

Inventarisatietabel

Vereisten Addendum Langdurige Zorg Thuis met WLZ-indicatie

zie voor meer informatie en verdere omschrijving van de vereisten het [Addendum](#)

		<i>zorgplan</i>	<i>Jaarplan</i>	<i>elders, nl:</i>	<i>opmerkingen</i>
Persoonsgerichte zorg en ondersteuning					
1	De vier onderscheiden thema's (compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen) zijn voor zorgverleners richtinggevend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van persoonsgerichte zorg en ondersteuning.	<p>Om het zorgplan samen met de klant op te kunnen stellen wordt informatie via de NANDA systematiek verzameld. De thema's compassie, uniek zijn en autonomie komen hierin in aan bod.</p> <p>Vanuit de geconstateerde bevindingen uit de het anamnesegegesprek op basis van de NANDA wordt samen met de klant en diens naasten de zorgdoelen bepaald en het zorgplan opgesteld.</p> <p>Een zorgplan wordt op maat gemaakt en is voor iedere zorgvrager uniek.</p>		Het proces zorgdossier is geformaliseerd in het intern kwaliteitssysteem.	De termen uit de langdurig zorg "compassie en uniek" komen niet overeen met de termen uit wijkverpleging. Hier wordt gesproken over "eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen regie".
2	Vanaf 1-1-2019 beschikt iedere cliënt binnen 24 uur over een voorlopig zorgleefplan (met in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon, en afspraken over handelen bij calamiteiten), dat uiterlijk zes weken na intake.	<p>Alle klanten in de wijkverpleging hebben binnen 14 dagen een definitief zorgplan.</p> <p>De primaire hulpvraag wordt bij het eerste contact vastgesteld, gerapporteerd en uitgevoerd.</p> <p>Klanten met een WLZ stromen voor het overgrote deel door vanuit de zorgverzekeringswet, waardoor zij al een zorgplan hebben en aan de termijn (van 24 uur) wordt voldaan.</p>	De termijn van 14 dagen waarbinnen het de klant een definitief zorgplan moet hebben is een doelstelling in het clusterplan en de teamplannen.	Om de doelstelling te behalen wordt actief gestuurd door gebruik van een dashboard waarin de stand van zaken continue zichtbaar is.	
3	Vanaf 1-1-2019 is de verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgleefplan belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3 (IG), of bij een andere zorgverlener van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende dan wel de eerste verantwoordelijk verzorgende of verpleegkundige (EVV-er).	<p>Het zorgplan wordt opgesteld door de regisseur. Dit is de wijkverpleegkundige (niveau 5) van de wijk waar de klant woont. Waar van toepassing maakt de casemanager dementie een begeleidingsplan.</p> <p>Daarnaast heeft de klant een eerstverantwoordelijke uit het wijkteam waar hij/zij zorg van ontvangt.</p> <p>In het dossier is zichtbaar wie de wijkverpleegkundige, casemanager en de eerstverantwoordelijke is.</p>		Afspraken over indiceren en eerst verantwoordelijke liggen vast in het proces: 'handleiding indiceren met nic noc nanda in ONS dossier'.	Het zorgplan wordt opgesteld door een verpleegkundige (niveau 4 en/of 5) die de scholing indiceren voldoende heeft afgesloten. De HBO verpleegkundige is eindverantwoordelijk en regisseur. Het zorgplan is pas actief als de HBO verpleegkundige goedkeuring heeft gegeven.
Multidisciplinaire aanpak					
4	De cliënt ontvangt integrale zorg doordat de zorgprofessional samenwerkt in de zorg. Daarvoor stemt de zorgprofessional af met andere zorgprofessionals (van zowel binnen als buiten de eigen zorgorganisatie) als met het informele	De regisseur stemt met alle betrokken partijen (formeel en informeel) de zorg rondom de klant af. De afspraken worden vastgelegd in het zorgplan op basis van de NANDA, NOC en NIC.		<p>Wijkverpleegkundigen sluiten aan bij multidisciplinaire overleggen bij huisartsen.</p> <p>Wijkverpleegkundigen maken deel uit van</p>	<p>Hoe het multidisciplinaire overleg wordt georganiseerd is per wijk verschillend.</p> <p>Eind 2019 wordt een interne</p>

