



Invulling vereisten Addendum Langdurige zorg Thuis met een WLZ-indicatie

Juni 2019

In dit document geeft Royaal Thuis weer hoe voldaan wordt aan de vereisten zoals deze gesteld zijn in het Addendum bij het kwaliteitskader verpleeghuiszorg voor langdurige zorg thuis met een WLZ-indicatie. Hierbij wordt per vereiste weergegeven hoe Royaal Thuis dit kwaliteitskader invult.

Algemeen

Het werkgebied van Royaal Thuis zijn de achterstandsbuurtten van Den Haag, met name de Schilderswijk, Transvaal en Escamp. De klantenpopulatie van Royaal Thuis kenmerkt zich daardoor door een grote culturele diversiteit en een grote variatie in opvattingen over autonomie, gezondheid, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven en goede zorg.

Tabel 1: Culturele identiteit klanten V&V

Culturele identiteit, september 2018	%
Turks	45,5
Marokkaans	20,7
Nederlands	11,0
Surinaams/hindoestaans	10,3
Irakees	2,1%
Overig	11,1

Deze grote diversiteit maakt dan ook dat wij bij elke cliënt opnieuw op zoek gaan naar zijn of haar wensen, behoeften en opvattingen. Elke cliënt is met zijn specifieke achtergrond voor ons een uniek persoon. Dit doen wij op basis van de kernwaarden van Royaal Thuis, LIEF: **L**eefkracht, **I**nnovatief, **E**xpertise en **F**amiliair.

Het bevorderen, herstellen of in tact houden van de leefkracht van de cliënt staat centraal bij het formuleren van onze zorginhoudelijke doelen. Leefkracht is alles wat ervoor zorgt dat iemand zich lichamelijk, psychisch en sociaal goed voelt. Voor de leefkracht van een cliënt is zijn autonomie, opgevat als de mogelijkheid tot zelfbeschikking, heel belangrijk. Tegelijkertijd is het bouwen aan een netwerk van sociale relaties waarbinnen de cliënt zich beweegt ook heel belangrijk.

De attitude waarmee wij de zorginhoudelijke doelen bij een cliënt willen realiseren duiden wij aan met de term 'familiair'. Wij willen betrokken zijn op onze cliënten en zorgverlenen op een manier zoals wij zelf zouden willen dat onze ouders zouden worden verzorgd. Dit sluit nauw aan bij de term 'compassie' zoals in het addendum is genoemd.

Voor cliënten is professionele kwaliteit van zorg meestal een verondersteld gegeven. Zij kunnen deze ook niet zo goed beoordelen en vergelijken met die van andere organisaties. Onze kernwaarde Expertise is dan ook vooral een opdracht aan onszelf. Steeds willen wij bij de vaststelling van de zorgdoelen en het realiseren daarvan zeker weten dat wij dat doen met een deskundigheid die voldoet aan de 'state of the art'.

Deze drive naar deskundigheid betekent ook dat wij steeds op zoek zijn naar nieuwe methoden en werkwijzen om op een doelmatige manier de zorgdoelen vast te stellen en te realiseren.

Vereiste 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.

Zoals onder Algemeen is gesteld zijn de vier onderscheiden thema's verankerd in de kernwaarden van Royaal Thuis en daarmee richtinggevend voor de kwaliteitsverbetering van de persoonsgerichte zorg.

Belangrijk voor ons is om deze kernwaarden ook tot uiting te laten komen in de zorgplannen van de individuele cliënten. In 2019 zijn wij met een brede werkgroep gestart onder leiding van de bestuurder om op basis van de vragenlijsten uit Omaha voor individuele cliënten leefkrachtbevorderende instrumenten te ontwikkelen. Naast de bestuurder en wijkverpleegkundigen nemen ook de coördinator Vrijwilligerswerk, de teamleider WMO-begeleiding en de kwaliteitsfunctionaris deel aan deze werkgroep.

Vereiste 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 (of zoveel eerder als mogelijk) volledig en (tot bijstelling aan de orde is) definitief wordt.

Deze vereiste is in de vastgestelde beschrijving van het Zorgproces opgenomen en wordt gerealiseerd.

Vereiste 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).

Royaal Thuis werkt met kleinschalige wijkteams onder leiding van een wijkverpleegkundige (niveau 5). Elk wijkteam is verantwoordelijk voor de zorg aan ca. 30 cliënten. Gelet op onze kernwaarde Expertise is de verantwoordelijkheid voor het opstellen van het zorgleefplan belegd bij de wijkverpleegkundige van het team. Het signaleren van de realisatie van de zorgdoelen is belegd bij de verzorgenden niveau 3.

Vereiste 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 netwerk.

