

Januari 2014

Kennisbundel
voor docenten Zorg & Welzijn



Ondersteunings- plannen

In deze kennisbundel:

- 2 Leeswijzer
- 4 De actualiteit
- 11 Aan de slag met ondersteuningsplannen
instrumenten / casuïstiek
- 26 Vindplaats



Vilans



Trimbos
instituut



ZonMw



Beroepsvereniging van zorgprofessionals



Calibris



Leeswijzer

Waarom zijn ondersteuningsplannen belangrijk?

De zorg en ondersteuning moet zo goed mogelijk aansluiten op de wensen en behoeften van de cliënt, in dit geval de persoon met een beperking. Daarom werken we met ondersteuningsplannen. Een belangrijk uitgangspunt in de gehandicaptenzorg is zeggenschap: het idee dat mensen met een beperking zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven voeren. Het ondersteuningsplan helpt daarbij: cliënten geven aan waaraan zij behoefte hebben en samen met de zorgorganisatie bekijken zij welke ondersteuning nodig en mogelijk is. Ook gebruiken we ondersteuningsplannen om professioneel en methodisch te handelen. Door het stellen van doelen, het maken van afspraken en deze regelmatig te evalueren werken we systematisch aan de kwaliteit van de zorg en dienstverlening aan mensen met een beperking.

In deze kennisbundel vindt u actuele informatie over ondersteuningsplannen. Deze informatie is gebaseerd op de Handreiking ondersteuningsplannen die in 2012 in de sector is verspreid. Met deze actuele kennis kunt u uw leerlingen helpen een goede start te maken in het werken met mensen met een beperking. Ook is deze bundel geschikt om te gebruiken voor bijscholing.

Actuele kennis en tools voor in de les

De kennisbundel omvat drie hoofdstukken.

- Hoofdstuk 1: *De actualiteit*. Dit hoofdstuk beschrijft de stand van zaken in 2013. Er staat in waarom we met ondersteuningsplannen werken en wat een ondersteuningsplan wel en niet is.
- Hoofdstuk 2: *Aan de slag met ondersteuningsplannen*. Hoe ziet een professioneel ondersteuningsproces eruit en welke rol hebben cliënten, begeleiders en andere zorgverleners in dit proces? Ook vindt u in dit hoofdstuk casusmateriaal.
- Hoofdstuk 3: *Vindplaats*. Een overzicht van literatuur en relevante websites.

Kwaliteit in de langdurende zorg

In de langdurende zorg werkt iedereen hard om zorg van goede kwaliteit te leveren. Hoe die zorg eruit moet zien, is per sector beschreven in kwaliteitsdocumenten. Voor de gehandicaptenzorg is dat het Kwaliteitskader Gehan-

dicaptenzorg 2.0. Het ondersteuningsplan is in dit kwaliteitskader het vertrekpunt voor de werkwijze. Ook daarom is het belangrijk dat u in uw lessen aandacht besteedt aan dit onderwerp.



Voor wie?

Deze kennisbundel is bestemd voor de opleiding tot persoonlijk begeleider en medewerker maatschappelijke zorg.

Wat?

In deze kennisbundel vindt u informatie over de volgende onderwerpen:

- Waarom werken met een ondersteuningsplan?
- Wat is een ondersteuningsplan?
- Hoe ziet het ondersteuningsproces eruit?
- Wat is de rol van de persoonlijk begeleider?

De kennisbundel en de kwalificatiedossiers

De informatie in deze kennisbundel kunt u gebruiken voor diverse mbo-opleidingen voor de langdurende zorg. 'Koppeling tussen kennisbundels en kwalificatiedossiers' (Calibris 2013) beschrijft de relatie tussen de kennisbundel en kwalificatiedossiers. U vindt daarin in welke kwalificatiedossiers het onderwerp van een kennisbundel voorkomt en hoe u de informatie kunt koppelen aan de kerntaken en werkprocessen.



De actualiteit

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.

Wat is een ondersteuningsplan?



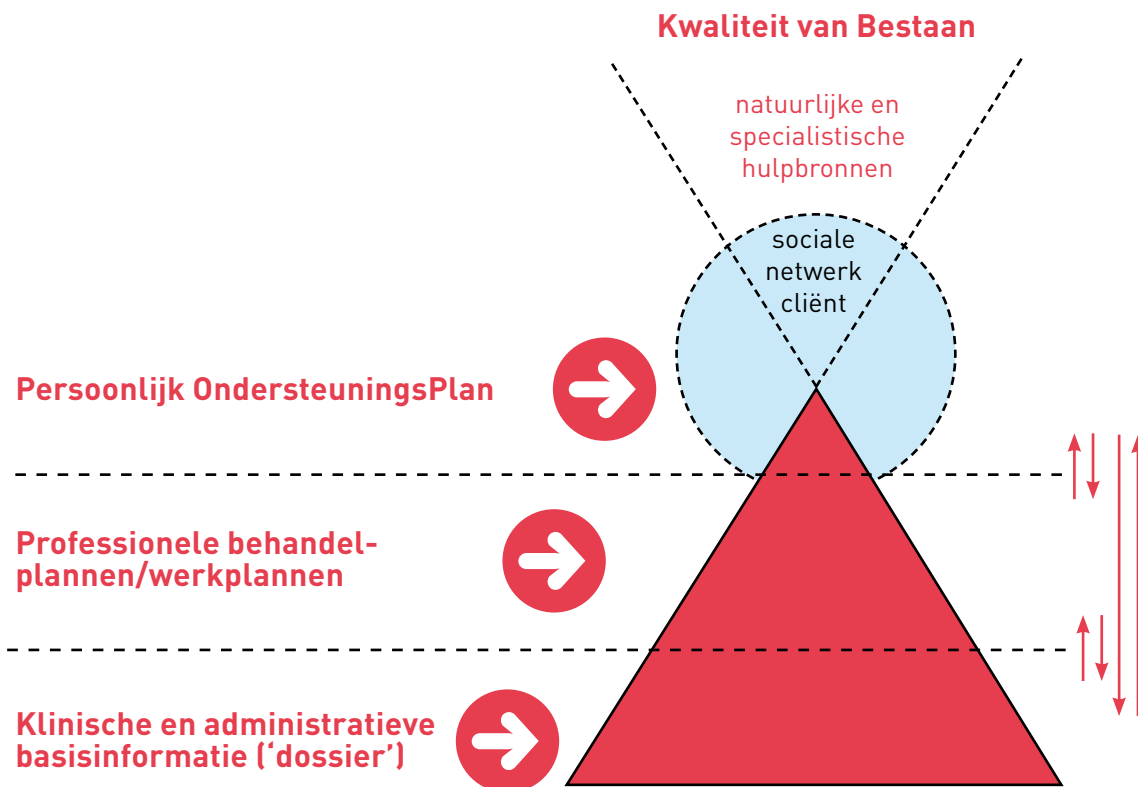
Een ondersteuningsplan is een weergave van de afspraken tussen cliënt en zorgaanbieder over de doelen van de ondersteuning en de wijze waarop getracht wordt deze te bereiken (Besluit Zorgplanbespreking AWBZ, 2009).

Met andere woorden: in het ondersteuningsplan staat voor alle mensen die erbij betrokken zijn begrijpelijke en goed toegankelijke informatie over de doelen en afspraken. Op die manier weet iedereen op elk moment waarom ondersteuning wordt gegeven, welke afspraken daarover zijn en wie wat doet om die afspraken na te komen.

