

“Een eigen leven” Experiment Leefplan in het verpleeghuis

Stichting Quarijn, locatie Zonnehuis Doorn



Gabriëlle Verbeek
15 november 2007

INHOUD

Hoofdstuk 1	Inleiding	3
1.1	Achtergrond	3
1.2	Wat is een leefplan?.....	3
1.3	Doelstelling experiment	4
1.4	Selectie van proeflocatie	4
1.5	Visie en beleid van de organisatie	5
Hoofdstuk 2	Opzet en introductie in de organisatie	6
2.1	Plan van aanpak	6
2.2	Verkenning situatie vooraf	6
2.3	Introductie leefplan	7
2.4	Stuurgroep Leefplan.....	8
2.5	Multidisciplinaire samenwerking leefplan.....	8
Hoofdstuk 3	Leertraject voor medewerkers	10
3.1	Het programma	10
3.2	Werkwijze tijdens de cursus	11
3.3	Evaluatie van de training	12
Hoofdstuk 4	Follow up bij bewoners en medewerkers	14
4.1	Inleiding.....	14
4.2	Evaluatie experiment leefplan Kaapsebos.....	14
4.3	Evaluatie experiment leefplan Sandenburg	18
4.4	Evaluatie experiment leefplan Sterkenburg	22
Hoofdstuk 5	Belangrijkste uitkomsten	26
5.1	Resultaten.....	26
5.2	Voorwaarden.....	26
5.3	Doorvoeren organisatie	26
Bijlage A	Praktijkvoorbeeld formulier leefplanblad	28
Bijlage B	Praktijkvoorbeeld formulier actiekaart	30

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Bewoners in verpleeghuizen met ernstige lichamelijke aandoeningen of dementie zijn voor dagelijkse levensverrichtingen (dagritme, persoonlijke verzorging, eten en drinken) aangewezen op de hulp van zorgverleners die hen dagelijks helpen. Bij deze zorg wil men zoveel mogelijk rekening houden met de persoonlijke situatie van mensen. Hierdoor wordt de kwaliteit van leven verbeterd.

Het is mogelijk om in de ouderenzorg te werken met persoonlijke leefplannen, waarin per persoon staat wat de persoonlijke wensen en behoeften zijn. Deze methodiek is ontwikkeld voor de woonzorgcentra, waar over het algemeen senioren wonen die minder complexe zorg krijgen.

Op dit moment zijn er vrijwel geen voorbeelden van leefplannen voor ouderen met ernstige aandoeningen die wonen in een verpleeghuis. Dit is ook lastiger te realiseren, omdat de doelgroep hier zwaardere aandoeningen heeft én vanwege het aantal betrokken disciplines.

Bij het gebruik van leefplannen in een verpleeghuis zullen mensen vanuit zeer verschillende deskundigheden en taken (verzorging, verpleeghuisarts, paramedici personeel, activiteitenbegeleiding, facilitair bedrijf) samen integraal een samenhangend leefplan realiseren.

In deze rapportage wordt verslag gedaan van een experiment met het invoeren van leefplannen in het Zonnehuis Doorn, een verpleeghuis dat onderdeel is van Stichting Quarijn.

Het experiment werd gefinancierd van subsidies van RCOAK en VSB fonds. Initiatief voor dit project kwam tot stand vanuit de LOC (Landelijke Organisatie Cliëntenraden) in samenwerking met Artemea, bureau voor vraagsturing en innovatie in de zorg.

De beschrijving van het project in deze rapportage laat zien hoe het invoeringsproces verloopt van leefplannen in een verpleeghuis. Het is de bedoeling om deze rapportage te verspreiden, als voorbeeld van een vernieuwing die in andere verpleeghuizen de verzorgenden, behandelaars, managers en cliëntenraden kan inspireren om leefplannen in te voeren.

De rapportage is gebaseerd op verschillende bronnen, namelijk: observaties ter plekke, evaluatie bij de deelnemers aan de cursus Leefplan, interviews, groeps gesprekken en logboek.

1.2 Wat is een leefplan?

Een leefplan is een praktisch hulpmiddel waarmee mensen in kaart brengen hoe hun persoonlijke situatie is op een aantal levensterreinen, welke behoeften zij hebben aan ondersteuning en welk (zorg) aanbod nodig is om dit te realiseren.

In een leefplan staan haalbare afspraken waarmee de doelen van de cliënt worden gerealiseerd. Er is sprake van haalbaarheid in termen van: mogelijkheden voor de cliënt, tijd en beschikbare middelen.

Een leefplan wordt gebruikt door ouderen die op verschillende levensterreinen ondersteuning nodig hebben.

Kenmerken van een leefplan:

1. Het leefplan is zoveel mogelijk opgesteld vanuit de belevingswereld en behoeften van bewoners.
2. Het leefplan ondersteunt bij het maken van keuzes over beschikbare (zorg)middelen, zoals de afstemming van uren zorg en huishoudelijke hulp uit de indicatiestelling op het individuele dagpatroon van de bewoner.
3. Verzorging is een duidelijk herkenbaar onderdeel van het leefplan; de medewerkers die verantwoordelijk zijn voor de zorg overleggen met de bewoner of de familie van deze persoon over wat nodig is en passen het aanbod zo nodig aan.
4. Afspraken over het zorg- en hulpaanbod zijn opgenomen in het leefplan.
5. Er is duidelijkheid over wat, waarom geleverd wordt en hoe dit gebeurt.

6. Het leefplan is een middel voor communicatie en overleg tussen bewoner / contactpersoon en de verantwoordelijke zorgverlener(s).



Schijf van 5 'Levensgebieden' in het Leefplan

1.3 Doelstelling experiment

In het project "Leefplannen voor ouderen in een verpleeghuis" was het hoofddoel de (bestaande) methodiek van het leefplan te verbreden naar het verpleeghuis, door middel van experimenten in multidisciplinaire teams die zorg bieden aan bewoners met een verpleeghuisindicatie.

Concrete doelstellingen:

1. Opzetten en uitvoeren van een experiment in de praktijk met het gebruik van leefplannen voor ouderen in een verpleeghuis.
2. Samenwerking vanuit verschillende disciplines om de doelen van de bewoners te realiseren (uitvoeren van acties voor persoonlijk leefplan).
3. Expliciete betrokkenheid van ouderen en cliëntenraad bij het invoeringstraject voor leefplannen.
4. Verspreiding van het resultaat zodat ook in andere verpleeghuizen ouderen persoonlijke zorg kunnen krijgen via een leefplan.

Het is de bedoeling dat het experiment functioneert als voorbeeldproject voor de verpleeghuissector en voor multidisciplinaire samenwerking bij het realiseren van leefplannen.

Tijdens het experiment is de cliëntenraad van de organisatie betrokken bij het invoeringsproces. De LOC verzorgde de begeleiding en ondersteuning voor de cliëntenraad.

1.4 Selectie van proeflocatie

Er is najaar 2006 een proeflocatie gezocht die moest voldoen aan een aantal criteria:

- commitment van management, cliëntenraad en betrokken disciplines;
- stabiliteit team en leiding;
- in staat om de cliëntenraad te betrekken bij het invoeringsproces;
- bereidheid om zelf te investeren in projectleiding, tijd voor scholing, informatiebijeenkomst, overleg;
- inzet om na afloop van het experiment het leefplan breed in de organisatie in te voeren;
- de bereidheid om ervaringen met het leefplan na afloop beschikbaar te stellen voor verspreiding.

Het experiment met het leefplan zou plaats vinden bij minimaal twee verschillende groepen ouderen. Bij voorkeur ouderen met lichamelijke aandoeningen die tijdelijk of voor langere tijd wonen in een verpleeghuis. Daarnaast de groep ouderen met psychogeriatrische klachten die langdurig verblijven in een verpleeghuis.

1.5 Visie en beleid van de organisatie

Het project sloot aan op visie en beleid van de proeflocatie. De 'missie' van Stichting Quarijn voor levering van zorg is de volgende.

"Stichting Quarijn biedt kwalitatief hoogstaande, vernieuwende en met elkaar samenhangende diensten op het gebied van wonen, zorg en welzijn voor ouderen. Voortdurend in dialoog met de cliënten en in samenwerking met andere partijen richt Stichting Quarijn zich op het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de cliënten, vooral ouderen in geclusterde woonvormen. Stichting Quarijn oriënteert zich op de regio Heuvelrug-Krommerijn. Zij staat voor een transparante cultuur die wordt uitgedragen door professionele, betrouwbare en servicegeoriënteerde medewerkers."

Kernbegrippen voor de zorg- en dienstverlening:

- servicegericht, dienstverlenend, cliëntgerichtheid;
- professionaliteit;
- betrokken, betrouwbaar, integriteit;
- in dialoog met de cliënt zoeken van oplossingen;
- respect voor persoonlijkheid, autonomie, privacy, eigen keuzes en levensstijl van de cliënt;
- respectvolle bejegening, persoonlijk aandacht.

In deze visie zijn verschillende elementen van het werken met leefplannen terug te vinden, zoals het overleg met de cliënt, de persoonlijke aandacht en de gerichtheid op kwaliteit van leven.

De Raad van Bestuur en het management van Quarijn, locatie Zonnehuis Doorn, hebben in overleg met LOC en Artemea in najaar 2006 besloten om het leefplan in te voeren in de organisatie.

Het experiment in het project zou op de afdelingen in 2007 worden benut als aanloop voor eigen beleid. Het project zou door Quarijn in 2008 worden voortgezet. Het experiment is bij een extra (derde) groep bewoners uitgevoerd, omdat Zonnehuis Doorn graag de doelgroep bewoners met NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel) wilde laten meedoen in het traject.

Hoofdstuk 2 Opzet en introductie in de organisatie

2.1 Plan van aanpak

Er is een stappenplan gemaakt met de volgende activiteiten en werkzaamheden tijdens het experiment.

1. Introductie leefplan in de organisatie

Op de proeflocatie wordt het 'leefplan' geïntroduceerd in de organisatie, bij bewoners / ouderen en medewerkers, via mondelinge toelichting en schriftelijke informatie.

Betrekken van de cliëntenraad.

2. Leertraject medewerkers

Teams die directe zorg aanbieden aan deze twee groepen ouderen worden geschoold in het werken met 'leefplannen'. Zij krijgen vanuit Artemea in totaal een leertraject van drie modules, waarbij zij in ieder geval vanaf de tweede module het leefplan opstellen bij eigen bewoners.

3. Begeleiding en advisering

Ondersteuningstraject bij het opstellen van een beleid voor het werken met leefplannen vanuit verschillende disciplines tijdens het experiment. Dit gebeurt via de stuurgroep Leefplan.

Vanuit LOC werd ondersteuning geboden aan de cliëntenraad.

4. Aanpassingen werkproces

Tijdens de looptijd van het experiment kan blijken dat er op de proeflocatie aanpassingen nodig zijn om het leefplan op te nemen in de eigen systematiek. Werkmaterialen (leefplanbladen, actiekaarten) die gebruikt worden in de leefplanmethodiek worden opgenomen in de reguliere werkwijze van de medewerkers. Expliciet aandacht wordt besteed aan noodzakelijke aanpassingen in het werkproces om vanuit verschillende disciplines een leefplan te realiseren.

5. Procesevaluatie

Evaluatie door middel van interviews en groepsgesprekken over de invoering van het leefplan en de effecten hiervan. Bij deze procesevaluatie wordt onderzocht welke voorwaarden (minimaal) nodig zijn voor het invoeren van het leefplan.

