

## Rapportage Interne audit (IGZ indicatoren)

<b>Esdoornlaan</b>	<b>Dongepark</b>	<b>28-11-2017</b>	<b>09.00-12.00uur</b>	
<b>Gehanteerde lijst</b>	<b>B lijst</b>			

<b>Score per thema</b>				
1. Cliëntendossier		57%	43%	
2. Deskundigheid en inzet medewerkers	28%	72%		
3. Medicatieveiligheid	50%	33,3%	16,7%	
4. BOPZ	14,5%	56,5%	29%	
5. Sturen op Kwaliteit en Veiligheid		100%		
6. Leren en verbeteren			100%	

<b>Totaalscore</b>	15,5%	53%	31,5%	
--------------------	-------	-----	-------	--

Tijdens de interne audit inhoud (IGZ indicatoren) op Esdoornlaan is gekeken wat gaat goed en wat kan beter? Medewerkers zijn actief bezig met het verbeteren van zorg en dienstverlening, op diverse gebieden.

### Score voldoet/voldoet grotendeels

Op de gebieden deskundigheid en inzet medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid heeft afdeling Esdoornlaan de score voldoet en/of voldoet grotendeels behaald. Complimenten!

### Score voldoet grotendeels niet

De volgende thema's verdienen extra aandacht:

- **Cliëntendossier**
  - De cliënt/1<sup>e</sup> contactpersoon is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.
  - Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en ondersteuning.
  - De cliënt is betrokken bij periodieke evaluatie van het zlp.
- **Medicatieveiligheid**
  - De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
- **BOPZ**
  - De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).
  - Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.
- **Leren en verbeteren**
  - De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna) fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.

### Score voldoet niet

- De score voldoet niet, is niet behaald. Complimenten hiervoor!

Thema Cliëntdossier		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
<b>1.8</b>	<b>De zorgaanbieder zorgt dat zinvolle/ passende dagbesteding voldoende aanwezig is.</b>					
1.8B	Cliënten hebben een dagbesteding passend bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.					De dagbesteding is beknopt beschreven in de zorgleefplannen. Let op: niet bij elke cliënt is een verslag van de activiteitenbegeleider opgenomen.
<b>2.1</b>	<b>De cliënt/1<sup>e</sup> contactpersoon is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.</b>					
2.1A	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorg-/ ondersteuningsplan vastgesteld.					Medewerker is bekend met afspraak binnen termijn van 6 weken zorgleefplan vastgesteld. Auditee geeft aan dat ondertekend zorgleefplan in papieren dossier is opgenomen, maar er is geen getekende versie zichtbaar in Caress.
2.1C	Uit cliëntdossier blijkt dat cliënt/1 <sup>e</sup> contactpersoon heeft ingestemd met de inhoud van het ZLP.					Elke pagina van het zorgleefplan is ondertekend door cliënt.
<b>2.2</b>	<b>Wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van cliënt zijn basis voor de zorg.</b>					
2.2A	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen cliënt.					Wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen worden uitgebreid benoemd in het zorgleefplan (incl. wensen laatste levensfase). Levensloop is beknopt beschreven. Dit mag uitgebreider.
2.2B	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.					
<b>2.3</b>	<b>In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg.</b>					
2.3A	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.					Verslaglegging en betrokkenheid disciplines in dossier zichtbaar (bij 1 cliënt ontbreekt verslaglegging activiteitenbegeleiding)
2.3B	Disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij opstellen en evalueren van afspraken over zorgdoelen					
<b>2.4</b>	<b>Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en ondersteuning.</b>					
2.4A	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - huidletsel / - incontinentie- probleem- of onbegrepen gedrag / agressie.					- Risico's in RI niet altijd volledig ingevuld. - Bij 1x score ja of meer bij risico is er sprake van verhoogd risico. Let op! Bij meer dan 1x ja, regelmatig verhoogd risico 'nee' aangevinkt.
2.4B	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.					Voor niet alle risico's zijn zorgdoelen geformuleerd. Dit is van belang om risico's niet uit het oog te verliezen.
<b>2.5</b>	<b>Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.</b>					
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 logisch schema weergegeven.
2.5B	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.					
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.
<b>2.6</b>	<b>De cliënt is betrokken bij periodieke evaluatie van het zlp.</b>					
2.6A	De cliënt is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.					Zorgleefplannen worden ondertekend door de cliënt.
2.6B	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie conform veldnorm					<b>Let op: Bij 2 van de 3 cliënten is laatst ondertekende zorgleefplan uit december 2016. De score oranje ipv rood wordt gegeven omdat dit voor 1 zlp wel in orde is. Alleen bij 0-5% score rood.</b>
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.					De gemaakte afspraken worden tijdens het MDO besproken. Het zorgleefplan wordt aangepast wanneer nodig en opnieuw ondertekend.