	netwerk.			de sociale wijkteams in de regio. Zij maken gebruik van verschillende registratiesystemen.	audit uitgevoerd om de stand van zaken rondom verslaglegging van de samenwerking het zorgplan te onderzoeken. Dit thema wordt opgenomen in het jaarplan 2020.
5	Een cliënt bepaalt zelf wie (welke zorgaanbieder) zijn eerste aanspreekpunt is voor het organiseren van de zorg thuis. Deze zorgorganisatie is dan de coördinator zorg thuis.			De wijkverpleegkundige werkt in sociale wijkteams in de regio. Hierin werken zij volgens het white label principe en kan de klant zelf de zorgaanbieder kiezen	De wijkverpleegkundige van de buurt waar de klant zorg ontvangt is regisseur, mits dat de klant heeft gekozen voor de betreffende organisatie. Indien er sprake is van dementie heeft de betreffende casemanager de regio over het begeleidingsplan. De wijkverpleegkundige en casemanager staan dan in nauw contact.
6	Als er sprake is van een Wlz-indicatie voor langdurige zorg thuis mag de cliënt verwachten dat er de mogelijkheid is tot het inschakelen van een specialist ouderengeneeskunde. Afhankelijk van de complexiteit van de zorgbehoefte kan de specialist ouderengeneeskunde betrokken worden als consultant en sparringpartner van de huisarts of –als de kwetsbaarheid en de complexiteit van de problematiek toeneemt- als medebehandelaar (al dan niet kortdurend) of hoofdbehandelaar van de cliënt				De specialist ouderenzorg kan door de huisarts worden betrokken als consultant of sparringpartner. De rol als medebehandelaar of hoofdbehandelaar is op dit moment niet ontwikkeld.
Verantwoord thuis wonen					
7	De zorgorganisatie informeert de cliënt over de zorg die geleverd kan worden in de thuissituatie en zorgt voor de randvoorwaarden om te komen tot integrale zorg. Zij maakt daarvoor afspraken met de betreffende betrokken professionals om te komen tot veilige en verantwoorde zorg.	Aan de hand van de geïnventariseerde hulpvraag via de NANDA systematiek wordt zorg op maat afgesproken en vastgelegd in het zorgplan. De regisseur monitort de voortgang.		De klant krijgt tijdens het eerste kennismakingsgesprek de leveringsvoorwaarden aangereikt. Dit kan d.m.v. het informatieboekje, of de klant geeft aan deze zelf te vinden via internet.	
8	De zorgprofessional begeleidt de cliënt om verantwoord thuis te kunnen blijven wonen. Daarbij is aandacht voor de borging van de 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid, de rol van de mantelzorger(s) en de afstemming in de wijk met andere zorgprofessionals, zoals beschreven in het zorgleefplan.	Via de NANDA wordt er een inventarisatie gemaakt. Onder ander veiligheid en woonomgeving maken hier onderdeel van uit, er wordt gekeken naar het netwerk van de klant. Indien nodig worden hier afspraken over vastgelegd.		Checklist VPT wordt bij opstarten van VPT zorg gebruikt. Hierbij wordt geïnventariseerd of de omgeving veilig is en/of alarmering aanwezig of noodzakelijk is. Indien nodig worden de bevindingen verwerkt in het zorgplan.	
9	De cliënt bespreekt het mogelijk verloop van zijn/haar gezondheidstoestand met de zorgprofessional. De cliënt mag advance care planning verwachten.	Aan de hand van de NANDA, NOC NIC systematiek wordt dit in kaart gebracht. En verder vooruit gekeken naar de wensen en behoeften van de klant in de toekomst zoals bijvoorbeeld: - wens/ geen wens voor opname - reanimatie			

