

Laatste beoordeling en goedkeuring door:	Op datum van:
Stuurgroep	09/04/02
Directie	12/11/10
Stuurgroep	13/01/2015

4.6.2. Het opstellen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het begeleidingsplan

1. Doel
2. Start van de ondersteuning – Welkomstbegeleiding
3. Opstellen en uitvoeren van het begeleidingsplan
4. Evalueren en bijsturen van het begeleidingsplan
5. Verwante documenten en Registraties

1. Doel

Voor elke cliënt in woonondersteuning wordt een individueel ondersteuningsplan uitgewerkt. Dit noemen wij het begeleidingsplan. Het begeleidingsplan bij aanvang van de ondersteuning maakt deel uit van de individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO – Bijlage 8).

In het begeleidingsplan wordt de oorspronkelijke ondersteuningsvraag van de cliënt omgezet in doelen en wordt per levensdomein beschreven welk traject cliënt, netwerk, begeleider, diensten van Eigen Thuis en externe derden samen afleggen om die doelen te bereiken.

2. Start van de ondersteuning - Welkomstbegeleiding

Tijdens het intakegesprek wordt reeds de basis gelegd voor het begeleidingsplan: de zorgvraag van de aanmelder wordt visueel in kaart gebracht a.d.h.v. de zes levensdomeinen (het 'manneke' – zie verder). Dit is de schets die zal gebruikt worden als basis voor het eerste begeleidingsplan en betekent de start van het traject dat wordt afgelegd om aan de zorgvraag van de cliënt te beantwoorden en de gestelde doelen te realiseren.

Bij het opstellen van de IDO die voor de aanvang van de ondersteuning wordt ondertekend (zie ook 4.6.1 – De Intake) wordt de zorgvraag op basis van die visuele voorstelling omgezet in doelen per levensdomein. Deze individuele dienstverleningsovereenkomst is uiteraard achteraf, gedurende het traject, bij veranderende noden en vragen, voor wijzigingen vatbaar.

Elke cliënt in woonondersteuning krijgt een welkomstbegeleiding van 6 maanden aangeboden. Een individuele begeleider zal gedurende die tijd samen met de cliënt:

- missie, visie, waarden, geschreven referentiekader van de organisatie overlopen en toelichten
- de mogelijkheden, beperkingen, afspraken, ... binnen de gekozen ondersteuningsvorm toelichten
- helpen waar nodig bij het in orde brengen van het sociaal-administratief dossier
- helpen waar nodig bij het leggen van externe contacten met bijvoorbeeld artsen, revalidatiecentra, werkplek, ...
- informatie verzamelen en bundelen (administratief dossier, medisch dossier, ZorgOnLine) die nodig is voor iedereen die mee instaat voor de zorg aan de cliënt om kwaliteitsvolle dienstverlening te bieden

De voornaamste doelstelling van de welkomstbegeleiding is echter het samen verfijnen en aanvullen van de vragen, noden, verwachtingen die de bewoner heeft op het vlak van de zes door ons omschreven levensdomeinen. Deze worden verder 'geplaatst' op de schets die gemaakt werd tijdens de intake. Het individueel levensproject van de cliënt wordt zo gevisualiseerd rond 'het manneke' (cfr. Visie op individuele begeleiding in Eigen Thuis).

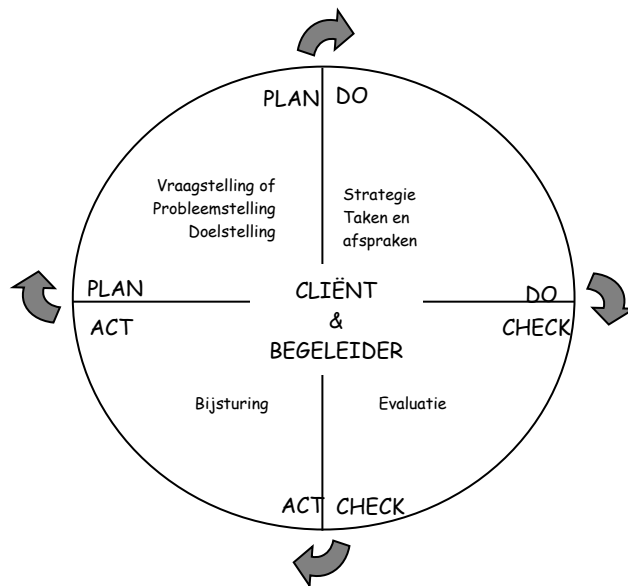
Het 'manneke' - zes domeinen van het individueel levensproject in kaart

