

Veelgestelde vragen (uit zorgleefplanwijzer)

De zorgleefplanwijzer is verouderd en uit de lucht gehaald. In dit document geven we je een overzicht van veelgestelde vragen uit de zorgleefplanwijzer.

Inhoud

Veelgestelde vragen (uit zorgleefplanwijzer)	1
1. Hoe houden we het zorgleefplan werkbaar?	2
2. Hoe vaak moet je een zorgleefplan evalueren?	3
3. Moet een werkinstructie opgeborgen worden in het zorgleefplan?	3
4. Rapporteren en registratielast	4
5. ijdrovende registraties in de zorg?	5
6. Wat zijn de regels voor het niet-nakomen van het zorgleefplan?	8
7. Binnen welk tijdsbestek moet een zorgleefplan opgesteld zijn bij een nieuwe opname?	8
8. Cliënt en familie tekenen zorgleefplan niet. Hoe ga je hier mee om?	8
9. De inspectie wil dat we de mate van toezicht per bewoner beschrijven in het Zorgleefplan. Hoe doen we dat?	9
10. Heeft de familie recht op een kopie van het zorgleefplan?	11
11. Hoe moet je een zorgdossier bewaren?	12
12. Is ondertekening van het zorgleefplan door zorgverleners verplicht?	13
13. Kunnen we onze tijd niet beter steken in écht contact met de bewoner dan op het kantoor zitten en alles tot in detail vastleggen?	14
14. Moet een zorgleefplan één keer per jaar besproken worden met familie?	15
15. Waar vind ik een voorbeeld van een zorgleefplan?	15
16. Welk niveau medewerker mag een zorgleefplan schrijven?	15
17. Welke eisen stelt de inspectie aan het zorgleefplan?	16
18. Welke verpleegkundige theorie zit er achter het zorgleefplan?	17
19. Wie is eigenaar van het zorgleefplan? De cliënt of de organisatie?	18

1. Hoe houden we het zorgleefplan werkbaar?

Vraag van Jos:

Ik sta zeer achter het concept van het zorgleefplan, maar in de praktijk loop ik tegen het volgende aan. Plannen worden vaak erg groot en lang. In onze instelling loopt het van 3 tot 30 doelen per plan. Hoe is hiermee mogelijk goed te werken in de praktijk? Ik begrijp dat meer organisaties hiermee worstelen. Mijn echtgenote werkt in een andere zorgsector waar men bijna zegt: een goed zorgplan heeft niet meer dan drie doelen. Hoe kijken jullie hier tegenaan?

Antwoord:

Het is inderdaad een probleem waar veel organisaties mee worstelen: hoe houden we het zorgleefplan werkbaar? Veel organisaties maken, als oplossing, een zorgkaart of adl-lijst waarop de belangrijkste zaken staan opgenomen. In [dit artikel](#) lees je hier meer over.

--> dit is het artikel:

Zorgkaart of ADL-lijst, nodig of niet?

In onze nieuwsbrief vroegen we naar voorbeelden van zorgkaarten of adl-lijsten. Als je even snel wilt weten welke zorg een cliënt nodig heeft, wordt het zorgleefplan vaak te dik gevonden. In veel organisaties wordt daarom met overzichtelijke zorgkaarten, looplijsten of adl-lijsten gewerkt. Verschillende mensen stuurden hun lijst in en zorgleefplanwijzer bekeek ze kritisch.

Wat mag je van een verzorgende verwachten?

We nemen twee lijsten als voorbeeld, die van Marja en die van Guja. Het actieplan van Marja is een vrij gedetailleerde aankruislijst van handelingen of observaties. De lijst van Guja is een stuk minder gedetailleerd. Aan de ene kant helpt zo'n gedetailleerde lijst de verzorgende om dingen niet te vergeten. Aan de andere kant zijn sommige punten erg vanzelfsprekend (bril schoonmaken, nagels verzorgen). Je mag van een verzorgende verwachten dat zij deze zaken automatisch meeneemt in haar basiszorg (Of niet?).

Dit zal ook afhangen van de cliëntencategorie, met mensen met dementie kun je minder makkelijk wensen bespreken en kan het handig zijn om op zo'n lijst bijvoorbeeld te noteren dat de cliënt een gehoorapparaat heeft en dat die moet worden schoongemaakt. Vooral als je met invalkrachten werkt.

Bij Marja staan in de actielijst geen punten die te maken hebben met benadering, wonen en welzijn. De lijst gaat vooral over de lichamelijke zorg en gezondheidsrisico's. Naast het actieplan is er ook een werkblad. Op dit blad kun je aanvullende informatie schrijven, ook over de andere domeinen (waaruit bestaat de ondersteuning van de verwerking van het ziekteproces? de ondersteuning bij verwardheid? bij welke transfer is tillen precies nodig? welke huishoudelijke taken doet mevrouw graag en hoe kunnen we haar hierin ondersteunen?)

Ken je cliënt

Guja en haar team denken kritisch na over het gebruik van een lijst.

'Eigenlijk zou het zorgleefplan voldoende moeten zijn voor het leveren van

goede zorg. Bij een goed zorgleefplan en een goed gebruik ervan zou de zorgkaart overbodig moeten zijn. Maar hoe zorg je dat iedereen het plan ook leest, werkt volgens dit plan en rapporteert naar het plan? We hebben besloten het voorlopig zonder de lijst te proberen.'

Als je met een klein team werkt voor een kleine groep cliënten, leer je je cliënten zo goed kennen dat dit soort lijsten waarschijnlijk overbodig zijn. Het is dan wel zaak goed te blijven rapporteren en steeds met de cliënt (en de familie) in gesprek te blijven: is dit nog de zorg die u nodig heeft? Anders heeft je cliënt voor je het weet acht jaar lang een boterham met kaas bij het ontbijt.

