



Eindverslag vooronderzoek (zorg)leefplan ‘waardigheid en trots’

Een visie alleen is niet genoeg

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	
1.1	Doelstelling	2
1.2	Onderzoeksopzet	2
2.	Algemene informatie	
2.1	Achtergrond zorgleefplan	3
2.2	Wettelijk kader	3
3.	Literatuurstudie	
3.1	Algemene informatie over zorgleefplan	5
3.2	Cliënt en mantelzorger/contactpersoon	6
3.3	Cliëntenraad	7
3.4	Professionals	8
3.5	Zorgaanbieders	9
3.6	Zorgkantoren	11
3.7	Inspectie voor de Gezondheidszorg(IGZ)	11
4.	Meldpunt	
4.1	LOC Zeggenschap in zorg	14
4.2	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland	14
5.	Invitational conference	
5.1	Verslag invitational conference	16
5.2	Reacties naar aanleiding van conference	17
6.	Gesprekken	
6.1	Samenvatting gesprekken	19
7.	Conclusies, aanbevelingen en het vervolg	22
Bijlage 1	Producten zorgleefplan	
Bijlage 2	Volledige reacties bij literatuurstudie	
Bijlage 3	Verslag meldpunt V&VN	
Bijlage 4	Aanwezigen invitational conference	
Bijlage 5	Verslag invitational conference	
Bijlage 6	Voorbeeld Persoonlijk plan Meriant (conceptversie)	

1. Inleiding

1.1 Doelstelling

In het plan van aanpak kwaliteit verpleeghuiszorg 'Waardigheid en trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen' staat dat er een zorgleefplan komt waar cliënten zelf eigenaar van zijn. Het ministerie van VWS heeft besloten een inventariserende voorfase in te bouwen, uit te voeren door LOC Zeggenschap in zorg.

In de praktijk blijkt dat er veel begripsverwarring is over zorgleefplannen. LOC heeft in opdracht van het ministerie van VWS een vooronderzoek gedaan naar het gebruik van zorg(leef)plannen in de praktijk.

De opdracht aan LOC bestond uit het doen van een literatuurstudie, het voeren van gesprekken met sleutelpartijen en sleutelfiguren en het organiseren van een invitational conference. Ook is er zowel bij Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en LOC Zeggenschap in zorg een meldpunt gestart.

Dit vooronderzoek heeft als doel om meer informatie te verkrijgen over het gebruik van het zorg(leef)plan in de praktijk. Wat is er al (best practices), wat is er voor nodig om de cliënt eigenaar te maken van zijn zorgleefplan.

Wij formuleren de doelstelling als volgt:

Door middel van een vooronderzoek naar het gebruik van zorgleefplannen in de praktijk en de rol van de cliënt worden aanbevelingen en een concreet voorstel voor vervolg geformuleerd.

1.2 Onderzoeksopzet

In het eerste deel van het onderzoek heeft LOC een literatuurstudie gedaan. Er is daarbij gekeken naar de volgende punten:

- Wat zijn de ervaringen met het zorgleefplan tot nu toe? Wat werkt goed?
- Waar ervaren hulpverleners, cliënten, mantelzorgers, medici en managers in de praktijk knelpunten?
- Hoe is de relatie tussen het persoonlijk plan, het zorgleefplan en het behandelplan?
- Hoe kunnen we zorgen dat de plannen ook elektronisch bereikbaar zijn?
- Welke initiatieven zijn er al?

Er hebben interviews plaatsgevonden met vertegenwoordigers van relevante organisaties en deskundigen. Ook zijn er per e-mail vragen uitgezet.

V&VN en LOC Zeggenschap in zorg hebben een meldpunt geopend om ervaringen met zorg(leef)plannen te melden.

Er is op 13 augustus 2015 een invitational conference georganiseerd. Doel van deze bijeenkomst was het met elkaar bespreken wat er nodig is om tot een goed werkend persoonlijk plan, zorgleefplan en behandelplan te komen, waarbij de cliënt eigenaar is.

Door de korte periode van het onderzoek (juli-augustus 2015) en de vakantieperiode is het niet mogelijk gebleken om vertegenwoordigers van alle relevante organisaties en deskundigen te spreken. Er is daarom ook gekozen om telefonische interviews af te nemen en door middel van e-mail beantwoording van de vragen te krijgen.

2 Algemene informatie

2.1 Achtergrond zorgleefplan¹

De verpleeghuizen vinden hun oorsprong in een afsplitsing van ziekenhuiszorg voor mensen die langdurige zorg nodig hadden bijvoorbeeld vanwege hersenletsel of om te revalideren na een gebroken heup. Dit betekent dat de zorg in het verpleeghuis oorspronkelijk op de zorg in een ziekenhuis is gebaseerd: somatische zorg met een medisch en verpleegkundige inslag. In het verpleeghuis is men dan ook gewoon te werken met een verpleegplan of verpleegkundig dossier. Het verpleeghuis had verpleegkundigen, ziekenverzorgenden en artsen in huis.

De verzorgingshuizen, voorheen bejaardenoorden hebben een heel andere oorsprong. In eerste instantie ging het om bejaardenhuizen waar mensen van 65 jaar en ouder terecht konden. Dit om hun kinderen niet tot last te zijn en ook om de woningnood te verlichten. Zorg was hier zeer beperkt. Op het moment dat het verzorgingshuizen werden, werd er een vorm van (echte) zorg geboden. Daarbij ging het vooral om eerstelijnszorg met huisarts en wijkapotheek. De bejaardenverzorgende had een basiszorgopleiding puur gericht op de algemene dagelijkse levensverrichtingen.

Toen er eind jaren negentig in de verzorgingshuizen bedden kwamen voor verpleeghuiszorg is in de verzorgingshuizen een professionalisering gekomen op het gebied van complexe zorg waarmee ook het zorgplan werd ingevoerd. Dit laatste is echter nooit goed gelukt vanwege onvoldoende aansluiting tussen gevolgde opleiding en praktijk en onvoldoende erkenning van het nut van een zorgplan. Dit in tegenstelling tot het verpleeghuis dat op dat moment een volwaardig zorg-/verpleegplan kende waarbij de nadruk lag op de professionele kant: de overdracht en planning van zorg door professionals.

Sinds 2004 is, met de komst van Normen verantwoorde zorg het cliëntenperspectief toegevoegd aan het zorg-/verpleegplan. Dit heeft gemaakt dat het plan verschillende doelen heeft:

- het plannen van zorg via Plan Do Check Act, ofwel de PDCA cyclusmethode met SMART geformuleerde doelen;²
- het maken van afspraken met de cliënt vanuit cliëntenperspectief;
- het beschrijven van het levensverhaal van de cliënt - vaak in de vorm van een levensboek;
- het bewaken van de medische zorg via observaties en dagrapportages.

De consequentie hiervan is dat het een dik complex plan is waarmee vanuit verschillende perspectieven gewerkt moet worden en dat verschillende doelen dient.

2.2 Wettelijk kader

Het zorgleefplan is een hulpmiddel om vraaggericht zorgverlening te kunnen bieden aan cliënten. Individuele wensen staan centraal. In het zorgleefplan staat hoe een cliënt zijn leven wil leiden en welke ondersteuning hij daarbij nodig heeft.³ Het zorgplan en medisch dossier kunnen gezien worden als onderdelen van het zorgleefplan.

Relevante wet- en regelgeving zijn de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Wet langdurige zorg. ActiZ, BTN, Consumentenbond en LOC Zeggenschap in zorg hebben Algemene leveringsvoorwaarden voor zorg met verblijf met elkaar afgesproken. Hieronder volgt een korte beschrijving van bepalingen die betrekking hebben op het dossier, het zorgplan en het zorgleefplan.

¹ Bron: A. Jonkers, Inspectie voor de gezondheidszorg

² SMART: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdsgebonden.

³ Overal waar hij of zijn staat, kan zij of haar gelezen worden.

De Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst gaat over de afspraken die de hulpverlener met een patiënt/cliënt maakt over geneeskundige handelingen. Dit wordt het behandelplan genoemd.

De hulpverlener maakt een dossier waarin afspraken en uitvoering van de afspraken staan naast andere zaken die voor een goede hulpverlening nodig zijn.

In de Wet langdurige zorg wordt een onderscheid gemaakt tussen het dossier en het zorgplan. In het dossier staat welke zorg aan de cliënt wordt verleend en in het zorgplan staan afspraken over:

- doelen;
- verantwoordelijke zorgverleners, wijze van afstemming en wie aanspreekbaar is op de zorg;
- inrichting van het leven van de cliënt en de te ontvangen ondersteuning;
- het persoonlijk plan dat de cliënt kan inbrengen.

De afspraken met de cliënt moeten tweemaal per jaar geëvalueerd en geactualiseerd worden. Bij het maken van het persoonlijk plan en het zorgplan kan de cliënt gebruikmaken van cliëntondersteuning.

Het zorgkantoor en de zorgaanbieder moeten de cliënt erop wijzen dat hij een persoonlijk plan in kan brengen en dat hij daarbij ondersteuning kan krijgen.

In de Algemene leveringsvoorwaarden staat het zorgleefplan. Dit plan heeft tot doel de kwaliteit van leven van de cliënt te ondersteunen en sluit zoveel mogelijk aan bij diens persoonlijke wensen en mogelijkheden. Het zorgleefplan beschrijft:

- de gezondheidssituatie van de cliënt;
- de prognoses daarvan en de risico's;
- de afspraken over de zorg en indien er sprake is van geneeskundige handeling, de uit te voeren verrichtingen;
- de disciplines die bepaalde handelingen op een bepaald tijdstip uitvoeren;
- het aanspreekpunt voor de zorg;
- de familieleden of anderen die bij de zorgverlening zijn betrokken en worden geïnformeerd.

Het zorgleefplan wordt ten minste eenmaal per jaar geëvalueerd en geactualiseerd.

3. Literatuurstudie

3.1 Algemene informatie zorgleefplan

Over het zorgleefplan is veel informatie te vinden. De informatie gaat met name over het zorgleefplan als instrument. In de literatuur worden verschillende benamingen gebruikt voor een zorgleefplan. Het doel is altijd het vastleggen van afspraken, werkzaamheden ten behoeve van het leven van de cliënt. De methodiek kan verschillend zijn. En aantal voorbeelden van benamingen zijn:

- leefplan;
- zorgleefplan;
- leefzorgplan;
- zorg-/behandelplan;
- persoonlijk plan;
- individueel (zorg)plan.

Daarnaast zien we verschillende benamingen voor het volledig dossier waarin de cliëntgegevens en het zorgleefplan zitten:

- zorgdossier;
- behandeldossier;
- elektronisch cliëntendossier;
- persoonlijk gezondheidsdossier.

Er zijn verschillende organisaties die modellen hebben ontwikkeld. Enkele voorbeelden zijn:

- Zorgleefplan verantwoorde zorg (ActiZ);
- Belevingsgericht zorgplan (IMoz);
- Leefplan (Artemea);
- Model voor een cliëntgericht zorg/leefplan(Ieder(in), NPCF, PGO support, LPGGz, Vilans 2015).

Er zijn er verschillende aanvullingen op bestaande plannen gemaakt zoals:

- Bewegingsgerichte zorg in praktijk brengen met het zorgleefplan (V&VN, ActiZ, KNGF/NVFG en LOC Zeggenschap in zorg, 2013);
- Formulier mantelzorg in het zorg(leef)plan (IKZ, Vilans, BRIZ).

LOC Zeggenschap in zorg heeft met Artemea een leefplanbrochure gemaakt voor cliënten en mantelzorgers om hen te helpen met de zorgaanbieder in gesprek te gaan.

Zo veel als er in de literatuur te vinden is over de verschillende instrumenten, zo weinig is er te vinden over onderzoek naar het werken met zorgleefplan. Er is door Prismant een telefonische verkenning gedaan naar de inbreng van de cliënt bij zorgplannen (2006). Enkele aanbevelingen zijn:

Het gebruik van zorgplannen is de laatste jaren duidelijk verbeterd. Het ministerie van VWS zou het veld kunnen helpen bij de introductie van uniforme terminologie ten aanzien van bijvoorbeeld de formele zorgovereenkomst, het zorgplan en het activiteitenplan.

