

Zorgleefplan



'Gewoon leven, zoals ik dat gewend was'



Brochure voor teamleiders
en persoonlijk begeleiders





Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
2 Vaak gestelde vragen	13
3 Voorwaarden voor een succesvolle invoering	17
4 Rol en taken van de teamleider	20
5 Hoe bereidt het team zich voor?	25
6 Betekenis Zorgleefplan voor cliënten en hun familie	33
Bijlage 1 Tips voor teamleiders	38
Bijlage 2 Schema stappenplan	40
Bijlage 3 Voorbeelden van plannen	41
Bijlage 4 Downloads, websites en literatuur	43

Colofon

Zorgleefplan. 'Gewoon leven zoals ik dat gewend was'
Brochure voor teamleiders en persoonlijk begeleiders
bij het invoeren van het zorgleefplan.

© Sting, Utrecht mei 2008

Tekst: Paulien den Bode

Eindredactie: Gerrit Jagt

Vormgeving: CARTA, grafisch ontwerpers, Utrecht

Sting, landelijke beroepsvereniging verzorging

Bernadottelaan 11

Postbus 6000

3503 PA Utrecht

T 030 2919060

E Sting@sting.nl

I www.sting.nl

Deze brochure kunt u bestellen of downloaden
via www.sting.nl > webwinkel)





Voorwoord


'Keuzevrijheid, veiligheid en regie over het eigen leven'. Deze uitgangspunten staan centraal in de Normen voor Verantwoorde zorg. Sinds de zomer van 2005 beschikken zorgorganisaties over deze normen, die bepalen wat *goede zorg* is. Namelijk vraaggerichte zorg, die de individuele kwaliteit van leven van de cliënt ondersteunt.

Het zorgleefplan is een middel om tot vraaggerichte zorgverlening te komen en cliënten te ondersteunen bij het voeren van de regie over hun eigen leven. Iedereen is anders en daarom krijgt iedere cliënt een eigen en uniek zorgleefplan waarin zijn wensen, behoeften en afspraken over de zorgverlening en ondersteuning zijn opgenomen. Het zorgleefplan komt in samenspraak met de cliënt (of diens vertegenwoordiger) tot stand. Het zorgleefplan gaat uit van het dagelijkse leven van de cliënt en onderscheidt verschillende domeinen in de zorg en ondersteuning. Uiteindelijk draait het om 'goede en vraaggerichte' zorg die de cliënt ondersteunt bij het voortzetten van het leven zoals hij dat wenst en gewend is.

Op 1 januari 2008 trad een Algemene Maatregel van Bestuur in werking die zorgorganisaties wettelijk verplicht om voor iedere cliënt een zorgleefplan te hanteren. Daarom oriënteren zorgorganisaties zich op grote schaal op het Instrument Zorgleefplan en de implementatie daarvan in hun instelling. De Inspectie voor de Gezondheidszorg wil voor het einde van 2008 thuiszorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg toetsen op basis van de indicatoren uit het 'Kwaliteitskader Normen verantwoorde zorg'. Het zorgleefplan staat centraal in die Normen verantwoorde zorg.

Voor zorgverleners verandert er veel door het werken met het zorgleefplan. De nieuwe werkwijze vereist integratie van vragen op terreinen als zorg, woon- en leefomgeving, sociaal leven en mentaal welbevinden. Het zorgproces verandert en dat vraagt om aanpassingen binnen de organisatie.

Organisaties verschillen van elkaar in de manier waarop deze aanpassingen worden doorgevoerd. Zij kennen hun eigen dynamiek, eigen knelpunten, eigen mogelijkheden en eigen cultuur. En rond de invoering van het zorgleefplan, waarbij de stadia *oriëntatie, inzicht, acceptatie, invoering en borging* te onderscheiden vallen, verkeren organisaties in verschillende fases. Mede gezien deze verschillen hebben organisaties uiteenlopende ondersteuningsvragen.



Sting wil organisaties ondersteunen bij de invoering van het zorgleefplan. De brochure *Zorgleefplan. Gewoon leven zoals ik dat gewend was* brengt de achtergronden en betekenis van het zorgleefplan in beeld en maakt duidelijk welke veranderingen het gevolg zijn van het werken met zorgleefplannen. Hoe vraaggerichte verzorging methodisch kan worden toegepast, vindt u ondermeer in een eerdere publicatie van Sting (Voor relevante publicaties zie pagina 10).

Zorgleefplan. Gewoon leven zoals ik dat gewend was is vanuit de rol, de taken en het perspectief van de teamleider geschreven. De brochure richt zich daarnaast ook nadrukkelijk op de persoonlijk begeleiders. De teamleider is verantwoordelijk voor het inrichten van individuele zorgleefplannen voor én met cliënten en voor het daadwerkelijk bieden van de afgesproken zorg en ondersteuning. Persoonlijk begeleiders¹ zijn nauw betrokken bij het samenstellen van het zorgleefplan en coachen verzorgenden bij de uitvoering daarvan.

De brochure wil teamleiders en persoonlijk begeleiders inspireren, de weg wijzen en mogelijkheden tonen die ze in hun eigen situatie kunnen toepassen. Gezien de grote verschillen tussen zorgorganisaties is het niet mogelijk een recept te geven dat van a tot z gevolgd kan worden. Geen kant en klare methode dus, maar vooral veel ingrediënten om mee aan de slag te gaan.

1 Zorgorganisaties noemen verzorgenden die als directe begeleider van de cliënt optreden afwisselend persoonlijk begeleider, casemanager of evv-er. Wij gebruiken het woord persoonlijk begeleider.



1

Inleiding



- Wat is het zorgleefplan?
- Hoezo, cultuuromslag?
- Wat is de rol van de teamleider en persoonlijk begeleider?
- Wat kan ik met deze brochure?

1.1 WAT IS HET ZORGLEEFPLAN?

In het zorgleefplan leg je samen met de cliënt en/of familie² vast hoe de cliënt zijn leven wil leiden en welke ondersteuning hij daarbij van de zorgorganisatie nodig heeft en kan verwachten. Uitgangspunt is dat de cliënt het dagelijks leven kan leiden zoals hij dat gewend is en wenst; dat hij die dingen kan doen, die gewoon en prettig voor hem zijn. Het gaat om zorg die zich richt op persoonlijke behoeften en voorkeuren.

Een zorgleefplan is een werkinstrument dat helpt:

- Om een goed gesprek te voeren met de cliënt.
- De cliënt te leren kennen.
- Te beschrijven wat voor de cliënt belangrijk is in zijn leven en welke ondersteuning nodig is om het leven in te richten zoals hij of zij dat wenst.
- Met de cliënt heldere afspraken te maken over zijn zorg en ondersteuning.
- Samenwerking en afstemming tussen zorgverleners te ondersteunen.
- Zorgafspraken te evalueren.

Pijlers van het zorgleefplan

Van het zorgleefplan bestaan verschillende modellen. Het bekendste is dat van Actiz. Daarnaast heeft Imoz een zorgleefplan ontwikkeld en bureau Artemea een leefplan. Ook zijn er instellingen die hun eigen zorgleefplan hebben ontworpen, al dan niet geïnspireerd op één van bovenstaande modellen. Wat betreft achterliggende visies en het toekennen van waarden vertonen de modellen duidelijke overeenkomsten. Namelijk:


- De cliënt houdt zeggenschap over het eigen leven en de wijze van zorgverlening.
- De cliënt geeft zelf richting aan zijn of haar leven en draagt de verantwoordelijkheid voor eigen keuzes.
- De cliënt maakt samen met de verzorgende afspraken op basis van de eigen levensstijl, wensen en behoeften. Deze worden vastgelegd in het zorgleefplan.
- Naast zorg staan andere facetten van het leven centraal.

1.2 CULTUUROMSLAG

Met het invoeren van het zorgleefplan start de organisatie een proces dat van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte werkwijze leidt. Dat vereist een cultuuromslag die langere tijd in beslag neemt. Dit proces vraagt om betrokkenheid, bereidheid om te veranderen en een lange adem van iedereen die erbij betrokken is.

De organisatie is zelf verantwoordelijk voor de invoering van het zorgleefplan en zal deze gedurende langere tijd planmatig moeten begeleiden en ondersteunen.

2 Als ergens cliënt vermeldt staat, wordt ook de vertegenwoordiger van de cliënt bedoeld.



Wat is kenmerkend voor die nieuwe vraaggerichte cultuur?

- Cliënt heeft meer regie over eigen leven.
- Verzorgenden ondersteunen cliënten nadrukkelijk bij het in beeld brengen van hun wensen en behoeften. Zij voldoen zo veel mogelijk aan vragen van cliënten. Zij laten vaste routines los, zijn flexibel inzetbaar en hebben meer 'regelruimte' en verantwoordelijkheid.
- Teamleiders kiezen voor coachend leiderschap. Minder instructies en meer handelingsruimte voor verzorgenden, die zelf zoeken naar oplossingen voor kwesties en knelpunten. De teamleider vraagt regelmatig om terugkoppeling over de gemaakte en geleverde zorgafspraken: gezamenlijk wordt de zorg geëvalueerd en nagedacht over verbeteringen.
- De organisatie van de zorg is flexibeler en maatwerk is de norm. De organisatie biedt verzorgenden daartoe de mogelijkheden.

