



HIC-monitor

Modelgetrouwheidsschaal High en Intensive Care

Definitieve gevalideerde versie 2016

Deze HIC-monitor is vastgesteld in april 2016 en vervangt de eerdere versie uit 2014

Het intellectueel eigendom van de HIC-monitor berust bij de Stichting HIC

Voor meer informatie over de toepassing van de HIC-monitor kunt u een mail sturen naar HIC@vumc.nl of kijkt u op www.hic-psy.nl

Teamstructuur					
Criterium	Score 1	2	3	4	5
<u>1a. Kleine verpleegkundige caseload: dagdienst</u> Er is een optimale basisbezetting van 7 verpleegkundigen op 20 bedden	3 of minder verpleegkundigen op 20 bedden	4 verpleegkundigen op 20 bedden	5 verpleegkundigen op 20 bedden	6 verpleegkundigen op 20 bedden	7 of meer verpleegkundigen op 20 bedden
<u>1b. Kleine verpleegkundige caseload: avonddienst</u> Er is een optimale basisbezetting van 7 verpleegkundigen op 20 bedden	3 of minder verpleegkundigen op 20 bedden	4 verpleegkundigen op 20 bedden	5 verpleegkundigen op 20 bedden	6 verpleegkundigen op 20 bedden	7 of meer verpleegkundigen op 20 bedden
<u>1c. Kleine verpleegkundige caseload: nachtdienst</u> Er is een optimale basisbezetting van 5 verpleegkundigen op 20 bedden	1 of minder verpleegkundige op 20 bedden	2 verpleegkundigen op 20 bedden	3 verpleegkundigen op 20 bedden	4 verpleegkundigen op 20 bedden	5 of meer verpleegkundigen op 20 bedden
<u>2. Opschalen van zorg</u> Het team kan op elk moment van de dag/week (24 uur) verpleegkundige 1-op-1 begeleiding bieden	Het team kan niet opschalen naar 1-op-1 begeleiding	Het team kan alleen overdag doordeweeks opschalen	Het team kan zowel doordeweeks als in het weekend overdag opschalen	Het team kan doordeweeks overdag en 's nachts opschalen en in het weekend overdag	Het team kan altijd opschalen naar 1-op-1 begeleiding (24 uur per dag)
<u>3. Verpleegkundige/ SPH</u> Minimaal 70% van de bezetting zijn verpleegkundigen of SPH'ers met HBO niveau	Minder dan 40% van de verpleegkundigen/ SPH heeft HBO niveau	40%-49% van de verpleegkundigen/ SPH heeft HBO niveau	50%-59% van de verpleegkundigen/ SPH heeft HBO niveau	60%-69% van de verpleegkundigen/ SPH heeft HBO niveau	Minimaal 70% van de verpleegkundigen/ SPH heeft HBO niveau
<u>4. Psychiater</u> Er is 2 FTE psychiaterfunctie aanwezig op de afdeling voor directe patiëntenzorg bij 20 bedden. 1 FTE psychiater geldt als 1 FTE. 1 FTE AIOS geldt als een halve psychiaterfunctie. Bij 2 FTE psychiaterfunctie wordt	Er is 1 FTE psychiaterfunctie aanwezig	Er is 1,25 FTE psychiaterfunctie aanwezig. Hiervan wordt minimaal 1 FTE ingevuld door de psychiater	Er is 1,5 FTE psychiaterfunctie aanwezig. Hiervan wordt minimaal 1 FTE ingevuld door de psychiater	Er is 1,75 FTE psychiaterfunctie aanwezig. Hiervan wordt minimaal 1,5 FTE ingevuld door de psychiater	Er is 2 FTE psychiaterfunctie aanwezig. Hiervan wordt minimaal 1,5 FTE ingevuld door de psychiater