2. Hoe vaak moet je een zorgleefplan evalueren?

Antwoord:

Hoe vaak je een zorgleefplan evalueert, is afhankelijk van de cliënt en hoe snel diens zorgbehoeftes veranderen. Meestal wordt in verpleeghuizen twee keer per jaar officieel geëvalueerd, dit is conform het Kwaliteitsdocument voor de ouderenzorg (VVT) 2013. Het liefst evalueer je met familie erbij.

Natuurlijk evalueer je ook tussendoor met de cliënt, door regelmatig te vragen of iemand tevreden is over de zorg, en of er nog bijzonderheden zijn. Daarnaast observeer je ook zaken die leiden tot evaluatie, bijvoorbeeld: ik krijg de indruk dat u steeds benauwder wordt, is twee keer per week hulp bij de lichamelijke verzorging douchen nog wel voldoende of moeten we vaker komen? Of: sinds uw buurman is verhuisd, komt u nauwelijks de deur nog uit. Wat vindt u hiervan?

Tip: Als je rechtsbovenin site bij Zoeken op trefwoord 'evaluatie' invoert vind je nog meer artikelen en informatie over evaluatie van het zorgleefplan.

3. Moet een werkinstructie opgeborgen worden in het zorgleefplan?

Vraag:

Indien er sprake is van een vrijheidsbeperkende maatregel moet dit vermeld staan in het zorgdossier. Moet een werkinstructie over deze vrijheidsbeperkende maatregel ook in het dossier aanwezig zijn of kunnen we volstaan met een verwijzing naar deze instructie in een protocollensysteem?

Antwoord:

Keiharde regels bestaan er niet op dit soort punten. Houd bij het inrichten van je zorgdossier en de 'aanhangende' stukken zoals richtlijnen en werkinstructies voor ogen: hoe worden de medewerkers optimaal ondersteund in het leveren van kwalitatief goede zorg aan de cliënt?

We maken het concreet:

De inspectie komt langs en vraagt: Ik zie dat bij deze cliënt een vrijheidsbeperkende maatregel wordt toegepast. Hoe weten medewerkers hoe ze deze maatregel moeten toepassen?

In het zorgleefplan staat een verwijzing naar deze instructie in een protocollensysteem.

Als dat protocollensysteem een geautomatiseerd systeem is, waar in je heel moeilijk de juiste documenten kunt vinden door een onduidelijke documentenstructuur en er op jullie locatie maar weinig computers zijn die traag werken en altijd bezet zijn, dan kunnen medewerkers niet makkelijk de werkinstructie bekijken. Dan is het beter om de werkinstructie in het zorgleefplan te stoppen.

Als iedere medewerker een ipad heeft waarop met twee klikken de werkinstructie te vinden is en ook invallers er makkelijk bij kunnen, dan hoeft de werkinstructie niet in het zorgleefplan.

Je moet dus doen wat voor jullie het beste werkt en dit kunnen verantwoorden naar vragenstellers zoals de inspectie of de zorgverzekeraar.

Als je dus deze vraag als uitgangspunt neemt: hoe worden de medewerkers optimaal ondersteund in het leveren van kwalitatief goede zorg aan de cliënt?

Houd dan ook de altijd die invaller voor ogen. Een medewerker die al acht weken dagelijks de maatregel toepast, moet op een andere manier ondersteund worden dan een medewerker die de cliënt niet kent. Als je zo'n medewerker als uitgangspunt neemt, doe je het altijd goed.

4. Rapporteren en registratielast

Registratielast is een hot item in de zorg blijkt uit de vele vragen die we ontvangen bij zorgleefplanwijzer.nl. Soms vinden lezers dat we er aan mee doen. We proberen steeds de kwaliteit van zorg als uitgangspunt te houden en drukken iedereen op het hart vooral zijn of haar gezonde verstand te blijven gebruiken.

Vraag:

Ik heb moeite met jullie suggestie om het zorgleefplan 2 x per jaar te bespreken. Weten jullie wel wat dit in de praktijk betekent? De suggestie werkt bureaucrativering in de hand omdat mensen ermee op de loop gaan en dat willen we toch verminderen?

Antwoord:

Het is een lastige kwestie. Lezers vragen naar de regels en richtlijnen en volgen die misschien soms te strikt op zonder daarbij ook na te denken of iets echt nodig is.

Zorgleefplanwijzer.nl vertelt je wat de regels zijn, maar tegelijkertijd roepen we lezers ook op hun gezonde verstand en eigen deskundigheid niet te verliezen. Wat betreft jouw opmerking over de frequentie van de evaluatie: in de Wet Langdurige zorg staat (art. 8.1.1.1: 'De verzekerde heeft er recht op dat de zorgaanbieder voor of zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorgverlening een bespreking met de cliënt organiseert waarin in ieder geval de volgende onderwerpen aan bod komen: d. met

welke frequentie en onder welke omstandigheden gaat de zorgaanbieder de zorgverlening in samenspraak met de cliënt evalueren en actualiseren.' In artikel 8.1.1.6 staat ook dat de verzekerde recht heeft op zo'n gesprek tweemaal per jaar.

De wet zegt dus dat zorgverlener en cliënt wel met elkaar moeten afspreken hoe vaak ze evalueren en dat twee keer per jaar wel een goede frequentie is. Het is echter geen plicht, in overleg kun je hier ook vanaf zien. In het [Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging en verzorging](#), zorg thuis staat dat 'er minimaal twee keer per jaar geëvalueerd moet worden (pagina 22)'. Op dit document baseert de inspectie ook haar toezicht. Als een paal boven water staat dat hoe vaak je een zorgleefplan evalueert, eigenlijk alleen afhankelijk is van de cliënt en hoe snel diens zorgbehoeftes veranderen.

Vraag:

Alleen rapporteren bij bijzonderheden?

Binnen onze organisatie zijn wij gewend te rapporteren in het zorgleefplan op doelstellingen. Hierbij hebben wij de werkafspraken dat er alleen gerapporteerd wordt wanneer er bijzonderheden zijn. Dus wanneer de zorg conform afspraak geleverd is, zetten wij niets in de rapportage. Dit om te voorkomen dat er terugkerend staat: 'zorg geboden conform plan, geen bijzonderheden'. Nu zijn wij echter op deze werkwijze aangesproken door ons zorgkantoor. Kunt u mij zeggen wat hierin landelijk de richtlijnen zijn / wat gangbaar is?

