

Evaluatie Besluit zorgplanbespreking

Eindrapportage

Betreft: Eindrapportage evaluatie Besluit zorgplanbespreking

Uitgebracht aan: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. de heer C. Van der Burg
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Auteur(s): Marijke Ploegman
Hinke Gijzel
Wilco Otte

Datum: 11 februari 2013

Kenmerk: 311342553

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
1.1	Inleiding.....	5
1.2	Doelstellingen Besluit zorgplanbespreking	6
1.3	Uitgangspunten	7
1.4	Leeswijzer.....	7
2.	Onderzoeksopzet.....	9
2.1	Onderzoeksvragen	9
2.2	Methodiek.....	10
2.3	Onderzoeksopzet	12
3.	Situatie voor invoering: nulmeting	13
3.1	Resultaten nulmeting	13
3.2	Conclusie van de nulmeting	14
4.	Effect op de positie van de cliënt	15
4.1	Perspectief van de cliënt	15
4.2	Perspectief van de zorgverlener	19
4.3	Perspectief van de kwaliteitsfunctionaris	21
4.4	Conclusie	26
5.	Effect op de organisatiecultuur bij zorgaanbieders	28
5.1	Perspectief van de zorgverlener	28
5.2	Perspectief van de kwaliteitsfunctionaris	29
5.3	Perspectief van derden	30
5.4	Conclusie	31
6.	Inzicht van de toezichthouder	32
6.1	Perspectief van de toezichthouder	32
6.2	Conclusie	34
7.	Neveneffecten	35
7.1	Administratieve lasten	35
7.2	Vormvrijheid	36
7.3	Effect op de verantwoording	38
7.4	Effect op de relatie met andere patiëntenwetten	39
7.5	Conclusie	39
8.	Conclusies en aanbevelingen	42
8.1	Conclusies.....	42
8.2	Aanbevelingen	45
9.	Bronnenlijst.....	47

Managementsamenvatting

Voor u ligt de evaluatie van de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) Besluit Zorgplanbespreking, zoals die in maart 2009 van kracht is gegaan. Dit onderzoek evalueert in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de mate waarin de beoogde effecten van deze AMvB behaald zijn. Dit gebeurt vanuit drie perspectieven: het perspectief van de cliënt, het perspectief van de zorgaanbieder en het perspectief van de toezichthouder.

Het doel van het Besluit zorgplanbespreking is het verbeteren van de cliëntgerichtheid in de langdurige zorg en daarmee het verbeteren van de kwaliteit. Dit doel is gebaseerd op het uitgangspunt dat de positie van de cliënt wordt versterkt doordat de zorgaanbieder verplicht is het zorgplan met de cliënt te bespreken en te evalueren. Deze evaluatie onderzoekt de mate waarin dit primaire doel in de praktijk tot uitvoer komt. Daarnaast worden met het Besluit zorgplanbespreking een aantal aanvullende doelstellingen beoogd, namelijk het stimuleren van een cliëntgerichte organisatiecultuur bij zorginstellingen en het vergroten van het inzicht dat de toezichthouder heeft in de positie van de cliënt. In deze evaluatie staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

1. Is het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg doeltreffend en wat zijn de effecten van het besluit in de praktijk?
2. Welke aanbevelingen kunnen op basis van de bevindingen gedaan worden voor het eventueel aanpassen van de AMvB?

Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen is gesproken met diegenen die de effecten van het Besluit in hun dagelijks leven en/of werk ondervinden. In totaal zijn 90 interviews met cliënten en 90 interviews met zorgverleners afgenomen. Door middel van een digitale vragenlijst is ook het perspectief van 216 kwaliteitsfunctionarissen in beeld gebracht. Alle respondenten zijn afkomstig uit de sectoren GGZ/RIBW, gehandicaptenzorg, verpleging & verzorging en thuiszorg. Daarnaast hebben 6 interviews plaatsgevonden met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgkantoren en zorgverzekeraars en zijn branche- en cliëntenorganisaties gevraagd bij te dragen aan de interpretatie van de resultaten. Door gebruikmaking van resultaten uit eerder onderzoek, dat ook deel heeft uitgemaakt van de basis voor het invoeren van het Besluit zorgplanbespreking, is het mogelijk inzicht te geven in de veranderingen die hebben plaatsgevonden op het gebied van cliëntbetrokkenheid.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de positie van de cliënt binnen zorginstellingen verbeterd is sinds de invoering van het Besluit. Cliënten worden (bijna) altijd betrokken bij het opstellen van het zorgplan en het bespreken daarvan en kunnen meebeslissen over de geleverde zorg. Wel zijn er mogelijkheden de regierol van de cliënt verder te versterken. Met name de mogelijkheid om wijzigingen aan te brengen in het zorgplan, de frequentie van de bespreking met de cliënt en de mate van transparantie van de doelen van de zorg – in samenhang met voor de cliënt begrijpelijk taalgebruik – komen vanuit het perspectief van de cliënt naar voren als verbetermogelijkheden.

Dit onderzoek concludeert dat de mate van cliëntgerichtheid in de organisatiecultuur bij instellingen verbeterd is na invoering van het Besluit zorgplanbespreking. De betrokken partijen benoemen dat de zorgplanbespreking een stimulans vormt om de brede omslag naar cliëntgericht werken vorm te geven. Het zorgplan en de zorgplanbespreking zijn inmiddels ingebed in de werkwijze van instellingen. De wettelijke verankering van de zorgplanbespreking heeft er toe geleid dat een

positieve ontwikkeling gaande is richting een meer cliëntgerichte werkwijze. Er zijn echter nog stappen te zetten op het gebied van het aangaan van de dialoog met de cliënt (en familie) en het borgen van daadwerkelijke betrokkenheid bij het zorgplan. Om een wederzijds verwachtingspatroon te creëren en afspraken over de zorg aan te gaan, is het van belang de zorgplanbespreking niet te gebruiken als (administratief) doel op zich, maar als middel om de dialoog met de cliënt te voeren. Belangrijk om op te merken is het feit dat naast het Besluit zorgplanbespreking, ook de sectoren zelf initiatieven ter verbetering van de positie van de cliënt hebben ontplooid. De positieve ontwikkelingen die onderdeel zijn van deze rapportage, zijn niet volledig toe te bedelen aan het Besluit zorgplanbespreking maar vormen een gezamenlijke verdienste.

Naast de beoogde effecten is ook sprake van neveneffecten. Uit het onderzoek blijkt dat men aanvullende administratieve lasten ervaart naar aanleiding van het zorgplan en de bespreking daarvan. Deze ervaren lasten lijken geen direct gevolg te zijn van het Besluit zorgplanbespreking maar lijken samen te hangen met het relatief grote aantal doelstellingen dat men nastreeft met het zorgplan – o.a. regie voor de cliënt, verantwoording, overdracht en verslaglegging. Dit omdat dergelijke doelen niet in wet- en regelgeving over het zorgplan en de bespreking daarvan zijn opgenomen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat instellingen deels zichzelf aanvullende lasten opleggen door het combineren van doelstellingen. Desondanks is de tevredenheid over het gehanteerde format ruim voldoende. Het veld is van mening dat de huidige vormvrijheid moet blijven bestaan. Wel ziet men mogelijkheden het format simpeler en compacter vorm te geven. Concretisering van het Besluit zorgplanbespreking en daarmee het format door middel van landelijke normen vormt hier dan ook geen onderdeel van.

In conclusie zijn de beoogde effecten van het Besluit zorgplanbespreking voor een groot deel bereikt. Op basis van de bevindingen in dit onderzoek wordt het dan ook niet noodzakelijk geacht om de Algemene Maatregel van Bestuur aan te passen. Wel worden aanbevelingen geformuleerd om de doeltreffendheid van het zorgplan in de praktijk verder te verbeteren:

- Ga na of het zorgplan (nog) meer toegespitst kan worden op de cliënt door begrijpelijk en toepasselijk taalgebruik te hanteren, het plan vanuit het perspectief van de cliënt op te stellen en waar mogelijk alternatieve communicatiemiddelen in te zetten.
- Gebruik het zorgplan als levend document en voer hierover doorgaand de dialoog met de cliënt of zijn of haar vertegenwoordiger.
- Gebruik het zorgplan niet (primair) voor verslaglegging, bewijslast voor het voldoen aan wet- en regelgeving of verantwoording. Combineren van doelen kan, zo lang het primaire doel het versterken van de regierol van de cliënt blijft. Maak bijvoorbeeld onderscheid tussen een cliëntdossier en het zorgplan.
- Maak gebruik van de bestaande vormvrijheid. Blijf gehanteerde formats doorontwikkelen zodat gewerkt kan worden aan het vinden van een optimale balans tussen het opstellen, afspreken én vastleggen van de doelen van de zorg zonder aanvullende lasten uit het oog te verliezen. Digitalisering van zorgplannen kan hier een impuls aan geven.
- Ga na in welke mate strikt sturen op formele ondertekening van het zorgplan van toegevoegde waarde is voor de cliënt. Een alternatief om betrokkenheid van de cliënt aan te tonen, is om de cliënt zelf (indien mogelijk) een deel van het zorgplan op te laten stellen.
- Informeer de cliënt over zijn of haar rechten met betrekking tot het zorgplan en de bespreking daarvan. Teveel cliënten zijn niet op de hoogte van de mogelijkheid een klacht in te dienen naar aanleiding van de zorgplanbespreking.
- Ga na of zorgverleners voldoende geëquipeerd zijn om met het zorgplan te werken en de dialoog met de cliënt te voeren. Indien dit onvoldoende het geval is, kan bijscholing op dit gebied van meerwaarde zijn.

1. Inleiding

Sinds 25 maart 2009 is het ‘Besluit zorgplanbespreking ABWZ-zorg’ van kracht. Volgens dit besluit wordt het bespreken van het zorgplan bij verlening van AWBZ-zorg verplicht gesteld. Dit betekent dat zorgaanbieders zo spoedig mogelijk na aanvang van de zorgverlening een bespreking met de cliënt – of zijn of haar vertegenwoordiger – organiseert waarin de gestelde doelen van de zorgverlening, concrete invulling daarvan, verantwoordelijkheden en evaluatiemomenten worden besproken en vastgelegd. Als voorwaarde bij de invoering van de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) is gesteld dat deze geëvalueerd wordt. Dit document betreft de rapportage voortkomend uit deze evaluatie. Voorliggend hoofdstuk behandelt de achtergrond en beoogde effecten van de AMvB.

1.1 Inleiding

Het Besluit zorgplanbespreking behandelt het verplicht stellen van het bespreken van het zorgplan. Het zorgplan zelf is al langer geleden geïntroduceerd in de langdurige zorg. Per 1 januari 2009 is de manier waarop het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zorginstellingen financiert gewijzigd, de bekostiging verloopt vanaf dat moment via zorgzwaartepakketten. Gevolg van deze systeemwijziging is dat de zorgaanbieder en de cliënt meer ruimte hebben om de wijze waarop geïndiceerde zorg wordt geleverd in te vullen. In artikel 3 van de Kwaliteitswet zorginstellingen is bepaald dat de zorgaanbieder de zorgverlening op een dusdanige wijze organiseert dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Het leveren van verantwoorde zorg vormt een centraal begrip in de Kwaliteitswet en houdt onder andere in dat zorg cliëntgericht is. Om cliënten in de langdurige zorg een middel te bieden regie te kunnen voeren over de eigen zorg, is het van belang cliënten te betrekken bij de totstandkoming van en besluitvorming over hun zorgplan.

Het zorgplan wordt sinds de overgang naar zorgzwaartebekostiging gebruikt om de afspraken die de zorgaanbieder en de cliënt maken over de invulling van het zorgzwaartepakket, vorm te geven. Als document beschrijft het zorgplan dus de afspraken over de inhoud van de zorg. Indien dit volledig en in samenspraak met de cliënt gebeurt, wordt de concrete zorgverlening cliëntgericht en op die manier beter van kwaliteit. Uit onderzoek blijkt echter dat hoewel het overgrote deel van de zorgaanbieders met een zorgplan (of een equivalent daarvan, bijvoorbeeld een zorgleefplan of ondersteuningsplan) werkt, met name het perspectief van de cliënt ontbreekt¹. De cliënt wordt wel door de zorgverlener geïnformeerd over de inhoud van het zorgplan, maar wordt niet altijd in de gelegenheid gesteld op actieve wijze bij te dragen aan de totstandkoming daarvan². Dit heeft tot gevolg dat het perspectief van de cliënt ontbreekt of vanuit de optiek van de zorgaanbieder is geschetst. Dit strookt niet met het uitgangspunt dat het perspectief van de cliënt de uitgangspositie moet zijn voor het stellen van doelen en het verlenen van cliëntgerichte zorg.

Om de betrokkenheid van cliënten bij het opstellen van het zorgplan te vergroten, is ervoor gekozen gebruik te maken van de mogelijkheid in artikel 6 van de Kwaliteitswet zorginstellingen om door middel van een Algemene Maatregel van Bestuur regels te stellen ter uitvoering van artikel 3 van die

¹ Prismant (2006), (Kool, R.B., C.G.M. Pepels, M.J.P.M. Stukstette (2007) “Het gebruik van het zorgplan in de praktijk” Jaargang 85 2007 nr.5)

² Wanneer de term ‘cliënt’ wordt gehanteerd, wordt ook een eventuele vertegenwoordiger van de cliënt bedoeld. Dit geldt voor de gehele rapportage.

wet (waarin de zorgaanbieder verplicht wordt verantwoorde zorg te bieden). Het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg is daarvan het resultaat.

1.2 Doelstellingen Besluit zorgplanbespreking

Doelstellingen

Het hoofddoel van het Besluit zorgplanbespreking is het verbeteren van de cliëntgerichtheid en daarmee ook de kwaliteit van de langdurige zorg. Dit doel is gebaseerd op het uitgangspunt dat de positie van de cliënt wordt versterkt doordat de zorgaanbieder verplicht is het zorgplan met de cliënt te bespreken. Deze evaluatie onderzoekt de mate waarin dit primaire doel in de praktijk tot uitvoer komt. Daarnaast worden met het Besluit zorgplanbespreking een aantal aanvullende doelstellingen beoogd³. Onderstaande opsomming noemt alle doelstellingen van het Besluit, zoals zij in de Nota van Toelichting behorende bij het Besluit aan de orde komen.

- **Het versterken van de positie van de cliënt.** Zoals genoemd, richt het Besluit zorgplanbespreking zich primair op het verbeteren van de cliëntgerichtheid en de regierol van de cliënt teneinde de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit wordt onderverdeeld in een drietal subdoelstellingen:
 - Het vergroten van de regie van de cliënt op de te ontvangen zorg en het eigen leven. Wanneer de cliënt meepraat over de invulling van de (dagelijkse) zorgverlening, komt een overlegproces tot stand en krijgt de cliënt de mogelijkheid zijn of haar wensen kenbaar te maken.
 - Het verbeteren van de transparantie betreffende de doelen van de zorg. Omdat de bespreking onder meer over de te behalen doelen van de zorg moet gaan, wordt voor de cliënt duidelijk met welk doel de overeengekomen zorg geleverd wordt.
 - Het verbeteren van de rechtspositie van de cliënt. Door de zorgplanbespreking te verplichten, wordt het uitblijven of niet vastleggen daarvan klachtwaardig.
- **Het stimuleren van een organisatiecultuur gekenmerkt door een cliëntgerichte werkwijze.**
 - Het weergeven van het resultaat van de zorgplanbespreking en de evaluatie daarvan in het zorgplan, is wettelijk verplicht gesteld door het Besluit zorgplanbespreking. Omdat het voldoen aan wet- en regelgeving een taak van het bestuur of management van een zorginstelling is, is ook deze laag van de organisatie verantwoordelijk voor het naleven van dit Besluit. Het bestuur of management van een instelling is verantwoordelijk voor het creëren van een organisatiecultuur waarin op cliëntgerichte wijze wordt gewerkt; de zorgplanbespreking is hier een wezenlijk onderdeel van. Dit maakt dat de verantwoordelijkheid voor het naleven van het Besluit zorgplanbespreking niet alleen bij de individuele zorgverlener ligt.
- **Het vergroten van het inzicht dat de toezichthouder heeft in de positie van de cliënt.**
 - De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) verkrijgt door het vastleggen van de resultaten van de zorgplanbespreking en de evaluatie daarvan, meer inzicht in de wijze waarop zorgaanbieders hun cliënten bij het zorgplan betrekken.

Wettelijke verplichtingen voortkomend uit het Besluit zorgplanbespreking

Om de randvoorwaarden voor bovengenoemde doelstellingen te creëren, is een aantal wettelijke verplichtingen opgenomen in het Besluit zorgplanbespreking. Het zorgplan zelf is vormvrij ingevoerd. Dit betekent dat instellingen vrij zijn het zorgplan vorm te geven zoals dat binnen de bestaande organisatie past. De wettelijke verplichtingen vormen de kaders voor het proces van uitvoering van het Besluit zorgplanbespreking. Deze verplichtingen zijn als volgt⁴:

³ Staatscourant Besluit evaluatie zorgplanbespreking van 2 maart 2009, kenmerk DWJZ/SWW2912835

⁴ Staatscourant Besluit evaluatie zorgplanbespreking van 2 maart 2009 kenmerk DWJZ/SWW2912835

- De gehanteerde definitie van een cliënt is een persoon aan wie een zorgaanbieder voor een periode langer dan drie maanden zorg verleent conform de AWBZ.
- De zorgaanbieder organiseert zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorgverlening een bespreking met de cliënt waarin wordt opgenomen welke doelen de cliënt heeft, hoe deze bereikt worden en wie voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk is. Ook moeten de frequentie en omstandigheden van het evalueren van de doelen afgestemd worden.
- De zorgaanbieder legt binnen 6 weken na aanvang van de zorgverlening het resultaat van de bespreking met de cliënt vast in een zorgplan.
- Indien de cliënt minderjarig en/of niet in staat is om zelf de zorgplanbespreking uit te voeren, wordt dit gedaan met een (wettelijk) vertegenwoordiger van de cliënt.

1.3 Uitgangspunten

In de uitvoer van dit onderzoek gelden een aantal specifieke uitgangspunten. Deze zijn onderstaand weergegeven.

- Deze evaluatie richt zich niet alleen op de huidige doeltreffendheid van het Besluit zorgplanbespreking, maar geeft ook inzicht in de mate waarin verbetering van de cliëntgerichtheid zichtbaar is, onder andere door resultaten uit onderzoek van vóór invoer van het Besluit mee te nemen. Hiermee wordt een zogenaamde nulmeting uitgevoerd. De basis voor de nulmeting wordt gevormd door de onderzoeksresultaten van het onderzoek dat deel heeft uitgemaakt van de aanleiding het Besluit zorgplanbespreking in te voeren (Prismant, 2006)⁵. De resultaten uit het huidige onderzoek worden waar mogelijk afgezet tegen de bevindingen uit de nulmeting.
- Alle partijen die met het zorgplan in aanraking komen, worden betrokken in dit onderzoek. Daarom maakt de cliënt (of zijn of haar vertegenwoordiger) expliciet deel uit van de respondenten. De overige partijen die betrokken worden in dit onderzoek zijn de zorgverlener, kwaliteitsfunctionaris, Inspectie voor de Gezondheidszorg, het zorgkantoor en de zorgverzekeraar. Daarnaast zijn ook cliënten- en brancheorganisaties betrokken door middel van een validatiesessie.
- De langdurige AWBZ-zorg kent een relatief breed spectrum aan zorgverlening. Dit houdt in dat per sector verschillen kunnen optreden in de rol en het gebruik van een zorgplan. Daarom wordt in dit onderzoek onderscheid gemaakt tussen vier verschillende sectoren: gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg en verzorging & verpleging.
- Naast de beoogde doelen van het Besluit zorgplanbespreking, worden ook – al dan niet gewenste – neveneffecten in kaart gebracht. Dit betreft de volgende onderwerpen: administratieve lasten; vormvrijheid; verantwoording van de zorgaanbieder aan het zorgkantoor en/of de zorgverzekeraar; relatie met andere patiëntenwetten.
- Het ministerie van VWS heeft gevraagd om bij het opstellen van de aanbevelingen ook te kijken naar de wenselijkheid om bij de zorgplanbespreking onderwerpen verplicht te stellen. Om die reden kijkt dit onderzoek naar zowel het effect van de huidige vormvrijheid als de visie van de zorgaanbieder op concretisering van het zorgplan.