Gezien de diversiteit van de gehanteerde zorgplanmethodieken verdient het de aanbeveling te onderzoeken of het introduceren en implementeren van een uniform zorgplan voor de langdurige

zorg wenselijk is. Het zou de overdraagbaarheid en de informatie-uitwisseling tussen instellingen en diverse zorgverleners efficiënter maken en bovendien de transparantie naar de cliënten vergroten. Zo kunnen instellingen doelgerichter verder met zorgplannen en kan het zorgplan steeds meer uitgroeien tot een heldere leidraad voor zorgaanbieders.

Verder is er een evaluatie van de Algemene Maatregel van Bestuur Besluit zorgplanbespreking in 2013 verschenen.⁴ Hierin staan een aantal aanbevelingen.

- Ga na of het zorgplan (nog) meer toegespitst kan worden op de cliënt door begrijpelijk en toepasselijk taalgebruik te hanteren, het plan vanuit het perspectief van de cliënt op te stellen en waar mogelijk alternatieve communicatiemiddelen in te zetten.
- Gebruik het zorgplan als levend document en voer hierover doorgaand de dialoog met de cliënt of zijn of haar vertegenwoordiger.
- Gebruik het zorgplan niet (primair) voor verslaglegging, bewijslast voor het voldoen aan weten regelgeving of verantwoording.
- Combineren van doelen kan, zo lang het primaire doel het versterken van de regierol van de cliënt blijft. Maak bijvoorbeeld onderscheid tussen een cliëntdossier en het zorgplan.
- Maak gebruik van de bestaande vormvrijheid. Blijf gehanteerde formats doorontwikkelen zodat gewerkt kan worden aan het vinden van een optimale balans tussen het opstellen, afspreken én vastleggen van de doelen van de zorg zonder aanvullende lasten uit het oog te verliezen. Digitalisering van zorgplannen kan hier een impuls aan geven.
- Ga na in welke mate strikt sturen op formele ondertekening van het zorgplan van toegevoegde waarde is voor de cliënt. Een alternatief om betrokkenheid van de cliënt aan te tonen, is om de cliënt zelf (indien mogelijk) een deel van het zorgplan op te laten stellen.
- Informeer de cliënt over zijn of haar rechten met betrekking tot het zorgplan en de bespreking daarvan. Teveel cliënten zijn niet op de hoogte van de mogelijkheid een klacht in te dienen naar aanleiding van de zorgplanbespreking.
- Ga na of zorgverleners voldoende geëquipeerd zijn om met het zorgplan te werken en de dialoog met de cliënt te voeren. Indien dit onvoldoende het geval is, kan bijscholing op dit gebied van meerwaarde zijn.

We hebben dit deel van het vooronderzoek met name gericht op wat er is verschenen over ervaringen met het zorgleefplan. Wij hebben daarbij gebruikt gemaakt van rapporten van de Inspectie voor de gezondheidszorg, het eindrapport Ouderen aan zet van LOC en Perspectief en de Zorgleefplanwijzer en websites van zorgaanbieders en zorgkantoren.

Hieronder vindt u de ervaringen die we daar gevonden hebben gegroepeerd naar de verschillende doelgroepen.

3.2 Cliënt en mantelzorger

Het blijkt dat cliënten en mantelzorger / contactpersoon worden betrokken bij de opzet van het zorgleefplan maar dat zij zich geen eigenaar van het plan voelen. Ze vinden het in gesprek gaan en afstemmen belangrijker dan de afspraken die op papier staan. Het zorgleefplan wordt wel als belangrijk ervaren in conflictsituaties om te wijzen op afspraken en ervoor te zorgen dat afspraken worden nagekomen.

Ouderen ervaren meer grip op hun eigen leven op momenten dat zij een medewerker persoonlijk kunnen aanspreken op de manier waarop ze ondersteund wensen te worden. De persoonlijke interactie bevestigt, versterkt of ondermijnt de zeggenschap. Het zorgleefplan als zodanig speelt

⁴ Deloitte, 2013

hierbij geen rol. Bij onduidelijkheid of onenigheid wordt dan wel het zorgleefplan geraadpleegd en eventueel bijgesteld.

Ook blijkt uit een onderzoek dat wat de mantelzorger / contactpersoon belangrijk vindt niet altijd spoot met dat wat de cliënt belangrijk vindt.⁵

Voor de meeste ouderen is een elektronisch dossier / zorgleefplan niet de meest voor de hand liggende manier om afspraken vast te leggen. Afspraken op papier zijn in de regel veel toegankelijker voor ouderen. En vaak ook voor de mantelzorger / contactpersoon.

Met een verwijzing naar de privacy geven zorgaanbieders cliënt (en contactpersoon) geen directe toegang tot het elektronisch dossier. Gevolg is dat de oudere of zijn contactpersoon alleen samen met een medewerker zijn dossier in kan kijken. Vaak op het kantoor van het personeel.

Ook hebben cliënt en contactpersoon moeite met het taalgebruik. Zij vinden het vaak te vakgericht.

Hoewel een digitaal zorgleefplan een extra afstand creëert, is het niet zo dat een papieren exemplaar automatisch betekent dat de oudere meer eigenaar is of zich meer eigenaar voelt van zijn zorgleefplan.

Het formulier Mantelzorg⁶ in het zorgleefplan wordt door mantelzorgers als prettig ervaren. Zij worden zich daardoor meer bewust van hun kwetsbare positie en geven aan dat ze door het gesprek erover erkenning ervaren voor hun zware taak. Iets waaraan zij behoefte hebben. Ook melden enkele mantelzorgers dat ze door het gesprek bij het gezamenlijk invullen van het formulier met de (wijk)verpleegkundige een ander en beter contact hebben gekregen. Ze kunnen makkelijker aangeven dat zij iets moeilijk vinden of dat zij de zorg zwaar vinden.

Reactie van een cliënt:

Ik weet dat er een plan is maar kijk er echter nooit in. Ik vind het belangrijker om met elkaar in gesprek te gaan. Iedere dag is anders.

Reactie van een mantelzorger:

Ik ben betrokken bij het zorgleefplan bij de opname van mijn vader. Ik heb het plan daarna niet meer ingezien. Wel ben ik naar een aantal bijeenkomsten geweest. Er werd gevraagd wat er goed ging en waar verbeteringen nodig zijn. Ik heb nog nooit gemerkt dat er iets met mijn opmerkingen gedaan is. Ik zie het nut er ook niet meer zo van in. Af en toe krijg ik een mail van de verzorging maar begrijp vaak niet wat ze bedoelen, termen als bewegingsgericht werken en tovertafel zeggen me niets.

3.3 Cliëntenraad

Cliëntenraden hebben een verzwaard adviesrecht met betrekking tot het zorgleefplan. Daarbij gaat het om het soort plan, de inrichting en de manier van werken met het plan. Omdat onderwerpen als een zorgleefplan en elektronisch dossier meestal organisatiebreed geregeld worden, is het de centrale cliëntenraad die hierover gaat.

⁵ Onderzoek door NHL gedaan in opdracht van de Centrale Cliëntenraad van Zorggroep Oude en Nieuwe land

⁶ IKZ, Vilans en BRIZ, juli 2012

Er is weinig informatie te vinden over de ervaringen van cliëntenraden met het zorgleefplan. Wel weten we uit onze contacten dat cliëntenraden zich weinig bezighouden met het zorgleefplan en dat zij soms wel en soms niet gevraagd worden te adviseren over een nieuwe opzet van het zorgdossier of het zorgleefplan. Hetzelfde geldt voor de invoering van het elektronisch cliëntendossier.

Reactie lid cliëntenraad:

Met de opmerking over het zorgleefplan raak je ongeweten een gevoelige snaar. Het was nog niet ingevoerd of het is al weer afgeschaft. Daar waren verschillende redenen voor. Het zorgkantoor zei dat er uitgegaan moest worden van de zelfredzaamheid en daarvoor is het nieuwe model opgezet volgens de zelfredzaamheidsmatrix. De IGZ zei dat er SMART(-er) moest worden gerapporteerd en daar leent het nieuwe model zich beter voor, hoopt men. Omdat er flink tijdsdruk op de wijzigingen staat, is de cliëntenraad er dit keer niet bij betrokken. Het kan verkeren.

3.4 Professionals

In zorgleefplannen worden vaak vier domeinen gebruikt. Dit zijn het mentale welbevinden van de cliënt als persoon, het lichamelijk gevoel van welbevinden en gezondheid, daginvulling en onderhouden sociale contacten en de woon- en leefomstandigheden. Waar de domeinen bedoeld zijn om alle elementen van het leven te omvatten, lijkt het erop dat deze ordening met een opsomming van die elementen de professional vaak belemmert in het denken over wie iemand nu echt is, hoe hij zijn leven geleefd heeft en nog wil leven. Zo systematisch weergegeven leidt het eerder tot het afvinken van de rijtjes dan het denken over wat kwaliteit van leven voor iemand betekent. De lijst wordt dan gebruikt om de vragen af te lopen en niet als instrument om in gesprek te gaan.

Professionals zijn positief over het gebruik van een elektronisch cliëntendossier. Het is overzichtelijk en verbanden zijn gemakkelijk terug te zien. Voorwaarde voor een goed gebruik is scholing van de gebruikers en afspraken over wie welke bevoegdheden heeft.

Medewerkers geven aan dat er nog veel vanuit beperkingen wordt geformuleerd. Dit zou moeten vanwege de financiering en de verantwoording. Ook ligt de nadruk met name op de (medische) zorg en niet op de kwaliteit van leven, welzijn en welbevinden.

Het zorgleefplan vraagt nog wel aandacht in het elektronisch dossier. Daarbij gaat het om het verschillend taalgebruik van professionals en de mogelijkheden van inzage door cliënten en contactpersoon.

Door de invoering van een ECD kan het voorkomen dat er (financiële) keuzes worden gemaakt om levensverhalen niet in te voeren in het systeem. De levensverhalen komen hiermee te vervallen. Professionals geven aan dat een levensverhaal/levensboek⁷ een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van leven van een cliënt en zijn netwerk. De voorkeur gaat uit naar een papieren versie.

⁷ Een levensverhaal vertelt de persoonlijke levensgeschiedenis van iemand. Het levensboek is daar het tastbare resultaat van.

Door te vertellen over het eigen leven geeft de verteller het verleden een betere plek, versterkt het zelfbeeld en identiteit en verstevigt de relatie met familie en sociaal netwerk (mantelzorgers, vrijwilligers, ...).

Ook voor de zorgprofessional is het vastleggen van het levensverhaal van belang. Het kennen van het levensverhaal van de cliënt zorgt voor meer begrip, een betere omgang en afstemming van de zorg.

Voor medewerkers in de zorg is de Kwaliteitsstandaard Levensvragen ontwikkeld die deze uitgangspunten ondersteunt.

Ondanks de afspraken in het zorgleefplan komen professionals deze niet altijd na. Hier geven zij verschillende redenen voor. De cliënt wil het die dag graag anders, een medewerker doet het op zijn eigen manier, een medewerker heeft geen overdracht gehad of weet niet wat de veranderingen zijn.

Het formulier Mantelzorg in het zorg(leef)plan is uitgebreid getest onder (wijk)verpleegkundigen in de thuiszorg. Zij zijn hierover enthousiast omdat het formulier op eenvoudige en snelle wijze een helder beeld geeft van de situatie van de mantelzorger.

Reactie medewerker welzijnszorgorganisatie:

'We werken ook nog steeds met de leefplannen van Artemea. Wel hebben we wat aanpassingen gedaan om het praktischer te maken. Zo is er nu een cliëntkaart, waar alleen dagelijkse afspraken op staan en het leefplan is een verlengstuk op de cliëntkaart geworden. Ik moet zeggen dat dit een goede verbetering is.'

