondheidszorg	28 (96,6%)	1 (3,4%)	0	33 (97,1%)	1 (2,9%)	0	61 (96,8%)	2 (3,2%)	0
Totaal	196 (96,6%)	7 (3,4%)	24	160 (97%)	5 (3%)	7	356 (96,7%)	12 (3,3%)	31



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Platina Criteria

In onderstaand diagram staat in hoeverre OPZC Rekem 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	4 (80%)	1 (20%)	0	15 (100%)	0 (0%)	0	19 (95%)	1 (5%)	0
Medicatie-beheer	13 (81,3%)	3 (18,8%)	7	14 (70%)	6 (30%)	4	27 (75%)	9 (25%)	11
Leiderschap	16 (100%)	0 (0%)	0	32 (91,4%)	3 (8,6%)	0	48 (94,1%)	3 (5,9%)	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Langdurige zorg en dagopvang	26 (96,3%)	1 (3,7%)	1	30 (100%)	0 (0%)	0	56 (98,2%)	1 (1,8%)	1



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

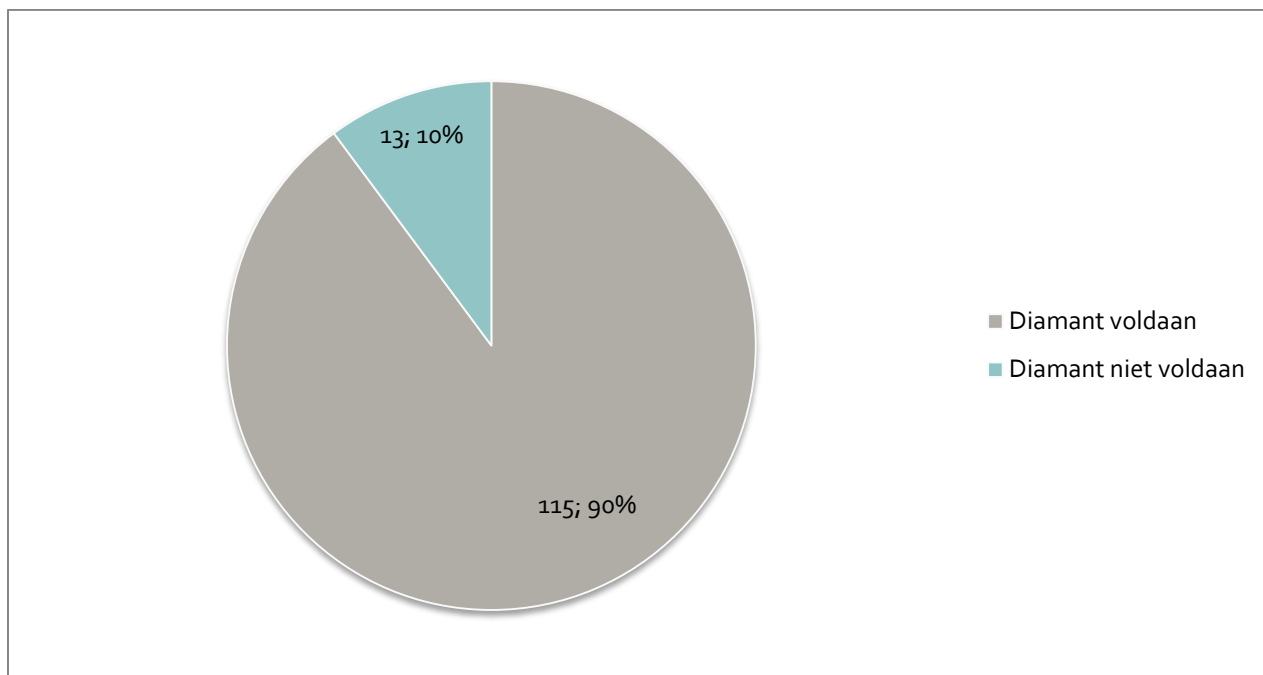
Normen	Criteria met hoge prioriteit (Platina)			Andere criteria (Platina)			Alle criteria (Platina)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Geestelijke gezondheidszorg	21 (91,3%)	2 (8,7%)	0	28 (96,6%)	1 (3,4%)	0	49 (94,2%)	3 (5,8%)	0
Totaal	101 (93,5%)	7 (6,5%)	8	131 (92,9%)	10 (7,1%)	4	232 (93,2%)	17 (6,8%)	12



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Diamanten Criteria

In onderstaand diagram staat in hoeverre OPZC Rekem 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	9 (100%)	0 (0%)	0	10 (100%)	0 (0%)	0
Medicatie- beheer	3 (75%)	1 (25%)	0	3 (37,5%)	5 (62,5%)	3	6 (50%)	6 (50%)	3
Leiderschap	6 (100%)	0 (0%)	0	15 (88,2%)	2 (11,8%)	2	21 (91,3%)	2 (8,7%)	2
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Langdurige zorg en dagopvang	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0	17 (89,5%)	2 (10,5%)	0	22 (88%)	3 (12%)	0



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Diamant)			Andere criteria (Diamant)			Alle criteria (Diamant)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Geestelijke gezondheidszorg	7 (100%)	0 (0%)	0	27 (93,1%)	2 (6,9%)	0	34 (94,4%)	2 (5,6%)	0
Totaal	28 (93,3%)	2 (6,7%)	0	87 (88,8%)	11 (11,2%)	5	115 (89,8%)	13 (10,2%)	5



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

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	1	1	1	0
Medicatiebeheer	0	0	2	0	0	0
Leiderschap	5	0	0	0	2	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>						
Langdurige zorg en dagopvang	2	0	4	0	1	0
Geestelijke gezondheidszorg	2	0	3	0	1	0
Totale aantal (%)	11 (100%)	0 (0%)	10 (90,9%)	1 (9,1%)	5 (100%)	0 (0%)



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

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

VIR	Beoordeling	Niveau
Communicatie		
Medicatieverificatie als strategische prioriteit (Leiderschap)	Voldaan	Diamant
Medicijngebruik		
Hoog-risicomedicatie (Medicatiebeheer)	Voldaan	Platina
Arbeidsomstandigheden		
Clëntenidentificatie (Geestelijke gezondheidszorg)	Voldaan	Goud
Clëntenidentificatie (Langdurige zorg en dagopvang)	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 (Langdurige zorg en dagopvang)	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)	Niet voldaan	Platina
Overdracht van cliëntengegevens op overdrachtsmomenten (Langdurige zorg en dagopvang)	Voldaan	Platina



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

VIR	Beoordeling	Niveau
Overdracht van cliëntengegevens op overdrachtsmomenten (Geestelijke gezondheidszorg)	Voldaan	Platina
Valpreventiestrategie (Geestelijke gezondheidszorg)	Voldaan	Platina
Valpreventiestrategie (Langdurige zorg en dagopvang)	Voldaan	Platina
Veilige injectiepraktijken (Infectiepreventie en –bestrijding)	Voldaan	Platina
Veiligheid bij narcoticagebruik (Medicatiebeheer)	Voldaan	Platina
Voorkoming van zelfdoding (Langdurige zorg en dagopvang)	Voldaan	Platina
Voorkoming van zelfdoding (Geestelijke gezondheidszorg)	Voldaan	Platina
Aantallen infecties (Infectiepreventie en –bestrijding)	Voldaan	Diamant
Medicatieverificatie bij opname (Langdurige zorg en dagopvang)	Voldaan	Diamant
Medicatieverificatie bij opname (Geestelijke gezondheidszorg)	Voldaan	Diamant
Prospectieve analyse van cliëntveiligheid (Leiderschap)	Voldaan	Diamant
Veiligheidscultuur		
Melding van ongewenste voorvallen (Leiderschap)	Voldaan	Goud
Risicomanagement		
Decubituspreventie (Langdurige zorg en dagopvang)	Voldaan	Platina



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

1.4 Overzicht per kwaliteitsdimensie

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

Normen	Doelgroepgerichtheid 			Toegankelijkheid 		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>						
Governance	6 (100%)	0 (0%)	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Infectiepreventie en -bestrijding	3 (100%)	0 (0%)	0	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>						
Langdurige zorg en dagopvang	5 (100%)	0 (0%)	0	7 (100%)	0 (0%)	0
Geestelijke gezondheidszorg	12 (100%)	0 (0%)	0	10 (100%)	0 (0%)	0
Totaal	40 (100%)	0 (0%)	0	24 (100%)	0 (0%)	0



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

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	9 (90%)	1 (10%)	0	0 Nvt	0 Nvt	0
Leiderschap	2 (100%)	0 (0%)	0	1 (100%)	0 (0%)	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>						
Langdurige zorg en dagopvang	42 (97,7%)	1 (2,3%)	1	6 (85,7%)	1 (14,3%)	0
Geestelijke gezondheidszorg	32 (100%)	0 (0%)	0	8 (100%)	0 (0%)	0
Totaal	86 (97,7%)	2 (2,3%)	1	16 (94,1%)	1 (5,9%)	0

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

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	36 (94,7%)	2 (5,3%)	7
Medicatiebeheer	3 (100%)	0 (0%)	1	47 (88,7%)	6 (11,3%)	21
Leiderschap	26 (81,3%)	6 (18,8%)	1	29 (96,7%)	1 (3,3%)	0
<i>Zorgspecifieke normen</i>						
Langdurige zorg en dagopvang	13 (81,3%)	3 (18,8%)	0	35 (100%)	0 (0%)	3
Geestelijke gezondheidszorg	14 (87,5%)	2 (12,5%)	0	17 (100%)	0 (0%)	1
Totaal	69 (86,3%)	11 (13,8%)	2	168 (94,9%)	9 (5,1%)	32

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

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	33 (100%)	0 (0%)	8
Medicatiebeheer	0 (0%)	1 (100%)	0	34 (75,6%)	11 (24,4%)	10
Leiderschap	9 (100%)	0 (0%)	0	60 (100%)	0 (0%)	1
<i>Zorgspecifieke normen</i>						
Langdurige zorg en dagopvang	3 (100%)	0 (0%)	0	66 (95,7%)	3 (4,3%)	1
Geestelijke gezondheidszorg	3 (100%)	0 (0%)	0	54 (91,5%)	5 (8,5%)	0
Totaal	32 (97%)	1 (3%)	0	295 (93,9%)	19 (6,1%)	20



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--

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
Arbeidsomstandigheden			
Clëntenidentificatie Het team hanteert een protocol voor cliëntenidentificatie dat wordt toegepast bij alle diensten en procedures.	Langdurige zorg en dagopvang 13.11	Voldaan	Er is beleid rond patiënt-identificatie uitgewerkt voor de zorginstelling. Identificatie gebeurt door het bevragen van de naam, voornaam en geboortedatum en als extra identificatiemethode wordt er gewerkt met foto-identificatie. Op verschillende afdelingen is de methode van identificatie geobserveerd. Het beleid is gekend en wordt systematisch gevolgd.
Rol van cliënt en familie bij veiligheid Het team informeert cliënten en families schriftelijk en mondeling over hun rol bij de bevordering van veiligheid.	Langdurige zorg en dagopvang 20.4	Voldaan	In OPZC Rekem is een procedure 'Informeren van patiënten/familie over hun rol bij patiëntveiligheid' beschikbaar in het documentbeheersysteem. Op de verschillende PVT-afdelingen hebben de auditoren deze informatie in de vorm van affiches en als onderdeel van de opnamebundel (schriftelijk overhandigd en mondeling toegelicht door de opnamecoördinator of mentor) gezien. Op PVT MG vertelt de hoofdverpleegkundige dat het team in september 2019 een informatieavond heeft gegeven voor de familieleden van de bewoners. Hierbij zijn verschillende risicodomeinen aan bod gekomen die voorafgaand in het kernteam zijn vastgelegd.



