

Inhoud lesdag 9: Ik als GVP met de cliënt en familie

Leeswijzer module 2: Ik als GVP-er met de cliënt en familie	2
Multi Disciplinair Overleg (MDO)	3
Multidisciplinaire samenwerking om vorm en inhoud te geven aan het zorgproces	3
De voorbereiding op een MDO / cliëntbespreking	4
Zorgleefplan bespreken met de cliënt.....	5
Aandachtspunten ter voorbereiding op het gesprek met de cliënt	5
Gespreksonderwerpen met de cliënt vóór een MDO / cliëntbespreking	5
Leidraad voor verslaglegging van het gesprek met de cliënt	6
Vorbereiding deelnemers MDO / cliëntbespreking.....	6
Besluitvorming	9
Informer en instemming verkrijgen van de cliënt	9
Verslaglegging.....	10
Observatielijsten MDO / cliëntbespreking	16

Leeswijzer module 2: Ik als GVP met de cliënt en familie

Als je ondersteuning biedt aan cliënten ga je uit van de vragen, wensen en mogelijkheden van mensen. Je houdt rekening met de aanwezige beperkingen. Hierbij laat je zoveel als mogelijk de regie over het eigen leven bij de cliënt. In deze module gaan we in op hoe je dat doet en wat dat vraagt van je beroepshouding.

Centrale vraag hierbij is: Hoe zorg je voor het goed evenwicht tussen regie van de cliënt en de gevolgen van, door ouderdom en ziekte, een verminderde onafhankelijkheid en zelfstandigheid?

We nemen het zorgleefplan als rode draad in deze module. Niet perse een specifiek plan of methode. Een overzicht van verschillen en overeenkomsten daarin kun je vinden op onze EVV website. Je organisatie heeft ook een bewuste keuze gemaakt voor een bepaald systeem of methodiek. Wij gaan in de module op pad om een goed balans te vinden tussen persoonlijke nabijheid en professionele afstand: Hoe ga jij om met de afhankelijkheid van een ander? Wat neem je (niet te snel) over en waar blijf je (zo lang mogelijk) van af?

In deze module beginnen we met de ander, de cliënt. Wat overkomt iemand die na een zelfstandig leven merkt dat het zonder hulp en zorg van anderen niet meer gaat. Wat doet dat met iemand, hoe doet iemand dat? Wat snap ik als jonge of middelbare verzorgende eigenlijk het afnemen van vermogens en vaardigheden? Van een leven met minder (zelfstandige) mogelijkheden? Hoe ziet een zorgvrager zichzelf en hoe is dat zo gekomen? Welke rol spelen familie en mantelzorger bij de dagelijkse ondersteuning? Afhankelijk van de persoonlijke situatie gaat het dan om hun partner, kinderen, kleinkinderen, burens, vrienden. Bij het bieden van ondersteuning zijn de familieleden vaak de meest belangrijk en constante personen in het leven van cliënten.

De uitdaging waar jij als ondersteuner voor staat is het komen tot een optimale samenwerking met de familie, ieder vanuit een eigen rol, positie en verantwoordelijkheid.

Aan het eind van deze module:

- heb je zicht gekregen op hoe oudere cliënten en verwanten omgaan met de veranderingen en het verlies dat hen dit geeft.
- Ondersteun je cliënten en mantelzorgers op een passende manier.
- heb je plannen en afspraken gemaakt met jezelf en je begeleiders over wat en hoe jij leert.

Multi Disciplinair Overleg (MDO)

Samenwerking: 3.4 De GVP is in staat samen te werken met betrokkenen en het multidisciplinaire team in de organisatie om optimale zorg rondom de cliënt te kunnen plannen en uit te voeren.

Tijdens een MDO / cliëntbespreking treed je als GVP op als de vertegenwoordiger van de cliënt (tenzij deze aanwezig is, dan bied je ondersteuning) dat betekent dat je de belangen van de cliënt bewaakt.

Het kan gaan om:

- Aangeven wat er uit het gesprek met de cliënt/familie is gekomen en de resultaten van de afgelopen periode (dienstverleningsvragen, evaluatie van de afgelopen periode en de in de afgelopen periode geleverde dienstverlening). Daarbij wordt het zorgleefplan gebruikt.
- Voorstellen hoe aan bepaalde dienstverleningsvragen tegemoet kan worden gekomen.
- Vragen om aanvullingen en de mening van andere aanwezigen.
- Feedback geven wanneer gemaakte afspraken niet nagekomen zijn en het effect van niet nagekomen afspraken
- Samenvatten van gemaakte nieuwe afspraken die worden opgenomen in het zorgleefplan.



Bekijk het filmpje 'Multidisciplinair overleg'

Ga naar de website van BTSG en log in op de GVP pagina.

Wachtwoord: *GVPopleiding*

Multidisciplinaire samenwerking om vorm en inhoud te geven aan het zorgproces

Communicatie: 2.5 De GVP is in staat, in het overleg met het multidisciplinaire behandelteam, de doelen en belangen van de cliënt in relatie tot het zorgarrangement te behartigen.

De multidisciplinaire samenwerking richt zich op het zorgproces rondom de cliënt, met het zorgleefplan als basis voor het handelen van iedere discipline. Het zorgproces kent verschillende overlegvormen waarin de taken van- en de samenwerking tussen de verschillende disciplines aan de orde komen. De meest belangrijke overlegvorm als het gaat om de multidisciplinaire samenwerking, is het MDO.

Er zijn echter doelgroepen waarbij het multidisciplinaire karakter minder nadrukkelijk aanwezig is omdat er ook minder disciplines bij betrokken zijn of dat het overleg met hen beperkt is. Eerder in deze opleiding is daarom de term cliëntbespreking gehanteerd waarbij een mono- of multidisciplinair overleg wordt bedoeld. Dit sluit beter aan bij de bestaande werkelijkheid omdat lang niet overal andere disciplines bij een dergelijk overleg aanwezig zijn.