minimaal 1,5 FTE ingevuld door de psychiater					
<u>5. Psycholoog</u> Er is 1 FTE GZ- of klinisch psycholoog aanwezig op de afdeling bij 20 bedden	Er is 0-0,24 FTE GZ -of klinisch psycholoog aanwezig	Er is 0,25-0,49 FTE GZ -of klinisch psycholoog aanwezig	Er is 0,5-0,74 FTE GZ -of klinisch psycholoog aanwezig	Er is 0,75-0,99 FTE GZ -of klinisch psycholoog aanwezig	Er is 1 FTE of meer GZ -of klinisch psycholoog aanwezig
<u>6. Verpleegkundig specialist (VS) Artikel 14 BIG geregistreerd</u> Er is 1 FTE Artikel 14 BIG geregistreerde VS aanwezig bij 20 bedden	Er is 0,24 FTE VS aanwezig	Er is 0,25-0,49 FTE VS aanwezig	Er is 0,5- 0,74 FTE VS aanwezig	Er is 0,75-0,99 FTE VS aanwezig	Er is 1 FTE of meer VS aanwezig
<u>7. Verslavingsdeskundige</u> Er is binnen de teamsamenstelling 0,6 FTE verslavingsdeskundige in dienst voor 20 bedden. De verslavingsdeskundige betreft een teamlid die ten minste 1 jaar specifieke training heeft gevolgd of ervaring in de verslavingszorg heeft. Tevens dient deze verslavingsdeskundige ten minste jaarlijks te worden bijgeschoold	Het team heeft voor 20 patiënten 0,2 of minder FTE verslavingsdeskundige in dienst	Het team heeft voor 20 patiënten 0,3 FTE verslavingsdeskundige in dienst	Het team heeft voor 20 patiënten 0,4 FTE verslavingsdeskundige in dienst	Het team heeft voor 20 patiënten 0,5 FTE verslavingsdeskundige in dienst	Het team heeft voor 20 patiënten 0,6 FTE of meer verslavingsdeskundige in dienst
<u>8. (Familie) Ervaringsdeskundige</u> Er is binnen de teamsamenstelling 2 FTE (familie) ervaringsdeskundige in dienst voor 20 bedden	Het team heeft 0-0,4 FTE (familie) ervaringsdeskundige in dienst	Het team heeft 0,5-0,9 FTE (familie) ervaringsdeskundige in dienst	Het team heeft 1-1,4 FTE (familie) ervaringsdeskundige in dienst	Het team heeft 1,5-1,9 FTE (familie) ervaringsdeskundige in dienst	Het team heeft 2 FTE of meer (familie) ervaringsdeskundige in dienst
<u>9. Activiteitenbegeleider</u> Er is minimaal 1,4 FTE activiteitenbegeleider beschikbaar voor 20 bedden	Het team heeft voor 20 patiënten 0-0,4 FTE activiteitenbegeleider in dienst	Het team heeft voor 20 patiënten 0,5-0,7 FTE activiteitenbegeleider in dienst	Het team heeft voor 20 patiënten 0,8-1 FTE activiteitenbegeleider in dienst	Het team heeft voor 20 patiënten 1,1-1,3 FTE activiteitenbegeleider in dienst	Het team heeft voor 20 patiënten minimaal 1,4 FTE activiteitenbegeleider in dienst
<u>10. Vaktherapeut/ PMT-er</u> Er is minimaal 0,6 FTE vaktherapeut/PMT beschikbaar voor 20 bedden	Het team heeft voor 20 patiënten geen vaktherapeut/PMT-er in dienst	Het team heeft voor 20 patiënten 0,1-0,2 FTE vaktherapeut/ PMT-er in dienst	Het team heeft voor 20 patiënten 0,3-0,4 FTE vaktherapeut/ PMT-er in dienst	Het team heeft voor 20 patiënten 0,5 FTE vaktherapeut/PMT-er in dienst	Het team heeft voor 20 patiënten minimaal 0,6 FTE vaktherapeut/ PMT-er in dienst

<p><u>11. Meewerkend voorman</u> Voldoet aan de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hij/zij levert 8 van de 36 uur directe hulpverlening aan patiënten als teamlid • Hij/zij bewaakt actief de modelgetrouwheid van de afdeling en bewaakt uitkomsten uit bijvoorbeeld Argus, KWAZOP, veiligheidsmeldingen en productiecijfers • Hij/zij moet minimaal 3x per week aanwezig zijn bij het digibord-overleg en bij behandelplanbesprekingen 	Er is geen meewerkend voorman	Er is een meewerkend voorman, maar deze voldoet niet aan de criteria	De meewerkend voorman voldoet aan één criterium	De meewerkend voorman voldoet aan twee criteria	De meewerkend voorman voldoet aan alle criteria
<p><u>12. Extra disciplines</u> De onderstaande disciplines zijn op indicatie beschikbaar voor de patiënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maatschappelijk werk • Geestelijk verzorger • Juridisch consulent/PVP • Somatisch specialist • Verslavingsarts 	Eén of minder disciplines zijn voor alle patiënten beschikbaar	Twee disciplines zijn voor alle patiënten beschikbaar	Drie disciplines zijn voor alle patiënten beschikbaar	Vier disciplines zijn voor alle patiënten beschikbaar	Alle disciplines zijn voor alle patiënten beschikbaar
<p><u>13. Teamverband</u> Medewerkers van het Multidisciplinaire IC-team hebben minimaal twee jaar ervaring met EPA patiënten, al dan niet binnen de acute klinische psychiatrie, crisisdienst, FACT of duurzaam wonen</p>	0%-19% van de medewerkers heeft minimaal twee jaar ervaring met EPA patiënten	20%-39% van de medewerkers heeft minimaal twee jaar ervaring met EPA patiënten	40%-59% van de medewerkers heeft minimaal twee jaar ervaring met EPA patiënten	60%-79% van de medewerkers heeft minimaal twee jaar ervaring met EPA patiënten	80%-100% van de medewerkers heeft minimaal twee jaar ervaring met EPA patiënten

14. Personeelsbezetting Er is sprake van een volledige personeelsbezetting, dat wil zeggen een minimum aan onvervulde vacatures (voor alle disciplines)	Het team heeft de afgelopen 12 maanden een bezettingsgraad gehad van minder dan 50%	Het team heeft de afgelopen 12 maanden een bezettingsgraad gehad van 50%-64%	Het team heeft de afgelopen 12 maanden een bezettingsgraad gehad van 65%-79%	Het team heeft de afgelopen 12 maanden een bezettingsgraad gehad van 80%-94%	Het team heeft het afgelopen jaar een bezettingsgraad gehad van 95% of meer
---	---	--	--	--	---

