



Centrum voor Epilepsiewoonzorg
Kempenhaeghe

Beleidsnotitie

Zorgplanmethodiek

Kempenhaeghe

Centrum voor Epilepsiewoonzorg (CEW)

Autorisator: F. Tan, sectorhoofd Behandeling CEW

Beoordelaar(s): hoofdbehandelaar CEW en leden tijdelijke

Werkgroep zorgplanmethodiek 2016: A. Haenen, R. Mulder, M. Beetz

Auteur: M. van den Hove, beleidsmedewerker CEW

Versie: 2 november 2016

Evaluatie: november 2017

Inhoudspagina

	Paginanummer
1. Inleiding	3
2. Doelstelling	3
3. Randvoorwaarden	4
4. De zorgplanmethodiek	4
4.1. Cliënt met 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. Toelichting zorgplan plus	7
5.2. Werkwijze van het zorgplan plus	7
5.3. Taken en verantwoordelijkheden bij het opstellen van het concept zorgplan plus	8
5.4. Uitnodiging voor de zorgplan plus bespreking	9
5.5. De zorgplan plus bespreking	9
5.6. Na afloop van de zorgplan plus bespreking	9
5.7. Toelichting zorgplan basis bespreking	10
5.8. Werkwijze zorgplan basis bespreking	10
5.9. Na afloop van de zorgplan basis bespreking	10
6. Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg	11
7. Samenvatting	11
Bijlagen	12
Referenties	31
Verklarende woordenlijst	32

1. Inleiding

Het opstellen van een zorgplan voor en in nauwe afstemming met de cliënt is al sinds eind jaren 90 een goede gewoonte binnen het Centrum voor Epilepsiewoonzorg (CEW) van Kempenhaeghe. Afgelopen jaren hebben diverse evaluaties en aanpassingen plaatsgevonden om de zorgplanmethodiek verder af te stemmen op de wensen en behoeften van de cliënt en de zorgaanbieder, maar ook om tegemoet te komen aan de regelgeving en landelijke ontwikkelingen.

De invoering van de Wet Langdurige Zorg (Wlz) vanaf 2015 heeft de noodzaak gegeven om de zorgplanmethodiek te herzien. Een jaar na invoering van de Wlz is besloten de werkwijze te evalueren, ook in het licht van het voornemen van Kempenhaeghe enkele herzieningen door te voeren voortvloeiend uit het ambitieplan CEW 2016-2020 en het ontwikkelplan zoals opgesteld in overleg met het Zorgkantoor (thema innovatie: vermindering bureaucratielasten). Kempenhaeghe wil met de vernieuwde zorgplanmethodiek toewerken naar een vereenvoudigere (en minder tijdrovende) werkwijze en een beter leesbaar zorgplan voor de betrokkenen. Binnen de nieuwe zorgplanmethodiek krijgen persoonlijk begeleiders een grotere regierol, op deze manier worden verantwoordelijkheden zo laag mogelijk binnen de organisatie gelegd. Ten aanzien van de zorgplanmethodiek ook een begrijpelijke keuze, de persoonlijk begeleider is immers de coördinator van de zorg van de cliënt en diens eerste aanspreekpunt.

2. Doelstelling

Het zorgplan is een belangrijk hulpmiddel voor de cliënt 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 cliënt en zorgverlener. In de (uitgebreide en basis) besprekingen van het zorgplan ligt de focus met name op het voorliggende (**toekomstige**) **half jaar** wat mede ingegeven wordt door een korte evaluatie van het afgelopen half jaar.

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

De functie van het zorgplan op niveau van de cliënt:

- a. Het zorgplan dient voor het vinden van **afstemming** tussen de **zorgvraag** van de cliënt en **het zorgaanbod** van de zorgverlener. Het geïndiceerde Zorgprofiel (voorheen Zorg Zwaarte Pakket) vormt het kader voor de omvang van zorg die geleverd kan worden vanuit de Wlz financiering;
- b. Het zorgplan geeft de **cliënt 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 (i.s.m. de disciplineplannen) informatie over de cliënt waardoor **continuïteit van de zorg gewaarborgd** kan worden (bijvoorbeeld bij in dienst treding van nieuwe medewerkers);
- c. Het zorgplan stelt de zorgverlener in staat om de **zorgbehoefte van de cliënt 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 cliënt staat centraal en participatie binnen het zorgplan is een vereiste.

Het zorgplan is onderdeel van de zorg- en dienstverleningsovereenkomst.

De bespreking (evaluatie) van het zorgplan vindt twee keer per jaar plaats. De bespreking kan enkel en alleen plaatsvinden in aanwezigheid* van de cliënt en/of vertegenwoordiger, tenzij deze daar vanaf ziet. Dat wordt dan vastgelegd in het dossier door de persoonlijk begeleider. De cliënt en/of vertegenwoordiger die aanwezig is bij de zorgplanbespreking wordt geacht andere betrokkenen uit het cliëntsysteem adequaat te informeren over het zorgplan.

**het kan ook telefonisch indien vertegenwoordiger niet in de gelegenheid is naar KH te komen en hier de voorkeur aangeeft.*

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

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

Het Wettelijk kader

Op 1 januari 2015 is de Wlz ¹ in werking getreden: hierin staat opgenomen dat zorgaanbieders worden verplicht met een cliënt minimaal twee keer per jaar een evaluatie van het zorgplan te houden. Uiterlijk binnen zes weken na aanvang van de zorg dient een plus 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 Wlz.

In de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) zijn tevens eisen opgenomen over de gespreksonderwerpen die aan de orde dienen te komen bij de zorgplanbespreking. Hoe Kempenhaeghe dit vormgeeft is verder uitgewerkt in deze beleidsnotitie.

4. De zorgplanmethodiek

Kempenhaeghe wil cliënten en diens vertegenwoordigers 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 zorgplanmethodiek². Diverse methodieken en instrumenten zijn op landelijk niveau en door Kempenhaeghe ontwikkeld om de participatie en daarmee de regie van de cliënt te vergroten. Zo wordt binnen de volwassen groepen van CEW Kempenhaeghe bv. veel gebruik gemaakt van Active Support.

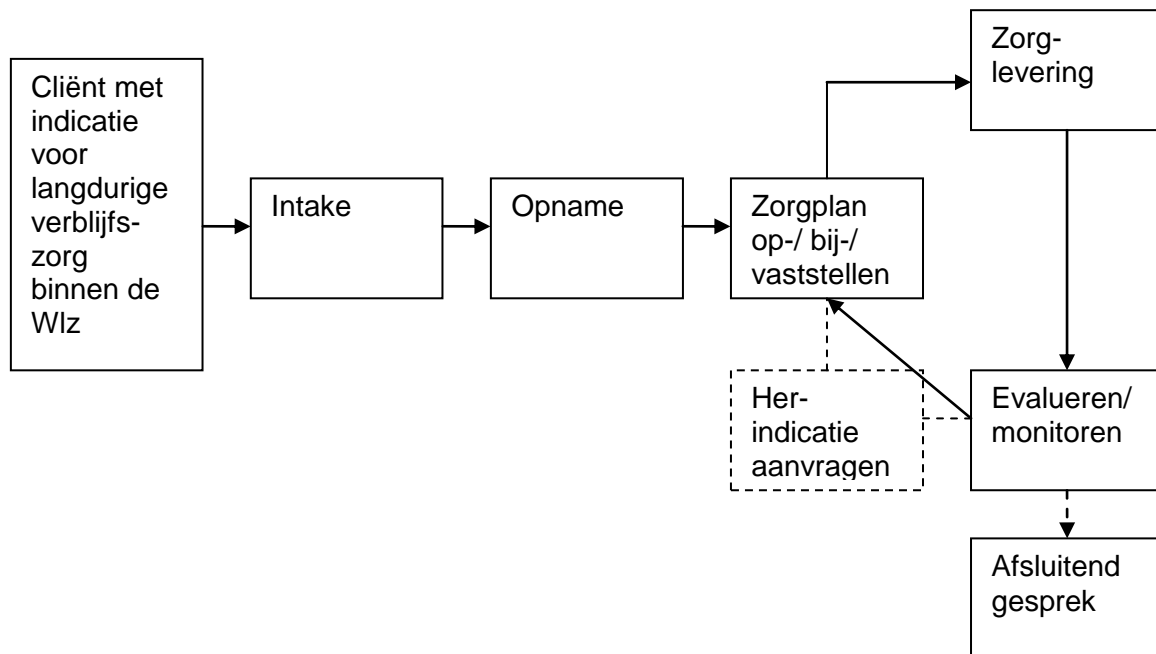
Bijlage I bevat een overzicht van die methodieken en instrumenten. Dit overzicht is niet uitputtend en aanvullingen zijn van harte welkom.