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
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	De ziekenhuishygiënist geeft aan dat het opvolgen van regelgeving en wetenschappelijk onderzoek is ingebed in de werkwijze van het comité ziekenhuishygiëne. De auditor heeft vastgesteld dat binnen de procedures omtrent infectiepreventiebeleid, verwezen is naar onder andere de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR)
Voorlichting over en training op handhygiëne De instelling biedt voorlichting over handhygiëne aan medewerkers, zorgverleners en vrijwilligers.	Infectiepreventie en -bestrijding 8.1	Voldaan	De instelling beschikt over een protocol omtrent handhygiëne-beleid en voorziet in middelen om handhygiëne toe te passen. De auditoren hebben vastgesteld dat voorlichting rond handhygiëne is voorzien voor medewerkers, zorgverleners en vrijwilligers onder de vorm van onder andere vorming en affiches.
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 instelling heeft een lijst van verplichte vorming opgesteld, onder andere over medicatie, kwaliteit en veiligheid, signaleringsplannen, agressie, EHBO (eerste hulp bij ongevallen) en informatie-veiligheid. Deze lijst wordt jaarlijks bijgesteld. Binnen de cluster wordt bepaald welke vormingen wenselijk zijn om te voorzien in de specifieke noden van de zorgverleners. Vrijwilligers krijgen éénmaal per jaar een scholing aangeboden. Tijdens gesprekken op de afdelingen PVT (psychiatrisch verzorgingstehuis), rehabilitatie en forensische zorg, hebben de auditoren vernomen dat teamleden noden kunnen formuleren omtrent het vormingsaanbod.
Cliëntveiligheidsplan	Leiderschap 16.1	Voldaan	De instelling heeft een cliëntveiligheidsplan ontwikkeld en geïmplementeerd en stelt

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
De instelling ontwikkelt en implementeert een cliëntveiligheidsplan.			middelen beschikbaar om dit uit te kunnen voeren. Dit hebben auditoren vernomen van de kwaliteitscoördinator en van de leidinggevende van de afdeling For (forensische) 3. De auditoren hebben het cliëntveiligheidsplan ingezien alsook een presentatie ontvangen omtrent de hulpmiddelen die zijn ingezet voor de realisatie van het cliëntveiligheidsplan (o.a. dashboard en verbeterplannen). Teams beschikken over sturingsinformatie en kunnen aan de hand van deze informatie verbeteracties uitzetten en opvolgen.
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	De auditoren hebben documenten ingezien waaruit blijkt dat meerdere disciplines kwartaalrapportages omtrent cliëntveiligheidsthema's maken ter verantwoording aan de Raad van Bestuur. Vanuit de besprekingen van deze kwartaalverslagen zijn aanbevelingen door de Raad van Bestuur geformuleerd. Deze aanbevelingen worden opgevolgd in de verbeterplannen van de directieleden. De auditor heeft bevestigd gezien dat het bespreken van de kwartaalrapportages vermeld is op de agenda van de Raad van Bestuur.
Cliëntenidentificatie Het team hanteert een cliënt identificatieprotocol dat toegepast wordt bij alle diensten en procedures.	Geestelijke gezondheidszorg 12.1	Voldaan	De beleidstekst 'Patiënt-identificatie' beschrijft de identificatiemethodes. De identificatieprocedure bestaat uit een open bevraging gedurende de eerste 14 dagen van opname en nadien wordt enkel bevestiging gevraagd van de aangeboden naam en geboortedatum. Identificatie op basis van naam en geboortedatum wordt door alle bevraagde verpleegkundigen

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			genoemd als identificatie-methode. Bij alle checks (o.a. medicatiebedeling) ziet de auditor bevestigd dat de identificatie conform het beleid is uitgevoerd. Op de zorg-eenheid ouderenzorg A wordt aanvullend voorzien in identificatiebandjes die rond de pols worden gedragen wegens de bijzondere cognitieve problematiek.
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	Op de website en in de afdelingsbrochures wordt verwezen naar de rol van familie in de bevordering van veiligheid. Bij de briefing van verpleegkundigen op de zorgeenheden verneemt de auditor dat de rol van de patiënt en familie ook mondeling is toegelicht. Op verschillende zorgeenheden hangen aan de toegangsdeuren affiches die bezoekers wijzen op aandachtspunten. Vanuit ouderenzorg wordt een project 'Familieparticipatie' aangestuurd om op innovatieve manieren familie te betrekken bij de behandeling.
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 deze VIR getoetst aan de hand van een tracer 'Een tillift'. De auditor heeft vastgesteld dat het beleid inzake preventief onderhoud is uitgevoerd en geborgd conform het beleid. Pas na het ontvangen van een rapport van de leverancier wordt een preventief onderhoudsaanvraag afgesloten in Topdesk (softwaresysteem). De historiek van uitgevoerde preventieve onderhouden wordt in Topdesk bijgehouden per medisch apparaat. Incidenten inzake medische instrumenten en apparatuur zijn binnen het incidentmeld- en leersysteem geregistreerd, geanalyseerd en opgevolgd.

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
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	De instelling heeft een meld- en leersysteem ingevoerd voor incidenten, calamiteiten en bijna-ongevallen. Het rapportagesysteem is ingezien door de auditor. Auditees bevestigen dat ze effectief werken met het meld- en leersysteem en dat dit systeem eenvoudig is in gebruik. Het meld- en leersysteem is geëvalueerd en aanpassingen zijn doorgevoerd. Medewerkers geven aan dat zij een terugkoppeling ontvangen van gemelde incidenten. In het meld- en leersysteem kunnen leidinggevenden actienemers en verbeteracties formuleren die zij uitzetten op afdelingsniveau. De opvolging van deze verbeteracties ligt binnen de overlegstructuur van het team. Geautoriseerden van het meld- en leersysteem bekomen geaggregeerde informatie over ziekenhuisbrede trends, risico's en verbeteracties.



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

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		
Alle criteria zijn als 'voldaan' beoordeeld.		
Medicatiebeheer		
12.5 De medicatie-opslagruimten van de instelling voldoen aan de wettelijke vereisten en geldende regelgeving voor gereguleerde stoffen.	!	De auditor heeft vastgesteld dat de apothekers niet over de vereiste ruimte beschikken om hun handelingen uit te voeren. In het Koninklijk Besluit van 4 maart 1991 'Houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend', Hoofdstuk 2 artikel 5, staat uitgeschreven dat de vereiste oppervlakte afhangt van de uitgevoerde taken in de apotheek alsook dat de oppervlakte van de ruimte dient berekend te worden volgens het aantal ziekenhuisbedden, met ten minste 1,2m ² per bed. Hieraan is niet voldaan. De beschikbare oppervlakte wordt ingenomen door kasten, waardoor de beschikbare ruimte op de werkbladen om handelingen te stellen bij magistrale bereidingen onvoldoende is. Een verrijdbare kar wordt gebruikt als verlengde van het werkblad tijdens de bereiding van Methadone. De auditor heeft gezien dat het openen van geleverde dozen op de grond gebeurt. Reservemedicatie die niet in de kast bewaard kan worden door plaatsgebrek, staat op een kar in de buurt van de (enige) toegangsdeur. Voorgenoemde bevindingen staan eveneens vermeld in het verslag van de inspectie van het FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten) van 02/07/2019.



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
16.5 Het apotheekteam vermijdt direct contact met de medicatie tijdens de bereiding.	!	De auditor heeft tijdens de bereiding van Methadone in de apotheek gezien dat de apotheker geen schort draagt bij het begin van het bereidingsproces. Een schort is pas aangedaan na het uitvoeren van de eerste bereidingsstap. De handen zijn niet ontsmet noch gewassen voor de start van de bereiding en het werkblad is niet gereinigd. Tussentijds heeft de apotheker zijn handen tweemaal gewassen, telkens in combinatie met reiniging van een recipiënt en telkens afgedroogd met een keukenhanddoek die in een kast ligt naast een open vuilbak. Een papieren handdoekdispenser is aanwezig in de onmiddellijke nabijheid.
17.4 Eenheidsdoses orale medicatie blijven in de verpakking van de fabrikant of de apotheek tot het moment van toediening.	!	De auditor heeft op de afdeling Ouderenzorg B vastgesteld dat een aerosoltoestel medicatie bevat zonder dat het gebruikt wordt en in de ruimte staat dat toegankelijk is voor alle patiënten. Een verpleegkundige bevestigt dat dit aerosoltoestel niet bij de medicatievoorraad bewaard wordt en ook na toediening van het aerosol, het toestel in de gemeenschappelijke ruimte beschikbaar blijft.
23.3 De zorgverleners vragen een onafhankelijke, extra controle, voordat hoogrisicomedicatie bij het point-of-care wordt toegediend.	!	De auditor heeft vastgesteld dat op een aftekenlijst van Methadone in het vak van dubbele controle, de initialen van de tweede zorgverlener ontbreken. Twee verpleegkundigen geven aan dat bij het afhalen van medicatie in de verdovingskluis er geen dubbele controle gebeurt zoals is voorzien in de procedure.
Leiderschap		
11.13 De instellingsleiding beschermt de individuele privacy bij het bijhouden en opslaan van personeelsdossiers van zorgverleners en andere medewerkers en vrijwilligers.		Op de afdeling personeelszaken worden personeelsdossiers handmatig bijgehouden en in mappen in kasten in de personeelskamer bewaard. Uit het gesprek met de medewerkers van de personeelsdienst, blijkt dat zij niet beschikken over werkinstructies met betrekking tot privacy en beheer van personeelsdossiers. De auditor ziet informatie in bakjes op het bureau liggen van een medewerker van de personeelsdienst, waarvan deze medewerker aangeeft dat deze documenten nog ingescand moeten worden. Deze documenten bevatten informatie die privacygevoelig is en worden niet afgeschermd bewaard.

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
13.5 De instelling oefent regelmatig de rampenbestrijdingsplannen om de staat van paraatheid te beoordelen.	!	De instelling heeft voor het laatst evacuatieoefeningen uitgevoerd in april 2018 voor beide campussen. Resultaten van deze oefening zijn besproken met de desbetreffende afdelingen. De frequentie van het uitvoeren van evacuatieoefeningen is niet bepaald volgens de preventieadviseur en het hoofd van de facilitaire diensten. Een planning van evacuatieoefeningen voor 2019 en 2020 is niet aangetoond.

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Zorgspecifieke normensets

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Langdurige zorg en dagopvang		
5.2 De teamleiders werven en selecteren teamleden op basis van hun kwalificaties, ervaring en de mate waarin zij in het team passen.	!	De hoofdverpleegkundigen hebben geen inspraak in werving en selectie van nieuwe medewerkers.
5.17 Leder teamlid beschikt over een actueel personeelsdossier met informatie over de selectieprocedure, de arbeidsovereenkomst, de verificatie van referenties en de ontvangen introductie en scholing.		De selectieprocedure en de ontvangen introductie en scholing ontbreken in de personeelsdossiers die zijn ingezien door de auditor. Er zijn vormingslijsten ter beschikking maar deze zitten niet in de personeelsdossiers.
15.3 De instelling biedt een introductie tot en training in POCT-beleid en -procedures aan alle zorgprofessionals die POCT uitvoeren.		In het jaarplan vorming voor 2020 is een opleiding POCT (Point of Care Testing) opgenomen. In januari 2020 staat een opleiding rond het gebruik van urinetesting (toxicologisch) gepland.
17.2 Het team ontvangt tijdens de introductie en daarna structureel voorlichting en training over de verlening van kwalitatief hoogwaardige palliatieve zorg en stervensbegeleiding.		Zowel de hoofdverpleegkundige van het PVT (Psychiatrisch Verzorgingstehuis) MG, de referentieverpleegkundige langdurige zorg, de clustermanager langdurige zorg als de personeelsdirecteur geven aan dat palliatieve zorg niet opgenomen is in het introductie-opleidingsprogramma van nieuwe medewerkers noch in het jaarvormingsprogramma.
Geestelijke gezondheidszorg		
5.2 De teamleiders werven en selecteren teamleden op basis van hun kwalificaties, ervaring, en de mate waarin zij in het team passen.	!	De aanwervingen gebeuren door de personeelsdienst en de verpleegkundig directeur zonder inbreng van de hoofdverpleegkundigen.

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
5.12 Voor elk teamlid bestaat een geactualiseerd personeelsdossier met informatie over de selectieprocedure, de arbeidsovereenkomst, de controle op kwalificaties, certificaten en registraties (indien van toepassing), en de gevolgde opleidingen en trainingen.		De verschillende componenten van het personeelsdossier zijn niet gebundeld beschikbaar en moeten ad hoc verzameld worden uit verschillende bronnen. Het personeelsdossier is nog in ombouw aldus auditees van de personeelsdienst. Een deel van de papieren documenten is buiten de kantoren van de personeelsdienst gestockeerd. Diploma's zijn deels gedigitaliseerd of worden op papier bewaard. Certificaten van gevolgde opleidingen zijn niet op de personeelsdienst beschikbaar (met onderscheid tussen interne en externe certificaten). De functioneringsgesprekken van de artsen ontbreken in de personeelsdossiers maar zijn beschikbaar bij de hoofdarts.