Werken met het zorgleefplan houdt dus een omslag in naar vraaggericht werken, een manier van werken die mensen helpt om hun leven op hun eigen manier te leiden. Als cliënten zelf de regie hebben over grote en kleine beslissingen in het dagelijkse leven, verbetert de kwaliteit van hun leven aanzienlijk. Onderzoek heeft dat inmiddels aangetoond.

1.3 IN EEN NOTENDOP: WIE DOET WAT BIJ HET ZORGLEEFPLAN

- *Bestuur en management* hebben de belangrijke taak om een eenduidige visie op de zorgverlening uit te dragen, voor draagvlak te zorgen en voorwaarden te scheppen om met het zorgleefplan te kunnen werken.
- *Teamleiders* bewaken de bedoeling van het zorgleefplan – cliënt voert regie over zijn eigen leven – en dragen zorg voor zorgvuldige communicatie met de naasten van de cliënt. Daarnaast is de teamleider verantwoordelijk voor de ondersteuning van de medewerkers die leren werken met het zorgleefplan. Teamleiders scheppen randvoorwaarden, zorgen voor de ingebruikneming van het zorgleefplan, zien toe op een zorgvuldige uitvoering van de zorgverlening en zorgen voor een regelmatige evaluatie.
- *De persoonlijk begeleiders* spelen een belangrijke rol. Zij staan cliënten terzijde bij het bespreken van de gewenste ondersteuning en de samenstelling van het zorgleefplan. Zij coachen de verzorgenden bij het uitvoeren van de afspraken uit het zorgleefplan. Daarnaast overleggen zij met de mantelzorgers en de andere disciplines in huis om de gewenste zorg te verlenen.

1.4 DOEL EN GEBRUIK VAN DEZE HANDREIKING

Deze handreiking wil teamleiders en persoonlijk begeleiders ondersteunen bij het invoeren van het zorgleefplan. De handreiking dient ter inspiratie en wil aanwijzingen en houvast bieden bij het treffen van voorbereidingen om in teams aan de slag te gaan met het zorgleefplan.

Daarbij is dankbaar gebruik gemaakt van ervaringen van teamleiders die deel uitmaakten van een netwerk voor teamleiders rond het zeggenschapsproject van Zorg voor Beter. Verder vormden publicaties – van zorgorganisaties die al ervaring hebben met het implementeren van het zorgleefplan – een belangrijke informatiebron.

Duidelijk is dat een ingrijpend proces als het implementeren van het zorgleefplan moeilijk te leren is 'uit een boekje'. Medewerkers zoeken ondersteuning bij het benoemen van de knelpunten én het zoeken naar een oplossing. Zij kunnen daarbij veel van elkaar leren. De eerder door Sting ontwikkelde visie, instrumenten en producten zijn geschikt om medewerkers te ondersteunen in deze zoektocht. Hieronder volgt een overzicht van enkele relevante publicaties.

1.5 PUBLICATIES VAN STING

Bij het invoeren van en werken met het zorgleefplan zijn onderstaande publicaties bruikbaar (te bestellen of te downloaden op www.sting.nl)



- ***Iedereen is anders, mooi toch.***
Werken met het zorgleefplan in multiculturele zorgorganisaties.
Werkboek voor verzorgenden, Sting 2008

Dit boekje biedt ondersteuning bij de zorgverlening aan cliënten met diverse culturele achtergronden en zet aan tot nadenken over eigen opvattingen met betrekking tot vraaggerichte zorg en wensen en gewoonten van cliënten. Hoe vertaal je de vier levensdomeinen van het zorgleefplan naar de cliënten met diverse culturele achtergronden: dat is één van de vragen die beantwoord wordt.



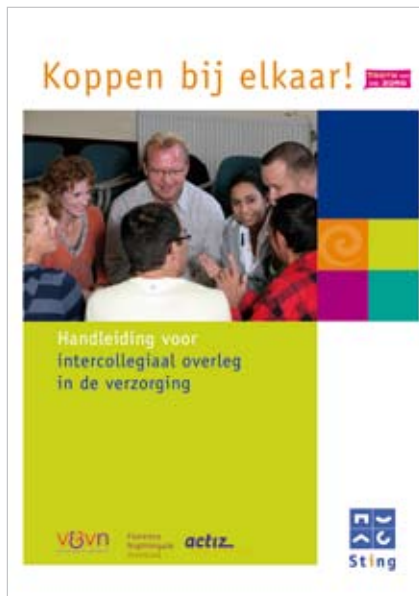
- **Vaardig in vraaggerichte zorg, Sting en Artemea 2008**

Een vraaggerichte beroepshouding betekent interesse in de eigenheid en behoeftes van de cliënten. En de bereidheid om met de cliënt samen te werken, service te leveren, flexibel te zijn en verantwoordelijkheid te nemen voor wat jij met je cliënt afspreekt.

Het werkboek biedt teamleiders, opleidingsfunctionarissen en andere teambegeleiders handvatten om competenties (van teamleden) voor vraaggericht verzorgen verder te ontwikkelen.

- **De zorg gaat door, PON/Sting 2008**

In het zorgleefplan krijgen sociale contacten van cliënten een eigen plek. Deze handreiking beschrijft onder andere hoe helpenden en verzorgenden cliënten kunnen ondersteunen bij het voortzetten van deze contacten. Verder gaat de handreiking over een aantal belangrijke vaardigheden in het contact met mantelzorgers: samenwerken, ondersteunen en informatie vragen. De handreiking staat boordevol oefeningen, geschikt om in het team te gebruiken.



- **Koppen bij elkaar, Sting 2007**

Cliënten ondersteunen bij het verwezenlijken van hun wensen vraagt meer flexibiliteit en creativiteit van helpenden en verzorgenden. Er wordt minder gewerkt met vaste regels en tijdstippen. Dit roept in het begin veel vragen op: wat mag ik wel en niet doen voor de cliënt? Ik doe iets wel voor een cliënt, mijn collega niet, wat nu?

De handleiding *Koppen bij elkaar* heeft intercollegiaal overleg als onderwerp. Intercollegiaal overleg is een basisvoorwaarde voor het slagen van vraaggerichte verzorging. De handleiding beschrijft wat intercollegiaal overleg is en waarom het zo belangrijk is. Vragen als: Hoe kan ik in mijn instelling Intercollegiaal overleg starten en waar moet ik aan denken? worden beantwoord. Compleet met praktische tips en werkvormen.

- **Welke zorg vraagt u? Vraaggerichte verzorging: visie en praktijk, Sting 2003**

Deze brochure is bedoeld om helpenden en verzorgenden te stimuleren zich bewust te worden van hun eigen opvattingen over, en van knelpunten bij vraaggerichte verzorging. In de brochure staan tips over hoe zij, samen met cliënten en managers, zelf knelpunten aan kunnen pakken.

- **Werkboek Vraaggericht werken**

Teamleiders en opleidingsfunctionarissen kunnen met behulp van dit werkboek het thema vraaggerichte verzorging introduceren bij helpenden en verzorgenden. Ook is dit werkboek behulpzaam bij het leren werken met zorgleefplannen. Het werkboek gaat specifiek in op de vaardigheden *breed kijken* – de domeinen uit het zorgleefplan worden uitgelegd – en *samenwerken met de cliënt*: hoe kun je de cliënt helpen zijn wensen kenbaar te maken? Het werkboek sluit aan bij normen voor verantwoorde zorg en het zorgleefplanmodel van Actiz en bevat tal van werkvormen die in teamverband kunnen worden gebruikt.

- **Handwijzer vraaggericht werken, Sting**

De handwijzer *Welke zorg vraagt u? Criteria Vraaggerichte verzorging* is een praktisch instrument voor helpenden, verzorgenden en teams. Het zet vijf criteria, passend bij vraaggerichte zorg, op een rijtje, met herkenbare situaties en voorbeelden.



2

Vaak gestelde vragen over het zorgleefplan



- Wat is het doel en de functie van een *zorgleefplan*?
- Wat is het verschil met afspraken die een *zorgplan* vermeldt?
- Wat zijn de belangrijkste veranderingen als je met een zorgleefplan gaat werken?
- Kun je het zorgplan, waar je nu mee werkt, nog gebruiken?
- Hoe begint het werken met een zorgleefplan?

2.1 WAT IS HET DOEL EN DE FUNCTIE VAN EEN ZORGLEEFPLAN?

In het zorgleefplan leg je vast hoe de cliënt zijn leven wil leiden en welke ondersteuning hij daarbij van de zorgorganisatie nodig heeft en kan verwachten.

Aan de hand van het zorgleefplan ga je samen met de cliënt allereerst op zoek naar een antwoord op de vraag: 'Wat is belangrijk in uw leven?' En vervolgens: 'Welke ondersteuning en zorg heeft u daarbij van ons nodig?' In het zorgleefplan leg je vast wat met de cliënt is afgesproken over die zorg en ondersteuning. Daardoor zijn afspraken voor iedereen duidelijk en goed met de cliënt te evalueren.

