



Auditverslag OPZC Rekem

Rekem en Lanaken

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



Inhoud

Inleiding	3
1. Samenvatting.....	4
1.1. Auditinformatie	4
1.2. Conclusies auditteam.....	6
1.3. Overzicht per normenset	12
1.4. Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR).....	13
2. Overzicht beoordelingen op niveau goud	14
2.1. Vereiste instellingsrichtlijnen	14
2.2. Normensets	14
3. Overzicht beoordelingen op niveau platina	17
3.1. Vereiste instellingsrichtlijnen	17
3.2. Normensets	17
4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant	17
4.1. Vereiste instellingsrichtlijnen	17
4.2. Normensets	17
5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren	18
5.1. Beoordelingen van instellingsbrede normen	18
5.2. Beoordelingen van zorgspecifieke normen	23

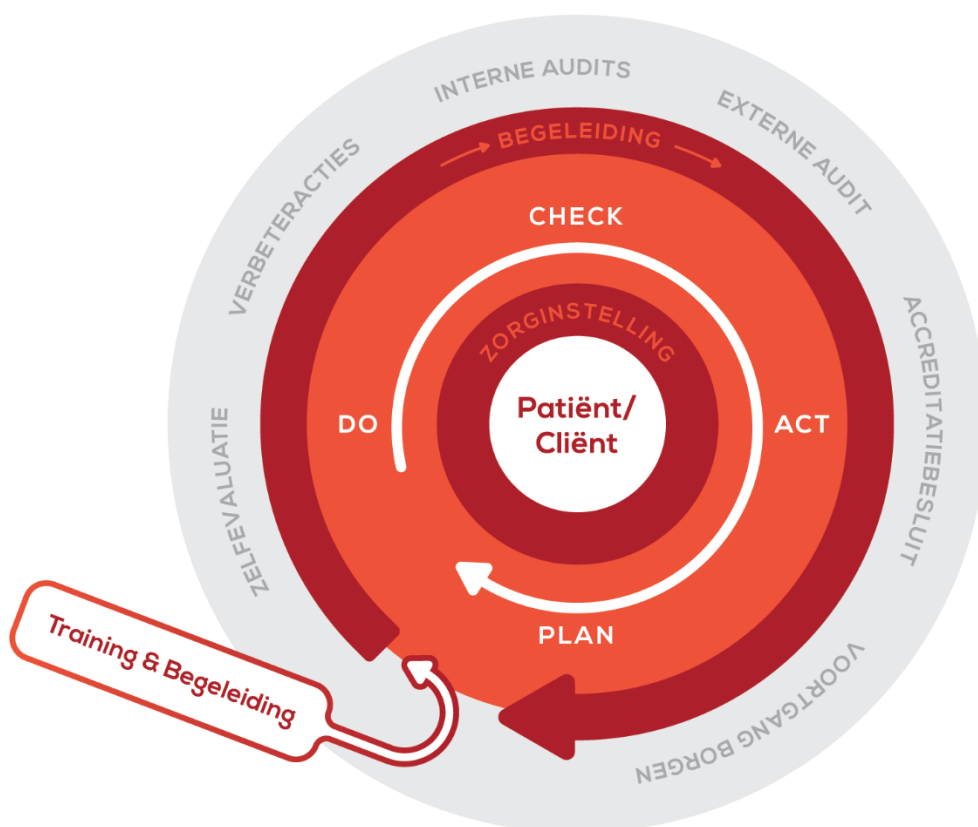


Inleiding

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

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

Internationaal Assessmentprogramma Omentum Global



1. Samenvatting

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

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

1.1. Auditinformatie

Het auditbezoek in het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZC) Rekem heeft plaatsgevonden van 5 tot en met 7 december 2023.

Auditteam

De heer dr. H.R.H. Peuskens, voorzitter
Mevrouw dr. L. Van Hulle
De heer K. Buelens
De heer M.A.E. Vermeire
Mevrouw R. De Brouwer, aspirant-auditor

Surveymanager

Mevrouw C. Ameloot

Aanvullende informatie

De directie van OPZC Rekem heeft een aanvraag bij Qualicor Europe gedaan voor een overbruggingsaudit voor accreditatie als opstap naar het sequential programma, op basis van de kwaliteitsnorm Qmentum Global. De audit is uitgevoerd conform de assessmentprocedure 2023. Dit is de tweede Qualicor Europe-accreditatie voor deze instelling.

De directie van OPZC Rekem heeft voorafgaand aan het auditbezoek verklaard dat er op 4 december 2023 is kennis genomen van een aangekondigde personeelsstaking op 5 december 2023, die kadert in de onderhandelingen met de Vlaamse regering. Deze staking heeft de audit niet beïnvloed.

De audit betreft de volgende locaties van OPZC Rekem: campus Rekem en campus Lanaken. Volgende onderdelen zijn geïnccludeerd in de overbruggingsaudit: cluster ziekenhuis, cluster psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) en cluster forensische zorg. Zoals opgenomen in het intakegesprek zijn de mobiele teams en het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor) geëxcludeerd in deze audit.

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

Normensets

Tijdens het auditbezoek voor de overbruggingsaudit zijn de volgende normensets en kritische processen gebruikt om de diensten en procedures van OPZC Rekem te toetsen:

De VIR's uit de normensets

- Governance.
- Geestelijke gezondheidszorg.
- Langdurige zorg.

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

- Excellente zorg.
- Medicatiebeheer.
- Infectiepreventie.

Kritische processen (gouden criteria en VIR's op alle niveaus)

- Menselijk kapitaal.
- Geïntegreerd kwaliteitsmanagement.
- Medische instrumenten en apparatuur.

Noodzakelijke criteria voor veilige zorg

- 6 criteria Excellente zorg.
- 1 criterium geïntegreerd kwaliteitsmanagement.

Samenvatting bevindingen

Standaard audit	Resultaat	Eis
Hoeveel procent van de nalevingstesten van alle VIR's is behaald?	100%	95%
Is per normenset aan het vereiste aandeel gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) voldaan?	Ja	90% per normenset
Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling?	97%	81%
Aan hoeveel procent van alle noodzakelijke criteria voor veilige zorg op niveau platina en diamant, zoals beschreven in de bijlage van de 'Assessmentprocedure 2023' over alle relevante normensets voldoet de instelling?	100%	81%

1.2. Conclusies auditteam

Algemene bevindingen

OPZC Rekem is een Extern Verzelfstandigd Agentschap met rechtspersoonlijkheid (EVA). De samenwerking tussen OPZC Rekem en de Vlaamse overheid wordt geregeld via het strategisch plan en de jaarlijkse of meerjarige ondernemingsplannen.

OPZC Rekem wil in een sterk veranderend landschap een vooruitstrevende organisatie zijn die vanuit 'Public Health Principes' inschakelt in het bredere geheel van geestelijke gezondheidsvoorzieningen en daarbinnen zich toelegt op patiënten met een EPA-profiel (Ernstige Psychiatrische Aandoening). Er zijn daartoe in 2023 in het psychiatrisch ziekenhuis belangrijke wijzigingen doorgevoerd: nieuwe doelgroepen afgelijnd in het psychiatrisch ziekenhuis met een daaraan gelinkt nieuwe werking. Zo ging in het voorjaar de HIC (High Intensive Care) reeds gedeeltelijk open, waarbij de verdere uitbouw met verdubbeling van de capaciteit is voorzien. OPZC Rekem heeft 139 bedden voor de cluster forensische zorg, 113 bedden voor de cluster PVT en 159 bedden voor de cluster ziekenhuis. 50 bedden zijn buiten gebruik voor de oprichting van de mobiele teams NOOLIM (Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Limburg) en de uitbouw van de HIC. Een aantal andere diensten die betrokken zijn bij de doorstroom vanuit de HIC en vanuit de mobiele werking NOOLIM zijn eveneens recent gereorganiseerd.

OPZC Rekem zet in op een netwerk van partnerschappen en samenwerkingsverbanden om afgestemde zorg te verlenen, waarbij er aandacht is voor de maatschappelijke context en waarbij zorgvernieuwing, kwaliteit en continuïteit centraal staan. De samenwerkingen met de verschillende gezondheids- en welzijnsvoorzieningen zijn zowel op beleidsniveau als op niveau van de zorgvrager.

OPZC Rekem wil een verantwoorde organisatie zijn die laagdrempelig is voor alle belanghebbenden met respect voor en betrokkenheid van de zorgvragers, de omgeving en de medewerkers.

OPZC Rekem werkt vanuit de waarden zorgzaamheid, verbondenheid, integriteit en innovatie.