- **GEZONDHEID EN PSYCHISCH WELBEVINDEN**
Gezondheid, functioneren, symptomen, fitheid, therapie, revalidatie, medicatie, voeding, ADL, mobiliteit, verwerking handicap, voldoening, stemming, plezier, liefde en genegenheid, zelfwaardering, vrijheid van stress, controle, waardigheid, gelijkheid, ...
- **SOCIAAL NETWERK**
Wie komt in beeld, wie draagt zorg, wie biedt ondersteuning (fysiek, emotioneel, financieel, advies, ...), wie neemt welke taak op zich, ...?
- **DAGBESTEDING**
Werk, vrije tijd, onderwijs, competenties, passies, talenten, interesses, integratie en participatie, rollen, ... Hoe worden dagen ingevuld (week/weekend - vroeger/nu)? Welke ondersteuning is daarbij nodig? Wie kan welke rol op zich nemen?
- **ZELFREDZAAMHEID**
- Wat volgt de gebruiker zelf op, wat neemt hij zelf in handen, ... Maximale autonomie, persoonlijke controle, onafhankelijkheid, eigen keuzes maken, eigen leven uitbouwen, doelen en waarden, hulpmiddelen en aanpassingen, ...
- **ZINGEVING**
Spiritualiteit, geloof, bronnen die levenskracht geven, ...

- **WONEN EN LEVEN**

Woonst, studio, eigendom, materiaal, aankopen, administratie, financiën, inkomen, bewindvoering, ...

3. Opstellen en uitvoeren van het begeleidingsplan

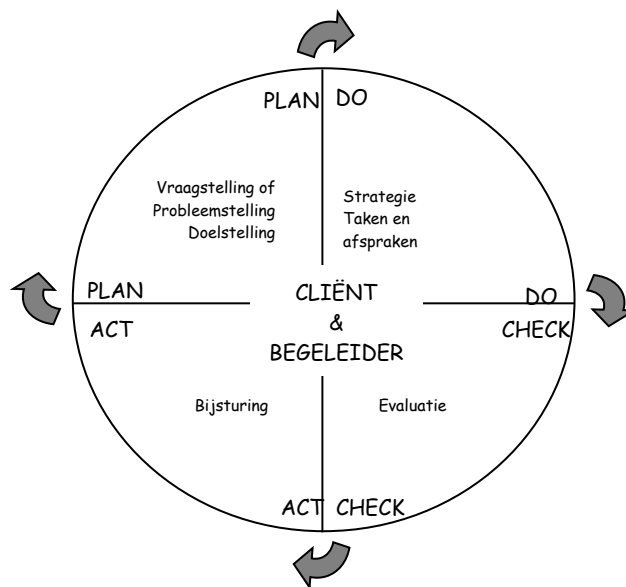


Een individuele begeleiding houdt in dat een bewoner individuele ondersteuning krijgt van een vaste begeleider op één of meerdere van de 6 levensdomeinen.

PLAN - Per levensdomein worden de vragen / noden (als die er zijn) vertaald naar doelen die de cliënt wil bereiken. Dit kunnen doelen zijn op korte of lange termijn. Dan wordt beschreven hoe de cliënt kan ondersteund worden om die doelen te bereiken en op welke termijn we die doelen willen realiseren (strategie/afspraken).

DO - Afhankelijk van de gestelde doelen en de strategie kan de begeleidingsintensiteit variëren. Samen met de begeleider wordt overeengekomen hoe frequent (wekelijks, om de 14 dagen, ...) de begeleiding zal plaatsvinden. Bij het opstellen van een individueel begeleidingsplan kunnen de bewoner en begeleider ondersteuning krijgen van de coördinator begeleiding. Het eerste begeleidingsplan wordt definitief opgesteld na een eerste bespreking op het begeleidingsteam (zie verder). Dit gebeurt binnen de 6 maanden na opstart om gebruiker en begeleider de kans te laten uit te maken hoe en waarrond prioritair zal gewerkt worden. Op de teamvergaderingen ervoor kan de stand van zaken van de nieuwe begeleiding kort overlopen worden door de individuele begeleider. Elke bewoner heeft inzagerecht in zijn of haar individueel begeleidingsplan.

4. Evalueren en bijsturen van het individueel begeleidingsplan



CHECK & ACT - Als bepaalde strategieën zijn uitgetoetst worden die met de bewoner tussendoor geëvalueerd. Sommige werkpunten (delicate of complexe thema's,...) nemen echter geruime tijd in beslag en kunnen pas na lange tijd geëvalueerd worden. Verder is er regelmatig overleg tussen de individuele begeleider en de coördinator begeleiding waarbij er ruimte is voor evaluatie, ondersteuning en bijsturing indien nodig. Daarnaast vindt er minimum één maal per twee jaar (of frequenter indien de noodzaak zich voordoet of er een acute probleemsituatie is) een bespreking van het verloop van de begeleiding plaats op het begeleidingsteam waarbij ook ruimte is voor evaluatie en bijsturing.

