

# *Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking*

Werken met het model Zorgleefplan



# **Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking**

**Werken met het model Zorgleefplan**

**Uitgave** ActiZ 1 Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht 1 postbus 8258, 3503 RG Utrecht  
telefoon 030 273 93 93 1 fax 030 273 97 87 1 info@actiz.nl 1 www.actiz.nl

Publicatienummer: 06.012

© ActiZ, 2006

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van ActiZ. Getracht is een zo betrouwbaar mogelijke uitgave te verzorgen. Evenwel kan geen aansprakelijkheid aanvaard worden voor eventuele onjuistheden die in de tekst voorkomen. Slechts de tekst van de formele wet en de interpretatie daarvan in de jurisprudentie zijn geldend.



# Inhoudsopgave

## Inleiding 5

## Deel 1 Visie en onderbouwing 7

- I Kwaliteit van leven centraal 7
- II De norm voor verantwoorde zorg en het zorgleefplan 8
- III Uitdagingen voor het zorgmanagement 10
- IV Uitdagingen voor professionals 13

## Deel 2 Hoe 'werkt' het zorgleefplan? 16

- I Het zorgleefplan ondersteunt en borgt het realiseren van Verantwoorde zorg 16
- II Zonder communiceren en overleggen gaat het niet! 17
- III Gewoon leven met gezondheidsrisico's door persoonlijke zorg 22
- IV Inhoud zorgleefplan 24
- V Het opstellen en actueel houden van het zorgleefplan in het kort 31

## Bijlage 33

Juridisch kader vanuit de Wgbo en de Wet Bopz.

## **Inleiding**

Keuzevrijheid, eigen regie en veiligheid staan centraal in de norm voor Verantwoorde zorg<sup>1</sup>. Een norm waar we sinds de zomer van 2005 over beschikken, en waarin staat wat de goede zorg is waar we voor gaan, als zorgbranche.

*Dat is zorg die de individuele kwaliteit van leven van de cliënt ondersteunt.*

Om vanuit de zorg bij te kunnen dragen aan de kwaliteit van leven van cliënten, zijn vakbekwame zorgprofessionals nodig die werken vanuit een interesse voor het wel en wee van de cliënt. In de meer complexe zorg is een belangrijk onderdeel daarvan het adequaat om kunnen gaan met gezondheidsrisico's die de cliënt loopt. Hiermee komt de zorgrelatie centraal te staan, want alleen in een goede zorgrelatie tussen cliënt en zorgverleners kan duidelijk worden welke zorg écht bijdraagt aan de bestaanskwaliteit van een individuele cliënt.

Het organiseren van ruimte voor individuele vraaggerichtheid brengt veel veranderingen met zich mee op verschillende niveaus van de organisatie. Allereerst zijn productinnovaties nodig die aansluiten bij de preferenties van cliënten, en die keuzemogelijkheden bieden.<sup>2</sup> Tegelijkertijd moeten cliënten (vertegenwoordigers) in de positie gebracht worden om richting te kunnen geven aan hun eigen leven, en daar de eigen hulpbronnen bij te kiezen. Dat vraagt om actieve ondersteuning, en het anders inrichten en aansturen van zorgprocessen. Medewerkers moeten die ruimte ook kunnen gebruiken. Het is van groot belang dat de organisatie aan haar medewerkers handlingsruimte en een handlingsrepertoire biedt waarmee zij invulling kunnen geven aan het kwaliteit van leven perspectief.

Essentieel voor dat alles is een management dat op een inspirerende manier staat én gaat voor het "Ondernemen voor de Kwaliteit van leven", en dat op alle niveaus van de organisatie uitdraagt en faciliteert.

Het model Zorgleefplan is een belangrijk hulpmiddel voor zorgverleners bij het aantoonbaar realiseren van Verantwoorde zorg. Het model is door ActiZ ontwikkeld, in samenwerking met de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) en de beroepsgroepen V&VN (voorheen AVVV), NVVA en Sting.

Bij het model hoort een korte gebruiksaanwijzing.

Déze handreiking is een hulpmiddel voor zorgmanagers, zorgprofessionals en praktijkopleiders die het werken met zorgleefplannen gaan introduceren en invoeren. De handreiking valt in twee delen uiteen.

Deel 1 gaat over de bedding van zorgleefplannen:

---

1 Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg; juni 2005

2 Het meet- en observatie instrument "Zicht op Eigen leven" kan deze ontwikkelingen ondersteunen (ActiZ/Nivel, augustus 2006)

In hoofdstuk I wordt de omslag van kwaliteit van zorg naar kwaliteit van leven toegelicht.

In hoofdstuk II wordt de verbinding gelegd met de norm voor Verantwoorde zorg.

Hoofdstuk III en IV behandelen het belang van het zorgleefplan vanuit respectievelijk het perspectief van het zorgmanagement en de zorgprofessionals.

Deel 2 gaat over het werken met zorgleefplannen. Er wordt daarbij uitgebreid ingegaan op de primaire processen die door het zorgleefplansysteem ondersteund worden, en op het kwaliteit van leven perspectief van de cliënt. Deel 2 is daarom bij uitstek bedoeld voor praktijkopleiders en -begeleiders. Het kan onafhankelijk van deel 1 gebruikt worden, omdat relevante onderdelen uit deel 1 samengevat of juist verder geoperationaliseerd terugkomen in deel 2.

Tot slot is in bijlage kort het juridisch kader van het zorgleefplan beschreven dat voortvloeit uit de Wgbo en de Wet Bopz.

## Deel 1      Visie en onderbouwing

### I      **Kwaliteit van leven centraal**

Onder invloed van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen is de zorgbranche heftig in beweging. Zij is haar vanzelfsprekende status aan het verliezen en krijgt meer en meer de positie van een 'gewone' marktpartij. Mede door veranderende financieringsstructuren komt de relatie cliënt aanbieder centraal te staan. De effecten daarvan worden steeds meer zichtbaar.

Zorginhoudelijk vindt er een overgang plaats van het verlenen van zorg naar *het bijdragen aan de kwaliteit van het leven van cliënten*. Dat betekent dat de kwaliteit en effectiviteit van de zorg niet meer exclusief vanuit het professionele perspectief bepaald wordt, maar primair vanuit het perspectief van de zorggebruiker. Dat perspectief is 'een zo goed mogelijk leven', en wat dat is bepaalt iedereen voor zichzelf omdat mensen uniek zijn. Het wordt concreet gemaakt in woorden die verwijzen naar waar het eigen leven over gaat, wat dat leven mogelijk, draaglijk, prettig maakt, of zelfs goed en waardevol. De zorg- en dienstverlening heeft daaraan veel bij te dragen! Hiermee dienen zich belangrijke kansen aan om de maatschappelijke meerwaarde van de chronische zorg zichtbaar te maken.

Dit vereist wel een fundamenteel andere invalshoek die onder de noemer van "vraaggerichtheid" een ware cultuuromslag inhoudt.

Kijkend met 'gezondheidszorgogen' ziet een mensenleven eruit als een verouderingsproces met toenemende gezondheidstekorten en aftakeling ('schade' in de woorden van de verzekeraars). Vanuit dat mensenleven zelf voltrekt zich een unieke levensloop, waarbij het lichaam fysiek verouderd en tegelijkertijd de mogelijkheid blijft bestaan dat mensen tot het levenseinde aan toe blijven groeien in de eigen identiteit en levensvulling. Hiermee geven mensen invulling aan het eigen perspectief op een goed leven.

Dát perspectief vormt, in aansluiting op de norm voor Verantwoorde zorg, het centrale uitgangspunt van het model Zorgleefplan. Cliënten moeten ondersteund worden om "zoveel mogelijk het leven te kunnen leiden zoals ze dat willen en gewend zijn, en de dingen te kunnen doen die ze gelet op hun mogelijkheden en beperkingen zelf belangrijk en zinvol vinden" (zoals letterlijk in de norm staat).

Een uitgangspunt dat recht doet aan het feit dat iedereen niet anders kan dan het eigen leven te leven – niemand kan dat van een ander overnemen, ook niet in de zorg. Kwaliteit van leven is dus in de kern iets van de cliënt zelf, waar niemand anders verantwoordelijk voor gemaakt kan worden. Wél hebben zorgverleners de verantwoordelijkheid om de cliënt daarin optimaal te ondersteunen.

Dit heeft zich vertaald in de belangrijkste pijlers van de norm voor Verantwoorde zorg: keuzevrijheid en regie, communicatie en informatie, en vakbekwaamheid.



Om vanuit de zorg bij te kunnen dragen aan de levenskwaliteit van cliënten is het dus nodig om de gevolgen van (ouderdom en) aandoeningen in de context te plaatsen van het eigen leven van cliënten. Een eigen leven dat onder druk komt te staan door gezondheidsproblemen, waarmee ook het persoonlijk perspectief op een zo goed mogelijk leven in beweging komt en verandert. Juist in de chronische zorg is het daarom essentieel om cliënten te zien, te horen, én te ondersteunen in dat veranderend persoonlijk perspectief op een zo goed mogelijk leven. Het ondersteunen, het versterken en het stimuleren van de individuele mogelijkheden om de kwaliteit van het eigen leven in stand te houden en te verbeteren, vormt het vertrekpunt voor het opstellen van een zorgleefplan voor en met iedere cliënt.

## **II De norm voor Verantwoorde zorg en het zorgleefplan**

In het visiedocument "Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg" speelt het zorgleefplan een centrale rol bij het borgen van Verantwoorde zorg. Vanuit deze norm worden dan ook eisen gesteld aan het zorgleefplan en aan het werken daarmee. Deze zijn inhoudelijk, procesmatig, professioneel en organisatorisch van aard. In dit hoofdstuk worden deze eisen vrijwel letterlijk weergegeven. Hierbij is er bewust voor gekozen om het woord zorgleefplan te gebruiken in plaats van zorg(behandel)-/leefplan. De bedoeling daarvan is om te accentueren dat het eigen leven van de cliënt centraal staat. Het model Zorgleefplan is erop ingericht om daarbij zorgvuldig de verbinding te leggen met alle vormen van professionele zorg en behandeling die nodig zijn om de kwaliteit van het eigen leven adequaat te ondersteunen. Het model Zorgleefplan brengt de *multidisciplinaire zorg*, behandeling en dienstverlening aan een cliënt in beeld.<sup>3</sup>

### *II.1 Inhoudelijke eisen*

Ten aanzien van de inhoud geldt:

- Elke cliënt heeft een eigen zorgleefplan, waarin invulling gegeven wordt aan de vier domeinen van kwaliteit van leven, aansluitend bij diens persoonlijke mogelijkheden en beperkingen, behoeften en voorkeuren.

