

Beleidsnotitie

Zorgplanmethodiek

Kempenhaeghe

Zorg & Dienstverlening

Autorisator: F. Tan, sectorhoofd Behandeling Z&D

Beoordelaar(s): hoofdbehandelaar Z&D

Auteur: M. van den Hove, beleidsmedewerker Z&D

Versie: 9 november 2009

Inhoudspagina

	Paginanummer
1. Inleiding	3
2. Doelstelling	3
3. Randvoorwaarden	4
4. De zorgplanmethodiek	4
4.1. Cliënt/ zorgvrager met ZZP- indicatiebesluit	5
4.2. Intake en opname	5
4.3. Het opstellen van het zorgplan	6
4.4. De zorgverlening	6
4.5. Evalueren zorgplan, monitoren zorgzwaarte	6
4.6. Bijstellen zorgplan	6
4.7. Afsluitend gesprek	6
5. Werkwijze van het zorgplan	7
5.1. Zorgplan Basis en Zorgplan Plus	7
5.2. Taken en verantwoordelijkheden bij opstellen van het concept zorgplan	8
5.3. Uitnodiging voor de zorgplanbespreking	8
5.4. De zorgplanbespreking	8
5.5. Na afloop van de zorgplanbespreking	9
6. Inhoud van het Zorgplan	9
6.1. Onderdelen van het zorgplan	9
6.2. De zorgvrager	10
6.3. Uitwerking van de zorgvragen	10
6.4. Flexibiliteit van het zorgplan	10
7. Samenvatting	10
Bijlagen	12
Referenties	29
Verklarende woordenlijst	30

1. Inleiding

Het opstellen van een zorgplan voor en in nauwe afstemming met de zorgvrager¹ is al sinds eind jaren 90 een goede gewoonte binnen de sector Zorg & Dienstverlening (destijds Lang Verblijf genaamd) van Kempenhaeghe. Afgelopen jaren hebben diverse evaluaties en aanpassingen plaatsgevonden om de zorgplanmethodiek verder af te stemmen op de wensen en behoeften van de zorgvrager en de zorgaanbieder, maar ook om tegemoet te komen aan de regelgeving en landelijke ontwikkelingen.

Diverse omstandigheden en ontwikkelingen geven opnieuw de noodzaak aan om de zorgplanmethodiek te herzien. Enkele voorbeelden:

- Wetgeving (o.a. een Algemene Maatregel van Bestuur inzake het individuele zorgplan);
- Introductie van de ZZP systematiek (zorgzwaartebekostiging via ZorgZwaartePakketten);
- Cliëntemancipatie en cliëntparticipatie;
- Handreikingen vanuit de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland;
- De intrede van Kwaliteitsindicatoren;
- Wensen aan de vorm van het zorgplan vanuit zorgvrager en zorgverlener;
- Voorwaarden zorgkantoor, handreiking Zorgverzekeraars Nederland.

Begin 2009 is gestart met voorbereidingen voor het opstellen van een nieuwe zorgplanmethodiek². De input van de nieuwe zorgplanmethodiek is verkregen via gesprekken met verschillende zorgvragers, de Cliëntenraad en zorgverleners waaronder coördinatoren van zorg en hoofdbehandelaren van Zorg & Dienstverlening.

2. Doelstelling

Het zorgplan is een belangrijk hulpmiddel voor de zorgvrager en de zorgverlener bij het maken, realiseren en evalueren van afspraken over de te leveren zorg en ondersteuning. Het zorgplan wordt opgesteld per individu en is systematisch, kort, overzichtelijk en praktisch toepasbaar voor zorgvrager en zorgverlener.

Het zorgplan kent doelen op het niveau van de zorgvrager en doelen op organisatieniveau.

De functie van het zorgplan op niveau van de zorgvrager:

- a. Het zorgplan dient voor het vinden van afstemming tussen de zorgvraag van de zorgvrager en het zorgaanbod van de zorgverlener. Het geïndiceerde ZorgZwaartePakket vormt het kader voor de omvang van zorg die geleverd kan worden vanuit de AWBZ financiering;
- b. Het zorgplan geeft de zorgvrager inspraak in de geleverde zorg en duidelijkheid over wat hij/zij kan verwachten van de zorgverlener;
- c. Het zorgplan draagt zorg voor het methodisch plan van het zorgproces;
- d. Het zorgplan is een instrument om het zorgproces te toetsen aan de hand van de gemaakte afspraken en zonodig bij te stellen.

De functie van het zorgplan op organisatieniveau, interne oriëntatie:

- a. Het zorgplan is een instrument om multidisciplinair te werken o.a. door informatie over te dragen tussen alle bij de zorgverlening betrokken professionals;
- b. Het zorgplan biedt informatie over de zorgvrager waardoor continuïteit van de zorg gewaarborgd kan worden (bijvoorbeeld bij in dienst treding van nieuwe medewerkers);

¹ Zie de verklarende woordenlijst in deze

² Referentie: Opdracht Actualisering Zorgplanmethodiek verstrekt door sectorhoofd Behandeling Z&D dd. november 2008

- c. Het zorgplan stelt de zorgverlener in staat om de zorgbehoefte van de zorgvrager te monitoren en de totale organisatie hierop in te richten;
- d. Periodieke evaluaties van het zorgplan geven inzicht in de cliënttevredenheid en de kwaliteit van zorg.

De functie van het zorgplan op organisatieniveau, externe oriëntatie:

- e. Het zorgplan heeft een functie met betrekking tot de wettelijke verplichting en verantwoording van de zorg aan stakeholders (o.a. het Zorgkantoor, de Inspectie, de Nederlandse Zorg Autoriteit) en om te voldoen aan de gestelde kwaliteitsindicatoren.

3. Randvoorwaarden

Het zorgplan zoals dat binnen Kempenhaeghe wordt gehanteerd is geschreven vanuit een bepaalde visie op zorg. Deze visie luidt, kort maar krachtig, “*een veelzijdig antwoord op een meervoudige vraag.*”

De volgende randvoorwaarden vanuit de zorgaanbieder zijn gesteld aan het zorgplan:

De zorgvrager staat centraal en participatie binnen het zorgplan is een vereiste.

Het zorgplan is onderdeel van de zorg- en dienstverleningsovereenkomst.

De bespreking van het zorgplan vindt jaarlijks plaats. De bespreking kan enkel en alleen plaatsvinden in aanwezigheid van de zorgvrager, tenzij deze daar vanaf ziet.

De indicatie zoals afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg geldt als kader voor de AWBZ zorg.

Het zorgplan wordt opgenomen in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) van Kempenhaeghe.

Het Wettelijk kader

Op 25 maart 2009 is het besluit zorgplan AWBZ³ in werking getreden: hierin staat opgenomen dat zorgaanbieders worden verplicht met een cliënt een zorgplanbespreking te houden en op grond daarvan een zorgplan te maken. Uiterlijk binnen zes weken na aanvang van de zorg dient een zorgplan opgesteld te zijn. In het besluit wordt onder cliënt verstaan een persoon aan wie een zorgaanbieder voor een periode die langer zal duren dan drie maanden zorg verleent als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. In artikel 2 van het besluit staat opgenomen welke onderwerpen in de zorgplanbespreking in ieder geval aan bod dienen te komen:

- Welke doelen worden gesteld voor een bepaalde periode, gebaseerd op wensen, mogelijkheden en beperkingen van de zorgvrager;
- Op welke concrete wijze de zorgaanbieder en de zorgvrager de gestelde doelen trachten te bereiken;
- Wie voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk is, op welke wijze de afstemming plaatsvindt tussen meerdere zorgverleners en wie de zorgvrager op die afstemming kan aanspreken;
- Met welke frequentie en onder welke omstandigheden de zorgaanbieder de zorgverlening in samenspraak met de zorgvrager evalueert en actualiseert. Minimaal 1 keer per jaar dient evaluatie van het zorgplan plaats te vinden.

