

## Rapportage Interne audit (IGZ indicatoren)

<b>Afdeling Hospice</b>	<b>Locatie Hospice</b>	<b>Datum</b> 22/23-01-2018	<b>Tijd</b> 14.00/13.15 u		
<b>Gehanteerde lijst</b>	<b>B lijst</b>				
<b>Score per thema</b>					
1. Cliëntendossier		16,5%	67%	16,5%	
2. Deskundigheid en inzet medewerkers		14%	86%		
3. Medicatieveiligheid		14%	58%	28%	
4. BOPZ			83,5%	16,5%	
5. Sturen op Kwaliteit en Veiligheid			100%		
6. Leren en verbeteren			100%		
7 HACCP				100%	

<b>Totaalscore</b>		6,4%	70,1%	23%	
--------------------	--	------	-------	-----	--

Tijdens de interne audit inhoud (IGZ indicatoren) op Hospice 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 de gebieden deskundigheid en inzet van medewerkers, leren en verbeteren & sturen op kwaliteit en veiligheid heeft Hospice de score voldoet en/of voldoet grotendeels behaald. Complimenten!

### Score voldoet grotendeels niet

De volgende thema's verdienen extra aandacht:

- **Cliëntendossier**
  - Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en ondersteuning.
- **Medicatieveiligheid**
  - 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 tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze uitvoert en op welke wijze.
- **BOPZ**
  - De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).

### Score voldoet niet

- De score voldoet niet, is niet behaald.

## Thema Cliëntdossier

		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%
<b>1.8</b>	<b>De zorgaanbieder zorgt dat zinvolle/ passende dagbesteding voldoende aanwezig is.</b>				
1.8B	Cliënten hebben een dagbesteding passend bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen.				In het zlp is de tijdbesteding c.q. besteding van de dag benoemd.
<b>2.1</b>	<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 zes weken na de start van de zorgverlening een zorg-/ ondersteuningsplan vastgesteld.				Alle cliënten hebben binnen 6 weken (bijv. 5 dagen) een ondertekend zorgleefplan.
2.1C	Uit het cliëntdossier blijkt dat cliënt/1 <sup>e</sup> contactpersoon heeft ingestemd met de inhoud van het zorgleefplan.				Cliënt(vertegenwoordiger) en medewerker hebben zorgleefplannen ondertekend.
<b>2.2</b>	<b>Wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van cliënt zijn basis voor zorgdoelen</b>				
2.2A	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen cliënt.				Wensen m.b.t. levensverhaal niet benoemd. Aspecten m.b.t. levensbeschouwing benoemd.
2.2B	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.				De doelen zijn gekoppeld aan de diagnostiek van de relevante disciplines.
<b>2.3</b>	<b>In het cliëntdossier is zichtbaar dat relevante disciplines betrokken zijn bij de zorg.</b>				
2.3A	Het cliëntdossier bevat relevante informatie, zoals diagnoses, onderzoeken en/of opdrachten van betrokken disciplines.				In het Hospice is er weinig sprake van inzet van disciplines. Indien nodig, zijn de disciplines snel bereikbaar en beschikbaar.
2.3B	Relevante disciplines zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen en evalueren van afspraken over zorg- en ondersteuningsdoelen.				Wanneer nodig, zijn relevante disciplines betrokken bij evalueren afspraken over zorg/ondersteuningsdoelen.
<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.				Niet alle cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken zijn in zorgdossier benoemd. Medewerker geeft aan dat wanneer er veranderingen zijn in risico's, dit wijzigen in zorgleefplan. De risico's worden niet aangepast in de risico-inventarisatie.
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.				Rapportages passen bij de doelen. Er wordt echter veelal gerapporteerd dmv algemene rapportage, in plaats van koppeling aan doel zorgleefplan.
2.5C	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over behoeften, doelen & acties.				N.v.t. i.v.m. levensverwachting van minder dan drie maanden
<b>2.6</b>	<b>De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is conform de veldnorm</b>				n.v.t.
2.6A	De cliënt/ cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van zorgleefplan				n.v.t.
2.6B	Evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm.				n.v.t.
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.				n.v.t.

Thema Deskundigheid en inzet medewerkers		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
<b>3.1</b>	<b>Medewerkers werken cliëntgericht</b>					Niet beoordeeld in de praktijk
3.1B	Medewerkers reageren met adequate acties op behoeftes en wensen van cliënten					Niet beoordeeld in de praktijk
<b>3.2</b>	<b>Medewerkers besteden aandacht aan de invloed van hun bejegening op het gedrag van 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					Auditee geeft aan dat er veel met collega's over de dagelijkse praktijk wordt gesproken. Ze zijn bezig om elke maand intervisie overleggen te organiseren. De afdeling krijgt een communicatietraining en willen bepaalde casussen graag bespreken.
<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 vakinhoudelijke specialisten zoals (para-)medici, gedragswetenschappers en verpleegkundigen					Auditee geeft aan voldoende vakinhoudelijke ondersteuning te ervaren.
<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.					Medewerker zoekt informatie op intranet voor bijv Noro of zwachtelen. Ze benoemd zelf de kick protocollen. De meeste voor het hospice relevante documenten staan op Sharepoint. Anders wordt gezocht middels zoekfunctie (23-1). Medewerker zoekt via zoekfunctie intranet naar informatie (22-1).
<b>3.5</b>	<b>Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.</b>					
3.5B	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, houden rekening met individuele cliëntgebonden risico's.					
<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.					- Momenteel zijn medewerkers veel bezig met scholing, zoals zorgpad stervensfase. Hier is veel aandacht voor. Op afdeling intercollegiale toetsing. Palliatieve zorg mag intern nog meer aandacht krijgen.
3.6B	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.					- Er zijn 0-metingen met betrekking tot kennis/kunde medewerkers. Teammanager houdt in de gaten hoe de 0 metingen er voor staan en stuurt hierop.
<b>3.7</b>	<b>De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor uitvoering van dagelijkse zorg.</b>					
3.7B	De zorgaanbieder borgt inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van zorgbehoeften					1,5 maand weinig cliënten daardoor momenteel overschot aan medewerkers. Veel inzet van vrijwilligers.
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.					Werken met een aantal vaste invalskrachten (5 vanuit PuurZorg), zodat cliënten zoveel mogelijk worden verzorgd door bekende gezichten.
<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					Bereikbaar en beschikbaar
<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>					Niet beoordeeld.

