

## Rapportage Interne audit (IGZ indicatoren)

<b>Lagepad</b>	<b>Oosterheem</b>	<b>13-11-2017</b>	<b>09.00 – 13.00uur</b>	
<b>Gehanteerde lijst</b>	<b>B lijst</b>			

<b>Score per thema</b>				
1. Cliëntendossier		58%	28%	14%
2. Deskundigheid en inzet medewerkers	25%	62,5%	12,5%	
3. Medicatieveiligheid		57%	43%	
4. BOPZ	16,7%	50%	33,3%	
5. Sturen op Kwaliteit en Veiligheid	33,3%	33,3%	33,3%	
6. Leren en verbeteren			100%	

<b>Totaalscore</b>	<b>12,5%</b>	<b>43%</b>	<b>42%</b>	<b>2,5%</b>
<p>Tijdens de interne audit inhoud (IGZ indicatoren) op Lagepad is gekeken wat gaat goed en wat kan beter? Medewerkers zijn actief bezig met het verbeteren van zorg en dienstverlening, op diverse gebieden. Complimenten!</p> <p><b>Score voldoet grotendeels niet</b> De volgende thema's verdienen extra aandacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskundigheid en inzet medewerkers <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medewerkers werken met relevante actuele richtlijnen, protocollen, werkinstructies.</li> </ul> </li> <li>• Medicatieveiligheid <ul style="list-style-type: none"> <li>- De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt/1<sup>e</sup> contactpersoon of medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. Gemaakte afspraken vastgelegd in dossier</li> <li>- De zorgaanbieder draagt zorg voor veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.</li> <li>- De zorgaanbieder registreert en bewaakt de voorraad medicatie en houdbaarheid ervan.</li> </ul> </li> <li>• BOPZ <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorafgaan aan de inzet van psychofarmaca vindt een psychosociale of gedragsanalyse plaats</li> <li>- Alle vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgenomen in het cliëntendossier</li> </ul> </li> <li>• Sturen op Kwaliteit en veiligheid <ul style="list-style-type: none"> <li>- De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor verbeteringen.</li> </ul> </li> <li>• Leren en verbeteren <ul style="list-style-type: none"> <li>- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers bijna fouten systematisch melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Score voldoet niet</b> De score met betrekking tot cliëntendossier voldoet op dit moment (nog) niet aan de eisen van IGZ. Het nemen van verbetermaatregelen voor de volgende normen is van belang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliëntendossier <ul style="list-style-type: none"> <li>- De cliënt/1e contactpersoon is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgleefplan</li> <li>- Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek cliëntgebonden risico's en baseren hierop zorg en ondersteuning.</li> <li>- De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgleefplan.</li> </ul> </li> </ul>				

Thema Cliëntdossier		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%
<b>1.8</b>	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat zinvolle/ passende dagbesteding aanwezig is.</b>				
1.8B	Cliënten hebben een dagbesteding passend bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.				In zorgleefplan activiteiten beknopt omschreven. Werkplannen activiteitenbegeleiding dateren uit 201. 6
<b>2.1</b>	<b>De cliënt/1<sup>e</sup> contactpersoon is aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het ZLP.</b>				
2.1A	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een ZLP vastgesteld.				15-6-2016 zorgovereenkomst ondertekend, 11-11-2016 getekende ZLP.
2.1C	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt/1 <sup>e</sup> contactpersoon heeft ingestemd met de inhoud van het ZLP.				Alle zorgleefplannen en evaluaties zorgleefplan zijn ondertekend door de cliënt/vertegenwoordiger.
<b>2.2</b>	<b>Wensen, behoeften, mogelijkheden/beperkingen van de cliënt zijn basis voor de zorg</b>				
2.2A	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen cliënt.				In het zorgleefplan zijn de wensen/behoeften, 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.
<b>2.3</b>	<b>In cliëntdossier is zichtbaar dat disciplines betrokken zijn bij de zorg/ ondersteuning</b>				
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.
<b>2.4</b>	<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. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - huidletsel / - incontinentie- probleem- of onbegrepen gedrag / agressie.				- Risico-inventarisatie (RI) overall niet volledig ingevuld (aantal risico's niks ingevuld. - 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 resultaten van 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 niet in RI zijn aangegeven als risico.
<b>2.5</b>	<b>Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.</b>				
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.
<b>2.6</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger 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 ZLP				Zorgleefplannen ondertekend in september 2017.
2.6B	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm of vaker.				periode <u>voor</u> 2017 veelal december 2016 of begin 2016 ondertekend.