Het zorgleefplan geeft een beeld van de gezondheidssituatie van cliënt ten gevolge van diens aandoeningen, de prognoses daarvan en de daarmee samenhangende gezondheidsrisico's en eventuele professionele maatregelen, nodig voor de ondersteuning van de Kwaliteit van leven van de cliënt.

- De cliënt mag rekenen op een individuele, passende, invulling en adequate uitvoering van de items gericht op ondersteuning van de Kwaliteit van leven.

---

<sup>3</sup> In deel 2, IV.4 wordt nader ingegaan op de relatie tussen het multidisciplinaire zorgleefplan en monodisciplinaire dossiers.

Daarbij heeft *passend* te maken met cliëntgerichtheid. Het wil zeggen in overeenstemming met mogelijkheden, beperkingen, noden en wensen (moment waarop, manier waarop) van de cliënt.

*Adequaat* heeft te maken met professionaliteit. Het houdt in: geschikt voor het beoogde doel, professioneel doeltreffend.

Afspraken over de ondersteuning op alle domeinen worden in het zorgleefplan van de cliënt opgenomen. Bij de ondersteuning van de kwaliteit van leven van de cliënt gelden de volgende normen per domein:

*A. Lichamelijk welbevinden / gezondheid:* de cliënt mag rekenen op adequate

gezondheidsbescherming en -bevordering, een schoon en verzorgd lichaam en smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes.

*B. Woon-/leefomstandigheden:* de cliënt mag rekenen op woonruimte waarin deze zich thuis kan voelen en waar deze veilig is.

*C. Participatie:* de cliënt mag rekenen op aantrekkelijke mogelijkheden voor dagbesteding waarmee hij/zij invulling kan geven aan persoonlijke interesses, hobby's en een sociaal leven, en contact kan houden met de samenleving.

*D. Mentaal welbevinden:* de cliënt mag rekenen op respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling.

## *II.2 Procesmatige eisen*

Ten aanzien van het proces geldt:

- Het zorgleefplan komt in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger tot stand, en wordt eveneens in deze samenspraak geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Aan de cliënt of de vertegenwoordiger wordt ondersteuning aangeboden bij het overleg over het zorgleefplan (bijvoorbeeld in de vorm van een vaste persoonlijk begeleider/'casemanager').

- Het opstellen en de evaluatie/bijstelling van het zorgleefplan wordt systematisch gekoppeld aan contactmomenten met de cliënt en overlegstructuren.

## *II.3 Professionele kwaliteit zorgverleners*

Ook stelt de norm voor Verantwoorde zorg voorwaarden aan de professionele kwaliteit van zorgverleners: medewerkers richten zich op het behouden of bereiken van het voor de betrokken cliënt optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven; medewerkers zijn vakbekwaam en werken cliëntgericht, doeltreffend en doelmatig binnen de context van het gewenste eigen (dagelijks) leven van de cliënt.

Om bij te dragen aan verantwoorde zorg gelden als specifieke uitgangspunten voor medewerkers:

- ze hebben de verantwoordelijkheid om met cliënten te zoeken naar vormen van zorg, service en dienstverlening die passen bij de voorkeuren en wensen van de cliënt;

- ze respecteren de eigen levenssfeer van cliënten en dragen zorg voor een goede bejegening;

- ze hebben de verantwoordelijkheid voor een goede communicatie en dialoog met cliënten over hun ervaringen, wensen en voorkeuren;
- ze voeren individuele zorgleefplannen uit;
- ze evalueren de inhoud en uitvoering van het zorgleefplan met de cliënt;
- ze bespreken wenselijke aanpassingen en verbeteracties in het cliëntenoverleg, zorgleefplanbesprekingen en/of het teamoverleg.

Tot slot wordt benadrukt dat medewerkers de richtlijnen en protocollen toepassen die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele standaarden. In het zorgleefplan wordt op individueel niveau de toepassing vastgelegd en worden afwijkingen gemotiveerd en verantwoord. Dit geldt in ieder geval voor de volgende risicovolle onderwerpen:

- Decubitus
- Vocht en voedsel
- Valpreventie
- Farmaceutische zorg
- Infectiepreventie en -behandeling
- Toiletgang en incontinentie
- Gedragsproblemen en agressie

#### *II.4 Professionele kwaliteit zorgorganisatie*

De norm voor Verantwoorde zorg stelt ook voorwaarden aan een professionele zorgorganisatie:

- Iedere zorgorganisatie dient een geborgd zorgleefplansysteem te hebben, voldoende en bekwaam personeel, de deskundigheid van medewerkers te bevorderen en preventiebeleid te ontwikkelen in het bijzonder op het gebied van veiligheid. Daarbij gaat het in ieder geval om *toezicht, alarmopvolging en veiligheid van hulpmiddelen en materialen.*

### **III Uitdagingen voor het zorgmanagement**

#### *III.1 Zorgleefplan en primair proces*

Het zorgleefplan, in veel gevallen multidisciplinair en altijd individueel voor iedere cliënt, heeft een onmisbare functie bij het organiseren en realiseren van Verantwoorde zorg. In het zorgleefplan wordt voor en met iedere cliënt zijn of haar perspectief op kwaliteit van leven vertaald in doelen, concrete activiteiten en afspraken die bepalend zijn voor het handelen van professionals. Het zorgleefplan is de nadere uitwerking (individuele invulling) van de leveringsvoorwaarden, zoals deze zijn opgenomen in de zorgverleningsovereenkomst.

Het werken met zorgleefplannen dwingt tot het vraaggericht, systematisch, doelgericht en professioneel handelen van medewerkers. Het zorgleefplan heeft hiermee een ondersteunend, structurerend, sturend en toetsend karakter, en objectiveert de bijdrage die medewerkers leveren aan de kwaliteit van leven van de cliënt.

*Het zorg-/leefplan is dus primair een werkdocument voor zorgprofessionals en cliënten in de dagelijkse zorgverlening.*

### *III.2 Zorgleefplan en bekostiging*

Per 1 april 2003 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vernieuwd. Zorgaanspraken zijn nu ondergebracht in zeven functies, te weten:

- Huishoudelijke verzorging
- Persoonlijke verzorging
- Verpleging
- Ondersteunende begeleiding
- Activerende begeleiding
- Behandeling
- Verblijf

Per 1 januari 2007 zal voor de intramurale AWBZ-zorg de nieuwe zorgzwaartebekostiging worden ingevoerd. De cliënt krijgt dan een indicatie voor een zorgzwaartepakket (ZZP). Dat pakket is een mix van bovenstaande functies, met een totale gemiddelde omvang (tijd). Een zorgorganisatie zal de vertaalslag maken van dergelijke zorgzwaartepakketten naar verschillende zorgarrangementen (inclusief de bijbehorende omvang en deskundigheid van personele inzet).

De vertaling van de indicatiestellingen naar een zorgleefplan van een cliënt betekent dus een individuele invulling van een bepaald zorgarrangement. Op het niveau van de cliënt en zorgverlener is het zorgleefplan een goed instrument om binnen de kaders van de indicatiestelling vraaggericht te werken. De zorgzwaartepakketten geven daar ook alle ruimte voor, omdat het om een mix van functies gaat waartussen gesubstitueerd kan worden.

Werkend met een zorgleefplansysteem kan geëvalueerd worden of de geïndiceerde zorg voor de cliënt gerealiseerd wordt. Tevens wordt door deze werkwijze duidelijk wanneer de zorgbehoefte van een cliënt de indicatiestelling te buiten gaat en een herindicatie aangevraagd moet worden.

Uiteraard kan zorg- en dienstverlening behalve uit de AWBZ ook bekostigd worden uit de WMO of particulier. In alle gevallen is het nodig om te kunnen verantwoorden of de cliënt de zorg krijgt die afgesproken is en waarvoor betaald wordt.

*In de nieuwe verhoudingen is het zorg-/leefplan een werkdocument dat de primaire processen ondersteunt en het realiseren van Verantwoorde zorg borgt; het is ook het document waarmee in de relatie cliënt – zorgverlener verantwoording afgelegd kan worden over de geleverde zorg.*

*Het zorgleefplan is niet geschikt als juridisch document waarin de cliënt zowel tekent voor akkoord, als ook voor ontvangst. Het is een zorginhoudelijk en persoonlijk document.*

### *III.3 Sturen vanuit de inhoud*

De uitdaging voor zorgmanagers speelt zich af op meerdere fronten tegelijk, met als focus: het maken van een verbinding tussen de norm Verantwoorde zorg en de beschikbare middelen. Ofwel: binnen de be-

schikbare middelen de zorg zodanig te organiseren dat het kwaliteit van leven perspectief goed uit de verf kan komen.

Individualisering van de zorg betekent keuzemogelijkheden kunnen bieden aan de cliënt door processen anders aan te sturen en in te richten, en door productinnovaties.

Van groot belang is dat de organisatie aan haar medewerkers handlingsruimte en een handelingsrepertoire biedt waarmee invulling gegeven kan worden aan het perspectief van kwaliteit van leven.

Op basis van de wensen en behoeften van de cliënt zal een passend zorg- en dienstenaanbod worden geformuleerd dat moet resulteren in arrangementen die haalbaar én betaalbaar zijn (via AWBZ, WMO en/of private financiering). Veel externe factoren zijn van invloed op de mogelijkheden van een organisatie. Het is dus zaak om de ruimte die er is optimaal te benutten. Hierbij spelen creatief ondernemend management, coachend leiderschap en voorbeeldgedrag een grote rol. Het gesprek over de mogelijkheden die dat voor cliënten en medewerkers oplevert in relatie tot wensen en verwachtingen zal blijvend gevoerd moeten worden. Openheid en gelijkwaardigheid worden daarbij als belangrijke waarden aangegeven door ervaringsdeskundigen.

Het meest kansrijk zijn die situaties waarin de cliënt (vertegenwoordiger) de ruimte heeft om de verantwoordelijkheid voor het eigen leven ook daadwerkelijk uit te oefenen, en daarbij actief ondersteund wordt in de zorgprocessen.

Daarnaast is het ook duidelijk dat het zorgmanagement over adequate stuurinformatie moet kunnen beschikken. Er zijn functionele verbanden nodig tussen zorginhoudelijke en bedrijfsmatige processen. Het leveren van verantwoorde zorg met behulp van een zorgleefplansysteem dient gekoppeld te zijn aan de indicatiestelling van cliënten, aan bekostigingsstructuren, aan de inzet van mensen en middelen (capaciteitsplanning) en aan heldere en praktische verantwoordingsmogelijkheden. Zonder functionele ICT toepassingen (ECD) blijkt dat steeds minder haalbaar.

