



Methodisch werken met zorgleefplan, ondersteuningsplan of begeleidingsplan

Om goede zorg en/of ondersteuning te kunnen geven aan een cliënt is het werken volgens plan van belang. In de VVT wordt het zorgleefplan gebruikt, in de gehandicaptenzorg het ondersteuningsplan en in de GGZ het begeleidingsplan. Deze plannen verschillen onderling wel wat van elkaar, maar de basis is steeds hetzelfde: methodisch werken, ook wel planmatig werken genoemd.

Methodisch werken bevat een aantal stappen: verzamelen van informatie, vaststellen van behoeften en problemen, vaststellen van doelen, vaststellen van en plannen van activiteiten, uitvoeren van de activiteiten volgens planning, evalueren en zo nodig bijstellen van de zorg en ondersteuning.

Er wordt cyclisch gewerkt: dat wil zeggen dat op basis van de evaluatie de zorg of ondersteuning kan worden bijgesteld en alle stappen opnieuw doorlopen worden. De stappen worden vastgelegd in het zorgleefplan c.q. het ondersteuningsplan c.q. het begeleidingsplan.

We beschrijven eerst de stappen in het methodisch werken; daarna worden de kenmerken van het zorgleefplan, ondersteuningsplan en begeleidingsplan kort beschreven.

Vraaggericht werken

De zorg en ondersteuning voor een cliënt dient zoveel mogelijk afgestemd te zijn op zijn wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen. Door methodisch te werken ga je gestructureerd na wat die wensen en mogelijkheden zijn en maak je duidelijke afspraken met de cliënt die je vastlegt in het plan. Bovendien evalueer je voortdurend zodat de zorg afgestemd blijft op de cliënt.

Bij vraaggericht werken laat je de regie zoveel mogelijk bij de cliënt. Daarom vervult hij een belangrijke functie in het opstellen van het plan.

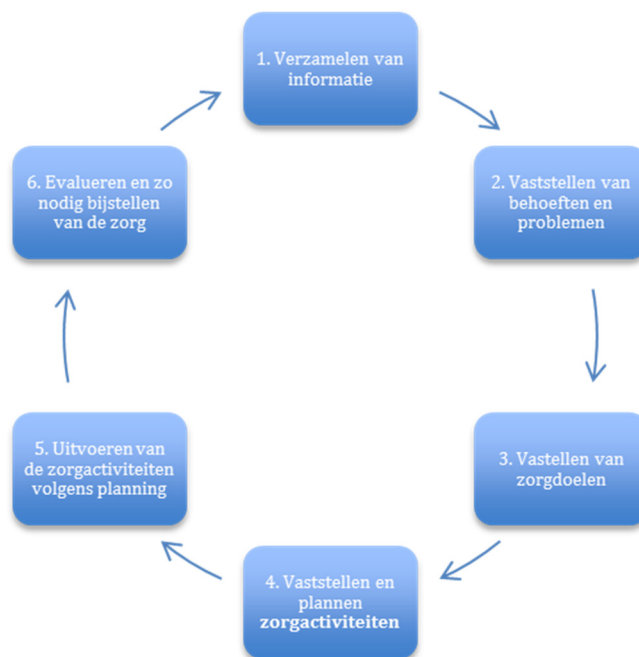
Zie ook kennisbundel Vraaggericht werken.

Cyclisch werken

Methodisch werken houdt in dat je volgens een vaste werkwijze werkt. Je doorloopt steeds een aantal stappen die regelmatig geëvalueerd worden.

Op basis van de evaluatie van de zorg/ondersteuning vindt bijstelling plaats. Je gaat dan weer opnieuw informatie verzamelen, doelen vaststellen enzovoort waardoor de cyclus opnieuw begint.

Het cyclisch werken zorgt ervoor dat je planmatig en gestructureerd werkt. Je handelt op basis van een vastgestelde behoefte of vraag. Evalueren helpt je om te bepalen of je het goede doet.



In het zorgproces kun je de volgende stappen onderscheiden:

1. Verzamelen van informatie
2. Vaststellen van wensen, behoeften en problemen
3. Vaststellen van doelen
4. Vaststellen van en plannen van activiteiten
5. Uitvoeren van de activiteiten volgens planning
6. Evalueren en zo nodig bijstellen van de zorg en ondersteuning.