Reactie beleidsadviseur en verzorgenden:

Het hele cliëntdossier is flink uitgedund. Het persoonlijk plan met de informatie over de cliënt hebben we teruggebracht van vijftien pagina's naar zes. Wat is er belangrijk voor de cliënt en welke informatie heeft een medewerker nodig om de zorg aan de cliënt te leveren? Diezelfde lijn volgen we bij de behandeladviezen van de artsen en paramedici. De volledig uitgeschreven analyse bewaren zij in hun eigen dossier, in het cliëntdossier komt alleen informatie die van belang is voor de zorgmedewerkers.

Reactie verzorgenden over het elektronisch dossier:

De verzorgende laat zien dat het methodisch werken door het nieuwe elektronisch zorgdossier echt een impuls heeft gekregen: 'Als je gaat rapporteren, heb je alle doelen overzichtelijk voor je op het scherm. Je rapporteert op de doelen waarop iets veranderd is of iets bijzonders te melden valt. Degene die de rapportage leest, kan door naast de rapportage op een paperclipje te klikken, terug te klikken naar het bijbehorende doel.'

'Je hoeft maar weinig te klikken en te zoeken. Als je een zorgdoel wil formuleren, klikt gelijk het schermje met de bijpassende informatie vanuit het betreffende domein van de cliënt open.

Als we eens een keer een weekend op papier rapporteren omdat een nieuwe cliënt nog niet in de cliëntenadministratie is ingevoerd, wordt er gemopperd. Zo normaal is het werken met het ECD al! Het zorgleefplan blijft toch iets waar we aandacht aan moeten besteden. Daarin blijkt de praktijk wat weerbarstig. In de hectiek van de alledag grijpen mensen makkelijk terug naar het oude.'

Filmpjes

Op you tube zijn er filmpjes te vinden over het zorgleefplan.⁸ De filmpjes zijn allemaal gericht op professionals. Het materiaal is gemaakt om hen te laten kennismaken met het zorgleefplan en uit

⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=2kuDtvjrQOY>,
<https://www.youtube.com/watch?v=C2aunKTU4-Q>
<https://www.youtube.com/watch?v=C2aunKTU4-Q>
<https://www.youtube.com/watch?v=awuAf3RHizw>

te leggen hoe het zorgleefplan werkt of hoe te werken met het zorgleefplan. Het is niet duidelijk of deze filmpjes een meerwaarde hebben voor de professionals of bijdragen aan hun deskundigheid. Bij geen van de filmpjes staan reacties.

3.5 Zorgaanbieders

Op bijna alle websites van de zorgaanbieders wordt het zorgleefplan genoemd. De informatie die er staat komt vaak op het volgende neer: er worden afspraken met u gemaakt en deze worden in een zorgleefplan vastgelegd of het zorgleefplan helpt ons om de cliënt, ondanks ziekte of handicap zo te ondersteunen dat het leven zo veel mogelijk kan worden voortgezet als voorheen. Het zorgleefplan zelf is op een enkele website te vinden.⁹

Zorgaanbieders die wijzen op de mogelijkheid van cliëntondersteuning, hebben het over de ondersteuning die zij vanuit de instelling bieden, zoals de regie-ondersteuner en de eerst verantwoordelijk verzorgden. We hebben geen zorgaanbieder gevonden die op zijn site op de mogelijkheid van onafhankelijke cliëntondersteuning wijst.

Er zijn organisaties die een eigen handboek voor de medewerkers hebben ontwikkeld.¹⁰

De zorgleefplannen hebben vaak als doel goede zorg te verlenen en daarmee is het eerder een zorgplan waarbij het gaat over de zorg aan de cliënt en niet over het leven van de cliënt.¹¹ Dat doet onvoldoende recht aan het oorspronkelijke doel van de invoering van het zorgleefplan, namelijk het borgen of vergroten van kwaliteit van leven en zeggenschap in de domeinen: lichamelijk welbevinden, woon- en leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden.

De domeinen uit het kwaliteitskader verantwoorde zorg vormen vaak de basis van het zorgleefplan. Dit komt mede omdat daardoor aan externe toetsingseisen kan worden voldaan.

Daar waar van tevoren misschien de verwachting was dat de opbrengsten van de zorgleefplantoetsingen zouden kunnen leiden tot verbeteringen van de inhoud en het proces van zorgleefplannen, lijkt het erop dat het daadwerkelijke effect van de zorgleefplannen op kwaliteit van leven en zeggenschap zeer gering is. Het zorgleefplan lijkt vaak het systeem te dienen en heeft alleen een echte meerwaarde als aandacht voor 'kwaliteit van leven en zeggenschap' ook door de cultuur van een organisatie gedragen wordt.

In veel organisaties is het zorgleefplan een onderdeel van het digitale zorgdossier of is men bezig dit te doen. Organisaties doen dit onder andere om zo op een effectieve manier met het zorgleefplan verantwoording af te kunnen leggen aan het zorgkantoor.

Deze werkwijze heeft als effect dat het zorgleefplan vooral een instrument van de organisatie wordt.

Reactie manager

Het zorgleefplan is heel belangrijk voor het eenduidig werken. Het geeft veel onrust bij cliënten als de ene verzorgende anders handelt dan de andere. De cliënt is dan een deel van zijn tijd bezig met: wie zal er vandaag komen? Wat kan ik vandaag verwachten? Als de verwachtingen niet uitkomen, is de cliënt ontevreden. Het zorgleefplan helpt om afspraken met de cliënt duidelijk op papier te zetten dus dan is het ook belangrijk dat iedereen zich aan die afspraken houdt. Hier kan ik vele

⁹ Zie bijvoorbeeld: <http://crgeranos.nl/index.php/zorgleefplan>

¹⁰ Zie bijvoorbeeld:

<http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Zorgleefplan/548%20Handboek%20zorgleefplan%20en%20ECD%2011.pdf>

¹¹ Eindrapport Ouderen aan zet

voorbeelden noemen die iedereen zal herkennen, de ene verzorgende helpt een cliënt consequent met de tillift zoals afgesproken in het zorgleefplan, de ander doet het even snel zonder. De één haalt wel een krant voor een bewoner, de ander niet.

Wij leggen nu de nadruk op het nakomen van afspraken. Overleg eerst binnen het team als je denkt dat iets anders moet, kom dan gezamenlijk tot een besluit en handel daarnaar. En ook: val je collega niet af bij een cliënt. Wees betrouwbaar. Je zult zien dat cliënten minder bellen.

3.6 Zorgkantoren

Zorgkantoren geven aan dat zij het belangrijk vinden dat zorg en ondersteuning van de cliënt vorm krijgt vanuit het perspectief van de cliënt. Dat resulteert in zorg die ondersteunend is aan het leven dat de cliënt leidt. Eigen regie en participatie van de cliënt zijn daarbij belangrijke uitgangspunten. Het zorgplan speelt daarbij een centrale rol. Zorgkantoren geven informatie over de bedoeling van het zorgplan en over de onderwerpen die erin moeten staan. Ook wijzen zij op de mogelijkheid van (onafhankelijke) cliëntondersteuning aan.

Zorgkantoren willen dat het zorgplan een instrument van de cliënt is, waarmee de cliënt kan werken aan zijn persoonlijke wensen en ambities en de grip op zijn leven kan versterken. Dit (indien gewenst) met behulp van mensen in zijn omgeving die daar aan kunnen bijdragen.

Zorgkantoren hebben als inkoopthema dat de zorgaanbieder zich in 2015 actief heeft richten op het versterken van mogelijkheden voor cliënten tot eigen regie en participatie. Het zorgplan vormt een weerslag van de in dat kader gemaakte afspraken met de cliënt.

Zorgkantoren spreken met zorgaanbieders over het (persoonlijk) zorgplan. Alle zorgkantoren stellen hiervoor voorwaarden. Zo geven zij een opsomming van wat er in het plan moet staan en hoe deze geformuleerd moeten worden. Ook geven zij aan dat zorgaanbieders systematische programma's kunnen invoeren gericht op gezond leven, vitaliteit en welbevinden. Deze programma's moeten dan wel goed en systematisch geborgd zijn in de organisatie en in het individuele zorgplan van de cliënt.

Bij het volledig pakket thuis (VPT) of het modulair pakket thuis (MPT) beoordeelt het zorgkantoor de voorgestelde zorg van het zorgplan. Ook het persoonlijk plan van de cliënt wordt betrokken bij de beoordeling van de doelmatigheid van het VPT of MPT.

3.7 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

Het zorgplan (ook bekend als behandelplan, leefplan, ondersteuningsplan of begeleidingsplan) is een onderdeel van het zorgdossier. De Inspectie geeft aan dat de inhoud van het zorgplan moet voldoen aan de volgende eisen:¹²

- de zorgaanbieder is verplicht in samenspraak met de cliënt het zorgplan te maken;
- binnen 6 weken na start van de zorgverlening moet de zorgaanbieder een zorgplan hebben opgesteld;
- In het zorgplan moeten in ieder geval de volgende onderwerpen aan bod komen:
 - welke doelen worden binnen een bepaalde periode gesteld op het gebied van zorgverlening; Deze doelen zijn gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;
- op welke concrete wijze willen de zorgaanbieder en de cliënt de gestelde doelen bereiken;
- wie is voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk op welke wijze vindt tussen meerdere zorgverleners afstemming plaats;
- wie kan de cliënt aanspreken op die afstemming;

¹² http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/nieuwe_zorgaanbieders/

- met welke frequentie- en onder welke omstandigheden evalueert en actualiseert de zorgaanbieder de zorgverlening in samenspraak met de cliënt?

Uit verschillende rapportages in 2015 komen met betrekking tot de zorgplannen de volgende punten steeds naar voren:

- de rapportage en de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties hangen onvoldoende logisch met elkaar samen;
- dagelijkse rapportages zijn weliswaar aanwezig maar zijn niet gekoppeld aan de doelen en afspraken in het zorgleefplan;
- niet alle doelen worden geëvalueerd op basis van de behaalde resultaten;
- opdrachten zijn niet altijd op een vaste plaats in het dossier terug te vinden en opdrachten van behandelaars worden niet altijd goed verwerkt en vervolgd;
- de inbreng van sommige deskundigen ontbreekt in het dossier;
- de dossiers bevatten risico-inventarisaties. De risico-inventarisatie met betrekking tot vallen ontbreekt terwijl sommige cliënten een risico op vallen lopen. Digitaal zouden deze wel te zien zijn;
- relevante risico-inventarisaties worden niet standaard gebruikt bij de voorbereiding van het multidisciplinair overleg;
- evaluaties in het multidisciplinair overleg gaan niet of nauwelijks over problemen in de zorg, de doelen of de acties;
- namen van behandelaars ontbreken in rapportages;
- disciplines en verantwoordelijkheden worden niet overzichtelijk vastgelegd bij de verschillende onderdelen van de zorg.

Samenvattend

Zorgkantoren en zorgaanbieders geven via hun websites informatie over het zorgplan.

Zorgkantoren wijzen erop dat cliënten en hun familie ondersteuning kunnen krijgen bij het maken van een zorgplan. De informatie die zorgaanbieders geven is beperkt. Er is vrijwel geen informatie over wat cliënten en hun mantelzorger / contactpersoon hierin zelf kunnen doen en hoe zij dat kunnen doen. Zorgaanbieders geven in deze dus geen handreiking aan cliënten om zelf de regie te nemen.

Er is geen beeldmateriaal voor cliënten en hun mantelzorgers / contactpersoon.

Cliënten en contactpersonen vinden het in gesprek gaan over de zorg het belangrijkste. De wijze waarop dit gebeurt, bepaalt de mate van regie. Het zorgleefplan speelt in deze voor hen geen rol. Daartegenover staat de professional die door de vormgeving van het zorgleefplan het gesprek voert door rijtjes af te lopen en af te vinken. Afspraken op papier maken niet dat afspraken worden nagekomen. Wel helpt het plan bij onduidelijkheid of onenigheid over afspraken cliënten en hun mantelzorgers / contactpersoon om hierover in gesprek te gaan.