De domeinen van het zorgleefplan in het kort

In het zorgleefplan is aangegeven binnen welke vier domeinen de zorg en het welzijn van de cliënt zich afspelen. Deze domeinen zijn:

- Mentaal welbevinden en autonomie of 'je geestelijk goed voelen'.
- Lichamelijk welbevinden of 'goed verzorgd, een prettig gevoel'.
- Woon- en leefomstandigheden of *je thuis voelen*
- Participatie of 'meedoen, op eigen wijze actief zijn'.

2.2 WAT IS HET VERSCHIL MET AFSPRAKEN DIE JE VAAK IN EEN ZORGPLAN VINDT?

In het *zorgleefplan* noteer je afspraken die je met individuele cliënten maakt. Naast afspraken over zorgverlening bij ADL en gezondheidsvragen gaat het ook om ondersteuning bij vragen die gaan over het welzijn. Vragen die liggen op terreinen als hobby's, religie, sociale contacten, woon- en leefomgeving en wensen omtrent de invulling van het dagelijkse leven. Voor verzorgenden die met zorgleefplannen werken is de kwaliteit van leven, zoals de cliënt die ervaart, het uitgangspunt.

In veel *zorgplannen* daarentegen, kun je observaties en wensen op andere levensterreinen dan de persoonlijke verzorging jammer genoeg niet kwijt. De meeste zorgplannen kiezen de invalshoek van zorgproblemen, en gaan minder in op voorkeuren, behoeften en mogelijkheden die cliënten hebben.

2.3 WAT ZIJN DE BELANGRIJKSTE VERANDERINGEN ALS JE MET EEN ZORGLEEFPLAN GAAT WERKEN?

Vergeleken met de situatie voordat je met het zorgleefplan werkte, vallen de volgende veranderingen op:

- a Verzorgenden en persoonlijk begeleiders die het zorgleefplan opstellen, verdiepen zich meer in de cliënt. Zij denken mee en signaleren zaken op alle levensterreinen van de cliënt. Verzorgenden en cliënten werken intensief samen aan de kwaliteit van leven en er is meer aandacht voor het opbouwen van een relatie met de cliënt.
- b Meer ruimte voor individuele wensen van de cliënt: dit vraagt een grotere flexibiliteit op het gebied van ADL-zorg, eten en drinken, inrichting van de leefomgeving.
- c De zorgorganisatie heeft meer aandacht voor het ondersteunen van belangrijke sociale contacten, wensen omtrent religie en levensbeschouwing en het voortzetten van gewoontes of hobbies vanuit de thuissituatie.
- d Met andere disciplines werk je samen aan het vormgeven van op het individu afgestemde zorg en ondersteuning. Wat kan de keuken betekenen? Wat kan de activiteitenbegeleiding bijdragen? Wat moet de behandelaar weten? Wat moeten zorgverleners van elkaar weten? Wat dragen verschillende medewerkers en zorgprofessionals bij aan de doelen van de cliënt?

De drie belangrijkste aspecten van vraaggerichte verzorging

- 1 Ken je de cliënt?
- 2 Kom je er samen uit?
- 3 Knok je voor de cliënt?

2.4 KUN JE HET ZORGPLAN, WAAR JE NU MEE WERKT NOG GEBRUIKEN?

Het zorgplan waar je nu mee werkt vormt in veel gevallen de basis voor het nieuwe dossier, maar moet uitgebreid worden met de uitgangspunten en de levensdomeinen die benoemd zijn in de normen verantwoorde zorg.

Je kunt dat doen door vast te stellen aan welke levensterreinen van de cliënt je nog geen expliciete aandacht besteedde (in de vorm van concrete afspraken) in het zorgplan. Het helpt om daarbij een aantal dringende, individuele wensen van bewoners/cliënten als voorbeeld te nemen: wensen die je tot nu toe geen plaats kon geven.

Hierbij kun je ook gebruik maken van het Zorgleefplan-model van ActiZ, de leefplan-methodiek van Artemea of die van het IMOZ. Op basis van de hierin benoemde levensterreinen of domeinen van kwaliteit van leven kun je checken welke hiervan niet terugkomen in het huidige zorgplan.

2.5 HOE BEGINT HET WERKEN MET EEN ZORGLEEFPLAN?

In grote lijnen worden de volgende stappen gezet.

Stappen in de organisatie

- De organisatie beslist dat zij overstapt van zorgplan naar zorgleefplan.
- Een nieuw zorgleefplan wordt ontworpen.
- Personeel wordt geschoold in visie achter en gebruik van zorgleefplan.
- De cliënten en de familie worden ingelicht over de verandering.

Stappen in het team

- De teamleider maakt (met het team) een plan om het zorgleefplan in te voeren.
- De cliënt krijgt een persoonlijk begeleider. Deze vult samen met de cliënt (en familie) het zorgleefplan in. Zij kunnen met vragen bij deze persoonlijke begeleider terecht.
- Er is voldoende ruimte voor scholing en extra intercollegiaal overleg om ervaringen te bespreken.
- Naar aanleiding van ervaringen worden roosters eventueel aangepast.

Stappen tussen persoonlijk begeleider en cliënt

- De persoonlijk begeleider achterhaalt wat de cliënt belangrijk vindt in zijn leven. Als houvast gelden de formulieren in het (aangepaste) zorgleefplan.
- De persoonlijk begeleider stemt de ondersteuning af op wat de cliënt belangrijk vindt en maakt daarover goede afspraken met de cliënt en het team.
- De persoonlijk begeleider voert de gewenste zorg uit in samenwerking met de teamleden en andere disciplines in de organisatie.
- De persoonlijk begeleider evalueert regelmatig of het plan nog naar wens is en stel het desgewenst bij.

TIPS

- * Neem de tijd om het zorgleefplan te introduceren en de visie erachter te doorgronden.
- * Maak duidelijk dat het belangrijkste doel is dat cliënten hun leven kunnen voortzetten zoals zij dat gewend zijn en wensen.
- * Het dossier is een werkdocument, een hulpmiddel, en geen doel op zich: het is geen invuloefening.



3

Voorwaarden voor een succesvolle invoering



- Hoe dragen we onze visie over?
- Hoe betrek ik de organisatie?
- Is er genoeg geld voor de invoering?

3.1 WAAR BEGINT HET?

Voordat jij en je team aan de slag kunnen met het implementeren van het zorgleefplan, zal de organisatie een aantal randvoorwaarden moeten scheppen. Bestuur en management dienen zich ervan bewust te zijn dat het invoeren van het zorgleefplan een gedegen voorbereiding vraagt.

3.2 VOORWAARDEN VOOR EEN SUCCESVOLLE INVOERING

Hieronder een opsomming van de belangrijkste voorwaarden waarvoor bestuur en management zich dienen in te zetten.

1 Uitdragen van een visie

- Bestuur en management hebben een heldere visie op vraaggerichte zorg. Een middel daarvoor is het zorgleefplan.
- Bestuur en management hebben een goed beeld van de gevolgen van het zorgleefplan voor de organisatie: een cultuur van vraaggericht werken en flexibiliteit in de organisatie van de zorg. Zij maken hun visie en bijdrage zichtbaar voor teamleiders en hun medewerkers.
- Het management geeft duidelijke leiding aan deze verandering.
- Het management laat zien dat zij teamleiders en medewerkers ondersteunt om de invoering te laten slagen.
- De ‘vraaggerichte cultuur’ geldt voor cliënten én medewerkers.

2 Informeer en betrek alle geledingen in de organisatie

- De cliënten en hun familie zijn geïnformeerd over het zorgleefplan en worden betrokken bij de uitwerking
- Alle disciplines (verzorgenden, facilitaire dienst, medische en paramedische diensten) doen mee met de invoering van het zorgleefplan en weten welke verantwoordelijkheid zij dragen.

3 Zorgen voor draagvlak

- Door regelmatig terug te koppelen naar de visie, deze opnieuw uit te dragen en successen te vieren.
- Door verantwoordelijkheid en inzet te belonen.

4 Tijd en geld

- Er is budget beschikbaar voor extra kosten die invoering van het zorgleefplan met zich meebrengt voor scholing, extra inzet personeel, begeleiding, coaching en afstemming met andere disciplines.

5 Ondersteuning werkprocessen op de werkvloer

- Het zorgleefplan is klaar voor gebruik in de organisatie: de overgang naar het zorgleefplan en elektronische cliëntendossier zijn 'organisatiebreed' voorbereid.
- Werkprocessen zijn aangepast met betrekking tot dagindeling en afstemming tussen disciplines.
- Er zijn nieuwe functieomschrijvingen voor nieuwe medewerkers. Competenties voor het werken met het zorgleefplan zijn daarin opgenomen.
- Er is tijd vrijgemaakt voor persoonlijk begeleiders om zorgplannen om te zetten in zorgleefplannen.
- Er is budget vrijgemaakt voor scholing van teamleiders, persoonlijk begeleiders, verzorgenden en medewerkers van ondersteunende diensten.
- Een leergerichte houding in een cultuur die wordt getypeerd door: 'In onze organisatie kunnen mensen leren en vergissingen worden gezien als mogelijkheid om te leren. Wij leren ook door te doen. Het invoeren van het zorgleefplan is een leerproces voor de hele organisatie.'

