

Onderzoek naar de mogelijkheden voor een integraal zorgplan



Eindrapportage

vilans

Onderzoek naar de mogelijkheden voor een integraal zorgplan

Eindrapportage

Drs. Marjolein Herps, Dr. Hans Vlek, Drs. Janneke Haan, Drs. Sabine Timmer, Drs. Floor de Jong
Postbus 8228, 3503 RE Utrecht
Telefoon: (030) 789 24 74, e-mail: m.herps@vilans.nl
Website: www.vilans.nl

Utrecht, 8 december 2014

Inhoud

Onderzoek naar de mogelijkheden voor een integraal zorgplan	1
Eindrapportage	1
Onderzoek naar de mogelijkheden voor een integraal zorgplan	2
Eindrapportage	2
Inleiding	5
De opdracht	8
Aanpak	9
Resultaten	10
Deskresearch	10
Groepsinterviews cliënten	11
Individuele interviews sleutelfiguren	12
Naar een integraal zorgplan?	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Van model naar cliëntversies	15
Balans vinden tussen persoonsgericht en verantwoording	15
Aansluiten bij bestaande dossiers en instrumenten	15
Aansluiten bij sectorspecifieke verwachtingen	16
Meerwaarde aantonen	17
Belang van cliëntondersteuning	17
Versterken competenties	17
Fasering aanbrengen	18

Bijlagen

Bijlage 1 Deskresearch	19
Inleiding	20
Functies van het zorg- of leefplan	20
De cliënt of patiënt centraal	21
Doelstelling deskresearch	22
Methode	23
Resultaten	24
Wetgeving	26
Actuele wetgeving	26
Toekomstige wetgeving	27
Handhaving	29
Financiering	30
Kwaliteitsbewaking	31
CQ-indexen	32
Verwachtingen vanuit de belangenorganisaties en cliëntervaringen	32
Cliëntervaringen	33
Conclusies	35
Geraadpleegde bronnen	38
Bijlage 2 Groepsinterviews met cliënten en patiënten Uitnodiging en aanmelding	40
Uitnodiging groepsgesprek over zorg- en leefplannen	41

Aanmelding voor het groeps gesprek.....	42
Bijlage 3 Draaiboek groepsinterviews cliënten	43
Bijlage 4 Topiclijst interviews voorlopers	46
Uitgebreide onderzoeksopzet (optioneel te stellen vragen)	47
Visie	47
Werkwijze.....	47
Uitkomsten.....	47
Bijlage 5 Organisaties waarmee gesproken is.....	48

Inleiding

In de langdurende en chronische zorg wordt gebruik gemaakt van zorg- en ondersteuningsplannen¹. Hoewel de benaming anders kan zijn, zijn ze op grote lijnen vergelijkbaar. Deze plannen zijn ondersteunend aan de zorg en ondersteuning die een zorgorganisatie biedt aan cliënten of patiënten. In het zorg- of ondersteuningsplan staan de afspraken over de doelen van de zorg, ondersteuning en zelfmanagement beschreven. Deze afspraken zijn gebaseerd op de mogelijkheden, beperkingen, wensen en behoeften van de cliënt of patiënt. Een zorg- of ondersteuningsplan komt in dialoog tussen de cliënt of patiënt (en/of diens wettelijk vertegenwoordiger) en de zorgorganisatie tot stand. De afspraken in het plan zijn gericht op het in stand houden of verbeteren van de kwaliteit van bestaan en het functioneren van de persoon. Hiertoe staan de benodigde hulpbronnen en strategieën beschreven (Vilans, 2013; Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg, 2009). In dit stuk hanteren we de term 'zorg- of leefplan', waarmee aangegeven wordt dat het zowel 'zorg-' als 'levensaspecten' kan bevatten.

De verschillende sectoren gaan op een eigen wijze met de zorg- en ondersteuningsplannen om. Zo is het in de AWBZ (en straks in de Wlz) verplicht om een zorgplan op te stellen voor iedere cliënt die langer dan drie maanden zorg en ondersteuning krijgt. Het werken met zorgplannen kent in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, GGZ en thuiszorg al een lange(re) geschiedenis en heeft een belangrijke plek in het kwaliteitsbeleid van zorgorganisaties. Zo is het opgenomen in het toetsingskader van de IGZ, zijn er criteria geformuleerd in de HKZ schema's, wordt het jaarlijks gemeten in de Kwaliteitskaders en zijn er eisen aan het zorg- en ondersteuningsplan gesteld in het landelijke en lokale contracteerbeleid (Herps, Buntinx & Curfs, 2010).

In de zorg voor mensen met een chronische ziekte is het werken met zorgplannen relatief nieuw. Sinds enkele jaren worden formats ontwikkeld van zorgplannen. In de zorgstandaarden (bijvoorbeeld de zorgstandaard diabetes) wordt het belang van het Individuele ZorgPlan (IZP) sterk onderstreept. In het Raamwerk IZP wordt daarover opgemerkt dat het IZP de vertaling bevordert van de algemene normen voor goede zorg naar de individuele doelen, behoefte en de situatie van de patiënt. De zorgverzekeraars hebben het werken met IZP-en tot een van de hoekstenen gemaakt van hun contracteerbeleid van de integraal bekostigde zorg in de eerste lijn.

Er is een grote diversiteit aan zorg- en ondersteuningsplannen die gemaakt worden. Veel zorgorganisaties richten een eigen format en proces in dat hen het beste past. Ook in de zorg voor mensen met een chronische ziekte is een grote diversiteit aan zorgplannen ontwikkeld. Deze versnippering is voor zowel zorgverleners als cliënten en patiënten nadelig. Het kost zorgverleners veel tijd om formats en werkwijzen te ontwikkelen, aan te passen en te implementeren. Cliënten en patiënten zien door de bomen het bos niet meer, weten niet goed wat hun rechten en plichten zijn en hebben vaak te maken met dubbelingen omdat zij gebruik maken van meerdere zorgaanbieders.

Verskillende functies van het zorg- en ondersteuningsplan

Het werken met zorg- en ondersteuningsplannen in de langdurende zorg heeft ons inziens drie voorname functies.

1. Het bevorderen van de eigen regie van mensen met een ziekte of beperking en het bevorderen van cliëntgericht werken: mensen met een beperking of ziekte zijn burger, net als ieder ander. Een goed zorg- en ondersteuningsplan komt tot stand in dialoog tussen de cliënt en patiënt en de zorgverlener. De wensen en behoeften van de cliënt staan voorop. Dit past in een bredere context waarin begrippen als eigen regie, zelfmanagement, inclusie, normalisatie en burgerschap centraal staan. Ondersteuning wordt beschouwd als de hulpbronnen (personen, diensten, organisaties) en strategieën die bijdragen aan het verbeteren van het functioneren of de kwaliteit van bestaan. De diensten die een zorgverlener biedt zijn onderdeel van de ondersteuning.

¹ Gehandicaptenzorg: ondersteuningsplan, V&V sector: zorg-leefplan, Chronische zorg 1^e lijn: Individueel Zorgplan

2. Het bevorderen van methodisch, professioneel handelen. Het werken met een zorg- en ondersteuningsplan heeft een cyclisch karakter. Op basis van een beeld van het huidige en gewenste functioneren en de ondersteuningsbehoeften worden in dialoog doelen gesteld. Deze doelen worden uitgevoerd, tussentijds gemeten (rapporteren) en bij een evaluatie bijgesteld of afgesloten. Dit cyclische karakter dient te voorkomen dat medewerkers in routine vervallen en het zou de samenwerking tussen verschillende disciplines bevorderen.
3. Het zorg- en ondersteuningsplan als belangrijk ingrediënt in het kwaliteitsbeleid²: sinds geruime tijd heeft het zorg- en ondersteuningsplan een belangrijke plek in het kwaliteitsbeleid. De idee daarbij is dat de geboden zorg en ondersteuning met het ondersteuningsplan inzichtelijk worden en beter toetsbaar. Een zorg- en ondersteuningsplan dat voldoet aan de gestelde eisen zou dan een indicatie geven over de kwaliteit van zorg. Verschillende partijen stellen daarbij verschillende eisen. Belangrijke partijen hierin zijn de IGZ, de zorgkantoren, de kwaliteitskaders, wetgeving en kwaliteitskeurmerken.

De verschillende functies van het zorg- en ondersteuningsplan lopen door elkaar en staan soms op gespannen voet met elkaar. Het voldoen aan eisen gesteld door externe partijen (kwaliteitskader, IGZ, HKZ, zorgkantoren) weegt voor zorgaanbieders erg zwaar vanwege de forse consequenties die verbonden worden aan het niet voldoen hieraan. Bijvoorbeeld onder verscherpt toezicht gesteld worden, of een korting krijgen op het budget. Dit kan ertoe leiden dat de rol van de cliënt of patiënt bij zijn of haar zorg- en ondersteuningsplan in het gedrang komt.

Rol van de cliënt of patiënt bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van het plan

Een goed zorg- en ondersteuningsplan komt tot stand in dialoog. In deze dialoog staan de wensen en behoeften van de cliënt of patiënt centraal. Samen wordt gezocht naar deze wensen en behoeften en er worden afspraken gemaakt over de ondersteuning die nodig en gewenst is. Uit onderzoek van Herps, Buntinx & Curfs (2013) blijkt dat mensen met een verstandelijke beperking niet altijd op een juiste manier betrokken worden. Zo kunnen veel mensen met een verstandelijke beperking moeilijk of niet lezen en schrijven. Een zorg- en ondersteuningsplan bestaat echter veelal uit geschreven teksten en bevatten veel jargon. Ook tijdens de bespreking van het plan wordt gebruik gemaakt van de geschreven teksten en kan de multidisciplinaire samenstelling van het overleg belemmerend werken in het voeren van een dialoog. Mensen geven ook aan dat zij niet zelf de beschikking hebben over hun plan, dat het format en de werkwijze niet flexibel zijn en dat het plan vaak informatie bevat die zij niet elk jaar willen bespreken (bijvoorbeeld een beschrijving van de levensgeschiedenis met daarin met name de negatieve gebeurtenissen).

Een veranderende zorgcontext

De langdurende zorg is volop in beweging. Er vinden grote transities plaats van AWBZ naar de Wmo en de Zvw. Er ligt een wetsvoorstel voor de Wet langdurende zorg (Wlz) die de AWBZ zal vervangen. Deze veranderingen hebben tot gevolg dat een grote groep mensen gebruik zal gaan maken van meer verschillende soorten zorg- en ondersteuning onder veranderde financieringsvoorwaarden en dat de continuïteit van de betrokken professionals dikwijls onzeker is. De filosofie achter de hervormingen is dat de persoon met een ziekte of beperking wordt gezien als burger, die zoveel mogelijk eigen regie en zelf- en samenredzaamheid nastreeft en hierin ondersteuning krijgt. Deze ontwikkelingen dragen bij aan de behoefte om een generiek integraal zorgplan te ontwikkelen dat écht bijdraagt aan de eigen regie en zelfmanagement van de persoon.

De snel veranderende context in de langdurende zorg, de hoge ambitie om meer zelfregie, zelf- en samenredzaamheid te bevorderen gecombineerd met het streven naar een generiek integraal zorgplan, maakt dat de vraagstelling van deze opdracht een uitdagende is. Iedere sector en cliëntgroep kent zijn eigenheid en wisselende geschiedenis met het werken met zorg- en ondersteuningsplannen. Het op een goede wijze werken met deze plannen als een hulpmiddel voor meer

² Deze functie van het zorg- en ondersteuningsplan is met name zichtbaar in de AWBZ-sectoren en minder van toepassing op de zorg voor mensen met een chronische ziekte.

persoonsgerichte zorg bevindt zich in verschillende ontwikkelingsfasen. Toch is het zeer de moeite waard de mogelijkheden van een generiek integraal zorgplan juist nu nader te verkennen, om toekomstgericht te acteren en voor cliënten een duidelijk herkenbare werkwijze te kunnen introduceren waarin zij werkelijk meer regie ervaren.

De opdracht

Vanuit het programma 'PG werkt samen' (de NPCF, CG-Raad, Landelijk Platform GGz, Platform-VG) is een van de doelstellingen het ontwikkelen van een gezamenlijke visie op het zorg- en ondersteuningsplan. Vilans is gevraagd om de mogelijkheden hiertoe te onderzoeken en mogelijk de stappen te zetten naar een integraal zorgplan. Daartoe is de volgende vraag opgesteld:

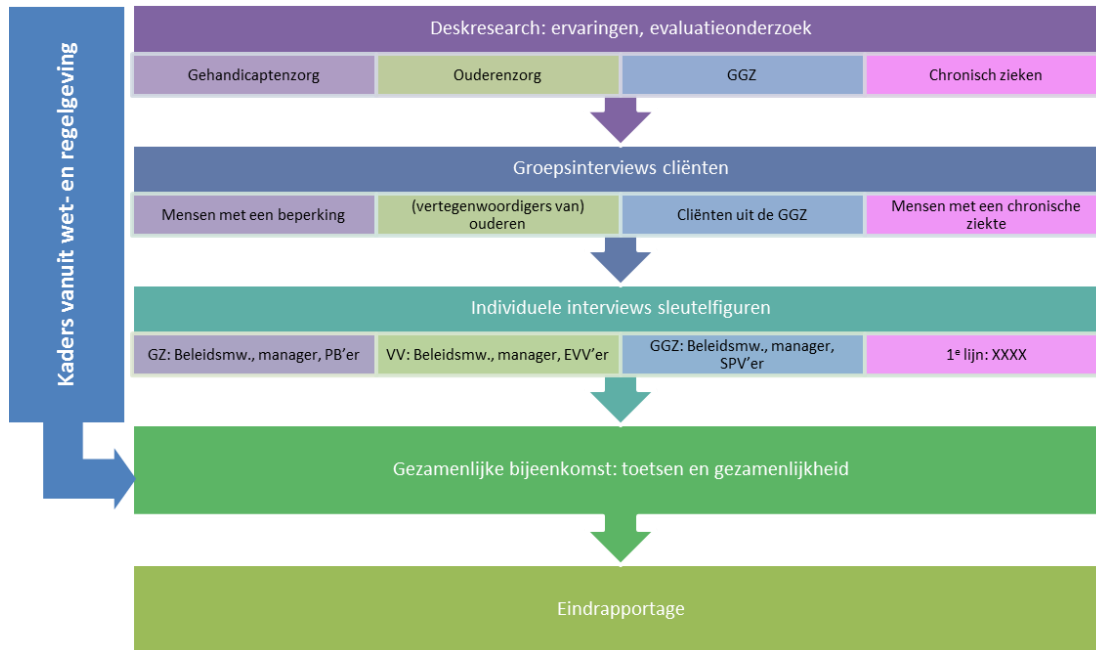
Op basis van de ervaringen die in verschillende sectoren is opgedaan met het werken met de bestaande zorg- en ondersteuningsplannen, zou het mogelijk kunnen zijn om een format te ontwikkelen voor een plan welke ongeacht ziekte of beperking ingezet kan worden om de doelen en afspraken van de zorg en ondersteuning te beschrijven.

Om dit te kunnen ontwikkelen hebben we antwoord nodig op de volgende vragen:

- 1. Wat zijn de ervaringen van cliënten(vertegenwoordigers) en professionals in de V&V, GZ, Chronische zorg en GGZ ten aanzien van het werken met de zorg- en ondersteuningsplannen?*
- 2. Hoe zou een format eruit kunnen zien dat voldoet aan verwachtingen en behoeften van cliënten/patiënten en zorgprofessionals?*
- 3. Wat zijn succes- en faalfactoren ten aanzien van de ontwikkeling en implementatie van een algemeen geldend zorg- en ondersteuningsplan?*
- 4. Wat zijn concrete stappen die gezet moeten worden ten aanzien van de implementatie?*

Aanpak

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is uitgegaan van een fasegewijze aanpak die is weergegeven in figuur 1. In het vervolg van dit verslag beschrijven we per stap de werkwijze en gevonden resultaten.



Resultaten

Deskresearch

Gezocht is naar actuele en toekomstige wetgeving en formele documenten. Inclusiecriteria voor de documenten: het gaat om relevante (huidige en toekomstige) wet- en regelgeving of documenten die een verplichtend karakter hebben en die gevolgen hebben voor zorgorganisaties als zij niet voldoen aan de gestelde eisen. Daarnaast is bij de belangenorganisaties naar documentatie gezocht waarin verwachtingen ten aanzien van het werken met zorg- of leefplannen vanuit het perspectief van cliënten of patiënten zijn geformuleerd. Wat niet wordt meegenomen zijn de regionale eisen die bijvoorbeeld vanuit verschillende zorgkantoren gesteld worden.