OPZC Rekem heeft volgende ambities:

- Wendbaar zijn: inspelen op de behoeften en de noden intern en extern.
- Transparant zijn: een open cultuur met voldoende overleg en communicatie intern en extern.
- Vooruitstrevend zijn: vernieuwend en anticiperend op vernieuwing.
- Empowered en autonoom zijn voor zowel de zorgvrager als de medewerkers.

De auditoren hebben alle zorgeenheden bezocht die geïncorporeerd zijn in de overbruggingsaudit. De auditoren hebben de medewerkers, de directie, de artsen en de zorgvragers vlot kunnen aanspreken in een open sfeer en cultuur. De auditoren hebben vlot inzage gekregen in de dossiers en de documenten. De reorganisatie waarbij teams en werkingen grondig zijn veranderd, vereisten een belangrijke flexibiliteit van de medewerkers. De auditoren tekenden vooral positieve ervaringen op, die erop wijzen dat medewerkers vooral nieuwe kansen zien bij de doorgevoerde veranderingen.

Overzicht complimenten

- Bevlogen medewerkers met aanpassingsvermogen in nieuw samengestelde teams.
- Warme zorg, waarbij de zorgvrager instellingsbreed centraal staat.
- Vereenvoudiging van de afspraken met een concrete vertaling naar de werkvloer.
- Patiëntenparticipatie via patiëntenraden, patient staff meetings, de waardeboom.



Overzicht uitdagingen

	Uitdaging	Normenset	Criterium	VIR of !	Niveau
1	De multidisciplinaire commissie stelt standaardschema's voor medicatiebeheer vast.	Medicatiebeheer (medicatiemanagement)	2.9	!	Goud
2	De multidisciplinaire commissie ontwikkelt en implementeert gestandaardiseerde protocollen en/of gekoppelde medicatieopdracht-formulieren die de noodtoediening toestaan van alle geschikte antidota, neutraliseringsmiddelen en noodmiddelen die in de faciliteit worden gebruikt.	Medicatiebeheer (medicatiemanagement)	2.10	!	Goud
3	Er is een procedure voorhanden om te bepalen welk type en niveau waarschuwingen binnen het apotheekcomputersysteem zijn vereist; hieronder vallen minimaal waarschuwingen voor de interactie met andere medicatie, allergische reacties op medicatie en minimum- en maximumdoses voor hoog-risicomedicatie.	Medicatiebeheer (medicatiemanagement)	9.2	!	Goud
4	Er wordt een beleid ontwikkeld en geïmplementeerd voor het moment en de manier waarop waarschuwingen van het apotheekcomputersysteem mogen worden genegeerd.	Medicatiebeheer (medicatiemanagement)	9.3	!	Goud
5	Medicatie die visueel en qua benaming overeen lijkt te komen, verschillende concentraties van dezelfde medicatie en hoog-risicomedicatie wordt gescheiden bewaard in de behandelruimten en apotheek.	Medicatiebeheer (medicatiemanagement)	13.7	!	Goud
6	De teamleden worden geschoold en getraind in het respectvol en effectief werken met cliënten met diverse culturele achtergronden, religieuze overtuigingen en zorgbehoeften.	Excellente zorgverlening (competentie)	3.4		Goud

Intern toetsingssysteem

Het intern toetsingssysteem van OPZC Rekem voldoet aan de 'Assessmentprocedure 2023 Qmentum'.

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

Persoonsgerichte zorg

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

Noodzakelijke voorwaarden

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

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

Alle beoordeelde vereiste instellingsrichtlijnen zijn voldaan gescoord.

De voor de zorg voorziene infrastructuur komt de auditoren modern en goed onderhouden voor. De opvolging van het FIPO (Financieel, Infrastructureel, Personeel en Organisatorische)-departement is opgenomen in het integraal kwaliteitsbeleid van de zorginstelling. Dit wordt maandelijks besproken in het FIPO-overleg waarin de verantwoordelijken van deze diensten zetelen. Dit overleg wordt voorgezeten door de directeur FIPO.

Controles op het medisch materiaal, onderhouds- en ijkmomenten zijn een gedeelde verantwoordelijkheid van de zorgeenheden en van het facilitair departement en zijn ingepland in en aangedreven vanuit de Zenya-software. Interventies van de facilitaire dienst kunnen via Zenya worden aangevraagd en de responstijd van de facilitaire dienst wordt als kwaliteitsindicator gevolgd door de verantwoordelijke van het FIPO-departement en door de directie en het bestuur.

Medicatieverificatie en -bedeling zijn afgedekt met werkbare procedures die bij nazicht door de auditoren op de zorgeenheden consequent gevolgd zijn. De procedure voor medicatieverificatie is recent vernieuwd met een workflow die deels bij de verpleegkundigen landt met een eindverantwoordelijkheid voor het interne voorschrift bij de artsen, die zich baseren op de voorbereiding door de verpleegkundigen. Een regelmatige, maandelijks EPD-check op dit thema is uitgevoerd en teruggekoppeld.

De werking van de ziekenhuisapothek lijkt aan een inhaalbeweging toe. Een aantal (bepaalde) risico's zijn gekend, worden heden door alertheid en personele inspanning afgedekt, en worden bij het installeren van een nieuwe medicatiebeheerssoftware geautomatiseerd. De opslag van sound-alikes/look-alikes in de apotheek is niet optimaal gescheiden. De auditoren verwijzen hierbij naar de niet-voldane criteria op niveau goud van de normenset medicatiebeheer.

De auditoren stellen vast dat bij het opnemen en opvolgen van zorgvragers in de instelling verschillende risico's afgedekt zijn in de werking, met name in de workflow die medewerkers hanteren. Op de zorgeenheden wordt er gewerkt met opname- en ontslag-checklists. De auditoren observeren daarbij risico-inschattingen voor suïcide, vallen, agressie en decubitus, die op de vloer congruent met de instructies zijn uitgevoerd en in het elektronisch patiëntendossier zijn bijgehouden. Medewerkers krijgen opleidingen rond deze thema's, uitgebreid bij de opstart in de organisatie als inscholing en jaarlijks opnieuw rond belangrijke veiligheidsthema's of bij verandering van procedures. Er is een systeem van e-learning geïnstalleerd.

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

Het OPZC Rekem publiceert op haar website de missie, visie en het 'strategisch plan 2021-2025' die op elkaar bouwen. De operationele doelstellingen voor het jaar 2023 zijn vertaald in een 'ondernemingsplan 2023' in 26 'projecten'. In de loop van het werkjaar zijn deze 26 projecten geëvalueerd door de directie en de cel kwaliteit en, voor het ondernemingsplan 2024, tot 12 meer werkbare projecten teruggebracht.

Daarnaast is er in het afgelopen jaar ingezet op het gestroomlijnder opvolgen van de reguliere activiteiten aan de hand van een digitaal dashboard.

Wat betreft deze reguliere werking worden systematisch cijfers verzameld over het ziekteverzuim, de communicatie via opname- en ontslagbrieven, vrijheidsbeperkende maatregelen, incidentmeldingen, bezettingscijfers en een aantal indicatoren van de ondersteunende diensten. De kwaliteitscoördinator beschrijft dat voor elke van deze indicatoren normen zijn bepaald. Deze cijfers zijn continu en up to date beschikbaar via een dashboard, zowel op het hoogste geaggregeerde niveau als per afdeling, dit zowel per maand, per kwartaal en per jaar.

Op het niveau van elk van de drie clusters van de instelling (psychiatrisch ziekenhuis, PVT, forensische zorg) lezen de auditoren bij de clustermanagers een jaarplan met de vertaling van de opvolging van de gewone werking en de verschillende projecten.

In de cluster forensische zorg en PVT zijn ook plannen op het daar onderliggend niveau van de zorgeenheden beschikbaar, die zijn ingekeken door de auditoren. Binnen de cluster ziekenhuis, waar in het lopende jaar verschillende diensten gereorganiseerd en zelfs nieuw ingericht zijn, zijn de beleidsplannen op het niveau van de zorgeenheden nog niet beschikbaar. De clustermanager van het psychiatrisch ziekenhuis en de leidinggevenden van de zorgeenheden HIC en Prisma melden dat deze afdelingsbeleidsplannen voor het werkjaar 2024 worden voorbereid.

Alles samen kunnen de auditoren vaststellen dat de werking in de organisatie consequent opgevolgd wordt op de verschillende niveaus met regelmatige vergaderingen waar verslag over de werking wordt uitgebracht, hiërarchisch steeds op een meer geaggregeerd niveau.

De auditoren hebben het digitaal documentbeheersysteem kunnen gebruiken, zoals dat beschikbaar is voor alle medewerkers van de organisatie. Daarin zijn de up-to-date versies van beleid, procedures en instructies samengebracht en makkelijk op te zoeken.