Taak individuele begeleider, coördinator begeleiding, begeleidingsteam

De individuele begeleider is, naast de bewoner zelf, de spilfiguur van de begeleiding. Hij/zij moet met medeweten van de bewoner de nodige informatie krijgen om z'n taak naar behoren uit te voeren. Hij/zij moet beroep kunnen doen op deskundige ondersteuning binnenshuis (coördinator begeleiding, instellingsarts, dienst tijdsbesteding, sociale dienst, dienst hulpmiddelen en aanpassingen en zo nodig ook de andere dienstverantwoordelijken) om tot oplossingen te komen voor een bepaalde bewoner of een welbepaald levensdomein. Het is ook de individuele begeleider die in eerste instantie en zo nodig de relevante aspecten van de situatie van de bewoner moet kunnen toelichten op de ADL-vergadering, de teamvergadering en de ADL-ploegen en samen met de

bewoner bepaalde handelwijzen, standpunten en situaties moet verdedigen. Hij/zij moet zich m.a.w. in de bewoner kunnen inleven en z'n belangen kunnen verdedigen en zich daarin gesteund voelen door de teamcoördinator.

Ingeval de begeleiding te complex is en binnenshuis geen deskundige voorhanden is, moet samen met de teamcoördinator naar externe specialisten worden uitgekeken.

De coördinator begeleiding staat in voor de organisatie, coördinatie, continuïteit en verder uitbouw van de dienst begeleiding, alsook voor de ondersteuning, supervisie en evaluatie van individuele begeleiders en begeleidingsopdrachten. Naar bewoners toe is de coördinator begeleiding samen met de sociaal verpleegkundige ook een vertrouwenspersoon die ondersteuning kan bieden op psycho-sociaal en emotioneel vlak. Door de nauwe samenwerking met individuele begeleiders kan de coördinator individuele begeleidingen mee ondersteunen of desnoods overnemen bij afwezigheid van een individuele begeleider.

Het begeleidingsteam bestaat uit de individuele begeleiders, de coördinator begeleiding en de sociaal verpleegkundige. Het begeleidingsteam vergadert vier-wekelijks (uitgezonderd bij afwezigheid, ziekte of verlof van diegene die de vergadering voorziet en/of meerdere vaste deelnemers of bij het samenvallen met andere activiteiten). Bewoners zijn niet aanwezig op de bespreking op het team. De individuele begeleider bereidt de teambespreking (individueel begeleidingsplan) voor met de bewoner en koppelt achteraf terug (bv. nieuw uit te proberen strategieën).

De bespreking van een individuele begeleiding op het team gebeurt steeds aan de hand van het individuele begeleidingsplan en er wordt vertrokken vanuit de evaluatie van de vorige bespreking:

- Probleemstelling: omschrijving van de vraag van de bewoner op een bepaald domein, omschrijving van de huidige situatie
- Doel: wat willen de bewoner en de begeleider bereiken
- Strategie / Afspraken: hoe wil men de doelstelling bereiken, welke praktische afspraken worden er gemaakt, op wie gaat men eventueel beroep doen
- Evaluatie: hoe worden de gezette stappen geëvalueerd

Wanneer een vroegere probleemstelling of vraagstelling geen werkpunt meer is binnen de begeleiding (het probleem is opgelost, de bewoner is geen vragende partij meer om rond een bepaald punt te werken,...), dan leidt de evaluatie tot een afronding van dit werkpunt en wordt hiervan nota genomen bij de evaluatie van de vorige bespreking.

De elementen die aan bod komen tijdens de bespreking van een individuele begeleiding worden door alle teamleden strikt vertrouwelijk behandeld. Er wordt van elke teambespreking een verslag opgesteld: het algemeen verslag wordt onder alle teamleden verspreid, het individueel begeleidingsplan wordt enkel in de individuele begeleidingsmap van de bewoner en in een gemeenschappelijke map bij de teamcoördinator bewaard.

5. Verwante documenten en Registraties

- IDO - Collectieve Rechten en Plichten
- [Visie op Individuele Begeleiding in Eigen Thuis](#)

Registratie	Wie	Indexering	Bewaartermijn
IDO – Individuele dienstverleningsovereenkomst en bijlagen	Sociaal verpleegkundige	Sociaal-administratief dossier	Archief
Begeleidingsplan	Individuele begeleider / Coördinator begeleiding	ZOL	Archief
Verslagen begeleidingsteam	Coördinator begeleiding	Map sociale dienst	Per datum