TIPS

- * Als aan bovenstaande voorwaarden nog niet is voldaan ga dan in gesprek met jouw manager en bespreek de mogelijkheden.
- * Verwacht van bestuur en management betrokkenheid en een eigen rol bij de invoering van het zorgleefplan.
- * Koppel regelmatig terug naar bestuur en management: daarmee geef je hen de mogelijkheid mee te sturen en te regelen.
- * Als je vraaggericht werkt met medewerkers, dan heb je een grotere kans dat zij vraaggericht werken met de cliënt.



4

Rol en taken van de teamleider



- Wat is een implementatieproces?
- Hoe pak ik het aan?
- Hoe krijg ik mijn medewerkers mee?
- Hoe worden de andere disciplines aangestuurd?
- Hoe krijg ik alle wensen van cliënten gehonoreerd?

4.1 WAT IS IMPLEMENTEREN?

Implementeren betekent letterlijk ‘ten uitvoer brengen’. Dat betekent die dingen doen die tot uitvoering van het zorgleefplan leiden. Maar welke dingen zijn dat dan?

- 1 Implementatie van een verandering vraagt altijd om een gedegen voorbereiding. Werken aan draagvlak: is iedereen op de hoogte en gemotiveerd. Een plan op stellen: wie doet wat op welk moment?
- 2 De kans op succes bij implementatie van het zorgleefplan is groter als bestuur en management laten zien dat zij het zorgleefplan belangrijk vinden. Het is niet alleen het ‘pakkie an’ van de werkvloer. Om het zorgleefplan succesvol in te voeren moet het een onderdeel zijn van een visie waarvan de hele organisatie doordrongen is. Het management moet dit concreet laten zien in scholing, tijd en geld.
- 3 Als teamleider heb je contact met het management en met het team. Naar ‘boven’ geef je signalen en vraag je om randvoorwaarden (tijd, geld, scholing) en naar ‘beneden’ stuur je aan en vraag je om inzet. Ieder op zijn of haar eigen terrein (Zie hoofdstuk 5 over samenwerking met teamleden).

4.2 PLANMATIG WERKEN IN VIJF STAPPEN

Als de visie op het werken met het zorgleefplan bekend is en het belang van het uitvoeren daarvan in de organisatie door iedereen gedeeld wordt, kun je aan de slag met de voorbereiding van het ‘ten uitvoer brengen’ van het zorgleefplan.

Alles begint met een goed plan en de wetenschap dat je met zijn allen aan het beoogde eindresultaat werkt. Het is een gezamenlijk project: iedereen is geïnformeerd, draagt bij aan de voorbereidingen en voelt zich verantwoordelijk. Als teamleider draag je een extra verantwoordelijkheid voor het eindresultaat. Je maakt een plan van aanpak:

- 1 Formuleer het doel dat je in een bepaalde periode wilt bereiken (situatie B) en stel dit samen met je team vast.
- 2 Bepaal de ‘beginsituatie’ in het team (situatie A).
- 3 Regel de voorwaarden voor de uitvoering.
- 4 Plan activiteiten voor de komende periode (hoe gaan we van A naar B).
- 5 Organiseer de uitvoering binnen het team.

4.3 TOELICHTING OP DE VIJF STAPPEN



STAP 1 Formuleer het doel dat je in een bepaalde periode wilt bereiken (situatie B) en stel dit samen met je team vast.

Met het oog op het doel en de functie van het zorgleefplan formuleer je doelen. Betrek het team bij het vaststellen van de doelen en gebruik de kennis en ervaring van teamleden. Hieronder zijn enkele voorbeelden van doelen beschreven.

- *Er is op 1 januari 2009 een zorgleefplan voor iedere cliënt.*
Vertrekpunt kan zijn dat vanaf 1 januari 2008 alle 'oude' dossiers van cliënten omgezet worden naar een zorgleefplan. Terugrekenend vanuit 1 januari 2009 moet er per maand een bepaald aantal zorgleefplannen worden gemaakt. Schat globaal in wat haalbaar is. De tijdsinvestering is ruim twee uur per dossier.
- *De werkprocessen zijn over een jaar flexibeler ingericht.*
Het werken met het zorgleefplan vraagt om flexibele zorg: flexibele inzet van medewerkers en flexibele roostering.
- *De persoonlijk begeleider functioneert over een jaar als spin in het web.*
Om het zorgleefplan uit te voeren werkt de persoonlijk begeleider samen met de keuken, de technische dienst, de huishouding, medici en paramedici.
- *Over twee maanden kunnen cliënten het tijdstip bepalen voor de ADL activiteiten.*
Cliënten krijgen meer keuzes voor hun dagindeling zoals tijdstip van opstaan, douchen en eten.



STAP 2 Bepaal de 'beginsituatie' in het team (situatie A).

Als je weet welke doelen je met je team wilt halen (situatie B) kijk je eerst naar de huidige (begin)situatie rond het zorgleefplan (situatie A). Vragen die je kunt stellen zijn:

- Is er een format voor het 'nieuwe zorgdossier'.
- Zijn er voldoende mappen of computers.
- Heeft het team een duidelijk beeld van het doel en de functie van het zorgleefplan.
- Welke scholingsbehoeften hebben jouw teamleden.
- Is er budget voor het flexibel inrichten van de zorg.
- Zijn er voldoende teamoverlegmomenten
- Is scholing nodig?

Als je dergelijke vragen beantwoordt, krijg je een beeld van de zaken waarmee je aan de slag moet met jouw team. Achter in het boek vind je een schema dat je in kunt vullen om de stand van zaken in jouw team te verkennen.



STAP 3 Regel de voorwaarden voor de uitvoering.

Hoe krijg je straks 'al die' wensen van cliënten gehonoreerd? Dat weet je pas als je de wensen van cliënten kent en weet welke beperkingen de organisatie kent. Dat betekent dat je werk een groot proefondervindelijk karakter draagt. Door aan de slag te gaan ontdek je waar de mogelijkheden en moeilijkheden liggen.

In ieder geval is bekend dat cliënten het liefst op een door hen gewenste tijd willen eten en douchen. Je kunt dus in ieder geval onderzoeken welke aanpassingen mogelijk zijn in zorgroutes en roosters.

Verder is in de meeste gevallen (bij)scholing gewenst. Probeer te beschrijven wat jouw teamleden nog moeten leren, zodat je gericht aan de slag kunt. Bijscholing kun je alvast organiseren. Ook teambijeenkomsten plannen om het werken met het zorgleefplan te bespreken en te evalueren.



STAP 4 Plan activiteiten voor de komende periode (hoe gaan we van A naar B)

Activiteiten waar je aan kunt denken:

- Een scholingsplan voor jou en de teamleden.
- Een plan voor de communicatie met de cliënten.
- Een plan voor de communicatie en het betrekken van directe collega's uit je team en met andere disciplines.
- Een plan om de roosters vraaggericht te maken.

Kapstokken voor je werkwijze

- 1 Zoek enkele enthousiaste verzorgenden, bijvoorbeeld persoonlijk begeleiders om plannen voor te bereiden.
- 2 Werk, waar nodig, nauw samen met het hoofd van de facilitaire dienst, (para-) medici en management.
- 3 Ontwikkel, bespreek en stel plannen gezamenlijk vast. Dat zorgt voor draagvlak voor de plannen.
- 4 Ga stapsgewijs aan de slag en zorg ervoor dat teamleden en eventueel andere collega's met de plannen kunnen instemmen (zie bijlage voor voorbeelden van plannen).
- 5 Zorg voor een evenredige verdeling van verantwoordelijkheden over de teamleden. Geef betrokkenen inbreng, daarmee worden ze mede-eigenaar van het resultaat.
- 6 Werk samen met de stafdiensten.
- 7 Een dringend advies: zoek geen problemen die er nog niet zijn. Wacht af welke problemen naar boven drijven en reageer daar dan alert op. Zeker is dat je over een jaar weet, hoe jouw team met het zorgleefplan werkt. Dan weet je ook welke knelpunten je hebt opgelost en wat vanzelf liep. Nu weet je dat nog niet. Wat je nu wel weet is welke stappen je moet zetten.



STAP 5 Organiseer de uitvoering binnen het team

Leren werken met het zorgleefplan is een cyclisch proces van vallen en opstaan, experimenteren en evalueren, het even niet weten en ook ervaren dat 'plotseling' alles gesmeerd verloopt.