De organisatie van de zorg is gedocumenteerd in een overzichtelijk organogram reikend van het bestuursorgaan tot op niveau van de afdeling. De organisatie beschikt over uitgewerkte functieprofielen en verantwoordelijkheden en opleidingsvereisten voor de verschillende rollen in de instelling en deze zijn ook consequent gehanteerd.

De auditor verneemt van de 'ankerpersoon ethiek' dat de ethische reflex is verankerd in de organisatie via twee systemen. Er is een ethisch comité actief dat zich toelegt op complexe, ziekenhuisbrede vragen en zich buigt over aanvragen voor wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast wordt door de organisatie bij dagdagelijkse ethische aspecten ondersteuning geboden via zorgethische coaches. Dit betreft medewerkers die via samenwerking onder de vorm van 'lerende gemeenschap' met de hogeschool UCLL (University Colleges Leuven-Limburg) Stimulans zijn opgeleid om medewerkers en teams te begeleiden via moreel beraad.

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

De auditoren stellen vast dat doorheen de hele organisatie – van de raad van bestuur, over de directie tot op de werkvloer – ingezet wordt op het leren en verbeteren. Retroactieve elementen zoals een meld- en leersysteem en prisma-analyses (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis) zijn ingericht. Proactieve elementen omvatten dossierchecks, interne audits, expertenrondes en hygiënerondes, alsook elektronisch patiëntendossier (EPD) steekproeven. Er wordt jaarlijks door de

directie een breed thema uitgekozen voor prospectieve risico-analyse doorheen de volledige organisatie, bijvoorbeeld in 2022 de analyse van het proces van transfers van de patiënten.

De cel kwaliteit en de stuurgroep kwaliteit hebben in het afgelopen jaar een systeem opgezet om de bestaande procedures te optimaliseren, met name wat betreft de haalbaarheid en de zinvolheid. Daartoe is het clusteroverschrijdend I&I- (Implementatie en Integratie) overleg ingericht. Het betreft een samenwerking van de cel kwaliteit met verpleegkundig specialisten uit de verschillende zorgeenheden en clusters. Een voorbeeld van de impact van deze I&I-werking is de samenwerking bij de uitwerking van een nieuwe manier van screenen en taxeren betreffende het valpreventiebeleid. De herwerking op maat van het doelpubliek is gebeurd door de werkgroep valpreventiebeleid. De werkgroep I&I heeft de gebruiksvriendelijke implementatie ondersteund.

Er is een VeiligheidsMeld- en leerSysteem (VMS) 2.0 uitgerold met een vereenvoudiging van de meldingsformulieren en een meer uitgebouwde lokale analyse op de plaats van de melding via de zogenaamde VMS-teams. Het systeem is aldus instellingsbreed herwerkt, met de bedoeling om drempels voor meldingen te verlagen én de verbeteracties op lokaal niveau op de vloer te optimaliseren. De medewerkers op de bevroagde zorgeenheden De Kering, Herstel 2, Prisma en HIC getuigen kennis te hebben van en vlot te kunnen werken met de VMS-procedure.

De auditor leest het plan voor een geïntegreerd kwaliteitsbeleid en ziet de opvolging hiervan gepland in het document 'planning kwaliteit 2023'.

Er is een planning aanwezig en een duidelijke systematiek van opvolging, met integratie en afstemming van alle elementen op instellingsniveau.

Globaal maken de auditoren de inschatting dat verschillende processen de volledige Plan Do Check Act (PDCA)- cyclus hebben doorlopen en met feedback uit de eerste cyclus zijn aangepast.

Zoende stelt het auditteam vast dat de diverse elementen doorgang vinden en ook geaggregeerd geëvalueerd zijn.

1.3. Overzicht per normenset

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

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

Gouden Criteria

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

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Goud)			Andere criteria (Goud)			Alle criteria (Goud)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>									
Medicatie-beheer (voor audits vanaf 2021)	63 (92,6%)	5 (7,4%)	20	19 (100%)	0 (0%)	4	82 (94,3%)	5 (5,7%)	24
Excellente zorgverlening	9 (100%)	0 (0%)	0	16 (94,1%)	1 (5,9%)	0	25 (96,2%)	1 (3,8%)	0
Governance	Nvt	Nvt	29	Nvt	Nvt	13	Nvt	Nvt	42
Infectiepre-ventie en -bestrijding	37 (100%)	0 (0%)	26	14 (100%)	0 (0%)	5	51 (100%)	0 (0%)	31
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Geestelijke gezondheids-zorg	Nvt	Nvt	5	Nvt	Nvt	14	Nvt	Nvt	19
Langdurige zorg	Nvt	Nvt	22	Nvt	Nvt	54	Nvt	Nvt	76
Leiderschap	6 (100%)	0 (0%)	15	15 (100%)	0 (0%)	20	21 (100%)	0 (0%)	35
Totaal	115 (95,8%)	5 (4,2%)	117	64 (98,5%)	1 (1,5%)	110	179 (96,8%)	6 (3,2%)	227



1.4. Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR)

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

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

	OPZC Rekem	Binnen hoeveel kritische processen zijn deze VIR's getoetst			Aantal NLTs in matrix	Score nalevingstesten			
		Voldaan	Niet voldaan	Totaal		Voldaan	Niet voldaan	Totaal	% Voldaan
1	Clïëntenidentificatie	2	0	2	1	2	0	2	100,0%
2	Gevaarlijke afkortingen	1	0	1	2	1	0	1	100,0%
3	Overdracht van informatie op overdrachtmomenten	2	0	2	5	10	0	10	100,0%
4	Medicatieverificatie als strategische prioriteit	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
5	Medicatieverificatie bij zorgovergang	2	0	2	5	10	0	10	100,0%
6	Hoogrisico medicatie	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
7	Preventief onderhoudsprogramma	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
8	Training en scholing op het gebied van patiëntveiligheid	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
9	Clïëntveiligheidsplan	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
10	Preventie van geweld en agressie op de werkplek	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
11	Patiëntenstroom	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
12	Voorlichting over handhygiëne	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
13	Naleving van handhygiëne	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
14	Aantallen infecties	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
15	Kwartaalrapportages clïëntveiligheid	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
16	Beheer van ongewenste voorvallen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
17	Openbaarmaking van ongewenste voorvallen	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
18	Verantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
19	Valpreventiestrategie (bij klinische patiënten)	2	0	2	3	6	0	6	100,0%
20	Decubituspreventie	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
21	Voorkoming van zelfdoding	2	0	2	5	10	0	10	100,0%
	Totaal	26	0	26		111	0	111	
	Totaal %	100,0%	0,0%			100,0%	0,0%		



2. Overzicht beoordelingen op niveau goud

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

2.1. Vereiste instellingsrichtlijnen

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

2.2. Normensets

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

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Medicatiebeheer (voor audits vanaf 2021)		
2.9 De multidisciplinaire commissie stelt standaardschema's voor medicatiebeheer vast.	!	De auditor heeft vastgesteld in het documentbeheersysteem Zenya dat er één standaardschema van één geneesmiddel (Leponex) opgemaakt is. De hoofdapotheker bevestigt dit en benoemt dat dit schema niet door elke arts wordt gevolgd. De hoofdapotheker geeft aan dat er in de Commissie voor Geneesmiddelen en Medisch Materiaal (CGMM) bewust gekozen is om geen andere standaardschema's op te maken. De auditor vindt in het medicatie-beheersysteem geen standaardschema's of medicatiesjablonen terug bij het voorschrijven. De hoofdapotheker bevestigt dat er geen standaard medicatieschema's zijn geconfigureerd in het medicatiebeheersysteem.
2.10 De multidisciplinaire commissie ontwikkelt en implementeert gestandaardiseerde protocollen en/of gekoppelde medicatieopdracht-formulieren die de noodtoediening toestaan van alle geschikte antidota, neutraliseringsmiddelen en noodmiddelen die in de faciliteit worden gebruikt.	!	De auditor heeft geen beleid en procedures rond antidota terug gevonden in het documentbeheersysteem. In de verslagen van de CGMM (data 26/06/2023 en 9/10/2023) leest de auditor dat de verantwoordelijkheid rond het opstellen van het antidotenbeleid is toegewezen aan de hoofdapotheker. De hoofdapotheker geeft in het gesprek aan dat er een protocol in ontwerp is en dat dit nog niet is voorgelegd aan de CGMM. De auditor heeft inzage gekregen in het handgeschreven voorontwerp van het antidotenbeleid.

