

Verkendend casusonderzoek onder oud-bewoners, familie en professionals over de beleving van leven en zorg

In gesprek over leven en zorg in het verpleeghuis



Datum

11 februari 2014

Opdrachtgever

Anno Pomp, VWS

Contact

Sophie Hoogeboom, AEF

Referentie

GVI-14/eindrapport_feb14

Foto voorkant

HH/Hans van Rhoon

Samenvatting



Aanpak onderzoek (hoofdstuk B)

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft AEF gevraagd te verkennen of **de afhankelijkheidsrelatie** van invloed is op het beeld dat tijdens een zorgtraject bestaat over hoe de zorg beleefd wordt. De vraag is of eindgesprekken met oud-bewoners, familie en professionals betrokken bij recent afgesloten zorgtrajecten een ander (wellicht eerlijker) beeld opleveren in vergelijking met hun beleving tijdens het zorgtraject. Het doel van dit verkennend casuonderzoek is tweeledig:

- B. **Inzicht krijgen** of de gesprekken na afronding van de zorg andere inzichten opleveren over de kwaliteit van de zorg en tevredenheid van de bewoner/verwanten tijdens de zorg
- t. Nagaan of er **lessen** getrokken kunnen worden op welke wijze (en door wie) het gesprek tijdens de zorg gevoerd kan worden om dezelfde eerlijke informatie te krijgen, zodat de zorgverlening continue verbeterd kan worden

In de eerste fase van dit onderzoek voerden wij **ruim Aw gesprekken** met bewoners/naasten van wie de zorg is afgerond en de belangrijkste professionals over ieders beleving van de zorg. Vervolgens reflecteerden we met de verpleeghuizen en relevante (landelijke) partners op de rode draden uit de verhalen om lessen uit te trekken over de werkwijze van de gesprekken over leven en zorg en in het bijzonder de zorgleefplanbesprekingen. De eerste deelvraag beantwoordden we relatief simpel. De **focus** in het rapport ligt daarom op de tweede deelvraag en de uitdagingen die daarbij aan het licht kwamen. Verder is het belangrijk om te benadrukken dat het hier een verkennend casuonderzoek betreft. De gevoerde gesprekken (**tlf cases**, **k. huizen**) hadden niet tot doel een beeld van de verpleeghuiszorg in Nederland te geven, maar hebben wel een rijk en voor de deelnemende huizen herkenbaar beeld opgeleverd van wat er speelt in de praktijk. Toch is enige voorzichtigheid met het generaliseren van de conclusies wel gewenst.



Context van de gesprekken over leven en zorg (hoofdstuk t)

Uit de gesprekken zijn verschillende factoren naar voren gekomen die van invloed zijn op de beleving van de kwaliteit van leven en zorg in het verpleeghuis. Allereerst de **setting** waarin de gesprekken plaats vinden, waarbij zowel sprake is van informele gesprekjes (tussendoor, op de gang) als formele contactmomenten tussen familie, professionals en bewoner. Ook de manier waarop professionals deze gesprekken **registreren** en hoe de landen in de zorgverlening, is van invloed op de beleving van leven en zorg. Het zorgleefplan vormt de leidraad waarin formele afspraken omtrent zorg en welzijn geborgd zijn, en de dagelijkse rapportage houdt zowel familie als professionals op de hoogte van de laatste ontwikkelingen van de bewoner op het gebied van zorg en welzijn. Bovendien en niet in de laatste plaats hebben de **onderlinge verhoudingen** tussen bewoner, familie en professional invloed op de beleving van leven en zorg en de manier waarop de gesprekken daarover verlopen. Er is sprake van emotionele en professionele relaties, een afhankelijkheidsrelatie en een mogelijk veranderende relatie als gevolg van het ziektebeeld van de bewoner.



Bevindingen uit de gesprekken (hoofdstuk 1€)

Het algemene beeld dat uit de gevoerde gesprekken naar voren komt is dat bewoner, familie en professional **vaak hetzelfde beeld** hebben over hoe het zorgtraject is verlopen en de kwaliteit van het leven in het verpleeghuis. Oud-bewoners en familie geven aan dat zij er na afloop van het zorgtraject niet anders naar kijken dan tijdens het zorgtraject. Er is dan sprake van een groot onderling vertrouwen in de zorg en de kwaliteit van leven van de bewoner in het huis. Wanneer dit vertrouwen minder is of wordt, is er een aantal belemmeringen aan te wijzen dat een open gesprek hierover lastig maakt. Ook in deze situaties gaven familie en oud-bewoners aan dat zij zaken die voor hen belangrijk waren ook tijdens het zorgtraject ter sprake hebben kunnen brengen. Wel maakt het gesprek na afloop duidelijk wat het lastig heeft gemaakt om tijdens het zorgtraject de kwaliteit van zorg en de tevredenheid te verhogen.

Belemmeringen die een open gesprek bemoeilijken, zijn: de (emotionele) **impact van het ziektebeeld** en de veranderende relatie tussen bewoner en familie; **gedeeld partnerschap** van familie en professional dat soms kan botsen; de **afhankelijkheidsrelatie** die de drempel hoger kan maken om ontevredenheid te benoemen; de hoge **werkdruk** van het personeel, de **setting** van de zorgleefplanbespreking waarin familie in bijzijn van de bewoner niet alles durft te benoemen wat ze zien en andersom; **wederzijds onbegrip** waardoor er langs elkaar wordt gesproken; en afsluitend de **inzet van flex-personeel** dat niet goed op de hoogte is van de gemaakte afspraken.

Uit de gevoerde gesprekken komt bovendien naar voren dat de manier waarop met het zorgleefplan wordt gewerkt en de manier van registreren cruciaal is ter ondersteuning van de communicatie. Om te kunnen borgen dat de registratie de goede zorgverlening en de onderlinge communicatie daarover ondersteunt, zijn van belang: een **secure registratie** in zowel zorgleefplan als dagelijkse rapportage en activiteitenplan; **lezen** en **naleven** van de geregistreerde afspraken door alle betrokken professionals.



Conclusies en advies (hoofdstuk 1€)

De gesproken oud-bewoners, familie en professionals hadden na afronding van de zorg **geen fundamenteel ander perspectief** ontwikkeld op de kwaliteit van de zorg en tevredenheid tijdens de zorg. Hoe oud-bewoners en familie na afloop zeggen de zorg te hebben beleefd, komt overeen met hoe zij met professionals hierover spraken tijdens het zorgtraject. Daarmee levert een eindgesprek **geen ander (of eerlijker) beeld** op dan de gesprekken die over leven en zorg worden gevoerd tijdens een zorgtraject. Ook de inhoud van de zorgleefplannen die we hierop hebben geraadpleegd komt hiermee overeen. Wel leverden de gesprekken na afronding van de zorg andere inzichten op over de belemmeringen die bewoners, familie en professionals ervaren om open te kunnen spreken over de verwachtingen en tevredenheid over de geboden zorg. Daarnaast valt op dat de rol van het zorgleefplan extra belangrijk wordt in die gevallen waarin bewoners, familie en professionals niet op één lijn zitten.

De algemene ervaring van familie en bewoners is dat er goede zorg wordt geboden en **de goede gesprekken worden gevoerd** over wat belangrijk is in het leven en de zorg van de bewoner. De zorg is een centraal onderdeel van de dagen van verpleeghuisbewoners, bijvoorbeeld het uit bed halen en het naar de wc brengen van de bewoner. Toch benoemen de gesproken oud-bewoners en familie vaker juist de **dagelijkse activiteiten** – zoals verplegend personeel dat een praatje komt maken of in de woonkamer zit – als doorslaggevend voor de kwaliteit van het leven van de bewoner in het huis en de mate

waarin zij de kwaliteit van zorg beoordelen.

Ook komt uit de casuïstiek naar voren dat er een aantal oorzaken zijn waarom perspectieven van bewoner, familie en professional over kwaliteit van leven en zorg uit elkaar kunnen lopen. Zowel het **professioneel handelen** als de **ondersteunende systematiek** kunnen ervoor zorgen dat een bewoner of familie de afweging maakt om ontevredenheid niet te benoemen, of dat er juist ontevredenheid ontstaat over de manier waarop de signalen landen in de kwaliteit van zorg. Er lijkt sprake te zijn van **handelingsverlegenheid** bij professionals om onvrede met bewoners en/of familie te bespreken. Daarnaast ontbreekt het aan een **passend instrument** dat tevredenheid gedurende de looptijd van het zorgtraject te monitoren. De bestaande structuren (zoals rondom het zorgleefplan en de bespreking daarvan) voorzien hier niet in.

Het **advies** is om vervolg te geven aan de dialoog over bovenstaande opgaven en thema's, om de uitkomsten van deze verkenning verder te brengen en een concreet handelingsperspectief te organiseren voor de professionals, management en bestuur van verpleeghuizen en VWS als regievoerder op stelselniveau. **Concrete thema's** om verder te verkennen, zijn:

- Hoe kunnen we meer ruimte creëren voor het goede gesprek?
- Hoe zorgen verpleeghuizen ervoor dat professionals het goede gesprek kunnen voeren?
- Hoe kunnen verpleeghuizen het systeem positioneren als (meer) ondersteunend aan de zorg?
- Hoe kan het lerende karakter van de sector worden versterkt?

Inhoud

Samenvatting

1 Inleiding

B. B	Aanleiding onderzoek	IA
B. t	Onderzoeksvragen	nt
B. 1€	Aanpak onderzoek	nt

2 Context van de gesprekken over leven en zorg ow

t. B	Communicatie tussen bewoner/familie en professional	Bw
t. t	Registratie als ondersteuning van de communicatie	BB
t. 1€	Onderlinge verhouding van bewoner, familie en professional	B1€

3 Bevindingen uit de gesprekken met oud-bewoners, familie en professionals oA

1€. B	Wanneer bewoners en familie tevreden zijn	Bk.
1€. t	Belemmeringen die een open gesprek lastig maken	BA
1€. 1€	De inzet van het zorgleefplan als ondersteunend middel	tB

4 Conclusies en advies A

1€. B	Conclusie B: gesprek na afloop geeft geen ander beeld	tk.
1€. t	Conclusie t: geleerde lessen om 'het goede gesprek' te voeren	tA
1€. 1€	Advies	tnt

1 Inleiding

Veel ouderen kunnen met de juiste begeleiding langer thuis wonen. Pas bij complexere problematiek verhuist een oudere naar een verpleeghuis. Medewerkers van verpleeghuizen hebben te maken met een doelgroep die vanwege hun ziektebeeld meer afhankelijk is van zorg. Hiermee worden onderwerpen als kwetsbaarheid en afhankelijkheid nog belangrijker dan voorheen. Naast medische verpleging is het welbevinden van bewoners ook onderdeel van goede zorg. Maar wanneer draagt zorg bij aan een goed leven in het verpleeghuis? En hoe praten bewoners, familie en professionals over de beleving van leven en zorg?