		Daarnaast worden zinvolle en haalbare doelen voor de toekomst geformuleerd en wordt hier op terug gekomen door middel van terugkerende dialogen.			
Wonen en welzijn					
10	Vijf thema's (zingeving, zinvolle dagbesteding, schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding, familieparticipatie & inzet vrijwilligers en wooncomfort) zijn leidend bij kwaliteitsverbetering op het terrein van wonen en welzijn.	Deze vijf thema's zijn onderdeel van de anamnese.		<p>Binnen het VPT worden verschillende diensten aangeboden (folder VPT)</p> <p>Er vindt onderzoek plaats onder klanten met dementie welke zorg vanuit het VPT ontvangen. Vanuit deze enquête wordt onderzocht welke uitbreiding van diensten binnen het VPT mogelijk gewenst is. Denk bijvoorbeeld aan logeermogelijkheden.</p> <p>Ontwikkelen van woningen samen met woningcorporaties voor leeftijdsbestendig wonen. Er is structureel overleg tussen coöperaties en zorgaanbieder</p>	
11	De noodzaak tot woningaanpassingen vormen onderdeel van het gesprek tussen de zorgprofessional en de cliënt als het gaat om verantwoord thuis blijven wonen.	Via de anamnese volgens de NANDA systematiek komen deze 5 thema's aan bod en wordt de zorg afgestemd met de klant en zijn naasten. De regisseur schakelt waar nodig de juiste instanties en leveranciers in om aanpassingen te realiseren. De afspraken hierover liggen vast in het zorgdossier van de klant.		Meander onderzoekt met woningcorporaties wat toekomstig bestendig wonen is en wat hiervoor nodig is. Hier is structureel overleg over.	
Veiligheid					
12	Veiligheidsthema's (bijvoorbeeld medicatieveiligheid, valpreventie, toepassing medische technologie, veilige zorgrelatie en wanneer dat aan de orde is vrijheidsbeperkende maatregelen) zijn indien relevant onderdeel van gesprek geweest tussen zorgprofessional en cliënt bij de bespreking van het zorgleefplan. Daarnaast vormt dit ook onderdeel van gesprek tussen de verschillende zorgprofessionals die betrokken zijn bij de cliënt.	Tijdens de NANDA anamnese worden verschillende risico diagnoses getoetst. Wanneer een risico diagnose wordt beoordeeld als aanwezig, wordt deze vertaald naar een zorgdoel in het zorgplan van de klant. Waar nodig worden bij de vervolg acties andere disciplines ingelicht en betrokken.		Het proces incident melden is opnieuw ingericht. Meldingen worden nu in elk teamoverleg besproken en acties worden waar nodig uitgezet. Op management niveau wordt 1x per halfjaar een verslag gemaakt en waar nodig overstijgende punten opgepakt.	
13	De zorgaanbieder zorgt dat zorgprofessionals de zorg veilig en volgens vigerende richtlijnen kunnen bieden (zoals bijvoorbeeld rond infectiepreventie, vrijheidsbeperkende maatregelen, voldoende ruimte en hulpmiddelen om cliënten te verzorgen, voldoende bekwaam en bevoegd personeel, ondersteunende ICT etc.)			<p>De proceseigenaren primair proces houden de richtlijnen mee in de gaten en sturen erop om zo veiligheid te kunnen waarborgen.</p> <p>Medewerkers werken volgens de richtlijnen en protocollen welke op het interne kwaliteitssysteem zijn te vinden.</p> <p>Medewerkers houden zich bevoegd en bekwaam via het</p>	Personele capaciteitsplanning is in verdere ontwikkeling.

