

Rapportage Interne audit (IGZ indicatoren)

Zonnebloemhof	Dongepark	19 oktober 2017	13.00uur
<i>Gehanteerde lijst</i>	<i>A lijst</i>		

Score per thema				
1. Cliëntendossier		60%	40%	
2. Deskundigheid medewerkers	44%	44%	12%	
3. Medicatieveiligheid	37,5%	62,5%		
4. BOPZ	14%	57%		29%
5. Sturen op kwaliteit en veiligheid	66,7%	33,3%		
6. Leren en verbeteren		100%		
7. HACCP	66,7%		33%	

	33%	51%	12%	4%
<p>Tijdens de interne audit op inhoud (IGZ indicatoren) is gekeken wat gaat goed en wat kan beter? Tijdens de audit is inzichtelijk geworden dat medewerkers actief bezig zijn het verbeteren van zorg en dienstverlening, op diverse gebieden.</p> <p>Score voldoet/voldoet grotendeels Op de gebieden Leren en verbeteren, sturen op kwaliteit en veiligheid en medicatieveiligheid heeft Zonnebloemhof de score voldoet en/of voldoet grotendeels behaald. Complimenten!</p> <p>Score voldoet grotendeels niet Thema cliëntendossier verdient extra aandacht, met name de volgende norm:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en ondersteuning. <p>Score voldoet niet De score met betrekking tot het Thema BOPZ is op dit moment (nog) niet voldoende. Om te voldoen aan de IGZ-eisen is het nemen van verbetermaatregelen voor de volgende normen van belang:</p> <ul style="list-style-type: none"> Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt. Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en). 				

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.					Niet beoordeeld, zorgleefplannen bekeken van cliënten die al sinds 2015 of eerder zijn opgenomen.
2.1B	De cliënt/cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.					Tijdens MDO worden in samenwerking met familie levensloop, wensen, behoeften etc beknopt beschreven. Levensloop kan uitgebreider worden omschreven.
2.1C	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt/1 ^e contactpersoon heeft ingestemd met de inhoud van het ZLP					Alle zorgleefplannen en evaluaties zorgleefplan zijn ondertekend door de cliënt/vertegenwoordiger.
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 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.					Risico-inventarisatie (RI) is ingevuld. Echter niet altijd op de juiste wijze: - Bij min 1x score ja bij risico is er sprake van verhoogd risico. Bij min 1x ja, regelmatig verhoogd risico 'nee' aangevinkt.
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. - In het zorgleefplan zijn een aantal risico's vermeld, die in RI zijn aangegeven als geen risico.
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 dmv een schema aan elkaar gekoppeld.
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 de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan.					
2.6A	De cliënt/1 ^e contactpersoon is aantoonbaar betrokken bij de evaluatie van het zorgleefplan.					De client is aanwezig bij evaluatie zorgleefplan. Na de evaluatie wordt het zorgleefplan overall opnieuw ondertekend.
2.6B	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie conform veldnorm					Planner heeft evaluaties later gepland dan 6 maanden. Hij/zij is ermee bezig om dit te corrigeren.
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					
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.					Bejegeningplan aanwezig voor cliënten. Dit is niet geobserveerd 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 over zorgleefplannen, zijn behoeften en wensen besproken. Auditee is hiervan op de hoogte.
3.3B	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.					Medewerkers geven aan voldoende scholing etc. te krijgen. De personele samenstelling is voldoende, niet altijd optimaal.
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.					Auditee kan Kick Protocollen vinden via intranet, overige documenten zoals geneesmiddelen handleiding & hygiëneprotocol 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.					Medewerkers letten op veiligheid in gangen, keukenkastjes etc.
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 dat de scholing passend is.
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 bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.					Door middel van leerplein is inzichtelijk welke medewerkers bevoegd en bekwaam zijn voor welke handelingen.
3.8	Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.					
3.8A	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.					Vakinhoudelijke specialisten zijn snel beschikbaar en goed bereikbaar wanneer nodig.
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op inzet van medewerkers. Zo nodig treft zorgaanbieder passende maatregelen.					

