



Auditverslag

Psychiatrisch Ziekenhuis Ariadne

Lede

Datum auditbezoek:	1 tot en met 3 april 2025
Assessment:	overbruggingsaudit
Assessmentprocedure:	2025
Niveau accreditatie:	goud
Niveau toetsing:	goud
Status verslag:	definitief
Vastgesteld op:	7 mei 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
1.3. Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR).....	12
2. Normenset Excellente zorg	13
2.1. Samenvatting	13
2.2. Niet-voldane criteria	14
3. Normenset Infectiepreventie en -bestrijding	15
3.1. Samenvatting	15
3.2. Niet-voldane criteria	16
4. Normenset Medicatiebeheer.....	17
4.1. Samenvatting	17
4.2. Niet-voldane criteria	18
5. Normenset Leiderschap	19
5.1. Kritisch proces Geïntegreerd kwaliteitsmanagement	19
5.2. Kritisch proces Medische instrumenten en apparatuur	20
5.3. Kritisch proces Menselijk kapitaal	21
5.4. Niet-voldane criteria	22
6. Vereiste instellingsrichtlijnen overige normensets	23
6.1. Niet-voldane nalevingstesten	23

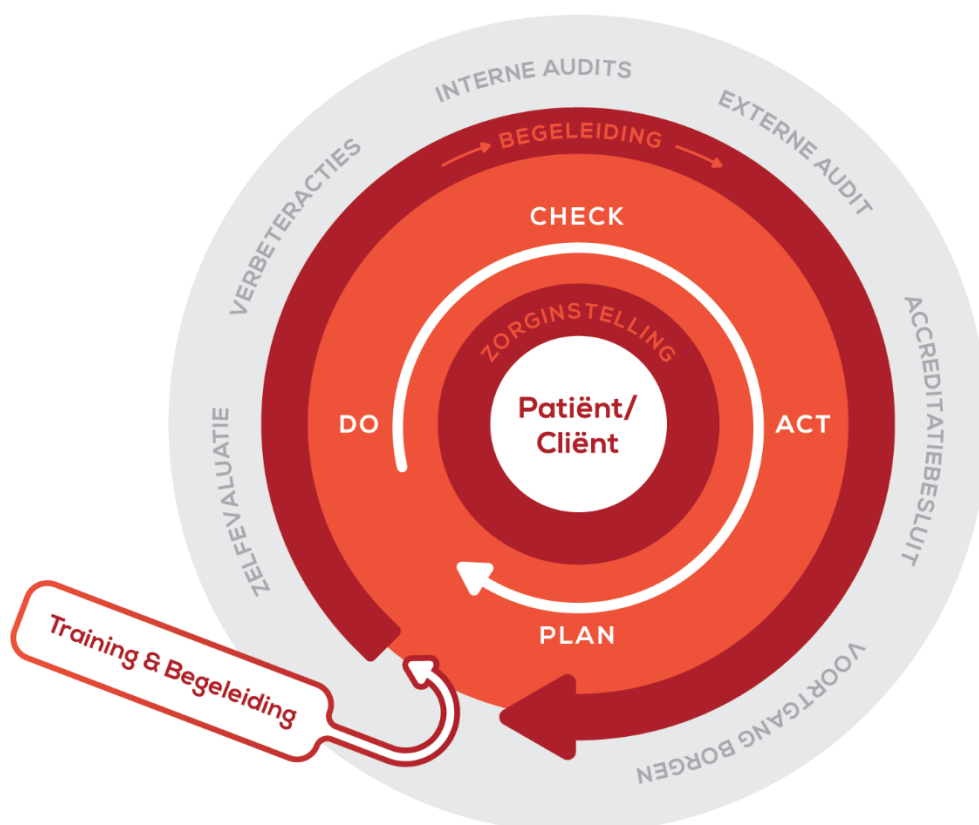


Inleiding

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

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

Internationaal Assessmentprogramma Omentum Global



1. Samenvatting

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

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

1.1. Auditinformatie

Het auditbezoek in Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ) Ariadne heeft plaatsgevonden van 1 april tot en met 3 april 2025.

Auditteam

De heer dr. D.H.T. Maes, voorzitter auditteam

De heer dr. J.M. De Bie

De heer drs. C.H.M. Haenen

Surveymanager

Mevrouw C. Ameloot

Mevrouw E. Bekaert, aspirant-surveymanager

Aanvullende informatie

De directie van PZ Ariadne heeft een aanvraag bij Qualicor Europe gedaan voor een overbruggingsaudit voor accreditatie als opstap naar het sequential programma, op basis van de kwaliteitsnorm Qmentum Global. De audit is uitgevoerd conform de assessmentprocedure 2025. Dit is de tweede Qualicor Europe-accreditatie voor PZ Ariadne.

De directie van PZ Ariadne heeft voorafgaand aan het auditbezoek verklaard dat er geen organisatieonderdelen 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 bevindingen van de auditoren per criterium gelden voor alle afdelingen, eventuele uitzonderingen staan bij de samenvatting van de normensets beschreven.

Normensets

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

De Vereiste Instellingsrichtlijnen (VIR's) uit de normensets

- Governance
- Geestelijke gezondheidszorg
- Middelenmisbruik en probleemgokken.

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

- Excellente zorgverlening
- Medicatiebeheer
- Infectiepreventie en -bestrijding.

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

- Menselijk kapitaal
- Geïntegreerd kwaliteitsmanagement
- Medische instrumenten en apparatuur

Noodzakelijke criteria voor veilige zorg

- 6 criteria Excellente zorg
- 1 criterium Geïntegreerd kwaliteitsmanagement
- 1 criterium Infectiepreventie en -bestrijding

Samenvatting bevindingen

Overbruggingsaudit	Resultaat	Eis
Hoeveel procent van de nalevingstesten van alle VIR's is behaald?	96%	95%
Aan hoeveel procent van gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) over alle relevante normensets voldoet de organisatie?	100%	90%
Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling?	100%	81%
Aan hoeveel procent van alle noodzakelijke criteria voor veilige zorg op niveau platina en diamant, zoals beschreven in de bijlage van de 'Assessmentprocedure 2025' over alle relevante normensets voldoet de instelling?	100%	81%
Is <u>per normenset</u> aan het vereiste aandeel gouden criteria voldaan?	Ja	71%

1.2. Conclusies auditteam

Algemene bevindingen

Psychiatrisch Centrum (PC) Ariadne maakt deel uit van de overkoepelende organisatie van de Broeders van Liefde (BvL). Er behoren twaalf psychiatrische organisaties tot de groep BvL die de set interne kwaliteitsindicatoren, opgesteld vanuit de BvL, volgen. Acht van de twaalf organisaties worden daarnaast opgevolgd door het beheerscomité zorg van de vzw Organisatie Broeders van Liefde. PC Ariadne omvat naast het ziekenhuis een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), beschut wonen en mobiele teams. Enkel het PZ maakt deel uit van deze overbruggingsaudit.

PZ Ariadne werkt samen in het Netwerk Geestelijke Gezondheid Aalst, Dendermonde, Sint-Niklaas. Het ziekenhuis werkt daarnaast samen met andere partners uit de geestelijke gezondheidszorg, de eerstelijnsgezondheids- en welzijnszorg. De organisatie zet actief in op verbinding met het netwerk geestelijke gezondheidszorg en andere externe partners.

PZ Ariadne richt zich op het bieden van professionele zorg aan volwassenen (vanaf 18 jaar) en ouderen met acute, langdurige of complexe psychiatrische problemen. Hun missie is ontstaan vanuit het christelijke gedachtegoed waarbij respect, menswaardigheid en innovatie centraal staan. Het ziekenhuis streeft naar een helende omgeving waarin cliënten op maat gemaakte zorg ontvangen, gericht op herstel en maatschappelijke integratie.

De visie is samengevat in de slogans 'Hart voor herstel' en 'In herstel verbonden'. PZ Ariadne wil een kleinschalig, locoregionaal psychiatrisch ziekenhuis zijn dat herstelgerichte zorg biedt en een voortrekkersrol speelt in de vermaatschappelijking van zorg.

