

Model voor een cliëntgericht zorg/leefplan

2015

ieder(in)

NP
CF NEDERLANDSE
PATIËNTEN
CONSUMENTEN
FEDERATIE

PGO support




Vilans

Intro

In deze handreiking vindt u een model voor een zorg-/leefplan. Het is een model dat expliciet uitgaat van cliënten: hun leefwijze en hun zorg- of ondersteuningsvraag. Deze handreiking is bedoeld voor cliënten- en patiëntenorganisaties en individuele cliënten, patiënten en hun naasten. In dit stuk spreken we verder over cliënten. Hieronder verstaan wij patiënten-, mensen met een handicap of beperking - en/of ouderen die in relatie tot hun omgeving een beperking ervaren in medisch functioneren, voeren van huishouden of participeren.

Cliënten kunnen het model voor zichzelf gebruiken, cliëntenorganisaties kunnen dit model toesnijden op hun cliënten. Het zorg-/leefplan is gebaseerd op onderzoek dat Vilans in opdracht van PG werkt samen in 2014 heeft uitgevoerd naar ingrediënten van een zorg-/leefplan vanuit cliëntenperspectief¹.

¹ Voor meer informatie over het onderzoek en de uitkomsten ervan kunt u de eindrapportage opvragen bij PG werkt samen.

Inhoudsopgave

Ingrediënten van een cliëntgericht zorg-/leefplan	4
Er zijn veel zorg- en ondersteuningsplannen in omloop in de langdurende en chronische zorg. In grote lijnen lijken ze op elkaar. Hier ziet u de ingrediënten van een cliëntgericht zorg-/leefplan.	
Vijf tips om het model te laten werken	8
Vijf tips voor de implementatie van het nieuwe model. Deze tips zijn tot stand gekomen in gesprekken met de projectgroep en met voorlopers op het gebied van persoonsgericht werken.	
Model zorg-/leefplan vanuit het perspectief van cliënten	12
De basis van het model vindt u hier. Het is geschreven voor cliënten en hun naasten. Daarom wordt de lezer aangesproken met 'u'. Cliëntenorganisaties kunnen dit model verder uitwerken tot een praktisch en goed werkend plan.	

Ingrediënten van een cliëntgericht zorg-/leefplan

Ingrediënten van een cliëntgericht zorg-/leefplan

Er zijn veel zorg- en ondersteuningsplannen in omloop in de langdurende en chronische zorg. In grote lijnen lijken ze op elkaar. De kern van zorg- en ondersteuningsplannen bestaat uit de doelen en de afspraken die een cliënt en zorgaanbieder maken om de doelen te behalen. Maar in de verdere uitwerking zijn er verschillen tussen sectoren en tussen zorgorganisaties binnen dezelfde sector. Voor cliënten is dit onhandig. Daarom heeft Vilans in 2014 onderzocht of uit die verschillende plannen één format te maken is voor cliënten. In dit hoofdstuk ziet u de belangrijke uitkomsten van dit onderzoek, samengevat in ingrediënten.

Kern: samen een plan maken dat aansluit bij wensen en mogelijkheden

Een cliëntgericht plan gaat uit van de wensen en mogelijkheden van cliënten. De doelen en afspraken die met elkaar gemaakt worden, volgen logisch op deze wensen en behoeften. Uit het onderzoek van Vilans blijkt dat de organisaties die met zo'n plan werken, gebruik maken van praktische hulpmiddelen, zoals de vraag aan cliënten wat voor hen wel en niet 'werkt'. Zo kan de zorg en ondersteuning goed aansluiten op de individuele situatie. Ook heeft de cliënt een actieve rol in het opstellen, uitvoeren en bijstellen van zijn of haar plan. Bijvoorbeeld door samen met de zorgverlener het plan te schrijven op de computer en in ieder geval een dialoog te voeren. Verder valt op dat organisaties die werken met een cliëntgericht plan trachten zo efficiënt mogelijk met de bureaucratie om te gaan. Zij gaan bijvoorbeeld in gesprek met het zorgkantoor over de eisen die zij stellen of zoeken naar een andere verdeling tussen informatie die in het feitelijk plan staat en informatie die in het dossier geplaatst wordt. De voorlopers zijn het erover eens dat het plan voldoende ruimte voor maatwerk moet bieden en flexibel moet kunnen zijn in vorm en inhoud, passend bij de individuele cliënt.

Zorg-/leefplan flexibel maken

Cliënten die ervaringen hebben met een zorg-/leefplan ervaren het plan vaak als iets wat een zorgorganisatie moet doen. Hoewel het belangrijk gevonden wordt om de afspraken goed op te schrijven, zien veel cliënten dat zij zich moeten aanpassen aan de werkwijze, de cyclus en de inhoud en vorm die vanuit de organisatie wordt bepaald. Het gesprek dat cliënten voeren met hun zorgverleners over het zorg-/leefplan wordt dan gevoed door de eisen die de externe stakeholders stellen aan het plan. Veelal is er ten aanzien van de vorm en inhoud van een zorg-/leefplan weinig flexibiliteit, terwijl cliënten hier wel behoefte aan hebben (zodat het als meer van hen wordt ervaren). Bijvoorbeeld voor de ene persoon een plan waarin de doelen en afspraken visueel zijn gemaakt, en voor de ander een toegangscode tot het digitale plan. In de zorg voor mensen met een chronische ziekte is het zorg-/leefplan een opkomend fenomeen. Daar geven de cliënten die aan dit onderzoek hebben meegedaan aan dat zij de meerwaarde nog niet altijd zien.