4. De zorgplanmethodiek

Kempenhaeghe wil zorgvragers actief betrekken bij het opstellen van het zorgplan.

Om te kijken naar de mogelijkheden van participatie is het goed de stappen te kennen in de zorgplanmethodiek⁴. Diverse methodieken en instrumenten zijn op landelijk niveau en door Kempenhaeghe ontwikkeld om de participatie en daarmee de regie van de zorgvrager te

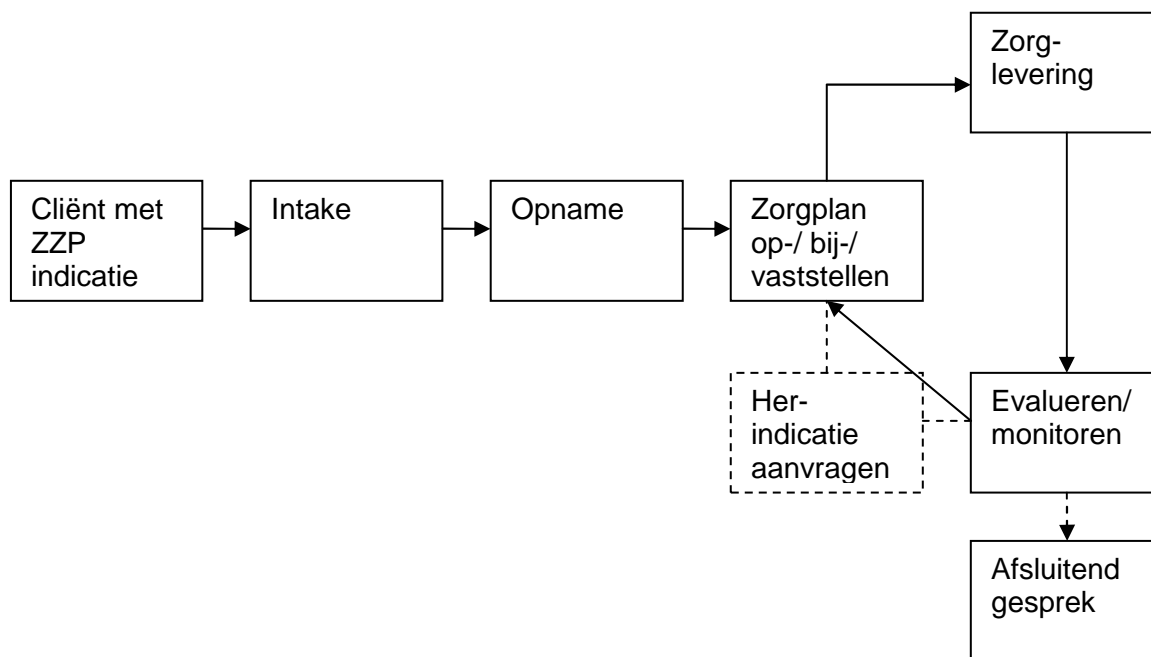
³ Referentie www.minvws.nl, publicatie in de Staatscourant d.d. 24 maart 2009

⁴ Referenties HHM, november 2008 (Enschede), Handreiking Zorgplan versie 1.0 & VGN, oktober 2007 (Utrecht) Handreiking Ondersteuningsplan voor de Gehandicaptenzorg

vergroten. Bijlage I bevat een overzicht van die methodieken en instrumenten. Dit overzicht is niet uitputtend en aanvullingen zijn van harte welkom.

Stappen in de zorgplanmethodiek

Het proces van zorgverlening, waar het opstellen en bijhouden van het zorgplan onderdeel van uitmaakt, is in figuur 1 afgebeeld.



Figuur 1

4.1. Cliënt/zorgvrager met ZZP- indicatiebesluit

Iedere zorgvrager die binnen Kempenhaeghe wordt opgenomen in het kader van de AWBZ dient te beschikken over een geldig indicatiebesluit. De indicatie bepaalt (mede) de omvang van de te leveren zorg en (mede) de hoeveelheid financiële middelen.

Het traject van eerste aanmelding tot daadwerkelijke opname is binnen dit proces buiten beschouwing gelaten⁵.

4.2. Intake en opname

In de randvoorwaarden (hoofdstuk 3, Wettelijk kader) is te lezen dat het zorgplan binnen zes weken na opname opgesteld dient te zijn. Om dit te realiseren is een intake- en opnametraject van toepassing bestaande uit:

1. Het voorafgaand aan de opname voeren van een eerste intakegesprek;
2. Observatie en kennismaking gedurende de eerste zes weken van opname.

Tijdens dit intake-traject staan de volgende activiteiten centraal voor de zorgvrager en zorgverleners:

- Kennismaken met de zorgvrager en zorgverlener;
- Kennisnemen en gebruik maken van bestaande informatie van de zorgvrager;
- Het opstellen van een (voorlopig) persoonsbeeld;

⁵ Het traject voor opname is beschreven in andere protocollen/procedures. Tevens geldt de zorg- en dienstverleningsovereenkomst die wordt afgesloten tussen zorgvrager en zorgaanbieder.

- Formuleren van een perspectief;
- Het formuleren van de behoeftes/wensen;
- Bepalen van de behoefte aan professionele zorg en vertaling in zorgvragen;
- Het maken van afspraken c.q. afstemmen vraag en aanbod (taak zorgvrager en hoofdbehandelaar in overleg met betrokken disciplines).

De zorgplanmethodiek betreft een cyclisch proces: **Plan Do Check Act**

4.3. Het opstellen van het zorgplan (Plan)

De gegevens uit het intake- en opnametraject worden gebruikt als eerste aanzet voor het zorgplan bij nieuwe opnames. De werkwijze en inhoud voor het opstellen van het zorgplan en de zorgplanbespreking zijn uitgewerkt binnen de hoofdstukken 5 en 6.

4.4. De zorgverlening (Do)

Tijdens de daadwerkelijke zorgverlening conform zorgplan zal voor de zorgvrager en de zorgverlener duidelijk worden of de invulling van het zorgplan, in termen van zorgvragen uitgewerkt in doelen en activiteiten, adequaat is.

De wensen en behoeften van de zorgvrager staan voortdurend centraal en registraties/rapportages⁶ vinden plaats om de zorginzet kwalitatief en kwantitatief te toetsen, te bewaken en waar nodig te begeleiden en bij te stellen.

4.5. Evalueren zorgplan, monitoren zorgzwaarte (Check)

Tijdens de zorgplanbespreking worden evaluatiemomenten vastgesteld om de doelen en afspraken zoals opgenomen in het zorgplan, te evalueren en desgewenst bij te stellen.

Gekeken wordt of de ZZP indicatie zoals verstrekt nog passend is bij de zorgvrager. Indien nodig wordt een herindicatietraject opgestart. Het aanvragen van een herindicatie bij het Centrum Indicatiestelling Zorg dient te gebeuren door de zorgvrager, waarbij de zorgverleners een adviserende en ondersteunende rol kunnen hebben.

4.6. Bijstellen zorgplan (Act)

Mocht uit tussentijdse evaluaties naar voren komen dat het zorgplan bijstelling behoeft (er kan niet tot het volgende zorgplan gewacht worden), worden die bijstellingen gedaan op initiatief en supervisie van de hoofdbehandelaar in overleg met de zorgvrager en betrokken zorgverleners.