De kernwaarden zijn respect, professionaliteit, cliëntgerichtheid, kwaliteit en samenwerking. Deze waarden vormen de basis voor hun streven naar hoogwaardige, veilige en effectieve zorg. Visueel zijn deze waarden onder andere terug te vinden in de gangen, op affiches en banners, in de 'Ariadnekrant' (editie november 2024) en in het 'magazine' (editie januari 2025) voor medewerkers en cliënten.

PZ Ariadne heeft een beleidsplan geformuleerd voor de periode 2025-2030 op basis van volgende pijlers:

- Zorg voor de cliënt en de omgeving
- Zorg voor de medewerkers
- Zorg voor de organisatie.

PZ Ariadne telt in totaal 185 erkende bedden en plaatsen en stelt 228,7 voltijds equivalent medewerkers te werk.

Er is een aanbod voor diverse doelgroepen in de vorm van een residentieel verblijf of ambulante hulpverlening. In PZ Ariadne is er niet de mogelijkheid om mensen met een afhankelijkheid van illegale drugs te behandelen, noch mensen met een verstandelijke beperking. Door de transmurale samenwerking met de organisatie 'De Kiem' kan er ook hulp geboden worden aan personen die psychische problemen ervaren door het gebruik van illegale drugs. Het auditteam complimenteert deze externe samenwerking.

Het ziekenhuis heeft zes zorgafdelingen, met elk een gespecialiseerd multidisciplinair team en zorgprogramma's met aangepaste therapieën:

- Intensieve dienst (ID): residentiële, intensieve behandel eenheid voor cliënten met ernstige (persisterende) psychiatrische problematiek
- High Intensive Care afdeling (HIC): residentiële afdeling voor een kortdurende crisisopname
- Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (SP-dienst): residentiële afdeling gericht op twee doelgroepen: SP-psychogeriatric en cliënten met de ziekte van Huntington
- Ithaca: behandelafdeling voor cliënten met algemene psychiatrische problematiek
- Limani: behandelafdeling voor cliënten met een alcohol- en medicatieafhankelijkheid
- Dagziekenhuis: daghospitalisatie voor cliënten met een gestabiliseerde angst- en stemmingsstoornis, een gestabiliseerde alcohol- en medicatieafhankelijkheid en cliënten met een psychotische kwetsbaarheid

Op vraag van de organisatie heeft het auditteam extra aandacht gegeven aan volgende onderwerpen:

- Het bijgewerkte suïcidepreventiebeleid, met extra aandacht aan de follow-up en nazorg na ontslag, dat geïmplementeerd is vanaf september 2024
- De initiatieven rond persoonsgerichte zorg en cliëntparticipatie op macro-, meso- en microniveau
- Het interne auditbeleid en de vorderingen in de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cycli.

De overbruggingsaudit heeft fysiek plaatsgevonden in het ziekenhuis met een auditteam van drie auditoren gedurende drie dagen. De auditoren hebben alle afdelingen bezocht. De auditoren zijn in een open sfeer ontvangen waarbij bij de medewerkers soms een gezonde spanning is gevoeld. De auditoren hebben een warme organisatie met korte lijnen ervaren. Medewerkers zijn fier op wat gerealiseerd is en geven te kennen dat de dynamiek van de organisatie met een gedragenheid van het directieteam stimulerend werkt. De organisatie heeft aandacht voor het herstel van de cliënt en het welzijn van alle medewerkers.

De auditoren hebben over alle informatie, noodzakelijk voor de audit, kunnen beschikken.

De audit is uitgevoerd vanuit de filosofie van het waarderend auditen: de bedoeling van de norm is de toetssteen voor de auditoren.

Overzicht complimenten

- Aandacht voor zorg voor de medewerkers, zowel naar ondersteuning van het welzijn van de medewerkers als in het kader van het opleidingsprogramma;
- Aandacht voor duurzaamheid, zowel in de omgeving als in het ziekenhuis;
- Betrokkenheid van de ervaringsdeskundigen, op macro-, meso- en microniveau;
- De organisatie van 'zorgtafels', waarbij er een multidisciplinair overleg is in het kader van herstel van cliënten;
- De transmurale samenwerking met externe organisaties zoals 'De Kiem', waardoor hulp kan geboden worden aan cliënten met verslavingsproblematiek met betrekking tot illegale drugs.

Overzicht uitdagingen

	Uitdaging	Normenset	Criterium	VIR of !	Niveau
1	De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht. <i>De informatie die bij een zorgoverdracht wordt verstrekt, wordt vastgelegd.</i>	Geestelijke gezondheidszorg Middelenmisbruik en probleemgokken	3.4.18.4 1.4.10.4	VIR	Platina
2	De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht. <i>De effectiviteit van de communicatie wordt geëvalueerd en er worden verbeteringen doorgevoerd op basis van ontvangen feedback.</i>	Geestelijke gezondheidszorg Middelenmisbruik en probleemgokken	3.4.18.5 1.4.10.5	VIR	Platina

Intern toetsingssysteem

Het intern toetsingssysteem van PZ Ariadne 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.	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.	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
Organisaties die een 'Veiligheidscultuurmeting' uitvoeren kunnen de resultaten en verbeteracties tijdens de audit inbrengen als onderdeel van hun intern toetsingssysteem.	Voldaan
Veldnormen zijn aantoonbaar binnen het interne toetsingssysteem op implementatie/borging getoetst. Een veldnorm is een norm voor kwaliteit zoals kwaliteitskaders, professionele normen en kwaliteitsindicatoren voor verantwoorde zorg. Een veldnorm bevat regels die na een zorgvuldige procedure door professionals (beroepsgroep) zijn aanvaard op basis van gezamenlijk opgestelde waarden.	Voldaan

Persoonsgerichte zorg

Criteria persoonsgerichte zorg	Voldaan/ niet voldaan
De organisatie beschouwt persoonsgerichte zorg als een leidend principe.	Voldaan
De organisatie heeft een plan voor de ontwikkeling en effectieve implementatie van initiatieven persoonsgerichte zorg: <ul style="list-style-type: none"> • 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 cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd)

Vanuit de missie 'In herstel verbonden' is veilige kwaliteitsvolle zorg expliciet benoemd als één van de kernwaarden in het beleidsplan van PZ Ariadne. De risicovolle handelingen worden opgevolgd en getoetst in het intern auditsysteem. Deze zijn grotendeels geborgd. Enkel het consequent volgen van de interne afspraken rond de gestructureerde informatieoverdracht en het bijsturen van het beleid na interne toetsing verdienen verdere aandacht.

PZ Ariadne heeft aandacht voor persoonsgerichte zorg op macro-, meso- en microniveau. In het jaaractieplan zorg 2025 is het verder implementeren van de betrokkenheid van de cliënt bij de trajectbespreking en de afdelingswerking opgenomen. Het participeren van cliënten aan hun eigen trajectbespreking is op het moment van de audit enkel op één afdeling uitgerold. De cliëntparticipatie in het kader van het beheren de eigen medicatie is in een beperkt aantal situaties toegepast.

Via diverse kanalen, zowel intern als extern, is er ondersteuning van medewerkers bij schokkende gebeurtenissen.

Medische apparatuur is geregistreerd, onderhouden en wordt vervangen volgens afspraak.

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

Vanuit de BvL is het strategisch beleid op hoofdlijnen vastgesteld.

Opvolging van het beleid vindt onder andere plaats via een indicatorenset die benchmarking mogelijk maakt tussen de verschillende psychiatrische ziekenhuizen. PZ Ariadne hanteert een plan- en control cyclus met rapportage naar het beheerscomité en de werkvloer toe.

PZ Ariadne kiest ervoor om in te zetten op scholing. Het opvolgen of de verplichte opleidingen effectief gevolgd zijn, is niet altijd geborgd.