Met name in de thuiszorg zal een multidisciplinair overleg bij tal van cliënten niet aan de orde zijn (in geval van beperkte hulp zoals helpen met steunkousen e.d.). Binnen woonzorgcentra kan dat ook het geval zijn waar een cliënt weinig of langere tijd stabiele zorg nodig heeft. Terzijde willen we opmerken dat bij elke cliënt eigenlijk altijd een andere discipline betrokken is: de (huis)arts.

In de tekst van deze lesdag wordt de term MDO / cliëntbespreking gehanteerd. Gelieve hier te lezen:

'de overlegvorm zoals die binnen de zorgorganisatie waar je werkt wordt gehanteerd voor het bespreken van cliënten en hun zorg(leef)plannen'.

Bij de dienstverlening staan de vragen en wensen van de cliënt centraal. Het zorgleefplan is een belangrijk hulpmiddel om de cliëntgerichtheid inhoud te geven: het geeft handen en voeten aan de

methodische cyclus van ieder die bij de dienstverlening betrokken is en is een hulpmiddel tot afstemming.

De situatie van een cliënt is aan verandering onderhevig. Deze veranderingen moeten worden opgenomen in het zorgleefplan en kunnen leiden tot grote of kleine wijzigingen in de geboden dienstverlening. Het is van belang dat iedere cliënt regelmatig wordt besproken in een MDO / cliëntbespreking.

Een MDO / cliëntbespreking is een geplande bijeenkomst, waarin binnen een bepaald tijdsbestek een aantal cliënten op een systematische wijze worden besproken met als hoofddoel de dienstverlening zodanig vorm te geven dat dit de kwaliteit van leven van de cliënt ondersteunt of bevordert.

Het doel van een MDO / cliëntbespreking:

1. Het uitwisselen en benutten van de deskundigheid van alle bij een cliënt betrokken dienstverleners / disciplines;
2. Het opstellen, bijstellen of evalueren van het zorgleefplan van een cliënt aan de hand van de verzamelde gegevens.

Zowel de bevindingen van de cliënt, diens naasten als de bevindingen van collega's en andere disciplines worden hierbij als leidraad gebruikt.

De voorbereiding op een MDO / cliëntbespreking

De kwaliteit van een MDO / cliëntbespreking staat of valt met de voorbereiding. In de periode voorafgaand aan het overleg heeft iedere discipline / ieder die betrokken is bij de dienstverlening, gegevens verzameld en beschreven in het cliëntdossier. Twee weken voor het overleg schrijven zij in het dossier of voor zichzelf op papier, welke acties zij hebben ondernomen en met welk resultaat en/of welke zorgvragen zij geconstateerd hebben en willen bespreken in het overleg. Eventueel worden in concept zorgdoelen en activiteiten beschreven als daarover voldoende duidelijkheid is (bijvoorbeeld activiteiten die al afgesproken zijn in de voorgaande periode). Zo is vooraf helder wat er besproken moet worden. Tijdens een MDO / cliëntbespreking bespaart deze werkwijze bovendien veel tijd.

Cliënt¹ al dan niet aanwezig bij een MDO / cliëntbespreking?

Binnen de thuiszorg speelt deze vraag niet. Deze vraag speelt binnen de intramurale zorg en levert vaak een levendige discussie op tussen voor- en tegenstanders.

Argumenten van tegenstanders:

- Dat de cliënt of familie zich ongemakkelijk zou voelen tussen al die deskundigen;
- Dat er minder snel gewerkt zou kunnen worden doordat er dan geen vaktaal gebruikt kan worden;
- Dat het voor de cliënt of familie te confronterend zou zijn;
- Dat disciplines niet 'vrij uit' durven te spreken;
- Dat het te lang zou duren omdat MDO's / cliëntbesprekingen veel overlegdiscipline vragen.

Voorstanders voeren aan dat de aanwezigheid van de cliënt een logisch gevolg is van een cliëntgerichte zorgvisie en het laten van de regie bij de cliënt. Hun deskundige inbreng dient ter ondersteuning van de cliënt bij het opstellen van het zorgleefplan dat van de cliënt is. Het zou niet meer tijd kosten omdat anders toch een apart overleg met de cliënt of de familie gepland moet worden.

Het komt steeds vaker voor dat een cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger bij een MDO /

¹ Het kan ook om de contactpersoon / wettelijk vertegenwoordiger gaan. Voor de leesbaarheid hanteren we de term cliënt .

cliëntbespreking aanwezig is. Niet ieder maakt van die mogelijkheid gebruik. Toch moeten zij bij het vaststellen van de dienstverlening betrokken worden.

Bij de verdere bespreking gaan we uit van de situatie dat een cliënt niet aanwezig is bij een MDO / cliëntbespreking teneinde een zo volledig mogelijk beeld te schetsen.

Zorgleefplan bespreken met de cliënt

Voor en na het (multidisciplinaire) overleg wordt het zorgleefplan besproken met de cliënt.

In het gesprek vooraf ligt het accent op het helder krijgen van de vragen en wensen van de cliënt, de veranderingen daarin en / of de evaluatie van de voorbije periode.

In het gesprek achteraf ligt het accent op het informeren van de cliënt over de voorstellen vanuit het overleg over de dienstverlening en het verkrijgen van instemming van de cliënt met het zorgleefplan.

Aandachtspunten ter voorbereiding op het gesprek met de cliënt

- Ga aan de hand (van het verslag) van het vorige gesprek over het zorgleefplan na hoe de dienstverlening verlopen is.
- Wees je bewust met wat voor 'type' cliënt je het gesprek gaat voeren. Gaat het om iemand die de regie over zijn eigen leven wil houden, die bewuste keuzes kan maken en goed voor zichzelf kan opkomen of om een cliënt die geen kritiek durft te uiten? Stel op basis hiervan vast waar je rekening mee moet houden om het gesprek goed te laten verlopen.
- Inventariseer welke onderwerpen je zeker aan de orde wilt laten komen. Raadpleeg collega's, de rapportage enz.
- Bespreek met de cliënt:
 - Of de familie moet worden uitgenodigd voor het gesprek.
 - Op welk tijdstip van welke dag het gesprek het beste kan plaatsvinden.
 - Hoe lang het gesprek zal duren.
- Maak een afspraak met de cliënt en eventueel familie.