Een ondersteuningsplan	Een ondersteuningsplan is dus NIET
<ul style="list-style-type: none"> • komt tot stand in een dialoog; • is persoonlijk, gaat over één persoon; • kent een belangrijke rol toe aan de regie van de cliënt; • geeft wensen, doelen en afspraken weer; • is gericht op het bevorderen van de kwaliteit van bestaan; • is toekomstgericht, op de middellange termijn: een tot twee jaar; • bevordert inclusie, participatie en zeggenschap; • is begrijpelijk en toegankelijk voor zowel de cliënt als de zorgorganisatie; • is overzichtelijk; • is bruikbaar voor alle verschillende betrokkenen; • is niet alleen een intern georiënteerd document, maar houdt ook rekening met hulpbronnen in het netwerk rond de cliënt; • bevat afspraken die worden gebaseerd op beeldvorming en ondersteuningsbehoeften • is flexibel: het komt tegemoet aan veranderingen in vragen en behoeften; • is doelgericht, methodisch en heeft een cyclisch karakter; • is integraal en kan alle domeinen van het leven bestrijken; • maakt gebruik van de aan de cliënt toegekende ZZP middelen maar kan ook andere hulpbronnen omvatten . 	<ul style="list-style-type: none"> • een patiënt- of cliëntregistratiesysteem; • een volledig dossier; • een behandelplan; • een werkplan, leerplan of actieplan; • vaststaand (statisch); • een uniform sjabloon voor alle mensen met beperkingen; • een invulformulier; • een zorgverleningsovereenkomst; • een 'noodzakelijk kwaad' om te voldoen aan regels; • een financieel verantwoordingsinstrument. Het ondersteuningsplan houdt rekening met beschikbare middel en maar is geen boekhoudkundig instrument.

In het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ staat geen verplichting dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger het ondersteuningsplan moet ondertekenen. De zorginstelling kan het dus zonder instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger vaststellen. In de Memorie van Toelichting bij het Besluit stelt de

minister vast dat het zorgplan geen overeenkomst is. Maar zorgkantoren eisen wel dat de cliënt het ondersteuningsplan ondertekent, zodat in de praktijk toch een handtekening verplicht is.



Figuur 1. Relatie tussen de informatie op niveau van het (1) ondersteuningsplan, (2) behandel- en werkplannen, en (3) basale klinische en administratieve informatie.

Samengevat:

Dus wel	Maar geen
<ul style="list-style-type: none"> • verwijzingen naar behandel- en werkplannen. 	<ul style="list-style-type: none"> • breed uitgeschreven behandel- en werkplannen. • klinische informatie. • administratieve informatie. • verslagen van consulten. • levensgeschiedenis/levensverhaal.

Functies van het ondersteuningsplan

In de gehandicaptenzorg gebruiken zorgprofessionals ondersteuningsplannen voor verschillende doelen. De belangrijkste functies van het ondersteuningsplan zijn:

- 1 bevorderen van persoonsgericht werken;
- 2 bevorderen van methodisch en professioneel handelen;
- 3 gebruik bij kwaliteitsverantwoording.

We lichten deze verschillende functies hieronder toe.

Ad 1) Bevorderen van persoonsgerichte ondersteuning

Het ondersteuningsplan is in de eerste plaats bedoeld om persoonsgericht werken te bevorderen (zie de Nota van Toelichting op het Besluit Zorgplanbespreking uit 2009). Ook is het doel om de eigen invloed van mensen die afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning groter te maken. Dit uitgangspunt sluit aan bij de in Nederland breed geaccepteerde visie op zorg voor mensen met beperkingen. Daarin staan begrippen als 'gelijkwaardigheid', 'eigen regie' en 'kwaliteit van bestaan' centraal.

Dialogoog

Het ondersteuningsplan komt tot stand in een dialoog tussen de zorgaanbieder, meestal de persoonlijk begeleider, en de cliënt en eventueel andere betrokkenen zoals familie. Die dialoog helpt ook om de grenzen van de professionele ondersteuning aan te geven: "Deze ondersteuning bieden wij wél, dit kunnen wij helaas niet doen". Het ondersteuningsplan moet rekening houden met de verwachtingen van de cliënt en zijn vertegenwoordigers en het moet het aanbod van de zorgaanbieder hierbij meewegen. Daarbij moet het plan rekening houden met wat voor de zorgaanbieder inhoudelijk en financieel mogelijk is.

Kenmerken persoonsgerichte benadering

Belangrijke kenmerken van een persoonsgerichte benadering zijn:

- De cliënt is actief betrokken bij het maken van belangrijke keuzes en denkt mee bij het opstellen van doelen en strategieën.
- De cliënt maakt deel uit van zijn eigen sociale netwerk en omgeving. Het natuurlijke netwerk van de persoon is, als dat mogelijk is, de eerste die we vragen om ondersteuning. De zorgaanbieder moet onderzoeken of dit natuurlijke netwerk bij de ondersteuning van de cliënt hulp nodig heeft.
- De benadering richt zich op het verbeteren van relaties, deelnemen aan de samenleving, erbij horen, respect hebben voor elkaar en de cliënt de

mogelijkheid bieden om allerlei ervaringen op te doen.

- De ondersteuning wordt speciaal voor de cliënt ontworpen en is dus aangepast aan individuele behoeften en doelen.

Ad 2) Basis voor methodisch en professioneel werken

Het ondersteuningsplan is in de gehandicaptenzorg al ruim twintig jaar de basis voor methodisch en professioneel handelen (Barnhard e.a., 1992). Met het ondersteuningsplan stellen zorgverleners in de gehandicaptenzorg doelen systematisch en gestructureerd vast, plannen zij acties en evalueren die. De inhoud van het plan is de leidraad voor de professional waardoor hij de doelgerichtheid in het werk bevordert. Daarnaast geeft het ondersteuningsplan de mogelijkheid om efficiënter, effectiever en cyclisch te werken. Door een plan te maken kunnen verschillende disciplines hun werkwijze afstemmen.

Een ondersteuningsplan is tevens leidraad (maar geen 'handleiding') voor de dagelijkse praktijk. De cliënt en de begeleider kunnen daarmee dagelijks toetsen of de afspraken worden nagekomen.

Ad 3) Basis voor kwaliteitsverantwoording

De VGN heeft het Kwaliteitskader opgesteld. Daarin heeft het ondersteuningsplan een centrale rol. Uitgangspunt voor dit kwaliteitskader is de volgende benadering van 'kwaliteit':



Het consequent voldoen aan de verwachting van de cliënt over de te leveren ondersteuning binnen het kader van de met de zorgaanbieder daarover gemaakte afspraken.

Evaluatie

De vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader verbindt de evaluatie van de kwaliteit van ondersteuning in de pijlers 1, 2a en 2b met het ondersteuningsplan en de evaluatie daarvan. Om de ondersteuning te evalueren zoals cliënten en hun sociale netwerk die hebben ervaren, kunnen zorgprofessionals een waaier van meetinstrumenten gebruiken (VGN, 2011; 'pijler 2b'). Voor verdiepende informatie over de precieze rol en relatie tussen het kwaliteitskader kunnen zij de [Toelichtingen bij de Handreiking Ondersteuningsplannen](#) lezen.

Ander gebruik van het ondersteuningsplan

Naast de al genoemde functies gebruiken gehandicaptenzorgorganisaties het ondersteuningsplan ook voor andere doelen. Bijvoorbeeld als de cliënt moet voldoen aan externe eisen. Dat mag het belangrijkste doel van het ondersteuningsplan, namelijk persoonsgerichte ondersteuning, natuurlijk niet in gevaar brengen. Bij specifieke eisen kunnen professionals dan beter een bijlage aan het ondersteuningsplan toevoegen. Daarin kunnen zij dan informatie geven over diagnoses, behandelbehoeften, behandelkenmerken of andere zaken.

Waar wordt een ondersteuningsplan nog meer voor gebruikt?

- verantwoording afleggen aan het zorgkantoor;
- verantwoording afleggen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ);
- voldoen aan de normen van de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ);
- aanvragen van extreme zorgzwaarte.

¹ Voor het in kaart brengen van kwaliteitservaringen met betrekking tot prestaties van zorgaanbieders wordt verwezen naar het Vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, in het bijzonder pijler 2 en 3 (VGN, 2011, p.18).



Feit of Fabel?