Organisatiebreed is agressiebeleid een topprioriteit. Dit omvat training van de medewerkers in het voorkomen van en ondersteuning na een agressie-incident en het creëren van een veilige omgeving.

Het centraal cliëntendossier is op elke afdeling toegankelijk en het correct invullen wordt gemonitord.

Het dossier is inzichtelijk voor de cliënt, die zelf aanvullingen kan doen.

Het documentbeheersysteem is up to date.

Het auditteam ziet verschillende voorbeelden van het duurzaamheidsbeleid.

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

Op elke afdeling van PZ Ariadne zijn er verbeterteams die verbeteracties opzetten vanuit indicatoren, incidentanalyses en de resultaten van interne audits. De stuurgroep kwaliteit heeft een centrale rol in het opvolgen van het interne kwaliteitssysteem.

Het ziekenhuis hanteert de PDCA-methodologie. Verbeteracties zijn niet altijd geborgd en geëvalueerd op effectiviteit.

Cliënten en medewerkers zijn actief betrokken bij verbeterinitiatieven.

PZ Ariadne heeft een uitgewerkt risicobeleid. De organisatie bevraagt de ervaringen van cliënten en naasten en zet verbeteracties op naar aanleiding van de resultaten.

Het auditteam heeft kunnen vaststellen hoe een kleine organisatie een werkend kwaliteitssysteem met een organisatiebrede verbetercultuur heeft uitgebouwd.

1.3. Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR)

Vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's) zijn criteria die gaan over cruciale aspecten in de zorg- en dienstverlening van - met name - patiëntveiligheid. Aan deze eisen moet een organisatie 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 Ariadne	Binnen hoeveel kritische processen zijn deze VIR's getoetst			Aantal NLTs in matrix	Score nalevingstesten			
		Voldaan	Niet voldaan	Totaal		Voldaan	Niet voldaan	Totaal	% Voldaan
1	Cliëntenidentificatie	2	0	2	1	2	0	2	100,0%
2	Overdracht van informatie op overdrachtmomenten	0	2	2	5	6	4	10	60,0%
3	Medicatieverificatie als strategische prioriteit	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
4	Medicatieverificatie	2	0	2	4	8	0	8	100,0%
5	Hoogrisico medicatie	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
6	Narcoticaveiligheid	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
7	Preventief onderhoudsprogramma	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
8	Training en scholing op het gebied van patiëntveiligheid	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
9	Preventie van geweld en agressie op de werkplek	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
10	Cliëntendoorstroming	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
11	Voorlichting over handhygiëne	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
12	Naleving van handhygiëne	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
13	Aantallen infecties	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
14	Beheer van ongewenste voorvallen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
15	Openbaarmaking van ongewenste voorvallen	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
16	Verantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
17	Valpreventiestrategie	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
18	Voorkoming van zelfdoding	2	0	2	5	10	0	10	100,0%
	<i>Totaal</i>	20	2	22		88	4	92	
	<i>Totaal %</i>	90,9%	9,1%			95,7%	4,3%		

2. Normenset Excellente zorg

2.1. Samenvatting

De auditor bezoekt de afdelingen SP-dienst en Ithaca.

De auditor spreekt met de projectmedewerker zorg, de zorgmanager, een ervaringsdeskundige, de stafmedewerker vorming, training en opleiding (VTO), een welzijnscoach, een projectmedewerker administratie. De auditor bezoekt de afdelingen SP-dienst en Ithaca en spreekt er met twee hoofdverpleegkundigen, een traject-psycholoog en drie verpleegkundigen.

De auditor kijkt de volgende documenten in: 'Kwaliteitsverbeterplan (JAP kwaliteit) PC Ariadne', 'VTO Maandplanning Maart 2025', 'Operationalisering VTO Beleidsplan 2025', 'Vergaderfiche: MC Stuurgroep HR en VTO-beleid', opleidingscurriculum vitae van twee medewerkers, 'Verpleegkundig opname formulier' en 'archiveren en opvragen van cliëntendossiers'. De auditor ziet enkele cliëntendossiers in HErOS+. Via het leer- en managementsysteem Epowerhr ziet de auditor medewerkersdossiers en overzichten van de gevolgde opleidingen in. De auditor woont de cliëntenoverdracht tijdens de dienstwissel op Ithaca bij.

Twee maal per jaar is er een verplichte vormingsdag voor de nieuwe medewerkers. Vrijwilligers worden ingewerkt door de pastoraal medewerker. Voor leidinggevenden is er een leiderschapstraining gegeven door de externe organisatie 'InMotion'. Hoofdverpleegkundigen op de afdelingen informeren naar de wensen van cliënten en familie om ook hun signalen mee te nemen in het opzetten van vormingen. Op de SP-dienst is voorzien in scholing rond het gebruik van de tillift.

Samen met de opnamecoördinator wordt gekeken of er barrières zijn in de toegang tot de zorgverlening met als doel om deze op te lossen. Soms moet even gewacht worden voor opname, maar momenteel zijn enkele bedden beschikbaar voor cliënten.

In het gesprek met de ombudsman hoort de auditor dat cliënten gemakkelijk toegang hebben tot de ombudsdienst.

Medewerkers van de SP-afdeling nemen deel aan de werkgroep ethiek. Op de afdeling Ithaca nemen de werknemers deel aan de 'stuurgroep levenseinde'. Beide afdelingen hebben aandacht voor stervensbegeleiding en euthanasie. Euthanasie-aanvragen worden verder bekeken in samenwerking met het Universitair Ziekenhuis Gent en Vonkel (centrum levenseinde in Gent). De auditor vindt deze werking beschreven in het jaarverslag 2024. De pastoraal medewerker voert tweemaal per maand een dienst uit voor de cliënten van de SP-afdeling.

Voor cliënten en medewerkers is een tabacoloog aanwezig die hen in sessies kan helpen te stoppen met roken.

De verpleegkundigen zijn gekend met de procedures en het incidentmeldsysteem in Zenya.

Het cliëntendossier is standaard en duidelijk opgebouwd voor de afdelingen.

Bij de afdeling Ithaca woont de auditor de overdracht bij over de middag. Na afloop worden de papieren overdrachtsformulieren vernietigd.

Binnen PZ Ariadne is persoonsgerichte zorg een leidend principe. In het 'JAP Zorg 2025' en de jaaractieplannen van de afdelingen zijn meerdere acties opgenomen met betrekking tot betrokkenheid van de cliënt en de familie. PZ Ariadne maakt middelen vrij voor persoonsgerichte zorg.

In het beheerscomité (macroniveau) zijn vertegenwoordigers van cliënten (ervaringsdeskundigen) en familie (familie-ervaringsdeskundige en familievereniging) betrokken. PZ Ariadne heeft zes betaalde

ervaringsdeskundigen in dienst die ingezet worden voor de begeleiding van de cliënten. De auditor hoort van een ervaringsdeskundige dat PZ Ariadne de ruimte voorziet aan de ervaringsdeskundigen om herstelgerichte en individuele sessies met de cliënten te kunnen ondernemen. Medewerkers krijgen verscheidende opleidingen over cliëntgerichte zorg ter ondersteuning. De gesproken ervaringsdeskundige heeft een éénjarige opleiding gevolgd bij het instituut Uilenspiegel. De auditor geeft een compliment voor de inzet van de ervaringsdeskundigen op alle niveaus in het ziekenhuis.

Op mesoniveau is PZ Ariadne de PDCA-cyclus aan het doorlopen. In het 'JAP 2025 Zorg' is het item 'betrokkenheid cliënt bij trajectbespreking en afdelingswerking' voorzien in 2025 (kwartaal twee tot en met kwartaal vier). Er is recent een pilootproject gestart om cliënten te betrekken in de eigen trajectbespreking (de zogenaamde 'miniteams'). Uit het pilootproject is als verbeterpunt naar boven gekomen om geen aparte bespreking vooraf te hebben zonder de aanwezigheid van de cliënt. De miniteams zijn nog niet op alle afdelingen opgestart. Sommige professionals geven aan dat dit extra (niet beschikbare) tijd zal kosten.