Taken	Wie voert uit	Start	Kosten/uren
Opstellen zorgleefplannen	Persoonlijk begeleider van de cliënten		
Coachen persoonlijk begeleiders	Teamleider		
Uitvoeren zorg	Persoonlijk begeleiders en Verzorgenden		
Coachen verzorgenden of teamleider	Persoonlijk begeleider		
Multidisciplinair overleg organiseren	Persoonlijk begeleiders en andere disciplines		
Evalueren resultaten	Team		

TIPS

- * **Neem weerstand van verzorgenden serieus.**
- * **Neem de tijd om te leren en anderen te laten leren.**
- * **Wees niet bang voor eigen fouten of fouten van teamleden.**
- * **Houd vast aan je doel en draag dat uit.**
- * **Wijs je team de weg.**
- * **Blijf de visie van de organisatie voor ogen houden.**
- * **Reserveer tijd voor scholing.**
- * **Reserveer extra tijd voor het invullen van zorgleefplannen.**




5

Hoe bereidt het team zich voor?



- Alweer een verandering? Het gaat toch goed!
- Wat is het zorgleefplan ?
- We zijn er toch voor de verzorging?
- Wat verandert er voor mij?
- Wat wordt er van mij verwacht?



Verzorgenden gebruiken het zorgleefplan in de praktijk. Om teams voor te bereiden op hun taak zijn de volgende aspecten belangrijk:

- Overdragen van het doel en de functie van het zorgleefplan
- Wat verandert er nu echt?
- Leren werken met het zorgleefplan
- Communicatie over de dagelijkse zorg en multidisciplinair werken
- Stil staan bij weerstanden
- Hoe pakken we het aan?

5.1 OVERDRAGEN VAN HET DOEL EN DE FUNCTIE VAN HET ZORGLEEFPLAN


Om het team mee te krijgen in een verandering is informatie en inspraak essentieel. Leg uit dat het zorgleefplan een instrument is om heldere afspraken te maken over de zorg en ondersteuning, die de individuele cliënt wil en graag ontvangt. Met het zorgleefplan kunnen verzorgenden samen met de cliënt op zoek naar een antwoord op de vraag: wat is belangrijk in het leven van de cliënt? Verdere aanbevelingen:

- Voer een gesprek met verzorgenden over de visie die ten grondslag ligt aan het zorgleefplan, namelijk goede zorg ondersteunt de cliënt bij het voortzetten van het leven zoals hij dat gewend is en wenst.
- Bespreek op basis van het zorgleefplan welke ondersteuning en zorg ‘nieuw’ is, en wat er verandert.
- Maak de functie van het zorgleefplan helder, namelijk dat afspraken met de cliënt worden vastgelegd, zodat ze voor iedereen die bij de zorg betrokken is duidelijk zijn en goed met de cliënt geëvalueerd kunnen worden.
- Neem de tijd om de gevolgen van het werken met het zorgleefplan met het team te bespreken.
- Vraag de teamleden om zich uit te spreken over het zorgleefplan.
- Als wensen van de cliënt en familie niet overeenkomen, kan het zorgleefplan gebruikt worden om een gesprek met de familie te voeren.
- Ga op werkbezoek bij een zorgorganisatie die al ervaring heeft opgedaan met het zorgleefplan.

5.2 WAT VERANDERT ER NU ECHT?

Organisaties die met het zorgleefplan (gaan) werken zullen, in vergelijking met de ‘oude’ situatie, de volgende veranderingen kunnen constateren:

- a Het gewone dagelijkse wonen en leven van de cliënt is onderwerp van het zorgleefplan. Daarbij gaat het niet alleen over gebreken en problemen maar ook over wensen en mogelijkheden.

- 
- b De cliënt zet de activiteiten en contacten voort zoals hij wenst en gewend is.
 - c De rollen van persoonlijk begeleiders, helpenden en verzorgenden wijzigen.
 - d Multidisciplinair werken is noodzakelijk.
 - e Resultaatgerichte cultuur: aanspreken op nakomen van afspraken.
 - f De cliënt (of zijn vertegenwoordiger) beslissen nadrukkelijker.

Hieronder staan deze punten grotendeels uitgewerkt.

a Het hele leven van de cliënt is onderwerp van het zorgleefplan

De nadruk ligt op het totale leven. 'Dat is nu ook al het geval', zullen veel verzorgenden zeggen. Wellicht is dat zo. Voor organisaties die al vraaggericht of belevingsgericht werken, zal de invoering van het zorgleefplan waarschijnlijk niet zulke grote gevolgen hebben. Maar waar het organiseren van de vraaggerichte zorg nog in de kinderschoenen staat, is de verandering groter.

Het 'totale leven' omvat meer dan de ADL-zorg. Het zorgleefplan betreft ook het welzijn van de cliënt – op terreinen zoals hobby's, religie, sociale contacten en wensen over de invulling van het dagelijkse leven – bij de zorg en ondersteuning.

Afspraken die in het zorgleefplan zijn vastgelegd kunnen uitmonden in ondersteuning bij het inrichten van een huiskamer, het 'meedenken' over de daginvulling, het luisteren naar levensvragen waar cliënten mee worstelen en in een begeleidende rol in een kleinschalige woonvorm. Ook is een steeds intensievere samenwerking met vrijwilligers en mantelzorg aan de orde, vaak op het terrein van sociale participatie.

Deze visie overbrengen aan het team is van groot belang. Als een gemeenschappelijke visie op de zorg ontbreekt is er geen gemeenschappelijke richting van handelen in het team.


b De cliënt leeft zijn leven zoals hij wenst

c De rollen van persoonlijk begeleiders, helpenden en verzorgenden wijzigen

De persoonlijk begeleiders spelen een centrale rol in het uitvoeren van de afspraken uit het zorgleefplan. Het behoort tot hun verantwoordelijkheid om de inbreng van de cliënt volledig tot zijn recht te laten komen. De persoonlijk begeleiders hebben de rol om 'naast' de cliënt te staan bij het invullen van het zorgleefplan en de verzorgenden te coachen bij het uitvoeren van de afspraken. Ook werken zij nauw samen met de mantelzorgers en vrijwilligers. De verzorgenden voeren de zorg uit, signaleren knelpunten en rapporteren (ook als de zorg goed verloopt).

d Multidisciplinair werken is noodzakelijk

Om een visie in praktijk te kunnen brengen is samenwerking en afstemming essentieel. Alle bij de zorg en ondersteuning betrokken disciplines kennen de afspraken met de cliënt. Samen bieden zij verantwoorde zorg. De praktijk leert dat samenwerking tussen disciplines niet



altijd eenvoudig is. Er kunnen soms irritaties ontstaan door wederzijds onbegrip. Om samen te kunnen werken moet je elkaar leren begrijpen. Met elkaar praten, naar elkaar luisteren en informatie uitwisselen draagt bij aan het begrip krijgen voor elkaars deskundigheid en inbreng.

Multidisciplinaire gesprekken gaan over vragen als: loopt alles goed of is er iets onverwachts, iets afwijkends te melden; moet er van de gebruikelijke werkwijze afgeweken worden en wat betekent dat voor de disciplines?

Bij twijfel over een aanpak is er (interdisciplinair) overleg om te bepalen hoe aan de wens van de cliënt kan worden voldaan. De persoonlijk begeleider gaat in dat overleg uit van de wensen van de cliënt. Als anderen suggesties hebben voor de zorg, worden deze aan de cliënt voorgelegd. De cliënt beslist uiteindelijk welke zorg of ondersteuning geboden wordt.

Het is van belang dat er duidelijkheid komt over zaken als:

- Wat doe je met afspraken die worden gemaakt op een andere tijd en plaats, bijvoorbeeld door de arts met de cliënt?
- Welke afspraken maakt de organisatie over dossiers van artsen en paramedici?
- Wat zijn de bevoegdheden van verschillende disciplines in het vastleggen van afspraken met de cliënt?
- Wat is de rol van het MDO vanuit het zorgleefplan ?

Elke beroepsgroep moet binnen de kaders en binnen de eigen verantwoordelijkheid kunnen handelen, maar steeds vanuit de afspraken die gemaakt zijn met de cliënt in het zorgleefplan.

Wat je kunt doen om het multidisciplinair werken vorm te geven is:

- Betrek alle disciplines vanaf het begin bij de invoering van het zorgleefplan.
- Creëer een open klimaat, stimuleer samenwerking en schep mogelijkheden voor feedback door te benoemen wat goed gaat en door vragen te bespreken.
- Vertaal de visie op het zorgleefplan door naar de overlegstructuur.
- Zorg voor een heldere rolverdeling.
- Maak afspraken over communicatie.

e Resultaatgerichte cultuur: aanspreken op nakomen van afspraken.

Er wordt van de zorgverleners verwacht dat zij er alles aan doen om afspraken met cliënten na te komen. En als dat niet lukt, is het van groot belang dat daarover terugkoppeling plaatsvindt naar de cliënt en de persoonlijk begeleider of teamleider. De persoonlijk begeleider of teamleider vraagt zelf ook regelmatig om terugkoppeling van de zorgverleners om stil te staan bij de verleende zorg.

f De cliënt (of zijn vertegenwoordiger) beslissen veel meer zelf

Regie over eigen leven is een van de pijlers van het zorgleefplan. Verzorgenden moeten hun cliënten (of hun vertegenwoordigers) daarbij ondersteunen. Ook in gevallen waarin cliënten andere keuzes maken dan zij zelf zouden doen. Het dagprogramma van de afdeling is niet meer leidend voor de activiteiten van de cliënt.