Balanceren tussen verschillende functies van het zorg-/leefplan

Het gebruikelijke zorg-/leefplan dient verschillende doeleinden die soms met elkaar op gespannen voet staan, blijkt uit het onderzoek van Vilans. Zo is het een instrument dat gebruikt wordt om de cliënt meer regie te geven. De werkwijze heeft in zich dat er een dialoog tussen de cliënt en zorgaanbieder moet plaatsvinden om te bepalen welke prioriteiten er in de zorg en ondersteuning worden gelegd, inclusief doelen. Ook is het een instrument om het professioneel handelen te bevorderen doordat de werkwijze van het zorg-/leefplan een methodische cyclus in zich heeft. Daarnaast is het een instrument waarmee de zorgorganisatie verantwoording over kwaliteit en budget aflegt naar derden, zoals het zorgkantoor of de inspectie voor de gezondheidszorg. Deze laatste functie lijkt, door de grote hoeveelheid aan eisen die gesteld worden, de overhand te nemen. De hoeveelheid bureaucratie is een belemmerende factor voor het cliëntgericht kunnen werken met het zorg-/leefplan. Deze trend is vooral zichtbaar in de Wlz-sectoren, maar het risico bestaat dat dit ook in de zorg voor mensen met een chronische ziekte zal ontstaan.

Wat zijn de verschillen tussen traditionele plannen en het cliëntgerichte zorg-/leefplan?

Het cliëntgerichte zorg-/leefplan dat op basis van het onderzoek is ontwikkeld, komt tegemoet aan de belangrijkste functie: het bevorderen van de eigen regie en eigen kracht van de cliënt. Daartoe worden drie kernvragen beantwoord: wie is de persoon, hoe ziet een goed leven voor die persoon eruit en welke ondersteuning is nodig om daar te komen. De antwoorden op deze vragen vormen samen het zorg-/leefplan.

Een belangrijk verschil met de gebruikelijke zorg- of ondersteuningsplannen is dat dit model beter aansluit bij de persoon zelf. Dit komt tot uitdrukking in de structuur van het plan. In tabel 1 zijn de verschillen weergegeven tussen veelgebruikte zorg-/leefplannen en het cliëntgerichte model. Uiteraard gaat het hierbij om een algemeen beeld van de traditionele zorg-/leefplannen.

Uit de tabel wordt zichtbaar dat er veel overeenkomsten tussen beide modellen zijn. De grootste verschillen zijn dat er in het zorg-/leefplan niet standaard een deel gaat over de levensgeschiedenis van de persoon of de risico's die er zijn. Deze aspecten kunnen, indien ze van belang zijn nu of voor de toekomst, wel aan de orde komen. Dit zal vooral zijn in het gedeelte over wat belangrijk is voor de persoon.

Tabel 1 Verschillen tussen traditionele zorg-/leefplannen en het cliëntgerichte zorg-/leefplan

	Traditioneel zorg-/leefplan	Model zorg-/leefplan
Het doel van het plan	Beschrijven van de afspraken die een cliënt en zorgverlener met elkaar maken ten aanzien van de te bereiken doelen.	Delen hoe de persoon wil leven, wat daarin belangrijk is en hoe hij daarbij ondersteund wil worden.
Wie is betrokken?	Professionele zorgverleners waarbij een cliënt- (vertegenwoordiger) kan aansluiten.	Persoon zelf en anderen die belangrijk voor hem of haar zijn zoals familie en vrienden, maar ook professionals indien gewenst.
Hoe vaak wordt het plan geëvalueerd?	In de AWBZ-sectoren in ieder geval jaarlijks, in de Wlz twee keer per jaar. In zorg voor mensen met een chronische ziekte is dit flexibel.	Wisselend en continu, zo vaak als nodig om het doel te bereiken.
Hoe wordt het ontwikkeld?	Professionals gebruiken hun methodieken en instrumenten om informatie te verzamelen en gebruiken het format dat de organisatie aanreikt.	Middels persoonsgerichte hulpmiddelen beantwoordt de persoon de belangrijkste vragen en maakt gebruik van een vorm die aansluit bij zijn voorkeur.
Wat is de structuur van het plan?	Veel voorkomende inhoud is: personalia, persoonsbeeld, levensgeschiedenis, perspectief, risico's, doelen en afspraken.	Personalia, wie ben ik (dit waarderen anderen aan mij, dit is belangrijk voor mij/vind ik belangrijk, wat werkt en wat niet); hoe wil ik dat mijn leven eruitziet; ondersteuningsafspraken.
Inhoudelijke domeinen	Afhankelijk van de sector of organisatie worden er domeinen gehanteerd die het leven bestrijken.	Een combinatie van de verschillende domeinen (zie tabel 2, levensdomeinen) wordt gehanteerd.