Stappen in de zorgplanmethodiek

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

¹ Referentie www.minvws.nl, publicatie wettekst Wlz (vaststelling 2 december 2014) en AmvB

² Referenties HHM, november 2008 (Enschede), Handreiking Zorgplan versie 1.0 & VGN, oktober 2007 (Utrecht) Handreiking Ondersteuningsplan voor de Gehandicaptenzorg



Figuur 1

4.1. Cliënt met indicatiebesluit

Iedere cliënt die binnen Kempenhaeghe wordt opgenomen in het kader van de Wlz 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 gelaten³.

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 cliënt en zorgverleners:

- Kennismaken met de cliënt en zorgverlener;
- Kennisnemen en gebruik maken van bestaande informatie van de cliënt;
- Het opstellen van een (voorlopig) persoonsbeeld;
- 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 cliënt en hoofdbehandelaar in overleg met betrokken disciplines).

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

³ Het traject voor opname is beschreven in andere protocollen/procedures. Tevens geldt de zorg- en dienstverleningsovereenkomst die wordt afgesloten tussen zorgvrager en zorgaanbieder.

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 hoofdstuk 5.

4.4. De zorgverlening (Do)

Tijdens de daadwerkelijke zorgverlening conform zorgplan zal voor de cliënt 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 cliënt staan voortdurend centraal en registraties/rapportages⁴ 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)

Minimaal twee keer per jaar vindt een evaluatie van het zorgplan plaats. De cliënt en/of dienst vertegenwoordiger wordt in de gelegenheid gesteld bij de zorgplanbespreking aanwezig te zijn.

Gekeken wordt of de indicatie zoals verstrekt nog passend is bij de cliënt. 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 de volgende zorgplanbespreking gewacht worden), worden die bijstellingen gedaan op initiatief van de persoonlijk begeleider onder supervisie van de hoofdbehandelaar in overleg met de cliënt en betrokken zorgverleners.

4.7. Afsluitend gesprek

Bij overplaatsingen van cliënten 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). Een checklist is opgesteld die gebruikt kan worden als ondersteuning/leidraad bij het gesprek. In het kader van de transitiebewegingen nieuwbouw Kloostervelden is afgesproken dat er tijdens die verhuisbewegingen geen aparte exitgesprekken plaatsvinden tenzij er dringende redenen zijn vanuit de cliënt of de zorgverleners om dit wel te doen.

Bij het afsluitende gesprek zijn minimaal aanwezig de cliënt/vertegenwoordiger, de hoofdbehandelaar en de persoonlijk begeleider. Er bestaat ook de mogelijkheid voor de cliënt 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.

⁴ Er vinden verschillende soorten rapportages plaats: dagrapportages, observatierapportages, doelgerichte rapportages, disciplinaire rapportages.

5. Werkwijze van het zorgplan

Eén keer per twee jaar vindt een uitgebreide zorgplanbespreking plaats: zorgplan plus (uitgewerkt onder paragraaf 5.1. tot en met 5.6.).

Drie keer per twee jaar vindt een evaluatiebespreking plaats: zorgplan basis (uitgewerkt onder paragraaf 5.7. tot en met 5.9.).

In sommige situaties (cliënt gerelateerd) kan het noodzakelijk zijn dat er jaarlijks een zorgplan plus plaatsvindt (i.p.v. 1 keer per twee jaar). Dit wordt dan goed beargumenteerd door de hoofdbehandelaar.

Op deze manier werkt Kempenhaeghe toe aan een halfjaarlijkse evaluatie van het zorgplan. Uiteraard geldt dat indien omstandigheden daarom vragen er vaker een zorgplanevaluatie plaatsvindt.

Tijdens het jaarlijkse gesprek (of bv tijdens visitemomenten) met de algemeen arts wordt bepaald in hoeverre lichamelijk onderzoek noodzakelijk is. Indien dat aan de orde is draagt de persoonlijk begeleider zorg voor het inplannen van het lichamelijke onderzoek.

Het onderzoek door de neuroloog zal 1 keer per jaar plaatsvinden (wordt gekoppeld aan 1 van de 2 zorgplanbesprekingen: actie voor plannen consult ligt bij de persoonlijk begeleider). Indien de epilepsie in definitieve remissie is (hiermee wordt bedoeld dat iemand al "lange" tijd aanvalsvrij), dit wordt door de neuroloog beoordeeld, is een jaarlijks consult bij de neuroloog geen vereiste.

5.1. Toelichting zorgplan plus

Tijdens de zorgplan plus bespreking, die één keer per twee jaar plaatsvindt, zijn minimaal aanwezig:

- de cliënt en/of vertegenwoordiger
- de persoonlijk begeleider
- de activiteitenbegeleider
- de hoofdbehandelaar.

Optioneel:

- de algemeen arts
- (op indicatie van de hoofdbehandelaar) : overige betrokken medische disciplines (bv. neuroloog, kinderarts) en paramedische disciplines (bv. fysiotherapeut, logopedist, ergotherapeut, diëtist en bewegingsagoog). Indien aanwezigheid van de overige disciplines niet mogelijk is maar wel gewenst, kan telefonisch overleg met de wettelijk vertegenwoordiger uitkomst bieden. De persoonlijk begeleider attendeert de disciplines hierop. Verslaglegging door de disciplines van contactmomenten buiten het zorgplan om vindt plaats in het EPD, niet in het zorgplan. Bij een nieuwe opname geldt altijd een zorgplan plus.

5.2. Werkwijze van het zorgplan plus

Het tijdsplan van het zorgplan plus binnen Kempenhaeghe is als volgt:

Wanneer	Wat	Door wie
	De persoonlijk begeleider gaat de zorgplannen plannen en organiseert de afspraak. Hierbij zijn er zo mogelijk vaste dagen per woongroep/unit aangegeven vanuit de agenda's van hoofdbehandelaar en huisarts.	Persoonlijk begeleider (m.u.v. kindergroepen Vinckert/Sandt: door Medisch secretariaat)
	Opstellen van een jaarlijks schema voor zorgplanbesprekingen.	Medisch secretariaat in overleg met de hoofdbehandelaar, persoonlijk begeleider en cliënt
	De persoonlijk begeleider plant de afspraak met interne deelnemers via een vergaderverzoek in Outlook.	

Wanneer	Wat	Door wie
	De cliënt/ vertegenwoordiger wordt gebeld. Indien de datum definitief is, <u>bevestigt</u> de persoonlijk begeleider de datum, tijd en plaats aan: - de wettelijk vertegenwoordiger - betrokken disciplines (via eerder vergaderverzoek Outlook) - het medisch secretariaat.	
Minimaal 8 weken voor aanvang zorgplanbespreking	Telefonisch uitnodigen van cliënt in verband met de voorbereidingen voor het zorgplan om zo de participatie te vergroten	Persoonlijk begeleider
	Schriftelijke afspraakbevestiging zorgplanbespreking aan cliënt	Medisch secretariaat
Minimaal 6 weken voor aanvang zorgplanbespreking	Aanleveren gegevens van cliënt voor het concept zorgplan aan de persoonlijk begeleider.	Alle betrokken disciplines
	Opstellen concept-zorgplan Hoofdbehandelaar informeren dat het klaar is voor redigeren.	Persoonlijk begeleider
Minimaal 3 weken	Concept zorgplan redigeren. Verzoek naar medisch secretariaat om verzending van verslag en evt. bijlagen.	Hoofdbehandelaar
Minimaal 2 weken voor aanvang zorgplanbespreking	Concept zorgplan en begeleidende brief naar cliënt sturen	Medisch secretariaat
Moment X	Zorgplanbespreking.	Alle betrokkenen. Hoofdbehandelaar of persoonlijk begeleider is voorzitter van de bespreking
Binnen 2 weken na zorgplanbespreking	Aanpassen concept zorgplan en sturen naar hoofdbehandelaar voor reactie/ finale goedkeuring naar de hoofdbehandelaar.	Persoonlijk begeleider
Binnen 3 weken na zorgplanbespreking	Hoofdbehandelaar maakt zorgplan definitief en verzoekt medisch secretariaat om verzending zorgplan met evt. andere documenten. In ieder geval de checklist risico's.	Hoofdbehandelaar
Binnen 4 weken na zorgplanbespreking	Definitief zorgplan (incl. evt. documenten) versturen aan cliënt/ wettelijk vertegenwoordiger.	Medisch secretariaat
Na versturen definitief zorgplan	Medisch secretariaat sluit de documenten definitief in het EPD af als deze verstuurd zijn.	Medisch secretariaat

Het tijdspad is van toepassing bij zorgvragers die reeds binnen de instelling verblijven. Voor cliënten 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 opgesteld⁵. 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.