Artemea draagt zorg voor een evaluatie van de training door middel van een evaluatieformulier, een evaluatie door middel van groepsgesprekken met medewerkers die met de leefplanmethodiek hebben gewerkt en daarnaast een aantal interviews / observaties bij bewoners.

6. Opstellen rapportage

Opstellen van een procesbeschrijving met uitkomsten evaluatie. Uitbrengen rapportage.

7. Implementatie

Verspreiding uitkomst voorbeeldproject onder cliënten- en ouderengroepen en beroepsorganisaties.

Belangrijk onderdeel hiervan is het verspreiden van procesbeschrijving inclusief praktijkvoorbeelden, het opstellen van berichtgeving, en uitbrengen van beknopte artikelen in nieuwsbrieven en via websites.

2.2 Verkenning situatie vooraf

In najaar 2006 zijn vanuit Artemea met het management en op de afdelingen met medewerkers en teamleiders voorbereidende gesprekken gevoerd. Doel was het in kaart brengen van: de beginsituatie van bewoners / cliënten, de stand van zaken met het werken met een zorgplan en het zoveel mogelijk passend maken van de cursus voor de groepen medewerkers in het verpleeghuis.

De meeste bewoners in Zonnehuis delen een kamer met één of meer medebewoners. Er zijn gemeenschappelijke huiskamers. De medewerkers hanteren een zorgmap met afspraken over ADL-zorg en behandelafspraken. Er is bij de NAH-groep een vaste dagindeling voor de bewoners. Bij de overdracht van de diensten wordt een overdrachtsschrift gebruikt. Er is een multidisciplinair overleg (MDO) met onder andere verpleeghuisarts, psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, verzorgenden (EVVer).

Unit Sandenburg

Hier woont een groep bewoners met dementie, waarvan het merendeel al jaren in het verpleeghuis verblijft. Een grote groep bewoners kan niet zelf (verbaal) aangeven wat hun vraag is.

Medewerkers van het zorgteam zeggen dat ze de bewoners goed kennen. Zij gaven voorafgaand aan het experiment aan dat er mensen bij zijn die zwaar dement zijn en waarvan zij zich afvroegen wat er nog mogelijk is. *“Wat kan je nu nog voor extra’s doen?”*

Unit Kaapse Bos

Hier wonen mensen met somatische aandoeningen. Het gaat om long-staybewoners die goed kunnen aangeven wat ze nodig hebben.

Het team was wel in voor een experiment met het leefplan en vroeg vooraf al naar praktijkvoorbeelden. Men wist niet zeker of het leefplan haalbaar is. *“Wij hebben soms te maken met hoge werkdruk, we kunnen niet alles doen”.*

Unit Sterkenburg

Hier woont een groep bewoners met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH), veelal veroorzaakt door Korsakow. Volgens medewerkers en teamleiding hebben de bewoners duidelijke grenzen nodig. Vanuit de zorg wordt veel gewerkt met plannen per bewoner, waarin duidelijke structuur en aanpak (benadering). Hoewel men graag zoveel mogelijk in gesprek met bewoners een leefplan zou maken, gaat het volgens medewerkers om mensen die weinig ziekte-inzicht hebben. *“Kan dat wel, bij onze groep?”* en *“Als ze nou een krat pils willen, wat dan?”*

Op grond van de inventarisatie op de afdelingen is besloten om tijdens de training met twee typen leefplanformulieren te werken, zodat medewerkers kunnen uittesten wat bij hun bewoners het beste werkt. De bestaande werkvormen die Artemea eerder had ontwikkeld voor het verzorgingshuis zijn daarom speciaal voor deze pilot aangepast en aangevuld. Deze zijn zo opgesteld dat verschillende disciplines bijdragen aan de inhoud van het leefplan.

2.3 Introductie leefplan

Voor bewoners en medewerkers van een verpleeghuis is het werken met leefplannen nieuw.

In de startfase is daarom de nodige aandacht besteed aan verspreiding van informatie over het leefplan, onder andere door korte stukjes in een intern blad. In Zonnehuis Doorn is het ‘leefplan’ uitgebreider op 23 januari 2007 geïntroduceerd bij bewoners, familie en medewerkers, via een voorlichtingsavond met informatieve verhalen en gelegenheid voor discussie.

Programma voorlichtingsavond

Aftrap en gespreksleiding: voorzitter cliëntenraad

Het leefplan en de visie van de organisatie (Raad van Bestuur)

Management en kwaliteit van leven (manager zorg)

Waarom is het leefplan belangrijk voor cliënten? (LOC)

Van zorgplan naar leefplan: wat is het? (Artemea)

Ervaringen met het leefplan in Oranjestein (teamleider)

De opkomst was hoog, de zaal zat vol. Er waren bewoners en contactpersonen en ook veel medewerkers van verschillende disciplines. Er werd met veel aandacht geluisterd en ook uitgebreid gediscussieerd over de mogelijke meerwaarde van het leefplan voor de bewoners van het Zonnehuis. Nogal wat familieleden stonden positief tegenover het idee van een leefplan, maar vroegen zich af of het haalbaar was, of het geen extra personeel nodig maakte. Bij medewerkers was er ook de vraag hoeveel tijd het leefplan zou kosten en hoe de samenwerking tussen disciplines zou worden.

2.4 Stuurgroep Leefplan

Specifiek voor het leefplanproject is in Zonnehuis Doorn een stuurgroep ingesteld met medewerkers van verschillende disciplines (zorg, behandeling, activiteitenbegeleiding), management, teamleiding, cliëntenraad, LOC en Artemea.

De stuurgroep had tot taak om de invoering van het leefplan in Zonnehuis Doorn voor te bereiden door het uitwerken van belangrijke voorwaarden: opstellen en bewaken van een invoeringsplan en zo nodig bijstellen van procedures en werkwijzen.

Doordat de cliëntenraad deelnam aan deze stuurgroep was er directe inbreng mogelijk vanuit de cliëntengroep in het vernieuwingsproces dat het leefplan met zich meebracht. Dit heeft verschillende keren geleid tot aanpassing van de ontwikkelde werkwijze bij het leefplan en (meer) aandacht voor de manier waarop over het leefplan wordt gecommuniceerd met de familie / bewoner. De cliëntenraad heeft daarnaast het initiatief genomen om bijeenkomsten met familie / bewoners te benutten om in gesprek te raken over de wensen van de achterban, waarbij het leefplan ook onderwerp van gesprek was en zal blijven.

In de stuurgroep zijn de ervaringen met de training leefplan (zie hoofdstuk 3) besproken en is in het verlengde hiervan gewerkt aan helderheid over taken, verantwoordelijkheden rondom het leefplan en bijstelling van werkwijzen.

Dit heeft geleid tot een beknopte handleiding, een beschrijving van het multidisciplinair proces (leefplanbespreking) en keuzes voor te gebruiken formulieren.

2.5 Multidisciplinaire samenwerking leefplan

Het uitgangspunt voor het werken met een leefplan is niet dat elke discipline 'herkenbaar moet zijn in het leefplan', maar meer wat een discipline kan betekenen per bewoner. Dus welke bijdrage elke discipline kan leveren aan het persoonlijk leefplan van elke bewoner.

Verder is het belangrijk dat er duidelijkheid is over de specifiek medische / behandelaspecten van de zorg.

Met het leefplan wordt allereerst de behoefte en vraag van de bewoner in kaart gebracht. Zo mogelijk met de bewoner zelf. En waar dat niet meer mogelijk is met behulp van familie of door gerichte observatie vanuit verschillende disciplines die bij een bewoner betrokken zijn.

Allerlei disciplines kunnen vervolgens bijdragen aan een goede uitvoering van belangrijke wensen van de bewoner.

In figuur 1 zijn een aantal disciplines aangegeven. Dit is overigens per bewoner verschillend.

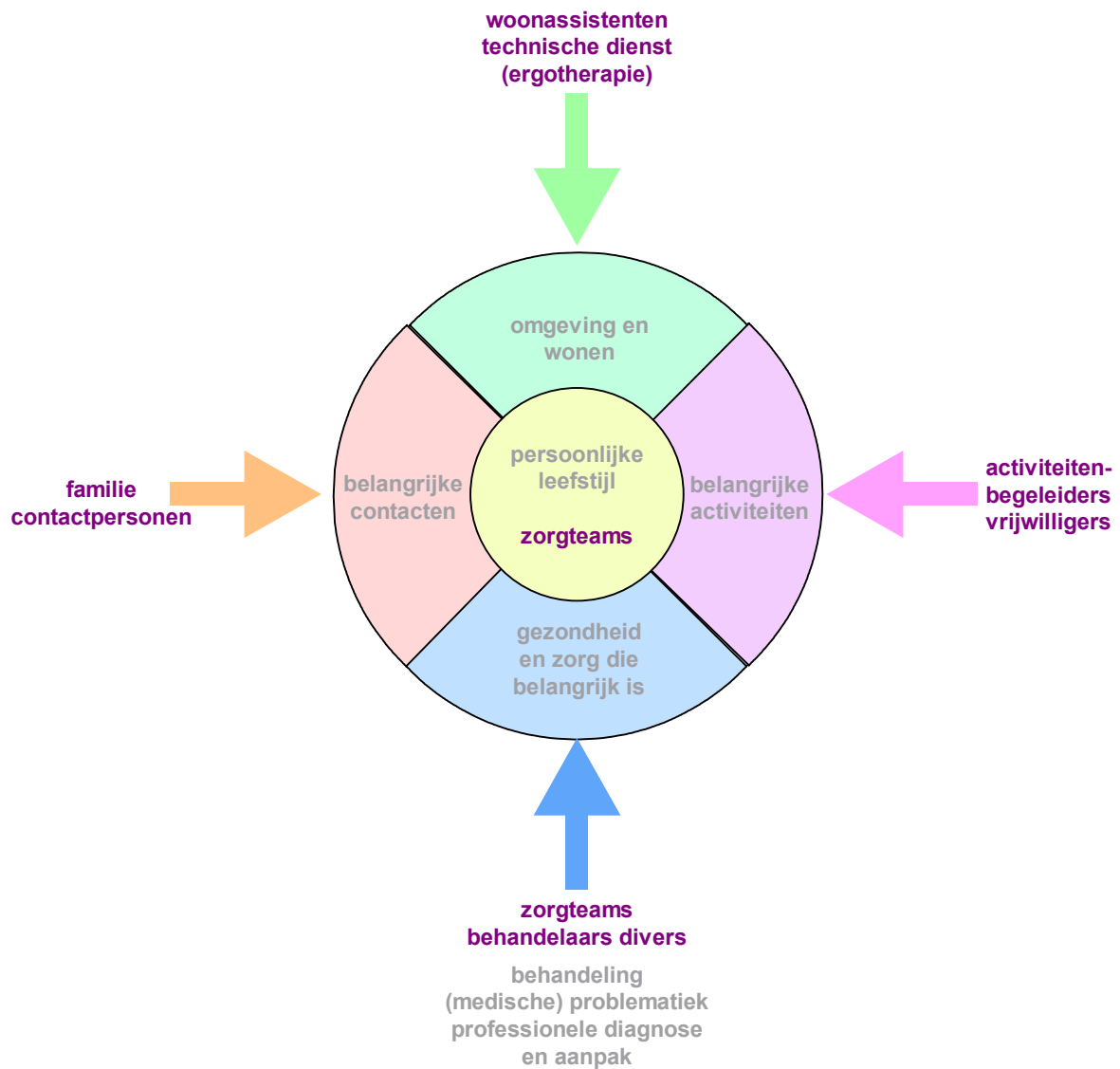
Het zorgplan wordt opgenomen in het leefplan. Vanuit de stuurgroep is geadviseerd om het leefgebied 'gezondheid en zorg' onder de eindverantwoordelijkheid van de arts te stellen.