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
<p>9.2 Er is een procedure voorhanden om te bepalen welk type en niveau waarschuwingen binnen het apotheekcomputersysteem zijn vereist; hieronder vallen minimaal waarschuwingen voor de interactie met andere medicatie, allergische reacties op medicatie en minimum- en maximumdoses voor hoog-risicomedicatie.</p>	<p>!</p>	<p>De auditor heeft dit criterium besproken met de apotheker en met een psychiater. In het apotheekcomputersysteem dat de voorziening gebruikt, is het automatisch instellen van waarschuwingen niet mogelijk. De apotheek gebruikt een ander pakket (Delphi) dat enkel waarschuwingen geeft voor interacties met andere medicatie en geen waarschuwingen op allergische reacties op medicatie en minimum- en maximumdoses voor hoog-risicomedicatie (HRM). De auditor heeft dit systeem ingezien. Indien het systeem Delphi een interactie met andere medicatie aangeeft, geeft de apotheker dit actief door aan de arts via email of via een advies in het voorschrift in het voorschrijfsysteem. Daarnaast is het voorschrijfsysteem niet gekoppeld aan het elektronisch patiëntendossier (EPD), waardoor er geen automatische waarschuwingen zijn bij het voorschrijven van medicatie waar er een gekende allergie op is. De voorziening voorziet het gebruik van een ander EPD in 2025, waarin waarschuwingen wel kunnen ingesteld worden.</p>
<p>9.3 Er wordt een beleid ontwikkeld en geïmplementeerd voor het moment en de manier waarop waarschuwingen van het apotheekcomputersysteem mogen worden genegeerd.</p>	<p>!</p>	<p>De gesproken apotheker vermeldt dat er bij het farmaceutisch valideren van de medicatievoorschriften een controle gebeurt op onder andere de dosis, de frequentie en het toedieningsmoment van de voorgeschreven medicatie. In gesprek met de apotheker en één psychiater verneemt de auditor dat er geen afspraken zijn voor het moment en de manier waarop waarschuwingen mogen worden genegeerd.</p>
<p>13.7 Medicatie die visueel en qua benaming overeen lijkt te komen, verschillende concentraties van dezelfde medicatie en hoog-risicomedicatie wordt gescheiden bewaard in de behandelruimten en apotheek.</p>	<p>!</p>	<p>De auditor heeft een lijst met de look- en sound-alike (LASA) medicatie ingezien in het documentbeheersysteem. De auditor stelt bij de controle van de medicatiekasten in de apotheek vast dat er bij drie producten verschillende dosissen van hetzelfde product, met een gelijkende verpakking, naast elkaar staan zonder duidelijke scheiding of waarschuwing. De auditor heeft daarnaast Xanax 0,5 milligram in de voorraadplaats van Xanax 2 milligram gevonden. Op de zorgeenheden is de stockage per patiënt en heeft de auditor via de steekproeven geen afwijkingen gezien.</p>

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Excellente zorgverlening		
<p>3.4 De teamleden worden geschoold en getraind in het respectvol en effectief werken met cliënten met diverse culturele achtergronden, religieuze overtuigingen en zorgbehoeften.</p>		<p>Uit gesprekken op de zorgeenheden verneemt de auditor dat er een werkgroep omtrent cultuursensitieve zorg in opstart is, waarbij er enkele weken geleden een oproep is gelanceerd om voor elke zorgeenheid een referentiepersoon aan te duiden. In een gesprek met de clustermanager is bevestigd dat er op dit moment nog geen centraal vormingsaanbod is omtrent het werken met zorgvragers met diverse culturele achtergronden of religieuze overtuigingen. Dit is gepland in de toekomst. Een beperkt aantal medewerkers hebben een opleiding op eigen initiatief gevolgd.</p>

3. Overzicht beoordelingen op niveau platina

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

3.1. Vereiste instellingsrichtlijnen

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

3.2. Normensets

Op niveau platina zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant

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

4.1. Vereiste instellingsrichtlijnen

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

4.2. Normensets

Op niveau diamant zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.

5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren

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

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

5.1. Beoordelingen van instellingsbrede normen

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

Kritisch proces	Omschrijving
Menselijk kapitaal (HRM)	Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.
Leiderschap	
<p>Opmerkingen:</p> <p>In het arbeidsreglement is een gedragscode voor het personeel opgenomen. Er is een beleids- en actieplan Integriteit dat loopt van het jaar 2023 tot en met 2026. De auditor spreekt met de projectverantwoordelijke die het plan toont en toelicht.</p> <p>Het project zoekt de herformulering en explicitering van een aantal kernwaarden in de gedragscode en een vertaling van de deontologische code van de Vlaamse overheid naar het niveau van de instelling. Daarenboven omvat dit project ook het levendig en bespreekbaar maken van deze waarden en ten laatste ook een link met het sanctiebeleid. Er is een klokkenluidersprocedure ingericht die melders die een contractuele of andere werkgerelateerde relatie hebben met de organisatie kunnen gebruiken om onregelmatigheden te melden.</p> <p>Het inentingsbeleid is in het beheer van de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk, Mensura. De auditor verneemt telefonisch van de arbeidsgeneesheer van Mensura dat de Hepatitis B en de Tetanus vaccinaties opgevolgd zijn. Griepvaccins worden besteld via de personeelsdienst. Er is in overleg tussen de zorginstelling en de vakbondsvertegenwoordiging beslist om voor het personeel van een opting-out naar een opting-in procedure te evolueren in 2024 voor het beschikbaar maken van griep- en covidvaccins. Dit heeft de auditor gelezen in het verslag van het entiteitsoverlegcomité van 20 september 2023.</p> <p>Het OPZC beschikt over een opvangteam dat tussenkomt ter ondersteuning van de teamleden die betrokken zijn bij een ernstig veiligheidsincident. De meerwaarde van deze werking is erkend door de verpleegkundig leidinggevende en de verpleegkundige op zorgeenheid Herstel 2.</p> <p>De auditor leest het document 'Beleid preventie van agressie en geweld op de werkvloer' en ziet daaraan gelinkt het schema 'Preventie van geweld en agressie op de werkplek OPZC Rekem'. In de personele preventiefiches zijn de risico's op agressie voor de verschillende functies ingeschat, geregistreerd en gelinkt aan de verplichte interne opleiding 'Dynamisch Omgaan met Agressie (Dynamo)'.</p> <p>Cijfers over incidenten zijn gecapteerd door het meld- en leersysteem, zowel op niveau van de zorgeenheid door de VMS-teams, als op geaggregeerd directieniveau. De auditor ziet in de agenda's en de verslagen van de raad van bestuur dat deze geagendeerd en besproken zijn op bestuurlijk niveau.</p>	

