

Rapportage Interne audit (IGZ indicatoren)

Lavendelhof	Dongepark	2 november 2017	13.00 – 16.00uur
<i>Gehanteerde lijst</i>	<i>B lijst</i>		

Score per thema				
1. Cliëntendossier	25%	50%	25%	
2. Deskundigheid en inzet medewerkers	37,5%	50%	12,5%	
3. Medicatieveiligheid	50%	25%	25%	
4. Sturen op Kwaliteit en Veiligheid	33,3%	33,3%	33,3%	
5. Leren en verbeteren		100%		
6 HACCP	50%		50%	

Totaalscore	32,7%	43%	24,3%	
<p>Tijdens de interne audit inhoud (IGZ indicatoren) op Lavendelhof 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 het gebieden leren en verbeteren heeft afdeling Lavendelhof de score voldoet en/of voldoet grotendeels behaald. Complimenten!</p> <p>Score voldoet grotendeels niet</p> <p>De volgende thema's verdienen extra aandacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliëntendossier <ul style="list-style-type: none"> - Cliënten hebben een dagbesteding passend bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen. - De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen cliënt. - Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en ondersteuning. • Deskundigheid en inzet medewerkers <ul style="list-style-type: none"> - Medewerkers werken met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies • Medicatieveiligheid <ul style="list-style-type: none"> - De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier. - De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtfunctionaris verantwoordelijk te maken. • Sturen op Kwaliteit en veiligheid <ul style="list-style-type: none"> - De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering. 				

Thema Cliëntdossier		95-	50-95%	5-50%	0-5%
1.8	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding aanwezig is.				
1.8B	Cliënten hebben een dagbesteding passend bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.				Auditee geeft aan dat cliënten vaak geen behoefte hebben aan dagbesteding. Het is mogelijk om aan te sluiten bij activiteiten. Let op: Dit wordt niet aantoonbaar vastgelegd.
2.1	De cliënt/1^e contactpersoon is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.				Zorgleefplan is opgezet volgens de Ik-vorm, complimenten!
2.1A	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorg-/ ondersteuningsplan vastgesteld.				Cliënt 5-10-2017 aangemeld, ondertekend zorgleefplan op 11-10-2017
2.1C	Uit cliëntdossier blijkt dat de cliënt/1 ^e contactpersoon heeft ingestemd met inhoud van ZLP.				Zorgleefplannen zijn ondertekend.
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen				Werken met behandelplan volgens SAMPC ipv zorgleefplan.
2.2A	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen cliënt.				- De levensloop/persoonsbeschrijving wordt niet vastgelegd. Een beknopte beschrijving is van belang, zodat medewerkers weten (vanuit de visie van eigenaarschap) wie de cliënt is. - Er is een leeg werkplan, met datum 2015 aangetroffen. Afspraken worden summier of niet ingevuld.
2.2B	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.				De doelen van de relevante disciplines sluiten aan bij de doelen in het ZLP. Deze mogen concreter.
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat disciplines betrokken zijn bij zorg/ ondersteuning				
2.3A	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.				In de rapportages van de betrokken disciplines is relevante informatie opgenomen met betrekking tot behoeften/wensen, doelen en acties.
2.3B	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.				Relevante disciplines sluiten aan tijdens MDO wanneer cliënt is opgenomen na 6 maanden. Daarin worden de doelen en afspraken geëvalueerd.
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. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - huidletsel / - incontinentie- probleem- of onbegrepen gedrag / agressie.				Risico's zijn ingevuld dmv de risico-inventarisatie. - Risico's niet altijd juist ingevuld. Bij 1x ja of meer is er sprake van verhoogd risico. Bij meer dan 1x ja regelmatig verhoogd risico op nee gezet.
2.4B	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.				- Risico's niet terug te vinden in ZLP en (de meeste) ook niet in behandelplan. Auditee geeft aan dat doelen niet op risico's worden afgestemd.
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.				
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 schema weergegeven.
2.5B	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.				
2.6	De cliënt en/of 1^e contactpersoon is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is conform de veldnorm				De evaluatie van het zorgleefplan is terug te vinden in caress.
2.6A	De cliënt/1 ^e contactpersoon is betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgleefplan.				De cliënt is aanwezig tijdens de evaluatie van het zorgleefplan.
2.6B	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd volgens de veldnorm of vaker.				