Hierin is meegenomen:

- Relevante huidige wetgeving:
 - AWBZ met in het bijzonder het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg (2009)
 - Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)
 - Kwaliteitswet zorginstellingen
 - Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)
- Relevante toekomstige wetgeving:
 - Wetsvoorstel Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015
 - Wetsvoorstel Wet langdurige zorg
 - Wetsvoorstel Wet Zorg & Dwang
 - Wetsvoorstel Wet Verplichte GGZ
- Formele documenten die van belang zijn op landelijk/verplicht niveau:
 - Rapporten en werkwijzen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
 - Geldende kwaliteitskaders voor de verschillende sectoren
 - Inkoopbeleid landelijke criteria Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

De zorg voor mensen met een chronische ziekte laat een ander beeld zien dan de gehandicaptenzorg, GGZ en VVT. In deze sector is het werken met zorg- of leefplannen nog relatief nieuw, waardoor het niet de geschiedenis heeft dat het van oorsprong een instrument voor professionals was.

Uit de deskresearch blijkt dat:

- Het zorg- of leefplan een belangrijke plek heeft verworven binnen de AWBZ-zorg en dat het een opkomend instrument is in de zorg aan mensen met een chronische ziekte.
- Het zorg- of leefplan een belangrijk instrument kan zijn in het versterken van de positie van de cliënt of patiënt.
- Verschillende partijen verschillende verwachtingen hebben ten aanzien van het zorg- of leefplan.
- Dat deze verwachtingen leiden tot verschillende functies van het zorg- of leefplan. Het plan heeft een rol in het afleggen van verantwoording, een rol in het professioneel handelen van medewerkers én een rol in het versterken van de positie van de cliënt en hem zeggenschap geven over zijn zorg en ondersteuning.
- De verschillende verwachtingen niet altijd overeenkomen.
- Deze vaak per jaar, per regio en per sector verschillend kunnen zijn.
- Cliënten in verschillende sectoren niet optimaal betrokken worden bij het werken met de zorg- of leefplannen.

Zorg- en leefplannen worden gebruikt om de cliënt of patiënt meer regie te geven over zijn of haar eigen leven. Het is een instrument waarmee zij, samen met zorgverleners, kunnen beslissen welke zorg en ondersteuning nodig is om het leven te leiden dat zij wensen. Hoewel deze visie door de in dit onderzoek betrokken partijen onderschreven wordt, lijken de eisen die gesteld worden de eigen regie van mensen juist tegen te werken. Zo worden door verschillende partijen eisen gesteld aan de inhoud van de

zorgplanbespreking en aan de inhoud van het zorg- of leefplan. Eisen stellen aan de inhoud van het gesprek en daar consequenties aan verbinden kan in de praktijk tot gevolg hebben dat dit de eerste agendapunten zijn tijdens het evaluatiemoment. Immers, deze punten moeten besproken worden. Pas daarna kan men er eventueel aan toekomen om met de cliënt in gesprek te gaan over zijn wensen en verwachtingen.

Het risico bestaat dan dat de gesprekken die zorgverleners voeren met cliënten vormgegeven worden door de verwachtingen die externe partijen hebben van dit gesprek, in plaats van dat de persoon zelf centraal staat, met zijn specifieke vragen, wensen en behoeften. Een ander probleem is dat verwachtingen onderling niet altijd overeenkomen. Daardoor wordt de lijst met verwachtingen die externe partijen hebben erg groot. Voldoen aan de verwachtingen van alle externe partijen heeft tot gevolg dat zorgorganisaties vaak niet meer toekomen aan het voldoen aan de verwachtingen die intern aan hen gesteld worden door de cliënt. Cliënten willen graag betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning die ze krijgen, maar ervaren dat zij ingepast worden in het systeem. Het proces rond het werken met zorg- of leefplannen wordt ingericht om het proces inzichtelijk te maken en dit zo efficiënt mogelijk te doen (externe verantwoording). Uniformiteit staat echter haaks op het principe van cliëntgerichte zorg en ondersteuning. Uit de onderzoeken die gedaan zijn rond ervaringen van cliënten en patiënten blijkt dan ook dat cliënten het zorg- of leefplan niet als iets 'van hen' beschouwen.

Verder blijkt dat hoewel de wettelijke verankering van het werken met het zorg- en leefplan in de AWBZ-zorg bedoeld is om de cliëntgerichtheid te bevorderen, er weinig formele eisen zijn die hierop ingaan. En van de eisen die gesteld worden is het de vraag in hoeverre deze geïmplementeerd zijn. Uit dit project blijkt dat zowel ouderen als mensen met een verstandelijke beperking weliswaar aanwezig kunnen zijn bij de bespreking van hun zorg- of leefplan, maar dat verschillende factoren de gelijkwaardigheid in het gesprek belemmeren.

Doordat er zoveel verwachtingen zijn van verschillende externe partijen én dat deze regionaal en jaarlijks kunnen verschillen, is het voor zorgorganisaties vaak niet meer duidelijk wat er nu precies van hen verlangd wordt en welke visie zij daar zelf op hebben. Dit heeft tot gevolg dat er een behoefte is om zo volledig mogelijk te zijn, resulterend in een dossier in plaats van een zorg- of leefplan. In de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking zijn plannen van meer dan dertig pagina's niet ongebruikelijk, waarbij veel informatie ofwel verouderd is, of herhaald wordt (Herps, Buntinx, Schalock, Van Breukelen & Curfs, in ontwikkeling). De veelheid aan verwachtingen en onduidelijkheden die daarmee samenhangt kan ertoe leiden dat zorg- of leefplannen tot een afvinklijstje verworden: 'hebben we gedaan wat onze stakeholders van ons verwachten?'. Het zorg- of leefplan wordt daarmee een bureaucratische exercitie.

In de zorg voor chronisch zieken is het beeld wat anders. Er zijn de afgelopen jaren verschillende zorg- of leefplannen ontwikkeld en de implementatie daarvan is in volle gang. In die implementatie is het van belang om de meerwaarde voor zowel de patiënt als de zorgverlener aan te kunnen tonen. Ook dit vraagt flexibiliteit; zo blijkt er een verschil te zijn tussen patiënten die de diagnose pas krijgen en mensen die al lang met de aandoening te maken hebben. Opvallend is dat het zorg- of leefplan in deze sector ook gezien wordt als instrument om ziekte-inzicht te vergroten. Deze functie komt niet terug bij de andere sectoren.

Groepsinterviews cliënten

Om zicht te krijgen op ervaringen van cliënten en patiënten in de verschillende sectoren, zijn groepsinterviews georganiseerd. Het uitgangspunt daarbij was om voor elke sector (VVT, CZ, GGZ, GHZ) een aantal cliënten te betrekken. Zij werden door de werkgroep geworven middels wervingsflyers en raadplegen van de achterban. Meedoen aan de interviews konden mensen die: (a) maken gebruik van de zorg- en ondersteuning van een zorgorganisatie die past binnen de vier sectoren; (b) heeft een zorg- of ondersteuningsplan dat tenminste één keer geëvalueerd is; (c) is in staat tot het voeren van een

mondeling gesprek; (d) is bereid en in de gelegenheid om voor het interview te reizen naar de afgesproken locatie. Elk gesprek werd begeleid door twee personen: een gespreksleider en een ondersteuner.

Vanwege praktische redenen is het niet gelukt om voor elke sector voldoende mensen te vinden die passen binnen de gestelde criteria. Uiteindelijk zijn drie cliënten gesproken uit de sector GGz en is met twee beleidsmedewerkers van belangenorganisaties gesproken. Om het ontbreken van cliëntervaringen op te vullen is in de deskresearch meer aandacht besteed aan cliëntervaringen met het zorg- of leefplan die reeds eerder zijn onderzocht door anderen.

Hieruit blijkt dat er in de verschillende sectoren steeds meer aandacht is voor een goede, gelijkwaardige rol van cliënten en hun vertegenwoordigers in het proces van het zorg- of leefplannen. Zo is het steeds gebruikelijker dat cliënten(vertegenwoordigers) aanwezig zijn of mogen zijn wanneer het plan besproken wordt. Maar er zijn ook veel verbeterpunten vanuit het cliëntenperspectief. Deze hebben te maken met het gebrek aan flexibiliteit in vorm van het plan en de inhoud ervan, het niet goed begrijpen van wat er in het zorgplan staat en wat iemands rechten en plichten zijn of het nog onbekend zijn met het fenomeen en de meerwaarde er (nog) niet van inzien.

Individuele interviews sleutelfiguren

Om een beeld te krijgen van visies, werkwijzen en randvoorwaarden is in elke sector met organisaties die als voorloper gezien worden op het gebied van cliëntgericht werken een interview gehouden. De leden van de werkgroep droegen, vanuit hun kennis en ervaring, mogelijk interessante organisaties en contactpersonen aan. Vanuit Vilans zijn vervolgens gesprekken gepland waarbij getracht is om met drie perspectieven te spreken: iemand die een plan opstelt; iemand die vanuit het beleid verantwoordelijk is voor de zorg- en ondersteuningsplansystematiek en iemand vanuit het management. Dit is echter steeds in overeenstemming geweest met de te bezoeken organisatie. In totaal is gesproken met 4 cliënten en patiënten, 10 professionals en 4 beleidsmedewerkers/ managers of adviseurs. Een zorgorganisatie zei de afspraak op het laatste moment af en er was ook geen tijd meer om een nieuwe afspraak te maken, en met een andere organisatie die mee zou doen vonden er onverwacht grote veranderingen plaats in het management waardoor het niet meer kwam tot het maken van een afspraak.

Twee personen vanuit Vilans voerden het gesprek, waarna één persoon een verslag schreef en de andere deze aanvulde waar nodig. De verschillende gespreksverslagen vormden de basis voor het nu voorliggende verslag, waarin wordt samengevat op welke manier de verschillende organisaties werkten met het zorg- of ondersteuningsplan.

De drie hoofdvragen die middels de werkbezoeken zijn beantwoord, zijn:

- 1. Op welke manier nemen de best practices uit de verschillende sectoren het cliëntperspectief in het werken met zorg-leefplannen als uitgangspunt?*
- 2. Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen de organisaties die tijdens de werkbezoeken aan het licht kwamen?*
- 3. Wat zijn de belangrijkste randvoorwaarden om het cliëntperspectief als uitgangspunt te kunnen, nemen in het werken met zorg-leefplannen?*

In de gesprekken is steeds de perceptie van de geïnterviewde personen op bovenstaande 3 vragen beschreven. Dit kan uiteraard betekenen dat deze niet representatief is voor de hele organisatie. Maar doordat in alle gesprekken is getracht personen van de drie eerder beschreven perspectieven te spreken, is het wel mogelijk op basis van de werkbezoeken een goede indruk te geven van de gemene delers en verschillen tussen de best practices.

In de aanpak is gekozen voor open interviews op basis van een topiclijst (bijlage 2). Daarbij moet opgemerkt worden dat bij de ene organisatie dieper in werd gegaan op aspecten dan bij andere

organisaties. Bij open interviews is het zo dat de respondent in feite het gespreksverloop bepaalt, afhankelijk van de onderwerpen die aangesneden worden. Daarnaast is voor elke organisatie maar kort met mensen gesproken; steeds is ongeveer 1,5 tijd voor het interviewen van drie personen geweest. Deze zaken hebben tot gevolg dat er geen sprake is van saturatie en er geen generaliserende uitspraken te doen zijn. De interviews geven een beeld van hoe de gesproken organisaties werken met het zorg- of leefplan en de resultaten beschrijven hun perspectieven daarin.

Uit deze gesprekken blijkt dat elk van deze voorlopers het zorg- of leefplan zo efficiënt mogelijk wil inrichten. Dat wil zeggen dat ze zoeken naar een balans tussen de informatie die in het plan staat en informatie die op andere plekken in het dossier te vinden is. Wensen van de cliënt of patiënt staan bij de voorlopers centraal, en het zorg- of leefplan beperkt zich vaak niet tot de ‘zorgaspecten’, maar heeft ook ruimte voor het gewone leven van iemand. In een van de GGZ organisaties werd daarnaast gevraagd aan de cliënt wat voor hem of haar werkt en wat niet werkt, en wat er van de hulpverleners verwacht wordt. Daarnaast heeft bij alle bezochte organisaties de cliënt een actieve rol in zijn zorg- of leefplan. Doordat het gesprek met hem gevoerd wordt, of doordat hij samen met de begeleider het plan op de computer maakt bijvoorbeeld. Alle bezochte organisaties zijn het erover eens dat het zorg- leefplan voldoende ruimte moet bieden voor maatwerk/ flexibiliteit: er zijn grote verschillen tussen cliënten als het gaat om mogelijkheden tot eigen regie. Dit heeft bijvoorbeeld ook betrekking op het evalueren van het zorg- of leefplan. In de sectoren waar hier eisen aan gesteld worden ligt er een minimale frequentie vast, maar er is bij de goede voorbeelden altijd ruimte om evaluaties te voeren op momenten die veel natuurlijker passen bij het leven van de persoon.

Verschillen tussen de zorgorganisaties waren er ook. Vooral wanneer het gaat om de inhoudelijke kapstok van het zorg- of leefplan zijn deze duidelijk. In verschillende sectoren worden verschillende (levens)domeinen gehanteerd. Domeinen zijn hulpmiddelen om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen: zijn alle onderdelen aan bod geweest, hebben we geen belangrijke aspecten overgeslagen? In verschillende sectoren worden verschillende domeinen gehanteerd. Tabel 1 geeft de modellen met hun domeinen weer die wij tegenkwamen tijdens de interviews met goede voorbeelden.

Tabel 1 Domeinen in zorg- en leefplannen bij de bezochte organisaties

Quality of Life (Schalock)	ActiZ Model	Service-outcome schema (Anthony)	RIBW Rivierenland
Persoonlijke ontwikkeling	het mentale welbevinden van de cliënt als persoon	Psychische gezondheid	Sociaal welbevinden
Zelfbepaling	het lichamelijke gevoel van welbevinden en gezondheid	Wonen en vrijetijdsbesteding	Werk en dagbesteding
Interpersoonlijke relaties	daginvulling volgens eigen interesse en onderhouden van sociale contacten (participatie)	Veiligheid (waaronder crisisinterventie)	Lichamelijke gezondheid
Sociale inclusie	de woon- en leefomstandigheden.	Werk en dagbesteding	Psychische gezondheid
Rechten		Sociale contacten	Zingeving
Emotioneel welbevinden		Familie, vrienden, belangrijke naasten	Leren
Lichamelijk welbevinden		Seksualiteit, intimiteit	Wonen

Materieel welbevinden	Financiën, rechtszekerheid	Financiën
	Lichamelijk welzijn, gezondheid	Recreëren
	Regie, eigen kracht, zelfontplooiing, zelfhulp, perspectief	Zelfzorg

Naast de inhoud worden er in verschillende organisaties ook verschillende methodieken gebruikt die dienen als hulpmiddel bij het tot stand komen van het plan. Een ouderenzorgorganisatie gebruikte de regiecirkel en de zelfredzaamheidsradar, en een gehandicaptenzorgorganisatie werkte met de person-centred planning benadering van O'Brien. In de eerstelijns werd, op basis van de vraag en behoefte van de patiënt, meer of minder informatie over de ziekte of risico's verschaft. Een huisartsenpraktijk gaf ook aan flexibel te zijn in de vorm van het plan: voor de ene patiënt werd een schriftelijk plan gemaakt, voor een ander een digitaal, en voor weer een ander werd een complete map samengesteld. Het flexibel omgaan met de vorm zorgt ervoor dat het plan beter aansluit bij de patiënt en zou kunnen bijdragen aan een gevoel van eigenaarschap.