De auditoren constateren dat de cliëntparticipatie in relatie tot 'medicatie in eigen beheer' in een beperkt aantal situaties (bij laag-risicomedicatie en bij weekendonderbreking) wordt toegepast.

PZ Ariadne neemt deel aan de cliëntentevredenheidsbevraging 'Vlaamse Patiënten Peiling (VPP)' vanuit het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ). PZ Ariadne heeft daarnaast een eigen familiebevraging ontwikkeld in Zenya, die kan ingevuld worden door naasten tijdens de opname of bij ontslag of transfer. Deze bevraging maakt deel uit van het routine outcome monitoring (ROM)-meettraject bij ontslag. PZ Ariadne neemt deel aan de patiëntenparticipatie cultuurmeting van de federale overheidsdienst (FOD). Er is tot op heden nog geen 'Recovery Oriented Practices Index – Revised' (ROPI-R) afgenomen in het ziekenhuis. In het 'JAP Zorg 2025' is als doelstelling beschreven om in 2025 twee ROPI-R metingen uit te voeren in het ziekenhuis.

De analyse van de bevragingen wordt besproken op de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid en in de verbetersteams op de afdelingen. De analyse van de bevragingen vanuit de VPP hebben geleid tot een continue interne cliëntentevredenheidsmeting.

De auditor ziet op de bezochte afdelingen voorbeelden van cliëntgerichte zorg. De auditor ziet op een kamer van een cliënt op de SP-afdeling een tentbed waardoor de cliënt zich vrijer kan bewegen in bed. Deze persoon geeft aan zeer tevreden te zijn met deze verbetering. Op de kamers van de SP-afdeling hangt een moodboard en is er een signaleringsplan aanwezig om zo te kunnen inspelen op de wensen en behoeften van de cliënt. Op de HIC is er rooming-in mogelijk voor de familie van de cliënt.

Op microniveau ziet de auditor de betrokkenheid van cliënten en familie op diverse wijzen. De zorgverleners stellen het behandelplan met de therapie sessies op met aandacht voor de wensen en behoeften van de cliënt. Het behandelplan wordt regelmatig geëvalueerd (om één, drie en zes maand(en)). Er vinden familiegesprekken plaats. De auditor verneemt in een gesprek met de zorgmanager dat de cliënten soms te weinig tijd ervaren tijdens de consultatie met de psychiater en ze niet altijd weten wanneer de psychiater beschikbaar is. Na ontslag wordt de cliënt opgebeld na één week en na drie maanden om te vragen hoe het met hem gaat. Vanuit de holistische benadering van de cliënt is er aandacht voor het 'ouder-kind-contact', onder andere door speelvoorzieningen voor kinderen in de gemeenschappelijke ruimtes. De auditor complimenteert de duurzame inrichting van de tuin.

2.2. Niet-voldane criteria

Aan alle getoetste criteria van deze normenset is voldaan.



3. Normenset Infectiepreventie en -bestrijding

3.1. Samenvatting

De auditor spreekt met een afvaardiging van het ziekenhuishygiënecomité (de voorzitter van het comité ziekenhuishygiëne en de verpleegkundig ziekenhuishygiënist), het diensthoofd schoonmaak, de preventieadviseur, de hoofdarts, de externe arts ziekenhuishygiëne van IDEWE (externe dienst voor preventie en bescherming op het werk), het hoofd van de keuken en de hoofdverpleegkundigen van de SP-dienst en Ithaca.

De auditor bezoekt de afdelingen SP-dienst en Ithaca.

De auditor kijkt de volgende documenten in: 'Immunisatiebeleid medewerkers verplicht hepatitis B, tetanus en jaarlijkse screening tuberculose (TBC)', 'Invriezen voedingsmiddelen grootkeuken', 'Informatiebrochure Clostridium Difficile', 'Infectiepreventie bij bouw- en verbouwingswerken', 'Afzonderen van cliënten in kader van infectiepreventie', 'Brochure Vaccinatie Mazelen', 'Onthaalbrochure Preventiewegwijzer voor medewerkers met info over infectiepreventie en handhygiëne en persoonlijke beschermingsmiddelen' en procedures voor (medisch) afvalbeheer.

Het ziekenhuishygiënecomité kent een brede vertegenwoordiging, in overeenstemming met de wetgeving. Jaarlijks maakt het comité, met ondersteuning van IDEWE, risicoanalyses op over telkens een ander thema (bijvoorbeeld biologische agentia, werkkleding, prikongevallen, ventilatieplan). Iedere risicoanalyse heeft een geldigheid van vijf jaar. Door het uitvoeren van de risicoanalyses beschikt PZ Ariadne over de middelen om infectiepreventie en -bestrijding goed uit te voeren. De risicoanalyse vormt mede de basis voor het jaaractieplan ziekenhuishygiëne.

Het ziekenhuishygiënecomité heeft een surveillanceplan voor het opvolgen van ziekenhuisinfecties. PZ Ariadne werkt samen met het ziekenhuis in Aalst voor de verwerking van de staalafnames.

Interne auditoren kijken tijdens interne audits de handhygiëne op alle afdelingen na. Hiervoor gebruiken ze onder andere een ultravioletlamp waardoor de medewerkers meteen feedback krijgen over correctheid van de handhygiëne. Waar nodig zijn wasbakken voorzien.

De medewerkers volgen om de twee jaar twee opleidingsmodules over handhygiëne. Ook cliënten en vrijwilligers krijgen educatie over handhygiëne. De auditor heeft de meest recente kwaliteitsrapportage ingezien, eveneens de resultaten van de interne audit van juni 2024. De uitkomsten van handhygiënemetingen worden door de voorzitter van het ziekenhuishygiënecomité met de afdelingshoofden gedeeld. Daarna worden er, indien nodig, verbeteracties opgezet.

De schoonmakers zijn in dienst van PZ Ariadne en krijgen allemaal een opleiding over infectiepreventie. Ze worden daarna gecoacht op de werkvloer zelf. Een vastgestelde infectie bij een cliënt wordt gevisualiseerd door middel van stickers met kleurcodes op de deur van de cliënt. De noodzakelijke persoonlijke beschermingsmaatregelen zijn beschikbaar voor de zorgmedewerkers, cliënten en bezoekers.

Het bedlinnen wordt gewassen door de firma 'Cleanlease'. Deze firma stuurt periodiek kwaliteitsrapportages (bijvoorbeeld over de temperatuur van de wasmachines) naar het ziekenhuishygiënecomité. De auditor ziet tijdens de rondleiding op de SP-dienst en Ithaca dat de opslag van proper linnen gescheiden is van bevuild linnengoed.

Het ziekenhuiscomité krijgt bij een vaststelling van een uitbraak (zoals recent bij een uitbraak met clostridium en een methicilline-resistente staphylococcus aureus (MRSA) besmetting in de wonde) onmiddellijk een adviesvraag van de betrokken afdeling. De voorzitter van het ziekenhuiscomité is



tevens buiten de kantooruren te bereiken. De informatiebrochure in Zenya geeft de medewerkers een overzicht van de te verrichten acties bij een uitbraak.

In het eerste kwartaal van 2025 zijn er enkele cases van influenza op de HIC geconstateerd. Deze zijn niet gekwalificeerd als uitbraak. De cases zijn geregistreerd, geanalyseerd en de nodige acties zijn genomen. In het vierde kwartaal van 2024 zijn er uitbraken geweest, onder andere een uitbraak met een gastro-intestinaal virus op de SP-dienst. De bespreking en de evaluatie van deze uitbraken in het recente verleden zijn aangetoond door de auditees met behulp van het JAP Ziekenhuishygiëne en de verslaggeving van het comité ziekenhuishygiëne.

Het ziekenhuishygiënecomité evalueert de interne procedures, eveneens na incidenten. Zo zijn de schoonmaakmiddelen en de bezoeksregeling bijgestuurd naar aanleiding van eerdere gebeurtenissen.