Teamproces					
Criterium	Score 1	2	3	4	5
15. Visie Het team heeft een helder beschreven herstelgerichte visie afgeleid van het model HIC en communiceert hierover met externe partners	Er is geen visie beschreven	-	Er is een visie, maar er wordt niet aantoonbaar mee gewerkt	-	Het team heeft een helder beschreven visie op basis van het model HIC. Teamleden werken vanuit deze visie
16. Gastvrijheid Er wordt standaard gewerkt met de 'eerste vijf minuten methodiek'. Dit blijkt uit de volgende punten: <ul style="list-style-type: none"> De checklist voor de eerste vijf minuten van opname wordt gevolgd (goede voorbereiding van opname, goede ontvangst, introductie en regelzaken) Bij nieuwe diensten wordt er bij de toewijzing van patiënten zoveel mogelijk rekening gehouden met de voorkeuren van de patiënt Bij aanvang van de dienst nemen teamleden het initiatief 	De teambenadering voldoet aan geen enkel criterium	De teambenadering voldoet aan één van de criteria	De teambenadering voldoet aan twee criteria	De teambenadering voldoet aan drie criteria	De teambenadering voldoet aan alle vier criteria

<p>om het contact met patiënten aan te gaan</p> <ul style="list-style-type: none"> Het team durft af te wijken van bestaande protocollen indien de situatie hierom vraagt 					
<p><u>17. Presentie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Overdag zijn er continu minimaal twee verpleegkundigen/SPH'ers in de groep aanwezig en aanspreekbaar Kantoren van betrokken behandelaren zijn op de afdeling gestationeerd 	De teambenadering voldoet aan geen enkel criterium	-	De teambenadering voldoet aan één criterium	-	De teambenadering voldoet aan beide criteria
<p><u>18. Attitude/bejegening</u></p> <p>Bejegening is gebaseerd op evidence en experience based theoretische modellen. Het team heeft besef van het persoonlijke herstelproces van de patiënt en hanteert de kenmerken van herstel ondersteunende zorg. Het team is voortdurend gericht op zoeken van aansluiting bij het gezonde deel en de mogelijkheden en capaciteiten van de patiënt. Het team benut de opname als een onderdeel van een veelomvattender proces van de patiënt</p>	Teamleden zijn niet bekend met theoretische modellen en HOZ	De bejegening is afhankelijk van elk individueel teamlid. Er is geen gezamenlijke visie op basis van theoretische modellen en HOZ	Het team is bekend met theoretische modellen en HOZ maar in de bejegening wordt dit niet consequent toegepast	Het team is bekend met theoretische modellen en HOZ, en in de bejegening passen teamleden deze consequent toe	Er is een consequente bejegening zichtbaar gebaseerd op theoretische modellen en HOZ. Het team bespreekt bejegeningsvraagstukken en heeft een zelf reflecterend vermogen
<p><u>19a. Zorgafstemmingsgesprek (ZAG): bij opname</u></p> <p>Bij opname vindt er binnen 24 uur een ZAG gesprek plaats waarin aanleiding,</p>	Er vindt geen ZAG plaats binnen 24 uur na opname	Bij minder dan 25% van de patiënten vindt binnen 24 uur na opname een ZAG	Bij 25%-49% van de patiënten vindt binnen 24 uur na opname een ZAG	Bij 50%-74% van de patiënten vindt binnen 24 uur na opname een ZAG	Bij 75%-100% van de patiënten vindt binnen 24 uur na opname een ZAG

doel en tijdsplanning van de opname op de HIC worden vastgesteld en waarbij ten minste de patiënt, de behandelaar van de kliniek, naasten en de ambulante behandelaar aanwezig zijn		plaats	plaats	plaats	plaats
<u>19b. Zorgafstemmingsgesprek (ZAG): iedere 3 weken</u> Iedere 3 weken vindt een ZAG gesprek plaats waarin behandeldoelen worden geëvalueerd, waarbij ten minste de patiënt, de behandelaar van de kliniek, naasten en de ambulante behandelaar aanwezig zijn	Bij geen van de patiënten wordt iedere 3 weken een ZAG gehouden	Bij minder dan 25% van de patiënten wordt iedere 3 weken een ZAG gehouden	Bij 25%-49% van de patiënten wordt iedere 3 weken een ZAG gehouden	Bij 50%-74% van de patiënten wordt iedere 3 weken een ZAG gehouden	Bij 75%-100% van de patiënten wordt iedere 3 weken een ZAG gehouden
<u>19c. Zorgafstemmingsgesprek (ZAG): bij ontslag</u> Bij ontslag vindt een ZAG gesprek plaats, waarbij ten minste de patiënt, de behandelaar van de kliniek, naasten en de ambulante behandelaar aanwezig zijn	Bij geen van de patiënten wordt bij ontslag een ZAG gehouden	Bij minder dan 25% wordt bij ontslag een ZAG gehouden	Bij 25%-49% van de patiënten wordt bij ontslag een ZAG gehouden	Bij 50%-74% van de patiënten wordt bij ontslag een ZAG gehouden	Bij 75%-100% van de patiënten wordt bij ontslag een ZAG gehouden
<u>20. Inzage behandelplan</u> Binnen 24 uur na opname is er een behandelplan aanwezig. Dit behandelplan is te allen tijde in te zien door de patiënt	Geen van de patiënten heeft binnen 24 uur na opname een behandelplan	Minder dan 25% van de patiënten heeft binnen 24 uur na opname inzage in het behandelplan	25%-49% van de patiënten heeft binnen 24 uur na opname inzage in het behandelplan	50%-74% van de patiënten heeft binnen 24 uur na opname inzage in het behandelplan	75%-100% van de patiënten heeft binnen 24 uur na opname inzage in het behandelplan
<u>21. Digibord</u> Het digibord voldoet aan de criteria: <ul style="list-style-type: none"> • Het digibord is altijd digitaal • Het digibord is aanwezig, functioneel in de overlegruimte, bevat relevante 	Er wordt geen gebruik gemaakt van een digibord	Het digibord voldoet aan één of twee criteria	Het digibord voldoet aan drie of vier criteria	Het digibord voldoet aan vijf criteria	Het digibord voldoet aan alle criteria