De EVVer (Eerst Verantwoordelijke Verzorgende) is coördinerend voor het leefplan. Hij / zij is het belangrijkste aanspreekpunt voor de bewoner. De EVVer stemt af en betreft waar nodig disciplines, structureel of op afroep.

Belangrijk is een goede schifting, in samenspraak met disciplines. "Wie kan waaraan bijdragen?"

Hiervoor is een leefplanoverleg nodig waar de verschillende disciplines aanwezig zijn. Stichting Quarijn heeft de keus gemaakt om dit ook te koppelen aan een vernieuwing van de bestaande werkwijze: het uitnodigen van de bewoner / eerste contactpersoon bij het leefplanoverleg, waardoor er meer rechtstreeks inbreng kan komen bij het maken van belangrijke keuzes voor de bewoner.

Behandelaars kunnen (op afroep) ook bijdragen aan andere onderdelen van het leefplan, voor zover er een indicatie en / of aanvullend budget is.



Figuur 1: Bijdrage disciplines verpleeghuis aan het leefplan

Hoofdstuk 3 Leertraject voor medewerkers

Voor de medewerkers die werkzaam zijn op de drie afdelingen waar het experiment plaatsvond, zijn vanaf februari 2007 cursussen Leefplan georganiseerd.

Het ging hier om bewonersgroepen Kaapse Bos (somatiek), Sandenburg (psychogeriatric) en Sterkenburg (NAH), waarbij sprake was van medewerkersgroepen bestaande uit ziekenverzorgenden, woonbegeleiders, AB-ers, medici en paramedici. Het mobiele team dat werkzaam is voor deze somatiek / PG-units heeft meegetraind.

Omdat het hier ging om een groep van 48 medewerkers van verschillende disciplines, is besloten om de groepen uit maximaal 12 deelnemers te laten bestaan.

In dit hoofdstuk een verslag van de opbouw en het resultaat van de cursus.

3.1 Het programma

Het cursusprogramma had tot doel de deelnemers in korte tijd vertrouwd te maken met de methodiek van het opstellen van leefplannen.

Het programma had als leerdoelen:

1. Kennis overdragen van het leefplanmodel en het belang van verschillende levensdomeinen voor ouderen.
2. Inzicht bieden in de verschillende werkvormen die gebruikt kunnen worden om een leefplan op te stellen.
3. Oefenen leefplanmethodiek en de communicatie met bewoners (vraagverheldering via gesprek en observatie).
4. Versterken basisvaardigheid om met bewoners en anderen betrokkenen (familie, collega's in het team, collega's van andere diensten) afspraken te maken over gewenste acties in een leefplan.

Opbouw cursus Leefplan in Zonnehuis Doorn

1^e Cursusbijeenkomst "Wat is een leefplan?"

Doelstelling van gebruik leefplannen voor ouderen

Opdracht: 'Maak voor jezelf een eigen leefplan'

Belangrijke elementen van een leefplan

Werken met het gebruik van vijf levensgebieden

2^e Cursusbijeenkomst: "Van wens naar actie"

Follow-up in kaart brengen vraag bewoner met een leefplanblad

Werken met afspraken in de zorg voor de bewoner

Communicatie bewoner-collega's

Oefenen met gebruik van actiekaarten

3^e Bijeenkomst: "Het leefplan in de praktijk"

Follow-up experimenten gebruik actiekaarten eigen bewoners

Oefenen met lastige situaties

Voorwaarden invoeringplan: verantwoordelijkheden en afspraken

Evaluatie leerervaringen

Er zijn voor medewerkers per groep drie cursusedagen geweest van ieder drie uur. Tussendoor kon men (telefonisch en via email) gebruik maken van feedback en ondersteuning van de trainers van Artemea. Hiervan is incidenteel gebruik gemaakt, bijvoorbeeld voor het opsturen van extra

werkmaterialen of het vragen van advies bij het afnemen van een leefplan in een situatie dat de bewoner moeilijk kon communiceren.

3.2 Werkwijze tijdens de cursus

Aanpak

Gezien de doelgroep ('doeners') is gebruik gemaakt van Action Learning Principes ("leren door te doen"), waarbij het leerprogramma, waarin al veel oefensituaties en rollenspellen zaten, werd gecombineerd met het zelf opstellen van onderdelen van leefplannen bij bewoners.

De werkwijze tijdens de cursus was erop gericht om medewerkers niet alleen te leren hoe zij leefplannen kunnen opstellen, maar vooral ook hoe zij ermee kunnen werken in hun eigen praktijk.

In de tweede en derde bijeenkomst werd tijd genomen om de praktijkervaringen te bespreken. Eventuele knelpunten konden zo direct doorgesproken worden.

Verloop

Voorafgaand aan de training zijn verwachtingen in kaart gebracht. Ook aan het eind van elke cursusbijeenkomst zijn korte mondelinge evaluaties gehouden.

Bij medewerkers van de units Kaapse Bos en Sandenburg waren ervaringen voorafgaand en tijdens de cursus redelijk vergelijkbaar. Nogal wat medewerkers uit deze groepen waren in het begin van de cursus wat afwachtend.

"Ik ben benieuwd of het iets oplevert."

"Ik hoop dat ik het leuk vind en dat ik het allemaal kan."

Na de eerste cursusbijeenkomst waren de ervaringen over het algemeen positief. Men was enthousiast geworden door het opdoen van de ervaring met het leefplan en wilde er ook graag mee oefenen in de praktijk

Tijdens de cursus zagen medewerkers aan de ene kant de voordelen van het leefplan voor bewoners, aan de andere kant vroeg men zich af of de organisatie in staat zou zijn om het leefplan 'door te zetten'.

In de cursusgroep Sterkenburg waren de verwachtingen in de eerste bijeenkomst divers.

"Ik mis het menselijke in het zorgplan dat we nu gebruiken. We hebben meer welzijn en sociale aspecten nodig."

"Ik vraag me af wat het zorgleefplan daadwerkelijk voor NAH-bewoners kan betekenen. Wij hebben toch een heel andere groep dan op de andere afdelingen."

Tijdens de tweede cursusbijeenkomst namen in deze groep eerst de twijfels toe. "We doen toch al heel veel, hebben we dit nu eigenlijk nog wel nodig?", werd gezegd. Dit is vervolgens expliciet met de groep besproken. Alle medewerkers werd gevraagd om allemaal een actiekaart op te stellen voor één bewoner en op de laatste cursusochtend aan te geven wat de meerwaarde was. Op deze derde bijeenkomst bleek dit tot een doorbraak te leiden. In subgroepen zijn deze praktijkvoorbeelden van leefplannen bij eigen bewoners gericht doorgesproken, wat nieuwe inzichten opleverde. Men kreeg meer het gevoel dat het inderdaad wel wat kon opleveren voor de NAH-groep.

Opstellen leefplannen

Direct vanaf de eerste cursusbijeenkomst (in maart) zijn in elke cursusgroep koppels van deelnemers aan de slag gegaan met het opstellen van leefplannen. Hierbij is zoveel mogelijk multidisciplinair gewerkt. Daardoor bleef de vaart erin en kon al rond half april per cursusgroep vijf tot zes leefplannen afgemaakt worden. Het NAH-team heeft zelfs voor alle bewoners van deze unit een leefplan opgesteld (ontwerp actiekaart).

In totaal zijn 25 tot 28 leefplannen 'in wording' opgesteld. Sommige onderdelen hiervan moesten nog worden aangepast of verder ingevuld.

3.3 Evaluatie van de training

Op de derde bijeenkomst kregen alle aanwezige deelnemers een evaluatieformulier.

In totaal zijn er 43 formulieren ingevuld (respons 89,6%).

Er is in de evaluatie gevraagd naar een algemeen oordeel van de cursus, uitgedrukt aan de hand van een rapportcijfer.

De cursus werd door de deelnemers beoordeeld met een gemiddelde van 7,7 (met uitschieters van 6 tot 10).

Tabel 1: Rapportcijfer voor de cursus

Rapportcijfer cursus:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(%)	0	0	0	0	0	5	28	60	5	2

Hierbij werden opmerkingen geschreven als:

“Het is een goede eerste introductie.”

“Het is duidelijk, vooral praktisch.”

“Vanuit mijn vakgebied is dit (het werken met leefgebieden) de basis.”

“Een maand tussen leefplan maken en actiekaart opstellen is (te) lang.”

In de evaluatietabel (tabel 2) is een oordeel te vinden van de deelnemers over verschillende elementen van de cursus.

De waarde van het leefplan wordt over het algemeen duidelijk ervaren.

“Het is belangrijk omdat je zo dicht bij de bewoner en de familie komt en meer over iemand als persoon te weten komt.”

Het werken met de materialen wordt door het merendeel van de cursisten als voldoende of goed beoordeeld. Er werd opgemerkt dat het prettig was om verschillende materialen te kunnen uitproberen. Er is her en der behoefte aan aanpassingen.

“Hier moeten we samen nog goed naar kijken, met name voor behandeling.”

“De vragen moeten worden aangepast bij NAH.”

De oefeningen tijdens de training werden over het algemeen gewaardeerd vanwege de praktische kant: *“Je kon er gelijk wat mee doen.”*

Tabel 2: Oordeel elementen training (in percentages)

	<i>slecht</i>	<i>matig</i>	<i>voldoende</i>	<i>goed</i>	<i>zeer goed</i>
Waarde leefplan voor de bewoners	0	0	14	53	33
Het werken met materialen leefplan	0	2	27	66	5
Oefeningen tijdens de cursus	0	2	21	60	17
‘Samen leren’ tijdens de training	0	2	12	56	30
Begeleiding door de trainer	0	4	7	47	42

‘Samen leren’ tijdens de cursus hebben medewerkers vooral ervaren als het optrekken met collega’s van andere teams en disciplines. Dat was stimulerend en in een enkel geval ook confronterend

“Je steekt van elkaar heel wat op”

“Met meerdere personen was het zo nu en dan wel lastig”

Tabel 3 geeft weer wat de cursisten ervaren aan opbrengst van de training aan de hand van vragen over verwachtingen en het vermogen om nu zelf leefplannen op te stellen.

Tabel 3: Mening over verwachtingen en resultaten (in percentages)

	<i>ja</i>	<i>nee</i>	<i>deels / misschien</i>
Heeft de training aan je verwachtingen voldaan?	83	0	17
Kun je het leefplan nu voortaan zelf opstellen voor bewoners?	81	0	19

De verwachtingen van de cursus zijn bij het merendeel uitgekomen, waarbij een deel van de cursisten zich wel afvraagt hoe het zal gaan in de praktijk.

“Ik heb nog vragen over haalbaarheid / implementatie.”

In totaal 81% van de deelnemers zegt na afloop dat zij nu zelf leefplannen kunnen opstellen met bewoners. De overige deelnemers geven aan dit deels / misschien te kunnen, waarbij zij in de toelichting aangeven hier hulp van collega's bij nodig te hebben.: *“Met hulp van het team, iedereen zal elkaar helpen”*

We hebben de cursisten ook gevraagd naar tips en wensen voor het vervolg. Ongeveer de helft van hen heeft van de mogelijkheid gebruik gemaakt om deze kenbaar te maken. Van hen gaf een groot deel aan behoefte te hebben aan een vervolg, op één of andere wijze.