Belangrijke aandachtspunten voor het toewerken naar een integraal zorg- of leefplan werden door de voorlopers als volgt benoemd:

- Een integraal zorg-leefplan moet vanuit de ICT worden ondersteund. Het gaat dan om bijvoorbeeld de mogelijkheden verschillende systemen te koppelen/ met elkaar te laten communiceren.
- Er moet duidelijke informatie beschikbaar zijn voor cliënten over rechten en plichten m.b.t. de zorg-leefplannen.
- Belangrijk is dat het proces duidelijk in kaart wordt gebracht zodat er duidelijkheid is over hoe de verantwoordelijkheden verdeeld zijn.
- Om een nieuwe werkwijze in de praktijk toe te kunnen passen, moet bijna altijd de context en de aansturing veranderd worden. Anders vervallen mensen in hun oude gedrag.
- In het onderwijs moet aandacht besteed worden aan de nieuwe manier van werken.
- Persoonsvolgende financiering kan cliëntgerichtheid verder bevorderen (kunnen ook virtuele budgetten zijn).
- Er moet ook aandacht komen voor cliënt(-groepen) die niet goed kunnen aangeven wat ze willen.
- De regels binnen de huidige AWBZ werken soms tegen. Zo noemde een persoonlijk begeleider die werkzaam is bij een GGZ-instelling bijvoorbeeld het feit dat je bij een indicatie moet aantonen dat zorg echt nodig is. En dat je in de eerste drie maanden zichtbare resultaten moet boeken op 3 domeinen. 'Dan ben je bijna gedwongen maar wat op te schrijven wat je wel kunt halen', aldus de persoonlijk begeleider.

Aanbevelingen voor implementatie

In dit onderzoek is vanuit verschillende perspectieven onderzocht waar kansen liggen voor het ontwikkelen van een integraal zorg- of leefplan vanuit het perspectief van cliënten of patiënten. Het heeft geleid tot een model dat als basis kan dienen voor een zorg- of leefplan. In dit model staan drie vragen centraal:

1. wie ben ik, hoe
2. Hoe wil ik dat mijn leven eruit ziet?
3. Welke ondersteuning heb ik daarbij nodig?

Deze drie vragen kan de persoon zelf of samen met anderen invullen. Voor de verdere ontwikkeling en implementatie zijn de volgende aandachtspunten van belang.

Van model naar cliëntversies

Om het model zorg-/leefplan te laten werken in de praktijk zijn verschillende aspecten van belang. Als eerst betreft dat het doorontwikkelen van het model naar een, in operationele termen praktisch bruikbaar format. Uitgangspunt is dat het cliënten en patiënten aanspreekt en dat er verschillende vormen worden ontwikkeld voor verschillende doelgroepen. Bijvoorbeeld een papieren versie en een digitale variant (bijvoorbeeld een app). Uit alle onderdelen van het onderzoek bleek dat flexibiliteit in zowel de vorm van het zorg-/leefplan als de inhoud en werkwijze van groot belang is. Door hier flexibel mee om te kunnen gaan, hebben cliënten en patiënten meer het gevoel van eigenaarschap dan wanneer zij een standaard format moeten gebruiken. Een belangrijk aspect in de inhoud van het plan is dat de gebruikers zelf kunnen beslissen op welke levensdomeinen hun vragen en ondersteuning betrekking hebben. Met als gevolg dat de domeinen die op dat moment niet relevant zijn, niet zichtbaar zijn.

Ook dit document en met nadruk het tweede deel van dit document dient zo gemaakt te worden dat het voor cliënten en patiënten begrijpelijk is. Zo bestaat het document op dit moment uit veel tekst, dit zal voor een groot aantal cliënten niet prettig zijn. Voor anderen zijn de voorbeeld instrumenten wellicht wat te kinderlijk.

Balans vinden tussen persoonsgericht en verantwoording

In het eerste deel van dit document is geconstateerd dat er verschillen zijn tussen de veelvoorkomende huidige manier van werken met zorgplannen en het model zorg-of leefplan dat hier wordt gepresenteerd. Dit heeft consequenties voor de implementatie. Wil het zorg-/leefplan daadwerkelijk werken in de praktijk, dan zullen veel van de stakeholders die nu eisen en criteria stellen aan de inhoud en het proces van zorgplanning, deze eisen en criteria moeten bijstellen, dan wel goed in moeten schatten op welke manier zij de informatie kunnen halen uit het plan van een persoon. Met het model zorg-/leefplan komt de regie meer bij de persoon zelf te liggen. Het zorg-/leefplan heeft een 'look & feel' die aansluit bij degene voor wie het bedoeld is. Idealiter wordt dit zo vastgelegd dat de software vulling van de database mogelijk maakt van de stakeholder dat die er zijn verantwoording op kan baseren..

Aansluiten bij bestaande dossiers en instrumenten

Het model zorg-/leefplan is geen vervanging voor de huidige dossiers, of professionele (behandel)plannen die een professional nodig heeft. Informatie over bijvoorbeeld de diagnostiek of classificaties blijft belangrijk voor het kunnen bieden van de goede zorg en ondersteuning. Ook behandelplannen van bijvoorbeeld een psychiater blijven van belang. Het kan dan zijn dat er in de ondersteuningsafspraken is

opgenomen dat de persoon een therapie ondergaat, uiteraard heeft de professional daar een behandelplan bij nodig. Daarnaast is het belangrijk om op te merken dat dit model uitgaat van de mogelijkheden en individuele wensen, behoeften en interesses. Dit betekent niet dat er geen plek is voor problemen, ziekten of beperkingen. Deze factoren zijn wel degelijk van belang; ze bepalen voor een deel wat belangrijk is voor iemand en welke zorg en ondersteuning er nodig is. Het is van belang een reëel en realistisch beeld te schetsen. Het komt er op neer dat er een zekere overlap is tussen hetgeen in een professioneel dossier wordt vastgelegd en datgene wat in een zorg-/leefplan wordt geregistreerd. Hoe de informatie te delen is een lastig vraagstuk waar ook in dit project niet een oplossing is gekomen.

Uit de gesprekken met voorlopers blijkt dat zij het belang van een integraal zorg-/leefplan onderschrijven, maar dat zij praktische problemen in de uitwerking zien. Deze hebben te maken met het faciliteren van het model. De organisaties die wij spraken maken gebruik van verschillende ICT-systemen. Het is lastig om deze verschillende systemen met elkaar te laten communiceren en om zo informatie te delen. Voor een succesvolle implementatie van het model zorg-/leefplan is het cruciaal te onderzoeken op welke wijze het model ingepast kan worden in bestaande systemen of gekoppeld kan worden aan de bestaande systemen, en op welke wijze het delen van informatie mogelijk is. Een communicatiestandaard is gewenst!

Aansluiten bij sectorspecifieke verwachtingen

Per sector kunnen er keuzes gemaakt zijn waarop de inhoud en de werkwijze van zorg- of leefplannen gebaseerd zijn. In tabel 1 zijn de verschillende modellen beschreven die we tegenkwamen tijdens de interviews. In het toewerken naar een integraal plan is gekeken welke domeinen overeen komen in de verschillende sectoren, en is op basis daarvan tabel 2 ontwikkeld. Hierin staan de domeinen die voor het model integraal zorg-/leefplan opgenomen zijn en zoveel mogelijk rekening houden met de bestaande modellen. Echter, voor de implementatie kan het betekenen dat het integraal zorgplan voor een specifieke organisatie of sector aangepast wordt. Zodat deze aansluit bij de in die sector geldende kwaliteitskaders bijvoorbeeld.

Tabel 2 Levensdomeinen

Domeinen	Toelichting
Mijn lichamelijke gezondheid	Ziekte en gezondheid, voeding, algemene dagelijkse lichaamsverzorging, medische zorg, mobiliteit, sport, rust en slaap.
Mijn werk- of dagbesteding en vrije tijd	Wat u overdag doet aan werk, of dagbesteding en wat u graag in uw vrije tijd doet, bijvoorbeeld het uitoefenen van een hobby.
Mijn sociale contacten/netwerk	Wie zijn de mensen in uw omgeving waar u een band mee heeft. Familie, vrienden, collega's, kennissen, burens, uw partner, (klein)kinderen.
Mijn psychische of emotionele gezondheid	Hoe u in uw vel zit, onveilig voelen/angstig zijn, stress, uw stemming, zelfbeeld
Leren en ontwikkelen	Het ontwikkelen van vaardigheden of opdoen van kennis.
Wonen	De fysieke woning, veilig en thuis voelen, schoonhouden
Mijn financiën en rechten	Het voeren van een administratie, gebruik kunnen maken van dezelfde rechten als anderen, privacy.
Zo voer ik de regie over mijn leven	Zelf kunnen beslissen over het dagelijks leven, zelf keuzes kunnen maken over uw eigen leven.
Seksualiteit en intimiteit	Seksuele relaties, seksualiteitsbeleving, en de mate van (on)tevredenheid hiermee en eventuele ervaren problemen. Bij de vrouw zijn ook de vruchtbaarheid, maturiteitsfase (premenopauze, overgang, postmeno-pauze) en eventuele ervaren problemen van belang

Zingeving en spiritualiteit	Welke zin geeft u aan het leven, hoe bent u daarmee bezig? Bijvoorbeeld religie, levensbeschouwing.
-----------------------------	---

Meerwaarde aantonen

In het veranderende zorgveld veranderen ook de spelers. De gemeenten zijn vanaf 1 januari een zeer grote partij in de ondersteuning en begeleiding aan cliënten en patiënten. Voor de implementatie van het model zorg-/leefplan is het van belang om hen ook te betrekken en draagvlak te verkrijgen. Een voorbeeld zou kunnen zijn om het model te gebruiken in een WMO-proeftuin.

Omdat deze werkwijze op een aantal punten afwijkt van de meer traditionele manier van plannen, is het daarnaast nodig dat ervaringen met dit model worden opgedaan zodat de meerwaarde voor zowel de cliënt/patiënt als de zorgverlener inzichtelijk wordt. In de implementatie van het model is het dus van groot belang om de ervaringen van de verschillende actoren te monitoren en inzichtelijk te maken.

Belang van cliëntondersteuning

Het maken van een zorg-/leefplan is niet eenvoudig. Nadenken over wat belangrijk is in het leven en hoe de gewenste situatie eruit ziet, is complexer dan op het eerste gezicht wellicht lijkt. In dit stuk is daarom steeds uitgegaan van een gezamenlijk proces, waarbij de persoon zelf, zijn naasten en professionals samenwerken om het plan te kunnen maken. Het kan ook helpen om specifiek een cliëntondersteuner in te schakelen (bijvoorbeeld iemand van de MEE), die als onafhankelijke ondersteuner een rol kan spelen. In de Wet langdurige zorg (Wlz), die per 1 januari 2015 de AWBZ vervangt, is de rol van de cliëntondersteuner expliciet opgenomen. Cliëntondersteuning is volgens deze wet: onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies, algemene ondersteuning en zorgbemiddeling die bijdraagt aan het tot gelding brengen van het recht op zorg in samenhang met dienstverlening op andere gebieden. Bij het opstellen van een zorg-/leefplan heeft de cliënt recht op deze ondersteuning.

Versterken competenties

Het werken met dit zorg-/leefplan vraagt een andere manier van handelen van zowel cliënten/patiënten als van professionals. Zij zullen op een andere manier het gesprek met elkaar voeren. Om dat te kunnen doen, moeten zowel de cliënt/patiënt als de zorgverleners toegerust worden. Hiervoor zijn trainingen nodig, waarbij deelnemers leren waarom het belangrijk is om op deze manier met het plan te werken en te oefenen hoe de verschillende hulpmiddelen werken. Zij kunnen bijvoorbeeld leren hoe zij motiverende gespreksvoering kunnen toepassen.

Voor veel cliënten of patiënten geldt daarnaast dat zij niet altijd geleerd hebben om de regie te voeren en zich hier heel ongemakkelijk bij kunnen voelen. Ook voor hen die dat nodig hebben vraagt het dus dat zij oefenen met de hulpmiddelen die in het model zijn opgenomen en vaardigheden die nodig zijn om keuzes te kunnen maken en voor jezelf op kunnen komen.

Uit Engelse ervaringen³ weten we dat trainingen voor professionals als voor cliënten/patiënten het best gegeven kunnen worden door koppels van professionele trainers en ervaringsdeskundigen.

³ Wallace, L.M. et al. (2012). *Co-creating health: evaluation of the first phase*. London: Health Foundation.

Fasering aanbrengen

Natuurlijk is het model zorg-/leefplan niet van de een op de andere dag geïmplementeerd. Het is raadzaam om gefaseerd te werken. Op sommige plekken wordt al actief gewerkt met zorgplannen en is men zoekende naar manieren om dit persoonsgerichter te kunnen doen. Deze voorlopers kunnen de eersten zijn die gaan werken met het model zorg-/leefplan. Ook zijn er plekken waar nog niet gewerkt wordt met zorgplannen. Om het model te laten werken in deze plekken, is het in de aanpak beter om hen te kunnen laten zien wat de ervaringen van anderen zijn, waardoor de meerwaarde en het enthousiasme voor het model aangewakkerd wordt.

Bijlage 1 Deskresearch

Inleiding

Veel zorgsectoren werken met zorg- of leefplannen: de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg, de GGZ en de zorg voor chronisch zieken. Ook al heeft elke sector zijn eigen benaming (bijvoorbeeld zorgplan, zorg- of leefplan, begeleidingsplan, zorgleefplan, leefplan, persoonlijk plan of individueel zorgplan), in de kern gaat het om hetzelfde. In dit verslag gebruiken we de term ‘zorg- of leefplan’. Daarmee bedoelen we:

‘Een weergave van de dynamische set van afspraken tussen cliënt en zorgaanbieder over de doelen van de ondersteuning en de wijze waarop getracht wordt deze te bereiken’ (Besluit zorgplanbespreking AWBZ, 2009; Vlek, 2014).

Het werken met zorg- of leefplannen is een complexe interventie die meerdere componenten omvat. Belangrijke uitgangspunten:

- de cliënt of patiënt staat centraal
- het plan is gebaseerd op de individuele behoeften en voorkeuren
- het plan komt tot stand in gezamenlijkheid (‘shared decision making’ of ‘dialogoog’)
- het plan is flexibel (het kan aangepast worden waar en wanneer nodig)
- het plan is gebaseerd op data (de vastgestelde functioneringsproblemen en ondersteuningsbehoeften)

Functies van het zorg- of leefplan

Het werken met zorg- of leefplannen heeft als primair doel om de cliënt of patiënt meer centraal te stellen en de eigen regie en het zelfmanagement te vergroten (Memorie van Toelichting Besluit Zorgplanbespreking AWBZ, 2009; Vlek, 2014). Met het zorg- of leefplan hebben cliënten en patiënten een instrument in handen waarmee zij, in dialoog met de zorgverlener, kunnen bespreken wat zij belangrijk vinden en hoe hun zorg en ondersteuning eruit moet zien. Ook geeft het ze een instrument in handen waarmee ze de zorgverlener ter verantwoording kunnen roepen. Bij het regelmatig terugkerende evaluatiemoment staan zorgverlener en cliënt stil bij de vraag of de afspraken zijn nagekomen en of ze het gewenste resultaat hadden. Sinds het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ van kracht is (2009) kunnen cliënten met AWBZ-zorg de zorgorganisatie formeel aanspreken wanneer ze niet voldoende worden betrokken bij het opstellen en evalueren van het zorg- of leefplan.

Naast het vergroten van de eigen regie en zelfmanagement heeft het zorg- of leefplan nog twee belangrijke functies. In de eerste plaats is het een instrument om het methodisch werken te bevorderen. Het cyclische karakter van het zorg- of leefplan dwingt de zorgorganisatie regelmatig stil te staan bij de geleverde zorg en ondersteuning. Heeft het opgeleverd wat we verwachtten? Wat heeft deze persoon nodig om zo goed mogelijk te kunnen functioneren? Het zorg- of leefplan helpt voorkomen dat medewerkers in routine vervallen en bevordert multidisciplinaire afstemming en samenwerking. Ook geeft het medewerkers zicht op wat er voor een cliënt van belang is en welke afspraken en doelen daarbij horen. Zo werken alle medewerkers op een eenduidige manier aan het behalen van deze doelen.

In de tweede plaats heeft het zorg- of leefplan in de AWBZ-zorg de laatste jaren een belangrijke plaats gekregen in het kwaliteitsbeleid van zorgorganisaties en andere partijen. Er ligt veel druk op zorgorganisaties om zowel de kosten behapbaar te houden als de verwachte en behaalde uitkomsten te laten zien (Lawlor, Spitz, York & Harvey, 2013). Het zorg- en leefplan bevat informatie over de benodigde en te leveren zorg en ondersteuning voor individuele cliënten. Daarmee lijkt het een goede bron van informatie om gegevens te verzamelen en uitspraken te doen over de kwaliteit van zorg en de besteding van budgetten. Verschillende externe partijen hebben inmiddels hun eisen en verwachtingen uitgesproken over het werken met zorg- en leefplannen. In dit verslag worden deze eisen en verwachtingen verder toegelicht.