Opgemerkt moet worden dat het beeld van de traditionele zorg-/leefplannen niet overal, in alle sectoren en alle organisaties zo gehanteerd wordt.

Vijf tips om het model te laten werken

Vijf tips om het model te laten werken

1. Maak er een eigen versie van

Maak van dit model zorg-/leefplan een praktisch bruikbaar format. Uitgangspunt is dat het cliënten aanspreekt en dat er verschillende vormen worden ontwikkeld voor verschillende doelgroepen. Bijvoorbeeld een papieren versie en een digitale variant zoals een app. Uit het onderzoek blijkt dat flexibiliteit in zowel de vorm van het zorg-/leefplan als de inhoud en werkwijze van groot belang is. Door hier flexibel mee om te gaan, hebben cliënten meer het gevoel van eigenaarschap dan wanneer zij een standaard format moeten gebruiken. Ook de inhoud kan flexibel zijn. Niet iedereen heeft zorg of ondersteuning nodig op alle levensdomeinen. Cliënten moeten, samen met belangrijke anderen, kunnen aangeven welke domeinen op dat moment van belang zijn. Soms kan het zijn dat de sector waar een cliënt zorg of ondersteuning afneemt, bepaalde inhoudelijke domeinen van groot belang vindt. Het kan dan betekenen dat het zorg-/leefplan voor een specifieke organisatie of gehele sector aangepast wordt.

2. Zoek naar balans tussen persoonsgericht en verantwoording

Het plan is niet alleen te gebruiken om verantwoording af te leggen. Met het model zorg-/leefplan komt de regie meer bij de persoon zelf te liggen. Het zorg-/leefplan heeft een 'look & feel' die aansluit bij degene voor wie het bedoeld is. Idealiter wordt dit zo vastgelegd dat de software het vervolgens mogelijk maakt dat u er verantwoordingsinformatie uit kan halen. Nog mooier zou zijn wanneer stakeholders hun eisen en verwachtingen ten aanzien van het zorg-/leefplan bijstellen zodat zij minder bepalend zijn.

3. Sluit aan bij het dossier en behandelplan

Dit model gaat uit van de mogelijkheden en individuele wensen, behoeften en interesses. Dit betekent niet dat er geen plek is voor problemen, ziekten of beperkingen. Deze factoren zijn wel degelijk van belang: ze bepalen voor een deel wat belangrijk is voor iemand en welke zorg en ondersteuning er nodig is. Schets een reëel en realistisch beeld. Het komt er op neer dat er een zekere overlap is tussen hetgeen in een professioneel dossier wordt vastgelegd en datgene wat in een zorg-/leefplan wordt geregistreerd.

Lastig punt

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

4. Betrek er een cliëntondersteuner bij

Het maken van een zorg-/leefplan is minder eenvoudig dan op het eerste gezicht misschien lijkt. Deze handreiking benadrukt daarom het gezamenlijke proces waarbij de persoon zelf, zijn naasten en professionals samen werken aan het plan. Het kan ook helpen om specifiek een cliëntondersteuner in te schakelen (bijvoorbeeld iemand van de MEE), die als onafhankelijke ondersteuner een rol kan spelen. In de Wet langdurige zorg (Wlz), die per 1 januari 2015 de AWBZ vervangt, is de rol van de cliëntondersteuner expliciet opgenomen. Cliëntondersteuning is volgens deze wet: onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies, algemene ondersteuning en zorgbemiddeling die bijdraagt aan het tot gelding brengen van het recht op zorg in samenhang met dienstverlening op andere gebieden. Bij het opstellen van een zorg-/leefplan heeft de cliënt recht op deze ondersteuning.

5. Volg eerst een training

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

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

Uit Engelse ervaringen² weten we dat trainingen voor professionals als voor cliënten/cliënten het best gegeven kunnen worden door koppels van professionele trainers en ervaringsdeskundigen.

6. Meerwaarde aantonen

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

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

² Wallace, L.M. et al. (2012). Co-creating health: evaluation of the first phase. London: Health Foundation.

7. Faseer de implementatie

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

Model zorg-/leefplan vanuit het perspectief van cliënten

Model zorg-/leefplan vanuit het perspectief van cliënten

Hier ziet u het model zorg-/leefplan dat op basis van het onderzoek is ontwikkeld. Dit model is geschreven voor cliënten en hun naasten³. Daarom wordt de lezer aangesproken met 'u'. Cliëntenorganisaties kunnen dit model verder uitwerken tot een praktisch en goed werkend plan. De hulpmiddelen die te vinden zijn in het plan zijn voorbeelden die verder uitgewerkt worden.

In het model zijn verschillende hulpmiddelen opgenomen. Deze hulpmiddelen zijn gebaseerd op de 'person-centred thinking tools' die door Helen Sanderson en Jaimee Lewis (2012) zijn ontwikkeld. Deze zijn in het Verenigd Koninkrijk ontwikkeld en in gebruik. Voor zover bekend zijn er geen ervaringen met deze hulpmiddelen in Nederland, maar ze lijken goed te passen bij de uitkomsten van het onderzoek.