Het ziekenhuishygiënecomité volgt de luchtkwaliteit op. Ze doen dit onder andere met behulp van koolstofdioxidemeters die opgehangen zijn op diverse plekken.

De auditor spreekt met het hoofd van de keuken die een rondleiding geeft in de centrale keuken. De centrale keuken heeft een kwaliteitslabel 'Smiley' (dit label toont aan dat de centrale keuken kwalitatief hoogstaand en veilig is) behaald. De diëtiste van de centrale keuken houdt een Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP) rondgang op de afdelingskeukens om te beoordelen of de afdelingskeukens aan de regels voldoen. Zowel de opslagruimten als de bereidingsprocessen zijn conform de HACCP-wetgeving. De koel- en diepvriezen worden gemonitord via digitale logging die de temperatuur meet en een signaal geeft bij discrepantie. PZ Ariadne gebruikt de digitale tool Quality Guard om de acties in het kader van de HACCP-wetgeving te registreren. In de centrale keuken is proper en vuil materiaal gescheiden. Van alle bereide producten worden de stalen een week bewaard. Het hoofd van de keuken benoemt dat de overheid recent een inspectie gedaan heeft op de keuken, met een positief resultaat. De medewerkers zijn fier op de keuken, het eten en op hun behaalde Smiley. De auditor complimenteert de afvalverwerking in de keuken, waarbij er aandacht is voor duurzaamheid.

Bij bouw- of verbouwwerkzaamheden wordt het ziekenhuishygiënecomité ingeschakeld. Het ziekenhuishygiënecomité geeft instructies aan de bouwfirmas waar nodig in het kader van infectiepreventie.

Er is door middel van een campagne aandacht voor de griep- en coronavaccinaties bij medewerkers. Beide vaccinaties zijn niet verplicht, maar worden sterk aanbevolen. PZ Ariadne hanteert een 'opt-out' systeem waarbij medewerkers zich moeten uitschrijven als ze de vaccinatie niet willen krijgen. Vaccinaties voor hepatitis B, tetanus en een jaarlijkse TBC-screening zijn verplicht. Dit wordt opgevolgd door de bedrijfsarts en is conform het immunisatiebeleid.

De naaldcontainers worden om de twee weken door de logistiek medewerker gecontroleerd en indien nodig vervangen, zodat deze onder de maximale vullingsgraad blijven. Deze worden vervolgens als medisch afval afgevoerd naar Renewi (een bedrijf dat zich richt op duurzame afvalverwerking en recycling). Het (medisch) afvalbeheer is in een interne procedure weergegeven. PZ Ariadne gebruikt veiligheidsnaalden. Eventuele incidenten worden opgevolgd door het ziekenhuishygiënecomité.

3.2. Niet-voldane criteria

Aan alle getoetste criteria van deze normenset is voldaan.

4. Normenset Medicatiebeheer

4.1. Samenvatting

De auditor spreekt met een delegatie van de het Medisch Farmaceutisch Comité (MFC): de hoofdarts en hoofdapotheeker. De auditor bezoekt de apotheek en spreekt er met de hoofdapotheeker en een apotheekassistent. De auditor bezoekt alle afdelingen van het PZ Ariadne. In totaal spreekt de auditor met 18 zorgmedewerkers (verpleegkundigen, afdelingshoofden en psychologen). De auditor spreekt met twee cliënten op de afdelingen Ithaca en HIC over hun algemene ervaringen en over medicatieverificatie, cliëntidentificatie en het toedienen van de medicatie.

Het MFC legt de procedures over het medicatiebeheerproces vast in Zenya.

De infrastructuur van de apotheek voldoet aan de vereisten: de ruimte is goed verlicht, proper en ordelijk. De auditor stelt vast dat er maatregelen toegepast zijn om 'sound-alike' en 'look-alike' medicatie extra te labelen met etiketten en fysiek van elkaar te scheiden. De auditor heeft geen bereidingen kunnen observeren. De weegschalen zijn gekalibreerd. De thuismedicatie is bewaard in de apotheek volgens de interne afspraken. De auditor stelt vast dat vervallen medicatie apart bewaard wordt in de apotheek. De hoofdapotheeker neemt het initiatief om telefonisch feedback te geven aan firma's als er medicatie geleverd wordt met een te beperkte houdbaarheidsdatum. De apotheek beschikt over een herverpakkingsapparaat om, wanneer aangewezen, zelf unitdoses verpakkingen te voorzien.

Het formularium wordt opgesteld en aangepast in samenwerking met het centraal MFC van de BvL. De aankoop van medicatie wordt gezamenlijk met de andere BvL-ziekenhuizen georganiseerd. Bij het voorschrijven van medicatie krijgt de arts waarschuwingen in geval van interacties. Deze waarschuwingen kunnen - mits voorzien van verantwoording door de arts - overruled worden. De apothekers zijn bereikbaar voor overleg, maar nemen ook zelf initiatief om in overleg te gaan met voorschrijvers wanneer ze dit nodig achten.

Er is een protocol voor het gebruik van antidota. De organisatie heeft de keuze gemaakt om geen antidota te voorzien voor intoxicatie met benzodiazepines of opiaten. In geval van dergelijke intoxicaties wordt de cliënt naar het algemeen ziekenhuis gebracht met de ziekenwagen of de mobiele urgentiegroep (MUG). In geval van allergische reacties geven de verpleegkundigen aan dat ze de arts (van wacht) kunnen bellen voor instructies. Adrenaline is beschikbaar op alle afdelingen.

Medicatie wordt per week aan de afdeling geleverd door de logistieke medewerkers. De nachtverpleegkundige verdeelt deze medicatie over de individuele weekvoorraad van de verschillende cliënten en zet de medicatie klaar per dag in de individuele medicatiehouders. De apotheek heeft stickers ter beschikking die op de blisters gekleefd worden zodat het lotnummer van de medicatie steeds traceerbaar blijft. Het is de afspraak dat de cliënten van het dagziekenhuis hun eigen thuismedicatie gebruiken tijdens de behandeling. De thuismedicatie wordt hier wel geverifieerd en het overzicht van de thuismedicatie is beschikbaar in het elektronisch dossier.

De hoofdapotheeker geeft aan dat het ziekenhuis expliciet inzet op een educatieve rol ten opzichte van de zorgmedewerkers op de afdelingen. Bijkomende vragen over medicatie kunnen via e-mail of telefonisch gesteld worden. In situaties waarin er afspraken bestaan over hoe de vraag zou kunnen opgelost worden door de zorgmedewerkers van de afdeling zelf, verwijst de apotheker naar de interne procedure. Dit doet de apotheker met de bedoeling zo efficiënt en zo lean mogelijk te werken. De hoofdapotheeker benadrukt de inzet op maximale digitalisering en automatisering waar het kan.

De auditor stelt vast dat de afspraken over medicatieverificatie zijn gevolgd en dat deze afspraken gekend zijn bij de verpleegkundigen en bij de artsen. Toelichting over de afspraken rond medicatieverificatie maakt deel uit van het inscholingstraject van de artsen en verpleegkundigen. De auditor kan bij inzage in dossiers de flow van de uitgevoerde medicatieverificatie terugvinden. Voor het registreren van allergieën ziet de auditor dat er twee manieren zijn. Op het papieren document voor medicatieverificatie is de bevraging rond allergieën niet consequent ingevuld. De auditor observeert in de elektronische dossiers dat de bevraging naar allergieën in het gestructureerde onderdeel in HErOS+ wel consequent is ingevuld.

De auditor heeft op de verschillende afdelingen de medicatieruimtes bezocht. De medicatieruimtes zijn beveiligd via een rolluik, de ruimtes zijn ordelijk, goed verlicht en er is overall temperatuurcontrole.

De auditees kennen de afspraken rond temperatuurcontrole. Op de HIC stelt de auditor in het medicatiebakje van één cliënt (n = 1) vast dat medicatie Lorametazepam en Lorazepam (sound-alike) niet gelabeld zijn volgens de interne afspraken.