0.0 Aanleiding onderzoek

De verpleeghuiszorg is een veelbesproken onderwerp in de politiek en de media. Incidenten worden breed uitgemeten, de financiën in deze sector zijn regelmatig onderwerp van gesprek en de problemen rondom personeelstekort zijn alom bekend. De complexe maatschappelijke context maakt dat de sector onder een vergrootglas ligt. De onderwerpen waar vaak (negatieve) aandacht voor is, doen weinig recht aan de essentie van het werk: het met de juiste kennis en aandacht verplegen en verzorgen van ouderen. De afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in de doorontwikkeling van de verpleeghuiszorg. Deze investeringen hebben resultaat. Zo stelt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) dat de situatie in verpleeghuizen die eerder onvoldoende scoorden nu sterk verbeterd is.

In de periode waarin een bewoner in een verpleeghuis woont, is hij/zij afhankelijk van het verplegend personeel. Het is aan de verpleging, bewoner en familie om samen te bespreken wat goede zorg is en wie welke taak heeft in het zorgproces. De uitkomsten van deze gesprekken worden vastgelegd in een zorgleefplan. Dit plan is een middel om de wensen en tevredenheid van bewoners in kaart te brengen. De beleving van de bewoner staat dan ook centraal in de zorgleefplanbesprekingen. Die gesprekken kunnen echter gekleurd zijn, omdat zowel de bewoner als de familie afhankelijk is van de verpleging. De vraag is of deze gesprekken, vanwege de afhankelijkheidsrelatie, een eerlijk beeld opleveren.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft AEF gevraagd een verkenning uit te voeren naar [de invloed van de afhankelijkheidsrelatie](#) op de zorgleefplanbesprekingen. De ervaringen van oud-bewoners, familie en professionals na afronding van zorg staan in deze verkenning centraal. Met de uitkomsten van de verkenning streeft VWS naar meer inzicht in de gesprekken die over leven en zorg gevoerd worden en concrete handvatten voor de continue verbetering van de werkwijze van de gesprekken die worden gevoerd.

o. Onderzoeksvragen

Om lessen ter verbetering op te stellen is inzicht in de manier waarop bewoners, familie en verpleging de zorg werkelijk beleven cruciaal. Ook is het van belang om zicht te krijgen op de manier waarop gesprekken worden gevoerd en welke rol het zorgleefplan daarin heeft. Dit verkennende onderzoek heeft dan ook twee hoofddoelen:

- o. Inzicht krijgen of de gesprekken na afronding van de zorg andere inzichten opleveren over de kwaliteit van de zorg en tevredenheid van de bewoner/verwanten tijdens de zorg
- . Nagaan of er lessen getrokken kunnen worden op welke wijze (en door wie) het gesprek tijdens de zorg gevoerd kan worden om dezelfde eerlijke informatie te krijgen, zodat de zorgverlening continue verbeterd kan worden

o. Aanpak onderzoek

Dit onderzoek is uitgevoerd in twee fasen: ^b) het ophalen van inzichten en ^t) het formuleren van lessen om de werkwijze rond gesprekken over leven en zorg¹ en het zorgleefplan te verbeteren.

In de eerste fase hebben we door middel van **gesprekken met oud-bewoners, familie en betrokken zorgprofessionals** inzichten over beleving van zorg en de werking van het zorgleefplan opgehaald. Hierbij is gekozen voor kwalitatief casuonderzoek, om zo dicht mogelijk te komen bij de werkelijke beleving van oud-bewoners, familie en professionals. De beleving van leven en zorg is een individueel gegeven en dat maakt dat elk verhaal uniek is. Toch hebben de ervaringen van oud-bewoners, familie en professionals vaak overeenkomsten. Doel van de gesprekken was om een gedetailleerd beeld te krijgen van thema's die in de verpleegzorg leven rondom zorgbeleving en zorgleefplannen. De uitkomsten van dit onderzoek leveren dan ook geen generiek (landelijk) beeld op. Doel is om vanuit de casuïstiek inzichten en lessen op te werpen die breder herkenbaar kunnen zijn.

In de tweede fase werkten we toe naar **concrete handvaten** om de werkwijze rond de gesprekken over leven en zorg en in het bijzonder de zorgleefplanbesprekingen in verpleeghuizen te verbeteren. Hiervoor hebben we op de uitkomsten van de gesprekken gereflecteerd met bestuurders van de deelnemende verpleeghuizen. Ook is een meedenkgroep gevormd van enkele leden uit de kerngroep Wonen en Zorg en wetenschappers op gebied van zorg. Afsluitend is een brede dialog sessie georganiseerd, om met alle betrokken partijen in gesprek te gaan over de vraagstukken die het onderzoek heeft opgeleverd.



¹ Daar waar we in dit rapport spreken over leven en zorg, bedoelen we de medische zorghandelingen én welzijn en aandacht voor het leven van de bewoner in het verpleeghuis. Ook gebruiken we vaak de term familie. Hiermee doelen we op de naaste(-n) die de rol van eerste contactpersoon vervult.

Steekproef casuïstiek

Voor de samenstelling van de casuïstiek is gekozen voor deelname van **vijf verpleeghuizen**. Deze verpleeghuizen zijn benaderd op basis van hun ligging (regionale spreiding) en bereidheid (capaciteit) om deel te nemen aan het onderzoek. Per verpleeghuis zijn vervolgens **vijf recent afgeronde zorgtrajecten** geselecteerd voor de samenstelling van de casuïstiek.² De selectie van cases vond plaats op basis van verschillende kenmerken, waarbij een voorwaarde was dat er geen afhankelijke relatie meer was met het betreffende huis. Alle onderzochte zorgtrajecten hebben betrekking op een recent vertrek i.v.m. verhuizing of overlijden. Dat houdt in dat in alle tlf cases het zorgtraject afgerond was bij de start van het onderzoek, ca. A weken tot 1€ maanden terug. In de selectie speelde een spreiding in mate van eigen regie (variëteit in leeftijd, geslacht, ziektebeeld, taalbeheersing) een grote rol. In dit onderzoek is geen specifieke variëteit aangebracht in culturele diversiteit van bewoners of personeel.



Figuur 0: Ligging van de deelnemende verpleeghuizen

Voor elk zorgtraject is gesproken met de **oud-bewoner** of **familielid** en namens de betrokken **professionals** de eerste contactverzorgende (EVV'er). In totaal zijn gesprekken gevoerd met 1€ oud-bewoners en hun naasten, tB familieleden van onlangs overleden bewoners en Bnt professionals die eerste contactverzorgende van de bewoner waren.³ Daarnaast is een steekproef van de betreffende zorgleefplannen geanalyseerd om te toetsen of de bevindingen uit de gesprekken overeenkwamen met de daadwerkelijke inhoud van de plannen.

Voor elke casus zijn steeds eerst oud-bewoners en familie gesproken, daarna de betrokken professional. Door de **open vraagstelling** en structuur van doorvragen op belangrijke en vaker voorkomende thema's in de ervaringen, is in elk gesprek getoetst of de belangrijkste ervaringen boven tafel kwamen. Om op te kunnen halen wat er echt speelde in de casuïstiek zijn de gesprekken gevoerd met oog voor de betrokkenen in een prettige en vertrouwelijke sfeer en omgeving. Oud-bewoners en familie konden zelf kiezen waar het interview plaatsvond: bij het verpleeghuis, bij hen thuis of op een andere locatie. Er was ook ruimte om een ander persoon bij het gesprek te vragen. Zo was er in de gesprekken met oud-bewoners meestal een familielid bij.

²Bij één verpleeghuis zijn vier i.p.v. vijf zorgtrajecten onderzocht door last-minute afzien van deelname aan het onderzoek door familie. In verband met de toentertijd reeds bereikte saturatie van het onderzoek is geen nieuwe casus aan het onderzoek toegevoegd.

³Een aantal professionals was contactpersoon voor t of 1€ bewoners.

2 Context van de gesprekken over leven en zorg

Veranderingen in fysieke of mentale gezondheid maken dat een oudere naar een verpleeghuis verhuist. Het verblijf in een verpleeghuis bestaat dan ook altijd uit een medische en zorgcomponent, maar tegelijkertijd is het verpleeghuis ook het ‘thuis’ van de oudere. Zowel de (medische) zorg als het dagelijks leven bepalen hoe de bewoners van een verpleeghuis de zorg ervaren.

In dit hoofdstuk beschrijven wij de factoren die wij in het onderzoek zijn tegengekomen, die van invloed zijn op de beleving van de kwaliteit van leven en zorg in het verpleeghuis. De kwaliteit van leven en de gesprekken die bewoners, familie en professionals daarover voeren, worden beïnvloed door **de setting** waarin de betrokkenen elkaar spreken; hoe de gesprekken landt in de (**registratie** van de) zorgverlening; maar ook door de **onderlinge verhoudingen** van de betrokkenen. In onderstaande paragrafen gaan we op elk van deze factoren dieper in.

.o Communicatie tussen bewoner/familie en professional

Bewoners, hun betrokken familieleden en professionals bespreken in meerdere situaties het leven en de zorg in het verpleeghuis. Hierin kan een onderscheid gemaakt worden tussen formele en informele gesprekken. Beide type gesprekken landt op een andere manier in de documentatie.

Informele gesprekken

De meeste gesprekken van bewoners en hun familie met professionals vinden vaak plaats op de wandelgangen in het verpleeghuis, bij de bewoner aan bed, of in de gemeenschappelijke leefruimte. Te denken valt aan een bezoekmoment waarin een familielid van een bewoner gauw even bijpraat met de verpleging, of aan een professional die even een praatje komt maken met een bewoner. Deze informele gesprekken zijn niet vooraf ingepland, en vinden dus spontaan en op verschillende momenten plaats. In veel van de gevoerde gesprekken in het kader van dit onderzoek kwam naar voren dat zowel oud-bewoners, familieleden en professionals veel waarde hechten aan deze informele contactmomenten.

Zaken die in deze informele gesprekken besproken worden, landt vaak in de dagelijkse rapportage van de verpleging. In deze dagrapporten worden opvallende dingen op het gebied van zorg en welzijn dagelijks bijgehouden. Deze zijn daarmee ook de leidraad voor overdracht van diensten van professionals.