³ Hiermee bedoelen we alle naasten die betrokken zijn bij de zorg voor de cliënt. Dat kunnen familieleden, partners, maar ook goede vrienden, mentor of een vertrouwenspersoon die de cliënt zelf kiest zijn.

Model zorg-/leefplan voor cliënten

Dit model zorg-/leefplan is een plan voor mensen met een zorg- of ondersteuningsvraag. Het zorg-/leefplan beschrijft welke zorg en ondersteuning u nodig heeft om een goed leven te kunnen leiden. Er staan daarom afspraken in. Wat is er precies nodig, en wie heeft daarin welke rol? In het zorg-/leefplan kunt u zelfstandig werken, eventueel samen met de mensen die u ondersteunen. Het zorg-/leefplan geeft antwoord op de volgende kernvragen:

1. Wie ben ik?
2. Hoe wil ik dat mijn leven eruit ziet?
3. Welke ondersteuning heb ik daarbij nodig?
4. Wat levert de ondersteuning op?

De 7 kernprincipes

Het zorg-/leefplan gaat uit van de volgende zeven principes:

1. U staat centraal. U heeft de regie over:
 - a. Welke onderdelen u wel of niet invult
 - b. Over welk domein u in gesprek gaat met een zorgverlener
 - c. Op welke domeinen u doelen wilt formuleren
 - d. Wie het plan mag inzien
 - e. Wie welk onderdeel in het plan mag bewerken
 - f. Wanneer de gemaakte afspraken geëvalueerd worden
2. Het zorg-/leefplan wordt gemaakt wanneer er een zorg- of ondersteuningsvraag is. Dat wil zeggen dat u zorg of ondersteuning nodig heeft om een goed leven te kunnen leiden wat past bij uw situatie.
3. Het zorg-/leefplan is dan ook een hulpmiddel waarmee u zowel met professionals als met mensen uit uw eigen netwerk afspraken kunt maken over de ondersteuning die u nodig heeft.
4. Gezamenlijke besluitvorming is de kern van dit proces.
5. Het zorg-/leefplan is bondig, eenvoudig en kort waar dat kan, maar kan ook complex en uitgebreid zijn als dat nodig is.
6. Het zorg-/leefplan bestrijkt verschillende domeinen van het leven. U bepaalt welke domeinen voor u van belang zijn.
7. Het zorg-/leefplan geeft weer wat belangrijk is voor u en welke ondersteuning nodig is.
8. Aan de slag
9. Als u aan de slag gaat met het zorg-/leefplan, dan zijn er verschillende fasen te onderscheiden. Deze fasen zijn in figuur 1 weergegeven. In de praktijk zal het vaak voorkomen dat de volgorde anders is dan in dit figuur is voorgesteld.

Figuur 1 Schematische weergave van het werken met het zorg-/leefplan



Fase 1: informatie verzamelen: wie ben ik?

Als eerst is het van belang om goed na te denken over wat belangrijk is voor u. Begin met uw eigen ideeën en praat daarna met anderen, zoals mensen uit uw directe omgeving of professionals. In het zorg-/leefplan ziet u steeds verschillende domeinen van het leven. Deze kunnen u helpen bij het nadenken over de vraag wat belangrijk is in uw leven. U zult merken dat sommige domeinen belangrijker zijn dan andere. Dat is niet erg. Door goed na te denken over wat er belangrijk is voor u, kan de zorg en ondersteuning hier het beste op aangepast worden.

Fase 2: Hoe wil ik dat mijn leven eruit ziet?

Een tweede stap is dat u, samen met anderen, nadenkt over hoe u zou willen dat uw leven eruit ziet. Stel, u bent twee jaar verder, hoe ziet uw leven er dan uit? Dit kan van alles zijn. Het kan bijvoorbeeld zijn dat u steeds zeker wordt. Dan zal u wellicht willen nadenken over wat u dan belangrijk vindt om, ondanks uw ziekte, toch zo prettig mogelijk te leven. Het kan ook zo zijn dat u het liefst wilt dat uw leven er over twee jaar hetzelfde uitziet als nu. Ook dat is een mogelijkheid. En het kan natuurlijk ook zijn dat u uzelf graag wilt ontwikkelen, iets wilt bereiken. Bijvoorbeeld zelfstandig gaan wonen, of een betaalde baan krijgen. Dan is dat voor u de stip op de horizon. Wanneer u daarover met professionals praat, zullen zij misschien praten over het ‘perspectief’. Dat is precies waar het hier over gaat.

Als u ongeveer weet waar u naartoe wilt werken, gaat u nadenken over hoe u daar kunt komen. Wat is belangrijk om aan te gaan werken? Stel, u wordt steeds zeker en om uw leven zo aangenaam mogelijk te houden, vindt u het belangrijk om uw familie veel te zien. U kunt daarover, in dit geval samen met uw familie, nadenken hoe dat het best kan. Met uw zorgverleners kunt u ook afspreken wat zij daarin kunnen betekenen.