Antwoord:

In de praktijk zie je beide werkwijzes.

Als je de [samenvattingskaart van de Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging](#) erbij pakt, lees je bij C4 over

Voortgangsrapportages. Daar staat dat die bedoeld zijn om de zorg bij te sturen. Daaruit kun je afleiden dat je inderdaad alleen bij afwijkingen/ bijzonderheden rapporteert.

In het [boekje Planmatig zorg verlenen](#) van Nicolien van Halem en Sjaak Groot, staat op pagina 91: 'Rapporteer niet steeds dat je zorg hebt geleverd volgens de afspraken uit het zorgplan'. Het is nogal logisch dat je doet wat je afgesproken hebt, dit hoeft je niet dagelijks te vermelden. Meld alleen zorgrelevante zaken of bijzonderheden. We proberen met zijn allen de registratielast in de zorg terug te dringen. Als jullie een werkwijze hebben waar je achter staat, houd daar dan met goede argumenten aan vast.

Dat de registratielast een hot item is in de zorg blijkt uit de vele vragen die hierover binnenkomen bij zorgleefplanwijzer.nl. Soms vinden lezers dat we er aan mee doen. We proberen steeds de kwaliteit van zorg als uitgangspunt te houden en drukken iedereen op het hart vooral zijn of haar gezonde verstand te blijven gebruiken.

5. [ijdrovende registraties in de zorg?](#)

De registratielast in de zorg is de afgelopen jaren flink toegenomen. De patiëntenzorg heeft daar inmiddels flink onder te lijden. Dat zegt bijna

negentig procent van de verpleegkundigen en verzorgenden in een onderzoek van de NOS en V&VN.

Er komen regelmatig klachten bij Zorgleefplanwijzer.nl binnen over doorgeschoten administratie.

Lees meer over dit onderwerp:

- De brief van verzorgende Jerry onder dit artikel.
- De veelgestelde vraag: [Kunnen we onze tijd niet beter besteden?](#)
- [Een nieuwsbericht van V&VN.](#)
- [Een nieuwsbericht van de NOS.](#)

Inzending van Jerry van Veldhoven

Geachte mevrouw/heer,

In zorgland is men tegenwoordig bang dat kwaliteit van zorgverlening minder zal zijn als er niet gedetailleerd wordt gerapporteerd en geadmistreerd. Maar om mij heen zie ik hoeveel er mis gaat juist omdat administratie zo complex is geworden. Er is zoveel administratie dat men de bomen door het bos niet meer ziet en er wordt door de vele administraties ook langs elkaar heen gewerkt.

In het verpleeghuis waar ik werk moeten we gedetailleerde zorgleefplannen van bewoners opstellen en bijhouden. Binnenkort moet dit alles ook nog worden verwerkt in een digitaal systeem.

*Er gaat teveel tijd zitten in gedetailleerde uitwerking van Leefzorgplannen/Zorgleefplannen (met vier domeinen, doelen, doelenbijstelling bij elke verandering, leefroutebepaling, SMART formule, SOAP formule, enzovoort)
Wij worden geacht om op de kleinschalige woonkamer ook achter de computer te zitten om te administreren terwijl tien dementerende bewoners alle zorg en aandacht nodig hebben.*

En de Inspectie komt regelmatig langs om te kijken of de zorgdossiers met zorgleefplannen wel in orde zijn. Als doelstellingen of rapportages niet goed zijn geformuleerd (waaruit weer effectieve doelen en sub-doelen moeten komen) krijgen wij een waarschuwing.

*Wij maken gebruik van zestig verschillende formulieren!
Juist door de tijd die we besteden aan complexe administratie worden zorgkosten opgejaagd...is er méér foutgevoeligheid...en dus minder kwaliteit.*

Dilemma's:

1. *Het zorgleefplan met 4 domeinen, doelen, sub-doelen, enz. is te uitgebreid en gedetailleerd (de bewoner is een soort studie-object geworden).*
2. *De inspectie is te streng en veeleisend.*
3. *Er is niet genoeg personeel om dit alles rond te krijgen (daardoor raakt zorgpersoneel overspannen met hoog ziekteverzuim...niet zo gek)*

Is er iemand die kan ingrijpen?

Jerry van Veldhoven (ziekenverzorgende)

PS: Wij zouden kunnen volstaan met Achtergrond en Wensen van de client/ bewoner... naast de formulieren die vanzelfsprekend wél noodzakelijk zijn zoals Risicosignalering, Wondprotocol, enzovoort.

Onze reactie:

Het zorgleefplan kan ook juist bijdragen aan tijdswinst omdat iedereen weet wat-ie moet doen, de client weet waar hij of zij op kan rekenen en dit een hoop onrust voorkomt. Dit is bij mensen met dementie natuurlijk wat anders, maar daar speelt het zorgleefplan deze rol ook in relatie met de familie. > [Lees dit praktijkvoorbeeld eens.](#)

Jij geeft echter het signaal af dat jullie veel te veel administreren. In veel organisaties worstelen ze hier mee en worden projecten gestart om een veel compacter zorgleefplan tot stand te brengen. Het moet ten slotte allemaal wel werkbaar blijven.

Ben je met je leidinggevende in gesprek hierover? En hebben jullie in je organisatie een VVAR een verpleegkundige en verzorgenden adviesraad? Dat is een plek om dit aan te kaarten. De vraag is ook bijvoorbeeld of alles door jullie als verzorgenden geadmistreerd moet worden, of dat ook onderdelen door administratieve afdelingen of krachten kunnen worden overgenomen.

Als het goed is levert het werken met een ECD ook tijd op, als dat niet zo is, zou het ECD eens geëvalueerd moeten worden, wellicht dat er aanpassingen in mogelijk zijn.