Je houding tijdens het gesprek

Je houding is bepalend voor het verloop en resultaat van het gesprek. Hieronder staan een aantal belangrijke tips. Ga voor jezelf na in hoeverre je aan de volgende punten voldoet.

- Goed uitleggen aan de cliënt wat de bedoeling is van het gesprek.
- Neem de tijd, rust en ruimte. Pas het gesprekstempo aan de cliënt aan.
- Zorg voor een vertrouwelijke sfeer.
- Luister goed naar de cliënt, controleer regelmatig wat deze heeft begrepen.
- Indien de cliënt kritisch is, verdedig je niet, maar blijf luisteren en probeer de cliënt te steunen bij het bedenken van oplossingen.
- Stel grenzen en geef aan wat wel en wat niet mogelijk is.

Gespreksonderwerpen met de cliënt vóór een MDO / cliëntbespreking

- Zijn de afspraken met de cliënt nagekomen? Welke wel en welke niet?
- Wat waren de ervaringen van de cliënt met de zorg en begeleiding tijdens de afgelopen periode?
- Wat vond deze prettig en wat juist niet?
- Wat zou de cliënt anders willen in de zorg en begeleiding in de komende periode?
- Welke vragen leven bij de cliënt over de zorg en begeleiding?
- Vertel de cliënt wat je gaat doen met zijn antwoorden op deze vragen en maak hier afspraken over.
- Bespreek wanneer er een volgend gesprek nodig is.
- Vraag aan het eind wat de cliënt van het gesprek vindt.

Leidraad voor verslaglegging van het gesprek met de cliënt

Maak een verslag van het gesprek waarin in ieder geval wordt opgenomen:

- Het moment van de dag waarop het gesprek heeft plaatsgevonden.
- De duur van het gesprek.
- De aan- of afwezigheid van familie.
- De antwoorden van de cliënt op de gestelde vragen.
- De afspraken die met de cliënt zijn gemaakt.
- Wat de cliënt van het gesprek vond.
- Wat je zelf van het gesprek vond.
- Wanneer het volgende gesprek plaatsvindt.

Vorbereiding deelnemers MDO / cliëntbespreking

Aan de hand van dit (evaluatie)gesprek met de cliënt, de zorgvragen die je geïnventariseerd hebt en de zorgvragen die collega's of eventuele andere disciplines geïnventariseerd hebben (denk aan observaties en de rapportage!), bereid je het overleg voor.

Je kijkt welke collega's / disciplines eventueel uitgenodigd moeten worden of waarmee (telefonisch) contact moet worden opgenomen. Soms heeft een collega / discipline kenbaar gemaakt dat deze bij het overleg over een bepaalde cliënt aanwezig wil zijn.

Je stelt een agenda op waarop staat aangegeven op welk tijdstip welke cliënt besproken wordt en wie daarbij zijn uitgenodigd.

De kern van de voorbereiding bestaat echter uit het compact kunnen weergeven van de door jou verzamelde informatie over de zorgvragen van de cliënt.

Iedere deelnemer aan een (multidisciplinaire) overleg is verantwoordelijk voor een doelmatig en efficiënt verloop van het overleg. Dit betekent een goede voorbereiding, een doelgerichte vergaderhouding en een juiste afhandeling van de gemaakte afspraken. Een goede voorbereiding is bepalend voor de kwaliteit van het (multidisciplinaire) overleg en de kwaliteit van het zorgleefplan. Het vooraf nadenken over wat er met de cliënt aan de hand is, waar naartoe gewerkt kan worden en dit vooraf bespreken met de cliënt of de familie, draagt bij om tot snellere en meer gefundeerde keuzes te komen. Het denkproces vindt dan deels al voor het overleg plaats. Daardoor kan er tijdens het overleg constructief en redelijk snel gewerkt worden.

Checklist individuele voorbereiding op een MDO / cliëntbespreking		
1	Ik heb nagegaan in hoeverre de afspraken gemaakt tijdens het vorige overleg zijn nagekomen en kan, indien van toepassing aangeven wat de reden is dat bepaalde afspraken niet nagekomen zijn.	✓
2	Ik weet en heb nagegaan wat de huidige vragen van de cliënt / diens familie zijn.	✓
3	Ik weet wat de beoogde doelen zijn.	✓
4	Ik weet wat de mening van de cliënt/familie daarover is.	✓
5	Ik weet welke acties ik ga voorstellen.	✓
6	Ik weet of en welke vragen ik heb aan andere deelnemers aan het overleg over de cliënt of de dienstverlening aan deze cliënt.	✓

Telefonische consultatie / consultatie via de computer

Binnen de thuiszorg is het lang niet gebruikelijk dat er een multidisciplinair overleg is. Bij eenvoudige en beperkte dienstverlening is dit ook niet nodig (het zorgleefplan is beperkt qua opbouw). Overleg en consultatie zijn vaak telefonisch. Dit komt ook steeds vaker voor bij andere zorgvormen. Er is een toenemende vraag naar andere vormen dan gezamenlijk overleg (denk aan de toename van het mailverkeer, mogelijkheden tot inzage in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD / EPD)).

Niettemin heeft een MDO / cliëntenbespreking een grote meerwaarde. Doordat men elkaar spreekt en ziet, wordt meer (maar vooral ook anders) informatie uitgewisseld wat kan leiden tot creatieve en kwalitatief betere oplossingen.

Frequentie en duur

Een zorgleefplan moet minimaal twee maal per jaar besproken worden (norm voor verantwoorde zorg). Binnen revalidatieafdelingen zal deze frequentie hoger liggen omdat daar de verblijfsduur korter is en het zorgleefplan sneller aangepast moet worden.

Hoe lang een bespreking varieert sterk per zorgvorm. In de intramurale zorg kan het gaan om het bespreken van de zorgleefplannen van drie tot vijf cliënten.

Het zorgleefplan van een nieuwe cliënt moet uiterlijk binnen zes tot acht weken nadat deze in zorg is genomen, worden besproken in een MDO / cliëntbespreking. Afhankelijk van de cliëntengroep (thuiszorg, revalidatie, dagbehandeling e.d.) zal deze periode korter zijn.