Het model Zorgleefplan Verantwoorde zorg is dan ook opgenomen in het procesmodel ECD (Iedennet ActiZ).

## IV Uitdagingen voor professionals

### IV.1 Goede professionaliteit in de chronische zorg

Het verlenen van zorg- en dienstverlening, gericht op het ondersteunen van de bestaanskwaliteit van cliënten, gaat over aandacht en zorgzaamheid voor cliënten op alle levensdomeinen.

Het is een vorm van “vraaggerichtheid” die vereist dat zorgprofessionals oog en gevoel hebben voor waar het leven van cliënten om draait. Wat is belangrijk voor cliënten? Wat zouden cliënten graag willen, waar hopen ze op en waar hebben zij plezier in? Welke zorgen en problemen hebben ze en wat betekent het voor hen om problemen met hun gezondheid te hebben en afhankelijk te worden van de hulp van anderen? Dat reikt verder dan zaken waar de cliënt misschien letterlijk om vraagt.

Pas in een goede zorgrelatie tussen cliënt en zorgverleners kunnen zulke persoonlijke zaken geleidelijk naar voren komen. En dan kan steeds duidelijker worden welke zorg, op welke momenten en op welke manier verleend écht bijdraagt aan de bestaanskwaliteit van een individuele cliënt.

*In de chronische zorg is daarom, naast goede vakbekwaamheid, een actieve betrokkenheid van zorgverleners nodig op het eigen leven van cliënten.*

Er wordt een bijzonder beroep gedaan op hun vermogen om op een integere manier de eigen vakinhoudelijke deskundigheid in het perspectief te plaatsen van dat eigen leven van de hulpvragers – ook als er niets gevraagd wordt.

Immers, cliënten in de zorg zijn nu juist veelal niet mondig, maar kwetsbaar in hun afhankelijkheid en beperkt in hun mogelijkheden tot communiceren en in hun mogelijkheden om de eigen situatie goed te kunnen overzien. Zorg- en behandelprofessionals worden niet voor niets ingeschakeld. Zij zijn in staat om gezondheidsrisico's in te schatten en te handelen naar de richtlijnen die daarop van toepassing zijn. En ook in dat geval gaat het om effecten voor het eigen leven van de cliënt, en de vertaalslag naar het individuele cliëntniveau bij het toepassen van die richtlijnen.

### IV.2 Geïntegreerde zorg

De vertaling van het kwaliteit van leven perspectief van de cliënt in effectief professioneel handelen, vormt de centrale uitdaging voor professionals bij het werken met het zorgleefplan. Hierbij staan steeds de volgende vragen centraal: ‘Hoe krijg ik zicht op de wensen en behoeften van de cliënt op alle levensdomeinen, en hoe kan ik daar vanuit mijn professionele deskundigheid aan bijdragen?'; ‘Hoe maak ik verbinding tussen adequaat handelen bij gezondheidsrisico's en kwaliteit van leven voor de cliënt?’.

De *integrale* optiek in twee opzichten is cruciaal: het gaat om een *gezamenlijke* zorgzaamheid voor de cliënt op *alle levensdomeinen*. Bijvoorbeeld: ‘Hoe kan ik als ergotherapeut tegemoet komen aan de behoeften van de cliënt t.a.v. sociale relaties, humor en plezier, en onafhankelijkheidsgevoel? En hoe is daarbij de verbinding te leggen

met de inzet van de verzorging, de activiteitenbegeleiding, de andere paramedici en het vrijwilligerswerk?”.

Het zorgleefplan is voor zorg- en behandelprofessionals het instrument dat:

- hen systematisch scherp houdt op het individuele kwaliteit van leven perspectief van de cliënt in relatie tot de eigen beroepsuitoefening;
- hen systematisch scherp houdt op beoogde samenwerkingswinst (inhoudelijke afstemming, coördinatie van de uitvoering);
- hen aanstuurt in de dagelijkse realisatie (afspraken nakomen);
- de toegevoegde waarde en de effectiviteit van het professioneel handelen in relatie tot het individuele cliëntperspectief op kwaliteit van leven toetst (evaluaties);
- hen een middel biedt voor het verantwoorden van hun handelen.

#### *IV.3 Competenties*

De norm voor Verantwoorde zorg stelt eisen aan de professionele kwaliteit van zorgmedewerkers (zie II.3). Een goed zorgleefplansysteem ondersteunt hen daarbij, maar het vereist ook weer bepaalde competenties om daarmee te kunnen werken.

Door ervaringsdeskundigen worden competenties genoemd als

- goed kunnen luisteren, kijken, signaleren: ‘menslievende’ en respectvolle aandacht voor cliënten;
- communicatie- en onderhandelingsvaardig zijn: kunnen bouwen aan een wederkerige zorgrelatie met cliënten en aan een gelijkwaardige werkrelatie met collega’s;
- doeltreffend en met gevoel voor privacy kunnen rapporteren, zowel schriftelijk als mondeling;
- aanspreekbaar zijn op gedrag en verantwoordelijkheden; flexibel en veranderingsbereid zijn;
- vakoverstijgend kunnen denken; een teamworker zijn;
- opleidingsniveau 3 of 4 voor zorgcoördinatie.

#### *IV.4 Kaders kennen en mogelijkheden zoeken*

Om er voor de cliënt binnen de beschikbare middelen het beste uit te halen, wordt ook van zorgverleners in toenemende mate creativiteit en ondernemingslust gevraagd. Anders dan vroeger wordt kennis van de financiële kaders gevraagd, en het denken in mogelijkheden van het aanbod. Dat geldt met name voor degene die daadwerkelijk tot afspraken komt met de cliënt over het aanbod.

*Financiële mogelijkheden zijn:*

1. Wat is de indicatiestelling van de cliënt? (zorgzwaartepakket)
2. Wil de cliënt eigen middelen inzetten/ aanvullende verzekeringen?
3. Is er eventueel WMO geld inzetbaar voor deze cliënt?

*De mogelijkheden van het aanbod zijn divers:*

1. Keuze uit een aanbod van voorzieningen en dienstverlening die de zorgorganisatie ‘in huis heeft’ (woon/leefmilieus, maaltijdvoorzie-

ningen/restaurant, verenigingsleven, sport en spel, kapsalon, schoonheidsspecialist, pedicure, klusjesdienst, vervoersfaciliteiten enz. enz.). De vraag is of er voor de cliënt individuele begeleiding of aanpassingen nodig zijn om hiervan gebruik te kunnen maken.

Ook de participatie van mantelzorgers kan mogelijkheden bieden, evenals bijdragen van vrijwilligers. En niet alles hoeft zelf georganiseerd te worden. De cliënt kan b.v. ook kennis maken met reguliere (welzijns)voorzieningen en ondersteund worden in het gebruik daarvan.

2. De ruimte die georganiseerd kan worden voor het maken van individuele afspraken over de persoonlijke verzorging en het dagritme. Participatie van mantelzorgers kan ook hierbij mogelijkheden bieden, maar vraagt wel maatwerk!

3. De professionele zorg/verpleging/behandeling/begeleiding die een zorgorganisatie in huis heeft (beschikbaar/bereikbaar). Zowel het kunnen signaleren van gezondheidsrisico's, als de individueel passende uitvoering van professionele richtlijnen vraagt deskundigheden op divers gebied.

De match tussen vraag en aanbod op individueel niveau vereist dus ook meer kennis van mogelijkheden en randvoorwaarden van zorgcoördinatoren. Ook zij worden meer en meer ondernemer in zorg!



## Deel 2      Hoe 'werkt' het zorgleefplan?

### I      **Het zorgleefplan ondersteunt en borgt het realiseren van Verantwoorde zorg**

Verantwoorde zorg ondersteunt vakbekwaam de kwaliteit van leven van de cliënt, met behulp van een zorgleefplan.

Elke cliënt heeft een eigen, persoonlijk zorgleefplan, waarin de afspraken staan die met hem gemaakt worden over de zorg- en dienstverlening. Het zorgleefplan is als het ware *'de agenda' van de cliënt*. Tegelijkertijd is het zorgleefplan een onmisbaar *werkdokument voor zorgverleners*. Er staat namelijk nog meer in wat voor zorgverleners belangrijk is om te weten, zodat zij in goede onderlinge samenwerking en afstemming aan de cliënt de juiste zorg kunnen verlenen, op het juiste moment, en op de juiste manier.

*Het vertrekpunt bij het maken van een zorgleefplan is de vraag hoe de cliënt zijn leven zoveel mogelijk kan voortzetten zoals hij dat gewend is en graag wil, en hoe hij binnen de eigen mogelijkheden en beperkingen de dingen kan blijven doen of kan gaan doen die hij zelf belangrijk en zinvol vindt.*

De zorg en dienstverlening is erop gericht de cliënt daarbij te helpen. Die hulp is nodig omdat cliënten in de zorg niet meer alles zelf kunnen doen door bepaalde aandoeningen, vaak in combinatie met een hoge leeftijd. Ook is aandacht nodig voor gezondheidsrisico's die cliënten kunnen lopen (zoals bijvoorbeeld kans op vallen, op doorligwonden, op vereenzaming, op ondervoeding enz.)

Goede zorg helpt de cliënt om desondanks het leven op de eigen manier voort te zetten. Daarom kun je zeggen: de zorg is erop gericht om de kwaliteit van leven van de cliënt te ondersteunen. Daarvoor zijn zorgverleners nodig die vraaggericht werken en hun vak verstaan. De norm voor Verantwoorde zorg zegt heel concreet dat het hierom gaat:

- *aandacht en zorgzaamheid voor cliënten op alle levensdomeinen*  
Hoe kan de cliënt zijn leven voortzetten, welke voorkeuren en behoeften heeft hij? Welke mogelijkheden heeft de cliënt, en waarbij is ondersteuning nodig?
- *het kunnen signaleren van gezondheidsrisico's van cliënten, en daarnaar te handelen*  
Kennis hebben van bijbehorende richtlijnen, en die op zó'n manier toepassen dat het bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de cliënt.

In een goede zorgrelatie tussen cliënt(familie) en zorgverleners kan geleidelijk steeds duidelijker worden welke zorg, op welke momenten en op welke manier verleend écht bijdraagt aan de bestaanskwaliteit van een individuele cliënt. Dat is een doorlopend proces, waarbij het

zorgleefplan een onmisbaar hulpmiddel (en een wettelijke verplichting) is.

Om een goed hulpmiddel te zijn bij het realiseren van die goede, vraaggerichte zorg, moeten er in het zorgleefplan de goede dingen staan, en moet er op de juiste manier mee gewerkt (kunnen) worden. Het model Zorgleefplan Verantwoorde zorg ondersteunt deze processen wel, maar regelt ze uiteraard niet.

