

Auditverslag OPZC Rekem

Rekem

Datum auditbezoek:	2 tot met 4 september 2025
Assessment:	eerste sequential assessment
Assessmentprocedure:	2025
Niveau accreditatie:	platina
Niveau toetsing:	platina
Status verslag:	definitief
Vastgesteld op:	26 september 2025

Geheimhouding en copyright

Alles in dit auditverslag is vertrouwelijk. Het Internationaal Qmentum Global programma, waarop dit auditverslag is gebaseerd, is intellectueel eigendom van de Health Standards Organisation (HSO). Het gebruik van dit auditverslag door de zorgorganisatie leidt er in geen geval toe dat zij enig (intellectueel) eigendomsrecht op dit programma verkrijgt. Hoewel Qualicor Europe dit auditverslag vertrouwelijk zal behandelen, mag de zorgorganisatie dit auditverslag openbaar maken aan andere personen zoals uiteengezet in de overeenkomst, op voorwaarde dat de copyrightkennisgeving en de juiste citaten en toestemmingen in eventuele kopieën ervan zijn opgenomen. Elk ander gebruik is uitdrukkelijk verboden zonder de uitdrukkelijke toestemming van Qualicor Europe. Elke wijziging van dit auditverslag brengt de integriteit van het accreditatieproces in gevaar en is ten strengste verboden. Voor toestemming om dit auditverslag te reproduceren of anderszins te gebruiken, kunt u contact opnemen met Qualicor Europe.

Inhoud

Inleiding 4

1. Samenvatting 5

1.1 Auditinformatie 5
1.2 Conclusies auditteam 7

2. Normenset Excellente zorgverlening 12

2.1 Samenvatting 12
2.2 Niet-voldane criteria 13

3. Normenset Geestelijke gezondheidszorg 14

3.1 Samenvatting 14
3.2 Niet-voldane criteria 15

4. Normenset Leiderschap 16

4.1 Samenvatting 16
4.2 Niet-voldane criteria 18

Bijlage 1. Verdeling normensets over drie sequentials 19

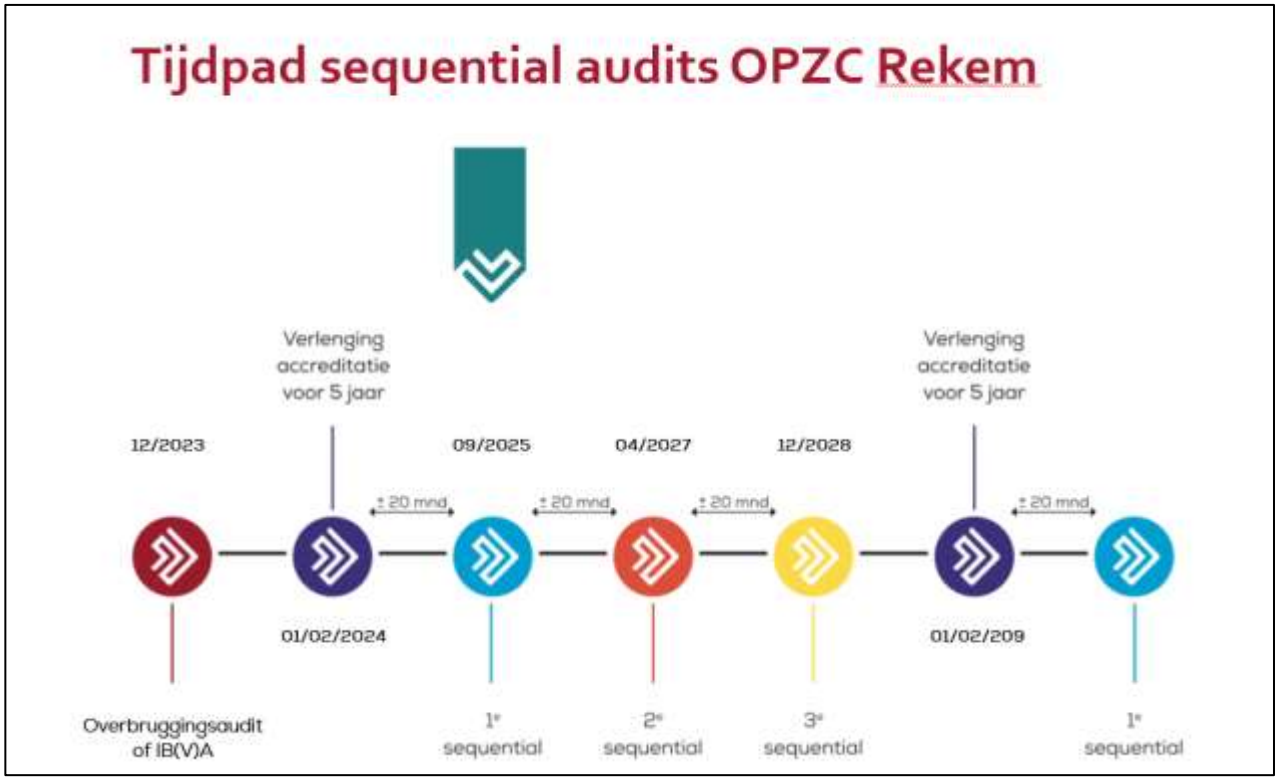
Inleiding

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

Voor instellingen die minstens één assessmentcyclus hebben doorlopen, is het Continu Verbeter-programma ontwikkeld. In dit programma vindt gedurende een cyclus van vijf jaar op drie momenten een assessment (sequential) plaats. De drie sequentials tezamen omvatten het totale normenkader dat voor de instelling van toepassing is. Na de derde sequential volgt een accreditatiebesluit.

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

In onderstaand schema is aangegeven hoe het Continu Verbeterprogramma in OPZC Rekem er in de tijd uit ziet:



1. Samenvatting

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

1.1 Auditinformatie

Het auditbezoek in OPZC Rekem heeft plaatsgevonden van 2 september tot en met 4 september 2025. Het betreft de eerste sequential van deze assessmentcyclus. Aan de instelling is twee keer een accreditatie verleend door Qualicor Europe.