Door het afgebakende werkgebied van de wijkteams van Royaal Thuis zijn er vaste relaties met huisartsen en apotheken. Met de gezondheidscentra en apotheken zijn

samenwerkingsovereenkomsten gesloten die de samenwerking structureren. Zorgplannen en dossiers zijn beschikbaar voor het informele netwerk, na toestemming van de client, via Carenzorgt.nl. De culturele identiteit van de meeste cliëntgroepen van Royaal Thuis impliceert een actieve betrokkenheid van de mantelzorgers bij de zorgverlening.

Vereiste 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.

Er zijn momenteel geen WLZ-cliënten van Royaal Thuis met meerdere thuiszorgaanbieders. In de samenwerkingsovereenkomsten met de huisartsen is opgenomen dat Royaal Thuis de coördinator van de zorg thuis is. In de Zorgovereenkomst met de cliënt is opgenomen dat de cliënt, indien er meerdere thuiszorgaanbieders betrokken zijn, bepaalt welke thuiszorgaanbieder zijn eerste aanspreekpunt is voor het organiseren van de zorg thuis. Deze keuze wordt opgenomen in het zorgplan dat door de cliënt wordt ondertekend.

Vereiste 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 consulent 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 mogelijkheid tot het inschakelen van een specialist ouderengeneeskunde is aanwezig. Conform de samenwerkingsovereenkomsten met de huisartsen is de huisarts hierbij initiatiefnemer. De huisarts is hierbij ook degene die kiest met welke specialist ouderengeneeskunde hij wil werken. Dit bevordert de samenwerking tussen de behandelaren. In het Formulier MDO is plaats ingeruimd voor de notie of het naar de mening van de wijkverpleegkundige inschakeling van een specialist Ouderengeneeskunde wenselijk is.

Vereiste 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.

De cliënt wordt in het intakegesprek door de wijkverpleegkundige geïnformeerd over de zorg die kan worden geleverd in de thuissituatie. In het intakegesprek wordt ook een inventarisatie gemaakt van alle benodigde zorgvoorzieningen. Daar waar benodigde zorgverleners nog niet betrokken zijn bij de zorgverlening, draagt de wijkverpleegkundige, in overleg met de cliënt er zorg voor dat deze betrokken worden. De wijkverpleegkundige maakt ook afspraken over de afstemming en communicatie met de andere zorgverleners. De afspraken worden vastgelegd in het zorgplan. Indien veilige en verantwoorde zorg in de thuissituatie niet langer mogelijk is, wordt dit met de cliënt besproken en in dit overleg wordt nagegaan welke alternatieven beschikbaar zijn.

Vereiste 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

De zorgdoelen in het zorgplan zijn gericht op het verantwoord thuis blijven wonen. Hierbij worden ook de inzet van de mantelzorgers, de rol van andere zorgverleners en de wenselijkheid van 24-uurs toezicht betrokken. De wijkverpleegkundige evalueert samen met de cliënt periodiek en tenminste 1x per half jaar de voortgang in het bereiken van de zorgdoelen. Dit kan eventueel resulteren in een aanpassing van de ingezette middelen of, gelet op de context van de zorgvraag, van de zorgdoelen. Voor de uitvoering van de ongeplande nachtzorg wordt samengewerkt met regionale thuiszorgaanbieders.

Vereiste 9: De cliënt bespreekt het mogelijk verloop van zijn/haar gezondheidstoestand met de zorgprofessional. De cliënt mag advance care planning verwachten.

Bij cliënten met dementie of in de palliatief terminale fase hanteren wij vastgestelde zorgpaden. In deze zorgpaden is rekening gehouden met advance care planning.

Naast de formele evaluatiemomenten van de cliënt met de wijkverpleegkundige, spelen de verzorgenden niveau 3 een belangrijke rol bij het bespreken van het verloop van de gezondheidstoestand in de dagelijkse zorgverlening. Zij signaleren en bespreken deze signalen met de wijkverpleegkundige.

Vaak ervaren kwetsbare ouderen een langere periode van achteruitgang waarbij een kleine verandering in gezondheid een flinke toename van de zorgbehoefte kan inhouden. Men dient steeds alert te zijn op ontregelingen die de laatste levensfase kunnen inleiden. De wijkverpleegkundige en verzorgenden bekijken in proactieve gesprekken samen met de patiënt en naasten welke doelen van zorg en behandeling passen bij de waarden en opvattingen van de patiënt en de gezondheidssituatie. Met dit als uitgangspunt wordt vastgesteld wat passende zorg en behandeling is voor de korte termijn en wordt richting gegeven aan passende zorg en behandeling in toekomstige scenario's. Hierover wordt ook intensief gecommuniceerd met huisartsen en in voorkomende gevallen met de specialist Ouderengeneeskunde.

