

Rapportage Interne audit (IGZ indicatoren)

Kamillehof	Dongepark	18-1-2018	13.00 – 17.00	
Gehanteerde lijst	A lijst			

Score per thema				
1. Cliëntendossier		60%	40%	
2. Deskundigheid en inzet medewerkers		83%	17%	
3. Medicatieveiligheid		71%	29%	
4. BOPZ	16,7%	66,6%	16,7%	
5. Sturen op Kwaliteit en Veiligheid		100%		
6. Leren en verbeteren			100%	

Totaalscore	2,8%	63%	65,8%	0%
--------------------	-------------	------------	--------------	-----------

Tijdens de interne audit inhoud (IGZ indicatoren) op Kamillehof 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 het gebied van sturen op kwaliteit en veiligheid heeft afdeling Kamillehof de score voldoet en/of voldoet grotendeels behaald. Complimenten!

Score voldoet grotendeels niet

De volgende thema's verdienen extra aandacht:

- **Cliëntendossier**
 - De cliënt/ 1e 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
- **Deskundigheid en inzet medewerkers**
 - Medewerkers werken met relevante, actuele richtlijnen, protocollen/werkinstructies
- **Medicatieveiligheid**
 - De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt/1e contactpersoon of de medicatie geheel /gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt dit vast in het zorgleefplan
 - De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid.
- **BOPZ**
 - De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en)
- **Leren en verbeteren**
 - De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna) fouten structureel melden. Hij verzamelt en analyseert meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.

Score voldoet niet

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

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.					1 van de 3 cliënten beschikt niet binnen 6 weken over een ondertekend zorgleefplan
2.1B	De cliënt/cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.					Levensgeschiedenis is bij 1 van de 3 cliënten uitgebreid en helder vastgelegd. Cliënt 2, niet vastgelegd. Cliënt 3, summier.
2.1C	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt/1° contactpersoon heeft ingestemd met de inhoud van het ZLP					Alle zorgleefplannen zijn ondertekend door de cliënt
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.					Zorgdoelen zijn helder afgestemd op de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.
2.2B	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.					Zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek 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's niet altijd volledig ingevuld. Voor aantal risico's zijn bullets niet ingevuld. Let op: Aandacht voor het juist invullen van het risico medicatie is van belang.
2.4B	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de individuele risico-inventarisaties.					Overall zijn voor de risico's, doelen geformuleerd in het zorgleefplan.
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 de wensen/behoeften, bijpassende doelen en acties in een 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.					Ezlp wordt vastgelegd in zorgdossier. De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ ondersteuningsdoelen en zorgacties.
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.					Zorgleefplannen zijn ondertekend door de cliënt.
2.6B	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie conform veldnorm					Zorgleefplannen zijn 1x in de 6 maanden 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.					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 de audit kwamen er een aantal cliënten binnengelopen in de teampost. Bejegening van medewerker was positief.
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van bejegening op cliëntgedrag					Niet beoordeeld in de praktijk.
3.2A	Medewerkers zijn zich bewust dat bejegeningwijze invloed heeft op gedrag cliënt.					Niet beoordeeld in de praktijk.
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.					Tijdens gesprek kwam naar voren dat medewerkers op de hoogte zijn van zorg- ondersteuningsbehoefte van cliënten.
3.3B	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.					Medewerkers geven aan voldoende toegerust te zijn om zorg- ondersteuningsbehoeften te kunnen omgaan.
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.					Medewerker weet kick protocollen snel te vinden. Kwaliteitsbeleid en overige documenten op intranet zijn lastig te vinden.
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige omgeving verblijven.					
3.5A	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Indien nodig worden maatregelen genomen om beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.					Niet uitgebreid beoordeeld, gangen en huiskamer zagen er netjes uit.
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.					Medewerkers geven aan voldoende scholing te krijgen, afgestemd op de doelgroep Korsakov.
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor uitvoering van dagelijkse zorg.					Niet beoordeeld
3.7A	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.					Niet beoordeeld
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.					
3.8A	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.					Overall zijn vakinhoudelijke specialisten snel en goed bereikbaar. Let op: Auditees geven echter aan dat SOG regelmatig niet goed bereikbaar is, en de bejegening naar medewerkers niet altijd prettig.
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.					Medewerkers maken afspraken rondom medicatie met cliënt/familie.
4.2B	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.					Niet voor iedere cliënt staan medicatieafspraken in het dossier.
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 rondom medicatie worden niet altijd aantoonbaar geëvalueerd. Staan niet altijd in het zorgleefplan ermeld.
4.3	Medewerkers beschikken over actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst.					
4.3A	Medewerkers beschikken voor elke cliënt over actueel medicatieoverzicht en toedienlijst					In Medimo zijn actueel medicatieoverzicht en toedieningslijst weergegeven.
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.					Medicijnkast, kar en opiatenkast zijn afgesloten.
4.6B	De zorgaanbieder heeft afspraken met apotheek over wijze van afvoeren retourmedicatie					Er zijn afspraken over wijze van afvoeren retourmedicatie. Medicatie wordt in afgesloten kast bewaard. Als apotheek de medicatie ophaalt, wordt deze in retourbak medicatie gedaan.
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.					Over het algemeen zijn er aandachtsvelders medicatie en vallen, Momenteel is niet duidelijk wie aandachtsvelder medicatie is.
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 op voorraad 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.					Medicatie is niet over de vervaldatum. Echter, is het van belang om te zorgen dat medicatie met zowel primaire als secundaire verpakking in de medicatiekast wordt bewaard. Aandacht is nodig voor het vermelden van een openingsdatum
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.					2 ^e controle wordt geregistreerd in Medimo.
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.					
4.9	Medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.					Toediening wordt geregistreerd in Medimo.
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van toegediende medicatie.					
4.10A	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en verschijnselen zij actie ondernemen					Niet beoordeeld
4.10B	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.					Bijwerkingen medicatie worden in cliëntdossier geregistreerd.
4.11	De arts en de apotheker verrichten jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.					
4.11	De arts en de apotheker verrichten jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.					Niet beoordeeld

