

## Rapportage Interne audit (IGZ indicatoren)

Jasmijnhof	Dongepark	6 december		13.30 – 15.30uur
Gehanteerde lijst		B lijst		

Score per thema				
1. Cliëntendossier	14%	29%	57%	
2. Deskundigheid en inzet medewerkers	60%	40%		
3. Medicatieveiligheid	14%	43%	43%	
4. BOPZ	66,6%	33,3%		
5. Sturen op Kwaliteit en Veiligheid			100%	
6. Leren en verbeteren			100%	
7 HACCP	100 %			

Totaalscore	36%	21%	43%	
-------------	-----	-----	-----	--

Tijdens de interne audit inhoud (IGZ indicatoren) op Jasmijnhof 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, BOPZ en HACCP heeft afdeling Jasmijnhof de score voldoet en/of voldoet grotendeels behaald. Complimenten!

### Score voldoet grotendeels niet

De volgende thema's verdienen extra aandacht:

- **Cliëntendossier**
  - De zorgaanbieder zorgt dat zinvolle/ passende dagbesteding voldoende aanwezig is.
  - Wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen zijn basis voor de zorg
  - Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en ondersteuning.
  - De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is conform de veldnorm
- **Medicatieveiligheid**
  - Zorgaanbieder bepaalt in dialoog met cliënt of medicatie geheel/ gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. Gemaakte afspraken worden vastgelegd in dossier.
  - **De zorgaanbieder registreert (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid (let op!! zie toelichting in rapportage).**
  - De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.
- **Sturen op Kwaliteit en Veiligheid**
  - De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.
- **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.					Dagbesteding is beperkt beschreven in het zorgleefplan, over het algemeen geen AB activiteitenplan aanwezig.
<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.					Binnen 6 weken na start van zorgverlening is een zorgleefplan opgesteld, complimenten!
2.1C	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt/1 <sup>e</sup> contactpersoon heeft ingestemd met de inhoud van het ZLP.					
<b>2.2</b>	<b>Wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen zijn basis voor de zorg</b>					De rol van familie is vastgelegd in het zorgleefplan, complimenten!
2.2A	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen cliënt.					Wensen en behoeften zijn vastgelegd in zorgleefplan. De levensloop is bij een aantal cliënten niet vastgelegd. Het is belangrijk om aantoonbaar vast te leggen wie is de cliënt?
2.2B	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.					Disciplines zijn aangehaakt bij zorgverlening
<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.					Relevante informatie zoals diagnoses disciplines zijn erin opgenomen.
2.3B	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.					Disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken.
<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.					Voor iedere cliënt is een risico-inventarisatie ingevuld, niet altijd volledig. - Wanneer er geen sprake is van een risico vul dan risico nee in plaats van open veld.
2.4B	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.					Over het algemeen komen de risico's terug in het zorgleefplan, complimenten!
<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.					Behoeften, doelen en acties hebben een logische samenhang.
2.5B	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.					De dagelijkse rapportages zijn gekoppeld aan doelen en acties.
2.5C	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ ondersteuningsdoelen en zorgacties.					Tijdens MDO vindt evaluatie plaats.
<b>2.6</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is conform de veldnorm</b>					
2.6A	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.					Cliënt ondertekend zorgleefplan. Er wordt een verslag vastgelegd van de evaluatie zorgleefplan.
2.6B	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm of vaker.					Evaluaties worden niet altijd iedere 6 maanden uitgevoerd. Aandacht hiervoor is van belang.
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.					Zorgleefplannen worden niet altijd opnieuw ondertekend.