<p>gegevens en is gekoppeld aan het EPD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt volgens een vaste procedure met het digibord gewerkt • Het volledige teamproces is inzichtelijk op het digibord • Bij de dagelijkse bespreking van het digibord zijn in principe alle op die dag werkzame teamleden aanwezig • Het digibord wordt dagelijks bijgewerkt en is actueel 					
<p><u>22a. Opnameduur HIC</u> Het verblijf op de HIC heeft een maximale duur van 3 weken en kan zo nodig 2x verlengd worden na evaluatie in het behandelteam</p>	Bij geen van de patiënten worden de normen voor verblijfsduur en verlenging gevolgd	Bij minder dan 25% van de patiënten worden de normen voor verblijfsduur en verlenging gevolgd	Bij 25%-49% van de patiënten worden de normen voor verblijfsduur en verlenging gevolgd	Bij 50%-74% van de patiënten worden de normen voor verblijfsduur en verlenging gevolgd	Bij 75%-100% van de patiënten worden de normen voor verblijfsduur en verlenging gevolgd
<p><u>23a. Zorgproces en Consultatie ICU</u> Het verblijf op de ICU verloopt volgens de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het verblijf in de ICU heeft een maximale duur van 3 dagen, met de mogelijkheid tot 2x verlenging na consultatie van een intern consultatieteam • De psychiater heeft minimaal 1 maal per dag (7 dagen per week) face-to-face contact met de patiënt 	Er wordt aan geen van de criteria voldaan	-	Er wordt aan één van de criteria voldaan	-	Er wordt aan beide criteria voldaan
<p><u>23b. Zorgproces en Consultatie EBK</u></p>	Er wordt aan geen van	-	Er wordt aan één van	-	Er wordt aan beide

<p>Het verblijf in de EBK verloopt volgens de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het verblijf in de EBK heeft een maximum duur van 1 dag. Om dit te verlengen is consultatie van een intern consultatieteam nodig • De psychiater heeft minimaal 2 maal per dag face-to-face contact (7 dagen per week) 	de criteria voldaan		de criteria voldaan		criteria voldaan
--	---------------------	--	---------------------	--	------------------

Diagnostiek, behandeling, behandelinterventies					
 criterium	 Score 1	 2	 3	 4	 5
<u>24. Richtlijnen</u> Er wordt aantoonbaar gewerkt vanuit de richtlijn dwang en drang en de richtlijn suïcidepreventie	Het team werkt niet met genoemde richtlijnen	-	Het team werkt aantoonbaar met minimaal één van de genoemde richtlijnen	-	Het team werkt aantoonbaar vanuit beide genoemde richtlijnen
<u>25. Eerste diagnostiek</u> Binnen één uur na opname dient, na afstemming met de verwijzer en naasten (triade), de eerste diagnostiek (psychiatrisch beeld en crisis) te zijn afgerond	Geen van de gesprekken vinden binnen één uur in de triade plaats	Minder dan 25% van alle gesprekken vinden binnen één uur in de triade plaats	25%-49% van alle gesprekken vinden binnen één uur in de triade plaats	50-74% van alle gesprekken vinden binnen één uur in de triade plaats	75%-100% van alle gesprekken vinden binnen één uur in de triade plaats
<u>26a. Algemeen onderzoek</u> Binnen 24 uur na opname wordt er een heteroanamnese uitgevoerd door de behandelaar of verpleegkundig specialist	Bij geen van de patiënten vindt een heteroanamnese plaats binnen 24 uur na opname	Bij minder dan 25% van de patiënten vindt een heteroanamnese plaats binnen 24 uur na opname	Bij 25%-49% van de patiënten vindt een heteroanamnese plaats binnen 24 uur na opname	Bij 50%-74% van de patiënten vindt een heteroanamnese plaats binnen 24 uur na opname	Bij 75%-100% van de patiënten vindt een heteroanamnese plaats binnen 24 uur na opname
<u>26b. Algemeen onderzoek</u> Binnen 24 uur na opname wordt een	Bij geen van de patiënten vindt	Bij minder dan 25% van de patiënten vindt	Bij 25%-49% van de patiënten vindt	Bij 50%-74% van de patiënten vindt	Bij 75%-100% van de patiënten vindt