Stap 1 Informatie verzamelen

Om een totaalbeeld van je cliënt te krijgen, gebruik je verschillende informatiebronnen:

1. De cliënt.
In het gesprek met de cliënt komen de volgende onderwerpen aan de orde:
 - a. de anamnese: wat is de ziektegeschiedenis van deze cliënt?
 - b. zijn wensen en behoeften: wat wil de cliënt zelf, waar wil hij zich op ontwikkelen, welke toekomst ziet hij voor zichzelf?
 - c. zijn hulpvraag: welke zorg/begeleiding heeft de cliënt nodig?
 - d. zijn persoonlijk verhaal: wie is de cliënt, wat vindt hij belangrijk?
2. De familie of mantelzorger.
Niet alle cliënten zijn in staat hun verhaal goed te vertellen of duidelijk te maken wat ze willen. Informatie van de mantelzorger kan een belangrijke aanvulling zijn.
3. Andere professionals.
Als een cliënt al zorg of ondersteuning van anderen ontvangt, kunnen zij soms aanvullende informatie geven, bijvoorbeeld de huisarts.
4. Observatie.
Niet alleen wat de cliënt of mantelzorger vertelt is belangrijk, maar ook wat jij zelf of je collega's



waarnemen. Bijvoorbeeld: Hoe ziet de cliënt eruit? Hoe ziet zijn woonomgeving eruit? Hoe is de relatie tussen cliënt en mantelzorger? Welke risico's loopt de cliënt?

Stap 2 Vaststellen van wensen, behoeften en problemen

De volgende stap bestaat uit het vaststellen van behoeften en problemen.

Een behoefte is wat een cliënt nodig heeft om zich prettig te voelen of beter te functioneren. Problemen kunnen zich voordoen op verschillende levensdomeinen.

De zorgverlener stelt vragen die gericht zijn op het duidelijk krijgen van de behoeftes (wat wilt u precies?) en het signaleren van al aanwezige of te verwachten problemen in de gezondheidssituatie van de cliënt (wat kan er mogelijk gebeuren?).

Het vaststellen van de behoeften kent twee kanten: de ervaring van de cliënt zelf en de ervaring van professionals. Het is van belang om in goede dialoog met elkaar de belangrijkste punten vast te stellen en zo prioriteiten te stellen.

Stap 3 Vaststellen van doelen

Zodra de behoeften en problemen duidelijk zijn, kun je de doelen vaststellen. Je houdt daarbij rekening met:

- de wensen en mogelijkheden van de cliënt
- financiële mogelijkheden (bijvoorbeeld: zzp) of indicatie
- je professionele deskundigheid.

Samen met de cliënt formuleer je de doelen, zowel op korte als op lange termijn. Een doel is “een concrete omschrijving van een gewenste situatie of gewenst gedrag van een cliënt, met een duidelijke tijdslijm. Doelen beschrijf je in termen van gedrag en uiterlijk van de cliënt. Het verwachte resultaat formuleer je in één zin”.

(Bron: Kijken, denken, doen, de kunst van planmatig zorgverlenen, Sjaak Groot en Nicolien van Halem).

Een goed doel is SMART geformuleerd: het is duidelijk waar het over gaat (specifiek), het moet metbaar zijn (je moet vast kunnen stellen of het doel behaald is), het moet aceptabel zijn (zowel voor de cliënt als voor jou), het moet realistisch zijn (de cliënt en jij moeten ervan overtuigd zijn dat het haalbaar is) en het moet tijdgebonden zijn (het moet duidelijk zijn wanneer het doel behaald moet zijn).

Stap 4 Vaststellen en plannen van activiteiten

Op basis van de doelen beschrijf je concrete activiteiten en maak je een planning. Dit gaat in samenspraak met de cliënt.

Stap 5 Uitvoeren van de activiteiten volgens de planning

Je geeft de zorg en ondersteuning zoals afgesproken in het plan. Maar gedurende de zorgverlening/begeleiding blijf je kritisch kijken naar je eigen handelen en naar de reactie van de cliënt. Observatie is ook hier weer van groot belang. Soms is het nodig om op basis van die observatie of op basis van wat de cliënt aangeeft tussentijds de afspraken bij te stellen en je plan aan te passen.