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					Bij Zonnebloemhof zijn er geen cliënten die medicatie in eigen beheer hebben. Dit is vastgelegd 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.					nvt
4.2B	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.					nvt
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.					nvt
4.3	Medewerkers beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst					
4.3A	Medewerkers beschikken voor elke cliënt over actueel medicatieoverzicht en toedienlijst					Is vastgelegd in Medimo en in map papieren zorgdossier.
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.					
4.6B	De zorgaanbieder heeft afspraken met apotheek over wijze van afvoeren retourmedicatie					Afspraken over 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 wordt gecontroleerd door middel van alcohol/temperatuurmeter.
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.					De aandachtsvelder zorgt voor periodieke controle. Daarnaast vindt er periodiek een controle plaats door een teammanager. De teammanager legt de bevindingen vast in een rapportage.
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 voor het verwijderen en afvoeren van medicatie.					
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 hoe					In Medimo wordt een dubbele controle geregistreerd.
4.8C	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.					
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.					
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van toegediende medicatie.					
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.					Bijwerkingen/symptomen worden geregistreerd in de rapportages. Deze kunnen concreter worden omschreven.
4.11	De arts en de apotheker verrichten jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.					

Thema BOPZ		90%	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.					
5.2A	De uitkomst van de analyse van het gedrag van de cliënt bevindt zich in het cliëntdossier					Gedraganalyse is niet vastgelegd in zorgdossier. - Sensorlijst (waaraan dit aan bod komt) is niet aanwezig bij deze cliënt
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).					Uitkomst gedraganalyse is niet vastgelegd in zorgdossier. - Sensorlijst (waaraan dit aan bod komt) is niet aanwezig bij deze cliënt
5.3	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.					Alternatieven zijn ingezet, boden onvoldoende resultaat
5.4	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					In zorgleefplan is opgenomen: noch bereid/noch bezwaar. De cliënt/1 ^e contactpersoon heeft hiermee ingestemd door ondertekening zorgleefplan.
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.					Sensorlijst/verantwoordelijke besluit BOPZ maatregel is niet ingevuld bij deze cliënt.
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					In vragenlijst BOPZ is niet aangevinkt of cliënt schriftelijk is geïnformeerd. Cliënt heeft ingestemd met zorgleefplan. Hierin staat sensor vermeld.
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.					
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.					Medewerkers zijn op de hoogte van protocol sensoren. <i>Niet in praktijk getoetst.</i>
5.8B	Medewerkers voeren risicovolle handelingen zoals (fysiek) fixeren, afzonderen, en toedienen medicatie bij cliënten die zich hiertegen verzetten, op verantwoorde wijze uit.					Medewerkers voeren handelingen uit, in afstemming met arts. <i>Niet in praktijk getoetst.</i>

Thema sturen op Kwaliteit en Veiligheid		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	Toelichting
1.1	De zorgaanbieder gebruikt cliëntervaringen voor structurele kwaliteitsverbetering.					Cliëntervaringen worden in teamoverleg besproken. Er worden verbeteracties uitgezet
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.					
1.3A	Er is een klachtencommissie conform de WKCZ. De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving.					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
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.					CCR Dongepark
1.4A	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.					CCR Dongepark
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.					CCR Dongepark

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					Verpleegkundige kan de soorten meldingen goed benoemen. Auditee geeft aan dat invullen MIC lastig is voor aantal collega's.
1.2b	Meldingen van incidenten worden systematisch geanalyseerd door persoon of commissie					Meldingen worden geanalyseerd door aandachtsvelder en verwerkt tot een analyse. 1 x per maand vindt overleg plaats.
1.2C	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.					Acties nav verbetermaatregelen worden genoteerd, zijn inzichtelijk op SharePoint.

Overige criteria		> 90%	50-95%	5-50%	0-5%	
7.1	Veiligheid					
	Zijn keukenkastjes afgesloten? (bv zeepblokjes? aanwezig)					Niet beoordeeld, vanwege lunch medewerkers
7.2	HACCP					
	Temperatuur koelkast gemeten.					Temperatuur gemeten door middel van alcohol.
	Zijn alle diepvriesproducten gestickerd?					Diepvriesproducten die zijn geopend, zijn gestickerd.
	Zijn alle koelkastproducten gestickerd?					Niet alle zuivelproducten in koelkast zijn gestickerd.
	Opvallende punten: - Onaangename geur op de gang					