5.3. Taken en verantwoordelijkheden bij het opstellen van het concept zorgplan plus

De cliënt en de persoonlijk begeleider 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.

⁵ Zie ook hoofdstuk 3, randvoorwaarden

De persoonlijk begeleider levert aan de hoofdbehandelaar uiterlijk zes weken voor de zorgplanbespreking de benodigde informatie aan vanuit de cliënt en de diverse disciplines die rond de cliënt betrokken zijn. Het concept zorgplan wordt geschreven onder supervisie en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar kan besluiten om het schrijven van het zorgplan te delegeren aan de persoonlijk begeleider, echter de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor het vaststellen van het zorgplan ligt bij de hoofdbehandelaar. Het zorgplan plus (Bijlage IV) mag maximaal 10 pagina's omvatten (exclusief bijlagen). Dit gebeurt in afstemming met de cliënt/ vertegenwoordiger. De zorgvragen worden doelgericht (SMART) geformuleerd voor het komende half jaar.

Het M&M formulier wordt halfjaarlijks geëvalueerd maar niet apart bijgevoegd (wel vermelding in zorgplan dat de evaluatie daarop heeft plaatsgevonden). De checklist risico's wordt halfjaarlijks geëvalueerd en ook elk half jaar toegevoegd aan het zorgplan als document. Het wilsbekwaamheidsformulier en het behandelrestrictieformulier worden de 1^e keer ingevuld en bijgevoegd en in geval van wijzigingen.

5.4. Uitnodiging voor zorgplan plus bespreking

De uitnodigingsbrief voor de zorgplan plus bespreking en het concept zorgplan worden minimaal twee weken voor de zorgplanbespreking verstuurd naar de cliënt/ wettelijk vertegenwoordiger ter voorbereiding. Dit wordt verstuurd door het medisch secretariaat. Overige deelnemers (medewerkers vanuit Kempenhaeghe) kunnen dit vanuit het EPD raadplegen en printen.

Bij zorgplanbesprekingen zal de neuroloog alleen op indicatie aanwezig zijn. Met een periodiek consult, voorafgaand aan de zorgplanbespreking, is de bijdrage van de neuroloog voldoende geborgd. Indien er voor of 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.

5.5. De zorgplan plus bespreking

De hoofdbehandelaar of persoonlijk begeleider is de voorzitter van de zorgplan plus bespreking. Verslaglegging gebeurt door persoonlijk begeleider. Aan het begin van de zorgplanbespreking gaat de hoofdbehandelaar/ persoonlijk begeleider na of er nog speciale bespreekpunten zijn.

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 tussentijd blijft het vorige zorgplan geldig. Wanneer er niet eerder een zorgplan is opgesteld, wordt naar eer en geweten zorg verleend.

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.

De zorgplanbespreking duurt maximaal 1 uur en vindt plaats in een ruimte met benodigde faciliteiten.

5.6. Na afloop van de zorgplan plus bespreking

Aan de hand van de zorgplanbespreking wordt het zorgplan definitief gemaakt door de persoonlijk begeleider. Het zorgplan mag maximaal 10 pagina's omvatten. De persoonlijk begeleider legt het zorgplan voor aan de hoofdbehandelaar ter finale toetsing (binnen 2 weken

na zorgplanbespreking). Het definitieve zorgplan wordt verstuurd aan de cliënt/ wettelijk vertegenwoordiger via het medisch secretariaat (uiterlijk 4 weken na de zorgplanbespreking) inclusief de checklist risico's en evt. andere documenten. Disciplines vanuit Kempenhaeghe kunnen het definitieve zorgplan inzien in het EPD.

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 werkplan⁶ wat door de betreffende discipline wordt opgesteld naar aanleiding van het zorgplan.

5.7. Toelichting zorgplan basis bespreking

Tijdens de basis zorgplanbespreking die drie keer per twee jaar plaatsvindt zijn minimaal aanwezig de cliënt en/of vertegenwoordiger en de persoonlijk begeleider. De halfjaarlijkse evaluatie van het zorgplan is een wettelijke verplichting. Indien de cliënt/ wettelijk vertegenwoordiger afziet van een bespreking wordt dat door de persoonlijk begeleider genoteerd op het voorblad van het zorgplan inclusief motivatie. De persoonlijk begeleider stelt dan het zorgplan op i.s.m. overige betrokkenen.

Het is ook mogelijk de bespreking telefonisch te houden op verzoek van de wettelijk vertegenwoordiger (dit dient dan vermeld te worden op het voorblad van het zorgplan).

De persoonlijk begeleider plant de afspraak met de cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger (dit kan bv. telefonisch) en geeft de definitieve datum door aan het medisch secretariaat. Het medisch secretariaat houdt een lijst bij met de zorgplandata (speling +/- 1 maand, in totaal 2 maanden). Ook voor andere betrokkenen bij de zorgverlening van de cliënt is de lijst in te zien op de V schijf. De cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger kan aangeven wanneer hij/zij toch aanleiding ziet om in een groter gezelschap bijeen te komen voor de zorgplanbespreking. Dit gebeurt in afstemming met de persoonlijk begeleider. Ook de persoonlijk begeleider kan besluiten om het gezelschap uit te breiden. Dan stuurt de persoonlijk begeleider een vergaderverzoek via outlook.

5.8. Werkwijze zorgplan basis bespreking

Ter voorbereiding op de bespreking van het basis zorgplan formuleert de persoonlijk begeleider punten die voortkomen uit de laatste zorgplanbespreking en nieuwe onderwerpen die actueel zijn inclusief het doorlopen van de risico checklist. Gebruik kan worden gemaakt van het format basis zorgplan te vinden in het EPD. In de bijlage (V) staat het format opgenomen.

Onderwerpen die niet worden besproken kunnen worden weggehaald. Het zorgplan mag maximaal 3 items (zorgvragen) bevatten voor het komende half jaar. Dit gebeurt in afstemming met de cliënt/ wettelijk vertegenwoordiger.

Het basis zorgplan bevat in ieder geval de checklist risico's. De Middelen en Maatregelen worden besproken maar niet apart toegevoegd als document. Wel dient vermeld te worden in het zorgplan dat de M&M evaluatie heeft plaatsgevonden. Het behandelrestrictieformulier en de wilsbekwaamheidslijst worden alleen gecheckt en bij wijzigingen opnieuw toegevoegd als bijlage bij het zorgplan.

Het concept zorgplan wordt niet vooraf toegestuurd aan de cliënt/ wettelijk vertegenwoordiger.

5.9. Na afloop zorgplan basis bespreking

De persoonlijk begeleider maakt het basis zorgplan definitief. Het definitieve basis zorgplan wordt op aangeven van de persoonlijk begeleider verstuurd via het medisch secretariaat aan de cliënt/ wettelijk vertegenwoordiger. De persoonlijk begeleider informeert betrokkenen bij het

⁶ Werkplan: afhankelijk van de discipline is dit een verpleegplan, een activiteitenplan, een leerplan, een paramedisch behandelplan, orthopedagogisch behandelplan enz.

zorgplan over de definitieve versie. De betrokkenen kunnen het definitieve basis zorgplan inzien in het EPD.