Uit de gesprekken komt naar voren dat de informele contactmomenten vaak van groot belang zijn voor de mate van [tevredenheid](#) over de verblijfsperiode in het verpleeghuis. Goede dagelijkse communicatie (en dus niet alleen tijdens de formeel afgesproken momenten) is dus een erg belangrijke voorwaarde voor een positieve beleving van leven en zorg.

Formele gesprekken

Naast de informele gesprekken vinden tijdens het verblijf in het verpleeghuis meerdere formele gesprekken over leven en zorg plaats tussen de bewoner met eventueel betrokken familieleden en de professionals. Deze gesprekken worden periodiek ingepland. De algemene lijn is dat wanneer een bewoner cognitief goed functioneert, hij/zij zelf bij het gesprek aanwezig is, en dat familie pas wordt ingeschakeld op het moment dat dit niet meer het geval is. Op basis van deze algemene lijn en andere factoren wordt per bewoner een afweging gemaakt wie er precies bij deze gesprekken aanwezig zijn. Als een bewoner die cognitief goed functioneert de aanwezigheid van een familielid op prijs stelt, wordt hier ook gehoor aan gegeven, bijvoorbeeld.

Aan het begin van de verblijfsperiode vindt normaliter een [startgesprek](#) plaats. In dit gesprek wordt aan familie en bewoner gevraagd toe te lichten wat voor hen belangrijk is op het gebied van zorg en welzijn. Op basis van dit formele gesprek, en soms ook op basis van informatie van een vorige zorginstantie, wordt een eerste versie van het zorgleefplan opgesteld.

Na dit startgesprek vinden [periodieke gesprekken](#) plaats. Meestal is dit eens per half jaar. Deze gesprekken zijn vaak multidisciplinair van aard, wat inhoudt dat er zorgprofessionals uit verschillende disciplines aanwezig zijn, en daarnaast de bewoner en/of een naaste. In deze gesprekken vormt het eerder opgestelde zorgleefplan de leidraad. In het gesprek wordt getoetst of de gemaakte afspraken nog relevant en representatief zijn voor de zorg en het leven van de bewoner in het verpleeghuis. Mocht de situatie van een bewoner in korte tijd sterk veranderd zijn, dan worden deze periodieke besprekingen eerder ingepland. Bij weinig of geen grote veranderingen wordt de periode van een half jaar aangehouden. Op basis van deze periodieke formele gesprekken wordt het zorgleefplan aangepast, zodat het weer passend is voor de actuele wensen van de bewoner.

. Registratie als ondersteuning van de communicatie

Zaken die in formele en informele gesprekken besproken worden, worden op verschillende manieren geregistreerd. Opvallende zaken die in informele setting gedeeld worden met het verplegend personeel landen vaak in de [dagelijkse rapportage](#). In de meeste verpleeghuizen gebeurt die dagelijkse registratie digitaal. Vaak kunnen familieleden online meelezen en reageren op hetgeen dat hierin gerapporteerd wordt. Bovendien vormt de dagelijkse registratie de leidraad voor de overdracht van diensten van het personeel; door de dagelijkse registratie te lezen, kunnen zij zien hoe het met de bewoners ging vóórdat zij aan hun dienst begonnen.

De inhoud van de formele besprekingen vormt de inhoudelijke basis van het [zorgleefplan](#). Het zorgleefplan dient als een ondersteunend communicatiemiddel en is een document náást de dagelijkse registratie: zowel voor het verplegend personeel, artsen en verzorgenden als voor bewoners en hun familieleden. Het plan vormt de leidraad waarin alle formele hoofdafspraken omtrent zorg en welzijn geborgd zijn. Het is daarom zaak dat het plan voldoende aansluit bij de realiteit, en bij veranderende situaties in het zorgtraject. Ook worden in het plan doelen per levensdomein opgesteld.

In veel verpleeghuizen is het zorgleefplan de afgelopen jaren digitaal geworden. Dit houdt in dat verplegend personeel, artsen, en vaak ook familieleden en bewoners het plan digitaal kunnen inzien. Naast het zorgleefplan waarin de formele afspraken en doelen geborgd zijn, bestaat de digitale omgeving uit meerdere onderdelen zoals onder andere contactgegevens van artsen en van familie, medische informatie en ook dagelijkse rapportage van de verpleegkundige professionals, waarin dus regelmatig ook de informele gesprekken landen.

Tijdens de gesprekken met familieleden, merkten wij op dat zij het begrip zorgleefplan vaak gebruiken om niet alleen het daadwerkelijke zorgleefplan te duiden, maar ook de dagelijkse registratie. Familieleden zien de dagelijkse registratie en het zorgleefplan als één dossier en maken er geen onderscheid tussen. De professionals die wij spraken ervoeren wel een duidelijk onderscheid tussen het zorgleefplan en dagelijkse registratie. Het is wel zo dat ieder verpleeghuis hier op een eigen manier invulling aan geeft. Sommige huizen gebruiken de doelen in het zorgleefplan als kopjes in de dagelijkse registratie. Bij andere huizen staan deze documenten meer los van elkaar, en wordt er voor iedere bewoner op dezelfde levensdomeinen gerapporteerd.

De inhoud en indeling van het zorgleefplan verschilt per huis. Voorbeelden van levensdomeinen zijn; autonomie, participatie en lichamelijk welbevinden. Een doel op het levensdomein 'autonomie' kan bijvoorbeeld zijn; zelfstandig het bovenlichaam wassen. Voor levensdomein 'participatie' zou als doel gesteld kunnen worden om mee te doen aan activiteiten die door het verpleeghuis worden georganiseerd. Op het levensdomein 'lichamelijk welbevinden' worden doelen gesteld met betrekking tot de medische situatie van de bewoner.

2.10 Wettelijk kader zorgleefplan

De zorg in verpleeghuizen valt onder de Wet langdurige Zorg (twwnt), waarin het perspectief, de drijfveren en de mogelijkheden van de cliënt centraal staan. Zelfmanagement en eigen kracht zijn leidende principes in het zorgleefplan. De zorgleefplanbespreking is een systematische evaluatie om deze principes in de zorgverlening te borgen. In twwv werd de positie van de cliënt versterkt met het 'besluit zorgplanbespreking', waarin wettelijke verplichtingen voor de zorgaanbieders zijn vastgesteld.

Er bestaat dus een wettelijk kader, maar verpleeghuizen zijn vrij om de vorm van het zorgleefplan en de manier van registreren op eigen wijze in te vullen. Hierbij maken zij keuzes wat betreft:

- De (duur van de) observatie, voorafgaand aan het opstellen van het zorgleefplan
- De frequentie van de rapportage in het zorgleefplan
- Wie er inzage heeft in het zorgleefplan en via welk medium
- De (tussentijdse) evaluatie van het zorgleefplan

Gemaakte keuzes door de vijf verpleeghuizen

Hoewel de verpleeghuizen vrij zijn om keuzes te maken wat betreft bovenstaande punten, komt de werkwijze per huis bij de vijf huizen die deelnamen aan het onderzoek grotendeels overeen:

- De vijf huizen werken allemaal met een **dynamisch zorgleefplan**, waarbij een eerste concept-plan binnen 24 uur na aanvang van het zorgtraject moet zijn opgesteld.
- Het definitieve zorgleefplan wordt binnen zes weken opgesteld en besproken in een **multi-disciplinair overleg** (MDO).
- Vanaf het moment dat het zorgleefplan definitief is, vindt elk halfjaar een **zorgleefplanbespreking** plaats. Dat kan in de vorm van een bespreking met de EVV'er, of in de vorm van een multi-disciplinair overleg waarbij ook een arts, fysiotherapeut, diëtist

of psycholoog kan aanschuiven. Het zorgleefplan wordt of door de wilsbekwame cliënt ondertekent en anders door zijn wettelijk vertegenwoordiger (eerste contactpersoon).

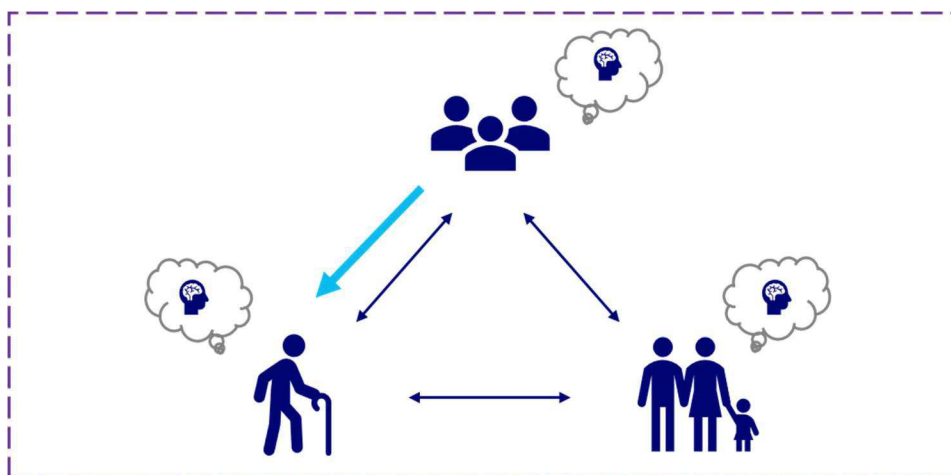
- Bij een wilsbekwame cliënt wordt **toestemming** gevraagd om het zorgleefplan en de dagelijkse registratie te delen met verwanten. Bij een wilsbekwame cliënt kan alleen de wettelijk vertegenwoordiger meelesen.
- De dagelijkse rapportage vindt plaats in een **digitaal systeem**. Alle 5 verpleeghuizen zijn de afgelopen jaren op dit vlak gedigitaliseerd.

Het beleid voor de dagelijkse rapportage verschilt wél per huis. Zo zijn er huizen waarbij het de regel is dat elke handeling geregistreerd moet worden. Bij andere huizen hoeven alleen opvallende of afwijkende gebeurtenissen geregistreerd te worden.

. Onderlinge verhouding van bewoner, familie en professional

Nu de setting van de gesprekken en de manier waarop de gesprekken landen in de documentatie, is het belangrijk nader in te gaan op de rol van de onderlinge relaties tussen alle betrokkenen.

In praktijk blijkt de kwaliteit van leven en de gesprekken die bewoners, familie en professionals daarover voeren in grote mate te worden bepaald door onderlinge relaties. Op papier lijken deze verhoudingen en rollen helder afgebakend, maar in praktijk blijken de verhoudingen complex te zijn en een grote invloed te hebben op de tevredenheid over de zorg en de kwaliteit van de gesprekken die worden gevoerd. Het is van belang deze onderlinge verhoudingen in acht te nemen, bij het interpreteren van de beleving van en de tevredenheid over de zorg.



