

Rapportage Interne audit (IGZ indicatoren)

Binnenhofje	Buurstede	23 november 27 november	13.00 – 15.00uur 11.00 – 13.00uur
<i>Gehanteerde lijst</i>	<i>B lijst</i>		

Score per thema				
1. Cliëntendossier	12,5%	75%	12,5%	
2. Deskundigheid en inzet medewerkers	62,5%	37,5%		
3. Medicatieveiligheid		75%	25%	
4. BOPZ	72%	28%		
5. Sturen op Kwaliteit en Veiligheid	33,3%	66,7%		
6. Leren en verbeteren		100%		
7 HACCP			100%	

Totaalscore	26%	54,5%	19,5%	
<p>Tijdens de interne audit inhoud (IGZ indicatoren) op Binnenhofje is gekeken wat gaat goed en wat kan beter? Medewerkers zijn actief bezig met het verbeteren van zorg en dienstverlening, op diverse gebieden.</p> <p>Score voldoet/voldoet grotendeels Op de gebieden deskundigheid en medewerkers, BOPZ, sturen op kwaliteit en veiligheid en leren en verbeteren heeft Binnenhofje de score voldoet en/of voldoet grotendeels behaald. Complimenten!</p> <p>Score voldoet grotendeels niet De volgende thema's verdienen extra aandacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliëntendossier <ul style="list-style-type: none"> - Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en ondersteuning. • Medicatieveiligheid <ul style="list-style-type: none"> - De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan. <p>Score voldoet niet</p> <ul style="list-style-type: none"> • De score voldoet niet, is niet behaald. Complimenten hiervoor! 				

Thema Cliëntdossier		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding voldoende aanwezig is.					
1.8B	Cliënten hebben een dagbesteding passend bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.					Dagbesteding wordt vermeld in zorgleefplan. Wanneer er geen interesse is in dagbesteding, dit ook omschrijven in zorgleefplan.
2.1	De cliënt/1^e contactpersoon is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.					
2.1A	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorg een zorgleefplan vastgesteld					Binnen 6 weken na start zorgverlening is zorgleefplan ondertekend.
2.1C	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt/1 ^e contactpersoon heeft ingestemd met de inhoud van het ZLP.					Alle zorgleefplannen en evaluaties zorgleefplan zijn ondertekend door de cliënt.
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn basis voor zorg					
2.2A	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen cliënt.					In het zorgleefplan zijn de wensen/behoeften, bijpassende doelen en acties weergegeven. Levensgeschiedenis/ persoonsbeschrijving zijn beschreven aan hand van observatievragen. Op basis hiervan een bejegeningplan geformuleerd.
2.2B	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.					De doelen zijn gekoppeld aan de diagnostiek van de relevante disciplines.
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning					
2.3A	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.					In de rapportages van de betrokken disciplines is relevante informatie opgenomen met betrekking tot behoeften/wensen, doelen en acties.
2.3B	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.					Relevante disciplines sluiten aan tijdens MDO. Daarin worden doelen en afspraken geëvalueerd.
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en ondersteuning.					
2.4A	In het cliëntdossier zijn cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: incontinentie- probleem- of onbegrepen gedrag					Een aantal risico's zijn niet volledig ingevuld in de inventarisatie. Dit is van belang, zodat deze niet uit het oog worden verloren.
2.4B	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.					Over het algemeen zijn voor de risico's uit de RI zorgdoelen geformuleerd. Een aantal risico's zijn niet ingevuld in de RI maar hiervoor zijn wel doelen/acties opgenomen in zorgleefplan.
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.					
2.5A	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.					In het zorgleefplan zijn de wensen/behoeften, bijpassende doelen en acties in een schema weergegeven.
2.5B	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.					Rapportages zijn helder
2.5C	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ ondersteuningsdoelen en zorgacties.					- Tijdens het MDO worden behoeften, doelen en zorgacties besproken. Gekeken wordt of afspraken worden nagekomen.
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is conform de veldnorm					
2.6A	De cliënt/1 ^e contactpersoon is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.					Zorgleefplannen zijn ondertekend, iedere pagina een paraaf.
2.6B	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm of vaker.					Zorgleefplannen worden overall iedere 6 maanden geëvalueerd. Een aantal zorgleefplannen zijn 1 week te laat geëvalueerd. Let op dat de evaluatie binnen de termijn van 6 maanden plaatsvindt.
2.6C	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorg-/ondersteuningsplan.					

Thema Deskundigheid en inzet medewerkers		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht					
3.1B	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeftes en wensen van cliënten					Bejegeningssystemen zijn aanwezig en helder verwoord
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt					
3.2B	Medewerkers bespreken in overlegstructuren (zoals teambespreking) en dagelijkse praktijk hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten					Bejegeningssystemen zijn aanwezig, worden aangepast wanneer nodig na evaluatie.
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te bieden aan de doelgroep van cliënten					
3.3C	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.					Auditee geeft aan voldoende vakinhoudelijke ondersteuning te krijgen, en vakinhoudelijke specialisten goed te kunnen bereiken.
3.4	Medewerkers werken met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies					
3.4C	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.					Auditee geeft aan Kick Protocollen en overige documenten te kunnen vinden via intranet, gebruikt met name via zoekfunctie. Documenten lastig te vinden via de kopjes op intranet.
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.					
3.5B	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.					Veiligheidsbeleving is vastgelegd in zorgleefplan. Daarnaast is er aandacht voor veiligheid gangen, medicatie etc.
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.					Leidinggevende borgt scholing en overzicht bevoegd en bekwaam.
3.6A	De zorgaanbieder weet welke kennis/kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt.					Auditee geeft aan voldoende scholing te krijgen. Afgelopen jaar medewerkers scholingen o.a. onbegrepen gedrag, GVP gevolgd.
3.6B	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.					Bevoegd en bekwaamheden zijn inzichtelijk dmv leerplein.
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in.					
3.7B	De zorgaanbieder borgt inzet van voldoende/ deskundige medewerkers op basis van behoeften.					Personele inzet is op basis van de NZA norm.
3.7C	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.					
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar					
3.8B	Medewerkers ervaren dat zij de bij de zorg en ondersteuning aan cliënten betrokken vakinhoudelijke specialisten makkelijk kunnen bereiken en dat die hen adequaat ondersteunen					Vakinhoudelijke specialisten zijn snel beschikbaar en goed bereikbaar wanneer nodig.
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.					Niet beoordeeld