2.6C	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd.					
------	---	--	--	--	--	--

Thema Deskundigheid en inzet medewerkers		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht				
3.1B	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeftes en wensen van cliënten				Tijdens gesprek over zorgleefplannen, zijn behoeftes en wensen besproken. Auditee is hiervan op de hoogte en geeft aan hoe zij hierop acteren.
3.2	Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt				
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				Er is een bejegeningplan aanwezig voor cliënten waarin afspraken zijn vastgelegd.
3.3	Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te bieden aan de doelgroep van cliënten				
3.3C	Medewerkers ervaren vakinhoudelijke ondersteuning van zowel hun direct leidinggevende als van vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen met aandachtsgebieden.				Medewerkers geven aan voldoende scholing etc. te krijgen. De direct leidinggevende is goed bereikbaar. De personele samenstelling volgens de NZA norm is voldoende, niet altijd optimaal.
3.4	Medewerkers werken met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies				
3.4C	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.				Auditee weet Kick Protocollen te vinden. Het is niet duidelijk voor de auditee waar documenten zoals het kwaliteitsbeleid op intranet te vinden.
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.				Niet beoordeeld
3.5B	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.				Niet beoordeeld
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.				
3.6A	De zorgaanbieder weet welke kennis/kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt.				Auditee heeft afgelopen jaar passende scholing gevolgd. Wordt geregistreerd in leerplein.
3.6B	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.				Door middel van leerplein is inzichtelijk over welke kennis en kunde medewerkers beschikken.
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor uitvoering van dagelijkse zorg.				
3.7B	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg/ ondersteuningsbehoeften				Volckaert zet personeel in volgens 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.				
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar				
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				
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.				

Thema medicatieveiligheid		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met cliënt of medicatie geheel/ gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. Afspraken worden vastgelegd in cliëntdossier.				
4.2A	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt/1 ^e contactpersoon zelf beheren van medicatie.				
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 medicatiebeheer in 50% zorgleefplannen opgenomen
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 in zorgleefplangesprek. Wanneer Bem code verandert wordt dit aangepast in Medimo/Zorgleefplan.
4.3	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.				
4.3A	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.				Actueel medicatieoverzicht en toedienlijst worden vastgelegd in medimo.
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en 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 die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.				Medicatiekast, medicijnkar en opiatenkast zijn afgesloten. Alleen medewerkers die taken hebben met betrekking tot medicatie hebben hier toegang toe.
4.6B	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie				
4.6C	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.				Koelkast wordt gecontroleerd door middel van alcohol.
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.				
4.7A	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.				Aandachtsvelder is verantwoordelijk voor controle periodieke medicatie.
4.7B	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.				
4.7C	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtfunctionaris verantwoordelijk te maken.				Geen openingsdatum vermeld op zalf.
4.8	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.				
4.8B	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze uitvoert en op welke wijze				2 ^e controle wordt geregistreerd in Medimo, door middel van paraaf.
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	Medimo, medewerker onbekend met hoe terugkijken naar geschiedenis medicatie gegeven.				
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.				
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.				Medewerkers rapporteren wanneer er bijwerkingen zijn.
4.12	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem				

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.					Niet van toepassing
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.					
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.					
5.5	Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					
5.6A	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.					
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.					
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					
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					

Thema Sturen op Kwaliteit en Veiligheid		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.					
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 bekend met cliënttevredenheidsonderzoek. De resultaten zijn niet aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten 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.
1.3B	De zorgaanbieder gebruikt klachten uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.					
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.					In en exclusiecriteria zijn aanwezig.
1.5B	De cliënt en/of 1 ^e contactpersoon 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	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna) fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.					
1.2A	Medewerkers zeggen (bijna)fouten veilig te kunnen melden					Auditee geeft aan dat meldingsprocedure duidelijk is en dat het eenvoudig is om incidenten te melden.
1.2b	Ten minste 1 persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch					Aandachtsvelder analyseert de meldingen en koppelt deze terug naar team.
1.2C	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.					Op basis van deze meldingen, worden verbetermaatregelen genomen.

Overig		> 90%	50-95%	5-50%	0-5%	
7.2	HACCP					
	Temperatuur koelkast, hoe gemeten?					Gemeten door middel van flesje alcohol
	Zijn alle koelkastproducten gestickerd?					Geen openingsdatum op zuivelproducten