De auditor stelt vast dat opiaten apart zijn bewaard in een kluis waar enkel de verpleegkundigen toegang tot hebben. Levering en gebruik van opiaten worden extra opgevolgd via de registratie op een apart formulier. Het is de afspraak dat opiaten pas worden klaargelegd onmiddellijk voor de toediening.

De auditor kijkt een lijst van hoog-risico medicatie en een procedure over het gebruik van hoog-risico medicatie in. De bevroegde verpleegkundigen hebben aan de auditor de afspraken rond het 'vier ogen principe' toegelicht. De auditor heeft op de afdelingen kunnen vaststellen dat de hoog-risico medicatie gelabeld wordt in overeenstemming met de interne afspraken.

De auditor heeft bij twee cliënten bevroegd hoe cliëntidentificatie en medicatiebedeling verloopt. Cliënten geven aan dat de verpleegkundigen de naam en de geboortedatum van de cliënt vragen voor toediening van medicatie en dat ze werken met de individuele medicatiehouders waarop ook een foto van de cliënt bevestigd is. Het elektronisch dossier HErOS+ voorziet in de noodzakelijke informatie over de medicatie via een digitale bijsluiter.

Er is een procedure voor medicatie in eigen beheer. Deze procedure wordt toegepast bij laag-risico medicatie (bijvoorbeeld puffers en anticonceptie) en in specifieke omstandigheden (bijvoorbeeld wanneer iemand tijdens het weekend het ziekenhuis verlaat). Er zijn afspraken over het bewaren van medicatie in eigen beheer, in de opvolging en registratie hiervan ('EB' in het medicatievoorschrijfsysteem). De kwaliteitscoördinator geeft aan dat het ziekenhuis in de toekomst wenst in te zetten op het bevorderen van de autonomie van cliënten bij medicatie-inname (in het kader van persoonsgerichte zorg).

Veiligheidsincidenten met betrekking tot medicatie worden gemeld en worden besproken in het MFC. De auditor kijkt de verslagen hierover in en stelt vast dat het ziekenhuis verbeteracties uitzet waar nodig. Nieuwe medewerkers worden opgeleid over het medicatiebeleid en worden bij hun start op een afdeling nog niet meteen zelfstandig ingezet in het bedelen van medicatie. Pas wanneer nieuwe medewerkers samen met meer ervaren collega's (via een peter- en metersysteem) voldoende ervaring hebben kunnen opdoen, worden ze zelfstandig ingeschakeld in de medicatiebedeling.

De auditor constateert dat er spoedkasten per afdeling 'op maat' zijn, volgens de gebruikte noodmedicatie op afdelingsniveau. Daarnaast is er een centrale spoedkast die een uitgebreider gamma aan noodmedicatie bevat.

4.2. Niet-voldane criteria

Aan alle getoetste criteria van deze normenset is voldaan.

5. Normenset Leiderschap

De auditoren spreken met twee leden van de raad van bestuur van de BvL (algemeen voorzitter en voorzitter beheerscomité zorg), de algemeen directeur, de directeur organisatie en human resources (HR), de hoofdarts, de kwaliteitscoördinator, een stafmedewerker agressie, een preventieadviseur, een delegatie van de ondernemingsraad, een stafmedewerker VTO, een zorgmanager, een welzijnscoach, een projectmedewerker administratie, twee opnamecoördinatoren, het afdelingshoofd HIC, de zorgmanager volwassenen, de pastoraal medewerker (verantwoordelijke vrijwilligers), een vrijwilliger, een arts, drie verpleegkundigen van de SP-dienst en Ithaca, de hoofdverpleegkundigen van de SP-dienst en Ithaca, een afdelingshoofd psychogeriatricie, een apotheker en de verantwoordelijke medische apparatuur.

De auditoren bezoeken de afdelingen dagbehandeling, HIC, SP-dienst en Ithaca. Daarnaast bezoekt de auditor de cafetaria, de tuin, de administratieve diensten en de apotheek.

De auditoren kijken de volgende documenten in: 'beleidsplan PC Ariadne 2025-2030', 'beleidsplan zorg', 'jaaractieplan zorg', 'kwaliteitsverbeteringsplan', 'jaaractieplan kwaliteit', 'beleidstekst integraal risicomangement', 'overzicht interne toetsingen', 'beleid inzake omgaan met (bijna)-incidenten', 'openbaarmaking van patiëntveiligheidsincidenten', 'visietekst diversiteit en inclusie', 'Arts-Specialist in Opleiding (ASO) handleiding', 'opnamebrochure', 'verslag stuurgroep kwaliteit en veiligheid', 'agenda's Raad van Bestuur', 'Medicatieverificatie (versie 18)', 'procedure opname in het ziekenhuis' (versie 6), 'Proces Medische hulpmiddelen: Medisch steriel materiaal, instrumenten en medische apparatuur', 'Levering, stockage en controle van medisch materiaal', 'Handleiding Ultimo: Controle medisch materiaal', 'Werkinstructie manuele bloeddrukmeter', 'Werkinstructie Koortsthermometer' en 'verslag comité medisch materiaal d.d. 13-3-2025'.

5.1. Kritisch proces Geïntegreerd kwaliteitsmanagement

PZ Ariadne is één van de twaalf ziekenhuizen van de sector Zorg onder de koepel van de BvL. Het centrale bestuur heeft een 'corporate strategisch beleidsplan (2025-2030)' vastgesteld. Onder het centrale bestuur staat het beheerscomité zorg die de twaalf ziekenhuizen vertegenwoordigt. Op het niveau van het beheerscomité is het 'sector beleidsplan geestelijke gezondheidszorg' ontwikkeld. De twee ervaringsdeskundigen, die lid zijn van het beheerscomité, hebben actief geparticipeerd aan de opbouw.

Op zijn beurt is dit door vertaald naar het strategisch beleidsplan Ariadne (2025-2030), met onderliggend onder andere het beleidsplan zorg. Elke afdeling van het ziekenhuis, inclusief de dienst kwaliteit, heeft een jaaractieplan. Rapportering van zowel het beleidsplan als de jaaractieplannen vindt plaats volgens een vastgelegde plan- en control cyclus. Dit gebeurt zowel naar het beheerscomité zorg als naar de directie toe.

Het delen van de informatie op niveau van het beheerscomité zorg met elf andere ziekenhuizen laat benchmarking toe. Kwaliteit en rapportering van de indicatorenset is een vast onderwerp van het beheerscomité. De wachtlijst is een wekelijks agendapunt op het directieoverleg en wordt gerapporteerd in het financieel jaarverslag naar het beheerscomité toe.

De stuurgroep kwaliteit (met een brede samenstelling van directie, leidinggevendenden, apotheek en artsen) neemt een centrale rol op in de bewaking van de kwaliteit door indicatoren, opvolging van incidenten en de organisatie van interne audits.

Terugkoppeling van de resultaten naar de individuele afdelingen gebeurt via verbeterborden, nieuwsbrieven en eigen initiatieven (bijvoorbeeld 'wc-weetjes', een document met relevante informatie dat aan de deur van elk toilet hangt). Opvolging van de resultaten gebeurt tijdens het overleg tussen de afdelingsverantwoordelijke en de zorgmanager. Verbeteracties (voortkomend uit interne audits, incidenten en indicatoren) worden geïnitieerd door verbeterteams. Elke afdeling heeft een verbeterteam

waaraan leidinggevend, een psycholoog, medewerkers en artsen participeren. De artsen hebben hiernaast hun eigen verbetersteam. De artsen bespreken problemen en verbeteracties informeel op hun vrijdagmiddag 'boterhammeeting'.