Thema Deskundigheid en inzet medewerkers		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
<b>3.1</b>	<b>Medewerkers werken cliëntgericht</b>					<b>Niet beoordeeld in de praktijk</b>
3.1B	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeftes en wensen van cliënten					
<b>3.2</b>	<b>Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt</b>					Niet beoordeeld in de praktijk. Er is een bejegeningplan aanwezig per cliënt. Er is echter niet in de praktijk getoetst op welke wijze met dit plan wordt omgegaan.
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					
<b>3.3</b>	<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.					Auditee geeft aan voldoende scholingen e.d te krijgen, en als dat niet zo zou zijn, zelf de scholing in te plannen.
<b>3.4</b>	<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.					Medewerkers is op de hoogte van documenten op intranet. Kick protocollen zijn goed vindbaar.
<b>3.5</b>	<b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.</b>					Niet beoordeeld
3.5B	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.					Niet beoordeeld
<b>3.6</b>	<b>Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.</b>					
3.6A	De zorgaanbieder weet welke kennis/kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt.					Medewerkers krijgen voldoende scholing.
3.6B	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.					Bevoegd en bekwaamheden zijn inzichtelijk dmv leerplein
<b>3.7</b>	<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					Er is sprake van een hoog ziekteverzuim en veel personeelwisselingen. Dit wordt opgevangen dmv de flexpool.
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.					Medewerkers van de flexpool ontvangen per cliënt een werkplan met daarin alle afspraken rondom de zorg vastgelegd.
<b>3.8</b>	<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 beschikbaar.
<b>3.9</b>	<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>Zorgaanbieder bepaalt in dialoog met cliënt of medicatie geheel/ gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. Gemaakte afspraken worden vastgelegd in dossier.</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 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, BEM code wordt ook vermeld 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.					Afspraken worden geëvalueerd tijdens evaluatie zorgleefplan. 1 van de 3 zorgleefplannen zijn niet iedere 6 maanden geëvalueerd.
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 is aanwezig.
4.6	<b>Zorgaanbieder draagt zorg voor veilig en verantwoord bewaren/ 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. Alleen medewerkers die taken hebben betreffende medicatie hebben toegang.
4.6B	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie					Via retourbak medicatie wordt medicatie opgehaald.
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 juist en wordt gecontroleerd.
4.7	<b>De zorgaanbieder registreert (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid.</b>					
4.7A	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.					Aandachtsvelder medicatie is verantwoordelijk voor periodieke controle, dit is niet vastgelegd op papier. Aandachtspunten worden op sharepoint geplaatst. 1x per week controleren overige medewerkers medicatie.
4.7B	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.					Er was een noodvoorraad aanwezig van 9 ampullen dormicum. Verder alle medicatie op naam. Is niet op papier afgetekend.
4.7C	De zorgaanbieder borgt dat geopende medicinale dranken en druppels niet over vervaldatum zijn. Het verdient de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.					<b>Let op!! De score oranje (ipv rood) is toegekend, omdat er geen medicatie over de vervaldatum is aangetroffen. - Het is van belang om de openingsdatum op de primaire verpakking genoteerd. De openingsdatum is in 95% niet op de primaire verpakking, en niet op het doosje vermeld.</b>
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 wanneer					Tweede controle wordt uitgevoerd en afgetekend 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>					
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.					Overall goed afgetekend, 1 tablet te laat gegeven. Reden is niet te achterhalen in rapportages e.d
4.10	<b>Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.</b>					
4.10A	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en verschijnselen zij actie ondernemen					Medewerkers geven aan bijwerkingen als sufheid e.d te rapporteren
4.10B	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.					Medewerkers rapporteren bijwerkingen medicatie in het zorgleefplan.
4.12	<b>Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem</b>					Niet beoordeeld.

Thema BOPZ		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
5.1	<b>De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.</b>					
5.3	<b>Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.</b>					
5.3A	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.					
5.4	<b>In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>					
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 BOPZ maatregel wordt vermeld in ZLP. Auditee geeft aan dat wordt gezocht naar alternatieven voor besluit inzet BOPZ
5.5	<b>Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>					Besluit arts is te vinden in dossier.
5.6	<b>De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>					
5.6A	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.					Cliënt geeft toestemming voor BOPZ maatregelen. Aandacht voor tijdige evaluatie van het zorgleefplan is hierin van belang.
5.7	<b>Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.</b>					
5.9	<b>De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.</b>					Niet beoordeeld
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					Niet beoordeeld

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.					Auditee is op de hoogte van cliënttevredenheidsonderzoek, is besproken tijdens teamoverleg. Auditee geeft aan niet te weten of iedere medewerker bekend is met cliënttevredenheidsonderzoek.
1.3	<b>De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.</b>					Niet beoordeeld
1.3B	De zorgaanbieder gebruikt klachten uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.					Niet beoordeeld
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.					Niet beoordeeld
1.5A	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.					Niet beoordeeld
1.5B	De cliënt en/of clip vertegenwoordiger heeft/hebben van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor 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					Auditee geeft aan dat procedure melden van incidenten helder is. <i>Aantal meldingen incidenten in dossier niet bekeken.</i>
1.2b	Ten minste 1 persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch					Het is voor de auditee niet duidelijk of alle meldingen systematisch worden geanalyseerd.
1.2C	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.					Niet helder voor de auditee of verbetermaatregelen worden genomen.

Overig		> 90%	50-95%	5-50%	0-5%	
7.2	<b>HACCP</b>					
	Zijn alle koelkastproducten gestickerd?					Alle producten in koelkast gestickerd, complimenten!