Thema medicatieveiligheid		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.					
4.2A	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt/1 ^e contactpersoon zelf beheren van medicatie.					Afspraken over geheel/zelf beheren van medicatie worden in samenspraak met cliënt/1 ^e contactpersoon gemaakt.
4.2B	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.					Afspraken met betrekking tot medicatie staan vermeld in zorgleefplan / werkplan
4.2C	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.					Tijdens evaluatie zorgleefplan worden gewenste wijzigingen in ZLP aangepast (ook het beheren van medicatie).
4.3	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.					Niet beoordeeld
4.3A	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.					Niet beoordeeld
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.					
4.6A	De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die zijn geschoold in het omgaan met medicatie en die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.					De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen degenen die taken hebben met betrekking tot medicatiedelen hebben toegang. Aantallen opiaten kloppen.
4.6B	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie					Er zijn afspraken met de apotheek over retourmedicatie. De apotheek haalt retourmedicatie 1x per week op.
4.6C	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.					De temperatuur van de koelkast is in orde.
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.					
4.7A	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.					Er is een aandachtsvelder medicatie die periodiek de medicatie controleert. De laatste controle was in september.
4.7B	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.					Er is geen niet op naam gestelde medicatie aangetroffen.
4.7C	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken					Er is geen openingsdatum op de zalf aangetroffen
4.8	Een tweede bekwaam persoon controleert de nietGDS4-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.					
4.8B	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze uitvoert en op welke wijze					In medimo wordt dubbel afgetekend.
4.8C	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.					Niet beoordeeld in praktijk
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.					Niet beoordeeld
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.					Niet beoordeeld
4.10 A	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen					Niet beoordeeld
4.10 B	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.					Niet beoordeeld

Thema BOPZ		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
5.1	De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.					
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.					Interventies zijn uitgebreid vastgelegd in rapportage psycholoog.
5.3A	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.					Gedragsinterventie is terug te vinden in rapportage cliëntdossier.
5.4	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					BOPZ maatregelen zijn opgenomen in zorgleefplan. Het zorgleefplan is iedere 6 maanden geëvalueerd.
5.4B	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger worden afspraken gemaakt over wanneer en hoe de vrijheidsbeperkende maatregel(en) wordt/(worden) toegepast.					Tijdens MDO wordt iedere 6 maanden de inzet van de BOPZ maatregelen geëvalueerd.
5.5	Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					Arts is verantwoordelijk voor besluit om over te gaan tot vrijheidsbeperkende maatregelen.
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					
5.6A	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.					Zorgleefplan wordt iedere 6 maanden ondertekend door de cliënt/1 ^e contactpersoon
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.					
5.9	De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.					
5.9A	De zorgaanbieder registreert de Bopz-maatregelen bedoeld in artikel 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau					
5.9B	De zorgaanbieder gebruikt de informatie met betrekking tot toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering. Dit doet hij ten minste met betrekking tot separatie, afzondering, afzondering in eigen (slaap)kamer, fixatie, gedwongen medicatie, gedwongen voeding/vocht en psychofarmacagebruik.					

Thema Sturen op Kwaliteit en Veiligheid		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.					
1.1b	Maximaal binnen een jaar na het cliënttevredenheidsonderzoek heeft de zorgaanbieder de resultaten op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.					Medewerkers lezen de resultaten van het cliënttevredenheidsonderzoek. Tijdens een familieavond worden deze punten besproken met familie. Vervolgacties worden uitgezet.
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.					
1.3B	De zorgaanbieder gebruikt klachten uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.					Auditee is op de hoogte van de klachtenregeling. Wanneer er sprake is van ontevredenheid, bespreekt de medewerker dit met de familie. Als dit niet leidt tot een oplossing wordt het besproken met teammanager.
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.					
1.5A	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.					Cliënten met indicatie passend bij afdeling worden opgenomen. Wanneer indicatie niet passend is wordt vanuit Binnenhofje gekeken naar welke afdeling wel passend is.
1.5B	De cliënt en/of clip vertegenwoordiger heeft/hebben van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.					Cliënten met indicatie passend bij afdeling worden opgenomen.

Thema Leren en verbeteren		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna) fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.					
1.2A	Medewerkers zeggen (bijna)fouten veilig te kunnen melden					Medewerkers zijn op de hoogte van procedure. Auditee geeft aan dat er voldoende en veilig wordt gemeld.
1.2b	Ten minste 1 persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch					Aandachtsvelder voor de diverse onderwerpen van MIC meldingen.
1.2C	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.					Nav analyse worden verbetermaatregelen genomen.

Overig		> 90%	50-95%	5-50%	0-5%	
7.2	HACCP					
	Zijn alle koelkastproducten gestickerd?					Jam en zuivel niet gestickerd.