Het digitale incidentmeldsysteem is via elke computer toegankelijk. Medewerkers worden gestimuleerd om te melden. Het meldformulier biedt, naast het melden van de mogelijke impact op de cliënt, ook de mogelijkheid om de impact op de melder te noteren. Bij ernstige impact van het incident op de medewerker kan beroep gedaan worden op het opvangteam, de welzijnscoach en zo nodig ook de externe partner POBOS (adviescentrum voor welzijnszorg die hulp bieden na schokkende gebeurtenissen en bij psychosociale problemen). De afdelingsverantwoordelijke handelt het incident af. Voor ernstige incidenten is er daarnaast een wachtdienst vanuit het zorgdepartement georganiseerd (bestaande uit directeur zorg, de zorgmanager en de kwaliteitscoördinator).

Er is een beleid rond open disclosure na incidentmeldingen, die gekend is bij de auditees van de bezochte afdelingen. Dit wordt toegepast naar de cliënt en de familie toe, waarbij er nadien ook feedback gevraagd wordt aan de betrokken cliënt/familie over het proces.

De rapportering van het aantal en de ernst van de incidenten alsook van de verbetermaatregelen vindt plaats op de stuurgroep kwaliteit met een terugkoppeling aan het beheerscomité en de betrokken afdelingen. Opvolging van verbetermaatregelen vindt plaats in overleg met zorgmanager en wordt getoetst bij interne audits.

De meest frequent gemelde incidenten betreffen agressie- en valincidenten. 85% Van de valincidenten vinden plaats op de SP-afdeling psychogeriatric. De auditees geven de volgende verbeteracties aan: er is een risicoanalyse opgemaakt in samenspraak met de artsen, het beleid van vrijheidsbeperkende maatregelen is aangepast en als pilootproject is camerabewaking geïnstalleerd.

Het intern auditsysteem is gebaseerd op de Qmentum Global normensets. Gezien er in het ziekenhuis slechts zes zorgafdelingen zijn en uit de incidentmeldingen blijkt dat agressie het grootste risico is doorheen de volledige organisatie, worden alle afdelingen als risicovol beschouwd. De auditor kijkt de auditplanning in en alle afdelingen hebben verschillende interne audits gehad de laatste jaren.

PZ Ariadne heeft een pool van 20 opgeleide auditoren, waaronder twee artsen. Elke auditor voert minimaal twee audits (inclusief verslaggeving) uit per jaar met uitzondering van de artsen (één per jaar). Indien nodig worden er verbeteracties uitgezet, waarna deze onderwerpen opnieuw worden getoetst tijdens de volgende audit.

Een interne audit rond zorgoverdracht toont aan dat het opvolgen van de effectiviteit na het uitzetten van verbeteracties op bepaalde afdelingen nog niet gebeurt. Dit is ook vastgesteld door het auditteam op de afdeling Limani, HIC en SP-psychogeriatric.

5.2 Kritisch proces Medische instrumenten en apparatuur

De verantwoordelijke medische apparatuur geeft aan dat de keuze van de medische instrumenten en de leveranciers bepaald wordt door de overkoepelende organisatie BvL. Voor de registratie van het medisch materiaal wordt Ultimo als ondersteunend softwarepakket gebruikt. Hierin zijn alle gegevens rond de medische instrumenten ingevuld en is ook de onderhoudsstatus te zien. De apotheker controleert ieder half jaar de medische apparatuur op hun correcte werking. Enkele toestellen zoals de automatische externe defibrillatoren (AED's) en elektrocardiogrammen (EKG's) worden door een externe firma onderhouden. De auditor vindt de onderhoudsinformatie van de medische toestellen terug in Ultimo. Alle werkinstructies voor de medewerkers staan in het documentbeheersysteem Zenya. De auditor ziet dat er medische materialen in de noodkast staan ingeval het beschikbare medisch materiaal niet voor handen of defect is.

Klachten over apparatuur en of de dienstverlening van de leveranciers worden via de directie gerapporteerd naar de BvL. Zij volgen deze klachten dan verder op met de leveranciers.

Medische apparatuur die door het ziekenhuis zelf onderhouden wordt, wordt na twee jaar vervangen



door nieuwe apparatuur. Als de medische apparatuur nog goed functioneert na deze twee jaren, wordt het niet meer gebruikte materiaal via een externe partij naar Afrika verzonden voor verder gebruik. De reden voor het na twee jaar vervangen van apparatuur is dat het kalibreren meestal duurder is dan de aanschaf van nieuwe toestellen. Door de nood aan het frequent vervangen van de medische materialen wordt gekeken naar relatief goedkopere opties waardoor het risico bestaat dat de waarden niet altijd juist zijn, zo meldt de hoofdverpleegkundige van de SP-dienst. Een voorval (n=1) met een verkeerde waarde gemeten door een saturatietoestel heeft geleid tot het oproepen van een ambulance voor de cliënt. De meting in de ambulance gaf een betere waarde aan voor de cliënt.

De auditor stelt vast dat de PDCA-cyclus wordt gehanteerd bij medische apparatuur. Zo wordt medische apparatuur aangeschaft via het aankoopproces (Plan), in werking genomen (Do) en geëvalueerd of het goed werkt zoals het moet werken (Check) waarna een eventuele bijstelling volgt (Act). Zo is er recent een nieuw EKG-apparaat aangeschaft zonder hinderlijke draden in kader van cliëntgerichtheid. Voor nieuwe medische apparatuur wordt vorming aangeboden aan de medewerkers die het medische apparaat gebruiken. Elk kwartaal komt het comité Medisch Materiaal samen.

De auditor observeert dat alle medische materialen in de verpleegpost een vaste plaats hebben. De verpleegkundige van Ithaca benoemt dat hierdoor de kans klein is dat er apparaten bij controles of vervanging gemist worden. Op de twee bezochte afdelingen (SP-dienst en Ithaca) heeft de auditor enkele medische apparaten gezien die voorzien zijn van een barcode en nummer. Aan de hand van deze gegevens kan de onderhoudsstatus opgezocht worden in Ultimo. Er is een onderhoudssticker op het medisch instrument aanwezig voor de hoog-risico apparatuur die onderhouden wordt door een externe firma. Deze sticker wordt niet voorzien op de laag-risico medische instrumenten die door het ziekenhuis zelf onderhouden worden. Alle door de auditor geobserveerde apparatuur is onderhouden. De onderhoudsstatus van alle toestellen is terug te vinden in Ultimo.

5.3 Kritisch proces Menselijk kapitaal

'Zorg voor de medewerkers' is één van de drie pijlers van het beleidsplan.

Elke medewerker heeft een functieprofiel, waar de competenties en het gedifferentieerd opleidingsprogramma aan gekoppeld zijn.

PZ Ariadne heeft een stuurgroep HR en VTO-beleid die op kwartaal basis samen komt. PZ Ariadne gebruikt Epowerhr als tool voor de digitalisering van de opleidingsmatrix, het aanvragen en registreren van de opleidingen. Naast klassikale opleidingen is ingezet op e-learnings.

Maandelijks informeert de stafmedewerker VTO de afdelingshoofden over de status van de opleidingen (via Epowerhr) en ontvangen ze een poster met de komende opleidingen. De medewerkers krijgen een e-mail bij het niet volgen van een verplichte opleiding. Het al dan niet volgen van de verplichte opleidingen is een onderdeel van het ontwikkelingsgesprek. Via nieuwsbrieven worden medewerkers op de hoogte gehouden van de beschikbare opleidingen.

Heden is er een probleem om ziekenhuisbrede geaggregeerde cijfers van het afgelopen jaar te exporteren uit PowerBI. In de geaggregeerde opleidingscijfers van 2023 ziet de auditor dat 62 van de 131 medewerkers de verplichte opleiding over overdrachtscommunicatie gevolgd hebben. De auditor ziet daarnaast in de cijfers dat de opleidingen 'brandpreventie' en 'eerste hulp bij ongevallen (EHBO)' niet gevolgd zijn door alle deelnemers waarvoor de opleidingen verplicht zijn. Op het moment van de audit is er in opvolging van deze vaststellingen nog geen verbeteractie uitgezet.