1.4 Leeswijzer

Het volgende hoofdstuk gaat in op de onderzoeksopzet en de operationalisering van het onderzoek. Hoofdstuk 3 behandelt de resultaten van de nulmeting. In hoofdstuk 4 tot en met 6 worden de

⁵ Prismant (2006), (Kool, R.B., C.G.M. Pepels, M.J.P.M. Stukstette (2007) "Het gebruik van het zorgplan in de praktijk" Jaargang 85 2007 nr.5)

bevindingen gepresenteerd. Respectievelijk wordt ingegaan op de positie van de cliënt, de mate van cliëntgerichtheid in de organisatiecultuur van ABWZ-instellingen en het inzicht van de toezichthouder. Hoofdstuk 7 gaat in op de neveneffecten die – al dan niet gewenst – samenhangen met het verplicht stellen van het bespreken van het zorgplan. Hoofdstuk 8 sluit af met de in dit onderzoek naar voren gekomen conclusies en aanbevelingen, in lijn met de hoofdvragen van dit onderzoek.

2. Onderzoeksopzet

Dit hoofdstuk behandelt de verantwoording van het onderzoek. De verantwoording biedt inzicht in de gehanteerde onderzoeksvragen, de onderzoeksmethode en de opzet van het onderzoek. Ook wordt toegelicht welke stakeholders in dit onderzoek zijn betrokken.

2.1 Onderzoeksvragen

Om inzicht te verkrijgen in de mate waarin de doelstellingen van het Besluit zorgplanbespreking behaald worden, zijn onderzoeksvragen geformuleerd. Deze onderzoeksvragen vormen de kern van dit evaluatieonderzoek en zijn als volgt:

1. Is het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg doeltreffend en wat zijn de effecten van het besluit in de praktijk?
2. Welke aanbevelingen kunnen op basis van de bevindingen gedaan worden voor het eventueel aanpassen van de AMvB?

Om de benodigde informatie ten behoeve van beantwoording van de hoofdvragen te beantwoorden, zijn deelvragen opgesteld. Deze zijn als volgt (inclusief het hoofdstuk waarin de desbetreffende vragen behandeld worden):

Hoofdvraag	Deelvraag	Hoofdstuk
Is het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg doeltreffend en wat zijn de effecten van het besluit in de praktijk?	<ul style="list-style-type: none"> In welke mate voelt de cliënt zich gehoord? Mag de cliënt meebeslissen over de geleverde zorg? Zijn de gesprekken tussen cliënt en zorgverlener verbeterd? Zijn de doelen van de zorg voor de cliënt transparanter geworden? Weten cliënten dat zij in het geweer kunnen komen wanneer het zorgplan niet of onvoldoende met hen wordt besproken? 	Hoofdstuk 4: effect op positie van de cliënt
	<ul style="list-style-type: none"> Is de organisatiecultuur bij zorginstellingen meer cliëntgericht geworden na de wettelijke verankering van de zorgplanbespreking? 	Hoofdstuk 5: effect op de organisatiecultuur
	<ul style="list-style-type: none"> In welke mate heeft de IGZ meer inzicht in de manier waarop zorgaanbieders cliënten bij het zorgplan betrekken? 	Hoofdstuk 6: inzicht bij de toezichthouder
	<ul style="list-style-type: none"> Wat is het effect op de administratieve lasten voor alle betrokken partijen? Wat is het effect van de vormvrijheid op de uitvoer van het zorgplan? Wat is het effect op de verantwoording van de zorgaanbieder naar het zorgkantoor/zorgverzekeraar? Wat is het effect op de relatie met andere patiëntenwetten? 	Hoofdstuk 7: neveneffecten
Welke aanbevelingen kunnen op basis van de bevindingen gedaan worden voor het eventueel aanpassen van de AMvB?	<ul style="list-style-type: none"> In welke mate is het aan te bevelen het zorgplan te concretiseren? Welke overige aanbevelingen verbeteren de doeltreffendheid van het zorgplan? 	Conclusies en aanbevelingen

2.2 Methodiek

Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen is het van belang om diegenen die deze effecten in hun dagelijks leven en/of werk ondervinden te betrekken. Daarom is dit onderzoek uitgevoerd onder een afspiegeling van de volgende betrokkenen:

- **Cliënten** die gebruik maken van AWBZ-zorg uit de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg, de thuiszorg of de verpleging en verzorging, omdat zij vanuit hun perspectief kunnen aangeven in welke mate en op welke wijze zij betrokken worden bij de totstandkoming van het zorgplan. Geïnterviewden zijn door zorgaanbieders geselecteerd;
- **Zorgverleners**, omdat zij vanuit hun perspectief kunnen aangeven wat het effect van het Besluit zorgplanbespreking is op de positie van de cliënt, op de organisatiecultuur van de zorginstelling, het effect op administratieve lasten en het effect van de keuze voor vormvrijheid bij de inrichting van de zorgplanbespreking;
- **Kwaliteitsfunctionarissen** van AWBZ-instellingen, omdat zij vanuit een organisatiebrede blik kunnen aangeven wat het effect van het Besluit zorgplanbespreking is op de positie van de cliënt, de organisatiecultuur van de zorginstelling, het inzicht voor de IGZ als toezichthouder en de verscheidene neveneffecten;
- **De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**, omdat zij vanuit hun perspectief kunnen aangeven wat het effect van het Besluit zorgplanbespreking is op het inzicht dat zij hebben in de manier waarop zorgaanbieders cliënten bij het zorgplan betrekken;
- **Zorgkantoren en zorgverzekeraars**, omdat zij vanuit hun perspectief kunnen aangeven wat het effect van het Besluit zorgplanbespreking is op de verantwoording van de zorgaanbieder.

Het volgende figuur geeft een overzicht van alle partijen die in dit evaluatieonderzoek betrokken zijn.



Figuur 1. Overzicht van alle betrokken partijen bij de evaluatie Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg

Onderstaand wordt per stakeholder toegelicht op welke wijze zij aan dit onderzoek hebben deelgenomen.

Cliënten

Aan de hand van een korte gestructureerde vragenlijst is met 90 cliënten (of de vertegenwoordiger) een interview afgenomen. De gehanteerde vragenlijsten zijn gebaseerd op de vraagstelling conform de CQ-index⁶ (Consumer Quality Index), een gestandaardiseerde methodiek om cliëntervaringen in de zorg te meten. De 90 cliënten zijn geïnterviewd bij 19 verschillende zorginstellingen, verdeeld over de vier genoemde sectoren. De spreiding is weergegeven in tabel 1. De selectie van zorginstellingen is uitgevoerd met een aselechte gestratificeerde steekproef op basis van door de

⁶ <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/wat-is-de-cq-index.html>

opdrachtgever aangeleverde overzichtslijsten. Bij de steekproef is rekening gehouden met regionale spreiding, omvang van de zorginstellingen en verdeling over de vier genoemde sectoren. In enkele gevallen is het voorgekomen dat de cliënt vanwege zijn/haar beperking niet in staat was zelf deel te nemen aan het interview. In die gevallen is gesproken met de (wettelijk) vertegenwoordiger.

Sector	Geïnterviewde cliënten
Gehandicaptenzorg	25
GGZ/RIBW	22
Thuiszorg	23
Verpleging en verzorging	20
Totaal	90

Tabel 1. Overzicht geïnterviewde cliënten per sector

Zorgverleners

De interviews met zorgverleners zijn eveneens afgenomen aan de hand van een korte gestructureerde vragenlijst. In het interview is met de zorgverleners besproken in welke mate de zorgplanbespreking bijdraagt aan de regierol van de cliënt, in hoeverre veranderingen in de organisatiecultuur zijn ervaren en of er sprake is van mogelijke neveneffecten van de invoering van het Besluit. De zorgverleners zijn geïnterviewd bij dezelfde 19 zorginstellingen, verdeeld over de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg, de thuiszorg en de verpleging & verzorging.

Sector	Geïnterviewde zorgverleners
Gehandicaptenzorg	23
GGZ/RIBW	25
Thuiszorg	21
Verpleging en verzorging	21
Totaal	90

Tabel 2. Overzicht geïnterviewde zorgverleners per sector

Kwaliteitsfunctionarissen

Er zijn 367 digitale vragenlijsten verzonden naar stafmedewerkers kwaliteit van instellingen die langdurige zorg verlenen. De aangeschreven kwaliteitsfunctionarissen zijn aselekt, volgens een gestratificeerde steekproef, gekozen uit een bestand van instellingen gebaseerd op door de opdrachtgever verstrekte gegevens. De digitale vragenlijst behandelt alle onderzoeksvragen. 216 kwaliteitsfunctionarissen hebben de vragenlijst volledig ingevuld. Dit leidt tot een response rate van bijna 59%. Zoals genoemd wordt in dit onderzoek een vergelijking gemaakt met de resultaten van het onderzoek van Prismant uit 2006 (zie paragraaf 1.3 uitgangspunten). Dat onderzoek is uitgevoerd onder kwaliteitsfunctionarissen (onderverdeeld naar dezelfde sectoren als in dit onderzoek worden gehanteerd) en kende een vergelijkbare response rate als het voorliggende onderzoek. In tabel 3 op de volgende pagina is de huidige response rate verhoudingsgewijs tussen de sectoren weergegeven. Dit komt overeen met de verhouding van het aantal zorginstellingen per sector in Nederland, conform gegevens van het CBS⁷.

⁷ Statline, verdeling van het aantal onderneming in de zorg (2010), zie: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81732ned&D1=0%2c87%2c135-145%2c167-183%2c191-207&D2=0%2c4-6&D3=4-5&HDR=G1%2cG2&STB=T&VW=T>

Sector	Response rate %	Response rate (absoluut)
Gehandicaptenzorg	30%	65
GGZ/RIBW	12%	26
Thuiszorg	17%	36
Verpleging en verzorging	39%	85
Onbekend/niet aangegeven	2%	4
Totaal	100%	216

Tabel 3. Verhoudingsgewijze response rate op de digitale vragenlijst per sector

IGZ, zorgkantoor en zorgverzekeraar

Het perspectief van de IGZ, zorgkantoren en zorgverzekeraars is tevens in dit onderzoek meegenomen, waarbij de nadruk ligt op de IGZ. In interviews met de IGZ is nagaan of de toezichthouder meer inzicht heeft gekregen in de wijze waarop de cliënt betrokken wordt bij de totstandkoming van het zorgplan. Bij een aantal zorgkantoren en zorgverzekeraars is nagaan wat het effect is van het Besluit zorgplanbespreking op de verantwoording van de zorgaanbieder. In totaal zijn 6 interviews gehouden met deze betrokkenen.

2.3 Onderzoeksopzet

Reeds beschikbare informatie van vóór het van kracht worden van het Besluit zorgplanbespreking in maart 2009 is in deze evaluatie gebruikt als nulmeting. Resultaten uit het onderzoek van Prismant⁸ geven aan in welke mate en op welke wijze de cliënt betrokken wordt bij het zorgplan en de bespreking daarvan. De resultaten van deze meting zijn in hoofdstuk 3 weergegeven.

Door de meting uit 2006 nu te herhalen, gaan we na of er verschil is in het gebruik van de zorgplannen door de AWBZ-zorginstellingen van vóór de inwerkingtreding van het Besluit zorgplanbespreking en de periode daarna. Om deze vergelijking te kunnen maken, is een deel van deze evaluatie volgens de onderzoeksopzet van Prismant in 2006 uitgevoerd. Dit deel van de evaluatie betreft de digitale vragenlijst. Op deze manier kunnen de resultaten van de huidige meting vergeleken worden met de situatie vóór de inwerkingtreding van het Besluit zorgplanbespreking. Omdat dit onderzoek zich alleen op het Besluit zorgplanbespreking richt en niet ingaat op overige initiatieven die eventueel ondernomen zijn op het gebied van het verbeteren van cliëntgerichtheid en kwaliteit in de langdurige zorg, is het niet mogelijk een causale relatie volledig aan het Besluit zorgplanbespreking toe te kennen. Wel is het mogelijk om effecten van het Besluit in kaart te brengen op basis van de ervaringen van diegenen die met het zorgplan in aanraking komen. Hierover zijn dan ook conclusies geformuleerd in hoofdstuk 8.

Bij de afronding van het onderzoek zijn twee bijeenkomsten georganiseerd met de brancheverenigingen van zorgaanbieders van AWBZ-zorg en met cliëntenorganisaties. Deze bijeenkomsten zijn gebruikt om de voorlopige uitkomsten van het onderzoek te toetsen en om draagvlak voor de resultaten te creëren. De volgende brancheorganisaties zijn uitgenodigd om deel te nemen aan de bijeenkomsten: VGN, ActiZ, GGZ-Nederland, BTN en Federatie Opvang. De uitgenodigde cliëntenorganisaties zijn als volgt: CG-Raad, LPGGz, LOC Zeggenschap in zorg, NPCF en Platform VG. Aanwezig waren VGN, ActiZ, CG-Raad, LPGGz, LOC en NPCF. De overige organisaties zijn per email op de hoogte gebracht van de voorlopige resultaten en in de gelegenheid gesteld te reageren.

⁸ Prismant (2006), (Kool, R.B., C.G.M. Pepels, M.J.P.M. Stukstette (2007) "Het gebruik van het zorgplan in de praktijk" Jaargang 85 2007 nr.5)

3. Situatie voor invoering: nulmeting

Om uitspraken te kunnen doen over de mate waarin de doelstellingen van het Besluit zorgplanbespreking worden bereikt, is het noodzakelijk om een vergelijking te maken met de situatie vóór invoering. Resultaten van eerder onderzoek van Prismant uit 2006 – dat deels ten grondslag heeft gelegen aan het invoeren van het Besluit zorgplanbespreking – geven aan in welke mate en op welke wijze AWBZ-instellingen gebruik maken van het zorgplan. De uitkomsten worden in dit hoofdstuk weergegeven.

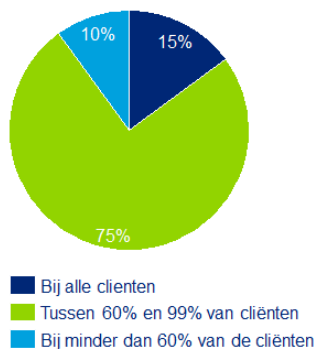
3.1 Resultaten nulmeting

Prismant baseert haar bevindingen op een digitaal onderzoek onder 133 kwaliteitsfunctionarissen, werkzaam in dezelfde sectoren van langdurige zorg zoals in dit onderzoek gehanteerd (zie paragraaf 2.2.)⁹. De belangrijkste bevindingen worden onderstaand kort samengevat en betreffen zowel de mate van gebruik van het zorgplan en de wijze waarop de cliënt wordt betrokken bij het zorgplan.

Gebruik zorgplan

Figuur 2 en de bijbehorende samenvatting geven weer in welke mate de responderende instellingen uit het onderzoek uit 2006 gebruik maken van het zorgplan.

Alle sectoren



Samengevat:

- 15% van de deelnemende instellingen geeft aan voor iedere cliënt een zorgplan te hebben
- 10% van de deelnemende instellingen geeft aan voor minder dan 60% van de cliënten een zorgplan te hebben

Figuur 2. Mate waarin gebruik wordt gemaakt van een zorgplan conform onderzoek van Prismant (2006)

Betrekken van de cliënt bij het zorgplan

Naast het bestaan van het zorgplan, is de responderende instellingen gevraagd op welke wijze zij de cliënt betrekken bij het zorgplan. In 2006 wordt de cliënt volgens de onderzoeksresultaten op onderstaande wijzen betrokken:

- 52% van de deelnemende instellingen stelt het zorgplan samen met de cliënt op;
- 21% van de deelnemende instellingen overlegt met de cliënt op onderdelen;
- 24% van de deelnemende instellingen bespreekt het zorgplan met de cliënt, nadat het afgerond is;
- 25% van de deelnemende instellingen vindt het taalgebruik in het zorgplan een aandachtspunt;

⁹ Prismant (2006), (Kool, R.B., C.G.M. Pepels, M.J.P.M. Stukstette (2007) "Het gebruik van het zorgplan in de praktijk" Jaargang 85 2007 nr.5)

- 33% van de deelnemende instellingen, met name in de thuiszorg, geeft aan dat het zorgplan geen formeel document is en niet ondertekend wordt;
- 56% van de deelnemende instellingen evalueert het zorgplan samen met de cliënt.

3.2 Conclusie van de nulmeting

De beschikbare gegevens leiden tot het beeld dat vóór invoering van het Besluit zorgplanbespreking, bijna alle instellingen gebruik maakten van een zorgplan, weliswaar in uiteenlopende mate. Echter, niet alle instellingen betrokken de cliënt bij het zorgplan, of hadden de inbreng van de cliënt operationeel geborgd (en daarmee standaard onderdeel gemaakt van het verlenen van zorg). Veel zorgverleners informeren de cliënt wel, maar betrekken hen niet op actieve wijze bij de totstandkoming van het zorgplan. Zorgplannen boden daarnaast onvoldoende richtlijnen voor het dagelijks handelen in de zorgverlening en werden niet (frequent genoeg) geëvalueerd. Bovendien hadden cliënten te weinig inspraak in hun eigen zorgplan en werden de cliëntvertegenwoordigers onvoldoende betrokken. Conform de conclusies van Prismant werd meer en beter gebruik van het zorgplan als noodzakelijk gezien. De gedane voorstellen om het gebruik van het zorgplan te verbeteren, omvatten het opnemen van afspraken met de cliënt in het zorgplan en het aantoonbaar maken van instemming van de cliënt met de inhoud van het zorgplan. Zoals opgenomen in de Nota van Toelichting behorende bij het Besluit zorgplanbespreking, moet juist het perspectief van de cliënt het uitgangspunt zijn voor het stellen van doelen en het verlenen van cliëntgerichte zorg¹⁰. De resultaten van het onderzoek van Prismant lagen hiermee mede ten grondslag aan de invoering van het Besluit zorgplanbespreking.

¹⁰ Nota van Toelichting, Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg

4. Effect op de positie van de cliënt

Dit hoofdstuk behandelt het effect van het Besluit zorgplanbespreking op de positie van de cliënt. Door beantwoording van deelvragen wordt een beeld gegeven van de mate waarin de cliënt betrokken wordt bij het zorgplan vanuit het perspectief van zowel de cliënt, de zorgverlener als de kwaliteitsfunctionaris.

Versterken van de positie van de cliënt

Een belangrijke doelstelling van het Besluit zorgplanbespreking is het verbeteren van de positie van de cliënt en daarmee de cliëntgerichtheid in de langdurige zorg. Met dit onderzoek is nagegaan of na invoering van het Besluit zorgplanbespreking verbetering is opgetreden in de positie van de cliënt. Juist in de langdurige zorg is het van belang om cliënten te betrekken bij het opstellen en de besluitvorming over hun zorgplan, dat een middel kan zijn om cliënten zo veel mogelijk regie over hun leven te laten voeren. Tevens kunnen cliënten door inzage in hun zorgplan toetsen of zij de zorg krijgen waar zij recht op hebben. Om een beeld te krijgen van de positie van de cliënt, worden in dit hoofdstuk de volgende deelvragen beantwoord:

- In welke mate voelt de cliënt zich gehoord?
- Mag de cliënt meebeslissen over de geleverde zorg?
- Zijn de gesprekken tussen de cliënt en zorgverlener verbeterd?
- Zijn de doelen van de zorg voor de cliënt transparanter geworden?
- Weten cliënten dat zij in het geweer kunnen komen wanneer het zorgplan niet of onvoldoende met hen wordt besproken?