Om die reden wordt in dit deel uitgebreid ingegaan op de communicatieprocessen tussen medewerkers en cliënten en medewerkers onderling die randvoorwaardelijk zijn voor een doeltreffend zorgleefplansysteem.

## **II Zonder communiceren en overleggen gaat het niet!**

Om samen iedere dag goede zorg te kunnen realiseren, communiceren zorgverleners met cliënten én met elkaar. Dat gebeurt *spontaan* tijdens het werk, én op een door de instelling *geregelde manier voor communicatie en overleg*. Het is allebei nodig!

Veel gaat daarbij *mondeling*, en veel zaken werken beter als ze *schriftelijk* vastgelegd worden.

Het zorgleefplan is bedoeld om deze werkwijzen te ondersteunen.

### *II.1 Alles begint met communiceren met de cliënt (familie)*

Vraaggericht werken betekent dat zorgverleners oog, oor en gevoel hebben voor waar het leven van cliënten om draait. Wat is belangrijk voor cliënten? Wat zouden cliënten graag willen, waar hopen ze op en waar hebben zij plezier in? Welke zorgen en problemen hebben ze en wat betekent het voor hen om last te hebben met hun gezondheid en afhankelijk te zijn van de hulp van anderen? Voor iedere cliënt is dat weer anders, en niet alle cliënten kunnen dat zomaar onder woorden brengen. Veel communicatie verloopt ook non-verbaal, via lichaamstaal, gezichtsuitdrukkingen, gedrag.

Naarmate cliënten en zorgverleners elkaar beter leren kennen, zullen de mogelijkheden groeien om met zorg- en dienstverlening daadwerkelijk bij te dragen aan de levenskwaliteit van de cliënt. Dat is een proces dat nooit 'af' is, want het leven van de cliënt loopt door.

*Een goede zorgrelatie met cliënten staat dus centraal en verdient alle aandacht!*

Een goede relatie aangaan, en goed kijken en luisteren naar de cliënt gebeurt eigenlijk langs twee belangrijke wegen:

1° in de dagelijkse praktijk van de zorgverlening – de persoonlijke, spontane, informele kant van het communiceren;

2° in de geplande gesprekken en overleggen met de cliënt – de 'geregelde', formele kant van de communicatie.

### *1<sup>e</sup> Dagelijks contact*

De dagelijkse contacten tijdens de zorgverlening zijn de basis. Daar gebeurt het, iedere dag weer, als er vanuit een cliëntgerichte houding aandacht is voor de cliënt: hoe maakt de cliënt het? Gaat alles goed, zijn er bijzonderheden, is er iets anders dan anders? Hoe voelt de cliënt zich? Heeft hij bepaalde plannen, verwacht hij bezoek?

En, wat zie je als je goed naar de cliënt kijkt? Ook non-verbaal gedrag is een belangrijke informatiebron!

Kortom: Iedere dag kan weer anders kan zijn voor de cliënt, en dat kan om dagelijkse aanpassingen van de zorgverlening vragen.

(zie verder bij II.2)

### *2<sup>e</sup> Geplande gesprekken*

Daarnaast wordt er op gezette tijden ook officieel met de cliënt (familie) overlegd over het aanbod: wat vindt u van de zorg? Heeft wat we doen wel het verwachte resultaat voor u, helpt het voldoende? Doen we nog de goede dingen voor u op de goede manier, en op het juiste moment? Zijn er veranderende behoeften, noden, wensen?

En ook: wat vinden wij als professionals ervan? Zien wij verbetermogelijkheden, constateren we problemen?

Kortom: hebben we nog steeds de goede afspraken, of moeten we nieuwe maken? (zie verder bij II.2)

## *II.2 Goede communicatie tussen zorgverleners is de basis voor goede samenwerking*

Zorgverleners communiceren dus op twee niveaus met de cliënt (familie): in de dagelijkse praktijk van de zorgverlening, en tijdens afgesproken overleg.

Langs dezelfde lijnen loopt het overleg van zorgverleners onderling ten aan zien van de zorgverlening.

### *1<sup>e</sup> Wandelgangen contact*

Zorgverleners treffen elkaar tijdens het werk of zoeken contact om even iets door te geven of te vragen. Dat 'wandelgangen contact' is belangrijk voor de dagelijkse afstemming: waarover moeten collega's elkaar informeren om het voor de cliënt goed te kunnen doen, en alles soepel te laten lopen? Kan de afspraak bij de kapper verzet worden omdat mevrouw onverwacht bezoek heeft? Een beetje kalm aan bij de ADL training want meneer heeft heel slecht geslapen. Er zijn twee ziekmeldingen binnen het team waardoor de afspraken met enkele cliënten vandaag veranderd moeten worden. Mevrouw is koortsig – moet het buiten wandelen met de vrijwilligster wel doorgaan; moet de dokter erbij komen, enz.

Het is heel belangrijk om nadrukkelijk stil te staan bij de timing: wat moet nu, wat kan wachten?

En ook bij de vraag wat mondeling moet of kan, en wat (ook) beslist vastgelegd of geregistreerd moet worden (b.v. in dagrapportages, observatie/registratielijsten).

Kortom: werkt het goed, of lopen er toch dingen mis en langs elkaar heen?

Kan de zorgcoördinator het overzicht houden? En kunnen de betrokken disciplines dat ook, zodat zij naar elkaar en naar de cliënt toe kunnen blijven afstemmen wat betreft de inhoud en uitvoering van de zorg, behandeling en dienstverlening.

### *2<sup>e</sup> Rapportages en cliëntbesprekingen*

Daarnaast is er het 'geregelde' overleg, met bijbehorende rapportages en verslaglegging.

Dat geregelde overleg gaat langs twee sporen:

- a) het spoor dat de dagelijkse uitvoering van de zorgverlening ondersteunt; als het ware de formele kant van het wandelgangencontact: de overdracht en dagrapportages;
- b) het spoor dat hoort bij de periodieke evaluatie van de zorg.

*a) De dagelijkse overdracht ter ondersteuning van de vraaggerichtheid; voor afstemming met de cliënt en de afstemming tussen zorgverleners onderling.*

Loopt alles goed, of is er iets onverwachts, iets afwijkends te melden? Moet er actie ondernomen worden? Moet er van gebruikelijke werkwijze afgeweken worden? Is het urgent, éénmalig, moet er een nieuwe afspraak gemaakt worden met de cliënt? Is het goed om een andere collega om advies te vragen of inschakelen? Enz. enz.

Heel belangrijk: wat kan/moet mondeling, wat moet (ook) vastgelegd of geregistreerd worden?

In principe speelt dagrapportage/overdracht binnen een zorgteam. Een aandachtspunt daarbij is hoe de zorgverleners van niveau 1 en 2 hier goed bij betrokken kunnen worden. In de praktijk zijn het veelal zorg-hulpen en helpenden die relatief veel tijd met de cliënt doorbrengen, en daardoor een belangrijke signaleringsfunctie hebben. Het is dan ook belangrijk om communicatievormen te vinden waarin hun signalen een plek krijgen en waarin zij zelf ook goed op de hoogte blijven.

Een ander aandachtspunt is de positie van andere disciplines dan verpleging en verzorging (zoals verpleeghuisgeneeskunde, logopedie, geestelijk werk, fysiotherapie, ergotherapie, activiteitenbegeleiding, enz.). In veel zorgorganisaties waar complexe zorg geleverd wordt maken ook zij deel uit van een zorgteam. Maar het is ook gebruikelijk dat deze andere disciplines niet participeren in zo'n multidisciplinair zorgteam, en uitsluitend in eigen teamverband georganiseerd zijn (het AB team, het fysio- of ergotherapieteam enz.). Hun hulp en inbreng wordt dan 'per geval' ingeroepen.

Hoe dan ook: het is nuttig dat alle disciplines die bij de zorgverlening aan een cliënt betrokken zijn kunnen lezen in de dagrapportage van de verpleging en verzorging, en ook daarin kunnen schrijven (b.v. in een eigen kleur). In de dagrapportage staan vaak dingen die belangrijk zijn om te weten voor elke bij de cliënt betrokken zorgverlener. Bijvoorbeeld, meneer heeft nieuwe medicatie gekregen die duizeligheid kan geven. En omgekeerd: de activiteitenbegeleider laat bijvoorbeeld we-

ten dat mevrouw zich tijdens een activiteit verstart heeft, en dat alleen lopen niet veilig lijkt. Misschien moet de dokter er even naar kijken of de fysiotherapeut ingeschakeld worden.

De vraag is dus steeds: wat is voor collega's belangrijk om te weten? Zorgverleners houden zich aan de afspraken uit het zorgleefplan én zijn flexibel: zij werken samen en zorgen voor de dagelijkse afstemming vanuit een vraaggerichte houding.

*Als de dingen anders lopen dan anders: blijven communiceren, samenwerken, afstemmen.*

*De zorgcoördinator houdt overzicht en coördineert.*

b) *De periodieke cliëntbespreking: doen we het nog goed voor de cliënt?*

In officiële woorden: het evalueren van de zorgdoelen en bijbehorende acties op grond van informatie uitwisseling, in overleg met de cliënt (familie) en in overleg met elkaar.

Binnen een zorgteam monodisciplinair, of in multidisciplinair overleg (MDO) als de zorg complexer is en er daardoor meer verschillende zorgverleners bij betrokken zijn. Er wordt dan door verschillende disciplines aan dezelfde en/of verschillende doelen voor de cliënt samengewerkt. Dat vraagt teamwork en afstemming.

Afhankelijk van de complexiteit van de zorg en de mate waarin er van gezondheidsrisico's sprake is, worden hierbij dus hogere eisen gesteld aan de professionele deskundigheden van zorgverleners. En meer deskundigheid van de zorgcoördinator om het geheel te kunnen blijven overzien en coördineren.

Voorafgaand aan de cliëntbespreking zal er schriftelijk door de betrokken disciplines gerapporteerd worden per zorgdoel. Op basis daarvan evalueert het team met de cliënt (vertegenwoordiger) de geboden zorg.

De evaluatie kan op verschillende punten tot bijstelling leiden: verandering van zorgdoelen, of een andere manier om daaraan te werken (wie doet wat wanneer en hoe?). Alle nieuwe afspraken worden weer schriftelijk vastgelegd.

Er kan voor gekozen worden om de cliënt (vertegenwoordiger) uit te nodigen om deel te nemen aan het overleg, of om dit niet te doen en voor- en nabesprekingen met de cliënt (vertegenwoordiger) te houden. Hoe dan ook: de afspraken over de feitelijke zorgverlening moeten **met** de cliënt (vertegenwoordiger) gemaakt worden.