In de zorg aan mensen met een chronische ziekte is het werken met zorg- of leefplannen relatief nieuw. In 2010 is het Coördinatieplatform Zorgstandaarden ingesteld. Dit platform hield zich onder andere bezig met het ontwikkelen van zorgstandaarden, zorgmodules en het individueel zorgplan. Vanuit het platform is het 'Raamwerk individueel zorgplan' (2012) ontwikkeld. Inmiddels hebben verschillende organisaties en beroepsgroepen formats voor individuele zorgplannen gemaakt. Een aantal daarvan richt zich specifiek op mensen met een bepaalde ziekte of aandoening, de zogenoemde ziektespecifieke zorgplannen. Een voorbeeld is het Individueel Zorgplan Diabetes (Diabetes Vereniging Nederland). Generieke zorgplannen zijn bedoeld voor mensen met een chronische ziekte, ongeacht welke of met welke comorbiditeit. Hiervoor kan bijvoorbeeld 'Uw eigen leefplan' (LOC & Artemea) gebruikt worden.

De cliënt of patiënt centraal

De roep om de persoon met een ziekte of beperking centraal te stellen en om hem heen de zorg en ondersteuning te organiseren, is nadrukkelijk aanwezig in de recente beleidsontwikkelingen. Komende wet- en regelgeving benadrukt sterk dat de eigen kracht en het zelfmanagement van de persoon van belang is en dat het netwerk van de persoon een belangrijke rol krijgt in het vormgeven en uitvoeren van de zorg en ondersteuning. Pas als het echt niet anders kan wordt zorg en ondersteuning vanuit professionele voorzieningen georganiseerd. Ook andere ontwikkelingen moeten de regie van de cliënt versterken. In het onlangs verschenen advies over patiënteninformatie van de Raad voor de Volksgezondheid en zorg (RVZ, 2014) wordt gepleit voor het ontwikkelen van een persoonlijk gezondheidsdossier. Dit zou een aantal voordelen hebben. Elke burger heeft een overzicht van de gegevens die zorgverleners over hem of haar verzamelen, de gegevensuitwisseling tussen verschillende zorgaanbieders wordt eenvoudiger, sturing op kwaliteit van zorg wordt eenvoudiger en de lastendruk lager. Kortom, er is een kanteling gaande waarin de zorg meer persoonsgericht dan organisatiegericht wordt.

Dat vraagt ook iets van de zorg- of leefplannen. Mensen maken bijvoorbeeld steeds vaker gebruik van diensten van verschillende organisaties. Als zij gebruik maken van AWBZ-voorzieningen betekent dat dat zij bij elke organisatie een plan hebben. Zij moeten steeds opnieuw hun verhaal vertellen en er is niemand die de regie heeft (IGZ, 2010). Deze versnippering is voor zowel zorgverleners als voor cliënten en patiënten (en hun vertegenwoordigers) nadelig. Het kost zorgverleners veel tijd om formats en werkwijzen te ontwikkelen, aan te passen en te implementeren. Cliënten en patiënten zien door de bomen het bos niet meer, weten niet goed wat hun rechten en plichten zijn en hebben vaak te maken met dubbelingen omdat zij gebruik maken van meerdere zorgaanbieders. Ook zijn de formats die zorgorganisaties hanteren vaak dwingend. Er wordt gewerkt met een format dat binnen een organisatie voor meerdere personen gebruikt moet worden. Het risico bestaat dan dat het invullen van het format de boventoon voert in plaats van dat er een dialoog tussen de persoon en medewerker plaatsvindt.

'Eén gezin, één plan, één regisseur' is het uitgangspunt bij de decentralisaties in het sociale domein: bij de Wet werken naar vermogen, de Algemene wet bijzondere ziektekosten, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de jeugdhulpverlening. Dit vergt ook één budget en één verantwoordelijke van overheidszijde. Er komt een einde aan de praktijk waarbij vele hulpverleners langs elkaar heen werken bij de ondersteuning van één gezin. (Bruggen Slaan, p.24)

Om tot verandering te komen heeft het programma 'PG werkt samen' (de NPCF, CG-Raad, Landelijk Platform GGz, Platform-VG) een project opgericht. Een van de doelstellingen is een gezamenlijke visie te ontwikkelen op het zorg- of leefplan en de mogelijkheden te verkennen om een integraal zorg- of leefplan te ontwikkelen. In dit verslag beschrijven we de eerste stap in dit project: het uitvoeren van een deskresearch. Onderzocht is welke kaders er zijn bij het werken met zorg- en leefplannen in de vier

sectoren ouderenzorg, GGz, chronisch zieken en gehandicaptenzorg en wat daarin bevorderend en belemmerend werkt voor de benodigde verandering.

Andere onderdelen in het project:

- interviewen van cliënten en patiënten om met hen de ideale situatie te verkennen;
- bezoeken van goede voorbeelden vorm en inhoud aan het werken met zorg- of leefplannen geven;
- het organiseren van een bijeenkomst waarin met de deelnemers nagedacht wordt over de benodigde randvoorwaarden voor implementatie van een integraal zorgplan.

Doelstelling deskresearch

In dit deelonderzoek beschrijven we welke kaders het werken met zorg- en leefplannen op dit moment in de verschillende sectoren (GGZ, gehandicaptenzorg, ouderenzorg en chronisch zieken) bepalen. Voor dit onderdeel zijn de volgende onderzoeksvragen opgezet:

- Welke (formele) eisen en verwachtingen hebben externe partijen bij het werken met zorg- en leefplannen?
- Wat zijn de ervaringen van cliënten en patiënten in de verschillende sectoren met het zorg- of leefplan?

Methode

De methode om de vraag te beantwoorden is het uitvoeren van een deskresearch. Gezocht is naar actuele en toekomstige wetgeving en formele documenten. Inclusiecriteria voor de documenten: het gaat om relevante (huidige en toekomstige) wet- en regelgeving of documenten die een verplichtend karakter hebben en die gevolgen hebben voor zorgorganisaties als zij niet voldoen aan de gestelde eisen. Daarnaast is bij de belangenorganisaties naar documentatie gezocht waarin verwachtingen ten aanzien van het werken met zorg- of leefplannen vanuit het perspectief van cliënten of patiënten zijn geformuleerd. Wat niet wordt meegenomen zijn de regionale eisen die bijvoorbeeld vanuit verschillende zorgkantoren gesteld worden.

In dit project zijn meegenomen:

- Relevante huidige wetgeving:
 - AWBZ met in het bijzonder het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg (2009)
 - Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)
 - Kwaliteitswet zorginstellingen
 - Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)
- Relevante toekomstige wetgeving:
 - Wetsvoorstel Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015
 - Wetsvoorstel Wet langdurige zorg
 - Wetsvoorstel Wet Zorg & Dwang
 - Wetsvoorstel Wet Verplichte GGz
- Formele documenten die van belang zijn op landelijk/verplicht niveau:
 - Rapporten en werkwijzen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
 - Geldende kwaliteitskaders voor de verschillende sectoren
 - Inkoopbeleid landelijke criteria Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Resultaten

Welke eisen en verwachtingen hebben externe partijen bij het werken met zorgplannen?

De stakeholders die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning aan mensen met beperkingen of chronische ziekten stellen verschillende eisen en verwachtingen aan het werken met zorg- of leefplannen. In de AWBZ-zorg zijn deze eisen en verwachtingen het meest vergaand vanwege de reeds lange traditie in het werken met zorg- en leefplannen en het verplichtend karakter ervan zoals vastgelegd in het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg (2009). Wanneer de zorg- of leefplannen niet voldoen aan de gestelde eisen zijn de consequenties ingrijpend. Consequenties zijn bijvoorbeeld dat de zorgorganisatie gekort wordt op het budget of dat de organisatie onder toezicht wordt geplaatst door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Tabel 1 vat de belangrijkste criteria samen. De resultaten worden vervolgens zoveel mogelijk beschrijvend weergegeven; het is ondoenlijk om een gedetailleerd verslag te maken van alle eisen, verwachtingen en criteria. De tabel laat zien waar de verwachting aan gerelateerd is. Componenten die we onderscheiden zijn:

- De verwachtingen ten aanzien van persoonsgerichtheid
- De inhoud van het zorg- of leefplan
- Het proces van het zorg- of leefplan
- De verwachtingen voor de kwaliteit van de systematiek van het werken met zorg- en leefplannen.

In de kolom daarnaast beschrijven we de eis of verwachting. Vervolgens beschrijft de tabel welke partij deze verwachting of eis heeft. Opvallend is dat er slechts één aspect is waarop alle partijen het eens zijn: de cliënt of zijn vertegenwoordiger moet het eens zijn met het plan. Ook vinden de meeste partijen dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger actief betrokken moet zijn bij het opstellen en evalueren van het zorg- of leefplan en dat er tenminste jaarlijks geëvalueerd moet worden. Daarnaast valt op dat de meeste eisen gesteld worden aan de inhoud van het plan.

Component	Eis/verwachting	Wet	IGZ	Kwaliteitskader(s)	Inkoopbeleid	Cliëntenorganisaties
Persoonsgerichtheid	Plan is van de cliënt					X
	Begrijpelijk format en duidelijke taal	X				X
	Cliënt is betrokken bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van zijn plan	X	X	X		X
	Gelijkwaardigheid					
	De cliënt (vertegenwoordiger) wordt voorbereid op de gesprekken over het plan					X
	De cliënt heeft de regie (over inhoud, proces en in te zetten hulpbronnen)					X
	De cliënt heeft (een kopie van) zijn plan					X
Inhoud	De cliënt wordt gezien in de context van zijn sociale netwerk					X
	Afspraken en doelen	X		X		X
	Prioritering van de behandelopties in relatie tot de doelen	X				
	Hulpbronnen en strategieën	X		X		X
	Persoonlijke problemen (in gezondheid en in het functioneren), behoeften, klachten/vragen en wensen	X				X

	Beschrijving van motivatie en bereidheid tot gedragsverandering en aanleren van (zelfmanagement)vaardigheden					X
	Doelen met betrekking tot een verbeterde kwaliteit van bestaan		X			X
	Meet- en streefwaarden					X
	Medicatieoverzichten		X	X		
	Vrijheidsbeperkende maatregelen (wat wordt gedaan, waarom, cliëntperspectief, perspectief andere betrokkenen)		X			
	Preventie		X			
	(Samenvatting van) gedaan onderzoek en diagnose(s)		X			X
	Risico-inventarisatie en -preventie		X	X		
	Instemming van de cliënt(vertegenwoordiger) met de inhoud van het plan (liefst met handtekening)		X	X		
	Seksualiteit			X		
	Vastleggen begeleiding van de cliënt door de zorgverleners					X
	Vastleggen hoe en wanneer afspraken worden geëvalueerd					X
	Integratie van instrumenten voor zelfzorg en zelfmeting					X
	Integratie van een dagboekfunctie					X
	Integratie van modules 'informatie en educatie' met links naar sociale kaart					X
	Indicatie			X		
	Acties, resultaten, voortgang en bijstellingen op basis van evaluatie			X		
Proces	Cliënt(vertegenwoordiger) is betrokken	X	X	X		X
	Gezamenlijke besluitvorming	X				X
	PDCA-cyclus		X			X
	Instemming van de cliënt(vertegenwoordiger)	X	X	X	X	X
	Ten minste jaarlijks geëvalueerd	X	X	X	X	
	Wie is de verantwoordelijke professional	X				
	Betrokkenheid van multidisciplinaire teams		X			
	Afspraken worden nagekomen					X
	Eén cliëntstelsel - één plan - één casemanager					X
Kwaliteit	Het proces/de zorgplansystematiek is beschreven			X	X	
	De systematiek wordt regelmatig herzien			X		
	Het eerste zorg- of leefplan is binnen zes weken na aanvang van de zorg gereed			X		
	Het zorg- of leefplan is onderdeel van het dossier	X				

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet toe op handhaving van de voor de zorgorganisaties relevante wetten en daarmee ook op de kwaliteit van de geboden zorg en ondersteuning aan mensen met beperkingen. Vanuit hun toezichthoudende rol heeft de IGZ toetsingskaders opgesteld welke zij hanteren als ze zorgorganisaties gaan toetsen. Daarin worden ook aspecten rond het werken met zorg- of leefplannen meegenomen. Daarin zijn verschillen zichtbaar tussen sectoren.

De wetgeving bepaalt dat de financiering via de zorgkantoren verloopt. De zorgkantoren maken zowel op landelijk als op regionaal niveau afspraken met elkaar. Daarnaast hebben zij een taak bij het bewaken van de kwaliteit. Zij stellen eisen en verwachtingen op voor de basisvoorwaarden in zorgorganisaties. Om financiering te krijgen moeten organisaties aan deze voorwaarden voldoen. Ten aanzien van het zorg- of leefplan worden hiervoor ook landelijke eisen gesteld. De meest bekende eis is het zetten van de handtekening door de cliënt. Daarnaast ontwikkelt elk zorgkantoor jaarlijks eigen aanvullende eisen die tot gevolg hebben dat als een organisatie er niet aan voldoet, er gekort wordt op het budget.

Tot slot hebben ook kwaliteitssystemen invloed op de inhoud en het proces van het zorg- of leefplan. In verschillende sectoren zijn kwaliteitskaders ontwikkeld waarin het zorg- of leefplan een plek heeft. Ook in kwaliteitskeurmerken zoals Perspekt of HKZ komt het zorg- of leefplan aan bod (deze laatste zijn in dit onderzoek niet meegenomen omdat ze geen landelijk verplichtend karakter hebben).

Belangenorganisaties hebben ook verwachtingen rond het zorg- of leefplan. Deze verwachtingen of criteria zijn echter niet zodanig 'formeel' dat het nadelige consequenties heeft voor zorgorganisaties wanneer zij hier niet aan voldoen.

Wetgeving

Verschillende wetten maken melding van het gebruik van het zorg-, leef- of behandelplan. Zij maken onderscheid tussen mensen die vrijwillig met zorg in aanraking komen (AWBZ, WGBO) en mensen die onvrijwillig met zorg in aanraking komen of die geen bereidheid of bezwaar kunnen aangeven (Bopz). Daarnaast beschrijft de Kwaliteitswet Zorginstellingen het belang van methodisch, systematisch werken. Hoewel in deze wet niet direct gesproken wordt over het zorg- of leefplan, heeft het er wel mee te maken.

Actuele wetgeving

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Een aandachtspunt in het beleid van de overheid is het versterken van de positie van cliënten. Het zorg- of leefplan wordt daarbij als belangrijk instrument gezien (Besluit Zorgplanbespreking AWBZ, 2009). Om de zorg meer cliëntgericht te maken vindt de overheid het noodzakelijk om het zorg- of leefplan zoveel mogelijk samen met de cliënt op te stellen. Het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ (2009) bepaalt dat iedere cliënt die langer dan drie maanden AWBZ-zorg ontvangt over een zorg- of leefplan beschikt dat tot stand is gekomen na een gesprek tussen zorgorganisatie en cliënt. In dit gesprek heeft de cliënt de mogelijkheid om zijn wensen kenbaar te maken, de doelen die hij of zij met de ondersteuning nastreeft en wat zijn mogelijkheden en beperkingen zijn. Het resultaat van het gesprek vormt de basis voor het zorg- of leefplan. De cliënt heeft vervolgens recht op inzage in het concept zorg- of leefplan dat naar aanleiding van het gesprek wordt opgesteld. Zorgorganisaties moeten dit concept op een voor de cliënt begrijpelijke wijze opstellen.

Met het van kracht worden van dit besluit heeft de cliënt meer rechten gekregen. Een cliënt kan de zorgorganisatie nu formeel aanspreken wanneer hij of zij niet voldoende wordt betrokken bij het opstellen en evalueren van het zorg- of leefplan. Dit besluit wordt overgenomen en aangevuld in het wetsvoorstel voor de Wet langdurige zorg (zie verderop).