Auditteam
De heer M.G.H.M. Moonen, voorzitter
Mevrouw dr. L. Van Hulle
Mevrouw S.M. Dekkers-Monnikhof
Mevrouw drs. E.H.J. Westenberg, aspirant-auditor

Surveymanager
De heer P. Vandebroek

Assessmentprocedure, niveau van accreditatie en niveau van toetsing
De audit is uitgevoerd conform de assessmentprocedure 2025. Het aangevraagde niveau van accreditatie is platina. Het niveau van toetsing wijkt niet af van het accreditatieniveau.

Normensets
Tijdens het auditbezoek zijn de onderstaande normensets en kritische processen gebruikt om de diensten en procedures van OPZC Rekem te toetsen. Een overzicht van de verdeling van normensets over de drie sequentials treft u aan als bijlage 1 bij dit rapport.

- Kritische processen binnen Excellente zorgverlening
  - Resultaten beïnvloeden
  - Cliëntgerichte zorg
  - Klinisch leiderschap
- Kritische processen binnen Leiderschap
  - Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes
  - Patiëntenstroom
  - Planning en kwaliteitsmanagement
  - Geïntegreerd kwaliteitsmanagement
  - Cliëntgerichte zorg
- Geestelijke gezondheidszorg

Aanvullende informatie
De directie van OPZC Rekem heeft voorafgaand het auditbezoek verklaard dat er geen werkeenheden zijn met problemen die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorg en waarvan het auditteam op de hoogte moet zijn.

De audit betreft de volgende locaties van OPZC Rekem:
- Campus Lanaken en Campus Rekem voor wat betreft de normensets Leiderschap en Excellente zorg
- Cluster ziekenhuis op campus Rekem voor wat betreft de normenset Geestelijke gezondheidszorg.

De bevindingen van de auditoren per criterium gelden voor beide locaties, eventuele uitzonderingen staan bij de samenvatting van de normensets beschreven.

1.2 Conclusies auditteam

Algemene bevindingen

OPZC Rekem beschouwt gezondheid als één concept, ongeacht of dit lichamelijke of geestelijke gezondheid betreft. OPZC Rekem wil als innovatief zorgcentrum inspelen op het veranderende zorglandschap. In hun missie stellen ze dat het aanbod van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg laagdrempelig is te bevragen. Dit is zichtbaar op de website. Samenwerking binnen het netwerk (Noolim, het Netwerk GGZ Oost-Limburg) is voor OPZC Rekem belangrijk. De afgelopen jaren werd in het netwerk gewerkt aan nadrukkelijkere onderlinge doelgroep verdeling.
OPZC Rekem werkt vanuit de waarden veiligheid, professionaliteit, verbondenheid, openheid en zorgzaamheid. Auditoren hebben deze waarden effectief ervaren tijdens de audit.

OPZC Rekem biedt de volgende zorgmogelijkheden:
- Forensische zorg (139 bedden)
- Psychiatrisch Verzorging Tehuis (104 bedden)
- Psychiatrisch Ziekenhuis (139 bedden, waarvan 21 High Intensive Care)
- Mobiele teams.

De audit is verlopen in een open sfeer. Medewerkers zijn trots op hun werk en vertellen open over hun werk, hun ambities en uitdagingen. De gesproken zorgvragers zijn blij met de zorg die ze binnen OPZC Rekem ontvangen. Deze sequential audit richtte zich in het bijzonder op het ziekenhuis, maar ook de andere zorgeenheden werden bezocht in het kader van Leiderschap en Excellente zorgverlening.

Overzicht complimenten

- Drive tot verbeteren bij medewerkers en hun passie
- ZAG-gesprekken instellingsbreed (ZorgAfstemmingsGesprek)
- 'Presentie' (beschikbaar-zichtbaar-oog hebben voor)
- Ervaringswerkers 'leiden' het Hoophuis
- Zorggerelateerde aanpak van de opnamecoördinatoren
- Ruime en zichtbare ethische aandacht

Overzicht uitdagingen

	Uitdaging	Normenset	Criterium	VIR of !	Niveau
1	Er wordt een gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak geïmplementeerd voor de bekendmaking van cliëntveiligheidsincidenten aan cliënten en familie, wat de communicatie en een ondersteunende respons stimuleert. *Het bekendmakingsproces wordt geëvalueerd en indien nodig geactualiseerd, met inbreng van cliënten, familie en teamleden.*	Leiderschap	4.2.2.2 4.2.2.6	VIR	Platina

	Er wordt feedback gevraagd van cliënten, familie en personeelsleden over hun ervaringen met de bekendmaking en deze informatie wordt gebruikt om waar nodig het bekendmakingsproces te verbeteren.				
2	De fysieke omgeving is veilig, comfortabel en stimuleert het herstel van de cliënten.	Geestelijke gezondheidszorg	1.1.4		Goud
3	Het team volgt de proactieve, voorspellende aanpak van de organisatie om veiligheidsrisico's te identificeren.	Excellente zorgverlening	4.2.1	!	Platina
4	De teamleiding werkt samen met het personeel om nieuwe of bestaande indicatorgegevens te gebruiken om een uitgangswaarde vast te stellen voor elke indicator.	Excellente zorgverlening	4.3.6		Platina

Intern toetsingssysteem

Het intern toetsingssysteem van OPZC Rekem voldoet aan de 'Assessmentprocedure 2025 Qmentum'.