4.7. Afsluitend gesprek

Bij overplaatsingen van zorgvragers naar een andere woning binnen Kempenhaeghe en bij het volledig uit zorg gaan vinden afsluitende gesprekken plaats (dat kan door overplaatsing naar een andere instelling, maar ook na overlijden).

Bij het afsluitende gesprek⁷ zijn minimaal aanwezig de zorgvrager/vertegenwoordiger, de hoofdbehandelaar en de coördinator van zorg. Er bestaat ook de mogelijkheid voor de zorgvrager om het afsluitende gesprek te voeren met een onafhankelijk persoon, deze mogelijkheid wordt aangeboden bij het plannen van het gesprek. De resultaten uit het afsluitende gesprek worden o.a. gebruikt als leermoment voor de organisatie hoe de zorgverlening kan worden verbeterd.

⁶ Er vinden verschillende soorten rapportages plaats: dagrapportages, observatierapportages, doelgerichte rapportages, disciplinaire rapportages.

⁷ Een procedure voor het voeren van afsluitende gesprekken wordt ontwikkeld.

5. Werkwijze van het zorgplan

Het tijdspad van het zorgplan binnen Kempenhaeghe is als volgt:

Wanneer	Wat	Door wie
	Opstellen van een jaarlijks schema voor zorgplanbesprekingen De coördinator van zorg heeft hierin een actieve rol: organiseert de afspraak. Hierbij zijn er vaste dagen per woongroep/unit aangegeven.	Medisch secretariaat in overleg met de hoofdbehandelaar, coördinator van zorg en zorgvrager
	De coördinator van zorg plant de afspraak en geeft aan het medisch secretariaat de definitieve data en tijden door.	Coördinator van zorg (m.u.v. kindergroepen Vinckert/Sandt: vooralsnog door Medisch secretariaat)
Minimaal 8 weken voor aanvang zorgplanbespreking	Uitnodigen van zorgvrager in verband met de voorbereidingen voor het zorgplan om zo de participatie te vergroten (kan op verzoek van zorgvrager ook telefonisch plaatsvinden).	Coördinator van zorg
	Afspraak bevestigen aan zorgvrager voor zorgplanbespreking (brief).	Medisch secretariaat
Minimaal 6 weken voor aanvang zorgplanbespreking	Aanleveren gegevens van zorgvrager en alle disciplines voor het concept zorgplan aan de hoofdbehandelaar/ coördinator van zorg.	Betrokkenen zorgplan
	Opstellen concept zorgplan.	Hoofdbehandelaar en/of coördinator van zorg
Minimaal 3 weken voor aanvang zorgplanbespreking	Concept zorgplan vaststellen en verstrekken aan secretariaat samen met agenda.	Hoofdbehandelaar
Minimaal 2 weken voor aanvang zorgplanbespreking	Concept zorgplan, brief en agenda naar betrokkenen bespreking toesturen.	Medisch secretariaat
Moment X	Zorgplanbespreking.	Alle betrokkenen
	Definitief zorgplan opstellen.	Hoofdbehandelaar en/of coördinator van zorg
Binnen 4 weken na zorgplanbespreking	Definitief zorgplan versturen aan zorgvrager ter vaststelling.	Medisch secretariaat
Binnen 4 weken na ontvangst definitief zorgplan	Retournering ondertekend exemplaar door zorgvrager.	Zorgvrager
	Opbergen ondertekend vastgesteld zorgplan en melden/verstrekken aan betrokken disciplines.	Hoofdbehandelaar / medisch secretariaat

Het tijdspad is van toepassing bij zorgvragers die reeds binnen de instelling verblijven. Voor zorgvragers die worden opgenomen en waarvan de verwachting is dat zij minimaal drie maanden binnen de instelling zullen verblijven, dient binnen zes weken een zorgplan te worden opgesteld⁸. De opstelling van het zorgplan binnen zes weken na opname gebeurt op initiatief en onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar: de tijdsplanning zoals hierboven beschreven is niet van toepassing.

5.1. Zorgplan Basis en Zorgplan Plus

Binnen Kempenhaeghe wordt gewerkt met een Zorgplan Basis en een Zorgplan Plus. Het Zorgplan Basis betreft een zorgplanbespreking met de volgende deelnemers: zorgvrager,

⁸ Zie ook hoofdstuk 3, randvoorwaarden

hoofdbehandelaar/orthopedagoog⁹, de coördinator van zorg en een vertegenwoordiger vanuit dagbesteding/school.

Het Zorgplan Plus betreft een zorgplanbespreking met een grotere delegatie van professionals met minimaal aanwezig de zorgvrager, hoofdbehandelaar, de algemeen arts, de coördinator van zorg, een vertegenwoordiging vanuit dagbesteding/school en op indicatie van de hoofdbehandelaar overige medische en paramedische disciplines.

Bij een nieuwe opname geldt dat de eerste zorgplanbespreking altijd een Zorgplan Plus is.

Elk jaar vindt een zorgplanbespreking plaats. Minimaal 1 keer per twee jaar dient dit een Zorgplan Plus te zijn. Het is aan de zorgvrager en de hoofdbehandelaar om te besluiten of het een Zorgplan Basis of Zorgplan Plus betreft; dit hangt mede af van de zorgvragen.

5.2. Taken en verantwoordelijkheden bij het opstellen van het concept zorgplan

De zorgvrager en de coördinator van zorg hebben vooroverleg inzake de zorgplanbespreking minimaal acht weken voordat de zorgplanbespreking plaatsvindt.

Instrumenten zoals opgenomen in Bijlage I en de checklist van Bijlage II kunnen hierin ondersteunen.

De coördinator van zorg levert aan de hoofdbehandelaar uiterlijk zes weken voor de zorgplanbespreking de benodigde informatie aan vanuit de zorgvrager en de diverse disciplines die rond de zorgvrager betrokken zijn. Het concept zorgplan (Basis en Plus) wordt geschreven onder supervisie en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar kan besluiten om het schrijven van het zorgplan te delegeren aan de coördinator van zorg, echter de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor het vaststellen van het zorgplan ligt bij de hoofdbehandelaar. In de praktijk zullen dit de Zorgplannen Basis en zorgplannen met niet complexe zorgvragen zijn die door de coördinator van zorg geschreven worden.

5.3. Uitnodiging voor de zorgplanbespreking

De uitnodigingsbrief voor de zorgplanbespreking Plus en Basis inclusief agenda (Bijlage III) en het concept zorgplan wordt minimaal twee weken voor de zorgplanbespreking verstuurd naar de deelnemers van de zorgplanbespreking ter voorbereiding. Dit wordt verstuurd door de hoofdbehandelaar via het medisch secretariaat.

Bij zorgplanbesprekingen zal de neuroloog alleen op indicatie aanwezig zijn. Met een periodiek consult¹⁰, voorafgaand aan de zorgplanbespreking, is de bijdrage van de neuroloog voldoende geborgd. Indien er na een zorgplanbespreking behoefte is tot overleg met de neuroloog kan men hiertoe een afspraak maken. Indien de familie nog vragen mocht hebben, kan men ook een afspraak maken bij de neuroloog.

5.4. De zorgplanbespreking

De hoofdbehandelaar is de voorzitter van de zorgplanbespreking. Verslaglegging gebeurt door de auteur van het zorgplan. Aan het begin van de zorgplanbespreking gaat de hoofdbehandelaar na of de agenda alle elementen bevat die de zorgvrager en de overige aanwezigen willen bespreken. Indien nodig worden agendapunten toegevoegd.

Het uitgangspunt bij de zorgplanbespreking is om tot overeenstemming te komen. Mocht dit niet lukken tijdens de bespreking, dan wordt direct een vervolgspraak gemaakt om alsnog tot consensus te komen. In de tussenliggende periode blijft het vorige zorgplan geldig. Wanneer er niet eerder een zorgplan is opgesteld, wordt naar eer en geweten zorg verleend.