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--

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	De auditor heeft vastgesteld dat de procedure (inclusief verantwoordelijkheden en de lijst) omtrent hoog-risico-medicatie (HRM) beschikbaar is in het documentbeheersysteem. In de procedure 'Medicatie-distributie' staat dat de apotheker jaarlijks alle behandelruimtes controleert op de afwezigheid van HRM. De auditor heeft de checklist ingezien die gebruikt wordt voor de interne controle van het beheer van medicatie op zorgeenheden en heeft vastgesteld dat er verwezen is naar o.a. narcotica. De resultaten van een check rond het beheer van medicatie op zorgeenheden tonen aan dat insuline (HRM medicatie volgen de ziekenhuisspecifieke lijst) is nagekeken.
Arbeidsomstandigheden			
Voorkoming van zelfdoding Het team beoordeelt en observeert cliënten met het oog op zelfdodingsrisico's.	Langdurige zorg en dagopvang 11.14	Voldaan	Er is suïcidepreventiebeleid op zorginstellingsniveau uitgewerkt. Hierin is de methode voor identificatie van bewoners met verhoogd risico opgenomen. Dit gebeurt standaard bij opname en met regelmatige tussenpozen of op kritische momenten. In geval van een verhoogd suïciderisico worden afspraken ter opvolging

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			genoteerd in het EPD (elektronisch patiëntendossier).
Overdracht van cliëntengegevens op overdrachtsmomenten Het team draagt informatie op effectieve wijze over aan zorgverleners op overdrachtspunten.	Langdurige zorg en dagopvang 16.7	Voldaan	Het OPZC Rekem beschikt over een procedure 'Informatie-overdracht door middel van de SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)' om te komen tot een gestructureerde informatieoverdracht tijdens overdrachtsmomenten. Het beleid omschrijft de momenten waarop via deze methode aan overdracht dient gedaan te worden: tijdens overdracht van informatie omtrent een urgent patiënt-/bewonersgerelateerd probleem, bij de start van een shift en bij transfer. De auditor stelt vast in het EPD dat de SBAR-methode geïmplementeerd is en gebruikt wordt. Medewerkers vertellen dat ze er structureel gebruik van maken bij informatieoverdracht bij een urgent patiënt-/bewonersgerelateerd probleem, dit wordt ook geobserveerd in het elektronisch zorgdossier.
Valpreventiestrategie Het team implementeert en evalueert een valpreventiestrategie om letsel van cliënten door valpartijen te voorkomen.	Langdurige zorg en dagopvang 20.2	Voldaan	OPZC Rekem heeft een valpreventiebeleid opgemaakt en de populatie is ingedeeld volgens valrisico. Zowel dit beleid als heel wat ondersteunende fiches en brochures zijn terug te vinden in het documentbeheersysteem. In het EPD is het valpreventiebeleid geïmplementeerd. De auditor stelt vast dat het valpreventiebeleid systematisch wordt toegepast. Er is een valpreventiecoach aangesteld voor de PVT. Deze wordt steeds op indicatie gecontacteerd en voor advies geconsulteerd. Het valpreventiebeleid wordt met regelmaat geëvalueerd en deze informatie wordt gebruikt om

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			het valpreventiebeleid te verbeteren.
Veilige injectiepraktijken De instelling ontwikkelt veilige injectieprotocollen en -praktijken om letsel bij cliënten en zorg-medewerkers en in de gemeenschap te voorkomen.	Infectiepreventie en -bestrijding 4.3	Voldaan	De auditor heeft de procedure inzake veilig injectiebeleid ingezien en heeft ook vastgesteld dat dit beleid is toegepast op de afdelingen. De auditor heeft in het verslag van het Comité Ziekenhuishygiëne met datum 10/10/2019 bevestigd gezien dat de cijfers van prikaccidenten zijn besproken alsook voorstellen ter opheffing van de risico's. In het beleid zijn de richtlijnen zoals bepaald in de nalevingstesten uitgeschreven. Het afvalbeleid is beschikbaar via een flowchart, en dit voor de beide campussen. De auditor heeft de recipiënten voor verwijdering van risico houdend medisch afval aangetroffen op de afdelingen.
Naleving van handhygiëne De instelling meet haar naleving van de ingevoerde handhygiënepraktijken. <i>De instelling meet de naleving van de ingevoerde handhygiënepraktijken via directe observatiemethoden (zoals een audit). Voor instellingen die zorg verlenen bij cliënten thuis, kan een combinatie (twee of meer) van alternatieve methoden worden gebruikt.</i>	Infectiepreventie en -bestrijding 8.6.1	Niet voldaan	In het OPZC zijn meerdere metingen omtrent het handhygiënebeleid uitgevoerd, onder andere via audits. De auditor heeft vastgesteld dat handhygiëne niet steeds is uitgevoerd conform het protocol. De apotheker heeft zijn handen noch het werkoppervlak gereinigd voor de aanvang van een magistrale bereiding. De apotheker heeft na afloop van de bereiding van Methadone de handen gewassen in combinatie met het reinigen van recipiënten en de handen zijn afgedroogd aan een duidelijk eerder gebruikte keukenhanddoek die zich onder het aanrecht bevond naast een open vuilbak. Op een afdeling heeft een verpleegkundige voor de controle van het aantal capsules (narcotica) haar handen niet ontsmet, noch na het stellen van de handeling. De capsules

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			zijn uit het potje gehaald en op haar handpalm gelegd.
Veiligheid bij narcoticagebruik De instelling evalueert en beperkt de beschikbaarheid van narcotica (opioiden) om ervoor te zorgen dat verpakkingen die schadelijke medicatie-incidenten kunnen veroorzaken, niet op voorraad worden gehouden in behandelruimten.	Medicatiebeheer 9.4	Voldaan	De auditor heeft in het beleid kunnen vaststellen dat er jaarlijks een check gebeurt omtrent het voorraadbeheer van narcotica op de zorgeenheden. Afspraken zijn schriftelijk vastgelegd rond de bewaring van de beschikbare hoeveelheden narcotica buiten de apotheek.
Voorkoming van zelfdoding Het team beoordeelt elke cliënt op het risico van zelfdoding en stelt passende behandelings- en controlemaatregelen vast om de veiligheid van de cliënt te waarborgen.	Geestelijke gezondheidszorg 10.6	Voldaan	Het suïcideprotocol 'Draaiboek suïcidepreventie' is beschikbaar in het documentbeheersysteem. Het suïcidepreventiebeleid is gekend bij de bevroegde verpleegkundigen en artsen. De directe veiligheidsbehoeften ten aanzien van suïcide worden ingeschat aan de hand van een suïcidaliteit-score. Een onderscheid tussen acute en chronische vormen van suïcidaliteit is uitgewerkt alsook een differentiatie van de aanpak. In het EPD worden de suïcidescore en de afgesproken maatregelen genoteerd. Op de bezochte zorgeenheden is vastgesteld dat een evaluatie van het suïcidepreventiebeleid op patiëtniveau gebeurt en dit is in het EPD genoteerd. De regelmaat van de scoring en de implicaties voor beleid en behandeling zijn bevestigd gezien conform het beleid.
Overdracht van cliëntengegevens op overdrachtsmomenten Het team draagt tijdens overdrachten informatie op een effectieve manier over aan andere zorgverleners.	Geestelijke gezondheidszorg 14.6	Voldaan	Voor zorgoverdracht wordt gebruik gemaakt van de ondersteuning van het EPD, waaruit patiëntenlijsten met aandachtspunten worden getrokken. Bij telefonische vragen aan de artsen wordt de SBAR methode gebruikt, ondersteund door een formulier in het EPD. De auditor heeft de toepassing van deze

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Platina VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			overdrachtsmethoden vastgesteld op de verschillende zorgeenheden.
Valpreventiestrategie Het team implementeert en evalueert het beleid valpreventie om schade van vallen van de cliënt te minimaliseren.	Geestelijke gezondheidszorg 17.3	Voldaan	De teams hebben het valpreventiebeleid geïmplementeerd in hun werking en in het EPD. Het risico op vallen wordt systematisch geëvalueerd overeenkomstig het beleid en de weerslag hiervan is gezien bij het nazicht van patiëntendossiers. Risicogroepen zijn bepaald. Feedback op het beleid voor valpreventie wordt verzameld door de werkgroep valpreventie, waarin referentiepersonen vanuit elke zorgeenheid zetelen.
Risicomanagement			
Decubituspreventie Het team beoordeelt bij iedere cliënt het risico op decubitus en implementeert maatregelen ter voorkoming hiervan.	Langdurige zorg en dagopvang 11.12	Voldaan	Er is beleid rond decubitus op zorginstellingsniveau beschikbaar. Dit beleid is vertaald in het elektronisch zorgdossier. Het beleid is gekend bij de medewerkers en wordt structureel opgevolgd. Bij het vaststellen van een positief risico wordt de Bradenschaal gebruikt om een meer precieze evaluatie te doen van het risico. Op basis hiervan worden zorgdoelstellingen in het EPD genoteerd. De incidentie van decubitus wordt besproken op het Comité Ziekenhuishygiëne en verbeteracties zijn geformuleerd.

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

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		
13.4 Het beleid en de procedures van de instelling adresseren de wijze waarop opkomende, zeldzame of problematische organismen, inclusief organismen die resistent zijn tegen antibiotica, moeten worden beheerst.	!	De apotheker geeft aan dat er geen antibioticabeleid is.
Medicatiebeheer		
1.3 De interdisciplinaire commissie evalueert regelmatig de taken en verantwoordelijkheden en voert eventueel verbeteringen door.		De leden van de CGMM (Commissie Geneesmiddelen en Medisch Materialen) geven aan dat de huidige taken en verantwoordelijkheden niet zijn geëvalueerd.
2.10 De interdisciplinaire commissie ontwikkelt een procedure voor het gebruik van medicatiemonsters.		De leden van het CGMM geven aan dat er geen specifieke procedure bestaat rond het gebruik van medicatiemonsters.
9.6 De apotheek beschikt over een procedure om medicatie terug te halen die is teruggeroepen of stopgezet.	!	De apotheker bevestigt dat er geen beleid is in inzake recall van medicatie.
12.6 De instelling houdt medicatie die visueel en qua benaming overeen lijkt te komen, verschillende concentraties van dezelfde medicatie en hoog-risicomedicatie gescheiden in de apotheek en behandelruimten.	!	De auditor heeft vastgesteld dat in de apotheek maatregelen zijn genomen om medicatie die visueel en qua benaming gelijken, op voldoende afstand van elkaar te bewaren en/of door gebruik te maken van stickers op de laden. Bij navraag naar de criteria om te beslissen welke medicatie gescheiden of extra gelabeld dient te worden, is verwezen naar incidenten. In deze beslissing is geen proactieve risicoanalyse opgenomen. De auditor stelt vast dat op de afdeling Acute zorg 1, waar de spoedkast staat, geen voorzorgsmaatregelen zijn genomen om medicatie te scheiden die visueel en qua benaming op elkaar gelijken. De HRM wordt in een aparte kluis bewaard, samen met de HRM die reeds voorgeschreven is voor de opgenomen patiënten van de desbetreffende afdeling.

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Platina criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
12.7 De instelling bewaart verlopen, beschadigde en verontreinigde medicatie evenals medicatie die is stopgezet of teruggeroepen door de fabrikant, in de apotheek en behandelruimten apart van medicatie in regulier gebruik, in afwachting van verwijdering.	!	De auditor heeft vastgesteld dat medicatie die vernietigd moet worden, bewaard is in een kartonnen doos bovenaan in een kast in de apotheek. Deze kartonnendoos puilt uit van de medicatie en vertoont sporen van uitgelopen vloeistoffen.
21.5 De zorgverleners verstrekken schriftelijke informatie aan cliënten over de personen met wie zij contact kunnen opnemen bij vragen over hun medicatie en hun beschikbaarheid bij ontslag of overplaatsing.		De kwaliteitscoördinator duidt dat beleid omtrent de schriftelijke informatie aan patiënten over contactname bij vragen over hun medicatie bij ontslag of overplaatsing, is ontwikkeld maar nog niet is geïmplementeerd. Op een aantal afdelingen wordt dit beleid uitgevoerd en op andere nog niet.
27.4 De interdisciplinaire commissie voert regelmatig een uitgebreide evaluatie van het medicatiebeheersysteem uit.		De apotheker geeft aan dat een evaluatie van het medicatiebeheersysteem niet is gebeurd maar gepland staat voor 2020.
27.5 De interdisciplinaire commissie beoordeelt de proces- en resultaatindicatoren voor medicatiebeheer.		De apotheker geeft aan dat het CGMM geen proces- en resultaatindicatoren beoordeelt.
27.6 De interdisciplinaire commissie prioriteert de uitvoering van evaluaties van medicatiegebruik.		De apotheker geeft aan dat het CGMM geen evaluatie uitvoert omtrent het medicatiegebruik.
Leiderschap		
1.6 De instellingsleiding zorgt ervoor dat de verantwoordelijkheid voor het ethisch kader en de processen om ethische kwesties aan te pakken is belegd.		De rol van het ethisch comité is niet vastgelegd in het organogram. De voorzitter, jurist en notulist van het ethisch comité geven aan dat er geen concreet uitgewerkt beleid bestaat voor diverse ethische kwesties, zoals euthanasie bij psychisch lijden of grensoverschrijdend gedrag.
1.7 De instellingsleiding ontwikkelt het vermogen van de organisatie om het ethisch kader te gebruiken.		De leden van het ethisch comité geven aan zelf een tekort aan basiskennis te ervaren om onderbouwde richtlijnen uit te werken en zeggen hieromtrent ondersteuning nodig te hebben van (externe) experts terzake. De auditor heeft vanuit het gesprek met de leden van het ethisch comité niet kunnen vaststellen dat medewerkers systematisch worden ondersteund bij vragen rondom ethische kwesties.
11.12 De instellingsleiding houdt exitinterviews en gebruikt deze informatie om het functioneren, het personeelsbeleid en het beleid om medewerkers te behouden te verbeteren.		De instelling heeft recent (1 november 2019) beleid omtrent exitgesprekken ingevoerd. Hierdoor is nog geen informatie beschikbaar om verbeteringen door te voeren.