Figuur verhoudingen tussen bewoner, familie en professional

De partijen in deze driehoek denken en handelen vanuit eigen persoonlijkheid en referentiekader. Dit heeft invloed op de manier waarop gesprekken tussen de professional en bewoner/familie worden gevoerd. We kunnen de verschillen tussen de referentiekaders duiden in verschillende aspecten van de onderlinge relaties en communicatie:

- Allereerst is er sprake van een **afhankelijkheidsrelatie** van de bewoner/familie met de professional. De bewoner en familie zijn immers afhankelijk van de professional voor de zorg die wordt geleverd. Bewoners en familie zijn vaak terughoudend in het aangeven van klachten of opmerkingen, uit angst om “achteraan in de rij” te belanden.

- Ook het **ziektebeeld** van de bewoner heeft invloed op de onderlinge relaties, en daarmee de veranderende relatie tussen de bewoner en familie. Vooral cognitieve beperkingen als gevolg van ouderdom of dementie kunnen ervoor zorgen dat de bewoner zich anders voordoet of beperkter kan uiten tegen familie en professionals.
- Daarnaast vinden gesprekken vaak **niet met alle partijen tegelijkertijd** plaats: de familie praat los met professional en met de bewoner en bewoner spreekt ook los met professional en met de familie. Het resultaat hiervan is dat er verschillende beelden kunnen ontstaan over wat er nodig is in het leven en de zorg voor de bewoner.
- Professional en familie hebben daarnaast **verschillende perspectieven** over wat er nodig is voor de bewoner. De professional handelt vanuit een medische en professionele invalshoek, familie vooral vanuit een emotionele. Familie die sterk betrokken is bij de bewoner vindt het soms ook lastig om de (mantel)zorg uit handen te geven. De wederkerige relaties tussen professional en familie vormen een uitdaging.
- De professional heeft daarnaast te maken met de **controle door bewoner en familie**, die in veel gevallen het zorgleefplan en/of de dagelijkse registratie kunnen inkijken en op basis daarvan een beeld vormen of de juiste dingen gebeuren.

Een laatste factor van invloed op de onderlinge verhoudingen zijn **vooroordelen**, en in sommige gevallen discriminatie. Deze factoren hebben we niet in alle huizen terug gehoord in de gesprekken, maar zijn wel van belang om te noemen omdat professionals het lastig vinden om hier goed mee om te gaan. Zo geven medewerkers aan dat sommige bewoners alleen door een vrouw verzorgd willen worden, of vrouwen juist niet serieus nemen. Medewerkers met een migratie-achtergrond krijgen te maken met discriminatie door bewoners. Medewerkers vinden het lastig om dit te benoemen in gesprek met bewoners, en zeker bij mensen die cognitief achteruitgaan is het lastig om vooroordelen blijvend te veranderen. De vooroordelen staan open communicatie in de weg en hebben effect op de algehele beleving van de zorg. Professionals ervaren discriminatie als een serieuze belemmering in het gesprek over de beleving van zorg en leven.

3 *Bevindingen uit de gesprekken met oud-bewoners, familie en professionals*

In dit hoofdstuk beschrijven we belangrijke inzichten die uit de gesprekken naar voren zijn gekomen. De toegevoegde citaten illustreren de sprekende situaties die **bewoners, familie of professionals** uitlichtten in hun ervaringen. Over dat het praten over leven en zorg zo vaak goed gaat vanuit de waardering voor de gegeven zorg in de verpleeghuizen, maar ook hoe lastig het kan zijn om aan te geven wanneer je daar anders over denkt. Oud-bewoners en familie geven aan dat zij er na afloop van het zorgtraject niet anders naar kijken dan tijdens het zorgtraject. De tevredenheid van de bewoner en familie over de kwaliteit van zorg is bij de betrokken professionals in alle gevallen bekend. Wel is niet in alle gevallen sprake van een gedeeld beeld over wat er zou moeten gebeuren om de kwaliteit van zorg en daarmee de tevredenheid van bewoner en familie te verhogen.

In de analyse gaan we nader in op de manier waarop de gesprekken over de kwaliteit van zorg en de tevredenheid van bewoners en familie worden gevoerd, maar ook de belemmeringen die zij ervaren om hierover open in gesprek te gaan. Ook besteden we aandacht aan hoe het zorgleefplan en de (dagelijkse) registratie de zorgverlening en de onderlinge communicatie daarover ondersteunen. Hierbij gaan we specifiek in op de rol van het zorgleefplan ten opzichte van andere registratie-instrumenten, omdat dit document met doelen en afspraken de basis vormt voor de gesprekken over de kwaliteit van leven en zorg.

.o Wanneer bewoners en familie tevreden zijn

Om te beginnen met een algemeen beeld dat uit de gevoerde gesprekken naar voren komt: bewoner, familie en professional hebben **vaak dezelfde beelden** over het zorgtraject en de kwaliteit van het leven van de bewoner in het verpleeghuis. De tevredenheid over de kwaliteit van zorg en leven die oud-bewoners en familie aangeven te voelen na afloop van het traject, hebben zij tijdens het zorgtraject met professionals kunnen delen. De kwaliteit van zorg en leven wordt vaak als goed ervaren, waarbij de perspectieven van alle betrokken partijen overeenkomen. In deze situaties is er meestal **frequent en goed contact** tussen bewoner, familie en professional: bewoner en familie voelen zich gehoord. Het echte gesprek vindt vooral plaats tijdens (korte) momenten in de gang, aan de telefoon of in het restaurant. Professionals luisteren naar de wensen en behoeften van bewoner én familie en handelen daar naar. Onderstaande voorbeelden illustreren dit laatste punt: er is bij professionals niet alleen oog voor de bewoner, maar juist ook voor de familie.



Professional

“Aan het begin van het zorgtraject proberen we de familie echt welkom te heten. Net als bij een bewoner is het ook belangrijk om bij familie vertrouwen op te bouwen. We geven duidelijk aan dat ze alles mogen doen en altijd mogen komen. De thuissituatie wordt nagebootst.”

“Ik heb een fobie voor uitwerpselen. Omdat mijn vader slecht zag hielp ik hem wel eens met naar het toilet gaan, maar daar kon ik zelf dan eigenlijk helemaal niet goed tegen. De verpleging sprong dan bij en drukte mij op het hart dat ik hen voortaan gewoon kon bellen. Naast de aandacht voor mijn vader, was er ook oog voor mij. Dat waardeerde ik enorm.”



Familie

. Belemmeringen die een open gesprek lastig maken

De opvattingen die bewoner, familie en professional hebben over het zorgtraject liggen zoals gezegd vaak op één lijn. Wel geven oud-bewoners en familie in de gesprekken na afloop van de zorg aan dat het niet altijd makkelijk is om het gesprek over hun tevredenheid over de kwaliteit van zorg op een goede manier te voeren. Er zijn een paar terugkerende belemmeringen aan te wijzen die het gesprek over de beleving van leven en zorg bemoeilijken. Zowel bewoners en familie als professionals geven aan dat deze belemmeringen hen veel tijd en energie kosten. Deze belemmeringen staan de betrokkenen vaak in de weg om (weer) op één lijn te komen en vanuit een gedeeld beeld de kwaliteit van zorg door de professional en de tevredenheid van bewoner en familie te verhogen. Hieronder lichten we toe wat deze belemmeringen zijn:

- de **impact van het ziektebeeld** op de beleving van zorg
- **gedeeld partnerschap** van familie en professional in het zorgdragen voor de bewoner
- de **afhankelijkheidsrelatie**
- de **hoge werkdruk** op het personeel
- de **setting** van de zorgleefplanbespreking
- **wederzijds onbegrip** waardoor je langs elkaar heen blijft praten
- de inzet van **flex-personeel**.

We behandelen de belemmeringen op volgorde van belang zoals dit uit de gesprekken naar voren is gekomen.

De impact van het ziektebeeld

Het ziektebeeld maakt dat verwachtingen van familie en professionals over zorgbehoeften van de bewoner wel eens botsen. Bewoners van verpleeghuizen hebben verschillende ziektebeelden, grofweg in te delen in twee categorieën: somatische aandoeningen en/of beperking van cognitieve functies (dementie).

Zeker in het geval van dementie heeft het ziektebeeld impact op een zorgtraject. Zowel voor familie als voor professionals zijn autonomie en zelfbeschikking voor de bewoner van belang. De verwachtingen van familie en professionals over wat goed is voor een bewoner kunnen echter uiteenlopen. De familie kent de bewoner lang en neemt de wensen die een bewoner had voorafgaand aan een zorgtraject als uitgangspunt. De professional ziet een bewoner elke dag en schat de wensen van de bewoner in vanuit de huidige situatie. Familie en professional kijken dan vanuit verschillende perspectieven naar de bewoner en kunnen diepgewortelde overtuigingen over wat het beste is voor een bewoner botsen. Betrokkenen zijn er van elkaar niet altijd van op de hoogte dat ze met een andere blik naar de bewoner kijken.



Familie

“Mijn man hield niet van bami, maar kon dat door zijn ziektebeeld zelf niet kenbaar maken. Het stond echter wel in het zorgleefplan.”



Professional

“Meneer at een keer een bord bami en dat had hij als eerste op. Hij genoot er zichtbaar van. Toen hebben we besloten om hem net al de andere bewoners ook bami te geven als dat op het menu stond.”

Een steeds terugkerende spanning voor het verplegend personeel in deze situaties is de mate waarin zij zelf een (professionele) inschatting maken van de wensen van de bewoner en daarnaar handelen, en in hoeverre zij meegaan met de wensen van familie. Een extra complicerende factor is de veranderende relatie tussen familie en bewoner. De relatie tussen familie en bewoner is veranderd als gevolg van het ziektebeeld: een geliefde of vader/moeder is nu afhankelijk en hulpbehoevend.

De impact van de veranderde situatie voor bewoner en familie is soms zo groot dat het lastig is om open gesprekken te voeren over het verloop van een ziektebeeld en de gevolgen daarvan voor de bewoner en zijn naasten. Onbegrip of verdriet over de situatie kunnen ertoe leiden dat de familie het gevoel heeft niet begrepen te worden door de professional, of dat de boodschap die professionals willen overbrengen niet landt bij de familie. Dit leidt veelal tot irritatie en een verslechterde relatie.

