



**zuyderland**

**Addendum bij kwaliteitskader verpleeghuiszorg  
voor langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie**

Verantwoording

Oktober 2022

## **Inleiding**

In onderhavig document is beschreven in hoeverre en op welke wijze Zuyderland voldoet aan de vereisten die omschreven staan in het 'Addendum bij kwaliteitskader verpleeghuiszorg voor langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie'. Voor de beschrijving is de indeling van het addendum gehandhaafd. De onderliggende thema's zijn met elkaar verbonden. De beschrijving dient derhalve als zodanig te worden gelezen.

### ***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.**

In de dienstverlening richt Zuyderland zich op het versterken van de eigen mogelijkheden en zelfredzaamheid van cliënten, ondanks hun fysieke en/of mentale beperking(en). Zelfregie is het uitgangspunt, al dan niet met de inzet van hulpmiddelen en/of het informele netwerk. De zorg en ondersteuning wordt verleend door professionals, die werken volgens de geldende beroepscode en kwaliteitskaders. Zij benaderen cliënten met toewijding en respect, in lijn met de pijlers van het Zuyderland-programma 'De zorg van je leven': met aandacht, in samenhang en verfrissend alledaags. Medewerkers nemen regie waar dat nodig is en loodsen cliënten door het complexe zorglandschap naar transparantie en maatwerk. De behoeftes en wensen van cliënten staan daarbij te allen tijde centraal.

Het zorg- en ondersteuningsaanbod is persoonsgericht en wordt van invulling voorzien door afstemming tussen enerzijds de 'coördinator zorg thuis' (MPT) of 'dossierhouder' (VPT), die de indicatie beheert, en anderzijds de wijkverpleegkundige of casemanager dementie, die verantwoordelijk is voor het arrangement en de hulpvraag vertaalt in het daadwerkelijke aanbod. De NNN-classificatie (NANDA, NIC en NOC) wordt daarbij ingezet als basis. De verschillende domeinen van de NNN-classificatie besteden aandacht aan thema's zoals uniciteit en autonomie. De te realiseren doelen en daartoe in te zetten interventies vormen de uitkomsten van de indicatiestelling. Betreft het cliënten met een (vermeende) diagnose dementie, dan zijn de zorgdimensies van Geriant, als onderdeel van de 'Zorgstandaard Dementie', leidend. Het aanbod wordt periodiek of als de situatie erom vraagt conform een cyclisch proces geëvalueerd (PDCA), zodat het aanbod ad hoc kan worden bijgesteld.

- 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.**
- 3. Vanaf 1-1-2019 is de verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgleefplan belegd bij een verzorgende van ten minste niveau 3 (IG), of bij een andere zorgverlener van ten minste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende dan wel de eerste verantwoordelijk verzorgende of verpleegkundige (EVV-er).**

Zuyderland vertaalt een intake binnen 24 uur naar een voorlopig plan, dat binnen 5 dagen wordt omgezet naar een zorgplan (incl. een overzicht van de dagtaken en eventueel uitvoeringsverzoek). Het zorgplan wordt opgesteld, geëvalueerd en al dan niet aangepast door de wijkverpleegkundige of casemanager dementie, die niveau 5 of 6 is geschoold en fungeert als eerste aanspreekpunt van cliënten en mantelzorgers. Indien medewerkers in de uitvoering reden(en) zien om het arrangement op of af te schalen, dan beleggen zij dit bij de wijkverpleegkundige of casemanager dementie. De wijkverpleegkundige en casemanager dementie committeren zich aan het kader 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' (V&VN, 2014).

### ***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) en met het informele netwerk.**

De zorg en ondersteuning aan cliënten is lokaal en multidisciplinair van aard. Zuyderland beschikt daartoe over een uitgebreid palet aan functionarissen, zoals de adviserend verpleegkundige palliatieve zorg (AVPZ), het transmuraal ondersteunend palliatief advies team (TOPAT) en de specialist ouderengeneeskunde, die op afroep betrokken worden. Ook werkt Zuyderland nauw samen met partners in het netwerk, zoals huisartsen, paramedici, apothekers, welzijnsinstellingen en informeel betrokkenen. De wijkverpleegkundige of casemanager dementie fungeert als spil in dit netwerk. Hij of zij komt bij de cliënt thuis en is als geen ander in staat om mogelijkheden en risico's te signaleren. De wijkverpleegkundige of casemanager dementie sluit structureel aan bij de MDO's van de huisartsen in de wijk en is continu op zoek naar het versterken van de eigen regie van de cliënt.