algeheel somatisch onderzoek uitgevoerd (zowel screenend labonderzoek als lichamelijk onderzoek)	algeheel somatisch onderzoek plaats binnen 24 uur na opname	algeheel somatisch onderzoek plaats binnen 24 uur na opname	algeheel somatisch onderzoek plaats binnen 24 uur na opname	algeheel somatisch onderzoek plaats binnen 24 uur na opname	algeheel somatisch onderzoek plaats binnen 24 uur na opname
<u>27. Risicotaxatie</u> Er wordt dagelijks aantoonbaar gewerkt met risicotaxatie-instrumenten (bijv. BVC, de Kennedy Axis V, SDAS)	Er worden geen instrumenten gebruikt t.b.v. risicotaxatie	Er is 1 instrument in gebruik, maar er wordt niet dagelijks mee gewerkt	Er is 1 instrument in gebruik en er wordt dagelijks mee gewerkt	Er zijn meerdere instrumenten in gebruik, maar er wordt niet dagelijks mee gewerkt	Er zijn meerdere instrumenten in gebruik en hier wordt altijd dagelijks mee gewerkt
<u>28. Conflicthantering en persoonlijke veiligheid</u> Er wordt gewerkt met best practices betreffende het thema conflicthantering en persoonlijke veiligheid. Het gaat om onderhandelingstechnieken, de-escaleringstechnieken en de holding. Er vindt jaarlijks bijscholing plaats voor het hele team	Er worden geen best practices methodieken gehanteerd	-	De genoemde best-practices worden door het team gehanteerd, maar er vindt geen volledige bijscholing plaats	-	Het team kent en hanteert genoemde best practices. Het gebruik van de methodiek wordt jaarlijks geëvalueerd en bijgeschoold aan het hele team
<u>29a. Medicatiebeleid</u> Er wordt aan de volgende criteria voldaan: <ul style="list-style-type: none"> • Er is een geprotocolleerd medicatiebeleid gebaseerd op de meest actuele inzichten/richtlijn • De keuze voor medicatie is in samenspraak met de patiënt tot stand gekomen • Er is continu aandacht (monitoring) voor de werking 	Het medicatiebeleid voldoet aan geen van de gestelde criteria	Het medicatiebeleid voldoet aan één van de gestelde criteria	Het medicatiebeleid voldoet aan twee van de gestelde criteria	Het medicatiebeleid voldoet aan drie van de gestelde criteria	Het medicatiebeleid voldoet aan alle vier de gestelde criteria

<p>en bijwerking van medicatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er vindt structurele uitleg plaats over werking en bijwerking van medicatie 					
<p><u>29b. Vroegtijdige en acute ingrijpmedicatie</u></p> <p>Er wordt een geprotocolleerd beleid gevolgd over de toediening van vroegtijdige en acute ingrijpmedicatie gebaseerd op de meest actuele inzichten/richtlijn. De toepassing van vroegtijdige en acute ingrijpmedicatie dient te worden nabesproken met de patiënt</p>	<p>Er wordt geen geprotocolleerd beleid gevolgd in de toediening van vroegtijdige en acute ingrijpmedicatie</p>	-	<p>Toediening van vroegtijdige en acute ingrijpmedicatie vindt plaats volgens geprotocolleerd beleid. Evaluatie met de patiënt vindt echter niet altijd plaats</p>	-	<p>Toediening van vroegtijdige en acute ingrijpmedicatie vindt plaats volgens geprotocolleerd beleid. De toepassing van vroegtijdige en acute ingrijpmedicatie wordt altijd nabesproken met de patiënt</p>
<p><u>30. Verslavingszorg</u></p> <p>Verslavingsbehandeling in een HIC dient te bestaan uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verslavingsbehandeling is opgenomen in het behandelplan (diagnose, interventies, doelen) • Verslavingsbehandeling is geïntegreerd. Er is gecombineerde aandacht voor (de interacties tussen) psychiatrische en verslavingsproblematiek conform 'Integrated Dual Disorder Treatment' (IDDT) • Er wordt gewerkt volgens 	<p>Er is onvoldoende aandacht voor verslavingszorg. Er wordt aan geen enkel criterium voldaan</p>	<p>De verslavingszorg voldoet aan één van de gestelde criteria</p>	<p>De verslavingszorg voldoet aan twee van de gestelde criteria</p>	<p>De verslavingszorg voldoet aan drie van de gestelde criteria</p>	<p>De verslavingszorg voldoet aan alle vier de gestelde criteria</p>

<p>multidisciplinaire richtlijnen (bijvoorbeeld de MDR opiaatverslaving, MDR alcoholverslaving)</p> <ul style="list-style-type: none"> Verslavingsproblematiek is in kaart gebracht d.m.v. screening/ assessment (bijvoorbeeld d.m.v. MATE, Subjectieve onthoudingsschaal, Objectieve onthoudingsschaal, Clinical withdrawal scale) 					
<p><u>31. Structureel informeren</u> Op de HIC wordt op een structurele manier informatie over rechten, plichten, BOPZ en ziektebeeld geboden</p>	Er vindt geen structurele informering op de genoemde onderdelen plaats		Er vindt structurele informering op enkele onderdelen plaats		Er vindt structurele informering op alle genoemde onderdelen plaats
<p><u>32. Dagactiviteiten</u> Het activiteiten aanbod is op de volgende momenten beschikbaar voor cliënten</p>	Er is geen programma	Er is doordeweeks overdag een gedeelte van de tijd programma	Er is doordeweeks overdag de gehele tijd programma	Er is doordeweeks overdag (de gehele tijd) en 's avonds programma	Er is overdag (de gehele tijd), 's avonds en in het weekend programma
<p><u>33. Familie- interventies</u></p> <ul style="list-style-type: none"> De familie/naasten worden gastvrij ontvangen Familie/naasten worden actief betrokken bij de zorg Er zijn vormen van familie psycho-educatie Er zijn mogelijkheden voor rooming- in 	Er is weinig tot geen aandacht voor de betrokkenheid van familie/naasten	Er wordt aan één criterium voldaan	Er wordt aan twee criteria voldaan	Er wordt aan drie criteria voldaan	Alle familie-interventies worden toegepast