Er is uiteraard een vaste planning voor de periodieke cliëntbespreking, maar de cliënt (familie) of zorgverleners kunnen ook aanleiding zien om de zorg tussentijds te evalueren. Op grond van eigen ervaringen of signaleringen – bijvoorbeeld uit de dagrapportages. Bijvoorbeeld, mevrouw vindt dat haar hobby's in de knel komen door het therapieprogramma. Of bijvoorbeeld, meneer is al langere tijd futloos; is ook afgevallen; hij zegt z'n geliefde activiteiten steeds vaker af. In beide gevallen vraagt dat over de breedte om nieuwe afwegingen op basis

van professionele inbreng, en in overleg met de cliënt (vertegenwoordiger).

Hoe meer veranderlijk de situatie van een cliënt is, hoe vaker dus een cliëntenbespreking nodig is. Daarom vinden MDO's voor reactiveringscliënten veel vaker plaats dan voor cliënten die in de instelling blijven wonen en een stabiele gezondheidssituatie hebben.

### *II.3 Vele wegen leiden naar Rome!*

Iedere zorgorganisatie kiest z'n eigen aanpak (organisatievorm) bij de formele kant van communicatie en overleg. Zeker wat betreft de informele kant speelt ook de cultuur binnen een organisatie een grote rol. Het belangrijkste is: het moet in goede sfeer werken! Dat wil zeggen: er moet geen tijd verloren gaan aan overbodig overleg of geschrijf, maar cliënten (vertegenwoordigers) moeten wel goed geïnformeerd zijn, en zorgverleners moeten op het juiste moment en op de juiste plek over de juiste informatie beschikken om hun werk gemotiveerd en goed te kunnen doen, zowel vakinhoudelijk als organisatorisch.

*Het is een goede vuistregel om hoe dan kritisch te zijn bij vastleggingen (wat is de toegevoegde waarde, en wie heeft het waarvoor nodig?) en bij registraties (welk gezondheidsrisico is in het geding, en wat dóen we met de registraties?).*

Verantwoorde zorg komt niet toevallig tot stand, maar moet georganiseerd worden. Het organiseren van ruimte voor een goede zorgrelatie met de cliënt (familie) maakt daar onderdeel van uit. Zorgen voor een goed werkend zorgleefplan(systeem) ook!

### **III Gewoon leven met gezondheidsrisico's door persoonlijke zorg**

In de norm voor Verantwoorde zorg staat het veilig en vakbekwaam ondersteunen van de kwaliteit van leven van cliënten centraal. Dat vraagt om:

- aandacht en zorgzaamheid voor cliënten op alle levensdomeinen;
- het kunnen signaleren van gezondheidsrisico's van cliënten, en daar-naar te handelen.

Uitgangspunt is om "het gewone" mogelijk te maken voor de cliënt: het dagelijks leven zoals hij het gewend is, en het graag heeft. Die gewone dingen zijn wel weer heel persoonlijk, en kunnen voor iedere cliënt anders zijn. Wat voor de cliënt gewoon is, is dus tegelijkertijd "bijzonder": individueel aangepaste zorg op grond van persoonlijke behoeften en voorkeuren. Maar ook gezondheidsrisico's en aandoeningen kunnen leiden tot bijzondere zorg in het dagelijks leven van de cliënt.

#### *III.1 Alle domeinen van kwaliteit van leven spelen een rol*

Bij een oriëntatie op het gewone en toch specifieke eigen leven van de cliënt passen de *4 domeinen van kwaliteit van leven*. In aansluiting op de norm voor Verantwoorde zorg vormen deze domeinen dan ook het basisstramien van elk zorgleefplan.

De 4 levensdomeinen zijn: de woon-/leefomstandigheden, de sociale kant van het leven (participatie), het mentale welbevinden van de cliënt als persoon en het lichamelijke gevoel van welbevinden en gezondheid.

Bij Verantwoorde zorg is er op een evenwichtige manier aandacht voor elk van deze domeinen.

Voor de ondersteuning van de kwaliteit van leven van de cliënt gelden de volgende algemene normen per domein binnen instellingen:

*\* Woon/leefomstandigheden:*

De cliënt mag rekenen op woonruimte waarin deze zich thuis kan voelen en waar deze veilig is.

*\* Participatie:*

De cliënt mag rekenen op aantrekkelijke mogelijkheden voor dagbesteding waarmee hij/zij invulling kan geven aan persoonlijke interesses, hobby's en een sociaal leven, en contact kan houden met de samenleving.

*\* Mentaal welbevinden / Autonomie:*

De cliënt mag rekenen op respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling.

*\* Lichamelijk welbevinden / Gezondheid:*

De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering, een schoon en verzorgd lichaam en smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes.

Om medewerkers op het spoor te zetten van 'breder kijken dan de lichamelijke zorg', is er in het model Zorgleefplan bewust voor gekozen

om het domein lichamelijk welbevinden/ gezondheid als laatste aan bod te laten komen.

Deze algemene normen per domein bevatten een aantal onderwerpen die belangrijk kunnen zijn bij de persoonlijke invulling daarvan. Deze onderwerpen zijn in het zorgleefplan opgenomen, en uitgewerkt in een groot aantal voorbeeldvragen. Ze dienen als hulpmiddel en geheugensteuntje

- bij *het leren kennen* van de cliënt als persoon, in zijn voorkeuren en behoeften
- bij *het signaleren* van noden en behoeften die met gezondheidsrisico's samenhangen. Ten behoeve daarvan is er per domein een checklist opgenomen van mogelijke gezondheidsrisico's. Daarbij wordt verwezen naar beschikbare landelijke richtlijnen.

De vraag is steeds: wat zijn binnen een domein de onderwerpen die voor *déze* cliënt belangrijk zijn gezien de persoon die hij is en het leven dat hij graag wil leiden, gezien de mogelijkheden en beperkingen van zijn (gezondheids)situatie.

De onderwerpen en voorbeeldvragen per domein geven talloze aanknopingspunten om met de cliënt (familie) in gesprek te komen, en te vragen: hoe is dat voor u? Hoe ging dat vroeger, hoe was u dat gewend? Wat is er veranderd door uw ziekte, door de verhuizing? Wat vindt u nu belangrijk en leuk? Wat vindt u erg vervelend, waar heeft u last van? Waarbij kunt u hulp en ondersteuning gebruiken? Wat vraagt om de deskundigheid van andere zorgverleners en behandelaars? Enz. enz.

### *III.2 Alleen gebruiken wat nodig is, en van gewoon naar bijzonder*

Het model zorgleefplan is dus géén kant en klare, afgebakken vragenlijst die door bepaalde medewerkers bij elke cliënt afgenomen wordt in het kader van het opstellen van een vraaggericht zorgleefplan.

Het is wél een lijst met onderwerpen die mogelijk relevant zijn om voor een cliënt de goede dingen op een goede manier te kunnen gaan en blijven doen!

De werkwijze is daarbij als volgt:

- Allereerst gaat het om *het gewone*; voortzetting van het dagelijks leven van de cliënt. Bijvoorbeeld de eigen dagindeling, slaap- en eetgewoonten, de manier van lichamelijke verzorging, bezigheden, leefstijl. Samen met de cliënt (familie) worden de mogelijkheden verkend. Voor een deel zal de cliënt zijn keuze maken uit het voorzieningenaanbod, en voor een ander deel worden individuele afspraken gemaakt.
- Hierbij komen ook *de mogelijkheden en beperkingen* in beeld die de cliënt in zijn dagelijks leven ondervindt, en de keuzen die hij daarbij maakt/moet maken. Mogelijkheden kunnen vaak verder ontwikkeld of ondersteund worden. Wat beperkingen betreft gaat het om de betekenis ervan in het dagelijks doen en laten van de cliënt.



- Zorgverleners kunnen mogelijkheden zoeken en aanbieden die de cliënt niet kent. Bijvoorbeeld, meneer denkt dat hij niet meer naar de kaartclub kan nu hij in een rolstoel en in de zorginstelling zit, en dat kan toch een keer per week geregeld worden door de combinatie streektaxi ouderen en de inzet van een vaste vrijwilliger. En misschien is de kaartclub van het huis ook het proberen waard (waar ze handige kaartenhouders hebben). Of bijvoorbeeld, mevrouw durft weinig te ondernemen omdat zij makkelijk urine verliest, maar samen met de arts en de verzorgende wordt daar een oplossing voor gevonden die mevrouw eens gaat uitproberen.
- Tegelijkertijd is een *alertheid* nodig voor *eventuele gezondheidsrisico's* die professioneel handelen vereisen. De consequenties daarvan voor het eigen leven van de cliënt zijn dan erg belangrijk, en het samen zoeken naar een bij de cliënt passende oplossing. Bijvoorbeeld, mevrouw heeft suikerziekte, gaat slordig met medicatie om en heeft eetgewoontes die daar slecht bij passen. Of bijvoorbeeld, meneer heeft begeleiding bij toiletgebruik nodig maar gaat liever zijn eigen gang met als gevolg valgevaar en smetplekken.

In al die gevallen gaat het om individuele aandacht en overleg, het betrekken van de juiste deskundigen, en het vastleggen en uitvoeren van de acties/afspraken waar dat toe leidt.

Samengevat, zorg die de bestaanskwaliteit van de cliënt ondersteunt begint dus bij het gewone en zoomt alleen wanneer dat nodig is in op het bijzondere, het afwijkende - niet omgekeerd.

De eerste oriëntatie is op persoonlijke dagelijkse behoeften en mogelijkheden. Eventuele gezondheidsproblemen worden dát kader gezien - niet omgekeerd.

Dat vereist dat zorgverleners in de gelegenheid zijn om de cliënt te leren kennen, en in staat zijn om gezondheidsrisico's en -problemen te signaleren en daarnaar te handelen.

De opbouw van het zorgleefplan ondersteunt deze werkwijze, doordat bij ieder domein zowel 'gewone' onderwerpen als 'signaleringsonderwerpen' zijn opgenomen. Alleen wat van toepassing is, wordt gebruikt en uitgewerkt. Daarnaast is in het zorgleefplan plaats ingeruimd voor een korte typering van de cliënt (eveneens voorzien van voorbeeldvragen als geheugensteuntjes): wie is de cliënt, wat hoort wel en niet bij hem/haar? Persoonlijkheid, Leefstijl.

## **IV Inhoud zorgleefplan**

### *IV.1 Opbouw*

Het zorgleefplan bestaat grofweg uit twee delen:

- \* een deel dat *levend werkdocument* is
- \* én een *dossier* met bepaalde belangrijke (stabiele) informatie en gegevens.

Er zijn weer twee soorten gegevens en informatie:

\* informatie *over de cliënt*, en

\* informatie *over de zorg*.