Daarnaast participeert Zuyderland in diverse formele netwerken, zoals 'Hulp bij Dementie Westelijke Mijnstreek' en 'Palliatieve Zorg Westelijke Mijnstreek'. Vanuit deze netwerken wordt naar behoefte expertise ingeschakeld.

#### **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.**

Als het CIZ de aanvraag voor een Wlz-indicatie heeft goedgekeurd en het zorgprofiel heeft vastgesteld, wordt door de cliënt een voorkeursaanbieder van zorg aangegeven. Indien Zuyderland de voorkeursaanbieder is, dan neemt Zuyderland de rol van 'coördinator zorg thuis' (MPT) of 'dossierhouder' (VPT) op zich en geeft het hier invulling aan. Fungeert Zuyderland als onderaannemer, dan geldt de voorkeursaanbieder als eerste aanspreekpunt.

#### **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.**

Zuyderland beschikt over een zogenoemd ‘ambulant consultteam ouderenzorg’, bestaande uit specialisten ouderengeneeskunde, zorgconsulenten en GZ-psychologen. Dit team bestrijkt het gehele werkgebied en adviseert dan wel ondersteunt de huisarts in het geval van complexe casuïstiek.

### ***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.**

Via diverse informatieve kanalen brengt Zuyderland cliënten op de hoogte van het zorg- en ondersteuningsaanbod. Doet zich een specifieke vraag voor, dan treedt de wijkverpleegkundige of casemanager dementie in gesprek met de cliënt en zijn mantelzorger(s) ter verduidelijking van de mogelijkheden. Het arrangement wordt vervolgens in samenspraak en rekening houdend met de voorkeuren van de cliënt van invulling voorzien. De wijkverpleegkundige of casemanager dementie draagt zorg voor de coördinatie en kwaliteitsborging. Hij of zij maakt daartoe afspraken met de betrokken professionals en ziet toe op de naleving ervan. Het zorgplan geldt daarbij als uitgangspunt. Veranderingen in de gezondheidstoestand van cliënten of belastbaarheid van het ondersteunend netwerk worden multidisciplinair besproken en verwerkt in het zorgplan.

- 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 wijkverpleegkundige of casemanager dementie borgt het toezicht op cliënten door op meerdere momenten per dag een huisbezoek te plannen. Ook nachtelijke inloophmomenten behoren tot de mogelijkheid. Hij of zij maakt daartoe afspraken met cliënten en mantelzorger(s) over hun aanwezigheid. Deze afspraken worden vastgelegd in het zorgplan. Daarnaast zijn cliënten verplicht tot het gebruik van personenalarmering en het organiseren van woningtoegang. Zodoende kunnen cliënten te allen tijde een noodoproep plaatsen, die professioneel kan worden opgevolgd.

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

De zorg en ondersteuning aan cliënten is een continu proces van afstemming. Waar hun vraag verandert, daar wordt het aanbod aangepast. De signaleringsfunctie van betrokken professionals, de halfjaarlijkse MDO's met betrokken professionals alsook de halfjaarlijkse evaluatie met cliënten en mantelzorgers vormen hiertoe de basis. De bespreking van mogelijke toekomstscenario's zijn structureel onderdeel van de agenda. De wijkverpleegkundige kijkt op eigen inzicht af van de halfjaarlijkse evaluatie met cliënten, als hij of zij daartoe aanleiding ziet

en eerder een vinger aan de pols wil houden. Met name in de doelgroep kwetsbare ouderen wordt dit vaak gedaan.

Vanuit het netwerk 'Palliatieve Zorg Westelijke Mijnstreek' participeert Zuyderland, samen met ketenpartners zoals de specialist en huisarts, in projecten rondom proactieve zorgplanning. Ook schoolt Zuyderland zijn medewerkers binnen dit thema op gespreksvoering.