Criteria interne toetsingssysteem	Voldaan/ niet voldaan
Qualicor Europe stelt als voorwaarde dat de organisatie beschikt over een adequaat functionerend intern toetsingssysteem. Het intern 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. Organisaties die een 'Veiligheidscultuurmeting' uitvoeren kunnen de resultaten en verbeteracties tijdens de audit inbrengen als onderdeel van hun intern toetsingssysteem.	Voldaan
Het intern toetsingssysteem toont aan dat de gehele organisatie, in ieder geval medisch specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici en patiënten/cliënten/bewoners, actief betrokken zijn bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de organisatie.	Niet voldaan
De organisatie 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
Indien de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Inspectie Justitie en Veiligheid of de Vlaamse Zorginspectie specifieke richtlijnen heeft opgesteld voor risicovolle afdelingen/processen, zijn deze aantoonbaar binnen het interne toetsingssysteem op implementatie/borging getoetst.	Voldaan
Veldnormen zijn aantoonbaar binnen het interne toetsingssysteem op implementatie/borging getoetst. Een veldnorm is een norm voor kwaliteit zoals kwaliteitskaders, professionele normen en kwaliteitsindicatoren voor verantwoorde zorg. Een veldnorm bevat regels die na een zorgvuldige procedure door professionals (beroepsgroep) zijn aanvaard op basis van gezamenlijk opgestelde waarden.	Niet van toepassing

Persoonsgerichte zorg

Criteria persoonsgerichte zorg	Voldaan/ niet voldaan
De organisatie beschouwt persoonsgerichte zorg als een leidend principe.	Voldaan
De organisatie 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 organisatie heeft aandacht voor de randvoorwaarden bij de ontwikkeling van persoonsgerichte zorg.	Voldaan
De organisatie 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)

Voor OPZC Rekem is veiligheid van zorg een vanzelfsprekende waarde die zich uit in de dagelijkse praktijk. Vanuit haar missie, visie en waarden geeft de organisatie daar richting aan.
Medicatieverificatie is geprotocolleerd en de vastgestelde werkwijze wordt, zo stellen auditoren vast, uitgevoerd in de praktijk. Dit geldt ook voor de informatieoverdracht en patiëntidentificatie zoals toegelicht in de samenvatting van de normenset Geestelijke gezondheidszorg. Valrisico, suïciderisico, en middelengebruik worden bij de intake besproken en daar waar aan de orde worden preventieve maatregelen afgesproken met de zorgvrager.
Vanuit zorgvragers worden signalen afgegeven dat de veiligheid binnen de specifieke context van de fysieke omgeving nog aandacht vraagt. De organisatie is zich daarvan bewust maar zoekt nog verder naar bijkomende beheersmaatregelen.

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

OPZC Rekem heeft de verantwoordelijkheden van haar medewerkers vastgelegd in beleidsdocumenten. Tijdens de audit stellen de auditoren vast dat men werkt vanuit deze verantwoordelijkheden. Alle lagen van de organisatie werken met jaaractieplannen die structureel worden opgevolgd. Ten aanzien van personeel, ondersteunende diensten, financiën en kwaliteit kent de organisatie dashboards met indicatoren die geraadpleegd kunnen worden door belanghebbenden. Laag in de organisatie stelt de auditor vast dat in de actieplannen geen indicatoren met lokale streefwaarden zijn opgenomen.
Voor diverse overlegorganen zoals de raad van bestuur worden periodiek rapportages gemaakt ter opvolging van verbeteracties die voortvloeien uit de indicatoren.
Voor haar document beheerssysteem maakt de organisatie gebruik van Zenya®. Auditees geven blijk van kennis van het gebruik van het systeem. De cel kwaliteit onderhoudt het systeem.
Sinds begin 2025 maakt OPZC Rekem gebruik van de geïntegreerde softwaretoepassing voor de zorg HErOS+® van Obasi®. Binnen dit dossier wordt ook de medicatiemodule gebruikt. De implementatie van het systeem is "redelijk goed verlopen", zo geven auditees aan. Ten behoeve van de implementatie van HEroS+® van Obasi® is een scholingsprogramma voor de verschillende doelgroepen ingezet. Daarnaast zijn instructiefiches ondersteunend. Referentieverpleegkundige dienen als vraagbaak.
Tijdens het dagelijkse werk met het programma wordt nog wel gebruik gemaakt van papieren ondersteuning als geheugensteuntje voor de medewerkers.

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

Het Veilig Meld Systeem (VMS) is laagdrempelig ingezet. De auditor kon vaststellen dat de verbeteracties zo laag mogelijk in de organisatie zijn belegd. De stuurgroep kwaliteit en veiligheid volgt het VMS-systeem op. De keuze om de melding al dan niet te bespreken met de zorgvrager is belegd bij het VMS team van de zorgeenheid. De evaluatie van deze werkwijze, onder meer met zorgvragers, is nog niet uitgevoerd.
De organisatie maakt gebruik van PRISMA-analyses (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis) bij ernstige calamiteiten. Bij veranderingen binnen de organisatie worden prospectieve risicoanalyses uitgevoerd.

Een intern toetsingssysteem is binnen de organisatie ingericht. Uitkomsten uit externe toetsingen worden hierin mee opgevolgd. Verbeteracties zijn terug te vinden in de jaaractieplannen. Daar waar nodig worden projecten opgestart.
Het auditcomité stelt jaarlijks een auditplan op waarbij bepaald wordt, op basis van de zelfevaluatie 2022, welke domeinen geanalyseerd worden met het oog op het uitwerken van verbeteringsvoorstellen.
Beheersmaatregelen worden vastgelegd door het management van de organisatie. In het beheerscomité rampen wordt een vergelijkbare inventarisatie gedaan. De directie is verantwoordelijk voor de opvolging.
Binnen de zorgeenheden en teams wordt nagedacht over risico's. De organisatie is nog zoekende naar een proactieve, voorspellende aanpak om in samenhang binnen alle lagen van de organisatie veiligheidsrisico's en beheersmaatregelen vast te stellen.

2. Normenset Excellente zorgverlening

2.1 Samenvatting

De auditoren hebben de normenset Excellente zorgverlening en het beleid rond persoonsgerichte zorg getoetst aan de hand van gesprekken met stafmedewerkers, een clustermanager van het ziekenhuis, ervaringswerkers, verpleegkundig leidinggevenden, verpleegkundig specialisten, psychologen, een opnamecoördinator, teamleden en zorgvragers. De auditor had inzage in de volgende documenten: het zorg strategisch plan, jaaractieplannen, visie- en beleidsteksten (herstel, kwaliteit, wetenschappelijk onderzoek, ...), procedures en protocollen en brochures. De auditor heeft volgende locaties binnen de cluster ziekenhuis bezocht: HIC (High Intensive Care), Herstel, Vervolg, Prisma, Kering, Dagbehandeling 1&2), PVT (Psychiatrisch Verzorgingstehuis Ter Bosch 1&2) en Forensische zorg (For 2 en For 4).