				<p>leermanagementsysteem. Hierin worden richtlijnen, protocollen en de opvolging hiervan getoetst. Naast verpleegtechnische handelingen worden er veel verschillende scholingen aangeboden waar de medewerker gebruik van kan maken.</p> <p>De manager stuurt op voldoende bekwaam aan bevoegd personeel en scholing waar nodig op specifieke inhoud op of vraag van het team.</p> <p>In kerngroep overleggen kunnen medewerkers informatie ophalen en terug geven.</p>	
Leren en verbeteren					
14	Er is voor alle zorgverleners voldoende tijd en ruimte om te leren en te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing. De organisatie faciliteert dit zowel binnen de eigen organisatie, als waar nodig, ook buiten de organisatie door het inzetten van externe deskundigheid.			<ul style="list-style-type: none"> • Leermamangementsysteem • Intercollegiale toetsing • Teamocaching • Bij persoonlijke problemen/vragen meander coaching 	
15	<p>Elke zorgorganisatie van langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie heeft voor 1-7-2019 na afloop van het betreffende jaar op bij hen passende en toegankelijke manier openbaar gemaakt hoe zij invulling geven aan de verschillende eisen uit het addendum.</p> <p>Zorgorganisaties bespreken met vertegenwoordigers van cliënten en medewerkers hoe zij invulling geven aan de eisen. De uitkomst stellen zij beschikbaar voor het zorgkantoor als basis voor de dialoog over de kwaliteit van de geleverde zorg.</p> <p>Elke zorgorganisatie die langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie levert maakt uiterlijk 1-7-2019 deel uit van een lerend netwerk met tenminste twee andere collega zorgorganisaties.</p>			<p>MGZL is partner van de Academische Werkplaats ouderenzorg (AWO).</p> <p>Er vindt naast interne intercollegiale toetsing ook intercollegiale toetsing plaats samen met andere organisaties (Envida, Zuyderland). Dit wordt uitgebreid naar andere organisaties.</p> <p>Cliëntenraad is betrokken bij de klanttevredenheidsmeting. Cliëntenraad heeft inspraak gehad in de vormgeving van de vragenlijst en teven zijn zij een klankbordgroep voor de terugkoppeling van de resultaten, waarbij ze worden betrokken bij het kiezen van de thema's van verbetering.</p>	
16	Elke zorgorganisatie die langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie levert beschikt voor 1-7-2019 over een kwaliteitsmanagementsysteem.			MGZL is ISO gecertificeerd	
Leiderschap, governance en management					
17	De zorgorganisatie organiseert de zorg zo, dat dit leidt tot goede zorg. Daarbij faciliteert de organisatie zorgprofessionals om te leren en verbeteren en ondersteunt de organisatie de			<ul style="list-style-type: none"> • overstijgende intercollegiale toetsing met andere organisaties • samenwerking met AWOsamenwerking met Zuyd 	<p>Er is op directieniveau structureel overleg met andere organisaties die eveneens VPT leveren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vierstroom

	zorgprofessional in de afstemming met externe partijen en zorgprofessionals van andere zorgorganisaties.			<p>onderzoek</p> <ul style="list-style-type: none"> • transitieverpleegkundige • Parkstad Zorgwijzer • wijkverpleegkundige vertegenwoordigd in sociale wijkteams. • Wijkverpleegkundigen op de SEH/HAP 	<ul style="list-style-type: none"> • Thuiszorg Noord en Midden Limburg • Zuyderland
18	Elke Raad van Bestuur van een zorgorganisatie voor langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie werkt volgens de geldende versie van de Zorgbrede Governance Code.			De raad van toezicht van MGZL houdt toezicht op het beleid van de raad van bestuur en de algemene gang van zaken binnen onze organisatie. Daarbij neemt de raad van toezicht de Zorgbrede Governance Code 2017 in acht.	
Gebruik van informatie					
19	Elke zorgorganisatie van langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie dient in het kader van onderlinge landelijke vergelijkbaarheid vanaf verslagjaar 2020 minimaal één keer per jaar informatie over de Net Promotor Score (NPS) score van de eigen organisatie aan te leveren. Hiervoor mag ook de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland gebruikt worden.			In 2019 wordt klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd door externe partij, incl. PREM en NPS	De resultaten worden begin september verwacht.
20	Elke zorgorganisatie van langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie dient minimaal één keer per jaar de cliëntervaringen te verzamelen met een instrument dat voldoet aan bovenstaande criteria.	Tijdens halfjaarlijkse evaluatie van het zorgplan wordt gevraagd naar tevredenheid klanten.	Klanttevredenheids doelstelling in cluster- en teamplannen: klanttevredenheid > 8.	<p>Monitoring van de doelstelling het jaarplan gebeurt via actuele gegevens het in management en team dashboard.</p> <p>Klanttevredenheidssmeting vindt plaats via de PREM vragenlijst</p>	<p>Gestelde doelstelling is behaald.</p> <p>De resultaten worden begin september verwacht.</p>