

Rapportage Interne audit (IGZ indicatoren)

Kristal	De Doelen	8 januari 2018	09.00 – 13.00uur
<i>Gehanteerde lijst</i>	<i>A lijst</i>		

Score per thema				
1. Cliëntendossier		60%	20%	20%
2. Deskundigheid en inzet medewerkers	14%	72%	14%	
3. Medicatieveiligheid	33,3%	66,7%		
BOPZ	Niet van toepassing			
4. Sturen op Kwaliteit en Veiligheid		66,7%	33,3%	
5. Leren en verbeteren		100%		

Totaalscore	9,4%	73%	13%	
<p>Tijdens de interne audit inhoud (IGZ indicatoren) op Kristal 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 medicatieveiligheid & leren en verbeteren heeft Kristal 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"> - De cliënt/1e contactpersoon is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. • Deskundigheid en inzet van medewerkers <ul style="list-style-type: none"> - Medewerkers werken met relevante, actuele richtlijnen, protocollen/werkinstructies • Sturen op kwaliteit en veiligheid <ul style="list-style-type: none"> - De zorgaanbieder gebruikt cliëntervaringen voor structurele kwaliteitsverbetering. <p>Score voldoet niet De scores met betrekking tot cliëntendossier voldoet op dit moment (nog) niet aan de eisen van IGZ. Het nemen van verbetermaatregelen voor de volgende aspecten is van belang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliëntendossier <ul style="list-style-type: none"> - De cliënt/ 1e contactpersoon is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan. 				

Thema cliëntendossier		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	Toelichting
2.1	De cliënt/ 1° contactpersoon is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.					
2.1A	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen 6 weken na start van zorgverlening een zorgplan vastgesteld.					2 zorgleefplannen zijn niet binnen 6 weken ondertekend. Ivm de feestdagen is ondertekening later gepland. Let op: ondanks de feestdagen is het van belang dat zorgleefplannen tijdig zijn ondertekend.
2.1B	De cliënt/cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.					Levensloop ontbreekt bij 2 van de 4. 2 cliënten zijn pas onlangs hier. Behoeften en wensen zijn beschreven. Bij 1 cliënt levensfase/levensinvulling vermeld.
2.1C	Uit het cliëntdossier blijkt dat cliënt/1° contactpersoon heeft ingestemd met inhoud van het ZLP.					Zorgleefplannen zijn ondertekend door de cliënt/vertegenwoordiger.
2.2	Wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorgdoelen					
2.2A	De zorgdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.					In het zorgleefplan zijn de wensen/behoeften, bijpassende doelen en acties in een schema weergegeven.
2.2B	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.					De doelen zijn gekoppeld aan de diagnostiek van de relevante disciplines.
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en ondersteuning.					
2.4A	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen.					Risico-inventarisatie (RI) zijn overall volledig en juist ingevuld.
2.4B	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de individuele risico-inventarisaties.					Overall zijn doelen afgestemd op de ingevulde risico's, keurig!
2.5	Doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.					
2.5A	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de doelen en acties hebben een logische samenhang.					In het zorgleefplan zijn wensen/behoeften, bijpassende doelen en acties in een schema weergegeven.
2.5B	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.					Medewerkers rapporteren op doelen. Pas recent wordt gerapporteerd op doelen, voorheen was rapportage algemeen. Medewerkers stimuleren elkaar om op doelen in het zorgleefplannen te rapporteren.
2.5C	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ ondersteuningsdoelen en zorgacties.					In de evaluatie zorgleefplan worden zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties aantoonbaar geëvalueerd.
2.6	De cliënt/1° contactpersoon is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan.					
2.6A	De cliënt/1° contactpersoon is aantoonbaar betrokken bij de evaluatie van het zorgleefplan.					Na de evaluatie wordt het zorgleefplan opnieuw ondertekend. De gemaakte afspraken worden tijdens het MDO worden besproken.
2.6B	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie conform veldnorm					Niet alle zorgleefplannen zijn binnen 6 weken geëvalueerd.
2.6C	Afspraken over behoeften, doelen en acties worden aantoonbaar geëvalueerd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een wijziging van het zorgleefplan.					Het zorgleefplan wordt aangepast na evaluatie en opnieuw ondertekend.