Door veranderingen in de situatie of conditie van een cliënt kan het nodig zijn om het zorgleefplan tussentijds bij te stellen. Kleine wijzigingen in de zorgverlening kunnen direct in overleg met direct worden afgesproken. Het houden van een echt overleg is dan niet nodig. Gaat het om fundamentele wijzigingen, dan worden deze tussentijds besproken in een MDO / cliëntbespreking. Ieder die betrokken is bij de dienstverlening kan kenbaar maken dat de cliënt tussentijds besproken moet worden. Dit verloopt dan meestal via de GVP.

Het is verstandig in verband met de agendaplanning, en binnen veel organisaties gebeurt dit ook, om MDO's / cliëntbesprekingen vooruit te plannen (halfjaarlijks).

De deelnemers

Ieder die betrokken is bij de dienstverlening komt hier voor in aanmerking. Gezien ieders kostbare tijd, moet je hierin selectief zijn. Collega's en andere disciplines kunnen uitgenodigd worden, al dan niet omdat ze daar om gevraagd hebben. Dergelijke deelname wordt gemotiveerd (wat is de reden?).

Wanneer in een onderzoeks- of observatieperiode andere disciplines zijn ingeschakeld, dan worden deze ook uitgenodigd. Minimaal dienen zij hun bevindingen (begrijpelijk) te rapporteren.

Bij verhindering van een uitgenodigde discipline, is de afwezige functionaris verantwoordelijk voor een goede overdracht naar jou als GVP of een collega die wel aanwezig kan zijn.

Taken en verantwoordelijkheden

Uitgaande van een daadwerkelijk overleg, gaat het om de volgende taakverdeling:

De voorzitter

Dit kan de leidinggevende zijn, arts of de GVP. Dit laatste is niet ideaal omdat de GVP dan twee rollen moet vervullen: voorzitten en inbrengen van de cliënt. De voorzitter zorgt voor:

- Opstellen en verzenden van agenda (tijd, plaats, genodigden, namen van cliënten en doel van de bespreking van elke cliënt).
- Voorzitten van het overleg (tijdbewaking, bewaken van ieders inbreng, discipline bewaken, samenvatten, eigen inbreng).
- Bewaken dat zorgleefplannen volledig worden besproken: bespreken van dienstverleningvragen op verschillende levensdomeinen, formuleren van (SMART) doelen, opstellen van acties, afspraken over frequentie en wijze van evalueren.

- Zorgt dat het doel van het overleg bereikt wordt.

De GVP

Deze is bij afwezigheid van de cliënt verantwoordelijk voor de inbreng van zijn dienstverleningvragen en de inhoudelijke bespreking van diens zorgleefplan. Zij brengt zaken in, die met de dienstverlening en de coördinatie te maken hebben en vertaalt de mening van de cliënt of de familie. Zij is de spreekbuis van de cliënt. Bij aanwezigheid van de cliënt is zij diegene die de cliënt ondersteunt bij het realiseren van een zorgleefplan.

De (huis)arts

De arts is eindverantwoordelijk voor de medische aspecten van het zorgleefplan (zaken als medicatie, beschermende maatregelen, specifieke voorbehouden handelingen, reanimatie wens etc.). De arts heeft binnen intramurale settings soms de voorzittersrol.

De andere aanwezigen / disciplines

Iedere andere aanwezige heeft als taak een bijdrage te leveren aan een goede voorbereiding van het overleg en de eigen betrokkenheid bij (de uitvoering van) het zorgleefplan te bespreken.

Verloop

De voorzitter begint met het aangeven van welke cliënten in welke volgorde op de agenda staan en waarom zij worden besproken (dit staat op de agenda die ieder heeft). Daarna wordt begonnen met de bespreking van de eerste cliënt. De bespreking van iedere cliënt bestaat uit:

Inleiding

De GVP doet verslag van het gesprek met de cliënt of zijn vertegenwoordiger. Zij vertelt hoe de cliënt /familie het verblijf ervaart, welke punten de cliënt /familie belangrijk vindt en dergelijke.

Wanneer het om een eerste zorgleefplan gaat is het belangrijk om gezamenlijk een globaal beeld van de betreffende cliënt te schetsen. Hierbij geven alle aanwezigen kort aan hoe zij deze cliënt zien of ervaren. Deze stap is van belang om de cliënt in zijn totaliteit te bezien. Van daaruit kun je naar de details gaan kijken. Het is niet de bedoeling om in deze fase uitvoerig met elkaar in discussie te gaan.

Inventarisatieronde door de voorzitter

De GVP benoemt de dienstverleningsvragen, opgenomen in het concept zorgleefplan. Zij heeft deze geïnventariseerd met de cliënt en vanuit het cliëntdossier, aandachtspunten beschreven. Aanvullingen worden gegeven, als die in de laatste twee weken zijn ontstaan.

Bij evaluatie van een bestaand zorgleefplan worden de dienstverleningsafspraken opgelezen door de GVP waarbij per afspraak de stand wordt besproken / wordt geëvalueerd. De voorzitter gaat na of andere disciplines eventuele nieuwe, nog niet benoemde, dienstverleningsvragen signaleren. De GVP geeft eventueel prioriteiten aan.

Opstellen zorgleefplan voor elke cliënt

De dienstverleningsvragen worden een voor een besproken waarbij steeds de volgende stappen worden doorlopen:

- Analyse van de vraag
In deze stap wisselen we per vraag de beschikbare informatie uit en maken een probleemanalyse:
 - Wat is de vraag precies?;
 - Wat zijn mogelijke oorzaken?;
 - Wat betekent een en ander voor de cliënt?;
 - Is er sprake van een beïnvloedbare of niet beïnvloedbare vraag?;
 - Is er sprake van een actuele of een potentiële vraag?;

De kracht van een MDO / cliëntbespreking zit in deze stap: de vraag vanuit meerdere invalshoeken bekijken. Het is belangrijk dat iedere deelnemer aan het overleg zijn mening geeft. Iedere discipline moet zich tijdens het overleg bewust zijn van zijn taak en eigen deskundigheid. Soms praten alle disciplines over alles mee, dit heeft geen nut. Voorbeeld: de activiteitenbegeleidster hoeft niet mee te praten over de effecten van een bepaalde vorm van fysiotherapie. Wel kan ze aangeven welke activiteiten de cliënt niet kan doen doordat hij er de fysieke kracht niet voor heeft, of ze kan aangeven wat een grotere mobiliteit voor de beleving van de cliënt kan betekenen en welke gevolgen dit kan hebben voor zijn activiteiten.