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--

Zorgspecifieke normensets

Platina criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Langdurige zorg en dagopvang		
5.18 De instelling evalueert regelmatig op objectieve, interactieve en constructieve wijze de prestaties van ieder teamlid en documenteert deze informatie in het personeelsdossier.	!	Op de personeelsdienst is vastgesteld dat ongeveer 75% van de personeelsdossiers een recent evaluatieformulier bevatten.
Geestelijke gezondheidszorg		
5.13 De teamleiders evalueren regelmatig het functioneren van elk teamlid op een objectieve, interactieve en constructieve manier, en nemen deze informatie in het personeelsdossier op.	!	Er vinden jaarlijks ingeplande evaluatiegesprekken plaats, aldus medewerkers en artsen van acute zorg en ouderenzorg. Het beschikbaar stellen van informatie van uit de evaluatiegesprekken in het personeelsdossier is nog onvolledig. Er lopen verbeteracties op dit item. In 75% van de personeelsdossiers is een verslag van het meest recente evaluatiegesprek terug te vinden. In de personeelsdossiers van artsen is er geen verslag van een functioneringsgesprek opgenomen.
16.2 Het team volgt een gestandaardiseerde procedure om evidence-based richtlijnen voor geestelijke gezondheidszorg te selecteren.		De auditor stelt vast dat het werkingsgebied van het intern wetenschappelijk comité beperkt is en dat ziekenhuisbreed geen gestandaardiseerde methode bestaat om evidence based richtlijnen te selecteren. In de forensische zorg wordt beroep gedaan op het Intern Wetenschappelijk Comité voor de selectie van evidence based richtlijnen. Buiten de forensische zorg heeft de auditor geen consequente methode om evidence based richtlijnen te selecteren gevonden, niet bij de medewerkers alsook niet bij de artsen (Acute Zorg 1, 2A, 2B, 3A, 3B, Ouderenzorg A en B). Verschillende artsen verwijzen naar hun persoonlijke expertise als evidence based richtlijnen.

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Platina criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
16.5 Het team heeft op de 'werkvloer' toegang tot klinische richtlijnen.	!	De medisch psychiatrische richtlijnen zijn beperkt tot een zorgpad alcohol detox en de opvolging Clozapine behandeling. De artsen geven aan dat ideeën over verdere uitwerking en delen van medisch-psychiatrische richtlijnen nog niet uitgekristalliseerd zijn. De forensische zorg beschikt over publicaties die online toegankelijk zijn via KeFor (Kenniscentrum Forensische Psychiatrische Zorg). Het aanbod van therapiesessies binnen de forensische zorg is op elke afdeling neergeslagen in fiches.

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--

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	Auditoren hebben van meerdere auditees, waaronder verpleegkundigen, leidinggevenden, een programmacoördinator, de kwaliteitscoördinator en patiënten van de afdeling rehabilitatie, vernomen dat medicatieverificatie gebeurt conform het protocol bij opname of aan het begin van de zorgverlening. Medewerkers van de sociale dienst duiden dat bij een opname of interne transfer pas wordt gestart met de medicatie als de informatie uit de overdracht gevalideerd is door een arts.
Arbeidsomstandigheden			
Medicatieverificatie bij opname Het team verifieert samen met de cliënt de medicatie bij opname in de instelling (inclusief de spoedeisende hulp of intramurale afdeling).	Langdurige zorg en dagopvang 11.13	Voldaan	Er is beleid op zorginstellingsniveau omtrent medicatieverificatie. De auditoren zien het beleid vertaald in het EPD waar een eenduidige, uitgebreide en accurate lijst van de meest actuele medicatie genoteerd wordt door de arts. Het beleid vereist een vergelijking van de lijst van pre-opnamemedicatie met de nieuwe door de instelling voorgeschreven medicatie. Dit is geïntegreerd in het EPD. In het EPD wordt aangegeven dat de lijst van pre-opnamemedicatie met de nieuwe door de instelling voorgeschreven medicatie is vergeleken. In het EPD kan aangegeven worden of de

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--

Diamanten VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
			medicatieverificatie gebeurd is in aanwezigheid van de bewoner om via deze weg de gezamenlijke verantwoordelijkheid te benadrukken.
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	Het comité ziekenhuishygiëne komt viermaal per jaar bijeen en vaker indien nodig. In deze bijeenkomsten wordt de registratie van zorggerelateerde infecties geanalyseerd. Het comité ziekenhuishygiëne verbetert de eigen werkwijze en de bestaande registratie van zorggerelateerde infecties. Aan de hand van de verslagen van het comité ziekenhuishygiëne is voorafgaande vastgesteld.
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	Elke leidinggevende, clustermanager, diensthoofd of directielid kan een PRI (prospectieve risicoanalyse) onder de vorm van een prisma-analyse aanvragen. De afdeling kwaliteit bepaalt aan de hand van een stroomschema, of de melding al dan niet geschikt is voor een prima-analyse en voert samen met de werkgroep prismabegeleider, jaarlijks meerdere prisma analyses uit op het gebied van cliëntveiligheid. De auditor heeft meerdere prisma-analyses van 2018 en 2019 ingezien. De conclusies van de prisma-analyses worden primair gedeeld met de aanvrager van de analyse en met de betrokken leidinggevende, clustermanager en directieleden. De auditor heeft vastgesteld dat de instelling passende verbeteringen doorvoert in het dagelijkse werk op de werkvloer van uit deze PRI's.
Medicatieverificatie bij opname Het team verifieert samen met de cliënt, familieleden of zorgverlener	Geestelijke gezondheidszorg 12.5	Voldaan	Het protocol 'Medicatieverificatie' beschrijft de te gebruiken informatiebronnen bij medicatieverificatie en voorziet

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Diamanten VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
de medicatie bij opname in de instelling.			in een vergelijking van de medicatielijst van voor opname met deze van de opname zelf. Voor het bevestigen van het uitvoeren van deze vergelijking is een aanvinkknop voorzien in het EPD. Het protocol stipuleert dat de arts beslist welke medicatie verder moet lopen en bij wijzigingen of stopzetting wordt een reden vermeld in medicatiebeheer. Het protocol stelt letterlijk: 'Het bekomen van een goed overzicht is een gedeelde verantwoordelijkheid tussen patiënt/bewoner, zorgverleners en zijn netwerk (familie, huisarts, thuisverpleegkundige, de huisapotheek...)'.

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

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		
4.4 De instelling evalueert regelmatig de effectiviteit van de trainingsactiviteiten op het gebied van medicatiebeheer en voert eventueel verbeteringen door.		Een evaluatie van de recent in gebruik genomen e-learningtool is niet gebeurd.
7.6 De instelling integreert het EVS met de andere informatiesystemen die de instelling gebruikt voor medicatiebeheer.		Het medicatieprogramma (Infohos) is enkel via een single-sign-on verbonden met het EPD (Regas). Laboverslagen kunnen enkel geraadpleegd worden in Regas en niet in Infohos.
18.2 Het apotheekteam geeft medicatie uit in verpakkingen met eenheidsdoses.	!	De auditor heeft gezien dat een levering van Temesta in multi-dosis gebeurt in plaats van uni-dosis. De apotheker heeft toegelicht dat het terugsturen van deze medicatie niet kan om enerzijds de continuïteit van de behandeling te waarborgen en anderzijds omwille van financiële redenen, ook al is het medicament terug leverbaar in uni-dosis. De medicatie uit de multi-dosis verpakking wordt in individuele zakje gestopt waarop de naam en de dosering genoteerd, geen lotnummer of vervaldatum.
19.3 De instelling evalueert regelmatig het uitgiftesysteem voor medicatie buiten de openingstijden en voert eventueel verbeteringen door.		De procedure 'Gebruik van geneesmiddelen uit de noodkast' heeft een vervaldatum van juni 2019.
27.7 De interdisciplinaire commissie gebruikt de informatie die ze verzamelt over het medicatiebeheersysteem, om successen en kansen tot verbetering te identificeren en voert verbeteringen tijdig door.		De leden van het CGMM en de apotheker geven aan dat het verzamelen van informatie over het medicatiebeheersysteem nog niet is gebeurd en op de planning staat voor 2020.



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
27.8 De interdisciplinaire commissie deelt de resultaten van de evaluatie met de medewerkers en zorgverleners.		De leden van het CGMM en de apotheker geven aan dat het verzamelen van informatie over het medicatiebeheersysteem nog niet is gebeurd en op de planning staat voor 2020. De apotheker geeft aan dat het CGMM geen evaluatie uitvoert omtrent het medicatiegebruik.
Leiderschap		
1.8 De instellingsleiding heeft een procedure voor het verzamelen en beoordelen van informatie over trends in ethische kwesties, uitdagingen en situaties.		De leden van het ethisch comité duiden dat er geen structurele procedure bestaat voor het verzamelen en beoordelen van informatie inzake ethiek.
11.9 De instellingsleiding evalueert regelmatig de onderlinge rapportage en de 'span of control' van de leidinggevenden.		Uit gesprek met een programmacoördinator, hoofd Personeel, een clustermanager en uit documenten, blijkt dat er geen beleid bestaat met betrekking tot het vaststellen en evalueren van de span of control van leidinggevenden. De auditoren hebben dit wel aangetroffen op een afdeling maar dit is niet vanuit de instellingsleiding ingezet maar op initiatief van een clustermanager.

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Zorgspecifieke normensets

Diamanten criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Langdurige zorg en dagopvang		
5.19 De instelling controleert de structurele scholing van ieder teamlid, komt tegemoet aan de professionele ontwikkelingsbehoeften van het teamlid en documenteert deze informatie in het personeelsdossier van het teamlid.		De informatie omtrent de intern en extern gevolgde opleidingen wordt bijgehouden op de personeelsdienst maar zit niet samen in één gebundeld personeelsdossier.
16.10 Na de overplaatsing of zorgafrondding/ontslag neemt het team contact op met de cliënten, hun familie en mantelzorgers om te controleren of er is voldaan aan hun behoeften; het team gebruikt deze informatie om zijn planning van overplaatsing of zorgafrondding/ontslag te verbeteren.		Op PVT Rado vertelt de sociale dienst dat er is geen systematisch beleid om na het beëindigen van de zorg, contact op te nemen met bewoners en familie.
18.8 Het team gebruikt de resultaten van interne audits voor de verbetering van de cliëntendossiers.	!	De resultaten van de zesmaandelijks audits omtrent patiëntendossiers zijn nog niet besproken binnen het kernteam en er zijn nog geen verbeteracties bepaald.
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.		De auditor stelt vast dat er geen systematische opvolging van cliënten is nadat zij hun zorgtraject in acute zorg of ouderenzorg in het OPCZ hebben afgerond. Feedback van deze opvolging kan dus ook niet systematisch gebruikt worden om de resultaten van overdracht, ontslag en nazorgplannen te monitoren en te verbeteren.
16.3 Het team volgt een gestandaardiseerde procedure om te kiezen tussen tegenstrijdige evidence-based richtlijnen.		De auditor stelt vast dat ziekenhuisbreed geen gestandaardiseerde methode bestaat om evidence based richtlijnen te selecteren.