5.3 LEREN WERKEN MET HET ZORGLEEFPLAN

Persoonlijk begeleiders

De persoonlijk begeleiders hebben een basistraining nodig om voorbereid te zijn op de uitvoering van het zorgleefplan. Zij hebben inzicht nodig in het doel en de werking van het zorgleefplan, maar ook scholing op het gebied van gesprekstechnieken, vraaggericht werken, onderhandelen en timemanagement. Coaching kan beginnen als alle teamleden op de hoogte zijn van de visie, de doelen en de werkwijze in het kader van het zorgleefplan.

Tijdens het werk is individuele coaching van belang, onder meer om te reflecteren op ervaringen. Via coaching leren teamleden hun eigen draai te vinden. Er ligt veel op hun bordje. Zij leren de wensen en behoeften van cliënten in beeld te brengen en onder te brengen bij de verschillende levensdomeinen. Zij zijn verantwoordelijk voor het overdragen en evalueren van wensen en behoeften van cliënten en motiveren collega's en andere disciplines voor het werken met zorgleefplannen. De persoonlijk begeleider maakt de afspraken met de cliënt namens het team. Zij zal de teamleden ook aanspreken op het nakomen van de afspraken. Behalve voor individuele coaching kan de persoonlijk begeleider tijd krijgen om ervaringen uit te wisselen met collega's.

Helpenden en verzorgenden

Helpenden en verzorgenden hebben een basisscholing nodig om te weten wat het doel en de functie van het zorgleefplan is en om te leren hoe de map of het elektronisch cliëntdossier functioneert. Daarnaast is een training in vraaggericht werken noodzakelijk. Deze legt een basis voor het leren werken met het zorgleefplan.

Cliënten ondersteunen bij het verwezenlijken van hun wensen, vraagt meer flexibiliteit en creativiteit van helpenden en verzorgenden. Er worden minder gewerkt met vaste regels en tijdstippen. Dit roept in het begin veel vragen op: wat mag ik wel en niet doen voor de cliënt? Ik doe iets wel voor een cliënt, mijn collega niet, wat nu?

Ieder werkmoment is een leermoment, waarover zij moeten kunnen praten met elkaar en met de teamleider. Fouten maken mag, want daar leer je van. Bedenk hoe deze ondersteuning kan plaatsvinden: intercollegiaal overleg in de vorm van teambijeenkomsten of koffiegesprekken. Of één op één begeleiding in de vorm van mentorschap of voortgangsgesprekken. Daarnaast kan het voor helpenden en verzorgenden leerzaam en inspirerend zijn om gekoppeld aan een persoonlijk begeleider deel te nemen aan het gesprek met de cliënt ten behoeve van het invullen van het zorgleefplan.

5.4 COMMUNICATIE OVER DE DAGELIJKSE ZORG EN MULTIDISCIPLINAIR WERKEN

De contacten in het team over de zorgverlening

Dagelijks is er aandacht voor de cliënt. 'Hoe gaat het, zijn er bijzonderheden?' Iedere dag kan immers weer anders zijn voor de cliënt en dat kan om dagelijkse aanpassing van de zorgverlening vragen.

Naast de dagelijkse contacten zijn er ook de rapportages en cliëntbesprekingen. Helpenden en verzorgenden brengen de meeste tijd door met cliënten en hebben daarom een belangrijke signalerende functie. Die signalen worden gecommuniceerd met de cliënt en tijdens cliëntbesprekingen: overleg met de persoonlijk begeleiders vindt plaats.

Daarnaast is het belangrijk om op gezette tijden met een breed samengesteld multidisciplinair team de zorgverlening aan de cliënt te bespreken.

Samenwerken met de ondersteunende diensten


Werken met het zorgleefplan betekent dat je multidisciplinair werkt. Het werkt alleen als iedereen meedoet en alle disciplines op hun eigen wijze bijdragen aan de kwaliteit van de zorg. Bij multidisciplinair werken kun je bijvoorbeeld denken aan:

- *De facilitaire dienst*, die een sleutelrol vervult als het gaat om ontvangen van bezoek, bellen van een taxi, verwijzen naar de goede persoon, klachten in ontvangst nemen en naar de juiste persoon doorsluizen.
- *De technische dienst*, die kleine en grotere ongemakken in de woning of kamer van de cliënt verhelpt.
- *De restauratieve dienst* die een grote bijdrage levert aan het lichamelijk welbevinden van de cliënt door gezond en smakelijk eten. Deze dienst signaleert ook wanneer een cliënt niet goed eet en zijn eten laat staan.
- *De huishoudelijke dienst* die er voor zorgt dat cliënten aangenaam kunnen wonen en van dienst is bij het terugkrijgen van zoekgeraakte spullen.

In een multidisciplinair team kun je op gezette tijden de zorgverlening aan de cliënt bespreken. In het MultiDisciplinairOverleg (MDO) bespreek je ervaringen en observaties, zorg je voor onderlinge afstemming en wordt de zorg geëvalueerd.

5.5 STILSTAAN BIJ WEERSTANDEN

Weerstand hoort onvermijdelijk bij een verandering. Geef teamleden de tijd om te wennen, zoals ook cliënten vaak moeten wennen aan een nieuwe behandeling of benadering. Neem de vragen en de twijfels van medewerkers serieus. Het zijn wegwijzers waar je met het team aandacht aan kunt besteden. Vraag wat er aan de hand is en probeer erachter te komen waar de weerstand zit. Goed luisteren, kijken en doorvragen is altijd de eerste stap. Laat de ander



uitpraten en raak niet geïrriteerd, bagatelliseer de twijfel niet en 'kap' de ander niet af. Door te informeren en uit te leggen kun je al veel helderheid geven en door inspraak en ruimte voor meedenken te geven ontstaat er verbondenheid. Medewerkers die zich spontaan uiten kun je uitnodigen om mee te denken. In een later stadium kunnen zij misschien optreden als ambassadeurs bij collega's. Kortom: ga geduldig om met weerstand en leer er zelf ook van.

5.6 HOE PAKKEN WE HET AAN?

Visie en doelen zijn duidelijk voor de teamleden, de basisscholing is gevolgd en elk teamlid weet wat er van hem wordt verwacht. Als dat zo is, komt de vraag 'Hoe pakken we dit aan?'. Welke werkwijze hanteert het team de komende tijd. Enkele teamgesprekken zijn nodig om op onderstaande vragen antwoord te verschaffen:

a Hoe werken we met het zorgleefplan?

- Hoe zijn de taken verdeeld in het team? Relatie teamleider, persoonlijk begeleider en verzorgenden.
- Waar beginnen we? Met welk domein begin je en binnen welke tijd moeten alle domeinen worden afgewerkt? Hoe plannen we de gesprekken?
- Hoe formuleer je doelen en hoe schrijf je ze op?
- Wat noteer je wel en niet in het zorgleefplan? Wie moet wat weten?
- Staat het zorgleefplan op de kamer van de cliënt?
- Hoe verwerk je 'spontane gesprekken' in het zorgleefplan?

b Zijn er goede regels en afspraken?

- Hoe zorg je dat die doelen ook bereikt worden?
- Welke ruimte is er om vraaggericht te werken met de cliënten?
- Wat mag ik zelf beslissen en waarover overleg ik met de teamleider?
- Hoe weet ik welke wensen haalbaar zijn?
- Wat doe je als een cliënt geen vraag of wens kan of wil formuleren?
- Hoe werk je vraaggericht met mensen met probleemgedrag?
- Wat doe je als de familie een hele andere mening heeft dan de cliënt?
- Wat doe je als er geen mantelzorg beschikbaar is?
- Wanneer werk ik samen met andere disciplines?
- Waar kan een cliënt uit kiezen?

c Is duidelijk wanneer en waarover terugkoppeling wordt verwacht?

- Wanneer vindt overleg plaats: in het team en multidisciplinair?
- Wat bespreken we in het teamoverleg?
- Hoe verlopen de overdrachten?
- Wat zijn de leermomenten?

- Hoe worden de leermomenten georganiseerd?
- Intervisiebijeenkomsten
- Is er een jaarplanning?

d Is de multidisciplinaire samenwerking geregeld?

- Wat is het doel?
- Wie doen mee in dit overleg?
- Wie leidt de vergadering?
- Welke werkwijze wordt gebruikt in het overleg?

TIPS

- * **Ga niet uit van problemen, maar van mogelijkheden.**
- * **Laat medewerkers met hun ideeën komen: zij moeten het doen.**
- * **Maak afspraken expliciet en leg ze vast.**
- * **Heb oog voor alle betrokkenen.**
- * **Verwacht niet dat alle teamleden vaardigheden en competenties bezitten om zonder begeleiding te kunnen functioneren. Een basisscholing is een must.**
- * **Kijk goed naar wat medewerkers in huis hebben voor het werken met het zorgleefplan en ga daar bewust mee om.**
- * **Rooster flexibel.**
- * **Verwacht dat medewerkers 'breed' naar de zorg kijken.**
- * **'Betrek de betrokkenen'.**



6

Betekenis zorgleefplan voor cliënten en hun familie



- Wat is een zorgleefplan?
- Welke afspraken kan ik maken?
- Wat is mijn wens eigenlijk, wie helpt mij?
- Ik wil zelf beslissen over mijn leven!
- Mijn familie hoort erbij.