De vraag naar uniformiteit in het werken met het zorgleefplan zoals geformuleerd door Prismant zijn wij niet tegengekomen.

De toegankelijkheid van het elektronisch dossier / zorgleefplan is beperkt. Dit komt doordat zorgaanbieders de wijze van toegang bepalen en omdat cliënten en hun contactpersoon de voorkeur geven aan een papieren versie van het zorgleefplan. Ook de inzichtelijkheid is beperkt. Cliënten en hun contactpersoon begrijpen de taal die professionals gebruiken onvoldoende. En de Inspectie geeft aan dat in de plannen doelen, rapportages en resultaten onvoldoende aan elkaar gekoppeld worden en dat informatie ontbreekt en niet overzichtelijk is weergegeven. Het elektronisch dossier wordt vooral gebruik voor de (medische) zorg en niet voor de andere delen van het zorgleefplan. Dit maakt dat professionals het vooral voor het eigen werk gebruiken en

daarbij geen rekening houden met het feit dat het ook een functie voor cliënten en contactpersonen heeft en dat zij mogelijk medegebruiker kunnen zijn.

Specifieke aandacht voor de mantelzorger in het zorgleefplan werkt doordat het daarmee een gespreksonderwerp wordt. De mantelzorger voelt zich gehoord en gezien, de professional heeft zicht op wat de mantelzorger doet en er is ruimte voor wederzijds begrip.

Zorgkantoren stellen eisen aan zorgaanbieders met betrekking tot de inhoud en formulering van het zorgplan. Dit kan maken dat zorgaanbieders het zorgleefplan enkel inzetten om te voldoen aan de eisen van het zorgkantoor en verantwoording af te leggen. Gebleken is dat zorgaanbieders en de cultuur van hun organisatie bepalend zijn voor de wijze waarop het zorgleefplan ingezet wordt. Cliëntenraden zijn zich onvoldoende bewust van de rol die zij kunnen spelen bij het zorgleefplan. Zij kunnen er immers op toezien dat er zodanig met het zorgleefplan gewerkt wordt dat cliënten regie over hun leven kunnen voeren.

4. Meldpunt

4.1 LOC Zeggenschap in zorg

Het LOC meldpunt is medio juli gedurende drie weken opengesteld en onder de aandacht van cliëntenraden gebracht door verschillende media van LOC. Het meldpunt heeft slechts een beperkt aantal meldingen opgeleverd. De oorzaak hiervoor kan liggen aan het tijdstip: de zomer is een periode waarin veel cliëntenraden met vakantie zijn. Ook is het een onderwerp waarvan wet weten dat het cliëntenraden weinig bezighoudt. Vanwege het beperkte aantal meldingen en de uiteenlopende meningen kunnen hier geen conclusies uitgetrokken worden. Een overzicht van de reacties:

- cliëntenraden zijn wel / niet betrokken bij de totstandkoming van de zorgleefplannen;
- cliëntenraden onderzoeken en weten hoe cliënten het plan vinden en cliëntenraden weten dat niet;
- cliëntenraden vinden dat het zorgleefplan (gedeeltelijk) past bij de wensen van cliënten;
- cliëntenraden zijn van mening dat cliënten (gedeeltelijk) de zorg- en dienstverlening krijgen die in het zorgleefplan staat;
- cliëntenraden vinden het zorgleefplan een goed instrument en vinden niet dat het tot meer bureaucratie leidt. Wel vinden zij dat er meer aandacht voor nodig is en dat het toegankelijker moet zijn;
- cliëntenraden geven aan dat de zorg en ondersteuning is veranderd door het werken met het zorgleefplan maar zeggen niet hoe;
- cliëntenraden geven aan dat het werken met het zorgleefplan wel / niet wordt geëvalueerd.

4.2 Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)¹³

V&VN heeft geen meldpunt geopend maar een vragenlijst uitgezet. De vragenlijst is door ruim 400 zorgverleners ingevuld. Kijkend naar hoe verpleegkundigen en verzorgenden het zorg(leef)plan inzetten, is het een instrument dat de cliënt invloed kan geven op de zorg die hij krijgt, omdat het actief wordt gebruikt om samen tot afspraken over de zorg te komen en de gemaakte afspraken en geleverde zorg ook te evalueren. Bijna alle (92%) cliënten of vertegenwoordigers worden betrokken bij het opstellen ervan en ongeveer de helft van de respondenten zet het zorg(leef)plan zo in dat sprake is van een levend document.

Aandachtspunt hierin is het werken met standaarddoelen. Dit is een oplossing voor het feit dat veel verpleegkundigen en verzorgenden de huidige systematiek van noteren lastig vinden.

Aanbeveling: de praktijk van de ouderenzorg is gediend met een methodiek die ondersteunt bij het rapporteren met eenvoudig taalgebruik in alle fases van de methodische cyclus (inventarisatie, planning, uitvoering en evaluatie). Dit bevordert de bruikbaarheid en de toegankelijkheid van het instrument zorg(leef)plan voor zowel cliënten als professionals en komt de uitwisseling tussen beiden en daarmee de cliëntgerichtheid ten goede.

Een groot deel van de cliënten is aan het woord tijdens MDO's en cliënten en vertegenwoordigers maken in voldoende mate gebruik van de mogelijkheid iets te wijzigen in het zorg(leef)plan of daarover een klacht in te dienen.

¹³ het volledige verslag van de meldingen is te vinden in bijlage 3

Aandachtspunt is het inzien van het zorg(leef)plan. Nog een aanzienlijk deel van de cliënten en vertegenwoordigers moet hiervoor moeite doen. Aanbeveling: zorg dat de cliënt altijd een zorg(leef)plan binnen handbereik heeft en hier desgewenst zelf ook in kan schrijven.

Inzet van de cliëntondersteuner staat nog in de kinderschoenen. Dit is niet verrassend gezien de korte termijn dat deze functionaris beschikbaar is voor de ouderenzorg.

Verpleegkundigen en verzorgenden geven veel voorbeelden van onderwerpen waar cliënten invloed op hebben. Deze betreffen vooral de algemene dagelijkse levensverrichtingen, het eten en de dagbesteding. Vraag is of dit ook onderwerpen zijn waar cliënten invloed op willen of dat dit andere onderwerpen zijn.

Terecht geven verpleegkundigen en verzorgenden aan dat invloed geven aan cliënten gedurende de hele dag gebeurt en niet alleen met behulp van het zorg(leef)plan. Verschillende vaardigheden zijn hierbij van belang.

Aandachtspunt bij het geven van invloed is dat verpleegkundigen en verzorgenden ook dilemma's ervaren (weet de cliënt wel wat goed is? Wat als ik het niet eens ben met de wens van de familie?). Aanbeveling: schep in zorgteams ruimte om over deze dilemma's te reflecteren.

Ten slotte geven verpleegkundigen en verzorgenden aan dat het zorg(leef)plan in verschillende organisaties door omvang en complexiteit cliëntgerichte zorg in de weg staat.

Aandachtspunt is hier dat het zorg(leef)plan niet in eerste instantie als verantwoordingsinstrument naar zorgverzekeraars of inspectie moet dienen. De eerste vraag is hier of toezichthouders meer informatie nodig hebben dan nodig is voor het uitvoeren van de zorg. Als dit wel het geval is, dan is de vervolgvraag of verpleegkundigen en verzorgenden de aangewezen functionarissen zijn om deze informatie te verzamelen of dat dit aan administratieve diensten kan worden uitbesteed. De administratie kost tijd die ten koste gaat van (het contact, het gesprek met, de zorg aan) de cliënt.

Aanbeveling: breng het zorg(leef)plan weer terug naar de eenvoudige basisdoel: het samen met de cliënt in kaart brengen van de behoeftes van de cliënt om van daaruit op methodische wijze cliëntgerichte zorg te leveren.

Zorgorganisaties met een duidelijke visie op het bevorderen van de regie van de cliënt door middel van het zorg(leef)plan, zullen deze visie vertalen in beleid dat de regie bevordert.

Verpleegkundigen en verzorgenden worden dan gefaciliteerd vanuit die focus. Daar zullen zorg(leef)plannen bijvoorbeeld vanzelfsprekend op het appartement van de cliënt in te zien zijn en daar wordt gerapporteerd in de taal van de cliënt. In die organisaties is ruimte voor reflectie binnen het team over de dilemma's die professionals ervaren. Bij een kwaliteitscheck van de zorg(leef)plannen is de kritische vraag niet bijvoorbeeld: hebben we alle cliënten aantoonbaar gewogen het afgelopen half jaar, maar wordt de vraag aan de cliënt gesteld: ondersteunt dit plan uw kwaliteit van leven voldoende?

Samenvattend

Bij LOC zijn bijzonder weinig meldingen binnengekomen. Er kunnen dan ook geen conclusies uit opgemaakt worden. Bij V&VN heeft een vragenlijst uitgezet die door ruim 400 mensen is ingevuld. Cliënten en contactpersonen worden betrokken bij het zorg(leef)plan en hebben invloed op de zorg. Hierbij gaat het vooral over algemene dagelijkse levensverrichtingen, eten en dagbesteding. Ook gebruiken cliënten het zorgleefplan. Invloed van cliënten is niet beperkt tot het zorgleefplan maar is een dagelijkse aangelegenheid.

Het zorg(leef)plan zou zich moeten richten op een eenvoudig basisdoel: samen met de cliënt in kaart brengen van de behoeftes van de cliënt om op basis daarvan zorg leveren.

Het werken met het zorgleefplan vereist eenvoud qua methodiek en taal. En zou binnen handbereik van de cliënt moeten zijn.

5. Invitational conference¹⁴

5.1 Verslag Invitational conference

Op 13 augustus heeft LOC een invitational conference georganiseerd over het zorgleefplan in de verpleeghuiszorg. Bij de bijeenkomst waren zo'n 30 mensen aanwezig waaronder cliënten(raden), mantelzorgers, professionals, zorgaanbieders, landelijke organisaties en het ministerie van VWS. De centrale thema's van de invitational waren 'Wat werkt? Wat werkt niet? en Wat is er nodig?' Deze thema's zijn uitgediept aan de hand van stellingen en in kleine gespreksgroepen.

Welke elementen van het zorgleefplan werken?

De overheersende mening was dat het zorgleefplan enkel kan werken als er op een goede manier mee omgegaan wordt. Het gaat vooral om het gesprek met de cliënt, wat is zijn levensverhaal, wat zijn zijn behoeften als het gaat om leven, zorg en welzijn en welke ondersteuning kan hij daarbij gebruiken? Daarnaast is het belangrijk dat het zorgleefplan als een levend plan gezien wordt dat van dag tot dag meegaat in het leven van de cliënt en zijn omgeving, zorgverlening en familie. Ook kan het zorgleefplan zorgen voor eenduidigheid in de de zorg en ondersteuning.

Welke elementen van het zorgleefplan werken niet?

Ook hier bleek dat de wijze waarop cliënten, familie, zorgverleners en zorgaanbieders omgaan met het zorgleefplan bepaalt of het zorgleefplan wel of niet werkt. Zo werkt het niet als het zorgleefplan gezien wordt als een papieren exercitie, als administratieve last, als de nadruk wordt gelegd op verantwoording, als het enkel betekenis heeft als afspraken document en de cliënt uit het oog wordt verloren. Daarnaast werd ook nog gewezen op de taal, de vaktermen en het jargon dat door de cliënt en zijn familie niet te begrijpen zijn. Een enkeling was van mening dat het zorgleefplan zoals het nu is niet werkt vanwege de opbouw die niet gericht is op levensstijl en dagopbouw van de cliënt. Daartegenover staat dat er vele verschillende (zorg)leefplannen zijn en het er vooral om gaat hoe mensen het zorgleefplan beleven, hoe ermee gewerkt wordt en of zorgaanbieders zorgverleners in staat stellen op een goede wijze met het zorgleefplan te werken.