- *Een ondersteuningsplan is nodig voor het aanvragen van een (her)indicatie bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).* Dit is een fabel. Het CIZ heeft wel informatie nodig over het functioneren van de cliënt en de hulp en ondersteuning die hierbij nodig is, maar deze informatie hoeft niet de vorm van een zorgplan te hebben. Let op: verschillende CIZ-kantoren maken hierin een afwijkende keuze.
- *Het zorgkantoor heeft het ondersteuningsplan nodig bij een aanvraag om 'meerzorg' (extreme zorgwaarte).* Dit is een feit. Het ondersteuningsplan mag dan maximaal één jaar oud zijn en er moet een omschrijving en grondslag in staan van de ernstige gedragsproblematiek. Ook moet in het ondersteuningsplan staan welke interventies al zijn uitgevoerd en met welk resultaat. Verder moet uit het ondersteuningsplan blijken dat de gedragsproblematiek ernstig en chronisch is en niet behandeld kan worden met reguliere middelen. Ook een advies van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) is daarbij vereist. Het ondersteuningsplan moet in dit geval informatie over diagnose en anamnese bevatten.
- *Zorgkantoren stellen inhoudelijke eisen aan het ondersteuningsplan.* Dat is gedeeltelijk waar. De eisen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om de basisfinanciering te ontvangen, zijn landelijk bepaald. Over het ondersteuningsplan staat in deze bepalingen: "De zorgaanbieder hanteert een vaste zorg(leef)plansystematiek, waarbij met iedere cliënt een minimaal jaarlijks bij te stellen zorg(leef)plan wordt afgesproken" (Zorgverzekeraars Nederland, 2008, p.16). Naast de basisfinanciering kan een zorginstelling extra middelen verwerven door te voldoen aan de criteria van een zorgkantoor. Het staat zorgkantoren vrij deze eisen naar eigen inzicht in te vullen. Zo kan een zorgkantoor eisen dat het ondersteuningsplan beschrijft hoe het sociaal netwerk eruit ziet en/of uitgebreid wordt.

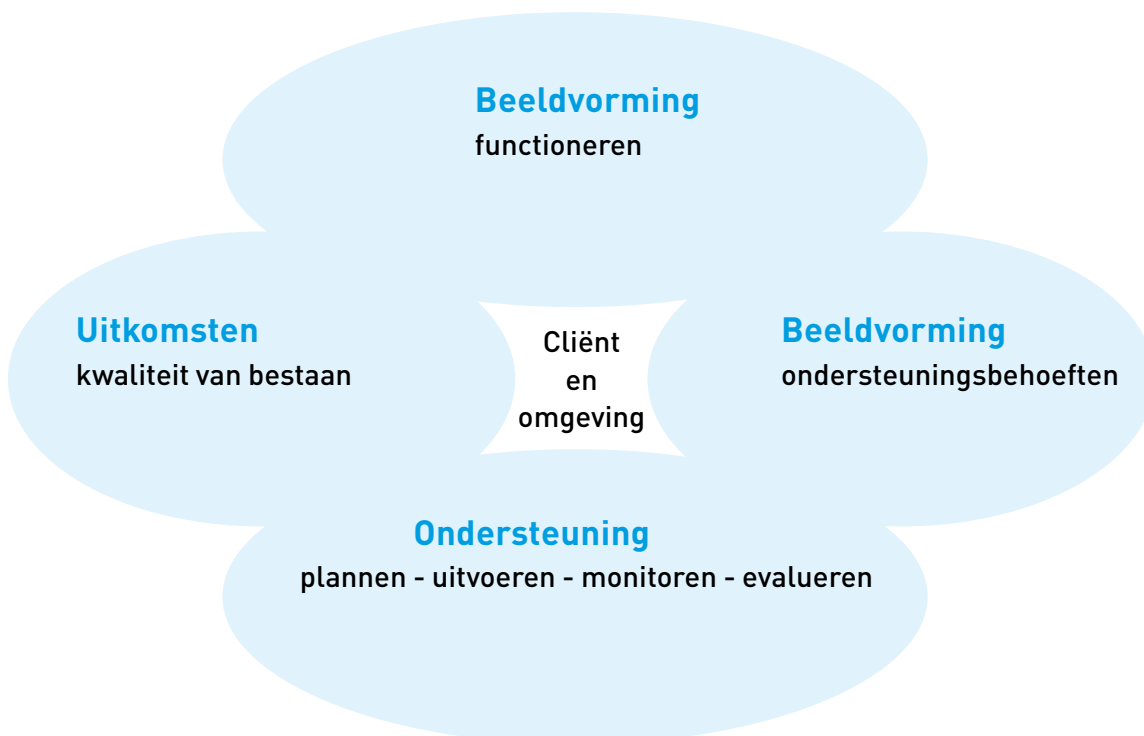


Aan de slag met ondersteuningsplannen

Ondersteuningsplannen vormen de basis voor het werk van begeleiders in de gehandicaptenzorg. Wie het ondersteuningsplan schrijft, verschilt per organisatie. Meestal zijn het de persoonlijk begeleiders of zorgcoördinatoren. De schrijver van het ondersteuningsplan stemt altijd met alle betrokken disciplines af over de inhoud. Vaak kijkt een gedragskundige of manager mee. Degene die het plan schrijft, zorgt ervoor dat de begeleiders die direct met de cliënt werken, op de hoogte zijn van de (nieuwe) afspraken en doelen. Alle medewerkers zijn verantwoordelijk voor het werken volgens het ondersteuningsplan en het behalen van de doelen. In het ondersteuningsplan staat per onderdeel wat de uitvoerende medewerkers moeten doen.

In onderstaande figuur is het ondersteuningsproces weergegeven.

Model van het professioneel ondersteuningsproces



Figuur 2. De vier onderdelen van het ondersteuningsproces.

Beeldvorming.

Ondersteuning start bij beeldvorming. Die bestaat uit twee onderdelen:

- het in beeld brengen van het functioneren;
- het in beeld brengen van de ondersteuningsbehoeften en risico's.

Beeldvorming is een dynamisch proces dat uit verschillende bronnen put. De zorgverlener kijkt zowel naar het heden als naar de toekomst (perspectief). Hij praat met de cliënt en zijn of haar netwerk. Die gesprekken vormen een belangrijke bron van informatie, evenals diagnostiek en assessment. Bij beeldvorming is het belangrijk dat de professional alleen die informatie verzamelt die nodig is om een antwoord te kunnen geven op de ondersteuningsvraag.

In beeld brengen van het functioneren

Om zorg en ondersteuning te kunnen bieden moet de zorgaanbieder een goed beeld hebben van de functioneringsproblemen (beperkingen), maar ook van de aanwezige mogelijkheden. Vooral met diagnostische en assessmentinformatie kan hij zich een beeld vormen over de aard van de beperkingen en de mogelijkheden van een cliënt. Een zorgverlener kan zich een beeld vormen aan de hand van beschikbare informatie uit het dossier, door (aanvullend) onderzoek van professionals, maar ook door gesprekken met de cliënt en zijn netwerk. Bij dit laatste gaat het om vragen als: hoe ziet de cliënt zichzelf? Wat kan de cliënt vertellen over zijn of haar eigen beperkingen? Een samenvatting van de beeldvorming van de zorgaanbieder, over het functioneren en de mogelijkheden van de cliënt, komt in het ondersteuningsplan.

in beeld brengen van ondersteuningsbehoeften en risico's

Uit de informatie over beperkingen en mogelijkheden kun je niet direct aflezen welke en hoeveel ondersteuning iemand in zijn leven nodig heeft. Daarvoor is nadere kennis nodig. Die komt in de eerste plaats van de cliënt zelf, en van zijn of haar netwerk. In een gesprek met de cliënt en zijn netwerk kan de zorgverlener de wensen, interesses, voorkeuren en ambities in kaart te brengen. Dit doet hij voor verschillende levensgebieden zoals wonen, leren en ontwikkeling, participatie in de samenleving, gezondheid, werk, belangenbehartiging en sociale relaties. Zo ontstaat een perspectief op de toekomst en wordt zichtbaar welke ondersteuning nodig is om dat perspectief dichterbij te brengen.

De dialoog laat zien welke ondersteuningsbehoeften de cliënt zelf nodig denkt te hebben, of wat zijn netwerk daarvan vindt. Dat hoeft natuurlijk niet

overeen te komen met wat de professionele ondersteuners denken over de ondersteuningsbehoeften van de cliënt. Dan moeten zij met elkaar in gesprek blijven en gezamenlijk prioriteiten vaststellen. Het is ook dan nog best mogelijk dat de cliënt niet instemt met wat volgens de professional nodig is. De zorgaanbieder zal er alles aan moeten doen om overeenstemming te bereiken, anders kan hij de zorg niet conform de afspraken leveren.