Fase 3: Afspraken maken

Uit de vorige fasen is gebleken waar u naartoe werkt. In deze fase gaat u daarover concrete afspraken maken. Wat kunt u zelf doen om het doel te behalen? Wie zijn er nog meer bij betrokken en wie doet dan precies wat? Kan uw sociale netwerk betrokken worden? Zo ja, wat doen ze dan? Op welke manier speelt een professional een rol in het behalen van het doel?

Fase 4: Uitvoeren en evalueren

Het is natuurlijk van belang dat de gemaakte afspraken uitgevoerd worden. Doet iedereen wat is afgesproken? Van belang is ook om dat goed bij te houden. Door bij te houden of de afspraken zijn nagekomen én welke uitkomst ze hadden, ontstaat een goed beeld van hoe het gaat. Het is als het ware steeds even kijken of u nog op de goede weg bent.

Tot slot wordt er na een bepaalde periode, bijvoorbeeld een half jaar, opnieuw naar het geheel gekeken: benadert u de gestelde doelen? Moeten de doelen aangepast worden? Is er iets veranderd in de uw situatie? Hiermee begint in feite het hele proces weer opnieuw.

Samen beslissen

Een zorg-/leefplan maakt u niet in uw eentje, maar samen met een professional. Soms is het prettig als een ander meedenkt en besluit wat het beste is. Dit kan familie, een onafhankelijk cliëntenondersteuner maar ook een hulpverlener zijn. Dit wordt ook wel ‘gezamenlijke besluitvorming’ genoemd.

Wat is gezamenlijke besluitvorming?

Een professional is deskundig binnen zijn of haar vakgebied, bijvoorbeeld op gezondheidsgebied en weet wat helpt bij de meeste mensen. En u heeft juist weer uw eigen voorkeuren en wensen, kent uw eigen lichaam het best en weet wat wel en niet voor u werkt of past bij uw levensstijl. Zo vullen de kennis van de professional over wat voor de meeste mensen werkt, en uw kennis over wat voor u werkt, elkaar mooi aan. Daardoor maakt u samen met professionals goede keuzes die zo goed mogelijk aansluiten bij uw leven en persoonlijke behoeften.

Er zijn drie stappen om hier samen met professionals over te praten.

- **Stap 1: Hoe wilt u meebeslissen?**

Het is belangrijk dat in een eerste gesprek met u wordt besproken dat u een keuze heeft. Veel mensen beseffen niet dat ze mee kunnen beslissen. Maar wilt u eigenlijk wel meebeslissen over wat er moet gebeuren? Soms is het prettig als iemand u ondersteunt of als een ander besluit wat het beste is. Deze keuze heeft u natuurlijk ook. Een belangrijk argument om wel voor de gezamenlijke besluitvorming te kiezen, is dat u dan meer regie over uw eigen leven houdt.

Tip: De vragen in dit zorg- leefplan die onder het hoofdstuk ‘informatie verzamelen’ staan, kunnen u (en uw eigen sociale netwerk) voorafgaand aan dit eerste gesprek met de professional helpen, in kaart te brengen wat belangrijk is in uw leven. En waar de zorg of ondersteuning dus zo goed mogelijk bij zou moeten aansluiten.

- **Stap 2: Wat zijn de keuzes?**

Als u bij stap 1 heeft besloten deel te willen nemen aan het keuzeprocess, bespreekt u tijdens stap 2 met een professional wat de verschillende keuzeropties zijn en wat de voor- en nadelen van deze opties zijn, op korte en op lange termijn. Bijvoorbeeld de keuze tussen werken aan uw leefstijl in een groep medecliënten en werken aan uw leefstijl met behulp van een app. Stel vragen als er dingen onduidelijk zijn of als u meer informatie nodig heeft. Geef aan als u tijd nodig heeft om te bedenken wat u wilt of om dit te bespreken met uw naasten.

Tip: Op internet, en bij diverse cliënten- en cliënten organisaties is informatie te vinden over verschillende opties, behandelingen of zorgorganisaties. Soms zijn er ook keuzehulpjes beschikbaar die de voor- en nadelen en resultaten van de verschillende opties voor u op een rij zetten en u en de professional kan ondersteunen bij gezamenlijke keuzes in de zorg.

- **Stap 3: Wat kiest u?**

Op basis van stap 1 en 2 kunt u een keuze maken voor de zorg- en ondersteuning die het beste bij uw leven past. De domeinen van het leven kunnen helpen als geheugensteuntje om hierbij geen (voor u) belangrijke aspecten te vergeten.

Als u samen met uw naasten heeft bedacht wat u wilt, kunt u dit bespreken met een professional. Samen maakt u dan afspraken die zijn gebaseerd op de uitkomsten van stap 1 en 2. In dit zorg-/leefplan kunt u deze gemaakte afspraken vastleggen in de hoofdstukken ‘doelen en perspectief formuleren’ en ‘afspraken maken’.

De domeinen van het leven

Om u te helpen na te denken over uw leven en de zorg en ondersteuning die u daarin nodig heeft, zijn er domeinen geformuleerd: levensgebieden. In tabel 2 vindt u deze levensgebieden. U kunt ze gebruiken in alle onderdelen van het zorg-/leefplan. Bijvoorbeeld bij het nadenken over wat belangrijk is in uw leven. De domeinen helpen dan om alle aspecten van het leven eens na te lopen en zo niets te vergeten. Ook worden in het zorg-/leefplan doelen geformuleerd die op verschillende domeinen liggen. Uiteraard stelt u alleen doelen op die domeinen die voor u, op dit moment, van belang zijn. U hoeft dus niet op elk domein een doel te hebben.