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

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	
Opmerkingen: De auditoren hebben voor het toetsten van dit kritisch proces gesproken met onder andere verpleegkundigen en leidinggevenden van de afdelingen rehabilitatie en acute zorg 3A, de kwaliteitscoördinatoren en het hoofd personeel en kwaliteit. De instellingsleiding draagt de visie, missie en waarden uit in de organisatie, onder andere via het intranet. Bij de introductie van nieuwe medewerkers worden de missie en visie toegelicht en tijdens de evaluatiegesprekken komen de waarden van de instelling aan bod. De algemeen directeur en de hoofddirecties bezoeken samen met andere directieleden frequent de afdelingen met een specifiek thema en vragen na wat de medewerkers nodig hebben om verbeteracties te kunnen uitvoeren. Dit wordt ELW (executive leadership walkround) genoemd. Door de ELW betreft de directie onder andere de basised medewerkers bij verbeterprocessen en ervaren de directieleden een kleinere afstand tussen medewerker en directie. De algemeen directeur geeft aan dat de medewerkers zich meer gehoord voelen sedert de opstart van de ELW. Strategische doelen zijn gekend en worden door de directie bekend gemaakt op het intranet. Ook worden instrumenten beschikbaar gesteld om deze doelen operationeel te kunnen maken op afdelingsniveau. Door middel van verbeterplannen kan een afdeling de operationele doelen in een PDCA (plan do check act) cyclus omzetten. De auditoren hebben vernomen dat voorafgaande nog niet op elke afdeling reeds is toegepast. <u>Compliment:</u> ELW (executive leadership walkround)	



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Kritisch proces	Omschrijving
Management van middelen	Monitoren, bijhouden en integreren van activiteiten die te maken hebben met de toewijzing en het gebruik van bronnen.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditor heeft bij het toetsen van het kritisch proces 'Management van middelen' gesproken met de leidend ambtenaar, het hoofd boekhouding, de stafmedewerker administratie en financiën en het hoofd van de aankoopdienst. De auditor heeft het 'Strategisch plan' ingezien evenals het 'Ondernemingsplan 2018-2019'. Twee keer per jaar worden strategische en operationele doelstellingen geëvalueerd. Dit heeft de auditor bevestigd gezien in verslagen van het DC (directiecomité), de RvB (Raad van Bestuur) en in beleidsplannen van clusters en zorgeenheden. De werkwijze voor het opstellen van het strategisch plan en ondernemingsplan is vastgelegd in het document 'Beleidsplancycclus'. Jaarlijks wordt een begroting opgesteld volgens vastgestelde regels. De auditor heeft niet kunnen vaststellen dat het strategisch plan, het ondernemingsplan en de begroting aan elkaar gekoppeld zijn. De begroting wordt minimaal per kwartaal opgevolgd en de personeelscijfers maandelijks. De auditor heeft voorafgaande bevestigd gezien in verslagen van het DC en van de RvB. Leidinggevenden hebben geen budgetverantwoordelijkheden.	
Menselijk kapitaal (HRM)	Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditor heeft gesprekken gevoerd met medewerkers, leidinggevende en verpleegkundigen van For3, Rehabilitatie, PVT Lanaken en Acute Zorg. Uit deze gesprekken blijkt dat auditees de instelling ervaren als een veilige omgeving, zij voelen zich gesteund door de leidinggevende en geven aan dat zij gefaciliteerd zijn door de instelling voor de mogelijkheden die zijn geboden op het vlak van opleiding, vorming en coaching. Tijdens gesprekken op de afdelingen PVT, rehabilitatie en forensische zorg, hebben de auditoren vernomen dat teamleden noden kunnen aangeven omtrent het vormingsaanbod. Tijdens het bezoek aan de personeelsdienst blijkt dat het beleid veelal gebaseerd is op de wet- en regelgeving van de Vlaamse overheid. De auditor heeft geen evidence based beleid met betrekking werving en selectie of personeelsbeleid aangetroffen. De instelling heeft een lijst van verplichte vorming opgesteld, onder andere over medicatie, kwaliteit en veiligheid, signaleringsplannen, agressie, EHBO (eerste hulp bij ongevallen) en informatieveiligheid. Deze lijst wordt jaarlijkse bijgesteld. Binnen de cluster wordt bepaald welke vormen wenselijk zijn om te voorzien in de specifieke noden van de zorgverleners. Vrijwilligers krijgen éénmaal per jaar een scholing aangeboden. <u>Uitdaging:</u> De instellingsleiding beschermt de individuele privacy bij het bijhouden en opslaan van personeelsdossiers van zorgverleners en andere medewerkers en vrijwilligers. (Leiderschap, 11.13)	

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Kritisch proces	Omschrijving
Geïntegreerd kwaliteitsmanagement	Voortdurend, proactief en systematisch proces om kwaliteit vanuit een systeemomvattend perspectief te begrijpen, managen en communiceren om zo doelen en oogmerken te realiseren.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditoren hebben de tracer 'Een incident' gevolgd en hebben hierbij onder andere gesproken met verpleegkundigen, het hoofd kwaliteit en personeel, de kwaliteitscoördinator, leidinggevend en programmacoördinatoren van de afdelingen For 3, acute zorg 3A en Rehabilitatie. Tevens hebben auditoren gesproken met patiënten van de afdeling rehabilitatie. De instelling heeft een cliëntveiligheidsplan ontwikkeld en geïmplementeerd. Auditoren hebben gezien dat hiervoor onder andere een dashboard en verbeterplannen gebruikt zijn. Een meld- en leersysteem voor incidenten, calamiteiten en bijna-ongevallen is ingebed in de werking en is geëvalueerd en bijgestuurd. Het rapportagesysteem voorziet in de flow om gemelde incidenten te analyseren. Medewerkers geven aan dat zij een terugkoppeling ontvangen van de melding die zij hebben gemaakt. De leidinggevend formuleren vanuit de analyses verbeteracties op afdelingsniveau en volgen deze verbeteracties op binnen de overlegstructuur van het team. De auditor heeft bevestigd gezien dat beleid bestaat omtrent het uitvoeren van PRI's en heeft meerdere prisma-analyses ingezien van 2019. Auditoren hebben van meerdere auditees vernomen dat medicatieverificatie gebeurt conform het protocol bij opname of aan het begin van de zorgverlening. Kwartaalrapportages omtrent cliëntveiligheidsthema's zijn beschikbaar gesteld voor en geagendeerd op de Raad van Bestuur. Vanuit de bespreking van deze kwartaalrapportages bepaalt de Raad van Bestuur aanbevelingen, die opgenomen worden in de beleidsplannen van de directie. Tijdens de werkplekbezoeken zien de auditoren bevestigd dat op de afdelingen sprake is van het kwaliteitsdenken in een PDCA cyclus. Uit het gesprek met patiënten blijkt dat familie en andere naasten van patiënten, nauw betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding. Zowel bij op de afdeling rehabilitatie als op de afdeling acute zorg 3A vernemen auditoren toepassingen van systeemtherapie en gestructureerde familiegesprekken.	
Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes	Identificeren van en besluiten nemen met het oog op ethische dilemma's en problemen.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditor heeft voor het toetsen van dit kritisch proces gesproken met leden van het ethisch comité, waaronder de voorzitter, de juriste en de notulist. Een beleidstekst inzake het ethisch beleid is beschikbaar in het documentbeheersysteem en bevat geen handvaten voor medewerkers hoe te handelen bij ethische casuïstiek. De leden van het ethisch comité geven aan dat binnen het ethisch comité beperkte kennis voorhanden is om een degelijk structureel ethisch beleid uit te werken en geven aan dat ad hoc ethische kwesties worden behandeld. Deze auditees ervaren dat er binnen het OPZC veel wordt geïnvesteerd in open communicatie, waardoor casuïstiek bespreekbaar is. De leden van het ethisch comité zijn niet systematisch betrokken bij aanvragen voor wetenschappelijk onderzoek en willen hier zelf de nodige initiatieven toe nemen om hun rol hierbij te verduidelijken t.a.v. de medewerkers.	

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Kritisch proces	Omschrijving
Communicatie	Communicatie tussen verschillende lagen van de organisatie en met externe betrokkenen.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditor heeft de tracer 'Een verwijzing van een patiënt' gevolgd en heeft hiervoor onder andere gesproken met de stafmedewerker communicatie, de medewerker communicatie en met de data protection officer (DPO). De stafmedewerker communicatie heeft een communicatieplan uitgewerkt, dat beschikbaar is in het documentbeheersysteem. De dienst communicatie gebruikt diverse communicatiekanalen die gericht zijn op zowel interne als externe stakeholders. Intern vormt het intranet de belangrijkste bron van informatie voor medewerkers, waaronder beleidsinformatie. Op basis van feedback van de gebruikers is de keuze gemaakt om een meer interactief intranet te bouwen in 2020. Hiervoor is een werkgroep opgericht met vertegenwoordigers uit alle geledingen van de organisatie. Ook sociale media worden gebruikt om medewerkers te informeren. Zo is o.a. een interne facebookpagina gemaakt omtrent accreditering en is een blog voorzien op het intranet. De medewerkers geven aan voldoende vrijheid te krijgen van de directie om op creatieve wijze interne communicatie in te richten. Auditoren hebben vastgesteld dat medewerkers, zorgverleners, leidinggevenden, stafleden, directieleden en leden van RvB in een open sfeer communiceren waarbij eerlijk wordt toegelicht wat de stand van zaken is in de toepassing van het gestelde beleid. Meerdere auditees geven aan dat er steeds de mogelijkheid bestaat om een eigen mening te formuleren t.o.v. een meerdere. De stafmedewerker communicatie is tevens beheerder van het documentbeheersysteem. De standaardrevisietermijn van documenten bedraagt twee jaar. De auditor heeft in functie van privacy en vertrouwelijkheid van informatie, gesproken met de DPO. Alle vereiste registraties in het kader van de AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming) wetgeving is ontwikkeld binnen het HospiLim netwerk. De auditor heeft het verwerkersregister van de AVG ingezien. De DPO duidt dat een revisie van dit register nog moet gebeuren. Inzake bescherming van patiëntgegevens is een toegangsmatrix EPD opgesteld die is ingezien door de auditor. De toegang tot patiëntgegevens in het EPD is traceerbaar. Externen (bv. huisartsen) hebben geen toegang tot het EPD. De DPO geeft vorming rond informatieveiligheid aan nieuwe medewerkers. Het melden van informatie-veiligheidsincidenten is een aandachtspunt volgens deze audittee. De bescherming van personeelsgegevens is de verantwoordelijkheid van het hoofd van de personeelsdienst. Auditoren hebben vernomen dat personeelsdossiers bestaan uit verschillende dossierelementen die niet voldoen aan de AVG wetgeving. <u>Compliment:</u> Aanspreekcultuur en openheid	
Fysieke omgeving	Verlenen van geschikte en veilige structuren en faciliteiten voor het succesvol uitvoeren van missie, visie en doelstellingen.
Leiderschap	
Opmerkingen: Uit het gesprek met de preventieadviseur en het hoofd van de technische dienst, heeft de auditor vastgesteld dat de instelling zorg draagt voor de veiligheid van medewerkers en patiënten met betrekking tot de waterkwaliteit, noodverlichting en -signalisatie, gevaarlijke stoffen, alsook bij verbouwingen en aanbouw. Alle uitgangen en nooduitgangen zijn aangeduid volgens de wettelijke vereisten. Blusinstallaties worden regelmatig geïnspecteerd door een externe firma.	

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Kritisch proces	Omschrijving
	De instelling heeft een rookbeleid waarbij aangewezen rookruimten zijn bepaald. Er is toezicht op de naleving van het rookbeleid.
Vorbereid zijn op noodsituaties	Omgaan met noodgevallen en andere aspecten van openbare veiligheid.
Infectiepreventie en -bestrijding Leiderschap	
Opmerkingen: Uit gesprekken met de preventieadviseur, het hoofd van de facilitaire diensten, de applicatiebeheerders, verpleegkundigen en de leidinggevende van de afdeling ouderzorg 4, blijkt dat infectieziekten en het bestrijden hiervan bekend zijn in de instelling. Medewerkers kunnen aangeven waar zij documenten kunnen vinden omtrent infectiepreventie. De instelling heeft een beleid met betrekking tot evacuaties en rampen en bezit een rampenplan. Meerdere rampenscenario's zijn uitgewerkt en medewerkers kunnen deze benoemen. De instelling heeft in april 2018 voor het laatst een evacuatieoefening uitgevoerd voor beide campussen. De frequentie van het uitvoeren van evacuatieoefeningen is niet bepaald en voor 2019 en 2020 is geen planning van evacuatieoefeningen opgemaakt. <u>Uitdaging:</u> De instelling oefent regelmatig de rampenbestrijdingsplannen om de staat van paraatheid te beoordelen. (Leiderschap, 13.5)	
Patiëntenstroom	Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditor heeft de tracer 'Een verwijzing van een patiënt' gevolgd en heeft hiervoor onder andere gesproken met de opnamecoördinator acute- en ouderenzorg alsook met de opnamecoördinator forensische zorg. De opnamecoördinatoren geven aan dat er regelmatig overleg is met verwijzende instellingen om zicht te hebben op de te verwachten instroom van patiënten naar het OPZC. In overleg met de klinische teams gebeurt een evaluatie van de termijn waarop plaatsen beschikbaar komen. Van hieruit wordt verder gecommuniceerd met aangemelde patiënten die wachten voor een opname. Auditees geven aan dat de inreach verpleegkundige voor forensische zorg en het mobiel team voor acute zorg betrokken zijn bij de opnameplanning. Binnen de cluster acute- en ouderenzorg is door de opnamecoördinator een digitaal registratieformulier uitgewerkt om alle aangemelde patiënten op te volgen. De verpleegkundigen van de afdeling acute zorg 1 (AZ1) nemen de telefonische permanentie van de opnamecoördinatie waar bij afwezigheid van de opnamecoördinatoren en ook zij hebben toegang tot dit digitaal registratieformulier. Om de samenwerking binnen de cluster acute- en ouderenzorg te optimaliseren is recent een OTO (opname – transfer – ontslag) overleg opgestart. Op dit wekelijks overleg van de opnamecoördinatoren en de psychiaters van de cluster acute- en ouderenzorg worden casussen van aangemelde patiënten besproken om zo de doorstroom van patiënten efficiënter te laten verlopen. De opnamecoördinator van de cluster forensische zorg duidt dat het team de uitstroom van bv. patiënten met een verstandelijke beperking, proactief voorbereidt door bij opname reeds een VAPH (Vlaams	