⁹ Bij de meeste zorgvragers is een orthopedagoog hoofdbehandelaar, echter binnen de kindergroepen is een AVG- arts hoofdbehandelaar. In dat laatste geval dient ook de orthopedagoog aanwezig te zijn bij het Zorgplan Basis.

¹⁰ Een checklist ter voorbereiding op het consult van de neuroloog is ontwikkeling.

Lukt het ondanks alle inspanningen niet om tot consensus te komen, dan ligt er een geschil. Het is niet goed mogelijk om in algemene bewoordingen aan te geven hoe een dergelijk geschil opgelost wordt. Veelal zal getracht worden om acceptabele compromissen te bereiken. Soms zal de mening van een (onpartijdige) derde gevraagd worden. In een uiterste situatie geldt dat de zorgverlener alleen verplicht is die vragen en wensen van de vertegenwoordiger over te nemen die hij verenigbaar acht met de zorg van een goed zorgverlener. Uiterste consequentie van het niet bereiken van overeenstemming kan zijn dat de bewoner, de wettelijke vertegenwoordiger of Kempenhaeghe besluit het verblijf te beëindigen. Kempenhaeghe heeft een zorgplicht en dient te bemiddelen in goede vervolgpvang.

Het streven is dat de zorgplanbespreking 1 uur duurt en vindt plaats in een ruimte met benodigde faciliteiten.

5.5. Na afloop van de zorgplanbespreking

Aan de hand van de zorgplanbespreking wordt het zorgplan definitief gemaakt door de auteur. In geval het de coördinator van zorg betreft legt hij/zij het zorgplan voor aan de hoofdbehandelaar ter finale toetsing. Het definitieve zorgplan wordt verstuurd aan de zorgvrager en de betrokken zorgverleners via het medisch secretariaat.

Aan de zorgvrager wordt gevraagd om een handtekening te zetten onder het exemplaar dat aan Kempenhaeghe geretourneerd wordt ten behoeve van het Elektronisch Patiënten Dossier (inscannen). De zorgvrager wordt erop geattendeerd dat indien de zorgvrager niet binnen 4 weken reageert, er vanuit wordt gegaan dat men instemming verleent aan het zorgplan. Omdat er tussen zorgplanbespreking en definitief zorgplan altijd enige weken zitten, maakt iedere discipline werkaantekeningen van de bespreking. Op die manier kan er direct na de bespreking aan de slag worden gegaan met de gemaakte afspraken. Iedere discipline is verantwoordelijk voor de invulling en uitvoering van het werkplan¹¹ wat door de betreffende discipline wordt opgesteld naar aanleiding van het zorgplan.

6. Inhoud van het zorgplan

Het zorgplan is het centrale raamwerk voor elke discipline en geeft richting aan de zorg.

6.1. Onderdelen van het Zorgplan

Het Zorgplan van Kempenhaeghe is te zien als een “actief” document en bestaat uit de volgende onderdelen:

- ❖ Algemene gegevens van de zorgvrager
- ❖ Wilsbekwaamheid
- ❖ Datum zorgplanbespreking en aanwezigen
- ❖ Persoonsbeeld, perspectief
- ❖ Lichamelijke gezondheid met als apart onderdeel de epilepsie
- ❖ Psychisch welbevinden
- ❖ Wonen
- ❖ Dagbesteding/ werk/ (zorg)onderwijs
- ❖ Vrijtijdsbesteding, opleiding
- ❖ Participatie samenleving en sociale netwerken
- ❖ Samenwerking
- ❖ Middelen en Maatregelen
- ❖ Overig

Per onderdeel is ruimte opgenomen voor een evaluatie van zorgvragen uit het vorig zorgplan en de nieuwe zorgvragen.

Bijlage IV bevat het format van het zorgplan.

¹¹ Werkplan: afhankelijk van de discipline is dit een verpleegplan, een activiteitenplan, een leerplan, een paramedisch behandelplan, orthopedagogisch behandelplan enz.

*Basisdocument*¹²

Er zijn verschillende onderwerpen die voorheen uitgebreid in het zorgplan beschreven stonden maar nu in een apart basisdocument worden opgenomen. Dit basisdocument wordt opgesteld door de hoofdbehandelaar en is te zien als meerjaren document. Het basisdocument bestaat o.a. uit het persoonsbeeld, een beschrijving van de basiszorg en de ondersteuning daarin (met een koppeling naar het ZorgZwaartePakket) en de voorgeschiedenis. Bij nieuwe zorgplanbesprekingen (start 2010) wordt dit basisdocument eenmalig verstrekt. Daarna wordt het als apart document opgenomen maar in het elektronische dossier.

De vermelding "Basisdocument is in bezit van zorgvrager" voldoet in het format.

Bij significante wijzigingen in het basisdocument zal het document, na actualisatie, besproken worden in het zorgplan en opnieuw worden verstrekt aan de zorgvrager.

6.2. De zorgvrager

Per onderdeel van het zorgplan wordt gestart met de inbreng van de zorgvrager. Gevraagd wordt naar eventuele veranderingswensen. Het vooroverleg met de coördinator van zorg ter voorbereiding op het zorgplan (dit kan telefonisch en/of via een persoonlijk gesprek) kan hierin ondersteunen. Er kan gekozen worden dit gedeelte alleen in het concept zorgplan naar voren te laten komen. In het definitieve zorgplan kan de inbreng van de zorgvrager worden verweven in het document als één geheel.

6.3. Uitwerking van zorgvragen

Per onderdeel in het zorgplan is er de mogelijkheid om zorgvragen concreet uit werken in de volgende onderdelen:

- Een omschrijving van de zorgvraag;
- De doelstelling;
- De werkwijze;
- Wie (verantwoordelijken);
- Evaluatie (criteria en evaluatiemomenten/termijnen);
- Overig/bijzonderheden.

De praktijk laat zien dat het uitwerken van 3 – 5 zorgvragen per zorgplan (afhankelijk van grootte en complexiteit zorgvraag) realistisch en haalbaar is.

6.4. Flexibiliteit van het zorgplan

Mochten bepaalde onderdelen van het zorgplan erg belangrijk zijn en bepalend voor het verloop van de zorgplanbespreking is het mogelijk dit aan te geven in de agenda.

Er is dus sprake van een mate van flexibiliteit in de volgorde van het bespreken van de onderdelen met uitzondering van de algemene gegevens van de zorgvrager, de datum en de aanwezigheid van de zorgplanbespreking: pagina 1.

7. Samenvatting

Kempenhaeghe stelt de participatie van de zorgvrager, binnen het proces van de zorgverlening met als belangrijk onderdeel de zorgplanmethodiek, centraal. Binnen de zorgplanmethodiek kunnen zorgvrager en zorgverlener een bijdrage leveren aan de inhoud van het plan en gezamenlijk vinden zij afstemming tussen vraag en aanbod vanuit de zorgvraag, de visie van de organisatie en de randvoorwaarden (o.a. wetgeving en financiering).

In dialoog met de Cliëntenraad/OFV werd benadrukt dat de toetsbaarheid van uitvoering van het zorgplan erg belangrijk is. Dit krijgt gestalte in:

- de *concrete formulering* van activiteiten en verantwoordelijken;
- meer *transparantie* o.a. middels Zorgportaal en dossierinzage;
- de *verantwoording achteraf* in de zorgplanbesprekingen (evaluatie zorgvragen).

¹² Een format voor het basisdocument wordt opgesteld door de hoofdbehandelaren Z&D

Daarnaast zal via interne *auditering* de zorgplanmethodiek aan de orde komen (insteek iedere afdeling wordt 1 keer per drie jaar geauditeerd). Niet alleen de zorgplanmethodiek, ook de uitwerking in kwalitatieve en kwantitatieve zin worden meegenomen in de audit.