Als je de activiteiten hebt uitgevoerd, rapporteer je hierover in het plan.

Wat moet er gerapporteerd worden?

- Afwijkingen van wat er is afgesproken in het plan.
- Observaties en signalen: vertoont de cliënt ander gedrag, heeft hij bijwerkingen van de medicatie, eet hij niet of minder, klaagt de cliënt over pijn, loopt hij minder goed? Deze en andere observaties moeten duidelijk genoteerd worden in de rapportage.
- Veranderingen in de situatie van de cliënt.
- Voortgang: hoe verloopt het zorgproces, wat was het resultaat van de interventie?

Hoe rapporteren?

- Rapporteer in chronologische volgorde.
- Vermeld datum en naam en functie van de medewerker.
- Rapporteer overzichtelijk, duidelijk en beknopt. Vermeld alleen zaken die relevant zijn.
- Maak duidelijk of het gaat om een objectieve of subjectieve waarneming.
- Geef duidelijk aan als je actie verwacht van een collega.
- Leg een relatie met de doelen en acties in je plan.

Stap 6 Evalueren en zo nodig bijstellen van de zorg en ondersteuning

Hoe vaak er geëvalueerd wordt met de cliënt is afhankelijk van de situatie van de cliënt en de afspraken in de organisatie. Vaak is dit ten minste 1x per (half) jaar.

In deze formele evaluatie evalueer je de doelen (zijn ze behaald, moeten ze bijgesteld worden?) en het zorg- en ondersteuningsproces (is de cliënt / mantelzorger tevreden, moet de planning worden bijgesteld?).

Tijdens de evaluatie kan blijken dat de situatie van de cliënt veranderd is. Je gaat dan opnieuw weer alle stappen (1 t/m 6) doorlopen.

Maar je evalueert niet alleen op de afgesproken momenten; je bent gedurende het hele zorg-/ondersteuningsproces alert op veranderingen en signalen. Evalueer met de cliënt zodra je merkt dat aanpassing van de zorg of ondersteuning noodzakelijk is.



Kenmerken van zorgleefplan, ondersteuningsplan en begeleidingsplan

In de VVT (verpleeghuis, verzorgingshuis, thuiszorg) wordt gewerkt met zorgleefplannen; in de gehandicaptenzorg met ondersteuningsplannen en in de GGZ met begeleidingsplannen. Zoals in de inleiding al gezegd hebben deze plannen hun eigen kenmerken, maar is de basis altijd het methodisch werken. De kenmerken van de drie plannen worden hieronder kort benoemd.

Zie verder de kennisbundels Zorgleefplan, Ondersteuningsplan en Begeleidingsplan.

Zorgleefplan

Kwaliteit van leven is voor elke cliënt anders. Om de cliënt te ondersteunen bij het verbeteren van de kwaliteit van zijn leven, zijn zorgverleners nodig die vraaggericht werken en hun vak verstaan. Methodisch werken is een van de onderdelen daarvan.

In de VVT wordt niet alleen aandacht besteed aan lichamelijke zorg, maar aan alle levensdomeinen:

1. Woon- en leefsituatie
2. Participatie
3. Mentaal welbevinden
4. Lichamelijk welbevinden.

Deze vier domeinen komen terug in het zorgleefplan.

Het zorgleefplan ondersteunt professionals vraaggericht te werken. De regie over zijn eigen leven is en blijft bij de cliënt. Cliënt en zorgverlener maken samen een zorgleefplan. Daarbij zijn er twee hoofdvragen:

- Hoe wilt u leven? Hoe was u gewend te leven, wat zijn voor u belangrijke zaken?
- Welke ondersteuning heeft u nodig om zo veel mogelijk uw leven te kunnen invullen zoals u dat belangrijk en zinvol vindt?

Ondersteuningsplan

In de zorg voor mensen met een beperking werken zorgprofessionals met ondersteuningsplannen. Zij doen dit om de zorg en ondersteuning zo goed mogelijk te laten aansluiten op de wensen en behoeften van de cliënt.

