

Hoe werk je met een zorgleefplan?

Slagen we erin de cliënt te ondersteunen te leven zoals hij dat wil?

Artikel: 2008 - 003
Datum: 15-12-2008
Auteur: Merel van Uden

In een zorgleefplan beschrijf je hoe de cliënt wil leven en op welke ondersteuning hij van jou en jouw collega's kan rekenen om te leven zoals hij dat wil. Hoe komt een zorgleefplan tot stand? En wat doe je ermee tijdens de dagelijkse zorg? In dit artikel een beschrijving van het methodisch werken met een zorgleefplan.

Algemene richtlijnen

- Je werkt voortdurend samen met de cliënt (of wettelijk vertegenwoordiger).
- Het zorgleefplan 'groeit'. Het kan niet in één keer perfect zijn. Je bent erop gericht het plan steeds nog beter te doen aansluiten bij de (veranderende) vraag van de cliënt.
- Je begint bij het gewone leven.
- Je maakt alleen afspraken die je kan nakomen!

Methodisch werken

Bij het werken met het zorgleefplan staat de vraag centraal hoe de cliënt wil leven. Vanuit die vraag komt het zorgleefplan tot stand. Er zijn een aantal stappen te onderscheiden:

0. **Vorbereiding: Informeer de cliënt over doel en werkwijze van het zorgleefplan**
1. **Maak een algemene typering van de cliënt: Hoe wil de cliënt leven?**
2. **Maak afspraken over de ondersteuning waar de cliënt op kan rekenen.**
3. **Voer de ondersteuning uit volgens afspraken en rapporteer.**
4. **Evalueer met de cliënt en stel het zorgleefplan bij.**

Hieronder worden de stappen nader toegelicht.

STAP 0 **Vorbereiding: Informeer de cliënt over doel en werkwijze van het zorgleefplan**

Het zorgleefplan gaat over het leven van de cliënt. Hoe beter de cliënt kan aangeven wat voor hem belangrijk is in zijn leven (hoe beter jij de cliënt kent), hoe beter jij de cliënt kan ondersteunen om dat te realiseren. Daarom is het belang dat de cliënt goed weet wat de bedoeling is van het zorgleefplan en uitgenodigd wordt om aan te geven wat hij belangrijk vindt (wat zijn wensen zijn, waar hij zich

zorgen over maakt en waar hij zich aan ergert). Natuurlijk staat in de uitnodiging dat de cliënt iemand mee kan nemen die hem kan helpen zijn vragen te verwoorden (een partner, zoon, dochter of vriend).

Als er een wettelijk vertegenwoordiger is van de cliënt, nodig je die uit om mee te denken over het zorgleefplan.

STAP 1 **Maak een algemene typering van de cliënt.** **Hoe wil de cliënt leven?**

De typering bestaat uit:

- a) Een kernachtige beschrijving van de cliënt als persoon: typerende waarden, voorkeuren. Een korte typering van het leven tot nu toe en de verwachting van de toekomst.
- b) Een beschrijving van hoe de cliënt wil leven en mogelijk gezondheidsrisico's per domein:
 - Woon- en leefomstandigheden
 - Participatie
 - Mentaal welbevinden en autonomie
 - Lichamelijk welbevinden en gezondheid

Het gaat erom de cliënt goed te kennen! Wie was de cliënt? Wat is typerend voor zijn levensstijl? Hoe ziet zijn dagelijks leven eruit? Wat is zijn dagritme? Wat zijn belangrijke gewoonten en voorkeuren van de cliënt? Waar geniet hij van? Wat ergert hem? Hoe is het met zijn gezondheid?

Hoe kom je aan informatie over de cliënt?

Natuurlijk kan de cliënt zelf het best vertellen hoe hij zijn leven wil inrichten. Dat vraagt van jou dat je oprecht interesse toont in de cliënt en vragen stelt om je een beeld te vormen van zijn of haar leven. Familie kan de cliënt soms helpen om te verwoorden hoe hij gewend was te leven. Ook uit je eigen observaties en de observaties van collega's (ook van andere disciplines) komt bruikbare informatie. Vooral waar het gaat over de gezondheidsrisico's (bijvoorbeeld een verhoogde kans op decubitus) is het van belang je eigen vakkennis en die van andere disciplines te benutten!



Nieuwe cliënt? Voorlopig profiel!

Het is onmogelijk in één gesprek alle belangrijke informatie te verkrijgen! Daarom vorm je je in het eerste gesprek slechts een globaal beeld van de cliënt en van de gezondheidsrisico's. Dan kan de zorg vast starten. De eerste 6 weken gebruik je dan om de cliënt beter te leren kennen en de persoonsbeschrijving te maken.

Hoe schrijf je het op?