Kwaliteitswet Zorginstellingen

Een zorgorganisatie heeft de plicht om zorg en ondersteuning te leveren die doelmatig is en van een goed niveau. De geboden zorg en ondersteuning moeten zij afstemmen op de individuele behoefte van de cliënt. Dit is vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Ook staat in deze wet dat een zorgorganisatie de zorg en ondersteuning systematisch moet bewaken, beheersen en verbeteren. Eerder in

dit verslag werd al genoemd dat het zorg- of leefplan een instrument is om de kwaliteit van de zorg te bewaken en verbeteren. Zorg- of leefplannen geven informatie over de afstemming en doelmatigheid van de geleverde zorg: wat zijn de belangrijkste ondersteuningsbehoeften van de cliënten, zijn de afspraken nagekomen, zijn de gestelde doelen bereikt, wat zijn de cliënten met de geleverde ondersteuning opgeschoten (wat zijn de uitkomsten)? Het zorg- of leefplan kan daarmee een rol spelen bij het toetsen of de zorgorganisatie voldoet aan de eisen uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

In de WGBO is vastgelegd dat de zorgaanbieder een informatieplicht heeft, zodat de cliënt of zijn vertegenwoordiger zo goed mogelijk kan beslissen over de behandeling (KNMG, 2004). Daarbij is het van belang dat de informatie in voor de cliënt begrijpelijke taal wordt aangeboden (Buntinx, Herps & De Ruiter, 2013). De WGBO bepaalt dat een zorgorganisatie voor elke cliënt een dossier moet bijhouden over de zorg en behandeling. Het dossier bevat informatie over de historie, de anamnese, het gedane onderzoek, de diagnose, het behandel- of zorgplan, de correspondentie die er is geweest, de behandeling, de verrichtingen, de begeleiding en de resultaten van de behandeling (Wettekst WGBO; KNMG, 2004; KiesBeter.nl, 2009). Hoewel in deze wet wel wordt genoemd dat het behandel- of zorgplan onderdeel is van het verplichte medische dossier, wordt verder niet uitgelegd wat onder het zorgplan wordt verstaan.

Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector (WMCZ)

De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) regelt de inspraak van cliënten door een cliëntenraad. Zo kunnen zij invloed uitoefenen op de zorg en ondersteuning en het beleid dat zorgorganisaties uitstippelen. Ten aanzien van het zorg- of leefplan kan de cliëntenraad de zorgorganisatie adviseren over hoe het zorg- of leefplan eruit moet zien en welke rol is weggelegd voor individuele cliënten en vertegenwoordigers in het zorg- of leefplan. Bovendien kan de cliëntenraad een rol spelen in het toetsen of de gemaakte afspraken met de zorgorganisatie over het zorg- of leefplan ook daadwerkelijk worden nagekomen.

Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)

De wet BOPZ treedt in werking wanneer iemand niet vrijwillig zorg of ondersteuning ontvangt. Deze wet verplicht een zorgaanbieder om zo snel mogelijk na opname van de cliënt en na overleg met de cliënt en zijn huisarts, een 'behandelingsplan' op te stellen. De behandelaar is verantwoordelijk voor het opstellen van dit plan. Daarbij is toestemming nodig van de cliënt of zijn of haar vertegenwoordiger. Ook het wijzigen van het behandelingsplan kan alleen met instemming van de cliënt gebeuren. Als er geen overeenstemming is over de behandeling, mag deze niet plaatsvinden, tenzij behandeling noodzakelijk is om gevaar af te wenden. Het behandelingsplan is *'erop gericht de stoornis zo te verbeteren dat het gevaar op grond waarvan de patiënt, zonder van de bereidheid daartoe te hebben blijf gegeven, in het ziekenhuis moet verblijven, wordt weggenomen.'* (artikel 38, lid 3). Hoewel dit overeenkomsten vertoont met het zorg- of leefplan, is het karakter van het behandelplan anders dan het zorg- of leefplan. Het behandelplan is specifiek gericht op het verminderen van een probleem (gevaar), terwijl het zorg- of leefplan over alles kan gaan wat bijdraagt aan (het verbeteren van) de kwaliteit van bestaan (Buntinx, Herps & De Ruiter, 2013).

Toekomstige wetgeving

Wetsvoorstel Wet langdurige zorg

In het Wetsvoorstel langdurige zorg krijgt het zorg- of leefplan een zeer nadrukkelijke plek. Het zorg- of leefplan wordt gezien als cruciaal onderdeel van het versterken van de eigen regie van de cliënt. Hierin wordt het Besluit zorgplanbespreking AWBZ (2009) overgenomen. Dat wil zeggen dat er zo snel mogelijk na aanvang van de zorg een gesprek moet zijn over hoe de zorg en ondersteuning eruit moet zien, gebaseerd op het perspectief, de persoonlijke drijfveren en mogelijkheden van de cliënt. In dit gesprek bespreken zorgaanbieder en cliënt (en mantelzorgers) de doelen die met betrekking tot de zorgverlening

worden gesteld en de wijze waarop de zorgaanbieder en cliënt deze doelen trachten te behalen, de zorgverleners die betrokken zijn en de manier waarop afstemming tussen deze betrokkenen plaatsvindt, de wijze waarop de cliënt zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die daarbij vanuit de zorgorganisatie nodig is en de frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder de afspraken worden geëvalueerd.

Bij het bespreken hoe de cliënt zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die daarbij nodig is, beschrijft het wetsvoorstel negen thema's die in ieder geval besproken moeten worden. Dat zijn de volgende thema's:

- zeggenschap van de cliënt over de inrichting van zijn leven, waaronder de betrokkenheid van mantelzorgers en vrijwilligers;
- de mogelijkheid om dagelijks te douchen, tijdige hulp bij toiletgang en het tijdig verwisselen van incontinentiemateriaal;
- voldoende en gezonde voeding en drinken;
- een schone en verzorgde leefruimte;
- een respectvolle bejegening die past bij de eigenheid van de cliënt en een veilige en aangename sfeer;
- mogelijkheden tot het beleven van en leven overeenkomstig zijn godsdienst of levensovertuiging;
- een zinvolle daginvulling en beweging;
- de mogelijkheid om dagelijks in de buitenlucht te verkeren;
- ontwikkeling en ontplooiing.

In een 'Nota van wijziging inzake de verzekering van mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg' (2014) is te lezen dat er een omslag nodig is van 'ziekte en zorg' naar 'kwaliteit van leven'. Dat houdt in dat niet de beperkingen centraal moeten staan, maar juist de mogelijkheden. Ook al zijn die mogelijkheden soms erg klein of is het perspectief wellicht nog maar heel beperkt (*Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr.12*).

Daarnaast is in dit wetsvoorstel een duidelijke rol weggelegd voor het natuurlijke (zorg)netwerk van de cliënt. Mantelzorgers worden waar mogelijk en wenselijk betrokken bij de zorgplanbespreking. Zo wordt afgesproken hoe de zorg en ondersteuning eruit moet zien en wie welke rol vervult, zowel professionals als familie en mantelzorgers.

Wetsvoorstel Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015)

De Wmo 2015 maakt gemeenten verantwoordelijk voor een belangrijk deel van de ondersteuning aan mensen zodat zij zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen (*Kamerstukken I 2013/14, 33 841*). Wanneer iemand aanspraak wil doen op ondersteuning vanuit de Wmo voert de gemeente een onderzoek uit. De cliënt kan voorafgaand aan dit onderzoek een persoonlijk plan overhandigen waarin hij zijn omstandigheden beschrijft en aangeeft welke maatschappelijke ondersteuning naar zijn mening het meest wenselijk is. De gemeente brengt de cliënt van deze mogelijkheid op de hoogte en stelt hem gedurende zeven dagen na deze melding in de gelegenheid het plan te overhandigen. In een zogenoemd keukentafelgesprek wordt de vraag van de persoon verhelderd en worden oplossingen besproken. Eventueel kan een zorg- of leefplan opgesteld worden. Hierin staan de uitkomsten van de vraagverheldering en de mogelijke oplossingen. De gemeente is verantwoordelijk voor het vormgeven van de zorg en ondersteuning en kan dat op eigen wijze organiseren. Hetzelfde geldt voor het gebruik van zorg- of leefplannen: gemeenten kunnen zelf besluiten of zij een zorg- of leefplan gebruiken en in welke vorm.

Wetsvoorstel Wet Zorg en Dwang

Bij een evaluatie van de wet BOPZ bleek dat deze vooral geschikt is voor de GGZ en in mindere mate voor de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en mensen met psychogeriatrische problematiek (Contourenbrief, 2005). Daarom wordt nu gewerkt aan de invoering van de 'Wet Zorg en Dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten'. In deze nieuwe wet spreekt men niet over een behandelplan, maar over een zorgplan, zoals in het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ (2009) omschreven is. In de Wet Zorg en Dwang moet het zorgplan tenminste elke zes maanden besproken worden.

Het zorgplan zoals bedoeld in het wetsvoorstel Zorg en Dwang bevat alle zorg die de cliënt nodig heeft. Dus niet alleen afspraken over verpleging, begeleiding en behandeling maar ook afspraken over de woon-/leefomgeving van de persoon (Kamerstuk: Memorie van Toelichting Zorg en Dwang, 2009). Uitgangspunt is dat er geen zorg verleend mag worden die niet in het zorgplan staat of waar de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) geen toestemming voor heeft gegeven. In principe komt er in het zorgplan geen onvrijwillige zorg voor, tenzij deze zorg nodig is om ernstig nadeel te voorkomen (bijvoorbeeld verwaarlozing of fysieke agressie). Als dit aan de orde is moet de onvrijwillige zorg altijd apart beschreven staan. Daarbij moet ook omschreven zijn waarom de onvrijwillige zorg nodig is. (*Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr.2*). Het wetsvoorstel stelt een getrappt model voor alvorens onvrijwillige zorg in het zorg- of leefplan mag worden opgenomen. In de verschillende stappen die gezet moeten worden wordt daarbij steeds melding gemaakt van wat er in het zorg- of leefplan over die stap moet worden opgenomen. Denk daarbij aan aanwezig zijn bij een multidisciplinair overleg en de overwegingen die zijn gemaakt in dit overleg.

Wetsvoorstel Verplichte GGZ

Ook voor de GGZ zal de wetgeving voor onvrijwillige zorg veranderen. Momenteel ligt het wetsvoorstel Verplichte GGZ voor. In deze wet spreekt men over een zorgplan. Een belangrijk uitgangspunt in dit voorstel is dat de cliënt voldoende invloed moet houden gedurende de periode van verplichte zorg. De voorkeuren van de cliënt moeten voorop staan. In het zorgplan wordt beschreven:

- de psychiatrische diagnose;
- welke zorg nodig is om het aanzienlijk risico op ernstige schade weg te nemen;
- wat nodig is om de cliënt weer te laten deelnemen aan het maatschappelijk leven;
- de voorkeuren van de cliënt voor de zorg.

Dit zorgplan wordt ten minste jaarlijks geëvalueerd. Daarnaast wordt er een zorgkaart opgesteld. Hier staan de voorkeuren van de cliënt in vermeld, kopieën van relevante documenten - bijvoorbeeld het zorgplan - worden als bijlage toegevoegd. Bij het maken van de zorgkaart kunnen ook mensen uit het natuurlijke netwerk van de cliënt betrokken worden (*Kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr.2*).

Handhaving

De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) ziet toe op de uitvoering van de verschillende wetten. Zij bezoekt zorgorganisaties, zowel aangekondigd als onaangekondigd. Daarnaast voert zij thematisch toezicht uit op bijvoorbeeld de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. In verschillende sectoren maakt zij gebruik van verschillende instrumenten.

In de ouderen- en gehandicaptenzorg wordt voor de onaangekondigde bezoeken een quickscan uitgevoerd. Daarbij komen de volgende onderwerpen aan bod:

- sturen op kwaliteit en veiligheid
- cliëntdossier
- deskundigheid en inzet personeel
- medicatieveiligheid
- vrijheidsbeperking

De quickscan bestaat uit gesprekken met cliënten en/of hun vertegenwoordigers, uitvoerend medewerkers, professionals en managers. Ook cliëntdossiers en andere documenten worden geraadpleegd. Per onderwerp zijn verschillende normen gesteld, gebaseerd op wetgeving, veldnormen en inspectierapporten. Op basis van de uitkomsten van de quickscan wordt bekeken of maatregelen nodig zijn, zoals het opstellen van een verbeterplan om een vastgesteld risico te verminderen of het onder verscherpt toezicht plaatsen.

In de GGZ wordt getoetst op 24 onderwerpen. Per onderwerp staat aangegeven of documentatie is aangetroffen en of deze documenten operationeel zijn/in de praktijk worden toegepast.

- zorgplan
- klachtenregeling/klachtencommissie
- medezeggenschap
- afspraken tussen hoofdaannemer en onderaannemer
- samenwerkingsafspraken met ketenpartners
- personeelsopbouw: beschikbaarheid deskundigheid in relatie tot de doelgroep
- kopie van relevante diploma's van medewerkers en/of zelfstandigen
- kopie verklaring omtrent gedrag van medewerkers en/of zelfstandigen
- kopie BIG-register van medewerkers en/of zelfstandigen die BIG-geregistreerd dienen te zijn
- gedragscode
- inschrijving bij het kwaliteitsregister of keurmerk van de medewerkers en/of zelfstandigen
- opleidingsplan
- kwaliteitscertificaat
- lidmaatschap brancheorganisatie
- uitsluitingscriteria cliënten
- meldingen incidenten patiënten (MIP)
- uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen
- toets bekwaamheid van medewerkers en/of zelfstandigen van voorbehouden en risicovolle handelingen
- beleid vrijheidsbeperkende maatregelen
- medicatiebeleid
- meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- gebruikersvergunning
- notulen van de laatste drie werkoverleggen
- kopie van een aantal functioneringsgesprekken

Financiering

Op basis van landelijk bepaalde normen (ZN, 2013) wordt vastgesteld waaraan zorgorganisaties (AWBZ) ten minste moeten voldoen om hun basisbudget te ontvangen. Daarnaast ontwikkelt elke verzekeraar eigen inkoopbeleid. Door eigen criteria te stellen en daar percentages aan te koppelen, wordt het mogelijk voor zorgorganisaties om opslag op het basisbudget te krijgen. Of, andersom gezien, indien niet voldaan wordt aan de eisen die de verzekeraar stelt, wordt er gekort op het budget van de zorgorganisatie. Voor het landelijke beleid is opgenomen dat er in AWBZ-voorzieningen een zorgplan per cliënt is, aansluitend bij het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg 2009. Daarnaast wordt gesteld dat elk zorgplan voorzien moet zijn van een handtekening van de cliënt(vertegenwoordiger). Tijdens de materiële controle toetst de zorgverzekeraar of aan deze voorwaarde voldaan wordt. Ook in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars spreken zij soms verwachtingen uit over het zorg- of leefplan. Het is bij Menzis bijvoorbeeld mogelijk een opslag te krijgen als de zorgplansystematiek getoetst wordt door een onafhankelijke partij (Menzis, 2013).

Voor de zorg aan mensen met een chronische ziekte is het werken met individuele zorgplannen niet verplicht. Wel zijn er verzekeraars die het individueel zorgplan als belangrijk instrument zien in het centraal stellen van de patiënt. Steeds meer zorgverzekeraars nemen dan ook verwachtingen over het individueel zorgplan op in het contracteerbeleid. Zorgverzekeraar VGZ stelt in het inkoopbeleid voor zorggroepen (2013) bijvoorbeeld voor 2014 het doel dat minimaal 80% van de patiënten over een individueel zorgplan beschikt dat voldoet aan de volgende eisen:

- het plan is te allen tijde raadpleegbaar voor alle betrokken zorgverleners en de patiënt;
- de behandeldoelen worden in dialoog tussen patiënt en zorgaanbieder opgesteld;
- de patiënt geeft instemming over het voorgestelde zorgplan (informed consent);
- er wordt beschreven hoe de doelen worden bereikt met een tijdpad (acties) hierbij;

- de rollen van de zorgaanbieder en van de patiënt inclusief zelfmanagement zijn duidelijk;
 - het zorgplan is bij voorkeur digitaal beschikbaar en benaderbaar via het (patiëntenportaal van) het KIS waardoor integratie van het behandelplan en het medisch zorgdossier wordt bereikt. (VGZ, 2013).
- Ook verzekeraar CZ (2013) onderschrijft het belang van een individueel zorgplan om het zelfmanagement van chronisch zieke patiënten te stimuleren.

