

Rapportage Interne audit (IGZ indicatoren)

Kastanjelaan	Dongepark	25 januari	14:00uur
Gehanteerde lijst	A lijst		

Score per thema				
1. Cliëntendossier		60%	40%	
2. Deskundigheid en inzet medewerkers		100%		
3. Medicatieveiligheid	16,5%	77%	16,5%	
4. BOPZ	Nvt			
5. Sturen op Kwaliteit en Veiligheid		100%		
6. Leren en verbeteren			100%	
7 HACCP		100%		

Totaalscore	3%	71%	26%	
-------------	----	-----	-----	--

Tijdens de interne audit inhoud (IGZ indicatoren) op Kastanjelaan 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 van medewerkers, sturen op kwaliteit en veiligheid & HACCP heeft Kastanjelaan 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.
- **Medicatieveiligheid**
 - De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid.
- **Leren en verbeteren**
 - Meldingen van incidenten worden systematisch geanalyseerd
 - Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.

Score voldoet niet

De score voldoet niet, is niet behaald.

Thema cliëntendossier		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	Toelichting
2.1	De cliënt/ 1^e 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.					Bij 1 van de 3 cliënten is binnen 6 weken na start van zorgverlening een zorgleefplan vastgesteld.
2.1B	De cliënt/cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.					Levensloop bij 1 cliënt aanwezig. Voor 1 cliënt is aangegeven dat cliënt geen levensloop wenste in te vullen. Bij de 3 ^e cliënt is geen levensloop gevonden.
2.1C	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt/1 ^e contactpersoon heeft ingestemd met de inhoud van het ZLP					Alle zorgleefplannen zijn ondertekend door cliënt. Iedere pagina bevat een handtekening.
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. Deze mogen concreter worden omschreven.
2.2B	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.					De doelen zijn gekoppeld aan de diagnostiek van de relevante disciplines. De diagnostiek mag nog concreter worden vastgelegd in de rapportage.
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.					Risicoinventarisaties zijn overall volledig en juist ingevuld. Een klein aantal bullets/risico's zijn niet ingevuld, vandaar de score lichtgroen.
2.4B	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de individuele risico-inventarisaties.					Niet voor alle risico's is een zorgdoel geformuleerd. Dit echter van belang om te zorgen dat risico's niet uit het oog worden verloren.
2.5	Doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.					
2.5A	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de doelen en acties hebben een logische samenhang.					De behoeften, doelen en acties hebben een logische samenhang. Let op: De zorgdoelen zijn summier beschreven in zorgleefplan, echter uitgebreid beschreven in werkplan. Advies is om kritisch te kijken naar de verdeling werkplan/zorgleefplan. Het is van belang om de juiste doelen in zorgleefplan te beschrijven.
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.					Behoeften, doelen en acties worden geëvalueerd. Bij 2 cliënten is dit vastgelegd.
2.6	De cliënt/1^e contactpersoon is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan.					
2.6A	De cliënt/1 ^e contactpersoon is aantoonbaar betrokken bij de evaluatie van het zorgleefplan.					Na de evaluatie wordt het zorgleefplan opnieuw ondertekend.
2.6B	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie conform veldnorm					
2.6C	Afspraken over behoeften, doelen en acties worden aantoonbaar geëvalueerd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een wijziging van het zorgleefplan.					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%	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					Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten ondersteunen in het uiten van wensen en behoeftes. Visie eigen regie/eigenaarschap hierin wordt zoveel mogelijk nageleefd. Cliënten vragen regelmatig zelf om contact met disciplines.
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.					Bewust dat cliënten met voornam aangesproken willen worden. Afspraken begening vastgelegd in zorgleefplan/zorgleefplan.
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.					Medewerkers kennen zorg en ondersteuningsbehoeften van cliënten.
3.3B	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten 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.					Kick protocollen zijn goed vindbaar via intranet. Medewerker is bekend met protocol incidenten. Weet overige protocollen goed te vinden via documenten, zorg, etc. medewerker zoekt via zoekfunctie.
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.					Houden rekening met privacy van cliënten. 2 cliënten brief op de deur dat ze niet voor 10.30 verzorgd willen worden/schoonmaak op kamer willen. Houden rekening met veiligheid cliënten.
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.					Scholing wordt aangeboden vanuit teammanager, medewerkers die bij VAR zitten, Ontvangen verzoeken voor scholing Scholing bv decubitus. Voldoende aanbod. Veel ruimte voor volgen scholing. 2 collega's bekwaam voor intercollegiale toetsing.
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 bekwaame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.					Leerplein, medewerkers alleen eigen overzicht. Teammanager heeft overzicht van bevoegd en bekwaamheden, monitort daar uitgebreid op en stuur medewerkers aan. - risicovolle handelingen : eigen verantwoording. Wel door manager nagelopen.
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.					
3.8A	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.					Fysio etc. zijn goed en snel beschikbaar, rapportage wordt doorgestuurd via caress/ bellen. Goed op gereageerd. 1x per week ronde op de afdeling.
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 medicatie worden in dialoog 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.					Medicatieafspraken zijn vastgelegd in zorgleefplan, BEM code vermeld in zorgleefplan en 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.					
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.
4.6	De zorgaanbieder zorgt voor het 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.					De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten. Alleen verzorgende IG en Verpleegkundigen hebben sleutels medicatiekasten.
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.					Koelkast medicatie is 4 graden.
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.					Er is een aandachtsvelder medicatie. Controlelijsten/registratielijsten medicatie zijn aanwezig en getekend.
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.					Openingsdatum op klein aantal medicatie op secundaire verpakking vermeld, niet op primaire verpakking.
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.					Er wordt dubbel afgetekend door middel van paragraaf.
4.8C	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.					Medicatie wordt in de secundaire verpakking bewaard tot moment van toediening.
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.					Medicatie wordt afgetekend in Medimo. Eigen beheer van cliënt met betrekking tot medicatie wordt vermeld.
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 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.					
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.					Niet van toepassing. Geen cliënten waarbij vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet.
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.					Resultaten cliënttevredenheid worden door Vpk niveau 5 teruggekoppeld naar team. Resultaten worden teruggekoppeld in teamoverleg of via de mail.
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.					Als er een klacht is op de afdeling, verwijst de auditee de familie naar de zorgcoördinator. Als dit niet leidt tot een oplossing wordt de teammanager ingeschakeld.
1.3A	Er is een klachtencommissie conform de WKCZ. De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving.					Auditee geeft aan dat er een klachtencommissie is.
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.					
1.4A	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.					Cliënt op afdeling neemt deel in cliëntenraad.

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					Auditee geeft aan dat de procedure bekend is en dat medewerkers veel melden. Zoveel dat arts opmerking heeft gemaakt over hoeveelheid melden van medicatie & vallen (MIC). Agressie wordt minder gemeld, MIM wordt weinig ingevuld. De grens wel/niet melden agressie is lastig.
1.2b	Meldingen van incidenten worden systematisch geanalyseerd					Incidenten worden in overzicht naar vpk niveau 5 gemaild. Zij zet het door naar betrokkenen. MIC meldingen worden niet afdelingsbreed geanalyseerd. Na prisma-analyse worden verbeterpunten wel door afdeling opgepakt.
1.2C	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.					Verbetermaatregelen nav MIC incidenten niet aantoonbaar.

Overige criteria		> 90%	50-95%	5-50%	0-5%	Toelichting
7.2	HACCP					
	Temperatuur koelkast, hoe gemeten?					Temperatuur koelkast 4 graden.
	Zijn alle koelkastproducten gestickerd?					Slagroom is niet gestickerd.