## ***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.**

Zingeving heeft betrekking op levensvragen en behelst thema's zoals eigenwaarde, zelfredzaamheid en eenzaamheid. Zuyderland voorziet cliënten daarbij van passende begeleiding. Het gesprek met cliënten vormt de basis van het zorg- en ondersteuningsaanbod. Indien gewenst dan wel noodzakelijk schakelt de wijkverpleegkundige of casemanager dementie interne expertise in, zoals een gespecialiseerde thuisbegeleider (GTB) of adviserend verpleegkundige palliatieve zorg (AVPZ). Ook kan de wijkverpleegkundige of casemanager dementie cliënten in contact brengen met de geestelijk verzorger van Zuyderland of de pastoraal medewerker van de betreffende parochie.

Bij de organisatie van dagbesteding stelt Zuyderland de mogelijkheden en wensen van cliënten voorop. Deze dagbesteding kan derhalve in de thuissituatie van de cliënt alsook binnen een van de senioredagcentra plaatsvinden. Biedt het dagbestedingsaanbod van Zuyderland geen passend antwoord of is de opgebouwde relatie tussen cliënten en externe locaties van zwaarwegend belang, dan werkt Zuyderland samen met onderaannemers.

Wat betreft lichamelijke verzorging en schone kleding zet Zuyderland in op stimulatie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Indien mogelijk wordt gebruik gemaakt van hulpmiddelen, bijvoorbeeld bij het wassen zonder water en aantrekken van steunkousen. Vraagt de fysieke en/of mentale gesteldheid van cliënten om meer ondersteuning, dan nemen medewerkers deze handelingen over.

Hoe de zorg en ondersteuning wordt georganiseerd, is dikwijls afhankelijk van het netwerk rondom cliënten (familieparticipatie, nabuurschap etc.). De wijkverpleegkundige of casemanager dementie onderhoudt daartoe goed contact met informeel betrokkenen. Conform het vrijwilligersbeleid wordt tevens een beroep gedaan op de vrijwilligerscoördinator, die voor een passende match tussen cliënten en vrijwilligers zorgt. Indien mogelijk maakt Zuyderland hen onderdeel van het arrangement.

Zuyderland ziet erop toe dat de persoonlijke leefsfeer van cliënten zo weinig mogelijk wordt aangetast door het zorg- en ondersteuningsaanbod. Handelingen die van invloed kunnen zijn op het wooncomfort, zoals het plaatsen van een hoog-laagbed, worden besproken met cliënten alvorens deze te verrichten. Effectiviteit en comfort zijn daarbij in balans, rekening houdend met de vereisten omtrent arbeidsomstandigheden vanuit medewerkersperspectief.

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

Tijdens het intakegesprek adviseert de wijkverpleegkundige of casemanager dementie cliënten over hulpmiddelen en woningaanpassingen die noodzakelijk zijn om veilig en verantwoord te kunnen blijven wonen (o.a. valpreventie). Hij of zij heeft een verwijzende functie naar gecertificeerde aanbieders of het Wmo-loket en ondersteunt cliënten bij het verrichten van een Wmo-aanvraag.

Zuyderland, gemeentes en woningcorporaties trekken gezamenlijk op in het toekomstbestendig vormgeven en organiseren van wonen, welzijn en zorg. Hiertoe vindt structureel overleg plaats.

***Veiligheid***

**12. Veiligheidsthema's (bijvoorbeeld medicatieveiligheid, valpreventie, toepassing medische technologie, veilige zorgrelatie en wanneer dat aan de orde is vrijheidsbepenkende 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.**

Zuyderland heeft veiligheid hoog in het vaandel staan. Veiligheidsthema's die betrekking hebben op cliënten worden bij zowel de intake als de halfjaarlijkse evaluatie expliciet met hen besproken. Ook staan zij op de agenda van de halfjaarlijkse MDO's met betrokken professionals. De thema's maken onderdeel uit van het kwaliteitsbeleid, waaraan de betrokken professionals zich conformeren en waarvan elk tertiaal verslag wordt uitgebracht aan de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.