Die informatie is deels stabiel, en deels aan veranderingen onderhevig. Het is met name de veranderlijke informatie die bij het zorgleefplan als levend werkdocument hoort, en de vaste informatie die in het onderliggende dossier thuishoort.

*Het levende werkdocument is het eigenlijke 'zorgleefplan':*

Wie is de cliënt en hoe ziet z'n dagelijks leven eruit?

Waar werken we voor (en met) de cliënt aan, en waarom doen we dat?

Welke afspraken hebben we daarover gemaakt met de cliënt?

Wie doet wat, wanneer, en zonodig: op welke manier?

Informatie over de zorgverlening en over de cliënt raken hier uiteraard verweven omdat het ene uit het andere voortvloeit.

*Voor de cliënt* levert dit een *weekagenda* op van afspraken/activiteiten waar verschillende zorgverleners, maar ook familie en vrijwilligers, bij betrokken kunnen zijn. Deze kan er per week anders uit zien.

*Voor zorgverleners* levert dit een lijstje op met *activiteiten die met de cliënt afgesproken zijn*, en waarbij bepaalde zorgverleners betrokken zijn. Ook mantelzorgers en vrijwilligers kunnen hierbij een rol spelen. Deze activiteiten zijn in het zorgleefplan gerangschikt naar zorgdoelen per levensdomein. Heel concreet: wie doet wat wanneer en zonodig hoe?

*Het model Zorgleefplan Verantwoorde zorg is multidisciplinair, en bestaat uit een multomap met 6 tabbladen en invulformulieren. Het is een werkmap voor medewerkers die rechtsreeks betrokken zijn bij de cliëntenzorg - in ieder geval voor de zorgcoördinator. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen somatiek en psychogeriatricie.*

De *tabbladen* voeren de zorgcoördinator langs de onderwerpen die aan de orde moeten komen om kwaliteit van leven met de cliënt (familie, vertegenwoordiger) bespreekbaar te maken en daarbij voldoende aandacht te besteden aan gezondheidsrisico's. De betrokkenheid van de benodigde professionals en de mogelijke rol van verwanten en vrijwilligers zit daarbij "ingebakken", evenals de rol en betekenis van observatiegegevens.

De *invulformulieren* zijn voorbeeldformulieren waarmee het individuele zorgleefplan van de cliënt opgebouwd wordt. Het zorgleefplan van iedere cliënt begint dus letterlijk met een lege map. Alleen wat voor die cliënt van toepassing is komt erin! Het resulteert in ieder geval in een overzicht van alle afspraken/acties, in een structureel cyclisch proces van uitvoeren, evalueren en bijstellen.

De flexibele opbouw met tabbladen en voorbeeldformulieren maakt het mogelijk om het zorgleefplan in te voeren met gebruik maken van eigen, bestaande formulieren waar al met succes mee gewerkt wordt.

De tabbladen zijn:

1<sup>e</sup> *Checklist eerste gesprek*, voorzien van aandachtspunten die voor dat gesprek niet gemist mogen worden. Op dit tabblad is tevens de informatie opgenomen over een goede afronding van het eerste gesprek, en van elk daarop volgend evaluatiegesprek met de cliënt (familie) over de geboden zorg.

2<sup>e</sup> *Typering Cliënt*, voorzien van voorbeeldonderwerpen en bijbehorende voorbeeldvragen rond het thema: wie is de cliënt, en hoe beleeft en waardeert hij de zorg?

3<sup>e</sup> *Levensdomein 1 Woon- en leefomstandigheden*

4<sup>e</sup> *Levensdomein 2 Participatie*

5<sup>e</sup> *Levensdomein 3 Mentaal welbevinden en autonomie*

6<sup>e</sup> *Levensdomein 4 Lichamelijk welbevinden en gezondheid*

Elk van de domeinen is voorzien van voorbeeldonderwerpen en bijbehorende voorbeeldvragen en observatiepunten, en een checklist van gezondheidsrisico's met verwijzing naar richtlijnen.

De invulformulieren zijn:

- Checklist eerste gesprek
- Algemene typering cliënt
- Voorkeuren, wensen, behoeften én gezondheidsrisico's per levensdomein
- *Afspraken*: weekagenda, doelen-acties-afspraken, afronding gesprek
- *Rapportages*: dagrapportage, rapportage per doel per discipline, observatieformulier aandachtspunten, informatieformulier huisarts e.d.
- *Administratieve gegevens* (persoonlijke gegevens waaronder, indicatiestelling, contactpersonen, wettelijke vertegenwoordiging, eventuele wilsverklaring e.d.).

#### *IV.2 Informatie over de cliënt*

In het zorgleefplan is informatie over de cliënt opgenomen die belangrijk is om verantwoorde zorg te kunnen leveren. Daarbij spelen drie informatiebronnen een rol:

- de cliënt zelf
- familie
- zorgverleners en professionals.

In het model zorgleefplan komen alle informatiebronnen aan bod.

Bij cliënten die goed voor zichzelf kunnen praten en niet gehinderd worden door cognitieve en/of communicatieve beperkingen, kan informatie van de familie ondersteunend en aanvullend een rol spelen. Naast goed luisteren is ook goed kijken een belangrijke informatiebron (non verbale communicatie, lichaamstaal).

Naarmate de cognitieve en/of communicatieve beperkingen toenemen, zoals in de psychogeriatric, spelen de non-verbale informatiebronnen en informatie van familie en zorgverleners over de cliënt natuurlijk een grotere rol. Informatie over het leven van de cliënt, zijn voorkeuren en gewoonten, en ook problemen die de cliënt ondervindt door beperkingen en aandoeningen.

Het is belangrijk om goed in te schatten of de familie zich echt in de cliënt verplaatst en voor hem probeert te spreken. Vaak is het zo dat de familie het óók over eigen behoeften en problemen rond de situatie van de cliënt heeft. Die zijn belangrijk, maar moeten wel onderscheiden worden. Het is bijvoorbeeld heel goed om te weten op welke manier familieleden betrokken willen en kunnen zijn bij het leven en de verzorging van de cliënt. En of zij begeleid willen worden bij problemen die zij zelf ervaren rond de situatie van de cliënt.

Ook de verzorgenden zijn, zeker in de psychogeriatric, een belangrijke informatiebron. Zij gaan dag en nacht met de cliënt om, en leren de cliënt kennen in z'n persoonlijke doen en laten, en voor- en afkeuren. Daarnaast zijn meerdere zorgverleners een informatiebron als het om de gezondheidssituatie van de cliënt gaat en de gezondheidsrisico's die hij loopt. Naarmate de zorg complexer wordt neemt de rol van de professionals als belangrijke informatiebron vanzelfsprekend toe.

In alle gevallen: het gaat primair om de cliënt, vervolgens ook om zijn sociale omgeving, de familie.

Bij alle informatie: goed de bron ervan vermelden, ook als die bron eigen observatie is. De informatie blijft van de cliënt. Hij bepaalt wat er wel en niet in het zorgleefplan over hem mag staan en wie het lezen mag (zie ook de Bijlage). De informatie is deels stabiel, deels veranderlijk, en de gezondheidssituatie speelt altijd een rol!

### **Meer stabiele gegevens:** *het kennen van de cliënt als persoon*

De gegevens betreffen:

- de zakelijke, 'administratieve' persoonsgegevens, zoals diagnoses, indicatiestelling, contactpersonen, wettelijk vertegenwoordiger, wilsverklaringen enz. (in het model Zorgleefplan is een voorbeeldformulier opgenomen);
- en de typering van de cliënt als persoon.

In veel instellingen worden samen met de cliënt en/of familie prachtige levensboeken samengesteld met foto's en ander materiaal. Wat voor leven heeft de cliënt geleid? Wat heeft hij meegemaakt, gedaan? Uit welk gezin kwam hij – had hij zelf een gezin? Wat en wie zijn de dingen/mensen/gebeurtenissen die belangrijk zijn en verbonden met gevoel van eigenheid en identiteit? Waar is de cliënt trots op?

Het maken van een levensboek is belangrijk en leuk om te doen; het is een project op zich dat zorgvuldigheid vereist, omdat het over vreugde én verdriet gaat, en sterk verbonden is met zingeving en gevoel van eigen identiteit. Met toestemming van de cliënt is het levensboek een goede informatiebron voor zorgverleners, met name in de psychogeriatricische zorg.

In het zorgleefplan zijn voorbeeldvragen opgenomen voor een korte typering van de cliënt (samen met de cliënt en/of familie gemaakt) rond de vraag: *wie is de cliënt?* Wat is typerend voor zijn persoonlijkheid en leefstijl? Wat hoort wel of niet bij hem? Wat zijn de belangrijke

dingen in zijn leven? *Een gedeelte dat in relatie met de cliënt kan groeien, en waarin de cliënt zich ook verder kan ontwikkelen.*

Het model zorgleefplan bevat een formulier voor deze korte typering. Hieruit kunnen dus ook acties/aandachtspunten voor het zorgleefplan uit voortvloeien (dus voor de agenda van de cliënt en de zorgafspraken; zie IV.3).

Bijvoorbeeld: Mevrouw voelt zich geen half mens (en vindt dat ze ontoonbaar is) zonder make-up en sieraden.

**Levende gegevens:** *het kennen van de cliënt in z'n dagelijks doen en laten.*

Hier gaat het om de benodigde informatie over het dagelijks doen en laten van de cliënt rond de vraag: *hoe ziet het dagelijks leven van de cliënt eruit?*

Welk dagritme heeft de cliënt? Hecht hij aan bepaalde gewoonten en voorkeuren bij wassen, kleden (tijdstip, manier waarop), uiterlijk, eten en drinken? Wat zijn de voorkeuren t.a.v. alleen/met anderen zijn, bezigheden en rustpunten. Zijn er zaken die momenteel een belangrijke grote rol spelen voor de cliënt? Hoeervaart hij de huidige situatie? Welke verwachtingen heeft de cliënt van de toekomst? Wat houdt hem bezig?

*Een gedeelte waarin de cliënt kan blijven veranderen, en waarbij de onderlegger van de 4 domeinen steeds een hulpmiddel blijft tijdens het gesprek met de cliënt/ familie.*

Bij elk domein zijn formulieren opgenomen waarop gespreksnotities gemaakt kunnen worden. Hier kunnen per domein (veranderingen in de) acties voor het zorgleefplan uit voortvloeien (dus voor de agenda van de cliënt en de zorgafspraken zie IV.3).

Bijvoorbeeld: mevrouw is toch al geen ochtendmens, en komt bij deze warmte nog moeilijker op gang; voorlopig ontbijt op bed met thee/besluitje, en rond half elf opstaan na een kop koffie.