Met de opgestelde zorgplanmethodiek tracht Kempenhaeghe een stevige basis te leggen voor methodisch en professioneel handelen om een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven van de zorgvrager. Het bieden van goede zorg is een proces dat in ontwikkeling is en zal blijven. Deze versie van de zorgplanmethodiek van Kempenhaeghe zal daarom geen eindversie zijn maar is te zien als een “actief” groeidocument.

Bijlage I Instrumenten ter voorbereiding op het zorgplan

Het Zorgplan Kaartspel, uitgegeven door Kansplus/VraagRaak en Platform VG (november 2008).

Het Zorgplan Handreiking, uitgegeven door Kansplus/VraagRaak en Platform VG (november 2008).

Instrumenten opgesteld in het kader van het verbetertraject Sociale Participatie (K.Boelens).

Instrumenten opgesteld in het kader van het project Risico- afweging (D. Valenga).

Mijn Droom (Kempenhaeghe: ontwikkeld vanuit buitenhuizen).

Ouders Helpen Ouders (www.kansplus.nl).

Persoonlijk Toekomst Plan: www.MEE.nl

Radar, Stichting Radar heeft ook een methode ontwikkeld vergelijkbaar met Mijn Droom.
www.radar.org

Verdere ideeën

Organiseren van bijeenkomsten voor zorgvragers om zich voor te bereiden op het zorgplan.

Bijlage II Checklist ter voorbereiding voor het opstellen van het zorgplan

Onderdelen	Toelichting: verschillende voorbeeldvragen met afvinkmogelijkheid
Algemene gegevens	
Wilsbekaamheidsformulier	0 Invullen met zorgvrager.
1. Persoonsbeeld	
Persoonsbeeld en basiszorg	0 Is eerder verstrekt aan zorgvrager: basisdocument.
Voorgeschiedenis	0 Wordt niet apart ingevuld maar is eerder verstrekt aan zorgvrager: basisdocument.
Perspectief	0 Zorgvrager en/of bewoner... 0 Zelfontplooiing 0 Eigen regie 0 Kwaliteit van leven
2. Lichamelijke gezondheid	
Epilepsie	Zie de aparte kopjes in zorgplan format. 0 Bij risicoafweging denk bijvoorbeeld aan vallen, (gebruik van valhelm), fietsen, verdrinkingsgevaar (in bad gaan).
Medische diagnose	Apart document, bijzonderheden worden kort beschreven. 0 Allergieën
Slaap - waakritme	0 Bijzonderheden, rituelen, voorzieningen
Gewicht Dieet Eet- en drinkstoornissen	0 Gewicht, gewichtsverloop 0 Slikproblemen 0 Ondergewicht/ overgewicht
Gehoor en gezichtsvermogen	0 Gehoorapparaten, onderzoeken/ testen 0 Bril/ lenzen, oogonderzoeken
Motorisch functioneren	0 Fijne motoriek 0 Grove motoriek 0 Beperkingen/ mogelijkheden/ hulpmiddelen
Overige medische zorgvragen:	0 bv. chronische aandoeningen (diabetes, hart- en vaatziekten) 0 0 Gehoorsvermogen, gezichtsvermogen, mobiliteit 0 Motoriek 0 Zelfredzaamheid 0 Link naar veiligheid en risico afweging
Medicijngebruik In eigen beheer ja/nee	Voorkeur om medicijnlijst toe te voegen (verstrekkt door AVG arts) van huidige medicatie. Daarnaast overzicht met reeds gebruikte medicatie in verleden met kort aangegeven het resultaat/evaluatie.
3. Psychisch welbevinden	
	0 Zorgvrager en/of bewoner... 0 Diagnostiek 0 Zijn er angsten bij de bewoner ¹³ ? Zo ja welke, wanneer, hoe komt het tot uiting (hullen, wegduiken) ? 0 Is er sprake van een depressie/ depressieve gevoelens bij de bewoner? Zo ja welke, wanneer, op welke manier enz. 0 Is er sprake van probleemgedrag bij de bewoner? Zo ja wat voor probleemgedrag, wanneer enz. 0 Hebben er ingrijpende gebeurtenissen plaatsgevonden waarbij

¹³ Bij het zorgplan staat de bewoner centraal: de formulering zorgvrager voldoet niet aangezien dit ook een vertegenwoordiger kan zijn en het zorgplan niet op de vertegenwoordiger van toepassing is.

Onderdelen	Toelichting: verschillende voorbeeldvragen met afvinkmogelijkheid
	<p>de bewoner is betrokken/ die van toepassing zijn op de bewoner? Zoja welke, wanneer enz.</p> <p><input type="checkbox"/> Prikkelbaar/ onverschilligheid</p> <p><input type="checkbox"/> Vrolijk, opgewekt, blij, lachen (kan verbaal en non- verbaal)</p> <p><input type="checkbox"/> Besef van tijd, plaats, begrip van situaties</p> <p><input type="checkbox"/> Kennisniveau/ ontwikkelingsniveau</p> <p><input type="checkbox"/> Geheugen, concentratie, aandacht</p> <p><input type="checkbox"/> Lichaamsbeleving/ seksualiteitsbeleving</p>
4. Wonen	
	<p><input type="checkbox"/> Zorgvrager en/of bewoner...</p> <p><input type="checkbox"/> Soort woning, locatie, huisgenoten, sfeer</p> <p><input type="checkbox"/> Privacy</p> <p><input type="checkbox"/> Bewegingsvrijheid</p> <p><input type="checkbox"/> Materiële woonwensen (voorzieningen, inrichting)</p> <p><input type="checkbox"/> Duidelijke en overzichtelijke woonomgeving</p> <p><input type="checkbox"/> Interactie met huisgenoten</p>
5. Daginvulling: dagbesteding/ (zorg)onderwijs/ werk	
	<p><input type="checkbox"/> Zorgvrager en/of bewoner...</p> <p><input type="checkbox"/> Soort werk/ dagbesteding, beleving, werktempo</p> <p><input type="checkbox"/> Afwisseling, uitdagendheid</p> <p><input type="checkbox"/> Mogelijkheden</p>
6. Vrijtijdsbesteding en opleiding	
	<p><input type="checkbox"/> Zorgvrager en/of bewoner...</p> <p><input type="checkbox"/> Hoe vult zorgvrager vrije tijd in en vakanties</p> <p><input type="checkbox"/> Balans werk/dagbesteding en vrije tijd</p> <p><input type="checkbox"/> Beweging, sport, clubs</p> <p><input type="checkbox"/> Manier van ontspannen</p>
	<p><input type="checkbox"/> Opleiding en scholing</p>
7. Participatie samenleving en sociale netwerken	
	<p><input type="checkbox"/> Zorgvrager en/of bewoner...</p>
	<p><input type="checkbox"/> Aanwezigheid van netwerken: zie ook instrumenten in deze</p> <p><input type="checkbox"/> Afspraken ten aanzien van contacten (ook bezoeken, bijvoorbeeld begeleiding nodig bij bezoek)</p> <p><input type="checkbox"/> Eenzaamheidsgevoelens</p>
8. Samenwerking	
	<p><input type="checkbox"/> Zorgvrager en/of bewoner...</p>
Participatie	<p><input type="checkbox"/> Participatie van de bewoner</p> <p><input type="checkbox"/> Participatie van de vertegenwoordiger/ overige relaties</p> <p><input type="checkbox"/> Inspraakmogelijkheden</p>
Ervaringen met de bejegening	<p><input type="checkbox"/> Voelt de zorgvrager zich serieus genomen door de zorgverleners? Toelichting</p> <p><input type="checkbox"/> Ervaart de zorgvrager een respectvolle bejegening door de zorgverleners? Toelichting</p> <p><input type="checkbox"/> Communicatie (tussen zorgvrager en zorgverlener, tussen bewoners/ relaties)</p>
9. Middelen en Maatregelen	
Indien van toepassing	<p><input type="checkbox"/> Schema is ingevuld. Hier kunnen vragen over bestaan, dienen geëvalueerd te worden, kijken naar alternatieven.</p> <p>M&M worden standaard 1 keer per half jaar geëvalueerd.</p>
10. Overig	
Omgang met financiën	<p><input type="checkbox"/> Zorgvrager en/of bewoner...</p>