Thema medicatieveiligheid		95-100%	50-95%	5-50%	0-5%	
<b>4.2</b>	<b>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.</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.					Niet beoordeeld
4.2B	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.					Afspraken over zelf beheren medicatie worden vastgelegd in zorgleefplan.
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 geëvalueerd tijdens evaluatie zorgleefplan.
<b>4.3</b>	<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 en toedieningslijst zijn aanwezig in Medimo.
<b>4.6</b>	<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.					- Alleen verpleegkundigen hebben toegang middels kluis tot sleutel. Vrijwilligers bv niet. <b>Let op: Sleutel zit op kast retourmedicatie. Auditee geeft aan hiermee bezig te zijn geweest met de noodvoorraad op het moment dat wij aanbelden bij het hospice. Van belang om scherp te zijn op afsluiten medicatiekasten bij verlaten kamer.</b> - Medicatie voor diezelfde dag wordt uitgezet in bakjes die op het aanrecht staan. Deze staan niet in een afgesloten kast.
4.6B	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie					Afspreken over wijze afvoeren retourmedicatie zijn helder.
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 elke nacht gemeten middels alcohol/thermostaat. En op registratielijst staan temperaturen.
<b>4.7</b>	<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.					Medicatievoorraad wordt 2 keer per week 's nachts gecontroleerd. De verpleegkundige die op dat moment dienst heeft, voert de controle uit.
4.7B	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.					Er is geen niet-op-naam gestelde medicatie.
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 geen medicatie over de vervaldatum aangetroffen.
<b>4.8</b>	<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					De 2 <sup>e</sup> controle van medicatie vindt plaats in de nacht. Voor/tijdens het moment van toediening van medicatie vindt er geen 2 <sup>e</sup> controle plaats. De teammanager is ermee bezig om dit op te lossen. - Het aansluiten van bv pomp gebeurd wordt zo mogelijk tijdens overdracht.
4.8C	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.					
<b>4.9</b>	<b>De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.</b>					
4.9A	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen					Medicatie wordt afgetekend in Medimo. Bij afwijkende aftekening medicatie wordt de reden in Medimo vermeld.
4.10	<b>Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.</b>					Niet beoordeeld.
4.10A	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen					Niet beoordeeld.
4.10B	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.					Niet beoordeeld.
<b>4.12</b>	<b>Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem</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>					Er is beleid met betrekking tot onvrijwillige zorg.
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.					Geen verslaglegging van gedragsinterventie vindbaar in dossier. Veelal geeft cliënt/cliëntvertegenwoordiger aan dat hij/zij graag inzet wil van vrijheidsbeperkende maatregelen.
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.					Wens van cliënt is uitgangspunt bij inzet vrijheidsbeperkende maatregelen.
5.5	<b>Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).</b>					Bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen is niet altijd een SOG betrokken. Wanneer cliënt aangeeft inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen te willen, zetten verpleegkundigen deze naar eigen inzicht in.
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.					Het cliëntdossier is getekend door cliënt(vertegenwoordiger) maar daarin staat vrijheidsbeperkende maatregel niet vermeld. Bij één cliënt sensor toegepast, wel vermeld in dossier.
5.7	<b>Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.</b>					Alle vrijheidsbeperkende maatregelen worden vermeld in het cliëntendossier

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.				Cliëntervaringen worden gevraagd bij opname en tijdens nazorggesprek. Hospice neemt geen deel aan cliënttevredenheidsonderzoek. <b>Let op: het is van belang om aantoonbaar verbeteracties uit te zetten op basis van cliëntervaringen.</b>
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 een klacht is vanuit familie, gaan medewerkers in gesprek met familie over de klacht. Wanneer dit niet leidt tot een oplossing wordt de teammanager betrokken en pakt het verder op. - Kaart met info klachtenregeling hangt op kantoor.

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				Medewerker geeft aan fouten te melden via MIC. Onlangs incident met medewerker. Medewerker vraagt zich af of melding is gemaakt.
1.2b	Ten minste 1 persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch				Aandachtsvelder MIC meldingen. Uitkomsten worden in team besproken. Nu regelmatig Mic fouten bij apotheker m.b.t. incomplete overzicht. Auditee geeft dat medewerkers hiermee aan de slag zijn gegaan. Komend overleg wordt dit geëvalueerd.
1.2C	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.				

Overig		> 90%	50-95%	0-5%
7.2	<b>HACCP</b>			
	Opvallende punten:			Niet alle zuivelproducten in de koelkast zijn gestickerd.