Vereiste 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 komen alle aan de orde in onze leefkrachtbenadering. Een systematische vertaling hiervan naar onze zorgpannen binnen de Omaha-systematiek is in ontwikkeling.

Vereiste 11: De noodzaak tot woningaanpassingen vormen onderdeel van het gesprek tussen de zorgprofessional en de cliënt als het gaat om verantwoord thuis blijven wonen.

Dit onderwerp komt standaard aan de orde in onze leefkrachtbenadering. De wijkverpleegkundigen inventariseren bij de intake en de evaluatie van het zorgplan (minimaal 1x per half jaar) de zorgbehoeftes, de zelfredzaamheid en hoe hulpmiddelen en aanpassingen de zelfredzaamheid kunnen ondersteunen en bevorderen. Hierbij ondersteunt het formulier Arbocheck. De resultaten worden met de cliënt doorgesproken.

Vereiste 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.

Dit onderwerp komt standaard aan de orde bij het opstellen van het zorgplan samen met de client. Tevens is het een vast agendapunt bij de teamoverleggen en eventueel geïnitieerde MDO's met samenwerkingspartners in de wijk.

Vereiste 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.)

De opzet van het kwaliteitsbeleid van Royaal Thuis is er op gericht dat de zorgprofessionals de zorg veilig en volgens vigerende richtlijnen kunnen bieden. Royaal Thuis volgt de verpleegkundige protocollen van Vilans.

De afdeling Beleid en Kwaliteit zorgt samen met de wijkverpleegkundigen en het management zorg er voor dat het beleid duidelijk is en vastgelegd in het Handboek Kwaliteit. Het management en de wijkverpleegkundigen zien toe op een correcte uitvoering. Bij de kwaliteitsaudits wordt gemonitord of de uitvoering inderdaad correct verloopt. De opleidingscoördinator draagt er zorg voor dat onze medewerkers op deze punten expertise hebben die voldoet aan de 'state of the art'.

Met een periodieke risicoinventarisatie op de processen worden knelpunten en risico's naar boven gehaald en via beheersmaatregelen gemitigeerd.

Vereiste 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.

Het opleiden en het op peil houden van deskundigheid en vaardigheid heeft prioriteit binnen Royaal Thuis vanuit onze kernwaarde 'expertise'. Binnen de teamoverleggen wordt feedback gegeven. Via inhuur van derden is permanent ondersteuning aanwezig voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsontwikkeling.

De opleidingscoördinator draagt zorg voor een systematische aanpak van de opleidingen binnen het vastgestelde opleidingsplan en het jaarlijks opleidingsbudget van 2% van het personele kostenbudget.

Vereiste 15: 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. 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. 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.

Dit document is gepubliceerd op onze website en besproken met OR en Clientenraad. Royaal Thuis neemt deel aan de werkplaats Zelfmanagement bij Vilans. In deze werkplaats wordt met collega-organisaties samengewerkt aan het leren en verbeteren rondom het inzetten van interventies om zelfmanagement bij cliënten te vergroten.

Tevens neemt Royaal Thuis deel aan de netwerken Dementie en Palliatieve zorg van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag.

Vereiste 16: Elke zorgorganisatie die langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie levert beschikt voor 1-7-2019 over een kwaliteitsmanagementsysteem

Royaal Thuis is voor HKZ gecertificeerd.

Vereiste 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 zorgprofessional in de afstemming met externe partijen en zorgprofessionals van andere zorgorganisaties

Het zorgproces zoals het moet verlopen is beschreven en vastgesteld. De zorgmanager bewaakt de uitvoering van het zorgproces zoals vastgesteld. De zorgmanager is ook verantwoordelijk voor de ondersteuning en beschikbaarheid van middelen om de kwaliteit van zorg steeds verder te verbeteren. De wijkverpleegkundigen houden nauw contact met verwijzers en met bij de zorg rondom een cliënt betrokken zorgprofessionals

Vereiste 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 Bestuur en Raad van Commissarissen van Royaal Thuis hebben zich, ook statutair, gecommitteerd aan de toepassing van de Zorgbrede Governance Code. Elk jaar wordt de toepassing van de ZGC geëvalueerd.

Vereiste 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.

Vereiste 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.

De NPS wordt bij elke zorgplanevaluatie aan de client, alsmede bij eind van de zorgverlening gevraagd. Hiermee wordt de ontwikkeling van de cliënttevredenheid elke periode gevolgd. Daarnaast vindt jaarlijks een extern NPS-onderzoek plaats. De resultaten van dit laatste onderzoek wordt ingestuurd aan landelijke organisaties voor de landelijke vergelijkbaarheid.