Het is van belang dat de cliënt zich herkent in het profiel; het gaat immers over hem! Je maakt het profiel zoveel mogelijk samen met de cliënt. Dat stelt eisen aan de taal die je gebruikt. Je kunt de

cliënt of diens naaste vragen mee te denken over hoe je het opschrijft ('Hoe zal ik dit opschrijven?' 'Vind u het duidelijk als ik het zo opschrijf?').

Benoem steeds de bron van de informatie: heeft de cliënt het zelf verteld, komt de informatie van de echtgenoot of heb jij het geobserveerd?

Voorbeelden:

- **Observatie:** Meneer heeft 's ochtend tijd nodig om op gang te komen. Pas na een kopje koffie is hij goed aanspreekbaar.
- **U geeft aan dat u last heeft van een ochtendhumeur. U wilt liever niet voor 9.30 uur opstaan!**
- **Zijn dochter raadt aan: "Mijn vader moet je 's ochtends een beetje met rust laten".**

Het profiel verandert in de loop der tijd!

Het profiel bevat geen statische gegevens: de gezondheidstoestand en de voorkeuren, interesses of zorgen van de cliënt kunnen veranderen! Het is dus belangrijk steeds te blijven afstemmen met de cliënt of de typering nog klopt en bij te stellen.

Als je het profiel heb uitgewerkt, per domein, dan heb je zicht op hoe de cliënt wil leven, hoe zijn agenda eruit ziet en welke gezondheidsrisico's er zijn.

STAP 2 Maak afspraken over de ondersteuning waar de cliënt op kan rekenen

Als je weet hoe een cliënt wil leven en welke gezondheidsrisico's zich kunnen voordoen, kan je per item met de cliënt bespreken of daar hij ondersteuning nodig heeft. De ondersteuning is erop gericht het gewone leven zoveel mogelijk te 'herstellen' en gezondheidsrisico's professioneel te benaderen. In deze stap:

- a) Bespreek met de cliënt welke ondersteuning hij nodig heeft om te kunnen leven zoals hij wenst. Dit is de *vraag*.
- b) In overleg met de cliënt maak je concrete en haalbare afspraken over de ondersteuning die jij en je collega's leveren. Het *doel* en de *afpraak/actie*.
- c) Bespreek wanneer je evalueert of de afspraken goed werken / het doel bereikt is.

Diverse soorten ondersteuning: vaste afspraken, doelen en thema's

Vaak is de ondersteuning langdurig nodig. Het gaat om een vaste afspraak over zorg:

- Vraag:** **U heeft hulp nodig bij opstaan, wassen en aankleden. U staat bij voorkeur om 9.30 uur op.**
Afspraak/actie: **U wordt dagelijks tussen 9.30 en 10.00 uur geholpen met opstaan, wassen en kleden.**

Dit is een uitgave van Sting de Landelijke beroepsvereniging verzorging en Zorgprojecten. Vanuit 'Zorg voor Beter' biedt Sting ondersteuning bij de invoering van zorgleefplannen. Kijk voor meer informatie op www.sting.nl of www.zlpwijzer.nl een interactieve site voor zorgverleners rondom de invoering van het zorgleefplan.

Evaluatie: Over 3 maanden.

Soms is de ondersteuning tijdelijk nodig, om een doel te bereiken. De cliënt heeft graag dat er iets verandert. De cliënt kan tijd nodig hebben om iets te leren. Daar kan begeleiding bij nodig zijn, of zelfs speciale training.

Vraag: U wilt graag zelf bepalen wanneer u alleen op uw kamer bent en wanneer u in de huiskamer wilt zijn. u kan de weg naar de huiskamer nog niet vinden.

Doel: U kunt zelf uw weg vinden van haar kamer naar de huiskamer.

Afspraak/actie: U geeft aan als u naar de huiskamer wilt. VZ loopt dan met u mee. We benoemen onderweg de route hardop. Net zolang totdat u de weg zelf weet.

Evalueren: Over 1 maand.

Soms moet er, om een doel te bereiken, iets geregeld worden: iets van huis mee genomen of een hulpmiddel geregeld of zo.

Vraag: U herkent uw eigen kamer niet als u er binnenstapt. U bent dan geneigd weer weg te gaan, op zoek naar 'huis'.

Doel: U herkent uw eigen kamer aan eigen spullen.

Afspraak/actie: Uw dochter neemt voor u goed herkenbare spullen mee. Zij maakt een afspraak met de technische dienst om foto's e.d. op te hangen.

Evaluatie: Over 2 weken.