Nogmaals vele organisaties worstelen hiermee. Het is belangrijk om dit organisatiebreed op te pakken, met elkaar kritisch te bekijken wat nu echt moet en vooral wat de cliënt ten goede komt. Volgens mij ben jij een goede om in een dergelijke werkgroep plaats te nemen, je hebt goede ideeën hoe het beter kan.

Met vriendelijke groet, Anne Marie Vaalburg

6. Wat zijn de regels voor het niet-nakomen van het zorgleefplan?

Vraag van Inge:

Ik doe de opleiding EVV, hierbij ben ik bezig met het punt 'naleven van het zorgleefplan'. Bij ons in het team wordt het zorgleefplan niet altijd nageleefd, dingen worden vergeten. Ik heb het idee dat collega's niet altijd bewust zijn van het niet-naleven van het zorgleefplan. Wat zijn de precieze regels voor het niet-nakomen van het zorgleefplan?

Antwoord:

De richtlijn die gaat over het zorgleefplan is de [Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging](#). Op bladzijde 5 lees je onder B wat de doelen zijn van verslaglegging en waarom je dus gemaakte afspraken moet naleven.

Als je een zorgleefplan niet naleeft/ afspraken gemaakt in het zorgleefplan niet nakomt, komt de continuïteit en dus de kwaliteit van zorg in gevaar. Bovendien ben je voor cliënten dan als team niet betrouwbaar, dit geeft veel onrust.

Op Zorgleefplanwijzer.nl vind je in het downloadcentrum een powerpoint met instructie, die je kunt gebruiken om dit onderwerp in je team te bespreken.

De documenten vind je in het [downloadcentrum onder Werkmateriaal](#). Ze heten: *Rapporteren hoe en waarom powerpoint* en *Rapporteren hoe en waarom toelichting*.

7. Binnen welk tijdsbestek moet een zorgleefplan opgesteld zijn bij een nieuwe opname?

In het [Besluit Zorgleefplanbespreking](#) staan de wettelijke regels met betrekking tot de termijn van het opstellen van een zorgleefplan. In artikel 2.2 wordt aangegeven dat de termijn zes weken is.

Uiteraard moet je wel binnen 24 uur zaken vastleggen als dieet, medicatie, waar is hulp bij nodig, eerste contactpersoon bij calamiteiten. Anders komt de veiligheid van de cliënt in het geding.

8. Cliënt en familie tekenen zorgleefplan niet. Hoe ga je hier mee om?

Vraag:

De familie en de cliënt zelf willen het zorgleefplan niet lezen en ook niet ondertekenen. Dit terwijl de afspraken in overleg met hen zijn gemaakt. Ze vinden het allemaal maar onzin en bureaucratisch en werken daarom niet mee. Hoe ga je hier mee om?

Antwoord:

Het zorgleefplan heeft (even in het kort) twee functies: allereerst dient het om afspraken tussen de zorg en de cliënt vast te leggen, daarnaast is het voor jullie als team verzorgenden een belangrijk instrument om de continuïteit van de zorg te waarborgen.

Wat is afgesproken?

Iedereen moet weten wat is afgesproken, anders gaat iedereen iets anders doen.

Voor dat laatste is van belang dat jullie het zorgleefplan goed bijhouden, actuele doelen en afspraken opschrijven, de dagrapportage goed bijhouden etc.

Je zegt dat de familie het zorgleefplan onzin vindt maar familie zal altijd begrijpen dat dit noodzakelijk is om jullie werk goed uit te voeren (als u met de EVV-er afsprekt dat uw moeder met Marietje wordt aangesproken/ met de activiteitenbegeleidster wekelijks gaat zwemmen/ een rollator krijgt/ alleen wordt gedoucht als ze niet tegenstribbelt, dan moet het hele team dat weten, anders kunnen zij hun werk niet uitvoeren).

Ondertekenen

Wat betreft het niet willen ondertekenen vraag ik me af: levert dit problemen op in de praktijk? Zijn er misverstanden over wat afgesproken is? Als dit laatste niet het geval is, dan zou mijn advies zijn om nog eens aan cliënt en familie uit te leggen waarom het voor jullie van belang is zaken wel vast te leggen en het daar voorlopig bij te laten.

Misschien houden jullie familie-avonden waarop een afdelingshoofd in algemene zin uitleg kan geven over het nut en de meerwaarde van het zorgleefplan?

Ondertekening is niet de enige manier om te laten zien dat het zorgleefplan wel degelijk in een gesprek tussen beide partijen tot stand gekomen is. Lees dit artikel maar: [Is ondertekening van het zorgleefplan verplicht?](#)

[9. De inspectie wil dat we de mate van toezicht per bewoner beschrijven in het Zorgleefplan. Hoe doen we dat?](#)

Antwoord:

De inspectie baseert zich bij haar toezicht op het Kwaliteitsdocument 2012. Hierin staat onder Domein B: woon- en leefsituatie: De cliënt mag rekenen op ondersteuning bij het wonen, met voldoende aandacht voor levenssfeer en privacy. Hij mag rekenen op aandacht voor veiligheid van/in zijn woon- en leefsituatie.

Deze omschrijving is uitgewerkt in normen voor levenssfeer en privacy en normen voor veiligheid van/in de woon- en leefsituatie. In intramurale instellingen moet sprake zijn van adequaat toezicht (zie pagina 19 en pagina 23,34 van het Kwaliteitsdocument).

Adequaat toezicht op de cliënt wil zeggen dat het toezicht aansluit bij de behoefte van de cliënt aan veiligheid. Niet iedere cliënt hoeft 24 uur per dag 'in de gaten gehouden' te worden, terwijl anderen juist wel die zorg voor veiligheid nodig hebben ook 's nachts.