Gedeeld partnerschap

Familie en professional hebben een gemeenschappelijk doel: het beste voor de bewoner. Familie en professionals hebben een ‘gedeeld partnerschap’ in het zorgdragen voor de zorg van een bewoner. De onderlinge verwachtingen over dit partnerschap kunnen echter uiteenlopen.

Landelijk beleid is erop gericht om ouderen langer van hun eigen thuis te laten genieten. Met als gevolg dat ouderen met een zwaardere indicatie in een verpleeghuis komen. Mantelzorgers hebben voorafgaand aan de opname van hun dierbare vaak een lange, intensieve periode van zorg achter de rug. Ze zijn blij dat ze er niet meer alleen voor staan. Soms verwacht de familie dat de zorg van hun dierbare volledig aan het verpleeghuis overgelaten kan worden. Familie raakt dan geïrriteerd als professionals sturen op de gezamenlijke verantwoordelijkheid.

“Familie heeft soms zo’n andere verwachting van een zorgtraject. Het lijkt dan alsof ze hun dierbare over de schutting gooien en ze niks meer hoeven te doen. Dat levert aan beide kanten een hoop frustratie op.”



Professional

Andersom komt ook voor: mantelzorgers zijn bereid een actieve bijdrage te leveren in de zorg van hun dierbare. Ze kennen het ziektebeeld en de gevolgen ervan tot in detail. Daarmee kunnen ze van meerwaarde zijn in het zorgtraject. Professionals en andere disciplines zoals artsen verwachten dan niet van een mantelzorger dat ze een dusdanige rol willen of kunnen vervullen, en laten de kennis en inzet onbenut.



Familie

“Mijn moeder had dementie en een hele specifieke benadering nodig. Het was wekelijks zoeken hoe je mijn moeder het beste kon behandelen. Daarvoor zocht ik allerlei informatie op en die paste ik toe. Deze kennis nam ik mee naar MDO’s [multidisciplinair overleg]. Ik was altijd goed voorbereid. Tijdens MDO’s wilde zij mij niet actief betrekken bij het zorgtraject. Het voelde het alsof ik tegen een muur aan praatte. ”

Uit de gesprekken komen veel situaties naar voren waarin over en weer de verwachtingen over het gedeeld partnerschap onvoldoende zijn uitgesproken. Ook komt het voor dat de verwachtingen te weinig gericht zijn op het ‘samen doen’. Dit zorgt voor belemmeringen in het gesprek over de beleving van leven en zorg. Zowel familie als professionals gaven in de gesprekken aan dat er kansen worden gemist om elkaars krachten beter te benutten.

De afhankelijkheidsrelatie

In veel gevallen zorgt de afhankelijkheidsrelatie voor een drempel in het dagelijkse gesprek over de beleving van zorg en leven. Omdat bewoners weten dat ze nog langer met de betreffende professional in contact zijn, voelen zij zich vaak bezwaard om dingen die op hun hart liggen te bespreken. Dit kunnen kleinere kwesties zijn, zoals een onaardige nachtverpleegster, maar ook grotere klachten, zoals een structureel gevoel van onveiligheid doordat professionals bewoners (door onderbezetting) alleen laten.

De afhankelijkheidsrelatie is ook voelbaar voor familie, wat hen kan weerhouden om kwesties bespreekbaar te maken of onvrede te uiten door een klacht in te dienen. In formele besprekingen uiten ze hun onvrede vaak wel, maar het kan ongemakkelijk zijn om dit te doen.



Familie

“Ik gaf niet alle problemen aan bij het personeel, of voelde mij ongemakkelijk om het een tweede keer kenbaar te maken. Want ja, mijn moeder is toch afhankelijk van het personeel. Wanneer ze mij of mijn moeder een zeur vinden, kan dat betekenen dat mijn moeder wordt overgeslagen of minder goed wordt behandeld. Een klacht is helemaal geen optie. Ik wil en moet toch met het personeel blijven samenwerken.”

De meeste professionals zijn zich bewust van de afhankelijkheidsrelatie. Zij geven op hun beurt aan expliciet te verwijzen naar de mogelijkheid voor bewoners en familie om onvrede of in het ergste geval klachten bespreekbaar te maken: bij henzelf of een aangewezen vertrouwenspersoon. De praktijk wijst echter uit dat deze mogelijkheid vaak onbenut wordt gelaten. De afhankelijkheidsrelatie blijkt toch een belemmering om het hart te luchten.



Professional

“Ik merk vaak een afhankelijkheidsrelatie met de bewoner. Ik geef in het begin van het zorgtraject aan dat bewoners altijd kwesties kunnen melden, bij mij of bij de vertrouwenspersoon. Toch merk ik dat bewoners zelden hun onvrede uiten naar ons..”

Volgens professionals is het doorgaans de familie die kwesties aankaart. Als zij merken dat bewoners ergens mee zitten, dan uit zich dat soms ook in afwijkend gedrag. Dit afwijkende gedrag vormt dan de route om onbesproken kwesties toch te bespreken.



Familie

“Mijn moeder had behoefte aan wat extra aandacht, maar daar was geen tijd voor. Even een luisterend oor, meer niet. Helaas was daar vaak geen tijd voor. Niks ten nadelen van het personeel, want die doet hun best. Maar dat weerhield me ervan om het aan te kaarten in besprekingen.”



Professional

“Ik zou ook graag zien dat we meer mensen hebben, zodat er meer tijd is om te praten met bewoners. Maar dat is helaas niet de realiteit.”

De hoge druk op het personeel

Samenhangend met de afhankelijkheidsrelatie zoals hierboven benoemd, is het begrip van bewoner en familie voor de hardwerkende professional. Bewoners ervaren het personeel als druk. Dat maakt de ze niet willen ‘zeuren’. Bijvoorbeeld als zij behoefte hebben aan wat meer aandacht in de vorm van een gesprek, of in het geval van vieze vlekken op de kleren. Als de onvrede erg groot is, wordt de kwestie toch

aangekaart. Soms door de bewoner zelf, maar vaak door familie.

De gevoelde hoge werkdruk (vaak door personeelstekort) is een vaak gehoorde drempel om echt te zeggen wat er speelt: familie en oud-bewoners zien en voelen de onmacht van het personeel door het personeelstekort, en voelen zich daardoor ongemakkelijk om signalen van onvrede bespreekbaar te maken. Zoals hiernaast te lezen weerhoudt deze drempel hen soms. Ook professionals geven aan dat zij vaak een hoge werkdruk ervaren en daardoor minder kunnen doen dan zij zouden willen voor bewoners en familie.

De setting van de zorgleefplanbespreking

De relaties en onderlinge verhoudingen tussen bewoner, familie en professional kunnen ook zorgen voor een drempel in formele besprekingen: in een zorgleefplanbespreking durft de bewoner zich in de buurt van de familie niet uit te spreken over wat goed zou zijn.

Of het tegenovergestelde: familie durft zich in de buurt van de bewoner zelf niet uit te spreken over wat goed zou zijn. Het kan gaan over kleinere gevoeligheden, onenigheid met een medebewoner, of grotere aangelegenheden, zoals de besproken verwachtingen over ziektebeeld en bijkomende gevolgen. Dit leidt ertoe dat, zo laat de volgende passage uit een gesprek ook zien, er naderhand schaduwgesprekken plaatsvinden zonder de bewoner.



“Mijn tante was depressief en voelde zich ongelukkig en eenzaam. Ze kon tegen de mensen van wie ze hield erg lelijk doen, maar tegen het personeel hield de schijn hoog. [...] Er was een keer per jaar een bespreking over het zorgleefplan met tante erbij. Hierin werden behandeling, verzorging, eten en activiteiten besproken. Om mijn tante niet te schaden vertelde ik niet wat er op mijn hart lag en waarvan ik dacht dat goed voor haar zou zijn. Na afloop van de bespreking vond altijd nog een gesprek plaats zonder mijn tante. Dit kwam niet terug in het zorgleefplan. Het zorgleefplan was geen accurate weerspiegeling van het werkelijke proces.”

Daarnaast vertelden bewoners en familie ook over situaties waarin zij uit schaamte over voorgevallen situaties aan het personeel vroegen deze níet te registreren. Bijvoorbeeld in het geval van een bewoner die lelijk had gedaan tegen een medebewoner en zich hier naderhand voor schaamde. De schaamte is een grote drempel om open gesprekken te kunnen voeren in de setting van de zorgleefplanbespreking.

Langs elkaar heen praten

De formele (en informele) besprekingen bieden in veel gevallen voldoende mogelijkheden om een gedeeld beeld te krijgen over het zorgtraject en wederzijds begrip. In een kleine minderheid van de cases bleef de beleving van familie en professionals uit elkaar te liggen. Signalen van onvrede waren niet bekend of werden anders geïnterpreteerd door professionals en kregen geen plaats in het zorgleefplan. Dat kan er dus zelfs in resulteren dat een familielid het idee heeft dat haar dierbare anders behandeld wordt en het gesprek hierover niks oplevert, terwijl de betrokken professional het gevoel heeft juist op één lijn te liggen en over alles te kunnen praten met het familielid.



Familie

“Mijn man was niet in staat om te praten en daarom een bewoner die gemakkelijk werd vergeten of minder zorg aan werd verleend. Signalen van onvrede waren er veel. Ik kon zeggen wat ik wilde, maar er gebeurde niks.”



Professional

“Ik kon met mevrouw altijd open en eerlijk communiceren. Ik ben geschokt door dit verhaal.”

In gesprek met de bestuurders in reflectie op deze bevinding kwam naar voren dat dit beeld herkenbaar is voor de deelnemende huizen. Zij geven aan dat zij op zoek zijn naar een (laagdrempelig) instrument om de tevredenheid van bewoner en familie tijdens de zorg te achterhalen om snel in te kunnen spelen op wat er speelt.

Flex-personeel

De inzet van tijdelijk personeel dat de bewoner in kwestie niet kent, bemoeilijkt de overdracht van aandachtspunten in de kwaliteit van leven en zorg. Flex-personeel is vaak onontkoombaar om gaten in de planning te kunnen dichten, maar zeker als een nieuwe collega voor het eerst komt is er weinig kennis over de situatie van een bewoner.

Het zorgleefplan is dan een belangrijk middel in de informatieoverdracht over een bewoner.

In de praktijk loopt de overdracht niet alleen via de weg van het zorgleefplan. De kennis over wat een bewoner fijn vindt en wat niet, zit meestal in het collectief geheugen van een afdeling. De vaste verpleging weet wat er moet gebeuren, en hoe. Deze kennis staat dan niet op papier of is moeilijk op te zoeken. Indien deze kennis niet geraadpleegd wordt of kan worden door de flexwerker, leidt dit tot onwenselijke situaties in de dagdagelijkse zorg, tot frustratie van vast personeel en familie. Het volgende voorbeeld geeft de kern van deze belemmering pijnlijk weer.