In de ondersteuning moeten professionals uiteraard rekening houden met de veiligheid van de cliënt. Daarom moeten zij uitzoeken welke risico's er zijn. Dat kan door een risicoanalyse te maken. Er kunnen bijvoorbeeld risico's zijn op het gebied van gezondheid, sociale kwetsbaarheid zoals beïnvloedbaarheid, of grensoverschrijdend gedrag.

De perspectieven van de cliënt, de zorgaanbieder en de indicatie zullen niet altijd met elkaar in balans zijn. Dit maakt het noodzakelijk dat zorgverleners in het ondersteuningsplan afwegingen maken tussen veiligheid, risico's en zelfbeschikking. Hiervoor hebben zij goede beeldvorming nodig over ondersteuningsbehoeften en risico's.

Ondersteuning : plannen, uitvoeren, monitoren en evalueren

Ondersteuningsafspraken maken in het ondersteuningsplan

De zorgaanbieder en de cliënt maken afspraken over de ondersteuning, waarbij de beeldvorming en ondersteuningsbehoeften het uitgangspunt zijn. Daarbij leggen zij doelen vast en bepalen ze wie wat doet om die doelen te behalen. Wat doet het natuurlijke netwerk, wat doet de cliënt zelf, wat doet de zorgaanbieder en hoe wordt het gecoördineerd? Doelen moeten realistisch zijn, maar ook de strategie en de nodige menselijke, financiële, technische en andere hulpbronnen moeten beschikbaar en bereikbaar zijn.

Samen bespreken zij de best haalbare strategie, die tegemoet komt aan de wensen en behoeften van de cliënt. Zij spreken ook af wanneer en hoe evaluatie plaatsvindt. Tijdens de evaluatie van het ondersteuningsplan toetsen zij of gemaakte afspraken zijn uitgevoerd en of zij de gestelde doelen hebben bereikt.



Uitwerken van doelen (behandelplan, werkplan)

Om de doelen te bereiken en de ondersteuning volgens afspraak te leveren, moeten zorgverleners soms meer gedetailleerde werkplannen of behandelplannen maken. Deze bevatten meer specialistische informatie en gedetailleerde instructies voor behandelaars, begeleiders en eventueel cliënten zelf. Bijvoorbeeld de precieze werkwijze rond het wassen of rondom de maaltijden. In een werkplan of behandelingsplan staat wie, wat, wanneer, met welke middelen gaat doen om de afspraken uit het ondersteuningsplan volgens professionele regels uit te voeren.

Werkplannen en behandelplannen voegen zij dan toe als bijlage bij het ondersteuningsplan. Wanneer de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) van toepassing is, wordt per definitie een behandelplan gehecht aan het ondersteuningsplan. Hierin staan dan de behandeldoelen, behandelstrategieën en afspraken (bijvoorbeeld over vrijheidsbeperkingen). Let er op dat naast een behandelplan, dat meestal voor een specifiek probleem geldt, ook andere ondersteuningsbehoeften kunnen zijn die in het ondersteuningsplan aan de orde komen. Het ondersteuningsplan is dus meer dan een behandelplan. Zie ook de bepalingen van de nieuwe wet Zorg en Dwang.

Afspraken uitvoeren en ondersteuning coördineren

Wanneer het ondersteuningsplan vaststaat, start de uitvoering van de geplande ondersteuning en van de actie- en behandelplannen. Alle betrokken zorgverleners moeten op de hoogte zijn van de afspraken met de cliënt. De begeleider die het ondersteuningsplan heeft opgesteld, is hiervoor verantwoordelijk. Onder het kopje 'de rol van de (persoonlijk) begeleider' staat wat de precieze invulling van de rol van de begeleider is.

De zorgverlener moet het ondersteuningsplan in begrijpelijke taal en handzaam aan de cliënt en de wettelijke vertegenwoordiger aanbieden. Zo kunnen alle betrokkenen in de gaten houden of de uitvoer van het plan verloopt zoals zij hebben afgesproken. Hoewel in het ondersteuningsplan vaak doelen voor een langere tijd (een jaar) vastliggen, kan het zijn dat er in de looptijd van het ondersteuningsplan veranderingen plaatsvinden. Dat kan het zijn dat doelen niet gehaald worden, of dat tussentijds een wijziging van het ondersteuningsplan nodig is. Daarom moet de begeleider het ondersteuningsplan geregeld

gebruiken. Zo ziet hij of het nog klopt met de actualiteit. Verder blijkt dat veel mensen met een verstandelijke beperking hun ondersteuningsplan zelden zien. Vaak alleen rond het formele evaluatiemoment. Zij kunnen dan niet goed bijhouden of de afspraken nagekomen worden. Begeleiders doen er dan goed aan het ondersteuningsplan erbij te pakken als zij hun gesprekken met cliënten voeren.

Monitoren en evalueren

Betrokkenen kunnen de voortgang van het ondersteuningsplan monitoren door te rapporteren over de gemaakte doelen en afspraken. Het is zinvol om bij het maken van de afspraken per doel of actie vast te leggen hoe de rapportage gebeurt. Waar moet de rapporteur op letten, wat moet zeker in de rapportage terugkomen? Rapportage moet informatie bevatten die relevant is voor de ondersteuning. De rapportages fungeren als communicatiemiddel tussen verschillende betrokkenen en zijn databron voor evaluatie.

Er zijn voor de rapportages geen algemene richtlijnen. Iedere organisatie kan daaraan naar eigen inzicht vorm geven. Steeds vaker gebeurt rapportage in een digitaal systeem. Zo kan de zorgverlener direct op de doelen rapporteren. Soms maken de IGZ of het zorgkantoor afspraken met een zorgorganisatie over wat in bepaalde gevallen in de rapportage moet staan. Bijvoorbeeld of het doel bereikt is.



Rapportagevragen:

- Zijn de afgesproken acties uitgevoerd of niet? Waarom niet?
- Welk effect hadden de acties?
- Welke observaties zijn relevant voor de afgesproken acties en voor het welzijn van de cliënt?

Uitkomsten: kwaliteit van bestaan

Uiteindelijk moet uit de evaluatie blijken wat de geboden ondersteuning oplevert voor de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Dat is niet hetzelfde als kijken of iedereen de afspraken correct uitvoert en of specifieke doelen worden of zijn gehaald. De evaluatie gaat over de uitkomsten van de ondersteuning voor het leven van de cliënt als geheel: is de kwaliteit van bestaan erop vooruit gegaan? Of, in bepaalde gevallen, is achteruitgang voorkomen? De zorgverlener evalueert de ondersteuningsuitkomsten in een gesprek met de cliënt.

De uitkomsten van dit gesprek vormen een aanvulling op eventuele nieuwe informatie en beeldvorming over functioneringsproblemen en ondersteuningsbehoeften. Hierbij kan ook de vraag aan de orde komen of de indicatie nog passend is.

In de praktijk evalueren professionals de kwaliteit van bestaan tegelijk met de doelen en afspraken. In het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is opgenomen dat zij elke drie jaar de cliëntervaringen meten. Daarvoor heeft de VGN een waaier aan goede instrumenten verzameld. Een zorgorganisatie kiest één of meer instrumenten uit de waaier. Zie achter in deze kennisbundel welke instrumenten er in 2013 in de waaier zijn opgenomen.

Rol van cliënt, sociaal netwerk en zorgaanbieder

Een professionele zorgorganisatie staat niet alleen in de ondersteuning van mensen met een beperking. Het sociaal netwerk, de samenleving en professionele zorgmedewerkers ondersteunen de cliënt gezamenlijk en stemmen dit op elkaar af. Verschillende personen en organisaties kunnen dus betrokken zijn bij het ondersteuningsplan. In figuur 3 staan de verschillende hulpbronnen:

- de cliënt zelf door gebruik van aanwezige competenties en 'eigen kracht';
- familie en vrienden;
- informele contacten zoals burens, collega's, medeleerlingen en vrijwilligers;
- algemene zorg- en dienstverlening, zoals toegankelijk voor alle burgers (huisvesting, onderwijs, werk, gezondheidszorg, verenigingsleven);
- gespecialiseerde zorg- en dienstverlening.



Figuur 3. Hulpbronnen bij de ondersteuning (brom AAIDD)

Persoon zelf

Een zorgverlener kan geen ondersteuningsplan maken zonder dat de cliënt daar actief bij betrokken is. Zijn vragen, wensen en behoeften staan centraal. Zoveel mogelijk voert hij de gesprekken met de cliënt zelf. Maar hoe ziet zo'n gesprek er eigenlijk uit?