Tijdens het gesprek bleek ook dat het zorgleefplan wordt gebruikt om drie doelen te bereiken. Het zorgleefplan moet ervoor zorgen dat cliënten hun leven zoals zij dat willen kunnen leven en de ondersteuning krijgen die daarbij past. Ook moet duidelijk zijn welke afspraken er zijn en duidelijk is hoe er gewerkt wordt. En ten slotte moet het plan ervoor zorgen dat de hulpverlening kan samenwerken en af kan stemmen. De vraag is of deze drie doelen in gelijke mate bereikt kunnen worden omdat in de praktijk blijkt dat er meestal een te zware nadruk op de realisatie van één van de drie doelen gelegd wordt.

Als laatste belemmeringen werd nog gewezen naar de zorgkantoren die allerlei eisen stellen aan het zorgleefplan en de zorgaanbieders die medewerkers niet faciliteren en ook allerlei regels stellen. De Inspectie krijgt hiervan vaak de schuld terwijl zij alleen kijkt naar de toepassing en handhaving.

Wat is er nodig om ervoor te zorgen dat het zorgleefplan gaat werken?

De regie over het zorgleefplan zou bij de cliënt en zijn vertegenwoordiger moeten liggen, waarbij de cliënt bij het maken van het plan gebruik kan maken van cliëntondersteuning. Het gaat dus niet zozeer om het eigenaarschap als wel de sturing en het bepalen van de inhoud. Dit betekent ook dat de zorgverlening en de zorgaanbieder de cliënt in staat moeten stellen de regie te voeren en hem hierin te ondersteunen.

¹⁴ Zie voor een lijst van aanwezigen bijlage 4 en voor het verslag bijlage 5

Tijdens de gesprekken zijn ook verschillende hulpmiddelen genoemd. Zo kan een zorgleefplan meer zijn dan tekst en aan betekenis winnen wanneer foto's, films en verhalen gebruikt worden. De (elektronische) toegang tot het zorgleefplan moet gemakkelijk zijn voor cliënt en vertegenwoordiger of mantelzorger kan verbeterd worden. Apps en een familienet dragen bij aan de continue dialoog en betrokkenheid bij de cliënt, zijn leven en zijn zorg.

Ook de zorgverlening moet in staat gesteld worden op een goede manier met het zorgleefplan om te gaan. Zo zou er in de opleiding aandacht besteed moeten worden aan eigen regie, het voeren van de dialoog met de cliënt, het achterhalen van de wensen van cliënten en de samenwerking met de familie.

De zorgaanbieder moet vertrouwen in het vakmanschap van de verzorgende hebben, hem de regie over zijn werk geven, hem meenemen in de ontwikkelingen, hem de tijd geven een echte dialoog te voeren met de cliënt en zijn vertegenwoordiger en de mogelijkheid bieden om met anderen te reflecteren op het maken en werken met het zorgleefplan.

5.2 Reacties naar aanleiding van de Invitational Conference

Het zorgleefplan kan een bijdrage leveren aan “leven in waardigheid en veiligheid, vrij van discriminatie, eenzaamheid, geweld, verwaarlozing en zo autonoom mogelijk”. Het zorgleefplan is een manier om medezeggenschap te versterken en dialoog met de cliënt te voeren. Voor niet westerse migranten en ouderen met lage gezondheidsvaardigheden is de huidige vorm niet begrijpelijk. Teksten geschreven in eenvoudige taal, beelden materiaal en de inzet van verhalen is noodzakelijk om dit instrument voor deze doelgroepen optimaal en effectief in te kunnen zetten. Daarnaast is gebleken dat verzorgenden cultuursensitief moeten kunnen werken.¹⁵

Het gaat om de dialoog en het ondersteunen van de cliënt om zijn leven te kunnen leiden. Het zorgleefplan kan in verschillende vormen bestaan. Iedere methodiek die daar bij helpt is goed.

Samenvattend: *Wat liep als een rode draad door de bijeenkomst?*

Een goed zorgleefplan begint met het leven van de cliënt. Keer op keer werd tijdens de bijeenkomst gezegd dat het nodig is je te verdiepen in zijn levensgeschiedenis. Wat heeft hij gedaan, waar heeft hij gewoond, waar liggen en lagen zijn interesses en wie staan erom heen?

Ook het gesprek tussen cliënt, mantelzorger/vertegenwoordiger en verzorgende kwam meermaals aan de orde. Een gesprek waar tijd en ruimte voor is en dat continu gevoerd wordt. Hierbij is speciale aandacht nodig voor cultuursensitiviteit.

De derde rode draad is de gevraagde cultuurverandering. De deelnemers vinden dat deze nodig is en dat het in deze tijd ook mogelijk is. Hierbij gaat het om een cultuurverandering bij alle actoren die betrokken zijn bij de zorg aan cliënten en daarmee het zorgleefplan. Cliënten en omgeving die nadenken over de laatste fase in hun leven en die kunnen vragen wat zij nodig hebben, verzorgenden die daarmee om kunnen gaan en kunnen doen waar zij goed in zijn en zorgaanbieders, zorgkantoren en overheden die daar vertrouwen in hebben. Zoals één van de aanwezigen zei: ‘Er is een maatschappelijk debat nodig: leven betekent lef hebben. Meer risico’s in het verpleeghuis.’

¹⁵ Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen

6. Gesprekken

6.1 Samenvatting gesprekken

Er hebben met verschillende vertegenwoordigers van organisaties en deskundigen gesprekken plaatsgevonden. De gesprekken zijn gevoerd met medewerkers van:

- ActiZ¹⁶
- Mezzo¹⁷
- Vilans¹⁸
- NOOM

De gesprekken met NPCF en Verenso hebben (nog) niet kunnen plaatsvinden in verband met de vakantieperiode.

Daarnaast zijn er gesprekken geweest met een aantal deskundigen op het gebied van het zorgleefplan. Punten die naar voren gekomen zijn in de gesprekken geven wij hieronder weer.

Vooraf

- Ga voor de opname in gesprek met de cliënt en mantelzorger in de thuissituatie
- Observatie bij opname is belangrijk
- Warme overdracht, meer organisch van thuis naar verpleeghuis

Cliënt, mantelzorger / familie en professional

- Diegene die het meest om de cliënt heen is, is coördinator van het sociale netwerk. Dit kan dus heel goed de mantelzorger/naaste zijn en niet de professional. Op deze wijze ligt de regie bij de cliënt en de mantelzorger/naaste.
- Eigen kracht in eigen kring
- Geef de cliënt en mantelzorgers het gevoel dat er samen gezorgd wordt voor de cliënt
- Er wordt gewerkt met één contactpersoon. In de praktijk is het zo dat familieleden verschillende taken hebben. De één gaat over de zorg, de ander over de financiën. Familieleden doen verschillende taken. Neem contact op met de juiste persoon in plaats van je te beperken tot één contactpersoon

Het gesprek tussen cliënt, mantelzorger / contactpersoon en professional

- Nodig ook de mantelzorger uit voor het gesprek over het zorgleefplan
- Leg niet teveel vast maar ga en blijf in gesprek met elkaar
- Het gebruik van een opname-/gesprekslijst staat de dialoog in de weg
- Verkenning rol van de cliënt en familie. Wat leg je vast?
- Belangrijk punt dat door NOOM¹⁹ wordt genoemd is dat het nemen van tijd voor het gesprek belangrijk is. Als het gaat om oudere migranten en laaggeletterden is het belangrijk het gesprek gelijkwaardig in te gaan. Deze ouderen kijken hoog op tegen de hulpverlener en zullen minder snel aangeven wat voor hun kwaliteit van leven is. De eerste kennismaking is essentieel voor een goed contact en goede afspraken. Nodig de oudere uit om te vertellen wat zijn wensen zijn. Het is belangrijk dat de zorgverlener respect heeft voor de (leef)gewoonten en gebruiken van de oudere. Denk daarbij aan het gebruik van medicatie, effecten van medicatie kunnen anders zijn bij de niet westerse migranten of het uittrekken van schoenen bij binnenkomst in de woning/kamer. Het is belangrijk om

¹⁶ Actiz, organisatie van zorgondernemers

¹⁷ Mezzo is de landelijke vereniging voor iedereen die zorgt voor een naaste

¹⁸ Vilans, kenniscentrum langdurende zorg

¹⁹ het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten

voortdurend te controleren of de hulpverlener de oudere goed begrepen heeft. Het gebruik van afbeeldingen naast het gebruik van tekst is een goed hulpmiddel. Regelmatige evaluatie van de afspraken, (zorg)vraag is belangrijk. Door dit vast te leggen en uit te voeren, ziet en voelt deze oudere dat er kennis, begrip is er een basis van vertrouwen ontstaan. Ook werd de transmurale zorgbrug²⁰ genoemd, maar dit valt buiten het bereik van dit vooronderzoek.

Uitvoering van de zorg en ondersteuning

- Zorgleefplan is te gericht op het product en niet op het gesprek
- Houdt het gebruik van overzichtslijsten beperkt. Investeer meer in het gesprek met de cliënt over zijn (dagelijkse) wensen. Als voorbeeld werd het douchen genoemd.
- Lever zorg waar jezelf geld voor wilt betalen
- De cliënt is eigenaar van het zorgleefplan en niet de mantelzorger

Zorgleefplan

- Iedere letter op papier roept weer andere vragen op. De neiging bestaat om steeds meer vast te leggen
- In het zorgleefplan moet aandacht zijn voor de 'zachte' kant; eigen leefwereld cliënt behouden
- Maak onderscheid tussen zorgleefplan en behandelplan. Dit zijn afzonderlijke plannen
- Gebruik de taal die past bij de cliënt / omgeving
- Maak het niet te moeilijk

Professional

- Houding medewerker en deskundigheid medewerker bepalend voor kwaliteit zorgleefplan
- Houdt rekening met de verschillende kwaliteiten van medewerkers. Niet iedere medewerker kan een zorgleefplan maken/schrijven
- Kijk naar de samenstelling van het team. Welke deskundigheden, vaardigheden en gedrag zijn er nodig om goede zorg te verlenen?
- Maak zelf contact als professional met familie in plaats van te vragen aan familie om dit te doen
- Hoe manage je het sociaal netwerk van de cliënt en hoe ga je daar mee om? Wie moet je als professional informeren binnen het sociaal netwerk, gaat het alleen om de contactpersoon of moet dit breder? Hoe zorg je dat dit ook werkbaar blijft? Ook hier is meer maatwerk nodig

Systeem

- Zorgaanbieders, Inspectie en zorgkantoren moeten zich buiten de relatie cliënt - hulpverlener houden. Nu zijn zij veel te bepalend en staan zij goede zorg in de weg
- Binnen de gehele organisatie moet de rol en positie van de mantelzorger onderdeel zijn van de visie

Tot slot

- Het gaat niet om eigenaarschap van het zorgleefplan maar om eigenaarschap van het leven van de cliënt. Het is zijn leven en het gaat om de inrichting van zijn leven en hoe anderen hem daarbij kunnen helpen. Nadruk op eigenaarschap van het zorgleefplan leidt af van waar waar het werkelijk om gaat

²⁰ De Transmurale Zorgbrug is een begeleidingstraject dat gericht is op zo min mogelijk functieverlies bij kwetsbare ouderen, nadat ze ontslagen zijn uit het ziekenhuis.

Er is contact geweest met een aantal zorgorganisaties die een plan in hebben ingediend in kader van het programma Waardigheid en trots. Gebleken is dat veel van deze organisaties het zorgleefplan in het projectplan hebben opgenomen. Er wordt onderzocht hoe er binnen de organisatie vorm gegeven kan worden aan een zorgleefplan van, voor en door de cliënt en zijn netwerk.