Onderdelen	Toelichting: verschillende voorbeeldvragen met afvinkmogelijkheid
	<input type="checkbox"/> Uitgavenpatroon <input type="checkbox"/> Vermogen
Bewonersbegroting	<input type="checkbox"/> Kosten – baten analyse <input type="checkbox"/> Werkwijze
Hier kan werkelijk alles komen te staan wat eerder niet aan bod is gekomen en waar vragen/wensen kunnen liggen.	<input type="checkbox"/> Geloofsovertuiging <input type="checkbox"/> Levensvragen <input type="checkbox"/> Vervoer <input type="checkbox"/> Bezittingen

Bijlage III Uitnodigingsbrief en agenda zorgplanbespreking

Voorbeeld

Uitnodigingsbrief zorgplanbespreking (Plus en Basis)

Bij de kindergroepen wordt de term 'bewoner' vervangen door 'kind' zodat beter bij de beleving van ouders kan worden aangesloten.

«gericht_aan_naam» «gericht_aan_functie»
«gericht_aan_instantie»
«gericht_aan_adres»
«gericht_aan_plaats»

Datum: «corresp_datum»
Ref.: «referentie»
Afd.: «org_eenheid»

Postadres

Postbus 61
NL-5590 AB Heeze

Medisch secretariaat
Zorg & Dienstverlening
☎ 040-2279409
Fax: 040-2260404

Bezoekadres

Providentia
Albertlaan 19
6029 PN Sterksel

Uitnodiging voor zorgplanbespreking van «Zorgvrager_incl_roepnaam»,
geboren «patient_gebdat», wonende «patient_adres», «patient_plaats»

Geachte heer / mevrouw ,

Hierbij bevestig ik de met u gemaakte afspraak voor de zorgplanbespreking die zal plaatsvinden op:

Dag :
Tijd :
Plaats :

Wij horen graag uw ideeën over wat u belangrijk vindt voor u/ de bewoner. Hiertoe zal de coördinator van zorg u vooraf uitnodigen voor een gesprek.

Tijdens de bespreking van het zorgplan krijgt u eveneens de gelegenheid aan te geven wat u belangrijk acht in de zorg van de bewoner.

Met vriendelijke groeten,

«kh_arts_naam»,
hoofdbehandelaar

Agenda zorgplanbespreking

Naam bewoner : «Patientroepnaam» «Patientvoorvoegsels» «Patientnaam»
Geboortedatum :
Woning :

Datum bespreking :
Tijd :
Plaats :

1. **Opening en vaststellen agenda**
Eventueel toevoegen van agendapunten.
Prioriteiten/volgorde bepalen indien wenselijk.

2. **Het concept zorgplan**
De diverse onderdelen worden besproken.

3. **Samenvatting van de afspraken**

4. **Afsluiting**

Afspraken maken rondom de evaluatiemomenten (1^e pagina zorgplan)

Bijlage IV Format Zorgplan Basis en Zorgplan Plus

CONCEPT/DEFINITIEF **ZORGPLAN 200X** (jaartal)

Naam zorgvrager	:	Geslacht: man/ vrouw
Juridische status	: bewoner is wilsbekwaam/deels wilsbekwaam/wilsonbekwaam Zie ingevulde wilsbekwaamheidsformulier (bijlage).	
Geboortedatum	:	leeftijd:..... jaar
Woning	:	
ZorgZwaartePakket:	..... (zoals afgegeven door CIZ) Zie ook de profielen van de pakketten op www.minvws.nl (gebruikersgidsen)	
Extreme Zorgbehoefte:	0 Ja 0 Nee	toelichting
CIZ indicatie		
Ingangsdatum	: / /	(dag/maand/jaar)
Geldig tot	: / /	(dag/maand/jaar)

Datum bespreking	:.....	Datum vorige bespreking:
Namens bewoner (*aanwezig bij de bespreking):		
Bewoner	:	.....
Inhoudelijk vertegenwoordiger/ mentor/ curator	:	.....
Bewindvoerder	:	.....
Eerste contactadres (indien niet hierboven benoemd)	:	.....
Overig	:	.....
Behandelteam: (*aanwezig bij de bespreking):		
Hoofdbehandelaar	:	.....
Coördinator van zorg	:	.....
Contactpersoon woongroep	:	.....
Alg. arts/ huisarts	:	.....
Psycholoog	:	.....
Dagbesteding	:	.....
Werk	:	.....
(Zorg)Onderwijs	:	.....
Neuroloog	:	.....
Diëtist	:	.....
Fysiotherapeut	:	.....
Ergotherapeut	:	.....
Logopedie	:	.....
Maatschappelijk werk	:	.....
Pastor/ geestelijk verzorger	:	.....
Overige aanwezigen (bv. stagiaire)	:	.....

Instemming

Hierbij stemt de zorgvrager¹⁴ in met de in dit zorgplan beschreven zorg. Tevens geeft zorgvrager hierbij de toestemming om de zorg conform dit zorgplan uit te voeren. Verder verklaart de zorgvrager te zullen doen wat in zijn/haar vermogen ligt om bedoelde zorg te laten slagen. Het multidisciplinaire team in de persoon van hoofdbehandelaar verklaart hierbij de zorg zoals beschreven in dit zorgplan te zullen uitvoeren. De zorgvrager stemt in met het zorgplan door ondertekende retournering van het plan *dan wel door het verstrijken van de reactietijd van 4 weken na datum:*
Aldus ondertekend te _____ op/...../..... (dag/maand/jaar)

Zorgvrager

Hoofdbehandelaar

Ingrijpende wijzigingen omtrent de zorg waarbij diverse disciplines zijn betrokken worden niet zonder voorafgaand overleg met de inhoudelijk vertegenwoordiger genomen.

Informatievoorziening/ bijzondere afspraken¹⁵:

.....
Reanimatiebeleid/ beleid rondom levensbedreigende situaties, afspraken bij overlijden.
.....

Evaluatiemomenten

De zorgvrager wordt mondeling danwel schriftelijk geïnformeerd over de voortgang van de zorg.

Geplande evaluatiemomenten:

Datum/ data :..... :..... :.....

Genodigden :.....
:.....
:.....
:.....

Datum/ data :..... :..... :.....

Genodigden :.....
:.....
:.....
:.....

Het basisdocument is in bezit van zorgvrager: 0 Ja 0 Nee, toelichting

¹⁴ Onder zorgvrager wordt verstaan een natuurlijke persoon die zorg- en dienstverlening van de zorgaanbieder ontvangt of zal ontvangen, al dan niet vertegenwoordigd door diens wettelijk vertegenwoordiger, belangenbehartiger of een ander bij de zorgvrager betrokkene voor zover de zorgvrager geen wettelijk vertegenwoordiger of een belangenbehartiger heeft.

