

Auditverslag

Psychiatrisch Ziekenhuis Onze Lieve Vrouw



Brugge
België

Datum auditbezoek: 6 tot en met 10 december 2021

Versie normenset: Qmentum Global

Assessmentprocedure: 2021-2022

Vastgesteld op: 11 januari 2022

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------

Inhoud

Inleiding	3
1. Samenvatting	4
1.1 Auditinformatie	4
1.2 Conclusies auditteam	7
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	16
3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen	16
3.2 Normensets	16
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	25

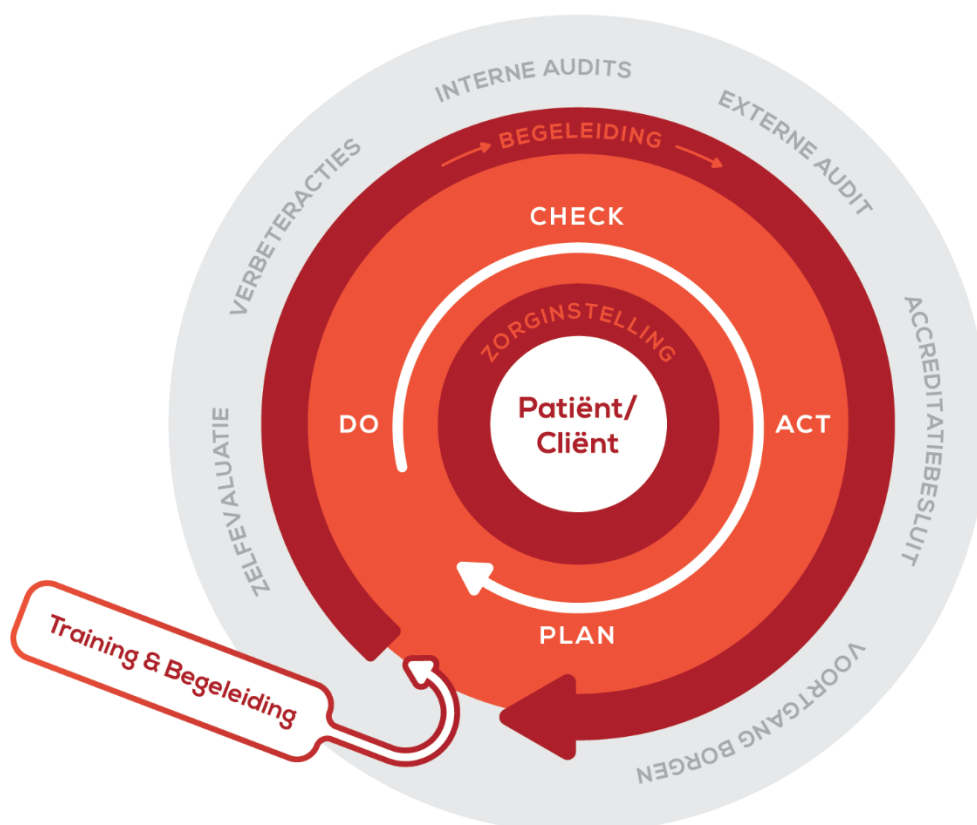
Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzeliëvrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

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.

Qmentum 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 Qmentum Global



Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelvevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

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 PZ Onzelvevrouw Brugge heeft plaatsgevonden van 6 december tot en met 10 december 2021.

Auditteam

De heer Jean Willem Barzilay, voorzitter
De heer Albrecht Beeftink, auditor
De heer Hendrik Peuskens, auditor
Mevrouw Cindy Monard, auditor
Mevrouw Gerda Pauwels, auditor
Mevrouw Kate Van der Meulen, auditor
De heer Jan De Varé, aspirant auditor

Surveymanager

Mevrouw Bieke De Neve

Aanvullende informatie

De Raad van Bestuur van Psychiatrisch Ziekenhuis Onzelvevrouw Brugge heeft een aanvraag bij Qualicor Europe gedaan voor een instellingsbrede audit voor accreditatie, op basis van de kwaliteitsnorm Qmentum Global. De audit is uitgevoerd conform de assessmentprocedure 2021-2022. Dit is de eerste Qualicor Europe-accreditatie voor deze instelling.

Het volledige auditteam was aanwezig in het Psychiatrisch Ziekenhuis Onzelvevrouw Brugge.

De directie van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onzelvevrouw Brugge heeft voorafgaand aan het auditbezoek verklaard dat er geen werkeenheden zijn met problemen die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorg en waarvan het auditteam op de hoogte moet zijn.

De audit betreft de volgende locaties van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onzelvevrouw Brugge: het psychiatrisch ziekenhuis en het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT).

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

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzeliëvrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

Normensets

Tijdens het auditbezoek zijn de volgende normensets en kritische processen gebruikt om de diensten en procedures van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onzeliëvrouw te toetsen:

Zorgspecifieke normensets (gouden criteria en VIR's op alle niveaus)

- Geestelijke gezondheidszorg
- Middelenmisbruik en probleemgokken

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

- Excellente zorg
- Medicatiebeheer
- Infectiepreventie
- Leiderschap
- Governance

Noodzakelijke criteria voor veilige zorg

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------

Samenvatting bevindingen

Standaard audit	Resultaat	Eis
Hoeveel procent van het aantal toetsingen van alle vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's) is behaald?	100%	100%
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?	99%	81%
Aan hoeveel procent van alle noodzakelijke criteria voor veilige zorg op niveau platina en diamant, zoals beschreven in de bijlage van de Assessmentprocedure 2021-2022 over alle relevante normensets voldoet de instelling?	100%	81%

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzeliëvrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

1.2 Conclusies auditteam

Algemene bevindingen

Het Psychiatrisch Ziekenhuis Onzeliëvrouw (PZ OLV) is een middelgroot psychiatrisch ziekenhuis in Brugge. De dagelijkse aansturing van de organisatie vindt plaats door een directiecomité bestaande uit een algemeen directeur, medisch directeur, zorg directeur en een financieel/facilitair directeur (openstaande vacature momenteel). De algemeen directeur is de voorzitter van het directiecomité. Het PZ OLV kent een open cultuur waarbij feedback kunnen geven ook belangrijk is. De cultuur is daarnaast gericht op verbetering en éénieder (50 patiënten, 160 medewerkers en 4 ervaringswerkers) die is gesproken toont zich positief over de veranderingen die zijn ingezet op grond van de audit. Dit blijkt daarnaast uit de inrichting van bijvoorbeeld het intranet dat goed aansluit bij het normkader Qualicor. Alle relevante en opvraagbare informatie is in openheid verstrekt, of eerst nagevraagd en vervolgens alsnog verstrekt. Binnen de PDCA cyclus valt op dat als basis de Plan en Do fasen goed zijn uitgewerkt, in zowel uitleg als schriftelijke stukken en procedures. Voor de Check fase geldt dat het PZ OLV hier hard aan werkt.

In de audit is naar voren gekomen dat de organisatie voor de kwaliteitszorg nog vrij strak langs de normteksten van Qualicor verloopt. De verwachting van het auditteam is dat dit richting toekomst binnen eigen regie van het PZ OLV steeds beter verloopt.