Om een 'goed gesprek' te kunnen voeren, moet de medewerker aansluiten bij de cliënt. Het is belangrijk dat begeleiders zich hiervan bewust zijn bij hun gesprek met een cliënt.

Tips voor zorgverleners:

- Vindt een cliënt het spannend als er een gesprek gepland staat? Dan is het misschien slim om tijdens een activiteit een gesprekje aan te knopen. Anderen hebben er juist veel baat bij dat een overleg wordt ingepland.
- Bedenk vooraf hoe je je vragen stelt. Een open vraag zoals 'hoe vind je dat het de afgelopen tijd is gegaan?' is voor veel mensen met een verstandelijke beperking erg lastig te beantwoorden.
- Misschien helpt het als je video- of fotomateriaal hebt van een moment waarop de cliënt werkt aan het doel. Dat maakt het concreter en roept wellicht meer herinnering op.
- Het is ook belangrijk dat je met de cliënt afstemt hoe het verdere proces verloopt. Is de cliënt aanwezig bij het grotere overleg? Wat wil hij dan in ieder geval bespreken? Wie moeten er verder bij aanwezig zijn?
- Bedenk dat een goede voorbereiding wellicht tijd kost, maar een essentiële voorwaarde is voor het kunnen voeren van een goed gesprek.
- Wees ook alert op het feit dat veel mensen met een verstandelijke beperking niet geleerd hebben om keuzes te maken. Ze geven op de meeste vragen 'ja' als antwoord, ook omdat dat sociaal wenselijk kan zijn. Ook hebben mensen met een verstandelijke beperking vaak moeite om keuzes te overzien of om te beseffen wat de keuze is.

Familie en vrienden en informele ondersteuning

Normaal gesproken zijn de eerste mensen die de persoon met een beperking ondersteunen het natuurlijke netwerk, namelijk het gezin, de familie en vrienden van de cliënt. De rol van ouders, broers en zussen, grootouders en familieleden mogen we niet onderschatten. Ook de emotionele verbondenheid van de cliënt met zijn natuurlijke omgeving is van grote waarde. De professional zal de sociale en emotionele verbondenheid van de cliënt met zijn netwerk en omgeving zoveel mogelijk respecteren. Ook zal hij daarmee rekening houden bij de planning van ondersteuning. Natuurlijk hebben ouders, familie en vrienden waar mogelijk en als de cliënt dat wil, een aandeel in het ondersteuningsproces en in het ondersteuningsplan.

Mensen uit het sociale netwerk van de cliënt, steungroep of mantelzorgers kunnen ook een deel van de ondersteuning voor hun rekening nemen. Daarom is het vrij gebruikelijk dat de zorgverlener aangeeft wie uit het natuurlijke netwerk van de cliënt mee ondersteuning biedt en welke mogelijkheden aanwezig zijn. Het kan inspirerend zijn hierbij methodieken zoals Person-centred-planning, Eigen Kracht Conferenties (Van Beek et al., 2010) of Wraparound Care (Hermanns, 2009) te gebruiken. Wanneer de verantwoordelijke voor het ondersteuningsplan het natuurlijke netwerk betreft bij het plannen, dan bespreekt hij met de cliënt welke mensen uit zijn netwerk belangrijk zijn. En wie deel kunnen hebben aan de ondersteuning. Ook bij de beeldvorming (context) brengen we mogelijke externe hulpbronnen in kaart.

Uiteraard is het in sommige situaties niet mogelijk of wenselijk dat professionals het sociale netwerk (intensief) betrekken bij het ondersteuningsplan en de ondersteuning van de cliënt. In dergelijke gevallen moeten ze wel streven naar herstel of opbouw van het sociale netwerk. Een cliënt die geen sociale contacten heeft of die alleen maar contact heeft met professionele krachten van de eigen zorgaanbieder, loopt een groot risico dat hij vereenzaamt of dat zijn belangen niet goed behartigd worden. Daarom moet je als professional bij elk ondersteuningsplan de betrokkenheid van het sociale netwerk van de cliënt zorgvuldig overwegen.

Gespecialiseerde dienstverlener: zorgorganisatie

De zorgorganisatie neemt het initiatief tot het gesprek met de cliënt. Een organisatie is verplicht om een gesprek te voeren. Ze moet, wanneer een cliënt nieuw geplaatst is, binnen zes weken een ondersteuningsplan maken. Zorgmedewerkers of professionals zorgen ook voor de beeldvorming en brengen een deel van de behoeften in kaart. Waar nodig schakelen ze een andere professional zoals een gedragskundige of arts in. In de meeste gevallen is een daartoe aangewezen coördinerend medewerker verantwoordelijk voor het voorbereiden en opstellen van een ondersteuningsplan. Die medewerker heeft als functienaam 'persoonlijk begeleider', 'coördinerend begeleider', 'dienstverleningscoördinator' of 'persoonlijk assistent'.

- De rol van de (persoonlijk) begeleider
De persoonlijk begeleider en begeleiders zijn heel belangrijk in het ondersteuningsplanproces. Het is ingewikkeld dat het in elke zorgorganisatie anders geregeld is wie wat doet en wie daarin welke verantwoordelijkheid heeft.

In deze kennisbundel beschrijven we de situatie zoals die in veel zorgorganisaties voorkomt. De persoonlijk begeleider heeft de regie over het ondersteuningsplan. Een (locatie)manager is verantwoordelijk voor het ondersteuningsplan en houdt toezicht op de inzet van middelen. Inhoudelijk deskundigen zoals een arts of gedragskundige leveren input en zijn vaak inhoudelijk verantwoordelijk voor de begeleiding.

In het vorige hoofdstuk zijn de verschillende onderdelen van het ondersteuningsproces beschreven. Bij elk onderdeel hebben de persoonlijk begeleider en begeleiders een belangrijke functie. De persoonlijk begeleider voert gesprekken met de cliënt of zijn vertegenwoordigers om de ondersteuningsbehoeften en risico's in beeld te brengen. In een gesprek kijken we naar iemands wensen, interesses, voorkeuren en ambities. Het begrip gesprek kan, wederom, breed opgevat worden. Zo is het denkbaar dat voor mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking veel meer sprake is van observatie van de cliënt (wat vindt iemand prettig? Hoe reageert hij op bepaalde prikkels?) en gesprekken met de familie. Voor mensen met een lichtere verstandelijke beperking kunnen professionals gebruikmaken van instrumenten als een wensboom of het Zorgplan Kaartspel (VraagRaak).



Tips voor zorgverleners: hoe ga je om met wensen en dromen die op het eerste gezicht onrealistisch lijken?

- Een wens kan ook bestaan zonder dat je daar direct acties op hoeft te nemen. Zelf heb je misschien ook wel dromen of wensen maar ben je niet actief bezig om ze uit te laten komen. Een wens kan ook heerlijk zijn om te hebben en bij weg te dromen en er gewoon te laten zijn.
- Onderzoek de vraag achter de wens: misschien heeft iemand een grote wens die niet te realiseren is, terwijl wat erachter zit, wél mogelijkheden biedt. Een praktijkvoorbeeld: een verstandelijk beperkte cliënt wilde graag piloot worden. Dat was natuurlijk onmogelijk. Bij doorvragen bleek dat hij werd aangetrokken door het beeld van de stewardessen en de aanwezigheid van vliegtuigen. De begeleiding heeft er toen voor gezorgd dat hij geregeld naar het vliegveld kan. Daar lopen de stewardessen en kan hij zijn ogen uitkijken bij de vliegtuigen.
- Onderzoek wat nog meer mogelijk is. Het is een valkuil als je denkt dat jij, of de zorgorganisatie, degene bent die de wens moet laten uitkomen. Terwijl de persoon zelf misschien wel mogelijkheden heeft, of zijn netwerk. Vaak blijkt er meer te kunnen dan je denkt.

Hoe dan ook: blijf in dialoog zodat je geen valse verwachtingen scheidt bij de cliënt, maar doe dromen ook niet te gauw af met: 'dat kan niet!'