Zuyderland werkt met een medicatiecommissie, die de kwaliteit van het medicatieproces monitort en de medicatieveiligheid borgt. Ook onderhoudt deze de betreffende protocollen en werkinstructies. De medicatiecommissie kent een multidisciplinaire ketensamenstelling. Ook werkt Zuyderland met een MIC/PRISMA-commissie, die stuurt op lerend vermogen en preventief handelen door incidenten te analyseren en te vertalen naar het zorg- en ondersteuningsaanbod. Staffunctionarissen 'kwaliteit' dragen zorg voor deze vertaling, zowel beleidsmatig als praktisch.

Onderdeel van het zorgplan is de zogenoemde risicosignalering. Aan de hand van deze signalering worden risico's (o.a. vallen, ondervoeding en decubitus) in samenspraak met de cliënt in kaart gebracht en vertaald naar gerichte acties. Deze acties zijn preventief van aard. In het verlengde hiervan en met het oog op zelfredzaamheid, worden indien mogelijk technische hulpmiddelen besproken en ingezet.

Teneinde de veiligheid van de zorgrelatie te borgen, heeft Zuyderland een aantal concrete processen ingericht. De 'leidraad veilige zorgrelaties' en de procedures 'huiselijk geweld' (incl. meldcode) en 'klachten' (incl. klachtenfunctionaris en klachtencommissie) zijn hier voorbeelden van. Per regio zijn hier aandachtsfunctionarissen voor benoemd. Daarnaast stuurt Zuyderland volgens landelijke protocollen en wetgeving op thema's zoals infectiepreventie en het verwerken van persoonsgegevens.

In de thuissituatie van cliënten hanteert Zuyderland een non-fixatiebeleid. De Wet zorg en dwang, die de rechten bij onvrijwillige zorg regelt, is onderzocht en niet van toepassing, daar Zuyderland geen onvrijwillige zorg en ondersteuning levert.

**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.).**

Zuyderland werkt met een op de praktijk toegespitste backoffice en in een volledig digitale omgeving. Zo zijn alle medewerkers voorzien van een diensttelefoon en tablet. Op die manier hebben zij de mogelijkheid om op elk gewenst moment het ECD van cliënten in te zien en bij te werken, het kwaliteitsportaal te raadplegen (o.a. protocollen) en te communiceren met andere medewerkers (o.a. teamchat). Ook faciliteert de digitale omgeving het opstellen van 'real time' rapportages, zodat gerichte sturing kan plaatsvinden.

Tijdens de intake voert de wijkverpleegkundige of casemanager dementie een zogenoemde 'arbocheck' uit, die toeziet op een veilige werkomgeving en kan resulteren in gerichte acties. Ook stuurt Zuyderland volgens (landelijke) protocollen en wetgeving en middels werkgroepen en commissies op thema's zoals agressie en infectiepreventie. Daarnaast worden nieuwe ontwikkelingen in teamoverleggen gepresenteerd dan wel getraind. Om cliënten van kwalitatief hoogwaardige zorg en ondersteuning te kunnen blijven voorzien, investeert Zuyderland in nieuwe werkwijzen, ter ontlasting van medewerkers alsook ter bevordering van de zelfredzaamheid van cliënten. Slimmer organiseren krijgt in dit kader vorm door taakintegratie, procesoptimalisatie en E-health.

***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.**

Zuyderland heeft de zorg en ondersteuning georganiseerd in (wijk)teams. Door een juiste samenstelling in functies en competenties kunnen deze teams elke vraag van een passend antwoord voorzien. Maandelijks komt het gehele team bij elkaar ten behoeve van kennisdeling, casuïstiekbespreking en behoeftebepaling. De wijkverpleegkundige stuurt zodoende op het lerend vermogen van het team. Ook nemen de wijkverpleegkundigen deel aan het programma 'intercollegiaal toetsen', dat zich richt op onderlinge kennisdeling op het vlak van indiceren en evalueren. De ontwikkeling van de casemanagers dementie wordt vooral door periodieke casuïstiekbespreking met een sociaal geriater en intervisie met een geestelijk verzorger gevoed.