- Formuleren van doelen (zie ook lesdag 6)
Per dienstverleningsvraag formuleren we een doel. Bij de afwegingen bespreken we of de gewenste situatie haalbaar is, of de cliënt erachter kan staan, of er een tussendoel opgesteld moet worden voor de komende drie maanden enzovoort.
- Vaststellen acties
Per dienstverleningsvraag stellen we vast welke acties, door wie, wanneer worden uitgevoerd en wanneer deze geëvalueerd worden. Tevens spreken we af of er eventuele familiegesprekken moeten plaatsvinden en wanneer een cliënt weer besproken gaat worden.

Bij het evalueren van een bestaand zorgleefplan wordt besproken of:

- De vraag nog steeds actueel is;
- Het doel nog nagestreefd moet worden of dat het bijgesteld moet worden;
- De afgesproken acties daadwerkelijk hebben plaatsgevonden;
- De uitgevoerde acties daadwerkelijk hebben bijgedragen tot het bereiken van het doel;
- De acties juist gekozen zijn, ook in verband met hoe de cliënt de dienstverlening ervaart;
- De afgesproken evaluaties hebben plaatsgevonden en wat de algemene bevindingen zijn.

De GVP heeft vooral de taak om de belangen van de cliënt te vertegenwoordigen vanuit zijn leefwereld en er op te letten dat duidelijke afspraken worden gemaakt.

Afsluiting door de voorzitter

Besluitvorming

Besluiten worden genomen op basis van consensus: ieder moet akkoord gaan met de gestelde doelen voorzover die binnen de eigen deskundigheid liggen. Wanneer geen consensus bereikt wordt, beslist de voorzitter / arts op grond van zijn eindverantwoordelijkheid voor de inhoud van de dienstverlening. De cliënt / wettelijk vertegenwoordiger heeft het laatste woord en moet instemmen met het zorgleefplan door er letterlijk de handtekening onder te zetten.

Informeren en instemming verkrijgen van de cliënt

Indien een cliënt of wettelijk vertegenwoordiger niet aanwezig waren bij de bespreking dan bespreekt de GVP dat met hen. Wanneer er belangrijke wijzigingen zijn in het medisch beleid, dan is de arts daarvoor de meest aangewezen persoon. Gespreksonderwerpen na een MDO / cliëntbespreking met de cliënt zijn:

- Leg de cliënt uit wat is besproken en wordt voorgesteld met betrekking tot diens zorgleefplan.
- Ga na of de cliënt alle informatie heeft begrepen.
- Heeft de cliënt nog vragen of aanvullingen op het voorstel van het zorgleefplan?
- Is de cliënt akkoord met het zorgleefplan? Laat hem tekenen.
- Bespreek wanneer er een volgend gesprek is.
- Vraag aan het eind wat de cliënt van het gesprek heeft gevonden.
- Informeer daarna de collega's of de cliënt akkoord is met het zorgleefplan.

Verslaglegging

MDO verslag / verslag cliëntbespreking

Binnen sommige organisaties wordt een apart verslag van een dergelijk overleg gemaakt. Dit kan belangrijk zijn in het kader van verantwoording of wanneer er binnen een familie heel verschillende ideeën zijn over de dienstverlening. Belangrijk is dat het verslagdeel van iedere cliënt ook in diens cliëntdossier terecht komt. Of er een dergelijk verslag komt en wie dit maakt, is afhankelijk van de afspraken binnen de zorgorganisatie. Het is zonde van de tijd om afspraken die deel uitmaken van het zorgleefplan nog te verwerken in een MDO verslag of verslag van een cliëntbespreking. Meestal kan worden volstaan met de directe verwerking in het zorgleefplan.

Wanneer in het zorgleefplan een nummeringsprincipe wordt gehanteerd bij dienstverleningsvragen, dan wordt dit in het verslag gehanteerd.

Zorgleefplan

Wijzigingen worden vaak tijdens of direct na het overleg verwerkt in het zorgleefplan. Dit is meestal een taak van de GVP. Realiseer ook hier: het zorgleefplan is pas geldig na instemming van de cliënt of wettelijk vertegenwoordiger.

Andere formulieren

Tijdens het overleg worden als dat mogelijk is, eventuele andere formulieren direct aangepast. Denk aan een zorgkaart, medicijnlijst (indien er een arts aanwezig is), cliëntagenda etc.



Opdracht: voorbereiding op een MDO of cliëntbespreking

Je bereidt je voor op een MDO of cliëntbespreking. Daarvoor heb je een gesprek met een cliënt, contactpersoon of collega. Deze opdracht voer je uit samen met twee andere cursisten.

Je kiest zelf een casus van de volgende pagina's die zoveel mogelijk aansluit op jouw werksituatie / doelgroep of overleg met de docent welke van de hierna volgende casussen je het best kunt kiezen.

Voer de opdracht uit die bij de casus staat vermeld.

Casus 1: Het loopt niet tussen verzorging en cliënt (revalidatie)

Tien jaar geleden, op 70-jarige leeftijd, kreeg mevrouw Kluyt wegens slijtage een nieuwe rechterheup. Vijf jaar geleden was haar linkerheup aan vervanging toe. Nu is de rechterheup losgeraakt. Tijdens een grondige operatie wordt de heup opnieuw vastgezet, waarna mevrouw ter revalidatie tijdelijk wordt opgenomen in een verpleeghuis. De revalidatie verloopt voorspoedig, de communicatie stuit echter op problemen.

Het verhaal van collega's

"Mevrouw Kluyt is bemoeiziek en veeleisend. Ze kan best zelf naar de wc lopen, maar ze wil per se de po in bed, en als we de po niet geven, wordt zij kwaad op ons. 'Snotneus, als ik de po wil, geef je mij de po.' En als we dan toch niet de po geven, dan plast ze in bed!