De bevindingen worden gepresenteerd per betrokken doelgroep. Ook wordt per doelgroep een overzicht gegeven van algemene bevindingen over het gebruik van het zorgplan. Het hoofdstuk sluit af met een antwoord op bovengenoemde deelvragen.

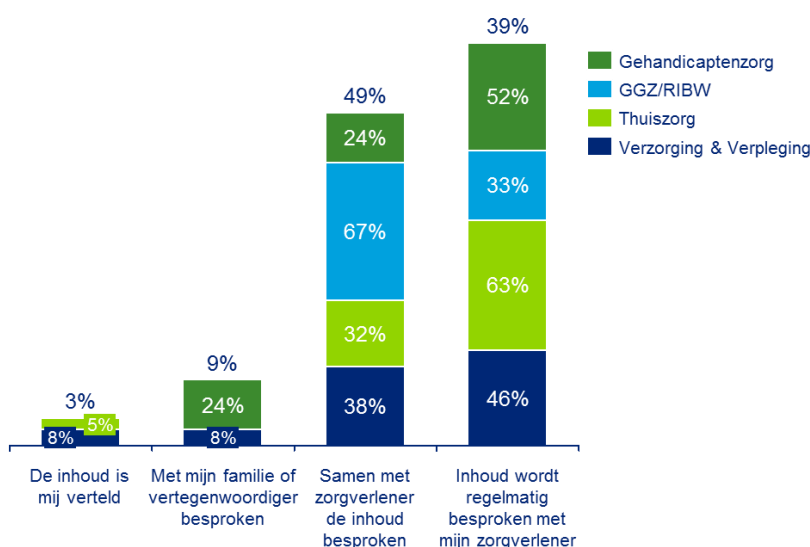
4.1 Perspectief van de cliënt

Gebruik van het zorgplan

93% van de ondervraagde cliënten (n=90) geeft aan over een zorgplan¹¹ te beschikken. Ruim 3% van de ondervraagde cliënten heeft naar eigen zeggen geen zorgplan en 3% geeft aan dat zij niet weten of ze een zorgplan hebben. 93% van de cliënten die een zorgplan hebben, geeft aan dat het zorgplan met hen is besproken. Alleen in de sector verzorging & verpleging ligt dit percentage ruim lager op 75%. Een voor de hand liggende verklaring is dat het zorgplan ook met een vertegenwoordiger of met de familie wordt besproken¹². Deze verklaring geldt echter ook voor de overige sectoren en is derhalve niet op zichzelf staand een verklaring voor het percentage van 25% van de cliënten waarmee het zorgplan niet wordt besproken. Cliënten zijn gevraagd op welke wijze het zorgplan met hen is besproken door een aantal opties voor te leggen die in figuur 3 op de volgende pagina – inclusief antwoordpercentages – zijn weergegeven.

¹¹ Tijdens de interviews met zowel cliënten als zorgverleners is de in de instelling gehanteerde term voor het zorgplan (bijvoorbeeld ondersteuningsplan, zorgpleefplan, etc.) gehanteerd.

¹² Hoewel dit een aparte antwoordcategorie vormde, is het mogelijk dat dit de resultaten enigszins vertekent.



Figuur 3. Wijze waarop het zorgplan wordt besproken

De percentages in figuur 3 geven aan hoeveel procent van iedere sector het desbetreffende antwoord heeft gegeven; de sectoren tellen dus op tot 100%. De percentages boven de antwoordcategorieën laten zien hoe vaak dat antwoord in totaal is gegeven. Uit de resultaten blijkt dat het alleen in de sectoren thuiszorg en verpleging & verzorging voorkomt dat de cliënt geïnformeerd wordt over de inhoud van het zorgplan zonder daar zelf bij betrokken te zijn. De resultaten tonen aan dat verreweg de meeste cliënten in alle sectoren (met uitzondering van de gehandicaptenzorg) de inhoud van het zorgplan een of tweemaal per jaar of regelmatig – ook op verzoek van de cliënt – bespreken met de zorgverlener.

Meebeslissen over de zorg

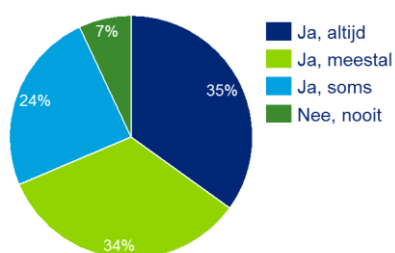
Meebeslissen over zorg refereert naar de mate waarin de zorgdoelen en de invulling van het bereiken daarvan, samen met de cliënt worden vormgegeven. Ruim 93% van de cliënten geeft aan meestal of altijd mee te kunnen beslissen over de zorg die zij ontvangen. Ruim 4% van de cliënten geeft aan dat zij soms kunnen meebeslissen. 2% geeft aan nooit te kunnen meebeslissen over de hulp die men krijgt, maar nuanceert dit beeld door eraan toe te voegen dat dit ook niet gewenst is. Het betreft in dit geval ouderen in de verzorging & verpleging die aangeven tevreden te zijn met de hulp die ze krijgen. Van de zes respondenten die aangeven geen zorgplan te hebben, geven vier respondenten aan dat zij wel altijd kunnen meebeslissen over de zorg die zij ontvangen.

Cliënten is ook gevraagd of zij kunnen bepalen **wanneer** zorg wordt verleend. Wederom 93% van de cliënten geeft aan (deels) mee te kunnen beslissen over de tijdstippen waarop zorg wordt verleend. Let wel; dit betekent niet dat het in de uitvoer van zorg altijd haalbaar is om rekening te houden met de wensen van cliënten, deze vraag refereert naar de mate waarin het tussen zorgverlener en cliënt bespreekbaar wordt gemaakt om data en/of tijdstippen van zorgverlening af te stemmen.

Op de vraag of cliënten kunnen bepalen **van wie** men zorg krijgt zijn uiteenlopende antwoorden gegeven, zowel binnen als tussen de sectoren. Ruim 52% van de cliënten geeft aan dat zij (deels) kunnen bepalen van wie men zorg ontvangt; 30% van de cliënten geeft aan dit niet te kunnen bepalen. Bijna 18% van de cliënten geeft aan dat het niet van toepassing is om te bepalen van wie zij zorg ontvangen, omdat zij tevreden zijn over de huidige zorgverlener. In de thuiszorg geven de meeste cliënten aan geen inspraak te hebben in van wie zij zorg ontvangen (ruim 43% van alle

cliënten in de thuiszorg). Gezien de extramurale aard van de zorgverlening in de thuiszorg is dit niet per definitie verassend wegens praktische redenen als planning en schema's.

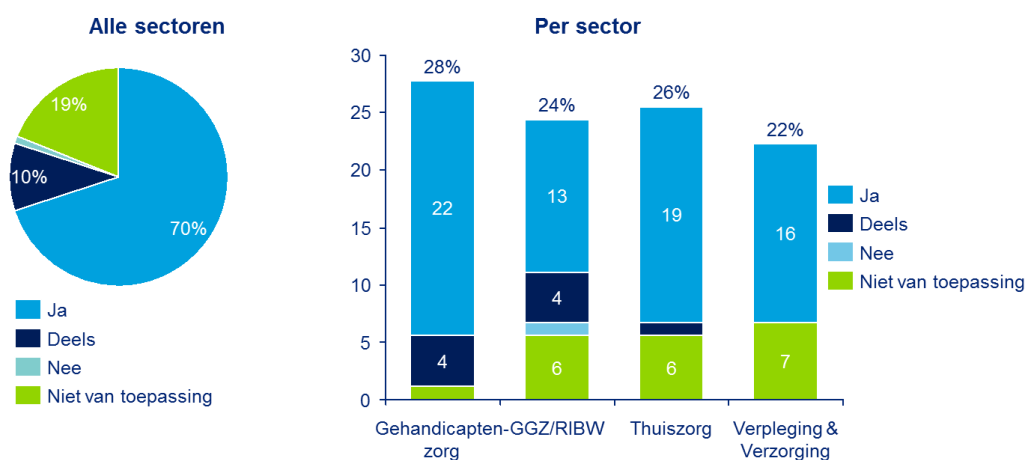
De geïnterviewde cliënten is gevraagd of het voor hen mogelijk is om **veranderingen** aan te brengen in het zorgplan (in samenspraak met de zorgverlener). Ruim 68% van de cliënten geeft aan dat men meestal of altijd iets kan wijzigen in het zorgplan als dit gewenst is. Voor bijna een derde van de cliënten is het dus slechts soms of niet mogelijk om veranderingen aan te brengen in het zorgplan. De resultaten zijn weergegeven in figuur 4 onderstaand. Een vergelijking tussen sectoren levert geen significante verschillen op en wordt dan ook niet getoond.



Figuur 4. Mate waarin cliënten veranderingen kunnen aanbrengen in het zorgplan

Driekwart van de gesproken cliënten vindt het zorgplan duidelijk over de gestelde **doelen van de zorg**. 10% van de cliënten vindt dat het zorgplan deels duidelijk is over de doelen van de zorg; slechts 1% vindt dat dit niet het geval is. De cliënten die 'niet van toepassing' antwoorden (16%), geven aan dat zij de doelen niet zelf doornemen maar dat dit gebeurt met de vertegenwoordiger of familie. Gemiddeld geeft echter 10% van de respondenten aan dat het zorgplan in eerste instantie wordt besproken met de vertegenwoordiger. Het percentage cliënten dat aangeeft dat de doelen met een vertegenwoordiger worden besproken, ligt hier dus hoger.

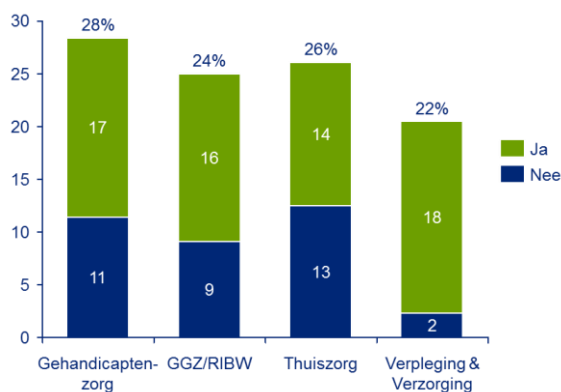
Op de vraag of de inhoud van het zorgplan voor de cliënt in **begrijpelijke taal** is opgesteld, geeft 70% van de cliënten aan dat dit het geval is. 19% van de ondervraagde cliënten beantwoordt deze vraag met 'niet van toepassing'. Een veel gehoorde reden hiervoor is dat het zorgplan met een (wettelijk) vertegenwoordiger wordt besproken in plaats van met de cliënt zelf. Figuur 5 geeft de resultaten van deze vraag weer.



Figuur 5. Mate waarin de inhoud van het zorgplan voor de cliënt in begrijpelijke taal is opgesteld

Cliënten in de gehandicaptenzorg beantwoorden de vraag of de inhoud van het zorgplan in begrijpelijke taal is opgesteld vaker bevestigend dan de cliënten in de andere sectoren, terwijl juist in deze sector het zorgplan bij 24% van de respondenten met de vertegenwoordiger wordt besproken. Ook is variatie in antwoorden in de geestelijke gezondheidszorg zichtbaar. Met name in deze sector wordt door zorgverleners aangegeven dat cliënten vaak zelf (deels) het zorgplan opstellen. Toch komt het in deze sector procentueel het meest voor dat het zorgplan niet of deels in voor de cliënt begrijpelijke taal is opgesteld (namelijk bijna een kwart van de respondenten in deze sector). Dit kan samenhangen met het feit dat in deze sectoren – gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg – vaker sprake kan zijn van het gebruik van medische terminologie ten opzichte van de andere sectoren, wegens diverse typen van – soms ook zwaardere – zorg dan in bijvoorbeeld de thuiszorg. Ook is het mogelijk dat cliënten ‘niet van toepassing’ hebben geantwoord in plaats van ‘ja’, juist omdat zij het zorgplan (deels) zelf hebben opgesteld.

Ruim 64% van de cliënten is zich bewust van het feit dat zij een **klacht** kunnen indienen als het zorgplan niet met hen wordt besproken. Ruim 35% van de cliënten is zich hier niet van bewust. In figuur 6 zijn de verschillen per sector weergegeven.



Figuur 6. Mate waarin cliënt zich bewust is van de mogelijkheid een klacht in te dienen n.a.v. de zorgplanbespreking

Uit de resultaten zoals weergegeven in figuur 6 blijkt dat cliënten in de verpleging en verzorging zich vaker bewust zijn van de mogelijkheid om een klacht in te dienen wanneer het zorgplan niet met hen wordt besproken, dan cliënten in de overige sectoren. Verhoudingsgewijs komt het in de thuiszorg het meest voor dat cliënten hier niet van op de hoogte zijn. Het percentage cliënten dat zich niet bewust is van de mogelijkheid een klacht in te dienen, lijkt relatief hoog. Binnen de scope van dit onderzoek is niet nagegaan welke initiatieven zorgverleners en/of instellingen ondernemen om cliënten hier van op de hoogte te brengen.

Regierol van de cliënt

Naast bovengenoemde elementen die van invloed zijn op de regierol van de cliënt, is respondenten gevraagd of zij verbetermogelijkheden zien op het gebied van het zorgplan en de bespreking daarvan. Ruim 64% van de respondenten geeft aan tevreden te zijn en geen verbetermogelijkheden te zien. In de toelichting noemen respondenten veelal verbetermogelijkheden die zich richten op de uitvoer van het zorgplan en niet op het opstellen of bespreken. Slechts een enkeling noemt dat zij het zorgplan vaker zouden willen bespreken of dat het plan teveel vanuit het perspectief van de zorgverlener is opgesteld. Over het algemeen lijkt de bijdrage van de zorgplanbespreking aan de regierol naar tevredenheid van de cliënt te zijn en lijken verbetermogelijkheden zich in individuele situaties maar niet structureel voor te doen.

4.2 Perspectief van de zorgverlener

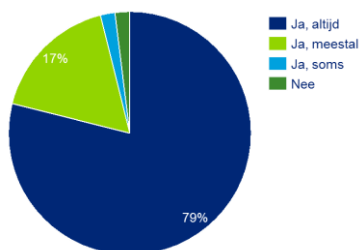
Gebruik van het zorgplan

97% van de zorgverleners (n=90) geeft aan voor elke cliënt gebruik te maken van een zorgplan, 3% van de zorgverleners geeft aan dit meestal te doen. De respondenten die antwoorden meestal gebruik te maken van een zorgplan geven aan dat het niet voorkomen van een zorgplan sporadisch gebeurt wegens uitzonderlijke omstandigheden. Daarnaast wordt het netwerk van de cliënt ook vaak betrokken bij het opstellen van het zorgplan: ruim driekwart van de zorgverleners geeft aan het netwerk van de cliënt meestal of altijd te betrekken. In de gehandicaptenzorg komt het het meest voor dat het netwerk altijd betrokken wordt (dit geldt voor ruim de helft van alle respondenten in deze sector; in de geestelijke gezondheidszorg komt dit het minste voor met 17% van alle respondenten). Zorgverleners die aangeven het netwerk soms of niet te betrekken geven aan dat dit deels samenhangt met het feit dat niet alle cliënten een sociaal netwerk hebben.

75% van de zorgverleners geeft aan dat het opstellen van een eerste versie van het zorgplan met de cliënt binnen 6 weken plaatsvindt. De andere respondenten geven aan dat de termijn van 6 weken niet altijd gehaald wordt, omdat het soms langer duurt om een goed beeld te krijgen van de zorgvraag van de cliënt. In dergelijke gevallen wordt (een eerste versie van) het zorgplan niet binnen de termijn van 6 weken afgerond, maar vindt de eerste bespreking met de cliënt wel altijd binnen deze termijn plaats.

Meebeslissen over de zorg

Om meer inzicht te krijgen in de wijze waarop cliënten kunnen meebeslissen over de zorg, is zorgverleners eerst gevraagd of de cliënt wordt betrokken bij het opstellen van het zorgplan. Vervolgens is gevraagd op welke wijze cliënten betrokken worden. De resultaten worden onderstaand weergegeven.



Figuur 7. Mate waarin de cliënt wordt betrokken bij het opstellen van het zorgplan

Figuur 7 toont aan dat 79% van de cliënten altijd wordt **betrokken** bij het opstellen van het zorgplan. Slechts 2% van de zorgverleners geeft aan de cliënt hier niet te betrekken. De meest gehoorde reden voor het soms of niet betrekken van de cliënt bij het opstellen van het zorgplan, is wederom het betrekken van de vertegenwoordiger in plaats van de cliënt zelf. Omdat tussen de sectoren geen significante verschillen zichtbaar zijn, is deze opsplitsing niet meegenomen. Wel is gekeken naar de wijze waarop zorgverleners de cliënt betrekken: wordt de cliënt alleen geïnformeerd, of daadwerkelijk betrokken? 'Informeren' wordt gedefinieerd als het bespreken van het zorgplan met de cliënt, nadat het opgesteld is. 'Betrokken' wordt gedefinieerd als het inhoudelijk bespreken van het zorgplan met de cliënt, voordat het opgesteld is. 92% van de zorgverleners bespreekt eerst de inhoud van het zorgplan met de cliënt en stelt het plan daarna pas op, 8% informeert de cliënt over het zorgplan wanneer het gereed is. Dit is met name het geval in de verzorging & verpleging en de geestelijke gezondheidszorg.

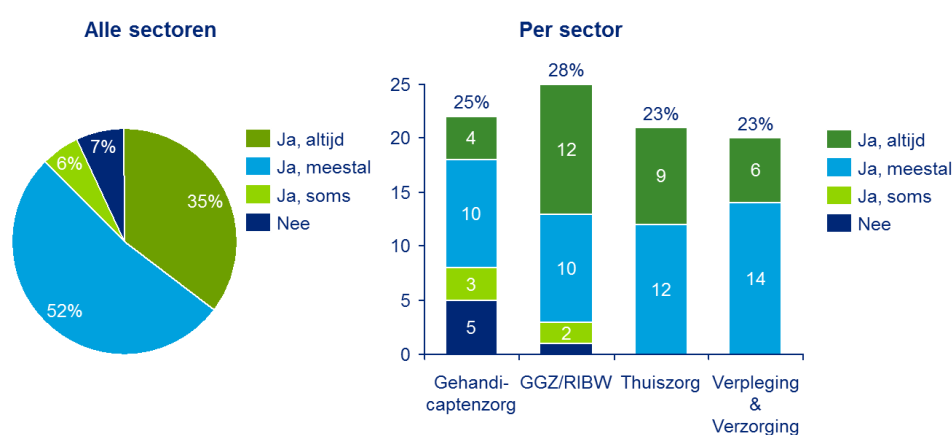
Gevraagd naar de mate waarin de cliënt kan **meebeslissen** over de inhoud van het zorgplan, geeft 78% aan dat dit altijd kan. Hoewel 12% van de respondenten aangeeft de cliënt alleen te informeren

en niet te betrekken bij het opstellen van het zorgplan, geven alle respondenten in de geestelijke gezondheidszorg aan dat de cliënt altijd kan meebeslissen over de inhoud van het zorgplan.

86% van de respondenten **evalueert** het zorgplan altijd met de cliënt. 11% doet dit meestal, maar soms ook met de vertegenwoordiger en 3% evalueert het zorgplan soms. Het antwoord 'nee' wordt niet gegeven; het zorgplan wordt dus altijd – met verschillen in regelmaat – geëvalueerd met de cliënt of zijn of haar vertegenwoordiger.