2.6C	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over behoeften, doelen en acties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorg-/ondersteuningsplan.					De gemaakte afspraken worden tijdens het MDO besproken. Het zorgleefplan wordt aangepast wanneer nodig en opnieuw ondertekend.
------	---	--	--	--	--	--

Thema Deskundigheid en inzet medewerkers		%00-100	50-100	5-50	0-5	
<b>3.1</b>	<b>Medewerkers werken cliëntgericht</b>					
3.1B	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeftes en wensen van cliënten					Medewerkers kennen de cliënt en hun behoeftes en wensen.
<b>3.2</b>	<b>Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van de cliënt</b>					
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
<b>3.3</b>	<b>Medewerkers hebben voldoende kennis en vaardigheden om zorg en ondersteuning te bieden aan de doelgroep van cliënten</b>					
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.
<b>3.4</b>	<b>Medewerkers werken met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies</b>					
3.4C	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.					Auditee geeft aan lang niet meer naar Kick protocollen te hebben gezocht op intranet. Het lukt uiteindelijk om deze te vinden
<b>3.5</b>	<b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.</b>					Niet beoordeeld
3.5B	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.					Niet beoordeeld
<b>3.6</b>	<b>Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.</b>					
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. Teammanagers staan ervoor open om in gesprek te gaan over scholing.
3.6B	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.					In leerplein is overzicht bevoegd en bekwaamheden inzichtelijk
<b>3.7</b>	<b>De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor uitvoering van dagel. zorg.</b>					
3.7B	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg/ ondersteuningsbehoeften					De auditee geeft aan momenteel het gevoel te hebben dat er voldoende medewerkers zijn, wel is er sprake van veel ziekten. Het tekort in de zomer 2017 is echter nog wel voelbaar.
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.					Niet beoordeeld
<b>3.8</b>	<b>Vakinhoudelijke specialisten zijn in voldoende mate beschikbaar</b>					
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					
<b>3.9</b>	<b>De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.</b>					

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 medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. Gemaakte afspraken vastgelegd in dossier</b>					
4.2A	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt/1 <sup>e</sup> contactpersoon zelf beheren van medicatie.					Afspraken over geheel/zelf beheren van medicatie worden in samenspraak met cliënt/1 <sup>e</sup> 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
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 echter niet iedere 6 maanden ondertekend.
4.3	<b>Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.</b>					
4.3A	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.					Actueel medicatieoverzicht is opgenomen in Medimo
4.6	<b>De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en 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 die taken op het terrein van medicatie hebben, hebben hier toegang toe.					De medicatiekast, Medicijnkar en opiatenkast zijn afgesloten. De sleutel van de opiatenkast zit in een kluisje. De sleutel van de medicatiekar ligt los op kantoor, niet persoonlijk bij medewerker
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.					Niet beoordeeld
4.7	<b>De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.</b>					
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 periodieke 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					Geen openingsdatum op oogdruppels 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 voor deze cliënt.</b>					
4.8B	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze uitvoert en op welke wijze					2 <sup>e</sup> 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	<b>De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.</b>					Wordt vastgelegd in Medimo
4.10	<b>Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.</b>					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	<b>Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschriftsysteem</b>					

Thema BOPZ		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
5.1	<b>De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.</b>					
5.3	<b>Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.</b>					
5.3A	In het cliëntdossier is terug te vinden dat vóór de inzet van psychofarmaca een psychosociale of gedragsinterventie heeft plaatsgevonden.					Rapportage met betrekking tot onvrijwillige zorg aanwezig, echter geen M&M lijst ingevuld.
5.4	<b>In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>					
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.					Zorgleefplan is ondertekend, sensor is hierin vermeld.
5.5	<b>Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>					Arts is verantwoordelijk voor besluit om over te gaan tot vrijheidsbeperkende maatregel. Rapportage arts aanwezig.
5.6	<b>De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>					
5.6A	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.					Zorgleefplan in ondertekend, sensor is hierin vermeld
5.7	<b>Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.</b>					Bedhek half omhoog is niet in zorgleefplan vermeld als BOPZ maatregel.
5.9	<b>De zorgaanbieder gebruikt informatie over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op locatie- of teamniveau voor kwaliteitsverbetering.</b>					Niet beoordeeld
5.9A	De zorgaanbieder registreert de Bopz-maatregelen bedoeld in artikel 39 Wet Bopz op locatie- of teamniveau					Niet beoordeeld
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					Niet beoordeeld

Thema Sturen op Kwaliteit en Veiligheid		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
1.1	<b>De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.</b>					
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	<b>De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.</b>					
1.3B	De zorgaanbieder gebruikt klachten uit de klachtenafhandeling 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.
1.4	<b>De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.</b>					CCR Oosterheem
1.4A	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.					CCR Oosterheem
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 Oosterheem

Thema Leren en verbeteren		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
1.2	<b>De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna) fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.</b>					
1.2A	Medewerkers zeggen (bijna)fouten veilig te kunnen melden					Auditee geeft aan dat bij een incident een MIC/MIM melding wordt ingediend.
1.2b	Ten minste 1 persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch					1x per jaar komt jaarrapport over MIC meldingen aan bod.
1.2C	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.					Op basis van deze meldingen, worden verbetermaatregelen genomen.