De audit vond plaats in goede sfeer waarbij de vriendelijkheid en openheid van alle auditees door de auditoren sterk is gewaardeerd.

Overzicht complimenten

- In de lokale Commissie Medische Ethiek (CME) is de inbreng van patiënt en familie vorm gegeven door de actieve participatie van een ervaringswerker.
 - De inzet van ervaringsdeskundigheid is sinds 2019 expliciet vormgegeven. Onder de noemer 'M.E.N.S.' (= Met Ervaring Naar Samenwerking) vinden tal van activiteiten van de werkgroep patiëntenparticipatie plaats. De werkgroep M.E.N.S. bestaat uit een tiental vrijwilligers/ervaringswerkers en enkele professionele hulpverleners. De ervaringswerker in dienstverband leidt deze werkgroep. Deze werkgroep streeft ernaar om ervaringswerk verder te verankeren en uit te bouwen in heel de organisatie. De gesproken ervaringswerkers nemen enthousiast en gedreven verschillende taken op zoals bijvoorbeeld het Herstelpunt, de buddywerking en het Patiënt-Team-Overleg. De ervaringswerkers geven aan hun taken erg waardevol te ervaren: zij belichamen letterlijk en figuurlijk hoop voor de patiënten.
 - De gesproken ervaringswerkers en stafmedewerkers stralen een sterke betrokkenheid en bevologenheid uit.
 - De auditor sprak met de leden van de bewonersraad PVT. De bewoners geven mooie en concrete voorbeelden van inspraak en verbeteringen die op hun voorstel geïnitieerd werden.
 - De diverse klinieken alsook de hele ziekenhuissite imponeert ruim, rustig en is met grote zorg onderhouden. De auditor hoort op de verschillende afdelingen over snelle en kwaliteitsvolle samenwerking met de technische dienst wanneer defecten of schade moeten hersteld worden. De auditor meent daarvoor een compliment te kunnen maken aan de instelling.
 - Er wordt sterk ingezet op het bieden van continuïteit van zorg voor patiënten binnen kliniek 1. Dit door contacten tijdens het wachten op de start van de behandeling, continuïteit van het behandelprogramma overstijgend aan het type behandeling (residentieel en dagbehandelingsprogramma vormt één geheel, aanbod ABA-programma), gedeelde personeelsinzet, overkoepelende vergaderingen op kliniekniveau,...
- Wijze van zorgoverdracht (consequent, nauwkeurig) binnen het team en overkoepelend binnen de kliniek wordt als groot compliment gegeven door meerdere patiënten op zowel afdelingen 10 als 11.

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzeliëvrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

Overzicht uitdagingen

	Uitdaging	Normenset	Criterium	VIR of !	Niveau
1	De fysieke ruimte voldoet aan de vigerende wet- en regelgeving en voorschriften.	Leiderschap	9.1	!	goud
2	De gezondheid en veiligheid van cliënten en medewerkers worden te allen tijde beschermd en met name in perioden waarin bouwwerkzaamheden of renovaties plaatsvinden.	Leiderschap	9.3		goud
3	De fysieke omgeving is veilig, comfortabel en stimuleert het herstel van de cliënten.	Geestelijke gezondheidszorg	1.4		goud

Intern toetsingssysteem

Het intern toetsingssysteem van Psychiatrisch Ziekenhuis Onzeliëvrouw Brugge voldoet aan de 'Assessmentprocedure 2021-2022 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 Vlaamse Zorginspectie specifieke richtlijnen heeft opgesteld voor risicovolle afdelingen/ processen, zijn deze aantoonbaar binnen het interne toetsingssysteem op implementatie/ borging getoetst.	voldaan

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------

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

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------

Noodzakelijke voorwaarden

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

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

Het PZ OLV heeft haar missie, visie en leidende principes neergelegd binnen haar strategie. Helaas veroorzaakt Covid-19 (nog steeds) voor verminderde contacten, meer afstand en minder samenhang. Ook tijdens de audit zijn een aantal gesprekspartners vanwege covid alleen op afstand benaderbaar. Het auditteam zelf is gedurende de gehele audit fysiek aanwezig geweest. De missie van het PZ OLV leidt voor 2022 tot de leidende principes: ademruimte, plezier, verdichting (in de zin van: meer contacten tussen medewerkers en derden, plus betrokkenheid) en erkenning. Het auditorenteam heeft over alle gewenste informatie kunnen beschikken ofwel door de rechtstreekse toegang tot de intranetomgeving ofwel door aanlevering ter plaatse van informatie om de audit goed te kunnen uitvoeren. Het auditteam trof een duidelijk waarneembare verbetercultuur aan. Zo kent het PZ OLV een uit de strategische koers opgestelde balanced score-card, die het directie comité samen met het management team per kwartaal via rapportages monitort. De kwartaalrapportages zijn via een dashboard inzichtelijk waarbij bedrijfseconomische resultaten, gegevens rond personeelsmanagement en kwaliteitsrapportages worden gedeeld. Op grond hiervan volgt de organisatie steeds de uitgangspunten en verbeteringen. Ook is het strategisch plan uitgewerkt in een beleidsplan voor de organisatie en beleidsplannen per onderdeel. Verder kent het PZ OLV een kwaliteits- en veiligheidsbeleidsplan dat met regelmaat bijstelling krijgt. De laatste versie is van oktober 2021.

In de stuurgroep kwaliteit participeren naast de kwaliteitsmanager, ook de medisch- en algemeen directeur. Hierdoor krijgt kwaliteit de juiste en tegelijkertijd ook brede aandacht binnen de totale organisatie. In de stuurgroep kwaliteit komen onder meer de planning, opvolging van resultaten en verbetertrajecten en kwaliteitsrapportages aan de orde. Het auditteam heeft alle stukken in een open- en vriendelijke sfeer kunnen inzien en waar nodig bij de traces/normen betrokken. Er is een oprecht kwaliteitskwaliteitsgevoel in alle lagen van de organisatie aangetroffen.

Naar het oordeel van het auditteam is aan de noodzakelijke voorwaarde verbetercultuur voldaan.

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

De dagelijkse aansturing van de organisatie vindt plaats door een directiecomité bestaande uit een algemeen directeur, medisch directeur, zorg directeur en een financieel/facilitair directeur. Jaarlijks stelt het PZ OLV een investerings- en exploitatiebegroting op. Leidinggevend en geven input aan de instellingsleiding met betrekking tot hun benodigde middelen en investeringen. De voortgang van de uitvoering is onderdeel van de reguliere plannings- en controlcyclus. De opvolging ligt bij de Raad van Bestuur (raad van toezicht), directie, managementteam en Ondernemingsraad. Ook privacy- en veiligheidsbeleid is geborgd. Het PZ OLV voldoet aan de vigerende wetgeving. Medewerkers zijn actief betrokken via communicatie en (verplichte e-learning) training.

Patiënten en bewoners geven zonder uitzondering aan dat er een warme persoonlijke bejegening is door de behandelteams. Ook valt op dat de patiënt en familie partners zijn in de zorgverlening. Patiënten en familie ontvangen de informatie nodig voor het zorgproces. De zorgplannen ontstaan in samenspraak met de patiënt en het netwerk.