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>Jaarlijks terugkerende trainingen op vlak van veiligheid zijn door alle gesproken personeelsleden in de zorg genoemd. De gevolgde opleidingen zijn digitaal geregistreerd.</p> <p>De personeelsdossiers bestaan uit een analoog, papieren deel en uit een digitaal deel. De papieren dossiers zijn, met respect voor de privacy, bewaard achter slot. De toegang tot de digitale en analoge dossiers is beperkt tot de medewerkers van de personeelsdienst.</p> <p>De personeelsmanager getuigt dat medewerkers in of op weg naar leidinggevende functies gestimuleerd worden om bachelor-na-bacheloropleiding zorgmanagement of masteropleidingen af te maken.</p> <p>Teams die overbelast of onderbezet zijn, kunnen op aanvraag beroep doen op een team van breed inzetbare medewerkers via het 'vlinder-team'.</p>
<p>Geïntegreerd kwaliteitsmanagement</p>	<p>Voortdurend, proactief en systematisch proces om kwaliteit vanuit een systeemomvattend perspectief te begrijpen, managen en communiceren om zo doelen en oogmerken te realiseren.</p>
<p>Leiderschap</p>	
<p>Opmerkingen:</p> <p>Op de zorgeenheden Herstel 2 en De Kering melden de geïnterviewde verpleegkundigen dat alle patiënten zijn ingelicht over de patiëntenrechten en de mogelijkheden om grieven of klachten te kanaliseren. Bij opname van een patiënt wordt een document over patiëntenrechten afgegeven met de verwijzing naar de ombudsdienst. Op de zorgeenheid wordt in digitale, dynamische communicatie de informatie over de ombudsdienst regelmatig getoond. Alle geïnterviewde patiënten geven aan op de hoogte te zijn van hoe ze klachten kunnen melden.</p> <p>Op de publieke website van het OPZC Rekem ziet de auditor een link naar de interne klachten behandelaar, maar ook naar de externe, onafhankelijke ombudspersoon. Hierbij staat beschreven hoe contact kan worden genomen. De verslaggeving van de externe ombudspersoon van de voorbije jaren is ook via de website beschikbaar. Een link naar de brochure 'Rechten van de patiënt' is eveneens online beschikbaar.</p> <p>In het OPZC Rekem is een cel kwaliteit ingericht met drie medewerkers die de kwaliteitsinitiatieven coördineren en opvolgen. Zij organiseren de stuurgroep kwaliteit en zorgen voor afstemming met het directiecomité. In deze stuurgroep zetelen ook de clustermanagers, de stafmedewerker financiën en de manager facilitair beheer.</p> <p>Een geïntegreerd kwaliteitssysteem is geïnstalleerd. Proactieve onderdelen van dit systeem omvatten het uitvoeren van interne audits, zelfcontrole rondes, expertenrondes (apothek, infectiepreventie en -beheersing), hygiëne-rondes en steekproefsgewijze dossiercontroles.</p> <p>De auditor leest in het documentbeheersysteem de procedure 'Plannen, uitvoeren en opvolgen van resultaten van interne toetsen' en vindt daarin de verwijzing naar de instructies voor de uitvoering, de frequentie van de uitvoering en de opvolging van deze toetsen. Daaraan verbonden vindt de auditor in het documentbeheersysteem een overzicht waarin deze verschillende toetsingen, toegepast op de verschillende inhoudelijke onderwerpen, zijn toegewezen aan specifieke personen. De auditor kan de verslaggeving van de verschillende proactieve controles inkijken en vindt deze ook terug op de agenda's en de verslaggeving van de directie en de raad van bestuur.</p> <p>Retroactief is een VMS 2.0 geïnstalleerd. De organisatie heeft de procedure rond de afhandeling van de meldingen in het voorbije jaar herwerkt vanuit een evaluatie door de gebruikers en een analyse van de cijfers. De auditor verneemt de toelichting over deze verandering van de kwaliteitscoördinator en leest de 'Instructie VMS 2.0' beschikbaar in het documentbeheersysteem. De doorontwikkeling van dit systeem omvat twee belangrijke wijzigingen. Enerzijds de vereenvoudiging van de procedure van melden waardoor de tijdsinvestering, die een geïdentificeerde barrière vormde voor het melden, verlaagd is. Anderzijds behelst de wijziging de oprichting van VMS-teams op het niveau van de zorgeenheden die 'lokale' meldingen triëren op leerpotentieel en op de ernst van het risico. Deze VMS-teams staan in voor het</p>	



Kritisch proces	Omschrijving
	<p>formuleren van de verbeteracties direct in het team. De auditor stelt vast op de bezochte diensten (De Kering, Herstel 2, Prisma) dat deze teams ingericht en gekend zijn.</p> <p>Ook prisma-analyses behoren tot het instrumentarium van het OPZC Rekem. De methodiek van prisma-analyses is beschreven en beschikbaar gemaakt in een beleidstekst 'Retrospectieve prisma-analyse van veiligheidsincidenten bij zorgvragers' in het documentbeheersysteem. De auditor leest het jaarverslag 2023 van deze prisma-analyses.</p> <p>Voor de EPD steekproef stelt de auditor vast dat de eigen doelstelling dit twee maal per jaar te organiseren niet is doorgegaan in 2023. De eerste EPD steekproef van het jaar 2023 is voorzien in december. De auditor stelt wel vast dat er gerichte EPD steekproeven op medicatieverificatie uitgevoerd zijn in de voorbije maanden.</p> <p>De presentatie van de gegevens van de interne auditronde voorjaar 2023 aan het directiecomité toont samenvattende, geaggregeerde gegevens. Deze presentatie omvat ook een voorstel voor verdere prioritering van instellingsbrede acties dat aan de directie is voorgelegd.</p> <p>De procedure voor medicatieverificatie is in het afgelopen jaar vernieuwd en is op de verschillende bezochte zorgeenheden gekend en opgevolgd (De Kering, Herstel 2, Rado 1 en 2, Prisma). Het medicatievoorschrift van de arts wordt voorbereid vanaf het aanmeldingsgesprek van de patiënten en vanaf dat moment inventariseren de intakers de thuismedicatie. Bij opname maakt de verpleegkundige samen met de patiënt een medicatieschema op met alle beschikbare informatie en voert dit in het EPD in, compatibel met het ziekenhuisformularium. Medicatieverificatie is een terugkerend item in de EPD dossierchecks. De auditor heeft steekproefsgewijs dossiers ingekeken op de zorgeenheden De Kering en Prisma en deze voorbereidende medicatieschema's zijn gevonden. De ziekenhuisarts overloopt dit schema en baseert er zijn voorschrift en eventuele medicatie-aanpassingen op.</p> <p>Wat betreft de communicatie en de openbaarmaking van incidenten zijn medewerkers opgeleid in de communicatie rond patiëntveiligheidsincidenten. De auditor leest in het documentbeheersysteem een uitgewerkte workflow rond suicide met daarin aandacht voor communicatie naar familie, medepatiënten en medewerkers.</p> <p>In het intern rampenplan is een globaal communicatieplan opgenomen en voor concrete situaties een matrix betreffende de timing, de inhoud en de doelgroep van gerichte communicatie.</p> <p>De directie volgt via een dashboard maandelijks de vastgelegde en afgesproken indicatoren. De auditor stelt vast dat kwaliteit op de vergaderingen van het directiecomité een vast agendapunt vormt. De cel kwaliteit en de directie melden kwartaalcijfers aan te leveren aan de raad van bestuur. De auditor verneemt van de afvaardiging van de raad van bestuur dat kwartaalrapportages van de belangrijkste indicatoren worden aangeleverd, besproken en dat feedback en aanbevelingen worden gedaan. Agenda's en excerpten van de vergaderingen van de raad van bestuur tonen de weerslag van deze opvolging.</p> <p>De auditor neemt kennis van het document 'Strategisch plan OPZC REKEM 2021-2025' en leest daarin dat 'Geïntegreerd en integraal kwaliteitsbeleid verder uitbouwen' als expliciete doelstelling genoemd wordt. Daarnaast deelt de instelling het document 'Planning Kwaliteit 2023', wat de praktische uitwerking en opvolging stipuleert. In deze planning zijn de opvolging van de herwerkte procedures en van de verschillende veranderprojecten geagendeerd. Daarnaast worden de externe aangeleverde gegevens, onder andere van de Vlaamse Patiëntenpeiling en van de Zorginspectie Psychiatrische Ziekenhuizen, geagendeerd en opgevolgd. Globaal ziet de auditor dat zowel de reguliere werking via indicatoren opgevolgd wordt als dat er voor projecten een regelmatige opvolging geborgd is. De auditor krijgt via de cluster-verantwoordelijken inzage in de vertaling van de instellingsbrede plannen op clusterniveau. Op niveau van de zorgeenheid worden de beschikbare plannen voor de cluster forensische zorg en voor de cluster PVT eveneens getoond. De clustermanager van de cluster ziekenhuis geeft aan dat voor de gereorganiseerde zorgeenheden nog geen formeel uitgewerkte plannen beschikbaar zijn die de lokale projecten en de instellingsbrede projecten integreren. De auditor stelt wel vast dat de zorgeenheden De</p>