De begeleider heeft in deze fase een informerende rol. Omdat hij met de cliënt omgaat, kan hij bijdragen aan het beeld en een andere professional van informatie voorzien. Ook kan een begeleider signaleren dat het beeld dat in het ondersteuningsplan staat niet (meer) klopt. Dat kan een reden zijn om opnieuw onderzoek te gaan doen.

Naast het perspectief van de cliënt is ook het perspectief van de professional van grote betekenis. De persoonlijk begeleider gaat daarom in dialoog met de cliënt. Hij vertelt wat de cliënt van de zorgorganisatie kan verwachten. Hij zal in veel gevallen in gesprek gaan met de cliënt en spreekt ook andere betrokkenen. Ook kan hij helpen om het gezichtspunt van medewerkers te verwoorden. Omdat hij de cliënt waarschijnlijk regelmatig meemaakt, kent hij de cliënt heel goed.

Wanneer het ondersteuningsplan vast staat, start de uitvoering van de geplande ondersteuning en van de actie- en/of behandelplannen. Alle betrokken professionals moeten weten welke afspraken met de cliënt zijn gemaakt. De persoonlijk begeleider die het ondersteuningsplan heeft opgesteld, is hiervoor verantwoordelijk.

Dat betekent dat die zijn collega's, gedragsdeskundigen, medici, therapeuten en eventueel de activiteitenbegeleider laat weten wat de afspraken zijn. Deze begeleider informeert zijn collega's en de cliënt en gaat na of iedereen volgens de afspraken werkt. Hierbij kan een cliëntagenda handig zijn, omdat je daarmee het werken volgens het ondersteuningsplan continu kan toetsen, bewaken en waar nodig bijstellen. De begeleider moet in deze fase vooral de afspraken uitvoeren en met de cliënt werken aan de doelen die in het ondersteuningsplan zijn opgenomen. Hij is ook verantwoordelijk voor een juiste rapportage over de voortgang. Verder heeft hij ook een signalerende rol: als een doel niet gehaald kan worden of er verandert tussentijds iets, moet hij dit melden bij degene die het ondersteuningsplan schrijft.

De coördinator ondersteuningsplannen is de spil bij de voorbereiding, het bespreken, uitwerken en uitvoeren van het ondersteuningsplan. Hij betreft ook het sociale netwerk bij het plan en zorgt voor de communicatie tussen verschillende disciplines binnen de zorgorganisatie.

Vorm of format van het ondersteuningsplan

Voor de vorm of het format van een ondersteuningsplan bestaan geen regels. In de praktijk blijkt dat elke organisatie een eigen format hanteert. Ze verschillen in de praktijk ook naar doelgroep, functie en gehanteerde methodie-

ken. Wel zijn er overeenkomsten tussen de verschillende formats. Zo staat er vaak een persoonsbeschrijving in met iemands mogelijkheden, beperkingen en ondersteuningsbehoeften. Ook is er vaak ruimte opgenomen voor het perspectief of de wensen van de cliënt of zijn vertegenwoordiger en bevat het een deel met doelen en afspraken.

Door het gebruik van beeldmateriaal, tablet applicaties en elektronische agenda's, krijgt het ondersteuningsplan een steeds dynamischer karakter. Het is makkelijker tussentijds te rapporteren, een doel aan te passen of een nieuw doel toe te voegen. Ook kunnen anderen dan medewerkers van een zorginstelling rapporteren. De cliënt of zijn familie kan bijvoorbeeld een inlogcode krijgen en zo meelesen met wat er gebeurt en eventueel zelf een reactie geven.

Er zijn geen 'voorschriften' voor een ondersteuningsplan vastgesteld. Maar op basis van inhoudelijke, wettelijke en aan regels gerelateerde normen kunnen we wel een aantal criteria benoemen:

- 1 De afspraken zijn de kern van het ondersteuningsplan: staan ze er duidelijk in?
- 2 In de afspraken houdt de professional rekening met de persoonlijke wensen van de cliënt en met ondersteuningsbehoeften zoals de professionals die vaststellen: blijkt dit uit het ondersteuningsplan?
- 3 De ondersteuningsbehoeften vloeien voort uit de beeldvorming over de cliënt (grondslag voor betaalde ondersteuning): worden de beperkingen en grondslag genoemd in het ondersteuningsplan?
- 4 Evaluatie van de ondersteuning moet plaatsvinden naar proces. Zijn de afspraken uitgevoerd, zijn de doelen gehaald, 'werken' de afspraken? Maar ook naar uitkomsten: is de cliënt er beter van geworden, is de kwaliteit van bestaan behouden of verbeterd, is de kwaliteit van bestaan ook bij progressieve aandoeningen voldoende bewaakt?



Binnen een zorgorganisatie bestaat meestal een vast format voor het proces en de inhoud van het ondersteuningsplan. De coördinator van het ondersteuningsplan moet er met zijn professionele vaardigheden voor zorgen dat een format ondersteunend en niet leidend is in de bespreking met de cliënt.

Andere ondersteuningsbronnen

Er ligt in de maatschappij een steeds grotere nadruk op participatie/inclusie (meedoen en erbij horen) en vermaatschappelijking. Daardoor is het mogelijk dat er bij het ondersteuningsplan ook andere organisaties betrokken zijn. Denk bijvoorbeeld aan MEE, aan de jeugdhulpverlening en de thuiszorg. Er is geen vaste regel om deze verschillende partijen te betrekken bij het ondersteuningsplan dat de gehandicaptenzorgorganisatie maakt. Maar het is wel aan te bevelen om de afspraken en verantwoordelijkheden vast te leggen. Dit betekent overigens niet dat de gehandicaptenzorgorganisatie verantwoordelijk kan worden gesteld voor de prestaties van derden. Goede en passende ondersteuning leveren kan alleen als er een goede communicatie tussen alle betrokkenen is. Professionele ondersteuning is een zaak van voortdurende dialoog tussen de cliënt, het cliëntsysteem en de professional.

De cliëntenraad

De cliëntenraad heeft een adviserende rol naar de Raad van Bestuur. Zij moet actief betrokken zijn bij (het ontwikkelen en verbeteren van) de werkwijze rondom ondersteuningsplannen in de organisatie. Bijvoorbeeld wanneer een nieuw format wordt ontwikkeld, maar ook bij de scholing van medewerkers en cliënten over het ondersteuningsplan. De cliëntenraad kijkt specifiek naar de positie van de cliënt in het ondersteuningsplan. Ook kunnen zij toetsen of het werken met ondersteuningsplannen daadwerkelijk cliëntgericht gaat. Is de informatie over het ondersteuningsplan begrijpelijk?

Het ondersteuningsplan is bepalend voor de kwaliteit van ondersteuning. Daarom is er sprake van 'verzwaard advies'.



Samenvatting

Het ondersteuningsplan komt tot stand in de driehoek van cliënt, het sociale netwerk van de cliënt en de zorgaanbieder. Elke partij heeft eigen taken en verantwoordelijkheden. Samen bepalen zij een strategie om de kwaliteit van bestaan van de cliënt te bevorderen. De coördinator van het ondersteuningsplan regisseert de communicatie en afstemming tussen de partijen en de betrokken professionele disciplines. De werkwijze van de zorgaanbieder met betrekking tot ondersteuningsplannen wordt besproken met de cliëntenraad.

Casuïstiek



Casus 1

Samed is een jongen met een licht verstandelijke beperking. Daarnaast is hij vaak in aanraking gekomen met justitie en blowt hij veel. Hij kan maar moeilijk accepteren dat hij een verstandelijke beperking heeft en dat hij ondersteuning nodig heeft. De familie van Samed verwacht dat hij, met de wil van Allah, van zijn problemen zal genezen en met weinig ondersteuning weer in de maatschappij zal kunnen gaan wonen. Zowel zijn moeder als zijn zussen hebben hoge verwachtingen van Samed. Die komen vooral voort vanuit de opvattingen en overtuigingen van hun geloof. Samed kan aan die verwachtingen niet voldoen. Het ondersteuningsplan vindt de familie onzin. Ze staan niet helemaal achter de visie van waaruit de organisatie werkt en vinden dat er te veel ondersteuning wordt geboden. Ze weigeren het ondersteuningsplan te ondertekenen.