Vaak hebben professionals ook instrumenten om de verschillende domeinen van het leven met u te bespreken. Dit varieert van professionele instrumenten die de professionals helpen een goede inschatting te maken van uw situatie, tot invuloefeningen, gespreksleidraden, het keukentafelgesprek, et cetera. U kunt samen met de professional bekijken wat voor u de meest prettige manier is. We volstaan hier met een korte omschrijving van elk domein: wat betekent het, wat kan u zich erbij voorstellen? Zo bieden ze een handvat voor het nadenken over wat u belangrijk vindt.

Tabel 2 Levensdomeinen

Levensgebieden	Waar gaat dit over?
Mijn lichamelijke gezondheid	U voelt zich gezond. Het gaat hierbij om ziekte en gezondheid, voeding, algemene dagelijkse lichaamsverzorging, medische zorg, mobiliteit, sport, rust en slaap.
Mijn werk- of dagbesteding en vrije tijd	Wat u overdag doet aan werk of dagbesteding en wat u graag in uw vrije tijd doet, bijvoorbeeld het uitoefenen van een hobby.
Mijn sociale contacten/netwerk	Wie zijn de mensen in uw omgeving waar u een band mee heeft? Denk aan familie, vrienden, collega's, kennissen, burens, uw partner, (klein)kinderen.
Mijn psychische of emotionele gezondheid	Hoe u in uw vel zit, onveilig voelen/angstig zijn, stress, uw stemming, zelfbeeld.
Leren en ontwikkelen	Het ontwikkelen van vaardigheden of opdoen van kennis. School of opleiding.
Wonen	De fysieke woning, veilig en thuis voelen, schoonhouden.
Mijn financiën en rechten	Het voeren van een administratie, gebruik kunnen maken van dezelfde rechten als anderen, privacy.
Zo voer ik de regie over mijn leven	Zelf kunnen beslissen over het dagelijks leven, zelf keuzes kunnen maken over uw eigen leven.
Seksualiteit en intimiteit	Seksuele relaties, seksualiteitsbeleving, en de mate van (on)tevredenheid hiermee en eventuele ervaren problemen met betrekking tot bijvoorbeeld vruchtbaarheid of de overgang.
Zingeving en spiritualiteit	Welke zin geeft u aan het leven, hoe bent u daarmee bezig? Bijvoorbeeld religie, levensbeschouwing. Vanuit welke waarden geeft u uw leven richting?

De hulpmiddelen in het plan

In het vervolg van dit stuk is een aantal hulpmiddelen opgenomen die u kunt gebruiken om de vragen te beantwoorden. Ze dienen ter inspiratie en als voorbeeld. De hulpmiddelen die beschreven zijn, gebruikt u samen met anderen. Bijvoorbeeld met mensen uit uw directe omgeving (familie, vrienden) en professionele ondersteuners.

Zorg-/leefplan

Dit ben ik

In het eerste gedeelte van het plan staat u stil bij de huidige situatie. Om te weten welke zorg en ondersteuning nodig is, is het van belang zicht te hebben op wat u kenmerkt. Verschillende levensdomeinen bieden een inhoudelijke kapstok en zorgen ervoor dat alle onderwerpen, mits u dat wil, aan de orde kunnen komen.

In het onderdeel 'wie ben ik' kunnen verschillende onderdelen aan de orde komen:

- Wat vindt u zelf belangrijk in uw leven?
- Wat is, volgens anderen, belangrijk voor u?
- Wat zijn problemen en beperkingen die u ervaart in uw leven?
- Wat waarderen anderen aan u?
- Wat vindt u leuk en niet leuk?
- Wat maakt u blij of verdrietig?
- Wie zijn belangrijke personen voor u?
- Wat zijn uw talenten, kwaliteiten en vaardigheden?

Personalia

Persoonsgegevens
Naam
Geboortedatum
Adres
Telefoonnummer
e-mailadres
BSN
Gegevens over de indicatie
Indien er sprake is van WLZ-zorg: grondslag ⁴
Indicatie geldig tot
Gegevens over dit plan
Opgesteld op (datum)
Betrokkenen bij het opstellen van dit plan
Datum eerste evaluatie
Belangrijke anderen
Huisarts
Wettelijk vertegenwoordiger
Eventueel anderen:

⁴ Om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen, moet er sprake zijn van een grondslag. Er zijn 6 grondslagen: Somatiek, Psychogeriatrisch, Psychiatrisch, Verstandelijke handicap, Lichamelijke handicap en zintuiglijke handicap.

Dit waarderen anderen aan mij

Een goed uitgangspunt om mee te starten, is om stil te staan bij uw sterke punten, eigenschappen en kwaliteiten. Door hier bij stil te staan, start het proces met een positieve insteek.