Een samenvatting van de werkwijze uitgebreid en basis zorgplan is in de bijlage (VI) opgenomen.

6. Kwaliteitskader gehandicaptenzorg

Kempenhaeghe neemt deel aan het landelijk kwaliteitskader Gehandicaptenzorg⁷. Op de site van Vereniging Gehandicapten Zorg (www.vgn.nl) is meer informatie te vinden over het kwaliteitskader inclusief de actuele ontwikkelingen. Het doel van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is om tot een zinvolle en bij de sector passende wijze van gegevensverzameling te komen. Dit moet Kempenhaeghe leer- en verbeterinformatie opleveren, zicht geven op de kwaliteit van zorg en ondersteuning in de sector en op de ervaring van cliënten hiermee.

Het vaststellen van kwaliteit gebeurt langs drie wegen. Daarom de keuze voor drie pijlers als het fundament van deze werkwijze:

- | | |
|----------|---|
| Pijler 1 | Kerngegevens kwaliteit op organisatieniveau; |
| Pijler 2 | 2a Kerngegevens kwaliteit op cliëntniveau;
2b Cliëntervaringsgegevens; |
| Pijler 3 | Gegevens over de relatie tussen cliënt en professional. |

Pijler 2a betreft het verzamelen van kwaliteitgegevens per cliënt door het jaarlijks beantwoorden van een set vragen voor iedere cliënt van Kempenhaeghe. De vragenlijst bevat vaste onderdelen (algemene gegevens van de cliënt, zorgafspraken en ondersteuningsplan, vaste thema's rondom risico- inventarisatie o.a. medicatie, M&M, veiligheid) en een variabel onderdeel, het thema wisselt per jaar. De persoonlijk begeleiders dienen 1 keer per jaar een vragenlijst in te vullen op de webapplicatie van Mediquest. Een aparte handleiding voor de vragenlijst inclusief taken en rollen is opgesteld.

7. Samenvatting

Kempenhaeghe stelt de participatie van cliënt, binnen het proces van de zorgverlening met als belangrijk onderdeel de zorgplanmethodiek, centraal. Binnen de zorgplanmethodiek kunnen cliënt 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 wordt 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).

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.

⁷ Momenteel (2016) wordt gewerkt aan een herziening van het kwaliteitskader.

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

Instrumenten in het kader van Active support

Via de website van Vilans (kennisplein gehandicaptenzorg) zijn er veel voorbeelden te vinden over het zorgplan (zorgleefplan/ ondersteuningsplan)

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

Bij aanvang voorbereidend gesprek/ bespreking zorgplan vragen naar input vanuit cliënt en vertegenwoordiger. Checklist kan hulpmiddel zijn tijdens de bespreking.

Onderdelen	Toelichting: verschillende voorbeeldvragen met afvinkmogelijkheid
Algemene gegevens	
Wilsbekaamheidsformulier	0 Check in hoeverre het nog actueel is/ aangepast dient te worden. Indien aangepast toevoegen aan het zorgplan.
1. Perspectief	
Perspectief	0 Zelfontplooiing (AMvB) 0 Eigen regie 0 Kwaliteit van leven 0 Zeggenschap van de cliënt over de inrichting van zijn leven (AMvB ⁸) 0 Ontwikkeling (AMvB)
2. Lichamelijke gezondheid (evt. ondersteund met lichamelijk onderzoek alg arts) Ook door paramedici kunnen onderwerpen ingebracht worden t.b.v. zorgplan.	
Epilepsie	Zie de aparte kopjes in zorgplan format.
Risicoafweging	Hiertoe geldt de ontwikkelde checklist risico's!
Medische diagnose	Apart document, input volgt vanuit arts
M.b.t. valpreventiebleid	0 osteoporose 0 afspraken hoofd/nekletsel 0 andere bijzonderheden/ opvallendheden die relevant zijn voor bespreking zorgplan
Slaap - waakritme	0 Bijzonderheden, rituelen, voorzieningen
Gewicht Dieet Bijzonderheden eten en drinken	0 Gewicht, gewichtsverloop 0 Slikproblemen 0 Ondergewicht/ overgewicht 0 voldoende en gezonde voeding en drinken (AMvB)
Gehoor en gezichtsvermogen	0 Gehoorapparaten, onderzoeken/ testen 0 Brill/ 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 Geheersvermogen, gezichtsvermogen, mobiliteit 0 Motoriek 0 Zelfredzaamheid 0 Link naar veiligheid en risico afweging 0 de mogelijkheid om dagelijks te douchten, tijdige hulp bij toiletgang en tijdig verwisselen van Inco materiaal (AMvB)
Medicijngebruik In eigen beheer ja/nee	Voorkeur om medicijnlijst toe te voegen (verstrekt door arts) van huidige medicatie. Overzicht medicatie wordt niet toegevoegd: is via het Zorgportaal in te zien.
3. Psychisch welbevinden	
	0 Diagnostiek

⁸ AMvB: onderwerp zoals opgenomen in de Algemene Maatregel van Bestuur

Onderdelen	Toelichting: verschillende voorbeeldvragen met afvinkmogelijkheid
	<input type="checkbox"/> Zijn er angsten bij de bewoner ⁹ ? Zo ja welke, wanneer, hoe komt het tot uiting (huilen, wegduiken) ? <input type="checkbox"/> Is er sprake van een depressie/ depressieve gevoelens bij de bewoner? Zo ja welke, wanneer, op welke manier enz. <input type="checkbox"/> Is er sprake van probleemgedrag bij de bewoner? Zo ja wat voor probleemgedrag, wanneer enz. <input type="checkbox"/> Hebben er ingrijpende gebeurtenissen plaatsgevonden waarbij de bewoner is betrokken/ die van toepassing zijn op de bewoner? Zo ja welke, wanneer enz. <input type="checkbox"/> Prikkelbaar/ onverschilligheid <input type="checkbox"/> Vrolijk, opgewekt, blij, lachen (kan verbaal en non- verbaal) <input type="checkbox"/> Besef van tijd, plaats, begrip van situaties <input type="checkbox"/> Kennisniveau/ ontwikkelingsniveau <input type="checkbox"/> Geheugen, concentratie, aandacht <input type="checkbox"/> Lichaamsbeleving/ seksualiteitsbeleving
4. Wonen	
	<input type="checkbox"/> Soort woning, locatie, huisgenoten, sfeer <input type="checkbox"/> Privacy <input type="checkbox"/> Bewegingsvrijheid <input type="checkbox"/> Materiële woonwensen (voorzieningen, inrichting) <input type="checkbox"/> Duidelijke en overzichtelijke woonomgeving <input type="checkbox"/> Interactie met huisgenoten <input type="checkbox"/> Een schone en verzorgde leefruimte (AMvB) <input type="checkbox"/> Mogelijkheid dagelijks in de buitenlucht verkeren (AMvB) <input type="checkbox"/> Ervaren veiligheid <input type="checkbox"/> Dagritme, routine, dagelijkse bezigheden
5. Dagingvulling: dagbesteding/ onderwijs/ werk	
	<input type="checkbox"/> Soort werk/ dagbesteding, beleving, werktempo <input type="checkbox"/> Zinnvolle dagbesteding (AMvB) <input type="checkbox"/> Afwisseling, uitdagendheid <input type="checkbox"/> Mogelijkheden
6. Vrijtijdsbesteding en opleiding	
	<input type="checkbox"/> Hoe vult zorgvrager vrije tijd in en vakanties <input type="checkbox"/> Balans werk/dagbesteding en vrije tijd <input type="checkbox"/> Clubs <input type="checkbox"/> Manier van ontspannen
	<input type="checkbox"/> Opleiding en scholing
Beweging	<input type="checkbox"/> aan welke bewegingsactiviteiten neemt de cliënt deel <input type="checkbox"/> zijn er wensen om bewegingsactiviteiten uit te breiden? <input type="checkbox"/> Zinnvolle beweging (AMvB)
7. Sociale netwerken en participatie samenleving	
	<input type="checkbox"/> Aanwezigheid van netwerken: zie ook instrumenten in deze. <input type="checkbox"/> Deelvragen opgenomen die als leidraad kunnen dienen voor de evaluatie: Wat betekent een sociaal contact voor de cliënt (gezien niveau functioneren, persoonsbeeld, levensgeschiedenis) ? Bv. kennissen, iets doen, vriendschapsrelatie. Hoe ziet het netwerk er van de cliënt uit? (hoeveel, soort, variatie, beschikbaarheid van contacten.