Regierol van de cliënt

Gevraagd naar de mate waarin het zorgplan de cliënt voldoende **regie** biedt over de eigen zorg, geeft 88% van de respondenten aan dat dit meestal of altijd het geval is. De resultaten zijn weergegeven in figuur 8.



Figuur 8. Mate waarin het zorgplan de cliënt voldoende regie over de eigen zorg biedt¹³

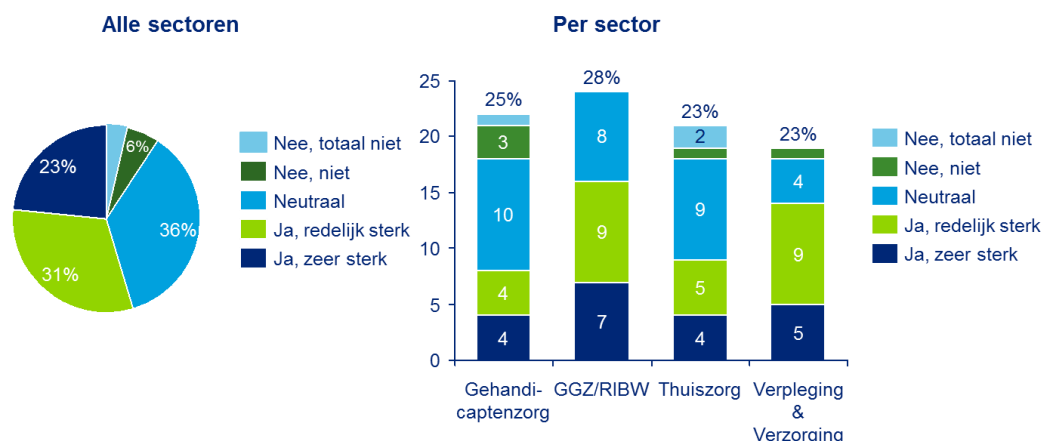
In de thuiszorg en verpleging & verzorging zijn de respondenten van mening dat het zorgplan de cliënt meestal of altijd voldoende regie biedt over de eigen zorg. Met name in de gehandicaptenzorg zijn de antwoorden vrij uiteenlopend. Bijna 23% van de respondenten in deze sector is van mening dat het zorgplan de cliënt niet voldoende regie biedt over de eigen zorg. Zorgverleners in deze sector geven aan dat de oorzaak hiervoor met name in het gehanteerde format ligt. Hoewel dit sterk afhankelijk kan zijn van de geïnterviewde instelling, blijkt het format in de gehandicaptenzorg voor de cliënt onvoldoende toegankelijk te zijn en te veel volgens een medisch model te zijn opgebouwd, naar de mening van deze respondenten¹⁴. Dit komt overeen met de resultaten wat betreft tevredenheid over het gehanteerde format in de instelling: in de gehandicaptenzorg is het grootste percentage respondenten onder de zorgverleners (bijna 40%) ontevreden over het gehanteerde format.

Zoals in figuur 9 op de volgende pagina is weergegeven, heeft volgens 54% van de respondenten het verplicht stellen van het bespreken van het zorgplan geleid tot een redelijk sterke of zeer sterke verbetering van de **gesprekken tussen cliënt en zorgverlener**. De antwoorden lopen wederom in de gehandicaptenzorg het meest uiteen. Ook geeft in deze sector het grootste aantal respondenten aan niet of totaal niet tevreden te zijn (4 respondenten/18%) over de mate waarin de gesprekken tussen

¹³ In de opsplitsing per sector geven de percentages aan hoeveel respondenten uit de desbetreffende sector komen. Omdat niet alle respondenten iedere vraag hebben beantwoord, kunnen deze percentages enigszins verschillen per vraag.

¹⁴ Uit overige resultaten in dit onderzoek blijkt ook dat het voorkomt dat de zorgverlener meent te weten wat het beste is voor de cliënt en door de zorgplansystematiek onvoldoende wordt gedwongen daadwerkelijk met de cliënt de dialoog te voeren over wat volgens de cliënt het beste is.

cliënt en zorgverlener zijn verbeterd. Deze resultaten betekenen echter niet per definitie dat de gesprekken tussen zorgverlener en cliënt niet goed zijn. Gevraagd naar een toelichting, geven respondenten namelijk veelal aan dat enerzijds al jaren op deze manier wordt gewerkt en dus geen sprake is van een verbetering. Anderzijds wordt aangegeven dat het helaas niet mogelijk is om met iedere cliënt de dialoog aan te gaan in verband met fysieke beperkingen of cognitieve capaciteiten. Dit resultaat doet de vraag rijzen of zorgverleners voldoende zoeken naar manieren de dialoog met de cliënt te voeren, wat aansluit bij het relatief lage percentage dat er altijd op let dat het zorgplan in begrijpelijke taal wordt opgesteld (zie onder).



Figuur 9. Mate waarin gesprekken tussen cliënt en zorgverlener zijn verbeterd door de zorgplanbespreking

Bijna 54% van de zorgverleners geeft aan dat zij er altijd op letten dat het zorgplan in voor de cliënt **begrijpelijke taal** wordt opgesteld. Ruim 30% geeft aan dit meestal te doen; ruim 12% antwoordt dat zij hier niet op letten. Het overgrote deel van deze respondenten is werkzaam in de gehandicaptenzorg. Zij geven vaak als reden dat het zorgplan voor zowel de cliënt als collega's een duidelijk document moet zijn en dat het daardoor onvermijdelijk is om ook medische termen te gebruiken, die voor de cliënt de leesbaarheid kunnen verminderen. Met name in de geestelijke gezondheidszorg geeft men (84% van de respondenten in deze sector) aan altijd te letten op begrijpelijk taalgebruik.

Gevraagd naar de mate waarin het voorkomt dat een cliënt een **klacht** indient naar aanleiding van het zorgplan, antwoordt 90% van de zorgverleners dat dit nooit gebeurt. De overige respondenten geven aan dat dit bijna nooit of soms voorkomt. Zorgverleners geven aan dat het wel eens voorkomt dat iemand ontevreden is, maar dat dergelijke situaties vaak al snel opgelost worden en niet tot een klacht leidt.

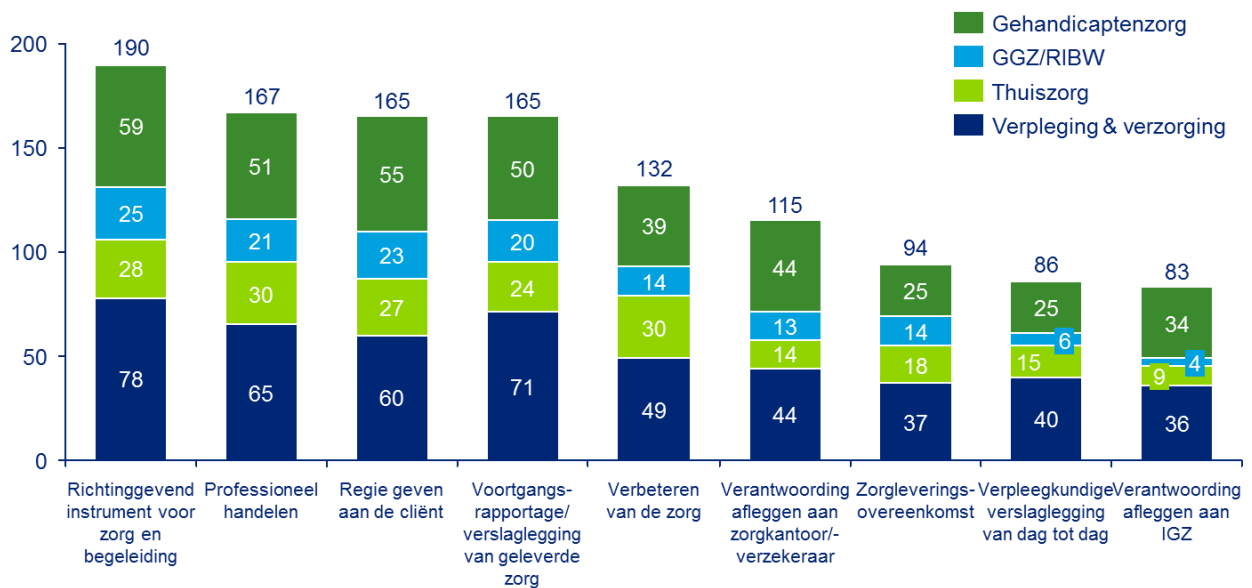
4.3 Perspectief van de kwaliteitsfunctionaris

Gebruik van het zorgplan

96% van de kwaliteitsfunctionarissen (n=216) geeft aan dat in de instelling waar men werkzaam is, altijd met een zorgplan of een equivalent daarvan – begeleidingsplan, ondersteuningsplan, etc. – wordt gewerkt. 4% geeft aan dat dit meestal het geval is. In de toelichting geeft men aan dat er een verschil is tussen de manier waarop het zorgplan bedoeld is (onderdeel van de zorgverlening dus altijd hanteren) en de manier waarop het in de praktijk wordt toegepast (zorgverlening komt op de eerste plaats, het zorgplan is administratief en wordt als minder belangrijk gezien). 94% van de kwaliteitsfunctionarissen geeft aan dat cliënten altijd of meestal betrokken worden bij het opstellen van het zorgplan. Slechts 8% informeert de cliënt alleen over de inhoud van het zorgplan, door het te bespreken nadat het is opgesteld. De overige respondenten (92%) geven aan dat het zorgplan eerst

besproken en dan opgesteld en geëvalueerd wordt. In de verpleging & verzorging zien we het hoogste percentage respondenten dat aangeeft dat cliënten slechts geïnformeerd worden over het zorgplan – 11%.

Kwaliteitsfunctionarissen zijn ook gevraagd naar het doel (of de doelen) van het zorgplan binnen de eigen instelling. Als antwoordmogelijkheden zijn een negental onderwerpen genoemd, waarvan de respondenten er meerdere konden aanvinken. De resultaten laten zien dat het zorgplan gemiddeld (afgerond) maar liefst 6 verschillende doelstellingen per instelling heeft. De resultaten zijn weergegeven in figuur 10.



Figuur 10. Voorkomen van doelen van het zorgplan, per sector, in absolute aantallen (n=216)

Zoals blijkt uit figuur 10 is het meest voorkomende doel van het zorgplan volgens kwaliteitsfunctionarissen dat het een richtinggevend instrument is voor zorg en begeleiding. Regie geven aan de cliënt wordt pas op een (gedeelde) derde plek genoemd. Het getal boven de balk geeft aan dat 165 respondenten dit antwoord hebben gegeven. 51 instellingen (n=216) zien het geven van een regierol aan de cliënt dus niet als doel van het zorgplan. Uit deze bevindingen komen meerdere belangrijke constatering naar voren. Ten eerste wordt het zorgplan voor veel en uiteenlopende doelstellingen ingezet: van verantwoording, verslaglegging en professioneel handelen tot de regierol van de cliënt. Al deze doelstellingen naast elkaar bezien, is het niet vreemd dat men het zorgplan vaak als omvangrijk bestempelt; het verenigen van al deze doelen in één document kan in de papieren lopen. Ten tweede wordt het zorgplan als verantwoordingsdocument aan het zorgkantoor/de zorgverzekeraar ingezet. Te zien aan het percentage aanbieders dat dit als doel van het zorgplan noemt (ruim 53% - 115 van de 216 respondenten) speelt verantwoording in de praktijk een relatief grote rol. Dit terwijl in de Nota van Toelichting bij het Besluit zorgplanbespreking wordt omschreven dat het zorgplan slechts een marginale rol heeft in de verantwoording van de zorgaanbieder aan het zorgkantoor of de zorgverzekeraar. Ten derde blijkt uit de resultaten in figuur 10 dat het zorgplan ook wordt ingezet als middel ten behoeve van verslaggeving en rapportage. Dit duidt erop dat zorgverleners het zorgplan ook zien als middel om informatie over te dragen. Deze rol had het zorgplan van oudsher en past bij een benadering die meer uitgaat van een medisch model. Echter, de rol van de cliënt is de afgelopen jaren veranderd; de cliënt is mondiger en heeft meer behoefte aan eigen regie over de zorg. Deze ontwikkeling en het feit dat zorgverleners het zorgplan zien als instrument om informatie over te dragen, zijn juist onderdeel van de aanleiding geweest het Besluit zorgplanbespreking in te voeren en naar een cliëntgerichte zorgplan te gaan. De resultaten

van dit onderzoek doen vermoeden dat de praktijk weerbarstig blijkt op het gebied van het zorgplan. De Nota van Toelichting bij het Besluit zorgplanbespreking constateert dat de manier waarop veel zorgverleners tegen het zorgplan aankeken niet met de ontwikkeling van de cliënt is meegegaan. In de ogen van de zorgverlener was het zorgplan niet het instrument van de cliënt zelf, waardoor het niet vanzelfsprekend is om over de doelen van de zorg een gesprek met de cliënt te voeren. De resultaten van dit onderzoek duiden erop dat vanuit het perspectief van de kwaliteitsfunctionaris het zorgplan nog steeds niet primair als instrument van de cliënt wordt gezien maar dat vele doelstellingen overlappen. Dit brengt als risico met zich mee dat het primaire doel van het vergroten van de regierol van de cliënt, naar de achtergrond verdwijnt. Hoewel het combineren van doelen niet per definitie betekent dat de regierol van de cliënt van minder belang wordt, kan het ertoe leiden dat meerdere doelstellingen op gespannen voet komen te staan met de ruimte die zorginstellingen moeten hebben om flexibel in te spelen op de situatie en zorgbehoefte van een cliënt.

Los van de mate waarin de doelstellingen van het zorgplan en de bespreking daarvan aansluiten bij de doelstellingen zoals die in het Besluit zorgplanbespreking worden genoemd, geven kwaliteitsfunctionarissen aan tevreden te zijn over het huidige gebruik van het zorgplan binnen de organisatie. Gevraagd een rapportcijfer te geven, komt men tot onderstaande waardering (tabel 4).

Sector	Score (Schaal 1 t/m 10)
Gehandicaptenzorg	6,7
GGZ/RIBW	7,1
Thuiszorg	7,6
Verpleging en verzorging	6,7
Gemiddelde score	7,0

Tabel 4. Rapportcijfer tevredenheid kwaliteitsfunctionarissen over gebruik zorgplan

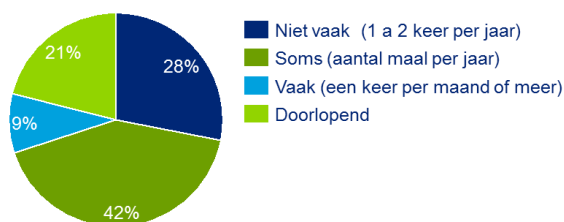
De gemiddelde score is een 7,0: een ruime voldoende die ook ruimte voor verbetering laat. De verschillen tussen de sectoren zijn niet groot, maar toch valt op dat met name in de thuiszorg men positief is over de wijze waarop het zorgplan wordt gehanteerd binnen de instelling. In zowel de verpleging & verzorging als de gehandicaptenzorg ziet men de meeste mogelijkheid tot verbetering.

Meebeslissen over de zorg

Kwaliteitsfunctionarissen is gevraagd in welke mate de cliënt kan meebeslissen over de zorg in de instelling waar men werkt. Ook deze doelgroep is gevraagd of de cliënt wordt geïnformeerd over het zorgplan, door het te bespreken nadat het is opgesteld, of dat de cliënt wordt betrokken bij het opstellen van het zorgplan door het (regelmatig) te bespreken met de zorgverlener. 94% van de respondenten geeft aan de cliënt meestal of altijd te betrekken bij het opstellen van het zorgplan. De respondenten die aangeven dit soms (5%) of niet (1%) te doen, geven als reden aan dat de vertegenwoordiger van de cliënt wordt betrokken of dat de cliënt geen behoefte heeft aan het bespreken van het zorgplan. Ook geven een aantal instellingen toe dat er op het vlak van het betrekken van de cliënt, inderdaad verbeteringen mogelijk zijn. 69% van de cliënten bespreekt en evalueert het zorgplan regelmatig met de cliënt. 24% bespreekt de inhoud van het zorgplan alvorens het plan op te stellen en slechts 7% informeert de cliënt alleen over de inhoud van het zorgplan. Dit is met name het geval in de verpleging & verzorging.

Gevraagd naar de mate waarin zorgplannen worden **geëvalueerd en geactualiseerd** met de cliënt, geeft het grootste deel van de respondenten aan dit soms – een aantal maal per jaar – te doen. De resultaten zijn weergegeven in figuur 11 en laten zien dat in bijna 1 op de 3 zorginstellingen vaak dan wel doorlopend wordt geëvalueerd en geactualiseerd. Alle responderen instellingen voldoen aan de

wettelijke verplichting te evalueren.



Figuur 11. Mate frequentie evalueren en actualiseren van het zorgplan

Regierol van de cliënt

Zoals eerder behandeld in de paragraaf “gebruik van het zorgplan”, ziet ruim driekwart van de kwaliteitsfunctionarissen het geven van **regie aan de cliënt** als een van doelstellingen van het zorgplan. In een kwart van de instellingen is dit dus niet het geval en dient het zorgplan een ander doel. Wel betreft 94% de cliënt meestal of altijd bij het opstellen van het zorgplan.

Ruim 72% van de kwaliteitsfunctionarissen geeft aan dat de zorgplannen in voor de cliënt **begrijpelijke taal** worden opgesteld. 14% van de kwaliteitsfunctionarissen geeft aan dat dit gebeurt wanneer dat mogelijk is en 10% geeft aan dat dit niet het geval is, omdat er niet specifiek op wordt gelet.

In de digitale vragenlijst is tevens de vraag gesteld of het voorkomt dat cliënten **in het geweer komen** wanneer het zorgplan niet met de cliënt besproken wordt, bijvoorbeeld door een klacht in te dienen of bezwaar aan te tekenen. Ruim 68% van de kwaliteitsfunctionarissen geeft aan dat dit niet gebeurt, 28% geeft aan dat klachten nauwelijks voorkomen. Alleen in de geestelijke gezondheidszorg, is het antwoord ‘ja, vaak’ gegeven – 4% van de respondenten uit deze sector geeft dit aan. Ook in de antwoordcategorie ‘ja, soms’ is de GGZ oververtegenwoordigd met 7% van de respondenten uit deze sector.

Vergelijking met nulmeting

In de tabel op de volgende pagina worden de resultaten uit de nulmeting vergeleken met de huidige resultaten.