7. Conclusies, aanbevelingen en het vervolg

Voor de opname

Het blijkt dat cliënten en familie zich weinig voorbereiden op hoe het leven van de cliënt er straks gaat uitzien na opname in het verpleeghuis in de laatste fase van zijn leven, hoe de zorg en ondersteuning er uit zou moeten zien en hoe zij het gesprek hierover kunnen voorbereiden. Dit maakt dat zij weinig bepalend zijn in de afspraken die er gemaakt worden over de zorg en dienstverlening, zij geen regie meer voelen over hun eigen leven en de zorg en ondersteuning die zij krijgen. Ook de instelling verdiept zich voor opname niet in de cliënt, zijn leven en omgeving.

Aanbevelingen

- Instellingen kunnen de cliënt en zijn familie nadrukkelijk wijzen op het feit dat zij een persoonlijk plan kunnen opstellen en dat dit meegenomen wordt in het zorgleefplan. Daarbij kunnen zij ook methodieken aanbieden hoe dit te doen.
- Instellingen kunnen deze informatie opnemen op hun website.
- Instellingen moeten de cliënt en zijn familie nadrukkelijk wijzen op de mogelijkheid van onafhankelijke ondersteuning bij het maken van een persoonlijk plan, het in kaart brengen van de wensen en behoeften van zorg en ondersteuning, het voeren van het gesprek hierover.
- Ga voor opname bij de cliënt thuis op bezoek. Kijk hoe hij leeft en wat belangrijk is. Er zou ook een korte filmimpressie gemaakt kunnen worden. Ook de aanwezigheid van het levensverhaal is waardevol, zowel voor de cliënt, naaste als voor de professional.

Cliënt, mantelzorger / familie en professional

Het samenspel van cliënt, mantelzorger / familie en professional kan ervoor zorgen dat de cliënt die zorg en ondersteuning krijgt die hij nodig heeft om zijn leven te kunnen leven en daarbij zo veel als mogelijk de eigen regie kan voeren.

Aanbevelingen

- Breng het sociaal netwerk van de cliënt in beeld; wie is belangrijk, wie doet wat.
- Begin bij wat nodig is en kijk daarna wie, wat kan doen in plaats van wat de instelling kan bieden en de mantelzorger daarbij kan of moet doen.
- Betrek het netwerk van de cliënt bij het leven in een verpleeghuis.

Het gesprek tussen cliënt, mantelzorger / contactpersoon en professional

Geconstateerd kan worden dat het gesprek tussen cliënt, mantelzorger / contactpersoon en professional vaak niet in de vorm van een continue dialoog gevoerd wordt. Vaak vindt het plaats voor het multidisciplinair overleg en daar komt dan ook weer het zorgleefplan boven tafel.

Aanbevelingen

- Zorg dat cliënt, mantelzorg / contactpersoon en professional continu in gesprek zijn. Toon interesse voor elkaar, spreek elkaar aan en vraag hoe het gaat, of er iets is voorgevallen.
- Maak gebruik van digitale hulpmiddelen/netwerken zoals Familienet.
- De mantelzorger heeft een eigen rol en is geen verlengstuk van de cliënt.

Zorgleefplan

Het zorgleefplan zoals dat nu gebruikt wordt, dient verschillende doelen. Afhankelijk van de cultuur van de organisatie, zal telkens een bepaald doel dominant zijn en lijkt in veel gevallen ten koste te gaan van het voeren van een continue dialoog. Zo wordt het zorgleefplan gebruikt om verantwoording af te leggen aan het zorgkantoor en de Inspectie. Hoewel de zorgkantoren aangeven dat zij willen dat de cliënt de regie heeft en het zorgleefplan een instrument is van cliënten, ontnemen zij door de eisen die zij stellen aan het zorgleefplan en de wijze waarop zij het gebruiken de regie van de cliënt en zijn eigenaarschap van het zorgleefplan. Daarnaast is aangegeven dat het zorgleefplan complex is, dat alles in één plan staat.

Aanbevelingen

- Doel van het zorgleefplan is de regie van de cliënt te vergroten en de continue dialoog tussen cliënt, mantelzorger / contactpersoon en professional te faciliteren. Zorgaanbieder en zorgkantoren hebben daarin geen rol.
- Maak onderscheid tussen het zorgleefplan en het (medisch) behandelplan. Het zorgleefplan is van de cliënt. Het behandelplan van de professional.
- In het huidige zorgleefplan ligt de nadruk nog te veel op zorg en te weinig op welzijn/welbevinden/individualiteit van de cliënt zelf. De rol van de cliënt wordt te passief ingevuld. In plaats van zorgen voor gaan zorgen dat.
- Gebruik eenvoudige methodieken en vormgeving en eenvoudig Nederlands.
- Maak gebruik bij het zorgleefplan van beeld, foto's, pictogrammen enzovoort.
- Cliënt, mantelzorger / contactpersoon en zorgverlener stellen samen een zorgleefplan op in begrijpelijke taal (zie bijlage 5). Cliënt en contactpersoon hebben direct toegang tot het zorgleefplan, zowel de papieren als de digitale versie.
- Cliënt en contactpersoon zijn eigenaar van het zorgleefplan. Zij geven aan van welke onderdelen, zorg, ondersteuning en medische behandeling zij eigenaar willen zijn. Zij geven toegang aan degenen die de zorg en ondersteuning geven en aan anderen die gegevens moeten verwerken. Veranderingen/aanpassingen in het zorgleefplan zijn zichtbaar.

Professional

Het goed werken met een zorgleefplan, het voeren van een continue dialoog stelt eisen aan de deskundigheid van de professional. Niet iedereen is daartoe in staat of daarin geschoold. Daarnaast blijkt dat de organisatie de professional niet altijd in staat stelt deze continue dialoog te voeren.

Aanbevelingen

- Maak gebruik van kwaliteiten van medewerkers en laat niet standaard alle medewerkers een zorgleefplan opstellen.
- Geef medewerkers de ruimte en de verantwoordelijkheid die nodig zijn om de continue dialoog te voeren en de zorg en ondersteuning af te stemmen op wat de cliënt nodig heeft.
- Geef medewerkers de mogelijkheid te kunnen reflecteren op hun werk door middel van intervisie en / of moreel beraad.
- Geef medewerkers minimaal jaarlijks een training/deskundigheidsbevordering op het gebied van communicatie en zorgleefplan.
- Geef medewerkers scholing in het werken met het elektronisch cliëntendossier.
- Verdiep je als professional in het leven van de cliënt en zijn sociaal netwerk.
- De professional dient cultuursensitief te zijn.

Zorgaanbieders, zorgkantoren, cliëntenraden

Al eerder is geconstateerd dat het gebruik van het zorgleefplan als verantwoordingsinstrument, als manier om te voldoen aan registratie-eisen in de weg staat van wat we met het zorgleefplan willen bereiken. Regie van de cliënt over zijn leven en het organiseren van een continue dialoog. Hiervoor is een cultuurverandering nodig bij alle actoren die betrokken zijn bij de zorg aan cliënten en daarmee het zorgleefplan.

Aanbevelingen

- Het zorgleefplan is er voor de cliënt en van de cliënt. Dit betekent dat hij bepaalt wat erin moet staan.
- Zorgaanbieders, zorgkantoren en overheid dienen afstand te bewaren van de cliënt, mantelzorger/contactpersoon en professional daar waar het gaat om het leven van de cliënt en de zorg die hij daarbij krijgt.
- Zorgaanbieders kunnen laten zien op welke wijze zij werken met het zorgleefplan en hoe dit door cliënten en mantelzorger/contactpersoon ervaren wordt.
- Zorgaanbieders kunnen uitwisselen en van elkaar leren.
- Cliëntenraden dienen zich bewust te worden /zijn van het belang van zorgleefplannen voor cliënten. Met name op de inhoud, werkwijze en evaluatie hebben cliëntenraden een rol te spelen. Hierin kan LOC het voortouw nemen.

Ten slotte

In het plan van aanpak kwaliteit verpleeghuiszorg 'Waardigheid en trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen' staat dat er een zorgleefplan komt waar cliënten zelf eigenaar van zijn. In dit vooronderzoek zien we steeds een spanningsveld tussen het eigen plan van de cliënt, de afstemming tussen zorgverleners en de verantwoording aan externe partijen.

In gesprekken met diverse stakeholders is de vraag naar voren gekomen of we die drie doelen wel in één document moeten verenigen. Of moeten we het plan van de cliënt vooral zijn eigen plan laten zijn en blijven? En apart zorgen dat er een laagdrempelige afstemming tussen zorgverleners plaatsvindt. Daarmee is duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is.

Als we willen dat de cliënt zijn eigen plan heeft, dan zullen we de cliënt eenvoudige tools moeten aanreiken om dat eigen plan zelf of met een onafhankelijke cliëntondersteuner te maken. Dat kan door bestaand materiaal aan te passen, zoals een profielposter of een leefplan. De in de Wlz geregelde onafhankelijke cliëntondersteuning kan helpen bij het opstellen van dit plan.

Bijlage 1 Producten

Zorgleefplan producten voor cliënten

Een spel voor je leven. Dit spel bestaat uit een set kaartjes, waarmee een cliënt kan kijken hoe hij zijn eigen leven wil inrichten en leiden. Dit spel kan gebruikt worden om een eigen 'leefplan' te maken, om elkaar te helpen het 'leefplan' op te stellen en als kennismakingsspel met anderen.

- Uw eigen leefplan is een brochure met informatie over het (zorg)leefplan, over wat een leefplan is, hoe het 'werkt' en wat je eraan hebt. Ook staan er vier hulpmiddelen in om tot een leefplan te komen. De brochure is te bestellen en te downloaden op www.loc.nl/publicaties. Dit leefplan is ook digitaal in te vullen via www.loc.nl/zorgleefplan. Deze brochure is voor de sector verpleging en verzorging.
- De brochure Wat wil ik met mijn leven biedt informatie over het leefplan en vier hulpmiddelen. Deze brochure is gericht op de sector geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang. Er is ook een digitale versie. Deze kunt u bezoeken via: www.loc.nl/zorgleefplan.

Zorgleefplan producten voor mantelzorgers:

- Formulier Mantelzorg in het zorg(leef)plan IKZ, Vilans en BRIZ, juli 2012

Producten voor cliëntenraden

- De advieswijzer 'Zorgleefplan, wat kun je ermee?' is er voor cliëntenraden die gevraagd of ongevraagd de directie willen adviseren over het zorgleefplan. Deze advieswijzer is digitaal beschikbaar via www.loc.nl/zorgleefplan.
- Voor het spel Scoren op kwaliteit is er een set kaarten voor cliëntenraden die willen weten wat de ervaringen van cliënten zijn met het zorgleefplan.

Producten voor cliëntenraden

- Leefplan Artemea
- Zorgleefplan ActiZ
- Belevingsgerichte zorgplan IMOZ
- SAMPC model (Somatisch, Adl, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatie)
- Bewegingsgerichte zorg in praktijk brengen met het zorgleefplan KNGF, ActiZ, V&VN, LOC
- Levensverhalen en de dagelijkse zorg, bureau Kwiek
- De kunst van het ouder worden, bureau Kwiek

Producten voor onderwijs

- Kennisbundel zorgleefplan voor docenten Zorg & Welzijn Vilans 2013

Bijlage 2 Volledige reacties

Beleidsadviseur en verzorgenden:

Het hele cliëntdossier is flink uitgedund. Het persoonlijk plan met de informatie over de cliënt hebben we teruggebracht van vijftien pagina's naar zes. Wat is er belangrijk voor de cliënt en welke informatie heeft een medewerker nodig om de zorg aan de cliënt te leveren? Diezelfde lijn volgen we bij de behandeladviezen van de artsen en paramedici. De volledig uitgeschreven analyse bewaren zij in hun eigen dossier, in het cliëntdossier komt alleen informatie die van belang is voor de zorgmedewerkers.

Diezelfde lijn volgen we bij de behandeladviezen van de artsen en paramedici. De volledig uitgeschreven analyse bewaren zij in hun eigen dossier, in het cliëntdossier komt alleen informatie die van belang is voor de zorgmedewerkers.