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Kritisch proces	Omschrijving
	Agentschap voor Personen met een Handicap) dossier aan te vragen. Deze werkwijze is opgezet als verbeterproject vanuit ervaren moeilijkheden bij het zoeken naar uitstroommogelijkheden van deze patiënten. De auditor heeft telefonisch contact opgenomen met een tweetal verwijzers en heeft van hen vernomen dat ze tevreden zijn over de samenwerking met het OPZC. <u>Complimenten:</u> Zelf uitgewerkt registratiesysteem door opnamecoördinatoren OTO-overleg Wekelijkse contactname binnen wachtlijstbeleid
Medische instrumenten en apparatuur	Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen.
	Infectiepreventie en -bestrijding Leiderschap Opmerkingen: De auditor heeft de tracer 'Ingebruikname en onderhoud van een medisch apparaat' gevolgd en heeft hierbij gesproken met leden van het CGMM, medewerkers van de logistieke dienst en van de aankoopdienst. Topdesk (softwarepakket) omvat het beheersysteem van medische apparaten en hulpmiddelen is ingezien door de auditor. Uit werkplekbezoeken heeft de auditor bevestigd gezien dat het beheer en beleid omtrent medische apparatuur geborgd is in de organisatie. Incidenten inzake medische instrumenten en apparatuur zijn binnen het incidentmeld- en leersysteem geregistreerd, geanalyseerd en opgevolgd. De auditor heeft vastgesteld dat voldaan is aan alle nalevingstesten van de VIR omtrent effectief preventief onderhoud van medische instrumenten, materialen, medische apparatuur en medische technologie. De instelling voert geen sterilisatieprocessen uit en beschikt niet over endoscopen.
Governance	Optimaal functioneren van het toezichtsorgaan.
	Governance Opmerkingen: De auditoren hebben gesproken met de voorzitter, ondervoorzitter en een lid van de RvB, de leidend ambtenaar als algemeen directeur (in Nederland de bestuurder), de hoofdarts, leden van het directieteam, en clustermanagers. De RvB is het toezichthoudend orgaan. De leden van de RvB worden benoemd door de Vlaamse Regering. De RvB bestaat uit stemgerechtigde en niet stemgerechtigde leden waaronder twee regeringscommissarissen (inhoudelijk en financiën). Bij de samenstelling wordt ervoor gezorgd dat de noodzakelijke expertise voor een RvB aanwezig is. De governance van OPZC is zorgvuldig vastgelegd mede in regelgeving vanuit de overheid. In de gesprekken blijkt dat de RvB goed en gedetailleerd op de hoogte is van het reilen en zeilen van het OPZC. De RvB wordt maandelijks van de kerngegevens van de organisatie op de hoogte gesteld en deze worden in de maandelijkse vergadering van de RvB met de leidend ambtenaar en de hoofdarts besproken. Voorafgaande aan de vergadering (20 minuten) worden de leden geïnformeerd door medewerkers van het OPZC die ook op eigen initiatief zich tot de RvB kunnen wenden. Terugkerende agendapunten zijn: begroting; jaarrekening; kwartaalafsluiting; kwaliteit en patiëntveiligheid (viermaal per jaar); evaluatie van de leidend ambtenaar en van de hoofdarts (éénmaal per jaar o.b.v. 360 graden rapport); het strategisch plan en het ondernemingsplan.

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Kritisch proces	Omschrijving
	Minstens viermaal per jaar vindt een opvolgingscommissie plaats (voorzitter van de RvB, regeringscommissarissen en leidend ambtenaar) over actuele thema's, knelpunten, en opvolging bepaalde dossiers. De RvB voert een stakeholders overleg en werkt met een deontologische en een gedragscode. <u>Compliment:</u> Engagement en betrokkenheid RvB



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

5.2. Beoordelingen van zorgspecifieke normen

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

5.2.1 Langdurige zorg en dagopvang

Kritisch proces	Omschrijving
Besluitondersteuning	Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.
Opmerkingen: Voor de normenset Langdurige zorg zijn de patiëntentracers 'Een nieuwe opname van een bewoner in een PVT', 'Een verwijzing van een bewoner vanuit PVT naar een andere instelling' en 'Een bewoner opgenomen in het PVT MG' gelopen. De auditoren hebben gesproken met onder andere hoofdverpleegkundigen, psychiaters, een ergotherapeut, verpleegkundigen, een psycholoog, een orthopedagoog, de psychiater en een kinesist. Patiëntdossiers zijn tijdig en actueel ingevuld. De teams hebben sinds enkele maanden machtiging om het vorige patiëntendossier in te kijken (indien het gaat om een interne doorverwijzing vanuit OPZC Rekem) waardoor ze gemakkelijker bij belangrijke patiënt-gerelateerde informatie kunnen komen bij een heropname. De stafmedewerker van de hoofarts heeft in mei en november 2019 een interne audit uitgevoerd op patiëntendossiers. De informatie uit deze audits is gekend bij de clustermanager en is besproken op een clusteroverleg, nog niet met de afdelingen. Acties omtrent verbetering van de patiëntendossiers op basis van de resultaten van deze interne audits zijn er nog niet bepaald.	
Competentie	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.
Opmerkingen: Functieprofielen zijn aanwezig voor alle verschillende functies van een team. Er is een onthaaltraject voor nieuwe medewerkers en een vormingsplan is ingezien. Het wervings- en selectiebeleid van de organisatie ligt gecentraliseerd bij de personeelsdienst. De hoofdverpleegkundigen kunnen hun wensen doorgeven aan de clustermanager die deze wensen bespreekt met de personeelsdienst en de verpleegkundig directeur. De beslissing omtrent wie aangeworven/ingezet wordt, ligt bij de verpleegkundig directeur en personeelsdienst, hoofdverpleegkundigen zijn hierbij niet betrokken. Hoofdverpleegkundigen zeggen dat het zeer moeilijk is om vacatures in te vullen waardoor kandidaten niet steeds voldoen aan de gewenste kwaliteiten, opleiding of ervaring. Op de personeelsdienst zijn personeelsdossiers ingekeken. Personeelsdossiers bestaan uit verschillende documenten die afzonderlijk worden bewaard. Er wordt niet gewerkt met infuuspompen. <u>Uitdagingen:</u> De teamleiders werven en selecteren teamleden op basis van hun kwalificaties, ervaring en de mate waarin zij in het team passen. (Langdurige zorg, Competentie, 5.2!) Ieder teamlid beschikt over een actueel personeelsdossier met informatie over de selectieprocedure, de arbeidsovereenkomst, de verificatie van referenties en de ontvangen introductie en scholing. (Langdurige zorg, Competentie, 5.17)	

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Klinisch leiderschap	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.
Opmerkingen: Behoeften van de patiënten zijn in kaart gebracht en de dienstverlening is hierop afgestemd. De hoofdverpleegkundigen bespreken maandelijks de bezetting met hun clustermanager en kijken waar er knelpunten liggen om van hieruit acties te ondernemen. De werking van het OPZC is bekend bij patiënten en het netwerk door een website waarop de werking van de verschillende afdelingen is toegelicht. De opnamecoördinator is zowel per mail, telefonisch als persoonlijk bereikbaar voor verwijzers voor een toelichting omtrent de geboden zorg. Er zijn samenwerkingsverbanden aangegaan met zorgpartners (o.a. Pallion en het expertisecentrum valpreventie) om onder andere de kennis van medewerkers te verruimen. Er is een multidisciplinair team samengesteld volgens de wettelijke norm. Omwille van ziekte van medewerkers werken de teams regelmatig op minimumbezetting. De fysieke omgeving is, binnen de mogelijkheden, aangepast aan de noden van de bewoners en er is materiaal beschikbaar voor het uitvoeren van zorg.	
Punt van zorg testdiensten	Gebruik van niet-laboratoriumtesten op het punt van zorg om medische problemen vast te stellen.
Opmerkingen: Binnen de instelling wordt hergebruik van POCT-apparatuur vermeden door te werken met POCT-apparatuur voor éénmalig gebruik. Voor apparatuur die meermaals gebruikt wordt (bijvoorbeeld een alcoholtester) houden de medewerkers zich aan de vereiste hygiënevoorschriften. Een volledige en actuele inventaris van POCT-apparatuur is aanwezig in een informaticaprogramma TopDesk. De werking van deze apparatuur wordt maandelijks getest/gecontroleerd. In geval van problemen wordt er vanuit het systeem Topdesk een melding gemaakt. De uitvoering van een POCT-handeling is binnen PVT MG geobserveerd en is volgens de richtlijnen uitgevoerd. Bij een observatie stelt de auditor vast dat de operationele standaardprocedure voor de afname van stalen gevolgd is. De stalen worden opgestuurd naar een extern labo en dit gebeurt volgens vaste afspraken.	
Resultaten beïnvloeden	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.
Opmerkingen: Binnen OPZC Rekem wordt er gewerkt met een incidentmeldingssysteem. Er zijn afspraken over het gebruik, de opvolging en de verbeteracties, die zijn gekend en worden gevolgd. Er wordt informatie over de tevredenheid van de dienstverlening verzameld en op basis hiervan aan kwaliteitsverbetering gedaan. Het dashboard 'Kwaliteitsverbeterplan' bevat indicatoren en is in gebruik sinds september 2019.	
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: Bewoners en familie worden geïnformeerd over de diensten die worden verleend, de rechten die gelden en de heersende klachtenprocedure. Aan iedere bewoner (of vertegenwoordiger) wordt een informed consent bevraagd en opgenomen in het dossier. In de PVT's is tegemoet gekomen aan de zorgbehoeften van de bewoners binnen de infrastructurele en bezettingsmogelijkheden. Er wordt op structurele wijze aan zorg- en behandelplanning gedaan en deze wordt gedocumenteerd in het elektronisch zorgdossier. Er is geen structurele opleiding voorzien voor palliatieve zorg. In geval van nood aan stervensbegeleiding en palliatieve zorg wordt gezocht naar de meest passende formule om de zorg zoveel als mogelijk in de vertrouwde	

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

omgeving te kunnen bieden. Indien nood aan extra expertise worden er samenwerkingsverbanden aangegaan (met huisartsen, algemene ziekenhuizen, dienst Pallion,...). Er is een beleid rond misbruik, verwaarlozing, mishandeling en uitbuiting van de bewoners. Er wordt zoveel als mogelijk tegemoet gekomen aan het respecteren van de autonomie en wensen van de bewoners.

Beleid en procedures voor POCT zijn opgemaakt. Er zijn geen opleidingen voor het stellen van POCT-handelingen.

Alle VIR's zijn als voldaan beoordeeld (decubitus; medicatieverificatie; suïciderisico; patiëntidentificatie; valrisico; informatieoverdracht en de rol van patiënt/bewoner en familie bij de bevordering van patiëntveiligheid). Voor al deze VIR's is beleid uitgeschreven dat beschikbaar is in het documentbeheersysteem.

De auditoren hebben de implementatie van zorgrisico's in het elektronisch zorgdossier vastgesteld. Op de verschillende bezochte PVT-afdelingen gebeurt een systematische en punctuele opvolging van de afspraken omtrent het werken met het elektronisch zorgdossier.