6.1 HET ZORGLEEFPLAN EN DE CLIËNT

Verhuizen naar een verpleeg -of verzorgingshuis is een grote stap. De cliënt laat het 'gewone leven' achter zich – maar neemt de rest van zijn leven wel mee! – en staat voor de opgave om het leven weer op te pakken in een nieuwe woonomgeving. Het zorgleefplan kan hem daarbij ondersteuning bieden.

In de visie van Sting betekent het werken met het zorgleefplan: vraaggericht werken en kwalitatief goede zorg bieden. Dit is in de praktijk moeilijker dan je denkt.

Concrete wensen en behoeften van ouderen zijn vaak heel divers. Maar er zijn ook veel overeenkomsten. Alle ouderen willen:

- Zich thuis voelen in een veilige woonomgeving.
- Persoonlijk passende en goede zorg en ondersteuning op het moment dat deze nodig zijn.
- Gekend worden als mens met een eigen identiteit.
- Contact onderhouden met partner, kinderen, familie en vrienden.
- Kleine dagelijkse gewoonten kunnen voortzetten.
- Een zinvolle dagbesteding.
- Invulling geven aan hun religieuze behoeften of levensovertuiging.
- Een vakbekwame zorgverlener kunnen vertrouwen.
- Goede informatie ontvangen over mogelijkheden wat betreft zorg.

6.2 INVLOED VAN DE CLIËNT

Doel van de zorgverlening is dat de cliënt zo prettig mogelijk en op zijn eigen manier kan leven. Zelf bepalen hoe je leeft, woont, of je vrije tijd besteedt: is dat haalbaar voor iedereen? 'Ik wil baas blijven over mijn eigen leven', zeggen ouderen als je vraagt wat zij belangrijk vinden. Ze willen blijven doen wat ze (nog) kunnen en zelf bepalen wanneer ze welke zorg krijgen. Bedenk daarbij dat onderstaande overwegingen een rol spelen:

- Zeggenschap is voor iedereen belangrijk, maar niet voor iedereen vanzelfsprekend. Normen en waarden bepalen in welke mate mensen hechten aan hun eigen wensen. In sommige 'wij-culturen' (in tegenstelling tot de 'ik-maatschappij') staat het eigenbelang op de tweede plaats.
- Vaak hebben ouderen onvoldoende vaardigheden om hun wensen en behoeften te onderkennen en verwoorden. Ze hebben daar hulp bij nodig.
- Cliënten willen graag zelf beslissen over de zorg en ondersteuning die ze ontvangen. Dat is niet altijd eenvoudig, omdat zorgverleners, partners of familieleden voor de cliënt bepalen wat hij nodig heeft. Het gebeurt ook dat zij ieder hun eigen kijk hebben op de zorg de cliënt moet krijgen. Hoe kom je daar uit?

Welke hulp kunnen verzorgenden geven?

Verzorgenden kunnen helpen door belangstellend te zijn en te informeren naar wat voor een cliënt belangrijk is. Goed 'kijken' naar cliënten verschaft veel informatie. Voelt een cliënt zich prettig of ergert hij zich ergens aan? Bespreek met de cliënt wat je observaties zijn en controleer deze. Als een cliënt ergens moeite mee heeft, kun je daar naar vragen. Stel je open voor de kijk van de cliënt op de zaak.

Je kunt in lastige situaties terecht komen. Wat doe je bijvoorbeeld als de zorg geweigerd wordt? Geef cliënten die moeten wennen aan zorgafhankelijkheid, tijd en ruimte om zelf een beslissing te nemen.

6.3 SAMENWERKEN MET DE CLIËNT EN FAMILIE

Er zijn verschillende manieren om samen te werken met de cliënt en familie.

a Informatie geven over het zorgleefplan

Je kunt, bijvoorbeeld tijdens een familieavond, de aandachtspunten uit het zorgleefplan doornemen. Vraag aan de cliënt en diens familie wat belangrijk voor hen is om zich thuis te voelen, wat belangrijke gebeurtenissen en contacten zijn en hoe zij willen participeren in de zorg en ondersteuning aangereikt willen krijgen.


Vertel wat de (on)mogelijkheden in de flexibiliteit van tijdstippen van ADL-verzorging, voorkeuren van eten, (mee)regelen van activiteiten buitenshuis, huisdieren, inrichting kamer, mantelzorg, hobby. Door de reacties van cliënten en familie krijg je al een idee van wat men belangrijk vindt. Laat vooral merken dat zij belangrijk zijn om tot goede zorg te komen.

b Zorgzwaartepakketten

Verzorgenden werken altijd binnen financiële kaders. Verzorgenden hebben informatie nodig over zorgzwaartepakketten (ZZP 's). Het is belangrijk om te weten dat het wettelijke recht van het aantal uren zorg en begeleiding vastligt in een indicatiebesluit en dat die uren een gemiddelde zijn. Dat betekent dat een cliënt in de ene week minder uren nodig kan hebben dan in de andere week. Daarover maken cliënten en de persoonlijk begeleider afspraken. Die afspraken worden genoteerd in het zorgleefplan. De persoonlijk begeleider bespreekt de geïndiceerde uren en de besteding daarvan minimaal twee keer per jaar met de cliënt. Het gaat juist om het samenbrengen van de normen verantwoorde zorg en de ZZP's. Daar zit de ruimte voor de cliënt om de zorg te krijgen die hij wenst en nodig heeft.

c Afspraken nakomen

Afspraak is afspraak. Informatie over de mogelijkheden van de zorgorganisatie is van groot belang. Soms weet je (nog) niet precies wat mogelijk is en heb je tijd nodig om dat uit te zoeken. Geef aan dat je dan binnen een week laat horen wat het antwoord is. Neem de tijd om de zorg vraaggericht te organiseren. Wees duidelijk over de mogelijkheid om tegemoet



te komen aan uitgesproken verwachtingen. Niets is erger dan afspraken maken die je niet na kunt komen. Zeg liever 'Ik weet het niet, maar ga het voor u uitzoeken' dan 'ik regel het' als je niet weet of iets haalbaar is. Geef cliënten vertrouwen door regelmatig afspraken uit het zorgleefplan te evalueren. Als er dingen zijn vergeten of als er fouten gemaakt zijn, biedt cliënten dan excuses aan.

d Communicatie

Zijn er op dit terrein speciale wensen van cliënten? Cliënten verwachten dat zorgverleners respect hebben voor hun eigenheid. Dat verzorgenden rekening houden met hun waarden en normen en dat zij zichzelf mogen zijn.

Welke omgangsregels genieten de voorkeur van de cliënt. Cliënten vinden het belangrijk dat medewerkers zich vriendelijk en beleefd gedragen. Spreek cliënten met 'u' aan. Houd rekening met (lichamelijke) privacy van de cliënt. Ze verwachten van verzorgenden dat zij zich discreet en terughoudend gedragen in kwetsbare en intieme situaties.

In een multiculturele organisatie bestaan verschillende voorkeuren naast elkaar. Bespreek op welke wijze de cliënt wil dat rekening wordt gehouden met de levensvisie of levensbeschouwing. Enige kennis van culturele achtergronden van bewoners in jouw instelling is van belang.

e Mantelzorgers

Mantelzorgers zijn belangrijke partners in de vraaggerichte verzorging van de cliënten. Laat weten wie de contactpersoon is en zorg ervoor dat er regelmatig contact is. Zorg dat de persoonlijk begeleider bereikbaar is. Voor de familie is de zorg voor hun ouder/familielid een gevoelig punt. Soms is het lastig om de zorg te delen of uit handen te geven. Vooral in een aantal niet-westerse culturen is dat niet gebruikelijk, maar soms toch niet te voorkomen. Mantelzorgers hebben een belangrijke plaats in de zorg voor hun dierbaren. Laat familieleden hun verhaal doen als er klachten zijn, ga ze niet uit de weg. Mantelzorgers zijn heel verschillend in wat zij willen bijdragen aan de zorg. Soms zie je familie een keer per maand (of zelfs minder); andere familieleden zijn iedere dag bij hun ouder/familielid.

Positie van de mantelzorger

De mantelzorger:

- kent de verzorgende en persoonlijk begeleider
- heeft regelmatig contact met de persoonlijk begeleider
- heeft informatie over opname en zorgverlening
- is betrokken bij het zorgleefplan
- kan het zorgleefplan inzien en afspraken controleren; heeft een eigen plek kan eigen rol zichtbaar maken
- krijgt informatie over activiteitenprogramma en praktische zaken
- wordt gevraagd naar mening
- respecteert de geldende gezagsverhoudingen in het gezin

6.4 CONCRETE AFSPRAKEN OVER HET INVULLEN VAN HET ZORGLEEFPLAN MET DE CLIËNT

Geef de cliënt zoveel mogelijk informatie over de werkwijze met het zorgleefplan:

- Wanneer en door wie wordt het zorgleefplan opgesteld?
- Wat is de rol van de persoonlijk begeleider?
- Afspraken maken over evalueren van de zorg?
- Hoe kunnen we samenwerken en afstemmen?
- Wat zijn de (on)mogelijkheden van de organisatie?
- Wat komt er wel en wat niet in het zorgleefplan? Hoe luiden de regels over privacy?