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------

Voor medewerkers zijn functie- en profielbeschrijvingen beschikbaar. Beoordelingsgesprekken zijn voorzien evenals scholing op alle vereiste onderdelen.

Naar het oordeel van het auditteam is aan de noodzakelijke voorwaarde verantwoorde zorg voldaan.

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

Het PZ OLV besteedt voor het management, medewerkers, artsen en vrijwilligers, veel aandacht aan structurele scholing en training. Hierdoor investeert de organisatie in de ontwikkeling van elke medewerker, via deskundigheidsbevordering, verdere professionalisering en in een lerend organisatieklimaat. De scholing is geënt op belangrijke risico's rond patiëntveiligheid. Nieuwe medewerkers krijgen systematisch inscholing omtrent patiëntveiligheid. Daarnaast beschikt de instelling over een gecoördineerde aanpak ter preventie van geweld en agressie. Het beleid is ontwikkeld in samenspraak met medewerkers. Ook is er beleid op het psychosociaal welzijn van de medewerkers en voor belangrijke risico's op de werkplek (bv. agressie, infectiepreventie, intern noodplan, eerste hulp bij ongevallen). Het ethisch beleid is eveneens aanwezig. De patiënt en zijn omgeving worden actief betrokken bij het onderwerp veiligheid. Dit gebeurt via het 'in dialoog gaan met de patiënt en zijn omgeving'. De bewoners worden voorbereid op hun patiëntenbespreking, waarbij de bewoner effectief mee aan tafel zit bij zijn of haar bespreking. Er is ook een bewonersraad, via deze raad vindt inspraak plaats en komen bijvoorbeeld verbetervoorstellen aan de orde.

Naar het oordeel van het auditteam is aan de noodzakelijke voorwaarde veiligheid voldaan.

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------

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>									
Excellente zorgverlening	9 (100%)	0 (0%)	0	17 (100%)	0 (0%)	0	26 (100%)	0 (0%)	0
Governance	29 (100%)	0 (0%)	0	13 (100%)	0 (0%)	0	42 (100%)	0 (0%)	0
Infectie-preventie en -bestrijding	36 (100%)	0 (0%)	27	13 (100%)	0 (0%)	6	49 (100%)	0 (0%)	33
Leiderschap	20 (95,2%)	1 (4,8%)	0	34 (97,1%)	1 (2,9%)	0	54 (96,4%)	2 (3,6%)	0
Medicatie-beheer	46 (100%)	0 (0%)	20	35 (100%)	0 (0%)	5	81 (100%)	0 (0%)	25
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Geestelijke gezondheids-zorg	5 (100%)	0 (0%)	0	13 (92,9%)	1 (7,1%)	0	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0
Middelen-misbruik en probleem-gokken	7 (100%)	0 (0%)	0	12 (100%)	0 (0%)	0	19 (100%)	0 (0%)	0
Totaal	152 (99,3%)	1 (0,7%)	47	137 (98,6%)	2 (1,4%)	11	289 (99%)	3 (1%)	58

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzeliëvrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

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.

	PZ Onze Lieve Vrouw Brugge	Binnen hoeveel kritische processen zijn deze VIR's getoetst			Aantal NLTs in matrix	Score nalevingstesten			
		Voldaan	Niet voldaan	Totaal		Voldaan	Niet voldaan	Totaal	% Voldaan
2	Clëntenidentificatie	2	0	2	1	2	0	2	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	4	4	0	4	100,0%
5	Medicatieverificatie bij opname – Ambulante zorg	2	0	2	5	10	0	10	100,0%
9	Hoogrisico medicatie	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
10	Narcoticaveiligheid	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
14	Preventief onderhoudsprogramma	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
15	Training en scholing op het gebied van patiëntveiligheid	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
16	Clëntveiligheidsplan	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
17	Preventie van geweld en agressie op de werkplek	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
18	Patiëntenstroom	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
19	Voorlichting over handhygiëne	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
21	Naleving van handhygiëne	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
22	Aantallen infecties	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
23	Kwartaalrapportages cliëntveiligheid	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
24	Beheer van ongewenste voorvallen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
25	Openbaarmaking van ongewenste voorvallen	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
26	Verantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
27	Valpreventiestrategie (bij klinische patiënten)	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
29	Voorkoming van zelfdoding	2	0	2	5	10	0	10	100,0%
31	Gevaarlijke afkortingen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
	Totaal	25	0	25		111	0	111	
	Totaal %	100,0%	0,0%			100,0%	0,0%		

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------

2. Overzicht beoordelingen op niveau goud

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

2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

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

2.2 Normensets

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

Instellingsbrede normen

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Leiderschap		
9.1 De fysieke ruimte voldoet aan de vigerende wet- en regelgeving en voorschriften.	!	Op afdeling 52 heeft de auditor geconstateerd dat een patiënt op de eigen patiëntenkamer in afzondering werd gehouden. Deze kamer beschikt niet over camerabewaking en de afgesloten deur is niet voorzien van een systeem dat die bij brand(alarm) automatisch wordt geopend. De ruimte voldoet niet aan wet- en regelgeving met betrekking tot afzondering.
9.3 De gezondheid en veiligheid van cliënten en medewerkers worden te allen tijde beschermd en met name in perioden waarin bouwwerkzaamheden of renovaties plaatsvinden.		Het onderhoudsteam participeert in valpreventie-inspanningen bij het reinigen van de vloer door het plaatsen van een geel signalisatiebord. De aandacht voor gladde vloeren komt in de visietekst 'Valpreventie' aan bod. Verschillende medewerkers kunnen deze signalisatieborden op hun kar of in hun technische ruimte aanduiden. Ook verpleegkundigen op de betrokken diensten zeggen deze signalisatieborden te kennen. De auditor stelt bij herhaling vast (Afdeling 32, 30, 20 en PVT 1 en 2) dat in de praktijk dit bord niet is geplaatst tijdens het reinigen van de vloeren in de gangen, traphallen en zalen.

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzeliëvrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