Zuyderland besteedt volop aandacht aan scholing: via het leerplein, de in- en doorstroom van medewerkers middels maatwerkopleidingen en het aanbieden van gerichte training omtrent de thema's dementie en psychiatrie. Ook de samenwerking met het onderwijs en wetenschappelijk onderzoek draagt bij aan het scholingsaanbod. De programma's 'employability', dat zich richt op



het effect van leiderschapsgedrag op medewerkers, en 'Learning Innovation Nurses Climate', dat zich richt op het leerklimaat binnen (wijk)teams, zijn hier voorbeelden van. Daarnaast kent de organisatie een sterke focus op regie over eigen gedrag en het nemen van verantwoordelijkheid.

Voor de organisatie en uitvoering van de verschillende scholingsprogramma's kan Zuyderland putten uit een enorme hoeveelheid aan kennis en kunde binnen de organisatie, die ook de ziekenhuistak omvat. Waar dit van toegevoegde waarde is, daar betreft Zuyderland externe expertise.

- 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.**

Zuyderland communiceert en publiceert zijn kwaliteitsbeleid in het kwaliteitsverslag. Bij de evaluatie van dit beleid alsook bij het vaststellen van de thema's betreft het de medezeggenschapsorganen (ondernemingsraad en cliëntenraad).

De uitdagingen in de zorgmarkt vergroten het belang van samenwerking in de keten. Binnen de regio is daartoe een sterke basis gelegd middels een bestuurlijke samenwerking tussen alle betrokken zorgaanbieders. Zuyderland is breed vertegenwoordigd in de diverse stuur- en werkgroepen, waarbij de samenwerking met collega's MeanderGroep en Envida is geïntensiveerd. Ook maakt Zuyderland deel uit van de Academische Werkplaats Ouderenzorg (AWO), een samenwerking tussen Universiteit Maastricht en alle grotere V&V-aanbieders in de regio. De projecten die geïnitieerd worden vanuit de AWO vinden ook hun uitwerking in de wijkteams.

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

Zuyderland beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem en is HKZ-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 zorgprofessional in de afstemming met externe partijen en zorgprofessionals van andere zorgorganisaties.**

Zuyderland is continu bezig met het ontwikkelen en verbeteren van het zorg- en ondersteuningsaanbod. Ontwikkelingen op de werkvloer, de samenwerking met partners in het netwerk en wijzigingen in wet- en regelgeving staan daarbij centraal. De organisatorische vertaling is voor een belangrijke deel weggelegd bij het operationeel management en de



wijkverpleegkundigen, die fungeren als verbinding tussen de front- en backoffice. De communicatiestructuur met een maandelijks managementoverleg, operationeel overleg, wijkverpleegkundig overleg (regionaal) en wijkteamoverleg borgt goede overdracht en feedback. Periodieke managementrapportages op elk niveau bieden de betrokkenen stuurinformatie.

Zuyderland evalueert zijn samenwerking met partners in het netwerk op regelmatige basis, zowel organisatorisch als inhoudelijk. Op die manier worden uitdagingen gedeeld en oplossingen in nauwe samenhang gezocht.

**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 van Zuyderland werkt conform de Zorgbrede Governance Code en is eindverantwoordelijk voor de toepassing van het kwaliteitskader. De Raad van Toezicht ziet hier actief op toe.

***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.**

Aandacht voor de tevredenheid van cliënten is onlosmakelijk verbonden met het zorg- en ondersteuningsaanbod van Zuyderland. De NPS is één van de gehanteerde indicatoren en wordt structureel gemeten op drie verschillende wijzen: tijdens de halfjaarlijkse evaluatie met cliënten, bij het beëindigen van de zorg én middels het jaarlijks terugkerend cliënttevredenheidsonderzoek.

**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.**

Cliëntervaringen zijn onderdeel van de periodieke evaluaties van het zorgplan. Per 2023 worden deze ervaringen ook middels een jaarlijks cliënttevredenheidsonderzoek conform de PREM-methodiek verzameld.