⁹ 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 wettelijk vertegenwoordiger van toepassing is.

Onderdelen	Toelichting: verschillende voorbeeldvragen met afvinkmogelijkheid
	<p>Welke acties zijn afgelopen periode ondernomen ten aanzien van het sociaal netwerk? Elke ondersteuning heeft de cliënt nodig om netwerk te onderhouden/ contacten te leggen? Welke rol speelt familie in en ter ondersteuning van het netwerk? Welke vragen/ wensen liggen er ten aanzien van het sociale netwerk? <input type="checkbox"/> Afspraken ten aanzien van contacten (ook bezoeken, bijvoorbeeld begeleiding nodig bij bezoek) <input type="checkbox"/> Eenzaamheidsgevoelens</p>
8. Samenwerking	
Participatie in de zorg	<input type="checkbox"/> Participatie van de bewoner <input type="checkbox"/> Participatie van de mantelzorger. Verplicht invulveld inzake mantelzorg. <input type="checkbox"/> Inspraakmogelijkheden
Ervaringen met de bejegening	<input type="checkbox"/> Voelt de zorgvrager zich serieus genomen door de zorgverleners? Toelichting <input type="checkbox"/> Ervaart de zorgvrager een respectvolle bejegening door de zorgverleners? Toelichting <input type="checkbox"/> Communicatie (tussen zorgvrager en zorgverlener, tussen bewoners/ relaties) <input type="checkbox"/> Respectvolle bejegening, veilige en aangename sfeer (AMvB)
9. Middelen en Maatregelen	
Indien van toepassing	<input type="checkbox"/> Schema is ingevuld. Hier kunnen vragen over bestaan, dienen geëvalueerd te worden, kijken naar alternatieven. M&M worden standaard 1 keer per half jaar geëvalueerd.
10. Overig	
Hier kan werkelijk alles komen te staan wat eerder niet aan bod is gekomen en waar vragen/wensen kunnen liggen.	<input type="checkbox"/> Geloofsovertuiging: beleven van godsdienst of levensovertuiging (AMvB) <input type="checkbox"/> Levensvragen <input type="checkbox"/> Vervoer <input type="checkbox"/> Bezittingen

Daarnaast geldt het invullen van de checklist risico's.

Bijlage III Uitnodigingsbrief zorgplanbespreking plus Voorbeeld

Uitnodigingsbrief zorgplanbespreking plus

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
Centrum Epilepsie Woonzorg
☎ 040-2279409
Fax: 040-2260404

Bezoekadres

Providentia/
Kloostervelden
Albertlaan 19

**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 persoonlijk begeleider 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

Bijlage IV Format Zorgplan plus

ZORGPLAN PLUS BESPREKING 20.. CENTRUM VOOR EPILEPSIEWOONZORG KEMPENHAEGHE

Datum bespreking :

Naam cliënt : «Patient_incl_roepnaam» **Geslacht:** «patient_gsl»

Geboortedatum : «patient_gebdat»

Juridische status : wilsbekwaam deels wilsbekwaam wilsonbekwaam

Namens cliënt is/zijn aanwezig: ...

(namen en relatie tot cliënt invullen, bv vader, broer, zus)

Namens Behandelteam zijn aanwezig : (namen en functies invullen)

Cliënt / wettelijk (inhoudelijk) vertegenwoordiger: hierna te noemen "cliënt"

Instemming

Hierbij stemt de cliënt in met de in dit zorgplan beschreven zorg. Tevens geeft de cliënt hierbij de toestemming om de zorg conform dit zorgplan uit te voeren. Verder verklaart de cliënt 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. Indien cliënt nog vragen heeft of het niet eens is met deze verslaglegging, kan hij/zij zich wenden tot de hoofdbehandelaar. Als de hoofdbehandelaar 4 weken na toezending van het zorgplan geen reactie van cliënt heeft ontvangen, gaan we ervan uit dat cliënt akkoord is met dit zorgplan.

Informatievoorziening /instemming

Voorgenomen wijzigingen omtrent de zorg worden met cliënt overlegd.

Cliënt maakt gebruik van het zorgportaal : Ja Nee

Cliënt geeft aan NIET te willen deelnemen aan de zorgplanbespreking

Reden:

Cliënt neem WEL deel aan de zorgplanbespreking en brengt de volgende agendapunten in:

.....

De hieronder afgevinkte items zijn met de cliënt besproken en verder uitgewerkt in dit verslag. Eerder afgeronde en besproken onderwerpen worden niet herhaald in dit zorgplan.

- 1. **Perspectief**
- 2. **Lichamelijke gezondheid**
- 3. **Psychisch welbevinden**
- 4. **Wonen**
- 5. **Daginvulling: dagbesteding en/of werk en/of onderwijs**
- 6. **Vrijtijdsbesteding/opleiding**
- 7. **Sociale netwerken en participatie samenleving**
 - a. **Sociale netwerken**
 - b. **Participatie samenleving**
- 8. **Samenwerking**
- 9. **Middelen en Maatregelen (dit altijd aangeven gezien halfjaarlijkse evaluatie)**
- 10. **Checklist Risico's (formulier) (dit altijd aangeven gezien halfjaarlijkse evaluatie)**
- 11. **Check Behandelrestrictie- / reanimatie afspraken (indien gewijzigd)**
- 12. **Wilsbekaamheidsformulier (indien gewijzigd)**
- 13. **Overig**

De cliënt / wettelijke vertegenwoordiger ontvangt een schriftelijk verslag van deze bespreking

1. **Perspectief**

Maximaal 5 regels

2. **Lichamelijke gezondheid**

2.a **Epilepsie (neuroloog)**

Heeft neurologisch onderzoek plaatsgevonden: Ja Nee volgt binnenkort

Omschrijving epilepsie (diagnose en etiologie, oorzaak):

Omgang met epilepsie (invloed op het dagelijkse leven incl. nazorg):

Risico afweging:

Aanvallen

Aanvalsregistratie:

Ja Nee

Bewoner aanvalsvrij:

Ja Nee

Tevreden met aanvalsregistratie (s.v.p. toelichten)

Ja Nee

Relatie gedrag en epilepsie:

Nachtelijke zorg:

Conclusie en advies n.a.v. consult (revisie over 1 jaar of eerder?):

Overig:

Risicoafweging

Zie checklist Risico's .

Medische diagnose (algemeen arts)

Heeft lichamenlijk onderzoek plaatsgevonden voor de zorgplanbespreking:

Ja Nee volgt binnenkort

Alleen bijzonderheden ten opzichte van de vorige zorgplanbespreking worden beschreven

Bijdrage van algemeen arts en/of medisch specialist en/of paramedici (zie bijlage checklist voor onderwerpen):

Alleen bijzonderheden ten opzichte van de vorige zorgplanbespreking worden beschreven

Lichamelijke gezondheid
Was er een zorgvraag Lichamelijke gezondheid in het vorige zorgplan? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja; is de doelstelling behaald?:
Is er een zorgvraag Lichamelijke gezondheid voor het komende halfjaar? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: Zorgvraag omschrijving: Doelstelling (SMART): Werkwijze (hoe) en verantwoordelijkheid (wie): Evaluatie bij volgend zorgplan (criteria): Overig/bijzonderheden:

3. Psychisch welbevinden
Was er een zorgvraag Psychisch welbevinden in het vorige zorgplan? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja; is de doelstelling behaald?:
Is er een zorgvraag Psychisch welbevinden voor het komende halfjaar? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: <u>Zorgvraag omschrijving:</u> <u>Doelstelling (SMART):</u> <u>Werkwijze (hoe) en verantwoordelijkheid (wie):</u> <u>Evaluatie bij volgend zorgplan (criteria):</u> <u>Overig/bijzonderheden:</u>

4. Wonen
Zie checklist voor items Indien er meerzorg aan de orde is dient hier de besteding van de meerzorg uitgewerkt te worden.
Was er een zorgvraag Wonen in het vorige zorgplan? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja; is de doelstelling behaald?
Is er een zorgvraag Wonen voor het komende halfjaar? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: <u>Zorgvraag omschrijving:</u> <u>Doelstelling (SMART):</u> <u>Werkwijze (hoe) en verantwoordelijkheid (wie):</u> <u>Evaluatie bij volgend zorgplan (criteria):</u> <u>Overig/bijzonderheden:</u>

5. Dagingvulling: dagbesteding en/of werk en/of onderwijs

Indien er meerzorg aan de orde is dient hier de besteding van de meerzorg uitgewerkt te worden.