Zorgorganisatie					
Criterium	Score 1	2	3	4	5
34. Opname en ontslag Er zijn heldere in- en exclusiecriteria voor zowel behandeling op de HIC als plaatsing op de ICU	Er zijn geen in- en exclusiecriteria	-	Er zijn in- en exclusiecriteria maar deze worden niet structureel toegepast	-	Er zijn duidelijke criteria die structureel worden toegepast
35. Wachtlijst Er is geen wachtlijst en er is altijd een leeg bed per afdeling beschikbaar	Er is een wachtlijst (langer dan 3 weken)	Er is een wachtlijst van maximaal 3 weken	Er is een wachtlijst van maximaal 2 weken	Er is een wachtlijst van maximaal 1 week	Er is geen wachtlijst
36. Transitie De transitie van de HIC terug naar ambulant voldoet aan de volgende criteria: <ul style="list-style-type: none"> Binnen 1 week na ontslag dient de eerste afspraak met een ambulant behandelaar gerealiseerd te zijn Er is tijdens de opname op de HIC al kennis gemaakt met de ambulant behandelaar Binnen twee weken na ontslag is een verslag van de opname beschikbaar Er wordt tijdens de gehele opname gewerkt aan wat er nodig is voor ontslag Alle patiënten beschikken bij ontslag over een crisissignaleringsplan 	Er wordt aan geen enkel criterium of aan één van de criteria voldaan	Er wordt aan twee van de criteria voldaan	Er wordt aan drie van de criteria voldaan	Er wordt aan vier van de criteria voldaan	Er wordt aan alle criteria voldaan

Monitoring					
Criterium	Score 1	2	3	4	5
<p><u>37. Routine Outcome Monitoring (ROM)</u> Het multidisciplinaire team neemt bij alle opgenomen patiënten een ROM af bij binnenkomst (binnen 24 uur) en vertrek en minimaal een maal per drie weken</p>	De ROM is afgenomen bij <20% van de patiënten	De ROM is afgenomen bij 20-39% van de patiënten	De ROM is afgenomen bij 40-59% van de patiënten	De ROM is afgenomen bij 60-79% van de patiënten	De ROM is afgenomen bij 80% of meer van de patiënten
<p><u>38. Gebruik ROM</u> Het multidisciplinaire team maakt gebruik van de uitkomsten van de ROM (ambulant en extra afgenomen ROM) en vertaalt dit zowel naar het individuele behandelbeleid als naar het teambeleid ter verbetering van de zorg</p>	Het multidisciplinaire team kent geen ROM	Het multidisciplinaire team kent een ROM zonder terugkoppeling naar teamleden	Het multidisciplinaire team maakt gebruik van de ROM en vertaalt dit naar het individuele behandelbeleid of naar het teambeleid	Het multidisciplinaire team maakt gebruik van de ROM en vertaalt dit zowel naar het individuele behandelbeleid als naar het teambeleid	Het multidisciplinaire team gebruikt de ROM structureel bij evaluatie van het team functioneren wat leidt tot aanpassingen op teamniveau en gebruikt de ROM als standaard-onderdeel bij iedere ZAG
<p><u>39. Verbetercyclus HIC</u> Projectleider/teamleider/manager monitoren het proces van de afdeling en gebruiken de gegevens om het programma te verbeteren. Het monitoren van dat proces gebeurt volgens een standaard aanpak aan de hand van prestatie-indicatoren. De PDCA cyclus wordt gebruikt voor verbetering en kent een cyclus van vier keer per jaar</p>	Er wordt geen poging gedaan om het proces te monitoren	Het proces wordt ten minste jaarlijks op een informele manier gemonitord	Bij het proces worden de gegevens verzameld en teruggekoppeld naar het team maar leidt niet tot aanpassing	Bij het proces worden de gegevens verzameld en teruggekoppeld naar het team. Gegevens worden gebruikt om het programma te verbeteren	Gestandaardiseerd en uitgebreid het proces monitoren gebeurt ten minste elke 4 maanden en wordt gebruikt om het programma te verbeteren. De PDCA cyclus is in het proces herkenbaar