Zorgspecifieke normen

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
Geestelijke gezondheidszorg		
1.4 De fysieke omgeving is veilig, comfortabel en stimuleert het herstel van de cliënten.		De auditor stelt vast dat een procedure 'Separatie-afzondering op de kamer' actueel beschikbaar is in het psychiatrisch ziekenhuis en deze maatregel wordt door de auditor toegepast gezien op afdeling 52 en 32. Deze procedure verwijst naar afzondering in een andere kamer dan de afzonderingskamer en daarmee is ze qua accommodatie niet conform het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen 'Module vrijheidsbeperkende maatregelen voor audit van psychiatrische ziekenhuizen en A- en K-diensten van algemene ziekenhuizen'. De gebruikte kamers beschikken niet over cameratoezicht (afdeling 52) of zijn niet volledig conform de vereisten als afzonderingskamer (Afdeling 32 comfortroom o.a. stopcontact aanwezig). Bovendien kan op afdeling 52 niet voor elke separatieperiode een strikt navolgen van de ziekenhuisprocedure aangetoond worden in het dossier. Er zijn geen half uurlijkse registratie van contact met de patiënt in het EPD (elektronisch patiëntendossier) terug te vinden. Op afdeling 52 en 32 kan niet uit het EPD worden opgemaakt dat de arts dagelijks medisch-psychiatrisch toezicht houdt. Deze elementen zijn niet conform de vigerende procedure 'Separatie-afzondering op de kamer'. De auditor noteert dat de hoofddarts en de plaatsvervangend afdelingsarts op afdeling 52 deze problematiek kennen en op verschillende fora aankaarten. Ze lichten ook toe dat het op afdeling 52 gaat om een uitzonderlijke, chronische problematiek waarvoor talrijke andere opties uitgeprobeerd zijn en waarvoor ingeschat wordt dat werken via de reguliere afzonderingskamer meer schade en overlast zou opleveren. De auditor maakt overigens op uit de notulen van de werkgroep dwang en drang ('Beleidsplan werkgroep dwang en drang 2021-2022') dat een opvolging van de reeds vastgestelde tekortkomingen bij de visitatie gestart is vanaf 1/1/2019 en dat de meest recente ingave stelt dat 'de procedure separatie inhoudelijk niet in lijn is met de richtlijnen'.

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------

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.

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------

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.

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------

5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren

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

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

5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen

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

Kritisch proces	Omschrijving
Planning en kwaliteitsmanagement	Ontwikkelen en implementeren van de infrastructuur, programma's en diensten om tegemoet te komen aan behoeften van de gemeenschap en doelgroepen.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditor heeft het kritisch proces bevestigd gezien door gesprekken met voorzitter van de raad van bestuur (RvT), algemeen directeur, managementteam, kwaliteitsfunctionaris en daarnaast aan de hand van verslagen van het management team, de vergadering van het bestuursorgaan van de vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu; statuten, organogram en onthaal- en infobrochure voor leden van de raad van bestuur. Ook is het kritisch proces getoetst op diverse afdelingen waaronder afdeling 21, 30 en 42.	
Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes	Identificeren van en besluiten nemen met het oog op ethische dilemma's en problemen.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditor heeft het kritisch proces Zorgverlening en besluitvorming op basis van principes getoetst aan de hand van een organisatietracer. De auditor heeft hiervoor gesproken met de stafmedewerker ethiek en een lid van de werkgroep ethiek van het psychiatrisch ziekenhuis. Binnen de vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu, waartoe het PZ OLV behoort, zijn diverse beleidsteksten uitgewerkt inzake ethisch beleid. De medewerkers van de instelling hebben daaraan meegewerkt. De documenten zijn beschikbaar op het intranet en zijn door de auditor ingekeken. De teksten zijn volgens een vast patroon opgebouwd en bieden naast duiding over het thema en relevante wetgeving duidelijke handvaten voor medewerkers hoe te reageren bij ethische vraagstukken. De stafmedewerker ethiek organiseert vormingen over de diverse thema's. De commissie ethiek komt vier keer per jaar samen en bespreekt hoofdzakelijk de aanvragen voor onderzoek. De stafmedewerker ethiek meldt dat er ongeveer 15 à 20 aanvragen op jaarbasis worden behandeld.	

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzeliëvrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	Er is eveneens een reflectiegroep ethiek waarin een ervaringsdeskundig patiënt en een ervaringsdeskundig familielid participeren. De auditor stelt vast dat ethische thema's open kunnen besproken worden binnen de instelling. De auditor heeft op diverse afdelingen (afdeling 11, 52 en 41) getoetst of medewerkers op de hoogte zijn van het ethisch beleid. Alle gesproken medewerkers bevestigen dat ze in het geval van een ethisch vraagstuk contact kunnen opnemen met de stafmedewerker ethiek, die zeer toegankelijk is en met het team in overleg gaat over mogelijkheden om het probleem aan te pakken. De gedragscode is omschreven in de tekst "Ons DNA" die te vinden is in de brochure "De Essentie". Ook in het arbeidsreglement zijn concrete gedragsvoorschriften opgenomen. De auditor heeft dit vastgesteld aan de hand van het document op het intranet.
Clíëntgerichte zorg	Samenwerken met cliënten en hun familie om zorg te plannen en te verlenen die respectvol, meelevend, cultureel veilig en competent is, en ernaar te streven dat deze zorg voortdurend wordt verbeterd.
Governance Leiderschap Geestelijke gezondheidszorg Excellente zorgverlening Middelenmisbruik en probleemgokken	
Opmerkingen: De auditor heeft gesproken met de algemeen directeur, stafmedewerkers patiëntenzorg, twee ervaringswerkers, een familie-ervaringswerker /lid van de familieraad, de externe ombudsdienst, de interne ombudsdienst, de stafmedewerker ethiek, de woningcoördinator woning 1-2 en heeft deelgenomen aan de bewonersraad van het Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT). 'Nauwe samenwerking met alle betrokkenen' en 'In dialoog gaan met de patiënt en zijn omgeving' zijn expliciete thema's in de missie en visie. In de visietekst 'Patiënten-en familieparticipatie' worden patiënt en familie als cruciale partners benoemd en wordt verduidelijkt hoe de organisatie concreet vorm geeft aan patiënten en familieparticipatie. De inzet van ervaringsdeskundigheid is sinds 2019 expliciet vormgegeven. Onder de noemer 'M.E.N.S.' (= Met Ervaring Naar Samenwerking) vinden tal van activiteiten van de werkgroep patiëntenparticipatie plaats. De werkgroep M.E.N.S. bestaat uit een tiental vrijwilligers/ervaringswerkers en enkele professionele hulpverleners. De ervaringswerker in dienstverband leidt deze werkgroep. Deze werkgroep streeft ernaar om ervaringswerk verder te verankeren en uit te bouwen in heel de organisatie. De gesproken ervaringswerkers nemen enthousiast en gedreven verschillende taken op zoals bijvoorbeeld het Herstelpunt, de buddywerking en het Patiënt-Team-Overleg. De ervaringswerkers geven aan hun taken erg waardevol te ervaren: zij belichamen letterlijk en figuurlijk hoop voor de patiënten. De gesproken ervaringswerkers en stafmedewerkers stralen een sterke betrokkenheid en bevoegenheid uit. De Woningcoördinator PVT geeft aan dat bewoners voorbereid worden op hun patiëntenbespreking, waarbij de bewoner effectief mee aan tafel zit bij zijn of haar bespreking. De auditor heeft gesproken met de leden van de bewonersraad PVT. De bewoners geven mooie en concrete voorbeelden van inspraak en verbeteringen die op hun voorstel geïnitieerd zijn. De gesproken familie-ervaringswerker geeft aan lid te zijn van de recent opgerichte familieraad die ernaar streeft de werking ten aanzien van familie te verbeteren. Als voorbeeld hiervan geeft hij zijn deelname als familie-ervaringswerker in het programma van de familieavond voor de afdelingen verslavingszorg.	