Kwaliteitsbewaking

Ook in de verschillende kwaliteitskaders komt het werken met zorg- of leefplannen terug. Hierin wordt duidelijk dat het plan informatie bevat die als relevant gezien wordt om iets te zeggen over de kwaliteit van de zorg. Zo wordt in het Kwaliteitsdocument 2013 voor de Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (IGZ, ZN & LOC, 2013) gesteld dat het zorg- of leefplan een rol heeft in het 'zoveel mogelijk behouden van de regie over zijn of haar eigen leven'. Ook werkt de zorgverlener 'vakkundig, zelfstandig, methodisch en resultaatgericht' volgens het zorg- of leefplan. Het plan komt ook aan bod bij de kwaliteit van zorgorganisaties. Daarnaast wordt gesteld dat het zorg- of leefplan een belangrijk communicatiemiddel is tussen zorgverleners en andere disciplines. Over de inhoud zegt het Kwaliteitsdocument:

'Het zorgleefplan vermeldt de indicatie en geeft een beeld van de zorgvraag, de reële zorgbehoefte en de afgesproken zorg. De cliënt en de zorgaanbieder maken afspraken over welke zorg, wanneer, op welke dagen en tijden wordt gegeven. Het plan vermeldt het doel, de inhoud en het moment van de zorgverlening. Het bevat tevens een actueel overzicht met de verslaglegging van de geleverde zorg, nieuwe afspraken en eventuele mutaties van de zorg. In het zorg-leefplan worden de acties, de resultaten, de voortgang en de bijstellingen op basis van evaluatie genoteerd. Ook afspraken met derden worden in het plan opgenomen, zoals uitvoeringsverzoeken van artsen.' (p.20).

In de VVT is veel aandacht voor preventie. Het kwaliteitsdocument 2013 stelt daarom dat er bij besprekingen van het zorg- of leefplan nadrukkelijk gelet moet worden op zorginhoudelijke veiligheidsaspecten: onder- of overgewicht, decubitus, incontinentie, valincidenten, medicijnincidenten en (het risico op) depressie. Dit aspect komt ook naar voren in de te meten indicatoren. Zorginstellingen moeten meten bij hoeveel procent van de cliënten uit het zorg- of leefplan blijkt dat een risicosignalering is gedaan op de zorgproblemen huidletsel, ondervoeding/overgewicht, vallen, problemen met medicatiegebruik, depressie en incontinentie. Om ervoor te zorgen dat de cliënt zelf altijd inzicht kan hebben in zijn eigen zorg- of leefplan, zou het plan bij de cliënt moeten liggen. Ook heeft de cliënt het recht het plan aan te vullen met een eigen verklaring of het bij onjuiste gegevens te corrigeren.

Vanuit de VGN is in 2013 een nieuw kwaliteitskader (VGN, 2013) geïmplementeerd, gebaseerd op het Visiedocument uit 2007 (VGN, 2007). Hierin zijn zeggenschap en kwaliteit van bestaan de centrale begrippen. Het werken met het zorg- of leefplan wordt beschouwd als een van de randvoorwaarden. Met de jaarlijkse metingen worden zowel procesaspecten (heeft iedereen een zorg- of leefplan?) als inhoudelijke aspecten (wordt er aandacht besteed aan de vrijheidsbeperkende maatregelen?) gemeten.

In de GGZ is veel aandacht voor de veranderende verhoudingen tussen zorgverleners en cliënten. Cliënten krijgen steeds meer eigen verantwoordelijkheid en samen met de zorgverlener maken zij beslissingen over de zorg en ondersteuning die ze nodig hebben. De Meerjarenvisie GGZ Nederland 2013-2020 (GGZ Nederland, 2013) noemt dit proces *shared decision making*. Dit vraagt van zorgorganisaties dat zij ondersteuning bieden die gericht is op herstel en deelname aan de samenleving.

In de zorg voor chronisch zieken zijn verschillende standaarden ontwikkeld. Het is niet realistisch om in dit onderzoek alle standaarden door te nemen en te beschrijven wat ze al dan niet aangeven over zorg- of leefplannen. Wel blijkt over het algemeen dat in deze sector en in steeds meer zorgstandaarden aandacht is voor het werken met zorg- of leefplannen. Hierbij wordt vooral aandacht besteed aan de rol die het

plan heeft in het versterken van de positie van de patiënt. De omslag van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid is hiermee duidelijk zichtbaar.

CQ-indexen

In de sectoren VVT en GGz moet de CQ-index vragenlijst worden afgenomen. Dit instrument meet de ervaringen van patiënten en cliënten met de zorg en ondersteuning. Er wordt gevraagd wat zij belangrijk vinden in de zorg en wat hun ervaringen zijn geweest. In deze vragenlijst is aandacht voor het zorg- of leefplan. Aan de respondenten wordt gevraagd of zij mogen meebeslissen over wat voor zorg hij of zij krijgt en wanneer (CQ-index vragenlijst VVT). In de vragenlijst wordt verder niets gevraagd over het zorg- of leefplan, ook niet in de vragenlijst die bij verwanten van bewoners wordt afgenomen. Aan cliënten in de GGZ wordt gevraagd of zij kunnen meebeslissen over de inhoud van het behandel- of begeleidingsplan, of ze ingestemd hebben met het behandel- of begeleidingsplan en of het plan in overleg met de cliënt is bijgesteld.

Verwachtingen vanuit de belangenorganisaties en cliëntervaringen

Ook belangenorganisaties hebben verwachtingen over de zorg- of leefplannen. Zij stellen duidelijk dat ze de positie van de cliënt of patiënt willen versterken en zien het zorg- of leefplan daarin als belangrijk instrument. Daarnaast zien zij het zorg- of leefplan als instrument dat niet alleen van waarde is voor de cliënt (vertegenwoordiger), maar ook voor het bevorderen van de veiligheid en de kwaliteit van de zorg (www.opsterk.nl, Vlek, 2014). In de huidige hervormingen van de langdurige zorg maken cliënten- en patiëntenorganisaties zich hard voor het gebruik van het zorg- of leefplan. In een brief die in juni 2014 aan de Tweede Kamer is verstuurd, onderstrepen Ieder(in), CSO, LOC, LSR, MEE Nederland, ActiZ, Per Saldo en het LPGGz de omslag die nodig is om de wensen van de cliënt daadwerkelijk centraal te stellen. Zij geven aan dat het wetsvoorstel van de Wlz op een aantal punten verbeterd kan worden. De organisaties stellen voor dat mensen op basis van een persoonlijk plan een budget toegewezen krijgen en kunnen kiezen voor persoonsvolgende bekostiging, PGB of een combinatie daarvan. Voor het maken van het persoonlijk plan moeten zij een beroep kunnen doen op onafhankelijke cliëntondersteuning.

Vanuit de verschillende belangenorganisaties zijn daarnaast diverse producten ontwikkeld om cliënten, patiënten en hun vertegenwoordigers meer kennis bij te brengen over hun rechten en plichten in het zorg- of leefplan en om mensen sterker te maken in het gesprek over daarover. Voorbeelden (zonder hierin volledig te zijn) zijn het project OPsterk, waarin onder andere trainingen voor mensen met beperkingen en voor vertegenwoordigers zijn ontwikkeld (www.opsterk.nl), het zorgplan-kaartspel (VraagRaak), de formats die voor mensen met een chronische ziekte zijn ontwikkeld (www.kennispleinchronischezorg.nl), de zorgleefplanwijzer (www.zorgleefplanwijzer.nl), het pakket van eisen (Vlek, 2014), het format 'Uw eigen leefplan' (LOC & Artemea, 2010) en de Steffie-module rond het ondersteuningsplan (www.mijnondersteuningsplan.nl).

Voor de criteria of verwachtingen waaraan zorg- of leefplannen moeten voldoen bieden de Handreiking criteria voor een goed zorg- of leefplan (OpSterk & Vilans, 2010) en het Plan van Eisen generiek Individueel ZorgPlan (Vlek, 2014) goede handvatten. OpSterk heeft drie criteria geformuleerd:

1. Het individueel ondersteuningsplan (IOP) verwoordt de wensen en behoeften van de cliënt.
2. De cliënt krijgt adequate ondersteuning om ervoor te zorgen dat zijn wensen/behoeften centraal staan.
3. De afspraken in het plan worden nagekomen.

In het Plan van Eisen Generiek Individueel ZorgPlan zijn de volgende functionaliteiten van een IZP benoemd:

1. Eén cliënt(systeem), één plan, één casemanager

2. Shared decision making als uitgangspunt (dialoog)
3. Bondig, eenvoudig en kort waar kan, afhankelijk van de complexiteit van de patiënt.
4. Het IZP sluit zoveel mogelijk aan bij praktijk van zorgprofessionals en wordt ondersteund door ICT, zowel ten behoeve van het IZP-proces als ten behoeve van het IZP als product.
5. Toegankelijk en beschikbaar voor cliënt en zorgverlener.
6. Goede registratie en gegevensuitwisseling.

Cliëntervaringen

Onderzoek naar de ervaringen van mensen met beperkingen met hun zorg- of leefplan is schaars. Vanuit de GGZ is door het Landelijk Platform GGZ een onderzoek gedaan naar zorgzwaartepakketten in de GGZ (Kits & Vos de Wael, 2010). Hierin is ook over het zorgplan gesproken. Daaruit blijkt dat er verschillende beelden bestaan over de mate waarin het plan in samenspraak wordt opgesteld. Zorgmedewerkers geven bijvoorbeeld aan dat zij onder tijdsdruk staan of dat mensen niet mee willen werken. Echter, de visie op deze groep mensen verandert (herstelvisie) en het wordt steeds vanzelfsprekender om het plan vanuit de cliënt te beschrijven, dat cliënten aanwezig zijn bij de besprekingen en dat derden worden uitgenodigd. Ook is in dit onderzoek aan cliënten gevraagd of zij een zorgplan hebben en wat ze erover weten. Hieruit blijkt dat minder dan de helft van de cliënten (45%) iets kan vertellen over zijn of haar zorgplan en dat iets meer dan een kwart van de cliënten weet dat zij een zorgplan hebben.

In de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking hebben Herps, Buntinx & Curfs (2013) 61 cliënten geïnterviewd over hun ervaringen met het zorgplan. Daaruit bleek dat zij vaak wel op de hoogte zijn van het plan maar niet goed weten wat erin staat, het niet kunnen lezen of begrijpen wat er staat, zich niet echt betrokken voelen bij het bespreken van het plan, het plan niet flexibel vinden (er worden bijvoorbeeld vragen gesteld die iemand niet relevant vindt) en het plan niet toegankelijk is. Slechts een derde van deze respondenten had direct toegang tot zijn of haar plan (dus zonder tussenkomst van derden).

Het werken met zorg- of leefplannen in de zorg aan mensen met een chronische ziekte is pas sinds enkele jaren in opkomst. Hoewel er verschillende formats en werkwijzen zijn ontwikkeld (zo zijn er 17 ziektespecifieke zorgplannen) is het gebruik ervan nog beperkt. Uit een onderzoek van het NIVEL instituut (Baan et al., 2012) blijkt dat 11% van de patiënten met astma gebruik maakt van een zorgplan. Onder de patiënten met COPD bedroeg dit aantal 14%. Het gebruik van het zorgplan werd geïnitieerd door een zorgverlener en bij de COPD-patiënten blijkt de inbreng van de patiënt zeer gering. Ook bij mensen met diabetes type 2 blijkt dat het aantal patiënten met een individueel zorgplan zeer klein is, namelijk 11% (Jansen en Rijken, 2013). Een knelpunt in de implementatie van individuele zorgplannen blijkt het ontbreken van een duidelijke meerwaarde voor zowel de patiënt als de zorgverlener. Patiënten met diabetes geven bijvoorbeeld aan dat zij geen problemen ervaren in de communicatie met hun zorgverleners, waardoor ze niet direct een meerwaarde van een zorgplan zien. Mensen met COPD of astma geven aan dat ze inmiddels al zoveel ervaring hebben met hun ziekte, dat ze denken dat een zorgplan geen meerwaarde biedt. Zij schatten in dat het wel van meerwaarde kan zijn voor patiënten die net de diagnose krijgen.

In interviews met patiënten met COPD en patiënten met astma komt naar voren dat de meeste respondenten het zorgplan zouden gebruiken. Degenen die het niet zouden gebruiken geven aan dat ze hun aandoening goed onder controle hebben en weten wat hun belastbaarheid is. Het zorgplan kan een functie vervullen in de communicatie met en tussen zorgverleners, het vergroten van het ziekte-inzicht van de patiënt en het vergroten van de eigen regie over de gezondheid. Het zorgplan zou volgens de patiënten met astma informatie over de behandeling (ziektegeschiedenis, medicatie, medische informatie) en het dagelijks leven met astma (doelen en stappenplannen) moeten bevatten. Patiënten met COPD vinden een dagboekfunctie belangrijk en hebben behoefte aan tips voor het dagelijks omgaan met de aandoening. Wat beide patiëntgroepen belangrijk vinden is dat het zorgplan gepersonaliseerd kan

worden, zowel qua vorm (digitaal of op papier), vormgeving (eigen kleurgebruik en lettertypes) als inhoud (Broerse, De Lange-Tichelaar, Pittens & Zweekhorst (2013)).

In het project 'Ouderen aan Zet', uitgevoerd door Perspectief en LOC Zeggenschap in zorg, is onderzocht of *'door gebruik van het zorgleefplan de zorg en ondersteuning afgestemd zijn op de behoeftes en vragen van de zorgvrager en of dit leidt tot optimaal behoud van een goed leven in de samenleving (inhoud) de positie van de zorgvrager wordt versterkt (proces)'* (LOC & Perspectief, 2014, p.5). De belangrijkste conclusie in dit onderzoek is dat de aandacht in zorg- of leefplannen vooral uitgaat naar de kwaliteit van zorg en dat de aandacht voor het gewone leven van de persoon naar de achtergrond verdwijnt. Het opstellen van het zorg- of leefplan gebeurt vaak door een zorgverlener, waarna de cliënt het ter goedkeuring te zien krijgt.

Uit gesprekken met medewerkers blijkt dat zij het moeilijk vinden om een zorg- of leefplan te schrijven. Om hen tegemoet te komen maken zorgorganisaties formats met standaardbeschrijvingen van doelen en de activiteiten die daarbij horen. Doordat zorgorganisaties het plan ook moeten gebruiken om verantwoording af te leggen aan het zorgkantoor, leidt het ertoe dat het plan wordt ervaren als iets van de organisatie. Vaak is het plan digitaal, wat voor ouderen de toegankelijkheid vaak niet vergroot. Ook kunnen cliënten en hun verwanten het plan alleen maar met begeleiding van een zorgmedewerker inzien, omdat het niet van een afstand benaderbaar is. Het evalueren van het zorg- of leefplan wordt multidisciplinair gedaan, waarbij het niet vanzelfsprekend is dat de cliënt aanwezig is. Ook verwanten worden niet altijd uitgenodigd. Daarnaast is het tijdstip vaak zo gekozen dat het voor de cliënt of verwant niet past om aanwezig te zijn. Ook de hoeveelheid professionals, het jargon en het gemak waarmee professionals met elkaar het gesprek aangaan wordt als belemmerend ervaren door cliënten en verwanten. Wel wordt het plan voorafgaand aan de evaluatie vaak doorgenomen met de cliënt en of zijn familie en worden de uitkomsten van de evaluatie ook teruggekoppeld aan de cliënt. Cliënten en familie die betrokken waren in dit onderzoek vinden dit een prettige manier van werken.

Conclusies

In dit onderdeel van het project is in beeld gebracht welke kaders er op dit moment zijn in het werken met zorg- en leefplannen in de AWBZ en zorg voor mensen met een chronische ziekte. De zorg voor mensen met een chronische ziekte laat een ander beeld zien dan de gehandicaptenzorg, GGZ en VVT. In deze sector is het werken met zorg- of leefplannen nog relatief nieuw, waardoor het niet de geschiedenis heeft dat het van oorsprong een instrument voor professionals was.