¹⁵ Desgewenst wordt verwezen naar ingevulde lijst contactwensen

1. Persoonsbeeld

Maximaal ½ A4- tje. Hierin opnemen:

- de invloed van epilepsie op dagelijks functioneren;
- de mate van verstandelijke beperking;
- bijkomende problematiek (bv. probleemgedrag, dementie);
- stemming;
- bijzonderheden horen en zien (indien van toepassing): communicatie.

Perspectief

Maximaal 5 regels.

2. Lichamelijke gezondheid

In het kader van de zorgplanbespreking heeft lichamelijk onderzoek plaatsgevonden.

Inbreng vanuit de zorgvrager:

Veranderingswensen:

Epilepsie:

- Omschrijving epilepsie (diagnose en etiologie, oorzaak):
- Omgang met epilepsie (invloed op het dagelijkse leven incl. nazorg):
- Risico afweging:
- Aanvalsregistratie: 0 ja 0 nee: cliënt aanvalsvrij? 0 ja 0 nee
- Tevreden met aanvalsregistratie: 0 ja 0 nee: toelichting
- Relatie gedrag en epilepsie:
- Nachtelijke zorg:
- Overig.....

Medische diagnose (incl. allergieën):

Apart document. Bijzonderheden ten opzichte van het vorige zorgplangesprek worden beschreven. Checklist voor de arts:

Decursus AVG PGO volwassenen

Vraagstelling/ actuele gezondheidsvragen

1. Korte beschrijving/ etiologie
2. Somatische beperkingen
3. Epilepsie (zie apart kopje)
4. Medicatie (zie apart kopje)
5. Relevante gezondheidsrisico's: MR syndroom gerelateerd, epilepsie gerelateerd/ familie anamnese: osteoporose hart vaatziekten, maligniteiten (vrouwen –mannen) niet kaukasische afkomst, anemie, UWI, obstipatie, diabetes (HBA1c)
6. Lichamelijk onderzoek:
 - Algemeen; contact/ niveau van functioneren/ bijzondere kenmerken/ huid
 - Lengte, gewicht
 - Bloeddruk
 - Bewustzijn
 - Aandacht
 - Stemming/gedrag
 - Hoofd -hals: oren/ ogen/ mond

<ul style="list-style-type: none"> • Thorax: longen hart, mammae • Abdomen: interne organen genitalia • Houding/ motoriek:armen/ benen/ wervelkolom <p>7. Beleid/conclusies</p>
Slaap- waakritme:
Gewicht: Dieet: Eet- en drinkstoornissen: <i>Bijdrage diëtist</i>
Gehoor: Gezichtsvermogen: <i>Bijdrage logopedie</i> (evt. hulpmiddelen)
Motorisch functioneren: <i>Bijdrage ergotherapie, fysiotherapie, logopedie</i> (evt. hulpmiddelen)
Overige medische zorgvragen:
Medicijngebruik: (overzicht onderverdelen in anti- epileptica, gedragsbeïnvloedende en overig) In eigen beheer: 0 Ja 0 Nee, toelichting
Overige gezondheidsaspecten

Evaluatie zorgvraag vorig Zorgplan

Doelstelling (SMART¹⁶)
Evaluatie (doelstelling behaald?)

Nieuwe zorgvraag

Zorgvraag omschrijving
Doelstelling (SMART)
Werkwijze
Wie (verantwoordelijken)
Evaluatie (criteria en evaluatiemomenten/termijnen)
Overig/ bijzonderheden

¹⁶ SMART staat voor Specifiek Meetbaar Acceptabel Realistisch en Tijdsgebonden

3. Psychisch welbevinden

Inbreng vanuit de zorgvrager:
Veranderingswensen:

Psychisch welbevinden:

Overig:

Evaluatie zorgvraag vorig Zorgplan

Doelstelling (SMART)

Evaluatie (doelstelling behaald?)

Nieuwe zorgvraag

Zorgvraag omschrijving

Doelstelling (SMART)

Werkwijze

Wie (verantwoordelijken)

Evaluatie (criteria en evaluatiemomenten/termijnen)

Overig/ bijzonderheden

4. Wonen

Inbreng vanuit de zorgvrager:
Veranderingswensen:

Evaluatie van de huidige woonvorm:

Huisvesting biedt voldoende privacy: 0 ja 0 nee toelichting

Veiligheid wordt ervaren: 0 ja 0 nee toelichting

Interactie met huisgenoten:

Overig (bv. dagritme, routine, dagelijkse bezigheden):

Evaluatie zorgvraag vorig Zorgplan

Doelstelling (SMART)

Evaluatie (doelstelling behaald?)

Nieuwe zorgvraag

Zorgvraag omschrijving
Doelstelling (SMART)
Werkwijze
Wie (verantwoordelijken)
Evaluatie (criteria en evaluatiemomenten/termijnen)
Overig/ bijzonderheden

5. Daginulling: dagbesteding en/of werk en/of (zorg)onderwijs

Inbreng vanuit de zorgvrager: Veranderingswensen:
Vrije tekst (bv. evaluatie)

Deelname dagbesteding / werk/ onderwijs op hoofdlijnen

Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag

Benoemen indien mogelijk locatie en desgewenst koppeling inhoud/doel.

Evaluatie zorgvraag vorig Zorgplan

Doelstelling (SMART)
Evaluatie (doelstelling behaald?)

Nieuwe zorgvraag

Zorgvraag omschrijving
Doelstelling (SMART)
Werkwijze
Wie (verantwoordelijken)
Evaluatie (criteria en evaluatiemomenten/termijnen)
Overig/ bijzonderheden

6. Vrijtijdsbesteding, opleiding

Inbreng vanuit de zorgvrager: Veranderingswensen:
Vrije tekst (bv. evaluatie)

Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag

Tevens locatie aangeven indien mogelijk (binnen/buiten de woning)

Evaluatie zorgvraag vorig Zorgplan

Doelstelling (SMART)
Evaluatie (doelstelling behaald?)

Nieuwe zorgvraag

Zorgvraag omschrijving
Doelstelling (SMART)
Werkwijze
Wie (verantwoordelijken)
Evaluatie (criteria en evaluatiemomenten/termijnen)
Overig/ bijzonderheden

7. Participatie samenleving en sociale netwerken

Inbreng vanuit de zorgvrager: Veranderingswensen:
--

Sociale netwerk in kaart gebracht ¹⁷ : 0 ja 0 nee toelichting
Ondersteuning bij opbouwen en Onderhouden van relaties: 0 ja 0 nee toelichting
Mogelijkheden voor deelname aan de samenleving: 0 ja 0 nee toelichting
Indien zorgvrager in weekenden en/of vakanties/ en/ of door de week bij familie/ sociale contacten logeert, verloop van het verblijf aangeven:
Indien bezoek van toepassing is, verloop van het bezoek aangeven:
Overig:

¹⁷ Instrumenten zoals gebruikt binnen het verbetertraject Sociale Participatie kunnen hiervoor als basis dienen.

Evaluatie zorgvraag vorig Zorgplan

Doelstelling (SMART)
Evaluatie (doelstelling behaald?)

Nieuwe zorgvraag

Zorgvraag omschrijving
Doelstelling (SMART)
Werkwijze
Wie (verantwoordelijken)
Evaluatie (criteria en evaluatiemomenten/termijnen)
Overig/ bijzonderheden

8. Samenwerking

Inbreng vanuit de zorgvrager: Veranderingswensen:
--

Participatie 0 Cliënt 0 Vertegenwoordiger/ relaties Ervaringen met de bejegening

Evaluatie zorgvraag vorig Zorgplan

Doelstelling (SMART)
Evaluatie (doelstelling behaald?)