Professionalisering					
Criterium	Score 1	2	3	4	5
<u>40. Reflectie eigen handelen</u> Elk teamlid heeft minstens 6x2 uur per jaar voor intervisie of (groeps)supervisie (zoals moreel beraad)	0%-19% van de teamleden heeft minstens 6x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie	20%-39% van de teamleden heeft minstens 6x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie	40%-59% van de teamleden heeft minstens 6x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie	60%-79% van de teamleden heeft minstens 6x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie	80%-100% van de teamleden heeft minstens 6x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie
<u>41. Scholing</u> Alle leden van het multidisciplinair team ontvangen jaarlijks een bijscholing (minimaal 4 dagdelen van minimaal 3 uur) in de volgende onderdelen: <ul style="list-style-type: none"> • BOPZ • HOZ • Gespreksvoering (bijv. triadegesprek) • Fysieke en verbale de-escalerende technieken/vroegsignalering • Familie-interventies • Veiligheid • Methodisch werken • Terugdringen dwang en drang • Psychopathologie • Somatiek (psychofarmaca) • Suïcidepreventie • Observatietechnieken 	Het multidisciplinaire team ontvangt in geen van de genoemde onderdelen jaarlijks bijscholing	Het multidisciplinaire team ontvangt in 1, 2 of 3 van de genoemde onderdelen jaarlijks bijscholing	Het multidisciplinaire team ontvangt in 4, 5, 6 of 7 van de genoemde onderdelen jaarlijks bijscholing	Het multidisciplinaire team ontvangt in 8, 9, 10 of 11 van de genoemde onderdelen jaarlijks bijscholing	Het multidisciplinaire team ontvangt in alle van de genoemde onderdelen jaarlijks bijscholing
<u>42. Kennis van IHT / ambulante behandeling</u> Het multidisciplinaire team is op de hoogte van de werkwijze van	Er is weinig kennis van de ambulante werkwijze en het team legt niet	-	De kennis over de ambulante behandeling is in het team afhankelijk van	-	Het team is volledig op de hoogte van de werkwijze van het ambulante team. De

ambulante behandelteams en sluit in haar werkwijze hierbij aan	aantoonbaar een relatie naar het ambulante behandelproces		de individuele medewerker. Ook wordt wisselend omgegaan met het leggen van een relatie naar het ambulante behandelproces		behandeling is afgestemd op het ambulante behandelproces
43. Teamgeest Scoor de volgende onderdelen: <ul style="list-style-type: none"> Sfeer in het team (uitstekend, plezierig, hartelijk) Cohesie (onderlinge steun en betrokkenheid) Gedeelde visie (eensgezindheid over de werkwijze en doelstellingen van het team) Innovatief gehalte (team bruist van de ideeën en daadkracht) 	Geen van de punten scoort positief. Het team is als los zand. Het maakt een uitgebluste, ongeïnspireerde, conflictueuze indruk	Het team scoort op 1 punt positief	Het team scoort op 2 punten positief	Het team scoort op 3 punten positief	Het team scoort op alle punten positief. Het team maakt een enthousiaste, gemotiveerde, harmonieuze, daadkrachtige en vastberaden indruk

BOPZ					
Criterion	Score 1	2	3	4	5
44. Uitvoering wet BOPZ/ Wet Verplichte GGZ De afdeling hanteert een helder beleid m.b.t. de uitvoering van de wet BOPZ en voert deze eenduidig en volgens de PDCA cyclus uit	Het team heeft geen BOPZ/ Wet Verplichte GGZ beleid	Het team heeft wel een BOPZ/ Wet Verplichte GGZ beleid maar er wordt niet mee gewerkt	Het team heeft een BOPZ/ Wet Verplichte GGZ beleid maar werkt er niet eenduidig mee	Het team heeft een BOPZ/ Wet Verplichte GGZ beleid en werkt ermee	Het team heeft een BOPZ/ Wet Verplichte GGZ beleid en werkt ermee. Het team beschikt over recente kennis. Regelmatig wordt de procedure geëvalueerd en bijgesteld

Ruimtelijke vormgeving					
Criterium	Score 1	2	3	4	5
<u>45. Healing environment (HE)</u> Er wordt gebruik gemaakt van een instrument (bijv. OAZIS) om de mate van HE te toetsen en te verbeteren	Er is weinig tot geen aandacht voor de woon/leefomgeving	Men is bekend met de uitgangspunten van HE. In de directe omgeving is dit nog niet zichtbaar	De omgeving voldoet maar er is geen specifiek beleid gericht op HE	Healing environment is een structureel aandachtspunt maar er vindt geen toetsing plaats	Healing environment is een structureel aandachtspunt en het team laat zich hier regelmatig op toetsen
<u>46a. De HC: afsluitbare kamers</u> Op de HC zijn er eigen afsluitbare kamers met douche en toilet aanwezig	Nee	-	-	-	Ja
<u>46b. De HC: comfortroom</u> Op de HC is een comfortroom aanwezig	Nee	-	-	-	Ja
<u>46c. De HC: diversiteit in ontmoetingsruimten</u> Op de HC is er diversiteit in ontmoetingsruimten	Nee	-	-	-	Ja
<u>46d. De HC: buitenruimte</u> Op de HC is een buitenruimte aanwezig	Nee	-	-	-	Ja
<u>46e. De HC: familiekamer</u> Op de HC is een familiekamer aanwezig	Nee	-	-	-	Ja
<u>46f. De HC: time-out/noodbed</u> Op de HC is een Time-out /noodbed voor max. 24 uur (crisisdienst) aanwezig	Nee	-	-	-	Ja