Denk creatief en flexibel mee met de cliënt

Het is de kunst om met de cliënt mee te denken hoe hij zijn doelen kan verwezenlijken. De cliënt heeft vaak geen idee van wat er zoal mogelijk is. Jij kan suggesties doen over hoe iets aangepakt kan worden. Daarbij is het de kunst om ook buiten de bekende paden te durven denken. Dat doet een beroep op je creativiteit en op je flexibiliteit. De suggesties die je doet, leg je voor aan de cliënt. De cliënt beslist uiteindelijk!



De cliënt en zijn naaste kunnen meer aan dan je denkt

Is eerste instantie ben je geneigd om, als de cliënt is wil, te denken dat jij het bent die de benodigde ondersteuning moet leveren. Dat is niet de bedoeling.

In de eerste plaats kijk je of de cliënt zelf in het antwoord kan voorzien. Als dat niet mogelijk is, zijn er misschien mensen uit het oude sociale netwerk van de cliënt die kunnen begeleiden. Pas daarna komt de vraag aan de orde of jij en jouw collega's ingeschakeld moeten worden. Of misschien kan een vrijwilliger iets betekenen?

Dit is een uitgave van Sting de Landelijke beroepsvereniging verzorging en Zorgprojecten. Vanuit 'Zorg voor Beter' biedt Sting ondersteuning bij de invoering van zorgleefplannen. Kijk voor meer informatie op www.sting.nl of www.zlpwijzer.nl een interactieve site voor zorgverleners rondom de invoering van het zorgleefplan.

Mijnheer Hocras viste vroeger vaak. Hij ging 's ochtend vroeg, ving niet veel, maar daar ging het hem ook niet om. Gewoon, de zon zien opkomen... . Hij zou het graag weer eens doen. Een zoon van mijnheer blijkt ook een visser. Hij wil graag met mijnheer in de zomermaanden op zaterdagochtend vroeg aan de waterkant gaan zitten. Jij regelt dat hij het rolstoelbusje van het verzorgingshuis kan lenen. Ze zijn toch al om 10.00 uur terug!

Hoe schrijf je het op?

Het zorgleefplan is het plan van de cliënt. Dus het is van belang dat de cliënt zich herkent in de beschrijving. Sommige zorginstellingen kiezen ervoor om doelstelling altijd te laten beginnen met "Ik .." zodat de cliënt zich beter herkent. *'Ik kan zelf van mijn kamer naar de huiskamer lopen'*. Door het zo te formuleren kan de cliënt meer verbondenheid voelen met zijn doelen. Zeker als hij zelf actief betrokken is bij het behalen van het doel, kan dit beter werken dan de formulering: "mw ...". Anderen kiezen voor de 'U-vorm'. *'U kunt zelf van uw kamer naar de huiskamer lopen'*.

Zorg voor haalbare afspraken

Het zorgleefplan heeft tot doel dat de cliënt weet op welke zorg en ondersteuning hij kan rekenen. Daarom is het belangrijk dat je met de cliënt afspraken maakt waarvan je weet dat jij en/of jouw collega's ze kan nakomen.

Mijnheer is gewend om 9.30 uur op te staan. Hij heeft hulp nodig om uit bed te komen en ook enige hulp bij het aankleden. Jij bent bang dat het niet gaat lukken om 9.30 uur precies te helpen elke dag! Dat is niet te plannen. Je vertelt dit aan hem en overlegt met hem om tot een afspraak te komen die wel haalbaar is. Jullie komen er samen uit dat de afspraak wordt: U wordt dagelijks tussen 9.30 en 10.00 uur geholpen bij het uit bed komen en het wassen en aankleden.

Ook de financiering van de zorg kan een grens zijn voor wat haalbaar is. Toch is hier soms ook een mouw aan te passen: wat kan familie van de cliënt doen, of vrijwilligers, of kan er aanvullende financiering gevonden worden, of kan de cliënt zelf extra zorg betalen???

STAP 3 Voer de ondersteuning uit zoals afgesproken en rapporteer

De ondersteuning die is afgesproken wordt geleverd. In de dagrapportage worden bijzonderheden bijgehouden.

Doelen evalueren

In de dagrapportage houd je ook bij hoe het met de doelen van de cliënt gaat.

Vandaag heeft u dochter met de technische dienst foto's opgehangen op uw kamer. Er is ook een voor u bekend beddensprei op bed gelegd. U herkende uw bed direct!

Als het kan worden doelen afgesloten.

Dit is een uitgave van Sting de Landelijke beroepsvereniging verzorging en Zorgprojecten. Vanuit 'Zorg voor Beter' biedt Sting ondersteuning bij de invoering van zorgleefplannen. Kijk voor meer informatie op www.sting.nl of www.zlpwijzer.nl een interactieve site voor zorgverleners rondom de invoering van het zorgleefplan.

Bijzonderheden

Er kunnen zich veranderingen voordoen in de conditie van de cliënt die aandacht vragen. Misschien moet er een nieuw doel worden opgenomen?