Kritisch proces	Omschrijving
	<p>Kering, Prisma, HIC en Herstel 2 werken rond en sturen op diverse lokaal vastgelegde en centraal aangeleverde aandachtspunten. De verpleegkundig leidinggevende laat weten dat de afdelingsplannen worden voorbereid voor het jaar 2024 waarbij de prioriteiten voor de zorgseenheid worden afgelijnd.</p>
<p>Patiëntenstroom</p>	<p>Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings.</p>
<p>Leiderschap</p>	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De hoofddarts samen met de stafmedewerker financiën, de kwaliteitscoördinator en opnamecoördinatoren voor de respectievelijke clusters lichten het management van de opnamevragen en de opvolging van de doorstroom intern en extern toe aan de hand van het document 'Doorstroming van zorgvrager'.</p> <p>Het OPZC houdt per zorgseenheid en per cluster gegevens bij van het aantal aanvragen voor opname, de bedbezetting, de opnameduur en de wachtlijst. De stafmedewerker toont deze gegevens in een Excel-sheet voor het lopende jaar. De beschikbare gegevens worden op de medische staf besproken en per kwartaal aan de directie voorgesteld.</p> <p>Toen de gegevens hebben geduid op onderbezetting in de ouderenpsychiatrie na de COVID (coronavirus disease)-periode heeft de instelling dit als argument gebruikt voor het omzetten van een aantal van die bedden ter oprichting van een HIC in de cluster ziekenhuis. De oprichting van deze nieuwe unit is met NOOLIM onderhandeld. Rond de gedwongen opnames is er een afspraak met het andere ziekenhuis met een gesloten dienst van NOOLIM, om elke twee dagen in te staan voor de opvang van deze dringende aanmeldingen. Voor de doorstroom vanuit de HIC naar huis en naar een andere zorgseenheid worden data bijgehouden: een kwaliteitsindicator afgelijnd onder de vorm van 'heropname binnen de maand'.</p> <p>In de forensische werking bestaat een overleg met de andere forensische diensten en biedt OPZC een 'inreach' werking die zorgt voor de afstemming tussen aanvragen en opnames.</p> <p>Een team van flexibel inzetbare medewerkers, 'vlinders', is beschikbaar om op onderbezette of overbelaste zorgseenheden bij te springen op korte termijn. De auditor leest de procedure voor het aanvragen van een medewerker van het vlinderteam.</p> <p>De cel kwaliteit en de hoofddarts verwachten in de toekomst de bezettingscijfers verder te gebruiken om teammedewerkers gericht in te zetten.</p>	
<p>Medische instrumenten en apparatuur</p>	<p>Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen.</p>
<p>Infectiepreventie en -bestrijding Leiderschap</p>	
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft voor het toetsen van het kritisch proces 'Medische instrumenten en apparatuur' gesproken met verpleegkundigen, verpleegkundig leidinggevendenden, de preventieadviseur, de facility manager en de verpleegkundige medische materialen.</p> <p>De auditor stelt vast dat er een beleid en procedures zijn opgemaakt. Dit is bevestigd en aangetoond in het documentbeheersysteem Zenya tijdens de gesprekken met auditees. De auditor heeft tijdens de rondgang en in het documentbeheersysteem onder andere volgende medische instrumenten geobserveerd: weegschalen, digitale thermometers, bloeddrukmeters, glycemiemeters, blaastoestellen.</p> <p>Er worden geen medische instrumenten gesteriliseerd. Steriele medische instrumenten worden aangekocht als single-use en volgen een afgesproken weg voor verwijdering. Deze afspraken zijn bevestigd tijdens de bezoeken aan verschillende verzorgingslokalen en in gesprekken met de auditees. Bij de aankoop van een</p>	



Kritisch proces	Omschrijving
	<p>medisch instrument wordt aan dit instrument een unieke code toegekend. Deze code wordt gekoppeld aan een zorgeenheid. De opvolging van de medische materialen en instrumenten is een gedeelde verantwoordelijkheid van enerzijds de zorgeenheden, die de maandelijkse controles doen van de aanwezigheid en het functioneren van het medische materiaal, en anderzijds de centraal vastgelegde ijk- en onderhoudsmomenten. Beide opvolgingen zijn geprogrammeerd in Zenya waardoor van hieruit automatische opdrachten uitgestuurd worden. Het rapport van een ijk- en onderhoudsmoment staat in Zenya bij het instrument vermeld waardoor er per instrument steeds een overzicht is. De incidentmeldingen met medische instrumenten worden binnen het meldsysteem los gekoppeld van de andere patiëntveiligheidsincidenten waardoor de opvolging als efficiënter en overzichtelijker wordt ervaren door de auditees. De incidentmeldingen met medische instrumenten en apparatuur worden steeds besproken tijdens het comité medisch materiaal.</p>

5.2. Beoordelingen van zorgspecifieke normen

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

5.2.1 Medicatiebeheer (voor audits vanaf 2021)

Kritisch proces	Omschrijving
Medicatiemanagement	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft gesproken met een delegatie van de Commissie voor Geneesmiddelen en Medisch Materiaal (CGMM). Vervolgens heeft de auditor de apotheek bezocht en gesproken met hoofdapotheker, de apotheker en twee apothekassistenta. De auditor heeft vier behandelzorgseenheden (HIC, Herstel 1, Het Vervolg, Forensische zorg 1C) bezocht en twee PVT-zorgseenheden (Rado 1 en Rado 2). Op iedere zorgseenheid heeft de auditor met het zorgpersoneel gesproken, met in totaal 15 zorgmedewerker. Daarnaast heeft de auditor acht patiënten gesproken omtrent de ervaringen met het voorschrijven van de medicatie, het overleg met de arts hierover en de informatieverstrekking over de gebruikte medicatie door de zorgverleners. De auditor heeft twee toedieningsmomenten geobserveerd.</p> <p>De CGMM komt maandelijks samen en legt de procedures betreffende het medicatiebeheerproces vast. Deze procedures zijn te vinden in het documentbeheersysteem Zenya. De CGMM heeft een kwaliteitsverbeterplan. De laatst beschikbare versie is van juni 2022.</p> <p>De hoofdapotheker is lid van de CGMM, het comité ziekenhuishygiëne, de stuurgroep medicatiebeleid, woont de bijeenkomst van de referentieverpleegkundigen bij (afhankelijk van de agenda) en is op afroep aanwezig op andere vergaderingen.</p> <p>De infrastructuur van de apotheek voldoet aan de vereisten. De apotheker geeft aan dat op de plaats waar de medicatie per patiënt wordt klaargezet te weinig verlichting is. De auditor heeft vastgesteld dat er in de voorraadkasten drie producten met gelijkende verpakkingen, onder andere verschillende dosissen van eenzelfde product, naast elkaar geordend zijn. De ruimte voor de bereidingen is klein. De auditor heeft geen bereidingen kunnen observeren. De weegschaal is gekalibreerd.</p> <p>De auditor heeft bij acht patiënten nagevraagd hoe het overleg is met de arts omtrent voorschrijven van medicatie en het verkrijgen van informatie over de medicatie die is voorgeschreven. De auditor verneemt dat er veel overleg is met de patiënten over hun medicatie en dat er samen met de zorgvrager gezocht wordt naar het best passende voorschrift. Niet bij iedere patiënt lukt het om tot een gezamenlijk akkoord te komen. De auditor heeft in de dossiers een neerslag van deze gesprekken geobserveerd. Op de HIC worden patiënten door de verpleegkundigen voorbereid op hun gesprek met de arts met ondersteuning van de folder 'drie goede vragen'. De auditor erkent dit als een compliment.</p> <p>De auditor verneemt in gesprek met de apotheker dat het protocol voor gebruik van antidota nog in ontwerp is. Daarnaast verneemt de auditor dat de CGMM ervoor gekozen heeft om slechts één standaard toedieningsschema op te maken.</p> <p>Een voorschrift wordt gemaakt via het voorschrijfsysteem van ZORGI. Deze software laat niet toe om automatische waarschuwingen te installeren. Bij twijfel over mogelijke interacties tussen de medicaties doet de apotheker een controle met de software Delphi. Aangegeven interacties door deze software worden actief door de apotheker doorgegeven via mail of in het voorschrift aan de voorschrijvende arts. Daarnaast is er geen koppeling tussen het EPD, waar de allergieën geregistreerd worden en het voorschrijfsysteem.</p> <p>Enkel een door een arts gevalideerd voorschrift wordt door de apotheker verder behandeld. Na controle door de apotheker wordt de medicatie klaargezet door de apothekassistenta, per zorgvrager. De uitgifte gebeurt per zorgseenheid voor een periode van 14 dagen. Tussenin zijn er dagelijkse leveringen. Medicatie zit per patiënt in een plastic zak verpakt met de identificatiegegevens van de patiënt. Vooraleer de uitgifte gebeurt, voert de apotheker een extra controle uit op de correctheid van de klaargezette medicatie.</p> <p>Het transport naar de zorgseenheden gebeurt in verzegelde kisten die via transportpersoneel naar de zorgseenheden gebracht wordt. Deze kist gaat bij aankomst op de zorgseenheden in een gesloten kast. De medicatie wordt op de zorgseenheden door de nachtverpleegkundigen per patiënt in bakjes verdeeld en</p>	



de medicatie voor de volgende dag wordt klaargezet. Multidosis flacons zijn geïdentificeerd op naam van de patiënt met start- en vervaldatum.

De verpleegkundige met ochtenddienst controleert de klaargezette medicatie. Bij toediening wordt de identiteit van de patiënt gecontroleerd via twee persoonsgebonden parameters: ofwel naam en foto, ofwel naam en geboortedatum. De inname van de medicatie door de patiënt gebeurt onder toezicht.

Na de toediening registreert de verpleegkundige deze toediening in het dossier van de patiënt.

De auditor heeft in dossierchecks gezien dat er observaties terug te vinden zijn over de reacties van patiënten op medicatie.