Vanwege het verschil in opvatting over essentiële onderdelen van de problematiek en de ondersteuning, hebben de familie, begeleiders, behandelaar en de manager regelmatig gesprekken met elkaar. Ze proberen de betrokkenheid en het onderling begrip te vergroten. Het is belangrijk dat de communicatie open blijft. Ondanks het feit dat Samed en zijn familie het ondersteuningsplan niet willen ondertekenen, is de organisatie verplicht een plan te maken. Maar ook ligt vast dat de cliënt in moet stemmen met het plan, en het zorgkantoor eist daarbij zelfs een handtekening. Nu Samed niet instemt, moet in het plan worden vastgelegd op welke manieren geprobeerd is om Samed toch bij het opstellen te betrekken en wat zijn reactie was. Samed blijft echter weigeren. Nu wordt het ingewikkeld. Kan de organisatie aan deze cliënt wel zorg en ondersteuning leveren? De zorgaanbieder zal deze afweging moeten maken. Ze informeren het zorgkantoor over de situatie en schakelen mediatie van KansPlus in om hieruit te komen. Na veel gesprekken over verwachtingen en twijfels is er uiteindelijk overeenstemming over het ondersteuningsplan gekomen.



Casus 2

Peter is een man met een licht verstandelijke beperking. Hij ziet niet zo goed en lezen vindt hij ook wel moeilijk. Ook kan hij niet goed horen. Hij draagt wel een hoortoestel, maar moet zich erg concentreren om iemand goed te kunnen horen. Bij het jaarlijkse evaluatiemoment van Peters' ondersteuningsplan zitten veel mensen aan tafel: Peter zelf, zijn pb'er van wonen, de begeleider van de dagactiviteiten, een vrijwilliger, een gedragskundige, een logopedist, een arts, Peters' mentor, de teamleider en de zorgcoördinator. Peter vindt dit erg moeilijk; er zijn te veel mensen aan tafel waardoor hij het gesprek niet goed kan volgen. Zij lezen uit moeilijke stukken waar Peter niet veel van begrijpt en bovendien duurt het met twee uur ook erg lang. (Uit het onderzoek van M. Herps, W. Buntinx en L. Curfs, 2011)

Te vaak komt het voor dat mensen met een beperking wel betrokken zijn bij hun ondersteuningsplan, maar dat je je kan afvragen of deze betrokkenheid zinvol en gelijkwaardig is. Bedenk goed bij welk overleg de cliënt aanwezig is en wat dit vraagt in aanpassingen van het overleg. In het geval van Peter had het misschien geholpen als er een naast familielid aanwezig was. Of als het gesprek werd gevoerd met de pb'ers van wonen en dagbesteding en zijn moeder.



Casus 3

Linda kan niet lezen. Als de begeleiding toch iets voor haar opschrijft, is dat vooral met pictogrammen. Die begrijpt ze goed. Daarom hangt de begeleiding haar dagprogramma elke dag met duidelijke pictogrammen op een bord, waardoor Linda precies weet wat haar die dag te wachten staat. Linda vindt het heel vreemd dat de afspraken die in haar ondersteuningsplan staan, niet in zulke duidelijke pictogrammen gemaakt zijn. Het zou haar helpen als dat wel zo zou zijn, want ze vindt afspraken maken wel belangrijk en zou het fijn vinden als ze er af en toe naar kan kijken. (Uit het onderzoek van M. Herps, W. Buntinx en L. Curfs, 2011)

Een ondersteuningsplan bevat de doelen en afspraken die twee partijen (een cliënt en een zorgorganisatie) met elkaar maken. Omdat er dingen in staan die voor de cliënt belangrijk zijn, zou het vanzelfsprekend moeten zijn dat deze afspraken en doelen in een voor de cliënt begrijpelijke manier te zien zijn. Dat is soms met plaatjes, of met video, of in gesproken, of in makkelijke taal. Afhankelijk van degene met wie je te maken hebt natuurlijk!



Casus 4

Bij een bepaalde gehandicaptenzorgorganisatie heeft elke cliënt een ondersteuningsplan. De organisatie werkt er al langer mee en voldoet ook aan de eisen van externe partijen. Maar deze organisatie is op zoek naar meer. Zij vragen zich af hoe het ondersteuningsplan ook voor medewerkers en cliënten een meerwaarde kan hebben, en niet alleen voor de externe partijen.

Allereerst kwam het managementteam bij elkaar voor een visiebijeenkomst. Doel van deze bijeenkomst was om een gezamenlijke visie op ondersteuningsplannen op te stellen. Het bleek dat het management vindt dat het ondersteuningsplan een middel moet zijn voor goede afstemming en overeenstemming met de cliënten over de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben. Als die afstemming goed is, kan de organisatie een betere kwaliteit van zorg leveren.

Daarna zijn zij met medewerkers in gesprek gegaan. In verschillende groep-sinterviews spraken zij over het werken met ondersteuningsplannen, hoe zij er zelf tegenaan kijken en over de uiteindelijke verbeterpunten. Deze fase was erg belangrijk! Het bleek dat veel medewerkers een eigen draai aan de ondersteuningsplannen hadden gegeven. Omdat het beter bij hen paste, of beter bij de cliënten met wie zij werkten. Medewerkers waren tevreden over het idee van het ondersteuningsplan en vonden ook dat het ondersteuningsplan duidelijkheid schiep. Zij waren er ontevreden over dat zij cliënten moeilijk bij het ondersteuningsplan konden betrekken. Zij vonden het werken met het digitale systeem erg gebruikersonvriendelijk en misten een duidelijke sturing van het management.

Op basis van de visiebijeenkomst en de bijeenkomsten met de medewerkers heeft de organisatie een pakket van eisen opgesteld. Deze eisen gingen over de ICT, de cliëntenparticipatie, de sturing vanuit het management en scholing. Met dit pakket van eisen heeft de projectgroep een nieuw ondersteuningsplan ingericht. Informatie die eigenlijk nooit verandert, zoals de levensgeschiedenis, ging eruit. Wat overigens niet wil zeggen dat er geen informatie aan toegevoegd kan worden; jaarlijks komt er een klein stukje levensgeschiedenis bij. Ook kwam er een nieuwe applicatie die de oude ICT verving. Cliënten zijn nu meer betrokken bij het plan, vooral omdat het minder 'groot' is en omdat het positiever is. Ook zijn taken verschoven; de gedragsdeskundige houdt zich bezig met het persoonsbeeld. Dat scheelt de begeleider veel tijd. Maar het belangrijkste is dat er nu een ondersteuningsplan is dat meer van de medewerker en de cliënt is dan van de externe partijen.



Vindplaats

Bronnen;
Relevante websites;
Scholing;
Gebruikte literatuur.

Bronnen

Op www.kennispleingehandicaptensector.nl vindt u informatie, voorbeelden, methodieken, onderzoek en een forum rond ondersteuningsplannen.

Schippers, A.P., Van Boheemen, M.A.C. & Wielenga, F. (2007). Handreiking Ondersteuningsplan voor de gehandicaptenzorg. Leeuwarden: Christelijke Hogeschool Nederland.

Buntinx, W., Herps, M. & De Ruiter, M. (2012). Handreiking Ondersteuningsplannen 2012. Utrecht: Vilans

[Toelichtingen bij de handreiking 2012.](#)

Herps, M.A., Buntinx, W.H.E. & Curfs, L.M.G. (2010). Ontwikkelingen in het ondersteuningsplan in Nederland. NTZ, 36(2), p.111-136.

OpSterk & Vilans (2010). Criteria voor de beoordeling van het cliëntenperspectief in ondersteuningsplannen. Een handreiking voor cliëntenraden. Utrecht: OpSterk.

VraagRaak/KansPlus (2008). Handreiking 'Het Zorgplan', inclusief kaartspel en opschriftboek. Utrecht: VraagRaak.

VGN (2007). Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg: visiedocument. Utrecht: VGN.

Voorlopige waaier met cliëntervaringsinstrumenten in het Kwaliteitskader
Let op: dit is een voorlopige waaier. De instrumenten worden momenteel

verder aangevuld en doorontwikkeld. Op de website van de VGN zijn de actuele instrumenten te vinden.