Een belangrijk uitgangspunt in de gehandicaptenzorg is zeggenschap en het idee dat mensen met een beperking zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven moeten kunnen voeren. Het ondersteuningsplan helpt daarbij: cliënten geven aan waaraan zij behoefte hebben en samen met de zorgorganisatie bekijken zij welke ondersteuning nodig is. Ook gebruiken professionals ondersteuningsplannen om professioneel en methodisch te handelen. Door doelen te stellen, afspraken te maken en deze regelmatig te evalueren werken zij systematisch aan de kwaliteit van de zorg en dienstverlening aan mensen met een beperking.

Het ondersteuningsplan is een belangrijk middel om de cliëntgerichtheid te bevorderen in de dagelijkse praktijk. Maar dan moet het wel op de goede manier gebruikt worden. Een paar aandachtspunten:

- Als je cliënt aanwezig is bij het multidisciplinair overleg, zorg dan voor de juiste randvoorwaarden:
 - Als de cliënt niet kan lezen, werk dan met bijvoorbeeld flappen met tekeningen of foto's.
 - En wie zijn er bij het MDO? Realiseer je dat het voor je cliënt vaak erg moeilijk is om te beseffen wie er zijn en waarom deze mensen er zijn. Leg uit.



- Denk goed na over wat je bespreekt. Cliënten ervaren het namelijk weleens als een beoordeling: heb ik het wel goed gedaan? Laat het gesprek vooral gaan over de toekomst en de wensen daarin.
- Te vaak komt het voor dat het plan in de kast verdwijnt. Pak het plan erbij als je een gesprek hebt met je cliënt, bespreek wat er daar is afgesproken en hoe de voortgang is.
- Maak begrijpelijk wat voor de cliënt belangrijk is. Dit helpt om de betrokkenheid te vergroten én draagt ertoe bij dat de cliënt zich mede verantwoordelijk kan voelen over de zorg en ondersteuning.
- Stellen van doelen: in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg is het soms lastig om doelen te formuleren. Soms staan doelen wat los van de dagelijkse zorg en ondersteuning. Terwijl de dagelijkse zorg ook met een doel wordt gedaan. Dit moet dus ook terugkomen in het ondersteuningsplan.

Begeleidingsplan

Het doel van het werken met begeleidingsplannen in de GGZ is om de zorg en ondersteuning zo goed mogelijk te laten aansluiten op de wensen en behoeften van de cliënt.

Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat mensen met een ernstige psychische aandoening zoveel mogelijk de regie voeren over hun eigen leven.

De belangrijkste functies van het begeleidingsplan zijn:

- het bevorderen van persoonsgericht werken
- het bevorderen van methodisch en professioneel handelen.

Het begeleidingsplan komt tot stand in dialoog tussen de begeleider en de cliënt en eventuele andere betrokkenen. Het biedt ook de mogelijkheid om grenzen van de professionele ondersteuning aan te geven. In ieder geval moet het begeleidingsplan gebaseerd zijn op de wensen en behoeften van de cliënt (en zijn vertegenwoordigers) en rekening houden met de mogelijkheden van de zorgaanbieder.

Uitgangspunt is dat de cliënt en de begeleider het begeleidingsplan zoveel mogelijk in onderhandeling en overleg opstellen. Het begeleidingsplan is een leidraad voor de dagelijkse praktijk. Cliënt en begeleider kunnen daarmee regelmatig toetsen of de afspraken worden nagekomen.

In de GGZ wordt steeds meer gewerkt met herstelondersteunende begeleidingsplannen en met WRAP (Wellness Recovery action planning). Een WRAP is het plan van de cliënt zelf; door hem of haar opgesteld met ondersteuning van een ervaringsdeskundige. Het plan is erop gericht om als cliënt zelf de regie te nemen en houden waar het gaat om het eigen welbevinden. Belangrijke steunbronnen worden benoemd, zowel voor het dagelijks leven als in tijden van crisis.



Gebruikte informatie

Kijken, denken, doen, de kunst van planmatig zorgverlenen
Sjaak Groot en Nicolien van Halem
Dit boek komt begin 2014 uit bij Bohn, Stafleu van Loghum

Kennisbundels van Vilans, V&VN, Trimbos-instituut, Calibris

www.zorgleefplanwijzer.nl

Handreiking Ondersteuningsplannen gehandicaptenzorg