Of: meneer wil proberen het contact met zijn oudste dochter te herstellen. Hij wil daar graag bij geholpen worden. Wie hierbij betrekken?

**Wat is de gezondheidssituatie van de cliënt? Actuele gezondheidsrisico's?**

Per domein zijn er voorbeeldvragen opgenomen die gericht zijn op *het signaleren van eventuele problemen*. Deze kunnen aanleiding geven om andere zorgverleners of behandelaars te betrekken. Daarnaast is er per domein een checklist gezondheidsrisico's opgenomen als geheugensteuntje: zijn er bepaalde richtlijnen van toepassing, en hoe moeten die dan individueel vertaald worden?

Hier zullen altijd acties voor het zorgleefplan uit voortvloeien die ook om nauwkeurige vastlegging en registratie vragen (zie IV.3)!

Bijvoorbeeld: mevrouw doet haar gebit steeds uit omdat het tandvlees te gevoelig is, en eet daardoor ook slecht. Voorlopig is spoelen met Bocasan met haar afgesproken. Afspraak gemaakt voor mevrouw met de tandarts (past het gebit nog wel?) en met de diëtiste om voorlopig aangepaste maaltijden te bespreken.

Richtlijnen van toepassing: Mondzorg en Vocht/voeding.

### *IV.3 Informatie over de het aanbod: afspraken en planning*

Dit gedeelte is het hart van het *zorgleefplan*:

Waar werken we voor de cliënt aan, en waarom doen we dat?

Welke afspraken hebben we daarover gemaakt met de cliënt?

Wie doet wat, wanneer, en zonodig: op welke manier?

Voor de *cliënt* levert dit een *weekagenda* op van afspraken/activiteiten waar verschillende zorgverleners, maar ook familie en/of vrijwilligers bij betrokken kunnen zijn.

Voor *zorgverleners* levert dit een lijstje op met *activiteiten die met de cliënt afgesproken zijn*, en waarbij bepaalde zorgverleners betrokken zijn. Ook mantelzorgers en vrijwilligers kunnen daarbij een rol spelen. Heel concreet: wie doet wat wanneer en hoe?

Deze activiteiten zijn naar zorgdoelen per levensdomein gerangschikt, en vloeien dus voort uit behoeften van de cliënt: hij wil graag iets waar ondersteuning bij nodig is, en/of hij heeft gezondheidsproblemen die zorg en behandeling vereisen.

Op onderdelen kan ook uitwerking nodig zijn. Bekende voorbeelden daarvan binnen het domein lichamelijk welbevinden/gezondheid zijn o.a. een ADL kaart inclusief type incontinentiemateriaal bij de lichamelijke verzorging, een til/transfer instructie (transfertechniek of tillift en type bandage), vormen van 'toezicht' als het niet verantwoord is om de cliënt alleen te laten.

Geen problemen bij acties zoeken die er niet zijn! Wel weten waarom je iets doet: meestal gaat het om een 'gewone' behoefte van de cliënt waar hij individuele ondersteuning bij nodig heeft.

Of over acties die voortvloeien uit onverwachte gebeurtenissen.

Bijvoorbeeld: Mevrouw vindt het heerlijk om dagelijks buiten te komen (dat is een behoefte en tevens het doel). Daar heeft de activiteitenbegeleiding samen met de kleindochter en de coördinator vrijwilligerswerk een gezamenlijk 'rooster' voor gemaakt.

Of: Meneer is vannacht uit bed gekomen en gevallen (hij vergeet vaak dat hij dat niet alleen kan). MIC is invult. Doel: herhaling voorkomen! Arts ingeschakeld; maakt afspraak voor röntgenfoto; gebruik bedhekken met meneer/vertegenwoordiger bespreken.

### *IV.4 Als het zorgleefplan multidisciplinair is*

Bij acties die een bepaalde behoefte van de cliënt ondersteunen kunnen meerdere disciplines betrokken zijn. Bijvoorbeeld een behoefte aan lichamelijke activiteiten kan leiden tot

extra rolstoeltraining (ergotherapie), meedoen met de gymclub (bewegingstherapeut), naar de kegelclub (vervoer vrijwilliger) én een middagdutje (rustmoment!). Een goede weekplanning is belangrijk, want deze mevrouw ontvangt ook graag en vaak bezoek, heeft een wisselend energieniveau en is suikerpatiënt.

Alle disciplines die betrokken zijn bij de zorgverlening aan een cliënt (en eventueel ook betrokken mantelzorgers en vrijwilligers) zijn dus

terug te vinden bij de afspraken (acties die verbonden zijn aan bepaalde zorgdoelen/behoefte cliënt). Zij rapporteren daarover, zo nodig bij de dagrapportage (in ieder geval wanneer en waarom van afspraken afgeweken wordt), en in ieder geval ter evaluatie van de afspraken (rapportage per doel per discipline). Ook is in het model Zorgleefplan nog een rapportageformulier opgenomen voor zaken die om specifieke aandacht vragen, waar eveneens meerdere disciplines bij betrokken kunnen zijn. Bijvoorbeeld gedurende een bepaalde periode op de eventuele bijwerkingen van nieuwe medicatie letten (observatieformulier aandachtspunten).

Er zijn professionals (zoals de arts, de paramedicus) die een bepaalde eigen rapportage (werkaantekeningen) nodig hebben ter ondersteuning van goed professioneel handelen. Het ligt voor de hand om hiermee aan te sluiten bij de eigen werkprocessen (discipline niveau), en het buiten het multidisciplinaire zorgleefplan van de cliënt te houden.

Bijvoorbeeld:

Achter bepaalde afspraken met de fysiotherapeut gaat een goed opgebouwd oefenprogramma schuil (dat door collega's overgenomen moet kunnen worden bij ziekte of vakantie!). De arts zal naast de afspraken en rapportages die hij/zij in het zorgleefplan schrijft eigen werkaantekeningen in een medisch dossier bijhouden.

Naar aanleiding van afspraken met de ergotherapeut is veel te doen rond het uittesten, aanvragen en realiseren van een aanpassing, met alle rompslomp van dien.

Deze disciplines rapporteren in het zorgleefplan alleen wat nodig en zinvol is voor de samenwerking, afstemming en evaluatie van de zorgdoelen waaraan gewerkt wordt, en wat verband houdt met (het nakomen van) de afspraken met de cliënt en andere zorgverleners.

*Dus niet:* "De zelfbeweger met massieve zwenkwielen nog uittesten (type MK3); motivatie groot; ruimtelijk inzicht lijkt matig (volgende week nog testen); kracht neemt heel langzaam toe. N.B. in MDO: inzet FT spierversterking?" *Maar bijvoorbeeld wel:* "Het ondersteunen van de behoefte om veel buiten te zijn heeft succes: het buiten oefenen met de rolstoel gaat erg goed: mevrouw doet het graag en kan steeds meer. Drie keer per week is haar wel wat te weinig, maar het is m.i. nog niet veilig om haar alleen te laten gaan. Dat vindt mevrouw wél jammer! Familie of vrijwilliger kan geïnstrueerd worden. Voor MDO: eventuele betrokkenheid fysiotherapie bespreken".

Het is nuttig om goed te onderscheiden tussen het vakinhoudelijke (discipline)niveau, en het geïntegreerde (multidisciplinaire) niveau waarop de zorgdoelen gedefinieerd zijn, en waar alle professionele acties uit voortvloeien.

Het adequaat rapporteren in het kader van deze gezamenlijke doelen vereist dus een cliëntgerichte en vakoverstijgende blik, waardoor de samenhang zichtbaar en functioneel gemaakt wordt.

## **V Het opstellen en actueel houden van het zorgleefplan in het kort**

Uit het voorafgaande zal duidelijk zijn: het opstellen van een zorgleefplan is geen éénmalig gebeuren bij de start van de zorgverlening, maar is een doorlopend proces. Het zorgleefplan ontstaat al werkende weg, en blijft een levend werkdocument dat mee beweegt met het wel en wee van de cliënt. Ook het meer vaste gedeelte met de 'houdbare' gegevens over de cliënt vult zich langzaam: als de zorgrelatie groeit leer je de cliënt steeds beter kennen. Het is dus zeker niet zo dat je tijdens de intake alle gegevens moet zien te verzamelen en het zorgleefplan gereed moet hebben.

Het is ideaal als er tijdens een huisbezoek voorafgaand aan de opname al kennis gemaakt kan worden, of als de cliënt al eerder in de instelling kan komen kijken. Dat vergemakkelijkt de intake, omdat dan al veel informatie uitgewisseld kan worden en niet alles nieuw is voor de betrokkenen.

### *1. Intake/ kennismakingsgesprek: concept zorgleefplan*

Het intake/kennismakingsgesprek vindt plaats voor start van de zorg- en diensverlening. Het gesprek vindt plaats met de cliënt, en bij een psychogeriatrische cliënten in ieder geval samen met familie en/of vertegenwoordiger.

Met behulp van de Checklist eerste gesprek vindt een eerste oriëntatie plaats naar de verwachtingen die de cliënt heeft van de zorgverlening, zijn behoeften en wensen. De betrokken medewerkers zijn (afhankelijk van de indicatiestelling/zorgvraag) veelal zorgcoördinator, maatschappelijk werkende en/of verpleeghuisarts. Het beeld zal na één gesprek natuurlijk niet volledig kunnen zijn, en zich toespitsen op actuele wensen en gezondheidsproblematiek.

De intake/kennismaking moet in ieder geval als uitkomst hebben dat er voldoende zicht is op de wensen en behoeften van de cliënt, en de gezondheidsrisico's die aan de orde zijn, om als basis te kunnen dienen voor het concept zorgleefplan. Dit concept zorgleefplan vormt het uitgangspunt voor de te starten zorg- en dienstverlening.

Op grond van de indicatiestelling en naar aanleiding van signaleringen tijdens de intake worden ook andere disciplines ingeschakeld.

### *2. Oriëntatiefase: binnen zes weken een zorgleefplan*

De eerste weken na start van de zorgverlening zijn van belang om beter zicht te krijgen op het eigen leven van de cliënt, en om in samenspraak met de cliënt (familie, vertegenwoordiger) de gewenste ondersteuning daarbij verder in beeld te brengen. Behalve gesprekken zijn observaties tijdens de zorg- en dienstverlening, en hoe de cliënt het in de instelling maakt gedurende het etmaal belangrijke informatiebronnen. Uiteraard dienen in deze fase de bevindingen van alle betrokken disciplines geïnventariseerd en gebundeld te worden.