Onderwerp	Resultaten nulmeting	Resultaten huidig onderzoek
Gebruik van het zorgplan voor iedere cliënt	<ul style="list-style-type: none"> 15% van de instellingen maakt gebruik van een zorgplan voor <u>iedere cliënt</u> 	<ul style="list-style-type: none"> 95% van de instellingen maakt gebruik van een zorgplan voor <u>iedere cliënt</u>
Samen met de cliënt opstellen van zorgplan	<ul style="list-style-type: none"> 52% stelt het plan <u>samen</u> met de cliënt op 24% <u>informeert</u> de cliënt slechts over de inhoud 	<ul style="list-style-type: none"> 92% betreft de cliënt (of vertegenwoordiger) regelmatig of doorlopend bij het opstellen van het zorgplan 8% <u>informeert</u> de cliënt slechts over de inhoud na het opstellen van het plan
Overleg met de cliënt over het zorgplan	<ul style="list-style-type: none"> 21% overlegt met de cliënt op <u>onderdelen</u> 	<ul style="list-style-type: none"> 94% overlegt <u>meestal of altijd</u> met de cliënt
Taalgebruik	<ul style="list-style-type: none"> 25% van de deelnemende instellingen vindt het <u>taalgebruik</u> in het zorgplan een <u>aandachtspunt</u> 	<ul style="list-style-type: none"> 72% vindt dat het zorgplan in voor de cliënt <u>begrijpelijke taal</u> wordt opgesteld 14% vindt dat het zorgplan <u>wanneer mogelijk</u>, maar niet altijd, in begrijpelijke taal wordt opgesteld 10% <u>let niet op</u> voor de cliënt begrijpelijk taalgebruik
Ondertekenen zorgplan	<ul style="list-style-type: none"> 33% ziet het zorgplan als een <u>informeel document</u> dat <u>niet</u> ondertekend wordt 	<ul style="list-style-type: none"> 87% laat het zorgplan <u>altijd</u> ondertekenen
Evalueren zorgplan	<ul style="list-style-type: none"> 56% evalueert het zorgplan samen met de cliënt 	<ul style="list-style-type: none"> 83% evalueert het zorgplan samen met de cliënt

Tabel 5. Vergelijking resultaten kwaliteitsfunctionarissen met resultaten Prismant

Het gebruik van een zorgplan voor iedere cliënt is tussen 2006 en 2012 significant verbeterd: van 15% naar 95%. Ook de betrokkenheid van de cliënt bij het opstellen van het zorgplan laat een verbetering zien. Waar in 2006 slechts een op de twee cliënten betrokken werd bij het opstellen van het zorgplan, is dat nu 92%. De overige 8% wordt slechts geïnformeerd over de inhoud van het zorgplan; het wordt echter wel besproken. Wat betreft het opstellen van het zorgplan in voor de cliënt begrijpelijk taalgebruik, vond een kwart van de instellingen dit een aandachtspunt in 2006. In 2012 geeft 10% van de instellingen aan niet op voor de cliënt begrijpelijk taalgebruik te letten. Het evalueren van het zorgplan gezamenlijk met de cliënt (of vertegenwoordiger) gebeurde in 2006 bij iets meer dan 1 op de 2 cliënten. In 2012 is dit aantal gestegen naar 83%. Omdat respondenten in hun toelichting aangeven niet altijd met de cliënt te evalueren maar soms ook met de vertegenwoordiger en daarom 'nee' hebben geantwoord, is het percentage van 83% waarschijnlijk een onderschatting van de werkelijkheid. Over het algemeen is een (grote) verbetering zichtbaar wat betreft het gebruik van het zorgplan en het betrekken van de cliënt daarin, hoewel nog steeds ruimte voor verbetering zichtbaar is. Omdat ook vanuit het veld initiatieven zijn ondernomen om de cliëntbetrokkenheid bij de zorg en het zorgplan te verbeteren, moeten deze resultaten worden gezien als een gezamenlijke verdienste van het Besluit zorgplanbespreking en overige initiatieven.

4.4 Conclusie ten aanzien van het effect van de AMvB op de positie van de cliënt bij zorginstellingen

Voorgaande resultaten laten een positieve ontwikkeling zien wat betreft de positie van de cliënt. Dit wordt aangegeven door cliënten zelf en bevestigd door de zorgverleners en kwaliteitsfunctionarissen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Na invoering van het Besluit zorgplanbespreking is de positie van de cliënt in de langdurige zorg verbeterd, zoals blijkt uit de vergelijking met de resultaten van het onderzoek van Prismant uit 2006. Onderstaand wordt per deelvraag ingegaan op de constatering die deze conclusie onderbouwen.

In welke mate voelt de cliënt zich gehoord?

Het overgrote deel van de cliënten geeft aan dat zijzelf of hun vertegenwoordiger worden betrokken bij het opstellen van de inhoud; slechts 3% van de cliënten geeft aan dat zij alleen worden geïnformeerd over de inhoud nadat het zorgplan is opgesteld. 39% geeft aan het zorgplan regelmatig te bespreken met de zorgverlener. Dit houdt in dat ook op het verzoek van de cliënt, de doelen van de zorg of de uitvoering daarvan besproken kan worden. Gevraagd naar mogelijkheden tot verbetering van de betrokkenheid van de cliënt bij het zorgplan, geeft bijna twee derde van de cliënten aan tevreden te zijn en geen verbetermogelijkheden te zien. Genoemde verbeteringen richtten zich veelal op de uitvoer van het zorgplan en niet op het betrekken van de cliënt. Hieruit wordt geconcludeerd dat de mate waarin de cliënt zich gehoord voelt naar mening van de cliënt over het algemeen voldoende is.

Mag de cliënt meebeslissen over de geleverde zorg?

Het merendeel van cliënten geeft aan dat het zorgplan inhoudelijk wordt besproken, dat zij kunnen meebeslissen over de zorg die ze krijgen, en dat zij zaken kunnen wijzigen in hun zorgplan wanneer ze dat wensen. Dit beeld wordt bevestigd door de zorgverleners en de kwaliteitsfunctionarissen. Dit leidt tot de conclusie dat de cliënt over het algemeen kan meebeslissen over de geleverde zorg. Verbetermogelijkheden zijn, vanuit het perspectief van de cliënt, zichtbaar wat betreft de mogelijkheid tot het aanbrengen van wijzigingen in het zorgplan.

Zijn de gesprekken tussen zorgverlener en cliënt verbeterd?

De gesprekken tussen cliënt en zorgverlener zijn volgens zorgverleners veelal sterk tot zeer sterk verbeterd. Cliënten worden veel vaker betrokken bij het zorgplan en de ontwikkeling is gaande dat het zorgplan ook meer vanuit het perspectief van de cliënt wordt opgesteld. Vanuit het perspectief van de cliënt liggen er nog verbetermogelijkheden wat betreft de frequentie en op wiens verzoek de zorgplanbespreking kan plaatsvinden, zoals blijkt uit het percentage cliënten dat aangeeft (bijna) geen veranderingen te kunnen doorvoeren op eigen initiatief (ongeveer een kwart).

Zijn de doelen van de zorg voor de cliënt transparanter geworden?

Drie op de vier cliënten geven aan dat zij het zorgplan duidelijk vinden over de gestelde doelen van de zorg. Hoewel voor deze groep de doelen voldoende transparant zijn, blijkt dus dat een kwart van de cliënten de gestelde doelen slechts deels duidelijk, of onvoldoende duidelijk vindt. Hier ligt dus een verbeterpunt, dat ondervangen kan worden door in de zorgplanbespreking andere of beter geschikte communicatiemiddelen te gebruiken of het zorgplan meer op te stellen vanuit het perspectief en taalgebruik van de cliënt.

Weten cliënten dat zij in het geweer kunnen komen als het zorgplan onvoldoende besproken wordt?

Bijna twee derde van de cliënten geeft aan zich bewust te zijn van het feit dat zij een klacht kunnen indienen wanneer het zorgplan niet of onvoldoende met hen besproken wordt. Dit betekent dat ongeveer een op de drie cliënten niet weet van het bestaan van de mogelijkheid een klacht in te

dienen. Dit onderzoek gaat niet in op de onderliggende oorzaken, maar gezien de resultaten is het aan te bevelen dat zorginstellingen expliciet aandacht besteden aan het informeren van de cliënt over zijn of haar rechten met betrekking tot de zorgplanbespreking.

5. Effect op de organisatiecultuur bij zorgaanbieders

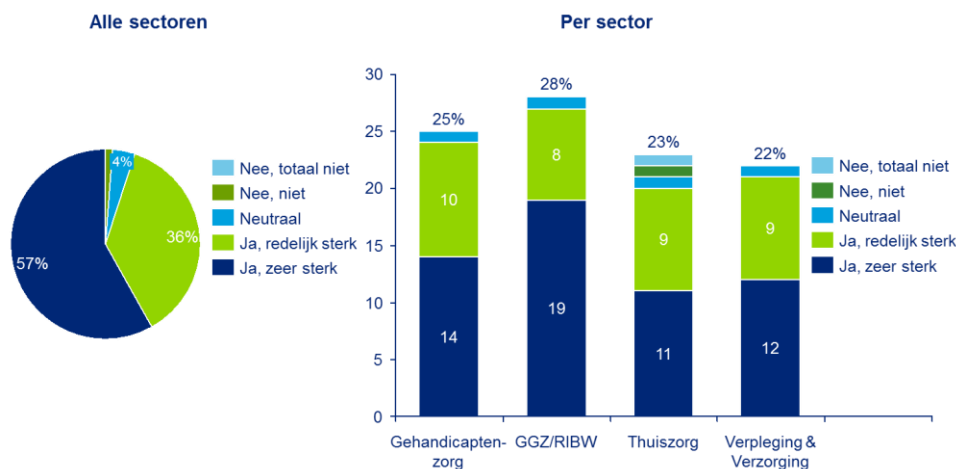
Onderdeel van de doelstellingen van het Besluit zorgplanbespreking, is het stimuleren van een organisatiecultuur waarin een cliëntgerichte werkwijze van de invulling van zorg voorop staat. Dit hoofdstuk behandelt het effect van het Besluit zorgplanbespreking op de organisatiecultuur bij AWBZ-instellingen. De bevindingen worden besproken per betrokken doelgroep: de zorgverlener, de kwaliteitsfunctionaris en de resultaten uit de interviews met de IGZ, het zorgkantoor en de zorgverzekeraar.

Om inzicht te krijgen in de mate waarin de zorgplanbespreking bijdraagt aan een cliëntgerichte werkwijze, wordt in dit hoofdstuk de volgende deelvraag beantwoord: “Is de organisatiecultuur bij zorginstellingen meer cliëntgericht geworden na de wettelijke verankering van de zorgplanbespreking?”.

‘Cliëntgericht werken’ is een veelgehoorde term in de zorg. De term refereert naar de mate waarin de zorg wordt afgestemd op de wensen van de cliënt. De uitvoer van cliëntgericht werken ligt bij de zorgverlener en de organisatie; om cliëntgericht te werken moet de organisatie hiervoor de randvoorwaarden bieden. In dit hoofdstuk benaderen we de deelvraag dan ook vanuit twee perspectieven: dat van de zorgverlener (de ‘uitvoerder’ van cliëntgericht werken) en dat van de organisatiecultuur (randvoorwaardelijk in cliëntgericht werken).

5.1 Perspectief van de zorgverlener

Aan zorgverleners (n=90) is gevraagd in welke mate de zorgplanbespreking bijdraagt aan een cliëntgerichte werkwijze. De resultaten zijn weergegeven in figuur 12.



Figuur 12. Mate waarin de zorgplanbespreking bijdraagt aan de cliëntgerichtheid per sector

Uit de resultaten blijkt dat de zorgverleners van mening zijn dat de zorgplanbespreking redelijk sterk tot zeer sterk bijdraagt aan een cliëntgerichte werkwijze binnen de instelling. Slechts 5% van de respondenten geeft aan dat de zorgplanbespreking totaal niet bijdraagt aan een cliëntgerichte

werkwijze. Alleen in de thuiszorg is voor de twee negatieve antwoorden gekozen (beiden eenmaal). Deze verschillen zijn echter niet dusdanig groot dat ze duiden op een significant verschil tussen de sectoren.

5.2 Perspectief van de kwaliteitsfunctionaris

Aan de kwaliteitsfunctionaris is gevraagd een rapportcijfer toe te kennen voor de mate waarin het Besluit zorgplanbespreking een positief effect heeft op het stimuleren van een cliëntgerichte werkwijze. Gemiddeld beoordelen zij de bijdrage van de zorgplanbespreking met een 7,7; een zeer ruime voldoende. Een opsplitsing naar sectoren laat geen grote afwijkingen zien, zoals onderstaand wordt getoond.

- Gehandicaptenzorg: gemiddeld 7,6
- GGZ/RIBW: gemiddeld 7,6
- Thuiszorg: gemiddeld 8,0
- Verpleging en verzorging: gemiddeld 7,4

De toelichting op het gegeven rapportcijfer laat zien dat met name het betrekken van de cliënt in de totstandkoming van het zorgplan genoemd wordt als reden voor het positief beoordelen van de bijdrage aan cliëntgericht werken (zie kader rechts). Daarnaast wordt veelal genoemd dat het zorgplan de basis van de zorgverlening en vraaggestuurde zorg vormt.

“Recent hebben wij een evaluatie gehad met alle zorgverleners. Hieruit kwam naar voren dat het gebruik van het zorgplan maakt dat je niet alleen kijkt naar de zorgvraag maar juist ook naar de persoon achter die zorgvraag, vanuit alle domeinen van kwaliteit van leven.”

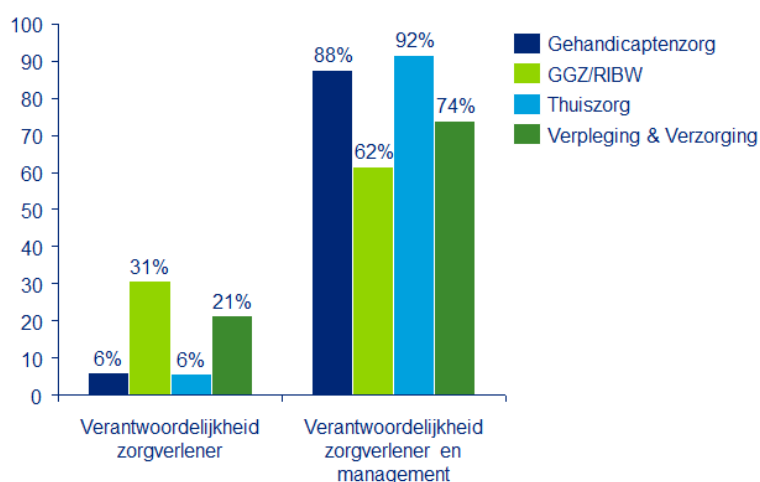
“In de loop der jaren is het plan veel meer een verantwoordingsinstrument geworden van derden, doordat stakeholders allerlei zaken willen terugzien. Dit komt niet altijd overeen met de wensen van de cliënt. Dus het plan in relatie tot cliëntgericht werken, dat was een mooi streven, maar is toch te veel ondergesneeuwd door andere belangen.”

Naast de vele voldoende's, zijn ook enkele negatieve beoordelingen gegeven over de mate waarin de zorgplanbespreking bijdraagt aan de cliëntgerichtheid van de organisatie. Enerzijds wordt als reden aangegeven dat ook zonder het zorgplan cliëntgericht wordt gewerkt. Anderzijds wordt aangegeven dat instellingen wel een visie op cliëntgericht werken formuleren, maar dat de vertaalslag naar de praktijk nog plaats moet vinden. Ook wordt genoemd dat andere effecten van invloed zijn op het zorgplan die niet altijd de cliëntgerichtheid ten goede komen (zie kader links). Dit sluit aan bij de eerdere constatering in hoofdstuk 4 dat het zorgplan voor vele, uiteenlopende doelstellingen wordt ingezet.

Zoals bovenstaand genoemd, is niet bij iedere zorginstelling de visie op zorg in alle lagen van de zorginstelling bekend of ingevoerd. Dit houdt in dat er een afstand kan zijn tussen wat het management of Bestuur van een instelling voor ogen heeft of wil bereiken met het zorgplan, en hoe de individuele zorgverlener gezamenlijk met de cliënt het zorgplan bespreekt en hanteert. Om meer inzicht te krijgen in de rol van het management en bestuur in het gebruik van het zorgplan, is de kwaliteitsfunctionaris gevraagd in welke mate het management op de hoogte is van het gebruik en de algemene doelstellingen van het zorgplan. 64% van de respondenten (n= 216) geeft aan dat het management van de eigen zorginstelling volledig op de hoogte is van het gebruik en de algemene doelstellingen van het zorgplan. 31% geeft aan dat dit op hoofdlijnen het geval is, 2% geeft aan dat het management alleen de basis kent en 1% geeft aan dat het management niet op de hoogte is van het gebruik en de doelstellingen van het zorgplan.

Ruim driekwart van de kwaliteitsfunctionarissen geeft aan dat het gebruik van het zorgplan meestal of doorlopend wordt gemonitord. Minder dan een kwart van de respondenten geeft aan dat dit soms, of niet gebeurt. Als toelichting wordt aangegeven dat het gebruik van het zorgplan geen onderdeel is van een managementrapportage maar wel terug komt in interne audits of controles, cliëntbesprekingen en steekproeven. Een enkeling geeft aan alleen ad hoc te monitoren.

80% van de respondenten geeft aan dat het hanteren van het zorgplan gezien wordt als een verantwoordelijkheid van zowel het management als de zorgverlener. 15% geeft aan dat deze verantwoordelijkheid alleen bij de zorgverlener ligt. Alleen bij deze vraag (en dus niet bij bovengenoemde resultaten) komen verschillen naar voren tussen de sectoren. Deze zijn weergegeven in figuur 13.



Figuur 13. Verdeling verantwoordelijkheid zorgplan bij zorgverlener, management of beiden

Uit figuur 13 blijkt dat het delen van de verantwoordelijkheid voor de totstandkoming van het zorgplan binnen de gehandicaptenzorg en de thuiszorg vaker voorkomt dan binnen de geestelijke gezondheidszorg en verpleging en verzorging. In de twee laatstgenoemde sectoren wordt de verantwoordelijkheid vaker belegd bij de zorgverlener zelf. Dit sluit aan bij de eerdere constatering dat er een afstand kan bestaan tussen de individuele zorgverlener en het management of bestuur, die zich uit in ten eerste de mate waarin het management of bestuur op de hoogte is van de doelstellingen van het zorgplan en de bespreking daarvan en ten tweede de verantwoordelijkheid ervoor deelt.

5.3 Perspectief van derden

In het algemeen geeft de IGZ¹⁵ aan dat het zorgplan en de bespreking daarvan een belangrijk middel is om cliëntgericht te werken. Er is sprake van een positieve ontwikkeling op dit vlak: het bestaan en bespreken van een zorgplan kan uitvoering geven aan cliëntgericht werken. Dit betekent echter (nog) niet dat er per definitie cliëntgericht wordt gewerkt. Hoewel stappen in de goede richting worden gezet, is er nog steeds een weg te gaan. De IGZ constateert dat het verkleinen van de afstand tussen het bestuur en management van een instelling en de werkvloer, hier een belangrijke

¹⁵ Hoofdstuk 6: "Inzicht van de toezichthouder", richt zich volledig op het perspectief van de IGZ op de zorgplanbespreking. Omdat de organisatiecultuur bij zorgaanbieders en de rol van het bestuur en management ook onderdeel is van de bespiegelingen van de IGZ, wordt in dit hoofdstuk een aparte paragraaf aan het perspectief van de toezichthouder gewijd. Het volledige beeld is dus te lezen in hoofdstuk 6.

bijdrage aan kan leveren. Deze afstand is bijvoorbeeld zichtbaar in een discrepantie in de visie op het gebruik van het zorgplan en het leveren van goede zorg. Een te grote afstand bemoeilijkt dan ook de implementatie van goede gebruikmaking van het zorgplan en de bespreking daarvan in de gehele organisatie. De meningen over het 'juiste' gebruik van het zorgplan en de doelstellingen daarvan, kunnen uiteen gaan lopen. Een bestuur moet daarom een heldere visie op zorg hebben, deze vertalen in de omgang met medewerkers en ook in de werkwijze binnen de instelling. Wanneer het bestuur deze samenhang tussen zorgplan en visie op zorg niet ziet of nastreeft, wordt het erg moeilijk het gebruik van het zorgplan van bovenaf goed vorm te geven.