Een ander voorbeeld: omdat ze al goed loopt, heeft zij geen rolstoel meer nodig. We zeggen dus tegen haar dat we haar rolstoel meenemen, omdat ze die toch niet meer nodig heeft. Dat is toch normaal? Toen reageerde ze zo kinderachtig. Ze wilde niet op een gewone stoel gaan zitten, en ook bij het eten bleef ze de hele tijd staan, totdat ze haar rolstoel terugkreeg.

Ze zet in de huiskamer de radio aan op de zender die zij wil horen en of de anderen dat nou leuk vinden of niet, daar trekt zij zich niets van aan. Ze denkt van zichzelf dat ze smaak heeft, de andere mensen hebben geen smaak, vindt ze.

Ze vult zelf haar keuzemenu in, maar als het eten komt, is het 'Dat heb ik niet besteld.' Dan moeten wij de papieren erbij halen om te bewijzen dat ze het wel besteld heeft. 'O,' is dan alles wat ze zegt. Nooit eens een excuus."

Het verhaal van mevrouw

Op een gegeven moment is mevrouw Kluyt in gesprek met een tamelijk depressieve, zeer teruggetrokken cliënte op de afdeling. Ze heeft een goed contact met haar opgebouwd, ze is heel meelevend, begripvol, vriendelijk. De specialist ouderengeneeskunde raakt toevallig in het gesprek betrokken. Mevrouw vertelt van zichzelf. 'Ik vind de verzorgenden hier onvriendelijk, onopgevoed, en ze zijn zo hard voor de mensen. Als ik me snel was, zeggen ze: 'Je zult het wel niet goed gedaan hebben'. En als ik me langzaam was, zeggen ze: 'Schiet nou eens een beetje op, wij willen ook wel eens aan de koffie.' Ik probeer wel eens een grapje te maken, maar dat hebben ze nooit door, vaak flap ik er zomaar wat uit, maar dat nemen ze dan meteen serieus. Vervelend is dat.'

De meeste verzorgenden vinden het moeilijk haar te helpen. Er is meestal spanning en soms een woordenwisseling of mevrouw begint te huilen. Mevrouw zit regelmatig stilletjes voor zich uit te kijken.

Stel je bent GVP van mevrouw Kluyt. Vorm een groepje met maximaal drie medecursisten.

Binnenkort is er een MDO / cliëntbespreking waarbij mevrouw Kluyt ter sprake komt. Bereid je voor op de bespreking.

Schrijf op wat jullie willen bespreken en wat jullie gaan voorstellen. Geef daarbij aan om welk levensdomein het gaat.

- *Je stelt de belangen en kwaliteit van leven van de cliënt centraal.*
- *Probeer concreet te zijn met je voorstellen.*

Maak aantekeningen over hoe je het gesprek zou gaan voeren en wat je daarbij moeilijk vindt.

Neem ongeveer 10 minuten om het samen uit te werken.

Casus 2: Sondevoeding (verblijf somatiek)

Meneer Albrecht is 80 jaar, en tot twee jaar geleden altijd gezond geweest, een forse sterke man. Toen kreeg hij hartklachten, hij ging lichamelijk achteruit en verloor zijn interesses. Na een zware hersenbloeding werd hij opgenomen in het ziekenhuis. Men besloot van behandeling af te zien: de man was links volledig verlamd en kon rechts ook niet meer dan reflexmatig handelen. Maar de dood bleef uit. Dagen later begon men alsnog met sondevoeding. Na drieënhalve maand was er geen verandering opgetreden en werd de patiënt overgedragen aan het verpleeghuis.

Meneer ligt in bed en is volledig hulpbehoevend bij eten, wassen, kleden, toiletgang. Hij is slechts met moeite aanspreekbaar, zijn schaarse antwoorden zijn vaag, zijn gezichtsveld is door dwangstand van de ogen beperkt. Er is geen uitzicht op verbetering.

In een poging zijn leven wat comfortabeler te maken, wordt hij in een stoel gezet. Het schijnt dat hij dat prettig vindt. Men gaat verder: misschien kan hij ook wel zelf eten. Met een sonde in de keel is het moeilijk slikken. De sonde wordt daarom verwijderd en ... hij kan dik vloeibaar voedsel slikken! In vast voedsel en in dranken als melk, thee, koffie verslikt hij zich. De eerste dagen gaat het redelijk, ook koffie en thee worden in de vorm van een dikke substantie voorgezet. Hij kan het, maar al gauw gaat het niet goed. Hij stopt steeds eerder met de maaltijd, soms al na twee happen; de oorzaak blijft onbekend. Twee weken lang wordt de poging voortgezet, maar door te geringe vochtinname ontstaat uitdroging: hij versuft, eet minder goed en zijn conditie verslechtert. Hij is niet meer aanspreekbaar. Hoe moet het nu verder? De familie wordt geraadpleegd.

De familie wijst erop dat hij voordien de sondevoeding steeds geaccepteerd heeft; dus waarom die weg niet opnieuw ingeslagen? Zo gebeurt het, en hij komt snel weer op zijn oude niveau en meneer lijkt deze situatie inderdaad te accepteren. Totdat hij de sonde eruit gaat trekken, wel een paar keer per week. Het opnieuw inbrengen van de sonde, waarin hij steeds lijkt toe te stemmen, gaat moeilijk; de sonde raakt gedraaid, komt in de luchtpijp, het is een heel gedoe, iedere keer weer. Dan maar een sonde direct naar de maag via een fistel in de buik? Maar wat betekent het dat hij die sonde eruit trekt? Is het een bewuste daad, een signaal? Hij kan het niet aangeven.

Zitten lukt niet meer: hij zakt opzij, onderuit, ook in een aangepaste stoel. Weer ligt hij de hele dag op bed: drie uur op de ene, drie uur op de andere zij, drie uur op de rug. Er komt weinig bezoek.

Stel je bent GVP van meneer Albrecht.

Vorm een groepje met maximaal drie medecursisten.