“De training is goed, er is wel een vervolg nodig.”

“Na een tijdje ermee werken (drie tot vier maanden) moeten we het doornemen en afspraken maken.”

“Regelmatig opfrissen.”

“Misschien nog één dagdeel om het aan onze groep aan te passen.” (bij NAH)

Voorwaarden voor het werken met een leefplan

Aan het eind van de derde cursusmodule is in een brainstorm met alle groepen nagegaan welke afspraken en andere voorwaarden er nodig zijn om goed te kunnen werken met een leefplan. Het ging hier om praktische zaken (aanwezigheid van werkmaterialen) en vraagstukken wat betreft de werkwijze (moment van afnemen leefplan, betrokkenheid disciplines, verantwoordelijkheden, overleg).

Deze voorwaarden werden teruggekoppeld naar de stuurgroep, die vervolgens aan een procedure heeft gewerkt voor het gebruik van het leefplan.

Hoofdstuk 4 Follow up bij bewoners en medewerkers

4.1 Inleiding

In het kader van de procesevaluatie zijn er vier maanden na afloop van de cursus gesprekken gevoerd met bewoners, contactpersonen en medewerkers van de drie betrokken afdelingen.

Het gesprek bij bewoners / contactpersonen en medewerkers ging over de volgende gespreksthema's:

- bekendheid met het leefplan;
- herkenbaarheid van de inhoud van het leefplan;
- werkbaarheid en zinvolheid van het leefplan;
- het proces: hoe worden leefplannen nu opgesteld?;
- communicatie over het leefplan met bewoner / contactpersoon;
- communicatie tussen medewerkers;
- acties als uitkomst van het leefplan;
- mogelijk voordeel (profijt) vanuit het leefplan;
- knelpunten in de uitvoering;
- de noodzaak van verdere maatregelen om het leefplan door te voeren.

De gegevens uit de gesprekken zijn aangevuld met gesprek met EVVers en / of teamleiding, evaluatie van het logboek leefplan en bestudering van de leefplannen en actiekaarten die zijn opgesteld. Verder heeft observatie ter plekke plaatsgevonden van contacten en activiteiten op de drie afdelingen.

De leefplannen en actiekaarten in dit hoofdstuk zijn sterk geanonimiseerd en bevatten enkele belangrijke behoeftes met bijbehorende afspraken. Het gaat hier om globale vragen en bijbehorende acties. Een geheel uitgewerkt leefplan met actiekaart waarop de details staan van afspraken staat in de bijlagen van deze procesbeschrijving.

4.2 Evaluatie experiment leefplan Kaapsebos

Observatie en evaluatie leefplan (algemeen)

Van de vijftien bewoners op de unit Kaapsebos zijn op dit moment voor dertien bewoners een leefplan ingevuld. Voor twee (nieuwe) bewoners is het leefplan nog niet opgesteld.

Het team heeft begin van de zomer tijd en extra personele inzet gehad om de leefplannen op te stellen. Daardoor is er vaart ingekomen. In het laatste deel van de zomer was er sprake van minder personeel door ziekte en vacatures. Het moet nu weer gaan starten, in het najaar.

Op de dag van de observatie is er sprake van weinig personeel. Men werkt daardoor naar eigen zeggen wat minder volgens de wens van de bewoners dan normaal.

De leefplannen worden bewaard op een zusterpost. Elk leefplan zit in een zorgdossier, in een aparte plastic hoes. Het ziet er vrij volledig uit. Alle vijf leefgebieden zijn ingevuld, in ongeveer dezelfde mate. Dat geldt ook voor de actiekaart. Op de actiekaart staat ingevuld wie een actie onderneemt en wanneer dit gebeurt. Bij een aantal acties staat (nog) geen evaluatiedatum vermeld.

Het leefplan is opgesteld vanuit het perspectief van de bewoner, in de ik-vorm.

In het logboek staan een aantal opmerkingen van verschillende medewerkers over het werken met een leefplan. Zoals:

“Hoe kan je ervoor zorgen dat iedereen de middagactiviteit weet?”

“'s Morgens willen veel bewoners rond 8 uur uit bed zijn en dit is niet haalbaar.”

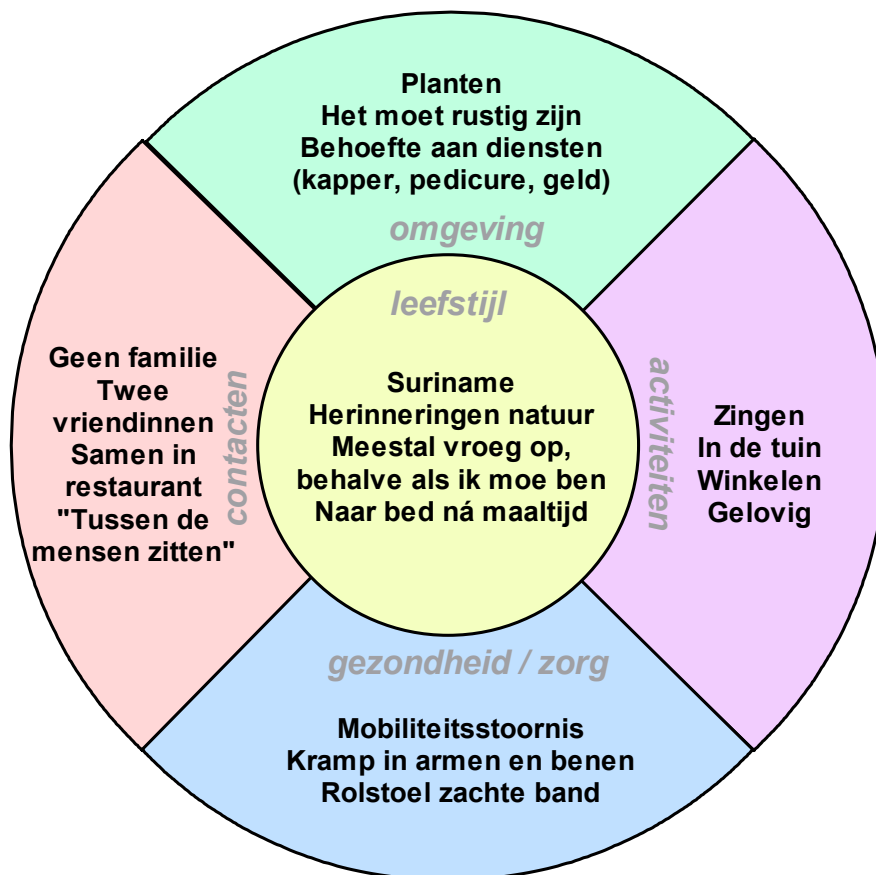
“Graag aanpassing van diensten hieraan. Bijvoorbeeld van 6.30 tot 15 uur.”

De teamleidster geeft aan dat het team goed bezig is met cliëntgericht werken en het leefplan gebruiken als vervolgstap: *“Het leefplan kan medewerkers concreet ondersteunen bij vraaggericht en persoonsgericht werken.”*

Het leefplan is nu voor bijna alle bewoners van Kaapsebos in kaart gebracht. Het zit in de mappen en in grote lijnen in de hoofden van medewerkers. Ze moeten er nog meer mee werken in de dagelijkse zorg. Daarvoor is belangrijk dat het plan nog toegankelijker wordt en in de buurt van de bewoner bewaard wordt. Er is al een begin gemaakt met leefplanbesprekingen in aanwezigheid van bewoner / familie.

Waar nog aan gewerkt moet worden:

- De integrale aanpak in de leefplanbespreking: alle betrokken disciplines komen en overleggen samen. *“Ik mis nog de samenwerking, er zou meer uit te halen zijn als de medici en paramedici er echt bij komen.”*
- Helderheid in de organisatie over de aanpak (privacy bewoner, procedure).



Figuur 2: Leefplan bewoner somatiek

Bewoners

In het kader van de evaluatie is een groepsgesprek gehouden met vier bewoners over het leefplan. Voor hen is een leefplan opgesteld. De één kan zich dat beter herinneren dan de ander.

“Ja, we hebben over het leefplan gesproken en ik heb het gezien en zelf opgesteld.”

“Ik weet dat de EVVer het met mij hierover heeft gehad.”

Als voordeel van een leefplan noemen de bewoners de mogelijkheid om afspraken te kunnen maken over wat hun wensen zijn. Zij zien dit als zinvol.

“Bijvoorbeeld dat je op je rug gewassen wilt worden in plaats van dat je op je zij ligt.”

“Je kunt wensen aangeven, bijvoorbeeld over de kleding.”

“Er is een globaal overzicht nodig over wat er bij iemand gebeurt.”

Een aantal deelnemers kan zich herinneren dat het leefplan in overleg met hen is opgesteld en dat zij hierop invloed hadden.

De wensen die zijn aangegeven, worden deels wel en deels niet gerealiseerd. De bewoners aan tafel hebben hierbij verschillende ervaringen.

“We praten erover, het is nog niet volmaakt.”

“Ik ben tevreden, ik heb nu de mogelijkheid om met een vrijwilliger naar het dorp te gaan, wat eerst niet kon.”

“Ik kan zelf bijhouden wat mijn wensen zijn en ik maak mijn eigen besluiten over wat ik doe.”

“De tijd van het personeel is krap. Daar hangt het van af of je wel of niet op een afgesproken tijd kan worden geholpen.”

Omdat het experiment nog maar net gestart is, zijn bewoners voorzichtig om nu al te zeggen wat het hen oplevert.

“Het is nog te kort om dat te zeggen.”

“Er zijn een paar lichtpuntjes, er wordt wel meer mee gewerkt.”

Men vindt het positief dat er (meer) aandacht is voor persoonlijke wensen. Tegelijk moet men nog zien dat het op de lange duur ook werkt. De hoeveelheid personeel is daarbij de doorslaggevende factor.



Figuur 3: Actiekaart bewoner somatiek

Er is behoefte aan meer personeelsinzet op piektijden. Op de tijdstippen waarop veel bewoners hulp nodig hebben moet extra personeelsinzet zijn. *“Vooral in de ochtend en in de avond heb je van die tijdstippen, dat het moeilijk is.”*

Men waardeert het dat er meer ruimte is om mee te denken bij de zorg die geboden wordt. Dat mag nog verder gaan, vinden sommigen.

“Ik zou willen weten wat de zuster met de dokter bespreekt over mij”

Wensen die verder genoemd zijn, van meer persoonlijk tot algemeen:

- meer ruimte in de slaapkamer, bij voorkeur een eigen kamer;
- aanwezigheid en beschikbaarheid van één medewerker als de anderen koffie drinken (door alle bewoners erg belangrijk gevonden);
- vaker douchen;
- een rolstoel met een accu;
- meer zeggenschap en afspraken over het tijdstip van opstaan en naar bed gaan.

Medewerkers

Er is een groepsgesprek gehouden over het leefplan met drie medewerkers van Kaapsebos (onder wie een teamleider). Ze geven aan dat de leefplannen vanaf begin van de zomer zijn opgesteld, in overleg met bewoner en in sommige gevallen de familie. Het werken met het leefplan is nu pas een week echt ingegaan, na de vakantie. Van de dertien bewoners hebben er twee actief meegedaan met het invullen, bijvoorbeeld door samen met de medewerker het leefplan in te voeren op de computer.

Na aanloopproblemen bij het gebruik van het leefplan op de computer kan men er nu goed mee werken.

