

Rapportage Interne audit (IGZ indicatoren)

Vaartpad	Oosterheem	6-11-2017	13.00 – 17.00uur	
Gehanteerde lijst	B lijst			

Score per thema				
1. Cliëntendossier	29%	71%		
2. Deskundigheid en inzet medewerkers	22%	66%	11%	
3. Medicatieveiligheid	16,7%	83,3%		
4. Sturen op Kwaliteit en Veiligheid		66,7%	33,3%	
5. Leren en verbeteren		100%		
6 HACCP	33,3%	33,3%	33,3%	

Totaalscore				
	17%	70%	13%	
<p>Tijdens de interne audit inhoud (IGZ indicatoren) op Vaartpad 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 de gebieden cliëntendossier, medicatieveiligheid & leren en verbeteren heeft afdeling Vaartpad de score voldoet en/of voldoet grotendeels behaald. Complimenten!</p> <p>Score voldoet grotendeels niet De volgende thema's verdienen extra aandacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deskundigheid en inzet medewerkers - Medewerkers werken met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies • Sturen op Kwaliteit en Veiligheid - De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering. • HACCP - Zuivelproducten en melkproducten niet altijd gestickerd, wanneer geopend <p>Score voldoet niet</p> <ul style="list-style-type: none"> • De score voldoet niet, is niet behaald. Complimenten hiervoor! 				

Thema Cliëntdossier		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
1.8	De zorgaanbieder zorgt dat zinvolle/ passende dagbesteding voldoende aanwezig is.					
1.8B	Cliënten hebben een dagbesteding passend bij wensen, behoeften, mogelijkheden/beperkingen.					Dagbestedingsplannen zijn 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.					
2.1C	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt/1 ^e contactpersoon heeft ingestemd met inhoud van het ZLP.					Alle zorgleefplannen en evaluaties zorgleefplan zijn ondertekend door de cliënt/vertegenwoordiger.
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen					
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.
2.2B	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.					De diagnostiek en rapportages van de relevante disciplines komen overeen met de doelen in het zorgleefplan.
2.3	In het cliëntdossier is zichtbaar dat disciplines betrokken zijn bij de zorg/ondersteuning					
2.3A	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, en/of opdrachten van disciplines					
2.3B	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.					
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 inventarisatie wordt overall juist en volledig ingevuld.
2.4B	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.					Voor bijna alle risico's worden doelen geformuleerd of kan de auditee onderbouwen waarom er geen doelstelling is geformuleerd.
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.					
2.5A	De zorg-/ondersteuningsbehoefte, 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.					Er wordt gerapporteerd dmv algemene rapportages, er mag meer op doelen gerapporteerd worden.
2.5C	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoefte, zorg-/ ondersteuningsdoelen en zorgacties.					- Tijdens het MDO worden behoeften, doelen en zorgacties besproken. Gekeken wordt of afspraken worden nagekomen.
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is conform de veldnorm					
2.6A	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorg-/ondersteuningsplan.					Alle zorgleefplannen en evaluaties zorgleefplan zijn ondertekend door de cliënt/vertegenwoordiger
2.6B	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm of vaker.					
2.6C	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoefte, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorg-/ondersteuningsplan.					

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 geeft aan hoe zij hierop reageren.
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					Bejegening wordt besproken tijdens teamoverleggen en afspraken rondom bejegening zijn vastgelegd in het zorgdossier.
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 ervaren voldoende vak ondersteuning vanuit teammanagers en overige collega's.
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.					Kickprotocollen zijn erg lastig te vinden voor medewerkers. Dat geldt hetzelfde voor documenten op DMS. Van belang is om Kickprotocollen snel te kunnen vinden en te hanteren als uitgangspunt in zorgverlening.
3.5	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.					
3.5B	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.					Veiligheid wordt geborgd, medewerkers letten op veiligheid in gangen, keuken etc.
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 geeft aan voldoende scholing te krijgen. Medewerkers zijn zelf verantwoordelijk voor het volgen van scholing. Niet alle medewerkers zijn op de hoogte van de mogelijkheden van scholing.
3.6B	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.					In leerplein worden bekwaam- en bevoegdheden geregistreerd
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					Inzet medewerkers 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.					Medewerker geeft aan dat samenstelling personeel over het algemeen voldoende & kwalitatief in orde is, met uitzondering van zieken.
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 en goed bereikbaar.
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 ^e contactpersoon zelf beheren van medicatie.					Afspraken rondom medicatie worden vastgelegd in zorgleefplan en tijdens MDO besproken.
4.2B	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.					Afspraken rondom medicatie zijn opgenomen 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.					Afspraken worden iedere 6 maanden tijdens MDO geëvalueerd. Zorgleefplannen worden iedere 6 maanden opnieuw ondertekend.
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.					In Medimo is actueel medicatieoverzicht opgenomen
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.					
4.6B	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie					Er zijn afspraken met apotheek over wekelijks ophalen medicatie uit retourbak.
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.
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 zorg 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					Openingsdatum wordt op medicatie vermeld.
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					Dubbel aftekenen wordt gedaan in Medimo, door middel van paraaf op toedieningslijst
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.					Aftekening vindt digitaal plaats in Medimo.
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 een 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 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. Resultaten cliëntervaringen worden niet aantoonbaar vastgelegd/opgepakt.
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.				
1.3B	De zorgaanbieder gebruikt klachten uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				Wanneer er ontevredenheid/klacht is gaan medewerker en familie met elkaar in gesprek, dit wordt gerapporteerd. Wanneer dit niet leidt tot een oplossing gaan TM en familie in gesprek. Wanneer nodig wordt dit gemeld bij CM.
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.				Cliënten worden toegelaten op basis van ZZP, in principe iedereen welkom, tenzij beter passend op andere locatie.
1.5B	De cliënt en/of clip vertegenwoordiger heeft/hebben van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.				Cliënten worden toegelaten op basis van ZZP, in principe iedereen welkom, tenzij beter passend op andere locatie.

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				Wanneer er een incident plaatsvindt wordt er een MIC melding ingediend. Vallen en medicatie worden gerapporteerd, uitschelden bv niet. Niet altijd helder, wanneer agressie melden en wanneer niet.
1.2b	Ten minste 1 persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch				Mic meldingen worden geanalyseerd en teruggekoppeld in team.
1.2C	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.				Op basis van terugkoppeling worden verbetermaatregelen ingezet.

Overig		> 90%	50-95%	5-50%	0-5%
7.2	HACCP				
	Temperatuur koelkast, hoe gemeten?				Door middel van alcohol
	Zijn alle diepvriesproducten gestickerd?				Geopende producten in vriezer niet allemaal gestickerd.
	Zijn alle koelkastproducten gestickerd?				Zuivelproducten en melkproducten veelal niet gestickerd.
	Opvallende punten: - zeer gemotiveerde medewerkers				