Bij het beschrijven van toezicht in het zorgleefplan moet je je aan een aantal zaken houden:

Beschrijf

- om welk toezicht het gaat
- welke wensen er vanuit de cliënt geformuleerd zijn
- de mate van toezicht zo smart mogelijk geformuleerd
- of het toezicht voldoet aan de zorgvuldigheidseisen

Uitkomst

- Is het toezicht bij de uitvoering van zelfzorg tijdens de ADL, dan hoort dit bij domein 4 en zou de beschrijving van haar wens kunnen zijn: Mevrouw heeft behoefte aan toezicht bij het wassen en aankleden in verband met wankel ter been. Doel is dan dat mevrouw zich zegt veilig te voelen tijdens het wassen en aankleden.
- Gaat het om regelmatig toezicht bij bijvoorbeeld het wonen in de eigen woning dan hoort dit bij domein 1, woon- en leefomstandigheden, en zou de wens kunnen zijn: Mevrouw zegt zich in haar woning veilig te voelen wanneer de medewerkers elke 2 uur vragen hoe het met haar gaat. Doel is dan: mevrouw voelt zich veilig in haar eigen woning.
- Is het iets dat met het mentaal functioneren te maken heeft dan is domein 3 van toepassing. Bijvoorbeeld: Mijnheer wordt rond vijf uur 's middags onrustig, wil vertrekken. Wens: Mijnheer heeft behoefte aan gezelschap en een gesprek, tegen de onrust. Vanaf 16 uur tot 18 uur is een vrijwilliger aanwezig in de huiskamer. Doel: mijnheer voelt niet de behoefte om weg te gaan, voelt zich prettig in de huiskamer.
- Participatie: Mevrouw gaat ontzettend graag naar buiten maar raakt de weg kwijt. Zij heeft behoefte aan begeleiding bij het naar buiten gaan. Met familie is een weekrooster afgesproken voor een wandeling onder begeleiding om de dag. Doel: mevrouw loopt geen risico op verdwalen.

Let op! Toezicht kan de vrijheid beperken

Je kunt op verschillende manieren toezicht houden. Neem het toezicht in de nacht als voorbeeld. Soms wordt er een aantal keer per nacht bij de cliënt om de deur gekeken, soms zijn er handelingen te verrichten, soms is er een sensor, uitluisterapparatuur of een camera en soms zijn er nog andere methoden. Het gebruik van al dergelijke apparaten is een inbreuk op iemands privacy.

BOPZ maatregelen

De inspectie gaat me deze maatregelen om alsof het vrijheidsbeperkende (ook wel BOPZ-maatregelen genoemd) zijn. Ook al zijn de maatregelen naar jou idee geen vrijheidsbeperking is, maar juist beschermend of krijgt de cliënt naar jou idee juist meer vrijheid door de inzet van deze maatregelen, toch moeten al deze maatregelen aan dezelfde zorgvuldigheidseisen als vrijheidsbeperkende maatregelen voldoen, zoals: probleemanalyse maken, cliënt of cliëntvertegenwoordiger moet instemmen, minst zware middel wordt ingezet, multidisciplinaire besluitvorming.

En uiteraard moeten al deze maatregelen aansluiten bij de zorgbehoefte van de cliënt.

Hoe leggen jullie toezicht vast?

Hoe pakken jullie het aan? Willen jullie ons laten weten hoe jullie toezicht vastleggen in het zorgleefplan?

De reacties leggen wij ook voor, uiteraard anoniem, aan de inspectie om te peilen wat zij nu precies willen terugzien in de een beschrijving.

10. Heeft de familie recht op een kopie van het zorgleefplan?

Antwoord:

Alleen de vertegenwoordiger van de cliënt heeft vanzelfsprekend recht op een kopie. Verder geldt dat je als zorgprofessional aan de cliënt of diens vertegenwoordiger toestemming moet vragen om aan anderen informatie te geven, of inzage of een kopie van het zorgdossier. Dit lees je ook in de [samenvatting van de Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging](#).

Hoe gebruik je de vijf rollen van verzorgenden in het maken en onderhouden van het zorgleefplan?

Hallo Mensen, Ik zit in de eindfase van mijn opleiding sociaal agogisch verzorgende en ben met een opdracht bezig. De vraag is: Licht toe hoe de vijf rollen van de verzorgende terugkomen in het samenwerken aan continuïteit en coördinatie van de zorg. Misschien denk ik te moeilijk maar ik kom er niet uit. Ik wil dit onderwerp linken aan het zorgleefplan. Dus hoe gebruik je de vijf rollen in het maken en onderhouden van het zorgleefplan. Misschien hebben jullie tips?

Antwoord van Desiree Bierlaagh, adviseur beroepsontwikkeling bij V&VN:

Beste Dineke,

Wat interessant en waardevol om de rollen te gebruiken bij het opstellen en onderhouden van het zorgleefplan. De rol van begeleider gaat over het contact en het kennen van de client; een belangrijke rol bij het opstellen van het zorgleefplan: vanuit de begeleidersrol vraag je je af of je weet wat de client belangrijk vindt in zijn leven. Deze rol blijft belangrijk omdat het zorgleefplan niet statisch is: wensen van de client veranderen en dus ook het ZLP.

Als belangenbehartiger stel je de wensen van de client voorop en laat je dit voor gaan op vaste regels in de organisatie: ook dit komt tot uitdrukking in het zorgleefplan.

Daar waar dit een spanningsveld vormt met anderen treedt je op als samenwerker: hoe kunnen wij met elkaar de kwaliteit van leven van deze client zo goed mogelijk ondersteunen en respecteren we daarbij de wensen en mogelijkheden van de client.

Het is niet altijd mogelijk om alle wensen te verwezenlijken, jouw rol is dan om dat te signaleren en een wens niet te snel van tafel te vegen. Als de wens van de client werkelijk centraal staat vraag je je in zo'n geval af: hebben we alle mogelijkheden onderzocht: zijn er nog alternatieven denkbaar. Je bespreekt dit met de client en zijn familie, indien nodig geef je signalen door aan het hoger management.

Met de normen verantwoorde zorg en het zorgleefplan krijgen zorgprofessionals een grotere verantwoordelijkheid en meer ruimte om de zorg samen met de client in te vullen. Hiervoor is het nodig dat je kunt leren van elkaar en lastige situaties met elkaar kunt bespreken en evalueren. De rol van beroepsbeoefenaar draagt dus indirect bij aan het opstellen en onderhouden van het zorgleefplan, doordat je kennis deelt en gaanderweg met elkaar ontwikkelt.