Binnenkort is er een MDO / cliëntbespreking waarbij meneer Albrecht ter sprake komt. Je bereidt je hierop voor.

Betrek bij deze casus ook de informatie over ethische vraagstukken binnen de zorg (lesdag 2)

Met wie zou je in gesprek willen gaan en welke zaken zou je daarbij willen bespreken / welke vragen of voorstellen heb je? Geef daarbij aan om welk levensdomein het gaat.

- *Je stelt de belangen en kwaliteit van leven van de cliënt centraal.*
- *Probeer concreet te zijn met je voorstellen.*

Maak aantekeningen over hoe je het gesprek wilt gaan voeren en wat je daarbij moeilijk vindt.

Neem ongeveer 10 minuten om het samen uit te werken.

Casus 3: Vroeger was het beter (kleinschalige woonvorm)

Haar zoon had bij haar ingewoond en voor haar gezorgd. Na zijn overlijden kon zij als gevolg van lichamelijke en geestelijke problemen niet alleen blijven wonen. Het verzorgingshuis wees zij resoluut af, de oplossing werd gevonden in een kleinschalige woonvorm.

Gezeten in haar eigen tuinstoel, de stok in de aanslag, heeft mevrouw Oudenburg in de huiskamer haar eigen territorium geschapen. De onzichtbare grenzen worden duidelijk aan ieder die haar nabij komt. In haar wereld maakt alleen zij de dienst uit.

Zesentachtig jaar, verzwakt van lijf en leden, haar geest nog redelijk alert. Ze maakt voortdurend kenbaar wat ze van zaken vindt: 'Nee, een hoorapparaat wil ik niet; wat ik niet kan horen, hoef ik ook niet te horen.' Ze wil uitsluitend de katheterzakjes die ze thuis ook gebruikte: 'Dan bestelt u ze maar.' Ze gebruikt vele jaren insuline wegens suikerziekte. Toen dat overbodig werd, verzette zij zich hevig toen werd voorgesteld om er mee te stoppen. Uiteindelijk leidde dat er toe dat met een geringe, nauwelijks werkzame dosis wordt doorgegaan.

Te midden van andere bewoners trekt zij zich op zichzelf terug. Terughoudend in haar contacten, schroomt ze niet om haar huiskamergenoten scherp waar te nemen en te beoordelen. Ze wantrouwt iedereen.

Door aan een aantal wensen te voldoen, wordt in de verzorging een zeker evenwicht gevonden. Ze eet redelijk, maar de jus bevat haar niet, die is niet zoals ze thuis gewend was. Ze laat zien hoe ze de jus wil, echte vette vleesjus. Aan haar wensen wordt voldaan. Ze eet daarna de warme maaltijd beter. Als een maaltijd haar desondanks niet aanstaat, laat ze deze passeren en dat komt regelmatig voor. Ter compensatie grijpt ze naar haar onuitputtelijke voorraad biscuitjes, altijd binnen handbereik en trouw aangeleverd door haar dochters. Ook de pap is niet zoals ze thuis gewend was. De pap moet uit de fles komen, rechtstreeks van de melkboer. Zo was het vroeger, zo is het goed. Pap uit andere bronnen wantrouwt ze. Daar kan toch wel voor gezorgd worden!?

Stel je bent GVP van mevrouw Oudenburg.

Binnenkort is er een MDO / cliëntbespreking waarbij mevrouw Oudenburg ter sprake komt. Je bereidt je hierop voor.

Met wie zou je in gesprek willen gaan en welke zaken zou je daarbij willen bespreken / welke vragen of voorstellen heb je? Geef daarbij ook aan om welk levensdomein het gaat.

- *Je stelt de belangen en kwaliteit van leven van de cliënt centraal.*
- *Probeer concreet te zijn met je voorstellen.*

Maak aantekeningen over hoe je het gesprek zou gaan voeren en wat je daarbij moeilijk vindt.

Neem ongeveer 10 minuten om het samen uit te werken.

Casus 4: De kleine dingen (thuiszorg)

De heer Stevens, 76 jaar, woont nog zelfstandig. Zijn vrouw is 2 jaar geleden overleden. Hij is hulpbehoevend maar kan mede dankzij de thuiszorg nog wonen in zijn huis in het dorp. Dat is voor hem belangrijk want hij is daar een gezien persoon.

De thuiszorg komt vier maal per week. Zijn wensen omtrent de dagelijkse handelingen wil iedereen graag respecteren, maar onder de druk van het werk wil een zuster wel eens een kortere weg nemen bij het wassen of een snelle scheerbeurt geven om tijd te winnen. Maar meneer wil de verzorging volgens het ritueel dat hij als prettig en gepast ziet, zoals hij het zelf zou willen doen. Dat leidt wel eens tot irritaties. Van de andere kant, het vraagt van meneer ook veel geduld om steeds weer aan nieuwe personeelsleden uit te leggen hoe hij verzorgd wil worden.

Het eten komt dagelijks uit een woonzorgcentrum in de buurt. Zelf heeft hij, ongehuwd, vroeger altijd graag en goed gekookt, hij heeft een ontwikkelde smaak. De massale pot valt niet altijd in die smaak. 'Het is niet lekker' en dan laat hij het meeste staan. Veelal volstaat meneer met de soep en het toetje. Hij is toch te dik. 'Ik snap er niets van, ik eet toch bijna niets.'

Aankomen is een voortdurende zorg voor hem en de thuiszorg. Toen hij in zorg werd genomen woog hij 68 kilo, hij is gegroeid naar 84 kilo. Het lopen is moeizaam en zijn gewicht is daarbij niet bevorderlijk en belemmert een vlotte verzorging. In en uit bed, op en af het toilet. Eigenlijk is een tillift nodig maar of dat gaat in zijn huis? Hij beperkt zelf de toiletgang door matig te drinken. De enige manier voor hem om af te vallen is minder eten. Hij weet het maar vindt het niet prettig: het rauwkostdieet staat regelmatig op zijn menu.

