

# Werken met het Faseplan

## Handleiding voor begeleiders

### Het doel van het faseplan

Het faseplan is een middel om met een cliënt in kleine stappen toe te werken naar een zo zelfstandig mogelijk bestaan. Het beoogt de cliënt eigenaar te maken van zijn eigen ontwikkelproces en de regie hierover bij hemzelf te houden. Er is een versie van het faseplan voor verblijf en een versie voor ambulante ondersteuning.

Het faseplan is van en voor de cliënt.

- De cliënt krijgt hiermee inzicht in de zaken waar hij aan moet werken het einddoel te bereiken
- De cliënt heeft met het faseplan inzicht in wat hiervoor nodig is om zijn doel te bereiken én ziet wat hij hierbij van begeleiders kan verwachten
- Het faseplan geeft jou als begeleider handvatten voor de ondersteuning: Waar gaan we aan werken en wat kan ik hierin voor de cliënt doen?
- Met het faseplan geef je bij eventuele verlenging van de beschikking en bij overplaatsing inzicht in de voortgang van de cliënt
- Een nieuwe begeleider ziet in het faseplan wat de cliënt al heeft bereikt, wat hij kan en waar hij nog aan wil werken

Let op: Het faseplan moet motiverend en activerend werken. Wanneer dit niet het geval is, evalueer de inzet van het faseplan dan met je team en de gedragsdeskundige. Waarom dit zo is en wat kan er veranderd kan worden om het wel zo te krijgen?

### Opbouw van het faseplan

Het faseplan start pas wanneer de zorg gestart is, zaken die voorafgaand aan de plaatsing geregeld en besproken worden staan er niet in. Denk aan het ontvangen van informatie over Cordaan en het zorgtraject maar ook wat de cliënt mee moet nemen als hij komt wonen en hoe hij de evt. inhuizing moet regelen. Als begeleider zorg je ervoor dat tijdens de eerste kennismaking bekend wordt gemaakt dat er met het faseplan gewerkt wordt.

Het faseplan bestaat uit 5 fasen:

(in de ambulante versie zijn de teksten iets anders maar de inhoud van de fasen zijn hetzelfde)

#### 1. Wennen en kennismaken

In deze fase begin ik op mijn woonplek en/of met mijn begeleidingstraject. Ik leer mijn medebewoners en de buurt **kennen**. Ik maak kennis met mijn begeleiders.

Het doel van deze fase is om te **wennen** aan mijn nieuwe woonsituatie. En om goed te leren **samenwerken** met mijn begeleiders.

Titel: Faseplan handleiding		Versienummer: 2.0
Auteur: Hans Willemsen	Vastgesteld door: MT GGZ-LVB+	Datum: 25 januari 2024
Co-Auteur::		Geldig tot 25 januari 2025

Ik weet waarom ik hier woon. En waarom ik begeleiding krijg. Ik weet waarom we met het faseplan werken.

## 2. Mijn plan maken

In deze fase onderzoek ik wie ik **ben** en wat ik wil **leren**. En ik onderzoek **wat ik daarbij nodig heb**. Ik kijk met mijn begeleiders waar ik goed in ben. En waar ik begeleiding of hulp bij nodig heb.

Het doel van deze fase is een plan te maken. Hierin staan mijn doelen. En wat ik ga doen om deze doelen te bereiken.

Aan het einde van deze fase is mijn **zorgplan** gereed.

## 3. Mijn plan uitvoeren

Ik ga aan de slag met mijn doelen. Ik leer om steeds meer dingen **zelfstandig** te doen.

Ik leer rekening te houden met anderen. En om te gaan met **regels en vrijheden**.

Aan het eind van deze fase weet ik waar ik goed in ben. En ik kan omgaan met mijn beperking.

Ik weet wat de **gevolgen** zijn van mijn keuzes en mijn gedrag.

## 4. Zorgen dat het goed blijft gaan

In deze fase laat ik zien dat ik veel dingen **zelf** kan **regelen**.