Het verslag laat zien dat:

- Het zorg- of leefplan een belangrijke plek heeft verworven binnen de AWBZ-zorg en dat het een opkomend instrument is in de zorg aan mensen met een chronische ziekte.
- Het zorg- of leefplan een belangrijk instrument kan zijn in het versterken van de positie van de cliënt of patiënt.
- Verschillende partijen verschillende verwachtingen hebben ten aanzien van het zorg- of leefplan.
- Dat deze verwachtingen leiden tot verschillende functies van het zorg- of leefplan. Het plan heeft een rol in het afleggen van verantwoording, een rol in het professioneel handelen van medewerkers én een rol in het versterken van de positie van de cliënt en hem zeggenschap geven over zijn zorg en ondersteuning.
- De verschillende verwachtingen niet altijd overeenkomen.
- Deze vaak per jaar, per regio en per sector verschillend kunnen zijn.
- Cliënten in verschillende sectoren niet optimaal betrokken worden bij het werken met de zorg- of leefplannen.

Zorg- en leefplannen worden gebruikt om de cliënt of patiënt meer regie te geven over zijn of haar eigen leven. Het is een instrument waarmee zij, samen met zorgverleners, kunnen beslissen welke zorg en ondersteuning nodig is om het leven te leiden dat zij wensen. Hoewel deze visie door de in dit onderzoek betrokken partijen onderschreven wordt, lijken de eisen die gesteld worden de eigen regie van mensen juist tegen te werken. Zo worden door verschillende partijen eisen gesteld aan de inhoud van de zorgplanbespreking en aan de inhoud van het zorg- of leefplan. Het wordt in de Wlz zelfs bij wet verplicht om een aantal onderwerpen te bespreken. Het is opvallend hoeveel controle de wetgever hierover wil hebben, terwijl de Wmo juist de vrijheden van gemeenten vergroot bij het inrichten van hun werkwijzen. Eisen stellen aan de inhoud van het gesprek en daar consequenties aan verbinden kan in de praktijk tot gevolg hebben dat dit de eerste agendapunten zijn tijdens het evaluatiemoment. Immers, deze punten moeten besproken worden. Pas daarna kan men er eventueel aan toekomen om met de cliënt in gesprek te gaan over zijn wensen en verwachtingen.

Het risico bestaat dan dat de gesprekken die zorgverleners voeren met cliënten vormgegeven worden door de verwachtingen die externe partijen hebben van dit gesprek, in plaats van dat de persoon zelf centraal staat, met zijn specifieke vragen, wensen en behoeften. Een ander probleem is dat verwachtingen onderling niet altijd overeenkomen. Daardoor wordt de lijst met verwachtingen die externe partijen hebben erg groot. Voldoen aan de verwachtingen van alle externe partijen heeft tot gevolg dat zorgorganisaties vaak niet meer toekomen aan het voldoen aan de verwachtingen die intern aan hen gesteld worden: door de cliënt. Cliënten willen graag betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning die ze krijgen, maar ervaren dat zij ingepast worden in het systeem. Het proces rond het werken met zorg- of leefplannen wordt ingericht om het proces inzichtelijk te maken en dit zo efficiënt mogelijk te doen (externe verantwoording). Uniformiteit staat echter haaks op het principe van cliëntgerichte zorg en ondersteuning. Uit de onderzoeken die gedaan zijn rond ervaringen van cliënten en patiënten blijkt dan ook dat cliënten het zorg- of leefplan niet als iets 'van hen' beschouwen.

Verder blijkt dat hoewel de wettelijke verankering van het werken met het zorg- en leefplan in de AWBZ-zorg bedoeld is om de cliëntgerichtheid te bevorderen, er weinig formele eisen zijn die hierop ingaan. En van de eisen die gesteld worden is het de vraag in hoeverre deze geïmplementeerd zijn. Uit dit project blijkt dat zowel ouderen als mensen met een verstandelijke beperking weliswaar aanwezig kunnen zijn bij

de bespreking van hun zorg- of leefplan, maar dat verschillende factoren de gelijkwaardigheid in het gesprek belemmeren.

Doordat er zoveel verwachtingen zijn van verschillende externe partijen én dat deze regionaal en jaarlijks kunnen verschillen, is het voor zorgorganisaties vaak niet meer duidelijk wat er nu precies van hen verlangd wordt en welke visie zij daar zelf op hebben. Dit heeft tot gevolg dat er een behoefte is om zo volledig mogelijk te zijn, resulterend in een dossier in plaats van een zorg- of leefplan. In de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking zijn plannen van meer dan dertig pagina's niet ongebruikelijk, waarbij veel informatie ofwel verouderd is, of herhaald wordt (Herps, Buntinx, Schalock, Van Breukelen & Curfs, in ontwikkeling). De veelheid aan verwachtingen en onduidelijkheden die daarmee samenhangt kan ertoe leiden dat zorg- of leefplannen tot een afvinklijstje verworden: 'hebben we gedaan wat onze stakeholders van ons verwachten?'. Het zorg- of leefplan wordt daarmee een bureaucratische exercitie.

In de zorg voor chronisch zieken is het beeld wat anders. Er zijn de afgelopen paar jaar verschillende zorg- of leefplannen ontwikkeld en de implementatie daarvan is in volle gang. In die implementatie is het van belang om de meerwaarde voor zowel de patiënt als de zorgverlener aan te kunnen tonen. Ook dit vraagt flexibiliteit; zo blijkt er een verschil te zijn tussen patiënten die de diagnose pas krijgen en mensen die al lang met de aandoening te maken hebben. Opvallend is dat het zorg- of leefplan in deze sector ook gezien wordt als instrument om ziekte-inzicht te vergroten. Deze functie komt niet terug bij de andere sectoren.

Om aan de genoemde problemen te ontkomen is een alternatief nodig. Dat kan een andere manier van afspraken maken zijn met elkaar, een andere manier van plannen maken, of een andere manier van verantwoording afleggen. Wat centraal staat in elke sector en wat de kern is van een zorg- of leefplan, is dat in het plan tot uiting komt welke zorg en ondersteuning iemand nodig heeft om optimaal te kunnen functioneren. In de huidige situatie blijft dit vaak beperkt tot de diensten van een zorgaanbieder. Er wordt pas een plan gemaakt op het moment dat een cliënt zorg of ondersteuning gaat afnemen.

Wat is nodig?

- Zorgorganisaties moeten meer vrijheid krijgen om het proces en de inhoud van het zorg- of leefplan per cliënt in te vullen. Externe partijen moeten zich zo min mogelijk willen bemoeien met de inhoud van het plan en het gesprek tussen cliënt en zorgverlener, maar moeten stimuleren dat zorgverleners en cliënten op de juiste manier met elkaar in gesprek gaan. Het betekent dat zij andere manieren moeten vinden om te toetsen of zorgorganisaties de juiste kwaliteit bieden voor het budget dat zij krijgen.
- Externe partijen zouden hun verwachtingen beter op en met elkaar moeten afstemmen waardoor overzichtelijker wordt wat er precies verwacht wordt.
- Wetgeving zou zodanig moeten worden ingericht dat het gegeven dat iemand zorg of ondersteuning nodig heeft, de maatstaf is voor het opstellen van een zorg- of leefplan.
- In de chronische zorg is nodig dat de meerwaarde voor professionals en cliënten zichtbaar wordt. Die meerwaarde kan voor cliënten zijn dat zij meer grip krijgen op het leven met een bepaalde aandoening en voor de professional dat zij meer inzicht krijgen in de aandoening bij die specifieke persoon en de kwaliteit van hun zorg kunnen verbeteren.

De huidige tijd lijkt het juiste moment om tot verandering in het werken met zorg- of leefplannen te komen. De zorg verandert en er wordt op verschillende manieren naar de juiste instrumenten gezocht die bijdragen aan het vergroten van de eigen regie en het zelfmanagement van mensen. Steeds wordt daarbij het zorg- of leefplan als belangrijk instrument gezien, maar hierbij wordt voortgeborduurd op het bestaande in plaats van een nieuwe manier te ontwikkelen en implementeren. Een alternatief model zou bijvoorbeeld zijn dat zodra een persoon een ondersteuningsvraag heeft, er met ondersteuning van een onafhankelijke partij een zorg- of leefplan wordt gemaakt. Dit plan gaat dan over de vragen wat belangrijk is voor iemand in zijn of haar leven, welke ondersteuning iemand nodig heeft om het leven te kunnen leiden wat nodig en gewenst is en welke partijen (of: hulpbronnen) hierin een rol kunnen vervullen. Met dat plan kan iemand dan naar een zorgverlener om het benodigde stukje zorg in te kopen.

Verschillende initiatieven in Nederland en daarbuiten bieden kansen om tot een nieuw zorg- of leefplan te komen. Bijvoorbeeld zorgorganisaties die afspraken hebben gemaakt met externe partijen over hoe zij hun verantwoording aanleveren en dat dat niet altijd via het zorg- of leefplan gaat. Of werkwijzen waarin de cliënt en zijn of haar familie het proces en de inhoud van het zorg- of leefplan bepalen. Er kan gezocht worden naar andere manieren om verantwoording af te leggen. In België wordt gewerkt met de Dienst Ondersteuningsplannen, een onafhankelijke partij die samen met de cliënt en zijn of haar netwerk een ondersteuningsplan opstelt nog voordat er professionele zorg in beeld is. Of de methoden van person-centered planning, waarbij de focus sterk ligt op versterking van de cliënt en zijn netwerk en zijn positie in de samenleving.

In het vervolg van dit project onderzoeken we goede voorbeelden nader. We spreken met verschillende personen die op een andere manier het werken met zorg- en leefplannen vormgeven en andere manieren waarop de cliënt meer centraal staat en meer regie heeft.

Geraadpleegde bronnen

Baan, D., Heijmans, M., Spreeuwenberg, P. & Rijken, M. (2012). *Zelfmanagement vanuit het perspectief van mensen met astma of COPD*. Utrecht: NIVEL.

Broerse, J., De Lange-Tichelaar, T., Pittens, C. & Zweekhorst, M. (2013). *Patiëntenparticipatie bij de ontwikkeling van een individueel zorgplan voor mensen met astma*. Amsterdam: Athena Instituut.

Coördinatieplatform zorgstandaarden voor chronisch zieken (2012). *Raamwerk Individueel Zorgplan*.

CZ (2013). *Het inkoopbeleid van CZ. Integrale zorgprogramma's 2014. Sector Huisartsenzorg, Versterking eerste lijn en Ketenzorg*.

Diabetes Vereniging Nederland. *Individueel zorgplan Diabetes*.

GGZ Nederland (2013). *Meerjarenvisie GGZ Nederland 2013-2020. De GGZ in beweging*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Herps, M. A., Buntinx, W. H. E., & Curfs, L. M. G. (2013). Individual support planning: perceptions and expectations of people with intellectual disabilities in The Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(11), 1027-1036.

Ieder(in), CSO, LOC, LSR, MEE Nederland, ActiZ, Per Saldo & LPGGz (2014). *Wet langdurige zorg en eigen regie*. Brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, dd. 19-06-2014.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010). *Gebrekkige indicatiestelling en samenwerking bedreiging voor kwaliteit van zorg voor licht verstandelijk gehandicapten*. Den Haag: IGZ.

IGZ, ZN & LOC (2013). *Kwaliteitsdocument 2013. Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis*.

Jansen, D. & Rijken, M. (2013). *Evaluatie DVN pilotproject rond de implementatie van de Diabetes Zorgwijzer*. Utrecht: NIVEL.

Kits, L. & Vos de Wael, N. (2010). *Zorgzwaartepakketten in de praktijk. Een onderzoek naar zorgzwaartepakketten in de GGZ*. Utrecht: Landelijk Platform GGz.

Lawlor, D., Spitz, R., York, M. & Harvey, B. (2013). Using goal analysis to drive improvements in performance and outcomes. *Journal of Intellectual Disabilities*, 17(4), p. 301-313.

LOC & Artemea (2008). *Uw eigen leefplan*.

LOC & Perspectief (2014). *Eindrapportage Ouderen aan zet*. Utrecht: LOC Zeggenschap in zorg.

Menzis (2013). *Inkoopdocument 2014*.

OpSterk & Vilans (2010). *Criteria voor de beoordeling van het cliëntenperspectief in ondersteuningsplannen. Een handreiking voor cliëntenraden*. Utrecht: OpSterk.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2014). *Patiënteninformatie*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Buntinx, W. H. E., Herps, M. A., & De Ruiter, M. (2013). *Handreiking Ondersteuningsplannen 2013*. Utrecht: Kennisplein Gehandicaptensector.

VGN (2007). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg Visiedocument*. Utrecht: VGN.

VGN (2013). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg*. Utrecht: VGN.

VGZ (2013). *Inkoopbeleid integrale zorg 2014 voor zorggroepen coöperatie VGZ*.

Vlek, H. (2014). *Plan van eisen generiek Individueel ZorgPlan*. Utrecht: Vilans.

VVD & PVDA (2012). *Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD-PVDA*.

Zorgverzekeraars Nederland (2013). *Zorginkoopgids AWBZ 2014*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.

Websites

www.opsterk.nl

www.vraaggraak.nl

www.kennispleinchronischezorg.nl

www.zorgleefplanwijzer.nl

www.mijnondersteuningsplan.nl

CQ Indexen: via <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/cq-index/cqi-vragenlijsten>

Wetgeving

Besluit Zorgplanbespreking AWBZ (2009). Stb., 131.

Memorie van Toelichting Besluit Zorgplanbespreking AWBZ (2009)

Wet Kwaliteitswet Zorginstellingen (via www.wetten.nl).

KNMG (2004). *Implementatie van de WGBO. Van wet naar praktijk. Deel 3: dossier en bewaartermijnen*. Utrecht: KNMG, afdeling Beleid en advisering.

Wet WMCZ (via www.wetten.nl).

Wet BOPZ (via www.wetten.nl).

Wetsvoorstel Wet langdurige zorg: *Kamerstukken II 2013/14, 33 891*

Nota naar aanleiding van het verslag: *Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr.12*.

Wetsvoorstel Wet maatschappelijke ondersteuning 2015: *Kamerstukken I 2013/14, 33 841*

Wetsvoorstel Zorg en Dwang: *Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr.2-3*.

Contourenbrief: *Kamerstukken II 2004/05, 28 950, nr. 5*

Memorie van toelichting: *Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr.3*.

Wetsvoorstel Verplichte GGZ: *Kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr.2*.

Bijlage 2 Groepsinterviews met cliënten en patiënten Uitnodiging en aanmelding

Uitnodiging groeps gesprek over zorg- en leefplannen

Ontvangt u ondersteuning, zorg en/ of begeleiding? Dan heeft u vast een zorgleefplan, begeleidingsplan of ondersteuningsplan. Het is belangrijk dat dit soort plannen goed aansluiten bij degene over wie dit plan gaat. Maar dat is niet altijd het geval. Er staat bijvoorbeeld onnodige, dubbele of oude informatie in, is in moeilijke taal geschreven en er is weinig ruimte om af te wijken van het vaste format. Heeft u ideeën over hoe het beter kan? Of zou u graag uw wensen en behoeften met ons delen? Dan nodigen we u graag uit!

In opdracht van *PG werkt samen* onderzoekt Vilans hoe de plannen er in het ideale geval uitzien. We zoeken naar een vorm die door alle patiënten/cliënten én door alle zorgverleners gebruikt kan worden. Hiervoor organiseren we vier groeps gesprekken op de volgende data:

- Gehandicaptenzorg: maandag 2 juni van 14.00 tot 17.00 uur
- Ouderenzorg: donderdag 5 juni van 14.00 tot 17.00 uur
- GGZ: woensdag 4 juni van 14.00 tot 17.00 uur
- Chronisch zieken: dinsdag 10 juni van 14.00 tot 17.00 uur

Waar gaat het gesprek over en hoe verloopt het gesprek?

We gaan met elkaar verkennen hoe het plan eruit ziet en hoe ermee gewerkt moet worden. We bespreken onder andere: waar zou zo'n plan over gaan, wat staat er wel en wat niet in? Wie heeft de regie? Wie zijn er betrokken bij uw plan? Hoe zou het eruit moeten zien? Waarom zou een plan belangrijk zijn?

Het gesprek wordt geleid door twee onderzoekers van Vilans. De interviews worden anoniem verwerkt. Uw naam zal dus nergens zichtbaar zijn.