- POS (Arduin/Sytes)
- Quality Qube/OKE-LZ (Buntinx)
- Toetsing cliëntwaardering (Philadelphia)
- Dit vind ik ervan! (Siza)
- Onze cliënten aan het woord (Ipso Facto)
- Ben ik tevreden? (Dichterbij/Van Biene)
- Tevredenheidsonderzoek (PSW) (vragenlijst cliënten en vragenlijst ouders/verwanten)
- C-toets OBC (VOBC/Stichting Alexander)
- Cliënten over kwaliteit (LSR).
- Cliëntervaringsonderzoek (Effactory).

Relevante websites

- www.vilans.nl
- www.Kennispleingehandcaptensector.nl/ondersteuningsplannen
- www.VGN.nl
- www.OPsterk.nl
- www.kansplus.nl
- www.vraaggraak.nl
- www.platformvg.nl
- www.zichtbarezorg.nl/page/Gehandcaptenzorg
- www.ciz.nl
- www.wetten.nl
- www.rijksoverheid.nl
- www.hetlsr.nl
- www.npcf.nl
- www.cg-raad.nl
- www.igz.nl
- In ontwikkeling: een module over ondersteuningsplannen op www.steffie.nl

Scholing

www.opsterk.nl: bijeenkomsten voor cliënten en verwanten, trainingen voor medewerkers en train-de-trainer voor medewerkers

www.vilans.nl: begeleiden van zorgorganisaties bij het verbeteren van ondersteuningsplannen.

Gebruikte literatuur

Beek, F. van, & Schuurman, M. (2010). Eigen Kracht-conferenties: kansen en mogelijkheden in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. *NTZ*, 197-208.

Besluit zorgplanbespreking ABWZ-zorg (2009).

Barnhard, M.C. & Meerveld, J.H.C.M. (1992). Handleiding Zorgplannen. Methodisch werken in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Utrecht: Nationaal ZiekenhuisInstituut.

Buntinx, W.H.E. & Schalock, R. (2010). Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7 (4), 283-294.

Hermanns, J. (2009). Het wraparound care model en de vraag naar nieuwe jeugdzorgprofessionals. In J. Gerris & R. Engels (Eds.), *Professionele kwaliteit in jeugdzorg en jeugdonderzoek* (pp. 85-98). Assen: Van Gorcum.

Herps, M.A., Buntinx, W.H.E. & Curfs, L.M.G. (2010). Ontwikkelingen in het ondersteuningsplan in Nederland. *NTZ*, 36(2), p.111-136.

Herps, M.A., Buntinx, W.H.E. & Curfs, L.M.G. (2012). In dialoog over het ondersteuningsplan. Een exploratief onderzoek naar de betrokkenheid van mensen met verstandelijke beperkingen bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van hun ondersteuningsplan. *NTZ*, 38(1), p. 2-14.

HHM (2009). *Handreiking Zorgplan 2.0*. Enschede: HHM.

KansPLus, Vraagstuk & Platform VG, (2010). Handreiking - Het Zorgplan (met kaartspel en opschrijfboek). Utrecht: Kansplus.

Opsterk Ondersteuningsplan, geraadpleegd op 13.03.2012.

Opsterk / Vilans (2010). Is het ondersteuningsplan wel echt van de cliënt? Regels voor een goed ondersteuningsplan voor cliënten in de gehandicaptenzorg. Utrecht: Opsterk & Vilans.

Pameijer, N. & Laar-Bijman, E, van. (2007). Handelingsgerichte diagnostiek. Een handreiking voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Den Haag: Lemma.

Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, et al. (2010). Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. Washington, D.C.: AAIDD.

Schalock, R.L., Gardner, J.F. & Bradley, V.J. (2007). Quality of Life for People with Intellectual and Other Developmental Disabilities. Applications across individuals, organizations, communities, and systems. Washington: AAIDD.

Thompson, J.R., Bradley, V., Buntinx, W.H.E., Schalock, R.L., Shogren, K.A., Snell, M., & Wehmeyer M.L. (2009). Conceptualizing Supports and the Support Needs of People with Intellectual Disabilities. *Intellectual Disability*. 47 (2), 135–146.

VGN et al. (2007). Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Utrecht: VGN et al.

Schippers, A., Boheemen, M. & Wielenga, F. (2007). Handreiking ondersteuningsplan voor de gehandicaptenzorg. s.l., Christelijke Hogeschool Nederland.

VGN (2011). Projectplan vernieuwde werkwijze Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Utrecht: VGN

Vilans

Vilans is het landelijke kenniscentrum voor langdurende zorg. Samen met zorgprofessionals ontwikkelen we vernieuwende en praktijkgerichte kennis voor iedereen die werkt in de zorg, daarvoor in opleiding is of beroepsmatig met de zorg te maken heeft. We zorgen ervoor dat de kennis in de praktijk gebruikt gaat worden. Met praktische middelen en met advies en begeleiding. Zo houden we met elkaar de langdurende zorg efficiënt, betaalbaar en van goede kwaliteit. We verbeteren daarmee de kwaliteit van leven van mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben.

Meer informatie over de thema's van de kennisbundels staat op www.zorgvoorbeter.nl en www.kennispleingehandicaptensector.nl. Neem voor informatie over de kennisbundels of over samenwerking tussen onderwijs en zorg contact op met Vilans via (030) 789 23 00, info@vilans.nl of kijk op www.vilans.nl

Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut is een kennisinstituut. Het doet onderzoek naar geestelijke gezondheid, mentale veerkracht en verslaving. Het zet zich met kennis en innovatie actief in voor het verbeteren van de geestelijke gezondheid in Nederland en daarbuiten. Onze verworven kennis passen we toe in de praktijk van professionals in de GGZ en de verslavingszorg. Het Trimbos-instituut loopt voorop in de digitalisering van kennisontwikkeling, kennisoverdracht en de uitbreiding van hulpverlening via internet.

Wij staan open voor zowel inhoudelijke vragen als vragen over methodieken, instrumenten en middelen.

Neem voor meer informatie contact op met het Trimbos-instituut, e-mail: info@trimbos.nl, telefoon (030) 297 11 00 of kijk op www.trimbos.nl.

V&VN

V&VN staat voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. De beroepsvereniging van en voor verpleegkundigen en verzorgenden. Met elkaar zorgen we ervoor dat we ons beroep goed kunnen uitoefenen. Zo werken we aan excellente zorgverlening en plezier in ons werk. Dat doen we bijvoorbeeld door kennis en ervaringen over werken met het zorgleefplan te delen op www.zorgleefplanwijzer.nl.

Wij staan open voor zowel inhoudelijke vragen over het zorgleefplan als voor vragen over methodieken en instrumenten.

Neem voor meer informatie contact op met V&VN, (030) 291 90 50 of info@zorgleefplanwijzer.nl

Calibris

Naast de erkenning van leerbedrijven is Calibris verantwoordelijk voor vaststelling van kwalificaties in zorg, welzijn en sport. In het verlengde daarvan richten we ons op verbetering van de kwaliteit van de beroepspraktijkvorming. Ons toekomstbeeld? Dat werkgevers op het juiste moment beschikken over voldoende personeel met de juiste competenties.

Calibris werkt aan duurzame oplossingen voor complexe vraagstukken met als doel een competente beroepsbevolking en een evenwichtige arbeidsmarkt.

Calibris biedt begeleiding van (regionale) samenwerking tussen onderwijs en zorg.

Kijk voor meer informatie op www.calibris.nl of neem contact op via (030) 750 78 88 of frontdesk@calibris.nl

Colofon

Ontwikkeling: Vilans, Trimbos instituut, V&VN, Calibris

Tekst: Marjolein Herps, Vilans

Alle kennisbundels zijn getoetst op cliëntgerichtheid (Anne Marie Vaalburg V&VN), diversiteit (Marije Vermaas Vilans) en informele zorg (Dorothea Touwen LUMC).

Eindredactie: Leene Communicatie

Grafische vormgeving: Taluut Utrecht

De teksten en afbeeldingen in de kennisbundel zijn voor onderwijsdoelen vrij te gebruiken met bronvermelding. Voor commerciële doeleinden dient men contact op te nemen met Vilans, via info@vilans.nl of (030) 789 23 00.

De kennisbundels kunnen gratis worden gedownload via www.zorgvoorbeter.nl, www.ggzkennisplein.nl, www.kennispleingehandicaptensector.nl, www.vilans.nl, www.trimbos.nl, www.venvn.nl en www.calibris.nl.