Ik zorg dat het goed met me blijft gaan en houd me **uit mezelf** aan de afspraken.

Ik heb minder begeleiding, maar **vraag** wel hulp als dat nodig is.

## 5. Terugkijken en voorbereiden op mijn vervolgplek

In deze fase bereid ik me voor op mijn vervolgplek. Ik werk toe naar de **afronding**. Ik leid een redelijk zelfstandig leven en kan goed omgaan met regels en vrijheden. Ik kan goed duidelijk maken aan anderen wie ik ben. Ik kijk met mijn begeleiders terug op wat ik geleerd heb.

Ik maak **lijstjes met aandachtspunten** voor mezelf. We spreken af hoe de **overdracht** eruit zal zien.

Ik zorg ervoor dat de verhuizing soepel kan verlopen. En dat ik een goede start op mijn vervolgplek kan maken.

Na fase 5 volgt de afschaling (ambulant), overplaatsing of verhuizing naar een andere plek (verblijf) met behulp van het Trajectplan Warme Overdracht (zie Cordaan Kompas). De duur van het traject (doorlopen van alle fasen) kan variëren van enkele maanden tot enkele jaren.

Elke fase bestaat uit een aantal acties (**Wat doe ik?**) waar de cliënt aan gaat werken, achter elke actie staat een kolom '**Dit kan ik**' en '**Dit doe ik zelfstandig**'. Dit onderscheid is bedoeld om aan te geven dat de cliënt sommige dingen weliswaar kán, maar niet (uit zichzelf) uitvoert of oppakt.

Wanneer de cliënt heeft laten zien dat hij iets kan, wordt de kolom '**Dit kan ik**' ingevuld. Vervolgens spreek je af dat de cliënt een bepaalde periode (dit kan per cliënt verschillen) zelfstandig laat zien dat hij het ook blijft doen, wanneer dit zo is vul je ook de kolom '**Dit doe ik zelfstandig**' in. Voor de overgang naar een volgende fase is het een voorwaarde dat de cliënt de betreffende acties kan én op eigen initiatief uitvoert/oppakt.

Bij ieder actie staat ook beschreven wat de cliënt van zijn begeleider kan verwachten (**Wat doen je begeleiders?**) en een kolom (**Akkoord PB-er**) waar de persoonlijk begeleider een akkoord moet geven wanneer de cliënt de betreffende actie kan én zelfstandig doet. **Tip:** sommige cliënten reageren erg goed op bijvoorbeeld een groene krul of een mooie sticker.

Het faseplan is voor de cliënt; de begeleider rapporteert zoals gebruikelijk in het zorgplan ONS. Alle vragenlijsten, een risicotaxatie en een evt. signalerings- of crisisplan maken onderdeel uit van het zorgplan.

## Werken met het faseplan

Voordat je met het faseplan gaat werken bespreek je in je team wat er, zo nodig, aan het faseplan aangepast moet worden om bij de cliënt aan te sluiten. Denk aan het beoogde (en haalbare) einddoel voor de cliënt, de (ontwikkelings-)mogelijkheden van de cliënt, de locatie waar de cliënt woont en de huisregels.

Het aanpassen van het faseplan doe je **altijd in overleg met de gedragsdeskundige**, die o.a. toetst of de opgenomen items passen binnen de wet- en regelgeving, denk aan de Wet Zorg en Dwang en de AVG (privacywet).

In principe zijn alle aanpassingen mogelijk, mits het in goed overleg gebeurt:

- Je kunt acties in een fase **verwijderen** als deze voor deze cliënt of voor de locatie niet van toepassing zijn, bv als de cliënt geen toezichthouder heeft (groene items), geen medicatie gebruikt, verwijder je de betreffende actie. Ook als acties niet passen bij het beoogde einddoel of niet haalbaar zijn voor de cliënt, kun je ze verwijderen.
- Je kunt acties **aanpassen/wijzigen** als de formulering van de actie niet aansluit bij de cliënt.
- Je kunt acties **toevoegen** die voor deze cliënt of het einddoel essentieel zijn. Wees hier spaarzaam mee om verlies van overzicht te voorkomen. Gebruik eventueel naast het faseplan de Checklist Praktische Vaardigheden Wonen (te vinden in [de LifeWise app](#)).
- Zorg dat je de meeste aanpassingen al hebt gedaan voordat je met de cliënt in gesprek gaat.
- **Tip:** Zorg voor een mooie map waarin de cliënt zijn faseplan kan bewaren.