11. Hoe moet je een zorgdossier bewaren?

Ik werk in verpleeghuis en mijn vraag is: hoe moeten zorgdossiers bewaard worden? Op het eigen appartement? Achter slot? Of in een dossierkast / kar achter slot?

Antwoord:

In de Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging staat op pagina 25 bij punt 3.2.4 Bewaarplaats dossier: De expertgroep beveelt aan

het dossier bij voorkeur in de buurt van de cliënt te bewaren. De zorgprofessional moet met de cliënt (of diens vertegenwoordiger) bespreken hoe voorkomen kan worden dat anderen het dossier zonder toestemming in kunnen zien.

Over het algemeen worden dossiers die buiten de kamer/ het appartement worden bewaard, in afgesloten kasten of ruimtes bewaard.

Over het bewaren van het medisch dossier geeft Verenso het volgende antwoord:

De Wgbo (wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) maakt melding van 'dossier': daarmee wordt bedoeld op het medisch dossier of behandeldossier, d.w.z. het dossier dat de medische gegevens van de patiënt bevat. De groep van mensen die inzage in dat dossier mogen hebben, is: de patiënt zelf, de vertegenwoordiger bij een wilsonbekwame patiënt, de behandelend arts en het behandelteam van de betrokken patiënt voor zover zij die inzage nodig hebben voor hun deel van de behandeling of verpleging.

Het is een recht van de patiënt/vertegenwoordiger om inzage te hebben in en afschrift te hebben van het medisch dossier. Maar dus niet van anderen buiten deze groep. Aan hen mag dus geen inzage gegeven worden. Het medisch dossier mag dus niet op de kamer van de cliënt bewaard worden, maar moet in elk geval afgeschermd zijn zodat derden er niet zomaar openbaar bij kunnen en toegang toe hebben. Meer informatie over toegang tot het dossier en deze vraag, is terug te vinden in de KNMG richtlijn Omgaan met medische gegevens en de WGBO deelrapportages deel 2 'Informatie en toestemming' en deel 4 'Toegang tot patiëntgegevens': de richtlijn en WGBO rapporten zijn te downloaden op via knmg.nl.

12. Is ondertekening van het zorgleefplan door zorgverleners verplicht?

Antwoord:

In het [Kwaliteitsdocument 2012](#) staat over ondertekening door betrokken hulpverleners iets op pagina 25:

'De cliënt wordt geïnformeerd over de afstemming van de zorg tussen verschillende disciplines. De zorgorganisatie vraagt alle betrokken zorgverleners om de afspraken met naam en handtekening in het zorgleefplan te noteren, en zorgt dat de cliënt weet wie verantwoordelijk is'.

De richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging zegt er in punt D2 over:

Zorg voor herleidbaarheid: zet bij de genoteerde gegevens een naam of een op de persoon herleidbare paraaf of code, een datum en zonodig een tijdsaanduiding.

13. Kunnen we onze tijd niet beter steken in écht contact met de bewoner dan op het kantoor zitten en alles tot in detail vastleggen?

In de organisatie waar ik werkzaam ben moeten we in het zorgleefplan opnemen wie het huisvuil opruimt, wie de inco-emmer leegt, we moeten omschrijven wat een vrijwilligster die op bezoek komt bij een bewoner zoal doet met de bewoner. Bij een bewoner die depressief is moeten omschrijven hoe wij hem zijn gevoelens laten uiten! Ik vind dat we veel te veel en gedetailleerd vast moeten leggen. Als verzorgenden hebben we ons gezond verstand toch? Kunnen we niet beter onze tijd steken in écht contact met de bewoner dan op het kantoor zitten en alles tot in detail vastleggen?

Antwoord:

Veel verzorgenden uiten zich kritisch over het zorgleefplan, dit is harstikke goed, daar kan het alleen maar beter van worden.

We kijken naar het voorbeeld in de vraag. Stel een bewoner is depressief. In gesprek met hem of zijn familie, of door observatie van het team verzorgenden, is duidelijk geworden welke zorg en ondersteuning het beste bij hem past, waardoor de dagen iets minder zwart worden. Dit staat als volgt in het zorgleefplan:

- De heer eet het liefst in rustig gezelschap (met dochter of medebewoner Jansen op eigen kamer).
- Tweewekelijks afspraak met geestelijk verzorger (om de week op donderdag 10-11 uur).
- In de huiskamer zit de heer het liefst alleen in de relatief rustige avonden.
- De heer zou prijs stellen op een vrijwilliger die met hem in de rolstoel naar buiten kan gaan.

Wat niet werkt zet je ook in het zorgleefplan:

- Een al te kordate benadering (hard praten: we gaan er een mooie dag van maken!).
- Overdag is de huiskamer te druk voor de heer.
- Ook van de dagelijkse drukte heeft de heer veel last. Hij heeft het liefst de deur van zijn kamer dicht.

Uiteraard staat bij de verschillende punten aan wanneer evaluatie plaatsvindt.

Goede zorg

Stel dat met deze cliënt met depressiviteit niet is afgesproken wat voor hem werkt of dat het wel is afgesproken, maar niet opgeschreven? Dan komt er veel minder terecht van goede zorg? Goede zorg wordt dan meer een kwestie van goede bedoelingen, maar die kunnen flink naast de behoeftes van de cliënt liggen.

Wat betreft het legen van vuilnisbakken en inco-emmers, ook daar moeten in een team afspraken over zijn. Het is de vraag of die in het zorgleefplan moeten staan. Een lijst in een teampost of in de spoelruimte ligt dan meer voor de hand.

14. Moet een zorgleefplan één keer per jaar besproken worden met familie?

Antwoord:

Lees de wetgeving over het bespreken van het zorg(leef)plan.