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzeliëvrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
Een tweede opdracht die hij ter harte neemt is als vrijwilliger beschikbaar te zijn voor gesprekken met families.	
Management van middelen	Monitoren, bijhouden en integreren van activiteiten die te maken hebben met de toewijzing en het gebruik van bronnen.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditor heeft gesproken met de algemeen directeur, de stafmedewerker financieel-facilitair departement, de algemeen coördinator vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu, de stafmedewerker human resources, stafmedewerkers patiëntenzorg, een woningcoördinator en een afdelingscoördinator ouderen. Jaarlijks wordt een investerings- en exploitatiebegroting opgesteld. De toewijzing van middelen is onderdeel van de reguliere plannings- en controlcyclus. Finaal wordt de begroting goedgekeurd door de raad van bestuur. De stafmedewerker financieel-facilitair departement neemt de analyse, opvolging en rapportage professioneel ter harte en onderneemt verbeterinitiatieven. Opvolging en rapportage gebeurt bij raad van bestuur, directie en ondernemingsraad (OR). De wet op overheidsopdrachten wordt toegepast.	
Menselijk kapitaal (HRM)	Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditor heeft gesproken met de algemeen directeur, stafmedewerker human resources, de leidinggevende van de personeelsdienst, drie medewerkers van de personeelsdienst, de interne preventieadviseur, een woningcoördinator, een afdelingscoördinator ouderen, twee ervaringswerkers en een medewerker van de keuken. In de missie en visie worden de leidende principes van de instelling benoemd als 'Ons DNA'. Hierin worden de verwachtingen ten aanzien van de medewerkers concreet omschreven. Er is een beleid ontwikkeld en geïmplementeerd om gedrag dat in tegenspraak is met deze verwachtingen bij te sturen. De instelling heeft oog voor de ontwikkeling van medewerkers en leidinggevend. In de brochure 'Medewerkers helpen groeien' die elke nieuwe medewerker bij aanvang ontvangt, wordt de ontwikkelingscyclus van medewerkers toegelicht met daarin evaluatiegesprekken, bijsturingsgesprekken, ontwikkel-, talent- en coachingsgesprekken. De leidinggevend zijn opgeleid om met deze methodiek aan de slag te gaan. Er is een beleid inzake veiligheid en gezondheid van medewerkers ontwikkeld en geïmplementeerd. In dit beleid is er aandacht voor het psychosociaal welzijn van de medewerkers en voor belangrijke risico's op de werkplek (bv. agressie, infectiepreventie, intern noodplan, eerste hulp bij ongevallen). Voor het management, medewerkers, artsen en vrijwilligers is er structureel scholing en training voorzien met betrekking tot belangrijke risico's patiëntveiligheid. Op basis van een risicoanalyse is per doelgroep de frequentie bepaald, bijvoorbeeld omgaan met agressie is jaarlijks verplicht voor medewerkers patiëntenzorg. Nieuwe medewerkers krijgen systematisch inscholing omtrent patiëntveiligheid. E-learnings met betrekking tot zelfverwondend gedrag, agressiepreventie, ziekenhuishygiëne, valpreventie, suïcidepreventie, zorgcommunicatie, patiëntenrechten zijn ontwikkeld en worden ter beschikking gesteld.	

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
Jaarplanningen zijn opgemaakt. De instelling beschikt over een gecoördineerde aanpak ter preventie van geweld en agressie. Het beleid is ontwikkeld in samenspraak met medewerkers. De verantwoordelijkheden, de aanpak en nazorg van agressie incidenten zijn beschreven. Agressie incidenten worden gemeld. De rapportages worden gebruikt om de veiligheid te verbeteren. Jaarlijks wordt vorming en training gegeven omtrent geweld en agressie. Rapportagelijnen zijn gedefinieerd. Personeelsdossiers worden veilig bewaard en systematisch bijgehouden.	
Geïntegreerd kwaliteitsmanagement	Voortdurend, proactief en systematisch proces om kwaliteit vanuit een systeemomvattend perspectief te begrijpen, managen en communiceren om zo doelen en oogmerken te realiseren.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditor heeft het kritisch proces bevestigd gezien door gesprekken met voorzitter van de raad van bestuur (RvT), algemeen directeur, managementteam en kwaliteitsfunctionaris. De auditor heeft daarnaast verslagen van het management team ingezien. Voor de vergadering van het bestuursorgaan van de vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu heeft de auditor de statuten, organogram en onthaal- en infobrochure voor leden van de raad van bestuur nagezien. Ook is het kritisch proces getoetst op diverse afdelingen waaronder afdeling 42. Verder is het kritisch proces, in de zin van betrokkenheid en advisering, besproken met een delegatie van de ondernemingsraad. De ondernemingsraad voelt zich gehoord en betrokken.	
Communicatie	Communicatie tussen verschillende lagen van de organisatie en met externe betrokkenen.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditor heeft het kritisch proces communicatie aan de hand van een organisatietracer getoetst. Zij heeft hiervoor gesproken met de verantwoordelijke communicatie en Public Relations, de coördinator GDPR (General Data Protection Regulation, stafmedewerker vzw Bermhertigheid Jesu), de verantwoordelijke systeembeheer en de applicatiebeheerder EPD. Diverse beleidsteksten en procedures zijn ingekeken waaronder het communicatieplan van de instelling, het jaarverslag 2020, het kwartaaltijdschrift Afrit 8, een poster met 10 geboden inzake informatieveiligheid, de onthaalbrochure psychiatrisch ziekenhuis en de onthaalbrochure psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), de procedure toegang patiëntendossier en het register van incidenten informatieveiligheid. Tijdens het gesprek met de verantwoordelijke communicatie en public relations heeft de auditor bevestigd gekregen dat er een communicatieplan is. Dit plan is opgesteld in 2019 na een sterkte-zwakke analyse, uitgevoerd door directie en staf. Het plan beschrijft de klijntlijnen voor de interne en externe communicatie en bevat tevens een overzicht van de diverse doelgroepen en de communicatiekanalen die gebruikt worden om deze doelgroepen te bereiken. Tijdens het gesprek is duidelijk geworden dat er weinig terugkoppeling is naar de verantwoordelijke communicatie en public relations over de tevredenheid met de diverse communicatiemiddelen en kanalen. Voor de website is er wel cijfermateriaal beschikbaar: er wordt gebruik gemaakt van Google Analytics om de revisie van de website voor te bereiden en te bepalen welke inhoud mogelijks verwijderd zal worden. Intern vormt het intranet de belangrijkste bron van informatie voor	