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.					Beleed onvrijwillige zorg is aanwezig.
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					Gedragsanalyse wordt veelal vastgelegd door de arts
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).					Gedragsanalyse is gebruikt bij de beoordeling inzet vrijheidsbeperkende maatregelen.
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.					Alternatieven zijn ingezet, voor besluit inzet vrijheidsbeperkende maatregelen.
5.4	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					Niet beoordeeld
5.4A	Bij het MDO over de besluitvorming over de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel zijn alle voor die besluitvorming relevante disciplines betrokken.					Niet beoordeeld
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).					Sensor is bij 1/2cliënten met inzet vrijheidsbeperkende maatregelen niet in zorgleefplan vermeld. Cliënt/familie heeft niet aantoonbaar ingestemd met inzet maatregelen.
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.					Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgenomen in het cliëntdossier. Let op: echter is de vrijheidsbeperkende maatregel niet opgenomen in het zorgleefplan.
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.					Niet beoordeeld
5.8A	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe: volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.					Niet beoordeeld
5.8B	Medewerkers voeren risicovolle handelingen zoals (fysiek) fixeren, afzonderen, en toedienen medicatie bij cliënten die zich hiertegen verzetten, op verantwoorde wijze uit.					Niet beoordeeld

Thema sturen op Kwaliteit en Veiligheid		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	Toelichting
1.1	De zorgaanbieder gebruikt cliëntervaringen voor structurele kwaliteitsverbetering.					Resultaten cqi worden besproken tijdens teamoverleg, is een agendapunt
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.					Klachten worden besproken met familie. Team zoekt naar oorzaak klachten, hoe heeft dit kunnen gebeuren.
1.3A	Er is een klachtencommissie conform de WKCZ. De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving.					Team is bekend met klachtencommissie conform WKCZ en klachtenregeling op website.
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.					Niet beoordeeld
1.4A	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.					Niet beoordeeld
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.					
1.2A	Medewerkers zeggen (bijna)fouten veilig te kunnen melden					Medewerkers geven aan fouten te melden, in zorgdossier zijn MIC meldingen medicatie en vallen zichtbaar. Er zijn geen MIM meldingen zichtbaar, auditee geeft aan dat dit niet klopt.
1.2b	Meldingen van incidenten worden systematisch geanalyseerd					Meldingen worden geanalyseerd door aandachtsvelders, voor medicatie is er echter geen aandachtsvelder beschikbaar.
1.2C	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.					Niet beoordeeld