Soms is het lastig om voor uzelf te bedenken wat uw kwaliteiten zijn. Andere mensen die u goed kennen, kunnen hier vaak juist een heel goed antwoord op geven. U zou hen kunnen vragen:

- Wat vind jij dat ik goed kan?
- Wat bewonder jij in mij?
- Waar ben jij mij dankbaar voor?
- Wat heb ik gedaan waar jij trots op bent?
- Wat vind jij leuk aan mij?
- Wat zijn mijn talenten en sterke kanten?



Deze vragen zijn best moeilijk om zomaar te stellen. Als u het spannend vindt om deze vragen zo te stellen, zou u ook een kaartje kunnen sturen naar een paar mensen waarop u bijvoorbeeld vraagt om de volgende zin af te maken en terug te sturen: 'Drie dingen die ik in jou bewonder zijn...'. Een andere mogelijkheid is om, wanneer er bijvoorbeeld met meerdere mensen gesproken gaat worden over de zorg en ondersteuning, de bijeenkomst te beginnen met de vraag om positieve aspecten aan u te benoemen of op te schrijven.

Dit is belangrijk voor mij

De tijd dat professionals het beste wisten wat goed voor u was, is voorbij. Natuurlijk heeft de professional veel kennis, maar het werkt pas als het past bij u en uw leven. Er is dus een onderscheid tussen wat u zelf belangrijk vindt en welke zorg en ondersteuning belangrijk is om een zo gezond en veilig leven te leiden.

Bij het invullen hiervan kan er overlap zijn. Dus dat wat u zelf belangrijk vindt, ook belangrijk is om een gezond en veilig leven te leiden. Maar het kan ook zijn dat er verschillen zijn. Dus dat anderen andere aspecten belangrijk vinden dan wat u zelf vindt. Het gaat er dan om samen de juiste balans te vinden.

Stel, u bent in een paar maanden tijd een aantal kilo's aangekomen. De huisarts stelt dat u op dieet moet en de praktijkondersteuner maakt met u een dieet van 1.200 calorieën. Maar de reden dat u aangekomen bent, heeft wellicht met stress te maken waardoor u ongezonder gaat eten. Het is dan effectiever om te werken aan het hanteren van de stress dan om u op een dieet te zetten. Kortom, elke interventie die ingaat op 'wat belangrijk is voor u' zonder daarin mee te nemen wat u zelf belangrijk vindt, is gedoemd te mislukken. Anderzijds geldt het ook: als u alleen maar doet wat u zelf belangrijk vindt, bestaat de kans dat uw gezondheid of veiligheid in gevaar komt.

Een goede en slechte dag beschrijven

Het kan best moeilijk zijn om te bedenken wat u belangrijk vindt. Om u te helpen, is er de volgende oefening: beschrijf hoe een gemiddelde dag er voor u uit ziet, beginnend bij het wakker worden en eindigend bij naar bed gaan. Vervolgens beschrijft u hoe een 'goede dag' en een 'slechte dag' er voor u uit ziet. Dit geeft u informatie over wat er moet zijn in uw leven en wat er vooral ook niet moet zijn.

Tips als anderen u hierbij helpen

Als anderen u helpen bij deze vraag kunt u hen de vraag stellen:

Goede dag: *'Als u de beste dag voor mij kon maken, wat zou er dan gebeuren?*

Wat zou ik doen? Wie zouden er nog meer zijn?'

Slechte dag: *'Wat zou u doen als u mijn dag wilt verpesten?'*

Een andere manier om snel achter de belangrijke dingen te komen is door te vragen:

'Als u in twee minuten moest uitleggen wat u weet over hoe mij het best te ondersteunen, wat zou u dan zeggen?'

Door met deze vragen aan de slag te gaan voor uzelf en samen met anderen, komt u waarschijnlijk snel tot wat u belangrijk vindt. De uitkomsten schrijft u op in het blauwe vak.

In het blauwe blok schrijft u wat u belangrijk vindt in uw leven. Dit kan van alles zijn. Schrijf het in uw eigen woorden op. In het blok ernaast ziet u als ondersteuning de domeinen van het leven. U kunt per domein bekijken wat u belangrijk vindt.

1. Lichamelijke gezondheid
2. Mijn werk- of dagbesteding en vrije tijd
3. Mijn sociale contacten/netwerk
4. Mijn psychische of emotionele gezondheid
5. Leren en ontwikkelen
6. Wonen
7. Mijn financiën en rechten
8. Zo voer ik de regie over mijn leven
9. Seksualiteit en intimiteit

Dit vind ik belangrijk:

In het paarse blok schrijft u wat er nodig is aan ondersteuning om een zo gezond en veilig mogelijk leven te kunnen leiden. Dit blok vult u samen met anderen, voornamelijk professionals, in. Zo kan het zijn dat het voor u van belang is dat u bepaalde medicatie

Dit is nodig aan ondersteuning voor een gezond en veilig leven:

1. Lichamelijke gezondheid
2. Mijn werk- of dagbesteding en vrije tijd
3. Mijn sociale contacten/netwerk
4. Mijn psychische of emotionele gezondheid
5. Leren en ontwikkelen
6. Wonen
7. Mijn financiën en rechten
8. Zo voer ik de regie over mijn leven
9. Seksualiteit en intimiteit

Wat werkt en wat niet?

