

## Rapportage Interne audit (IGZ indicatoren)

Hogepad	Oosterheem	30 oktober 2017	09.00 – 13.00uur
<i>Gehanteerde lijst</i>	<i>A lijst</i>		

Score per thema				
1. Cliëntendossier	16,7%	50%	33,3%	
2. Deskundigheid en inzet medewerkers	50%	37,5%	12,5%	
3. Medicatieveiligheid	58%	28%	14%	
4. Sturen op Kwaliteit en Veiligheid	33,3%	33,3%	33,3%	
5. Leren en verbeteren			100%	

Totaalscore	32%	30%	38%	
-------------	-----	-----	-----	--

Tijdens de interne audit inhoud (IGZ indicatoren) op Hogepad 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 gebieden van deskundigheid van medewerkers en medicatieveiligheid heeft afdeling Hogepad overall de score voldoet en/of voldoet grotendeels behaald. Complimenten!

### Score voldoet grotendeels niet

De volgende thema's verdienen extra aandacht:

- Cliëntdossier
  - Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en ondersteuning.
  - Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie conform veldnorm
- Deskundigheid en inzet medewerkers
  - Medewerkers werken met relevante, actuele richtlijnen, protocollen/werkinstructies
- Leren en verbeteren
  - Medewerkers zeggen (bijna)fouten veilig te kunnen melden
- Sturen op Kwaliteit en veiligheid
  - De zorgaanbieder gebruikt cliëntervaringen voor structurele kwaliteitsverbetering.

Thema cliëntendossier		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	Toelichting
1.8	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding voldoende aanwezig is.</b>					
1.8B	Cliënten hebben een dagbesteding passend bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.					Dagbesteding is overall vastgelegd in activiteitenplan.
2.1	<b>De cliënt/ 1<sup>e</sup> contactpersoon is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.</b>					
2.1A	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen 6 weken na start van zorgverlening een zorgplan vastgesteld.					
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 wensen, behoeften etc beknopt beschreven. Levensloop niet of summier beschreven.
2.1C	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt/1 <sup>e</sup> contactpersoon heeft ingestemd met de inhoud van het ZLP					Op elke pagina een handtekening van de cliënt en datum ondertekening.
2.2	<b>Wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorgdoelen</b>					
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	<b>Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en ondersteuning.</b>					
2.4A	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen.					Risico-inventarisatie (RI) wordt overall ingevuld. Echter niet altijd juist: - Bij 1x score ja of meer bij risico is er sprake van verhoogd risico. Bij meer dan 1x ja, regelmatig verhoogd risico 'nee' aangevinkt. - Niet altijd volledig voor alle risico's ingevuld.
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	<b>Doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.</b>					
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.					Rapportages zijn gekoppeld aan doelen en acties. Kan nog meer doelgericht worden gerapporteerd.
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	<b>De cliënt/1<sup>e</sup> contactpersoon is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan.</b>					
2.6A	De cliënt/1 <sup>e</sup> contactpersoon is aantoonbaar betrokken bij de evaluatie van het zorgleefplan.					Na evaluatie zorgleefplan wordt deze opnieuw ondertekend.
2.6B	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie conform veldnorm					Bij 1 bewoner laatste ondertekende zorgleefplan uit bv 2016. Zorgleefplannen worden niet iedere 6 maanden geëvalueerd, regelmatig 1x in de 8 maanden.
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
<b>3.1</b>	<b>Medewerkers werken cliëntgericht</b>					
3.1A	Medewerkers kunnen aangeven op welke wijze ze cliënten actief ondersteunen in het uiten van behoeftes en wensen.					Medewerkers kennen de cliënt en hun behoeftes en wensen.
<b>3.2</b>	<b>Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van bejegening op cliëntgedrag</b>					
3.2A	Medewerkers zijn zich bewust dat bejegeningwijze invloed heeft op gedrag cliënt.					Wensen en behoeftes + afspraken hoe om te gaan met cliënt zijn vastgelegd in zorgleefplan.
<b>3.3</b>	<b>Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te bieden aan de doelgroep van cliënten</b>					
3.3A	Medewerkers kennen de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.					
3.3B	Medewerkers vinden dat ze voldoende zijn toegerust om met zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten te kunnen omgaan.					Medewerkers hebben afgelopen jaar scholing gevolgd. Geven aan teammanager goed te kunnen bereiken wanneer ondersteuning nodig is. Scholing wordt bijgehouden in leerplein.
<b>3.4</b>	<b>Medewerkers werken met relevante, actuele richtlijnen, protocollen/werkinstructies</b>					
3.4A	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze te gebruiken.					Medewerkers zijn op de hoogte van de Kick protocollen. Auditee geeft aan handleiding geneesmiddelen te zoeken via apotheek.nl of via google naar apotheker site. Het zoeken naar documenten op intranet is lastig.
<b>3.5</b>	<b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige omgeving verblijven.</b>					
3.5A	Medewerkers weten wat nodig is om 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 etc. In de zorgleefplannen is aandacht voor veiligheid.
<b>3.6</b>	<b>Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.</b>					
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 voldoende passend is.
<b>3.7</b>	<b>De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor uitvoering van dagelijkse zorg.</b>					
3.7A	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.					De personele inzet is volgens de NZA norm. In leerplein is inzichtelijk wie bevoegd en bekwaam is voor welke handeling.
<b>3.8</b>	<b>Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar.</b>					
3.8A	Vakinhoudelijke specialisten zijn beschikbaar wanneer nodig.					Vakinhoudelijke specialisten zijn snel beschikbaar en goed bereikbaar wanneer nodig.
<b>3.9</b>	<b>De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op inzet van medewerkers. Zo nodig treft zorgaanbieder passende maatregelen.</b>					Niet beoordeeld op de afdeling.