De leefplannen en actiekaarten moeten nu nog elders (bij projectleider leefplan) worden uitgeprint, omdat de afdeling zelf geen printer heeft. De methodiek kan men nu goed hanteren. Medewerkers geven aan dat zij nog moeite hebben om de persoonlijke dagindeling in te vullen. Het is nieuw om alle afspraken op de actiekaart te evalueren.

Er zijn al de nodige persoonlijke vragen en afspraken uit het leefplan gerealiseerd. Voorbeelden hiervan:

- douchebeurten meer naar wens (op gewenste tijdstippen of vaker);
- mensen helpen om uit bed te komen op voorkeurstijden;
- ontbijt op bed;
- een huisdier (konijn) voor een bewoner;
- de kamer van een bewoner opknappen (schilderen);
- vrijwilligers inschakelen om met of voor bewoners iets te doen (boodschappen).

Er is bij bewoners behoefte aan hulp op specifieke tijden die nog niet kan worden gegeven. Hiervoor zal de planning volgens medewerkers moeten worden aangepast en mogelijk ook de personele inzet. Net als de bewoners geven zij aan dat het gaat om de inzet op piektijden (ochtend en avond).

De waardering voor het leefplan is duidelijk positief bij de medewerkers.

“Het is mensvriendelijk.”

“De cliënt kan meer invloed hebben.”

“Het wonen en welzijn komt meer centraal te staan.”

“In het leefplan spreek je af wat je doet met wat de cliënt wél kan, in plaats van dat je uitgaat van wat ze allemaal niet kunnen.”

Het leefplan wordt niet ervaren als iets heel nieuws, maar wel als een duidelijke steun in de rug om te handelen volgens de vraag van de bewoner.

“Je krijgt een vrijbrief om in het belang van de bewoner te handelen, om te doen wat nodig is voor die persoon. Je merkt dat je er je schouders onder zet.”

“Ik voel me gesteund om zo’n bewoner op zijn eigen wijze te helpen.”

Het is daarbij belangrijk volgens de medewerkers dat anderen in de organisatie meewerken. Dat gebeurt nu deels wel en deels niet. Er zijn goede ervaringen met de technische dienst die meehielp: *“Ze worden ook enthousiast”*. Dat is nu nog op individuele basis en (daardoor) erg afhankelijk van

personen. Er is behoefte aan structurele medewerking, vooral van de medische en paramedische disciplines, bij het samen opstellen en uitvoeren van het leefplan voor bewoners.

“We hadden laatst een leefplanbespreking. Alle betrokken disciplines waren uitgenodigd. Alleen de fysiotherapeut was erbij. De andere niet. We missen hen nog. We nodigen hen gericht uit. Ze geven aan geen tijd te hebben.”

Voor het daadwerkelijk werken met en doorvoeren van het leefplan zijn verschillende zaken nodig:

- het leefplan bij de bewoner bewaren;
- *“We werken vanuit het leefplan maar we willen nog meer gaan werken mét het leefplan”*. Dat kan als het op de kamer ligt van de bewoner en alle betrokken ermee gaan werken. De privacy van de bewoner moet tegelijk wel gewaarborgd worden;
- een integrale aanpak;
- gezamenlijk leefplanoverleg, waarbij de andere disciplines (op aanvraag) actief mee doen en bijdragen;
- bespreking in werkoverleg;
- het zorgteam heeft zelf onderling overleg nodig om het leefplan te bespreken gezamenlijk afspraken te realiseren;
- planning van personeel aanpassen;
- de roosters moeten worden aangepast aan de piektijden bij bewoners;
- gebruik van ZZP's (vooral ondersteunende begeleiding) om op persoonlijke vragen van bewoners in te kunnen gaan;
- informatie geven;
- zowel bewoners als familie als overige medewerkers in het verpleeghuis zullen op de hoogte moeten zijn van het leefplan;
- praktische faciliteiten; vooral een kleurenprinter op de afdeling om zelf leefplannen en actiekaarten te kunnen uitdraaien; daarmee kan sneller worden gewerkt.
- een heldere procedure waarin voor de organisatie en alle disciplines duidelijkheid is over hoe er met het leefplan gewerkt wordt.

4.3 Evaluatie experiment leefplan Sandenburg

Observatie en evaluatie leefplan (algemeen)

Van de veertien bewoners zijn op dit moment voor drie personen een leefplan ingevuld. Voor de andere bewoners is het leefplan ten dele opgesteld (een leefplanblad of een actiekaart of onderdelen hieruit).

Het team heeft begin van de zomer twee vacatures gehad (EVV) waardoor er weinig coördinatie aanwezig was om de leefplannen verder af te maken. De medewerkers zeggen dat zij niet hebben gemerkt dat er extra menskracht beschikbaar was voor het opstellen van het leefplan. Wel was een vakantiekracht gevraagd om bestaande zorgafspraken op te nemen in het leefplan.

De leefplannen worden bewaard op een zusterpost. De leefplannen zitten in het zorgdossier. Van de actiekaarten die klaar zijn, wordt een exemplaar op de kamer van de bewoner bewaard (in de kast van de bewoner).

De leefgebieden zijn voor enkele bewoners volledig ingevuld. Bij een aantal ontbreekt nog informatie over behoeftes van bewoners wat betreft deelgebieden, met name 'contacten' en 'activiteiten'. Op de actiekaart staat nog niet overal ingevuld wie een actie onderneemt, wanneer dit gebeurt en wanneer evaluatie plaatsvindt.

Het leefplan is door medewerkers opgesteld voor de bewoner, daarbij wordt beschreven wat voor hem / haar gewenst is. Voor een nieuwe bewoner betreft men de bewoner en / of contactpersoon om het leefplan op te stellen. Voor de huidige bewoners heeft men gebruik gemaakt van observaties bij bewoners, gesprek met de bewoner (waar mogelijk) en gesprek met de familie (waar mogelijk).

Er is geen logboek bijgehouden. Het was de medewerkers die meededen aan de evaluatie niet bekend dat dit logboek bedoeld was voor het leefplan.

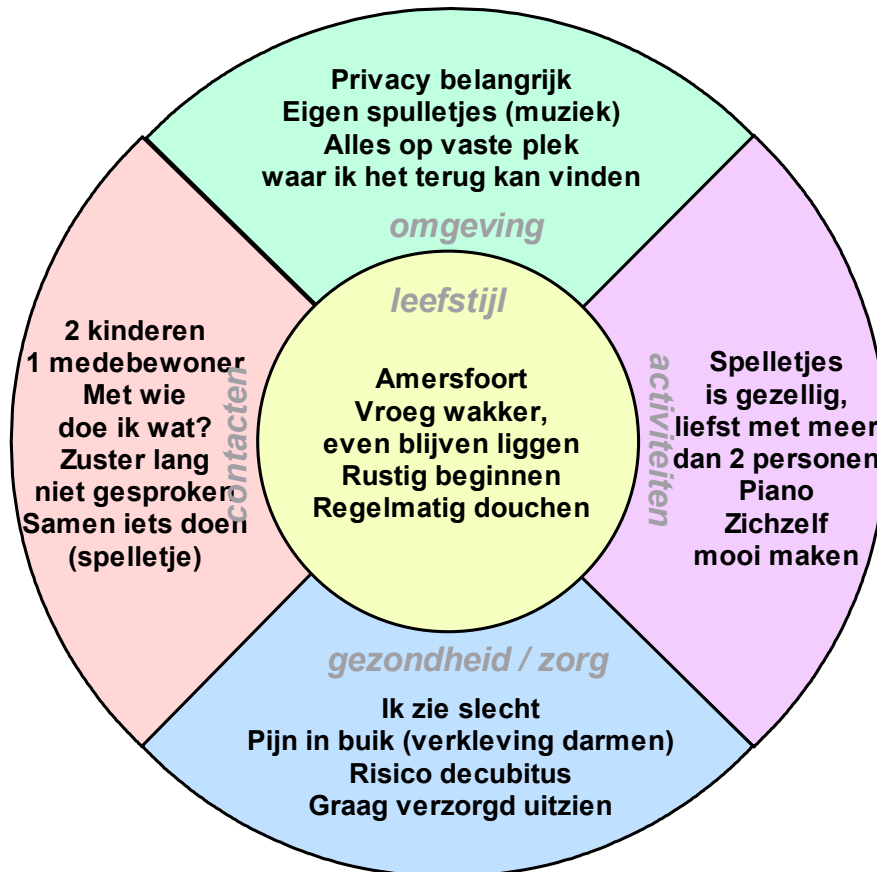
Er zijn nog geen teambijeenkomsten geweest om de leefplannen te bespreken.

Het leefplan wordt in de praktijk wel gehanteerd. *“Het zit nu in de hoofden en het staat bij ons nog niet gestructureerd op papier.”*

De EVVer geeft aan graag meer werk te willen maken van het leefplan. *“Ik vind het prachtig dat we dit hebben maar om het op papier en in de computer te krijgen, is tijd nodig.”*

Waar nog aan gewerkt moet worden:

- de structuur van de verslaglegging (ook: afstemming met andere onderdelen van het zorgdossier);
- een duidelijk plan om het als team op de computer en in het dossier te zetten.



Figuur 4: Leefplan bewoner PG

Contactpersonen van de bewoners

Volgens de contactpersonen heeft de afdeling hen van tevoren geïnformeerd over de mogelijkheden van het leefplan door middel van een bijeenkomst met familieleden.

Eén contactpersoon zegt dat haar familielid zelf met de verzorging heeft gesproken over zijn wensen in het leefplan. De andere contactpersonen zijn gevraagd om te helpen met het opstellen van een leefplan, omdat de bewoner het zelf niet meer kon aangeven. Het is voor contactpersonen niet altijd duidelijk welke veranderingen er zijn gekomen door het leefplan.

De contactpersonen zien wel dat de medewerkers op de afdeling moeite doen om op wensen van de bewoner in te gaan. Er is sprake van (meer) flexibiliteit.

“Nu laat men wel iemand uitslapen die moe is.”

“Men is nog soepeler geworden.”

“Mijn familielid heeft een voorkeur voor bepaalde lekkere gerechten. Dat halen ze nu ook.”

Bij één bewoner is het moeilijk om te zien of er iets verbetert.

“Ze reageert nergens meer op.”

Bij andere bewoners is dat duidelijker en leidt dat tot minder onrust bij de bewoner of onbegrip tussen bewoner en medewerkers.

“Nu ze zijn achtergrond kennen, snappen ze beter waarom hij een bepaald gedrag heeft. En ze gaan er beter mee om. Hun reactie maakt dat hij even lacht.”

De contactpersonen vinden het zinvol dat medewerkers moeite doen om erachter te komen wat de vraag van de bewoner is.

“Ik vind dat het heel veel zin heeft om te vragen wat de wensen zijn. En als de bewoner het niet kan vertellen om het de familie te vragen.”

Wat voor bewoners met problematiek belangrijk is, volgens de contactpersonen, is ‘vastigheid’. Het gaat daarbij om continuïteit in gezichten (personeel) maar ook om een bepaalde manier van werken met details die belangrijk zijn.