### *Mono- of multidisciplinair overleg*

Ter afsluiting van de oriëntatiefase wordt een cliëntoverleg gepland waarin alle bevindingen op tafel komen. In dit overleg wordt duidelijk wat de cliënt in deze fase nodig heeft en graag wil, en worden in samspraak met de cliënt of vertegenwoordiger de juiste doelen gesteld in het licht van de bestaanskwaliteit van de cliënt.

Vervolgens worden de zorg- en dienstverleningsactiviteiten benoemd die ingezet worden om deze doelen te halen.

Het aanbod wordt concreet met de cliënt (vertegenwoordiger) afgesproken, gepland, en vastgelegd (zoals inhoud, tijdstip waarop, zonedig manier waarop), waarmee het individuele zorgleefplan een feit is.

### *3. Na de eerste zes weken: reguliere zorgcyclus*

De bovenstaande stappen worden voor nieuwe cliënten binnen zes weken uitgevoerd, waarna de cyclus van het evalueren en bijstellen start, en blijvend doorlopen wordt. De frequentie daarvan wordt bepaald door de veranderlijkheid van de vraag.

Het is erg belangrijk om daarbij alert te blijven op het verschil tussen zaken die van dag tot dag kunnen verschillen voor de cliënt en waar dan ook dagelijks rekening mee gehouden moet worden, en veranderingen die aanleiding geven het zorgleefplan van een cliënt bij te stellen (b.v. slaapt de cliënt af en toe minder goed als hij zich zorgen maakt over iets, of is hij 's ochtends eigenlijk structureel moe?).

Behalve oog voor het dagelijkse wel en wee van de cliënt, en flexibiliteit van uitvoeringsprocessen, is daarvoor ook overzicht nodig, en inzicht in achtergronden en mogelijke samenhangen tussen verschillende losse signalen. Een zorgcoördinator moet daartoe in staat zijn. Naast de juiste deskundigheid speelt een adequate communicatie tussen de betrokken medewerkers en met de cliënt daarbij een centrale rol. Daar bestaat uiteraard geen blauwdruk voor. Het gaat, zoals boven beschreven, altijd om een mix van formele/informele lijnen, zowel mondeling als schriftelijk.

## Bijlage

### Juridisch kader

Het model Zorgleefplan is gebaseerd op de norm voor Verantwoorde zorg maar er worden ook een aantal wettelijke verplichtingen in meegenomen. De twee wetten die een rol spelen zijn de **Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst** (Wgbo) en **wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen** (wet Bopz). Hieronder worden de belangrijkste verplichtingen uiteen gezet.

#### *1. Informatie<sup>4</sup>*

De zorgaanbieder informeert de cliënt regelmatig over zowel de algemene gang van zaken met betrekking tot de zorgverlening, als over de specifieke zaken die in zijn zorgleefplan zijn vastgelegd. De informatieverstrekking vindt tijdig en in begrijpelijke taal plaats.

De zorgaanbieder informeert de cliënt over het doel van (de onderdelen van) het zorgleefplan, over gevolgen en risico's van voorgestelde behandeling en verzorging en over eventuele alternatieven. Desgevraagd stelt de zorgaanbieder de informatie op schrift.

De cliënt kan aangeven dat hij geen informatie wil hebben. De zorgaanbieder accepteert dit, zolang dat voor de cliënt of voor een ander niet nadelig is. De cliënt zal naar vermogen meewerken aan de totstandkoming van een adequaat zorgleefplan en verstrekt hiertoe de hiervoor benodigde informatie.

#### *2. Toestemming<sup>5</sup>*

Het zorgleefplan komt in overleg met en met instemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger tot stand. Door in te stemmen met het zorgleefplan geeft de cliënt toestemming voor de uitvoering van de behandelingen die deel uitmaken van het zorgleefplan. Het zorgleefplan wordt regelmatig geëvalueerd op initiatief van de cliënt of de zorgaanbieder en kan zonodig worden gewijzigd op basis van overeenstemming tussen cliënt en zorgaanbieder.

#### *3. Informed consent*

Als is voldaan aan de bepalingen rond informatie en toestemming, dan is daarmee ook voldaan aan het zogeheten 'Informed consent', dat wil zeggen aan het vereiste dat de cliënt moet zijn geïnformeerd voordat deze zijn toestemming kan geven.

#### *4. Geen toestemming/verzet of bijzondere situaties bij somatische handelingen<sup>6</sup>*

In een noodsituatie kan de handeling zonder toestemming van de cliënt worden verricht indien deze niet in staat is de toestemming tijdig te verlenen en evenmin de toestemming van zijn vertegenwoordiger

---

4 Dit artikel is gebaseerd op de Wgbo - art. 448 en 452 en op de Wet Bopz - art.38

5 Dit artikel is gebaseerd op de Wgbo - art. 450 en 454 en de Wet Bopz - art. 38

6 Dit artikel is gebaseerd op de Wgbo - art. 450

kan worden verkregen en onmiddellijk tot deze handeling moet worden overgegaan om kennelijk ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen.

Indien een wilsonbekwame cliënt zich verzet tegen een behandeling waarvoor de vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven, mag de behandeling alleen worden uitgevoerd als dat nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen. Het toepassen van deze dwangbehandeling dient in het zorgleefplan te worden gerapporteerd, inclusief de noodzaak voor ingezet handelen.

#### *5. Wilsverklaringen<sup>7</sup>*

De zorgaanbieder zal een schriftelijke wilsverklaring van de cliënt, waarin het verzoek is opgenomen om een bepaalde handeling niet uit te voeren of te staken, in principe opvolgen. Het is dus van belang dat in het zorgleefplan melding wordt gemaakt van het bestaan van een wilsverklaring.

#### *6. Inzage<sup>8</sup>*

De cliënt heeft het recht op inzage in zijn gegevens, alsmede het recht op afschrift, aanvulling, correctie, afscherming, vernietiging en verwijdering van zijn gegevens. Voor het geven van inzage in of het verstrekken van persoonsgegevens aan een ieder die niet rechtstreeks bij de zorgverlening is betrokken, heeft de zorgaanbieder de uitdrukkelijke en gerichte toestemming van de cliënt nodig.

#### *7. Bewaren en vernietiging van gegevens<sup>9</sup>*

De zorgaanbieder bewaart de medische gegevens (zie hieronder andere regel voor Bopz gegevens) en de daarbij behorende handelingen van verpleging en verzorging gedurende 15 jaar, tenzij de hulpverlener vindt dat er redenen zijn om ze langer te bewaren. Het is dus van belang zo om in het zorgleefplan zoveel mogelijk onderscheid te maken tussen gegevens die 15 jaar moeten worden bewaard en andere niet medische en aanverwante gegevens, die zolang als voor het doel noodzakelijk is bewaard moeten worden (dat kan dus een veel kortere periode zijn). De cliënt heeft recht op vernietiging van zijn gegevens, behalve wanneer het bewaren van gegevens van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de cliënt.

#### *8. Specifieke bepalingen over Bopz-deel van het zorgleefplan*

De Wet Bopz eist dat er zo spoedig mogelijk na opname door de daarvoor aangewezen verantwoordelijke persoon een zorgleefplan wordt opgesteld gericht op de geestesstoornis. Vertaald naar de pg-situatie betekent dit dat een inventarisatie wordt gemaakt van de begeleiding en zorg die de cliënt nodig heeft met het oog op zijn dementie. De overige zorg die de cliënt nodig heeft, bijvoorbeeld voor somatische aandoeningen, behoort niet tot het Bopz-onderdeel van het zorgplan.

---

7 Dit artikel is gebaseerd op de Wgbo - art. 450 lid 3

8 Dit artikel is gebaseerd op de Wgbo - art. 456

9 Dit artikel is gebaseerd op de Wgbo - art. 454, en 455 en op de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp - art. 10, 35 en 36)

Dit wil zeggen dat de bepalingen van de Wet Bopz daarop niet van toepassing zijn. Wat bewaartermijn betreft geldt strikt genomen voor het Bopz-onderdeel een andere bewaartermijn van 5 jaar na dato beëindiging zorgverlening. Uit praktische overwegingen zullen de gegevens meestal 15 jaar bewaard worden. Bopz en Wgbo-gegevens worden namelijk meestel in één integraal zorgleefplan bewaard. Voor de regels die op de somatische zorg van toepassing zijn wordt verwezen naar de tekst over de WGBO die hierboven staan beschreven. Natuurlijk zullen al deze verschillende onderdelen van begeleiding en zorg in praktijk gewoon deel uitmaken van een en hetzelfde zorgleefplan voor de cliënt.

Aan het opgestelde zorgleefplan moet de cliënt zijn goedkeuring geven, of als hij daarover geen beslissingen kan nemen, de vertegenwoordiger van de cliënt. Het zorgleefplan Bopz-onderdeel moet in ieder geval de therapeutische middelen bevatten die zullen worden toegepast om de geestesstoornis te verbeteren of te stabiliseren, dan wel om achteruitgang van de gezondheidstoestand van de cliënt te voorkomen. In het cliëntendossier dan wel zorgleefplan moeten de volgende gegevens worden opgenomen<sup>10</sup> :

- over welke toepassingen overeenstemming bestaat en over welke toepassingen niet;
- wie als vertegenwoordiger optreedt wanneer de behandelaar wilsonbekwaamheid heeft geconstateerd;
- de beslissingen van de behandelaar ten aanzien van de toepassing van middelen en maatregelen, en dwangbehandeling;
- inperking van rechten;
- afschriften van beschikkingen over de onvrijwillige opname.

#### *9. Toestemming en bijzondere situaties Bopz: dwangbehandeling<sup>11</sup>*

Indien de cliënt zich verzet tegen een behandeling waar hijzelf of de vertegenwoordiger toestemming voor heeft gegeven mag die behandeling alleen uitgevoerd worden indien dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de cliënt of voor anderen af te wenden.

#### *10. Middelen of maatregelen in noodsituaties bij de Bopz*

Indien zich een tijdelijke noodsituatie voordoet, waarin het zorgleefplan niet voorziet kunnen middelen of maatregelen toegepast worden. Het besluit om middelen of maatregelen toe te passen wordt door de verpleeghuisarts genomen. Bij de besluitvorming wordt telkens een afweging gemaakt tussen de risico's die de cliënt loopt wanneer geen middelen of maatregelen worden toegepast en de beperkingen die de cliënt ondervindt, indien wel toepassing plaatsvindt.

De middelen of maatregelen kunnen maximaal zeven dagen worden toegepast. Is toepassing langer nodig dan dient in deze zeven dagen het zorgleefplan in overleg met cliënt of vertegenwoordiger te worden bijgesteld.

---

<sup>10</sup> Dit is op basis van artikel 56 Wet Bopz

<sup>11</sup> Dit artikel is gebaseerd op de Bopz- art. 38