Uitdagingen:

De instelling biedt een introductie tot en training in POCT-beleid en -procedures aan alle zorgprofessionals die POCT uitvoeren. (Langdurige zorg, Zorgverlening, 15.3)

Het team ontvangt tijdens de introductie en daarna structureel voorlichting en training over de verlening van kwalitatief hoogwaardige palliatieve zorg en stervensbegeleiding. (Langdurige zorg, Zorgverlening, 17.2)



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

5.2.2 Infectiepreventie en -bestrijding

Kritisch proces	Omschrijving
Infectiepreventie en -beheersing	Maatregelen door medisch personeel in gezondheidsinstellingen om het overdragen en oplopen van infectieverwekkers te verminderen.
Opmerkingen: Infectiepreventie- en -bestrijding wordt behartigd door het comité ziekenhuishygiëne. Zij vergaderen viermaal per jaar. De auditor heeft kunnen vaststellen dat er een beleid is rond veilige injectieprotocollen en dat deze worden toegepast op de afdelingen. De auditor heeft het verslag van het Comité Ziekenhuishygiëne ingezien waarin de cijfers rond prikaccidenten zijn besproken, evenals twee voorstellen ter opheffing van de risico's. In het beleid zijn de richtlijnen zoals bepaald in de nalevingstesten uitgeschreven. Het afvalbeleid is beschikbaar via een flowchart, en dit voor de beide campussen. De auditor heeft de recipiënten voor verwijdering van risico houdend medisch afval aangetroffen op de afdelingen. De instelling heeft een vaccinatiebeleid. De auditor heeft gezien dat de implementatie ervan gaande is. Er is een infectieregistratie die viermaandelijks of zoveel vaker als nodig is wordt geanalyseerd. Indien nodig worden passende maatregelen genomen op de betreffende afdelingen. De instelling hanteert een protocol handhygiëne en er is voorlichting gegeven aan medewerkers, zorgverleners en vrijwilligers. De auditor heeft vastgesteld dat de procedure voor handhygiëne in casussen niet is nageleefd. De apotheker heeft voor de start van de magistrale bereiding Methadone geen handhygiëne toegepast en de apotheker gebruikte een keukenhanddoek in plaats van de beschikbare papieren wegwerpdoekjes. Het werkoppervlak zijn niet gereinigd geweest voor de aanvang van de magistrale bereiding. Op de afdeling Rado 1 is voor of na het controleren van het aantal capsules geen handontsmetting gebeurd. <u>Uitdaging:</u> De instelling meet de naleving van de ingevoerde handhygiënepraktijken via directe observatiemethoden. (Infectiepreventie, VIR 8.6.2)	



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

5.2.3 Medicatiebeheer

Kritisch proces	Omschrijving
Medicatiemanagement	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.
Opmerkingen: Voor het toetsen van de normenset medicatiebeheer heeft de auditor de tracer 'Waarborgen van de medicatieveiligheid' gelopen. Hierbij heeft de auditor gesproken met leden van het CGMM alsook met de twee apothekers en met de apotheekeassistenten tijdens het apotheekebezoek. Daarnaast zijn artsen en verpleegkundigen van meerdere afdelingen bevraagd alsook de arbeidsgeneesheer en de ziekenhuishygiënist. De CGMM is samengesteld zoals wettelijk is bepaald. De vertegenwoordiging van de afdelingen in het CGMM verloopt via een stafmedewerker, die een terugkoppeling geeft en in verbinding staat met de referentieverpleegkundigen medicatie. Er is geen beleid inzake medicatiemonsters. Recent is een e-learning omtrent HRM uitgezet. Ook de artsen maken gebruik van dit medicatie-educatieprogramma. De integratie van het medicatieprogramma met het patiëntendossier en de labuuitslagen wordt door de leden van het CGMM als een zwak punt omschreven. Het medicatieprogramma heeft geen elektronisch waarschuwingssysteem. De apotheker heeft hiervoor een work-around uitgewerkt via APB Delphi Care. De auditor heeft, net zoals het FAGG, vastgesteld dat er ten aanzien van de wettelijke vereisten onvoldoende ruimte is in de apotheek om de taken zoals bereidingen uit te voeren. De auditor heeft gezien dat medicatie niet steeds identificeerbaar is tot aan het moment van toediening. Een aerosoltoestel voorzien van medicatie voor het volgende gebruik, staat vrij toegankelijk in de leefruimte van de patiënten. Voor multi-dosis medicatievoorraad zijn zakjes in gebruik met vermelding van de naam van het product en de dosis, zonder vervaldatum of lotnummer. Retourmedicatie blijft op de afdeling tot aan de nieuwe levering om de zeven of 14 dagen. De apotheker duidt dat er geen beleid is in inzake recall van medicatie. Tijdens de bereiding van medicatie zijn persoonlijke beschermingsmaatregelen niet in acht genomen. De auditor heeft vastgesteld in de apotheek dat de te vernietigen medicatie in een overvolle kartonnendoos wordt bewaard dat sporen van uitgelopen vloeistof vertoont. De auditor heeft vastgesteld dat het beleid inzake dubbel check niet steeds wordt gevolgd. Er is voldaan aan alle van toepassing zijnde VIR's. <u>Uitdagingen:</u> De medicatie-opslagruimten van de instelling voldoen aan de wettelijke vereisten en geldende regelgeving voor gereguleerde stoffen. (Medicatiemanagement, 12.5!) Het apotheekteam vermijdt direct contact met de medicatie tijdens de bereiding. (Medicatiemanagement, 16.5!) Eenheidsdoses orale medicatie blijven in de verpakking van de fabrikant of de apotheek tot het moment van toediening. (Medicatiemanagement, 17.4!) De zorgverleners vragen een onafhankelijke, extra controle, voordat hoog-risicomedicatie bij het point-of-care wordt toegediend. (Medicatiemanagement, 23.3!)	



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

5.2.4 Geestelijke gezondheidszorg

Kritisch proces	Omschrijving
Besluitondersteuning	Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.
Opmerkingen: Het EPD is ziekenhuisbreed uitgerold en voorziet in een uniek patiëntendossier waarvan de toegang beveiligd is. Papieren dossieronderdelen worden gedigitaliseerd en toegevoegd aan het EPD. Daar waar oude papieren dossiers nog in gebruik zijn, worden deze achter slot bewaard. Op de verschillende zorgafdelingen wordt vastgesteld dat het dossier beveiligd is met een persoonlijk wachtwoord voor elke medewerker, waardoor vlotte, maar veilige toegang tot het dossier is voorzien. Halfjaarlijks vindt een dossieraudit plaats, die heeft geresulteerd in een verbetering van de registratie van verschillende dossieronderdelen. Er wordt ziekenhuisbreed beperkt gebruik gemaakt van evidence-based richtlijnen. Een gemeenschappelijke procedure om deze richtlijnen te selecteren is er niet. Een uitzondering daarop betreft de cluster forensische zorg waar een Intern Wetenschappelijk Comité deze rol opneemt. Klinisch bruikbare therapeutische fiches zijn opgesteld door verschillende therapeuten en nadien gevalideerd in het cluster- en kernteamoverleg. Medisch-psychiatrische klinische richtlijnen blijven in aantal beperkt.	
Competentie	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.
Opmerkingen: De behandelteams zijn multidisciplinair samengesteld. Aanwervingen gebeuren door de personeelsdienst met de verpleegkundig directeur zonder inbreng van de leidinggevend. Leidinggevend hebben bij het aansturen van hun teams zowel formeel als informeel aandacht voor de noden van hun teamleden. Medewerkers getuigen van deze ingesteldheid en auditoren stellen een sterke collegialiteit binnen de zorgafdelingen vast. Op verschillende afdelingen wordt bezorgdheid geuit rond besparingen en het terugvallen op een minimale personele bezetting. Het personeelsdossier bestaat uit verschillende papieren en digitale onderdelen, die op verschillende plaatsen bewaard worden. Het overzicht van gevolgde opleidingen wordt bijgehouden en kan worden aangevraagd door een leidinggevende. Dit overzicht wordt niet systematisch beschikbaar gesteld. Vanuit de personeelsdienst wordt ernaar toegewerkt om de verslagen van de evaluatiegesprekken maximaal beschikbaar te krijgen in het personeelsdossier. Op heden is er een bereik van 75% van de personeelsdossiers die een verslag bevatten van een evaluatiegesprek. Een verslag van het functioneringsgesprek van de artsen is geen onderdeel van het personeelsdossier van de artsen. Binnen OPZC Rekem is er geen gebruik van infuuspompen. In de uitzonderlijke situatie, bv. bij opstart van een palliatieve begeleiding, wordt beroep gedaan op externe dienst of wordt verwezen naar een andere zorginstelling. <u>Uitdagingen:</u> De teamleiders werven en selecteren teamleden op basis van hun kwalificaties, ervaring, en de mate waarin zij in het team passen. (Geestelijke Gezondheidszorg, Competentie, 5.2!) Voor elk teamlid bestaat een geactualiseerd personeelsdossier met informatie over de selectieprocedure, de arbeidsovereenkomst, de controle op kwalificaties, certificaten en registraties (indien van toepassing), en de gevolgde opleidingen en trainingen. (Geestelijke Gezondheidszorg, Competentie, 5.12)	

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

Klinisch leiderschap	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.
Opmerkingen: De auditoren stellen op de zorgeenheden ouderenzorg, acute zorg en forensische zorg vast dat de aanmelding en screening van patiënten via de opnamecoördinatoren gebeurt. Eens opgenomen worden patiënten begeleid aan de hand van een zorgplan waaraan een multidisciplinaire team bijdraagt én waaraan expliciet ook patiënten zelf en hun naasten (kunnen) participeren. Op de verschillende zorgeenheden wordt de mogelijkheid geboden aan de patiënten om aanwezig te zijn bij de patiëntenbespreking en samen behandeldoelen te bepalen. De diverse teams spannen zich in om familieparticipatie te optimaliseren zoals het project 'Familieparticipatie'. De auditoren hebben een folder ingezien met informatie voor de patiënten en familie of naasten omtrent participatie van het netwerk. In deze folder zijn de geboden mogelijkheden van participatie toegelicht. De auditoren hebben vastgesteld dat vooral binnen de zorgeenheden ouderenzorg dit project vorm gegeven wordt. Het OPZC Rekem heeft in de voorbije jaren in initiatieven zoals 'Dag van de Zorg' en 'Te Gek' geparticipeerd en organiseert opendeurdagen om te helpen de perceptie rond psychiatrie in de bredere maatschappij te veranderen. Vanuit ouderenzorg geven medewerkers (psycholoog, verpleegkundig leidinggevende) opleiding in de omliggende woonzorgcentra om de eerste lijn te ondersteunen. <u>Compliment:</u> Project familieparticipatie (ouderenzorg)	
Resultaten beïnvloeden	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.
Opmerkingen: De auditor stelt vast dat instellingsbrede kritische aandachtspunten bij de zorg zijn gedefinieerd en worden opgevolgd. De opvolging van kritische aandachtspunten bij de zorg wordt onder andere ondersteund door formulieren in het EPD, door referentiemedewerkers en gethematiseerde werkgroepen. De aandacht voor kwaliteitsopvolging en verbetering van zorg krijgt inhoud onder de vorm van onder andere executive leadership walkrounds en debriefing van geaggregeerde en individuele incidentmeldingen. Het valpreventiebeleid is geïmplementeerd en er is voldaan aan alle nalevingstests van deze VIR. Een incidentmeldsysteem is geïnstalleerd en gekend bij de medewerkers. De gemelde incidenten worden geanalyseerd en verbeteracties zijn individueel en geclusterd opgevolgd. Verschuillende voorbeelden van kwaliteitsverbetering zijn opgezet met positieve resultaten, bijvoorbeeld ten aanzien van de doorlooptijd van psychodiagnostisch onderzoek (meer dan een halvering van de doorlooptijd door procesafstemming tussen de verschillende betrokken zorgverleners) en het verfijnen van de argumenten van codering van suïciderisico en valrisico. <u>Compliment:</u> Doorlooptijd psychodiagnostiek	
Zorgverlening	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
Opmerkingen: De opnamecoördinatoren organiseren een permanentie waardoor individuele aanmeldingen en opnames vlot verlopen. Er wordt contact gehouden met instellingen uit de regio en in dringende gevallen wordt overleg gepleegd met deze instellingen wanneer de opnamecapaciteit binnen het OPZC ontoereikend is	

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

(bvb. met betrekking tot gedwongen opnames).

De zorg tijdens het zorgtraject in het OPZC Rekem is gestructureerd door de begeleiding van een multidisciplinair team dat zich inspant om voorafgaand aan de opname informatie te verzamelen ten behoeve van risico-inschatting. Belangrijke inspanningen gebeuren om familie te betrekken bij het zorgproces. Programma's zijn erop gericht om de diverse noden van patiënten op te vangen en een doorstart in de vervolfbegeleiding wordt systematisch voorbereid.

Waar systematiek ontbreekt is in de opvolging van cliënten wanneer zij de zorginstelling hebben verlaten. Voor patiëntengerelateerde informatie-overdracht wordt gebruik gemaakt van de het EPD, onder de vorm van patiëntenlijsten met aandachtspunten. Bij telefonische vragen aan de artsen wordt de SBAR methode (situation, background, assessment, recommendation) gebruikt.

Ziekenhuisbreed is er een uniform protocol van toepassing voor het scoren van suïcidaliteit. Het protocol is gekend bij de ondervraagde zorgverleners en de directe veiligheidsbehoeften worden ingeschat aan de hand van een suïcidaliteitsscore.

De auditor heeft bevestigd gezien dat het identificatiebeleid correct wordt toegepast op de zorgeenheden. Het protocol 'Medicatieverificatie' beschrijft de informatiebronnen en voorziet in een vergelijking van de medicatielijst van voor opname met die van bij de opname. De auditor heeft in alle gecheckte patiëntendossiers bevestigd gezien dat medicatieverificatie conform het protocol is uitgevoerd.

Op de website en in de afdelingsbrochures wordt verwezen naar de rol van familie in de bevordering van veiligheid.