Je leest hierin dat de familie vooral in beeld komt als de cliënt zijn belangen niet optimaal kan behartigen (artikel 3.4).

In de praktijk is het echter zeer gebruikelijk om de familie of in ieder geval eerste contactpersoon, altijd uit te nodigen voor de evaluatiegesprekken. De gesprekken met familie helpen ook de betrokkenheid van de familie bij de cliënt te vergroten.

Over hoe vaak je moet evalueren zegt het Kwaliteitsdocument voor de ouderenzorg (VVT) 2013: evaluaties met de cliënt minimaal twee keer per jaar, maar ook bij complexe zorg, na veranderingen bij de inzet van zorg of op verzoek van cliënt en/of zorgverlener.

15. Waar vind ik een voorbeeld van een zorgleefplan?

Antwoord:

Voorbeelden van zorgleefplannen vind je hier op de site bij de downloads. Oningevulde, ingevulde, van alles.

>>> De voorbeelden op een rij

16. Welk niveau medewerker mag een zorgleefplan schrijven?

Antwoord:

In principe mag elk niveau medewerker een zorgleefplan schrijven. De afspraken over wie dit doet en wie eindverantwoordelijk is, verschillen wel per organisatie. Lees het prachtige voorbeeld van huishoudelijk medewerkers die dit doen.

Basisinstrument

Het zorgleefplan is een basisinstrument om methodisch te werken. Idealiter werkt iedere professional in de zorg, op zijn niveau, methodisch. Dus: je signaleert zaken of je cliënt geeft zaken aan (of je hebt een niet-pluisgevoel), je bespreekt met de cliënt welke acties gewenst zijn of besluit op basis van jouw professionele kennis en inzichten welke acties gewenst zijn (dit kan ook zijn een andere professional inschakelen), je voert de acties uit, je evalueert. Op elk niveau is methodisch denken en werken aan te leren.

Opstellen van het zorgleefplan

In de praktijk gebeurt het opstellen van een zorgleefplan over het algemeen vanaf niveau 3. Veel zorgorganisaties hebben ervoor gekozen deze taak te delegeren aan niveau 3 + medewerkers (of hoger, afhankelijk van de complexiteit van de zorg). Dit zijn verzorgenden IG met veel werkervaring of een bijscholing gehad op het gebied van coördineren van zorg, of bijvoorbeeld de vervolgopleiding tot Eerst Verantwoordelijk Verzorgende. Deze EVV-er of zorgcoördinator is degene die met de cliënt de afspraken maakt. Ze zet die afspraken in het zorgleefplan en is binnen haar team ook aanspreekpunt. Ook let ze er op dat gemaakte afspraken worden nagekomen. In sommige gevallen zet een afdelingshoofd een handtekening onder het zorgleefplan en is op die manier de formele verantwoordelijkheid geregeld.

Signalering

Ook medewerkers die geen zorgleefplan opstellen signaleren. Het is ontzettend belangrijk om binnen de organisatie te regelen hoe en bij wie zij hun signalen kwijt kunnen, zodat adequate acties kunnen worden genomen. Het betrekken van alle medewerkers van alle niveaus in dit proces verhoogt de kwaliteit van de geleverde zorg, vergroot de betrokkenheid van de medewerkers op de client en het werk en verhoogt het werkplezier.

Kwalificatiedossiers

De kwalificatiedossiers van de diverse beroepsgroepen geven inzicht in de taken die bij verschillende niveaus professionals horen. Deze kwalificatiedossiers vind je op de site van [Calibris](#).

[17. Welke eisen stelt de inspectie aan het zorgleefplan?](#)

Antwoord:

De inspectie baseert zich bij haar toezicht op het Kwaliteitsdocument 2012.

Welke eisen stelt de inspectie aan het zorgleefplan

De inspectie baseert zich bij haar toezicht op het [Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg](#). In dit document lees je vooral in het hoofdstuk Persoonsgerichte zorg en ondersteuning (en de uitwerking van dit hoofdstuk in Bijlage 1!) handvatten voor het werken met het zorgleefplan.

In het hoofdstuk staan een aantal harde vereisten:

- Iedere cliënt beschikt binnen 24 uur over een voorlopig zorgleefplan (met in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en afspraken over handelen bij calamiteiten), dat uiterlijk zes weken na opname (of zoveel eerder als mogelijk) volledig en (tot bijstelling aan de orde is) definitief wordt 4.
- De verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgleefplan is belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3 (IG), of bij een andere zorgverlener van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende dan wel de eerste verantwoordelijk verzorgende of verpleegkundige (EVV-er).

Daarnaast geeft de uitwerking in bijlage 1 veel richting aan het werken met zorgleefplan. Bij het onderdeel Zorgdoelen worden hele concrete suggesties gedaan. Maar ook de onderdelen Compassie, Uniek zijn en Autonomie zijn nuttig. Zij geven aanwijzingen voor het realiseren van persoonsgerichte zorg en dat is immers waar het zorgleefplan een belangrijk instrument voor is.

18. Welke verpleegkundige theorie zit er achter het zorgleefplan?

Antwoord:

Achter het Zorgleefplan zit geen specifiek uitgesproken verpleegkundige theorie. Dit betekent niet dat je de opdracht niet kunt maken. Achter het Zorgleefplan zit een visie op wonen en welzijn waarbij medische en verpleegkundige zorg van toegevoegd waarde is, in plaats van vaste waarde (...zoals in het traditionele verpleeghuis). Deze visie heet ook wel de visie op verantwoorde zorg.

Kwaliteit van leven van de cliënt

In de langdurige ouderenzorg ligt de nadruk niet op verpleegd en behandeld worden, maar op wonen en welzijn. Je ondersteunt mensen het leven te leiden dat zij gewend zijn en prettig en zinvol vinden. Uiteraard hebben (dikwijls hoogbejaarde) ouderen wel degelijk topmedische- en verpleegkundige zorg nodig wanneer ze ziek zijn. Maar altijd, ook als men die verpleegkundige zorg ondergaat horen verzorgenden en verpleegkundigen dat te doen vanuit de vraag: hoe ondersteun ik de kwaliteit van het leven van de cliënt?