Verzorgende vult aan: 'Bijna elke cliënt had een uitgebreid transferadvies in het persoonlijk plan. Daar is ook kritisch naar gekeken. Verzorgenden zijn opgeleid om iemand uit bed in de stoel te helpen, alleen bij bijzonderheden hebben we aanwijzingen nodig.'

De verzorgenden zijn ook enthousiast over de termen die zijn gekozen in het persoonlijk plan: 'Je moet weten wat de cliënt nodig heeft en dus heb je een persoonlijk plan nodig dat de cliënt goed begrijpt. Ons persoonlijk plan is opgebouwd uit thema's die voor alle cliënten belangrijk én te begrijpen zijn, zoals: wonen, eten en drinken en een prettige dag. Steeds stellen we de cliënt de vraag: wat is voor u belangrijk? En zo hopen we écht goed aan te sluiten bij de wensen van de cliënt.'

Nog een taalkwestie: per thema maken we afspraken met de cliënt. Doelen worden alleen opgesteld als er iets te bereiken valt. Bijvoorbeeld als de cliënt wil leren zelfstandig de transfer uit bed te maken.' (Zorgleefplanwijzer)

Verzorgende over Electronisch Cliënten Dossier (ECD):

Tot voor kort werd nog met een papieren dossier gewerkt. Verzorgende vertelt: 'Alles zat erin hoor, de zorgdoelen, de mdo-verslagen, de ingevulde risicosignaleringsformulieren, de dagrapportage. Maar alles zat achter een apart tabblad en daarmee had het ook niet echt verband met elkaar, het was los zand. De dagrapportage 'mevrouw had een pittige dag' had weinig te maken met de

De verzorgende laat zien dat het methodisch werken door het nieuwe elektronisch zorgdossier echt een impuls heeft gekregen: 'Als je gaat rapporteren, heb je alle doelen overzichtelijk voor je op het scherm. Je rapporteert op de doelen waarop iets veranderd is of iets bijzonders te melden valt. Degene die de rapportage leest, kan door naast de rapportage op een paperclipje te klikken, terugklikken naar het bijbehorende doel.'

De verzorgende is ook enthousiast over hoe het ECD geïntroduceerd is in de organisatie. Verschillende verzorgenden zijn intensief betrokken bij de vormgeving. Nedap heeft bepaalde vaste elementen, maar er konden ook eigen onderdelen aan toegevoegd worden. Zo is er bijvoorbeeld op verzoek een wondbehandelformulier toegevoegd. Daarnaast zijn alle medewerkers geschoold in de vier domeinen en in de technische kant van het ECD.

Verzorgende over het ECD:

Over het algemeen loopt het goed. We merken wel dat de implementatie van het ECD iets vlotter verloopt dan die van het zorgleefplan. Binnen een paar weken was iedereen aan het ECD gewend. Dit ECD is erg gebruikersvriendelijk, het zijn rustige overzichtelijke schermen.

Je hoeft maar weinig te klikken en te zoeken. Als je een zorgdoel wil formuleren, klikt gelijk het scherm met de bijpassende informatie vanuit het betreffende domein van de cliënt open.

Als we eens een keer een weekend op papier rapporteren omdat een nieuwe cliënt nog niet in de cliëntenadministratie is ingevoerd, wordt er gemopperd. Zo normaal is het werken met het ECD al!

Het zorgleefplan blijft toch iets waar we aandacht aan moeten besteden. Daarin blijkt de praktijk wat weerbarstig. In de hectiek van de alledag grijpen mensen makkelijk terug naar het oude.

Welke positieve effecten merk je van het ECD?

De medewerkers ervaren tijdswinst. Je hoeft aan minder te denken, je kunt bijvoorbeeld gewaarschuwd worden als er een herindicatie moet worden aangevraagd, de risicosignalering wordt in het ECD gebouwd. Je hebt ook alles bij de hand, je bent nooit meer een papiertje kwijt, alles zit bij elkaar. En we hebben geen last meer van onleesbare handschriften.

Verder heeft het werken met het zorgleefplan als effect dat we de cliënt nog beter leren kennen. Medewerkers geven aan dat die kennis hun helpt om beter aan te sluiten bij de wensen van de cliënt.

Het onderdeel processturing moeten we nog inrichten, dat ondersteunt het primaire proces. Je kunt bijvoorbeeld een melding krijgen: over vijf dagen is er een Multi Disciplinair Overleg(MDO) van ... of: er is nog geen geldig ID bewijs.

We gaan werken met een doelenbibliotheek omdat medewerkers aangeven het soms moeilijk te vinden om een doel te formuleren. Uiteraard kunnen er ook zelf doelen worden geformuleerd. Nog niet alle zorgleefplannen zijn gemaakt. Als dat klaar is gaan we rapporteren op doelen en kan de 24uurs rapportage gebruikt worden voor de verpleegkundige overdracht. De behandelaars gaan de behandelaar module samen met een paar verzorgenden testen, daarna kan dat gedeelte ook in gebruik genomen worden.

De behandelaars rapporteren al wel in het ECD wanneer dat relevant is voor de verzorging of andere disciplines, maar hun eigen medische dossier zit er nog niet in. Maar in dit systeem kun je goed aangeven wie toegang heeft tot welke gegevens en dat ook door middel van wachtwoorden goed afschermen.

Heeft de cliënt ook toegang?

Nee, nog niet, daar wordt aan gewerkt, de cliënt krijgt in de toekomst met een wachtwoord toegang tot het eigen dossier. Nu loopt de cliënt, of vaker eigenlijk de familie, mee naar de zusterpost of het dossier wordt uitgedraaid.

Wat is belangrijk voor verzorgenden bij de implementatie van het ECD?

Tijd voor scholing en de gelegenheid om de zorgleefplannen te maken. Zeker de eerste plannen kosten veel tijd. Geef mensen de tijd om te veranderen. En kies een toegankelijk, gebruiksvriendelijk ECD. Die van ons is perfect voor verzorgenden.

(Bron: zorgleefplanwijzer)

Bijlage 3 Verslag meldpunt V&VN

Dit verslag is in een apart pdf bestand bijgevoegd.

Bijlage 4 Aanwezigen Invitational conference 13 augustus 2015

Aanwezigen Invitational Conference (Zorg)leefplan

1.	Annemiek Mulder	ActiZ
2.	Cora van der Kooij	Feeling for Care
3.	Willem van der Meer	Cliëntenraad
4.	Anja Jonkers	IGZ
5.	Wendela Schenk	Mantelzorger/Cordaan
6.	Henk van Driel	Lichtenvoorde
7.	Peter van den Broek	MEE Nederland
8.	Gabriëlle Verbeek	Artemea
9.	Ilse Herikhuizen	V&VN
10.	Wim Spijker	Cliënt
11.	Anjo Geluk	Centrale Cliëntenraad
12.	Lucas Venema	Centrale Cliëntenraad
13.	Helena Kosec	Pharos
14.	Jennifer van den Broeke	Pharos
15.	Anno Pomp	VWS
16.	Manon Koster	VWS
17.	Ligia Raalte	Manager Bornholm
18.	Cor verhoog	mantelzorger
19.	Monique Willemse	Momoko(spreker)
20.	Anne Marie Vaalburg	V&VN; zorgleefplanwijzer
21.	Paul Knippers	CCE
22.	Marjolein Damsteegt	AV groep
23.	Janna Riphagen	AV Groep
24.	Domieke Vermeulen	AV Groep
25.	Margje Mahler	Zorginstituut Nederland

26.	Gerda van Brummelen	V&VN
27.	Merel van Maren	Humanitas
28.	Jacco van Dijk	Humanitas
29.	Joep Bartholomeus	LOC
30.	Liesbeth Honig	LOC
31.	Lena Hillenga	LOC

Bijlage 4 Verslag invitational conference

Invitational conference (Zorg)Leefplan: 'Waardigheid en trots'

13 augustus

Verwachtingen

Drie aanwezigen gaf als verwachting:

- uitwisseling;
- interessant dat de bijeenkomst van LOC uitgegaan was;
- is het zorgleefplan nog houdbaar in deze tijd.

Betekenis zorgleefplan

Het zorgleefplan betekent voor Wim Spijker als cliënt dat het een plan is dat van hem is. Hij wilde zijn eigen planning kunnen bepalen en het zorgleefplan geeft hem zijn eigen regie en dat is belangrijk als je zorg nodig hebt.

Het zorgleefplan voor Wendela Schenk als familie betekent dat er twee maal per jaar over gesproken wordt en dat het verder in een map zit. Het is een invuloefening en betekent meer registratie.

Voor Henk van Driel als bestuurder geeft het zorgleefplan mogelijkheden van reflectie op de zorg. Hij is sinds 1993 betrokken bij het zorgplan, het totaalplan, het digitaal plan in de gehandicaptenzorg. De cliënt staat centraal bij het werken met een zorgleefplan en het is een onderdeel van de praktijk van (mede)zeggenschap. Het is bedoeld om regelmatig met elkaar in gesprek te gaan en samen de zorg vast te leggen.

Anne Marie Vaalburg vindt het als professional een mooi instrument om in de beroepsuitoefening invulling te geven aan de eigen regie van de cliënt. Om de dialoog te voeren niet alleen over de zorg maar ook over het welzijn van de cliënt, zoals over sociale contacten. Het zorgleefplan is ook een instrument om methodisch te werken. In de praktijk verwordt het tot een verantwoordingsinstrument. Het oorspronkelijk doel, het voeren van het goede gesprek, wordt uit het oog verloren.

Film 'See me'

Het filmpje "See me" is een gedicht dat men gevonden heeft bij een oude man en beschrijft zijn situatie in het verpleeghuis.

Presentatie: Cliëntenwensen van dementerenden

Door Monique Willemse²¹

Monique Willemse heeft onderzoek gedaan naar de wensen van dementerenden. Zij gaat aan dat het mogelijk is erachter te komen wat dementerenden willen. Het begint met het spreken met de mens. Hem vragen: Waar wordt u blij van? Dan blijkt dat iedereen behoefte heeft aan aandacht, vriendelijkheid, bescherming en geborgenheid en rust. Dat er tijd moet zijn voor communicatie met de dementerende. Dat hij behoefte heeft aan een vertrouwd gezicht, een laag tempo, de juiste prikkel op het juiste moment, toezicht en ondersteuning enzovoort. Dit is een moment waarop de Nederlandse zorg kan transformeren. De focus komt meer op leefplezier. Mensen

²¹ Monique Willemse is visieontwikkelaar en eigenaar van Momoko visions trends

hebben duidelijker wensen en willen meer regie. De verzorger wordt meer lifecoach. Daarvoor zijn meer op maat ontwikkelde zorgleefplannen nodig.

Hoe kom je achter wensen? Door hem persoonlijk te spreken, door mensen op hun gemak te stellen zodat zij willen delen. Monique heeft kwalitatief onderzoek gedaan bij Laurens. Dit levert informatie op voor een grotere groep. Het is belangrijk de instelling in te richten zoals thuis. De instellingen te laten integreren in de wijk en het mogelijk te maken dat pg-mensen integreren in de maatschappij.

Hoe relateren we dit aan het zorgleefplan?

- Individuen passen niet in de werkwijze van een instelling
- De zorg is te complex
- Er zou apart onderzoek gedaan moeten worden hoe men autonomie meer plek kan geven
- Het personeel wordt onvoldoende meegenomen in de ontwikkelingen
- Er is geen scholing
- Het is geen onwil van de zorgverlener. Het is meer dat zij veel moeten, moeten leren, moeten mee
- Het is niet dat verzorgenden niet willen. Het is wel dat ze opgeleid worden om te zorgen
- Het is belangrijk dat als je eigen regie van de cliënt wilt, je ook medewerkers de regie moet geven. Het gaat om verantwoordelijkheid. Dat gaat meer om cultuur dan om regels
- Bestuur/directie moeten zorgen voor een goede balans
- Inspectie gaat niet mee. Het ligt altijd aan de inspectie wordt gezegd. Maar de inspectie maakt geen regels. Het is vaak de eigen organisatie die regels maakt.

