

Rapportage Interne audit (IGZ indicatoren)

Lindelaan	Dongepark	14 november	13.00 – 17.00uur
Gehanteerde lijst	B lijst		

Score per thema				
1. Cliëntendossier	14%	43%	43%	
2. Deskundigheid en inzet medewerkers	29%	57%	14%	
3. Medicatieveiligheid		40%	40%	20%
5. Sturen op Kwaliteit en Veiligheid		50%	50%	
6. Leren en verbeteren			100%	
7 HACCP	100%			

Totaalscore	24%	32%	41%	3%
-------------	-----	-----	-----	----

Tijdens de interne audit inhoud (IGZ indicatoren) op Lindelaan 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 Deskundigheid en inzet medewerkers heeft afdeling Lindelaan overall de score voldoet en/of voldoet grotendeels behaald.

Score voldoet grotendeels niet

De volgende thema's verdienen extra aandacht:

- **Cliëntendossier**
 - Wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van cliënt zijn basis voor de doelen.
 - Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en ondersteuning.
 - De cliënt/1^e contactpersoon is betrokken bij periodieke evaluatie en bijstelling van ZLP.
- **Deskundigheid en inzet medewerkers**
 - Medewerkers werken met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.
- **Medicatieveiligheid**
 - 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.
 - De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.
- **Thema Sturen op Kwaliteit en Veiligheid**
 - De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.
- **Thema 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

- **Medicatie**
 - De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.

Thema Cliëntdossier		95-100%	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.					In zorgleefplan activiteiten beknopt omschreven. Dit kan uitgebreider Werkplan activiteitenbegeleiding is aanwezig.
2.1	De cliënt/1^e contactpersoon is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.					
2.1A	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorg-/ ondersteuningsplan vastgesteld.					Cliënt is sinds kort opgenomen, voorlopig zorgleefplan is aanwezig.
2.1C	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt/1 ^e contactpersoon heeft ingestemd met de inhoud van het ZLP.					Zorgleefplannen worden ondertekend door cliënt en 1 ^e contactpersoon.
2.2	Wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van cliënt zijn basis voor de doelen.					
2.2A	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen cliënt.					In het zorgleefplan zijn de wensen/behoeften, bijpassende doelen en acties in een schema weergegeven. Aandacht voor beschrijving levensloop is van belang.
2.2B	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.					Doelen zijn gekoppeld aan de diagnostiek relevante disciplines.
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg					
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. Daarin worden 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 zijn: huidletsel / - incontinentie- onbegrepen gedrag / agressie.					- Risico-inventarisatie (RI) niet altijd volledig ingevuld (aantal risico's niet ingevuld). - Risico-inventarisatie <u>niet</u> iedere 6 maanden geëvalueerd.
2.4B	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.					- Niet voor alle risico's is een zorgdoel geformuleerd. Dit is echter van belang om te zorgen dat risico's niet uit het oog worden verloren. - In het zorgleefplan zijn een aantal risico's vermeld, die niet in RI zijn aangegeven als risico.
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.					
2.5C	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.
2.6	De cliënt/1^e contactpersoon is betrokken bij periodieke evaluatie en bijstelling van ZLP.					
2.6A	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij evaluatie ZLP.					Na de evaluatie wordt het zorgleefplan opnieuw ondertekend.
2.6B	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie					Bij 1 van de 3 cliënten: Laatst ondertekend zlp dateert 8-8-2016, in concept 26-2-2017. Overige 2 zorgleefplannen wel ondertekend in 2017
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 behandelarenoverleg en de evaluatie zorgleefplan besproken. Het zorgleefplan wordt aangepast wanneer nodig en opnieuw ondertekend.

Thema Deskundigheid en inzet medewerkers		%00-100	%50-100	%0-50	%5-0	
3.1	Medewerkers werken cliëntgericht					Niet beoordeeld
3.1B	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeftes en wensen van cliënten					Niet beoordeeld
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.					Wensen en behoeften + afspraken hoe om te gaan met cliënt zijn vastgelegd in zorgleefplan/werkplan.
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 ondersteuning te krijgen, en vakinhoudelijke specialisten goed te kunnen bereiken.
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 kan Kick Protocollen vinden via intranet, overige documenten zoals kwaliteitsbeleid lastig 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.					Medewerkers geven aan voldoende scholing etc. te krijgen.
3.6B	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.					In leerplein is het overzicht bevoegd en bekwaamheden per medewerker inzichtelijk.
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor uitvoering van dagel. zorg.					
3.7B	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg/ ondersteuningsbehoeften					Inzet personeel is 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.					Wanneer er niet voldoende vast personeel beschikbaar is worden de flexpool en tijdelijke invalkrachten ingezet.
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					Vakinhoudelijke specialisten zijn snel beschikbaar en goed bereikbaar wanneer nodig.
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 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.					
4.2A	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt/1 ^o contactpersoon zelf beheren van medicatie.					Afspraken over geheel/zelf beheren van medicatie worden in samenspraak met cliënt/1 ^o 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.					Afspraken met betrekking tot medicatie staan vermeld in zorgleefplan / werkplan, dmv medicatieafspraken/BEM code
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 gewenste wijzigingen in ZLP aangepast (ook het beheren van medicatie). Het ZLP is echter bij 1 van de 3 cliënten voor het laatst ondertekend in augustus 2016
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.					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.					De medicatiekast, de medicijnkar en de opiatenkast zijn afgesloten.
4.6B	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie					Medewerkers maken gebruik van retourbak medicatie.
4.6C	Medewerkers controleren de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard. Deze temperatuur is minimaal 2 °C en maximaal 8 °C.					Temperatuur koelkast is tussen 2 en 8 graden.
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 medicatie zorgt voor maandelijkse controle.
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 medicatie verantwoordelijk te maken					Er is een zalf aangetroffen waarbij de openingsdatum niet op de tube zalf is vermeld, wel op het doosje.
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					In Medimo wordt dubbel afgetekend.
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						Tablet ocyodon niet afgetekend op medicatielijst. geen rapportage/MIC melding te vinden in zorgdossier.
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.					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
4.12	Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van elektronisch voorschrijfsysteem					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.					Niet beoordeeld
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.					Medewerkers zijn bekend met cliënttevredenheidsonderzoek. Cliëntervaringen niet aantoonbaar gebruikt voor kwaliteitsverbetering.
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.					
1.3B	De zorgaanbieder gebruikt klachten uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.					Medewerkers gaan in gesprek met familie om ontevredenheid zoveel mogelijk op te lossen. Wanneer dit niet lukt wordt ontevredenheid/ klacht besproken met teammanager.

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 is bekend met MIC. Het is niet duidelijk of medewerkers de MIC meldingen altijd invullen wanneer nodig.
1.2b	Ten minste 1 persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch					Aandachtvelder MIC
1.2C	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.					Voor medewerker is niet duidelijk of verbetermaatregelen worden genomen nav incidentmeldingen

HACCP		> 90%	50-95%	5-50%	0-5%	
7.2	HACCP					
	Temperatuur koelkast, hoe gemeten?					Juiste temperatuur koelkast.
	Zijn alle koelkastproducten gestickerd?					Koelkastproducten gestickerd