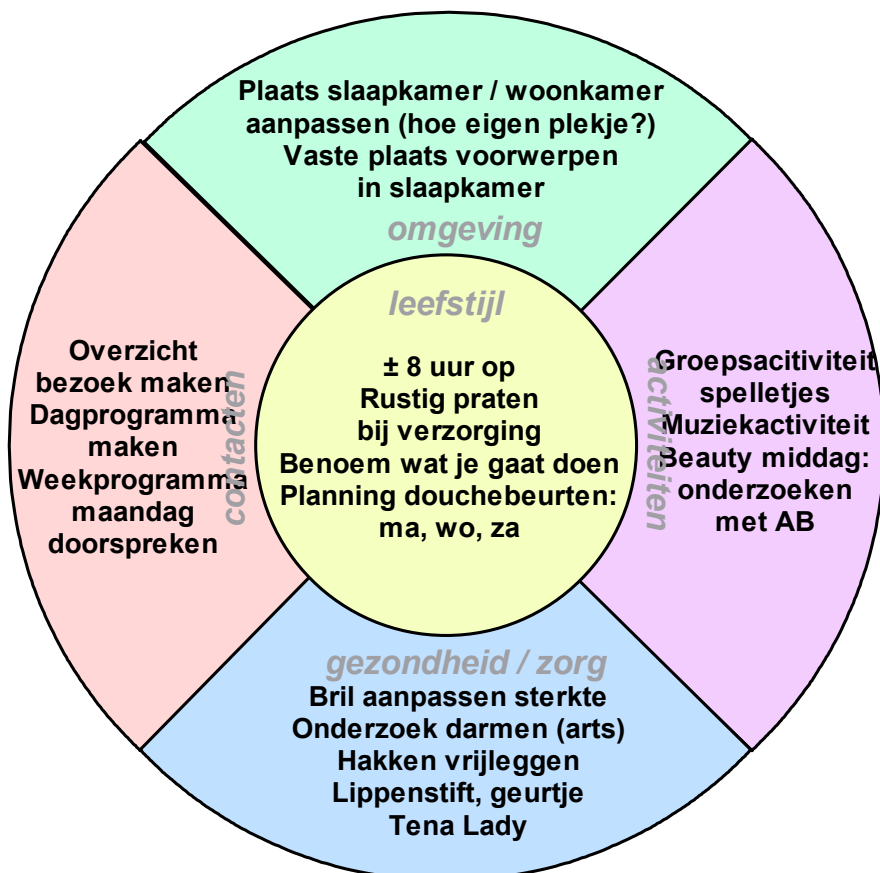
“Bijvoorbeeld dat iemand altijd op een bepaalde manier in de rolstoel zit.”

“Er hangt een lijst in de kast, zodat een volgende medewerker het weet. Dat helpt.”

De vijf leefgebieden in het leefplan blijken herkenbaar. Dat geldt ook voor ‘omgeving’ en ‘contacten’.

“Mijn familielid heeft een andere bewoner in dit huis leren kennen. Het klikt. Ze zijn bevriend geraakt. Er is bij de zorg begrip en ze proberen om het contact mogelijk te maken.”

Er is waardering voor de wijze waarop medewerkers proberen om van de omgeving van bewoners iets te maken, door te schilderen en hoekjes in te richten. Dit gebeurde overigens al vóór het experiment met het leefplan.



Figuur 5: Actiekaart bewoner PG

De medewerkers van Sandenburg geven volgens de contactpersonen veel gelegenheid om spulletjes mee te nemen naar de nieuwe woonplek van de bewoner. De belangrijkste belemmering hier is de hoeveelheid ruimte, die beperkt is, vooral op de meerpersoonskamers.

Wat betreft 'activiteiten' hebben de bewoners hun eigen belangstelling. Bijvoorbeeld een voorkeur voor een specifieke muzieksoort, in beweging blijven of juist behoefte aan rust.

De contactpersonen vragen zich wel af of het wel mogelijk is om helemaal volgens een leefplan te werken.

"Het leefplan geeft misschien wel meer werk. Het kost meer tijd. Is er wel genoeg personeel?"

De contactpersonen zijn over het algemeen erg tevreden over de wijze waarop hun familiedid benaderd wordt.

"De houding ten opzichte van de bewoner vinden we bijzonder. Ze gaan van de mens uit."

Verdere wensen die genoemd zijn:

- *"Dat de telefoon van de zorg werkt, die doet het nu niet altijd goed."*
- *"Het zou goed zijn als iedereen de mogelijkheid heeft om een eigen kamer te hebben."*
- *"Een plek waar het stil en rustig is voor een bewoner die dat nodig heeft."*

Medewerkers

De drie medewerkers die meedoen aan het groepsgesprek zeggen dat zij al met een leefplan werken, maar veel hiervan staat niet op papier. De ervaring van twee van hen met het opstellen van een leefplan (schrijven en invoeren in de PC) is nog beperkt. Zij hebben in de cursus geoefend met het opstellen van een leefplan, maar hebben daarna nog niet zelf leefplannen gemaakt. De andere medewerker (EUV) heeft wel een aantal leefplannen opgesteld. Eén medewerkster geeft aan weinig contact met familie te hebben omdat zij in de avonddienst werkt. Het is dan wel mogelijk om reacties van bewoners te zien.

"Je kunt wel mensen observeren, maar je hebt bij een aantal bewoners contact met de familie nodig voor het verhaal."

De medewerkers geven aan dat zij naar hun idee het leefplan zouden kunnen benutten om meer volgens de vraag van de individuele bewoner te werken.

"Het heeft wel zin om de geschiedenis van iemand te weten, ook al is iemand geestelijk ver weg en minder aanspreekbaar."

"We werken nu nog wat routinematig. We kennen de meeste mensen hier wel heel goed, omdat ze er al lang wonen. Bij nieuwe bewoners is het opstellen van een leefplan heel goed, omdat je dan de vraag nog in kaart kan brengen. Vaak met die bewoner zelf of anders met familie."

Het lukt om bepaalde wensen uit het leefplan te realiseren.

"Vorige week hebben we voor iemand een kroket gehaald, in het kader van het leefplan."

Andere voorbeelden die zij zien:

- een bewoner lichaamsbeweging aanbieden;
- specifieke activiteiten die aansluiten bij de interesse van de bewoner;
- een rustige plek aanbieden.

Er zijn behoeftes van de bewoner die het zelf niet meer kan aangeven, waarbij het belangrijk is om die aan elkaar over te dragen.

"Bijvoorbeeld dat je iemand een nachthemdje aan doet die anders 's ochtends met koude schouders ligt."

Er zijn ook wensen die men lastig vindt, waaronder de behoefte van een bewoner om veel in bed te blijven en te slapen. De vraag is dan hoever hierin mee te gaan.

Overleg over het leefplan in het kader van het MDO is nog beperkt. Vanuit de zorg zou men graag willen dat disciplines meer betrokkenheid hebben met de bewoners met PG problematiek. Dit wordt nu als divers ervaren, teveel afhankelijk van de persoon. Dit gaat overigens niet alleen over het leefplan, maar ook over andere zaken waarvoor men moet samenwerken.

De medewerkers geven aan dat zij meer ondersteuning nodig hadden om via de computer het leefplan en de actiekaart in te vullen en dat zij ook meer tijd nodig hadden om het te doen. Zij geven aan meer begeleiding nodig te hebben om het als groep én met andere disciplines door te voeren.

Belangrijke voorwaarden:

- tijd voor het afnemen en opstellen;
- contact met de familie;
- communicatie onderling en met andere disciplines;
- begeleiding wat betreft het 'hoe', de werkwijze;
- op de PC met het formulier kunnen werken (dit was eerst niet het geval, er is ook behoefte aan ondersteuning om op de PC te werken omdat men dit niet gewend is);
- een plan om het als groep te doen in een bepaalde termijn;
- een kleurenprinter.

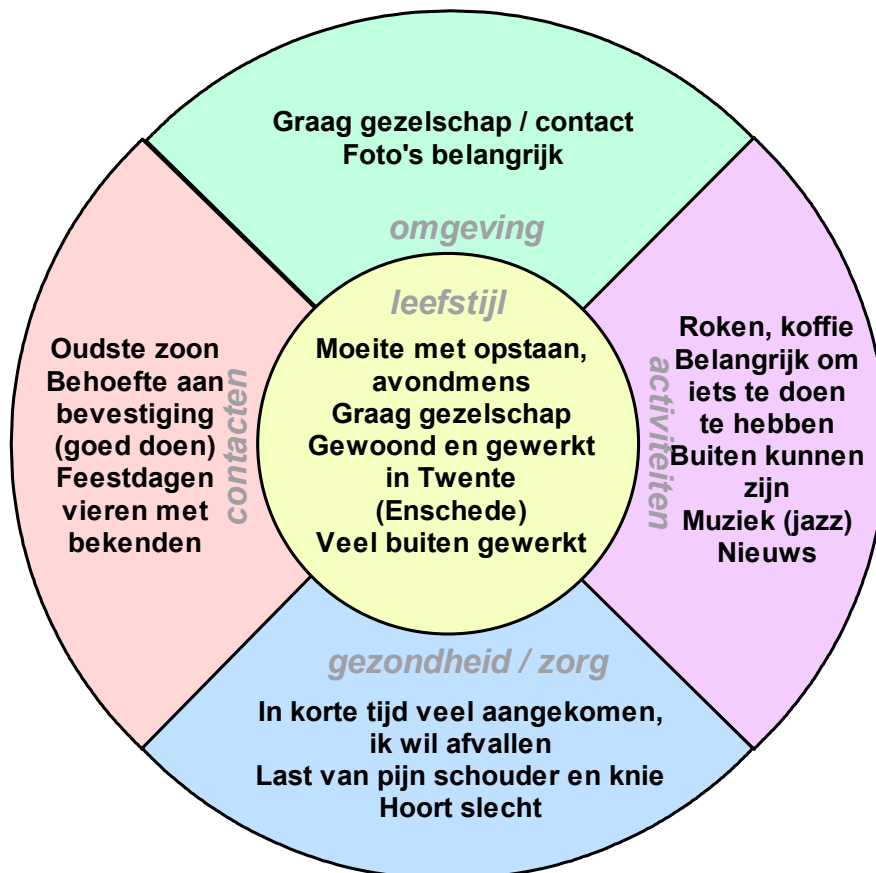
4.4 Evaluatie experiment leefplan Sterkenburg

Observatie en evaluatie leefplan (algemeen)

Voor de 18 bewoners van Sterkenburg (NAH-unit) zijn op dit moment leefplannen opgesteld.

De leefplannen worden bewaard in een rijdbare kar in het kantoor van de teamleider. De leefplannen zitten in het zorgdossier.

De leefgebieden zijn voor vier van de vijf leefgebieden van bewoners volledig ingevuld. Bij een aantal is er weinig informatie over behoeftes van bewoners wat betreft het deelgebied gezondheid en zorg die nodig is. Dat zit deels in de rest van het zorgdossier.



Figuur 6: Leefplan bewoner NAH

Op de actiekaart staat ingevuld wie een actie onderneemt, wanneer dit gebeurt en wanneer evaluatie plaatsvindt.

Leefplanblad en actiekaart zijn op een A4 opgesteld. Ze zijn handzaam en kunnen in het gesprek met bewoner / familie door de andere partij bekeken en besproken worden.

Het leefplan is door medewerkers opgesteld voor de bewoner, daarbij wordt beschreven wat voor hem / haar gewenst is. Voor bewoners waarmee in verband met vergeetachtigheid of communicatieproblemen of ziekteproces geen gesprek mogelijk is, betreft men zo mogelijk contactpersonen om het leefplan op te stellen. Leefplannen worden ook wel aan de contactpersoon gegeven met het verzoek om het plan zoveel mogelijk in te vullen. Hiervan wordt gebruik gemaakt. Het komt voor dat contactpersoon en medewerkers allebei een versie van het leefplan opstellen en dit daarna bespreken om te bekijken wat hieruit te halen valt.