Pauze en plaksessie

Tijdens het eten hebben mensen met post- its informatie achtergelaten op drie flaps: Wat werkt, Wat werkt niet en Wat is nodig?

Wat werkt?

- Het leefplan werk als je het als middel ziet en niet als doel;
- Als het zorgleefplan goed ingezet wordt, helpt het echt bij het leren kennen van de cliënt en het afstemmen van de zorg en ondersteuning met de cliënt;
- Het levensverhaal van de cliënt waarop de zorg en de informele zorg op de behoeften van de cliënt kan inspelen;
- Het dossier als levend plan om zorg/welzijn te beschrijven, bewaken en evalueren;
- Aandacht voor de verschillende aspecten van zorg en welzijn zijn opgeschreven;
- Het werken met domeinen;
- Het zorgleefplan is veel gericht op lichamelijke problematiek;
- Het zorgleefplan zorgt voor eenduidigheid in de zorgverlening;
- Het zorgleefplan helpt om het gesprek aan te gaan;
- het bespreken met familie en bewoner;
- Het zorgplan is een instrument van top down organisaties en het leefplan is een instrument voor organisaties waarin men bij de cliënten begint (bottom-up);
- Het geeft inzicht mantelzorg
- De rol van de mantelzorger is een andere dan die van de cliënt/patiënt. Het is geen verlengstuk.

Wat werkt niet?

- Opgelegde papieren exercitie zorgleefplan;

- Nadruk op zorgleefplan als verantwoordingsinstrument;
- Het najagen van handtekeningen;
- Het zorgleefplan als systeem zien (verantwoording);
- Het zorgleefplan als afspraken document. Is cliënt niet centraal;
- Verantwoording;
- Het dossier als administratieve last zien;
- Moeilijke termen;
- Koppeling dagrapportages naar het zorgleefplan;
- Veel op lichamelijk welbevinden gericht. Zou meer moeten sturen op mentaal en eigen regie;
- Het zorgleefplan is te groot, moeilijk (pijl naar cyclisch);
- Als mantelzorger geen zicht heeft wat met het zorgleefplan gedaan wordt.

Wat is er nodig?

- De regie volledig bij cliënt en zijn vertegenwoordiger;
- Cliëntondersteuning als cliënt dat wenst bij maken persoonlijk plan / leefplan;
- Als verzorgende tijd om echte dialoog te mogen en kunnen voeren met cliënt en mantelzorger;
- In opleidingen meer aandacht voor eigen regie;
- De verzorgende het vertrouwen in het vakmanschap teruggeven;
- Interesse in persoon en zijn/haar leven;
- Coachende (zichtbare) leidinggevers die samen met verzorgende reflecteren;
- Scholing van V&V op de dialoog met de cliënt;
- Scholing van V&V op goede samenwerking met familie;
- Toegang tot ECD als mantelzorger;
- Meer kleinschaligheid is een voorwaarde om de cliënt goed te leren kennen;
- Deze behoeften zijn al 30 jaar zo geformuleerd. Zie belevingsgerichte zorg. Maar wat nodig is, is meer tijd voor communicatie en coördinatie van verzorgenden en het ontwikkelen van belevingsgerichte teamcultuur. Alleen dan gaat het zorgleefplan werken zoals bedoeld (Cora van der Kooij).
- Protocollembreed (?). Maakt de zorg kapot.

Stelling: Het zorgleefplan is prima, er moet niks aan veranderen

De voorstanders van deze stelling zijn van mening dat het niet aan het instrument ligt maar aan wat mensen ermee doen. Zij moeten het goede ermee doen.

De tegenstanders vinden dat het zorgleefplan een opbouw kent die belemmert. Er is een ander opbouw nodig met domeinen en in dagopbouw. Meer gericht op levensstijl.

De aanwezigen die zich in het midden hebben opgesteld, zeggen dat we spreken over verschillende plannen. Dat het er om gaat dat we bereiken wat we willen: dat iemand dat wat hij wil, krijgt, nodig heeft. Het plan moet dienend zijn aan het doel: gericht op communicatie en op resultaat. Opmerking Gabriëlle (voor verduidelijking gemaild) dat in kaart gebracht moet worden wat de persoon is, wie degene die het maakt.

Stelling: Laten we het zorgleefplan opzijleggen en focussen op wat we willen

Daarvan is gezegd dat het met enige mate opzijgelegd kan worden. Er is een omslag nodig. De opleiding moet anders ingericht.

Er is verwarring over het wel of niet aanwezig zijn van een richtlijn voor het zorgleefplan voor verzorgenden en verplegenden. Hoe je het doet, moet je zelf weten als organisatie. Anderen stellen eisen zoals de SMARTformuleringen. Heeft dat een meerwaarde? Verzorgenden worden wel zo opgeleid en hierop gecontroleerd.

Vanuit het perspectief van de professional moet je de taal kunnen begrijpen. Het wordt gebruikt voor de overdracht. Maar daar is wel iets op te doen. Het gebruiken van gewone taal.

Waar gaat het over bij het zorgleefplan? Welk doel dient het?

- Het gaat over de manier waarop cliënten hun leven willen leiden;
- Het gaat over de afspraken, hoe we werken;
- het gaat over de samenwerking, afstemming tussen professionals.

De vraag is of deze doelen in één zorgleefplan gerealiseerd kunnen worden.

Ieder zorgleefplan is onevenwichtig en ligt er een te zware nadruk op realisatie van één van de drie doelen.

Integratie professionele inhoud en leven cliënt. Wat moet je allemaal vastleggen. Waardering voor het vak/professionaliteit.

Het gaat niet zozeer om het eigenaarschap van de cliënt als wel dat hij het begrijpt, dat hij het maakt. Dat stuk dat hij maakt, wie hij is moet ontwikkeld.

Waar ligt de barrière, er is nu een kans.

Er zijn ook nog de zorgverzekeraars, die SMART-formuleringen willen en zorgaanbieder die het zorgleefplan als administratieve last zien. Bij medewerkers die het zorgplan vooral zien als afstemmingsmethode.

Hoe kun je stimuleren dat iedereen meedoet?

Het is van beide kanten geven en nemen. Cliënten zijn veranderd. Het is belangrijk dat er een klik is tussen hulpverlener en cliënt.

De cliënt moet eigenaar zijn van het zorgleefplan: wat hij belangrijk vindt en wat hij wil.

Niet wat wilt u eten met een keuze uit drie maar waar houdt u van, wat vindt u lekker? Ik hou hiervan en ik vind dit lekker en daarom wil ik dit eten.

Het leefplan en het zorgplan moeten uit elkaar. Maar daarmee belanden we in een semantische discussie.

Er zou geen intake moeten plaatsvinden maar een welkom.

Tafelronde

Tafel 1

Onze droom: hoe gaat het zorgleefplan het doel dienen waar het voor is: 'de cliënt leren kennen'?

Het zorgplan moet gaan leven onder de medewerkers.

Levensgeschiedenissen met elkaar kunnen delen.

Cliënten thuis bezoeken voordat ze in een verpleeghuis komen wonen.

Uitwisseling binnen teams over cliënten (wat is belangrijk? positieve contactmomenten wat heb je gezien?)

Aandacht in onderwijs aan verzorgenden over dementie zodat we de behoeften beter kunnen destilleren.

Mantelzorgers scholen/informereren over dementie.

Veel aandacht voor een continue dialoog tussen cliënt, mantelzorger en verzorgende.

Kleinschaligheid met (ruimte voor) communicatie in de leefomgeving.

Wij geloven niet in aparte plannen zorg en leven. Het moet integraal.

Tafel 2

Cliënten voor verhuizing vragen een plan te maken met daarin wat zij willen en vragen / nodig hebben. Om het persoonlijk leven naar persoonlijke maatstaf in te vullen.

Daarnaast moeten zij digitaal toegang krijgen.

De instelling moet kennismaken met de thuissituatie van de cliënt.

Op het moment dat het niet meer gaat thuis, nadenken over hoe je verder wilt, wat je belangrijk vindt in het leven, wat je wil en niet wil.

Er is een maatschappelijk debat nodig: leven betekent lef hebben. Meer risico's in het verpleeghuis.

Tafel 3

De overkoepelende vraag: Wat vindt de bewoner belangrijk? Dit hoeft niet noodzakelijk SMART te zijn. Het gaat om de eigen beeldkwaliteit. Begrijpelijk, eenvoudig, vanuit de cliënt zelf, de vorm per persoon.

Scholing op gesprekstechniek professionals. Handelingsvrijheid en bij mensen thuis.

Eigenaarschap ligt bij de cliënt, familie mede-eigenaar. Gesprek met familie

Het taalgebruik moet toegankelijk zijn

De bestuurder moet faciliterend zijn en inspirerend werken.

Er is een cultuurverandering nodig in de driehoek cliënt, familie en medewerker met ondersteuning voor de cliënt/familie

Tafel 4

Zorgplan

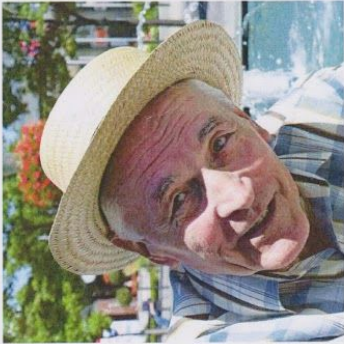
Laagdrempelig inclusief levensverhaal. Dat betekent voor de inhoud dat er beeldmateriaal is. Denk aan foto's en film. Dat er een levensboek is.

Een pg-afdeling moet een familienet hebben. De transparantie moet omhoog. Het eigenaarschap van het plan moet naar de familie en de familie moet kunnen inloggen. Het plan moet worden besproken met de familie.

Met betrekking tot de continuïteit van zorg / overdracht een app, gebieden rapporteren met pictogrammen, een gezamenlijke richtlijn en de zelfredzaamheid vergroten, beweging stimuleren.

Bijlage 5 Persoonlijk plan, in ontwikkeling

Clientprofiel: de heer Potma



Wat jullie moeten weten.
Ik ben een buiten-man. Ik hou van de natuur en ben graag buiten actief.
Ik wil graag zolang mogelijk zelfstandig blijven. Neem mij geen zaken uit handen maar help mij om het zelf te doen.
Ik heb altijd gewerkt als technicus. Mijn hart ligt bij de techniek. Wat mijn ogen zien kan ik maken.
Ik begin dingen te vergeten. Dat vind ik moeilijk en daar heb ik verdriet van. Mijn moeder was ook dement en ik vond haar laatste levensjaren ontluisterend.
Tot vorig jaar speelde ik trompet in de plaatselijke harmonie. Ik moest er mee stoppen omdat ik niet meer mee kon komen.
Ik heb altijd alleen gewoond en ben erg gesteld op mijn privacy. Ik wil zo weinig mogelijk verschillende mensen over de vloer in mijn appartement.

Onze afspraken.
Ik sta zelf op, verzorg mezelf en ga zelf naar bed.
Ik eet op mijn eigen kamer of in het restaurant.
Ik krijg een app op mijn i-pad waarin mijn agenda staat. Deze app helpt mij om zaken niet te vergeten.
Jullie beheren mijn medicatie en zorgen er voor dat ik het op tijd krijg.
Wanneer ik ziek wordt wil ik geen gedoe.

Waar ik van hou.
Ik hou van muziek, speciaal van harmonie en blaasmuziek.
Ik hou er van een praatje te maken maar kan niet praten over niets.
Ik hou van het lezen van thrillers en kijk graag naar Engelse detective series.
Daarbij drink ik graag een goed glas wijn en een lekker stukje kaas.

Waar ik niet van hou.
Ik hou niet van spelletjes en knutselen.
Ik hou er niet van om in een groep iets te moeten doen.

Familie en vrienden.
Mijn zus en haar kinderen komen regelmatig.
Mijn nicht helpt mij bij de financiële zaken.