Bij het zorgkantoor en de zorgverzekeraar heerst de indruk dat door het zorgplan, zorgaanbieders cliëntgericht zijn gaan werken. Het zorgplan en de bespreking daarvan ondersteunt in het aanbrengen van focus op cliëntgerichtheid en stimuleert instellingen te zoeken naar manieren om met de cliënt te communiceren. Hierbij sluiten zorgkantoren aan bij de constatering van de IGZ dat er positieve ontwikkelingen plaatsvinden, maar dat er nog een weg te gaan is om daadwerkelijk cliëntgericht te werken. Vanuit het perspectief van het bestuur van zorginstellingen wordt aangegeven dat de afstand tussen bestuur en werkvloer voortkomt uit een verschil in 'leefwereld': het verlenen van zorg ten opzichte van meer systematisch of beleidsmatig denken. Wat betreft de rol van het zorgplan wordt aangegeven dat het een hulpmiddel is; ter versnelling van het proces cliëntgericht te gaan werken. Het Besluit zorgplanbespreking heeft een stimulans gevormd om deze cultuurverandering vorm te geven. Ook branche- en cliëntenorganisaties herkennen dit signaal. Zij geven aan dat het verankeren van het zorgplan en de bespreking daarvan als standaard een duidelijke stap voorwaarts heeft betekend maar dat de noodzaak de cliënt meer centraal te zetten, nog steeds bestaat. Het zorgplan moet zich meer ontwikkelen tot een levend document om aan deze noodzaak te voldoen.

5.4 Conclusie ten aanzien van het effect van het Besluit zorgplanbespreking op de organisatiecultuur bij zorginstellingen

In dit hoofdstuk staat de volgende deelvraag centraal: "Is de organisatiecultuur bij zorginstellingen meer cliëntgericht geworden na de wettelijke verankering van de zorgplanbespreking?". Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de organisatiecultuur bij zorginstellingen inderdaad meer cliëntgericht is geworden na de wettelijke verankering van de zorgplanbespreking. Zowel de zorgverlener, de kwaliteitsfunctionaris als de IGZ en overige derde partijen benoemen positieve ontwikkelingen ten opzichte van het cliëntgericht werken. De zorgplanbespreking vormt met name een stimulans of hulpmiddel om de bredere omslag naar cliëntgericht en vraaggestuurd werken vorm te geven. Zo zijn zorgverleners (zeer) positief over de rol van de zorgplanbespreking en beoordelen kwaliteitsfunctionarissen de cliëntgerichtheid gemiddeld met een 7,7. Daarnaast geeft 80% van de respondenten aan dat het zorgplan een verantwoordelijkheid is van zowel het management als de individuele zorgverlener, zoals ook in de Nota van Toelichting behorende bij het Besluit zorgplanbespreking bedoeld. Dit maakt dat alle partijen binnen een zorginstelling worden aangesproken. Het Besluit zorgplanbespreking lijkt in dit doel te hebben voorzien. Uit de diepte-interviews met derden komt een genuanceerder beeld naar voren. Waar men onderkent dat een positieve ontwikkeling gaande is, wordt deze ook wel als 'papieren werkelijkheid' bestempeld. Het zorgplan is onderdeel geworden van de werkwijze en systemen van zorginstellingen, maar moet nog meer 'core business' van de zorgverlening worden. Ook wordt aangegeven dat toewijding en betrokkenheid van het bestuur van een instelling randvoorwaardelijk zijn om met het zorgplan echt stappen te zetten op het gebied van cliëntgerichtheid. In conclusie heeft de wettelijke verankering van de zorgplanbespreking ertoe geleid dat een positieve ontwikkeling gaande is richting een meer cliëntgerichte werkwijze. Er zijn echter nog stappen te zetten op het gebied van het aangaan van de dialoog met de cliënt en het zorgen van daadwerkelijke betrokkenheid bij het zorgplan.

6. Inzicht van de toezichthouder

Eén van de beoogde doelen van het Besluit zorgplanbespreking is dat de IGZ als toezichthouder meer inzicht krijgt in de manier waarop zorgaanbieders cliënten bij het zorgplan betrekken. In dit hoofdstuk staat daarom de volgende deelvraag centraal: “In welke mate heeft de IGZ meer inzicht in de manier waarop instellingen cliënten bij het zorgplan betrekken?”

6.1 Perspectief van de toezichthouder

Vormgeving van toezicht

De Inspectie voor de Gezondheidszorg is de instantie die in Nederland toezicht houdt op de kwaliteit van zorg. Met betrekking tot de langdurige zorg, beschrijft de IGZ haar rol als volgt: *“De kwaliteit van de zorg die wordt verleend aan kwetsbare groepen als gehandicapten en ouderen is een belangrijke prioriteit van de IGZ. Juist deze groepen zijn niet altijd goed in staat op te komen voor hun belangen. De inspectie houdt voortdurend toezicht op de kwaliteit van de zorg die bijvoorbeeld instellingen voor ouderen- of gehandicaptenzorg leveren.”*¹⁶ Het zorgplan vormt een belangrijk en vast onderdeel van toezicht. Tijdens inspectiebezoeken wordt aan de hand van per sector vastgestelde formats en vragenlijsten getoetst op de aanwezigheid van het zorgplan, een recente handtekening, de aanwezigheid van de levensgeschiedenis of achtergrond van de cliënt en de mate van volledigheid van het zorgplan. Daarnaast kijkt de IGZ ook inhoudelijk naar zorgplannen door (vanzelfsprekend nooit zonder toestemming van de cliënt) individuele zorgplannen in te kijken. Daarmee wordt een beeld gevormd van de mate van consistentie en de afstemming op de zorgdoelen en zorgbehoefte van de individuele cliënt. Het inkijken van individuele zorgplannen gebeurt zowel aangekondigd als onaangekondigd. Op deze wijze vormt de IGZ zich een ‘ongecensureerd’ beeld van de werkelijkheid. De ervaring leert dat dit beeld soms verschilt van het beeld dat naar voren komt uit de door zorgaanbieders geselecteerde zorgplannen¹⁷. Zo treden bijvoorbeeld verschillen op in de volledigheid van het zorgplan en de consistentie in ondertekening daarvan. Het Besluit zorgplanbespreking leidt ertoe dat zorgaanbieders de aanwezigheid van het zorgplan beter op orde hebben en beter vastleggen. Dit draagt echter met name bij aan inzicht in de aanwezigheid van het zorgplan en niet per definitie aan inzicht in de wijze waarop cliënten worden betrokken bij het zorgplan.

Met het Besluit zorgplanbespreking wordt beoogd de cliëntgerichtheid en daarmee de kwaliteit van de langdurige zorg te verbeteren. Gevraagd naar de mate waarin het Besluit deze doelstelling realiseert, geeft de IGZ aan dat het zorgplan en de bespreking daarvan een middel zijn waarmee uitvoering gegeven kan worden aan cliëntgericht werken. Het zorgplan en de bespreking daarvan dragen daarmee bij aan een positieve ontwikkeling. Dit betekent echter niet dat er geen mogelijkheden tot verbetering zijn. Onderstaande paragrafen gaan in op de belangrijkste onderwerpen.

Dialogoog met de cliënt

¹⁶ http://www.igz.nl/onderwerpen/verpleging-en-langdurige-zorg/Verpleging_en_langdurige_zorg.aspx

¹⁷ Zie individuele instellingsrapportages van bezochte instellingen. De IGZ bezoekt ruim 500 instellingen per jaar.

De wettelijke verankering van de zorgplanbespreking vormt een stimulans voor de zorgverlener om het gesprek met de cliënt aan te gaan en daarmee de regierol van de cliënt te vergroten. De betrokkenheid van de cliënt blijkt echter niet per definitie uit bijvoorbeeld een handtekening onder het zorgplan. De IGZ geeft aan dat meer geprobeerd moet worden de dialoog met de cliënt aan te gaan; nu komt het nog te vaak voor dat een zorgverlener van mening is dat dit gebeurt, terwijl de cliënt dat niet zo ervaart. Dit beeld komt naar voren uit klachten die bij de IGZ binnen komen (zie ook de paragraaf 'klachten' voor meer toelichting op dit onderwerp). De oorzaak van een klacht ligt volgens de IGZ vaak in gebrekkige communicatie tussen cliënt en zorgverlener. In 2011 schrijft de IGZ over de gehandicaptenzorg: *"De organisatorische randvoorwaarden voor cliëntgericht werken zijn goed op orde. [...] Toch ontbreekt in de helft van de bezochte locaties een open gesprek tussen medewerkers, cliënt en cliëntvertegenwoordiger. [...] Een open dialoog met de cliënt en zijn vertegenwoordiger is niet alleen noodzakelijk om een helder beeld te krijgen van individuele (zorg)behoeften en wensen, maar geeft de cliënt en zijn vertegenwoordiger ook het gevoel dat de medewerker hem serieus neemt en dat afspraken over alledaagse zorg in overeenstemming worden bereikt."*¹⁸ Het zorgplan is een goed middel om de dialoog met de cliënt en zijn of haar vertegenwoordiger en familie aan te gaan. Door doelen helder te formuleren en afspraken aan te gaan, wordt voorzien in wederzijds verwachtingsmanagement. Dit is een belangrijk onderdeel van cliëntgericht werken en uiteindelijk het bieden van goede zorg. Volgens de IGZ ligt er voor zorginstellingen nog meer ruimte om het zorgplan in te zetten als middel om cliëntgericht te gaan werken en het minder te zien als (administratief) doel op zich.

Het gebruik van het zorgplan binnen de instelling

Zoals ook in hoofdstuk 5: "Effect op de organisatiecultuur" benoemd, geeft de IGZ aan dat het verkleinen van de afstand tussen het bestuur en management van een instelling en de werkvloer een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de cliëntgerichtheid. Een te grote afstand kan leiden tot verschillen in visie op het 'juiste' gebruik van het zorgplan in de verschillende lagen van een organisatie. Een bestuur moet daarom een heldere visie op zorg hebben, deze vertalen in de omgang met medewerkers en ook in de werkwijze binnen de instelling. Daarnaast ziet de IGZ ook dat niet iedere individuele zorgverlener voldoende geëquipeerd is om met het zorgplan te werken. Soms is het format dat door de instelling wordt gehanteerd te ingewikkeld, soms beschikken medewerkers niet over de kennis en kunde er goed mee om te gaan. In die gevallen wordt het zorgplan niet ingezet waar het voor bedoeld is – namelijk het vergroten van de regierol van de cliënt en het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Men loopt dan het risico dat het zorgplan wordt gezien als een formele handeling en een administratieve last. Daarom vindt de IGZ dat zorgaanbieders hun medewerkers moeten equiperen (bijvoorbeeld door middel van opleiding) om met het zorgplan te leren werken en het gesprek rondom het zorgplan goed te kunnen voeren. Dit sluit aan bij het verbeteren van de dialoog met de cliënt: om heldere afspraken aan te gaan, deze SMART te formuleren en om in wederzijds verwachtingsmanagement te voorzien moet de zorgverlener het gesprek met de cliënt en zijn/haar vertegenwoordiger en familie. Wanneer een zorginstelling moeite ondervindt op dit gebied, wordt aanbevolen de zorgverlener beter te equiperen op dit vlak. Ook uit de praktijk komt dit beeld naar voren: meerdere geïnterviewde zorgverleners hebben aangegeven behoefte te hebben aan verdere opleiding met betrekking tot het gebruik van het zorgplan. Het voeren van de dialoog met de cliënt en de vertegenwoordiger is daar onderdeel van.

Klachten

Als het zorgplan onvoldoende wordt besproken of ontbreekt, kan de cliënt kan zelf in actie komen. Hij of zij kan bijvoorbeeld de zorgverlener hier op aanspreken, maar kan ook melding maken bij de

¹⁸ 'Kwaliteit van zorg bij langdurige vrijheidsbeperking van mensen met een verstandelijke beperking: vooral de dialoog ontbreekt' *Onderzoek in 24 locaties, november 2011* Inspectie voor de Gezondheidszorg

cliëntenraad of een klacht indienen bij de klachtencommissie¹⁹. Daarnaast is het voor de cliënt mogelijk om direct bij de IGZ melding te doen over het functioneren van de cliëntenzorg of de kwaliteitsborging bij de zorginstelling. De IGZ geeft aan dat in 2012 ongeveer 25% van de klachten in de ouderenzorg en ongeveer 40% van de klachten in de gehandicaptenzorg, het zorgplan betroffen. Deze klachten gaan veelal over het nakomen en uitvoeren van afspraken in het zorgplan. De IGZ constateert dat de oorzaak van deze klachten vaak ligt in gebrekkige communicatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder. Een onduidelijk zorgplan leidt tot onduidelijkheid bij de cliënt over wat wel en niet verwacht kan worden wat betreft zorg en kwaliteit. Daarom is de verwachting van de IGZ dat het verbeteren van de dialoog met de cliënt in de toekomst bij kan dragen aan het wegnemen van deze onduidelijkheid.

Administratieve lasten

Volgens de Nota van Toelichting behorende bij het Besluit zorgplanbespreking, sluiten de onderwerpen die voor de zorgplanbespreking worden voorgeschreven, aan bij de – door veldpartijen ontwikkelde – normen en indicatoren voor verantwoorde zorg die de IGZ ook vóór invoering van het Besluit hanteerde bij haar toezicht in de langdurige zorg. Om deze reden wordt niet verwacht dat aanvullende kosten of administratieve lasten zullen samenhangen met naleving, handhaving of toezicht naar aanleiding van het Besluit zorgplanbespreking. De IGZ geeft aan zelf geen aanvullende administratieve lasten of kosten te ervaren die samenhangen met het toezicht op het zorgplan en de bespreking daarvan. Wel wordt benoemd dat zorgaanbieders aangeven aanvullende lasten te ervaren die samenhangen met de controles van de IGZ, onder andere wat betreft het zorgplan – waar de zorgplanbespreking onderdeel van is. Dit onderdeel komt in hoofdstuk 7: “Neveneffecten” uitgebreider aan de orde.

6.2 Conclusie ten aanzien van het inzicht van de toezichthouder

In dit hoofdstuk staat de volgende deelvraag centraal: “In welke mate heeft de IGZ meer inzicht in de manier waarop instellingen cliënten bij het zorgplan betrekken?”. Het zorgplan vormt een belangrijk onderdeel van het toezicht. De wettelijke verankering van het Besluit zorgplanbespreking heeft ertoe geleid dat zorginstellingen het gebruik van het zorgplan in betere mate operationeel hebben geborgd. In die zin is het inzicht in het gebruik van het zorgplan en de bespreking daarvan vergemakkelijkt. Ook komt echter naar voren dat bijvoorbeeld het ondertekenen van het zorgplan door de cliënt, niet betekent dat de cliënt ook daadwerkelijk betrokken is geweest bij de totstandkoming ervan. Daarom kan niet worden geconcludeerd door toedoen van het Besluit zorgplanbespreking meer inzicht is verkregen in de *manier waarop* cliënten instellingen bij het zorgplan betrekken.

Wel concludeert de IGZ dat er een stijgende lijn zichtbaar is op het gebied van cliëntgericht werken bij zorginstellingen. Er is echter ook nog een weg te gaan. Het zorgplan en de bespreking daarvan ziet de IGZ als een belangrijk middel om cliëntgericht te werken. Het is echter geen garantie voor cliëntgerichtheid. De dialoog met de cliënt en zijn/haar vertegenwoordiger en familie is belangrijk om een wederzijds verwachtingspatroon te creëren en afspraken over de zorg aan te gaan. Het zorgplan vormt een middel om deze dialoog aan te gaan. De aanbeveling van de IGZ is dan ook om aandacht te besteden aan de communicatie met de cliënt en de zorgplanbespreking in te zetten als middel, niet als doel op zich. Een tweede aanbeveling is dat zorginstellingen de individuele zorgverlener voldoende moeten equiperen om met het zorgplan te werken en de bespreking daarvan met de cliënt aan te gaan. Indien dit onvoldoende het geval is, kan gedacht worden aan opleiding of bijscholing.

¹⁹ Op grond van artikel 2 van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)

7. Neveneffecten

Dit hoofdstuk behandelt mogelijke neveneffecten die optreden door invoering van het Besluit zorgplanbespreking. Deze effecten zijn – al dan niet voorziene – gevolgen van de keuzes die gemaakt zijn bij invoering van het Besluit wat betreft vormvrijheid en verantwoording.

De volgende deelvragen staan centraal en worden per paragraaf behandeld. Het hoofdstuk sluit af met een conclusie over de neveneffecten van het Besluit.

- Wat is het effect op de administratieve lasten voor alle betrokken partijen?
- Wat is het effect van de vormvrijheid op de uitvoer van het zorgplan?
- Wat is het effect op de verantwoording van de zorgaanbieder naar het zorgkantoor/zorgverzekeraar?
- Wat is het effect op de relatie met andere patiëntenwetten?

7.1 Administratieve lasten

Slechts 9% van de respondenten onder de zorgverleners geeft aan redelijke tot zware lasten te ondervinden, een meerderheid (55%) geeft aan beperkte lasten te ervaren als gevolg van het zorgplan. 15% geeft aan geen administratieve lasten te ervaren. Deze laatste groep respondenten geeft als toelichting veelal aan dat zij het zorgplan als core business van de zorgverlening zien en het gebruik ervan daarom niet als last ervaren. Zorgverleners geven als ruwe schatting aan gemiddeld 9 uur aan het opstellen van een volledig, nieuw zorgplan te besteden. Afhankelijk van de cliënt en zijn of haar doelen en zorgbehoefte, kan het aantal uren dat wordt besteed aan het zorgplan (sterk) verschillen. Omdat de zorgbehoefte per onderzochte sector ook sterk kan verschillen is het niet realistisch om een beeld te schetsen van de verschillen tussen sectoren.

Vanuit het perspectief van de kwaliteitsfunctionaris komt een ander beeld naar voren. Maar liefst 63% van de kwaliteitsfunctionarissen geeft aan dat in de instelling redelijk zware tot zeer zware lasten worden ervaren als gevolg van het gehanteerde format. Gevraagd naar het gebied waarop de meeste verbetering wat betreft het gebruik van het zorgplan en de bespreking daarvan valt te realiseren, noemt een meerderheid dan ook het verbeteren van het gehanteerde format (ruim 29%)²⁰. Als mogelijkheid tot verbetering wordt digitalisering van het zorgplan en deskundigheidsbevordering in het gebruik daarvan meermaals genoemd. Ook het werken met een meer dynamisch plan, dat in betere mate afgestemd kan worden op de cliënt zelf, wordt als voorbeeld genoemd. Omdat het zorgplan vormvrij is kunnen instellingen naar eigen inzicht verbeteringen in het gebruik van het zorgplan doorvoeren. De bovenstaand genoemde punten kunnen dan ook aanbevelingen zijn (zie ook 7.2: vormvrijheid).

Zorgkantoren geven aan van aanbieders het signaal te krijgen dat de administratieve lasten verbonden aan de verantwoording naar het zorgkantoor als vrij hoog worden ervaren. Aanbieders zijn vrij in de wijze waarop gerapporteerd wordt naar het zorgkantoor, een deel van de

²⁰ Alle voorgelegde opties zijn: het verbeteren van het gehanteerde format (29%); het vergroten van bewustwording bij het management (4%); het verbeteren van de bespreking met de cliënt (25%); anders (21%); n.v.t. (13%).

administratieve lasten leggen zorgaanbieders zichzelf op door voor een bepaalde werkwijze te kiezen. Zorgkantoren schatten dat zo'n 25% van de zorginstellingen het zorgplan alleen ziet als administratieve handeling voor de verantwoording naar het zorgkantoor. Zorgkantoren geven aan dat ook wanneer het Besluit zorgplanbespreking nooit zou zijn ingevoerd, het zorgplan gegevens bevat die instellingen vast moeten leggen om zorg op maat te leveren en de cliënt regie te laten voeren over de eigen zorg. Het Besluit zorgplanbespreking op zich leidt dus niet per definitie tot aanvullende lasten, aldus het zorgkantoor.