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	medewerkers. Heel wat beleidsinformatie is voor alle medewerkers beschikbaar. Via de chatfunctie op het intranet kunnen medewerkers op eenvoudige wijze feedback geven. De auditor stelt tijdens bezoeken op diverse afdelingen vast dat medewerkers het intranet gebruiken en informatie vlug kunnen terugvinden. De auditoren kunnen de informatiegids vrijwilligerswerking inkijken. Dit is een voorbeeld om ook deze groep bij de werking van de instelling te betrekken. De auditor heeft met de coördinator GDPR de geldende richtlijnen rond privacy en vertrouwelijkheid getoetst. De instelling voldoet aan de vigerende wetgeving. Er wordt vanuit de vzw waartoe de instelling behoort actief ingezet op communicatie en vorming om de medewerkers bewust te maken van het belang van informatieveiligheid. Alle medewerkers hebben midden 2020 een verplichte e-learning gevolgd. Deze vorming wordt maandelijks herhaald voor nieuwe medewerkers. Incidenten inzake informatieveiligheid worden gemeld via het elektronisch patiëntendossier OBASI. Uit het register van incidenten blijkt dat de meeste informatieveiligheidsincidenten met e-mail gebruik te maken hebben. Om die reden worden er tweewekelijks phishing mails uitgestuurd. Op basis van de resultaten kunnen medewerkers gericht gecontacteerd worden om extra aandacht te besteden aan verdachte mails. Bij de applicatiebeheerder zorgdossier heeft de auditor bevestigd gekregen dat incidenten via het zorgdossier kunnen gemeld worden. Enkele voorbeelden zijn ingekeken. Toegangsrechten zijn vastgelegd in de procedure 'Toegang Patiëntendossier' die de auditor heeft ingekeken. Toegang tot patiëntgegevens in het zorgdossier is traceerbaar. Externen hebben geen toegang tot het zorgdossier. Tijdens bezoeken aan zorgafdelingen hebben de auditoren bevestigd gekregen dat toegangsrechten conform de procedure zijn vastgelegd. De auditor heeft bij bezoeken op PVT 3-4 en afdelingen 22, 41 en 52 vastgesteld dat bv. de poster met de 10 geboden voor informatieveiligheid zichtbaar is opgehangen in de medewerkersruimtes. Bij het bevragen van medewerkers op diverse afdelingen heeft de auditor vastgesteld dat de publicaties zoals vermeld in het communicatieplan gekend zijn en brochures voor patiënten en familie ter beschikking zijn.
Fysieke omgeving	Verlenen van geschikte en veilige structuren en faciliteiten voor het succesvol uitvoeren van missie, visie en doelstellingen.
Leiderschap	
Opmerkingen: De instelling heeft actuele onderhoudsplannen voor verwarming, ventilatie en klimaatregelingssystemen en voor de gebouwen. Medewerkers in de medische dienst, de apotheek en op de afdelingen 20,21,22, 30, 31 en 32 en PVT 1-2 geven aan tevreden te zijn over hun werkomgeving en de aanwezige faciliteiten met betrekking tot toegankelijkheid, veiligheid, comfort, waaronder meubilair en verlichting, en properheid. Zij voelden zich gehoord in hun wensen en kenden de procedure om die kenbaar te maken. Op afdeling 52 constateert de auditor dat een patiënt op de eigen patiëntenkamer in afzondering wordt gehouden. Deze kamer is niet voorzien van een systeem dat bij brand(alarm) automatisch zou worden geopend. De ruimte is bijgevolg niet geschikt voor dit doel en voldoet dus niet aan wet- en regelgeving met betrekking tot afzondering. Op de vraag hoe het onderhoudsteam participeert in valpreventie-inspanningen komt als antwoord dat bij het schoonmaken van de vloer 'met nat' een geel signalisatiebord wordt geplaatst. De aandacht voor gladde vloeren komt ook in de visietekst 'Valpreventie' aan bod. Verschillende medewerkers kunnen deze signalisatieborden op hun kar of in hun technische ruimte aanduiden. Ook verpleegkundigen op de betrokken diensten zeggen deze signalisatieborden te kennen.	

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
De auditor stelt evenwel bij herhaling vast (Afdeling 32, 30, 20 en PVT 1 en 2) dat in de praktijk dit bord ontbreekt.	
Voorbereid zijn op noodsituaties	Omgaan met noodgevallen en andere aspecten van openbare veiligheid.
Infectiepreventie en -bestrijding Leiderschap	
Opmerkingen: De auditoren hebben tijdens het toetsen van het kritisch proces 'Voorbereid zijn op noodsituaties' bevestigd gekregen dat de instelling voldoet aan de gestelde criteria. De auditoren hebben gesproken met de algemeen directeur, de verantwoordelijke systeembeheerder, leden van het comité ziekenhuishygiëne en medewerkers van diverse afdelingen. Volgende documenten zijn ingekeken: intern noodplan; procedure 'Brand'; procedure 'Bommelding'; procedure 'Crisiscommunicatie'; procedure 'Geweldpleging, gijzeling, amok'; procedure 'Inbraakalarm' en de noodprocedure 'Uitval IT-systeem'. De inhoud van het noodplan is in augustus 2021 geactualiseerd. Er is een duidelijk beleid uitgewerkt rond uitbraakpreventie. Er zijn afspraken wie detecteert, zes infecties worden als risico benoemd en opgevolgd. Dit is vastgesteld binnen het kritisch proces 'Infectiepreventie en -bestrijding'. Er zijn Uninterruptable Power Supply (UPS) batterijen die een stroomonderbreking van ongeveer 45 minuten kunnen overbruggen. Bij vermoeden van een langere stroomonderbreking wordt de noodprocedure 'Uitval IT-systeem' geactiveerd. Dit geeft medewerkers de mogelijkheid om lijsten van lopende voorschriften, aanwezige patiënten en contactpersonen uit te printen zodat zorgverlening op een veilige manier kan doorgaan. De auditor heeft tijdens werkplekbezoeken vastgesteld dat de nodige blus- en evacuatiemiddelen beschikbaar zijn. De gesproken medewerkers van de bezochte afdelingen kunnen de blusmiddelen en evacuatiezones aanwijzen en heeft bevestigd gekregen dat deze medewerkers de brandopleiding hebben gevolgd. In de onthaaldocumenten voor nieuwe medewerkers zijn o.a. brand en brandbestrijding opgenomen, zodat zij op de hoogte zijn van de te nemen maatregelen. De auditoren hebben vastgesteld dat op afdeling 52 een reguliere patiëntenkamer wordt gebruikt om een patiënt af te zonderen (afzondering op eigen kamer). De patiëntenkamers zijn voorzien van normale sloten, die met een sleutel geopend moeten worden. Een afzonderingsruimte is standaard voorzien van een elektronisch slot, wat automatisch ontgrendeld bij brand. Het feit dat de deur van een patiëntenkamer die als afzonderingsruimte wordt gebruikt niet automatisch ontgrendelt bij brand vormt een ernstig risico voor de patiënt.	
Patiëntenstroom	Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings.
Leiderschap	
Opmerkingen: De auditor heeft het kritisch proces bevestigd gekregen via gesprekken met directie, algemeen directeur en diverse gesprekken met auditees op afdelingen waaronder 41 en 42. De schema's binnen het document 'Beleid naar doorstroming – analyse november 2021' heeft de auditor ingezien en uitgelegd gekregen.	