Binnen het kritisch proces Cliëntgerichte zorgverlening is vastgesteld dat alle zorgeenheden binnen hun jaaractieplannen doelstellingen formuleren die specifiek verband houden met de zorgverlening (bijvoorbeeld optimalisatie van het behandelproces, zorgafstemmingsgesprekken, etc.). De auditees geven aan dat door middel van patiëntenraden, patiënt-staff meetings of in andere evaluatiemomenten, barrières die de toegang tot zorgverlening bemoeilijken, opgepikt worden en aangepakt waar mogelijk (bijvoorbeeld het inrichten van een familiekamer, overleg met busmaatschappij, of BOB-opnames).
Er zijn structurele overlegmomenten zoals patiëntenraden en patiënt-staff meetings op niveau van de zorgeenheden, aan de hand waarvan input en feedback wordt verkregen vanuit de zorgvragers omtrent diverse thema's. Op organisatieniveau is een project lopende over de rol van ervaringsdeskundigheid en implementatie hiervan binnen de zorgeenheden, met inbreng van de betrokkenen.
De auditoren hebben vastgesteld dat de organisatie persoonsgerichte zorg structureel heeft ingebed in haar beleid en praktijk. Het zorgstrategisch- en ondernemingsplan, de visietekst herstel, en de visieteksten binnen het ziekenhuis, alsook de gesprekken met gedreven en gepassioneerde medewerkers (compliment) tonen aan dat persoonsgerichte zorg een leidend principe vormt binnen de organisatie. De visietekst herstel omvat een plan voor de ontwikkeling en implementatie van initiatieven rond persoonsgerichte zorg met specifieke aandacht voor het betrekken van cliënten en familie op micro-, meso-, en macroniveau. De auditor stelt vast dat deze elementen ook zichtbaar zijn in de bezochte zorgeenheden (bijvoorbeeld participatie in behandelproces, patiëntenraden en patiënt-staff meeting en ziekenhuisbrede implementatie van zorgafstemmingsgesprekken waarvoor het auditteam een compliment geeft en op organisatieniveau (bijvoorbeeld installatie focusgroepen, aanwezigheid van zorgvragers- en familieperspectief binnen stakeholdersoverleg). De inzet van een herstelambassadeur, ervaringsdeskundigen en -werkers en referentiepersonen, het installeren van een organisatiebrede werkgroep herstel, het opnemen van herstelgerichte acties binnen jaaractieplannen, en de organisatie van vormingsmomenten (bijvoorbeeld patiëntenparticipatie, zingeving, familiereflex) voor zowel zorgmedewerkers als ondersteunende diensten tonen aan dat de organisatie aandacht heeft voor de noodzakelijke randvoorwaarden ter ondersteuning en begeleiding van de teams bij de ontwikkeling van persoonsgerichte zorg. De organisatie neemt deel aan de Vlaamse Patiëntenpeiling en de zelfscan rond familieparticipatie waarbij de resultaten worden benut in functie van verbeteracties in de toekomst.

Binnen het kritisch proces Klinisch leiderschap is vastgesteld dat het team informatie over de zorgbehoeften van zorgvragers en de gemeenschap actief benut in de zorgverlening. Door middel van de website en brochures en in overleg met partners, is relevante informatie over de zorgverlening toegankelijk voor zorgvragers, familie en verwijzers. Auditees vinden via het documentbeheersysteem en door middel van contactpersonen binnen de organisatie, hun weg naar informatie over maatschappelijke zorgverlening, met inbegrip van palliatieve zorg en stervensbegeleiding. Auditees benoemen een aantal verbeterprojecten (bijvoorbeeld 'familiekamer', overleg met busmaatschappij, BOB-opnames, ...) die duidelijk maken dat de organisatie oog heeft voor een toegankelijke zorgomgeving. De zorgvragers kunnen in het kader van religie en 'zinzorg' beroep doen op een consulent

pastorale en spirituele zorg r. Alsook is hiertoe de nodige ruimte beschikbaar (bvb. stilteruimte of comfortroom op de afdeling).

Binnen het kritisch proces Resultaten beïnvloeden is middels gesprekken met auditees en via inzage in documenten vastgesteld dat richtlijnen en beleid systematisch wetenschappelijk onderbouwd worden. Deze onderbouwing zit enerzijds ingebouwd in standaard sjablonen voor documenten. Anderzijds is de onderbouwing van het beleid op niveau van de zorgeenheid, alsook het bespreken van conflicterende richtlijnen, geborgd binnen het kernteam van de zorgeenheid en in overleg met de clustermanager en programmacoördinator. Er zijn protocollen en procedures voorhanden om onnodige variatie in de zorgverlening te beperken. Het team volgt het beleid inzake ethische onderzoekspraktijken, inclusief de vereisten rond ethische goedkeuring, zoals blijkt uit gesprekken met auditees en inkijken van de betreffende procedure rond wetenschappelijk onderzoek.
Door middel van gesprekken met auditees op zorgafdelingen en de clustermanager van het ziekenhuis is vastgesteld dat er geen systematische methodiek is op het niveau van de cluster en zorgeenheden om risico's proactief en gedifferentieerd in kaart te brengen. De auditor stelt vast dat er wel risicobewustzijn aanwezig is bij medewerkers. Het team volgt organisatiebrede strategieën in functie van het omgaan met risico's, en er worden verificatieprocessen ingezet voor het beheersen van activiteiten met een hoog risico (bijvoorbeeld suïcide preventie, medicatieverificatie).
De auditoren stellen aan de hand van gesprekken met de auditees vast dat de leidinggevende erop toe ziet dat medewerkers het beleid van de organisatie volgen met betrekking tot het melden, documenteren en communiceren van veiligheidsincidenten, inclusief het informeren en ondersteunen van betrokken cliënten en familie. De jaaractieplannen bevatten duidelijke verbeterdoelstellingen, met aandacht voor het SMART (specifiek-meetbaar-acceptabel-relevant-tijdsgebonden) formuleren van deze doelstellingen. De leidinggevenden betrekken het team bij het uitwerken van acties of projecten.
De jaaractieplannen worden opgevolgd door het kernteam en de clustermanager. Op niveau van de organisatie zijn een aantal indicatoren geformuleerd en verzameld, waarbij ook gegevens beschikbaar zijn en benut worden op niveau van de zorgeenheid. In de jaaractieplannen wordt niet structureel gebruik gemaakt van lokale streefwaarden in functie van het monitoren van de doelstellingen.