Familie

“Moeder is altijd bang voor water geweest en die angst werd steeds groter. Daardoor durfde ze niet in de douche en later niet in de badkamer. Dat is opgenomen in het zorgleefplan. Als je merkt dat dat door flex-personeel, die het meeste van de tijd met mijn moeder waren, niet wordt nageleefd, dan frustreert dat enorm. Het resulteerde in situaties waarin mijn moeder schreeuwde en agressief werd in de badkamer. Vervolgens verscheen in het zorgleefplan: ‘Mevrouw was agressief’. Dan denk ik: ‘als je mensen steeds aanspreekt op onvermogen, dan raken mensen gefrustreerd.’”

Het niet altijd (consequent) naleven van de afspraken uit het zorgleefplan hangt samen met de mentaliteit die sommige professionals ervaren bij flex-personeel: zij hebben minder binding met de organisatie en bewoners.



Professional

“Als je iets doet wat niet lukt, dan blijf je het proberen met andere benaderingen. Flex-personeel neemt hier vaak niet de tijd voor. Ze werken minder met hun hart en hebben minder een band met de bewoners.”

Daarnaast vinden professionals het fijn als ze elkaar kunnen aanspreken op ongewenst gedrag. Hiervoor is vertrouwen nodig. Tijd is een voorwaarde om vertrouwen op te kunnen bouwen. Tijdens de eerste keren dat flexwerkers meedraait in team, is dit wederzijdse vertrouwen er (nog) niet. Zeker niet als een team bestaat uit meerdere flexwerkers. Dat is logisch, maar zorgt ook voor een belemmering: ongewenst gedrag blijft dan onbesproken.

In gesprek met de bestuurders bleek de bevinding over flex-personeel herkenbaar voor de deelnemende huizen. De toename van flex- en afname van vast personeel is echter wél de nieuwe realiteit waar de sector en huizen zich tot zullen moeten verhouden. Het erkennen hiervan schuurt met ethische overtuigingen over wat de beste omgeving is voor een oudere. Teams en professionals, maar ook bewoners en familie, willen immers graag een omgeving waarin ze met elkaar een band kunnen opbouwen. Hier is vastigheid voor nodig. Met een flexibele schil is dat lastiger.

Wel zijn er mogelijkheden denkbaar om de krachten van deze flexers beter te benutten. Zij hebben meer afstand tot zorgtrajecten en zien mogelijk dingen die vast personeel niet (meer) ziet. Door hun juist de verantwoordelijkheid te geven om dit soort signalen op te pikken en te adresseren, kunnen ze een waardevolle bijdrage leveren aan de organisatie. Voor huizen liggen hier dus kansen.

. De inzet van het zorgleefplan als ondersteunend middel

Het zorgleefplan is een middel om goede, integrale zorg en het overleg tussen zorgverlener en zorgvragen te realiseren.⁴ Wanneer bewoner, familie en betrokken professionals vertrouwen in elkaar hebben, wordt dit doel vaak in goed gesprek met elkaar al bereikt. Het zorgleefplan is dan minder belangrijk in de gesprekken over leven en zorg. De betrokkenen hebben het gevoel op één lijn te zitten, waardoor de inhoud van het zorgleefplan puur ondersteunend is aan de geboden zorg.



Oud-bewoner

“De term zorgleefplan is bij mij niet bekend. Maar geen fout woord over het personeel hoor.”

Indien dit vertrouwen op enig moment wordt geschaad, wordt het zorgleefplan als instrument belangrijker om de betrokkenen op één lijn te krijgen en te houden.

In sommige situaties is het zorgleefplan geen ondersteunend middel om het gesprek over zorgbeleving te voeren, maar wordt de registratie in het plan ervaren als een doel op zich. Dit is in de volgende situaties het geval, die we hieronder nader toelichten:

- bij de inzet van het zorgleefplan als controle-instrument op de geboden zorg
- bij spanning in de mate van registreren en lezen van het zorgleefplan en bieden van zorg
- bij niet consequent handelen naar afspraken uit het zorgleefplan
- bij het niet-kennen van de bewoner door flex-personeel.

Zorgleefplan als controle-instrument

Wanneer het vertrouwen in het personeel laag is, kan het voorkomen dat de familie terugvalt op het zorgleefplan om te controleren of de juiste zorg geboden wordt. Uit wantrouwen controleert de familie de inhoud van de dagelijkse registratie of de uitvoering van afspraken uit het zorgleefplan. Daardoor ontstaat onnodige irritatie over en weer. Soms is er bijvoorbeeld een reden waarom de zorg anders verloopt dan normaal: een bewoner kan een dag geen zin hebben om te douchen. Aangelegenheden zoals een keer niet douchen worden dan door familie aan de orde gesteld, zonder dat zij zicht hebben op de gehele situatie van

⁴Memorie van Toelichting Wet langdurige zorg, kst.161ent11B.

bewoner en professional. Een gesprek kan helpen om dit op te helderen, maar in sommige gevallen is de situatie hier te gespannen voor.



Familie

“Na het incident met mijn moeder raakt ik het vertrouwen in het personeel een beetje kwijt. Om er toch zeker van te zijn dat mijn moeder de zorg en aandacht kreeg die ze nodig had, keek ik dagelijks in de rapportage om te kijken of de nodige handelingen uitgevoerd waren.”

De gesproken professionals voelen dit wantrouwen, maar gaven aan niet goed te weten hoe ze het vertrouwen van de familie kunnen terugwinnen. Om met deze controle om te gaan, registreren professionals extra veel bij bewoners waarvan zij weten dat familie het ‘controleert’. Uit onze analyse van de zorgleefplannen kwam naar voren dat wanneer familie of bewoner zeer ontevreden is, het zorgleefplan door de professional wordt uitgebreid naar een zeer omvangrijk document. Alle details en afspraken worden dan genoteerd. Zo’n zeer gedetailleerd zorgleefplan kan helpend zijn in situaties waar details voor de bewoner het verschil maken. Maar als het knelpunt zit in de uitvoering van het plan, of in de communicatie tussen professionals, bewoner en familie, dan is een extra omvangrijk zorgleefplan geen oplossing voor het daadwerkelijke probleem. Bovendien leggen professionals zichzelf veel druk op, omdat ze veel extra tijd kwijt zijn aan de registratie van de zorg. Het zorgleefplan wordt dan een doel op zich tussen familie en professional, en is niet langer toereikend als ondersteunend middel voor het gesprek.



Professional

“Het thuis kunnen meekijken is fijn voor mensen die op afstand voelen. Vaak gaat het zonder problemen, maar sommige families hijgen in mijn nek. Ze reageren op alles in de dagelijkse rapportage en zijn pietluttig op de afspraken uit het zorgleefplan. Dat belemmert me in mijn werk als professional.”

Registreren

Er zit een verschil tussen de keuzes die professionals maken in de mate van registreren die spanningen met zich meebrengen. Professionals maken verschillende keuzes in het dagelijkse registreren: het moment van registreren, de frequentie van registreren, de nauwkeurigheid en

volledigheid, het impliciet of expliciet benoemen van perspectief/signalen van bewoner of familie, het benoemen van algemene signalen (weinig toezicht op de groep door een onderbezetting) of persoonlijke aangelegenheden (‘mijn vader of moeder krijg (weer) geen cranberrysap’).

Voor het verschil in registreren zijn diverse oorzaken aan te wijzen, zoals: de mate van ervaren nut en noodzaak tot registratie, de onduidelijkheid over welk doel de

registratie eigenlijk dient, een gebrek aan kennis en kunde, de interpretatie van organisatiebeleid of de heersende normen in het team. De verschillende perspectieven van bewoner, familie en betrokken professional(s) en de gevolgen voor de te leveren zorg komen daardoor niet altijd terug in de dagelijkse rapportage.



Professional

“Tussen mijn diensten door rapporteer ik op mijn werktelefoon. Ik zie het als een verplichting naar en bewoner toe. Sommigen maken de afweging om meer tijd met door te brengen. Dat snap ik ook wel.”

De genoemde keuzes in de dagelijkse registratie en de gevolgen daarvan kunnen spanningen met zich mee brengen. Elke gesproken professional ervaart een dilemma bij het dagelijkse registreren in en het lezen van de rapportage in het zorgleefplan. Professionals delen de overtuiging dat registreren en lezen nodig is. Nodig om als professional op de hoogte te zijn van de actuele situatie van een patiënt en daar naar te handelen. En nodig om als team, en in het bijzonder flex-personeel, de neuzen dezelfde kant op te krijgen en te houden. Op deze manier wordt de continuïteit van zorg van patiënt geborgd. Dit staat op gespannen voet met het geven van persoonlijke aandacht aan bewoners.

“Ik zie een tweedeling op de werkvloer tussen mensen die het plan secuur bijhouden, en mensen die minder secuur rapporteren. Daardoor is het zorgleefplan in het algemeen niet altijd even accuraat en waardevol. Ik spreek de collega's in kwestie hier op aan, maar dit werpt niet altijd zijn vruchten af.”



Persoonlijke aandacht is enerzijds hetgeen familie én bewoner het meeste waarderen in de zorg voor hun dierbare. Ook voor professionals is het de reden voor de keuze voor het vak: betekenis geven aan het leven van een ander. Dit verhoogt het werkplezier. Een kopje koffie met een bewoner en een goed gesprek over vroeger is daar een voorbeeld van. Tegelijkertijd wordt ook onderkend dat lezen en registreren nodig is om dezelfde bewoner goede zorg te kunnen bieden. Geen tijd spenderen aan het zorgplan en de dagelijkse registratie is dus ook niet goed. Het gaat om de juiste balans tussen die twee. Bij sommige professionals is deze balans zoek geraakt. Bewoners en familie ervaren dat dan ook zo.



“Personeel was veel in de weer met hun tablet en administratie. Dat frustreerde. Volgens mij konden ze tijd beter aan de bewoners zelf besteden.”

Consequent handelen

Het bespreken van de wensen van de bewoner (en soms onvrede) leidt veelal tot nieuwe afspraken in het zorgleefplan of aantekeningen in de dagelijkse rapportage. Hier (consequent) naar handelen vormt soms een probleem voor professionals. Dit is een probleem, omdat elke professional zijn eigen (routinematige) keuzes maakt, afspraken anders interpreteert of vergeet. Dit heeft vervelende gevolgen voor de bewoner als resultaat.