Kwaliteit van leven is in het zorgleefplan uitgewerkt in de vier domeinen. Als je met goede argumenten het Zorgleefplan gebruikt in je opdracht, dan zal je docent dat goedkeuren en zul je een compliment krijgen omdat je zo actueel aansluit bij de huidige gang van zaken in de ouderenzorg.

Perspectief van de oudere zelf

Het is interessant om eens een vergelijking te maken tussen de domeinen van het zorgleefplan en het model van Gordon bijvoorbeeld. Alle aspecten die aan het bod komen bij Gordon komen ook aan het bod bij het ZLP. Alleen nadrukken liggen anders. Dat komt omdat verpleegkundige theorieën zijn gemaakt vanuit het denkkader van professionals. De domeinen uit het zorgleefplan komen voort uit onderzoek naar wat ouderen belangrijk vinden voor hun kwaliteit van leven. Dat is dus vanuit het perspectief van de oudere zelf. Voor vraaggericht werken is het werken met het zorgleefplan daarom logischer.

Lees meer:

- Downloadcentrum: [Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking. Werken met het model zorgleefplan, van Actiz.](#) (LET OP: eerst inloggen of registeren)

19. Wie is eigenaar van het zorgleefplan? De cliënt of de organisatie?

Antwoord:

Deze vraag stellen veel lezers aan zorgleefplanwijzer.nl. Wetgeving en richtlijnen doen hier geen keiharde uitspraken over, maar geven wel veel aanwijzingen hoe met het zorgleefplan om te gaan. Zorgleefplanwijzer geeft een antwoord.

Als je meer wilt weten over het omgaan met het zorgleefplan raadpleeg dan de Wet op de Geneeskundige BehandelOvereenkomst (WBG) en de [Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende verslaglegging](#). De wet en de richtlijn geven goede handvatten voor gebruik in de praktijk. Wie eigenaar van het zorgleefplan is, staat er niet klip en klaar in beschreven. Wat het verwarrend maakt is dat je het begrip eigendom of eigenaarschap verschillend kan invullen.

Is de eigenaar de beheerder?

Eigendom kan gaan over het beheer, het bewaren. Hiervoor is de organisatie verantwoordelijk. Het houdt twee dingen in:

1. Ervoor zorgen dat tijdens de periode dat de cliënt in zorg het dossier goed bewaard wordt. Zo kan iedere betrokken zorgverlener de afspraken met de cliënt nalezen. Dit is belangrijk voor continuïteit en dus kwaliteit van zorg.

2. Nadat de cliënt uit zorg is gegaan het dossier gedurende 15 jaar bewaren voor eventuele vragen achteraf

Of is de eigenaar degene die bepaalt wat erin staat?

Eigendom kan gaan over de inhoud, en heeft veelal te maken met privacy: wat wordt er allemaal over mij opgeschreven en wie mag dat allemaal lezen? Hier heeft de cliënt het laatste woord. Dit is geregeld in de WGBO.

Voortdurend checken bij de cliënt

Hier kunnen meningsverschillen ontstaan tussen de cliënt en de organisatie. De cliënt wil niet dat bepaalde zorgverleners in het dossier lezen, de organisatie moet dan met redelijke argumenten komen waarom het belangrijk is dat die zorgverlener het dossier wel leest. Het is daarom ten alle tijden van belang om met de cliënt (of diens vertegenwoordiger) samen het zorgleefplan op te stellen en samen de afspraken vast te leggen en samen te rapporteren. Dan ben je al in gesprek over hoe je het opschrijft en gebeurt dat op een voor de cliënt acceptabele manier.

Maar, ook al is alles opgeschreven zoals de cliënt het goed vindt, dan nog kunnen er dingen zijn waarvan de cliënt niet wil dat bepaalde mensen het lezen.

Zorgleefplanwijzer is er voorstander van om het opstellen van het zorgleefplan en het rapporteren te doen in de u-vorm, en te checken of wat je opschrijft klopt.

Twee voorbeelden van gesprekken tussen verzorgende en cliënt

Verzorgende:

Ik schrijf het zo op in het zorgleefplan, klopt dat volgens u: U vertelt dat u 's morgens door uw Parkinson een langzame starter bent, maar dat u wel een ochtendmens bent. Afspraak: u wil om 7 uur gewekt worden maar pas na half 11 geholpen worden met wassen.

Cliënt:

Ja dat klopt precies, zet er nog maar bij dat ik de gordijnen graag open wil om 7 uur.

Verzorgende:

Ik schrijf het zo op in het zorgleefplan, klopt dat volgens u: U mist uw vrouw heel erg, u geeft aan dat u liever niet over haar praat, dat is te pijnlijk.

Cliënt:

Moet je dat zo precies opschrijven? Wat klinkt dat rottig. En moet Jan en alleman dat lezen? Nee hoor schrijf maar op: Truus is pas dood, liever niet over praten. En die meisjes die mijn kamer schoonmaken, die kijken ook steeds in dat boek, moet dat?

Verzorgende:

Dat is best belangrijk, zij moeten ook weten wat met u is afgesproken, over Truus bijvoorbeeld, maar ook over hoe u de kamer schoongemaakt wil hebben. Anders gaan zij u misschien iedere dag naar Truus vragen.

Cliënt:

Ok dat snap ik. Maar ik vind het wel lastig. Ze kunnen ook dat hele verhaal over die prostaat lezen. Dat gaat ze niks aan....etc.

Verzorgende:

U kunt er vanuit gaan dat al mijn collega's integer en respectvol omgaan met de informatie van cliënten en hetgeen geschreven staat in een zorgleefplan. Als het goed is, vraagt iedereen u toestemming om informatie te mogen lezen in het dossier en lezen zij alleen datgene wat ze nodig hebben. Mocht u een andere indruk hebben, spreek dan vooral de persoon er op aan, of meldt het aan Christa onze teamleidster.

Meer weten?

>>> [lees de Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging](#)