Medicatie die naar de apotheek geretourneerd wordt, wordt in dezelfde kist getransporteerd. De medicatie wordt geïdentificeerd per patiënt. Deze kist is ook verzegeld. Indien het om vervallen medicatie gaat, wordt er een aparte vermelding hiervan gemaakt en in het zakje met de medicatie gestopt. Vervallen en teruggeroepen medicatie worden in de apotheek apart bewaard.

De apotheker zegt dat ongeveer 80% van de producten in unitdoses beschikbaar zijn. In de periode mei - augustus van 2023 is er overleg geweest met een externe firma omtrent de herverpakking van medicatie. Dit overleg wordt hernomen begin 2024. De zorginstelling hoopt op een toekomstige samenwerking met een algemeen ziekenhuis, waardoor meer medicatie herverpakt zou kunnen worden.

De auditor heeft de beleidsteksten inzake hoog-risicomedicatie (HRM) ingekeken. Procedures en verantwoordelijkheden zijn beschreven. Er is een lijst van HR-medicatie. De beleidstekst is in het verleden meermaals herwerkt. De HR-medicatie wordt afgeleverd in rode zakjes. Deze worden bewaard in een kluis op de zorgeenheid of in een gesloten koelkast. In het zakje zit een geel formulier waarop de levering genoteerd staat. De verpleegkundige die de levering in ontvangst neemt, tekent dit af op het formulier. De toediening wordt ook genoteerd op dit formulier en zo wordt op dezelfde wijze de stock geactualiseerd. De procedure voor toediening beschrijft hoe de dubbele controle moet gebeuren: door een tweede zorgverstreker, bij ontstentenis daarvan kan een zorgvrager ook de dubbele check doen, als de arts deze zorgvrager daartoe in staat acht. Een derde mogelijkheid die voorzien wordt in de procedure is dat de zorgverlener een eerste controle doet, onderbreekt met een andere taak en dan de tweede controle doet. De auditor heeft op een zorgeenheid de toediening van insuline geobserveerd met de zorgvrager als tweede controle.

Er is een procedure voorzien voor medicatie in eigen beheer. Deze procedure wordt toegepast bij patiënten die naar ontslag evolueren. De auditor heeft deze procedure getoetst op een forensische zorgeenheid waar patiënten uitstromen naar beschut wonen.

De zorgvrager wordt gradueel zelfstandig gemaakt in eigen beheer van medicatie. Hij krijgt hierbij voorlichting en er wordt toezicht gehouden. Er zijn afspraken voor het veilig bewaren van de medicatie op de kamer.

De auditor heeft op iedere bezochte zorgeenheid gevraagd hoe er omgegaan wordt met medicatie-incidenten. Uit de toelichting van verpleegkundigen stelt de auditor vast dat de verpleegkundigen op de hoogte zijn van het VMS en dit ook gebruiken. Veiligheidsmeldingen worden in het team besproken en er wordt gezocht naar verbetermaatregelen. De auditor heeft op twee zorgeenheden verslagen van deze besprekingen kunnen inkijken en vastgesteld dat verbetervoorstellen zijn geformuleerd.

Nieuwe medewerkers worden opgeleid in medicatiebeheer en -beleid via e-learningmodules. Deze medewerkers krijgen berichten over de e-learningmodules die zij moeten volgen en de personeelsdienst volgt dit op.

Zorgkundigen geven aan dat ze recent opleiding over de wijziging van hun functie met betrekking tot medicatieverstrekking gekregen hebben. In de periode voorafgaand aan de audit hebben medewerkers deelgenomen aan een 'Road Show' waarin de diverse aspecten van medicatieveiligheid aan bod gekomen zijn. De auditor heeft de presentatie van deze Road Show ingekeken. Iedere zorgeenheid heeft één of meer referentieverpleegkundigen medicatie. De aanwezigheid van één of meerdere referentiepersonen is door de geauditeerde medewerkers op de bezochte zorgeenheden bevestigd. Op de vergadering van deze referentieverpleegkundigen wordt nieuwe informatie verstrekt over medicatie.

De referentieverpleegkundigen geven deze informatie door aan de teamleden van de zorgeenheid via een werkoverleg. De geauditeerde verpleegkundigen bevestigen dit. De referentieverpleegkundigen brengen

daarnaast problemen en voorstellen ter verbetering aan, die daarna gemeld worden aan de CGMM.

Informatie over medicatie vinden verpleegkundigen terug op de website van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI). Het voorschrijfsysteem verwijst de verpleegkundigen automatisch door naar deze website bij het aanklikken van de productnaam.

Er is een samenwerking met het Ziekenhuis Oost-Limburg in kader van het wachtsysteem voor de apotheek. Medewerkers op zorgeenheden bevestigen dat de apotheker gemakkelijk bereikbaar is voor vragen of problemen.

Op de HIC en in de vestiging Lanaken is er een spoedkast voorzien. De zorgeenheid die een product ontleent aan de spoedkast brengt dit in het medicatiedossier in. Deze informatie komt bij de apotheker die de voorraad weer aanvult, via levering aan de zorgeenheid.

Uit de verslagen van de CGMM stelt de auditor vast dat over een periode van vier jaar de diverse onderdelen van het formularium geëvalueerd en aangepast zijn.

5.2.2 Excellente zorgverlening

Kritisch proces	Omschrijving
Besluitondersteuning	Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft voor het toetsen van de normenset 'Excellente zorg' gesprekken gevoerd met de medewerkers van de zorgeenheden binnen de clusters ziekenhuis (Het Vervolg, Herstel 1, De Kering, en Dagbehandeling 2), forensische zorg (Forensische zorg 1A, Forensische zorg 1B, Forensische zorg 1C, Forensische zorg 2 en Forensische zorg 4) en PVT (Rado 1 en Rado 2).</p> <p>De auditor heeft het beleidsdocument 'Visietekst EPD' en de patiëntendossiers ingekeken. Voor elke zorgvrager wordt een EPD bijgehouden, waarin de gezondheidsinformatie op een gestandaardiseerde manier is vastgelegd. Hierbij is aan de wettelijke vereisten voldaan. De toegang tot het EPD is beperkt tot de zorgverleners die een actuele zorgrelatie hebben met de zorgvrager. Bij zorgvragers met een lange historiek binnen de organisatie kan het gearchiveerde papieren dossier worden geraadpleegd. Deze dossiers zijn bewaard in een afgesloten ruimte en worden bij ontslag terugbezorgd aan het centrale archief.</p> <p>Uit de gesprekken en de observaties stelt de auditor vast dat de training en scholing die vereist is voor (nieuwe) teamleden is vastgelegd. Nieuwe medewerkers zijn geschoold omtrent de werking van de verschillende informatiesystemen (onder andere het EPD, het melden van incidenten, het documentbeheersysteem). Dit gebeurt enerzijds door training op de werkvloer, waarbij elke nieuwe medewerker een buddy toegewezen krijgt, en anderzijds via e-learningmodules. Via iQualify (Zenya) is toegelicht en getoond dat de personeelsdienst nieuwe medewerkers toewijst aan de te volgen vormingen, die binnen een afgesproken termijn gevolgd moeten worden. Er is op dit moment geen centraal vormingsaanbod omtrent het werken met zorgvragers met diverse culturele achtergronden of religieuze overtuigingen.</p> <p>Binnen de teams zijn de taken en verantwoordelijkheden duidelijk afgelijnd.</p> <p>Binnen de instelling zijn er geen infuuspompen aanwezig.</p> <p>De auditor verneemt uit de gesprekken met de auditees dat de vereiste middelen en lacunes, ook op vlak van technologie en informatiesystemen, via werk- en clusteroverleg, referentiegroepen en het I&I-overleg doorstromen naar de instellingsleiding.</p> <p>Er zijn, met input vanuit de zorgvragers en naasten, initiatieven om de zorgomgeving toegankelijk(er) te maken (bijvoorbeeld overleg met De Lijn omtrent de busverbinding).</p> <p>Zorgvragers hebben toegang tot een stilteruimte en geestelijke verzorging.</p>	



Het kritisch proces 'Cliëntgerichte zorg' is getoetst aan de hand van gesprekken met medewerkers en zorgvragers van de zorgeenheden binnen de clusters ziekenhuis (Het Vervolg, Herstel 1, De Kering en Dagbehandeling 2), forensische zorg (Forensische zorg 1A, Forensische zorg 1B, Forensische zorg 1C, Forensische zorg 2 en Forensische zorg 4) en PVT (Rado 1 en Rado 2), alsook met de herstelambassadeur en een ervaringsdeskundige. Het beleidsdocument 'Participatie' is ingekeken. Er zijn, met input vanuit zorgvragers en naasten, initiatieven om de zorgomgeving toegankelijk(er) te maken (bijvoorbeeld overleg met De Lijn omtrent de busverbinding). Nieuwe teamleden krijgen een introductie op de afdeling. Dit is vervat in het inscholingstraject.