“Mijn moeder had om medische en sociale redenen cranberrysap nodig. In een glas gemengd met water, want pure cranberrysap is erg bitter. Als ze het niet dagelijks dronk, kreeg ze last van blaasontsteking. Ook haar gedrag veranderde als gevolg van de blaasontsteking. Ze kon agressief worden tegen anderen. Het pijnlijke was dat de sap niet consequent geschonken werd, of niet consequent in die verhouding. Ik heb het heel vaak mondeling en in MDO's aangekaart. Daar werd gezegd dat ze er aan zouden werken. Maar personeel bleef het vergeten.”



“De incidenten met de cranberrysap ken ik. Ik luister altijd naar familie en klachten. De overdracht van een dienst gaat mondeling. Nieuwe mensen worden geïnstrueerd over voorkeuren, maar helaas gaat het vaak fout. Dat geldt ook voor professionals die er langer werken. Dat is frustrerend. Zorgleefplannen worden niet altijd gelezen. Soms is daar simpelweg geen tijd voor. Tegelijkertijd is het ook lastig om van Jg bewoners alle voorkeuren altijd paraat hebben. Zeker op hectische dagen. Soms wordt er van alle kanten aan je getrokken en vergeet je nog wel eens wat helaas.”

Zoals bovenstaand voorbeeld illustreert, hebben de (ogenschijnlijk) kleine handelingen van professionals grote impact op de beleving van bewoner én professional. Het steeds opnieuw aanklaarten van onvrede kan dusdanig veel ongemak opwekken bij bewoners en familie, dat het een drempel vormt in het onderlinge gesprek over de kwaliteit van leven en zorg. Het zorgleefplan is in deze gevallen geen hulpmiddel om deze drempel te verlagen of dit ongemak te voorkomen.

Randvoorwaarden succesvolle registratie ter ondersteuning van goede dienstverlening

Uit de gevoerde gesprekken komt naar voren dat de manier waarop met het zorgleefplan wordt gewerkt en de manier van registreren cruciaal is ter ondersteuning van de communicatie. Om te kunnen borgen dat de registratie de goede zorgverlening en de onderlinge communicatie daarover ondersteunt, is van belang dat:

- er secuur wordt **gerapporteerd** in zowel het brede zorgleefplan (doelen en acties op de verschillende levensdomeinen) als de dagelijkse rapportage en het activiteitenplan;
- dat de registratie goed wordt **gelezen** en weinig ruimte biedt voor een andere interpretatie door collega's;
- en dat het plan door alle professionals in de verpleging wordt **nageleefd**.

4 Conclusies en advies

De gevoerde gesprekken (tlf cases, k. huizen) hadden niet tot doel een beeld van de verpleeghuiszorg in Nederland te geven, maar hebben wel een rijk en voor de deelnemende huizen herkenbaar beeld opgeleverd van wat er speelt in de praktijk. Het onderzoek heeft naast inzicht in de invloed van de afhankelijkheidsrelatie op de beelden die tijdens de zorg bestaan over de tevredenheid van bewoners en familie over leven en zorg, belangrijke lessen opgeleverd die bruikbaar zijn voor de continue verbetering van de werkwijze in verpleeghuizen rondom de zorgleefplanbesprekingen en andere gesprekken. We hebben mooie voorbeelden gezien over hoe professionals tijdens de zorg het gesprek voeren met bewoner en familie over de verwachtingen, wensen en behoeften in leven en zorg.

In dit hoofdstuk leest u de belangrijkste opbrengsten van de verkenning. Daarbij onderscheiden we twee conclusies, conform de tweeledige doelstelling van dit onderzoek. Ook formuleren we in ons advies handvaten om de dialoog over ‘het goede gesprek’ voort te zetten, met als doel de kwaliteit van de gesprekken over leven en zorg in verpleeghuizen te verhogen.

K.o Conclusie o: gesprek na afloop geeft geen ander beeld

Doel 1: Inzicht krijgen of de gesprekken **andere inzichten** opleveren over de kwaliteit van de zorg en tevredenheid van de bewoner/verwanten tijdens de zorg

De gesproken oud-bewoners, familie en professionals hebben na afronding van de zorg geen fundamenteel ander perspectief ontwikkeld op de kwaliteit van de zorg en tevredenheid tijdens de zorg. De uitkomsten van de gesprekken zijn eenduidig: de gevoerde gesprekken na afloop van het zorgtraject leverden geen nieuwe informatie op over de beleving van de kwaliteit van zorg en de tevredenheid van de oud-bewoners of familie. **Hoe oud-bewoners en familie na afloop zeggen de zorg te hebben beleefd, komt overeen met hoe zij met professionals hierover spraken tijdens het zorgtraject.** Daarmee levert een eindgesprek geen ander (of eerlijker) beeld op dan de gesprekken die over leven en zorg worden gevoerd tijdens een zorgtraject. De signalen die oud-bewoners en familie tijdens dit onderzoek met ons deelden waren herkenbaar voor de professionals die bij het zorgtraject betrokken waren. Ook de inhoud van de zorgleefplannen die we hierop hebben geraadpleegd komt hiermee overeen.

Wel maakt de analyse van de gesprekken die wij met oud-bewoners, familie en professionals hebben gevoerd na afronding van de zorg expliciet wat de belemmeringen zijn die worden

ervaren om open te kunnen spreken over de verwachtingen en tevredenheid over de geboden zorg. En wat in de weg staat om met de bestaande beelden over de kwaliteit van zorg en de tevredenheid van bewoners en familie aan de slag te gaan. Hierbij valt op dat bewoners en familie **meer ruimte ervaren om open en eerlijk te zijn in informele gesprekken** die zij met professionals voeren, dan in de hiervoor bestemde formele gesprekken (zorgplanbesprekingen). Daarnaast dat **de rol van het zorgleefplan** extra belangrijk wordt in die gevallen waarin bewoners, familie en professionals niet op één lijn zitten.

K. Conclusie : geleerde lessen om ‘het goede gesprek’ te voeren

Doel 2: Nagaan of er **lessen getrokken kunnen worden** op welke wijze (en door wie) het gesprek tijdens de zorg gevoerd kan worden om dezelfde eerlijke informatie te krijgen, zodat de zorgverlening continue verbeterd kan worden

De ervaringen van de gesproken oud-bewoners, familie en professionals leiden tot een concrete omschrijving van hoe de gesprekken over de beleving van zorg en het leven in het verpleeghuis verlopen. De casuïstiek maakt duidelijk waar het goed gaat, en in welke gevallen het beter kan. De complexiteit in de onderlinge relaties tussen bewoner, familie en professionals is van invloed op de openheid die betrokkenen voelen om te zeggen wat er echt speelt.

De algemene ervaring van familie en bewoners is dat er goede zorg wordt geboden en de goede gesprekken worden gevoerd over wat belangrijk is in het leven en de zorg van de bewoner. De zorg is een centraal onderdeel van de dagen van verpleeghuisbewoners, bijvoorbeeld het uit bed halen en het naar de wc brengen van de bewoner. Toch benoemen de gesproken oud-bewoners en familie vaker juist de **dagelijkse activiteiten** – zoals verplegend personeel dat een praatje komt maken of in de woonkamer zit – als doorslaggevend voor de kwaliteit van het leven van de bewoner in het huis en de mate waarin zij de kwaliteit van zorg beoordelen.

Ook komt uit de casuïstiek naar voren dat er een aantal oorzaken zijn waarom perspectieven van bewoner, familie en professional over kwaliteit van leven en zorg uit elkaar kunnen lopen. Zowel het **professioneel handelen** als de **ondersteunende systematiek** kunnen ervoor zorgen dat een bewoner of familie de afweging maakt om ontevredenheid niet te benoemen, of dat er juist ontevredenheid ontstaat over de manier waarop de signalen landen in de kwaliteit van zorg. Per oorzaak benoemen we beknopt wat uit het onderzoek naar voren is gekomen, met daarbij een bijhorend vraagstuk om de zorg op dit punt te kunnen verbeteren:

Wanneer bewoner en familie tevreden zijn

Om te beginnen en nogmaals te benadrukken: het gaat vaak goed. Wanneer bewoner en familie tevreden zijn over de zorg en vertrouwen hebben in de betrokken professionals, staan alle neuzen vaak dezelfde kant op in de (zorgleefplan-) besprekingen met professionals. Meer in het bijzonder in de informele setting kunnen mensen elkaar goed vinden. En wat er onderliggend daadwerkelijk in het zorgleefplan staat, maakt dan ook minder uit: dat is ondergeschikt aan de goede zorg die wordt geleverd.

Monitoring van de zorgbeleving

Het zorgleefplan en de bespreking ervan zijn onder meer bedoeld om de beleving van zorg en leven in het verpleeghuis te kunnen monitoren. Het zorgleefplan geeft op hoofdlijnen vaak een goed beeld, maar de beleving van de zorg wordt vooral gevormd door de (informele) gesprekken tussendoor. Verpleeghuizen zoeken naar een instrument dat meer omvattend is om de zorgbeleving tijdens het verblijf (onafhankelijk) te kunnen meten en monitoren.

Wederzijdse verwachtingen over leven en zorg

Verpleeghuizen bieden over het algemeen weinig helderheid aan de voorkant over wat je sterke kanten zijn als huis en wat een zorgtraject precies inhoudt. Uit de gesprekken blijkt dat dit wel zou helpen om teleurstellingen en verrassingen te voorkomen over de kwaliteit van zorg en leven. Bewoners en familie verwachten daar zorg én welzijn/aandacht. Professionals zijn vooral geschoold om te werken vanuit wat vanuit medisch perspectief nodig is. Ook is niet altijd aandacht voor verwachtings-management over ziektebeelden en de impact daarvan op bewoner en familie (zoals veranderende relaties). Zeker bij dementie is begrip van bewoners en familie over de verwachte ontwikkelingen in het ziektebeeld erg belangrijk in de beleving van zorg en leven.

In het bijzonder bij de meer tijdelijke trajecten (zoals in de revalidatiezorg) is meer aandacht nodig voor de verwachtingen die vooraf geschept worden in de overgang van ziekenhuis naar verpleeghuis. Familie en bewoners verwachten soms meer van de zorg dan de bedoeling is, omdat verblijven in het verpleeghuis doet denken aan een breder zorgaanbod.