Hij is het laatste half jaar steeds somberder geworden. In een gesprek met een medewerker van de thuiszorg heeft hij kenbaar gemaakt dat hij zich moedeloos voelt: "Ik ben afhankelijk en heb veel begrip voor de drukte van jullie, maar het zijn steeds opnieuw die kleine dingen, en het zijn de kleine dingen die het doen, hé."

Stel je bent GVP van meneer Stevens.

Binnenkort moet het zorgleefplan van de heer Stevens geactualiseerd worden.

Met wie zou je overleg willen hebben / in gesprek willen gaan en welke zaken zou je daarbij willen bespreken / welke vragen of voorstellen heb je? Geef daarbij ook aan om welk levensdomein het gaat.

- *Je stelt de belangen en kwaliteit van leven van de cliënt centraal.*
- *Probeer concreet te zijn met je voorstellen.*

Maak aantekeningen over hoe je het gesprek zou gaan voeren en wat je daarbij moeilijk vindt.

Neem ongeveer 10 minuten om het samen uit te werken.

Casus 5: Voorkom dat ze valt (verblijf psychogeriatric)

'Druk' dat is kenmerkend voor mevrouw Jacobs. Altijd is ze dat geweest. Ze woonde, 78 jaar oud, tot voor kort in een verzorgingsdeel van een woonzorgcentrum. Doordat ze als gevolg van een dementieel beeld in combinatie met onrust steeds meer toezicht nodig had, was een overplaatsing naar een gesloten afdeling noodzakelijk. Daar verblijft ze nu sinds 6 maanden.

Ze kan niet lang blijven zitten en wil voortdurend lopen. Dit in combinatie met de Parkinson die ze heeft, levert regelmatig gevaarlijke situaties op. Ze valt regelmatig. Gelukkig zijn de gevolgen iedere keer meegevallen en beperkt gebleven tot blauwe plekken. De familie is iedere keer op de hoogte gebracht.

Er is gekeken of er meer rust in haar gedrag kon worden gebracht. Afleiding en bezigheden in de huiskamer hielpen niet en maakten eerder andere medebewoners ook onrustig. Een blad op de stoel vergrootte de onrust alleen maar. Wat rustgevende medicatie werd zelfs uitgetoetst maar daardoor zat ze veel te slapen en het valgevaar nam alleen maar toe.

Haar drie dochters zijn ongerust. Een voor een, en wanneer mevrouw weer gevallen is, maken ze alledrie (telefonisch) kenbaar dat ze vinden dat er iets aan gedaan moet worden 'Straks breekt ze nog wat'. Als er een melding is gedaan aan de contactpersoon van mevrouw bellen ze gegarandeerd nog allemaal dezelfde dag om hun zorg en ongenoegen te uiten.

De afgelopen week is ze twee maal gevallen. De maat is vol. De dochters willen een gesprek.

Stel je bent GVP van mevrouw Jacobs.

Bereid je voor op het gesprek met de dochters.

Wat is jouw mening over bovenstaande? Wie zou je eventueel bij dit overleg willen betrekken? Welke zaken zou je willen bespreken / welke vragen of voorstellen heb je? Geef daarbij ook aan om welk levensdomein het gaat.

- *Je stelt de belangen en kwaliteit van leven van de cliënt centraal.*
- *Probeer concreet te zijn met je voorstellen.*

Maak aantekeningen over hoe je het gesprek zou gaan voeren en wat je daarbij moeilijk vindt.

Neem ongeveer 10 minuten om het samen uit te werken.

Observatielijsten MDO / cliëntbespreking

Onderstaande lijsten kunnen gebruikt worden bij een eventueel rollenspel of bij de oefeningen met de acteur. De docent geeft aan wat de bedoeling is.

Je kunt ook een collega vragen om de lijst in te vullen tijdens een MDO / cliëntbespreking.

Lees voordat je gaat observeren de betreffende lijst (A of B) door. Maak tijdens de observatie korte notities over concrete zaken tijdens het gesprek ter illustratie van je feedback. Geef tot slot op basis hiervan een globaal eindoordeel.

Lijst A: in gesprek met een cliënt / contactpersoon				
		voldoende	onvoldoende	voorbeeld ter illustratie
1	De GVP zorgt voor een vertrouwelijke sfeer.			
2	De GVP geeft aan wat de bedoeling van het gesprek is.			
3	De GVP luistert goed naar de ander ² en controleert regelmatig of de ander het goed heeft begrepen.			
4	Indien de ander kritisch is: de GVP verdedigt zich niet, maar blijft luisteren en probeert samen naar oplossingen te zoeken.			
5	De GVP stelt grenzen en geeft aan wat wel en wat niet mogelijk is.			
6	De GVP vraagt naar ervaringen van de ander met de dienstverlening tijdens de afgelopen periode.			
7	De GVP vraagt wat de ander prettig vond en wat juist niet.			
8	De GVP vraagt de ander wat deze anders zou willen in de dienstverlening in de komende periode			
9	De GVP geeft aan wat zij als de beste oplossing ziet (geeft advies).			
10	De GVP vertelt de ander wat zij gaat doen met de resultaten van het gesprek.			

² Lees voor 'de ander' afhankelijk van de casus: cliënt, contactpersoon of collega.

Lees onderstaande lijst door. Maak tijdens de observatie korte notities over concrete zaken ter illustratie van je feedback. Geef tot slot op basis hiervan een globaal eindoordeel.

Lijst B: in gesprek met een collega of tijdens een MDO / cliëntbespreking		voldoende	onvoldoende	voorbeeld ter illustratie
1.	De GVP schetst een duidelijk beeld van de achtergrond en conditie van de cliënt.			
2.	De GVP geeft duidelijk weer wat de cliënt wil.			
3.	De GVP vraagt naar aanvullingen door de andere aanwezigen.			
4.	De GVP geeft duidelijk aan, alles afwegende, wat naar haar oordeel de beste handelswijze is.			
5.	De GVP vraagt na wat anderen als beste handelswijze zien.			
6.	De GVP formuleert concrete voorstellen voor acties.			
7.	De GVP let op de haalbaarheid van de voorstellen zowel gezien vanuit de cliënt als de organisatie.			
8.	De GVP blijft binnen de beschikbare tijd en is daarbij ook volledig in het geven en vragen van informatie.			