TIPS

- * **Interesseer je voor de cliënt, luister naar de cliënt en geef extra aandacht om in gesprek te komen over wensen.**
- * **Werk aan een vertrouwensband met de cliënt. Een zorgleefplan groeit in de relatie tussen de verzorgende en de cliënt.**
- * **Verstevig het contact met de familie**
- * **Het gaat vaak om kleine wensen die relatief makkelijk te vervullen zijn, ga aan de slag en probeer met eenvoudige activiteiten aan die wensen tegemoet te komen.**



Bijlage 1

TIPS VOOR TEAMLEIDERS TIJDENS HET INVOERINGSPROCES

Teamleiders die verantwoordelijk zijn voor de invoering van het zorgleefplan zien zich voor lastige vragen geplaatst. Ten aanzien van hun eigen taken en verantwoordelijkheden vragen zij zich soms wellicht af: Ben ik competent genoeg? Wie ondersteunt mij? Hoe houd ik het vol? Voor deze teamleiders volgen hieronder enkele tips.

Ben ik competent genoeg?

Krijg je verantwoordelijkheden toebedeeld die je aankunt en begrijpt? Als je twijfels kent, onderzoek die dan. Volg een scholing en een coachingstraject – gefaciliteerd door je organisatie – om jouw medewerkers te kunnen begeleiden bij de introductie van het zorgleefplan en om hen specifiek te kunnen aansturen. Ga bij collega teamleiders in andere organisaties op bezoek. Neem ook enig risico. Als je een bepaalde taak nog niet eerder hebt uitgevoerd, weet je ook niet of je daartoe in staat bent. Leren doe je in de praktijk. Daarbij is het belangrijk dat je voldoende feedback voor jezelf organiseert. Bespreek met jouw manager wat de kwaliteitsmedewerker of opleidingsfunctionaris voor jouw team kan doen.

Wie ondersteunt mij?

Neem nooit genoegen met afwezigheid van sturing van bovenaf. Je neemt een middenpositie in, tussen je teamleden en jouw leidinggevende. Als jouw leidinggevende een verandering inzet waar teamleden zich tegen verzetten, zit je in een lastige positie. Daar heb je ondersteuning van jouw leidinggevende bij nodig. Zij of hij heeft als taak jou te ondersteunen, te coachen en soms de kolen uit het vuur te halen.

Vier de successen die je in het team behaalt met het team en de leidinggevende. En maak van je zwakte je sterkte. Als je tegelijkertijd kwetsbaar en assertief durft te zijn, roep je meestal begrip op. Door je eigen zwakke punten toe te geven, toon je de intentie er wat aan te willen doen.

Hoe houd ik het vol?

Werken aan het implementeren van het zorgleefplan is niet eenvoudig, maar je zult merken dat het motiveert en leuk is. Het gaat immers om hele gewone (maar wel persoonlijke) dagelijks dingen die het leven voor de cliënt goed maken.

Laat je inspireren door anderen. Geef jezelf de ruimte om te experimenteren, fouten te maken en vraag om feedback. Zorg dat je niet alleen komt te staan. Deel met jouw leidinggevende, maar ook met de teamleden. Zet een sfeer van 'lerend werken' in jouw team neer. Geef zelf het goede voorbeeld, laat jezelf kennen.

TIPS

- * Ga bewust om met verwachtingen die jij hebt van je team(leden)
- * Organiseer je eigen feedback van je team.
- * Kom afspraken na: wees betrouwbaar, geef het goede voorbeeld – en verlang dat ook van je collega's
- * Relatie wint het altijd van de inhoud. Investeer in het contact met het team en andere belangrijke partners in het werk.
- * Gebruik humor en zorg voor plezier in het werk.
- * Beschouw het implementatieproces als een ontdekkingsstocht. Motiveer de teamleden om mee te gaan op ontdekking. Zo kun je onderweg de werkwijze samen aanpassen als het nodig is.

Bijlage 2

STAND VAN ZAKEN IN KAART BRENGEN

Geef in onderstaande tabel aan in welke mate is voldaan aan de voorwaarden voor de invoering van het zorgleefplan. De volgende stap is het maken van plannen en het organiseren van de activiteiten. Uiteraard is dit schema niet compleet. Het dient als voorbeeld.

Thema 's management	++	+	+–	–	--
Management heeft visie op zorgleefplan en het invoeringstraject. Jij en je team kennen die visie					
Organisatie heeft een 'format' en afspraken over overstappen van huidige zorgdossier naar zorgleefplan					
Er is budget voor aanpassingen in organisatie van de zorg					
Andere disciplines zijn betrokken/op de hoogte, tijdens interdisciplinair overleg worden zorgleefplannen besproken					
Thema 's team en teamleider	++	+	+–	–	--
Je hebt voor je team een tijdpad gemaakt voor aantal zorgleefplannen dat eerste jaar ingevuld moet worden.					
Jij en je team hebben duidelijk beeld van visie, doel en functie van zorgleefplan.					
Het team weet hoe/naar wie verantwoordelijkheden zijn verschoven door werk persoonlijk begeleiders					
Jij hebt afspraken met je manager waar je feedback/advies kunt krijgen gedurende eerste jaar invoeringsproces					
Er is een plan van aanpak rond terugkoppeling en persoonlijke begeleiding van persoonlijk begeleiders					
Er is contact en afstemming met andere disciplines					



Bijlage 3

PLANNEN MAKEN

Voorbeeld 1 Wanneer/voor welke cliënten is Zorgleefplan gemaakt?					
Datum	1 mei	1 juli	1 september	1 november	1 januari 2009
	Namen van cliënten	Namen van cliënten	Namen van cliënten	Namen van cliënten	Namen van cliënten

Voorbeeld 2 Hoe en wanneer cliënten en familie informeren over en betrekken bij concrete aanpak van het Zorgleefplan?				
Wie krijgt informatie?	Waarover	Door wie	Hoe	Wanneer
Alle cliënten	Informeren over concrete aanpak rond zorgleefplan en vraag om afspraak	Teamleider	Algemene informatie op A-4tje	
Cliënten waarmee wordt gestart met invullen zorgleefplan	Wat gaat er gebeuren en wat wordt van cliënt verwacht?	Persoonlijk begeleiders	Aan de hand van schriftelijke informatie, aangeleverd door teamleider	
Contactpersonen van cliënten waarmee wordt gestart	Doorlopen vragen en afspraken zorgleefplan	Persoonlijk begeleiders	Zelfde informatie als de cliënt. Tijdstip afhankelijk van start zorgleefplan betreffende cliënt	



Voorbeeld 3

Hoe, wanneer en door wie wordt het team verzorgenden ondersteund bij het werken met Zorgleefplan?

Welke ondersteuning	Voor wie	Door wie	Hoe en wanneer
Collegiaal overleg	Teamleider en Persoonlijk begeleiders	Met elkaar	(bijv. tijdens voortgangoverleg)
Inhoudelijke ondersteuning	Team Medewerkers	Opleidingsfunctionaris Kwaliteitsfunctionaris	(bijv. tijdens voortgangoverleg)
Coaching verzorgenden op cliëntniveau	Persoonlijk begeleiders, helpenden en verzorgenden	Teamleider/ Persoonlijk begeleiders	(bijv. tijdens voortgangoverleg)



Bijlage 4

DOWNLOADS OP WWW.STING.NL

- Artikel Zorgkompas
- Artikel Laak en Eemhoven – Leusden
- Overzicht normen verantwoorde zorg
- Schema's uit de bijlagen
- Praktische instrumenten zoals werkbezoek, intercollegiale ondersteuning, e.d.
- Model zorgleefplan verantwoorde zorg, een korte handreiking, Actiz, juli 2006

WEBSITES

Inhoudelijke informatie over het zorgleefplan

- www.actiz.nl
- www.sting.nl
- www.artemea.nl
- www.imoz.nl
- www.loc.nl
- www.zorgvoorbeter.nl

Spelvormen

- Bohn Stafleu van Loghun; Mijn leven in kaart
- KMVB: Clientkaarten
- Huiskamergesprek

Scholing en opleidingen

- www.sting.nl
- www.artemea.nl
- www.btsg.nl
- www.kmbv.nl
- www.zorgconsult.nl
- www.stoc.nl
- www.imoz.nl
- www.kikkergroep.nl
- www.brugindezorg.nl



Informatie voor cliëntenraden

- www.loc.nl

Lezen

- *Op weg naar de normen voor Verantwoorde zorg*, Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting, juni 2005
- *Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking. Werken met het zorgleefplan*, Actiz 2006
- *Van zorgplan naar leefplan*, Artemea
- Publicatie LOC
- *Gewoon beginnen, al doende leren werken aan versterking van het cliëntperspectief*, Vilans 2008