1. Welkom, kennismaking en uitleg
2. Samen aan de slag: we gaan bedenken hoe het plan er uit in het ideale geval uit zou moeten zien.
 - Waar gaat het ideale plan wel en niet over?
 - Wat staat er wel en niet in?
 - Hoe vult u het plan het liefst in?
 - Wie heeft de regie?
 - Wie zijn er betrokken bij uw plan?
 - Hoe ziet het ideale plan eruit? en
 - Waarom is het plan voor u belangrijk?
3. Pauze
3. Uitwerking en conclusies

Wat gebeurt er nog meer in het onderzoek?

Het onderzoek bestaat uit verschillende onderdelen. We bekijken in bestaande gegevens wat eisen en criteria aan het zorg-, leef- en ondersteuningsplan zijn en wat er bekend is aan ervaringen van cliënten en patiënten. We praten in groeps gesprekken met (vertegenwoordigers van) cliënten en patiënten uit de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, GGZ en chronisch zieken. We praten met medewerkers van organisaties zoals zorgorganisaties, de inspectie en verzekeraars. Tot slot organiseren we een bijeenkomst waarin we onze uitkomsten presenteren. Ook schrijven we een verslag over onze bevindingen.

Wilt u meer informatie over het onderzoek? Download de projectinformatie of neem contact op met projectleider Hans Blaauwbroek (0294-491400) of via mail: hansblaauwbroek@bbvz.nl.

Wilt u meedoen aan het groeps gesprek? Download het formulier en vul uw gegevens in. Uw ingevulde formulier kunt u versturen aan: Hans Blaauwbroek (0294-491400) of via mail: hansblaauwbroek@bbvz.nl.

Aanmelding voor het groepsgesprek

Wilt u meedoen aan het onderzoek? Vul dan hieronder in voor welk gesprek u zich aanmeldt en vul uw gegevens in. Er worden vier gesprekken georganiseerd voor mensen die te maken hebben met de verschillende sectoren:

- Gehandicaptenzorg: maandag 2 juni van 14.00 tot 17.00 uur
- Ouderenzorg: donderdag 5 juni van 14.00 tot 17.00 uur
- GGZ: woensdag 4 juni van 14.00 tot 17.00 uur
- Chronisch zieken: dinsdag 10 juni van 14.00 tot 17.00 uur

Locatie: Churchillaan 11, Utrecht.

U kunt aan één gesprek meedoen, en uitsluitend bij dat gesprek dat betrekking heeft op de sector waar u mee te maken heeft.

Omdat er slechts plek is voor zes personen in het gesprek, hoort u 27 mei of u mee kunt doen.

Ja, ik wil graag meewerken aan het groepsgesprek.

Naam:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Heeft u zelf een zorg- of leefplan? Ja
 Nee, ik vertegenwoordig iemand die gebruik maakt van zorg maar ben wel betrokken bij het zorg- of leefplan.

Met welke sector heeft u te maken? Gehandicaptenzorg: verstandelijke beperking/lichamelijke beperking (streep door wat niet van toepassing is)
 Ouderenzorg
 GGZ
 Ik heb een chronische ziekte

Ik meld me aan voor de volgende bijeenkomst: Gehandicaptenzorg: maandag 2 juni van 14.00 tot 17.00 uur
 Ouderenzorg: donderdag 5 juni van 14.00 tot 17.00 uur
 GGZ: woensdag 4 juni van 14.00 tot 17.00 uur
 Chronisch zieken: dinsdag 10 juni van 14.00 tot 17.00 uur

Stuur uw ingevulde formulier aan: Hans Blaauwbroek: hansblaauwbroek@bbvz.nl

Bijlage 3 Draaiboek groepsinterviews cliënten

Draaiboek groepssessies Integraal leefplan

Rol: procesbegeleider

Taken: bewaakt tijd en proces, welkom heten, uitleg programma en programma onderdelen, schrijft ook op flapovers tijdens leefplan van de toekomst, afsluiting en bedanken.

Rol verslaglegger

Taken: meeschrijven (papier/laptop), foto's maken

2 juni 14:00 - 17:00 Gehandicaptenzorg 2 deelnemers en 1 observator

Janneke (proces), Sabine (verslag)

Marjolein (reserve)

4 juni 14:00 - 17:00 GGZ 4 deelnemers

Floor (verslag), Sabine (proces)

Marjolein (reserve)

10 juni Chronisch zieken en ouderen zorg

Janneke (verslag) en Marjolein (proces)

Onderdeel	benodigdheden	wie regelt het
Algemeen:	Lijst deelnemers Naambordjes Flipovervel met programma en tijden Tape en stiften Laptop Opname apparaat Foto toestel	Marjolein? Marjolein via secretariaat? Floor Floor Verslaglegger neemt zelf mee gereserveerd door Janneke Verslaglegger neemt zelf mee
Kennismaking:	Kaarten	Janneke
Moodbord	Laptop met Beamer voor filmpje Filmpje Moodbordvel A3 voor iedere deelnemer Magazines, kranten en oude boeken Scharen, prit, stiften	Floor via locatie http://youtu.be/5bw6Kch4s4o Floor Floor via Wil. En iedereen verzamelen. 's Ochtends 2 juni inleveren. Floor
Leefplan	3 vellen met hart, hand en hoofd Voorwerpen als symbool hart, hand en hoofd Kaartjes met zinnen	Floor Floor (oeps vergeten!) Floor

Floor maakt bij secretariaat een krat met benodigdheden. Sessieleiders nemen spullen zelf mee vanaf Vilans.

13:00 - 13:45 voorbereiding ruimte

13:45 - 14:00 Inloop en persoonlijk welkom

14:00 14:10 Uitleg programma en doel van de bijeenkomst (10 min)

NPCF en partners hebben Vilans gevraagd om te onderzoeken of het mogelijk is om een ondersteuningsplan te maken die door iedereen te gebruiken is. Niet in iedere sector heet dit een ondersteuningsplan, het kan ook begeleidingsplan, leefplan of zorgleefplan genoemd worden. In het plan wordt er passend bij de persoonlijke vraag en kracht in het plan afspraken met zorgaanbieders vastgelegd.

Vandaag zijn we bij elkaar met allemaal mensen die die iemand vertegenwoordigen die een plan hebben omdat zij langdurig zorg of ondersteuning ontvangen.

We hebben deze week twee sessies vanuit verschillende doelgroepen ouderenzorg, gehandicaptensector, geestelijke gezondheidszorg en mensen met een chronische ziekte. Vandaag is dat de groep We hebben een programma gemaakt. Maar we willen jullie vooral uitnodigen om veel te vertellen over het gebruik van een leefplan en met ons te delen. Dus mocht je ideeën hebben, twijfels, vragen die je te binnen schieten deel dat vooral met ons en met de groep.

Uitleg programma:

kennismaken, moodbord maken, pauze, het leefplan van de toekomst, afsluiting, huishoudelijke

Mededelingen; toestemming foto's

14:10 - 14:25 Kennismaking (15 min)

Doel: kennismaken, ijsbreken

Optie 1: Ansichtkaarten

Op tafel liggen een hele stapel kaarten met plaatjes en foto's uitgestald. We vragen iedereen een kaart te pakken wat voor hun gerelateerd is aan leefplan en daarover te vertellen.

14:25 - 15:10 Exploratie 45 min

Doel: leefwereld verkennen, ontdekken wat belangrijk kan zijn in iemands leven.

Spel: Moodboard Maken

Introductie 10 min

Aan de hand van de definitie op positieve gezondheid van Huber en de verschillende domeinen die zij onderscheidt, vragen we de deelnemers een moodboard te maken van de thema's en onderwerpen die zij belangrijk vinden in hun leven. Ook is het mogelijk om een van de drie persona's te kiezen. De zes thema's zijn in een sjabloon voorgedrukt: Lichaam, Geest, Zingeving, Genieten, Sociaal, Dagelijkse activiteiten.

Filmpje kijken

Vervolgsvellen uitdelen, persona's en behoeftes verdelen.

Achtergrond informatie:

Positieve Gezondheid volgens Huber:

"het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven".

Leefdomeinen:

- **Lichaamsfuncties:** Medische feiten, medische waarnemingen, fysiek functioneren, klachten en pijn, energie ervaren.
- **Mentale functies en -beleving:** Cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde/zelfrespect, gevoel controle te hebben/manageability, zelfmanagement en eigen regie, veerkracht/resilience & 'sense of coherence'.
- **Spirituele dimensie:** Zingeving/meaningfulness, doelen/idealen nastreven, toekomst perspectief, ervaren, acceptatie.
- **Kwaliteit van leven:** Kwaliteit van leven/welbevinden, geluk beleven, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust, balans.
- **Sociaal-maatschappelijke participatie:** Sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk.
- **Dagelijks functioneren:** Basis ADL, instrumentele ADL, werkvermogen, health literacy

Aan de slag 20 min (voorbeeld Floor ook in 20 minuten gemaakt!):

Stimuleer de deelnemers om beeldmateriaal te kiezen vanuit hun onderbuik en om niet te veel te rationaliseren. Sessieleiders lopen rond om mee te luisteren met de discussies.

Bevindingen delen 15 min:

Nabespreken hoe het is gegaan. Een aantal vrijwilligers vragen om hun moodbord te presenteren. Niet iedereen doet dat. Vragen: Hoe is dit om te doen? Makkelijk of moeilijk? Wat valt je op? Wie ziet al aanknopingspunten met leefplannen?

15:10 - 15:30 Pauze 20 min

Sessieleiders ruimen op en hangen hart, hand en hoofdvellen op.

15:30 - 16:30 Het leefplan in 2025 60 min

Doel: ontdekken hoe ziet het leefplan in 2025 eruit?

Spel: Hart, Hoofd en Hand

Benodigheden: Drie flipovervellen met als titel Hart, Hoofd en Hand en bijpassend plaatje.

Introductie:

We gaan kijken naar het leefplan van de toekomst vanuit drie perspectieven

- Hart: wat maakt het leefplan emotioneel aantrekkelijk?
- Hand: wat maakt het leefplan tastbaar en praktisch?
- Hoofd: wat maakt het leefplan logisch en zinnig?

Samen brainstormen:

We gaan gezamenlijk per flipovervel bespreken welke eigenschappen van het leefplan naar voren komen. Dat doen we door voorwerp (symbool voor hart, hand en hoofd) door te geven. Wie het voorwerp vast heeft spreekt. Kriskras doorgeven zodat iedereen die een ingeving heeft aanbod komt. Dit herhalen we per voorwerp.

Mogelijke tussenstap prioriteren:

Mocht je het gevoel hebben dat er heel veel is genoemd maar niet duidelijk is wat het meest belangrijk is. Dan geef je iedere deelnemer drie stippen. Die mogen zij plakken bij wat zij belangrijk vinden. Mag bij drie verschillende dingen of alle drie bij een.

16:30 Terugkijken en afsluiting (15 min)

Terugkijken:

Nu we kijken naar de verschillende lijsten van wensen. Hebben we het gevoel dat we alles hebben gezegd? We maken als afsluiter een ideeën muur. Iedereen pakt een kaartje met start van een zin als: het zou mooi zijn als ... of ik zou zo graag... of waarom is er nog steeds geen...

We vragen iedereen minimaal een zin af te maken en dat letterlijk op de muur laten plakken. Meteen een mooie afsluiter zijn waarin iedereen een laatste zegje kan doen.

Bedanken en aangeven hoe we verder gaan en de deelnemers nog terugkoppelen.

Bijlage 4 Topiclijst interviews voorlopers

Op basis van de eerste onderzoeksopzet en de feedback van de projectgroep die tijdens het laatste overleg is besproken, is onderstaande onderzoeksopzet opgesteld.

Kanttekening: gezien de grote variatie in de huidige lijst met contactpersonen/ te bezoeken organisaties is maatwerk vereist en dient deze opzet als globale leidraad en niet als vaste checklist waar niet van af te wijken is.

Doelstelling:

Op 'werkbezoek' bij good practices: organisaties of personen die volgens de leden van de projectgroep voorlopers zijn op het gebied van het centraal stellen/ als uitgangspunt nemen van het cliëntperspectief in het werken met zorg-leefplannen.

3 perspectieven:

Per werkbezoek (van in totaal circa 3 uur) spreken we bij voorkeur met vertegenwoordigers van de volgende 3 perspectieven:

1. Cliënt
2. Medewerker
3. Beleidsmaker

Interviewleidraad:

Tijdens de werkbezoeken wordt de volgende kennis opgehaald:

- Waarom nemen ze het cliëntperspectief in het werken met zorg-leefplannen als uitgangspunt (visie)
- Op welke manier doen ze dit? (wat werkt wel/ wat werkt niet)
- Wat levert het op? (uitkomsten voor gebruikers van het plan)
- Wat zijn de belangrijkste randvoorwaarden om het cliëntperspectief als uitgangspunt te kunnen nemen in het werken met zorg-leefplannen (welke contextfactoren werken bevorderend/ belemmerend?)
- Wat is hun 'stip op de horizon'? (hoe ziet de toekomst van de zorg-leefplannen er volgens hen uit?)

Op de volgende pagina is de uitgebreidere vragenlijst opgenomen waarin de hierboven geformuleerde doelstellingen verder worden uitgewerkt in mogelijk te stellen vragen. De onderzoekers zullen er tijdens de werkbezoeken echter in eerste instantie naar streven bovenstaande informatie op te halen door zo goed mogelijk aan te sluiten bij het verhaal van de geïnterviewde en zijn of haar perceptie. Als bovenstaande punten onvoldoende aan de orde komen, dan maken ze de vraagstelling concreter met behulp van (een selectie uit) de vragenlijst.

Uitgebreide onderzoekopzet (optioneel te stellen vragen)

Visie

1. Op welke wijze streeft organisatie X volgens u naar cliëntgerichtheid?
2. Wat is volgens u het primaire doel van zorg-leefplannen in organisatie X?
 - 2b. Zijn er nog andere doelen die volgens u met het zorg-leefplan worden bereikt?
 - 2c. Zou u de verschillende doelen die het zorg-leefplan in organisatie X heeft kunnen rangschikken op volgorde van belangrijkheid?
3. Onze werkgroep hanteert de volgende definitie van leefplannen:
“Het individueel zorg- en leefplan is een dynamische set van afspraken van de cliënt en de zorgverlener(s) over zorg, ondersteuning en zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen en behoeften van de patiënt.”
Herkent u zich in deze definitie? Wat vindt u daar goed aan? Wat zou u anders formuleren?

Werkwijze

- 4a. Wat is de gebruikelijke werkwijze voor zorg- leefplannen binnen organisatie X?
 - 4b. Wie stelt het op?
 - 4c. Wat is de vorm van het zorg-leefplan?
 - 4d. Waar worden de zorg-leefplannen bewaard?
 - 4e. Welke onderwerpen komen aan bod in het plan?
 - 4f. Wie heeft toegang tot de informatie in de plannen?
 - 4g. Hoe vaak worden de plannen aangepast, en door wie?
 - 4h. Hoe lang werkt organisatie x al op deze manier met de plannen?
5. Wat zijn volgens u de succesfactoren/ belemmerende factoren van deze werkwijze?

Uitkomsten

- 6a. Hoe ervaren cliënten het werken met zorg-leefplannen?
 - 6b. Hoe worden cliëntervaringen opgehaald?
-
- 7a. Hoe ervaren medewerkers het werken met zorg-leefplannen?
 - 7b. Hoe worden medewerkers-ervaringen opgehaald?

Bijlage 5 Organisaties waarmee gesproken is

Chronisch zieken

- Jan van den Dongen (Huisarts), POH en patiënt te America
- Gezondheidscentrum, Passewaaij: Saskia Talsma (huisarts), POH en patiënt
- gezondheidscentrum Lindenholt, Nijmegen: Marie José Metz (huisarts), praktijkondersteuner en patiënt.

GGz

- RIBW Rivierenland, Nijmegen: Lucia Leijten (beleidsmedewerker zorgvernieuwing en kwaliteit), mw. T.s (cliënt) en Celia (zorgcoördinator en pb'er)
- GGz Oost Brabant: John van den Elzen (projectleider), mw. A (ervaringsdeskundige) en dhr. T. (cliënt)

Ouderenzorg

- Archipel zorggroep: Hans Hendriks (projectleider cliënt in regie), José Schumann (Teamleider), Liesbeth van Burg-Stam (Teamleider) en In voor Zorg coach
- Gabriëlle Verbeek

Gehandicaptenzorg

- Pluryn: Sasha Stoffelen (innovatiemanager), Piet (ZZP woonbegeleider) en dhr. A. (cliënt)
- Gabriëlle Verbeek (projectleider Siza)