2.2 Niet-voldane criteria

Criterium	Niveau	VIR of !	Opmerkingen auditoren
4.2.1 Het team volgt de proactieve, voorspellende aanpak van de organisatie om veiligheidsrisico's te identificeren.	Platina	!	Door middel van gesprekken met auditees op zorgafdelingen en de clustermanager van het ziekenhuis is vastgesteld dat er geen systematische methodiek is om op niveau van de cluster en zorgeenheden de veiligheidsrisico's proactief en gedifferentieerd in kaart te brengen.
4.3.6 De teamleiding werkt samen met het personeel om nieuwe of bestaande indicatorgegevens te gebruiken om een uitgangswaarde vast te stellen voor elke indicator.	Platina		Door middel van inzage van de jaaractieplanning, gesprekken met leidinggevenden en de clustermanager van het ziekenhuis stelt de auditor vast dat binnen de jaaractieplannen niet structureel gebruik wordt gemaakt van indicatoren met lokale streefwaarden in functie van het monitoren van de doelstellingen.

3. Normenset Geestelijke gezondheidszorg

3.1 Samenvatting

De auditor heeft de normenset Geestelijke gezondheidszorg getoetst aan de hand van gesprekken met twee psychiaters, drie verpleegkundig leidinggevenden, één pastoraal medewerker en spiritualiteit, twee opnamecoördinatoren, één psycholoog, vier zorgvragers, één ervaringswerker en aan de hand van inzage in zes dossiers. De auditor heeft deelgenomen aan een ZorgAfstemmingsGesprek (ZAG) waar familie bij aanwezig was. De auditoren bezochten de afdelingen Herstel 1, Het Vervolg, de HIC, de Kering, Prisma, Dagbehandeling 1 en het Hoophuis.

De documenten die ondersteunend zijn voor de Vereiste Instellingsrichtlijnen (VIR's) rond 'patiëntidentificatie', 'medicatieverificatie', 'vallen' en 'overdracht' zijn ingezien. Daarnaast heeft de auditor de documenten rond suïcide, de checklist transfer en ontslag, de checklist opname, de patiëntveiligheidscultuurmeting OPZC-meting 2024, de Vlaamse patiënttevredenheidspeiling en de jaaractieplannen van de bezochte afdelingen ingezien. De documenten zijn actueel. De auditor heeft vastgesteld door middel van gesprekken en dossiertracers dat aan de VIR's patiëntidentificatie, medicatieverificatie, vallen, overdracht en suïcidepreventie is voldaan.

De veilige fysieke omgeving is structureel in orde binnen de organisatie. Na feedback van zorgvragers en in gesprekken met zorgverleners op Herstel 1 over het zich veilig voelen binnen de omgeving, geven auditees aan dat het 'opendeuren beleid' van de eigen kamer een gevoel van onveiligheid veroorzaakt bij zorgvragers tijdens de nacht. Zorgvragers ervaren ook onveiligheid in het (onvoldoende) handhaven op het gebruik van middelen op het terrein van OPZC Rekem. De psycholoog van de afdeling herkent het signaal vanuit de patient staf meeting. De psychiater herkent het signaal vanuit teamvergaderingen. Er is een werkgroep 'middelengebruik op OPZC Rekem' opgericht waarin het probleem van middelengebruik op het terrein van OPZC Rekem aandacht heeft. Er is structureel overleg met stakeholders ten aanzien van het middelengebruik op OPZC Rekem. Een zorgvrager die geen beschermd statuut heeft, geen acute psychiatrische noden meer heeft en een woning ter beschikking heeft, wordt ontslagen bij gebruik van middelen binnen het OPZC Rekem.

De herstelgerichte visie wordt op de afdelingen uitgedragen. De sfeer is open en transparant.
De presentietheorie is zichtbaar in de nabijheid, het beschikbaar zijn voor zorgvragers en de mens achter het ziektebeeld te zien. De doorleefde toepassing van de presentietheorie wordt expliciet benoemd door verpleegkundigen en zorgvragers. Dit is een compliment waardig. De auditees van afdeling Prisma vertellen hoe zij eigen regie bij de zorgvrager stimuleren en hen zelf laten beschikken over financiële middelen tijdens een afdelingsactiviteit. In het Hoophuis wordt het activiteitenprogramma volledig gerund en geleid door ervaringswerkers. Dat is eveneens een compliment waard. Auditees op Het Vervolg geven voorbeelden van sportactiviteiten samen met zorgvragers en van het ervaringsgericht leren.

In de aanpak van het wachtlijstbeheer is de zorgvrager aan zet om wekelijks contact te houden met de opnamecoördinator over de voortgang van de opname. Deze zorgaanpak begint al bij de opnamecoördinatoren. De opnamecoördinatoren zorgen voor een intakegesprek binnen één week.
Als de opname indicatie niet passend is bij het OPZC Rekem-aanbod dan denkt de opnamecoördinator actief mee in alternatieve zorgondersteuning en stemt af met het zorgnetwerk in de regio.

De auditor heeft voorbeelden gezien en gehoord van persoonsgerichte zorg. Zo vinden er ZorgAfstemmingsGesprekken (ZAG) plaats. Één week na opname en voor ontslag vindt afstemming plaats over de zorgdoelstellingen. Uit gesprekken met de auditees blijkt dat de psycholoog maandelijks een 'patient-staf-meeting' houdt waarin zorgvragers ervaringen met procedures of afdelingsbeleid delen. Elke zorgvrager heeft een mentor waar de zorgvrager laagdrempelig terecht kan met persoonlijke

vragen of problemen. Er is een patiëntenraden begeleider die de patiëntenraden van de afdeling langsgaat om inbreng van zorgvragers op te halen. Er zijn focusgroepen rondom specifieke thema's waaraan een zorgvrager deelneemt. Er is een voorbeeld getoond van een zorgplan in pictogrammen van een zorgvrager die niet taalvaardig is. De betrokkenheid van familie is geobserveerd tijdens het bijwonen van het ZorgAfstemmingsGesprek. De dienst pastorale en spirituele zorg heeft een transformatie doorgemaakt van pastorale zorg naar zingevingsinitiatieven.