Thema Deskundigheid en inzet medewerkers		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
3.1	<b>Medewerkers werken cliëntgericht</b>					Niet beoordeeld in praktijk
3.1B	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeftes en wensen van cliënten					Niet beoordeeld in praktijk
3.2	<b>Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt</b>					
3.2B	Medewerkers bespreken in formele overlegstructuren (zoals teambespreking, intervisie) en in de dagelijkse praktijk met elkaar hoe de manier waarop ze cliënten bejegenen, invloed heeft op het gedrag van die cliënten					Levensloop en afspraken rondom bejegening worden beschreven en besproken tijdens evaluatie zorgleefplan.
3.3	<b>Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te bieden aan de doelgroep van cliënten</b>					
3.3C	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.					Medewerkers ervaren voldoende vakinhoudelijk ondersteuning vanuit teammanager en overige collega's.
3.4	<b>Medewerkers werken met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies</b>					
3.4C	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.					Auditee weet Kick Protocollen te vinden. Auditee vindt ook de klachtenregelen op intranet, door middel van gebruik zoekfunctie. Complimenten!
3.5	<b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.</b>					
3.5B	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.					Veiligheid wordt geborgd, medewerkers letten op veiligheid in gangen, keuken etc.
3.6	<b>Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.</b>					Afgelopen jaar is o.a de scholing onbegrepen gedrag gevolgd.
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. Er is voldoende ruimte om wensen aan te geven bij teammanager.
3.6B	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.					In leerplein worden bekwaam- en bevoegdheden geregistreerd.
3.7	<b>De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor uitvoering van dagel. zorg.</b>					
3.7B	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg/ ondersteuningsbehoeften					Inzet medewerkers is conform 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.					Door middel van inzet tijdelijke invalkrachten worden gaten in het rooster opgevuld.
3.8	<b>Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar</b>					
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 voldoende en snel bereikbaar.
3.9	<b>De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.</b>					Niet beoordeeld

Thema medicatieveiligheid		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
4.2	<b>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.</b>					
4.2A	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt/1 <sup>e</sup> contactpersoon zelf beheren van medicatie.					Afspraken over geheel/zelf beheren van medicatie worden in samenspraak met cliënt 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. Daarnaast BEM code in Medimo
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 afspraken geëvalueerd en wordt ZLP aangepast (ook het beheren van medicatie).
4.3	<b>Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</b>					
4.3A	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.					Actueel medicatieoverzicht aanwezig in Medimo
4.6	<b>De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.</b>					
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.					Medicijnkast, medicijnkar en opiatenkast zijn afgesloten.
4.6B	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie					Afspraken met apotheek over retourmedicatie.
4.6C	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.					Temperatuur medicatiekoelkast is in orde.
4.7	<b>De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.</b>					
4.7A	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.					Aandachtvelder medicatie is verantwoordelijk voor periodieke controle. Laatste controle vond plaats 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 medicatie over de vervaldatum aangetroffen. Let op : niet op alle medicatie is openingsdatum vermeld.
4.8	<b>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.</b>					
4.8B	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze uitvoert en op welke wijze					2 <sup>e</sup> controle wordt geregistreerd in Medimo
4.8C	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.					Niet beoordeeld
4.9	<b>De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.</b>					Juist afgetekend in Medimo
4.10	<b>Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.</b>					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.					
5.3A	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.					Gedragsinterventie is vastgelegd in rapportages.
5.4	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					
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.					Inzet vrijheidsbeperkende maatregelen is besproken met familie. Voorheen werd sensor ingezet, op moment audit niet ingezet als vrijheidsbeperkende maatregel.
5.5	Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					Verslaglegging van arts zichtbaar d.m.v. rapportage
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					Familie heeft aangegeven geen inzet van BOPZ maatregelen te willen. In overleg met familie wordt sensor op de gang uitgetoet, dit wordt niet als vrijheidsbeperkende maatregel gezien. Het is echter wel een privacygevoelige maatregel, dus moet in het zorgleefplan worden vastgelegd.
5.6A	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.					Het cliëntdossier wordt getekend door cliënt(vertegenwoordiger) maar daarin staat de inzet van de sensor op de gang niet vermeld.
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.					Sensor in werkplan kort benoemd, niet vermeld in zorgleefplan.
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.					Niet beoordeeld.
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					Indien een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, dan wordt deze maandelijks geëvalueerd (dit punt minder van toepassing).

Thema Sturen op Kwaliteit en Veiligheid		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%
1.1	<b>De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.</b>				
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.				Tijdens georganiseerde familieavonden worden cliëntervaringen besproken en n.a.v. daarvan vervolgacties ingezet
1.3	<b>De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.</b>				
1.3B	De zorgaanbieder gebruikt klachten uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				Wanneer er ontevredenheid/klacht is gaan medewerker en familie met elkaar in gesprek. Wanneer dit niet leidt tot een oplossing gaan TM en familie in gesprek. Wanneer nodig wordt dit gemeld bij CM
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 een indicatie passend bij afdeling worden opgenomen
1.5B	Cliënt/1 <sup>e</sup> contactpersoon heeft informatie ontvangen over in- en exclusiecriteria cliënten.				Niet beoordeeld

Thema Leren en verbeteren		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%
1.2	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna) fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.</b>				
1.2A	Medewerkers zeggen (bijna)fouten veilig te kunnen melden				Medewerkers benaderen arts/familie wanneer nodig na incident. Auditee geeft niet helder aan bij welke incidenten MIC/MIM melding in te dienen.
1.2b	Ten minste 1 persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch				Iedere 3 maanden worden meldingen geanalyseerd door teammanager en worden de resultaten verspreid naar teams.
1.2C	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.				Auditee geeft aan dat deze tijdens teamoverleg worden besproken.