Nu in de vorige fase duidelijk is geworden wat belangrijk is voor u, is het nu van belang om te beschrijven wat wel en niet werkt. Door na te denken over wat werkt voor u, kan de zorg en ondersteuning beter hierop aansluiten. Stel, u heeft medicatie nodig, maar u heeft moeite met het slikken van een pil. Dan kunt u hier beschrijven dat het u helpt als de pil ingenomen wordt met bijvoorbeeld vla.

Wat werkt?	Wat werkt niet?

Hoe wil ik dat mijn leven eruit ziet?

In 'hoe wil ik dat mijn leven eruit ziet' bespreekt u samen met anderen waar u naar toe werkt, de stip op de horizon. Dit doet u samen met anderen. U gaat als het ware dromen over de toekomst. Hoe ziet die eruit? Wat doet u dan? Wie zijn er nog meer? Het best werkt als u dit samen doet met mensen die u goed kennen en met professionals. Samen kan dan gezocht worden naar een gewenste situatie die ook daadwerkelijk haalbaar is. Soms zijn dit wat grotere doelen, bijvoorbeeld zelfstandig gaan wonen of geen diabetesmedicatie meer gebruiken. Maar het kan hier ook gaan om het op peil houden van een bepaalde toestand, het voorkomen van achteruitgang of het zo comfortabel mogelijk zijn bij achteruitgang.

- Wat wil ik veranderen?
- Hoe wil ik dat mijn leven eruit ziet?
- Wat zijn mijn dromen en wensen voor de toekomst?
- Wat zijn dingen die ik wil leren of proberen?
- Wat zijn dingen die ik wil veranderen?
- Wat zijn dingen die ik (nu) niet wil veranderen?



Hier werk ik naartoe:

Welke ondersteuning heb ik daarbij nodig?

Nu gaat u afspraken maken over de te behalen doelen. Samen met belangrijke anderen (uw eigen sociale netwerk en professionals) besluit u welke doelen de komende tijd prioriteit hebben.

De domeinen van het leven dienen hierbij als leidraad. Het is belangrijk niet teveel doelen te stellen, het is bijvoorbeeld niet nodig om op elk domein een doel te hebben. Sterker nog, als u veel doelen stelt, zou dit ervoor kunnen zorgen dat er niets gebeurt, omdat het er teveel zijn.

Op het formulier kunt u aangeven wat u graag wil bereiken (het doel) en hoe daaraan gewerkt wordt. U beschrijft daarbij wat er moet gebeuren in zo concreet mogelijke stapjes wanneer dat moet gebeuren (bijvoorbeeld elke dag, of elke maand, et cetera) en wie dat moet doen. Dit kunnen naast uzelf en professionele zorgverleners ook mensen uit uw directe omgeving zijn (bijvoorbeeld mantelzorgers).

De laatste drie kolommen hebben betrekking op de uitvoering van de afspraken. Hierin houden degenen die een actie moeten uitvoeren bij of ze de afspraak ook daadwerkelijk uitgevoerd hebben en wat het resultaat ervan was. Deze twee kolommen worden dus in de praktijk gebruikt in de uitvoering van het zorg-/leefplan. Ook helpen ze bij het beslissen of er iets aangepast moet worden in het plan.

Ondersteuningsafspraken

Wat wil ik bereiken?	Wat moet er gebeuren?	Wanneer / intensiteit?	Wie doet wat?	Zijn de acties uitgevoerd?	Resultaat van de acties	Is bijstelling nodig?
1. Lichamelijke gezondheid						
2. Werk/dagbesteding/vrije tijd						
3. Sociale contacten						
4. Psychische/emotionele gezondheid						
5. Leren en ontwikkeling						
6. Wonen						
7. Financiën en rechten						
8. Seksualiteit en intimiteit						
9. Zingeving en spiritualiteit						
Zo voer ik de regie over mijn leven						

Dit model en het onderzoek wat eraan vooraf is gegaan, is ontwikkeld en uitgevoerd door Vilans in opdracht van samenwerkingsverband PG-werkt samen. Dit samenwerkingsverband bestaat uit de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Landelijk Platform GGz (LPGGz), leder(in) en PGO Support.

Auteurs:

Marjolein Herps
Hans Vlek
Janneke Haan
Sabine Timmer
Floor de Jong

Met medewerking van de projectgroep bestaande uit:

Hans Blaauwbroek (Blaauwbroek Bureau voor vraaggestuurde zorg)
Kirsten Bornebroek (NPCF)
Lotte Kits (LPGGZ)
Marijke Hempenius (Leder(In))
Annemiek van Rensen (PGO Support)

Eindredactie

Tekstbureau Gort

Met dank aan de cliënten, patiënten en medewerkers van de voorlopers die we in het onderzoek spraken:

- Apotheekhoudende huisartsenpraktijk America
- Eerstelijnscentrum Tiel
- Gezondheidscentrum Lindenholt
- RIBW Rivierenland
- GGz Oost Brabant
- Archipel zorggroep
- Artemea
- Pluryn