Risico's ten aanzien van vallen, suïcide, en agressie worden bij opname aan de hand van een methodiek gescreend. De suïcide screening wordt herhaald bij ontslag en bij incidenten of transfer naar een andere afdeling. In vier zorgdossiers is vastgesteld dat de risicoscreening correct is gedocumenteerd en geëvalueerd. Op Herstel 1 is voor de verpleegkundigen zichtbaar welke actuele suïcidescore de zorgvragers hebben. De auditee kan aangeven welke acties de suïcidescore inhielden. In de gesprekken met auditees hoort en ziet de auditor dat voor suïcidepreventie en omgaan met agressie verplichte trainingen ingericht zijn. Er is een periodieke trainingsherhaling en er zijn referent verpleegkundigen op de thema's aangewezen op de afdelingen. Een referent verpleegkundige suïcidepreventie informeert het afdelingsteam bij wijzigingen in het suïcidepreventiebeleid en is vraagbaak voor het team over het beleid en heeft zitting in een afdelingsoverstijgende werkgroep suïcidepreventie. Uit gesprekken met auditees blijkt dat suïcidale signalen van zorgvragers gesignaleerd worden door verpleegkundigen in het teamoverleg en dat indien nodig gerichte actie richting psychiater volgt.
Medicatieverificatie is protocollair vastgelegd. Uit de gesprekken met psychiater en verpleegkundigen blijkt dat medicatieverificatie wordt uitgevoerd volgens protocol. De verpleegkundige brengt het actuele medicatieoverzicht in kaart. Dit wordt geaccordeerd door de psychiater en getoetst door de apotheker. De auditor heeft inzage gehad in actuele medicatiedossiers van zorgvragers. Er is een tracer gelopen met een referent verpleegkundige medicatie op het onderwerp patiëntidentificatie tijdens de medicatieverstrekking. Patiëntidentificatie voor medicatie vindt op Het Vervolg plaats op naam van de zorgvrager en diens foto. Bij het ontbreken van een foto vindt actieve identificatie plaats op geboortedatum en naam zorgvrager.
De Patiëntveiligheidscultuurmeting OPZC Rekem 2024 scoort binnen 'Overdracht en informatie-uitwisseling' 32% op het missen van informatie bij het overbrengen van zorgvragers van de ene naar de andere afdeling. Het criterium 'Tijdens dienstwisselingen wordt vaak belangrijke informatie over het hoofd gezien' scoort 52,3%. In de gesprekken met verpleegkundigen van het Herstel wordt dit niet benoemd. In het Jaaractieplan van Prisma is er een gerichte verbeteractie opgenomen.

3.2 Niet-voldane criteria

Criterium	Niveau	VIR of !	Opmerkingen auditoren
1.1.4 De fysieke omgeving is veilig, comfortabel en stimuleert het herstel van de cliënten.	Goud		De auditor heeft vastgesteld door middel van gesprekken met een psychiater, psycholoog en zorgvragers op locatie Het Vervolg, dat bij zorgvragers een gevoel van onveiligheid bestaat. Het gevoel ontstaat door het open deur beleid, het niet voldoende kunnen beteugelen van middelengebruik op het terrein en het niet altijd kunnen handhaven van consequenties bij middelengebruik bij zorgvragers binnen hun gedwongen kader.

4. Normenset Leiderschap

4.1 Samenvatting

De auditor heeft het kritisch proces ´Zorgverlening en besluitvorming o.b.v. principes´ getoetst aan de hand van gesprekken met de contactpersoon integriteit, een afdelingshoofd, twee verpleegkundigen, de voorzitter van het ethisch comité, twee medewerkers van de cel kwaliteit, een zorgvrager en het directieteam. De auditor zag onder andere de volgende documenten in: Deontologische code, Ethisch beleid – beleidstekst (versie 4), Ethische dilemma's bij noodsituaties in een GGZ-instelling en Euthanasie bij ondraaglijk lijden (versie 1).
In gesprekken stellen auditoren vast dat OPZC Rekem haar waarden hoog in het vaandel heeft. Verantwoordelijkheden rond ethische kwesties zijn toegewezen binnen het ethisch kader. Waar OPZC Rekem wetenschappelijk actief is wordt dit in afstemming met de directie en het ethisch comité gedaan. De deontologische code omvat ook een gedragscode en is recent vastgesteld. De auditor stelt vast dat de code bekend is bij de werknemers. De uitvoer van deze code wordt ondersteund door een integriteitsteam. Tijdens een bezoek aan de PVT Rado 1 verneemt de auditor dat ethische dilemma's proactief worden opgepakt. Het team zet in op maatgerichte patiëntenzorg. De vraag "Wat wil de zorgvrager?" staat centraal. De auditor geeft een compliment voor de aandacht voor ethische reflectie binnen OPZC Rekem.

De auditoren hebben het kritisch proces patiëntenstroom getoetst aan de hand van gesprekken met de hoofdarts, een stafmedewerker, de directeur zorg, een opnamecoördinator, twee verpleegkundigen en een afdelingshoofd. Tijdens de gesprekken kregen auditoren inzage in de ondersteunende rapportages rond onder meet wachttijden, bedbezetting en doorstroom.
De auditor heeft volgende documenten ingezien: Doorstroming van zorgvrager en de beleidstekst (versie 3).
Sinds enkele jaren heeft OPZC Rekem een HIC (High en Intensive Care) unit. Rond wachttijden en crisisopnames heeft OPZC Rekem wekelijks overleg met haar ketenpartners. Om de doorstroom te bevorderen zijn binnen de keten afspraken gemaakt rond de verdeling van de doelgroep over de verschillende ketenpartners. De opnamecoördinator heeft regelmatig contact met de extern wachtende zorgvrager en het netwerk van de wachtende zorgvrager. De interne doorstroom wordt vanuit de opnamecoördinator gevolgd en aangestuurd.