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

6. Resultaten instrumenten

Onderzoek naar veiligheidscultuur binnen zorginstellingen

Inzicht in de veiligheidscultuur binnen een zorginstelling is belangrijk om gerichte acties ter verbetering van de patiëntveiligheid te kunnen kaderen en uitwerken. Het internationale accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum stelt daarvoor een instrument ter beschikking via de Qmentum portal. Het staat instellingen vrij hiervoor ook een ander instrument te gebruiken.

Het OPZC Rekem heeft de 'Hospital Survey on Patiënt Safety culture' gebruikt als instrument om de patiëntveiligheidscultuurmeting uit te voeren.

Tijdens het auditbezoek hebben de auditoren vastgesteld dat in het OPZC Rekem in juli 2018, een patiëntveiligheidscultuurmeting heeft plaatsgevonden. Auditoren hebben vastgesteld dat 56 procent van de bevroegde zorgverleners hebben deelgenomen aan de patiëntveiligheidscultuurmeting terwijl het vereiste aantal respondenten 48 procent is.

De gegevens zijn geanalyseerd en besproken op het directiecomité, de Raad van Bestuur, de medische raad, alsook met de leidinggevenden via het clusteroverleg en met de medewerkers via overleg met de leidinggevende.

Vanuit de resultaten van de patiëntveiligheidscultuurmeting zijn verbeteracties uitgezet, die opgevolgd zijn in het ondernemingsplan. Auditoren hebben vastgesteld dat actieplannen zijn opgemaakt vanuit de verbetermogelijkheden in het document 'Opvolging verbeteracties'.

De voortgang van de verbeteracties van deze patiëntveiligheidscultuurmeting is periodiek besproken en bijgestuurd op het directiecomité en in het clusteroverleg. In deze overleggen is de link gemaakt naar de vereisten van de NIAZ-criteria omtrent welzijn- en preventiebeleid van medewerkers.

Op basis van de bovenstaande bevindingen voldoet het OPZC Rekem naar veiligheidscultuur toe aan de 'Accreditatieprocedure 2019 Qmentum'.



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

7. Intern toetsingssysteem

In onderstaand overzicht staat in hoeverre het OPZC voldoet aan de eisen gesteld in de geldende accreditatieprocedure 2019 m.b.t. het intern toetsingssysteem.

Intern toetsingssysteem, voorwaarden vervolgaccreditering:

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 OPZC Rekem 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 NIAZ 3.1. kwaliteitsnorm, aangevuld met andere standaarden en richtlijnen aan dit referentiekader zoals indicatoren van VIP2, FRKVA, HACCP richtlijnen. Deze interne audits zijn uitgevoerd door opgeleide interne auditoren, waaronder ook artsen. De hoofddirectie is een externe NIAZ auditor.
Voor deze interne audits is een algemene planning opgesteld, waarbij rekening gehouden is met de risicovolle processen. Auditoren hebben vastgesteld dat de afdelingen en diensten meerdere interne audits hebben gehad in 2019 vanuit de voorbereiding op de NIAZ audit. Er zijn zowel VIR-audits als patiëntentracers uitgevoerd.
 - b. De veiligheidsrondes zijn uitgevoerd door leden van de directie, het middelmanagement en leidinggevenden.
 - c. De check op handhygiëne is gecoördineerd vanuit het comité infectiepreventie.
2. Het OPZC Rekem heeft in het interne toetsingsbeleid, als onderdeel van het instellingsbrede 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 of procesverantwoordelijke die hiermee verbeteracties onderneemt op de punten die onvoldoende scoren. 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 de Raad van Bestuur, het directiecomité, het medisch farmaceutisch comité, het clusteroverleg, het CPBW 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.

Het intern toetsingssysteem toont aan dat de medische staf actief betrokken is bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de zorginstelling. Meerdere artsen zijn opgeleid tot interne auditor, waarvan er op heden drie effectief actief deelnemen aan interne audits. Artsen zijn betrokken bij incidentanalyses, alsook in overleggen omtrent kwaliteits- en veiligheidsonderwerpen via onder andere participatie in de stuurgroep kwaliteit en veiligheid en in kwaliteitswerkgroepen.



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

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

Het OPZC Rekem 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 voorbije twee jaar intern getoetst.
 - Het intern toetsingssysteem toont aan dat de gehele organisatie betrokken is bij het borgen van het kwaliteitssysteem van het OPZC Rekem. 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 2019 Qmentum'.



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

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

Deze appendix vat de belangrijkste onderdelen samen van de accreditatieprocedure.

De beoordelingssystematiek van het NIAZ bestaat uit drie componenten:

- een rekenkundige beoordeling van de normensets,
- het interne toetsingssysteem van de zorginstelling (zie onder artikel 3 van de Accreditatieprocedure),
- een gekwalificeerd eindoordeel ('noodzakelijke voorwaarden').

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

1. voldoen aan alle vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's) passend bij het profiel van de betreffende zorginstelling. Alle VIR's zijn gerelateerd aan patiëntveiligheid en dienen geborgd te zijn.
2. voldoen aan ten minste 90% van de gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) per normenset;
3. voldoen aan ten minste 81% van alle gouden criteria over alle relevante normensets;
4. voldoen aan het behalen van de minimale vereiste respons op de veiligheidscultuurmeting.

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

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

NOODZAKELIJKE VOORWAARDEN voor toekennen of continueren van de accreditatiestatus

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

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



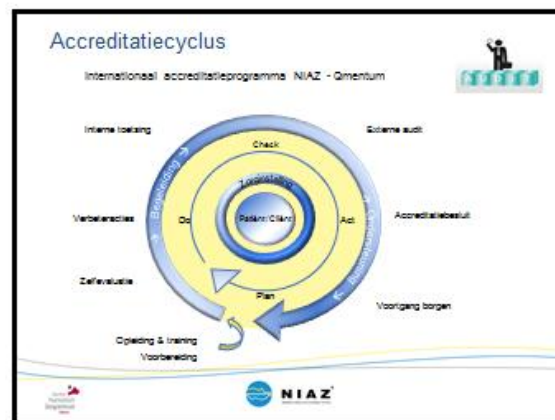
Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--

Appendix B: Slotpresentatie

**Auditbezoek
OPZC Rekem**



Vrijdag 6 december 2019

Wat deed u:

- Zelfevaluatie
- Interne toetsing met en zonder de tracermethodiek

Wat deden de auditoren:

- Externe toetsing met behulp van de tracermethodiek
- Minimaal 15 patiëntentracers en 11 organisatietracer
- Overleg en crosscheck
- Bevindingen notuleren in het auditrapport




Normensets OPZC Rekem

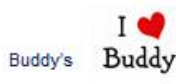
	Normensets
1	Governance
2	Leiderschap
3	Infectiepreventie en -bestrijding
4	Medicatiebeheer
5	Geestelijke gezondheidszorg
6	Langdurige zorg en opvang



Het hele auditteam bedankt:

Catering

ICT

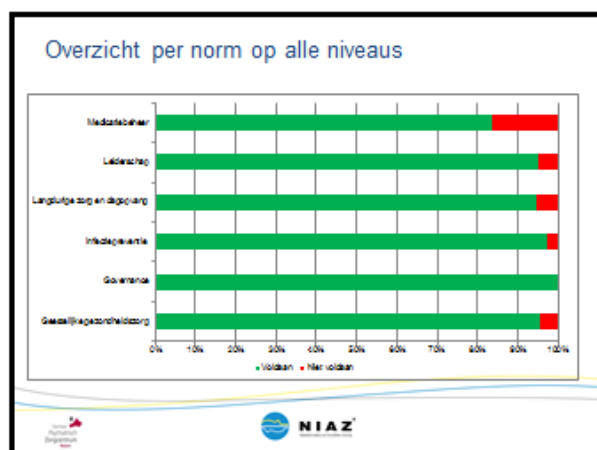
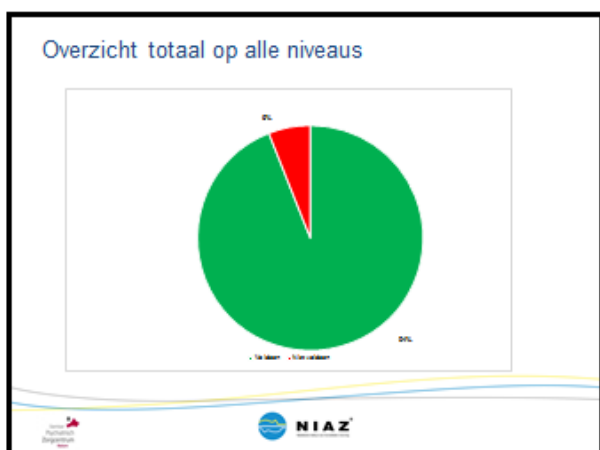
Gesprekspartners en patiënten








Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--



Totaal aantal criteria op alle niveaus
(goud, platina en diamant)

Voldoen	727 van de 772 getoetste criteria (94%)
Voldoen niet	45 van de 772 getoetste criteria (6%)
Niet van toepassing	56 van de 828 criteria

Vereiste Instellingsrichtlijnen

Totaal aantal toetsingsmomenten	VIR's	27
Volledig voldane toetsingsmomenten		26
Niet voldane toetsingsmomenten		1

7 VIR's niet van toepassing

Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--

Complimenten

- Aanspreekcultuur / openheid
- ELW (executive leadership walkround)
- Doorlooptijd psychodiagnostiek
- Engagement en betrokkenheid RvB



Complimenten

- Zelf uitgewerkt registratiesysteem door opnamecoördinatoren
- OTO-overleg
- Wekelijkse contactname binnen wachtlijstbeleid



Complimenten

- Patiëntenbetrokkenheid bij verbeterborden in de PVT



Complimenten

- Project familieparticipatie (ouderenzorg)



Uitdagingen: niet behaalde VIR's

VIR Handhygiëne – toepassing

"De instelling biedt voorlichting over handhygiëne aan medewerkers, zorgverleners en vrijwilligers." (Infectiepreventie en -beheersing, 8.1)



Uitdagingen: niet behaalde gouden criteria

- De instelling oefent regelmatig de rampenbestrijdingsplannen om de staat van paraatheid te beoordelen. (Leiderschap, voorbereid zijn op noodsituaties, 13.5!)
- De teamleiders werven en selecteren teamleden op basis van hun kwalificaties, ervaring, en de mate waarin zij in het team passen. (GGZ en Langdurige Zorg Competentie, 5.2!)



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	---	--

Uitdagingen: niet behaalde gouden criteria

- De instellingsleiding beschermt de individuele privacy bij het bijhouden en opslaan van personeelsdossiers van zorgverleners en andere medewerkers en vrijwilligers. (Leiderschap, Menselijk kapitaal, 11.13)
- Voor elk teamlid bestaat een geactualiseerd personeelsdossier met informatie over de selectieprocedure, de arbeidsovereenkomst, de controle op kwalificaties, certificaten en registraties (indien van toepassing), en de gevolgde opleidingen en trainingen. (GGZ, Competentie, 5.12 en Langdurige Zorg 5.17)



Uitdagingen: niet behaalde gouden criteria

- De instelling beschikt over beleid en procedures voor POCT. (Langdurige Zorg, Zorgverlening, 15.1)
- De instelling biedt een introductie tot en training in POCT-beleid en -procedures aan alle zorgprofessionals die POCT uitvoeren. (Langdurige Zorg, Zorgverlening, 15.3)
- Het team ontvangt tijdens de introductie en daarna structureel voorlichting en training over de verlening van kwalitatief hoogwaardige palliatieve zorg en stervensbegeleiding. (Langdurige Zorg, Zorgverlening, 17.2)



Uitdagingen: niet behaalde gouden criteria

- De medicatie-opslagruimten van de instelling voldoen aan de wettelijke vereisten en geldende regelgeving voor gereguleerde stoffen. (Medicatiemanagement, 12.5!)
- Het apothekerteam vermijdt direct contact met de medicatie tijdens de bereiding. (Medicatiemanagement, 16.5!)
- Eenheidsdoses orale medicatie blijven in de verpakking van de fabrikant of de apotheek tot het moment van toediening. (Medicatiemanagement, 17.4!)
- De zorgverleners vragen een onafhankelijke, extra controle, voordat hoog-risicomedicatie bij het point-of-care wordt toegediend. (Medicatiemanagement, 23.3!)



Waar staat u nu?



Beoordelingssystematiek van het NIAZ

Drie componenten

een rekenkundige beoordeling van de normen met speciale aandacht voor de vereiste instellingsrichtlijnen

de uitvoering van de interne toetsing binnen de zorginstelling

een gekwalificeerd eindoordeel over de 'noodzakelijke voorwaarden'



Voorwaarden voor accreditatie

De cultuur is gericht op voortdurende verbetering van de kwaliteit alsmede op borging van de doorgevoerde verbeteringen;

De besturing en organisatie van de (zorg)processen zijn zo ingericht dat zij redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg;

De veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd.



Datum: 30.01.2020	Status: definitief	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem)	Internationaal accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum
----------------------	-----------------------	--	--