Thema deskundigheid en inzet medewerkers		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	Toelichting
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht					
3.1A	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten actief ondersteunen in het uiten van behoeftes en wensen					Tijdens gesprek kan auditee wensen en behoeften cliënt toelichten. Dit is echter niet getoetst in de praktijk.
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van bejegening op cliëntgedrag					
3.2A	Medewerkers zijn zich bewust dat bejegeningwijze invloed heeft op gedrag cliënt.					
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te bieden aan de doelgroep van cliënten					
3.3A	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.					Medewerker kent wensen en behoeften cliënten van eigen team (team A en B), Cliënten van andere team kent de auditee van naam.
3.3B	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.					Auditee geeft aan voldoende toegerust te zijn.
3.4	Medewerkers werken met relevante, actuele richtlijnen, protocollen/werkinstructies					
3.4A	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze te gebruiken.					Auditee geeft aan dat kick-protocollen lastig vindbaar zijn, button kickprotocollen lastig vindbaar. Medewerker zoekt veelal op google naar protocollen.
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige omgeving verblijven.					
3.5A	Medewerkers weten wat nodig is om te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Indien nodig worden maatregelen genomen om beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.					Er is aandacht voor veiligheid. Tilliften worden zoveel mogelijk uit het pad gezet. Aan de kant op de rem.
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.					
3.6C	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij zorg- en ondersteuningsbehoeften van doelgroep en deskundigheidsniveau van medewerkers.					Auditee geeft aan dat er een groot aanbod is van scholingen dmv leerplein.
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor uitvoering van dagelijkse zorg.					
3.7A	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.					Een medewerker kijkt mee met status/0-meting scholing van medewerkers en stuurt hierop.
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.					
3.8A	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.					Arts is 24 uur bereikbaar. Anders triage. Overall zijn vakinhoudelijke specialisten snel beschikbaar en zichtbaar op afdeling. Let op: Psycholoog mag meer zichtbaar zijn. Indien nodig, mailen of via Caress. Niet altijd evengoed bereikbaar.
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op inzet van medewerkers. Zo nodig treft 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/1^e contactpersoon of de medicatie geheel /gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt dit vast in het zorgleefplan					
4.2A	De zorgaanbieder maakt in dialoog met cliënt/1 ^e contactpersoon afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie.					Afspraken over zelf beheren van medicatie worden gemaakt in dialoog met cliënt
4.2B	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.					Afspraken over zelf beheren medicatie worden vastgelegd in zorgleefplan.
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.					Afspraken worden geëvalueerd tijdens evaluatie zorgleefplan.
4.3	Medewerkers beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst.					
4.3A	Medewerkers beschikken voor elke cliënt over actueel medicatieoverzicht en toedienlijst					Actueel medicatieoverzicht is aanwezig in Medimo.
4.6	De zorgaanbieder zorgt voor veilig en verantwoord bewaren/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 hebben hier toegang toe.					Alleen medewerkers zijn geschoold zijn in medicatie en hebben de sleutel van de medicatiekast, kar en code van opiatenkast.
4.6B	De zorgaanbieder heeft afspraken met apotheek over wijze van afvoeren retourmedicatie					Niet beoordeeld
4.6C	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.					Niet beoordeeld
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid.					
4.7A	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.					De aandachtsvelder medicatie is verantwoordelijk voor de periodieke controle van de medicatievoorraad.
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 voor het verwijderen en afvoeren van medicatie.					Er is geen medicatie over de vervaldatum 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.					
4.8B	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze uitvoert/hoe.					Tweede controle wordt uitgevoerd en afgetekend in Medimo. De 2 ^e controle wordt geregistreerd door een paraaf van de medewerker.
4.8C	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.					Niet beoordeeld
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.					Er wordt afgetekend in Medimo. Aftekening is juist en volledig.
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van toegediende medicatie.					Niet beoordeeld
4.10 A	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en verschijnselen zij actie ondernemen					Niet beoordeeld
4.10 B	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.					Niet beoordeeld
4.11	De arts en de apotheker verrichten jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.					Niet van toepassing

Thema BOPZ		95-100	50-95	5-50	0-5	Toelichting
5.1	De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.					Niet van toepassing
5.2	Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.					
5.2A	De uitkomst van de analyse van het gedrag van de cliënt bevindt zich in het cliëntdossier					
5.2C	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt is gebruikt bij het beoordelen van de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en).					
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.					
5.4	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					
5.4A	Bij het MDO over de besluitvorming over de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel zijn alle voor die besluitvorming relevante disciplines betrokken.					
5.5	Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					
5.5A	Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en) en de verantwoordelijke voor dit besluit zijn terug te vinden in het cliëntdossier.					
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.					
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.					
5.8A	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe: volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.					
5.8B	Medewerkers voeren risicovolle handelingen zoals (fysiek) fixeren, afzonderen, en toedienen medicatie bij cliënten die zich hiertegen verzetten, op verantwoorde wijze uit.					

Thema sturen op Kwaliteit en Veiligheid		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	Toelichting
1.1	De zorgaanbieder gebruikt cliëntervaringen voor structurele kwaliteitsverbetering.					Medewerker is niet op de hoogte wat de bevindingen zijn van het cliënttevredenheidsonderzoek.
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.					
1.3A	Er is een klachtencommissie conform de WKCZ. De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving.					Eerst bespreekt medewerker ontevredenheid. Medewerker weet van klachtencommissie waarvoor formulieren beschikbaar.
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.					
1.4A	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.					Er is een cliënt uit cliëntenraad die de cliënten vertegenwoordigd
1.4B	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliëntenmedezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.					Niet beoordeeld.

Thema leren en verbeteren		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	Toelichting
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna) fouten structureel melden. Hij verzamelt en analyseert meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.					
1.2 A	Medewerkers zeggen (bijna)fouten veilig te kunnen melden					Medewerker ervaart open cultuur voor melden incidenten.
1.2b	Meldingen van incidenten worden systematisch geanalyseerd					Elke maand wordt bijgehouden hoeveel meldingen er zijn. Auditee geeft aan dat opvragen overzicht MIC meldingen bij teammanager lang duurt, Medewerker vraagt gegevens op in Caress.
1.2C	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.					Op cliëntniveau worden verbeteringen ingezet maar ook op basis van een overall analyse worden op teamniveau verbetering ingezet