De auditoren hebben de kritische processen Geïntegreerd kwaliteitsmanagement en Planning en kwaliteitsmanagement getoetst aan de hand van gesprekken met twee medewerkers van de cel kwaliteit, het directiecomité, drie verpleegkundigen, twee zorgvragers, een clustermanager, een afdelingshoofd, de preventiemedewerker en de hoofdapotheker. Auditor zag onder andere het had inzage in volgende documenten: Intern rampenplan OPZC Rekem – beleidstekst (versie 3), Geïntegreerd kwaliteitsbeleid – beleidstekst (versie 2), de kwaliteitswaaier, twee instructiedocumenten VMS (veilig meld systeem), en de procedure Plannen, uitvoeren en opvolgen van resultaten van interne toetsen (versie 4). De auditor bezocht de afdelingen Herstel en PVT Rado. De auditor volgde een tracer rond een VMS-melding.

De stuurgroep kwaliteit wordt voorgezeten door de kwaliteitscoördinator en rapporteert aan het managementcomité. De inzet van de cel kwaliteit is erop gericht verantwoordelijkheid laag in de organisatie te beleggen en vooral ondersteunend te zijn. Dit heeft de auditor ook vastgesteld tijdens de gesprekken met de auditees op de werkvloer.

OPZC Rekem kent een intern toetsingssysteem dat zowel themagericht als algemeen ingericht is.
De auditor had inzage in thema audits rond hygiëne en medicatie en een algemene audit die vanuit het management en de stuurgroep kwaliteit is bepaald en gericht is op interne afspraken en nieuw beleid.
Er is een groep interne auditoren. De auditees geven aan dat momenteel geen artsen deelnemen aan de

audits en dat ze dit betreuren. Ricovolle processen en afdelingen worden intensiever gevolgd door middel van interne audits. Uitkomsten van inspectiebezoeken worden waar nodig opgevolgd door middel van het intern auditsysteem.

OPZC Rekem gebruikt de software van Zenya® voor het veilig incident melden (VMS). De afgelopen twee jaar is geïnvesteerd in het laag in de organisatie leggen van de verantwoordelijkheid van de afhandeling van de meldingen. Elk team heeft een eigen VMS-team. Rapportages rondom uitkomsten van het meldsysteem worden opgeleverd en binnen alle lagen van de organisatie besproken. In de beleidsdocumenten geeft OPZC Rekem aan dat de lokale VMS-teams beoordelen of het voor de zorgvrager toegevoegde waarde heeft weet te hebben van de melding. Er wordt geen feedback gevraagd aan zorgvragers en familie over de aanpak en afspraken van de bekendmaking van incidenten. Auditees geven aan dat er nog geen evaluatie heeft plaatsgevonden van het beleid om incidenten bekend te maken, in samenspraak met de zorgvragers.

OPZC Rekem heeft sinds begin 2025 een nieuw elektronisch patiëntendossier. Het beleid medicatieverificatie wordt ondersteund door dit dossier. Verantwoordelijkheden zijn in de ogen van auditees helder verdeeld en worden opgevolgd.

Integraal risicomanagement wordt binnen OPZC Rekem momenteel aangevlogen vanuit verschillende lijnen. Binnen het permanent comité rampenplan wordt jaarlijks een risicomatrix opgemaakt en voorzien van beheersmaatregelen. Jaarlijks wordt er een auditplan opgesteld o.b.v. de zelfevaluatie van het directiecomité van 2022. Ook lager in de organisatie worden in de jaaractieplannen risico's benoemd.

De auditoren hebben het kritisch proces cliëntgerichte zorgverlening getoetst aan de hand van gesprekken met twee zorgvragers, drie verpleegkundigen, een afdelingshoofd, twee kwaliteitsmedewerkers, de directieraad en een verpleegkundig specialist.
De auditor zag onder andere het volgende documenten: Leidraad naastenparticipatie – Familiereflex (versie 2), Strategisch plan samen voor betere zorg!, Missie visie en waarden OPZC Rekem (versie 3), Navigatieboekje zorgvragers (versie 1), Herstel visietekst en de website www.Opzcrekem.be/naasten/.
De auditor bezocht de afdelingen Herstel 1 en Rado 1. De auditor liep een tracer rond de lang verblijvende zorgvrager. OPZC Rekem ambieert een vooruitstrevende mensgerichte organisatie te zijn. Ze werkt vanuit de waarden veiligheid, professionaliteit, verbondenheid, openheid en zorgzaamheid. Deze waarden leven in de organisatie en worden vertaald naar de lokale doelgroep situatie. Iedere zorgvrager heeft met vaste regelmaat (verschillend per doelgroep) een zorg afstemmingsoverleg (ZAG). OPZC Rekem werkt met ervaringsdeskundigen. Eén van de ervaringsdeskundigen begeleidt alle patiëntenraden.
Jaarlijks wordt er een auditplan opgesteld o.b.v. de zelfevaluatie van het directiecomité van 2022. Daarnaast zijn er op de afdelingen ook 'zorgvragerstaff meetings'. Afdelingen worden inhoudelijk vormgegeven door multidisciplinaire kernteams. Bij specifieke onderwerpen worden ook zorgvragers uitgenodigd in dit overleg.

Binnen OPZC Rekem is een ombudsdienst geïnstalleerd. Deze wordt toegelicht op de website. Zorgvragers en hun naasten worden geïnformeerd over hun klachtrechten. Inzage in dossiers gebeurt momenteel samen met een zorgverlener. Gesproken zorgvragers maken hier wisselend gebruik van.

OPZC Rekem kent, zo geven diverse auditees aan, een verbetercultuur. De auditor neemt deze verbetercultuur ook waar in de voorbeelden die langskomen. Zorgvragers zijn hier actief bij betrokken. Zorgverleners kennen en volgen het opleidingsaanbod om hen te ondersteunen in cliëntgericht werken. Voor cliëntbevragingen maakt OPZC Rekem gebruik van de Vlaamse Patiëntenpeiling.