Thema medicatieveiligheid		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
4.2	<b>De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt/1<sup>e</sup> contactpersoon of de medicatie geheel /gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt dit vast in het zorgleefplan</b>					
4.2A	De zorgaanbieder maakt in dialoog met cliënt/1 <sup>e</sup> contactpersoon afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie.					Afspraken over geheel/zelf beheren van medicatie worden in samenspraak met cliënt 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.
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 wordt iedere 6 maanden opnieuw ondertekend.
4.3	<b>Medewerkers beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst.</b>					
4.3A	Medewerkers beschikken voor elke cliënt over actueel medicatieoverzicht en toedienlijst					Actueel medicatieoverzicht/ toedieningslijst opgenomen in Medimo.
4.6	<b>De zorgaanbieder zorgt voor veilig en verantwoord bewaren/afvoeren van medicatie.</b>					
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.					Alleen medewerkers die taken hebben met betrekking tot delen medicatie beschikken over sleutel/code.
4.6B	De zorgaanbieder heeft afspraken met apotheek over wijze van afvoeren retourmedicatie					Zijn afspraken gemaakt met apotheek.
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	<b>De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid.</b>					
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.
4.7B	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.					Er is geen medicatie, niet op naam 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.					Niet op alle medicatie is een openingsdatum vermeld.
4.8	<b>Een tweede bekwaam persoon controleert de nietGDS4-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft.</b>					
4.8B	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze uitvoert/hoe.					In Medimo wordt een dubbele controle geregistreerd.
4.8C	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.					Niet beoordeeld
4.9	<b>De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.</b>					
4.10	<b>Medewerkers signaleren werking en bijwerking van toegediende medicatie.</b>					
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.					Wanneer er bijwerkingen zijn, worden deze in zorgdossier gerapporteerd.
4.11	<b>De arts en de apotheker verrichten jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.</b>					Niet beoordeeld.

Thema BOPZ		95-100	50-95	5-50	0-5	Toelichting
5.1	<b>De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.</b>					Niet van toepassing
5.2	<b>Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.</b>					
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	<b>Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.</b>					
5.4	<b>In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>					
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	<b>Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>					
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	<b>De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>					
5.7	<b>Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.</b>					
5.8	<b>Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.</b>					
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.					Auditee is op de hoogte van cliënttevredenheidsonderzoek. De resultaten zijn niet aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.
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.					Dmv CCR Oosterhout
1.4A	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.					Dmv CCR Oosterhout
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.					Dmv CCR Oosterhout

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 meldingsprocedure onduidelijk is, niet altijd duidelijk in welke situaties je moet melden.
1.2b	Meldingen van incidenten worden systematisch geanalyseerd					Eén medewerker vat MIC meldingen besproken. Deze worden in teamoverleggen besproken.
1.2C	Op basis van de meldinganalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.					Op basis van analyse worden verbetermaatregelen ingezet. Dit wordt echter niet vastgelegd.