Dat is niet altijd mogelijk. Het contact met familie is bij een aantal bewoners erg beperkt. De medewerkers geven overigens aan dat het leefplan aanleiding is om contact te zoeken met familie en dat (soms) het contact ook verbetert.

Er is geen logboek bijgehouden in de zomerperiode. Hier is men niet aan toegekomen. Het team bespreekt onderling de leefplannen en stelt ze bij.

Het leefplan wordt in de praktijk gehanteerd. In het gesprek worden vele voorbeelden genoemd die te maken hebben met persoonlijke voorkeuren en activiteiten van bewoners die al gestart zijn.

Leefplangesprekken met contactpersonen

In het kader van de evaluatie zijn twee leefplangesprekken van een medewerker van Sterkenburg met contactpersonen bijgewoond. In deze gesprekken werd met de contactpersoon doorgenomen wat de stand van zaken was wat betreft het leefplan, de actiekaart en de verdere uitvoering. Opvallend was dat er veel ruimte was voor contactpersonen om namens hun familielid wensen in te brengen.

Beide contactpersonen waren betrokken bij het opstellen van het leefplan. Zij hadden informatie aangeleverd om het leefplan te maken.

In de gesprekken bleek dat dit vooral informatie was uit het verleden, hoe de bewoner toen was. Terwijl de medewerkers vooral de informatie uit het leven hier en nu van de bewoner in hadden gebracht.

“Ik weet wel hoe ze vroeger was, maar niet meer hoe het nu is, wat ze nu wil. Daar hebben jullie meer zicht op.”

“Ik schreef op wat hij vroeger deed, dat hij met zijn handen werkte. Ik kan vertellen over wat hij als kind deed. Hij zit nu ook nog wel in die tijd, daar heeft hij veel meer van onthouden dan van wat de laatste tijd gebeurt.”

Er is waardering bij de contactpersonen voor de moeite die medewerkers doen om een leefplan op te stellen en om bij de persoon passende activiteiten te vinden.

“Het is zinvol als jullie de moeite nemen om het uit te zoeken.”

“Alles wat te proberen is, is goed. Hij heeft wel wat aan een daginvulling.”

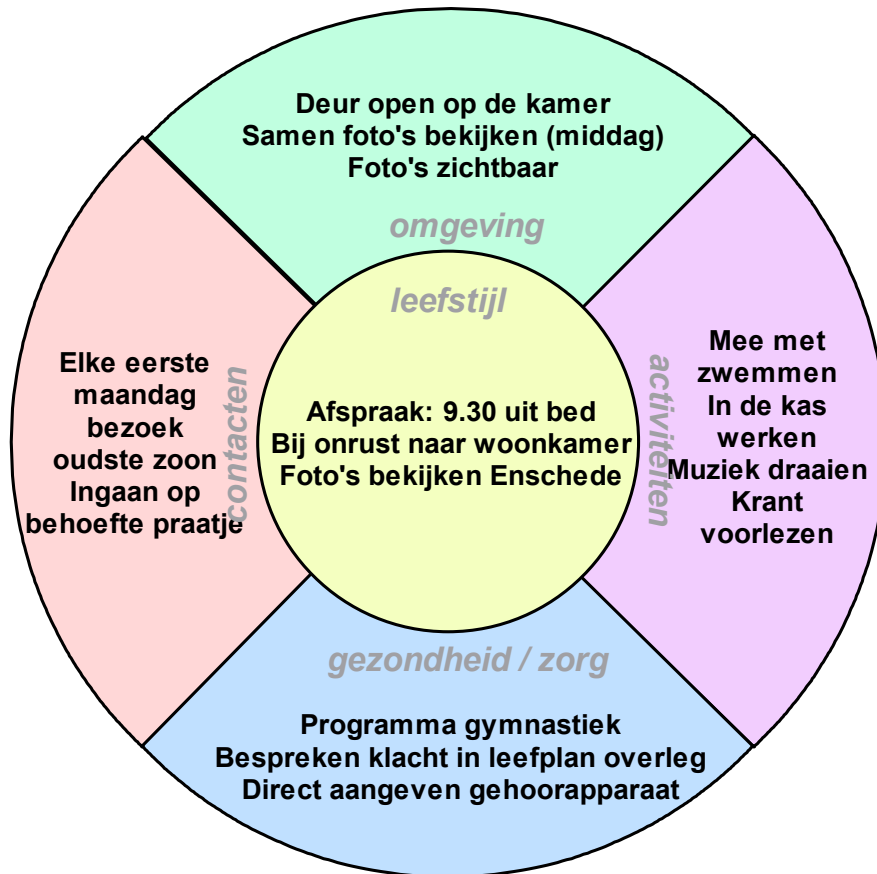
“Het is heel leeg of juist heel druk in het hoofd (van de bewoner). Door deze structuur wordt het beter.”

Als er meer activiteiten en (toegankelijke) dagstructuur zijn, is het voor een contactpersoon mogelijk om hierover ook het gesprek met de bewoner te hebben, zodat er meer ‘levend’ contact is.

“Als je het kan hebben over de liedjes die ze heeft gezongen, heb je meer ingang.”

Er is waardering voor het feit dat familie / contactpersoon betrokken is bij het opstellen van het leefplan.

“Je wilt dat het zo goed mogelijk is hier, voor hen.”



Figuur 7: Actiekaart bewoner NAH

Medewerkers

De medewerkers op Sterkenburg geven in het groepsgesprek aan ook vóór het leefplan al erg bezig te zijn geweest met persoonlijke behoeftes van bewoners. Dat heeft direct te maken met de bewoners die allemaal een eigen aanpak nodig hebben.

“We hadden al een heel activiteitschema: wat past bij welke bewoner?”

Groot voordeel is dat er nu vanuit verschillende kanten aan wordt gewerkt (door medewerkers van verschillende diensten, samen met bewoner / contactpersoon waar mogelijk) en dat het op papier staat.

“Voorheen was het meer ad hoc wat we voor een bewoner deden, al naar gelang het uitkwam en we tijd hadden. We hebben nu persoonlijke voorkeuren in kaart gebracht wat betreft activiteiten. Die worden gestructureerd en volgens afspraak aangeboden. Je merkt dat de bewoners erop gaan rekenen. De bewoner komt het vragen en weet wanneer een activiteit plaatsvindt.”

Er zijn positieve veranderingen te merken bij bewoners. Doordat de bewoner weet waar hij op kan rekenen, is er meer duidelijkheid en rust gekomen. Er is een bewoner op Sterkenburg die eerst passief was en weinig gebruik maakte van het activiteitsaanbod. Nu het programma meer op maat is gemaakt, is hij enthousiast geworden en gaat er meer op uit.

Voorbeelden van acties:

- tuinieren;
- naar de bioscoop gaan: *“Er zijn er twee die dit willen, ze genieten er erg van.”*;
- specifieke beweging.

Hoewel het druk was in de zomer is het gelukt om afgesproken persoonlijke activiteiten toch te blijven uitvoeren.

Er is geprobeerd om familie te betrekken bij het opstellen van het leefplan en bij het bespreken ervan.

“Sinds kort nodigen we familie ook uit bij de leefplanbespreking.”

Er is nog weinig betrokkenheid van de behandelaars bij het opstellen en uitvoeren van het leefplan.

De medewerkers hanteren naast het leefplan (met de behoefte / vraag van de bewoner) een benaderingsplan met aanwijzingen voor hun eigen opstelling. Er is soms een spanningsveld tussen het benaderingsplan en het leefplan.

Het komt voor dat een bewoner aangeeft in het leefplan dat hij aan intensieve sport wil doen, terwijl hij een halfzijdige verlamming heeft die dat niet mogelijk maakt. De medewerkers zien het spanningsveld als natuurlijk en als onderdeel van het werk: *“het hoort erbij”*. Het lijkt erop dat het leefplan ruimte geeft voor de vraag. Behoeft van de bewoner, ook al is die soms niet altijd realistisch, terwijl het benaderingsplan de grens aangeeft.

Voorwaarden voor verdere invoering:

- betere samenwerking met de behandeldisciplines, actievere inzet vanuit deze dienst;
- een kleurenprinter.

Hoofdstuk 5 Belangrijkste uitkomsten

5.1 Resultaten

Het project is op doelstellingen en beoogde resultaten geslaagd te noemen.

Het is mogelijk gebleken om leefplannen multidisciplinair op te stellen voor bewoners op de drie afdelingen in het verpleeghuis. Hoewel de doelstelling oorspronkelijk was om een leefplan uit te testen bij twee groepen bewoners in een verpleeghuis is het experiment op verzoek van de proeflocatie verbreed naar drie doelgroepen. Daarmee is het experiment verder gegaan dan verwacht.

Voor alle betrokken bewonersgroepen is het mogelijk gebleken om leefplannen op te stellen. Er zijn nu voorbeelden van leefplannen voor bewoners met psychogeriatrische problematiek, somatische aandoeningen en Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH).

Een uitgebreid praktijkvoorbeeld van zo'n (ingevuld) leefplan is achter in deze rapportage te vinden.

De bijdrage vanuit de cliëntenraad in de stuurgroep was een waardevolle aanvulling in het project.

Bewoners en contactpersonen waarderen dat het verpleeghuis moeite doet om achter de behoefte te komen. In het algemeen blijkt dat de vijf leefgebieden van het leefplan als relevant worden ervaren door bewoners / contactpersonen.

De medewerkers die mee hebben gedaan aan de evaluatie geven te kennen dat zij het leefplan belangrijk vinden voor bewoners. En een aantal medewerkers zegt hier zelf inspiratie uit te halen voor hun werk. Zij voelen zich gesteund om namens de bewoner belangrijke wensen van de bewoner te realiseren. Het vraaggericht of belevingsgericht werken krijgt een duidelijke plek.

Er zijn op alle drie de afdelingen nu voorbeelden van leefplannen waarin acties zijn gerealiseerd. De mate waarin dit al is gebeurd, is per afdeling verschillend.

5.2 Voorwaarden

Uit het experiment blijkt hoe belangrijk het is om het invoeren van leefplannen gericht te coachen en te ondersteunen, zowel met scholing als praktische voorwaarden (inzet in uren, faciliteiten computer) en met verdere afspraken over inzet van disciplines, voortgangsoverleg over het leefplan.

Om het experiment om te zetten in reguliere praktijk zijn een aantal maatregelen nodig:

- de praktische faciliteiten (computergebruik, kleurenprinter) voor de units op orde brengen;
- de procedure (nieuwe werkwijze) voor het leefplan vaststellen en uitbrengen, waardoor er duidelijkheid is over verantwoordelijkheden en procesgang cliënt;
- de medische en paramedische disciplines als dienst betrekken bij het opstellen van het leefplan; hen mee laten denken over de procedure (vaststellen verantwoordelijkheden medisch gebied) en faciliteren om als groep mee te werken aan deze ontwikkeling;
- gericht overleg inplannen over het leefplan met bewoner / familie en betrokken medewerkers (een taak van de teamleider);
- coaching door de teamleider op de afdeling, zo nodig met ondersteuning (zie de evaluaties per afdeling).

5.3 Doorvoeren organisatie

Met de evaluatie van de leefplannen voor bewoners op drie afdelingen is het experiment als zodanig afgerond. Het resultaat is in de stuurgroep besproken.