Indien er zorg en ondersteuning tijdens onderwijs aan de orde is dienen afspraken uitgewerkt te worden.

Afspraken in het kader van afwezigheid:

Deelname dagbesteding/werk/onderwijs op hoofdlijnen

(Benoem locatie en koppeling inhoud/doel)

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag
Ochtend					
Middag					

Was er een zorgvraag *Dagingvulling* in het vorige zorgplan?

- Nee
- Ja; is de doelstelling behaald?

Is er een zorgvraag *Dagingvulling* voor het komende halfjaar?

- Nee
- Ja, namelijk:
Zorgvraag omschrijving:
Doelstelling (SMART):
Werkwijze (hoe) en verantwoordelijkheid (wie):
Evaluatie bij volgend zorgplan (criteria):
Overig/bijzonderheden:

6. Vrije tijdsbesteding/ opleiding

Zie checklist voor items (m.n. beweging)

Weekschema vrije tijdsbesteding/ opleiding

(Benoem activiteit en locatie)

Maandag	Dinsdag	Woens- dag	Donder- dag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag

Was er een zorgvraag *Vrije tijdsbesteding/ opleiding* in het vorige zorgplan?

- Nee
- Ja; is de doelstelling behaald?

Is er een zorgvraag *vrije tijds besteding/ opleiding* voor het komende halfjaar?

- Nee
- Ja, namelijk:
Zorgvraag omschrijving:
Doelstelling (SMART):
Werkwijze (hoe) en verantwoordelijkheid (wie):
Evaluatie bij volgend zorgplan (criteria):
Overig/bijzonderheden:

<p>7. Sociale netwerken en participatie</p> <p>Zie checklist voor items</p> <p>a. Sociale netwerken Is het sociaal netwerk in kaart gebracht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p>b. Participatie samenleving <u>Welke mogelijkheden zijn er voor de cliënt om deel te nemen aan de samenleving?</u></p>
<p>Was er een zorgvraag <i>Sociale netwerken/ participatie</i> in het vorige zorgplan?</p> <p><input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja; is de doelstelling behaald?</p>
<p>Is er een zorgvraag <i>Sociale netwerken/ participatie</i> voor het komende halfjaar?</p> <p><input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: <u>Zorgvraag omschrijving:</u> <u>Doelstelling (SMART):</u> <u>Werkwijze (hoe) en verantwoordelijkheid (wie):</u> <u>Evaluatie bij volgend zorgplan (criteria):</u> <u>Overig/bijzonderheden:</u></p>

<p>8. Samenwerking</p> <p><u>Participatie in de zorg</u></p> <p>Is er een mantelzorger(s) in beeld <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee: Zo ja, welke afspraken zijn gemaakt met mantelzorger(s):</p>
<p><u>Ervaringen met de bejegening</u></p>
<p>Is er een zorgvraag <i>Samenwerking</i> voor het komende halfjaar?</p> <p><input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: <u>Zorgvraag omschrijving:</u> <u>Doelstelling (SMART):</u> <u>Werkwijze (hoe) en verantwoordelijkheid (wie):</u> <u>Evaluatie bij volgend zorgplan (criteria):</u> <u>Overig/bijzonderheden:</u></p>

9. Formulieren
Middelen en Maatregelen (M&M)

<u>Bijzonderheden (evaluatie):</u>
<u>Nieuw/ aangepast doel:</u>
<u>Actie (wat, wie, hoe, waar):</u>

Checklist risico's (aparte bijlage)
Behandelrestrictieformulier aanpassing? (zo ja: bijvoegen)
Wilsbekaamheidsformulier aanpassing? (zo ja: bijvoegen)

10. Overig

Overig

Bijlage bij het zorgplan Wilsbekwaamheidsformulier (APART FORMULIER)

Wilsbekwaamheidsformulier behorend bij zorgplanbespreking d.d.:

Naam bewoner: «Patient_incl_roepnaam»
Geslacht: «patient_gsl»
Woning: «Huidige_afdeling»

(Blokjes weghalen die niet van toepassing zijn)

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	■	■	■
Epilepsie: risico's afwegen (gebruik helm, rolstoel, etc.)	■	■	■
Woonvorm (op terrein/in dorp, woongroep/appartement)	■	■	■
Inrichting van eigen kamer	■	■	■
Wensen t.a.v. privacy	■	■	■
Dagbesteding/werk	■	■	■
Opnemen van een vrije dag	■	■	■
Besteding zakgeld < €25	■	■	■
Besteding bedragen > €25	■	■	■
Keuze van vrijetijdsbesteding	■	■	■
Keuze van dagelijkse zaken, zoals eten en drinken, dagelijkse kleding	■	■	■
Aanschaf van kleding	■	■	■
Contact (of juist niet) met familie	■	■	■
Aangaan van vriendschappelijke relaties	■	■	■
Aangaan van intieme relaties	■	■	■
Keuze mentor, curator, bewindvoerder	■	■	■
Toestemming medische behandeling, ziekenhuisopname	■	■	■
Beslissingen rondom levenseinde	■	■	■
Bewegingsvrijheid/toepassen vrijheidsbeperkende maatregelen	■	■	■
Lidmaatschap bewonersraad	■	■	■
Klacht indienen	■	■	■
Melden van misbruik/beroep doen op vertrouwensarts	■	■	■
Zelfstandig inzage in dossier	■	■	■
Stemmen bij verkiezingen	■	■	■
Opmerking(en):			

Datum ingevuld:

Door persoonlijk begeleider:

Voor akkoord, naam hoofdbehandelaar:

Spelregels.

- Invullen met zorgvrager. Deze vragenlijst is van toepassing bij bewoners van 16 jaar en ouder. Bij jongere bewoners kan deze lijst naar bevinden aangepast worden.
- De persoonlijk begeleider doet een voorstel voor het invullen van het formulier. Het resultaat wordt voorgelegd aan de hoofdbehandelaar.
- Deze lijst wordt besproken en geaccordeerd met het zorgplan van corresponderende datum. Aparte ondertekening is niet nodig.

Bijlage bij het zorgplan: Checklist risico's (APART FORMULIER)

Checklist risico's algemeen medisch, verpleging en begeleiding Kempenhaeghe

Naam cliënt:


Afdeling/ woning:


Ingevuld door (naam PB' er/ verpleegkundige):


Ingevuld door (naam cliënt / vertegenwoordiger):

Datum:

Vul het alleen in bij de onderwerpen waarvan je denkt dat het risico van toepassing is voor de betreffende cliënt en waar afspraken over gemaakt moeten worden. Vink dit dan aan in de tweede kolom.

Risico situatie	Risico aan de orde bij client Ja: 	Beleid uitgewerkt in dossier onder: (hier aangeven waar het beleid is uitgewerkt in dossier)
1. Lichamelijk welbevinden		
Chronische ziektebeelden (bv. hart en vaatziekten, diabetes)		
Allergie, dieet		
Genotsmiddelen, verslavingen (bv. alcohol, drugs, tabak, gokken, internet)		
Slik en eet problematiek		
Bijzonderheden in de nachtsituatie		
Middelen & Maatregelen		
Hulpmiddelen (bv. mobiliteit, hoofdbescherming)		
Voorbehouden handelingen		
Douchen		
Baden (binnen Kempenhaeghe altijd 1 op 1 beleid)		
Tillen en verplaatsen		
Koken (bv. vuur, aanraking kokende vloeistoffen, gebruik frituurpan)		
Traplopen		
Deelname aan het verkeer (bv. openbaar vervoer, fiets, aangepast vervoer, elektrische scootmobiel, auto rijden)		
....		
2. Psychisch welbevinden		
Psychische of psychiatrische aandoeningen (bv. depressie, manisch, borderline)		
Agressie		
Weglopen		

Risico situatie	Risico aan de orde bij client Ja: 	Beleid uitgewerkt in dossier onder: (hier aangeven waar het beleid is uitgewerkt in dossier)
Suïcidaal		
....		
3. Inter-persoonlijke relaties		
Seksualiteit, bijzonderheden rondom seksueel gedrag (bv. kwetsbaarheid, seksueel misbruik)		
Interactie medepatiënten (bv. agressie)		
Interactie hulpverleners		
...		
4. Sociale inclusie/ deelname samenleving		
Ontbreken mantelzorg/ vangnet (bv. bij naar huis gaan met behandeladviezen)		
Ondersteuning vanuit netwerk		
...		
5. Persoonlijke ontwikkeling		
Overschatting door cliënt (van bv. ziektebeeld waardoor kans op gevaarlijke situaties)		
Onderschatting door cliënt		
...		
6. Materieel welbevinden/ welzijn		
Gebruik en omgang met middelen en diensten (bv. veiligheid, hygiëne, gebruiksvoorschriften, is cliënt in staat deze tot zich te nemen) Denk ook aan huishoudelijke apparaten (strijkijzer) en omgaan met machines.		
Omgaan met geld en pinpas		
...		
7. Zelfbepaling		
Medicatie in eigen beheer		
Weigeren van hulp		
Niet meewerken, niet houden aan afspraken		
Wils(on)bekwaamheid		
...		
8. Rechten/belangen		
Privacy		

Risico situatie	Risico aan de orde bij client Ja: 	Beleid uitgewerkt in dossier onder: (hier aangeven waar het beleid is uitgewerkt in dossier)
Openbaar terrein		
...		
Overige risico's		
Gebruik van een lift		
Wonen op een verdieping (bv. gebruik maken van een balkon/buitenzijde: klim/valgevaar, angst voor hoogtes/ inschatting hoogtes/dieptes)		
Klimmen over hek (bv bij terras)		
Schuine wanden (val/stoot gevaar)		
Zwemmen		
Paardrijden		
Dagbesteding Bv. Houtbewerking (machines) Sporten/schommelen (lopen op een hoogte, valgevaar) Omgang dieren (bijten)/ bacteriën -ziektes		
....		

Noot: Het kan zijn dat er op bepaalde dagbestedingslocaties (bv de Plaetse, Boerderij) of woonlocaties aparte risico's in kaart zijn gebracht. Deze dienen ook meegenomen te worden in de checklist.

Bijlage V Format Basis Zorgplan

BASIS ZORGPLAN BESPREKING 20.. CENTRUM VOOR EPILEPSIEWOONZORG KEMPENHAEGHE

Datum bespreking :

Naam zorgvrager	: «Patient_incl_roepnaam»	Geslacht: «patient_gsl»
Geboortedatum	: «patient_gebdat»	
Juridische status	: <input type="checkbox"/> wilsbekwaam <input type="checkbox"/> deels wilsbekwaam <input type="checkbox"/> wilsonbekwaam	
Namens cliënt gesproken met	:	(naam, relatie tot bewoner bv. vader, broer)
Namens Behandelteam	:	(naam, functie bv. persoonlijk begeleider)

Cliënt / wettelijk (inhoudelijk) vertegenwoordiger: hierna te noemen "cliënt"

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Cliënt geeft aan NIET te willen deelnemen aan de zorgplanbespreking
Reden: |
| <input type="checkbox"/> Cliënt neem WEL deel aan de zorgplanbespreking en brengt de volgende agendapunten in:
..... |

De hieronder afgevinkte items zijn met de cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger besproken. Er worden maximaal 3 zorgvragen geformuleerd (periode half jaar). Reeds eerder afgeronde en besproken onderwerpen worden niet herhaald in deze basiszorgplanbespreking.

- 1. Perspectief**
- 2. Lichamelijke gezondheid**
- 3. Psychisch welbevinden**
- 4. Wonen** (indien er meerzorg aan de orde is dient hier de besteding van de meerzorg uitgewerkt te worden)
- 5. Daginvulling: dagbesteding en/of werk en/of onderwijs** (indien er meerzorg aan de orde is dient hier de besteding van de meerzorg uitgewerkt te worden, indien onderwijs aan de orde dienen afspraken uitgewerkt te worden)
- 6. Vrijtijdsbesteding/opleiding**
- 7. Sociale netwerken en participatie samenleving**
 - a. Sociale netwerken**
 - b. Participatie samenleving**
- 8. Samenwerking**
- 9. Middelen en Maatregelen** (dit altijd aangeven gezien halfjaarlijkse evaluatie)
- 10. Checklist risico's (formulier)** (dit altijd aangeven gezien halfjaarlijkse evaluatie)
- 11. Check Behandelrestrictie- / reanimatie afspraken** (indien gewijzigd)
- 12. Wilsbekwaamheidsformulier** (indien gewijzigd)
- 13. Overig**

1) Perspectief

--

2) Lichamelijke gezondheid

<u>Bijzonderheden (evaluatie):</u>

<u>Nieuw/ aangepast doel:</u>

<u>Actie (wat, wie, hoe, waar):</u>
--

3) Psychisch welbevinden

<u>Bijzonderheden (evaluatie):</u>

<u>Nieuw/ aangepast doel:</u>

<u>Actie (wat, wie, hoe, waar):</u>
--

4) Wonen

<u>Bijzonderheden (evaluatie):</u>

<u>Nieuw/ aangepast doel:</u>

<u>Actie (wat, wie, hoe, waar):</u>
--

Indien er meerzorg aan de orde is dient hier de besteding van de meerzorg uitgewerkt te worden.

5) Dagingvulling: dagbesteding en/of werk en/of onderwijs

<u>Bijzonderheden (evaluatie):</u>

<u>Nieuw/ aangepast doel:</u>

<u>Actie (wat, wie, hoe, waar):</u>
--

Indien er meerzorg aan de orde is dient hier de besteding van de meerzorg uitgewerkt te worden.

Indien er zorg en ondersteuning tijdens onderwijs aan de orde is dienen afspraken uitgewerkt te worden.

6) Vrijtijdsbesteding/opleiding

<u>Bijzonderheden (evaluatie):</u>

<u>Nieuw/ aangepast doel:</u>

<u>Actie (wat, wie, hoe, waar):</u>
--

7) Sociale netwerken en participatie samenleving

7.a Sociale netwerken

7.b Participatie samenleving

Bijzonderheden (evaluatie):

Nieuw/ aangepast doel:

Actie (wat, wie, hoe, waar):

8) Samenwerking

Bijzonderheden:

Nieuw/ aangepast doel:

Actie (wat, wie, hoe, waar):

9) Middelen en Maatregelen (M&M)

Bijzonderheden (evaluatie):

Nieuw/ aangepast doel:

Actie (wat, wie, hoe, waar):

10) Behandelrestrictie- / reanimatie afspraken

Evaluatie:

- de behandelrestrictie afspraken zijn nog actueel
- de afspraken zijn niet meer actueel. Deze worden in het EPD aangepast en opgeslagen. (formulier wordt niet met Basiszorgplan verstuurd)

11) Risico-inventarisatie

Bespreking:

Check Formulier Risico-inventarisatie

Evaluatie:

- het risico-inventarisatieformulier is nog actueel
- is niet meer actueel. Formulier wordt in het EPD aangepast en opgeslagen

12) Overig

Bijzonderheden (evaluatie):

Nieuw / aangepast doel:

Actie (wat, wie, hoe, waar):



Bijlage VI Samenvatting werkwijze zorgplannen

Bespreking / document:

1-Zorgplan plus
2-Zorgplan basis



Update
naar



Aparte documenten:

3 Middelen en Maatregelen
4 Checklist risico's
5 Behandelrestrictieformulier
6 Wilsbekwaamheidsformulier

1- ZORGPLAN PLUS

Documenten in EPD:

-uitnodiging bespreking naar cliënt/wettelijk vertegenwoordiger
-concept zorgplan naar wettelijk vertegenwoordiger
-definitief zorgplan naar 1 wettelijk vertegenwoordiger

Frequentie:

1x per twee jaar

Afspraak:

De Pb-er stelt een datum vast in overleg met betrokken cliënt/
vertegenwoordiger (telefonisch) en disciplines (via outlook
vergaderverzoek).

Pb-er geeft datum-tijd-plaats van de bespreking door aan betrokken
disciplines (via outlook vergaderbevestiging) en aan het medisch
secretariaat.

Uitnodiging:

*Het medisch secretariaat stuurt een schriftelijke uitnodiging naar
cliënt/wettelijk vertegenwoordiger.*

Concept Zorgplan plus: Pb-er maakt in EPD een concept zorgplan (96) aan En stuurt
dit ter toetsing naar hoofdbehandelaar.

Secretariaat stuurt concept zorgplan na goedkeuring door
hoofdbehandelaar naar de cliënt/wettelijk vertegenwoordiger.

Formulieren behorend bij zorgplan plus:

Middelen en Maatregelen (M&M) (niet als apart formulier toevoegen
maar vermelding besproken)

Checklist risico's

Behandelrestrictieformulier (indien aanpassing/ bespreking
noodzakelijk),

Wilsbekwaamheid formulier(indien aanpassing/ bespreking
noodzakelijk)

Verslag:

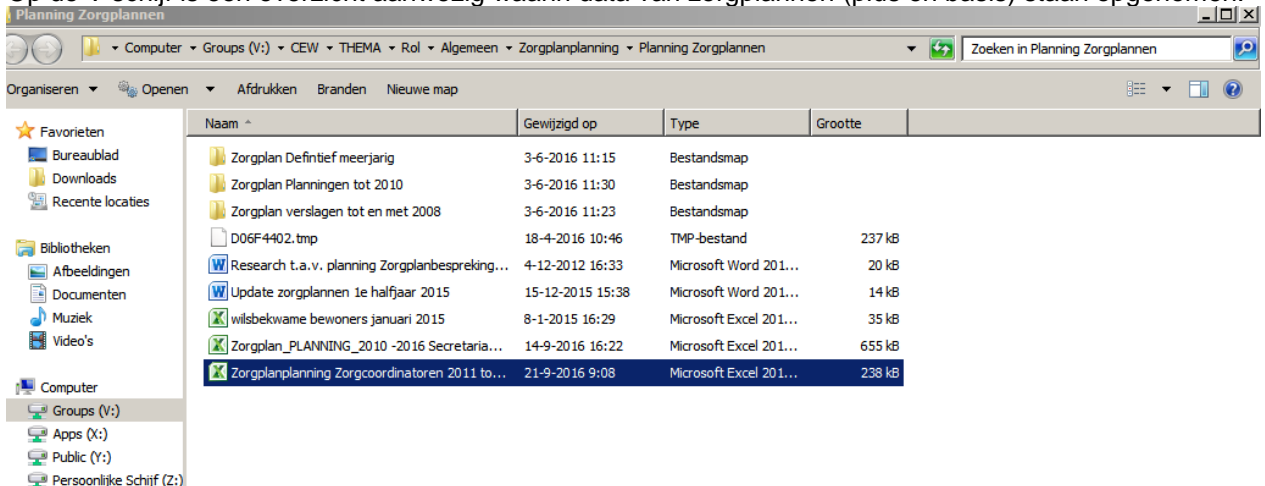
Na de bespreking maakt Pb-er het concept definitief en stuurt het
verslag ter beoordeling naar hoofdbehandelaar. Na goedkeuring
hoofdbehandelaar geeft de hoofdbehandelaar aan het secretariaat door
welke documenten MET het definitief zorgplan verstuurd worden naar
cliënt/wettelijk vertegenwoordiger. De persoonlijk begeleider
informeert overige betrokkenen (o.a. medewerkers dagbesteding,
betrokken paramedici) dat basis zorgplan definitief is. (per mail/
tijdens overlegmoment)

Medisch secretariaat sluit zorgplan plus en evt. andere documenten die
meegestuurd zijn met het zorgplan af in het EPD.

2- ZORGPLAN BASIS

Document in het EPD:	Basiszorgplan. De uitvoering van het Basiszorgplan ligt geheel bij de Pb-er; het secretariaat heeft hier geen rol. (voor kindergroepen uitzondering)
Frequentie :	3x in de twee jaar
Document :	Pb-er maakt in het EPD het Basiszorgplan (doc.4536) aan en vult het voorblad verder in. Items die niet besproken zijn worden door Pb-er weggehaald. Maximaal 3 zorgvragen invullen.
Afspraak :	Pb-er belt met de wettelijk vertegenwoordiger om een datum en tijdstip voor de zorgplan basis bespreking af te stemmen en vraagt de wettelijk vertegenwoordiger naar aanvullende agendapunten. Pb-er noteert (voor zichzelf) de inbreng van de cliënt/ wettelijk vertegenwoordiger in het aangemaakte zorgplan basis bij het corresponderende onderwerp. Er wordt geen schriftelijke uitnodiging en geen concept verstuurd naar de cliënt/ vertegenwoordiger door het secretariaat. Het is aan de Pb- er hoe hij/zij dit invult.
Bespreking :	Pb-er bespreekt met de cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger: - het zorgplan basis: Pb-er bepaalt (in afstemming met de vertegenwoordiger/cliënt welke zorgvragen/doelen (maximaal 3) in de komende evaluatiebespreking aan de orde komen. - Middelen en Maatregelen(niet als apart formulier toevoegen maar vermelding besproken) en checklist risico's. Het verslag van het uitgebreide zorgplan en de checklist kan dienen als informatiebron/ naslagwerk.
Verslag Basiszorgplan:	Pb-er verwerkt veranderingen in het zorgplan basis en binnen de aparte formulieren in het EPD. De Pb-er informeert de hoofdbehandelaar en het medisch secretariaat: het medisch secretariaat stuurt het basiszorgplan en formulieren naar de cliënt/ vertegenwoordiger. De persoonlijk begeleider informeert overige betrokkenen dat basis zorgplan definitief is (o.a. medewerkers dagbesteding, betrokken paramedici). Per mail/ via overlegmomenten. Medisch secretariaat sluit zorgplan basis in het EPD.

Op de V schijf is een overzicht aanwezig waarin data van zorgplannen (plus en basis) staan opgenomen:



Naam	Gewijzigd op	Type	Grootte
Zorgplan Defintief meerjarig	3-6-2016 11:15	Bestandsmap	
Zorgplan Planningen tot 2010	3-6-2016 11:30	Bestandsmap	
Zorgplan verslagen tot en met 2008	3-6-2016 11:23	Bestandsmap	
D06F4402.tmp	18-4-2016 10:46	TMP-bestand	237 kB
Research t.a.v. planning Zorgplanbespreking...	4-12-2012 16:33	Microsoft Word 201...	20 kB
Update zorgplannen 1e halfjaar 2015	15-12-2015 15:38	Microsoft Word 201...	14 kB
wilsbekwame bewoners januari 2015	8-1-2015 16:29	Microsoft Excel 201...	35 kB
Zorgplan_PLANNING_2010 -2016 Secretaria...	14-9-2016 16:22	Microsoft Excel 201...	655 kB
Zorgplanplanning Zorgcoördinatoren 2011 to...	21-9-2016 9:08	Microsoft Excel 201...	238 kB

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*.

Wettekst Wet Langdurige zorg en AMvB

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.

Cliënt: 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.

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 Wlz 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

Paramedici: de fysiotherapeut, logopedist, diëtist en ergotherapeut.

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

Wettelijk Vertegenwoordiger: degene die de belangen van de bewoner behartigt (conform wetgeving).

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 Wlz-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.