De vorming rond agressie is jaarlijks verplicht voor alle zorgmedewerkers en wordt aanbevolen voor iedereen van de organisatie, gezien het volledige ziekenhuis als een risicovolle omgeving voor agressie wordt beschouwd. Het extern opleidingscentrum Crime Control geeft de vorming rond agressie. De inhoudelijke aandachtspunten in de opleiding agressie zijn preventie, interventie en nazorg.

De leidinggevenden volgen specifieke leiderschapsopleiding in samenwerking met de externe firma InMotion Training. Het onderwerp van het laatste jaar is open feedbackcultuur tussen leidinggevenden en medewerkers.

Elke nieuwe medewerker (inclusief artsen) krijgt een onthaalmap met algemene informatie over de visie, de missie en de werking van het ziekenhuis. Nieuwe medewerkers melden zich de eerste dag bij de stafmedewerker VTO voor de eerste vorming. Daarnaast zijn ook de te volgen opleidingen opgesteld die binnen een periode van drie maanden gevolgd moeten worden. Hierin zijn medicatieveiligheid en medicatieverificatie opgenomen. Elke nieuwe medewerker krijgt een peter of meter tijdens de inwerkperiode die het inwerktraject opvolgt. Twee maal per jaar wordt een verplichte vormingsdag georganiseerd voor de nieuwe medewerkers.

PZ Ariadne zet in op maximale interne kennisdeling. De centrale referentiespecialisten in verschillende kennisgebieden (onder andere Obasi, wondzorg, palliatieve zorg, HACCP, agressie, General Data Protection Regulation (GDPR), brandpreventie, infectiepreventie, HErOS+ ...) delen hun kennis met de referentiemedewerkers op de afdelingen, volgens het principe van train-the-trainer. De referentiemedewerkers zijn de aanspreekpunten voor de collega's op de afdeling. PZ Ariadne organiseert eveneens thema-avonden waaraan burgers kunnen deelnemen. De auditor complimenteert de visie op en de uitvoering van het opleidingsprogramma.

De stuurgroep welzijn heeft iedere zes weken overleg. PZ Ariadne geeft aandacht aan de ondersteuning van medewerkers die betrokken zijn bij incidenten of andere persoonlijke voorvallen. Naast een vertrouwenspersoon en een opvangteam kunnen medewerkers ook anoniem beroep doen op het Employee Assistance Program van POBOS (extern adviescentrum voor welzijnzorg). Zij kunnen hier terecht voor psychosociale problemen, al dan niet werk gerelateerd. De auditor heeft van verschillende medewerkers op psychogeriatricie gehoord dat dit beleid gekend is en geapprecieerd wordt. Een medewerker benoemt dat er effectief actie is ondernomen bij de hulpvraag. De auditor geeft voor de zorg voor en ondersteuning van de medewerkers, met ondersteuning van POBOS, een compliment aan PZ Ariadne.

Bij ernstige situaties (zware incidenten of moeilijke casussen bij cliënten) komt een 'zorgtafel' samen. Dit is een multidisciplinair overleg tussen directie zorg, zorgmanager, artsen en afdelingsverantwoordelijken om na te gaan wat de mogelijke aanpak is van de probleemsituatie. Dit vertrekt vanuit de onderliggende visie van 'Hart voor herstel'. Het is de insteek om de cliënt zorg te blijven bieden en zorg voor de medewerker maximaal te garanderen. De auditor wenst de organisatie voor de werking van de zorgtafels een compliment te geven.

5.4 Niet-voldane criteria

Aan alle getoetste criteria van deze normenset is voldaan.

6. Vereiste instellingsrichtlijnen overige normensets

6.1. Niet-voldane nalevingstesten

Nalevingstest	Niveau	Normenset	Opmerkingen auditoren
<p>3.4.18 De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht.</p> <p>3.4.18.4 <i>De informatie die bij een zorgoverdracht wordt verstrekt, wordt vastgelegd.</i></p>	Platina	Geestelijke gezondheidszorg	<p>De auditor leest in de procedure voor transfer van cliënten dat het document 'Evaluatie bij transfer – verderzetting behandeling' steeds moet ingevuld worden bij een interne transfer. Op de ID-afdeling vertellen drie verpleegkundigen dat ze niet weten waar ze dit ingevulde document in HEROS+ kunnen terugvinden voor cliënten die van een andere afdeling komen. De gesproken psycholoog op de afdeling ID vindt het document uiteindelijk wel terug. Dit document volgt de 'identification-situation-background-assessment-recommendation-readback-methodiek (ISBARR) voor informatieoverdracht. De drie verpleegkundigen en de psycholoog beschrijven dat de overdracht bij transfer steeds gebeurt door persoonlijke begeleiding door een verpleegkundige van de verwijzende afdeling naar de ontvangende afdeling. De twee verpleegkundigen op de afdeling Limani en psychogeriatricie geven aan dat de nodige informatie mondeling gedeeld wordt op het moment van de feitelijke overdracht. Verpleegkundigen van Limani en psychogeriatricie geven aan dat voor hen de mondelinge overdracht voldoende en geschikt is en dat de meerwaarde van het document 'evaluatie bij transfer' beperkt is.</p> <p>Op afdeling SP-psychogeriatricie bevestigen vier verpleegkundigen de werkwijze van de mondelinge overdracht. De auditees bevestigen dat het document 'Evaluatie bij transfer' niet systematisch gebruikt wordt en de auditor kan vaststellen (door het inkijken van twee dossiers) dat bij intern getransfereerde cliënten dit document niet ingevuld is of teruggevonden kan worden. In de geaggregeerde opleidingscijfers van 2023 stelt ziet de auditor dat 62 van de 131 medewerkers de verplichte opleiding over ISBARR gevolgd hebben.</p>

<p>3.4.18 De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht.</p> <p><i>3.4.18.5 De effectiviteit van de communicatie wordt geëvalueerd en er worden verbeteringen doorgevoerd op basis van ontvangen feedback.</i></p>	<p>Platina</p>	<p>Geestelijke gezondheidszorg</p>	<p>De auditor observeert in de rapportagedocumenten dat er in augustus 2024 een interne audit is gebeurd over deze norm in het ziekenhuis. Het ziekenhuis stelt in deze audit vast dat deze norm niet behaald is.</p> <p>De auditor stelt vast dat er geen bijsturing gebeurd is van dit beleid ondanks de vaststelling dat de interne afspraken niet gevolgd zijn. De auditor heeft dit besproken met de kwaliteitscoördinator, die bevestigt dat deze bijsturing nog niet gebeurd is.</p>
<p>1.4.10 De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht.</p> <p><i>1.4.10.4 De informatie die bij een zorgoverdracht wordt verstrekt, wordt vastgelegd.</i></p>	<p>Platina</p>	<p>Middelenmisbruik en probleemgokken</p>	<p>Op de afdeling Limani zoekt de auditor samen met een verpleegkundige naar het document 'evaluatie bij transfer' bij de twee aanwezige cliënten die intern getransfereerd zijn. De auditor kan dit document niet terugvinden.</p>
<p>1.4.10 De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht.</p> <p><i>1.4.10.5 De effectiviteit van de communicatie wordt geëvalueerd en er worden verbeteringen doorgevoerd op basis van ontvangen feedback.</i></p>	<p>Platina</p>	<p>Middelenmisbruik en probleemgokken</p>	<p>De auditor constateert dat er in augustus 2024 een interne audit is gebeurd over deze norm in het ziekenhuis. Bij deze audit stelt het ziekenhuis vast dat dat deze norm niet behaald is. De auditor vraagt dit na op de afdelingen Limani, ID en de SP-afdeling psychogeriatric. Meerdere medewerkers van deze afdelingen geven aan dat voor hen de mondelinge overdracht bij transfer voldoende en geschikt is en dat de meerwaarde van het document 'evaluatie bij transfer' beperkt is.</p> <p>De auditor stelt vast dat er geen bijsturing gebeurd is van dit beleid ondanks de vaststelling dat de interne afspraken niet gevolgd zijn. De auditor heeft dit besproken met de kwaliteitscoördinator, die bevestigt dat deze bijsturing nog niet gebeurd is.</p>