Keuzes het goede te doen

Professionals voelen fricties met de werkwijze van het zorgleefplan, de dagelijkse registratie en de te leveren zorg. Ze ervaren te weinig tijd om het zorgleefplan en de dagelijkse registratie te lezen en bij te houden. Professionals maken verschillende keuzes in de manier van dagelijks rapporteren (frequentie, nauwkeurigheid). Soms lijkt er ook een gebrek aan vaardigheden om effectief te registreren achter schuil te gaan. Meer tijd aan administratie betekent minder aandacht voor bewoners (voelt als een keuze voor het werk). Ook voelt het zorgleefplan soms als een instrument waarop professionals afgerekend worden. Tegelijkertijd heerst ook de overtuiging dat het zorgleefplan is nodig om wat afgesproken is om te kunnen naleven en over te dragen op collega's: de continuïteit van zorg op maat.

De beleving van werkdruk

Bewoner en familie zijn begripvol voor de altijd drukke professional en de beperkte aandacht die er soms is, toch wringt dit ook. De beleving is wel dat de beleefde werkdruk en het personeelstekort ook als een excuus kan worden gebruikt waar klachten mee worden afgedaan of fouten verklaard. Onder dit excuus lijkt onzekerheid en handelingsverlegenheid schuil te gaan over hoe het goede gesprek te voeren: op gebied van verwachtingsmanagement, hoe je zelf functioneert richting bewoner en familie, optreden van collega's, over wat men níet biedt of kan bieden.

Wanneer bewoner of familie ontevreden zijn

Zowel bewoner als familie ervaren een afhankelijkheidsrelatie door de positie van professionals, waardoor ze in sommige gevallen maar beperkt klagen of escaleren. In zorgleefplanbesprekingen geven ze die kritiek in de regel wel, maar de signalen zijn vaak niet bekend bij alle betrokken professionals of er wordt niet consequent naar gehandeld. Zodra dit niet het geval is, gebruiken bewoners en familie het zorgleefplan als controlemechanisme om goede zorg te realiseren.

Dit is ook de wettelijke opdracht van de zorgleefplanbesprekingen: 'middel om goede, integrale zorg en overleg tussen zorglener en zorgdrager te realiseren'. Het papier doet in praktijk te weinig recht aan de werkelijkheid om als ondersteunend middel te functioneren in geval van ontevredenheid. Hierop loopt het in de praktijk dan spaak: het zorgleefplan en de bespreking daarvan volstaan in zulke situaties niet, tegelijkertijd ontbreken bij veel professionals de vaardigheden om gesprekken te voeren over (on-) tevredenheid.

Aanpak van conflictsituaties

Bestaande klachtenprocedures en de gang naar de cliëntenraad worden door bewoner en familie als te zwaar ervaren door de afhankelijkheidsrelatie: het is lastig om echt te gaan klagen over de persoon met wie je nog even verder moet. Toch is meer nodig dan signalen afgeven aan betrokken professionals, als het gevoel blijft bestaan dat dit niets uithaalt. Als de onderlinge relatie eenmaal is geschaad, is de ervaring dat dit lastig weer goed komt. Bewoner en familie hebben behoefte aan een onafhankelijke partij om tussentijds mee te kunnen praten, of de vrijheid om een andere professional te kiezen (zoals keuzevrijheid huisarts).

K. Advies

In ons advies willen we benadrukken dat de toon in de in deze verkenning gevoerde gesprekken **overwegend en vrij eenduidig positief** was. In elke casus zijn we voorbeelden tegengekomen van goede gesprekken en situaties waarin bewoner, familie en professional op één lijn stonden over de zorg. De basis hiervoor is een opgebouwd vertrouwen tussen bewoner/familie en professional. Hoewel bewoners en familie veel begrip hebben voor foutjes en vaak op zoek gaan naar manieren om er samen weer uit te komen, heeft dit vertrouwen onderhoud nodig. Van de voorbeelden waarin gesprek over leven en zorg lastig was, kunnen we leren om het vertrouwen te behouden of weer te versterken. In de gevoerde gesprekken bleek een **goede communicatie**, en dan in het bijzonder de informele gesprekken die gevoerd werden tussen bewoners, familie en professionals, steeds de sleutel om eenzelfde beeld te houden van wat er nodig is. Wat uit deze verkenning dan ook vooral naar voren is gekomen, is dat meer aandacht nodig is voor wat de basis blijkt te zijn voor dit onderlinge vertrouwen: goede zorg, de afspraken die daarvoor nodig zijn, en de informele gesprekken die professionals voeren met bewoners en familie over leven en zorg .

De conclusies van deze verkenning bevatten inzichten om verder over in gesprek te gaan, met als doel de kwaliteit van de gesprekken over leven en zorg in verpleeghuizen te verhogen. Het gesprek over deze uitkomsten met de bestuurders van de betrokken verpleeghuizen, een meedenkgroep met vertegenwoordigers vanuit praktijk en wetenschap, en VWS maakt duidelijk dat het nog wel veel vraagt om deze inzichten te vertalen naar de dagelijkse praktijk. De opgaven gaan over zowel het **professioneel handelen** in verpleeghuizen, als over de **systemen** die professionals voor handen hebben om hen daarin te ondersteunen. Een vraag die uit de verkenning naar voren komt, is bijvoorbeeld hoe verpleeghuizen de werkelijke zorgbeleving (beter) in beeld kunnen krijgen en houden. Uit de verkenning blijkt dat de (informele) gesprekken die bewoners, familie en professionals met elkaar voeren de sleutel zijn om op één lijn te blijven over leven en zorg. Hoe creëer je als professional ruimte voor het goede gesprek in het kader van zorgverlening vanuit de zorgbeleving? En hoe kun je effectief registreren, zodat je collega's uit de voeten kunnen met wat je met bewoner en familie besproken hebt?

Onder 'het goede gesprek' verstaan de bewoners, familie en professionals die wij in deze verkenning gesproken hebben een prettig verloop van zowel de formele als informele gesprekken, vooraf en gedurende het zorgtraject. Randvoorwaarden vanuit de dienstverlening door professionals om dit goede gesprek te voeren zijn de vaardigheden van de professional om het gesprek in goede banen te leiden; te acteren op 'onderbuikgevoelens'; onderlinge verwachtingen helder te krijgen; bewoner en familie te (blijven) bevragen op hun tevredenheid over het leven en de zorg in het verpleeghuis; in een setting waarin alle betrokkenen zich vrij voelen te delen. Daarnaast moet helderheid bestaan over wat er met de uitkomsten van het gesprek wordt gedaan. Dit heeft gevolgen voor de keuzes die verpleeghuizen maken in wat en hoe zij registreren, en hoe wordt toegezien op hoe deze registratie door collega's wordt gelezen en nageleefd.

Uit de reflectie met wetenschap en praktijk, komt de wens naar voren om naar aanleiding van deze verkennen de dialoog op te blijven zoeken over de uitkomsten van deze verkenning en met de benoemde opgaven verder aan de slag te gaan. Uit de reflectiegesprekken komen de volgende **concrete thema's** naar voren om deze dialoog te voeren, op drie niveaus:

- de professionals op de werkvloer
- bestuur en organisatie van verpleeghuizen
- regievoering op stelselniveau vanuit VWS.

	Opgaven in de gesprekken over leven en zorg met bewoners, familie en professionals	Thema's voor dialoog over verhogen kwaliteit dienstverlening
Professionals	<p>Professioneel handelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Vooraf scheppen van de juiste verwachtingen bij familie en bewoners — Bespreekbaar maken (on-) tevredenheid over leven en zorg in het verpleeghuis — Leren van de goede gesprekken <p>Ondersteunend systeem:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Effectieve registratie ter ondersteuning van goede zorg 	<p>Hoe kunnen we meer ruimte creëren voor het goede gesprek?</p> <ul style="list-style-type: none"> — De ruimte kunnen nemen voor het bespreken van de verwachtingen van bewoner, familie en professionals in het startgesprek — In gesprek blijven met bewoner en familie gedurende het zorgtraject — Met collega's je goede ervaringen kunnen bespreken en uitwisselen wat voor jou goed werkt — Escaleren naar het management waar je vastloopt, bv. in te maken keuzes in aandacht en registratie
Bestuur & organisatie verpleeghuizen	<p>Professioneel handelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Coaching van professionals in gespreksvoering — Consequent handelen bij inzet van flexpersoneel — Vooraf scheppen van de juiste verwachtingen bij (nieuwe) bewoners en familie — Organiseren van vrije keuze en onafhankelijk oordeel in situaties van ontevredenheid <p>Ondersteunend systeem:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Versterken van randvoorwaarden voor succes: registratie en naleving 	<p>Hoe zorgen verpleeghuizen ervoor dat professionals het goede gesprek kunnen voeren?</p> <ul style="list-style-type: none"> — (meer) Inzetten op behoud van personeel en gezamenlijke groei van teams — Investeren in toerusting professionals via opleiding en coaching on the job door teamleiders en managers — Structureren van de aanpak wat te doen bij signalen van onvrede — Aanspreken van ketenpartners op de aansluiting van verwachtingen in de keten — De inzet van een vertrouwenspersoon verkennen bij signalen van onvrede

Bestuur &
organisatie
verpleeghuizen
(vervolg)

Hoe kunnen verpleeghuizen het systeem positioneren als (meer) ondersteunend aan de zorg?

- Mogelijkheden verkennen om tevredenheid cliënt & familie tijdens de zorg te peilen en monitoren
- ICT inzetten om professionals te ondersteunen bij het leveren van goede zorg
- Onderzoeken wat nodig is voor effectieve en kwalitatief betere registratie met goede zorg als doel, ipv registratie die niet als zinvol worden ervaren

Regievoering
stelsel vanuit
VWS

Ondersteunend systeem:

- Verpleeghuizen kunnen veel leren van de goede voorbeelden in de praktijk
- Registratie zou ondersteunend moeten zijn aan goede zorg, maar wordt te vaak als een doel op zich ervaren

Hoe kan het lerende karakter van de sector worden versterkt?

- Verpleeghuizen ondersteunen bij uitwisselen van kennis en ervaring over goede gespreksvoering
 - Onderzoeken hoe resultaat meer centraal kan komen te staan ipv de vorm van de systematiek
-

Bovenstaande opgaven en thema's zijn naar voren gekomen uit de gesprekken die wij hebben gevoerd in het kader van deze verkenning, zowel vanuit de casuïstiek als reflecterend op de uitkomsten. Het advies is om vervolg te geven aan de dialoog over bovenstaande opgaven en thema's, om de uitkomsten van deze verkenning verder te brengen en een concreet handelingsperspectief te organiseren voor de professionals, management en bestuur van verpleeghuizen en VWS als regievoerder op stelselniveau.

Op naar (nog) meer goede gesprekken over leven en zorg in verpleeghuizen.