Vanuit de stuurgroep en MT wordt het experiment vervolgd met het opnemen van het leefplan als regulier onderdeel van de werkwijze van het verpleeghuis. Er is een invoeringsplan waarbij het experiment verbreed wordt via een train-de-trainersmodel naar alle afdelingen van het verpleeghuis en mogelijk ook de andere locaties van Stichting Quarijn.

Getrainde medewerkers / teamleiders die de cursus leefplan hebben gevolgd gaan de methodiek overdragen aan de andere medewerkers. Deze leefplanbegeleiders krijgen als ondersteuning een programma van Artemea (train-de-trainer).

Het is de bedoeling dat de groep leefplanbegeleiders langere tijd beschikbaar is om het leefplan structureel te voorzien van noodzakelijke know-how en begeleiding voor de werkvloer. Het blijkt heel belangrijk om de groepen medewerkers die hiermee gaan werken lagere tijd te ondersteunen met praktische tips, faciliteiten en coaching. Dit laatste ook om te zorgen dat het leefplan gebruikt wordt voor het oorspronkelijk doel: bijdragen aan de kwaliteit van een eigen leven voor bewoners.

Vervolgbeleid dat vanuit de stuurgroep wordt voorbereid:

- afronden nieuwe werkwijze door middel van een procedure voor opstellen leefplan en leefplanoverleg;
- in overleg met de medici / paramedici vastleggen van de verantwoordelijkheid voor het onderdeel 'zorg en gezondheid' (hiervoor wordt een bijeenkomst georganiseerd);
- informatie geven aan bewoners, familie en medewerkers over het leefplan, mondeling via een voorlichtingsbijeenkomst en verder schriftelijk (folder) en tijdens nieuwe opnames.

Bijlage A Praktijkvoorbeeld formulier leefplanblad

LEEFPLANKAART	EVVer	Zorgindicatie	Contactpersoon
gesprekspunten	behoefte en wensen bewoner		
<p>Persoonlijke leefstijl Globale dagindeling - tijden opstaan / rusten - tijd naar bed gaan</p> <p>Ik ben geboren in</p> <p>Ik heb goede herinneringen aan Belangrijke gewoontes Nodig om prettig te leven</p> <p>Mijn stemming is meestal Ik heb een goede dag waar ik met plezier op terug kijk, als</p>	<p>Ik ben meestal om 7 uur wakker en wil even blijven liggen. Ik sta soms liever een uurtje later op, als dat beter voelt. De ochtend moet rustig beginnen. Ik heb het liefst mensen die ik van gezicht ken. Rusten en naar bed op wisselende tijden (afhankelijk van de dag en wat er gebeurt, afspraken).</p> <p>Ik ben geboren in Amersfoort en heb daar ruim 55 jaar gewoond. De tijd met mijn man en de kinderen daar was een hoogtepunt. Belangrijk: regelmatig douchen. Ik kom moeilijk op gang en ben 's middags en 's avonds het meest actief.</p> <p>Heb het dan meer naar mijn zin. De dag is goed als de kinderen langs komen</p>		
<p>Belangrijke mensen Deze mensen zijn belangrijk voor mij</p> <p>Hoe ik het liefste contact met hen heb</p> <p>Wat ik graag met hen doe is...</p> <p>Dit heb ik nodig om deze contacten te onderhouden</p> <p>Deze mensen begeleiden mij bij uitjes / ziekenbezoek</p> <p>Contacten die ik (nog meer) zou willen hebben.....</p>	<p>De kinderen (2 dochters). Eén andere bewoner met wie ik het kan vinden.</p> <p>Dat we iets doen, samen.</p> <p>Spelletjes samen doen is gezellig. Er moet overzicht zijn: met wie doe ik wat?</p> <p>Dochters gaan mee (om beurten).</p> <p>Ik heb mijn twee beste vriendinnen heel lang niet gesproken. Het zou leuk zijn als zij een keer langs komen. (Ze wonen zelfstandig, moeten met openbaar vervoer of gebracht worden).</p>		
<p>Belangrijke bezigheden Mijn werk / bezigheid vroeger was ... Mijn hobby's en interesses zijn Ben aangemeld bij verenigingen - dag / tijd</p> <p>Wat ik aan ondersteuning nodig heb om deze bezigheden uit te voeren</p> <p>Gebeurtenissen die voor mij belangrijk zijn (verjaardagen, feestdagen)</p> <p>Wat ik graag zou willen doen, maar wat nog niet gebeurt, is...</p>	<p>Ik heb in de horeca gewerkt (Amersfoort) en was huisvrouw. Spelletjes doen, liefst met meer dan twee mensen. Muziek, piano. Nog niet op muziekvereniging, wil dat wel.</p> <p>Weten wat er allemaal gebeurt. Ik kan het niet bijhouden.</p> <p>Eigen verjaardag en die van de dochters. Moederdag.</p> <p>Ook in de avond iets beleven. Het is nu erg stil. Ik zou graag eens naar een beautymiddag gaan.</p>		
<p>Omgeving Ik voel me prettig / thuis als Het belangrijkste in mijn kamer is Voor mijn privacy is nodig dat Voor mijn veiligheid heb ik nodig</p> <p>Bij huishoudelijk werk heb ik de volgende wensen Wat ik storend vind Voorzieningen die ik gebruik - winkel soms / regelmatig - kapper per 4. Weken - pedicure ja / nee afspraak</p> <p>Wat verder belangrijk is in mijn omgeving ...</p>	<p>Prettig: als alles duidelijk is, hoe het gaat, wanneer iets gebeurt. Ik zou graag eigen kamer willen met eigen spulletjes (o.a. voor muziek).</p> <p>Een kamer waarbij de deur dicht kan en ik alleen naar muziek luister.</p> <p>Dat alles op zijn plek staat, ik zie heel slecht. Alles altijd op dezelfde plek terugzetten, dan kan ik het vinden.</p> <p>Soms naar de winkel, altijd met iemand samen. Kapper eens per maand op een maandag. Pedicure, nee. Alles moet goed toegankelijk zijn.</p>		

<p>Eigen opvattingen over zorg Ziektegeschiedenis Mijn gezondheid vind ik heel belangrijk Gezondheidsproblemen: pijn in mijn buik Risico decubitus: aanwezig</p> <p>Ik zie er graag verzorgd uit en dat is belangrijk voor mij.</p> <p>Ik heb er moeite mee dat ik soms zulke buikpijn heb. Dan heb ik een heel slechte dag.</p>	<p>Wensen persoonlijke verzorging wensen wat betreft douchen of bad: Graag minimaal twee keer per week douchen.</p> <p>Overige voorkeuren wassen: van boven gewone handdoek / van onder zachte badhanddoek. Toiletgang: ondersteuning nodig Voorkeuren wat betreft kleding: knopen allemaal goed dicht maken (checken).</p> <p>Aandachtspunten uiterlijke verzorging: Graag lippenstift en een geurtje.</p>	<p>Wensen en behoeftes Eten en drinken</p> <p>Voorkeur: alles zo zelfstandig mogelijk</p> <p>Medicatie beheer Door verpleging aandachtspunt: geen</p>
<p>Hulpmiddelen die ik gebruik gehoorapparaat ja bril/lenzen ja (bril) gebitsprothese ja steunkousen nee rolstoel ja, nummer 44455577799MN rollator: nee lift: sta lift glijlaken nee dekenboog nee Rohokussen ja AD- matras: nvt overig: Bijzonderheden</p>	<p>Transfers hoe / hulpmiddel / aantal personen</p> <p>met de James, door 1 persoon</p>	<p>Incontinentiematerialen dag :Tena Lady nacht: flex paars bijzonderheden:</p> <p>Stemming Wisselend in verband met pijn, gaat beter als er bezoek is</p>
	<p>was is wel gemerkt wassen door: Quarijn</p>	<p>Benaderingsplan wel nvt Nodig voor veiligheid: bedekken Overige</p>
<p>Behandelend arts: Diagnoses en behandeldoelen indicatie stelling voor: Verkleving in de darmen Catheter in verband met retentie</p>	<p>Afspraken rondom medisch handelen, in te vullen door arts</p> <p>Reanimatiebeleid omdat mevrouw graag gereanimeerd wil worden in het ziekenhuis, indien nodig.</p>	<p>Principe beleid: 0 curatief (gericht op genezing 0 palliatief (optimaal welbevinden en kwaliteit van leven met mogelijk levensverlenging als neven effect) 0 symptomatisch abtinerend, zoals bij palliatief, maar evt levensverlenging is ongewenst</p>
<p>Wondbehandeling: Zie behandelkaart</p>	<p>Reanimeren wel Ziekenhuisopname wel toelichting: Antibiotica wel/ toelichting: Allergie niet bekend</p>	
<p>gemaakt op:</p>	<p>datum en paraaf bewoner:</p>	<p>geplande leefplanbespreking:</p>

Bijlage B Praktijkvoorbeeld formulier actiekaart

	behoefte / doel	afpraak / actie	wie?	wanneer?	evaluatie
Leefstijl	8 uur op staan, rustig binnen komen, vaste verzorgers	8.00 wassen en kleden Rustig praten, geen groot licht aan Benoemen wat je gaat doen.	VZ	dagelijks	3 weken
	Om de dag douchen	Planning maken: ma,wo, za ?	vz	Ma, wo, vr	
Contacten	Contact met medebewoner	Gezamenlijke activiteit in huiskamer (sjoelen, bingo Krant lezen met groepje	VZ / woonmedewerker	dagelijks	1 maand
	Mondelinge informatie over lopende zaken	Nieuwe informatie voorlezen (horizon, bewonersoverleg ed) Weekprogramma doorspreken	VZ / woonmedewerker	Zo nodig Dagelijks 8.00 uur	1 maand
	Meer contact met vriendinnen	Overzicht van bezoek maken Dagprogramma maken	EVV/AB		1 maand
Activiteiten	Klassieke muziek luisteren	Naar muziek vereniging op ...	AB	1 x per week	
	Piano spelen (met ondersteuning)	Vrijwilliger zoeken om samen piano te spelen	Evv-er Co- vrijwilliger	zsm	1 maand
	Spelletjes doen	Inventariseren + aanmelden bij verenigingen	EVV-er	zsm	1 maand
	Avond invulling	Opnemen in weekprogramma Meer avond activiteiten in de huiskamer (door vrijwilligers)	EVV-er Co- vrijwilliger	2 keer per week	1 maand
	Beautymiddag (wens)	Uitzoeken mogelijkheden	EVV/AB		2 weken
omgeving	Rust, regelmaat + een eigen kamer Toegankelijkheid naar huiskamer, toilet, slaapkamer	Bespreken plaats in woonkamer Bespreken hoe eigen plekje kan maken rekening houdend met angst voor veranderingen (tgv slechtheid)	Evv-er	Volgende week maandag	1 maand
Gezondheid	Bloedsuikers zijn in balans	Zonodig bepalen + bijspuiten volgens recept	VZ	Zo nodig	1 week
	Huid blijft in tact	Dagelijks observatie op roodheid / wondjes	VZ	dagelijks	1 week
	Zo zelfstandig mogelijk functioneren	Begeleiding in ziekteproces door Bartimeus	VZ / arts Medewerker Bartimeus		2 weken
	Conditie op peil houden	Fietsen op hometrainer / duofiets	VZ / vrijwilliger / familie	3 keer per week	3 weken
	Decubitus	Observeren en hakken vrijleggen op bed	VZ	dagelijks	1 maand

Met dank aan:

