

Rapportage Interne audit (IGZ indicatoren) Thuiszorg

Thuiszorg	Oosterhout en Dongen	10 oktober 19 oktober	11.00-15.00uur 15.00-16.00uur
Gehanteerde lijst	A lijst		

Score per thema				
1. Cliëntendossier	40%	40%	20%	
2. Deskundigheid en inzet medewerkers	75%	12,5%	12,5%	
3. Medicatieveiligheid	50%	50%		
4. Sturen op Kwaliteit en Veiligheid	66,7%	33,3%		
5. Leren en verbeteren	100%			

Totaalscore	66,5%	27%	6,5%	
<p>Tijdens de interne audit inhoud (IGZ indicatoren) Thuiszorg is gekeken wat gaat goed en wat kan beter? Medewerkers zijn actief bezig met het verbeteren van zorg en dienstverlening, op diverse gebieden. Tijdens gesprek duidelijk eigenaarschap van cliënt centraal staat, complimenten!</p> <p>Score voldoet/voldoet grotendeels Op de gebieden medicatieveiligheid, leren en verbeteren en sturen op kwaliteit en veiligheid heeft de thuiszorg de score voldoet en/of voldoet grotendeels behaald.</p> <p>Score voldoet grotendeels niet De volgende thema's verdienen extra aandacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliëntendossier <ul style="list-style-type: none"> - De cliënt/cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. • Deskundigheid en inzet medewerkers <ul style="list-style-type: none"> - Medewerkers werken met relevante, actuele richtlijnen, protocollen/werkinstructies <p>Score voldoet niet Er zijn geen aspecten waarvoor de score voldoet niet is behaald. Complimenten!</p>				

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
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. Sinds kort wordt levensloop vastgelegd tijdens MDO. Dit is nog niet bij alle cliënten afgerond.
2.1C	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt/1 ^e contactpersoon heeft ingestemd met de inhoud van het ZLP					Zorgleefplannen zijn ondertekend.
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.					Thuiszorg stelt zorgleefplan op volgens OMAHA. Medewerker brengt aandachtsgebieden van de cliënt in kaart, verdeeld over 4 domeinen. Dit gebeurt door middel van scores rond kennis, gedrag/ status cliënt. Aan de scores worden acties gekoppeld. Doelen kunnen uitgebreider omschreven worden door gebruik optie overig.
2.2B	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.					De doelen zijn gekoppeld aan de diagnostiek van de relevante disciplines.
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-inventarisaties (RI) zijn ingevuld. Echter niet altijd volledig ingevuld.
2.4B	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de individuele risico-inventarisaties.					De doelen zijn afgestemd op de risico's. Een aantal risico's zijn niet opgenomen in zorgleefplan, maar hiervoor zijn wel acties vermeld in werkplan.
2.5	Doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.					
2.5A	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de doelen en acties hebben een logische samenhang.					
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. Evaluaties worden beschreven in 'verslag evaluatiegesprek'.
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.					Cliënt is altijd aanwezig bij de evaluatie zorgleefplan.
2.6B	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie conform veldnorm					Evaluatiegesprekken worden tijdig gepland en uitgevoerd. De uitwerking van het evaluatieverslag is nog niet aanwezig in Caress.
2.6C	Afspraken over behoeften, doelen en acties worden aantoonbaar geëvalueerd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een wijziging van het zorgleefplan.					Cliënt is altijd aanwezig bij de evaluatie zorgleefplan. Na de evaluatie wordt het zorgleefplan (wanneer nodig) aangepast en

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.					Aspecten met betrekking tot bejegening/gedrag worden beschreven in ZLP/Werkplan
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. Auditees zijn 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 te krijgen. Er is ruimte voor scholing, maar de verwachting is dat medewerkers hierin zelf initiatief nemen.
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.					Medewerkers zijn op de hoogte van de kennissessie, en zijn bekend met de Kickprotocollen. Zoeken op documenten via intranet is lastig.
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.					Er is aandacht voor veiligheid. Medewerker is bezig met de alarmeringen, opperen dit als voorstel aan de cliënt. Bespreekt met cliënt of dit verstandig is.
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 voldoende scholing te krijgen. Er is ruimte voor scholing, maar de verwachting is dat medewerkers hierin zelf initiatief nemen.
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 bekwaame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.					Medewerkers worden ingezet volgens de NZA norm. Door middel van leerplein is inzichtelijk wie bevoegd en bekwaam is voor welke handeling.
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.					
4.2A	De zorgaanbieder maakt in dialoog met cliënt/1 ^e 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 zorgleefplan aangepast (ook het beheren van medicatie). Het zorgleefplan wordt iedere 6 maanden opnieuw ondertekend.
4.3	Medewerkers beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst.					
4.3A	Medewerkers beschikken voor elke cliënt over actueel medicatieoverzicht en toedienlijst					Actueel medicatieoverzicht is opgenomen in papieren map dossier
4.6	De zorgaanbieder zorgt voor het veilig en verantwoord bewaren/afvoeren van medicatie.					Niet beoordeeld
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.					Niet beoordeeld
4.6B	De zorgaanbieder heeft afspraken met apotheek over wijze van afvoeren retourmedicatie					Niet beoordeeld
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	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid.					Niet beoordeeld
4.7A	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.					Niet beoordeeld
4.7B	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.					Niet beoordeeld
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 beoordeeld
4.8	Een tweede bekwaam persoon controleert de nietGDS4-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft.					Niet beoordeeld
4.8B	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze uitvoert/hoe.					Niet beoordeeld.
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.					Medewerkers geven aan medicatie op papieren lijsten af te tekenen. Niet getoetst in de praktijk.
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van toegediende medicatie.					
4.10A	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en verschijnselen zij actie ondernemen					Niet beoordeeld
4.10B	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.					Bijwerkingen worden door middel van rapportages opgenomen in zorgleefplan.
4.11	De arts en de apotheker verrichten jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten.					Niet beoordeeld

Thema BOPZ		95-100	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.					Niet van toepassing
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					
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	Voorafgaand aan de inzet van de psychofarmaca vindt een psychosociale- of gedragsinterventie plaats.					
5.4	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					
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.					
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).					
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.					
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.					
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.					Resultaten cliënttevredenheidsonderzoek worden in teamoverleg besproken. Nav teamoverleg worden verbeteracties uitgezet.
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.					Signalen/klachten bespreekt medewerker eerst zelf. Leidt dit niet tot een oplossing, dan wordt leidinggevende ingezet.
1.3A	Er is een klachtencommissie conform de WKCZ. De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving.					
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.					CCR Dongepark, Oosterheem, Buurstede & De Doelen
1.4A	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.					CCR Dongepark, Oosterheem, Buurstede & De Doelen
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, Oosterheem, Buurstede & De Doelen

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					Bij vallen of andere incidenten wordt een melding ingediend.
1.2b	Meldingen van incidenten worden systematisch geanalyseerd					Deze meldingen worden in team overleggen besproken.
1.2C	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.					Incidenten worden met familie besproken, om tot oplossing te komen (bijv. minder vallen). Medewerkers kunnen altijd advies vragen bij wijkverpleegkundigen.

Overig		> 90%	50-95%	5-50%	0-5%	Toelichting
	Medewerkers zijn betrokken bij cliënten, complimenten!					