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzeliëvrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
Medische instrumenten en apparatuur	Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen.
Infectiepreventie en -bestrijding Leiderschap Opmerkingen: De auditor heeft het kritisch proces 'Medische instrumenten en apparatuur' getoetst aan de hand van een organisatietracer. Zij heeft hiervoor gesproken met de directeur patiëntenzorg, het diensthoofd economaat en het diensthoofd technische dienst. De auditor heeft de aankoopprocedure en de procedure onderhoud medische apparatuur ingekeken, evenals het enterprise asset management systeem (Ultimo) waarin alle medische instrumenten en apparatuur zijn geïnventariseerd. De vereiste instellingsrichtlijn 'Effectief preventief onderhoud van medische instrumenten, materialen, medische apparatuur en medische technologie' is getoetst en als voldaan geëvalueerd. Uit de gesprekken en op de bezochte afdelingen heeft de auditor vastgesteld dat het beheer van medische instrumenten en apparatuur geborgd is in de instelling. Medewerkers kunnen defecten of problemen melden in Ultimo, wat een taak genereert voor de technische dienst, het economaat of de apotheek. Apparatuur die door de auditor op diverse afdelingen is bekeken, was conform de procedures gelabeld. De auditor heeft samen met het diensthoofd technische dienst meerdere voorbeelden van uitgevoerd onderhoud of vereiste ijking inzien. Jaarlijks wordt per afdeling een lijst met medische instrumenten en apparatuur getrokken uit het programma Ultimo, en wordt voor elk item op de lijst geverifieerd of het inderdaad aanwezig is op de desbetreffende afdeling en of het nog steeds correct gelabeld is. Indien een label ontbreekt of niet meer leesbaar is, kan aan de hand van het serienummer het toestel nog steeds geïdentificeerd en opnieuw gelabeld worden.	
Governance	Optimaal functioneren van het toezichtsorgaan.
Governance Opmerkingen: De auditor heeft het kritisch proces bevestigd gezien door gesprekken met voorzitter van de raad van bestuur (RvT), algemeen directeur, managementteam, kwaliteitsfunctionaris. De auditor heeft de verslagen van de vergadering van het bestuursorgaan van de vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu, de statuten, het organogram en de onthaal- en infobrochure voor leden van de raad van bestuur ingezien. In de infobrochure staan de bestuurscommissies als financiën of renumratie omschreven. Het kritisch proces is doorlopen aan de hand van mogelijke crisis situaties en de regievoering daarbinnen. Op afdeling 42 is het ethisch kader en de informatievoorziening (in positieve zin) besproken en getoetst. Ook is het kritisch proces, in de zin van betrokkenheid en advisering, besproken met een delegatie van de ondernemingsraad. Dit leidt ertoe dat de ondernemingsraad zich gehoord en betrokken voelt.	

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------

5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen

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

5.2.1 Excellente zorgverlening

Kritisch proces	Omschrijving
Besluitondersteuning	Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.
Opmerkingen: De auditor heeft gesproken met stafmedewerkers patiëntenzorg, stafmedewerker ethiek, een woningcoördinator PVT, een afdelingscoördinator ouderen, twee ervaringswerkers, een familie-ervaringswerker en vier bewoners. Er wordt een accuraat, actueel dossier bijgehouden voor iedere patiënt en bewoner. Een gestandaardiseerd pakket gezondheidsinformatie wordt verzameld in samenspraak met patiënt en familie.	
Competentie	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.
Opmerkingen: De functieprofielen zijn voor alle functies beschikbaar. In het document 'Vorming visietekst' geeft de instelling aan te investeren in de ontwikkeling van elke medewerker, in deskundigheidsbevordering, in verdere professionalisering en in een lerend organisatieklimaat. In de documenten 'Opleidingsplan' en 'Vormingskalender' is de planning van de concrete vormingen vastgesteld. Er wordt structureel vorming en training gegeven omtrent belangrijke patiëntveiligheidsthema's zoals agressie, suïcidepreventie, infectiepreventie en medicatie. In de afgetekende aanwezigheidslijsten heeft de auditor vastgesteld dat opleidingen gevolgd worden. Een medewerker van de personeelsdienst lijst, in een recent geïmplementeerd softwareprogramma, per personeelslid de gevolgde vormingen op.	
Klinisch leiderschap	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.
Opmerkingen: Leidinggevend en geven structureel input aan de instellingsleiding met betrekking tot hun benodigde middelen en investeringen. De teamleden, patiënten en bewoners hebben toegang tot informatie over en effectieve toegang tot externe voorzieningen waaronder palliatieve zorg.	
Resultaten beïnvloeden	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.
Opmerkingen: Er is een beleid geïmplementeerd met betrekking tot ethisch wetenschappelijke onderzoekspraktijken. In de lokale Commissie Medische Ethiek (CME) is de inbreng van patiënt en familie vorm gegeven door de actieve participatie van een ervaringswerker. Patiëntveiligheidsincidenten worden gemeld en opgevolgd.	

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzeliëvrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

5.2.2 Geestelijke gezondheidszorg

Kritisch proces	Omschrijving
Zorgverlening	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
Opmerkingen: De auditor heeft klinieken 2, 3, 4 en 5 en afdelingen Psychiatrisch VerzorgingsTehuis (PVT) 1, 2, 3 en 4 bezocht en een drietal patiëntenracers uitgevoerd. Daarnaast zijn gerichte items bevraagd en opgevolgd via korte tracers. Er zijn 12 patiënten gesproken, 36 medewerkers, twee familieleden, twee verwijzers en één huisarts. De diverse klinieken alsook de hele ziekenhuissite imponeert ruim, rustig en is met grote zorg onderhouden. De auditor hoort op de verschillende afdelingen over snelle en kwaliteitsvolle samenwerking met de technische dienst wanneer defecten of schade moeten hersteld worden. De auditor meent daarvoor een compliment te kunnen maken aan de instelling. Patiënten en bewoners getuigen zonder uitzondering van een warme persoonlijke bejegening door de behandelteams. Ze vertellen met een brede waaier van bezorgdheden terecht te kunnen bij de behandelteams. De auditor stelt vast dat deze teams per afdeling multidisciplinair zijn samengesteld met een arts psychiater, teamcoördinator, verpleegkundigen, maatschappelijk assistenten, psychologen en diverse therapeuten. Daarnaast is er buiten de multidisciplinaire teams van de afdelingen een pastorale werking die ook contact met andere geloofsovertuigingen en niet confessionele ondersteuning faciliteert. Het bestaan van een interne en externe ombudsdienst en informatie over patiëntenrechten worden consequent gecommuniceerd in opnamefolders. De informatie hieromtrent wordt herhaald bij opname en transfer en op de afdelingen via posters en vlot beschikbare folders. Behalve op de gesloten opnamedienst zijn er weinig anderstalige patiënten. Er is een procedure voor het aanvragen van tolkendiensten die gebruikt wordt bij formele zittingen – zoals die bij de vrederechter in de context van een gedwongen opname. Patiënten worden persoonlijk opgevolgd en maken hun bijdrage aan behandelplan kenbaar, via de afdelingspsychiater of hun individuele begeleider. De deelname door de patiënt aan multidisciplinaire vergaderingen wordt in alle teams als wenselijk ervaren. Heel wat van de aangesproken patiënten kennen een lang traject in het psychiatrische ziekenhuis en/of PVT. Toch getuigen zij van aandacht voor mogelijkheden van doorverwijzing en inzet om inschakeling in de buitenwereld te faciliteren. Transfers en ontslag worden in overleg met patiënt en zijn omgeving voorbereid. De procedure voor opname is beschikbaar in het documentbeheersysteem en in de verschillende klinieken wordt consequent naar deze modus operandi verwezen. Het ziekenhuis is voor opnamevragen 24/7 bereikbaar. Het valt daarbij op dat de artsen een centrale rol spelen in de aanmelding op de wachtlijst. Externe verwijzers, met name de artsen van de naburige psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen melden dat voor facilitatie en bespoediging van opname met de artsen contact wordt genomen. De verschillende teamcoördinatoren melden dat ze de patiëntenwachtlijst, die beschikbaar is in EPD, voor hun afdeling opvolgen door middel van regelmatig contact met de patiënten en maken daarvan rapportage in het EPD. Een langlopende samenwerking wordt gezien rond patiënten met persoonlijkheidsproblematiek in het netwerk samen met het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Noordwest-Vlaanderen. Patiënten worden geïdentificeerd aan de hand van hun naam en foto, conform de procedure 'Patiënt identificatie- dubbele controle identiteit'. De procedure is up to date. Beide elementen nodig voor de identificatie verschijnen in beeld wanneer het individuele EPD van een patiënt geopend wordt. De dubbele controle gebeurt consequent wanneer medicatie bedeling doorgaat, dit is vastgesteld door verschillende auditoren. Alle geïnterviewde verpleegkundigen en zorgkundigen bevestigen de toepassing van deze procedure.	