Nieuwe zorgvraag

Zorgvraag omschrijving
Doelstelling (SMART)
Werkwijze
Wie (verantwoordelijken)
Evaluatie (criteria en evaluatiemomenten/termijnen)
Overig/ bijzonderheden

9. Middelen en Maatregelen

Inbreng vanuit de zorgvrager:
Veranderingswensen:

0 Nee, niet van toepassing
0 Ja, Bijlage Middelen en Maatregelen

Bijzonderheden n.a.v. de evaluatie:
(uitgangspunt is terugdringen M&M)

Overige maatregelen ter beperking van de (bewegings)vrijheid:

10. Overig

Inbreng vanuit de zorgvrager:
Veranderingswensen:

Omgang met financiën:

Bewonersbegroting opgesteld: 0 ja 0 nee toelichting

Overig

...

Bijlage bij het zorgplan Wilsbekwaamheidsformulier

Wilsbekwaamheidsformulier behorend bij zorgplan d.d.:

Naam zorgvrager :
Geboortedatum :
Geslacht : M V
Woning :

T.a.v. onderstaande onderwerpen →	is bewoner wilsbekwaam/ kan hij alleen beslissen	kan bewoner in overleg/ met enige hulp beslissen	is bewoner niet wilsbekwaam
Zorgplan: bijdrage formuleren. Hulpvraag/zorgvraag formuleren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie: risico's afwegen (gebruik helm, rolstoel, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Woonvorm (op terrein/ in dorp, woongroep/appartement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inrichting van eigen kamer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wensen t.a.v. privacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagbesteding / werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opnemen van een vrije dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteding zakgeld < € 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteding bedragen > € 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuze van vrijetijdsbesteding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuze van dagelijkse zaken, zoals eten en drinken, dagelijkse kleding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanschaf van kleding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact (of juist niet) met familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aangaan van vriendschappelijke relaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aangaan van intieme relaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuze vertegenwoordiger: (mentor, curator, bewindvoerder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toestemming medische behandeling, ziekenhuisopname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beslissingen rondom levenseinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegingsvrijheid/ toepassen vrijheidsbeperkende maatregelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lidmaatschap bewonersraad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klacht indienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melden van misbruik/ beroep doen op vertrouwensarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zelfstandig inzage in dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opmerking(en):			

Datum ingevuld :
Door coördinator van zorg (voorn.+naam) :

Voor akkoord, naam hoofdbehandelaar :

Spelregels:

- Evaluatie van M&M vindt 1 keer per half jaar plaats
- Invullen met bewoner/ vertegenwoordiger. Deze vragenlijst is van toepassing bij bewoners van 16 jaar en ouder. Bij jongere bewoners kan deze lijst naar bevinden aangepast worden
- De coördinator van zorg doet een voorstel voor het invullen van het formulier, het resultaat wordt voorgelegd aan de hoofdbehandelaar. -Deze lijst dient besproken en geaccordeerd te worden met het zorgplan van corresponderende datum, en hoeft daarom niet apart ondertekend te worden.

Bijlage bij het zorgplan Middelen en Maatregelen

Gekoppeld aan het geautomatiseerde M&M systeem

Nr	Omschrijving M&M	Onder welke omstandigheden/ sprake van verzet	Reden M&M	Alternatieven	Periode van M&M Evaluatie

Referenties

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

Kwaliteitswet zorginstellingen (te vinden op minvws.nl)

De Twentse Zorgcentra, 2007 (Enschede), *Handleiding Persoonlijk Ondersteuningsplan*.

Kansplus, VraagRaak, Platform VG, 2008 (Utrecht), *Het Zorgplan, kaartspel. Het zorgplan, Handreiking*.

Kempenhaeghe, Prestatie- indicatoren Kempenhaeghe (in ontwikkeling)

Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, 2008 *Kwaliteitsindicatoren*. Voor de actuele stand van zaken: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Ministerie van VWS, februari 2009 (Den Haag), *Nieuwsbrief Zorgzwaartebekostiging*.

Plexus Medical Group november 2008, *Evaluatierapport Pilot Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg*.

Pricewaterhouse Coopers Advisory N.V. en Bureau Taal, januari 2009 (Zoetermeer), *Gebruikersgids Zorgzwaartepakketten Verstandelijke beperking*

Regionale Federatie van Ouderenverenigingen, januari 2009, *Zorgzwaartepakket en Zorgplan*.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden jaargang 2009 (Den Haag), *Besluit Zorgplanbespreking AWBZ- Zorg*.

Werkgroep ouders Regie over Eigen Leven, januari 2009 (Uden); *Mijn leven, mijn regie; Jouw plan? Verslag onderzoek formats zorgplannen bij Brabantse zorgaanbieders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*.

Websites:

www.ciz.nl

www.hkz.nl

www.igz.nl

www.kansplus.nl

www.kiesbeter.nl

www.methodieken.nl

www.minvws.nl

www.nizw.nl

www.vgn.org

www.zorgzwaartebekostiging.nl

Verklarende woordenlijst

Bewoner: degene aan wie de zorg verleend wordt.

Doelen: datgene wat je wilt bereiken.

Indicatiebesluit: het besluit (gesteld door het Centrum Indicatiestelling Zorg: CIZ) dat nodig is om zorgverlening te krijgen in een AWBZ instelling.

Multidisciplinair: meerdere deskundigheden bij elkaar.

Multidisciplinair werken: Onder multidisciplinair werken wordt verstaan dat de patiënt met epilepsie en/of slaapwaakstoornissen en zijn nabije omgeving op zowel lichamelijk als psychisch en (maatschappelijk) sociaal vlak benaderd wordt. Alle drie aspecten dienen, indien geïndiceerd, aan bod te komen. De diverse disciplines nemen in dat indiceren hun verantwoordelijkheid en krijgen daartoe van de andere disciplines ook de gelegenheid. Bij multidisciplinair werken wordt van professionals verwacht dat men over de eigen vakdiscipline heen kijkt en openstaat voor kennisuitwisseling. Het vereist niet alleen dat afspraken, taken en acties op elkaar worden afgestemd maar ook dat het komt tot integratie van beleid. Multidisciplinair werken is het sleutelproces voor de hulpverlening aan patiënten met complexe gezondheidsproblematiek. Het moet leiden tot een antwoord op patiëntenvragen. Referentie opgesteld door MDS Kempenhaeghe 2008

Paramedici: de fysiotherapeut, logopedist, diëtist en ergotherapeut.

Perspectief: datgene waar iemand uiteindelijk op wenst uit te komen.

Vertegenwoordiger: degene die de belangen van de bewoner behartigt.

Zorgaanbieder: de rechtspersoon die één of meer instellingen beheert die zorg- en dienstverlening biedt aan zorgvragers met een beperking en die op grond van de Wet toelating zorginstellingen is toegelaten om AWBZ-zorg te leveren.

Zorgplan: een *multidisciplinair* opgesteld document waarin voor de komende periode doelen worden gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de bewoner. Globaal wordt beschreven hoe de doelen worden bereikt en wie voor de uitvoering verantwoordelijk is.

Zorgplanbespreking: de bespreking waarin het concept zorgplan besproken wordt. De bespreking waarin gezamenlijke doelen en afspraken over de te leveren zorg worden gemaakt.

Zorgverlening: (het verrichten van) handelingen op het gebied van zorg en ondersteuning van een zorgvrager.

Zorgverlener: een natuurlijke persoon in dienst van de zorgaanbieder die de handelingen verricht op het gebied van zorg en ondersteuning van de zorgvrager.

Zorgvrager: een natuurlijke persoon die zorg- en dienstverlening van de zorgaanbieder ontvangt of zal ontvangen, al dan niet vertegenwoordigd door diens wettelijk vertegenwoordiger, belangenbehartiger of een ander bij de zorgvrager betrokkene voor zover de zorgvrager geen wettelijk vertegenwoordiger of een belangenbehartiger heeft.