Aan de slag met de cliënt:

- Je begint altijd met een **gesprek** met de cliënt over het faseplan: waar is het voor en hoe werkt het?
- Leg het **doel** en de **opzet** van het werken in fasen uit aan de cliënt (eigen regie, overzicht, vorderingen zien, samenwerken, in stappen naar een einddoel toewerken, bv zelfstandig wonen).
- **Verblijf:** vertel dat er twee **uitkomsten** zijn: Zelfstandig wonen in een huis op naam via de omslagroute (WMO) of bij een organisatie wonen (WLZ), dit moet in fase 2 'een plan maken' duidelijk zijn in de doelen die er gesteld worden met de cliënt.
- Geef het faseplan aan de cliënt en laat hem dit zelf **bewaren** en **beheren**.
- Werk per fase en overhandig per fase het werkblad aan de cliënt, **één fase per keer** dus.
- Leg aan de cliënt het onderscheid uit tussen 'dit kan ik' en 'dit doe ik zelfstandig' en spreek af hoe hij zijn vorderingen kan bijhouden. **Tip:** laat de cliënt zelf aangeven hoelang hij iets zelfstandig moet doen voordat hij 'dit doe ik zelfstandig' heeft behaald.
- Vertel ook wanneer jij je **akkoord** geeft in de laatste kolom en dat de cliënt een **certificaat** (te vinden in Cordaan Kompas: Certificaten Faseplan) krijgt als hij een fase succesvol heeft doorlopen.
- Neem aan het begin van elke fase de **bedoeling van de fase** met de cliënt door, deze staat bovenaan het werkblad in het **blauw** beschreven. Noem een aantal van de acties die daarbij horen.
- Pak het werkblad van de fase er **regelmatig**, minimaal 1 x per week, bij in gesprekken met de cliënt: wat gaat er goed, wat kan nog beter? Wat zijn aandachtspunten?
- Geef je **akkoord** in de laatste kolom als de cliënt **daadwerkelijk** laat zien dat hij het betreffende onderdeel kan én op eigen initiatief doet.
- Pak als **begeleider je rol** bij de betreffende actie en zorg ervoor dat je collega's hetzelfde doen: leg uit, geef tips, bespreek, begren, etc.

- De cliënt kan over naar de **volgende fase** wanneer hij de volledige actielijst voltooid heeft en jouw akkoord heeft op alle onderdelen. Als er zaken zijn die de cliënt niet zelfstandig blijkt te kunnen, bespreek dan met de gedragsdeskundige wat de **consequenties** hiervan zijn. Denk aan:
  - Meenemen naar de volgende fase?
  - Bijstellen van het einddoel omdat dat blijkbaar te hoog is gesteld?
  - Als doel opnemen in het zorgplan?
  - Hoe communiceren we hierover met de cliënt?
- Aan het **eind van elke fase** (bijvoorbeeld bij het uitreiken van het certificaat), kijk je met de cliënt terug:
  - Hoe heb je de fase ervaren?
  - Wat heb je geleerd (over jezelf)?
  - Hoe vond je de begeleiding tijdens de fase?
  - Welke afspraken maken we om de dingen die je geleerd hebt vol te blijven houden?
  - Wat doen we als dat niet lukt?
- Besteed aandacht aan elke **voltooide fase**. Maak een **certificaat** met een handtekening en eventueel een attentie van de manager. Realiseer je dat cliënten meestal weinig diploma's hebben en dat zo'n certificaat voor hen van grote waarde kan zijn.
- Voeg een **kopie** van de voltooide fase toe aan dossier in **ONS**.