Persoonsgerichte zorg is een leidend principe binnen de organisatie. Het beleidsdocument 'Participatie' beschrijft hoe OPZC Rekem de komende jaren herstelondersteunende zorg verder wil uitbouwen, door in te zetten op zes herstelbevorderende factoren (verbondenheid, hoop en optimisme, identiteit, zingeving, empowerment, veiligheid en zelfregulatie), gebaseerd op het Steunend Relationeel Handelen (SRH)-model. De organisatie voorziet in de nodige middelen om in te zetten op persoonsgerichte zorg. Voorbeelden hiervan zijn de benoeming van een herstelambassadeur, de aanwerving van ervaringsdeskundigen en de opstart van het Hoop-Huis.

Op dit moment zijn er tal van initiatieven om het perspectief van de zorgvragers en zijn context mee te nemen in het beleid op niveau van de zorgeenheid en de volledige organisatie: de patiëntenraden geleid door een ervaringsdeskundige, de patient-staff meetings, het PVT beheerscomité, de deelname aan de Vlaamse Patiëntenpeiling, exit-gesprekken met zorgvragers ... De zorginstelling gaat actief aan de slag met de verkregen feedback. Zo hebben de resultaten van de Vlaamse Patiëntenpeiling bijvoorbeeld geleid tot het inzetten op het meer beschikbaar zijn voor de zorgvragers. Op verschillende zorgeenheden is er overgeschakeld naar een 'open desk' policy, waarbij teamleden feitelijk tussen de zorgvragers aanwezig zijn en zich systematisch minder terugtrekken in aparte lokalen. Op die zorgeenheden waar de infrastructuur dit nog niet toelaat, zijn daarvoor laagdrempelige inspanningen gedaan om de afstand te verkleinen, bijvoorbeeld de stickers die op de verpleegwachtpost zijn aangebracht met opschrift 'Voor jou komen wij uit ons kot'.

Ook de waardenboom die te zien is in PVT Rado 1 is een voorbeeld van hoe de zorgvrager centraal staat binnen de organisatie. Deze waardenboom visualiseert de waarden die bewoners en medewerkers als belangrijk ervaren en is een leidraad voor de medewerkers en de bewoners bij het nemen van (dagdagelijkse) beslissingen. Dit is een compliment waard.

Op microniveau zijn de zorgvragers systematisch, met een vanzelfsprekendheid, betrokken bij hun behandeltraject, bijvoorbeeld in de medicatieverificatie. Ook met de familie, naasten en de netwerkpartners is er frequent overleg (bijvoorbeeld via zorgafstemmingsgesprekken). Dit is bevestigd in gesprekken met zorgvragers.

Vanuit de instelling is er ingezet op het scholen van de medewerkers in het kader van herstelgerichte zorg, waaronder ook de medewerkers van de ondersteunende diensten. In het jaar 2024 zal er worden ingezet op het gericht coachen van de zorgeenheden die een herstelgericht project willen opzetten.

De auditor heeft het document 'Aanvraag voor goedkeuring wetenschappelijk onderzoek' ingekeken. Er is een beleid voorhanden voor ethisch wetenschappelijke onderzoekspraktijken. Patiëntveiligheidsincidenten zijn gedocumenteerd in het EPD en worden daarnaast gemeld in het incidentmeldingssysteem (Zenya).

5.2.3 Infectiepreventie en -bestrijding

Kritisch proces	Omschrijving
Infectiepreventie en -beheersing	Maatregelen door medisch personeel in gezondheidsinstellingen om het overdragen en oplopen van infectieverwekkers te verminderen.
<p>Opmerkingen:</p> <p>De auditor heeft voor het toetsen van de normenset 'Infectiepreventie en -bestrijding' gesproken met verpleegkundigen, een ervaringsdeskundige, onthaalmedewerkers, zorgvragers, therapeuten, verpleegkundig leidinggevenden, de preventieadviseur, de stafmedewerker nursing, het hoofd nursing, de facility manager, de verantwoordelijke van de keuken en de verantwoordelijke van de technische dienst. Tijdens het auditbezoek is de ziekenhuishygiënist afwezig.</p> <p>De auditor stelt vast dat er een beleid en procedures zijn opgemaakt en dat de zorginstelling hiervoor ondersteuning krijgt van de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk IDEWE en meer bepaald van de verpleegkundig ziekenhuishygiënist en de arts ziekenhuishygiënist. De procedures zijn toegankelijk voor de medewerkers. Dit is bevestigd en aangetoond in het documentbeheersysteem Zenya tijdens de gesprekken met de auditees.</p> <p>De vereiste instellingsrichtlijn 'Er wordt voorlichting gegeven over handhygiëne aan de teamleden en vrijwilligers' is tijdens de rondgang door de auditor bevestigd en ook aangetoond tijdens de gesprekken met verpleegkundigen, ervaringsdeskundige en de stafmedewerker nursing door middel van richtlijnen, verslagen, registraties en posters op de zorgeenheden. De vereiste instellingsrichtlijn 'De naleving van de ingevoerde handhygiënepraktijken wordt gemeten' is aangetoond in de rapportages en is eveneens bevestigd tijdens de gesprekken met de stafmedewerker nursing en het hoofd nursing. Het effect van de eerdere verbeteracties wordt verder via interne audits opgevolgd waardoor het continu verbeteren zichtbaar is. De vereiste instellingsrichtlijn in verband met het opvolgen van zorggerelateerde infecties is aangetoond tijdens het gesprek met het hoofd nursing, in de functie van infectiecoördinator, en tijdens de gesprekken met de verpleegkundigen op de werkvloer.</p> <p>De auditor stelt vast dat het beleid en de procedures voor het herkennen en het beheersen van uitbraken toegankelijk zijn voor de medewerkers. Dit is bevestigd door de gesproken auditees. De auditor heeft het beleid en de procedures ingezien in het documentbeheersysteem Zenya. Tijdens de gesprekken op de zorgeenheden en in de steekkaarten (informatie- en actiefiches op Zenya) wordt het hoofd nursing als de rechtstreeks te contacteren persoon weergegeven indien er een uitbraak plaats vindt. De infecties op een zorgeenheid worden door het hoofd nursing, in de functie van infectiecoördinator, bijgehouden in een gedeeld document. Dit is tijdens het gesprek met het hoofd nursing bevestigd: de infecties worden samen met enkele collega's opgevolgd en indien nodig wordt er actie genomen. Er kan steeds beroep gedaan worden op de infectiearts en de verpleegkundige van de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk (IDEWE) om mee de te nemen acties te bepalen.</p> <p>De auditor kan in een verslag van het comité ziekenhuishygiëne een prospectieve risicoanalyse zien voor de bouw die start in 2024.</p> <p>Er zijn afspraken met de externe onderhoudsdienst Atalian rond het onderhoud van de gebouwen. In gesprekken met een medewerker van het onderhoud en verpleegkundigen is bevestigd dat er duidelijke afspraken zijn en komt naar voor dat de medewerkers van de onderhoudsdienst toch een deel zijn van de zorgeenheid en dit als aangenaam wordt ervaren door zowel de zorgvragers, het personeel van de zorgeenheid als het onderhoudspersoneel. Het feit dat de poetsdienst luistert naar de zorgvrager en er aanpassingen kunnen worden gemaakt in de planning wordt als warme zorg ervaren door zowel de zorgvragers als de verpleegkundigen. Als voorbeeld van zo een aanpassing wordt aangehaald dat na een cliëntenraad het poetsmoment van de kamers is aangepast naar het moment dat de bedden worden opgemaakt. De controle van de schoonmaak vindt plaats door het Dagelijks Controle Systeem (DKS). Hierover is er maandelijks een overlegmoment met een verslag waarin locaties en foto's staan van de verbeterpunten. Daarnaast is er een opvolging door een evaluatiesysteem van de Vereniging Schoonmaak Research (VSR) en een maandelijks zelfevaluatie door de facility manager.</p>	



De voedselveiligheid is geborgd door een gedeelde verantwoordelijkheid op de zorgeenheden tussen het personeel en de zorgvragers en frequente controles door de leden van het comité ziekenhuishygiëne. De keuken controleert de voeding die toekomt van en vertrekt naar de zorgeenheden. Eventueel worden porties van de zorgvragers aangepast zodat er minder verlies is. De mogelijkheid tot maaltijdkeuze wordt door de zorgvrager als warme en persoonsgerichte zorg ervaren.