4.2 Niet-voldane criteria

Criterium	Niveau	VIR of !	Opmerkingen auditoren
4.2.2 Er wordt een gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak geïmplementeerd voor de bekendmaking van cliëntveiligheidsincidenten aan cliënten en familie, wat de communicatie en een ondersteunende respons stimuleert. *4.2.2.2* *Het bekendmakingsproces wordt geëvalueerd en indien nodig geactualiseerd, met inbreng van cliënten, familie en teamleden.*	Platina	VIR	De auditor heeft vastgesteld door middel van gesprekken met twee medewerkers van de cel kwaliteit, vier verpleegkundigen en een zorgvrager door middel van inzage van twee instructiedocumenten VMS, de kwaliteitswaaier en het geïntegreerd kwaliteitsbeleid – beleidstekst (versie 2), dat OPZC Rekem beleid heeft dat bekendmaking van incidenten richting zorgvrager en familie faciliteert. De auditor verneemt ook van auditees dat conform dit beleid wordt gewerkt. De keuze voor openbaarheid is belegd bij het lokale VMS-team. Informatie over bekendmaking wordt vastgelegd in het patiëntendossier. Er is geen registratie van wanneer wel en wanneer niet gekozen wordt voor bekendmaking. Auditees geven aan dat het bekendmakingsproces nog niet is geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Cliënten en familie worden ook niet actief bevraagd om hun feedback op de huidige werkwijze.
4.2.2 Er wordt een gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak geïmplementeerd voor de bekendmaking van cliëntveiligheidsincidenten aan cliënten en familie, wat de communicatie en een ondersteunende respons stimuleert. *4.2.2.6* *Er wordt feedback gevraagd van cliënten, familie en personeelsleden over hun ervaringen met de bekendmaking en deze informatie wordt gebruikt om waar nodig het bekendmakingsproces te verbeteren.*	Platina	VIR	De auditor heeft vastgesteld door middel van gesprekken met twee medewerkers van de cel kwaliteit, vier verpleegkundigen en een zorgvrager door middel van inzage van twee instructie documenten VMS, de kwaliteitswaaier en het geïntegreerd kwaliteitsbeleid – beleidstekst (versie 2), dat OPZC Rekem beleid heeft dat bekendmaking van incidenten richting zorgvrager en familie faciliteert. De auditor verneemt ook van auditees dat conform dit beleid wordt gewerkt. De keuze voor openbaarheid is belegd bij het lokale VMS-team. Informatie over openbaarmaking wordt vastgelegd in het patiëntendossier. Er is geen registratie van wanneer wel en wanneer niet gekozen wordt voor openbaarheid. Auditees geven aan dat het bekendmakingsproces nog niet werd geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Cliënten en familie worden ook niet actief bevraagd om hun feedback op de huidige werkwijze.

Bijlage 1. Verdeling normensets over drie sequentials

Sequential programma	1e sequential	Versie nr.	2e sequential	Versie nr.	3e sequential	Versie nr.
Voorlopig geplande datum	**1e sequential 2 t/m 4 september 2025**		**2e sequential april 2027**		**3e sequential december 2028**	
Datum vaststellen inhoud assessment	oktober 2024		april 2025		december 2027	
Assessmentprocedure:	2025					
Keuze accreditatieniveau: Goud / Platina / Diamant	**Platina**					
Keuze niveau toetsing: Goud / Platina / Diamant	**Platina**					
Aanvullende opties:	geen					
Formulering gewenste resultaat/doelstelling voor de organisatie van de audit	We willen in het verslag teruglezen of de instelling het continu verbeteren van de zorg en de borging van de veiligheid op een werkbare manier heeft ingericht opdat gemaakte doelstellingen kunnen behaald worden en om de focus te leggen op de zorgprocessen (GGZ in clusters Ziekenhuis/ Forensische Zorg en Langdurige zorg in PVT Rado en Ter Bosch), - wat betreft de twee ziekenhuisbrede zorg ondersteunende processen Medicatiebeheer in sequential 2 en Infectiepreventie in sequential 3 de toetsing uit te voeren met bijzondere aandacht binnen het cluster waar tijdens die sequential de zorgprocessen getoetst worden (Voor Medicatiebeheer is dit cluster Forensische Zorg en voor Infectiepreventie is dit cluster PVT) en op passende wijze op de basis veiligheidsvereisten conform de overbruggingsaudit in de rest van de instelling. - Wat betreft de zorg ondersteunende processen in Leiderschap in Excellente zorg deze toetsing uit te voeren op zorgprocesniveau binnen die clusters waar tijdens die sequential de zorgprocessen getoetst worden.					
Hertoetsen eerdere uitdagingen:	Uitdagingen uit medicatiebeheer in 2de sequential					
Te toetsen normensets:		Versie		Versie*		Versie*
Governance		5			X	
Leiderschap	-Zorgverlening en besluitvorming o.b.v. principes (LS) - Patiëntenstroom - Planning en kwaliteitsmanage-ment - Geïntegreerd kwaliteitsmanage-ment - Klinisch leiderschap	5	- Fysieke omgeving -Manage-ment van middelen-HRM		-Communicatie -Noodsituaties en rampen-plannen -Medische instrumenten en apparatuur	
Infectiepreventie en -bestrijding					**X** PVT en steekproeven in cluster ziekenhuis en forensisch cluster	5

Medicatiebeheer			**X** Forensisch cluster en steek-proeven cluster ziekenhuis en PVT +uit-dagingen overbrug-ging	5		
Excellente zorgverlening	-Resultaten beïnvloeden -Cliëntgerichte zorg		-Competen-tie	5		
Geestelijke gezondheidszorg	**X** cluster ziekenhuis (excl. forensische cluster zie bijlage verdeling)		**X** in forensisch cluster (excl. ziekenhuis cluster zie bijlage verdeling)	5		
Langdurige zorg en dagopvang				volgt	**X** PVT	volgt