Vlak na het ontbijt vanochtend trok u wit weg. U voelde zich niet goed. Ik heb de dokter laten komen. U had een plots een lage bloeddruk. Voorlopig mag u niet alleen lopen. Morgen komt de dokter weer kijken.

Wat doe je als je een afspraak helaas niet kan nakomen?

Voor de cliënt is belangrijk dat je hem op tijd informeert als het niet lukt om volgens afspraak te handelen. Het gaat er om dat je betrouwbaar bent. Afwijkingen van de afspraak noteer je in de dagrapportage, met de reden.

Vanochtend konden we u pas om 11.00 uur uit bed helpen. Dit omdat we met te weinig personeel waren. Ik heb u om 9.00 uur verteld dat we later zouden zijn. U kreeg van ons het ontbijt vast op bed. U vond het vervelend dat u nu niet kon deelnemen aan de gym.

Als blijkt dat je vaker niet kan leveren wat je hebt afgesproken, moet je op zoek naar de oorzaak. Hoe komt het dat je niet aan de afspraak kan voldoen? Of moet de afspraak worden veranderd?

Mag de cliënt zelf of een van zijn naasten ook in het zorgleefplan rapporten?

Het is handig als het zorgleefplan ook gebruikt kan worden door de cliënt zelf of zijn naasten. Ook zij constateren soms bijzonderheden, hebben ideeën en dergelijke.

Dochter: Ik was toevallig vanmiddag met mijn moeder beneden toen er optreden was van het zangkoor. Zij vond het gezellig en leuk om mee te zingen! Misschien kan zij vaker naar dit soort activiteiten?

Stap 4. Evaluateer met de cliënt en stel het zorgleefplan bij

Bij de evaluatie draait het om de vraag: Slagen we er nog steeds in u te ondersteunen te leven zoals u dat wilt / prettig vindt?



Mensen veranderen. Ook als ze al ouder zijn. Als iemand zich een beetje thuis voelt in een nieuwe woonomgeving, zal hij misschien vaker willen deelnemen aan gemeenschappelijk activiteiten. Of hij heeft juist meer behoefte aan om alleen te zijn dan hij dacht! Misschien is, door veranderde lichamelijke conditie, een activiteit die men voorheen leuk vond, nu niet meer zo aantrekkelijk. Mensen ontwikkelen zich. De kans dat een zorgleefplan bijgesteld moet worden is dan ook groot!

Er zijn twee soorten evaluatievragen van belang

a) Doen we het goede?

Deze vragen gaan over het leven van de cliënt: Ondersteunen we de cliënt bij de dingen die voor hem belangrijk zijn? Vindt u dat u, met uw beperkingen of handicaps, kan leven zoals u dat prettig vindt? Wat zou u anders willen? Stel dat morgen voor u prettiger zou zijn dan vandaag... Wat zou dan anders zijn?

b) Doen we het goed?

Deze evaluatievragen gaan over onze ondersteuning: Bent u tevreden over onze ondersteuning / zorg? Stel dat we het morgen nog meer naar uw zin doen, wat zouden wij dan anders doen? Zijn er misschien zaken waaraan u zich ergert?

Pas nadat deze algemene vragen zijn besproken ga je met de cliënt en/of diens naaste wat gedetailleerder de afspraken zoals die er lagen in het zorgleefplan doornemen.

- Hoe gaat het met de doelen? Welke zijn bereikt? Welke zijn nog van belang?
- Hoe gaat het met de afspraken. Bent u nog tevreden over de gemaakte afspraken?

Indien nodig wordt het zorgleefplan bijgesteld.

Vraag:	U geeft aan dat u opstaan tussen 9.30 en 10.00 uur eigenlijk te vroeg vindt. U wordt moe van het zitten in de rolstoel tot na de lunch.
Doel:	U bent minder moe in de loop van de ochtend.
Afspraak/actie:	De ergotherapeut komt met u overleggen of de stoel comfortabeler kan. Wij helpen u voorlopig tussen 10.00 en 10.30 uur uit bed.
Evalueren:	Over 2 weken.

Nodig de cliënt uit zich voor te bereiden op de evaluatie

Door een cliënt officieel uit te nodigen voor een evaluatiegesprek, geef de cliënt te gelegenheid zich voor te bereiden. Het is handig om dit schriftelijk te doen. In de uitnodiging kan staan wat het doel is van het gesprek en de vragen die aan de orde komen. Natuurlijk mag de cliënt een naaste meenemen naar het gesprek, die hem kan helpen om te verwoorden wat hij belangrijk vindt en wat hij zou willen veranderen. Het is immers (zeker voor de oudere generatie) niet gemakkelijk om goed voor jezelf op te komen!

*Slagen we erin u te ondersteunen
te leven zoals u dat wilt?*