<p><u>46g. De HC: open balie/werkstations</u> Op de HC wordt gewerkt met een open balie of werkstations</p>	Nee	-	-	-	Ja
<p><u>46h. De HC: domotica</u> In de HC is domotica ondersteuning aanwezig</p>	Nee	-	-	-	Ja
<p><u>47. De IC</u> De IC voldoet aan de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Het is een bouwkundige eenheid voorzien van aantal ICU's en EBK's Het betreft een fysieke ruimte, geïntegreerd in de HIC waar door het team zelf 1-op-1 begeleiding wordt geboden (continuïteit van zorg) Er is een afgesloten tuin Er is voldoende ruimte voor verschillende doeleinden en activiteiten De ambulance ingang geeft toegang tot een spreekkamer op de IC 	De IC voldoet aan 0 of 1 van de criteria	De IC voldoet aan 2 van de criteria	De IC voldoet aan 3 van de criteria	De IC voldoet aan 4 van de criteria	De IC voldoet aan alle 5 de criteria
<p><u>48. ICU-ruimte</u> De ICU voldoet aan de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Het betreft individuele kamers Er is een zit- en slaapgedeelte plus sanitaire voorzieningen In geval er meerdere ICU's zijn 	De ICU voldoet niet aan de criteria	De ICU voldoet aan 1 van de criteria	De ICU voldoet aan 2 van de criteria	De ICU voldoet aan 3 van de criteria	De ICU voldoet aan alle 4 de criteria

<p>worden deze niet geschakeld</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënt kan regie voeren over het gebruik van (dag)licht, temperatuur en media 					
<p>49. De Extra Beveiligde Kamer De EBK voldoet aan de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bestaat uit een af te sluiten ruimte, • Er is een wc met fonteintje beschikbaar • Er is een touchscreen aanwezig, waarmee de patiënt contact met het team kan houden • Patiënt kan regie voeren over het gebruik van (dag)licht, temperatuur en media • Er is een voorportaal dat is voorzien van sanitaire voorzieningen 	Er is geen sprake van een EBK zoals hier omschreven	De EBK voldoet aan 1 van de criteria	De EBK voldoet aan 2 van de criteria	De EBK voldoet aan 3 of 4 van de criteria	De EBK voldoet aan alle criteria

Veiligheid					
Criterium	Score 1	2	3	4	5
<p>50. Veiligheid managementsysteem De HIC is ingebed in een veiligheidsmanagementsysteem waarin structurele meldingen, analyses en verbeteracties verankerd zijn</p>	Er is geen VMS	Meldingen van incidenten zijn afhankelijk van individuele medewerkers	Er is een VMS maar dit wordt niet goed benut	Er is een VMS. Er wordt structureel gemeld maar analyses en verbeteracties blijven uit	Er is een VMS waarin structureel gemeld wordt. De analyses worden gebruikt voor continue kwaliteitsverbetering op het gebied van veiligheid

Evaluatie en terugkoppeling dwang en drang					
Criterium	Score 1	2	3	4	5
<p><u>51a. Evaluatie dwangtoepassing</u> Elke dwangtoepassing wordt aantoonbaar geëvalueerd met het team en de instelling. De uitkomsten van deze evaluaties worden aantoonbaar gebruikt voor aanpassing/verbetering van de handelswijze van de instelling m.b.t. dwangtoepassingen</p>	Evaluatie op individueel niveau ontbreekt	Dwangtoepassingen worden in 25%-75% van de gevallen geëvalueerd	Dwangtoepassingen worden in meer dan 75% van de gevallen geëvalueerd. Hieruit volgt echter geen beleid ter verbetering	Dwangtoepassing worden in 100% van de gevallen aantoonbaar geëvalueerd. Het gebruik van de uitkomsten is onduidelijk	Elke dwangtoepassing wordt aantoonbaar geëvalueerd. De uitkomsten van deze evaluaties worden aantoonbaar gebruikt voor aanpassing/verbetering van de handelswijze van de instelling m.b.t. dwangtoepassingen
<p><u>51b. Evaluatie dwangtoepassing</u> Elke dwangtoepassing wordt aantoonbaar geëvalueerd met de patiënt en met naasten</p>	Dwangtoepassingen worden niet met de patiënt of met naasten geëvalueerd	Evaluatie van dwangtoepassingen vindt wisselend plaats met de patiënt. Naasten worden niet betrokken bij de evaluatie van dwangtoepassingen	Evaluatie van separatie vindt altijd plaats met patiënten. Evaluatie van andere dwangtoepassingen vindt wisselend plaats met de patiënt. Naasten worden wisselend betrokken bij deze evaluatie	Evaluatie van alle vormen van dwang vindt plaats met de patiënt. Naasten worden wisselend betrokken bij de evaluatie van dwangtoepassingen	Alle vormen van dwang worden zowel met de patiënt als met naasten geëvalueerd
<p><u>52. Terugkoppeling Argus</u> De registratie van dwangtoepassingen (Argus) wordt binnen de afdeling minimaal maandelijks teruggekoppeld aan het team en gebruikt om de eigen handelswijze te evalueren en bij te stellen</p>	Argus wordt niet teruggekoppeld	Argus wordt ieder half jaar teruggekoppeld	Argus wordt ieder kwartaal teruggekoppeld	Argus wordt maandelijks teruggekoppeld	Argus wordt maandelijks teruggekoppeld en bevindingen worden gebruikt om de eigen handelswijze te evalueren en bij te stellen