7.2 Vormvrijheid

Bij de inrichting van het Besluit zorgplanbespreking is er nadrukkelijk voor gekozen om zoveel mogelijk verantwoordelijkheid bij zorginstellingen te laten wat betreft het vormgeven van het zorgplan. De reden die in de Nota van Toelichting bij het Besluit wordt aangehaald, is dat instellingen niet belemmerd moeten worden om het gesprek met cliënten op een flexibele en voor de individuele cliënt passende wijze te voeren. De Nota van Toelichting zegt het volgende: *“door het beperken van de reikwijdte van het besluit en door te kiezen voor vormvrijheid bij de inrichting van de bespreking, in plaats van gedetailleerd voor te schrijven hoe het gesprek, en de vastlegging daarvan in een zorgplan, moet worden ingericht, worden zo weinig mogelijk nieuwe administratieve lasten geïntroduceerd.”*²¹ Dit betekent dat instellingen vrij zijn om de wijze waarop zij de uitkomsten van de zorgplanbespreking en de doelen van de zorg voor de cliënt vastleggen, vorm te geven. Vanuit wet- en regelgeving wordt alleen verlangd dat dit gebeurt, binnen een bepaalde termijn, en dat periodiek geëvalueerd wordt (voor meer toelichting zie paragraaf 1.2).

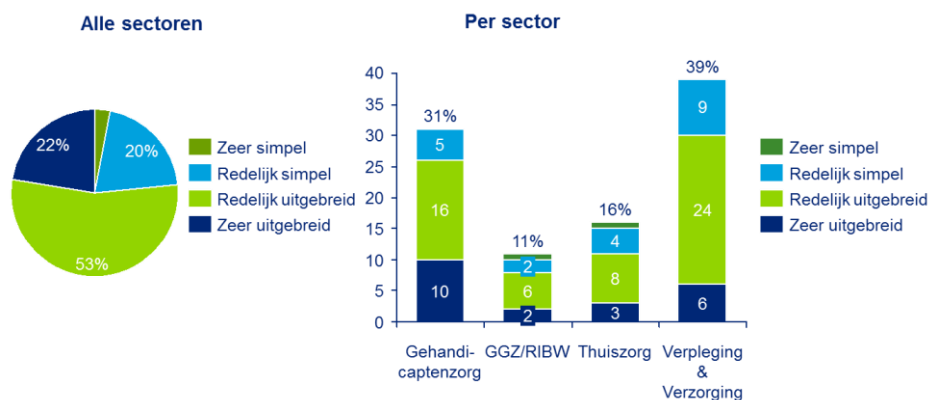
De verantwoordelijkheid voor het vormgeven van het zorgplan ligt bij het veld. In de praktijk blijkt dat verschillend om wordt gesprongen met deze vrijheid. Per sector worden verschillende initiatieven ontplooid om sectorbrede formats te hanteren. Zo heeft ActiZ een model ontwikkeld voor het zorgplan binnen de verpleging & verzorging en thuiszorg en heeft Kennisplein gehandicaptensector (een combinatie van MEE Nederland, VGN en Vilans) recentelijk een handreiking over het zorgplan uitgebracht. Ook in de geestelijke gezondheidszorg worden initiatieven ondernomen op dit vlak (o.a. als onderdeel van de cliëntenmonitor langdurige zorg van landelijke cliëntenorganisaties²²). In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de variatie in formats, de tevredenheid over de gehanteerde formats en de mate van complexiteit van het format. Aangezien het Besluit geen uitspraken doet over deze onderwerpen, zijn dit allen neveneffecten.

In de praktijk blijkt bij zorginstellingen veel diversiteit in het format voor het zorgplan voor te komen, zo blijkt uit de interviews met zorgverleners. Omdat het format doorontwikkeld en aangepast wordt aan nieuwe ervaringen en inzichten, vinden binnen instellingen ook wijzigingen plaats in het gehanteerde format. Vrijwel alle kwaliteitsfunctionarissen en zorgverleners geven aan altijd volgens een vast format te werken. De meeste respondenten onder de zorgverleners (67%) geven aan in redelijke tot sterke mate tevreden te zijn over het in de instelling gehanteerde format. Met name in de gehandicaptenzorg is spreiding te zien wat betreft tevredenheid over het format, vanuit het perspectief van de zorgverlener. De mate waarin de antwoorden uiteenlopen, betekenen dat men uiteenlopende ervaringen in de praktijk heeft met hetzelfde format, of dat er veel variatie is in gehanteerde formats (tussen zorginstellingen).

²¹ Nota van Toelichting Staatscourant Besluit evaluatie zorgplanbespreking van 2 maart 2009 kenmerk DWJZ/SWW2912835

²² Zorgzwaartepakketten in de praktijk: een onderzoek naar zorgzwaartepakketten in de ggz. Landelijk Platform GGz, juni 2010

Kwaliteitsfunctionarissen is gevraagd of zij het in de instelling gehanteerde format zouden omschrijven als simpel of uitgebreid. De resultaten zijn weergegeven in figuur 14. De resultaten tonen aan dat 75% van alle respondenten een redelijk tot zeer uitgebreid format hanteert. Dit komt met name in de gehandicaptenzorg naar voren. In deze sector is ook het meeste variatie zichtbaar in de tevredenheid over het format. Cliëntenorganisaties geven aan dat men in de gehandicaptenzorg al veel langer dan sinds het Besluit zorgplanbespreking gewend is met zorgplannen te werken. Het is mogelijk dat zorgverleners daarom kritischer zijn op het gehanteerde format.



Figuur 14. Omschrijving format door kwaliteitsfunctionaris

Gevraagd naar de tevredenheid over het gehanteerde format, geeft 76% van de kwaliteitsfunctionarissen aan zowel tevreden te zijn over de huidige vormvrijheid, als over het gebruik daarvan in de eigen organisatie. Zoals genoemd is 67% van de zorgverleners sterk tot zeer sterk tevreden over het gehanteerde format. Hoewel het format dus in driekwart van de instellingen uitgebreid of zeer uitgebreid is, zijn de respondenten over het algemeen van mening dat het gehanteerde format binnen de eigen organisatie naar tevredenheid werkt en behouden moet worden. Zoals in de voorgaande paragraaf echter is toegelicht, hangen met het gehanteerde format wel administratieve lasten samen. Op dit vlak zijn dus nog verbeteringen te behalen, volgens de respondenten liggen die met name op het vlak van versimpeling, meer ruimte voor de individuele situatie van de cliënt en digitalisering.

Concretisering van het zorgplan

Onderdeel van dit onderzoek is om na te gaan in welke mate het vanuit het veld als verstandig wordt gezien het Besluit verder te concretiseren, door de te bespreken onderwerpen in het Besluit op te nemen. Voorbeelden van concretisering zijn het opnemen van dagelijkse hygiënische verzorging, gezonde voeding of bijvoorbeeld woonwensen als bespreekonderwerpen. 38% van de zorgverleners geeft aan dat zij het volledig eens zijn met het voorstel om concrete onderwerpen in het zorgplan op te nemen. Als toelichting geven respondenten aan dat de wijze waarop zij het zorgplan bespreken al volgens een overzicht van concrete punten gaat en zij daarom geen bezwaar hebben tegen concretisering. 30% van de respondenten is het deels eens met de concretisering. Uit de toelichting blijkt dat zij de genoemde voorbeelden niet volledig dekkend vinden, maar wel open staan voor verdere concretisering. 10% van de respondenten is het volledig oneens, 8% is het deels oneens met het advies. De meest genoemde reden is dat verplichte concretisering te weinig ruimte laat voor afstemming op de individuele cliënt. Hoewel deze resultaten vrij positief lijken, biedt de toelichting op de percentages een genuanceerder beeld. Respondenten geven aan dat zij concretisering geen probleem vinden omdat zij al volgens een set aan concrete bespreekpunten werken en daarom geen bezwaar hebben. Ook geven zorgverleners aan dat in het geval van concretisering, de bespreekpunten per sector uiteen kunnen lopen en niet voor alle sectoren volledig dekkend zullen

zijn. De meerwaarde van verdere concretisering is daarom niet onbetwist en bovendien niet in lijn met de wens vormvrijheid te behouden.

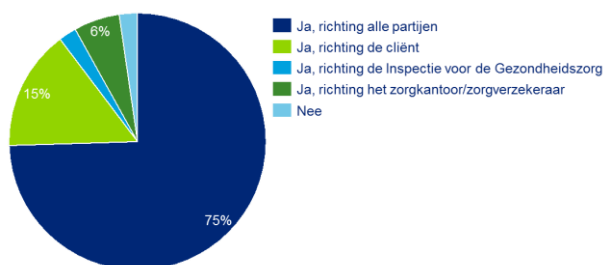
De IGZ geeft aan verder concretisering geen goed idee te vinden. Dit omdat het zorgplan beperkt gehouden moet worden en zich met name moet richten op het borgen van cliëntenrechten. De huidige vormvrijheid moet volgens de IGZ dan ook behouden worden. Ook de geïnterviewde zorgkantoren en verzekeraars geven aan voor behoud van vormvrijheid te zijn. De belangrijkste reden voor dit standpunt is de mate waarin het zorgplan door de zorgverlener nog flexibel toegepast kan worden om aan te sluiten bij de zorgbehoefte van de cliënt.

7.3 Effect op de verantwoording

Aan kwaliteitsfunctionarissen is gevraagd in welke mate zij het zorgplan inzetten als verantwoordingsdocument. Deze term refereert naar de mate waarin het zorgplan wordt ingezet als controlemiddel op het voldoen aan (wettelijke) verplichtingen. In de antwoordcategorieën zijn meerdere mogelijkheden opgenomen, die onderstaand worden toegelicht:

- **Verantwoording naar de IGZ:** het voldoen aan ‘harde’ verplichtingen als de aanwezigheid van het zorgplan en de evaluatiemomenten, maar ook ‘zachte’ verplichtingen als het betrekken van de cliënt.
- **Verantwoording naar het zorgkantoor/zorgverzekeraar:** het voldoen aan de verplichting verantwoorde zorg te leveren en de afspraken over bijvoorbeeld indicatie en levering van zorg na te komen.
- **Verantwoording naar de cliënt:** de mate waarin het zorgplan wordt gebruikt als controlemiddel om na te gaan of de aangegane afspraken (zowel indicatie als invulling van de zorg) worden nagekomen.

De resultaten zijn weergegeven in figuur 15.



Figuur 15. Wordt het zorgplan ingezet als verantwoordingsdocument?

75% van de respondenten geeft aan dat het zorgplan wordt ingezet als verantwoordingsdocument op alle genoemde categorieën. Slechts 15% geeft aan het zorgplan alleen als verantwoordingsdocument te gebruiken richting de cliënt. Uit deze resultaten blijkt dat driekwart van de respondenten een relatief zwaar verantwoordingscomponent aan het zorgplan toebedeelt. Dit is opvallend omdat in de Nota van Toelichting op het Besluit zorgplanbespreking is opgenomen dat het zorgplan, gezien het vertrouwelijke karakter van de relatie tussen zorgverlener en cliënt, niet het geëigende document is voor het zorgkantoor of de verzekeraar om ook informatie over verantwoording aan te ontleen. Waar dit dus niet zo bedoeld is, gebeurt dit in de praktijk wel. Dit kan er op duiden dat bij zorginstellingen het idee leeft dat zorgkantoren of verzekeraars dit van instellingen verwachten, of dat instellingen zelf deze rol hebben toebedeeld aan het zorgplan. Ook kan de oorzaak liggen in aanvullende eisen vanuit het zorgkantoor of de zorgverzekeraar, hoewel zorgkantoren en verzekeraars in principe conform het inkoopbeleid toetsen op voldoen aan wet- en

regelgeving. Dit kan het zorgplan belasten met een rol die op gespannen voet staat met de ruimte die zorginstellingen moeten hebben om flexibel in te spelen op de situatie en zorgbehoefte van een cliënt.

7.4 Effect op de relatie met andere patiëntenwetten

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) kennen een dossierplicht. Het kan voorkomen dat deze verplichting samenvalt met de verplichting voortvloeiend uit het Besluit zorgplanbespreking, om de resultaten van de bespreking met de cliënt vast te leggen in een zorgplan. In de Nota van Toelichting op het Besluit wordt benadrukt dat niet wordt beoogd een apart, extra dossier of een soort zorgovereenkomst te introduceren; het doel van het Besluit is het vastleggen van een aantal elementen die een rol spelen bij het invullen van een verantwoord niveau van zorgverlening. Wanneer er vanuit een andere dossierplicht (WGBO, Wet Bopz) dus al een dossier of document aanwezig is waar de in het Besluit voorkomende elementen worden vastgelegd en besproken zijn met de cliënt, heeft de zorgaanbieder voldaan aan de vereisten van het Besluit. In dat geval hoeft geen nieuw plan te worden gemaakt. Het staat de zorgaanbieder dus vrij documenten te integreren. Daarom is kwaliteitsfunctionarissen gevraagd in welke mate het voorkomt dat voor cliënten een documentatie- of dossierplicht geldt, voortvloeiend uit de Wet Bopz of WGBO. 36% van de respondenten geeft aan dat dit nooit of bijna nooit gebeurt. 53% geeft aan dat dit redelijk vaak tot vaak voorkomt, met name in de gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging. Van de respondenten die aangeven dat dit voorkomt, geeft 55% aan vaak tot redelijk vaak de documenten te integreren. 33% geeft aan dit nooit of bijna nooit te doen. Ten eerste komt het in de langdurige zorg dus vrij vaak voor dat voor cliënten een documentatie- of dossierplicht geldt. Een derde van de instellingen waar dit het geval is, geeft aan dit niet te combineren met het zorgplan. Het Besluit zorgplanbespreking staat integratie van documenten niet in de weg. Dit is een voorbeeld waar wetgeving geen aanvullende administratieve lasten aan zorginstellingen oplegt, maar waar dit in de praktijk dus wel lijkt voor te komen.

Vanuit het perspectief van het zorgkantoor wordt aangegeven dat zij geen overlap bemerken tussen het zorgplan en een documentatieplicht voortkomend uit andere patiëntenwetten. Doorgaans gaat het zorgplan hand in hand met de Wet Bopz of de WGBO. Brancheorganisaties geven aan het aantal instellingen dat het zorgplan integreert met andere documentatieverplichtingen zelfs graag hoger te zien. Dit omdat een compleet dossier wordt gezien als voorwaarde voor goede zorgverlening. Het woord 'documentatieplicht' dekt de lading dan ook niet helemaal en kan beter geïnterpreteerd worden als goede dossiervorming; het vastleggen van afspraken is onderdeel van goede zorg en goede dossiervorming en niet bedoeld om (slechts) een verplichting af te vinken.

7.5 Conclusie ten aanzien van neveneffecten

Concluderend kan gezegd worden dat met het Besluit zorgplanbespreking in principe weinig tot geen aanvullende lasten zijn opgelegd. Niet de wet- en regelgeving samenhangend met het Besluit zelf, maar de wijze waarop de individuele zorginstelling het gebruik van het zorgplan inricht, is van invloed op de mate waarin het zorgplan aanvullende lasten met zich meebrengt. In onderstaande paragrafen wordt op iedere deelvraag die in dit hoofdstuk aan de orde is gekomen, een antwoord gegeven.

- Wat is het effect op de administratieve lasten voor alle betrokken partijen?
- Wat is het effect van de vormvrijheid op de uitvoer van het zorgplan?

- Wat is het effect op de verantwoording van de zorgaanbieder naar het zorgkantoor/zorgverzekeraar?
- Wat is het effect op de relatie met andere patiëntenwetten?

Het effect op de administratieve lasten wordt door 63% van de kwaliteitsfunctionarissen maar door slechts 9% van de zorgverleners, als redelijk zwaar tot zeer zwaar ervaren. Zorgverleners geven aan het zorgplan en de bespreking daarvan als onderdeel van de dagelijkse werkzaamheden te zien en daarmee niet als administratieve last. Kwaliteitsfunctionarissen zien vooral op het gebied van het gehanteerde format verbetermogelijkheden. Omdat het Besluit zorgplanbespreking geen vast format voor het zorgplan voorschrijft, zijn ervaren aanvullende administratieve lasten met name een gevolg van de keuze van de individuele zorginstelling voor een bepaald format. Het effect van het Besluit zorgplanbespreking op de administratieve lasten is dus relatief beperkt.

De vormvrijheid van het zorgplan en de bespreking daarvan wordt door het veld als positief geëvalueerd. Over het algemeen is men tevreden, ondanks de mogelijkheid dat het gehanteerde format aanvullende administratieve lasten creëert. Men ziet het als noodzakelijk om het format door te ontwikkelen zodat het ten eerste (nog) beter in kan spelen op de individuele situatie van de cliënt en het vergroten van de regierol en ten tweede bij kan dragen aan het terugdringen van administratieve lasten. Alle betrokken partijen hebben aangegeven dat het gehanteerde format simpeler en compacter kan worden vormgegeven. Het effect van de vormvrijheid op de uitvoer van het zorgplan, wordt in conclusie positief geëvalueerd door het veld.

In lijn met de positieve houding tegenover vormvrijheid, wordt concretisering van het zorgplan niet onverdeeld positief ontvangen. Hoewel het merendeel van de zorgverleners niet negatief tegenover concretisering staat, is dit met name gebaseerd op het feit dat zij al met een (uitgebreid) aantal te bespreken onderwerpen werken en de impact van concretisering niet groot zal zijn. De overige partijen geven aan voor behoud van vormvrijheid te zijn. De reden hiervoor is dat een vormvrij zorgplan door de zorgverlener zo flexibel mogelijk aangepast kan worden aan de zorgbehoefte van de cliënt. De positieve beoordeling van vormvrijheid en de wens tot een compacter en minder complex zorgplan over te gaan (ook om administratieve lasten te verminderen), staan een concretisering van het zorgplan door middel van wet- en regelgeving in de weg. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek is er dan ook onvoldoende onderbouwing om aan te bevelen het Besluit zorgplanbespreking verder te concretiseren.

Het effect op de verantwoording van de zorgaanbieder naar het zorgkantoor/zorgverzekeraar is zichtbaar in het feit dat 75% van kwaliteitsfunctionarissen aangeeft het zorgplan als verantwoordingsdocument te gebruiken richting zowel de cliënt als het zorgkantoor/zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars en zorgkantoren geven aan dat het zorgplan in principe altijd onderdeel is van het inkoopbeleid: instellingen moeten kunnen aantonen aan wet- en regelgeving omtrent het bestaan en evalueren van het zorgplan te voldoen. Omdat instellingen sowieso moeten voldoen aan wet- en regelgeving, zou het aantonen daarvan niet tot (grote) aanvullende lasten moeten leiden. Het zorgplan is echter niet primair bedoeld als verantwoordingsdocument. De Nota van Toelichting onderschrijft dat ook. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat het zorgplan een grote rol speelt in de verantwoording naar meerdere partijen. Dit leidt niet per definitie tot conflicterende doelstellingen, mits het primaire doel van het zorgplan nog steeds het vergroten van de regierol van de cliënt is en dit doel niet ondergesneeuwd raakt door verantwoording.

Het effect op de relatie met andere patiëntenwetten is zichtbaar in het feit dat 53% van de kwaliteitsfunctionarissen aangeeft dat het redelijk vaak tot vaak voorkomt dat een documentatie- of

dossierplicht geldt voor haar cliënten. Volgens het besluit zijn aanbieders vrij het zorgplan met een dergelijk document te integreren. 33% van de instellingen doet dit niet, en hanteert aparte documenten. Dit kan leiden tot aanvullende administratieve lasten en een eventueel onoverzichtelijke situatie. Daarom is het antwoord op de vraag wat het effect is op de relatie met andere patiëntenwetten dan ook dat het effect nog niet groot genoeg is: 1 op de 3 instellingen laat mogelijkheden om documenten te integreren onbenut.

8. Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de onderzoeksvragen, zoals geformuleerd in hoofdstuk 2.1. Per deelvraag worden de conclusies weergegeven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen.

8.1 Conclusies

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op onderstaande hoofdvragen. Per hoofdstuk zijn de genoemde deelvragen reeds beantwoord. Allereerst wordt per hoofdstuk een korte samenvatting gegevens alvorens tot beantwoording van de hoofdvragen over te gaan.

Hoofdvraag	Deelvraag	Hoofdstuk
Is het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg doeltreffend en wat zijn de effecten van het besluit in de praktijk?	<ul style="list-style-type: none"> In welke mate voelt de cliënt zich gehoord? Mag de cliënt meebeslissen over de geleverde zorg? Zijn de gesprekken tussen cliënt en zorgverlener verbeterd? Zijn de doelen van de zorg voor de cliënt transparanter geworden? Weten cliënten dat zij in het geweer kunnen komen wanneer het zorgplan niet of onvoldoende met hen wordt besproken? 	Hoofdstuk 4: effect op positie van de cliënt
	<ul style="list-style-type: none"> Is de organisatiecultuur bij zorginstellingen meer cliëntgericht geworden na de wettelijke verankering van de zorgplanbespreking? 	Hoofdstuk 5: effect op de organisatiecultuur
	<ul style="list-style-type: none"> In welke mate heeft de IGZ meer inzicht in de manier waarop zorgaanbieders cliënten bij het zorgplan betrekken? 	Hoofdstuk 6: inzicht bij de toezichthouder
	<ul style="list-style-type: none"> Wat is het effect op de administratieve lasten voor alle betrokken partijen? Wat is het effect van de vormvrijheid op de uitvoer van het zorgplan? Wat is het effect op de verantwoording van de zorgaanbieder naar het zorgkantoor/zorgverzekeraar? Wat is het effect op de relatie met andere patiëntenwetten? 	Hoofdstuk 7: neveneffecten
Welke aanbevelingen kunnen op basis van de bevindingen gedaan worden voor het eventueel aanpassen van de AMvB?	<ul style="list-style-type: none"> In welke mate is het aan te bevelen het zorgplan te concretiseren? Welke overige aanbevelingen verbeteren de doeltreffendheid van het zorgplan? 	Conclusies en aanbevelingen

Effect op de positie van de cliënt

Na invoering van het Besluit zorgplanbespreking is de positie van de cliënt in de langdurige zorg verbeterd, zoals blijkt uit de vergelijking met de resultaten van het onderzoek van Prismant uit 2006. Het overgrote deel van de cliënten geeft aan dat zijzelf of hun vertegenwoordiger worden betrokken bij het opstellen van het zorgplan. Ruim 9 op de 10 cliënten geven aan dat het zorgplan inhoudelijk met hen wordt besproken en dat zij kunnen meebeslissen over de zorg die zij krijgen. Ook zijn de gesprekken tussen zorgverlener en cliënt (sterk) verbeterd.

Drie op de vier cliënten geven aan dat zij het zorgplan duidelijk vinden over de gestelde doelen van de zorg. Voor een kwart van de cliënten zijn de doelen dus onvoldoende transparant. Opvallend is dat 24% van de kwaliteitsfunctionarissen het geven van regie aan de cliënt niet als doel van het zorgplan ziet. Verbetermogelijkheden zijn dus zichtbaar op het gebied van het voeren van de dialoog met de cliënt, wat zich uit in de frequentie van het bespreken van het zorgplan, de mogelijkheid om

wijzigingen aan te brengen maar ook het opstellen van het plan vanuit het perspectief van de cliënt en het inzetten van communicatiemiddelen om ook met cliënten die fysiek dan wel cognitief minder goed in staat zijn de dialoog aan te gaan, het gesprek te kunnen voeren. In conclusie is een positieve ontwikkeling zichtbaar wat betreft de positie en regierol van de cliënt. Omdat sinds de invoering van het Besluit zorgplanbespreking vanuit het veld meer initiatieven zijn ontplooid ter verbetering van de positie van de cliënt, is dit een gezamenlijke verdienste.

Bijna twee derde van de cliënten is op de hoogte van het feit dat zij een klacht kunnen indienen wanneer het zorgplan niet of onvoldoende met hen wordt besproken. Een derde van de cliënten is zich hier niet van bewust. Hoewel dit onderzoek niet toereikend is om de oorzaken voor deze bevinding bloot te leggen, is het een aanbeveling voor instellingen om de informatievoorziening over de rechten van de cliënt die samenhangen met de zorgplanbespreking, te verbeteren.

Effect op de organisatiecultuur

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de organisatiecultuur bij zorginstellingen inderdaad meer cliëntgericht is geworden na de wettelijke verankering van de zorgplanbespreking. Zowel de zorgverlener, de kwaliteitsfunctionaris als de IGZ en overige derde partijen benoemen positieve ontwikkelingen ten opzichte van het cliëntgericht werken. De zorgplanbespreking vormt met name een stimulans of hulpmiddel om de bredere omslag naar cliëntgericht en vraaggestuurd werken vorm te geven. Zo zijn zorgverleners (zeer) positief over de rol van de zorgplanbespreking en beoordelen kwaliteitsfunctionarissen de cliëntgerichtheid gemiddeld met een 7,7. Daarnaast geeft 80% van de respondenten aan dat het zorgplan een verantwoordelijkheid is van zowel het management als de individuele zorgverlener. In de Nota van Toelichting op het Besluit zorgplanbespreking is opgenomen dat het voldoen aan wet- en regelgeving uitdrukkelijk één van de taken van het bestuur of management is, en niet uitsluitend een verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener op de werkvloer. Dit maakt dat alle partijen binnen een zorginstelling worden aangesproken. Het Besluit zorgplanbespreking lijkt in dit doel te hebben voorzien. Uit de diepte-interviews met derden (IGZ, zorgkantoor/zorgverzekeraar, bestuur, branche- en cliëntorganisaties) komt een genuanceerder beeld naar voren. Waar men onderkent dat een positieve ontwikkeling gaande is, wordt deze ook wel als 'papierene werkelijkheid' bestempeld. Het zorgplan is onderdeel geworden van de werkwijze en systemen van zorginstellingen, maar moet nog meer 'core business' van de zorgverlening worden. Ook wordt aangegeven dat toewijding en betrokkenheid van het bestuur van een instelling randvoorwaardelijk zijn om met het zorgplan echt stappen te zetten op het gebied van cliëntgerichtheid. In conclusie heeft de wettelijke verankering van de zorgplanbespreking ertoe geleid dat een positieve ontwikkeling gaande is richting een meer cliëntgerichte werkwijze. Er zijn echter nog stappen te zetten op het gebied van het aangaan van de dialoog met de cliënt en het zorgen van daadwerkelijke betrokkenheid bij het zorgplan.

Inzicht bij de toezichthouder

De wettelijke verankering van het Besluit zorgplanbespreking heeft ertoe geleid dat zorginstellingen het gebruik van het zorgplan in betere mate operationeel hebben geborgd. In die zin is het inzicht in het gebruik van het zorgplan en de bespreking daarvan vergemakkelijkt. Ook komt in dit onderzoek naar voren dat bijvoorbeeld het ondertekenen van het zorgplan door de cliënt, niet betekent dat de cliënt ook daadwerkelijk betrokken is geweest bij de totstandkoming ervan. Daarom kan niet worden geconcludeerd door toedoen van het Besluit zorgplanbespreking meer inzicht is verkregen in de *manier waarop* cliënten instellingen bij het zorgplan betrekken. Wel concludeert de IGZ dat er een stijgende lijn zichtbaar is op het gebied van cliëntgericht werken bij zorginstellingen. Er is echter ook nog een weg te gaan. Het zorgplan en de bespreking daarvan ziet de IGZ als een belangrijk middel om cliëntgericht te werken. Het is echter geen garantie voor cliëntgerichtheid. De dialoog met de cliënt en zijn/haar vertegenwoordiger en familie is belangrijk om een wederzijds verwachtingspatroon te creëren en afspraken over de zorg aan te gaan. Het zorgplan vormt een

middel om deze dialoog aan te gaan. De aanbeveling van de IGZ is dan ook om aandacht te besteden aan de communicatie met de cliënt en de zorgplanbespreking in te zetten als middel, niet als doel op zich. Een tweede aanbeveling is dat zorginstellingen de individuele zorgverlener voldoende moeten equiperen om met het zorgplan te werken en de bespreking daarvan met de cliënt aan te gaan. Indien dit onvoldoende het geval is, kan gedacht worden aan opleiding of bijscholing.

Neveneffecten

Met het Besluit zorgplanbespreking zijn in principe weinig tot geen aanvullende lasten opgelegd omdat het vormvrij en met een marginaal verantwoordingscomponent is ingevoerd. De resultaten tonen aan dat het effect op de administratieve lasten door 63% van de kwaliteitsfunctionarissen, maar slechts door 9% van de zorgverleners als redelijk zwaar tot zwaar wordt ervaren. De wijze waarop de individuele zorginstelling het gebruik van het zorgplan inricht, is van grote invloed op de mate waarin het zorgplan administratieve lasten met zich meebrengt. Dit komt naar voren in het aantal doelen dat instellingen in het zorgplan gecombineerd hebben. Gemiddeld zijn dit er 6, waarin zowel verslaglegging, verantwoording als de regierol van de cliënt naar voren komen. Een combinatie van 6 doelen in een document vereist een uitgebreid format. Respondenten zien dan ook met name op het gebied van het format van het zorgplan verbetermogelijkheden wat betreft versimpeling en het hanteren van een compacter format.

Men is van mening dat vormvrijheid van het zorgplan moet blijven bestaan, vooral omdat dit de mogelijkheid biedt het format door te ontwikkelen zodat het (nog) beter in kan spelen op de individuele situatie van de cliënt en daarmee de regierol vergroot kan worden. Concretisering van het Besluit zorgplanbespreking past dan ook niet binnen de wensen van het veld zelf.

Het effect op de verantwoording van de zorgaanbieder naar het zorgkantoor/zorgverzekeraar is zichtbaar in het feit dat 75% van kwaliteitsfunctionarissen aangeeft het zorgplan als verantwoordingsdocument te gebruiken richting zowel de cliënt als het zorgkantoor en de verzekeraar. Het zorgplan is echter niet primair bedoeld als verantwoordingsdocument. De Nota van Toelichting onderschrijft dat ook. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat het zorgplan een grote rol speelt in de verantwoording naar meerdere partijen. Dit leidt niet per definitie tot conflicterende doelstellingen, mits het primaire doel van het zorgplan nog steeds het vergroten van de regierol van de cliënt is en dit doel niet ondergesneeuwd raakt door verantwoording. Het effect op de relatie met andere patiëntenwetten is zichtbaar in het feit dat 33% van de instellingen aparte documenten hanteert in het geval van een documentatie- of dossierplicht. Dit kan leiden tot aanvullende administratieve lasten en een eventueel onoverzichtelijke situatie. Het Besluit zorgplanbespreking biedt integratie als een mogelijkheid; 1 op de 3 instellingen laat deze onbenut.

Beantwoording hoofdvragen

Bovenstaande conclusies ten aanzien van de deelvragen vormen tezamen het antwoord op de hoofdvragen:

1. Is het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg doeltreffend en wat zijn de effecten van het besluit in de praktijk?

Uit dit onderzoek komt naar voren dat het Besluit zorgplanbespreking doeltreffend is wat betreft het verbeteren van de positie van de cliënt en het stimuleren van een cliëntgerichte werkwijze. De resultaten tonen aan dat de positie van de cliënt binnen zorginstellingen verbeterd is ten opzichte van de situatie vóór invoering van het Besluit zorgplanbespreking. Cliënten worden (bijna) altijd betrokken bij het opstellen van het zorgplan en het bespreken daarvan en kunnen meebeslissen over de geleverde zorg. Wel zijn er mogelijkheden de regierol van de cliënt verder te versterken. Met name de mogelijkheid om wijzigingen aan te brengen in het zorgplan, de frequentie van de bespreking met de cliënt en de mate van transparantie van

de doelen van de zorg – in samenhang met voor de cliënt begrijpelijk taalgebruik – komen vanuit het perspectief van de cliënt naar voren als verbetermogelijkheden.

Dit onderzoek concludeert dat de mate van cliëntgerichtheid in de organisatiecultuur bij instellingen verbeterd is na invoering van het Besluit zorgplanbespreking. De betrokken partijen benoemen dat de zorgplanbespreking een stimulans vormt om de brede omslag naar cliëntgericht werken vorm te geven. Het zorgplan en de zorgplanbespreking zijn inmiddels ingebed in de werkwijze van instellingen. Wel moeten zij in meerdere mate leren omgaan met het zorgplan als hulpmiddel om vanuit het perspectief van de cliënt te werken. De wettelijke verankering van de zorgplanbespreking heeft er dan ook toe geleid dat een positieve ontwikkeling gaande is richting een meer cliëntgerichte werkwijze. Er zijn echter nog stappen te zetten op het gebied van het aangaan van de dialoog met de cliënt (en familie) en het borgen van daadwerkelijke betrokkenheid bij het zorgplan. Om een wederzijds verwachtingspatroon te creëren en afspraken over de zorg aan te gaan, is het van belang het zorgplan in te zetten als middel om de dialoog te voeren en het minder te zien als (administratief) doel op zich. Belangrijk om op te merken is het feit dat naast het Besluit zorgplanbespreking, ook de sectoren zelf initiatieven ter verbetering van de positie van de cliënt hebben ontplooid. De positieve ontwikkelingen die onderdeel zijn van deze rapportage, zijn niet volledig toe te bedelen aan het Besluit zorgplanbespreking maar vormen een gezamenlijke verdienste.

2. Welke aanbevelingen kunnen op basis van de bevindingen gedaan worden voor het eventueel aanpassen van de AMvB?

De resultaten van dit onderzoek bieden geen aanleiding om de Algemene Maatregel van Bestuur aan te passen. Wettelijk gestelde termijnen voor bijvoorbeeld het opstellen van een nieuw zorgplan in het geval van een nieuwe cliënt en het bespreken en evalueren van het zorgplan met alle cliënten (dan wel vertegenwoordigers) lijken toereikend te zijn, wat blijkt uit de succesratio in het halen van deze termijnen onder de deelnemende instellingen. Wel is er ruimte voor verbetering, maar de verantwoordelijkheid voor het doorvoeren daarvan ligt bij het veld zelf. Om de doeltreffendheid van het zorgplan in de praktijk verder te verbeteren, worden onderstaand aanbevelingen gedaan.

8.2 Aanbevelingen ter verbetering van het gebruik van het zorgplan en de zorgplanbespreking

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat het gebruik van het zorgplan en de bespreking daarvan goed opgenomen zijn door het veld. Iedere cliënt heeft een zorgplan, bespreekt dit op regelmatige basis met zijn of haar zorgverlener en kan meebeslissen over de inhoud ervan. Wel laten de resultaten zien dat er nog altijd ruimte voor verbetering is om de positie van de cliënt te versterken en de organisatiecultuur meer cliëntgericht te maken. Zoals eerder genoemd, hebben zorginstellingen de verantwoordelijkheid om verbeteringen zelf en op een eigen gewenste manier door te voeren. Onderstaand is een overzicht opgenomen van aanbevelingen die uit de resultaten van dit onderzoek naar voren zijn gekomen. De aanbevelingen zijn dus afkomstig uit het veld:

- Ga na of het zorgplan (nog) meer toegespitst kan worden op de cliënt door begrijpelijk en toepasselijk taalgebruik te hanteren, het plan vanuit het perspectief van de cliënt op te stellen en waar mogelijk alternatieve communicatiemiddelen in te zetten.
- Gebruik het zorgplan als levend document en voer hierover doorgaand de dialoog met de cliënt of zijn of haar vertegenwoordiger.
- Gebruik het zorgplan niet (primair) voor verslaglegging, bewijslast voor het voldoen aan wet- en regelgeving of verantwoording. Combineren van doelen kan, zo lang het primaire doel

het versterken van de regierol van de cliënt blijft. Maak bijvoorbeeld onderscheid tussen een cliëntdossier en het zorgplan.

- Maak gebruik van de bestaande vormvrijheid. Blijf gehanteerde formats doorontwikkelen zodat gewerkt kan worden aan het vinden van een optimale balans tussen het opstellen, afspreken én vastleggen van de doelen van de zorg zonder aanvullende lasten uit het oog te verliezen. Digitalisering van zorgplannen kan hier een impuls aan geven.
- Ga na in welke mate strikt sturen op formele ondertekening van het zorgplan van toegevoegde waarde is voor de cliënt. Een alternatief om betrokkenheid van de cliënt aan te tonen, is om de cliënt zelf (indien mogelijk) een deel van het zorgplan op te laten stellen.
- Informeer de cliënt over zijn of haar rechten met betrekking tot het zorgplan en de bespreking daarvan. Teveel cliënten zijn niet op de hoogte van de mogelijkheid een klacht in te dienen naar aanleiding van de zorgplanbespreking.
- Ga na of zorgverleners voldoende geëquipeerd zijn om met het zorgplan te werken en de dialoog met de cliënt te voeren. Indien dit onvoldoende het geval is, kan bijscholing op dit gebied van meerwaarde zijn.

9. Bronnenlijst

Officiële publicaties

- Besluit van 2 maart 2009, houdende verplichtstelling van een bespreking over het zorgplan bij verlening van zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg), DWJZ/SWW2912835, zorgplanbespreking. Publicatie in Staatscourant 2 maart 2009 – nr. 131; inclusief Nota van Toelichting

Geraadpleegde publicaties

- GGZ Nederland (2011) [online] ‘*Model-klachtreglement Wkcz/Bopz*’: artikel 2 van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (augustus 2011). Beschikbaar via het web: <http://www.ggznederland.nl/patient-en-kwaliteitswetgeving/modelklachtreglement-wkcz-bopz-ggz-nederland-aug-2011.pdf>
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, onderdeel van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011) [online] ‘*Kwaliteit van zorg bij langdurige vrijheidsbeperking van mensen met een verstandelijke beperking: vooral de dialoog ontbreekt*’: Onderzoek in 24 locaties november 2011. Beschikbaar via het web: http://www.igz.nl/Images/Rapport%20Langdurige%20vrijheidsbeperking%20gehandicapten_zorg_tcm294-315054.pdf
- Kits, L & N.V. de Wael (2010) namens Landelijk Platform GGz [online] ‘*Zorgzwaartepakketten in de praktijk: Een onderzoek naar zorgzwaartepakketten in de ggz 'juni 2010*’. Beschikbaar via het web: <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/lpggz-acties-persberichten-rapporten-etc/rapport-onderzoek-zzp-in-de-ggz-bewerkt.pdf>
- Kool, R.B., C.G.M. Pepels, M.J.P.M. Stukstette (2007) ‘*Het gebruik van het zorgplan in de praktijk*’ Jaargang 85 2007 nr.5
- Prismant (2006), (Kool, R.B., C.G.M. Pepels, M.J.P.M. Stukstette (2007) “Het gebruik van het zorgplan in de praktijk” Jaargang 85 2007 nr.5)

Geraadpleegde websites

- CBS (2012) [online] ‘*Zorginstellingen; financiën, personeel, productie, capaciteit, SBI 2008*’. Beschikbaar via het web: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81732ned&D1=0%2c87%2c135-145%2c167-183%2c191-207&D2=0%2c4-6&D3=4-5&HDR=G1%2cG2&STB=T&VW=T>
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, onderdeel van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012) [online] ‘*Verpleging en langdurige zorg*’. Beschikbaar via het web: http://www.igz.nl/onderwerpen/verpleging-en-langdurige-zorg/Verpleging_en_langdurige_zorg.aspx
- <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/wat-is-de-cq-index.html>