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzeliëvrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------

De procedure 'Medicatieverificatie bij opname' is up to date. Ze blijkt gekend bij alle verpleegkundigen die daarover aangesproken zijn. Als weerslag van het verpleegkundig onderdeel van deze procedure wordt in elk nagekeken dossier een ingescand of 'ge-upload' document gevonden dat de beste weergave is van de thuismedicatie. De drie bevroegde psychiaters getuigen, conform de procedure, zich te baseren op dit document om hun elektronisch voorschrift aan te maken. Bij interne transfers blijft het EPD-voorschrift beschikbaar als laatste versie. Bij ontslag wordt door verpleegkundigen een print gemaakt van de laatst voorgeschreven medicatie en als document aan de patiënt bezorgd. Verpleegkundigen bereiden het thuismedicatievoorschrift voor en de arts past zo nodig aan en valideert bij ontslag.

De auditor vindt een procedure 'Valpreventie-risicotaxatie' en een 'Visietekst Valpreventie' in het documentbeheersysteem, welke up to date zijn. Alle teamleden volgen een E-learning over deze procedure. Er zijn universele aandachtspunten. De registratie van deze valpreventiegegevens gebeurt in het EPD onder aandachtspunten voor een geselecteerde doelgroep (60+ en/of valincident in afgelopen 6 maanden). De auditor vindt deze registratie vlot en consequent terug in het dossier. Kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het registreren van valrisico en van aantal valincidenten zijn afgelijnd en worden opgevolgd. Er is een systeem van incidentanalyse opgezet.

Er is een ziekenhuisbrede procedure om zelfdodingsrisico's in te schatten ('Suïcidepreventie-risicotaxatie') en beschikbaar in het documentbeheersysteem. Deze is actueel en omvat de ernst, de frequentie van inschatting en mogelijke aanpak van deze risico's. De procedure is gekend door alle ondervraagde medewerkers en zij getuigen allen opleiding te hebben gevolgd via een E-learning. Op iedere afdeling wordt een concrete vertaling van deze ziekenhuisbrede procedure gezien. Alle patiëntendossiers bevatten een actuele score – overzichtelijk gemaakt in het EPD onder de noemer 'Aandachtspunten'.

De procedure 'Zorgoverdracht' is actueel en verwijst naar concreet gebruikte hulpmiddelen bij opname, transfer en ontslag. De auditor ziet bij het uitvoeren van patiëntentracers en het overlopen van de opnameprocedure dat deze hulpmiddelen gebruikt worden als checklist bij de opname. Bij het briefen onder medewerkers wordt het EPD gebruikt en wordt gebruik gemaakt van overzichten en patiëntenlijsten die aangepast kunnen worden aan het te overlopen interval. Een ruime set van 13 indicatoren met betrekking tot zorgcommunicatie wordt opgevolgd en zichtbaar gemaakt in maandelijkse updates. Deze worden aan de teams teruggekoppeld. Teamcoördinatoren bevestigen te werken op hun afdeling met deze indicatoren en op afdeling 32 wordt concrete opvolging daarvan op een verbeterbord teruggezien.

De auditor stelt vast dat een procedure 'Separatie- afzondering op de kamer' actueel beschikbaar is in het PZ OLV en deze maatregel wordt door de auditor toegepast gezien op afdeling 52 en 32. Deze procedure verwijst naar afzondering in een andere kamer dan de 'afzonderingskamer' en daarmee is ze qua accommodatie niet conform het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen (Module vrijheidsbeperkende maatregelen voor audit van psychiatrische ziekenhuizen en A- en K-diensten van algemene ziekenhuizen). De gebruikte kamers beschikken niet over cameratoezicht (n=2 op afdeling 52) of zijn niet volledig conform de vereisten als afzonderingskamer, zoals aangegeven door de teamcoördinator. Op afdeling 32 is bijvoorbeeld in de comfortroom een stopcontact aanwezig. Bovendien kan op afdeling 52 niet voor elke separatieperiode een strikt navolgen van de ziekenhuisprocedure aangetoond worden in het dossier. Er zijn geen half-uurlijkse registraties van contact met de patiënt in het EPD terug te vinden. Op afdeling 52 kan niet uit het EPD worden opgemaakt dat de arts dagelijks medisch-psychiatrisch toezicht houdt. Deze elementen zijn niet conform de vigerende procedure 'Separatie- afzondering op de kamer'.

De auditor noteert dat de hoofdarts en de plaatsvervangend afdelingsarts op afdeling 52 deze problematiek kennen en op verschillende fora aankaarten. Ze lichten ook toe dat het op afdeling 52 gaat om een uitzonderlijke, chronische problematiek waarvoor talrijke andere opties uitgeprobeerd zijn en waarvoor ingeschat wordt dat werken via de reguliere afzonderingskamer meer schade en overlast zou opleveren. De auditor maakt overigens op uit de notulen van de werkgroep dwang en drang ('Beleidsplan werkgroep dwang en drang 2021-2022') dat een opvolging van de reeds vastgestelde tekortkomingen bij de visitatie door het Agentschap Zorg en Gezondheid gestart is vanaf 1/1/2019. De meest recente ingave in de notulen

Datum: 11 januari 2022	Status: definitief	PZ Onzelievevrouw Brugge	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------

stelt dat "De procedure separatie inhoudelijk niet in lijn is met de richtlijnen". In een opvolg schrijven van het Agentschap Zorg en Gezondheid van 28/08/2020 wordt de opmerking daarover behouden en het ziekenhuis is gevraagd naar remediëring of naar een argumentatie waarom remediëring niet mogelijk is. De beleidsmedewerker vertelt hierover het gesprek met de visitatiecommissie te willen aangaan, maar dit vervolg is tot op heden niet doorgegaan.

De auditor stelt vast dat de toestand op heden onveranderd blijft voortbestaan.